

INFORME 2021

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

GESTIÓN, ANÁLISIS Y REDACCIÓN

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)

Begoña BRIME. Nuria GARCÍA. Luz LEÓN. Noelia LLORENS. Marian LÓPEZ. Marta MOLINA. Carmen TRISTÁN, Eva SÁNCHEZ.

RESPONSABLES EN LAS COMUNIDADES/CIUDADES AUTÓNOMAS

Andalucía

Rosario BALLESTA
Ara MILLÁN
Mónica TENA
Lara FORNOVI

Aragón

Carmen BARANGUAN
Francisco Javier FALO
Laura JOSÉ

Asturias

José Ramón HEVIA
José Antonio GONZÁLEZ
Luisa GONZÁLEZ
Javier DOLADO
Julio César FERNÁNDEZ

Baleares

Francisca BIBILONI
Rut SUAREZ
Mª Eugenia JANER
Alicia MAGISTRIS
Ana FERRER

Canarias

Luz Marina MORENO
Nicolás PERDOMO
Nicolás AMADOR
Ángel RODRIGUEZ
María del Mar VELASCO

Cantabria

Carmen DIEGO
Antonia RUEDA

Castilla-La Mancha

Carlos ALONSO
Carmen DE PEDRO

Castilla y León

Susana REDONDO
Ana SÁNCHEZ
Esperanza VÁZQUEZ
Alexander VELÁZQUEZ

Cataluña

Joan COLOM
Mercè GOTSSENS
Xavier MAJO
Regina MUÑOZ
Josep M. OLLÉ

Extremadura

Mercedes CORTÉS
Mª Pilar MORCILLO
José Antonio SANTOS

Galicia

Sara CERDEIRA
Mercedes LIJO
María TAJES
Sergio VEIGA
Jaime FRAGA

Madrid

Ana RUIZ
Piedad HERNANDO
Mª del Carmen ÁLVAREZ

Murcia

Mónica BALLESTA
Mª Dolores CHIRLAQUE
Juan Francisco CORREA
Purificación ROS

Navarra

Raquel GONZÁLEZ
Miguel MARTÍNEZ
Mª Ángeles NUIN

País Vasco

Elena ALDASORO
Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA
Itziar LARIZGOITIA
Mikel SÁNCHEZ

La Rioja

Cristina NUEZ
Pello LATASA

Comunidad Valenciana

Ofelia GIMENO
Mª Jesús MATEU
Francesc J. VERDU
Blanca NAVARRO
Noelia SELLES

Ceuta

Miguel Ángel MANCILLA
Cleopatra R'KAINA

Melilla

Luisa Fernanda HERMOSO
Juan Luis CABANILLAS

AGRADECIMIENTOS

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas quieren agradecer su contribución a este informe a:

- Coordinadores de los departamentos autonómicos de drogas, los trabajadores de los sistemas de información sobre drogas en las comunidades autónomas; así como a todas las instituciones y personas que aportan rutinariamente información al sistema, en particular a los centros de tratamientos de drogas, los servicios de urgencia hospitalarios, los institutos de medicina legal, las unidades de tratamiento de Instituciones Penitenciarias, los laboratorios de toxicología y los centros educativos de enseñanzas secundarias.
- Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado. Ministerio del Interior.
- Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Hacienda.
- Ministerio de Educación y Formación Profesional y Departamentos de Educación de las comunidades autónomas.
- Integrantes del Sistema Español de Alerta Temprana, entre los que se incluyen el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado, el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, los Servicios de Aduanas e Impuestos Especiales, el Instituto de Toxicología del Ministerio de Defensa, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, el Centro del Control de Alertas y Emergencias Sanitarias, el Plan Nacional sobre el Sida, el Centro Nacional de Epidemiología, responsables en las diferentes comunidades y ciudades autónomas y organizaciones no gubernamentales, especialmente Energy Control, Ai Laket y Cruz Roja Española.

CONTACTO

Dirección: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plaza de España, 17 - 28008 Madrid

Teléfono: 91 822 00 00 - Fax: 91 822 61 08

Correo electrónico: cendocupnd@sanidad.gob.es

Internet: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>

EDITA Y DISTRIBUYE

© MINISTERIO DE SANIDAD

Centro de Publicaciones

© SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 133-21-058-2

Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado (CPAGE): <https://cpage.mpr.gob.es>

CITA SUGERIDA: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 243 p.

Como cada año el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) hace público su informe, que recopila sistemáticamente información de las diferentes fuentes y sistemas de obtención de datos sobre aspectos del consumo y demanda de drogas, y también sobre el control de la oferta. La continuidad de este informe a lo largo de los años, y el mantenimiento de las series y de su comparabilidad son uno de los mayores activos de esta Delegación del Gobierno, que todas las personas que la han dirigido han velado por preservar.

En esta edición se incluyen los resultados pormenorizados de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) en su edición 2019/2020, junto con el análisis de los indicadores de admisiones a tratamiento, urgencias y mortalidad relacionada con las drogas, además de sus tendencias hasta 2019. Incluye también información sobre otros problemas relacionados, como las infecciones en consumidores o el consumo problemático, así como capítulos específicos dedicados al Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) sobre nuevas sustancias psicoactivas, o la oferta de drogas y las medidas de control.

La solidez y trayectoria de los informes anuales elaborados por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones permite establecer de forma robusta un diagnóstico global del estado de situación de las drogas y las consecuencias de su consumo a nivel nacional. Este es un ejercicio de gran valor para que las políticas y actuaciones se basen en datos, y sirve de apoyo a la toma de decisiones. Pero además proporciona información a la ciudadanía y a todos los agentes sociales para un mejor conocimiento de esta realidad, proporcionando respuestas a la demanda social de transparencia.

Este informe no habría sido posible sin la colaboración de todas las personas e instituciones que, con su trabajo, contribuyen anualmente a su edición: quiero expresarles mi más sincero agradecimiento. En particular, deseo reconocer la profesionalidad y dedicación del equipo del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, más aún en este período pandémico que ha planteado mayores dificultades: sin su labor y esfuerzo, este informe no estaría a disposición de la sociedad.

Joan R. Villalbí

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones

INFORME 2021

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

ÍNDICE

Presentación	3
Introducción	8
Resumen ejecutivo	9
Principales fuentes de información del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones	10
Sistema Español de Alerta Temprana	21
1. Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas	22
1.1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2019/2020	23
Introducción	23
Objetivos	23
Metodología	24
• Universo y marco muestral	25
• Muestra	25
• Cuestionario y trabajo de campo	27
• Análisis	28
Resultados	29
• Caracterización sociodemográfica de la muestra	29
• Prevalencia de consumo de drogas	30
Evolución temporal	30
Edad media de inicio en el consumo y diferencias en el consumo por sexo y edad	33
Diferencias en el consumo (alcohol, tabaco y cannabis) por comunidad autónoma	41
• Consumo por tipo de droga	52
Bebidas alcohólicas	52
Bebidas energéticas	65
Tabaco	66
Cigarrillos electrónicos	69
Hipnosedantes	72
Analgésicos opioides	76
Cannabis	79

Cocaína	87
Éxtasis	90
GHB	92
Anfetaminas	92
Metanfetaminas	93
Alucinógenos	94
Setas mágicas	95
Heroína e inhalables volátiles	95
• Policonsumo	98
Prevalencia de consumo de diferentes sustancias psicoactivas en función del número de sustancias consumidas	99
• Nuevas sustancias psicoactivas	100
Policonsumo entre los consumidores de nuevas sustancias psicoactivas	102
Acciones para resolver el problema de las drogas entre los consumidores de nuevas sustancias psicoactivas	103
• Percepciones y opiniones de la población ante las drogas	104
Percepción de riesgo	104
Percepción de disponibilidad	108
Percepción de la importancia del problema de consumo de drogas y visibilidad del problema	110
Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas	112
Percepción sobre el estado de salud	113
1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2020/2021 ..	115

2. Problemas relacionados con las drogas 116

2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2019	117
Introducción	117
Metodología	117
Resultados	118
• Resultados generales. Drogas ilegales	118
• Resultados por tipo de droga	128
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína	135
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína	137
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis	138
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes	139
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos	140
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de otras sustancias	142
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol	143
• Resultados por comunidades/ciudades autónomas	144
2.2. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1987-2019	145
Introducción	145
Metodología	145
Resultados	146

2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2019. Mortalidad relacionada con drogas	155
Introducción	155
Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)	156
Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas	164
Registro General de Mortalidad	165
Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad	167
2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2019	172
Introducción	172
Metodología	172
Resultados	173
• Notificación nacional sobre infección VIH y sida	173
• Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de de sustancias psicoactivas	176
• Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan vía inyectada	178
2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2020	185
Introducción	185
Estimación del consumo problemático/de riesgo de alcohol	186
Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis	189
Estimación del consumo problemático/de riesgo de heroína	194
Estimación del consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada	196
3. Sistemas de alerta temprana	198
3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS-Early Warning System)	199
Objetivo y funcionamiento	199
Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa	203
3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)	207
Normativa, objetivo y funcionamiento	207
Actividad del SEAT. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en España	212
4. Oferta de drogas y medidas de control	218
4.1. Ventas de bebidas alcohólicas, 2015-2020	219
4.2. Ventas de tabaco, 2005-2020	225
4.3. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2020	229
4.4. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2020	234
4.5. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2020	238
Información complementaria	241
Páginas web de interés	242

INTRODUCCIÓN

La función primordial del **Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)** es ofrecer una visión global de la evolución y características del consumo de sustancias psicoactivas (incluyendo alcohol, tabaco, hipnosedantes, analgésicos opioides, drogas ilegales y nuevas sustancias), otros trastornos comportamentales y los problemas asociados, en España. Para ello se emplea información procedente de diversas fuentes que, una vez analizada y contextualizada, debería ayudar a responsables políticos, asociaciones, profesionales y consumidores a la hora de tomar decisiones sobre estas cuestiones en sus respectivos ámbitos.

El presente informe, denominado *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Informe 2021*, se estructura en cuatro capítulos que se detallan a continuación:

En el **capítulo 1**, se presenta información relativa al consumo, percepciones y opiniones de la población ante las drogas desde 1995 hasta 2019/2020. La fuente de información es la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), en sus sucesivas ediciones. EDADES se realiza de forma bienal y se promueve y financia directamente desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) contando con la estrecha colaboración de las comunidades y ciudades autónomas.

En el presente documento no se incluye información de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), ya que los últimos datos disponibles, al cierre de este informe, se corresponden al año 2018/2019 y ya han sido publicados en el *Informe y Estadísticas 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*.

En el **capítulo 2**, se incluye información relativa a los problemas relacionados con las drogas desde 1987 hasta 2019. La información procede de tres indicadores clave: Indicador “Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas”, Indicador “Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas” e Indicador “Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas”, así como información relacionada con las infecciones en consumidores de drogas e información relativa al consumo problemático de drogas.

Los indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad se gestionan desde 1987 en el marco del Plan Nacional sobre Drogas como una colaboración interinstitucional en el que tienen un papel muy activo las comunidades y ciudades autónomas, así como las instituciones de las que procede la información (centros de tratamiento de drogodependencias, hospitales, institutos de medicina legal, laboratorios toxicológicos, etc.). En algunos casos, los ayuntamientos prestan también soporte a la recogida y depuración de la información. Los indicadores sobre infecciones y consumo problemático proceden de varias fuentes, pero fundamentalmente de la DGPNSD y de otras áreas del Ministerio de Sanidad.

En el **capítulo 3** se describen los objetivos, estructura y actividades realizadas por el Sistema Español de Alerta Temprana.

El **capítulo 4** se centra en la oferta de drogas y medidas de control. Se incluye información sobre ventas de bebidas alcohólicas desde 2015 hasta 2019, e información sobre ventas de tabaco, decomisos, precio y pureza de drogas ilegales, detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, desde 1998 hasta 2020. La información procede del Ministerio del Interior y del Ministerio de Hacienda.

En la página web del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) pueden consultarse los informes que se han ido publicando periódicamente desde 1998:

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CinformesOED.htm>

RESUMEN EJECUTIVO

La función primordial del **Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)** es ofrecer una visión global las características y los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas (incluyendo alcohol, tabaco, hipno-sedantes, drogas ilegales y nuevas sustancias), así como de las adicciones sin sustancia (incluyendo juego e internet).

Este Resumen Ejecutivo contiene, de manera abreviada, los principales y más relevantes datos de la información contenida en el *Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. La información se encuentra agrupada en los siguientes epígrafes:

- Encuesta sobre alcohol y drogas en España. EDADES, 2019/2020.
- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. ESTUDES, 2018/2019.
- Tratamiento por consumo de drogas. España, 2019.
- Urgencias hospitalarias en consumidores de drogas. España, 2019.
- Mortalidad relacionada con drogas. España, 2019.
- Infecciones en consumidores de drogas. España, 2019.
- Consumo problemático de drogas. España 2019/2020.
- Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

Información complementaria y de años previos disponible en:
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL EN ESPAÑA EDADES, 2019/2020

En 2019/2020, las drogas con mayor prevalencia de consumo en la población española de 15-64 años, en los últimos 12 meses, son el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes con o sin receta, seguidos del cannabis y la cocaína. La edad de inicio en el consumo se mantiene estable. Las sustancias que se inician a consumir a una edad más temprana son el tabaco y el alcohol, seguido del cannabis. La sustancia que se suele iniciar a edades más tardías son los hipnosedantes y los analgésicos opioides.

Las prevalencias de consumo (último año) son mayores en el grupo de 15 a 34 años, salvo en el caso de los hipnosedantes con o sin receta y los analgésicos opioides con o sin receta, donde las mayores prevalencias se dan en los grupos de edad más avanzada. En 2019/2020, los datos confirman un mayor consumo entre los hombres (excepto para los hipnosedantes con o sin receta y los analgésicos opioides con o sin receta). Estas diferencias se acentúan en el caso del alcohol, el tabaco y el cannabis.

El **alcohol** sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida. El 77,2% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 63,0% en los últimos 30 días y el 8,8% diariamente en los últimos 30 días.

La prevalencia de consumo de alcohol mantiene una tendencia estable y en niveles altos desde la década de los 90. A destacar la tendencia descendente que existía de los bebedores diarios desde 2001, y que alcanzó en 2017 el valor mínimo de toda la serie histórica, incrementándose en más de un punto en el año 2019/2020.

El 19,4% de los españoles de 15 a 64 años se ha emborrachado en el último año.

Características de los consumidores de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días

Prevalencia de consumo	63,0%
Sexo	57,4% son hombres
Grupo edad con mayor consumo	64,7% (25-34 años)
Tipo de bebida (en los últimos 7 días)	Cerveza: 38,9% Vino: 19,7% Combinados: 13,8%

El consumo de alcohol en atracón (*binge drinking*) mantiene en general una tendencia ascendente desde 2007. Así, en 2019/2020, el 15,4% ha consumido alcohol en forma de atracón en los últimos 30 días.

Tanto las borracheras como los atracones de alcohol se encuentran más extendidas en el grupo masculino y se concentran entre los 15 y 34 años.

El 39,4% de la población de 15 a 64 años ha consumido **tabaco** en el último año, el 36,8% en el último mes y el 32,3% diariamente. Respecto a 2017, el dato ha disminuido, pasando de 34,0% a 32,3%, retornando a las cifras que se registraban en 2005, fecha a partir de la cual se apreció un descenso a lo largo de los años hasta llegar a 2017, en que se produjo un aumento notable (de 30,8% a 34%).

Características de los consumidores de tabaco a diario

Prevalencia de consumo	32,3%
Sexo	57,2% son hombres
Grupo de edad con mayor consumo	35,5% (25 a 34 años)
Tipo	Cigarrillos de cajetilla: 73,3% Tabaco de liar: 17,5 % Ambos tipos: 9,2%

En 2019/2020, el 10,5% de la población de 15 a 64 años han probado los **cigarrillos electrónicos**, y dentro de esta franja, el 48,9% ha usado cigarrillos electrónicos con nicotina, y el 24,3% fumaron cartuchos tanto con nicotina, como sin nicotina. El uso de estos dispositivos en el último mes es más elevado en el grupo de 15- 24 años.

En cuanto a los **hipnosedantes con o sin receta**, se estima que 645.000 personas empezaron a consumirlos en 2019/2020; el mayor inicio de consumo tiene lugar entre las mujeres de 35 a 64 años. El 22,5% de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes con o sin receta alguna vez, superando la barrera del 20% por tercera vez en toda la serie histórica. El 12,0% los ha consumido en el último año, el 8,6% en el último mes y el 6,4% diariamente en el último mes.

Características de los consumidores de hipnosedantes en los últimos 12 meses	
Prevalencia de consumo	12,0%
Sexo	60,8% son mujeres
Grupo de edad con mayor consumo	17,6% (55 y 64 años)

Respecto al consumo de hipnosedantes sin receta, el 3,1% de la población de 15 a 64 años admite haber consumido hipnosedantes sin receta alguna vez en su vida, situándose la edad media del primer consumo en los 30,6 años. Por otra parte, el 1,3% de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses, cifra similar a la obtenida en el año 2017 (1,3%). Menos del 1% de la población general admite haber consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días. A diferencia del consumo de hipnosedantes con o sin receta, la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta es muy similar en todos los grupos de edad y en ambos sexos.

El 15,2% de la población de España de 15 a 64 años reconoce haber consumido analgésicos opioides con o sin receta en alguna ocasión. El consumo de estas sustancias está más extendido entre las mujeres que entre los hombres, aumentando en ambos grupos su prevalencia a medida que lo hace la edad. Evolutivamente se aprecia un aumento en la prevalencia de consumo tanto en hombres como en mujeres. La codeína y el tramadol son los analgésicos que presentan una mayor prevalencia de consumo entre la población de 15 a 64 años.

En cuanto al consumo de los analgésicos opioides sin receta, únicamente un 1,7% ha consumido alguna vez en la vida estos medicamentos sin prescripción médica (1,8% entre los hombres y 1,5% entre las mujeres). Cuando se consulta acerca de los medios por los que se suele conseguir este tipo de analgésicos opioides, destaca por encima del resto el hecho de adquirirlo a través de un amigo o familiar (53,4%). En segundo lugar, un 46,6% de los consumidores reconoce haberlos obtenido de otra manera por ejemplo utilizando una receta que era de otra persona.

Se estima que, en 2019/2020, 237.000 personas de 15 a 64 años empezaron a consumir **cannabis**. El mayor inicio de consumo tiene lugar entre los hombres menores de 25 años, habiendo empezado a consumir 86.000 menores de 15 a 17 años. Se confirma la tendencia ascendente de personas que empiezan a consumir.

El 37,5% de la población de 15 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez, el 10,5% en el último año, el 8,0% en el último mes (para los tramos temporales del último año y el último mes la prevalencia permanece estable desde el año 2001) y el 2,9% diariamente en el último mes, proporción que aumenta respecto a las últimas mediciones.

Evolutivamente la prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida presenta una tendencia ascendente desde 1995.

Características de los consumidores de cannabis en los últimos 30 días	
Prevalencia de consumo	8,0%
Sexo	71,1% son hombres
Grupo de edad con mayor consumo	15,9% (15 y 24 años)
Tipo de cannabis consumido	Marihuana: 48,7%; Hachís: 20,6% Hachís + marihuana: 30,8% Cannabis + tabaco: 86,9%

Se estima en 61.000 las personas (15 a 64 años) que consumieron **cocaína** (polvo y/o base) por primera vez en 2019/2020, el mayor inicio de consumo tiene lugar entre los hombres menores de 25 años, habiendo empezado a consumir 3.000 menores de 15 a 17 años.

El 10,9% de la población de 15 a 64 años ha consumido cocaína en polvo alguna vez, el 2,5% en el último año y el 1,1% en los últimos 30 días. La prevalencia de consumo de cocaína en polvo muestra un aumento respecto a 2017, confirmándose la tendencia ascendente iniciada en el año 2001.

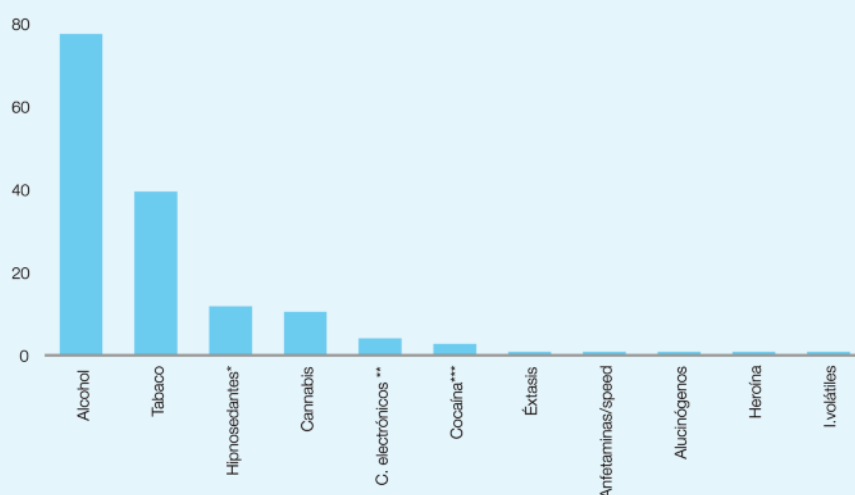
Características de los consumidores de cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses

Prevalencia de consumo	2,5%
Sexo	80,9% son hombres
Grupo de edad con mayor consumo	3,7% (25 y 34 años)
Tipo	Mayoritariamente en polvo

En 2019/2020 el 0,7% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez **heroína**, el 0,1% en el último año y el 0,0% en el último mes. La edad media de inicio es de 22,6 años y el perfil del consumidor sería el de un hombre mayor de 45 años. El consumo de heroína está estabilizado desde mediados de los años noventa.

En 2019/2020 el 5,5% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez **alucinógenos**, el 4,3% **anfetaminas** y el 5,0% **éxtasis**. La prevalencia en el último año y último mes se sitúa para todas estas sustancias en valores inferiores al 1%.

Porcentaje de consumidores, en los últimos 12 meses, entre la población de 15 a 64 años. España, 2019/2020



* Hipnosedantes con o sin receta médica. ** Cigarrillos electrónicos (con o sin nicotina). *** Cocaína polvo y/o base.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). EDADES 2019/2020.

Se consideran **nuevas sustancias psicoactivas (NSP)** aquellas que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis...). Estas nuevas sustancias (keta, spice, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética, miao miao, flakka, superman, catinonas, mefedrona, derivados de los fentanilos, metoxetamina, NBOMe, ayahuasca, kratom...) se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos... En cuanto al conocimiento de estas nuevas sus-

tancias psicoactivas, el 81,1% de la población indica que nunca ha oído hablar de las sustancias de este tipo, porcentaje que se ha incrementado con respecto al obtenido en el año 2017 (73,8%). Por sexo, el nivel más alto de desconocimiento se registra entre las mujeres.

Cuando se pregunta de manera genérica por el consumo de este tipo de sustancias (alguna vez en la vida) la prevalencia se sitúa en el 1,7% para el conjunto de la población de 15 a 64 años. Por tipo de sustancias el 0,6% ha probado **spice** alguna vez en su vida, el 0,9% **ketamina**, el 0,2% **mefedrona** y **ayahuasca**, y el 0,3% **cocaína rosa (nexus)**.

Como viene siendo habitual, el consumo de las sustancias se encuentra más extendido en los hombres que en las mujeres. Encontramos la mayor prevalencia de estos, en el grupo de edad de 25 a 34 años, donde el 4,0% de los hombres dice haber probado alguna vez estas sustancias. Se trata de un fenómeno minoritario en España, aunque se lleva a cabo vigilancia activa a través del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

Cerca del 40,4% de las personas de 15 a 64 años ha consumido dos o más drogas legales o ilegales en los últimos 12 meses (28,1% - 2 drogas, 9,1% - 3 drogas, 3,2% - 4 drogas o más).

El policonsumo se encuentra más extendido en hombres y especialmente en el rango de 25 a 34 años. Considerando el tramo temporal de los últimos 12 meses, y en función del número de sustancias consumidas, en el colectivo que consumió cuatro o más sustancias psicoactivas durante el último año, además del alcohol, el tabaco y el cannabis, con prevalencias superiores al 90%, destaca que más de la mitad de los individuos han consumido cocaína en polvo e hipnosedantes con o sin receta en dicho periodo. Asimismo, hay que señalar que existen consumos superiores al 15% de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos.

La percepción de riesgo ante el consumo de drogas alcanza proporciones más elevadas entre las mujeres que entre los hombres. Las mayores diferencias se encuentran en relación al consumo de alcohol y cannabis.

Respecto a la percepción de disponibilidad, el cannabis se posiciona como la sustancia ilegal más accesible (59,4% opina que podría adquirirlo fácilmente), proporción inferior a la que se registró en 2017 (63,3%). Se puede apreciar que desde el año 2009 se viene produciendo un ligero descenso en la percepción de disponibilidad de esta sustancia. Por detrás del cannabis, la cocaína en polvo es la sustancia ilegal que más personas perciben como fácil o muy fácil de obtener en 24 horas (42,1%), seguido del éxtasis (26,7%) y la cocaína base (24,8%).

Considerando las acciones para resolver el problema de las drogas, los ciudadanos consideran que las medidas de mayor eficacia son las educativas (89,2%), el control policial y aduanero (82,6%), las campañas publicitarias (81,5%) y de tratamiento (80,1%). Entre las medidas menos populares se encuentran la legalización de todas las drogas (el 24,8% considera que es una medida eficaz) y la legalización del cannabis (36,5%), habiendo aumentado ambos valores desde 2017.

ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA ESTUDES, 2018/2019

Las drogas más consumidas por los jóvenes (14-18 años) son las legales (alcohol y tabaco), seguidas del cannabis y de los hipnosedantes con o sin receta médica.

El consumo de drogas legales está más extendido entre las mujeres y el consumo de las drogas ilegales está más extendido entre los hombres (excepto para los hipnosedantes sin receta médica).

La edad media de inicio en el consumo se sitúa entre los 14 y los 16 años y las prevalencias de consumo aumentan con la edad.

En 2018, el 77,9% de los jóvenes de 14 a 18 años había consumido **alcohol** alguna vez, el 75,9% en el último año y el 58,5% en el último mes. En 2018, se iniciaron en el consumo de alcohol 346.600 estudiantes de 14 a 18 años.

El consumo de alcohol sigue estando en niveles elevados, aunque se observa un ligero descenso en las prevalencias de consumo en las cifras relativas a los últimos 30 días y coincide con un incremento en el porcentaje de alumnos que advierte un mayor riesgo ante el consumo de alcohol.

El consumo intensivo, **borracheras** y **binge drinking**, continúa con prevalencias elevadas, con un ligero repunte en esta edición. Casi la mitad de los estudiantes se ha emborrachado en el último año, el 46,5% de las chicas y el 42,3% de los chicos.

El patrón de consumo de alcohol en atracón (*binge drinking*) es similar al de las borracheras. Un 32,3% de los estudiantes ha hecho *binge drinking* en el último mes. Se hace más *binge drinking* al aumentar la edad. A los 14 y 15 años, el porcentaje de mujeres que hace *binge drinking* es mayor que el de hombres y a los 16 y 17 años, el porcentaje de hombres es mayor que el de mujeres.

El 51,3% de los jóvenes de 14 a 18 años afirma haber realizado **botellón** en el último año. Esta práctica aumenta con la edad: el 28,4% de los de 14 años y el 64,1% de los de 18 años han hecho botellón en el último año.

Los menores de edad obtienen alcohol con mucha facilidad, principalmente en supermercados (54,0%) y bares/pubs (54,0%). Además, es la sustancia psicoactiva percibida como menos peligrosa entre los estudiantes.

Características de los consumidores de tabaco en los últimos 30 días

Prevalencia de consumo	26,7%
Sexo	56,3% son mujeres
Edad media de inicio en el consumo	14,1 años
Tipo	Cigarrillos de cajetilla: 36,9% Tabaco de liar: 14,1% Ambos tipos: 49,0%

En 2018, el 41,3% fumó **tabaco** alguna vez en la vida, el 35,0% en el último año y el 26,7% lo hizo en los últimos 30 días. En 2018 han empezado a consumir tabaco 205.600 estudiantes de 14 a 18 años (21.000 más que en 2016).

En 2018, se observa una tendencia ligeramente ascendente del consumo de tabaco, tras una fase de descenso del consumo iniciada en 2004, coincidiendo con la Ley 28/2005 y que continuó hasta 2014.

La percepción de riesgo ante el consumo diario de tabaco se ha incrementado y la mayoría (88,7%) de los jóvenes opina que puede producir muchos o bastantes problemas de salud.

Continúa el descenso de estudiantes que convive en hogares con fumadores hasta el 41,4%. El 48,4% de los estudiantes ha usado alguna vez el cigarrillo electrónico, siendo más frecuente entre los chicos y cargados con cartuchos sin nicotina (71,5%).

El **cannabis** es la droga ilegal más consumida por los jóvenes. En 2018 el 33,0% había consumido cannabis alguna vez en la vida, el 27,5% en el último año y el 19,3% en el último mes. Entre los que consumieron en el último año, el 3,3% de los chicos y el 1,4% de las chicas ha consumido 20 días o más.

En 2018, han empezado a consumir cannabis 222.200 estudiantes de 14 a 18 años.

Características de los consumidores de cannabis en los últimos 30 días

Prevalencia de consumo	19,3%
Sexo	54,1% son hombres
Edad media de inicio en el consumo	14,9 años
Tipo	Marihuana: 43,8%, Hachís: 19,3% Hachís + marihuana: 37% Cannabis + tabaco: 87,1%

En 2018 se observa un repunte de las prevalencias en todos los indicadores temporales tras una tendencia descendente iniciada en 2004 y que duró hasta 2014. También se observa un repunte en el consumo problemático de cannabis, se ha producido un incremento de más de dos puntos en la proporción de estudiantes que tienen un consumo problemático.

Los jóvenes tienen una baja percepción del riesgo asociado al consumo de cannabis, siendo además, tras el alcohol y el tabaco, la sustancia psicoactiva percibida como más disponible por esta población.

Características de los consumidores de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses

Prevalencia de consumo	6,1%
Sexo	62,4% son mujeres
Edad media de inicio en el consumo	14,3 años

Los **hipnosedantes** son la sustancia que mayor proporción de estudiantes consumen después del alcohol, el tabaco y el cannabis.

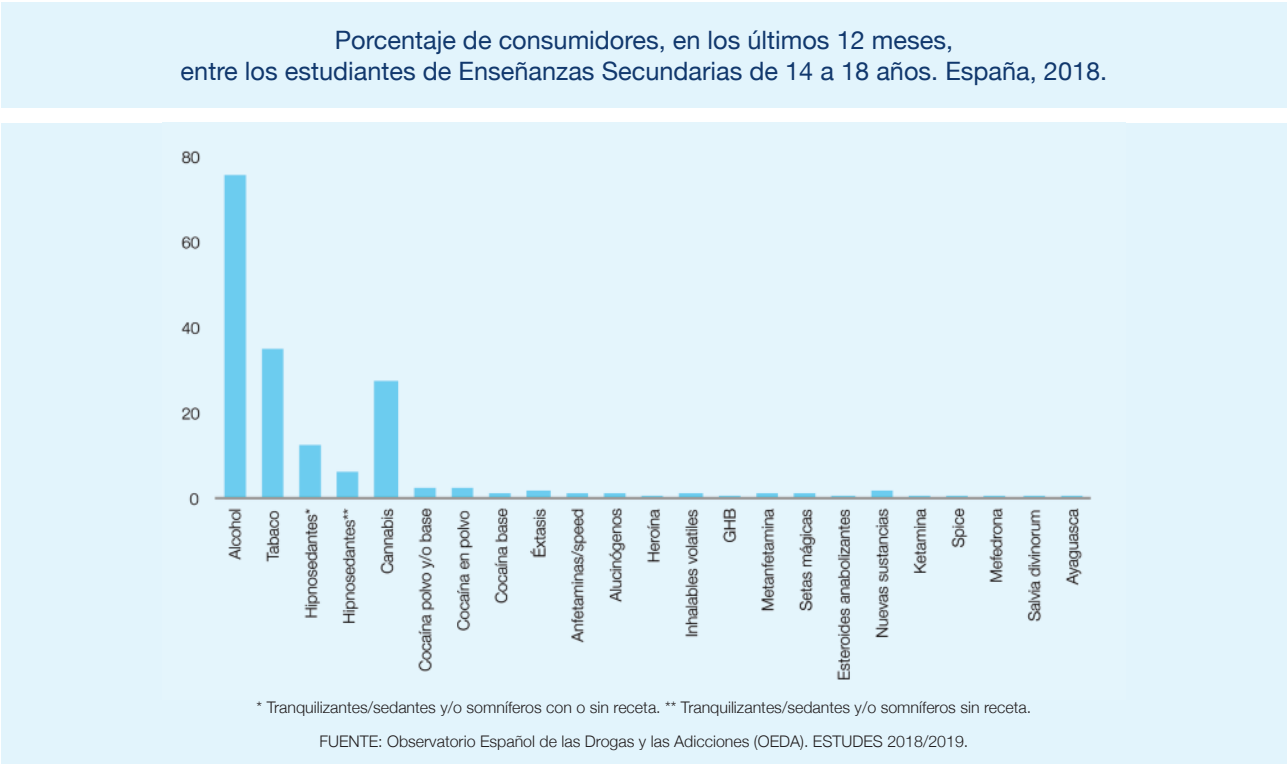
En 2018, el 8,6% de los jóvenes de 14 a 18 había consumido hipnosedantes (sin receta) alguna vez en la vida, el 6,1% en el último año y el 2,9% en el último mes.

El consumo es más prevalente entre las mujeres. Se observa una tendencia ligeramente ascendente en el consumo de hipnosedantes sin receta entre los jóvenes de 14 a 18 años.

En 2018, el 2,9% de la población de 14 a 18 años ha consumido **cocaína** (polvo y/o base) alguna vez en la vida, el 2,4% en el último año y el 0,9% en el último mes. Se observa una tendencia descendente en el consumo, iniciada en 2004. El 97,3% de los estudiantes de 14 a 18 años piensa que consumir cocaína en polvo de manera habitual puede ocasionar bastantes/muchos problemas, percepción de riesgo que permanece estable desde 1994, al igual que permanece estable la disponibilidad percibida de cocaína.

Características de los consumidores de cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses

Prevalencia de consumo	2,4%
Sexo	65,1% son hombres
Edad media de inicio en el consumo	15,2 años
Tipo	Mayoritariamente cocaína polvo



En 2018, en los últimos 12 meses, ha consumido **éxtasis** el 1,9% de los jóvenes de 14 a 18 años, **anfetaminas** el 1,1% y **alucinógenos** el 1,4%.

El porcentaje de usuarios de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos se mantiene en niveles bajos, aunque a partir de 2016 se ha producido un ligero repunte en las prevalencias de consumo de éxtasis y alucinógenos tras un descenso continuado desde el año 2002 hasta 2014. La prevalencia de consumo de anfetaminas permanece estable desde 2016.

Las **nuevas sustancias psicoactivas** son, en términos generales, sustancias con prevalencias de consumo más bajas que las drogas clásicas. En 2018, el 2,4% de los estudiantes de 14 a 18 años ha consumido alguna nueva sustancia psicoactiva (alguna vez en la vida). El 0,8% ha probado spice alguna vez en su vida, el 0,6% ketamina, el 0,4% salvia, el 0,4% mefedrona y el 0,4% ayahuasca. Es remarcable que el 54,4% no ha oído hablar nunca de este tipo de sustancias.

El 26,0% de los jóvenes de 14 a 18 años se encuentra **perfectamente informado** en el tema de drogas. Las principales vías por las que reciben información son el centro educativo (81,7%) y la familia (68,6%). El 76,9% ha recibido información sobre los efectos y problemas asociados a drogas legales (tabaco, alcohol, hipnosedantes) y el 69,4% sobre los efectos y problemas asociados a drogas ilegales (hachís/marihuana, cocaína, drogas de síntesis...).

TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS ESPAÑA, 2019

En 2019, se registraron 50.035 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales, más de la mitad de éstas (54,9%) eran admisiones por primera vez en la vida.

En cuanto al peso que cada droga ha representado en el total de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, en 2019 la **cocaína** se mantiene como la **droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento** (44,7% del total), seguida del cannabis (28,4%) y los opioides (22,3%).

Entre los admitidos a tratamiento **por primera vez en la vida** (primeras admisiones), el cannabis venía siendo la sustancia que más primeras admisiones a tratamiento generaba, sin embargo, en 2017, la cocaína superó en número de admisiones al cannabis, situación que se confirma en 2019, situándose como la sustancia ilegal que mayor número de primeras admisiones a tratamiento causó (45,4%), seguida del cannabis (37,7%) y de los opioides (11,2%).

Siguiendo las tendencias que venían observándose, en 2019, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (82,9%). La edad media fue de 35,6 años para el conjunto de las admisiones, sin claras diferencias según el sexo y similar a la de años anteriores. La edad media entre las primeras admisiones a tratamiento fue de 32,8 años. El 11,9% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, no encontrándose diferencias según el sexo.

En España, la gran mayoría (87,2%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales vivían en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos), el 8,4% vivían en instituciones y el 3% tenía un alojamiento precario o inestable. El modelo más frecuente de convivencia es la familia de origen/con sus padres o la familia propia (cónyuge y/o hijos).

Más de la mitad (55,9%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron animados por sus parientes o amigos, aunque el sistema público de salud (hospitales u otros servicios de salud/médico general/Atención Primaria de salud y otros servicios de drogodependencias) derivó a tratamiento aproximadamente un tercio de los admitidos (26,6%).

En 2019, entre los admitidos a tratamiento por cualquiera de las sustancias consideradas, **4.877 se habían inyectado alguna vez en la vida**, confirmando la tendencia descendente desde que se inició su registro en los años 90 y alcanzando la cifra más baja de la serie histórica.

En 2019 se ha registrado 22.345 admisiones a tratamiento por cocaína, de las cuales 19.627 eran por cocaína polvo y 2.710 por cocaína base.

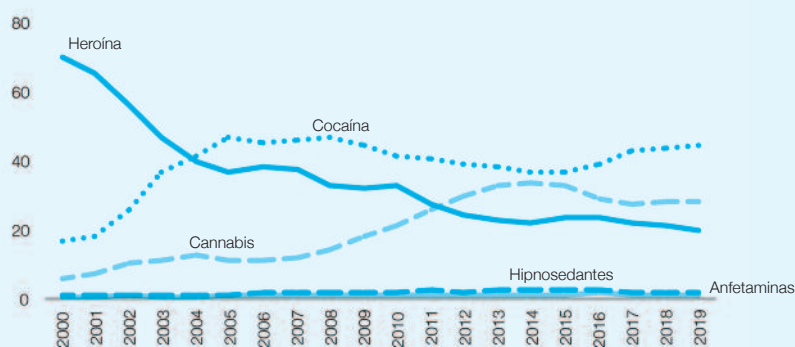
En 2016 se registró un repunte en el número de primeras admisiones por cocaína, repunte que se confirma en 2019 (12.491) y que parece marcar una tendencia ascendente, que posiciona a **la cocaína como la sustancia responsable de mayor número de primeras admisiones a tratamiento**, superando al cannabis que desde 2012 era la sustancia responsable de mayor número de primeras admisiones a tratamiento. Por otro lado, sigue registrándose un mayor número de primeras admisiones por cocaína que de personas con tratamiento previo (por cocaína).

El número total de admisiones a tratamiento por consumo de **cannabis** en el año 2019 fue de 14.202, cifra ligeramente superior a la registrada en 2018. Evolutivamente el número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis mostró una tendencia claramente ascendente hasta 2013, iniciando en 2014 una tendencia descendente hasta 2017; observando en 2018 un ligero ascenso respecto al año anterior. El ascenso se produce tanto en las primeras admisiones como entre las personas con tratamiento previo (en este último caso, hay un ligero descenso en el año 2019 respecto del 2018).

Es importante **señalar el peso del cannabis entre los menores de edad que acuden a tratamiento** por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España. Así, el 95,2% de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas ilegales en 2018 en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis.

El número de admitidos a tratamiento por consumo de **heroína** fue de 9.904 en 2019, confirmándose la tendencia descendente iniciada en 2010. Esta tendencia se justifica tanto por la disminución del número de personas admitidas a tratamiento que ya habían sido tratadas anteriormente por esta sustancia (7.177 personas), como por los admitidos por primera vez (2.384 personas).

Evolución del peso de cada sustancia en el total de admisiones a tratamiento por drogas ilegales (porcentaje). España, 2000-2019.



FUENTE: Indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE DROGAS ESPAÑA, 2019

En 2019 se notificaron 5.352 episodios de urgencias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. Tendencia relativamente estable desde 2011.

Se aprecia una tendencia ascendente de la edad media de las personas atendidas en urgencias, pasando de 27,8 años (1996) a 34,1 años (2019), aumento que podría estar en relación con el elevado número de urgencias relacionadas con la cocaína (edad media 36,1 años). El análisis por sustancias muestra que aquellos que acuden a urgencias por el con-

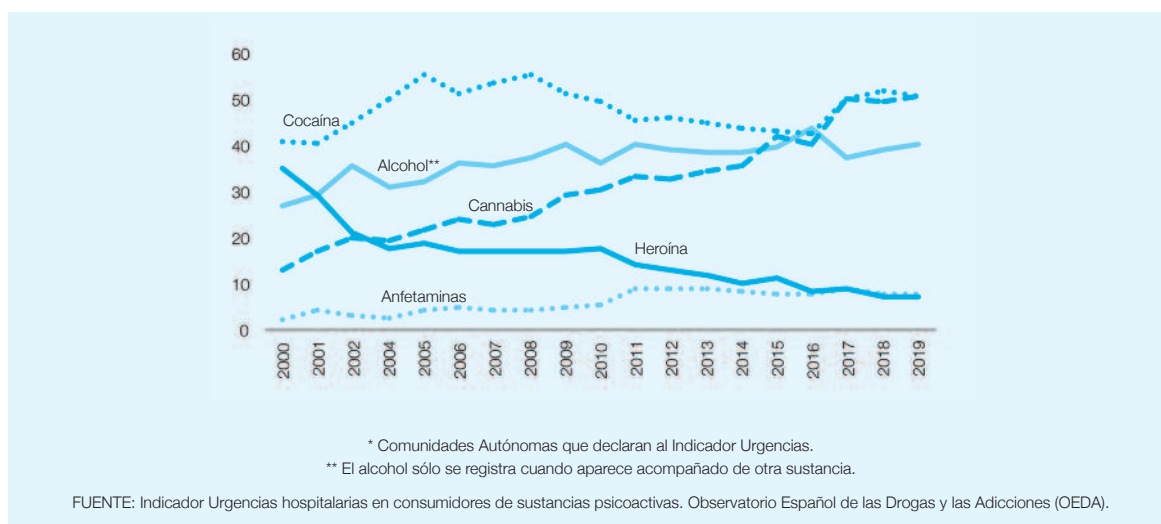
sumo de opioides e hipnosedantes tienen una edad más avanzada, mientras que los que acuden por consumo de éxtasis, cannabis, alucinógenos y anfetaminas son más jóvenes.

La distribución de las urgencias, según la resolución de la misma no ha variado de manera significativa a lo largo de los años, siendo lo más frecuente que el paciente sea dado de alta, aproximadamente el 73% en 2019. La resolución de la urgencia no varía de manera destacable en función de la sustancia, si bien se puede observar mayor porcentaje de ingresos en las urgencias por anfetaminas, heroína, otros opioides, hipnosedantes, y cannabis. Los traslados a otros centros en las urgencias son más frecuentes en las urgencias relacionadas con hipnosedantes (5,2%) y hay más altas voluntarias entre los consumidores de éxtasis (13,2%).

En 2019, el 50,7% de las urgencias se relacionó con la cocaína que junto con el cannabis (50,6%) son las sustancias ilegales con mayor presencia en este indicador. El 15,2% se relacionó con otros opioides, entre los que se detectan metadona, fentanilo, tramadol y codeína. La heroína se sitúa en cuarto lugar (7,0%).

Respecto a las nuevas sustancias psicoactivas, se han notificado 9 urgencias relacionadas con la mefedrona (16 en 2018). Actualmente el seguimiento de las Nuevas Sustancias Psicoactivas en España se realiza a través del Sistema Español de Alerta Temprana. <https://pnssd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

Evolución del peso de cada sustancia en el total de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas (porcentaje). España*, 2000-2019.



MORTALIDAD RELACIONADA CON DROGAS ESPAÑA, 2019

En 2019, se notificaron al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas 920 defunciones. De estas se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de sustancia en 819.

En 2019, la edad media de los fallecidos se sitúa en los 44,4 años, edad parecida a la mostrada en 2018 pero mostrando una tendencia ascendente desde 2003. Esta tendencia podría estar en relación con el hecho de que en la mayoría de las defunciones están presentes los opioides y es conocido el envejecimiento de la cohorte de los consumidores de esta droga. Así, en 2019 más de la mitad de los fallecidos superaron los 40 años, aunque ha disminuido el porcentaje en 2019 con respecto al 2018 (69,7% y 72,3%, respectivamente).

En 2019, el 80,8% de las defunciones fueron en hombres, predominio masculino que ha estado presente a lo largo de toda la serie histórica. El 23,2% mostraron evidencias de suicidio, estabilizándose los fallecidos con evidencia de suicidio en los últimos 4 años.

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que, en 2019, el perfil de las personas fallecidas por reacción aguda a sustancias psicoactivas, al igual que se observa desde el año 2014, es el de **un hombre mayor de 44 años, soltero, que no fallece debido a patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas, con serología HIV negativa, que ha consumido recientemente alguna sustancia (preferentemente, hipnosedantes, cocaína y opioides), pero que no muestra signos recientes de venopunción**. Cabe destacar que, con anterioridad al año 2014, las personas fallecidas tenían una edad media inferior, tenían serología HIV positiva en un porcentaje muy superior y mostraban en mayor número signos recientes de venopunción.

Evolutivamente, se observa un aumento de la presencia de hipnosedantes, que se detecta en el 66,8% de los fallecidos y una disminución de la cocaína que aparece en el 60,3% de los casos. Los opioides mantienen presencia entre los fallecidos, detectándose en el 59,0% de los casos notificados. La presencia del alcohol entre los fallecidos disminuye en 2019 (39,7%), volviendo a los valores obtenidos en 2015 (hay que recordar que tan solo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia). Por último, el cannabis se detecta en el 25,5% de los fallecidos mostrando cierta tendencia ascendente, valor más alto registrado de la serie histórica.

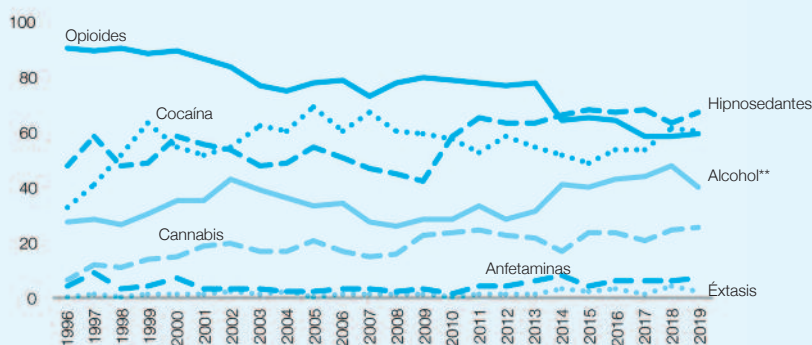
Los **hipnosedantes** en 2019 aparecen junto con otras sustancias, generalmente opioides, cocaína y alcohol. Solo en el 2,5 % de los fallecidos los hipnosedantes son la única sustancia detectada, de los cuales el 76% se trata de casos notificados como suicidios.

En 2019 se detectan **opioides** en el 59,3% de las muertes por reacción aguda a drogas. La metadona ha estado presente en el 28,8% de los fallecidos en 2019, siendo en el 11,7% de los casos el único opioide, independientemente de que se identificasen otras sustancias de otros grupos. Los opioides, identificados como sustancia única en los fallecidos, vienen manteniendo una tendencia general descendente que se ha estabilizado en torno al 2% (1,8% en 2018 y 2,1% en 2019).

La **cocaína** está presente en 2019 en el 60,3% de las muertes por reacción aguda a drogas. Entre los fallecidos en los que se identifica cocaína, los opioides están presentes en el 56,9%. Sólo en el 9,1 % de los fallecidos en los que se detecta cocaína, ésta es la única sustancia detectada.

Un año más, el porcentaje de fallecidos en los que se detecta cocaína y no opioides (26,8% en 2018 y 26% en 2019) es superior al de fallecidos en los que se detecta opioides y no cocaína (23,7% en 2018 y 24,7% en 2019), lo que confirmaría la disminución del peso de los opiáceos en los fallecidos por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.

Porcentaje de fallecidos en los que se detecta cada sustancia respecto al número total de defunciones (con información toxicológica) por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 1996-2019.



* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador y los casos en los que se ha detectado alguna sustancia.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece junto a otra sustancia.

Fuente: Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

El **cannabis** está presente en 2019 en el 28,6 % de las muertes por reacción aguda a drogas. En 2019 se notificaron 209 defunciones en las que el cannabis estaba presente, en 2 casos como sustancia única y, con independencia de la detección de otras sustancias, con alcohol en el 25,4% de estos casos, con cocaína en el 59,8%, con hipnosedantes en el 67% y con opioides en el 89,0%.

Según análisis de la mortalidad utilizando el Registro General de Mortalidad, en 2019 se produjeron 418.703 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 seleccionados, 546 defunciones. En relación con estas 546 defunciones, a lo largo del periodo 1999-2019 se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica (en 2019 el 81,8% son hombres). La distribución de las defunciones en función de la edad muestra una tendencia ascendente de la edad media de los fallecidos (en 2019 el 79,6% tenía 35 o más años).

INFECCIONES EN CONSUMIDORES DE DROGAS ESPAÑA, 2019

En 2019, se diagnosticaron en España 2.698 nuevos casos de VIH (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 7,46/100.000 habitantes). El mecanismo de transmisión más frecuente fueron las relaciones sexuales de riesgo de hombres con hombres (56,6%) y las relaciones sexuales de riesgo entre heterosexuales (32,3%), siendo mucho menos frecuente la infección como consecuencia del uso de drogas por vía parenteral (2,6%). En los últimos 7 años, el uso de drogas inyectadas, ha representado un porcentaje bajo respecto a otros mecanismos de transmisión de la infección por VIH.

En 2019, la prevalencia de infección, entre el total de admitidos a tratamiento (50.035), es del 3,2% para el VIH, del 5,5% para el virus de la hepatitis C y del 0,5% para el virus de la hepatitis B (HBsAg positivo-portador crónico).

Entre aquellos que se habían inyectado en los últimos 12 meses previos a la admisión a tratamiento (1.977):

- El 71,3% conocían su estado serológico frente a VIH y de éstos el 30,1% estaban infectado por el VIH.
- El 69,3% conocían su estado serológico frente a hepatitis C y de estos el 56,1% tenía serología positiva para el virus de la hepatitis C.
- El 32,7% conocía su estado serológico frente a hepatitis B y de estos el 7,4% tenía serología positiva para hepatitis B (HBsAg positivo-portador crónico).

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS ESPAÑA, 2019/2020

En 2019/2020 el 4,2% de la población de 15 a 64 años (1.300.000 aproximadamente) ha tenido un consumo de riesgo de alcohol, valor que aumenta al 5,6% entre los que han tomado **bebidas alcohólicas** en el último año (AUDIT $\geq$ 8 puntos). Este **consumo de riesgo** del último año, es mayor entre los hombres (8,2%) que entre las mujeres (2,5%) y también es superior a la media en el grupo de 15 a 24 años (9,2%). El perfil del consumidor de riesgo es el de un varón, soltero, de 38 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando. El 39,7% ha consumido drogas ilegales en el último mes.

Consumidores problemáticos. España, 2019/2020			
	Alcohol (2019/2020)	Cannabis (2019/2020)	Heroína (2019)
Nº de consumidores problemáticos de 15 a 64 años	1.300.000	591.798	64.983
% respecto a toda la población de 15 a 64 años	4,2%	1,9%	0,2%

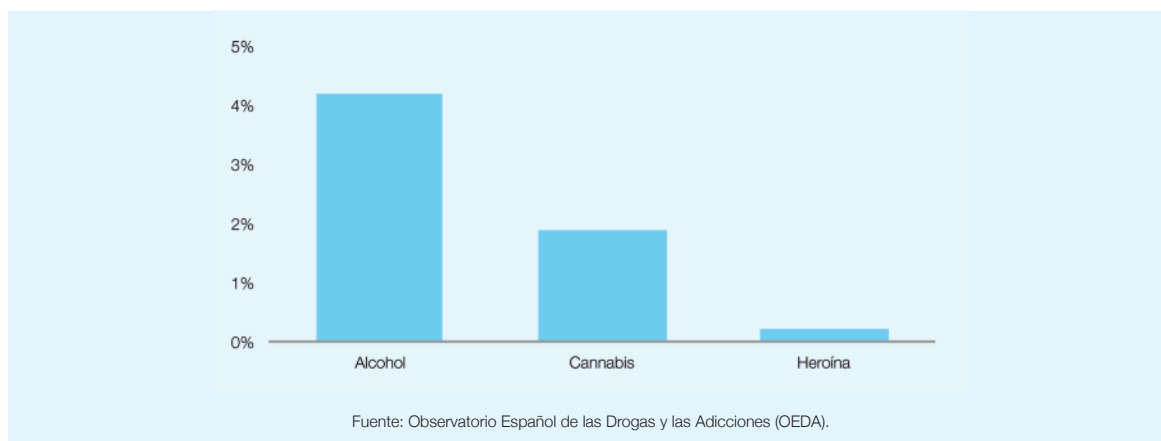
En 2019/2020, aproximadamente 591.798 personas de 15 a 64 años tienen un **consumo problemático de cannabis** (puntuación ≥ 4 puntos en la escala CAST), lo que se corresponde con el 1,9% de toda la población de 15 a 64 años, siendo mayor el porcentaje entre los hombres (3%) que entre las mujeres (0,9%) y entre los menores de 34 años (3,4%) que entre los mayores de esta edad (1,2%). El perfil del consumidor problemático de cannabis es el de un hombre menor de 34 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando, que vive con la familia propia, policonsumidor de otras sustancias y que se inició en el consumo de cannabis a los 16,5 años.

Entre la población de 14 a 18 años, se estima que 77.052 jóvenes hacen un consumo problemático, lo que representa el 3,4% de la población en este rango de edad y el 15,4% de los que han consumido en el último año.

El perfil del consumidor de riesgo entre los estudiantes es de un chico español, de 16 años, con una situación económica familiar media, con notas medias de bien o aprobado, que ha hecho pellas y que ha consumido drogas legales en los últimos 30 días.

El número estimado de **consumidores problemáticos de heroína** en España en 2019 es de 63.660 (15-64 años), lo que corresponde al 0,2% de la población en este rango de edad. Las estimaciones realizadas muestran que en 2019 se estabilizan los datos, confirmando la tendencia descendente iniciada en 2012 y que se rompió de manera puntual en 2015.

Porcentaje de la población de 15 a 64 años que ha tenido un consumo de riesgo en el último año, según sustancia. España, 2019/2020.



SISTEMA ESPAÑOL DE ALERTA TEMPRANA (SEAT)

El Observatorio Español sobre las Drogas y las Adicciones (OEDA) es el responsable de la coordinación del SEAT, y junto con el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO), es el punto nodal de la Red en España. El objetivo general del SEAT es desarrollar y mantener un sistema rápido de alerta temprana para la detección, intercambio de información, evaluación y respuesta frente a la aparición de nuevas sustancias psicoactivas. Además, forma parte y colabora activamente con el Sistema Europeo de Alerta Temprana (EWS-Early Warning System).

En 2020, se han detectado en España 4 nuevas sustancias psicoactivas, que pertenecen a los siguientes grupos: fenilaminas (2) y otros (2).

Consumo,
percepciones
y opiniones
ante las drogas



1.1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2019/2020

Introducción

El Programa de Encuestas sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) está dirigido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y cuenta con la colaboración de las comunidades autónomas. Este programa, que se realiza cada dos años, comenzó en 1995 y en la actualidad están disponibles los resultados de trece encuestas (1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015, 2017 y 2019/2020), lo que permite observar la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes, opiáceos y drogas psicoactivas de comercio ilegal. Se extrae información sobre otros aspectos relacionados con el consumo de drogas, como los perfiles de los consumidores, la percepción de riesgo que tiene la población ante determinadas conductas de consumo, la percepción de disponibilidad de distintas sustancias psicoactivas, la visibilidad del problema y otros aspectos. Adicionalmente, las últimas ediciones han ido incorporando algunos contenidos relacionados con las adicciones sin sustancia o comportamentales, preferentemente sobre los problemas asociados a los juegos de azar y al uso de las nuevas tecnologías de comunicación, en línea con la inclusión de esta área en la Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024 del Plan Nacional sobre Drogas.

Por otra parte, el cuestionario y la metodología que se emplean para este Programa son bastante similares a los utilizados en otros países de la Unión Europea y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones internacionales.

En este informe se describen los objetivos, la metodología, y los principales resultados de la encuesta EDADES en su edición de 2019/2020.

Objetivos

El objetivo general de estas encuestas es conseguir información que permita diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y otras adicciones y los problemas asociados a estas conductas.

Los objetivos concretos y comunes a toda la serie de encuestas han sido los siguientes:

- Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas y otras conductas relacionadas.
- Conocer las características sociodemográficas de los consumidores.
- Conocer los patrones de consumo de sustancias psicoactivas.
- Conocer la disponibilidad de drogas percibida por la población y el riesgo percibido ante diversas conductas de consumo.
- Conocer la visibilidad de los problemas de drogas en el lugar donde viven los encuestados.
- Conocer la opinión de la población acerca de la importancia de los problemas del uso de drogas y las medidas para reducirlos.
- Conocer la evolución temporal (desde 1995) de los aspectos antes expuestos.

A continuación se presenta una tabla resumen con los principales aspectos metodológicos:

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	EDADES. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España.
Descripción de la encuesta	Encuesta en población general residente en hogares (15-64 años), realizada en el domicilio.
Responsable de la encuesta	Ministerio de Sanidad.
ÁMBITO DE LA ENCUESTA	
Ámbito geográfico	La encuesta se realiza en todo el territorio nacional. Los resultados son representativos a nivel nacional.
Ámbito poblacional	Universo: Población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive.
Ámbito temporal. Periodicidad	EDADES se lleva a cabo cada 2 años desde 1995. El periodo de recogida de información se realizó del 7 de febrero al 13 de marzo de 2020.
DISEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. PONDERACIÓN	
Marco muestral	Población urbana y rural (municipios menores de 2.000 habitantes) de todas las CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, residente en hogares familiares.
Procedimiento de muestreo	Muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución. Las unidades de primera etapa son las secciones censales (36.288), correspondientes a 8.123 municipios. En esta edición se seleccionaron 1.793 secciones censales correspondientes a 744 municipios. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares (hogares). En la tercera etapa, se seleccionó un individuo dentro de cada hogar.
Ponderación	La ponderación para el análisis de resultados se realiza en función de la comunidad autónoma (19 grupos), tamaño del municipio (7 grupos), edad (7 grupos) y sexo (2 grupos) para corregir la disproporcionalidad de la muestra con respecto al universo.
Tamaño de la muestra	17.899 cuestionarios válidos.
Error muestral	Error muestral máximo (nivel de confianza del 95% para $p=0,5$) del 0,8%, oscilando entre el 2,1% para la Comunidad Valenciana y el 8,6% para Melilla.
TRABAJO DE CAMPO. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN	
Método de recogida	Entrevista personal en el domicilio. El entrevistador permanece presente durante todo el proceso y recoge el cuestionario una vez finalizado.
Cuestionarios	El cuestionario consta de dos partes: cuestionario del entrevistador y cuestionario autoadministrado. El cuestionario se cumplimenta por escrito (lápiz y papel). Cuestionario disponible en las lenguas oficiales del Estado Español.
Tasa de respuesta	La tasa efectiva de respuesta en 2019/2020 fue del 37,2%.
NOVEDADES	
Módulos específicos	Módulo sobre alcohol (incluye la escala AUDIT), módulo sobre cannabis (incluye la escala CAST), módulo sobre nuevas sustancias, módulo sobre analgésicos opioides, módulo sobre juego (incluye la escala DSM-V) y módulo sobre internet (incluye la escala CIUS).

Las modificaciones metodológicas introducidas en 1997 (muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución, autoadministración de todas las preguntas relacionadas con el consumo de drogas) se han mantenido en las sucesivas encuestas, lo que facilita la comparación directa entre las encuestas y elimina el posible impacto de las variaciones metodológicas sobre los resultados.

En cualquier caso, para la encuesta realizada en 1995 se mantiene la comparabilidad para los indicadores esenciales, como las prevalencias de consumo, la percepción del riesgo o la disponibilidad percibida.

Universo y marco muestral

El universo o población de referencia a la que se pretenden extrapolar los resultados es la población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive. La base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra incluye todas las poblaciones independientemente de su tamaño, incluyendo así la población de zonas rurales (municipios menores de 2.000 habitantes) y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Sin embargo, incluye sólo a la población residente en hogares familiares, quedando fuera de marco la población que reside en instituciones (cuarteles, conventos, cárceles, residencias de estudiantes o de ancianos, etc.), la población que vive en establecimientos colectivos (hoteles, pensiones, etc.), y la población sin techo.

Muestra

El tamaño de la muestra ha ido modificándose a lo largo de los años, superando las 20.000 personas en las encuestas realizadas a partir de 2005. De hecho, para esta edición estaba previsto realizar un total de 25.250 entrevistas, pero debido a la interrupción del trabajo de campo por la pandemia, finalmente ésta se ha quedado en 17.899 encuestas, cifra no obstante muy cercana a la muestra de otros años.

Es importante destacar que las entrevistas se realizaron antes del inicio del Estado de Alarma (Real Decreto 463/2020), por el cual se confinaba a la población por la alerta sanitaria provocada por Covid-19.

Por lo tanto, este año se han realizado 17.899 encuestas, de las cuales 14.399 corresponden a la muestra nacional y 3.560 a las ampliaciones que han realizado algunas comunidades autónomas.

Tabla 1.1.1.

Evolución del tamaño de muestra válida de la encuesta EDADES en la población de 15 a 64 años (número de personas). España, 1995-2019/2020.

1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
8.888	12.304	12.234	14.113	12.033	27.934	23.715	20.109	22.128	23.136	22.541	21.249	17.899

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

La distribución de la muestra por comunidad autónoma es desproporcional a su población en todas las encuestas realizadas en el período 1995-2019, para sobrerrepresentar a las comunidades más pequeñas. Además, 10 comunidades autónomas y 1 ciudad autónoma han financiado una ampliación de la muestra que correspondía a su territorio (Asturias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, Comunidad de Madrid, Región de Murcia, Navarra, La Rioja y Ceuta).

El tamaño de la muestra final por comunidades osciló entre 130 encuestados en Melilla y 2.249 en la Comunidad Valenciana, siendo la muestra entre 1.000 y 2.000 en 7 comunidades. La distribución por edad fue también desproporcional, sobrerrepresentando en la muestra a la población joven (15-39 años), para posibilitar un análisis más detallado en este grupo de edad, que es el más expuesto a las conductas adictivas consideradas. Se realizó un muestreo por conglomerados trietápicos sin sustitución:

- En la primera etapa se seleccionaron 1.793 secciones censales, correspondientes a 744 municipios, de forma aleatoria. Previamente, se realizó una estratificación de las secciones por comunidad autónoma según tamaño de hábitat, dividido en ocho categorías: menos de 2.000 habitantes, de 2.001 a 10.000 habitantes, de 10.001 a 20.000 habitantes, de 20.001 a 50.000 habitantes, de 50.001 a 100.001 habitantes, de 100.001 a 400.000 habitantes, de 400.001 a 1.000.000 habitantes y más de 1.000.000 habitantes. Esta operación se realizó de forma centralizada utilizando un programa informático.
- En la segunda etapa se seleccionaron hogares, siguiendo un procedimiento aleatorio sistemático. Esta operación fue realizada por los propios trabajadores de campo. Para ello, utilizaron como instrumentos la hoja de

ruta y el callejero de la sección censal. Se consideró que un hogar estaba habitado y era vivienda habitual cuando alguna persona de 15-64 años había vivido en él al menos 8 de los últimos 12 meses, o pensaba vivir en él al menos durante 8 meses. No se consideraron hogares las residencias colectivas (cuarteles, conventos, residencias de estudiantes o de ancianos, hoteles, etc.), las segundas residencias que no eran viviendas habituales, las oficinas, las empresas, y los hogares deshabitados (confirmado por tercera persona).

- Finalmente, en la tercera etapa, tras anotar los datos del hogar seleccionado en la hoja de contacto, se seleccionó un individuo dentro de cada hogar.

Tabla 1.1.2.

Distribución de la muestra válida de la encuesta EDADES por comunidad autónoma (número de personas). España, 2019/2020.

CCAA	DGPNSD	Ampliación	Válidas	Error muestral (±)
Andalucía	1.656	–	1.656	2,4%
Aragón	549	–	549	4,2%
Asturias	619	389	1.008	3,1%
Islas Baleares	540	–	540	4,2%
Canarias	526	–	526	4,3%
Cantabria	339	220	559	4,1%
Castilla y León	837	458	1.295	2,7%
Castilla-La Mancha	684	330	1.014	3,1%
Cataluña	1.770	–	1.770	2,3%
Comunidad Valenciana	1.699	550	2.249	2,1%
Extremadura	755	–	755	3,6%
Galicia	917	359	1.276	2,7%
Comunidad de Madrid	1.331	367	1.698	2,4%
Murcia	460	297	757	3,6%
Navarra	269	210	479	4,5%
País Vasco	939	–	939	3,2%
La Rioja	210	240	450	4,6%
Ceuta	109	140	249	6,2%
Melilla	130	–	130	8,6%
Total	14.339	3.560	17.899	0,8%

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Respecto a los cambios que ha sufrido el cuestionario a lo largo de la serie, el utilizado por primera vez en el año 1995 es algo diferente al empleado en los años posteriores, entre 1997 y 2003, cuando se utilizó un mismo cuestionario estándar, siendo el de 2005 prácticamente similar al utilizado entre 1997 y 2003. Posteriormente, a partir del año 2007, se han introducido modificaciones con el fin de converger con el modelo propuesto por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones (EMCDDA).

En cuanto al modo de administrar el cuestionario, a partir de 1997 las preguntas sobre consumo de drogas y otras conductas adictivas han figurado en un cuadernillo aparte para ser autocumplimentadas por el encuestado con papel y lápiz. Para garantizar la confidencialidad durante este proceso, el trabajador de campo debía mantenerse alejado del encuestado y, finalizada la misma, podía introducir el cuadernillo en un sobre en presencia del encuestado junto al resto del cuestionario. La conexión entre las dos partes del cuestionario se aseguraba cumplimentando en ambas los datos del hogar. No obstante, la información de las personas que rechazaron la autocumplimentación o tenían problemas para autocumplimentar el cuadernillo (ciegos, discapacitados para escribir, analfabetos, etc.) se obtuvo mediante entrevista cara a cara.

El cuestionario incluye preguntas de clasificación sociodemográficas, salud, percepción de riesgo, disponibilidad percibida, visibilidad del fenómeno, y opiniones y respuestas frente al problema de las drogas. En general, las preguntas del cuestionario carecen de la opción no sabe/no contesta con la intención de forzar la respuesta del encuestado. La sección sobre consumo de alcohol incluyó, entre otras, preguntas sobre el número de días de consumo y de borracheras alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días y, referido a los últimos 7 días, el consumo de diferentes tipos de bebidas alcohólicas (vino/champán, cerveza/sidra, vermú/jerez/fino, combinados/cubatas, licores de frutas, licores fuertes) y el consumo de riesgo de alcohol (escala AUDIT).

El cuestionario incluye desde 2015 una serie de preguntas sobre el consumo de bebidas energéticas en el marco temporal de los últimos 30 días tanto si se han bebido mezclándolas con alcohol como si no.

En el ámbito de los hipnosedantes, se explora el consumo sin receta médica incluyendo determinadas preguntas relacionadas con la mezcla con otras sustancias, así como la forma de obtención. En cuanto al consumo de hipnosedantes, en general, además de explorarse su prevalencia en diferentes marcos temporales, se ahonda en el modo del consumo, así como en la pauta prescrita por el médico.

Como novedad, este año se ha incluido el consumo de analgésicos opioides con y sin receta siguiendo un patrón de preguntas similar al de hipnosedantes.

En cuanto a las preguntas sobre drogas de comercio ilegal (cannabis, cocaína en polvo, cocaína base, heroína, alucinógenos, éxtasis, anfetaminas, inhalables volátiles, GHB, metanfetaminas y setas mágicas) se refieren a la edad de inicio del consumo, y a los consumos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días.

Siguiendo con el cuestionario, en 2011 se introdujo un módulo específico de “nuevas sustancias” que se ha mantenido hasta la actualidad. Respecto al módulo de cannabis, incluye variables que permiten elaborar un indicador de consumo problemático (escala CAST). Finalmente, cabe indicar que en 2017 se añadió un módulo sobre juego (juego *online* y presencial, tipos de juego, cantidad mayor gastada en un día y escala DSM-V para valorar el juego problemático y el trastorno del juego) y un módulo sobre el uso de internet (escala CIUS).

En 2019/2020, la **tasa de respuesta** sobre la muestra seleccionada inicialmente fue de un 37,2%. Las no respuestas se distribuyeron como sigue: negativas de hogar, incluyendo no apertura de puerta y negativa a que nadie del hogar sea entrevistado (20,2%), ausencia de todos los miembros del hogar (19,6%), negativas de la persona seleccionada (0,8%), ausencia de la persona seleccionada (0,5%) y otros motivos (21,2%). Según el protocolo de trabajo de campo, antes de clasificar a un hogar o a una persona como ausente y pasar a seleccionar otro hogar, el trabajador de campo debía realizar al menos tres visitas al hogar inicialmente seleccionado en horarios distintos.

Por lo que respecta a la supervisión, se ha supervisado al 100% de los entrevistadores y un 27,1% de las entrevistas (un 21% de forma telefónica y un 6% personalmente con visita a los hogares).

Debido a que el diseño muestral inicial contemplaba una distribución no proporcional por edad y comunidad autónoma, no es posible agregar directamente los resultados ya que se sobrerrepresentarían o infrarrepresentarían algunos grupos. Por ello, y con objeto de devolver a la muestra su representatividad se ha procedido a ponderar los resultados al universo real publicado por el INE en su última revisión del Padrón Municipal de habitantes (1 de enero de 2018). De esta forma, los resultados de cada encuesta se han ponderado por comunidad autónoma (19 grupos), tamaño de municipio (7 grupos), edad (7 grupos) y sexo (2 grupos). Ello obligó a asignar individualmente 1.222 coeficientes de ponderación diferentes. La ponderación por comunidad autónoma y edad se justifica por la desproporción de la muestra según estas variables derivada del propio diseño muestral y la ponderación por sexo se realizó para equilibrar la posible desproporción de la muestra derivada de la mayor probabilidad de ausencia en el hogar de los hombres.

Finalmente, se tuvo también en cuenta el tamaño de hábitat para eliminar cualquier posible sesgo que se pudiera producir en la tasa de respuesta (ya que es posible que en tamaños de hábitat menores sea más difícil encontrar a algunos tramos de edad).

El análisis que se presenta a continuación se ha basado principalmente en el cálculo de la prevalencia de consumo de las diferentes drogas psicoactivas utilizando cuatro indicadores temporales:

- Alguna vez en la vida.
- Últimos 12 meses.
- Últimos 30 días previos a la encuesta.
- Todos los días en los 30 días previos a la encuesta.

Los resultados se presentan para el conjunto de la población de 15-64 años, y posteriormente desagregados por sexo y por edad. Todos los cálculos se han efectuado excluyendo del numerador y del denominador los sujetos con valores desconocidos para las variables que intervienen en cada tabulación cruzada. Este proceder conduce a resultados algo superiores a los de aquellos análisis que asignan a los valores desconocidos un valor negativo o computan como una categoría más el “no sabe/no contesta”. Al igual que otros años, en esta edición de 2019/2020 la proporción de valores desconocidos para las preguntas sobre el consumo de drogas en general ha sido residual.

En el caso de las bebidas alcohólicas se realizó un análisis más complejo, estimándose indicadores de consumo de diversas categorías de bebidas alcohólicas en la última semana. También se han obtenido indicadores como la prevalencia de borracheras alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y a diario en los últimos 30 días y prevalencia de personas que han consumido en la misma ocasión 5 o más bebidas alcohólicas para los hombres y 4 o más en el caso de las mujeres durante los últimos 30 días, *binge drinking*, así como la prevalencia de personas que han hecho botellón en el último año.

Se realizaron los cálculos del error muestral asumiendo un muestreo aleatorio simple; así, el error muestral máximo para un nivel de confianza del 95% para $p=q=0,5$ fue del $\pm 0,8\%$, para la población de 15 a 64 años, oscilando entre un error del $\pm 2,1\%$ en la Comunidad Valenciana y un $\pm 8,6\%$ en La Rioja.

En este sentido, hay que resaltar que la muestra está diseñada para obtener resultados con una precisión aceptable para el conjunto de España. Si se obtienen resultados por comunidad autónoma, los intervalos de confianza de las drogas menos prevalentes en las comunidades autónomas pequeñas pueden ser demasiado amplios, lo que significa que dichas estimaciones estarán muy afectadas por el azar y pueden generar dientes de sierra y líneas de tendencia engañosas.

La muestra utilizada permite obtener resultados con una precisión aceptable por comunidad autónoma para la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco, cannabis e hipnosedantes, así como para el análisis de la percepción de riesgo, la importancia y visibilidad del problema de las drogas, la disponibilidad de drogas, las acciones para resolver el problema de las drogas o la percepción sobre el estado de salud. Sin embargo, no permite obtener estimaciones fiables para el consumo de drogas con prevalencias menores (como cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, metanfetaminas, setas mágicas, GHB, heroína e inhalables volátiles).

Caracterización sociodemográfica de la muestra

Atendiendo al sexo la muestra se distribuye de manera prácticamente simétrica entre hombres y mujeres. En cuanto a la edad, un tercio de la muestra (32,3%) tiene entre 15 y 34 años, el 47,4% se sitúa en el intervalo de 35-54 años, perteneciendo el 20,3% restante al grupo de 55 a 64 años.

En relación al estado civil, cerca de la mitad de los individuos (48,6%) están casados, mientras que cuatro de cada diez declaran encontrarse solteros (41,4%). El 10,3% restante se reparte entre separado/a o divorciado/a (8,4%) y viudo/a (1,9%).

Respecto al nivel de estudios, dos tercios de los ciudadanos han finalizado estudios secundarios (66,6%). El 22,0% tiene estudios universitarios y finalmente el 11,5% restante son aquellos que o bien no cuentan con estudios o cuentan con estudios primarios.

La práctica totalidad de la muestra tiene nacionalidad española (87,3%).

Finalmente, en relación a las personas con las que se convive, lo más habitual es vivir con su cónyuge o pareja (62,4%) seguido de los individuos que viven con su familia de origen (23,1%). Por último, también cabe destacar que existe un 12,9% de la población que vive sola.

Tabla 1.1.3.

Distribución de la muestra de la población de 15-64 años de la encuesta EDADES según sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, nacionalidad y situación de convivencia (%). España, 2019/2020.

		Total	Hombres	Mujeres
Sexo	Hombre	50,2	100	0
	Mujer	49,8	0	100
Edad	15 a 24 años	14,6	15,0	14,3
	25 a 34 años	17,7	17,6	17,7
	35 a 44 años	23,7	24,0	23,4
	45 a 54 años	23,7	23,3	24,1
	55 a 64 años	20,3	20,1	20,5
Estado civil	Soltero/a	41,4	46,0	36,1
	Casado/a	48,6	45,6	51,7
	Separado/a - Divorciado/a	8,4	7,4	9,4
	Viudo/a	1,9	1,0	2,9
Nivel de estudios	Sin estudios / estudios primarios	11,5	11,6	11,3
	Estudios secundarios	66,6	68,2	64,9
	Estudios universitarios	22,0	20,2	23,8
Nacionalidad	Española	87,3	88,6	85,9
	Extranjera	12,7	11,4	14,1
Convivencia	Solo/a	12,9	15,8	9,9
	Cónyuge / pareja	62,4	56,7	68,1
	Familia de origen	23,1	25,9	20,3
	Otros	1,5	1,2	1,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Prevalencia de consumo de drogas

Evolución temporal

El 93,0% de la población de 15 a 64 años manifiesta haber consumido **bebidas alcohólicas** alguna vez en la vida, lo que convierte al alcohol en la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo. En términos evolutivos, este indicador aumenta respecto al dato de 2017 (91,2%).

Por detrás del alcohol, el **tabaco** es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en España. El 70,0% declara haber fumado tabaco alguna vez en la vida. Evolutivamente, existe mucha estabilidad con respecto al año 2017, registrándose un ligero repunte en esta medición (69,7%).

En cuanto a los **hipnosedantes con o sin receta médica** vemos que su prevalencia de consumo alguna vez en la vida se sitúa en el 22,5%, lo que supone un aumento de 1,7 puntos porcentuales respecto al dato de 2017, siguiendo así con la tendencia creciente observada desde 2015.

Respecto al consumo de drogas ilegales, el **cannabis** es con mucha diferencia la que está más extendida en España. En términos evolutivos, continúa la tendencia creciente de consumo iniciada en 2013 obteniéndose en 2019 el máximo valor de la serie histórica (37,5%) y superando en 2,3 puntos porcentuales al dato obtenido en 2017.

La **cocaína** es la segunda droga ilegal más consumida en el país. El 11,2% de la población de 15 a 64 años reconoce haberla consumido alguna vez en la vida, indicador que se ha visto incrementado en casi 1 punto porcentual con respecto al dato registrado en 2017.

Tabla 1.1.4.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2019/2020.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Tabaco	–	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0	71,7	73,1	72,5	69,7	70,0
Alcohol	–	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2	90,9	93,1	93,5	91,2	93,0
Hipnosedantes con o sin receta	–	–	–	–	–	8,7	15,4	13,4	19,5	22,2	18,7	20,8	22,5
Hipnosedantes sin receta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2,7	4,1	3,0	3,1
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3	32,1	27,4	30,4	31,5	35,2	37,5
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3	4,9	3,6	4,3	3,6	3,6	5,0
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8	3,7	2,9	3,8	3,8	4,5	5,5
Anfetaminas/speed	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8	3,7	3,3	3,8	3,6	4,0	4,3
Cocaína (polvo y/o base)	–	–	–	–	–	–	8,3	10,2	8,8	10,3	9,1	10,3	11,2
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2	8,8	10,2	8,9	10,0	10,9
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9	0,9	1,0	0,8	1,3	1,4
Setas mágicas	–	–	–	–	–	–	–	–	2,4	1,9	2,0	2,4	3,5
Metanfetaminas	–	–	–	–	–	–	–	–	0,8	0,5	0,6	1,2	1,2
GHB	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,6	0,6	0,5	0,9
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7
Inhalables volátiles	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1	0,6	0,8	0,6	0,5	0,6	0,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Por lo que respecta al consumo en los últimos 12 meses, el 77,2% de la población ha consumido alguna bebida alcohólica, volviendo así a destacar como la sustancia psicoactiva más extendida también dentro de este tramo temporal. En cuanto al consumo del resto de drogas legales, el 39,4% declara haber fumado tabaco y el 12,0% haber consumido hipnosedantes, ya sea con o sin receta, en el último año.

Analizando el consumo de drogas ilegales, el 10,5% de los individuos de 15 a 64 años reconoce haber consumido cannabis alguna vez en los últimos 12 meses, proporción que ha disminuido en 0,5 puntos respecto a la obtenida en 2017. La prevalencia de consumo de cocaína en polvo en este tramo temporal se mantiene alrededor del 2% como viene siendo habitual en las últimas mediciones. El resto de drogas ilegales tienen un consumo muy residual, por debajo del 1%, dentro de este tramo temporal.

Tabla 1.1.5.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2019/2020.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Tabaco	–	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,7	42,8	40,2	40,7	40,2	40,9	39,4
Alcohol	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7	76,6	78,3	77,6	75,2	77,2
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	5,1	8,6	7,1	11,4	12,2	12,0	11,1	12,0
Hipnosedantes sin receta	12,3	2,3	2,3	2,8	3,1	1,2	1,3	1,9	1,2	1,2	2,3	1,3	1,3
Cannabis	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6	9,2	9,5	11,0	10,5
Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,1	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,9
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,6	0,4	0,6
Anfetaminas/speed	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,7
Cocaína polvo y/o base	-	-	-	-	-	-	3,1	2,7	2,3	2,2	2,0	2,2	2,5
Cocaína en polvo	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6	2,2	2,1	1,9	2,0	2,5
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,2	0,4	0,2	0,4
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,0	0,1
Heroína	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Respecto al consumo en los últimos 30 días, el alcohol se sitúa en un 63,0%, prevalencia prácticamente igual a la que se obtuvo en 2017 (62,7%).

En lo que respecta al consumo mensual de tabaco, observamos un descenso con respecto a los datos del 2017, pasando la prevalencia de 38,8% a 36,8%.

Para terminar con las drogas legales, el 8,6% de los españoles de entre 15 y 64 años declara haber consumido hipnosedantes con o sin receta médica en el último mes, prevalencia que ha aumentado respecto al dato de 2017 (7,5%).

Respecto al consumo de cannabis el 8,0% de la población declara haberlo consumido en el último mes. Esto supone un descenso respecto al dato de 2017 de alrededor de 1 punto porcentual.

Tabla 1.1.6.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2019/2020.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Tabaco	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8	39,4	37,6	38,3	38,5	38,8	36,8
Alcohol	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60,0	63,3	62,3	64,4	62,1	62,7	63,0
Hipnosedantes con o sin receta	–	–	–	–	3,7	5,9	5,2	8,3	8,9	8,1	7,5	8,6
Hipnosedantes sin receta	–	–	–	–	–	–	–	0,7	0,6	0,9	0,7	0,5
Cannabis	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6	7,0	6,6	7,3	9,1	8,0
Éxtasis	0,3	0,2	0,8	0,4	0,6	0,6	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3
Alucinógenos	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2
Anfetaminas/speed	0,2	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3
Cocaína polvo y/o base	–	–	–	–	–	–	1,3	1,1	1,0	0,9	1,1	1,2
Cocaína en polvo	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2	1,1	1,0	0,9	1,1	1,1
Cocaína base	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Setas mágicas	–	–	–	–	–	–	–	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Metanfetaminas	–	–	–	–	–	–	–	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
GHB	–	–	–	–	–	–	–	–	0,0	0,0	0,0	0,0
Heroína	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Inhalables volátiles	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	–	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Respecto al consumo diario en los últimos 30 días, en 2019/2020, el 32,3% de la población de entre 15 y 64 años manifiesta consumir tabaco de manera diaria. Esto supone un descenso de 1,7 puntos respecto a la prevalencia registrada en 2017.

En cuanto al consumo diario de alcohol, se registra un incremento (8,8%) con respecto a la edición anterior, cuando se registró el menor porcentaje de la serie histórica (7,4%), rompiendo así la tendencia descendente que comenzó en el año 2011.

El consumo diario de hipnosedantes con o sin receta ha aumentado este último año alcanzando el 6,4%, rompiendo así la tendencia decreciente que había tomado desde 2015.

Por último, un 2,9% de la población consume cannabis de manera diaria, alcanzando esta edición el máximo porcentaje de la serie histórica.

Tabla 1.1.7.

Prevalencia de consumo diario de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2019/2020.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Tabaco	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8	30,4	30,8	30,8	34,0	32,3
Alcohol	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0	10,2	9,8	9,3	7,4	8,8
Cannabis	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,6	2,0	1,7	1,9	2,1	2,1	2,9
Hipnosedantes con o sin receta	–	–	–	–	–	3,1	2,7	4,6	6,8	6,0	5,9	6,4

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Edad media de inicio en el consumo y diferencias en el consumo por sexo y edad

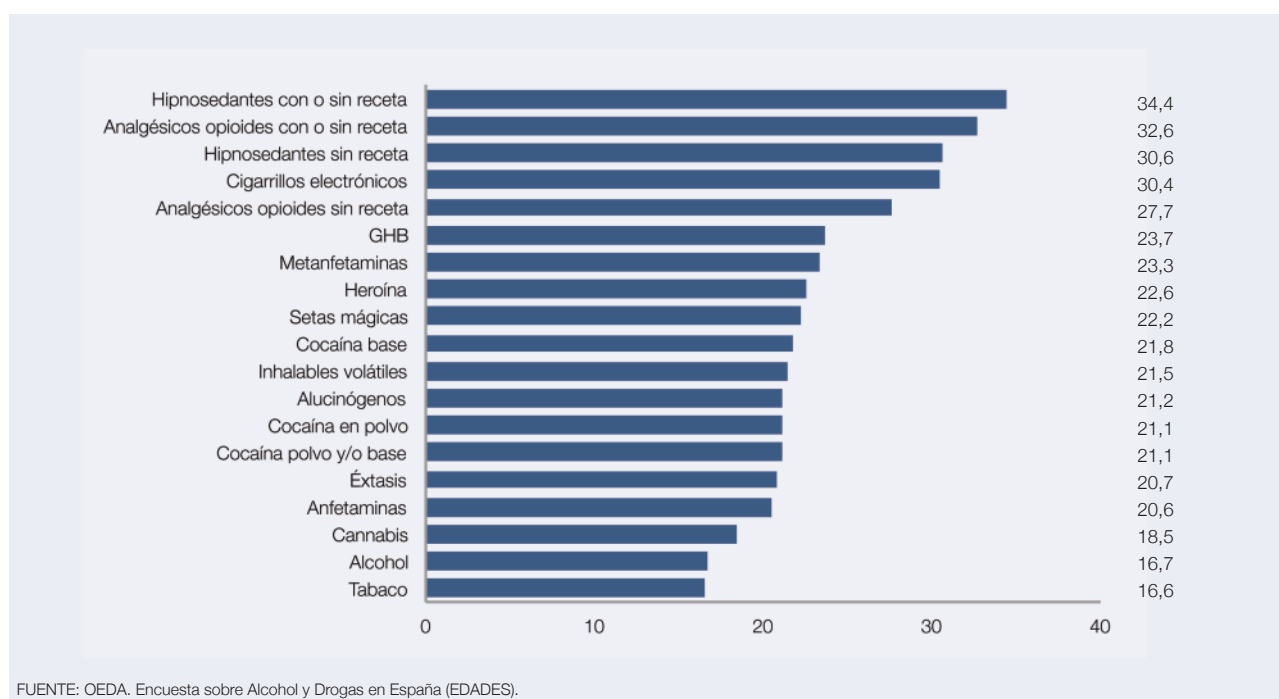
Edad de inicio en el consumo

El alcohol y el tabaco son las sustancias que empiezan a consumirse de manera más temprana (16,7 y 16,6 años, respectivamente). En cuanto a las drogas ilegales, el cannabis es la sustancia que empieza a consumirse a una edad más prematura (18,5 años). La edad de inicio de consumo se ha mantenido entre los 18 y los 19 años a lo largo de toda la serie histórica.

En el lado opuesto, los hipnosedantes con o sin receta médica son las sustancias psicoactivas que, por término medio, comienzan a consumirse a una edad más avanzada, 34,4 años, siendo inferior la edad media de inicio en el consumo de hipnosedantes sin receta (30,6 años).

Figura 1.1.1.

Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años (años). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Analizando la edad media de inicio en el consumo de las diferentes drogas en función del sexo del individuo, se aprecia que son los hombres los que comienzan a consumir antes aquellas sustancias psicoactivas que registran mayores prevalencias (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína). Cabe destacar que, incluso en el caso de los hipnosedantes, para los que se registra mayor prevalencia de consumo entre las mujeres, los hombres empiezan a consumirlos con menor edad que las mujeres.

Tabla 1.1.8.

Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años, según sexo. España, 2019/2020.

	Hombres	Mujeres
Tabaco	16,3	16,8
Alcohol	16,2	17,2
Cannabis	18,1	19,1
Inhalables volátiles	21,4	21,5
Anfetaminas	20,5	20,7
Alucinógenos	21,1	21,5
Cocaína en polvo	21,0	21,5
Éxtasis	20,7	20,9
Cocaína polvo y/o base	21,0	21,5
Setas mágicas	22,4	21,3
GHB	23,4	24,7
Heroína	22,0	25,0
Metanfetaminas	23,1	23,7
Cocaína base	21,9	21,4
Hipnosedantes sin receta	30,2	31,0
Hipnosedantes con o sin receta	34,0	34,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.9.

Evolución de la edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años. España, 1995-2019/2020.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Tabaco	15,9	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4	16,5	16,5	16,5	16,4	16,4	16,6	16,6
Alcohol	-	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7	16,7	16,6	16,6	16,7
Cannabis	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6	18,6	18,7	18,6	18,3	18,4	18,5
Inhalables volátiles	17,7	19,0	18,1	17,5	17,5	17,8	19,7	19,2	19,7	19,4	20,5	20,1	21,5
Anfetaminas	19,2	19,4	19,2	18,8	19,6	19,2	19,7	20,1	20,2	20,8	20,2	20,4	20,6
Alucinógenos	19,3	19,0	19,3	18,9	19,9	19,0	19,9	19,7	20,5	20,9	20,3	20,9	21,2
Cocaína en polvo	21,4	21,3	21,8	20,4	20,9	20,6	20,9	20,9	21,0	21,3	20,9	21,1	21,1
Éxtasis	21,1	20,0	20,7	20,2	20,3	20,1	20,8	20,5	20,8	21,1	20,7	21,1	20,7
Cocaína polvo y/o base	-	-	-	-	-	-	-	20,9	21,0	21,3	20,8	21,1	21,1
Heroína	20,3	20,1	19,0	20,7	22,0	20,2	21,7	22,9	20,7	21,5	22,2	22,7	22,6
Cocaína base	21,8	20,6	20,1	19,6	20,1	20,8	21,4	23,1	22,4	23,2	20,7	23,2	21,8
Hipnosedantes sin receta	35,2	28,7	29,2	29,5	30,0	-	29,1	29,5	27,8	31,3	32,5	31,6	30,6
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	33,8	34,5	34,5	35,2	35,6	34,4	34,4

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Diferencias en el consumo por edad

Analizando las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en función de la edad en base a dos grupos, de 15 a 34 años y de 35 a 64 años, las mayores diferencias se observan para los hipnosedantes y el cannabis. En el caso de los hipnosedantes vemos que el 13,1% de los ciudadanos de 15 a 34 años ha consumido hipnosedantes con o sin receta médica en alguna ocasión, proporción que se incrementa hasta el 27,0% entre los de 35 a 64 años.

La situación contraria se da en el caso del cannabis, siendo una sustancia con mayor prevalencia de consumo entre la población menor de 35 años (el 45% reconoce haber consumido cannabis alguna vez en la vida) que entre los de 35 a 64 años, para los que el indicador se reduce en 11,0 puntos (34,0%). A lo largo de toda la serie histórica se observa que el consumo de cannabis se encuentra más extendido entre la población más joven.

Tabla 1.1.10.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1995-2019/2020.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2017		2019	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	-	-	72,7	66,9	65,2	64,7	69,4	67,6	69,2	68,7	67,9	70,7	66,6	69,8	70,1	78,3	67,8	74,2	68,5	75,6	65,4	76,2	62,3	73,4	63,9	72,9
Alcohol	-	-	91,4	89,9	87,4	87,2	89,3	88,8	88,9	88,3	93,2	94,1	87,7	88,3	92,2	95,5	89,5	91,7	92,2	93,7	91,2	94,7	88,8	92,4	91,5	93,6
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12,1	24,1	13,4	27,0	10,8	22,8	12,4	25,0	13,1	27,0
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,3	2,5	2,3	2,8	2,6	4,8	2,5	3,2	2,8	3,2
Cannabis	22,9	6,1	32,4	14,4	28,1	12,3	34,3	15,3	39,0	21,0	39,4	20,4	37,5	20,2	42,4	25,2	36,9	21,6	40,2	25,0	38,8	27,8	42,0	31,8	45,0	34,0
Éxtasis	3,5	0,5	4,8	0,4	4,4	0,7	7,7	1,0	8,3	1,6	7,6	1,9	7,2	2,2	8,4	2,6	5,7	2,3	6,2	3,2	4,7	3,0	4,1	3,3	5,4	4,8
Alucinógenos	3,3	0,9	4,7	1,3	2,9	1,0	4,6	1,3	4,7	1,6	5,4	1,9	5,9	2,3	5,7	2,4	4,4	2,0	5,0	3,1	4,5	3,4	4,7	4,3	6,0	5,3
Anfetaminas/ speed	3,7	1,0	4,2	1,3	3,1	1,3	4,6	1,5	4,7	1,9	5,2	2,0	5,6	2,6	5,7	2,4	4,6	2,4	4,9	3,2	4,3	3,3	4,1	3,9	4,2	4,3
Cocaína en polvo	5,4	1,4	5,5	1,6	4,7	1,8	7,7	2,4	8,9	3,6	10,4	4,4	11,4	5,5	13,5	7,9	11,0	7,4	11,6	9,4	9,3	8,8	9,9	10,0	10,5	11,1
Cocaína base	0,5	0,1	0,7	0,2	0,6	0,2	0,7	0,3	0,7	0,3	0,7	0,6	2,3	1,5	0,9	0,9	0,8	1,0	0,9	1,1	0,6	1,0	1,0	1,4	1,1	1,6
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,3	1,2	3,2	1,1	3,0	1,6	3,1	2,1	4,4	3,1
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	0,5	0,7	0,4	0,9	0,5	1,5	1,0	1,3	1,1
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,5	0,7	0,6	0,6	0,4	0,8	1,0
Heroína	1,4	0,2	0,9	0,3	0,6	0,3	0,7	0,5	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	1,0	0,4	0,6	0,4	0,6	0,3	0,9	0,2	0,9	0,2	0,7	0,2	1,0
Inhalables volátiles	1,1	0,3	1,3	0,3	0,9	0,4	1,5	0,2	1,7	0,5	1,2	0,5	1,7	0,8	1,1	0,4	1,1	0,6	0,7	0,5	0,4	0,5	0,6	0,6	0,9	0,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Atendiendo al plazo temporal de los últimos 12 meses, la mayor diferencia en las prevalencias de consumo en ambos grupos de edad se da en el caso del cannabis. El 6,4% del colectivo de 35 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez en el último año, proporción que aumenta hasta el 19,1% entre los menores de 35 años.

En el caso del tabaco su consumo en los últimos 12 meses está ligeramente más extendido en el grupo de edad más joven (41,9% en el de 15 a 34 años y 38,5% en el de 35 a 64 años).

En el caso de la cocaína en polvo en los 12 últimos meses, la diferencia entre los dos grupos de edad es inferior a un punto porcentual, habiéndose incrementado el consumo en ambos grupos.

En cuanto al éxtasis, entre los de 35 a 64 años su prevalencia de consumo continúa siendo bastante residual (0,6%), tal y como viene ocurriendo a lo largo de toda la serie histórica. Por su parte, entre los de 15 a 34 años se ha producido un incremento en el porcentaje de consumo con respecto al dato del año 2017, pasando de 1,2% a 1,6%.

Tabla 1.1.11.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1995-2019/2020.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2017		2019	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	-	-	54,5	39,9	49,5	40,6	52,0	41,2	52,8	43,8	47,3	38,8	46,2	38,8	45,3	41,1	43,8	37,9	43,4	39,2	40,8	39,9	41,5	40,6	41,9	38,1
Alcohol	72,9	64,1	82,5	74,9	79,0	71,8	81,5	75,2	79,5	74,2	79,4	74,7	76,9	71,1	80,1	77,7	79,1	75,1	81,3	76,7	79,2	76,7	77,2	74,3	79,3	76,2
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,3	14,5	6,4	15,5	6,3	15,0	6,5	13,4	6,7	14,6
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	1,2	1,1	1,3	1,4	2,7	1,2	1,3	1,3	1,2
Cannabis	12,7	2,3	14,2	1,8	12,6	2,2	16,7	3,3	20,1	4,2	19,8	4,7	18,9	3,9	19,4	4,6	17,0	5,1	17,0	4,8	17,1	5,5	18,3	7,4	19,1	6,4
Éxtasis	2,4	0,1	1,8	0,0	1,6	0,1	3,7	0,2	2,9	0,1	2,4	0,4	2,4	0,4	1,8	0,2	1,4	0,2	1,5	0,2	1,3	0,2	1,2	0,4	1,6	0,6
Alucinógenos	1,3	0,2	1,8	0,1	1,2	0,2	1,3	0,2	1,1	0,2	1,5	0,1	1,4	0,1	1,1	0,1	0,9	0,1	0,8	0,1	1,1	0,3	0,9	0,2	1,1	0,3
Anfetaminas/speed	1,8	0,2	1,8	0,1	1,3	0,2	2,2	0,2	1,6	0,2	1,9	0,3	1,7	0,2	1,4	0,1	1,1	0,3	1,2	0,3	1,0	0,3	0,9	0,3	1,1	0,5
Cocaína en polvo	3,1	0,5	2,9	0,5	2,8	0,5	4,5	0,9	4,8	0,9	5,2	1,3	5,3	1,3	4,3	1,5	3,5	1,4	3,2	1,5	3,0	1,3	2,7	1,7	3,1	2,2
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,6	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	0,1	0,5	0,1	0,7	0,2	0,5	0,1	0,7	0,2
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,4	0,1	0,5	0,2
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1
Heroína	0,9	0,1	0,4	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Inhalables volátiles	0,2	0,1	0,4	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,4	0,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Cuando se comparan las prevalencias entre ambos colectivos en los últimos 30 días se observa que el consumo de alcohol es muy similar en ambos grupos (63,4% entre los de 15 a 34 años y 62,8% entre los de 35 a 64 años).

Algo similar ocurre en el consumo de tabaco: está igualmente extendido entre ambos colectivos, siendo algo superior el consumo entre los más jóvenes (38,1% entre los menores de 35 años y 36,2% entre los de 35 a 64 años).

Entre las sustancias ilegales, la única sustancia para la que se observan diferencias significativas entre ambos colectivos de edad es el cannabis. La extensión de su consumo entre la población menor de 35 años es de 14,2% reduciéndose a menos de la mitad en el grupo de mayor edad (5,1%). Esta diferencia se mantiene estable respecto a lo observado en la anterior medición.

Tabla 1.1.12.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1997-2019/2020.

	1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2017		2019	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	49,6	36,9	43,7	36,9	46,3	37,5	47,2	39,5	42,3	35,5	42,2	36,3	40,9	38,4	40,4	35,9	40,2	37,2	38,4	38,6	38,5	39,0	38,1	36,2
Alcohol	66,7	61,6	64,4	59,4	65,7	62,1	65,8	62,7	66,3	63,4	61,7	59,4	63,1	63,3	63,7	61,5	65,4	63,9	61,6	62,4	62,7	62,8	63,4	62,8
Hipnosedantes																								
con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,4	11,3	3,4	12,0	3,3	10,6	3,4	9,6	3,6	10,9
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,8	0,4	0,6	0,7	1,0	0,5	0,7	0,5	0,5
Cannabis	8,5	1,1	7,9	1,5	11,5	2,3	13,4	2,9	15,4	3,6	13,5	2,8	14,1	3,2	12,5	3,7	12,2	3,5	12,9	4,4	14,6	6,3	14,2	5,1
Éxtasis	0,6	0,0	0,5	0,0	1,5	0,2	0,7	0,0	1,1	0,2	0,8	0,2	0,8	0,1	0,6	0,1	0,4	0,1	0,5	0,1	0,3	0,1	0,6	0,2
Alucinógenos	0,4	0,0	0,3	0,1	0,4	0,1	0,4	0,0	0,5	0,1	0,2	0,0	0,4	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,4	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1
Anfetaminas/speed	0,5	0,0	0,5	0,1	1,1	0,1	0,4	0,1	0,8	0,1	0,5	0,1	0,7	0,1	0,5	0,1	0,5	0,1	0,5	0,1	0,4	0,1	0,5	0,2
Cocaína en polvo	1,6	0,2	1,5	0,3	2,4	0,5	1,9	0,4	2,8	0,7	2,9	0,7	2,0	0,7	1,7	0,8	1,2	0,9	1,3	0,6	1,3	1,0	1,2	1,1
Cocaína base	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,0	0,2	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Heroína	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Diferencias en el consumo por sexo

En el marco temporal de alguna vez en la vida, los hombres registran mayores prevalencias de consumo en todas las sustancias psicoactivas, a excepción de los hipnosedantes con o sin receta, los hipnosedantes sin receta y los analgésicos opioides, sustancias que son consumidas en mayor medida entre las mujeres.

En primer lugar, cabe destacar que el alcohol es la sustancia que obtiene una mayor prevalencia de consumo tanto entre los hombres (95,5%) como entre las mujeres (90,4%), habiendo sido consumida alguna vez en la vida por la gran mayoría de la población de ambos sexos.

Es en el consumo del cannabis donde se obtiene la mayor diferencia de prevalencias entre ambos sexos (el 46,3% de los hombres ha consumido cannabis alguna vez en la vida frente al 28,7% de mujeres), lo que se traduce en una diferencia de casi 20 puntos porcentuales. Evolutivamente, al igual que ocurrió en 2017, se ha registrado en ambos sexos el máximo histórico de consumo de cannabis.

Otra diferencia notable es la registrada para el consumo de tabaco, siendo cercana a 10 puntos porcentuales la diferencia entre la prevalencia de consumo de los hombres y de las mujeres (74,9% y 65,1%, respectivamente), diferencia que se ha mantenido bastante estable a lo largo de los años.

Históricamente, en comparación con las mujeres, también se registra un mayor porcentaje de hombres que ha consumido alguna vez en su vida cocaína polvo y/o base. Algo más del 16% de hombres manifiesta haberla consumido frente al 5,9% de las mujeres. En 2019/2020, respecto a 2017, se ha visto incrementado el consumo de esta sustancia psicoactiva entre los hombres, manteniéndose estable en las mujeres.

Finalmente, como ya se ha mencionado anteriormente, los hipnosedantes son la única sustancia consumida por una mayor proporción de mujeres que de hombres, siendo la diferencia entre ambos sexos de alrededor de 8 puntos porcentuales. Aproximadamente un cuarto de las mujeres ha consumido alguna vez en su vida hipnosedantes con o sin receta, frente al 18,3% de los hombres que manifiestan haberlos consumido alguna vez.

Tabla 1.1.13.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2011-2019/2020.

	2011		2013		2015		2017		2019	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	77,6	65,7	77,5	68,6	77,1	67,9	74,8	64,5	74,9	65,1
Cigarrillos electrónicos	-	-	-	-	7,3	6,3	9,6	8,1	12,0	8,9
Alcohol	94,0	87,7	95,0	91,3	95,3	91,7	93,6	88,8	95,5	90,4
Hipnosedantes con o sin receta	13,7	25,4	16,8	27,6	13,6	23,9	15,9	25,6	18,3	26,8
Hipnosedantes sin receta	2,1	2,6	2,6	2,8	3,3	4,9	2,8	3,2	3,0	3,1
Analgésicos opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	13,1	16,0	14,1	16,2
Analgésicos opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8	1,5
Cannabis	35,4	19,2	37,9	22,7	40,1	22,8	43,6	26,8	46,3	28,7
Éxtasis	5,1	2,0	6,3	2,2	5,3	1,8	5,3	1,9	7,5	2,4
Alucinógenos	4,4	1,4	5,8	1,8	5,7	1,8	6,6	2,3	8,2	2,8
Anfetaminas/speed	4,8	1,7	5,7	1,8	5,4	1,9	5,8	2,1	6,5	2,0
Cocaína polvo y/o base	12,8	4,7	15,0	5,4	13,4	4,7	14,6	5,9	16,4	5,9
Cocaína en polvo	12,7	4,7	14,9	5,4	13,3	4,6	14,3	5,7	16,1	5,7
Cocaína base	1,5	0,3	1,7	0,3	1,4	0,3	1,8	0,7	2,1	0,8
Setas mágicas	3,5	1,2	2,9	0,8	3,0	1,0	3,8	1,1	5,3	1,7
Metanfetaminas	1,2	0,3	0,8	0,1	1,0	0,2	1,9	0,5	1,8	0,5
GHB	-	-	0,9	0,2	1,0	0,2	0,7	0,2	1,5	0,3
Heroína	0,9	0,2	1,2	0,2	1,0	0,3	0,8	0,3	1,2	0,3
Inhalables volátiles	1,1	0,4	0,9	0,3	0,7	0,2	0,9	0,3	1,2	0,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Atendiendo al sexo y para el tramo temporal de los últimos 12 meses, al igual que ocurría para los consumos alguna vez en la vida, el consumo de sustancias psicoactivas está más extendido entre los hombres que entre las mujeres con la excepción de los hipnosedantes y los analgésicos opioides.

Tabla 1.1.14.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1995-2019/2020.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2017		2019	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	-	-	55,0	38,7	50,3	39,2	51,5	40,5	53,0	42,6	47,2	37,5	46,0	37,6	48,4	37,0	44,2	36,0	44,2	37,2	44,4	36,0	46,0	35,8	44,4	34,2
Alcohol	79,3	58,0	86,4	70,5	83,2	67,2	85,2	70,9	84,5	68,4	84,0	69,2	80,4	66,4	84,4	72,7	83,2	69,9	83,2	73,4	82,9	72,1	81,3	69,2	82,7	71,6
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,5	6,7	6,8	11,5	4,6	9,3	7,6	15,3	8,5	16,0	8,3	15,8	8,1	14,1	9,4	14,7
Hipnosedantes sin receta	8,2	1,6	2,3	2,4	2,3	2,4	2,5	3,1	2,9	3,3	1,1	1,3	1,2	1,4	1,9	1,9	1,1	1,2	1,1	1,3	1,6	2,9	1,2	1,4	1,3	1,2
Cannabis	10,7	4,4	10,7	4,7	9,6	4,3	13,0	5,5	16,2	6,3	15,7	6,6	13,6	6,6	14,8	6,2	13,6	5,5	12,9	5,4	13,3	5,6	15,4	6,6	14,6	6,3
Éxtasis	1,9	0,7	1,2	0,5	1,2	0,5	2,8	0,7	2,0	0,8	1,8	0,6	1,6	0,5	1,4	0,3	1,0	0,4	1,0	0,3	0,9	0,3	1,0	0,3	1,4	0,4
Alucinógenos	1,1	0,4	1,4	0,4	0,8	0,4	1,2	0,2	0,9	0,3	1,1	0,4	0,9	0,3	0,7	0,2	0,6	0,2	0,5	0,1	0,8	0,3	0,7	0,2	1,0	0,2
Anfetaminas/speed	1,3	0,7	1,4	0,4	1,0	0,4	1,6	0,6	1,1	0,5	1,4	0,5	1,3	0,3	1,0	0,3	0,9	0,3	0,8	0,4	0,8	0,3	0,8	0,2	0,9	0,4
Cocaína (polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,7	1,6	4,2	1,0	3,6	0,9	3,3	1,0	3,1	0,9	3,4	1,0	4,1	1,0
Cocaína en polvo	2,7	1,0	2,6	0,6	2,3	0,8	3,8	1,3	4,1	1,2	4,6	1,3	4,4	1,5	4,2	1,0	3,6	0,9	3,3	0,9	2,9	0,9	3,2	0,8	4,0	0,9
Cocaína base	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,7	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,4	0,2	0,3	0,1
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,2	0,3	0,1	0,5	0,2	0,4	0,1	0,6	0,1
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,1	0,4	0,2
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
Heroína	0,8	0,3	0,4	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Inhalables volátiles	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

La diferencia más notable se registra para el consumo de alcohol, pues el 82,7% de los hombres declara haber consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses, proporción que se reduce hasta el 71,6% en el caso de las mujeres que, además, han registrado en 2019 un aumento de más de 2 puntos porcentuales con respecto a la cifra de 2017, obteniendo datos similares a los de 2015.

De la misma manera, en el caso del tabaco se observan mayores prevalencias de consumo entre los hombres (44,4%) que entre las mujeres (34,2%). En términos evolutivos, este diferencial ha disminuido ligeramente con respecto al que había en 2017.

El consumo de cannabis también está más extendido entre los hombres que entre las mujeres situándose el diferencial en los 8,3 puntos. Evolutivamente, esta diferencia es muy similar a la que se viene observando desde 2009.

El consumo de cocaína en polvo destaca por su carácter residual entre las mujeres (0,9%), encontrándose más extendido entre los varones (4,0%). Respecto a 2017 se produce un incremento para ambos sexos, siendo más pronunciado entre los hombres.

Como hemos mencionado los hipnosedantes son una de las pocas sustancias para las que la prevalencia de consumo está más extendida entre las mujeres que entre los hombres, situándose la diferencia alrededor de los 5 puntos (14,7% frente a 9,4%). En términos evolutivos, el consumo ha aumentado tanto en hombres como en mujeres en comparativa con los datos obtenidos en el año 2017.

Finalmente, en lo que se refiere al consumo en los 30 días previos a la realización de la encuesta, y al igual que ocurría para el tramo temporal de los últimos 12 meses, la mayor diferencia entre hombres y mujeres se registra para el alcohol. El 72,0% de los hombres reconoce haber consumido alguna bebida alcohólica durante este periodo, reduciéndose esta proporción hasta el 53,9% en el caso de las mujeres.

También el consumo de tabaco se encuentra más extendido entre los hombres que entre las mujeres, situándose la diferencia entre ambos sexos en casi 10 puntos porcentuales (41,5% entre los hombres y 32,0% entre las mujeres).

El 11,4% de los hombres reconoce haber consumido cannabis en el último mes, proporción que se reduce notablemente entre las mujeres (4,7%). En términos evolutivos, desde 2017, cabe destacar que el consumo de cannabis en el último mes ha sufrido un descenso para ambos sexos.

En cuanto a los hipnosedantes con o sin receta se registra una mayor prevalencia de consumo en el último mes, de nuevo, entre las mujeres (10,7% frente al 6,5% obtenido entre los hombres). Tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, el consumo en el último mes se ha incrementado alrededor de 1 punto porcentual con respecto a los datos de 2017.

Tabla 1.1.15.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1997-2019/2020.

	1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2017		2019	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	51,4	34,4	45,0	35,2	46,5	36,3	47,9	37,9	43,1	33,6	42,6	34,3	44,7	34,0	41,4	33,7	41,7	34,8	42,6	34,3	43,8	33,8	41,5	32,0
Alcohol	75,8	52,1	74,4	49,1	76,4	50,9	75,8	52,1	76,0	52,9	71,3	52,8	74,0	52,2	73,2	51,2	73,4	55,3	71,3	52,8	71,5	54,0	72,0	53,9
Hipnosedantes																								
con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	2,3	5,1	5,4	10,8	3,2	7,0	5,2	11,4	5,8	12,1	5,4	10,8	5,4	9,7	6,5	10,7
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,8	0,6	0,5	0,8	1,1	0,5	0,8	0,6	0,4
Cannabis	6,7	2,5	6,2	2,8	9,4	3,4	11,3	3,9	12,5	4,7	10,0	4,2	11,0	4,0	10,2	3,8	9,8	3,4	10,7	3,9	12,9	5,3	11,4	4,7
Éxtasis	0,5	0,1	0,3	0,2	1,3	0,3	0,5	0,2	0,9	0,3	0,6	0,2	0,5	0,2	0,4	0,2	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,6	0,1
Alucinógenos	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1
Anfetaminas/speed	0,4	0,1	0,4	0,2	0,9	0,2	0,4	0,1	0,6	0,2	0,4	0,1	0,4	0,2	0,4	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	0,2
Cocaína																								
(polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,5	0,8	2,0	0,4	1,8	0,5	1,7	0,4	1,5	0,3	1,8	0,4	2,0	0,3
Cocaína en polvo	1,5	0,2	1,3	0,4	2,2	0,5	1,6	0,5	2,5	0,7	2,5	0,8	2,0	0,4	1,8	0,5	1,7	0,4	1,4	0,3	1,8	0,4	1,9	0,3
Cocaína base	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Heroína	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Inhalables volátiles	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Diferencias en el consumo (alcohol, tabaco y cannabis) por comunidad autónoma

Edad de inicio en el consumo

El alcohol y el tabaco son las sustancias psicoactivas que comienzan a consumirse de manera más temprana en todas las comunidades autónomas de España.

En la edad media de inicio de consumo de tabaco, Navarra y Aragón son las comunidades autónomas que registran la menor edad (16,0 años); en el lado opuesto, en la Ciudad Autónoma de Melilla, el primer consumo de tabaco ronda los 18 años por término medio. En cuanto a la edad de inicio del consumo diario se aprecia una mayor diferencia entre las comunidades (entre 17,4 años y 19,5 años), siendo Aragón la comunidad autónoma en la que se inicia este hábito de forma más temprana (17,4 años) y Ceuta en la que se registra una edad de inicio de consumo diario de tabaco más tardía (19,5 años).

El primer consumo de alcohol entre la población se sitúa entre los 16,2 y los 17,5 años. La comunidad autónoma en la que más precozmente se inicia el consumo del alcohol es la Comunidad Valenciana (16,2 años), mientras que la edad de inicio más tardía se registra en Melilla (17,5 años).

Tabla 1.1.16.

Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2019/2020.

	Tamaño muestra	Edad media inicio consumo tabaco	Edad media inicio consumo tabaco diario	Edad media inicio consumo bebidas alcohólicas	Edad media inicio consumo cannabis
Andalucía	1.656	16,7	18,5	16,9	18,6
Aragón	549	16,0	17,4	16,5	18,3
Asturias	1.008	16,7	18,2	16,5	18,7
Baleares	540	16,1	18,5	16,3	17,7
Canarias	526	16,7	18,5	17,3	17,5
Cantabria	559	16,3	17,9	16,7	18,4
Castilla y León	1.295	16,5	17,9	16,4	18,6
Castilla-La Mancha	1.014	16,3	18,3	16,4	18,4
Cataluña	1.770	16,7	18,3	16,5	18,6
C. Valenciana	2.249	16,4	18,4	16,2	18,4
Extremadura	755	16,2	18,0	16,7	18,5
Galicia	1.276	16,6	19,0	17,0	18,6
Madrid	1.698	16,8	18,1	17,0	18,8
Murcia	757	16,4	17,7	16,4	18,2
Navarra	479	16,0	17,8	16,3	18,5
País Vasco	939	16,4	18,1	16,5	18,3
La Rioja	450	16,7	19,1	16,7	19,1
Ceuta	249	17,1	19,5	17,4	18,1
Melilla	130	17,9	18,7	17,5	19,4
Media España	17.899	16,6	18,3	16,7	18,5

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Consumo de bebidas alcohólicas

La prevalencia de consumo del alcohol alguna vez en la vida se sitúa en la mayoría de las comunidades por encima del 90%, siendo Asturias la que registra una mayor prevalencia (96,2%), mientras que Melilla obtiene la menor de las prevalencias en España (56,8%).

Tanto en el marco temporal de los últimos 12 meses como de los últimos 30 días, las comunidades en las que se aprecia una mayor prevalencia son Asturias y la Comunidad Valenciana, mientras que las comunidades que tienen una menor prevalencia son Melilla y Ceuta.

Tabla 1.1.17.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2019/2020.

	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	92,9	91,7	94,2	74,2	72,0	76,3	57,7	55,4	60,1
Aragón	94,4	92,5	96,3	82,1	78,9	85,3	68,0	64,1	71,9
Asturias	96,2	95,0	97,3	84,6	82,4	86,8	71,9	69,1	74,7
Baleares	92,7	90,5	94,9	78,6	75,1	82,0	65,4	61,4	69,4
Canarias	93,3	91,2	95,5	70,2	66,3	74,1	49,8	45,5	54,0
Cantabria	94,7	92,9	96,6	82,8	79,7	85,9	67,6	63,7	71,5
Castilla y León	95,8	94,7	96,9	80,1	77,9	82,3	65,6	63,0	68,2
Castilla-La Mancha	93,2	91,6	94,7	74,0	71,3	76,7	60,8	57,8	63,8
Cataluña	92,5	91,3	93,7	79,6	77,7	81,4	63,0	60,8	65,3
C. Valenciana	95,8	94,9	96,6	84,5	83,0	86,0	70,4	68,5	72,2
Extremadura	87,6	85,3	90,0	62,8	59,4	66,3	50,3	46,7	53,8
Galicia	90,3	88,7	92,0	74,3	71,9	76,7	63,9	61,3	66,6
Madrid	91,4	90,0	92,7	74,5	72,5	76,6	65,0	62,7	67,2
Murcia	95,2	93,7	96,7	81,6	78,8	84,4	67,9	64,6	71,3
Navarra	91,6	89,2	94,1	80,5	77,0	84,1	62,6	58,3	66,9
País Vasco	93,8	92,2	95,3	79,1	76,5	81,7	67,8	64,8	70,7
La Rioja	95,5	93,6	97,4	81,3	77,7	84,9	65,6	61,2	70,0
Ceuta	59,9	53,8	65,9	47,3	41,1	53,5	35,5	29,6	41,4
Melilla	56,8	48,3	65,4	44,1	35,6	52,7	39,1	30,7	47,4
Media España	93,0	92,6	93,3	77,2	76,6	77,8	63,0	62,3	63,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Tabla 1.1.18.

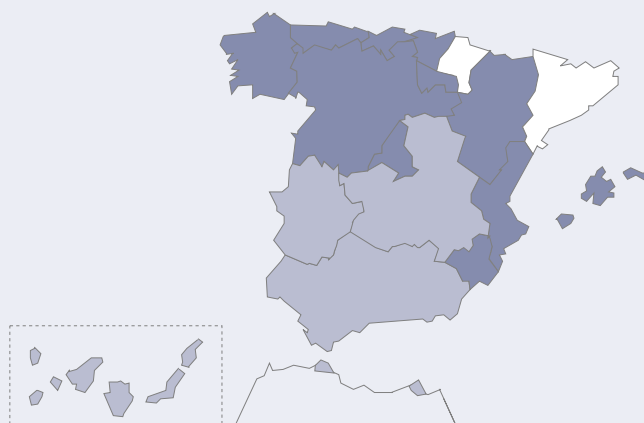
Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2019/2020.

	Últimos 30 días
Andalucía	57,7
Aragón	68,0
Asturias	71,9
Baleares	65,4
Canarias	49,8
Cantabria	67,6
Castilla y León	65,6
Castilla-La Mancha	60,8
Cataluña	63,0
C. Valenciana	70,4
Extremadura	50,3
Galicia	63,9
Madrid	65,0
Murcia	67,9
Navarra	62,6
País Vasco	67,8
La Rioja	65,6
Ceuta	35,5
Melilla	39,1
Media España	63,0

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS ÚLTIMOS 30 DÍAS

Media nacional 63,0%

- < media España
- > media España
- = media España



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

En los últimos 12 meses, las comunidades autónomas que superan en mayor medida la media nacional de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) son Navarra, Baleares y La Rioja, con prevalencias superiores al 25%.

En relación a la prevalencia de **borracheras** en los últimos 30 días, cabe destacar que La Rioja es la comunidad autónoma que registra un mayor porcentaje de personas que se han emborrachado en el último mes, mientras que Melilla, Ceuta y Andalucía registran los menores porcentajes (inferiores o iguales al 4%).

En cuanto al **binge drinking**, considerado como el consumo de 5 o más bebidas alcohólicas (si eres hombre) o 4 o más bebidas alcohólicas (si eres mujer) en una misma ocasión durante los últimos 30 días, se observan mayores prevalencias en País Vasco, Navarra, Melilla y Murcia. La comunidad que más se aleja de la media por debajo es Ceuta.

Finalmente, las comunidades que cuentan con las mayores prevalencias para el **botellón** en los últimos 12 meses son La Rioja, Castilla-La Mancha y Murcia, registrando las cifras más bajas en Asturias y Aragón, con porcentajes por debajo del 7%.

Tabla 1.1.19.

Prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2019/2020.

	Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	13,6	12,0	15,3	3,9	3,0	4,9
Aragón	19,5	16,2	22,8	6,3	4,3	8,3
Asturias	19,1	16,7	21,6	6,0	4,5	7,5
Baleares	27,3	23,6	31,1	8,7	6,3	11,1
Canarias	16,4	13,2	19,5	7,1	4,9	9,2
Cantabria	17,7	14,5	20,8	5,4	3,6	7,3
Castilla y León	21,7	19,4	23,9	7,4	6,0	8,8
Castilla-La Mancha	20,8	18,3	23,3	7,8	6,2	9,5
Cataluña	22,3	20,4	24,3	8,7	7,4	10,0
C. Valenciana	22,6	20,8	24,3	7,0	6,0	8,1
Extremadura	19,1	16,3	21,9	6,1	4,4	7,8
Galicia	17,0	14,9	19,1	7,4	5,9	8,8
Madrid	18,5	16,6	20,3	6,6	5,4	7,7
Murcia	21,8	18,9	24,8	6,3	4,6	8,1
Navarra	27,7	23,7	31,7	8,9	6,3	11,4
País Vasco	22,6	19,9	25,3	8,7	6,9	10,5
La Rioja	26,0	22,0	30,1	9,8	7,0	12,5
Ceuta	14,7	10,3	19,1	3,5	1,2	5,8
Melilla	12,4	6,7	18,0	3,4	0,3	6,5
Media España	19,4	18,9	20,0	6,8	6,4	7,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Tabla 1.1.20.

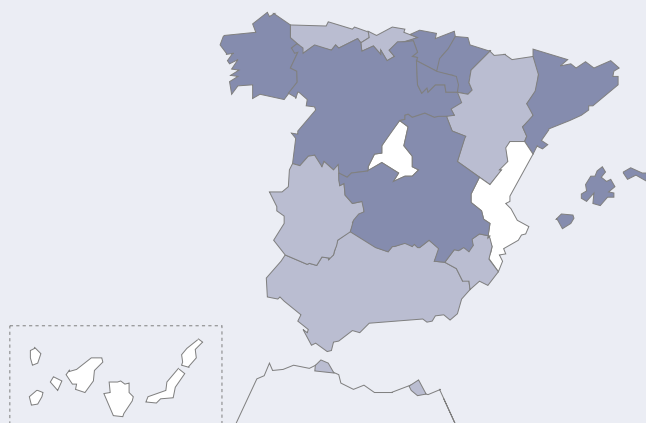
Prevalencia de borracheras en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2019/2020.

	Últimos 30 días
Andalucía	3,9
Aragón	6,3
Asturias	6,0
Baleares	8,7
Canarias	7,1
Cantabria	5,4
Castilla y León	7,4
Castilla-La Mancha	7,8
Cataluña	8,7
C. Valenciana	7,0
Extremadura	6,1
Galicia	7,5
Madrid	6,6
Murcia	6,3
Navarra	8,9
País Vasco	8,7
La Rioja	9,8
Ceuta	3,5
Melilla	3,4
Media España	6,8

PREVALENCIA DE BORRACHERAS ÚLTIMOS 30 DIAS

Media nacional 6,8%

- < media España
- > media España
- = media España



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.21.

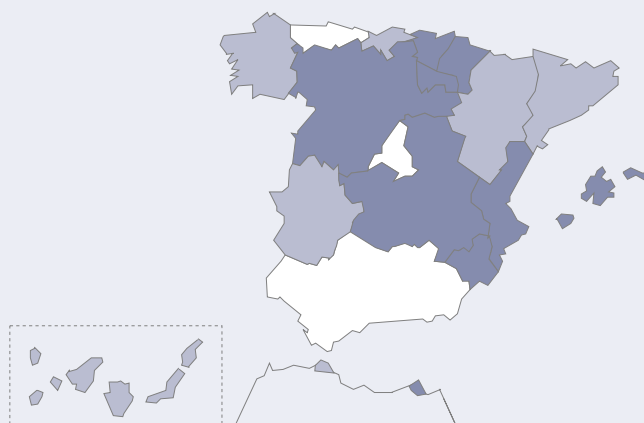
Prevalencia de binge drinking en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2019/2020.

	Últimos 30 días
Andalucía	14,4
Aragón	13,5
Asturias	15,1
Baleares	18,5
Canarias	12,5
Cantabria	13,3
Castilla y León	19,6
Castilla-La Mancha	16,1
Cataluña	13,2
C. Valenciana	16,0
Extremadura	13,4
Galicia	14,4
Madrid	15,6
Murcia	20,3
Navarra	20,5
País Vasco	20,9
La Rioja	16,0
Ceuta	7,9
Melilla	20,4
Media España	15,4

PREVALENCIA DE BINGE DRINKING ÚLTIMOS 30 DIAS

Media nacional 15,4%

- < media España
- > media España
- = media España



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.22.

Prevalencia de botellón en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2019/2020.

	Últimos 12 meses
Andalucía	11,5
Aragón	6,9
Asturias	6,3
Baleares	7,7
Canarias	7,1
Cantabria	10,0
Castilla y León	8,6
Castilla-La Mancha	15,6
Cataluña	9,3
C. Valenciana	10,6
Extremadura	9,9
Galicia	8,3
Madrid	9,6
Murcia	12,6
Navarra	7,8
País Vasco	8,6
La Rioja	18,4
Ceuta	10,3
Melilla	8,9
Media España	9,9

PREVALENCIA DE BOTELLÓN ÚLTIMOS 12 MESES

Media nacional 9,9%

- < media España
- > media España
- = media España



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Consumo de tabaco

En relación al consumo de tabaco, las comunidades que registran un mayor porcentaje de personas que han fumado tabaco alguna vez en la vida son Baleares, Murcia, Comunidad Valenciana y Asturias, con prevalencias superiores al 75%. A su vez, estas comunidades también registran la mayor prevalencia de consumo de esta sustancia, tanto en los últimos 12 meses como en los últimos 30 días. Por el contrario, la comunidad donde la población que ha fumado alguna vez en la vida representa un menor porcentaje es Melilla, con una prevalencia ligeramente superior al 50%.

En cuanto a la prevalencia de consumo diario de tabaco en los últimos 30 días, las comunidades con mayor prevalencia de consumo son Murcia, Extremadura y Asturias. Y las comunidades con mejor porcentaje de población que consume tabaco a diario en los últimos 30 días son Melilla y Aragón, con prevalencias inferiores al 25%.

Tabla 1.1.23.

Prevalencia de consumo de tabaco entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2019/2020.

	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días			A diario últimos 30 días		
	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	64,1	61,8	66,4	35,9	33,6	38,2	33,3	31,1	35,6	29,4	27,2	31,6
Aragón	65,9	62,0	69,9	31,8	27,9	35,7	29,1	25,3	32,9	24,2	20,6	27,7
Asturias	77,3	74,8	79,9	43,0	39,9	46,0	40,1	37,1	43,1	37,4	34,5	40,4
Baleares	78,8	75,3	82,2	46,8	42,6	51,0	42,3	38,2	46,5	33,6	29,6	37,6
Canarias	69,9	66,0	73,8	32,0	28,0	36,0	30,4	26,4	34,3	27,3	23,5	31,1
Cantabria	70,6	66,9	74,4	41,6	37,5	45,7	38,6	34,6	42,7	34,7	30,8	38,7
Castilla y León	72,9	70,4	75,3	36,5	33,9	39,1	33,8	31,2	36,3	29,7	27,2	32,2
Castilla-La Mancha	62,5	59,6	65,5	37,3	34,4	40,3	35,5	32,5	38,4	32,5	29,6	35,3
Cataluña	71,6	69,5	73,7	41,3	39,0	43,6	38,1	35,8	40,3	33,4	31,2	35,6
C. Valenciana	77,7	75,9	79,4	44,6	42,6	46,7	41,7	39,6	43,7	36,5	34,5	38,5
Extremadura	65,9	62,5	69,3	40,6	37,1	44,1	39,6	36,1	43,1	37,6	34,1	41,0
Galicia	69,8	67,3	72,3	38,5	35,8	41,1	36,4	33,8	39,0	31,3	28,8	33,9
Madrid	68,6	66,4	70,8	39,6	37,3	41,9	37,8	35,5	40,1	33,2	31,0	35,5
Murcia	78,7	75,8	81,6	46,9	43,4	50,5	43,5	40,0	47,1	37,7	34,2	41,2
Navarra	71,0	66,9	75,1	41,4	37,0	45,9	39,2	34,8	43,6	33,2	28,9	37,4
País Vasco	69,0	66,0	71,9	38,5	35,4	41,6	36,2	33,2	39,3	31,6	28,6	34,5
La Rioja	73,5	69,4	77,6	41,6	37,0	46,2	39,6	35,1	44,2	34,7	30,3	39,1
Ceuta	62,4	56,4	68,4	40,3	34,2	46,4	38,1	32,1	44,1	34,9	28,9	40,8
Melilla	52,1	43,5	60,7	32,6	24,6	40,7	30,0	22,1	37,8	23,1	15,8	30,3
Media España	70,0	69,3	70,7	39,4	38,6	40,1	36,8	36,1	37,5	32,3	31,6	33,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Tabla 1.1.24.

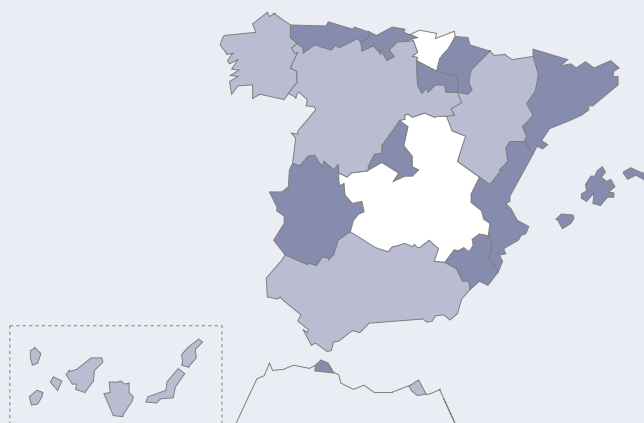
Prevalencia de consumo de tabaco diario entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2019/2020.

	Últimos 30 días
Andalucía	29,4
Aragón	24,2
Asturias	37,4
Baleares	33,6
Canarias	27,3
Cantabria	34,7
Castilla y León	29,7
Castilla-La Mancha	32,5
Cataluña	33,4
C. Valenciana	36,5
Extremadura	37,6
Galicia	31,3
Madrid	33,2
Murcia	37,7
Navarra	33,2
País Vasco	31,6
La Rioja	34,7
Ceuta	34,9
Melilla	23,1
Media España	32,3

PREVALENCIA DE TABACO DIARIO

Media nacional 32,3%

- < media España
- > media España
- = media España



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Consumo de cannabis

Las comunidades autónomas en las que encontramos mayores porcentajes de consumidores de cannabis alguna vez en sus vidas son Navarra, Cataluña, Cantabria, La Rioja y País Vasco, todas con prevalencias iguales o superiores al 45%. En el lado opuesto, el consumo se encuentra algo menos extendido en las comunidades de Melilla y Ceuta, con unas prevalencias menores al 20%.

En el marco temporal de los últimos 30 días, las comunidades que registran unas prevalencias de consumo de cannabis mayores son Baleares, Murcia, Cataluña, La Rioja y Comunidad Valenciana, con prevalencias superiores al 10%. Las menores prevalencias las tenemos en Melilla, Cantabria, Andalucía y Castilla-La Mancha, con porcentajes inferiores al 5% (tablas 1.1.25 y 1.1.26).

Tabla 1.1.25.

Prevalencia de consumo de cannabis entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2019/2020.

	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	25,3	23,2	27,4	6,3	5,1	7,4	4,2	3,3	5,2
Aragón	37,7	33,6	41,7	8,4	6,1	10,7	6,2	4,2	8,2
Asturias	40,6	37,6	43,7	7,7	6,1	9,3	5,1	3,7	6,4
Baleares	43,9	39,7	48,1	20,5	17,0	23,9	16,2	13,0	19,3
Canarias	25,8	22,0	29,5	7,8	5,5	10,1	5,8	3,8	7,8
Cantabria	47,1	42,9	51,2	6,6	4,6	8,7	4,1	2,5	5,8
Castilla y León	39,5	36,9	42,2	10,8	9,1	12,5	7,5	6,1	8,9
Castilla-La Mancha	30,3	27,5	33,2	6,3	4,8	7,8	4,9	3,5	6,2
Cataluña	48,6	46,3	50,9	14,1	12,5	15,7	10,9	9,5	12,4
C. Valenciana	44,8	42,8	46,9	13,4	12,0	14,8	10,3	9,1	11,6
Extremadura	24,6	21,6	27,7	8,4	6,4	10,3	5,9	4,2	7,5
Galicia	32,2	29,7	34,8	8,0	6,5	9,5	6,6	5,2	7,9
Madrid	37,9	35,6	40,2	10,8	9,3	12,3	8,7	7,4	10,1
Murcia	42,2	38,7	45,7	13,6	11,1	16,0	12,1	9,8	14,4
Navarra	49,6	45,1	54,0	13,1	10,1	16,1	8,6	6,1	11,2
País Vasco	45,0	41,9	48,2	12,2	10,2	14,3	9,7	7,8	11,6
La Rioja	46,0	41,4	50,6	14,5	11,3	17,8	10,7	7,8	13,5
Ceuta	19,2	14,3	24,1	6,1	3,2	9,1	6,1	3,2	9,1
Melilla	9,8	4,7	14,9	5,0	1,2	8,7	3,8	0,5	7,0
Media España	37,5	36,8	38,3	10,5	10,0	10,9	8,0	7,6	8,4

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Tabla 1.1.26.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2019/2020.

	Últimos 30 días
Andalucía	4,2
Aragón	6,2
Asturias	5,1
Baleares	16,2
Canarias	5,8
Cantabria	4,1
Castilla y León	7,5
Castilla-La Mancha	4,9
Cataluña	10,9
C. Valenciana	10,3
Extremadura	5,9
Galicia	6,6
Madrid	8,7
Murcia	12,1
Navarra	8,6
País Vasco	9,7
La Rioja	10,7
Ceuta	6,1
Melilla	3,8
Media España	8,0

CONSUMO DE CANNABIS ÚLTIMOS 30 DÍAS

Media nacional 8,0%

- < media España
- > media España
- = media España



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Bebidas alcohólicas

En 2019/2020, el 93,0% de la población de 15 a 64 años declara haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida. Evolutivamente, desde el año 2009, la prevalencia para este tramo temporal supera el 90%. De media, la edad en la que se consume alcohol por primera vez se sitúa en los 16,7 años, habiéndose mantenido estable a lo largo de toda la serie histórica.

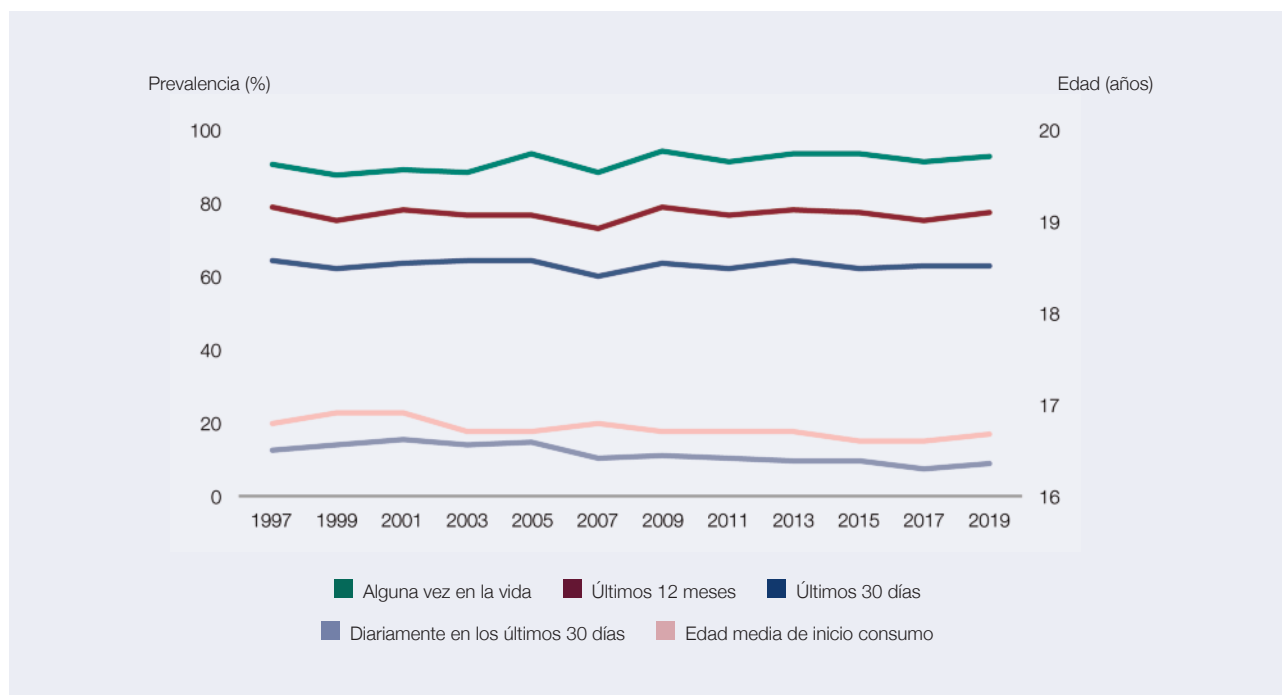
Analizando el consumo de alcohol en el último año, algo más del 77% declara haber bebido alcohol en alguna ocasión durante los últimos 12 meses previos a la realización de la encuesta, cifra que ha experimentado un aumento respecto al dato registrado en 2017 (75,2%).

La prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días se sitúa en el 63,0%, manteniéndose en niveles muy similares a los del año 2017 (62,7%).

El 8,8% de la población de España declara haber realizado un consumo diario de alcohol. En términos evolutivos, tras el descenso registrado en 2017, este dato ha aumentado en 1,4 puntos con respecto a ese mismo año.

Figura 1.1.2.

Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas (%) y edad media en el inicio de consumo de bebidas alcohólicas (años) en la población de 15-64 años. España, 1997-2019/2020.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Alguna vez en la vida	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2	90,9	93,1	93,5	91,2	93,0
Últimos 12 meses	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7	76,6	78,3	77,6	75,2	77,2
Últimos 30 días	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60,0	63,3	62,3	64,4	62,1	62,7	63,0
Diariamente en los últimos 30 días	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0	10,2	9,8	9,3	7,4	8,8
Edad media de inicio en el consumo	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7	16,7	16,6	16,6	16,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Atendiendo al **sexo**, con independencia del tramo temporal y del grupo de edad, el consumo de alcohol está más extendido entre los hombres que entre las mujeres. Las mayores diferencias de consumo en función del sexo se dan en el grupo de 55 a 64 años en todos los tramos temporales. A medida que se reduce el tramo temporal de consumo, las diferencias de consumo entre hombres y mujeres se hacen mayores en todos los tramos de edad.

El 95,5% de los hombres ha consumido alcohol alguna vez en su vida, registrando la máxima prevalencia para este tramo temporal entre los de 55 a 64 años (98,3%). Por su parte, entre las mujeres esta prevalencia se sitúa en el 90,4%, elevándose esta proporción hasta el 91,9% en el grupo de 45 a 54 años.

Para los consumos del último año, la prevalencia entre los hombres se sitúa en el 82,7%, alcanzando su máximo en el grupo de 25 a 34 años (86,1%). En las mujeres, la prevalencia se reduce notablemente (71,6%), elevándose hasta el 76,7% entre las jóvenes de 15 a 24 años.

El 72,0% de los hombres declara haber tomado alguna bebida alcohólica en el último mes, porcentaje que disminuye hasta el 53,9% entre las mujeres.

Existe una gran diferencia entre el nivel de consumo de hombres y mujeres con independencia de la bebida consumida, apreciándose la mayor diferencia en el caso de la cerveza.

Para finalizar, el 14,2% de los hombres declara consumo diario de alcohol, siendo esta proporción 4 veces superior a la que se da entre las mujeres (3,4%). Tanto en hombres como en mujeres se trata de un patrón de consumo que se hace más presente a medida que aumenta la edad.

Figura 1.1.3.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 7 días en la población de 15-64 años, según tipo de bebida alcohólica consumida y según sexo (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Tabla 1.1.27.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	93,0	95,5	90,4	88,7	90,2	87,1	93,9	96,1	91,7	93,1	95,3	90,9	94	96,1	91,9	93,8	98,3	89,3
Últimos 12 meses	77,2	82,7	71,6	79,3	81,9	76,7	79,2	86,1	72,3	77,9	82,7	73,0	76,7	81,6	71,9	73,6	81,6	65,6
Últimos 30 días	63,0	72,0	53,9	61,8	68,0	55,1	64,7	75	54,3	62,9	70,9	54,6	64,3	72,5	56,4	61	73,2	48,9
Diariamente en los últimos 30 días	8,8	14,2	3,4	1,3	1,9	0,6	4,0	6,1	1,8	8,4	13,5	3,1	10,9	18,0	4,0	16,6	26,8	6,5
Nunca	7,0	4,5	9,6	11,3	9,8	12,9	6,1	3,9	8,3	6,9	4,7	9,1	6,0	3,9	8,1	6,2	1,7	10,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Intoxicaciones etílicas agudas (borracheras)

En 2019/2020 la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas en los últimos 12 meses se sitúa en el 19,4%, registrándose un ligero repunte y siguiendo así con la tendencia ascendente iniciada en el año 2015.

Atendiendo al **sexo**, con independencia del tramo de edad, las borracheras tienen una mayor prevalencia entre los hombres que entre las mujeres. En función de la **edad**, y con independencia del sexo, se observa que a medida que ésta aumenta la prevalencia disminuye.

Con respecto al año 2017, la prevalencia de borracheras ha aumentado en los hombres, mientras que se ha mantenido estable en las mujeres.

Figura 1.1.4.

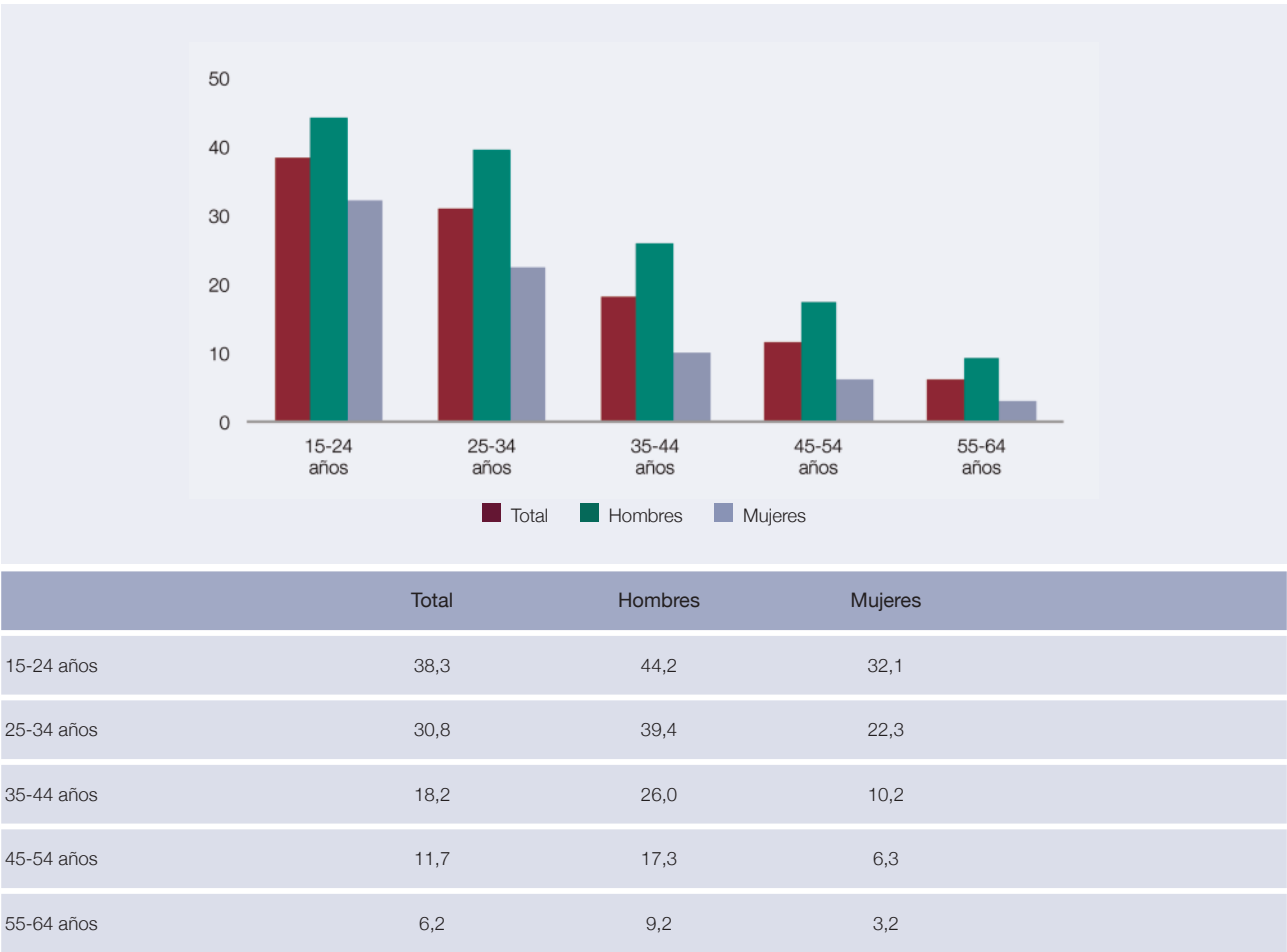
Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2003-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Figura 1.1.5.

Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

En cuanto a la evolución de la prevalencia de las intoxicaciones etílicas agudas en los últimos 12 meses diferenciando por el sexo y la edad en base a dos grupos (15 a 34 años y 35 a 64 años), se observa que para los cuatro grupos se da un ligero repunte, de la misma manera que ocurrió en el año 2017 (figura 1.1.6).

Con independencia del sexo, las intoxicaciones etílicas agudas están más extendidas en el grupo de menor edad, es decir, de 15 a 34 años. Así, los hombres de 15 a 34 años constituyen el grupo donde se da una mayor extensión de las borracheras, reconociendo el 41,6% de los varones menores de 35 años haberse emborrachado en el último año. En el mismo grupo de edad, entre las mujeres, la prevalencia se encuentra 15 puntos por debajo, registrando un 26,6%.

En el grupo de edad de 35 a 64 años, el 18,0% de los hombres reconoce haberse emborrachado en los últimos 12 meses. Por su parte, las mujeres mayores de 34 años constituyen el colectivo con menor prevalencia de borracheras dentro del último año (6,7%). Siendo este el único dato que ha descendido con respecto al año 2017.

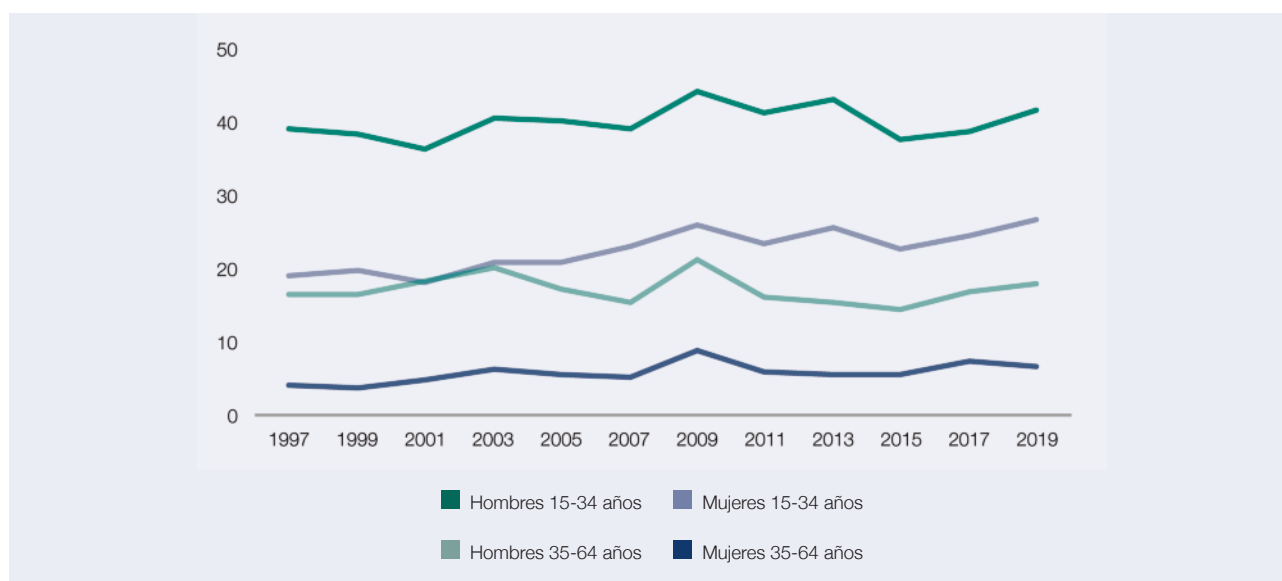
Atendiendo al periodo temporal del último mes, el 6,8% de la población de 15 a 64 años reconoce haber sufrido alguna intoxicación etílica aguda durante los 30 días previos a la realización de la encuesta (tabla 1.1.28).

El 9,3% de los hombres reconoce haberse emborrachado en el último mes, dato que se reduce a menos de la mitad entre las mujeres (4,2%). Con independencia del tramo de edad, y tal y como ocurre para el plazo temporal del último año, la prevalencia es superior entre los hombres.

En lo que respecta a la edad, se observa cómo el dato va disminuyendo a medida que aumenta la edad de los individuos, llegando a la conclusión de que las borracheras están más extendidas entre los jóvenes de 15 a 24 años.

Figura 1.1.6.

Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 1997-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Tabla 1.1.28.

Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Intoxicaciones etílicas en los últimos 30 días	6,8	9,3	4,2	15,7	19,0	12,1	11,3	14,9	7,7	5,5	8,0	2,9	3,5	5,8	1,2	1,8	2,7	0,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Al analizar la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas entre las personas que consumieron alcohol en el último mes, se observa que la proporción aumenta hasta el 10,8%. Tanto en hombres como en mujeres, a medida que aumenta la edad, disminuye la prevalencia de las borracheras.

Tabla 1.1.29.

Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años que ha consumido alcohol en los últimos 30 días, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Intoxicaciones etílicas en los últimos 30 días	10,8	13,0	7,8	25,4	28,1	22,0	17,6	20,0	14,3	8,7	11,3	5,3	5,4	8,1	2,1	2,9	3,8	1,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

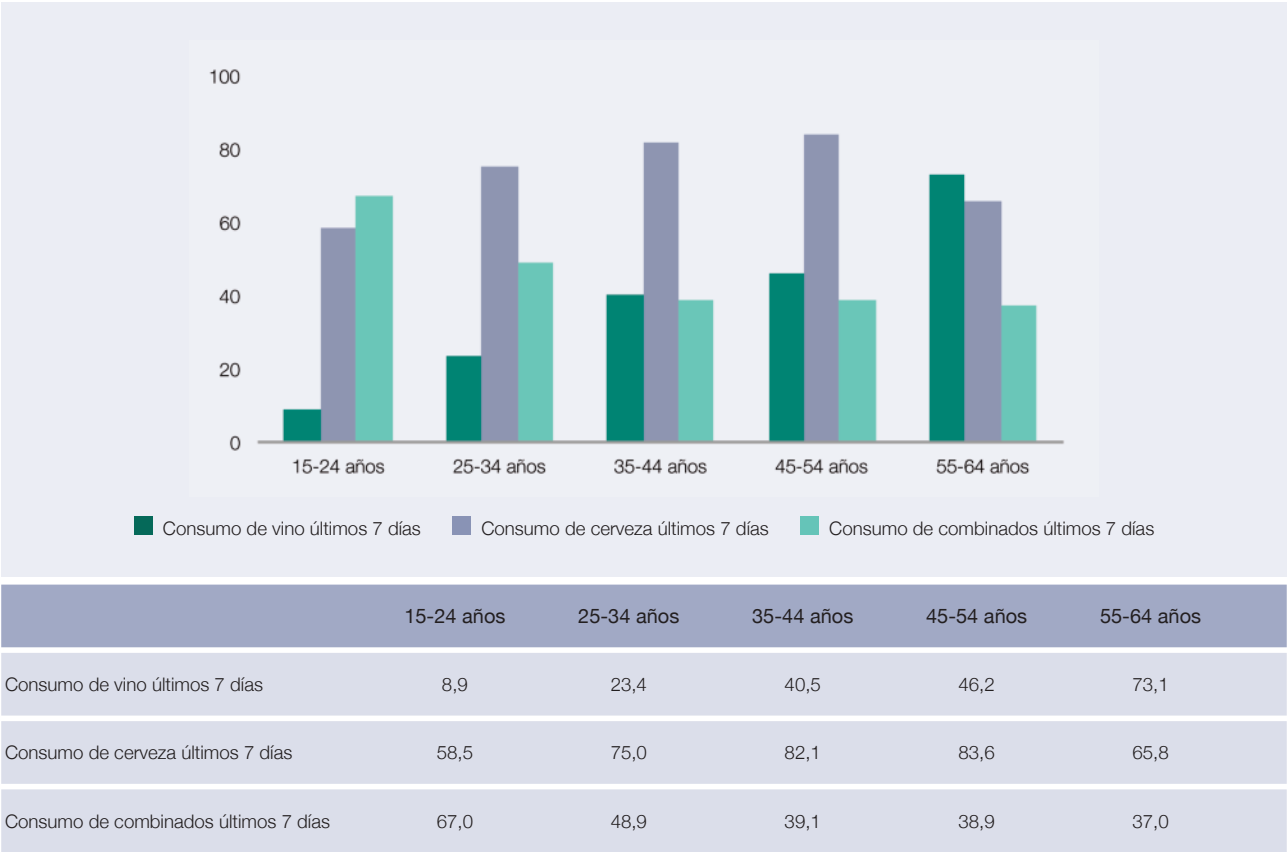
Respecto al tipo de bebidas consumidas en los últimos 7 días entre aquellos que se emborracharon en los últimos 30 días, se observan diferentes patrones de consumo en función de la edad. El porcentaje de consumidores de vino aumenta con la edad, alcanzando su máximo en el grupo de 55 a 64 años.

En el lado opuesto, la prevalencia de los **combinados/cubatas** disminuye de forma progresiva a medida que aumenta la edad de aquellos que se emborracharon. Su consumo está más extendido entre los más jóvenes: el 67,0% de los consumidores de 15 a 24 años que declararon haberse emborrachado alguna vez en el último mes reconoció haber ingerido combinados/cubatas en los 7 días previos a ser encuestado.

En cuanto a la **cerveza**, el 83,6% de los consumidores de entre 45 y 54 años que se emborracharon en el último mes reconoció haber consumido cerveza en los 7 días previos a ser encuestado, reduciéndose el porcentaje hasta el 65,8% entre los de 55 a 64 años y por debajo del 60% entre los del grupo de 15 a 24 que reconocen haber sufrido una intoxicación etílica aguda en el último mes.

Figura 1.1.7.

Prevalencia de consumo de vino, cerveza y combinados en los últimos 7 días en la población de 15 a 64 años que se ha emborrachado en los últimos 30 días, según edad (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Respecto a la **percepción de riesgo**, las personas que han experimentado una intoxicación etílica aguda recientemente, es decir, en los últimos 30 días, perciben en menor medida el riesgo que lleva asociado el consumo de alcohol. Así, el 32,1% de los que se emborracharon piensa que tomar 5 o 6 cañas/copas el fin de semana puede acarrear muchos o bastantes problemas, proporción que se eleva hasta el 51,6% entre aquellos que no se han emborrachado en el último mes.

En cuanto al consumo diario de alcohol encontramos menores diferencias. El 40,2% de los individuos que se han emborrachado en el último mes opina que tomarse de manera diaria 1 o 2 cañas/copas de vino podría producir muchos o bastantes problemas, aumentando este porcentaje hasta un 48,9% entre los que no se han emborrachado.

Tabla 1.1.30.

Riesgo percibido ante el consumo de bebidas alcohólicas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según se haya emborrachado en los últimos 30 días o no (%). España, 2019/2020.

	Se ha emborrachado en los últimos 30 días	No se ha emborrachado en los últimos 30 días
Tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana	32,1	51,6
Tomarse más de 1 o 2 cañas/copas de vino cada día	40,2	48,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

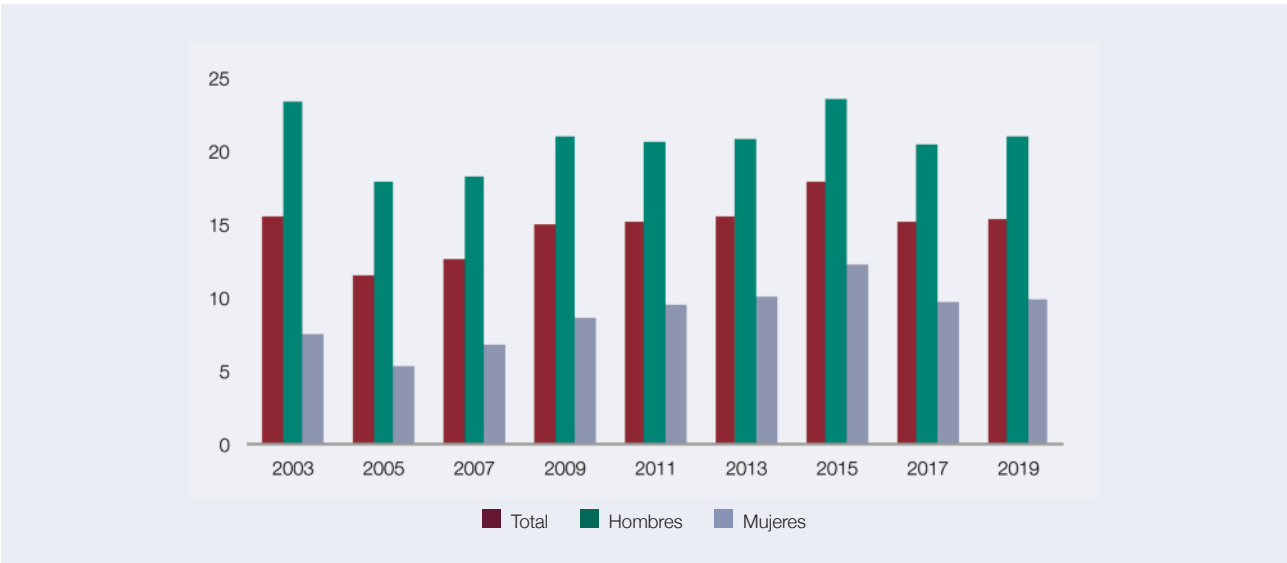
Binge drinking (consumo de alcohol en atracón)

Se considera *binge drinking* el consumo de 5 o más bebidas alcohólicas (si es hombre) o de 4 o más bebidas alcohólicas (si es mujer) en la misma ocasión, es decir, seguidas o en un intervalo de dos horas. La encuesta EDADES mide el *binge drinking* en el tramo temporal del último mes.

En 2019 se ha registrado un dato muy similar al obtenido en 2017, observándose un muy ligero repunte.

Figura 1.1.8.

Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol en atracón o binge drinking en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2003-2019/2020.



	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Total	15,5	11,6	12,6	14,9	15,2	15,5	17,9	15,1	15,4
Hombres	23,3	17,9	18,3	21	20,7	20,8	23,5	20,4	20,9
Mujeres	7,5	5,4	6,7	8,6	9,5	10	12,3	9,7	9,9

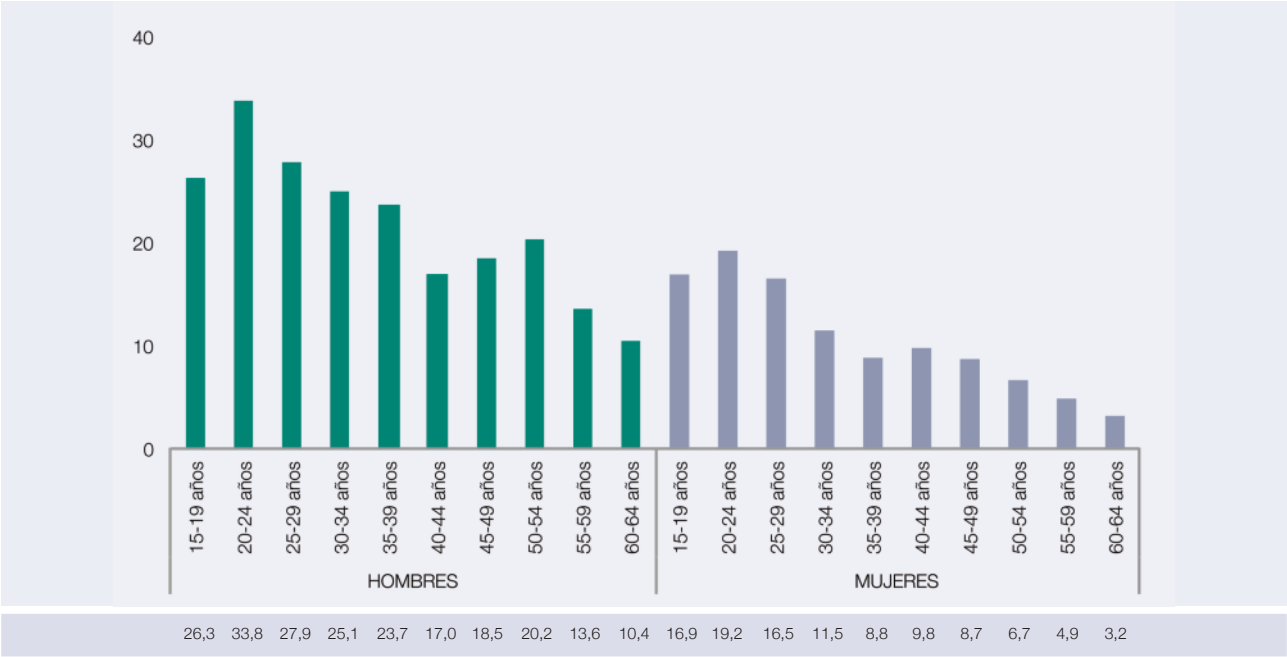
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

El consumo de alcohol en atracón está más extendido entre los hombres que entre las mujeres para todos los tramos de edad.

También se observa que es un patrón de consumo que se da más en los grupos de menor edad. En ambos sexos, la máxima prevalencia se registra en el grupo de 20 a 24 años (33,8% hombres y 19,2% en mujeres).

Figura 1.1.9.

Prevalencia de consumo de alcohol en atracón (binge drinking) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

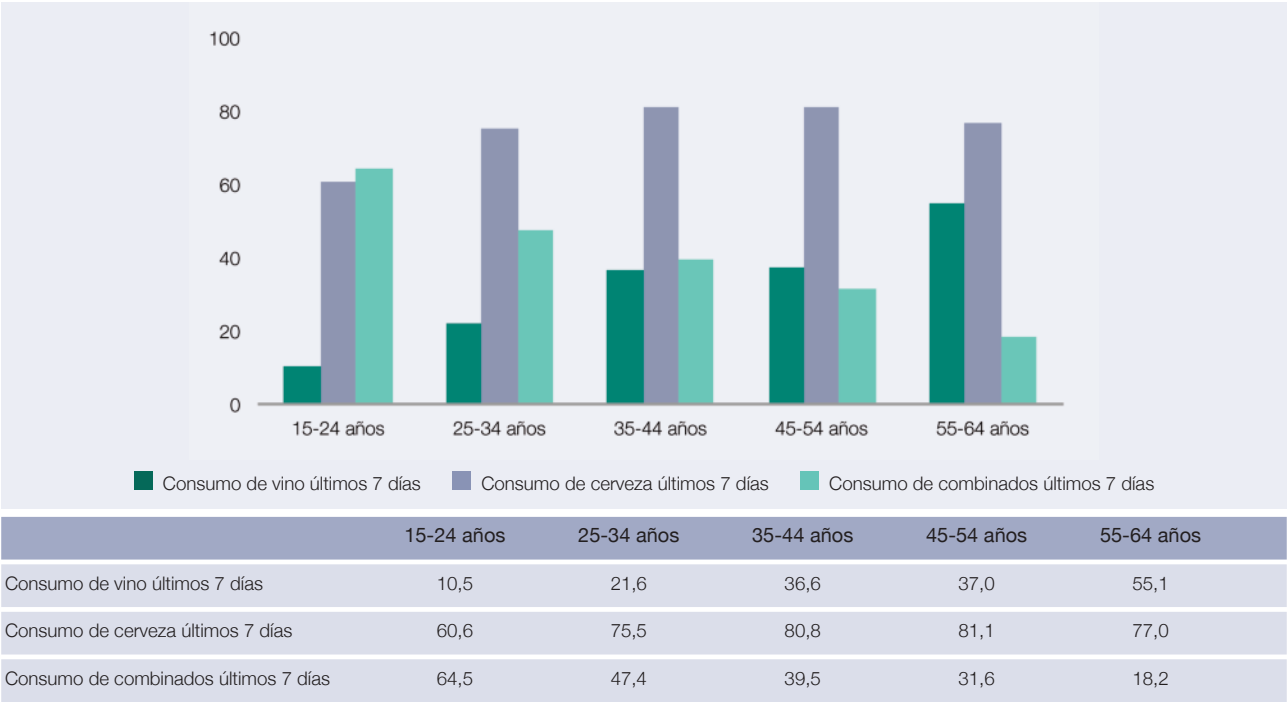


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Con independencia del tramo de edad, la **cerveza** es la bebida cuyo consumo está más extendido entre aquellos que reconocen haber consumido alcohol en atracón en los últimos 30 días, alcanzando su máxima prevalencia entre los de 45 a 54 años (81,1%).

Figura 1.1.10.

Prevalencia de consumo de vino, cerveza y combinados en los últimos 7 días entre los que han consumido alcohol en atracón (binge drinking) en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según edad (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

El porcentaje de consumidores de **vino** entre aquellos que hicieron *binge drinking* en el último mes aumenta a medida que lo hace la edad (10,5% en el grupo de 15 a 24 años y 55,1% en el grupo de 55 a 64 años).

Esta situación de nuevo se invierte en el caso de los **combinados o cubatas**, para los que la prevalencia de consumo disminuye progresivamente a medida que aumenta la edad. Así, más de la mitad de los jóvenes de 15 a 24 años que hicieron *binge drinking* en el último mes han consumido estas bebidas de alta graduación en la última semana (64,5%), decreciendo considerablemente esta proporción entre los de 55 a 64 años (18,2%).

En relación a la **percepción de riesgo** asociada al consumo de alcohol en atracón, mientras el 53,6% de los que no hicieron *binge drinking* en el último mes opina que tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana puede producir muchos o bastantes problemas, la cifra desciende hasta el 31,2% entre los que reconocieron haber hecho *binge drinking* en el último mes. En cuanto al riesgo asociado al consumo diario de alcohol, también la percepción de riesgo está más extendida entre los que no consumieron alcohol en atracón que entre aquellos que lo hicieron en los últimos 30 días (54,5% frente a 36,9%).

Tabla 1.1.31.

Riesgo percibido ante el consumo de alcohol (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según hayan hecho *binge drinking* en los últimos 30 días o no (%). España, 2019/2020.

	Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	No ha hecho binge drinking en los últimos 30 días
Tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana	31,2	53,6
Tomarse más de 1 o 2 cañas/copas de vino cada día	36,9	54,5

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Botellón

En base a las prevalencias obtenidas en los diferentes grupos de edad, la prevalencia de botellón en el último año es más elevada entre los más jóvenes, alcanzando cifras del 42,0% entre los de 15 a 24 años, frente al 0,6% registrado entre los de 55 a 64 años.

Atendiendo al **sexo**, en todos los grupos de edad la prevalencia de botellón en los últimos 12 meses es superior en los hombres que en las mujeres, obteniéndose la mayor diferencia en el grupo de edad de 15 a 24 años (46,5% entre los hombres y 37,2% entre las mujeres).

En el grupo de 15 a 18 años, algo más de una tercera parte (36,1%) reconoce haber realizado esta práctica en el último año. En el sexo masculino este porcentaje se eleva a 38,5%, siendo del 33,5% entre las mujeres.

Tabla 1.1.32.

Prevalencia de botellón, en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años			15-18 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Hacer botellón	42,0	46,5	37,2	13,2	15,3	11,0	3,8	4,3	3,4	1,5	2,0	1,1	0,6	0,8	0,5	36,1	38,5	33,5

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Al igual que ocurría en el caso de las intoxicaciones etílicas agudas y del *binge drinking*, aquellos que han hecho botellón en el último año perciben en menor medida el riesgo asociado al consumo de alcohol. La proporción de aquellos que

reconocen los muchos o bastantes problemas que acarrea consumir 5 o 6 cañas en el fin de semana entre los que han hecho botellón se sitúa en el 36,4%, elevándose 15,4 puntos entre los que no han hecho botellón (51,8%).

También en relación con la percepción de riesgo asociado al consumo diario de alcohol, el porcentaje que percibe riesgo sigue siendo más elevado entre los que no han hecho botellón que entre los que sí. Así, el 42,7% de las personas que hicieron botellón en el último año advierte de un peligro ante el consumo de 1 o 2 cañas/copas de vino cada día, mientras que entre los que no realizaron botellón esta proporción es del 49,0%.

Tabla 1.1.33.

Riesgo percibido ante el consumo de alcohol (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según hayan hecho botellón en el último año o no (%). España, 2019/2020.

	Ha hecho botellón en el último año	No ha hecho botellón en el último año
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas el fin de semana	36,4	51,8
Tomarse más de 1 ó 2 cañas/copas de vino cada día	42,7	49,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

En el análisis de la prevalencia de **policonsumo** de sustancias psicoactivas en el último año entre aquellos que han hecho botellón y los que no, se observa que el consumo de dos o más sustancias está claramente más extendido entre aquellos que han hecho botellón en el último año que entre los que no.

Así, el 58,5% de las personas que han hecho botellón en el último año han realizado policonsumo en dicho periodo, siendo 20 puntos porcentuales mayor al registrado entre los individuos que no han realizado botellón en los últimos 12 meses (38,3%).

Tabla 1.1.34.

Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas* en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años, según haya hecho botellón en el último año o no (%). España, 2019/2020.

	Ha hecho botellón en el último año	No ha hecho botellón en el último año
Ningún consumo	0,0	16,7
Una sustancia	41,5	45,0
Dos sustancias	25,6	28,3
Tres sustancias	23,2	7,5
Cuatro o más sustancias	9,7	2,5

* Alcohol, tabaco, hipnosedantes con o sin receta, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Razones referidas por las que se consume alcohol

En cuanto a las razones referidas por los individuos que consumen bebidas alcohólicas, con independencia del sexo, alrededor del 40% de los consumidores de alcohol declaran hacerlo porque es divertido y anima las fiestas. En segundo lugar, uno de cada cuatro individuos consume alcohol porque le gusta cómo se siente después de beber.

Es importante destacar que, según va aumentando la edad de los individuos, son menos los que beben alcohol debido a que es divertido y anima las fiestas y más los que beben porque creen que es saludable o forma parte de una alimentación equilibrada.

Tabla 1.1.35.

Razones referidas para el consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Le gusta cómo se siente después de beber	25,2	30,5	19,8	24,5	27,5	21,3	26,2	31,5	20,9	26,6	31,4	21,7	25,4	31,5	19,4	23,0	30,0	16,2
Es divertido y anima las fiestas	43,3	45,9	40,7	57,4	59,6	55,0	51,0	56,4	45,6	44,6	46,8	42,4	37,8	38,6	37,1	31,3	33,9	28,7
Sólo por emborracharse	1,5	2,0	1,0	3,3	4,1	2,5	2,0	2,4	1,6	1,2	2,0	0,5	1,2	1,9	0,6	0,5	0,5	0,4
Por encajar en un grupo o no sentirse excluido	13,4	13,9	12,9	18,7	19,2	18,3	13,9	15,3	12,4	12,8	13,5	12,1	12,5	11,6	13,4	11,0	12,0	10,1
Le ayuda a olvidarse de todo	2,6	3,1	2,0	2,6	2,6	2,6	2,6	2,9	2,2	2,4	3,0	1,8	3,0	3,6	2,3	2,2	3,2	1,2
Cree que es saludable o forma parte de una alimentación equilibrada	11,4	13,3	9,5	2,3	2,4	2,2	6,4	7,8	5,1	10,5	11,8	9,1	14,5	16,9	12,1	19,9	24,0	15,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Opiniones ante determinas políticas sobre el consumo de alcohol

A continuación se muestran los resultados disponibles sobre la opinión de la población de 15 a 64 años con respecto a determinadas políticas en materia de consumo de alcohol.

En primer lugar, cabe destacar que existe un gran consenso en que todas las medidas analizadas serían adecuadas para realizarlas en la lucha contra el consumo del alcohol. No obstante, la medida más popular es la de incluir advertencias en los envases sobre los daños que el consumo puede producir en el organismo, estando de acuerdo 8 de cada 10 individuos.

En lo que respecta al sexo, se aprecia que las mujeres están algo más concienciadas ante las políticas contra el consumo de alcohol, con independencia de la edad.

Tabla 1.1.36.

Porcentaje de población que se muestra de acuerdo con determinadas políticas en materia de alcohol. Población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Prohibir la publicidad	71,5	68,2	74,7	65,9	62,3	69,8	68,5	65,7	71,4	70,7	67,5	74,0	74,2	70,9	77,4	75,6	72,4	78,8
Envases con advertencias sobre daños	82,7	80,6	84,8	82,6	80,6	84,7	82,0	78,8	85,2	82,4	80,9	83,9	82,7	79,9	85,6	83,7	82,7	84,6
Patrocinio de deportistas prohibido	74,8	71,5	78,1	71,3	68,8	73,9	73,0	69,4	76,7	73,6	69,0	78,4	77,1	74,4	79,7	77,6	75,2	80,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Consumo de riesgo de alcohol (AUDIT)

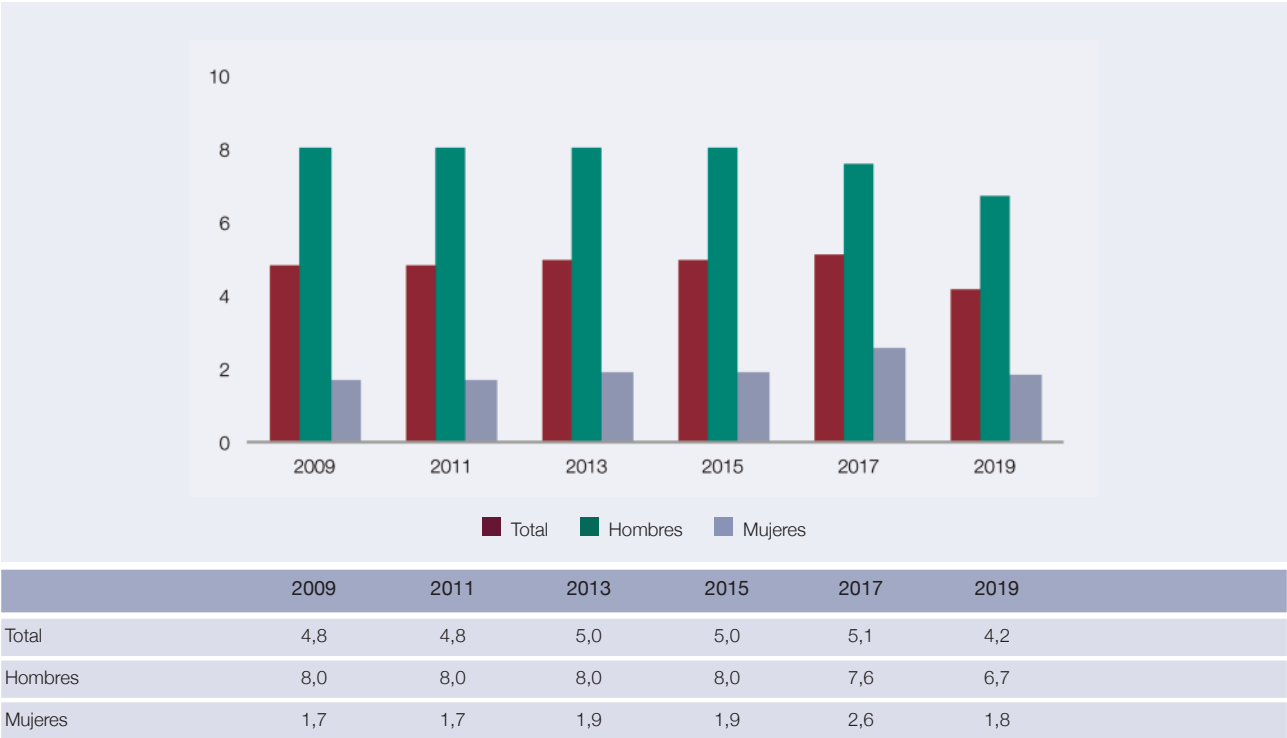
Ante la necesidad de evaluar de manera precoz el consumo de riesgo del alcohol, en 1982 la Organización Mundial de la Salud¹ pidió a un grupo de investigadores que desarrollaran un instrumento de cribado simple, capaz de detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol. Este instrumento es el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 preguntas. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 al comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 a reacciones adversas y las dos últimas a problemas relacionados con el consumo de alcohol. El cuestionario está diseñado para ser contestado por aquellas personas que han consumido alcohol en el último año. Este instrumento ha sido validado en nuestro país por diferentes investigadores².

El cuestionario AUDIT se introdujo por primera en la encuesta EDADES 2013, con el objetivo de conocer el alcance del consumo problemático de alcohol en la población general (15-64 años). Se establecieron como puntos de corte el 8 y el 20, considerándose un AUDIT con puntuación igual o superior a 8 “consumo de riesgo” y con puntuación igual o superior a 20 “posible dependencia”.

Evolutivamente, se ha producido un ligero descenso en la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol entre los hombres en comparación con los datos registrados en años anteriores a 2019/2020. En las mujeres el consumo de riesgo permanece estable en torno a un 2%.

Figura 1.1.11. Evolución de la prevalencia del consumo de riesgo de alcohol (AUDIT ≥8) en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2009-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

1. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption- II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.

2. Martínez Delgado JM. Validación de los cuestionarios breves: AUDIT, CAGE y CBA para la detección precoz del síndrome de dependencia de alcohol en Atención Primaria [tesis doctoral]. Cádiz (Sp): Universidad de Cádiz, Departamento de Neurociencias; 1996.

Rubio Valladolid G, Bermejo Vicedo J, Caballero Sanchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Rev Clin Esp* 1998;198 (1):11-4.

Contel M, Gual A, Colom J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones* 1999; 11(4): 337-47.

Considerando a la población que ha contestado la escala AUDIT en 2019/2020, el 5,6% presenta un patrón de consumo de riesgo de alcohol, encontrando que tiene mayor alcance entre los varones y que disminuye a medida que aumenta la edad. Entre los individuos de 15 a 24 años, vemos que el 9,2% de los que contestaron la escala AUDIT mostraron un consumo de riesgo de alcohol, siendo la prevalencia entre el colectivo masculino (12,4%) algo más del doble de la que se registra entre las mujeres (5,5%), siendo además el porcentaje más alto de entre todos los grupos de sexo y edad.

Por su parte, registrar una posible dependencia al alcohol (AUDIT ≥ 20) también es más frecuente entre los hombres, que muestran la prevalencia más elevada en el segmento de 35 a 44 años (0,9%).

Tabla 1.1.37.

Prevalencia del consumo de riesgo de alcohol (AUDIT ≥ 8) y de posible dependencia al alcohol (AUDIT ≥ 20), entre la población de 15 a 64 años que ha contestado la escala AUDIT, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Consumo de riesgo de alcohol (AUDIT ≥ 8)	5,6	8,2	2,5	9,2	12,4	5,5	6,5	9,1	3,4	5,3	7,8	2,2	4,2	6,9	1,3	4,1	6,4	1,3
Posible dependencia al alcohol (AUDIT ≥ 20)	0,4	0,6	0,1	0,4	0,6	0,2	0,2	0,2	0,2	0,6	0,9	0,2	0,4	0,7	0,1	0,2	0,3	0,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Entre la población de 15 a 64 años que ha contestado la escala AUDIT, aquellos que mostraron un consumo de riesgo registraron una mayor prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas en el último mes (47,4% frente a 6,6%). En la misma línea, vemos que la prevalencia de consumo de alcohol en atracón (*binge drinking*) en los últimos 30 días es, entre los consumidores de riesgo, superior en 5 veces a la que se obtiene entre los que no presentan un consumo problemático (84,3% frente a 16,5%).

Tabla 1.1.38.

Prevalencia de consumos intensivos de alcohol en la población de 15 a 64 años, según hayan tenido consumo de riesgo de alcohol (AUDIT ≥ 8) o no (AUDIT < 8) (%). España, 2019/2020.

	Consumidores de riesgo de alcohol (AUDIT ≥ 8)	No consumidores de riesgo de alcohol (AUDIT < 8)
Borracheras últimos 30 días	47,4	6,6
Binge drinking últimos 30 días	84,3	16,5
Botellón últimos 12 meses	33,2	11,5

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

También observamos que los individuos con un AUDIT positivo son mucho más propensos al consumo de todo tipo de drogas ilegales que los que no son consumidores de riesgo de alcohol.

Tabla 1.1.39.

Prevalencia de consumo de drogas ilegales en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según hayan tenido consumo de riesgo de alcohol (AUDIT $\geq$ 8) o no (%). España, 2019/2020.

	Consumidores de riesgo de alcohol (AUDIT $\geq$ 8)	No consumidores de riesgo de alcohol (AUDIT <8)
Cannabis	34,5	8,3
Cocaína	12,6	0,8
Éxtasis	3,2	0,3
Anfetaminas	3,4	0,2
Alucinógenos	2,1	0,1
Heroína	0,7	0,0
Setas mágicas	1,5	0,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Bebidas energéticas

La prevalencia de consumo de bebidas energéticas en los 30 días previos a la realización de la encuesta se sitúa en el 12,3% en la población española de 15 a 64 años.

En general el consumo de este tipo de bebidas está más extendido entre los hombres que entre las mujeres (15,3% entre los hombres y 9,1% entre las mujeres), esto mismo sucede en todos los tramos de edad.

El consumo de este tipo de bebidas decrece a medida que aumenta la edad, estando así más extendido entre los más jóvenes de 15 a 24 años, donde su prevalencia de consumo en el último mes alcanza el 32,2% (38,3% en hombres y 25,7% en mujeres).

Tabla 1.1.40.

Prevalencia del consumo de bebidas energéticas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (%). España, 2019/2020.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Bebidas energéticas	12,3	15,3	9,1	32,2	38,3	25,7	18,6	24,5	12,6	9,3	11,7	6,8	6,1	7,7	4,5	2,9	3,2	2,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Uno de cada cuatro individuos de los que consumieron bebidas energéticas en el último mes reconoce haberlas **mezclado con alcohol** (24,7%). En cuanto al sexo y a la edad, se repite el mismo patrón que para el consumo de bebidas energéticas en general; es decir, el consumo de bebidas energéticas mezcladas con alcohol muestra mayor extensión entre los hombres que entre las mujeres, reduciéndose su prevalencia a medida que aumenta la edad (tabla 1.1.41).

La prevalencia de consumo de bebidas energéticas en el último mes es superior entre aquellos que han consumido en el mismo período otras sustancias psicoactivas. La única excepción la constituyen los hipnosedantes. En este sentido, destaca lo extendido que está el consumo de bebidas energéticas entre aquellos que han consumido cannabis en el último mes (32,5%), entre aquellos que se han emborrachado (29,9%) y entre aquellos que han hecho *binge drinking* (25,7%) (tabla 1.1.42).

Tabla 1.1.41.

Prevalencia del consumo de bebidas energéticas mezcladas con alcohol en los últimos 30 días en la población de 15-64 años que consumió bebidas energéticas en los últimos 30 días, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Bebidas energéticas mezcladas con alcohol	24,7	25,6	23,1	28,0	28,9	26,7	25,5	27,2	22,3	20,9	22,2	18,5	19,3	18,5	20,7	20,2	20,0	20,4

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.42.

Prevalencia de consumo de bebidas energéticas en los últimos 30 días, entre la población de 15 a 64 años, según hayan consumido diferentes sustancias psicoactivas en los últimos 30 días (%). España, 2019/2020.

	Alcohol		Borracheras		Binge drinking		Tabaco		Hipnosedantes		Cannabis		Cocaína	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Bebidas energéticas	14,0	9,1	29,9	10,9	25,7	9,7	15,4	10,4	9,2	12,5	32,5	10,4	25,1	12,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Asimismo, el consumo de bebidas energéticas mezcladas con alcohol está igualmente más extendido entre los que consumieron sustancias psicoactivas que entre los que no. Más de la mitad de los que se han emborrachado y han consumido bebidas energéticas en el último mes reconocen haber tomado este tipo de bebidas mezcladas con alcohol (57,2%), proporción que supone más del triple de la que se registra entre los que no se han emborrachado (18,0%). Por otra parte, cabe destacar que el 56,1% de los que han consumido cocaína y bebidas energéticas en el último mes declararon haberlas tomado junto con alcohol (tabla 1.1.43).

Tabla 1.1.43.

Prevalencia del consumo de bebidas energéticas mezcladas con alcohol en los últimos 30 días en la población de 15-64 años que consumió bebidas energéticas según hayan consumido diferentes sustancias psicoactivas en los últimos 30 días (%). España, 2019/2020.

	Alcohol	Borracheras		Binge drinking		Tabaco	Hipnosedantes		Cannabis		Cocaína	
	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Bebidas energéticas mezcladas con alcohol	34,0	57,2	18,0	45,2	14,4	32,4	38,5	23,7	47,5	18,3	56,1	23,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Tabaco

Por detrás del alcohol, el tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida en España entre la población de 15 a 64 años, con una prevalencia de consumo alguna vez en la vida del 70,0%, dato similar al obtenido en la anterior oleada.

El consumo en los últimos 12 meses ha sufrido un ligero descenso frente a los datos obtenidos en 2017, pasando de 40,9% a 39,4%, registrando así el dato más bajo de toda la serie histórica. De la misma manera el consumo mensual registra en esta oleada el mínimo histórico (36,8%).

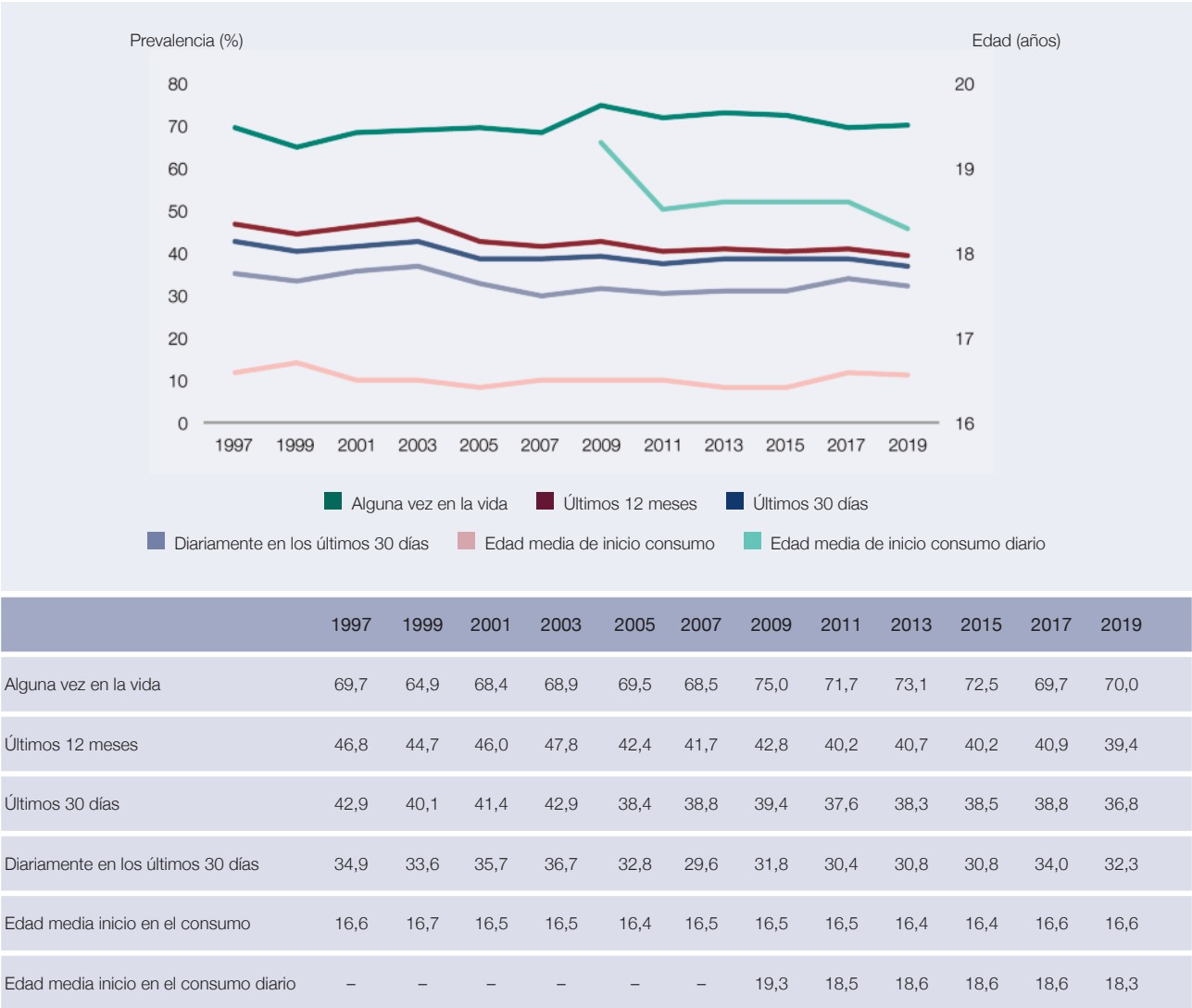
En relación a la prevalencia del consumo diario de tabaco, el 32,3% de las personas ha fumado tabaco a diario en los últimos 30 días. Respecto a 2017, el dato ha descendido notablemente, pasando de 34,0% al 32,3%.

La edad media de inicio de consumo se sitúa en 2019/2020 en los 16,6 años, habiéndose mantenido siempre entre 16,4 y 16,7 años desde el inicio de realización del estudio.

Además, la encuesta EDADES incluye un indicador que permite medir la **incidencia del consumo** de algunas sustancias psicoactivas, esto quiere decir, el porcentaje de la población que sin haber consumido previamente dicha sustancia ha comenzado a consumirla en los últimos 12 meses. En el caso del tabaco, aproximadamente unas 340.000 personas iniciaron su consumo durante el último año, siendo muy similar la proporción entre hombres y mujeres.

Figura 1.1.12.

Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco (%) y edad media de inicio en el consumo (años), en la población de 15-64 años. España, 1997-2019/2020.

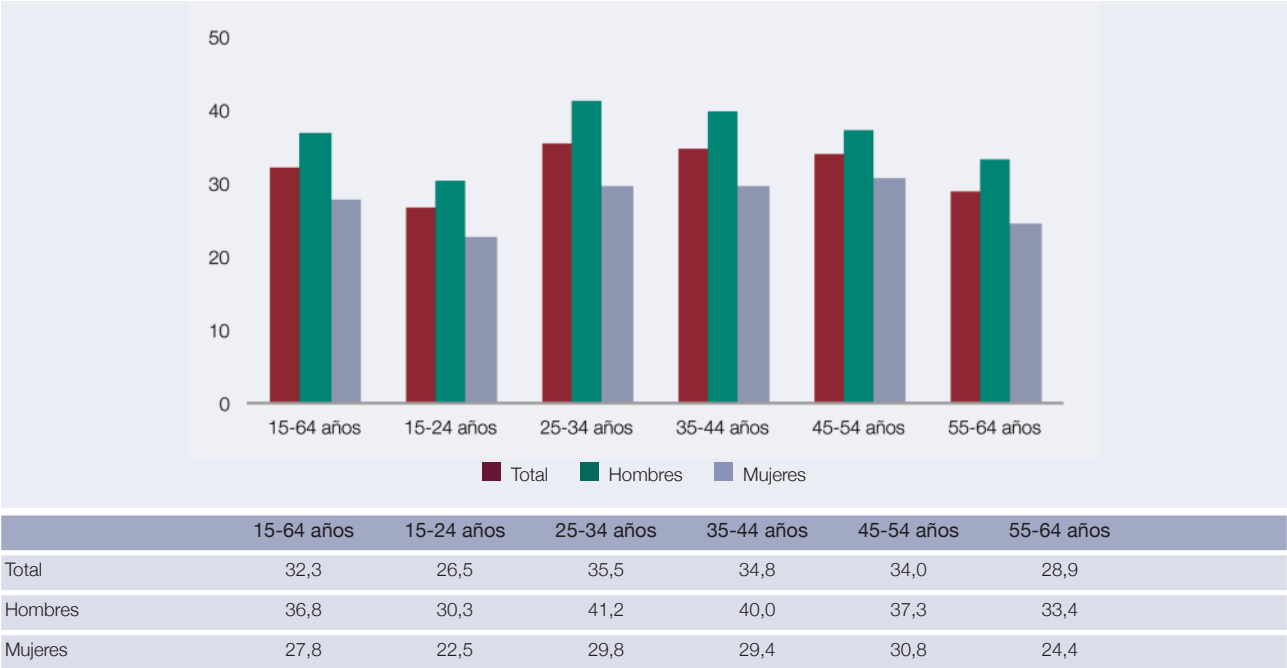


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

El **consumo diario de tabaco** es más frecuente entre los hombres, con independencia de la edad de los individuos. El tramo de 25 a 34 años es el que registra mayor prevalencia entre los hombres (41,2%), mientras que la prevalencia más alta para las mujeres se anota en el grupo de 45 a 54 años (30,8%).

Figura 1.1.13.

Prevalencia de consumo diario de tabaco en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Como se ha mencionado con anterioridad y con independencia del sexo y de la edad, se ha producido un descenso en la prevalencia del consumo diario de tabaco en 2019/2020 con respecto a la anterior oleada realizada en 2017.

Figura 1.1.14.

Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 1997-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Según el **tipo de tabaco** consumido, puede afirmarse que la mayoría de los fumadores continúan siendo fieles a los cigarrillos de cajetilla (73,9%), frente al 17,0% que declara consumir tabaco de liar y el 9,1% restante que fuma cigarrillos tanto de liar como de cajetilla.

Diferenciando por sexo, son las mujeres las que en mayor medida fuman únicamente cigarrillos de cajetilla (77,3% de las mujeres frente a 71,2% de los hombres). Por el contrario, los hombres registran mayores porcentajes para el consumo de tabaco de liar (18,4% de los hombres frente al 15,2% de las mujeres).

Respecto a los datos obtenidos en el año 2017, cabe destacar que se ha producido un aumento de individuos que fuman tabaco de liar.

Tabla 1.1.44.

Prevalencia de consumo de tabaco durante los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según el tipo de tabaco que ha fumado, sexo y edad (%). España, 2019/2020.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Cigarrillos de cajetilla	73,9	71,2	77,3	59,1	58,8	59,4	70,1	68,5	72,2	74,5	70,1	80,6	77,3	73,9	81,1	83,7	82,0	85,9
Tabaco de liar	17,0	18,4	15,2	23,8	22,8	25,2	17,4	17,3	17,5	17,9	20,3	14,7	16,1	19,0	12,7	11,4	12,7	9,7
Los 2 tipos	9,1	10,4	7,5	17,1	18,4	15,4	12,5	14,2	10,3	7,5	9,6	4,6	6,7	7,1	6,2	4,9	5,3	4,4

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Entre los **consumidores de tabaco a diario**, un 61,6% se ha planteado dejar de fumar. Cuando diferenciamos por sexo, son las mujeres las que en mayor medida se lo han planteado. Analizando los resultados por edad, se aprecian grandes diferencias: en el tramo de 35 a 64 años se registran los porcentajes más altos. El porcentaje de personas que se han planteado dejar de fumar y lo han intentado es inferior y alcanza un máximo del 43,1% en mujeres de 35-64 años.

Tabla 1.1.45.

Porcentaje de personas que se han planteado dejar de fumar entre los que han fumado a diario en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	15-64 años			15-34 años			35-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Se ha planteado dejar de fumar	61,6	59,8	64,0	49,3	46,6	53,0	67,2	66,1	68,7
Se han planteado dejar de fumar y lo han intentado	37,2	35,8	39,1	27,4	25,7	29,8	41,7	40,6	43,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Cigarrillos electrónicos

El 10,5% de la población de 15 a 64 años (12,0% de los hombres y 8,9% de las mujeres) ha consumido cigarrillos electrónicos (con o sin nicotina) alguna vez en la vida. La prevalencia de consumo es mayor en hombres para todos los tramos de edad, excepto en el tramo de 45 a 54 años, en el que las mujeres registran mayores porcentajes de consumo alguna vez en la vida (8,6% en mujeres frente a 7,6% en hombres).

Respecto a la edad, el grupo de 15 a 24 años es el que muestra las mayores prevalencias de consumo, tanto entre hombres como entre mujeres. En el consumo en el último año, al igual que ocurría en el tramo de alguna vez en la vida,

según aumenta la edad descende el consumo de cigarrillos electrónicos (9,0% entre los más jóvenes hasta un 1,5% entre los más mayores).

Finalmente, en los tramos temporales de consumo más habitual, obtenemos unas prevalencias inferiores al 2,5%, siendo mayor la prevalencia en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad.

Evolutivamente se ha producido un aumento en el consumo de manera general, pasando de 8,8% en 2017 a 10,5% en 2019/2020.

Tabla 1.1.46.
Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	10,5	12,0	8,9	17,5	21,2	13,6	16,0	19,4	12,6	9,4	11,0	7,8	8,1	7,6	8,6	4,6	5,1	4,1
Último año	4,1	5,0	3,2	9,0	10,6	7,4	6,4	8,4	4,3	3,4	4,5	2,2	2,4	2,3	2,6	1,5	1,5	1,4
Último mes	1,8	2,4	1,2	3,1	3,9	2,3	2,5	3,5	1,4	1,9	2,7	1,0	1,2	1,3	1,0	0,9	1,0	0,8
A diario	1,1	1,4	0,7	1,4	1,9	0,8	1,6	2,4	0,8	1,1	1,8	0,5	0,9	1,0	0,8	0,5	0,4	0,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Entre los consumidores de tabaco, la prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos es mayor entre los que han fumado más recientemente (14,4% entre los que han fumado alguna vez en la vida y casi el 21% entre los que han fumado tabaco a diario en los últimos 30 días).

Figura 1.1.15.
Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos con o sin nicotina alguna vez en la vida, entre la población de 15-64 años según el marco temporal de consumo de tabaco (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Por otra parte, **según si los cartuchos usados contienen o no nicotina**, el 48,9% de los consumidores de cigarrillos electrónicos fumaron cartuchos o líquidos que contenían nicotina, el 26,7% cartuchos o líquidos sin nicotina y el 24,3% restante, fumaron cartuchos tanto con nicotina, como sin nicotina.

Tabla 1.1.47.

Consumo de cigarrillos electrónicos con o sin nicotina en la población de 15-64 años que ha consumido cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	Total			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos con nicotina	48,9	47,9	50,3	38,8	38,9	38,5	47,3	45,3	50,6	56,9	57,8	55,5	54,0	53,8	54,2
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos sin nicotina	26,7	24,4	30,0	36,5	35,2	38,7	27,4	26,3	29,2	19,7	16,4	24,5	23,2	15,8	29,4
Los 2 tipos	24,3	27,7	19,7	24,7	25,8	22,8	25,3	28,5	20,3	23,4	25,8	20,0	22,8	30,4	16,3

Nota: se excluye de la base el segmento de 55 a 64 años por presentar una base reducida.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Por otro lado, se ha analizado el tipo de consumo de cigarrillos electrónicos (con o sin nicotina) según se haya consumido tabaco o no (en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días).

Con independencia del periodo temporal, entre las personas que han consumido cigarrillos electrónicos y han fumado tabaco, hay una mayor prevalencia de cartuchos o líquidos con nicotina. Entre los no consumidores de tabaco, tenemos una mayor prevalencia de cigarrillos electrónicos sin nicotina que entre los que han fumado tabaco en cualquiera de los dos periodos temporales considerados.

Tabla 1.1.48.

Consumo de cigarrillos electrónicos con o sin nicotina en la población de 15-64 años que ha consumido cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida según se haya consumido tabaco en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días (%). España, 2019/2020.

	Consumo de tabaco en los últimos 12 meses		Consumo de tabaco en los últimos 30 días	
	Sí	No	Sí	No
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos con nicotina	53,9	29,3	54,9	32,3
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos sin nicotina	21,3	47,6	19,6	46,2
Los 2 tipos	24,8	23,1	25,5	21,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

En cuanto a la razón de consumo de los mismos, cuando diferenciamos por los cartuchos utilizados a la hora de recargar el cigarrillo electrónico, son los que lo consumen con nicotina los que en mayor medida lo utilizan como sustituto del tabaco. Diferenciando por sexo, con independencia del tipo de cartuchos empleados, son las mujeres las que más utilizan el cigarrillo electrónico como estrategia para reducir el consumo del tabaco o para dejar de fumar.

Tabla 1.1.49.

Porcentaje de personas que utilizan los cigarrillos electrónicos como sustituto del tabaco, en la población de 15-64 años, según el tipo de cartuchos utilizados (%). España, 2019/2020.

Cartuchos con nicotina			Cartuchos sin nicotina		
T	H	M	T	H	M
52,3	49,9	55,5	35,9	31,0	41,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Hipnosedantes

Hipnosedantes con o sin receta

Al igual que ocurrió en 2017, se ha producido un incremento en el consumo de hipnosedantes alguna vez en la vida, registrando en 2019 el máximo de la serie histórica (22,5%).

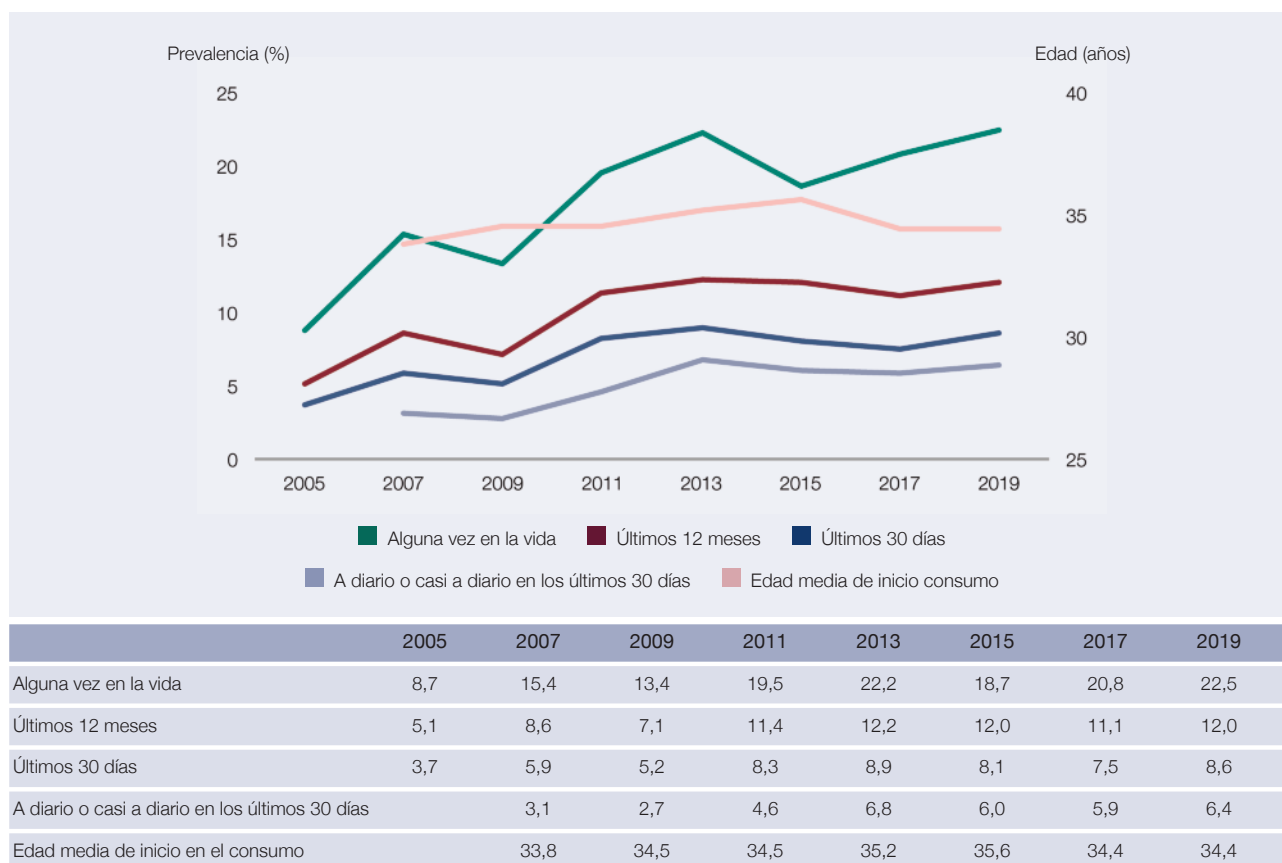
De la misma manera, los consumos en el resto de tramos temporales considerados (últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario) registran un ligero aumento en los niveles de prevalencia.

En cuanto a la edad de inicio de consumo se sitúa en los 34,4, dato similar al obtenido en 2017.

La encuesta EDADES incluye un indicador que permite medir la **incidencia de consumo** de determinadas sustancias, es decir, el porcentaje de personas que, sin haber consumido previamente la sustancia, ha empezado a consumirla durante el último año. Así, aproximadamente 640.000 personas iniciaron el consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses.

Figura 1.1.16.

Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta (%) y edad media de inicio en el consumo (años) en la población de 15-64 años. España, 2005-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Por **sexo**, el consumo está mucho más extendido entre las mujeres: más de una cuarta parte de las mujeres de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes con o sin receta alguna vez en su vida (26,8%).

Por **edad**, esta sustancia registra mayor peso entre las personas mayores de 35 años: el 27% de la población general de 35 a 64 años ha consumido hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida (31,9% entre las mujeres de este tramo de edad).

El análisis por **sexo y edad** de las prevalencias de consumo en el resto de tramos temporales ofrecen datos muy similares: prevalencias más elevadas en mujeres y en el grupo de mayor edad (35 a 64 años).

Tabla 1.1.50.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

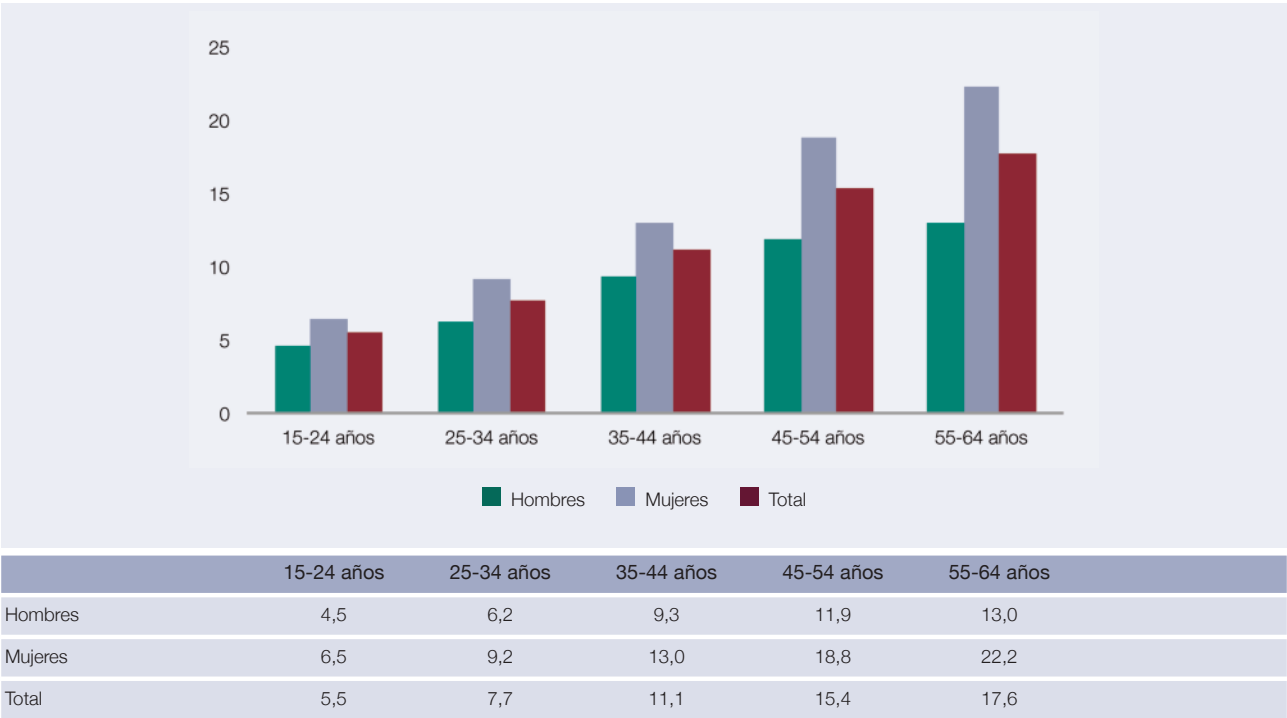
	15-64 años			15-34 años			35-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez	22,5	18,3	26,8	13,1	10,5	15,8	27,0	22,0	31,9
Último año	12,0	9,4	14,7	6,7	5,4	8,0	14,6	11,3	17,8
Último mes	8,6	6,5	10,7	3,6	2,9	4,4	10,9	8,2	13,6
A diario	6,4	4,8	8,1	2,1	1,8	2,4	8,5	6,2	10,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

El consumo de hipnosedantes con o sin receta aumenta según se incrementa la edad de la población, siendo este aumento mayor entre las mujeres. Así, para el consumo en los últimos 12 meses, se registra una diferencia de más de 15 puntos porcentuales entre el grupo de mujeres de 15 a 24 años (6,5%) y el de 55 a 64 años (22,2%).

Figura 1.1.17.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

También para el consumo en los últimos 30 días se registran las mayores prevalencias en los grupos de mayor edad. Tanto entre hombres como entre mujeres, los mayores porcentajes de consumidores se identifican en el grupo de 55 a 64 años registrando, como hasta ahora, las cifras más elevadas entre las mujeres (18,7% frente al 10,0% entre los hombres).

Figura 1.1.18.
Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Hipnosedantes sin receta

El 3,1% de la población de 15 a 64 años admite haber consumido hipnosedantes sin receta médica alguna vez en su vida, situándose la edad media del primer consumo en los 30,6 años.

Por otra parte, el 1,3% de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses, cifra similar a la obtenida en el año 2017 (1,3%). Menos del 1% de la población general admite haber consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días (figura 1.1.19).

A diferencia del consumo de hipnosedantes con o sin receta, la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta es muy similar en todos los grupos de edad, disminuyendo ligeramente en los mayores de 44 años y siendo esta prevalencia de consumo mayor en hombres que en mujeres, tanto en los mayores de 44 años como en los menores de 25 (figura 1.1.20).

Para finalizar, cabe destacar que el 23,2% de los que han consumido hipnosedantes sin receta en el último año lo han consumido mezclado sólo con alcohol, el 16,2% lo ha mezclado únicamente con drogas ilegales y el 13,4% de éstos han consumido los hipnosedantes sin receta junto con alcohol y con drogas ilegales al mismo tiempo. Diferenciando por sexo, observamos que el hábito de mezclar los hipnosedantes con alcohol y/o con drogas ilegales es bastante más común en los hombres que en las mujeres (tabla 1.1.51).

Figura 1.1.19.

Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta (%) y edad media de inicio en el consumo (años) en la población de 15-64 años (%). España, 2003-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.20.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.51.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta o para uso no médico mezclados con alcohol y/o drogas ilegales entre la población de 15-64 años que ha consumido hipnosedantes sin receta en el último año, según sexo (%). España, 2019/2020.

	Total	Hombres	Mujeres
Hipnosedantes sin receta y alcohol en los últimos 12 meses	23,2	27,6	18,7
Hipnosedantes sin receta y drogas ilegales en los últimos 12 meses	16,2	19,7	12,5
Hipnosedantes sin receta y alcohol y drogas ilegales en los últimos 12 meses	13,4	17,6	8,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Analgésicos opioides

El 15,2% de la población de España de 15 a 64 años reconoce haber consumido analgésicos opioides con o sin receta en alguna ocasión. El consumo de estas sustancias está más extendido entre las mujeres que entre los hombres, aumentando en ambos grupos su prevalencia a medida que lo hace la edad. Evolutivamente se aprecia un aumento en la prevalencia de consumo tanto en hombres como en mujeres, registrando el crecimiento más ligero en las mujeres en el tramo temporal de alguna vez en la vida.

Tabla 1.1.52.

Evolución de la prevalencia de consumo de analgésicos opioides en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2017-2019/2020.

	2017			2019		
	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	14,5	13,1	16,0	15,2	14,1	16,2
Últimos 12 meses	6,7	5,9	7,4	7,1	6,2	8,1
Últimos 30 días	2,9	2,3	3,4	3,6	3,0	4,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Respecto al consumo en el último año vemos que la prevalencia de consumo de estas sustancias se sitúa en el 7,1%, reduciéndose al 3,6% cuando nos referimos al consumo en el último mes. En ambos tramos temporales, volvemos a ver una mayor presencia de consumidores entre las mujeres y también en los grupos de mayor edad.

Tabla 1.1.53.

Prevalencia de consumo de analgésicos opioides en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	6,7	6,8	6,6	11,1	9,8	12,4	16,2	15,7	16,6	18,1	15,7	20,5	20,3	19,7	20,8
Últimos 12 meses	3,3	2,9	3,8	5,0	4,2	5,9	7,8	7,4	8,2	8,0	6,6	9,4	10,0	8,4	11,5
Últimos 30 días	1,2	1,0	1,3	2,0	1,9	2,1	3,9	3,8	4,1	4,2	3,3	5,1	5,9	4,3	7,4

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

La **codeína** y el **tramadol** son los analgésicos que presentan una mayor prevalencia de consumo entre la población de 15 a 64 años.

Tabla 1.1.54.

Evolución de la prevalencia de consumo de analgésicos opioides en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2017-2019/2020.

	2017			2019		
	T	H	M	T	H	M
Tramadol	5,2	4,5	5,8	7,2	6,3	8,2
Codeína	10,0	9,1	11,0	7,9	7,4	8,5
Morfina	2,1	2,0	2,3	2,1	2,3	1,9
Fentanilo	0,3	0,3	0,2	0,5	0,6	0,5
Otros*	0,9	0,8	1,0	2,1	2,1	2,2

* En 2017 otros analgésicos opioides fueron: oxycodona, hidromorfona, petidina, tapentadol, metadona y buprenorfina.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Ocho de cada diez de los que han consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida indican que, en términos generales, siguen con exactitud las indicaciones del médico sobre su consumo (82,1%). Por otra parte, el 7,3% declara haber consumido estos medicamento un menor tiempo al indicado por su médico y un 5,4% una dosis inferior a la pauta. Con respecto a los datos obtenidos en el año 2017, ha aumentado ligeramente el número de personas que consumen estos medicamentos en el tiempo y la cantidad exacta que les prescribe el médico.

Figura 1.1.21.

Evolución del modo de consumo realizado entre la población de 15 a 64 años que ha consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida (%). España, 2017-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

También se han analizado las **razones que motivaron el inicio de consumo** de los analgésicos opioides, destacando que intentar mitigar un dolor agudo causó el inicio de consumo de la mayoría de los consumidores (el 57,4% de la población de 15 a 64 años que ha consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida declara que comenzó a tomarlos por este motivo). Tanto en hombres como en mujeres destaca como el principal motivo (55,4% entre los hombres y 59,1% entre las mujeres).

Comenzar a consumirlo debido a un dolor crónico es la segunda razón más mencionada entre los consumidores: el 27,5% de los que han tomado estos analgésicos opioides reconocen que comenzaron a consumirlos por este motivo. Entre los hombres este motivo tiene más peso que entre las mujeres (29,7% frente a 25,5%).

Tabla 1.1.55.

Razones referidas para iniciar el consumo entre la población de 15-64 años que ha consumido analgésicos opioides, según sexo (%). España, 2017-2019/2020.

	2017			2019		
	T	H	M	T	H	M
Dolor agudo	61,4	62,7	60,4	57,4	55,4	59,1
Dolor crónico	16,9	19,9	14,5	27,5	29,7	25,5
Después de una operación	16,1	13,5	18,1	20,5	18,6	22,2
Para tratar mi dolor porque no me funcionaban otros medicamentos	10,7	9,5	11,6	8,8	7,9	9,5
Otras razones	1,6	2,6	0,8	10,3	12,5	8,4

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Analgesicos opioides sin receta

En cuanto al consumo de los analgésicos opioides sin receta, únicamente un 1,7% ha consumido alguna vez en la vida estos medicamentos sin prescripción médica (1,8% entre los hombres y 1,5% entre las mujeres).

Tabla 1.1.56.

Prevalencia de consumo de analgésicos opioides sin receta en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

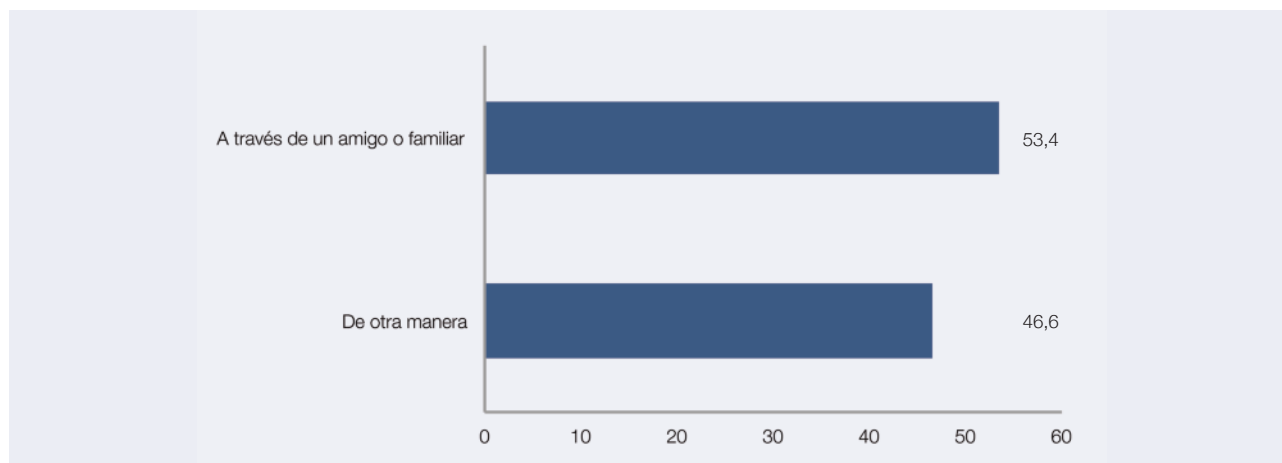
	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	1,7	1,8	1,5	1,6	1,8	1,3	1,4	1,5	1,4	2,0	2,0	2,0	1,8	2,1	1,5	1,5	1,7	1,2
Últimos 12 meses	0,6	0,6	0,7	0,7	0,5	0,8	0,4	0,4	0,4	0,8	0,7	1,0	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6
Últimos 30 días	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,4	0,4	0,3	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Cuando se consulta acerca de los **medios por los que se suele conseguir** este tipo de analgésicos opioides, destaca por encima del resto el hecho de adquirirlo a través de un amigo o familiar (53,4%). En segundo lugar, un 46,6% de los consumidores reconoce haberlos obtenido de otra manera, por ejemplo utilizando una receta que era de otra persona.

Figura 1.1.22.

Medios por los que consiguió analgésicos opioides sin receta en la población de 15 a 64 años que ha consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida (%). España, 2019/2020.



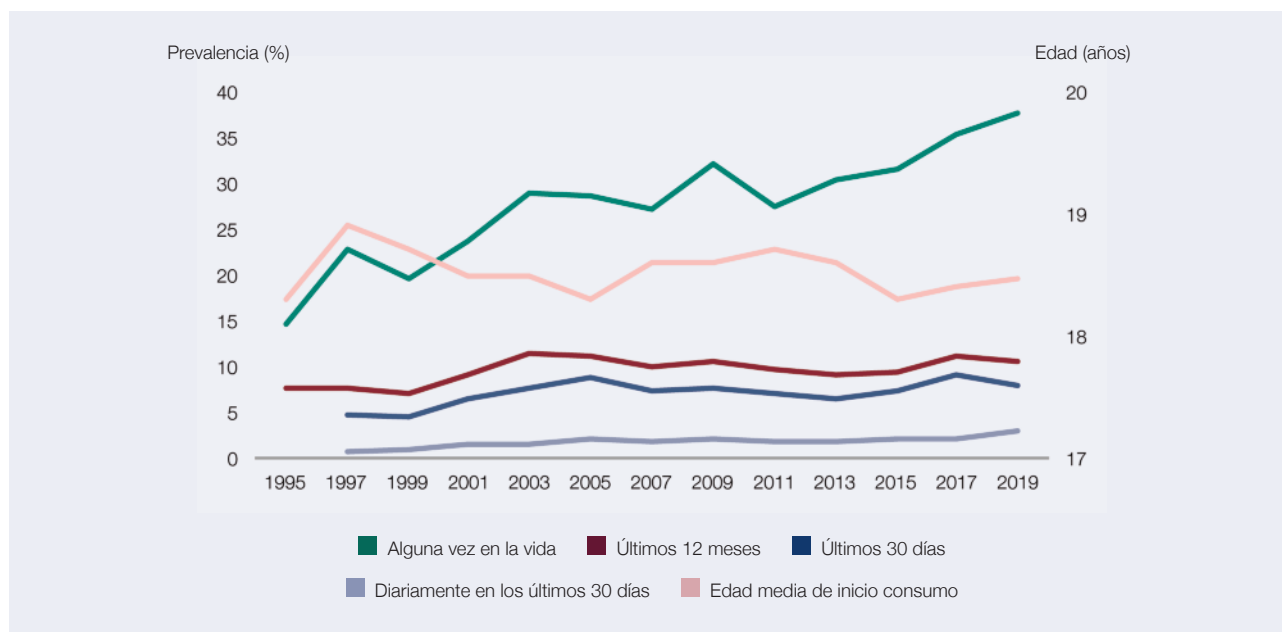
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Cannabis

En lo relativo a las sustancias ilegales, se observa que el cannabis es la droga con mayor prevalencia de consumo en España, en la población de 15 a 64 años.

Figura 1.1.23.

Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis (%) y edad media de inicio en el consumo de cannabis (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2019/2020.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Alguna vez en la vida	14,5	22,9	19,6	23,8	29	28,6	27,3	32,1	27,4	30,4	31,5	35,2	37,5
Últimos 12 meses	7,5	7,7	7	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6	9,2	9,5	11,0	10,5
Últimos 30 días	–	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6	7,0	6,6	7,3	9,1	8,0
Diariamente en los últimos 30 días	–	0,7	0,8	1,5	1,5	2	1,7	2	1,7	1,9	2,1	2,1	2,9
Edad media de inicio consumo	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6	18,6	18,7	18,6	18,3	18,4	18,5

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

En 2019/2020, el 37,5% reconoce haber consumido cannabis alguna vez en la vida, proporción que ha continuado la tendencia creciente iniciada en 2013 y que ha supuesto un incremento en 2,3 puntos porcentuales respecto a la registrada en 2017 (35,2%) alcanzando el máximo de la serie histórica. La edad media de inicio de consumo se sitúa en los 18,5 años, manteniéndose estable a lo largo de todas las ediciones.

Centrándonos en el consumo en el último año, vemos que la prevalencia se sitúa en el 10,5%, situándose en el 8,0% cuando se analiza el consumo en el último mes. Para ambos tramos temporales, vemos como la prevalencia ha disminuido ligeramente respecto al dato de 2017 (11,0% y 9,1%, respectivamente).

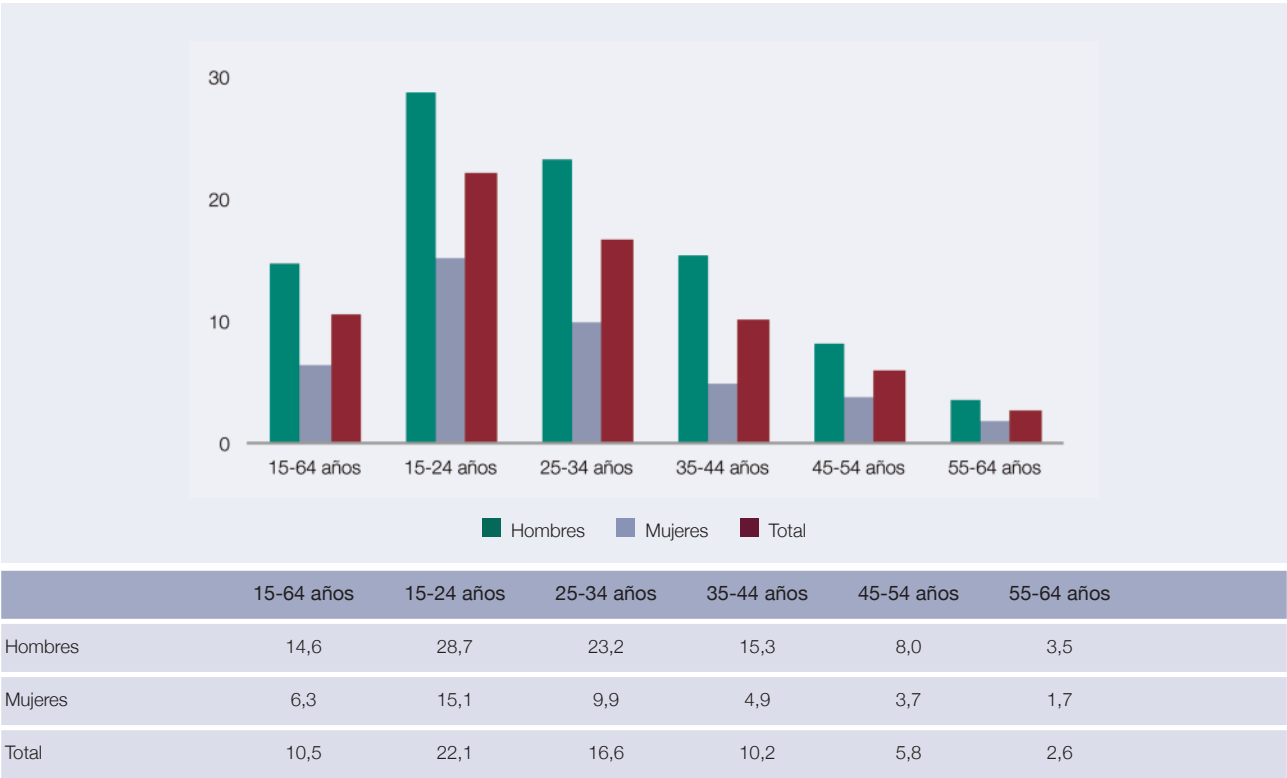
El 2,9% de la población reconoce haber consumido cannabis diariamente en el último mes, proporción ligeramente superior a las anteriores ediciones.

Analizando la prevalencia de consumo de cannabis en el último año en función del sexo y de la edad, el consumo de esta sustancia es más común entre los hombres que entre las mujeres (14,6% y 6,3%, respectivamente), situación que se repite en todos los tramos de edad.

En función de la edad, la prevalencia de consumo de cannabis disminuye notablemente según aumenta la edad, situación que se repite tanto en hombres como en mujeres. Así, se observa que la máxima prevalencia para ambos sexos se da en el grupo de los jóvenes de 15 a 24 años, donde el 22,1% refiere haber consumido cannabis en los últimos 12 meses frente al 2,6% entre los de 55 a 64 años (2,6%).

Figura 1.1.24.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.



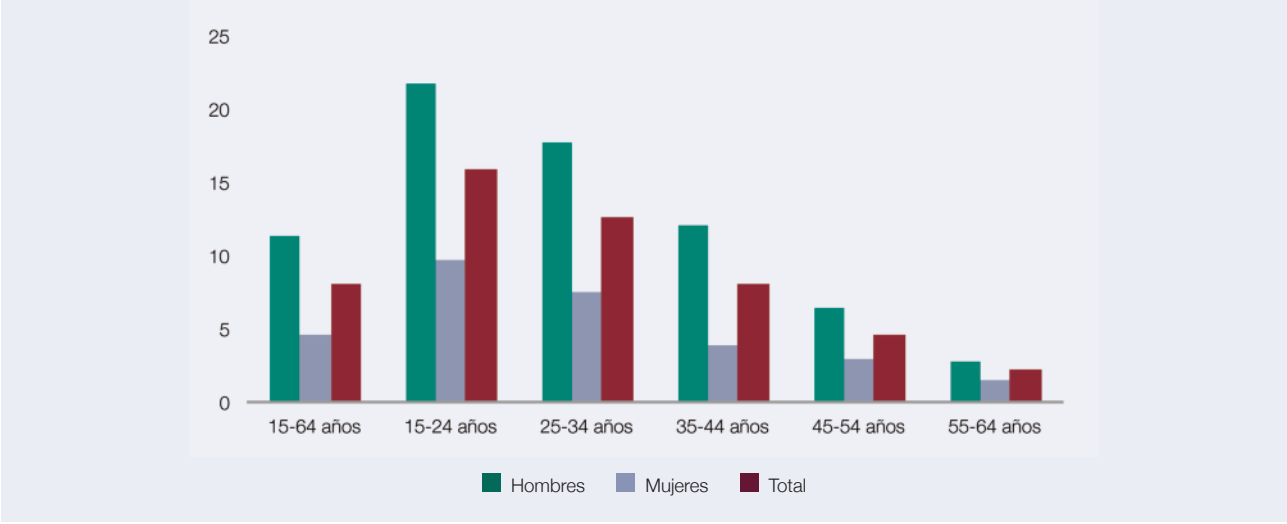
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Haciendo el mismo análisis, pero, esta vez, respecto al consumo de cannabis en el último mes, se aprecia de nuevo una relación inversa entre la evolución de consumo de cannabis y la edad. Así, si para el total de la población de 15 a 64 años la prevalencia de consumo en los últimos 30 días se sitúa en el 8,0%, ésta aumenta hasta el 15,9% entre los de 15 a 24 años, disminuyendo hasta situarse por debajo del 3% en el grupo de 55 a 64 años (2,2%). Esta situación se observa tanto en hombres como en mujeres.

En función del sexo, de nuevo son los varones los que consumen en mayor medida con independencia del tramo de edad analizado.

Figura 1.1.25.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.



	15-64 años	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Hombres	11,4	21,8	17,8	12,1	6,4	2,8
Mujeres	4,7	9,7	7,6	3,9	2,9	1,6
Total	8,0	15,9	12,7	8,0	4,6	2,2

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Características del consumo de cannabis

Atendiendo al tipo de cannabis, históricamente la marihuana está más extendida que el hachís entre aquellos que han consumido cannabis en los últimos 30 días. El 48,7% indica haber fumado principalmente marihuana, porcentaje que se reduce notablemente para aquellos que han consumido principalmente hachís (20,6%). El 30,8% son aquellos que indican haber fumado cannabis de los dos tipos.

Tabla 1.1.57.

Evolución de las características del consumo de cannabis en la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2015-2019/2020.

	2015			2017			2019		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Consumo cannabis últimos 30 días									
Principalmente marihuana	52,7	50,5	59,3	48,3	47,7	50,0	48,7	48,9	48,0
Principalmente hachís	17,0	17,7	15,1	21,9	20,5	25,9	20,6	19,2	24,5
De los dos tipos	30,3	31,9	25,7	29,8	31,8	24,2	30,8	31,9	27,5
Consumo cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días									
Sí	89,5	90,1	87,7	92,9	92,9	92,9	86,9	87,4	85,6
No	0,5	9,9	12,3	7,1	7,1	7,1	13,1	12,6	14,4
Media de porros consumidos al día	2,5	2,6	2,1	2,7	2,7	2,6	2,9	2,9	2,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

El hecho de fumar ambos tipos (marihuana y hachís) está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, mientras que fumar principalmente hachís es más frecuente entre las mujeres.

La gran mayoría de los consumidores de cannabis en el último mes reconoce haberlo consumido mezclándolo con tabaco (86,9%). Dato que disminuye 6 puntos porcentuales respecto a lo observado en 2017. El número medio de porros consumidos en un mismo día es de 2,9, manejándose cifras similares en hombres y mujeres. Se observa para dicho valor una tendencia ascendente desde el año 2015.

Con independencia del sexo, la gran mayoría de los individuos consume el cannabis en forma de porro o canuto, aunque cabe destacar también que, un 4,4% de los consumidores de esta droga lo consume usando pipas de agua, bongos o cachimbas. Con respecto al año 2017 cabe destacar el aumento de individuos que utilizan los cigarrillos electrónicos para el consumo de cannabis (tabla 1.1.58).

Entre los que nunca han consumido cannabis en su vida, únicamente el 1,2% de encuestados indica que consumiría cannabis si fuera una droga legal, obteniendo porcentajes muy similares con independencia del sexo (figura 1.1.26).

Tabla 1.1.58.

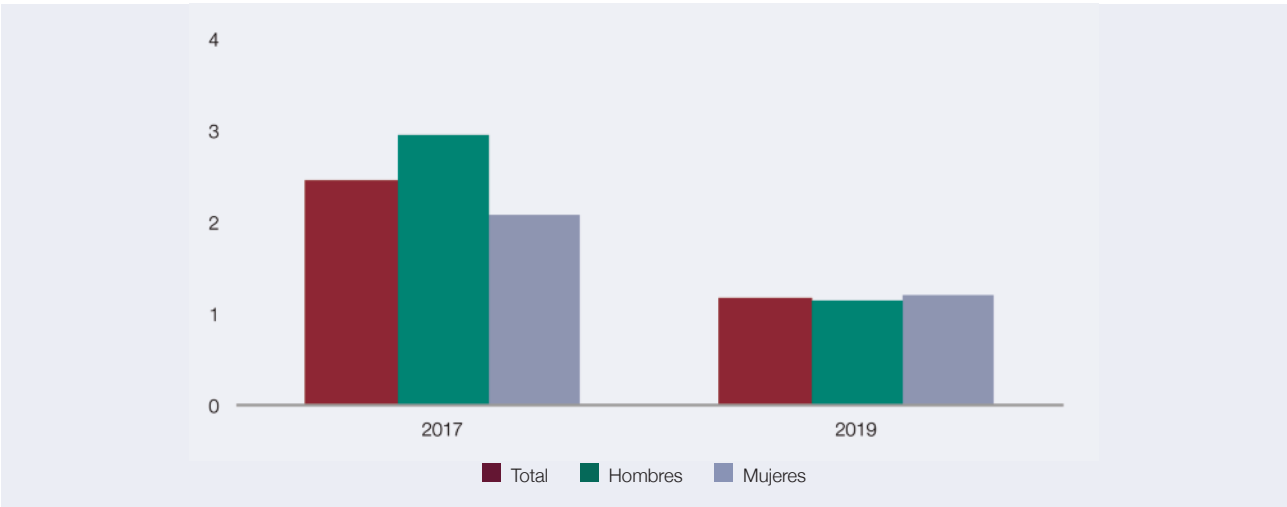
Características del consumo de cannabis en la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2017-2019/2020.

	2017			2019		
	T	H	M	T	H	M
En forma de porro o canuto	97,9	98,6	96,2	97,9	97,8	98,2
Usando pipas de agua, bongos, cachimbas, shishas	4,4	4,3	4,8	4,4	4,9	2,7
Por vía oral: pasteles, galletas...	2,6	2,1	3,9	1,8	2,0	1,2
Usando cigarrillos electrónicos	0,5	0,5	0,5	2,0	2,1	1,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.26.

Porcentaje de personas que afirman que si fuese legal el consumo de hachís o marihuana lo probarían. Respuesta entre los que no lo han probado nunca entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2019/2020.



	2017	2019
Total	2,4	1,2
Hombres	2,9	1,1
Mujeres	2,1	1,2

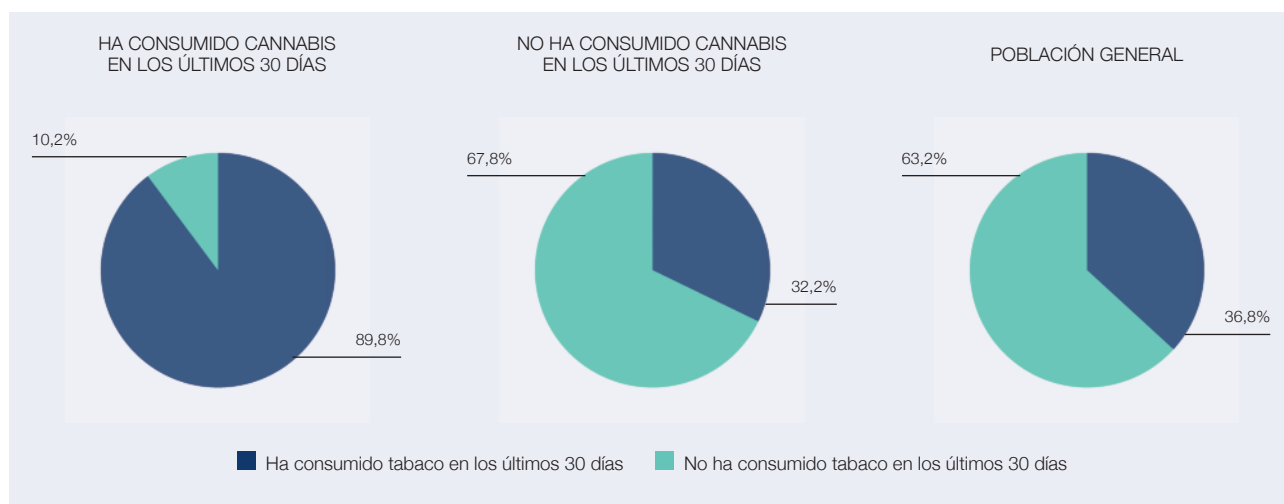
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Consumo de cannabis y tabaco

Nueve de cada diez personas que han consumido cannabis en el último mes reconocen haber consumido tabaco en este periodo (89,8%), disminuyéndose esta proporción hasta el 32,2% entre los que no han consumido cannabis, lo que confirma la estrecha relación en términos de consumo que existe entre ambas sustancias.

Figura 1.1.27.

Prevalencia del consumo de tabaco en los últimos 30 días en función de que se haya consumido cannabis en los últimos 30 días o no y en la población general (%). España, 2019/2020.

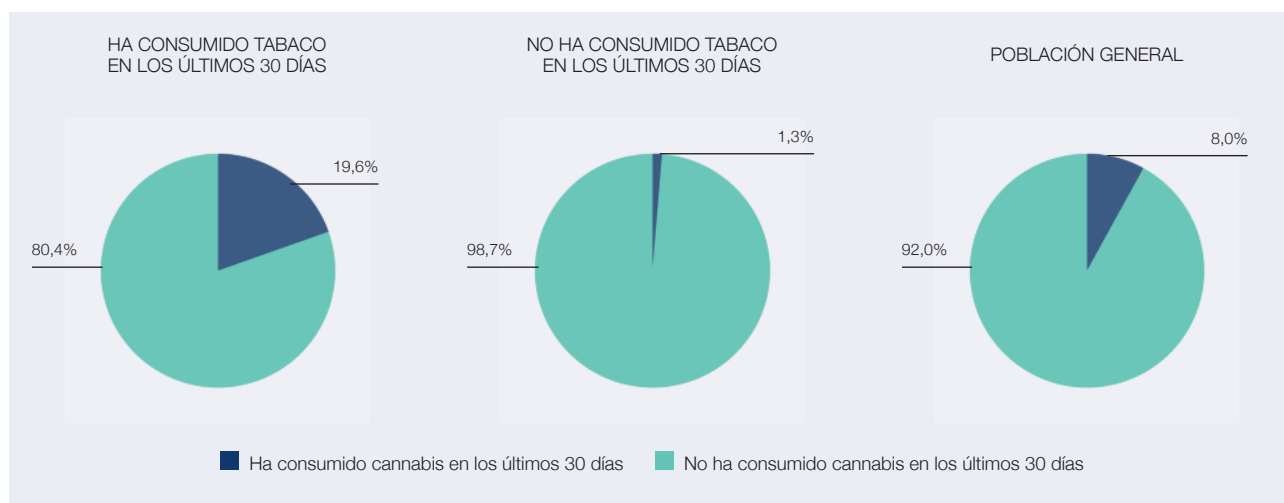


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Realizando el análisis contrario, algo menos del 20% de los que ha consumido tabaco en los últimos 30 días declara haber consumido cannabis en este plazo temporal, frente al 1,3% que se obtiene entre los que no han fumado tabaco en el último mes.

Figura 1.1.28.

Prevalencia del consumo de cannabis en los últimos 30 días en función de que se haya consumido tabaco en los últimos 30 días o no y en la población general (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Consumo problemático de cannabis (CAST)

La gran mayoría de los consumidores de cannabis son consumidores experimentales u ocasionales. Sin embargo, en una considerable proporción de casos, el patrón de consumo de esta sustancia aumenta el riesgo de padecer efectos sobre la propia salud, desarrollar dependencia, obtener peor rendimiento académico o laboral, etc.³

Es necesario introducir métodos que permitan identificar el uso problemático de cannabis. Con este fin, y en el seno de un proyecto de colaboración con el EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones), se han venido incluyendo, desde 2006, una serie de escalas en las sucesivas ediciones de la encuesta ESTUDES (Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias), destinadas a evaluar el consumo problemático de cannabis.

Después de evaluar la utilidad y adecuación de diferentes escalas, se optó por utilizar la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test)⁴, que fue la que, desde un punto de vista psicométrico, produjo los resultados más robustos con respecto al resto de escalas evaluadas. Esta escala se ha introducido en las encuestas ESTUDES 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018 y EDADES 2013, 2015, 2017 y 2019, lo que ha permitido establecer una tendencia temporal.

La escala CAST es un instrumento de cribado que consiste en 6 preguntas que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año. Se considera que un sujeto manifiesta un consumo problemático cuando se obtiene una puntuación de 4 o más en el indicador.

Figura 1.1.29.

Evolución de la prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥4) entre los que han contestado la escala CAST del cuestionario EDADES y entre los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años (%). España, 2013-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

3. Hall W, Solowij N. Adverse effects of Cannabis. Lancet 1998; 352:1611-6.
Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. BMJ 2005; 331: 1371.
Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M et al. Psychological and social sequelae of Cannabis and other illicit drug use by young people: A systematic review of longitudinal, general population studies. Lancet 2004; 363: 1579-88.
Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. Lancet 2007; 370: 319-28.
Zammit S, Moore TH, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M et al. Effects of Cannabis use on outcomes of psychotic disorders: Systematic review. Br. J. Psychiatry 2008; 193: 357-63.
Aldington S, Williams M, Nowitz M, Weatherall M, Pritchard A, McNaughton A et al. Effects of Cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. Thorax 2007; 62: 1058-63.
4. Legleye et al. Journal of Substance Use. Volume 12, Issue 4, 2007. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. Legleye, L. Karilab, F. Beckc & M. Reynaudb. pages 233-242.

En 2019/2020 la prevalencia de consumo problemático de cannabis en la población de 15 a 64 años fue del 1,9%, representando aproximadamente a 590.000 personas⁵.

Teniendo en cuenta a los individuos que han consumido cannabis en los últimos 12 meses que han contestado a la escala CAST, se observa que la prevalencia de consumo problemático se sitúa en el 22,5%.

En función del sexo, el consumo problemático de cannabis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres (24,1% frente a 18,5%).

Evolutivamente, tras varias oleadas registrando descensos, la prevalencia de consumo problemático de cannabis ha registrado un repunte en el año 2019/2020, obteniendo resultados similares a los de 2015.

Figura 1.1.30.

Evolución de la prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥ 4) entre los que han contestado la escala CAST del cuestionario EDADES y entre los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años, según sexo (%). España, 2013-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Consumo de otras sustancias psicoactivas junto con cannabis

El 36,5% de los consumidores problemáticos de cannabis reconoce haber consumido cocaína en alguna ocasión en el último año, prevalencia que disminuye hasta un 21,5% entre los consumidores con una puntuación en la escala CAST < 4, y cae hasta el 2,5% para el total de la población. En el caso de los hipnosedantes, su prevalencia de consumo se sitúa en el 34,1% entre los consumidores que obtienen una puntuación en la escala CAST ≥ 4 , siendo muy superior a la que se da en el grupo que obtiene una puntuación en el indicador CAST por debajo de 4 (18,3%).

Con independencia de la puntuación obtenida en la escala CAST, la práctica totalidad de los consumidores de cannabis ha bebido alcohol y ha fumado tabaco en el último año.

5. Población de referencia: Padrón continuo 2019 INE.

Tabla 1.1.59.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años que ha contestado a la escala CAST, según su puntuación en la escala CAST (%). España, 2019/2020.

	Consumo problemático de cannabis (CAST $\geq$ 4)	Consumo de cannabis (CAST<4)	Total población general
Alcohol	92,6	93,5	77,2
Borracheras	69,7	61,1	19,4
Botellón	31,7	27,7	9,9
Tabaco	96,4	94,3	39,4
Hipnosedantes con o sin receta	34,1	18,3	12,0
Cocaína (polvo y/o base)	36,5	21,5	2,5

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Características del consumo de cannabis

Si analizamos el tipo de consumo de cannabis realizado en los últimos 30 días en función de la puntuación obtenida en la escala CAST, no apreciamos grandes diferencias entre los consumidores con una puntuación CAST $\geq$ 4 y los consumidores con una puntuación CAST <4, observando únicamente un porcentaje ligeramente superior de individuos que consumen ambos tipos de cannabis entre los que tienen una puntuación mayor de 4 puntos en la escala CAST. En cuanto al número medio de porros fumados al día, los que presentan un patrón problemático de consumo fuman más cantidad que aquellos que han obtenido una puntuación en la escala CAST inferior a 4 (3,5 frente a 2,3).

Tabla 1.1.60.

Características del consumo de cannabis en los consumidores problemáticos de cannabis (puntuación CAST $\geq$ 4) de la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días (%). España, 2019/2020.

	Consumo problemático de cannabis (CAST $\geq$ 4)	Consumo de cannabis (CAST<4)
Consumo de cannabis últimos 30 días		
Principalmente marihuana	43,5	51,0
Principalmente hachís	20,2	20,5
De los dos tipos	36,3	28,6
Consumo de cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días		
Sí	90,1	88,6
No	9,9	11,4
Media de porros consumidos al día	3,5	2,3

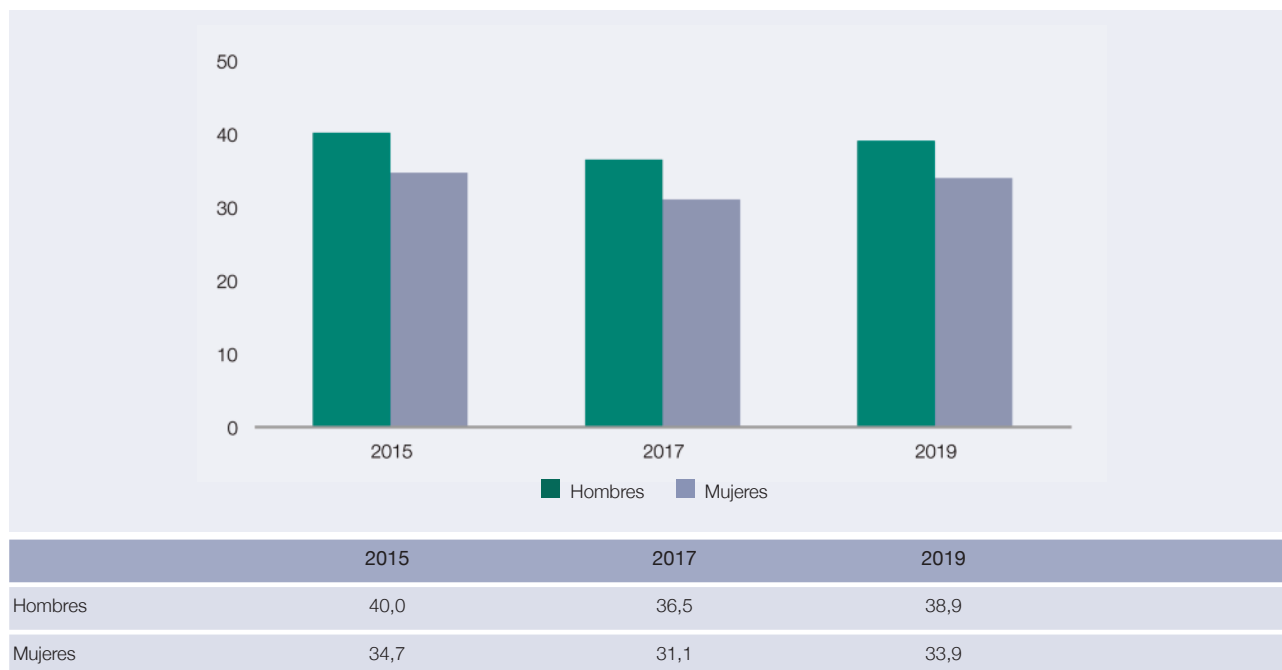
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Opinión sobre la legalización del cannabis para resolver el problema de las drogas ilegales

Alrededor del 40% de los hombres opinan que la legalización del cannabis es muy importante para resolver el problema de las drogas, frente a un 33,9% de las mujeres. Históricamente, ésta es una acción con la que está de acuerdo en mayor medida el sector masculino de la población.

Figura 1.1.31.

Proporción de personas que consideran que la legalización del cannabis es muy importante para resolver el problema de las drogas ilegales en la población de 15 a 64 años según sexo (%). España, 2015-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Cocaína

Cocaína en polvo

Aproximadamente uno de cada diez individuos de 15 a 64 años reconoce haber consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida (10,9%), porcentaje ligeramente superior al registrado en 2017. La edad media de inicio de consumo se sitúa en 2019 en los 21,1 años, situándose históricamente entre los 20 y los 22 años.

Cuando analizamos el consumo en los últimos 12 meses, la prevalencia se sitúa en el 2,5%. Atendiendo al sexo, el consumo de cocaína en polvo dentro de este tramo temporal está más extendido entre los hombres que entre las mujeres (4,0% frente a 0,9%).

Respecto al último mes, el 1,1% reconoce haber tomado cocaína en polvo en alguna ocasión en los 30 días previos a la realización de la encuesta, dato que permanece constante desde 2009 (figura 1.1.32).

Respecto a la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses según el sexo se observa una tendencia ascendente en hombres desde 2017; sin embargo, el consumo en mujeres permanece estable desde 2009 y por debajo del 1% (figura 1.1.33).

Cocaína en forma de base

La cocaína base tiene un consumo muy residual en la población de España de 15 a 64 años. Únicamente, el 1,4% admite haberla consumido en alguna ocasión, reduciéndose esta prevalencia hasta el 0,2% en el plazo temporal del último año y al 0,1% en el último mes.

Respecto al 2017, se ha reducido la edad del primer consumo de esta sustancia, pasando de los 23,2 años a los 21,8 años (figura 1.1.34).

En cuanto al consumo de esta sustancia según el sexo, observamos que, con independencia del periodo temporal, el consumo es sustancialmente mayor en el caso de los hombres (figura 1.1.35).

Figura 1.1.32.

Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo (%) y edad media de inicio en el consumo de cocaína en polvo (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.33.

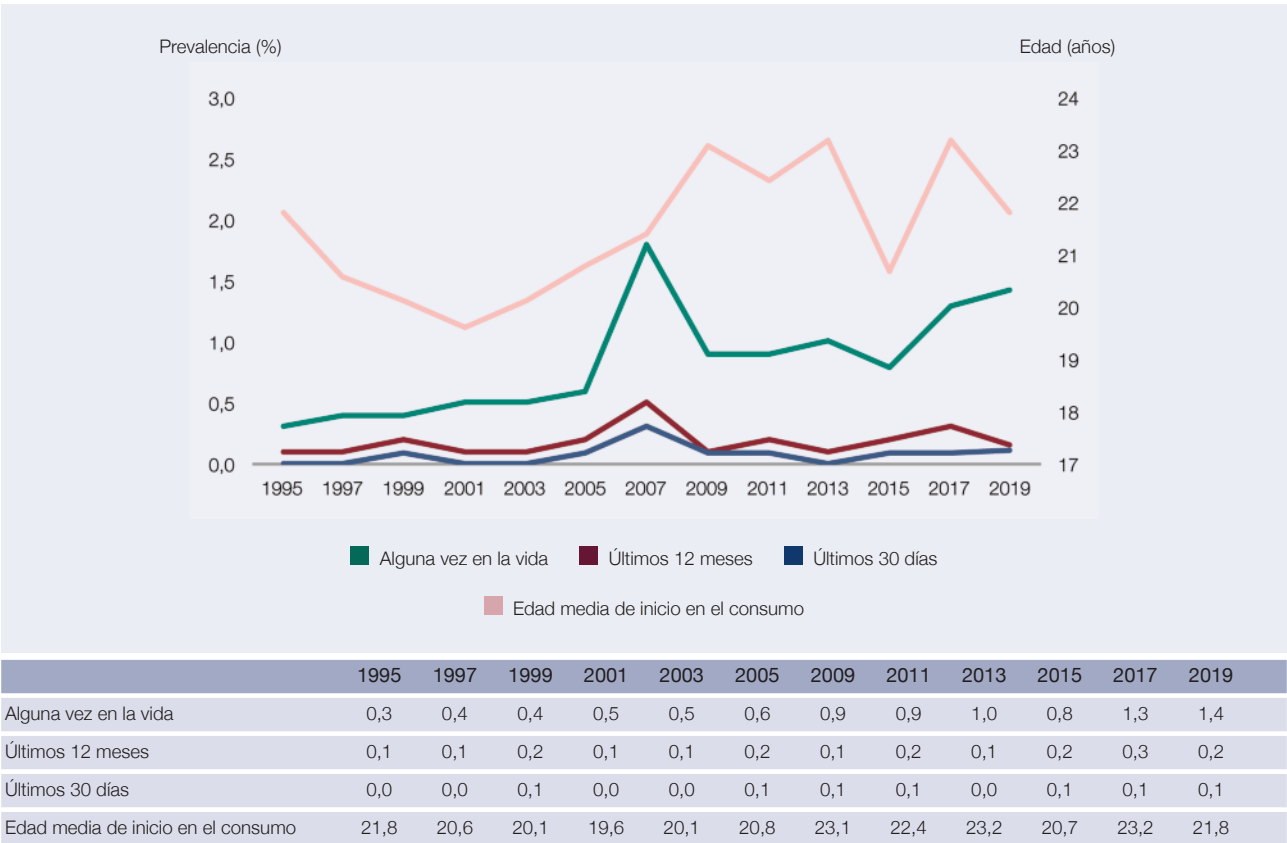
Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1999-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.34.

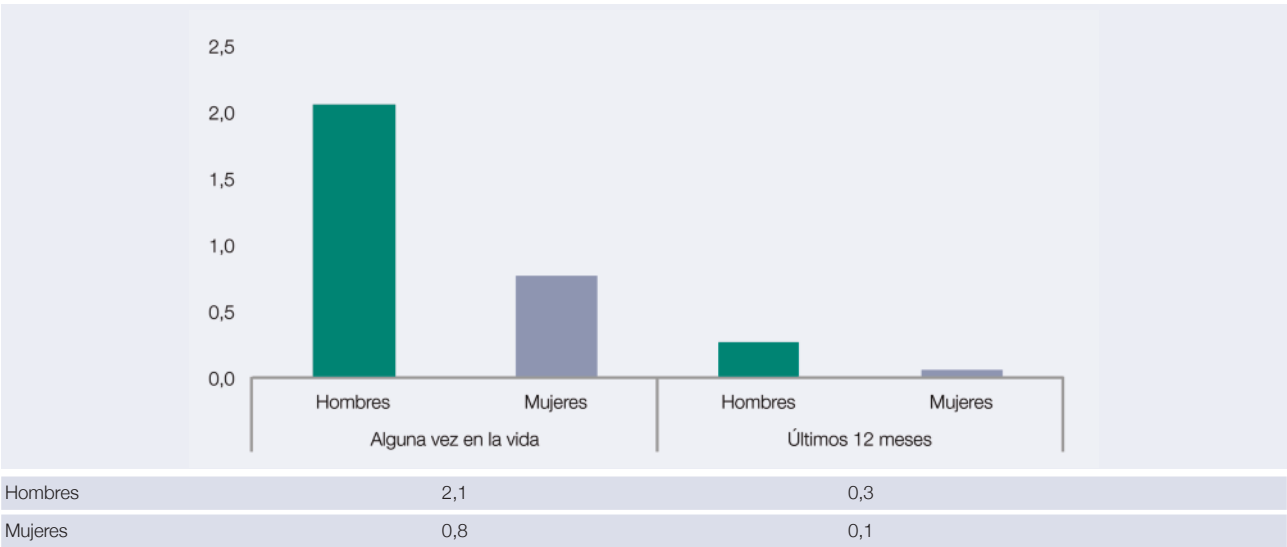
Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína base (%) y edad media de inicio en el consumo de cocaína base (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.35.

Prevalencia de consumo de cocaína base alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Cocaína polvo y/o base

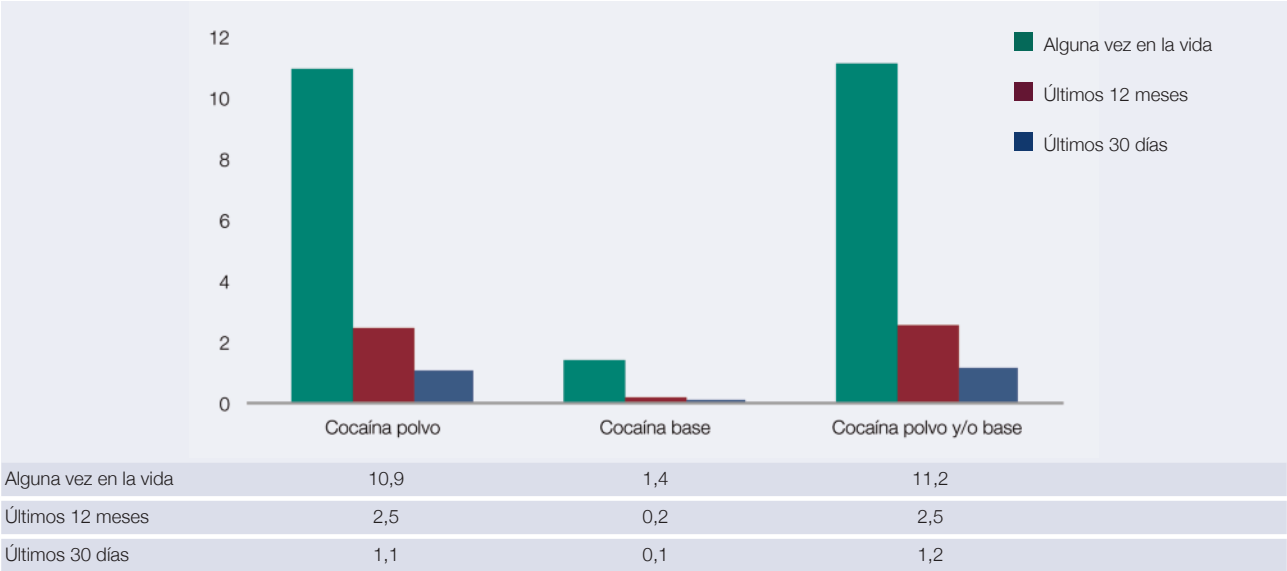
Teniendo en cuenta el consumo de la cocaína en general, es decir, tanto en polvo como en base, su prevalencia de consumo alguna vez en la vida se sitúa en el 11,2%. Analizando el consumo en los últimos 12 meses, el 2,5% de la po-

blación reconoce haberla consumido dentro de ese plazo temporal, disminuyendo esta proporción hasta el 1,2% en el periodo temporal del último mes (figura 1.1.36)

Analizando la prevalencia de consumo de cocaína (polvo y/o base) en el último año en función del sexo, el consumo está más extendido entre los hombres que entre las mujeres (4,1% frente a 1,0%). Esta situación se repite en todos los tramos de edad, si bien las mayores diferencias entre sexos se dan para el tramo de 25 a 44 años con más de 3 puntos porcentuales de diferencia (figura 1.1.37).

Figura 1.1.36.

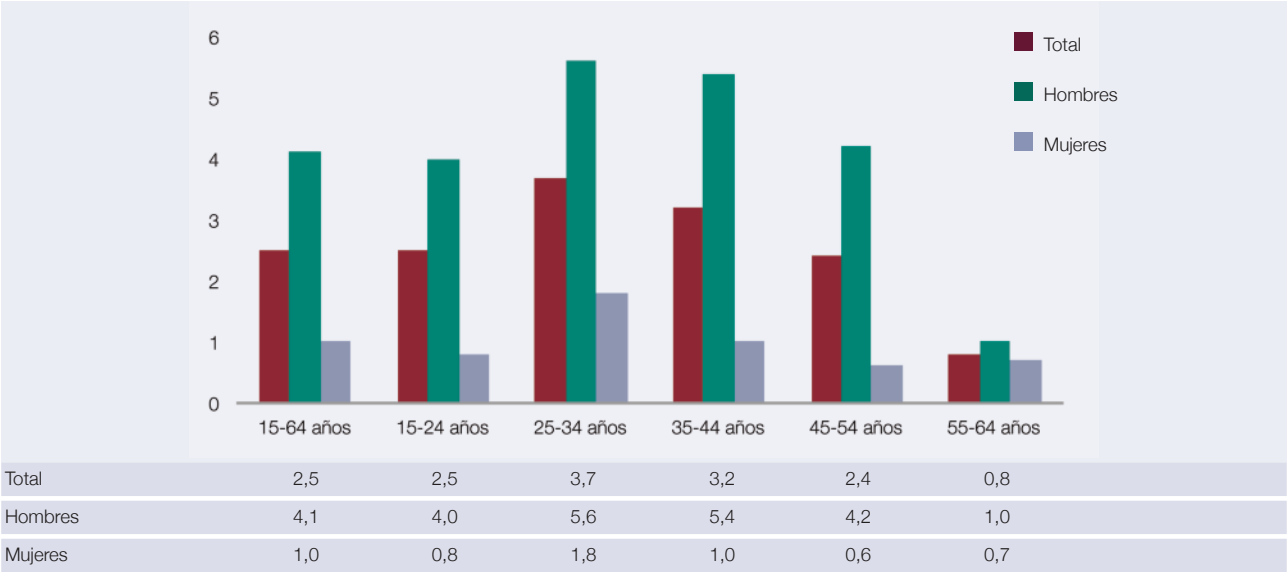
Prevalencia de consumo de cocaína según forma de presentación (polvo, base, polvo y/o base) en la población de 15-64 años (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.37.

Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base en los últimos 12 meses, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Éxtasis

El porcentaje de personas que ha consumido éxtasis alguna vez en su vida ha registrado en 2019/2020 el máximo de la serie histórica (5,0%). Entre aquellos que consumen esta droga, la edad media de inicio de consumo se sitúa en los

20,7 años, dato algo inferior al obtenido en 2017 (21,1 años). En el marco temporal de los últimos 12 meses, desde el año 2009 la prevalencia de consumo de éxtasis se sitúa por debajo del 1,0%. Por otro lado, en el periodo de los últimos 30 días, el porcentaje se ha mantenido muy estable, registrando un 0,3% de prevalencia este último año (figura 1.1.38).

Diferenciando por sexo, el consumo de éxtasis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres. Por edad, el consumo de éxtasis va disminuyendo según aumenta la edad de los individuos (figura 1.1.39).

Figura 1.1.38.

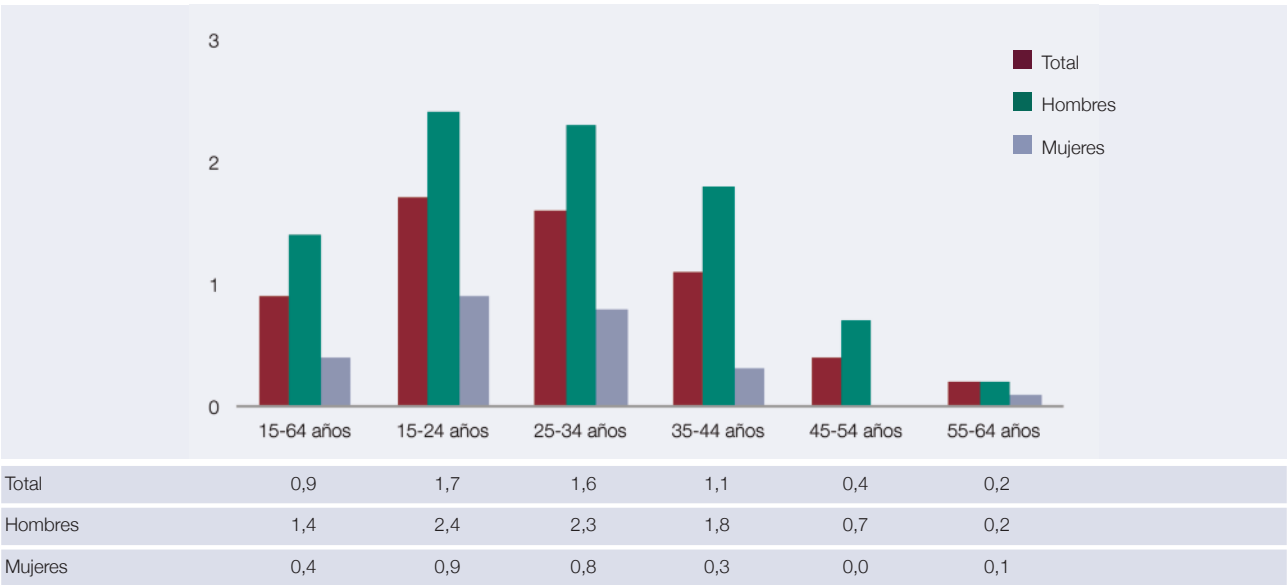
Evolución de la prevalencia de consumo de éxtasis (%) y edad media de inicio en el consumo de éxtasis (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Figura 1.1.39.

Prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según edad (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

La prevalencia de consumo de GHB alguna vez en la vida se ha mantenido estable a lo largo de la serie histórica, registrando siempre porcentajes de consumo inferiores al 1,0% entre el total de la población. Diferenciando por sexo, son los hombres los que consumen esta sustancia en mayor medida.

Tabla 1.1.61.

Prevalencia de consumo de GHB alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2013-2019/2020.

	2013			2015			2017			2019		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	0,6	0,9	0,2	0,6	1,0	0,2	0,5	0,7	0,2	0,9	1,5	0,3
Últimos 12 meses	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0
Últimos 30 días	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Anfetaminas

La prevalencia de consumo de anfetaminas alguna vez en la vida se ha vuelto a incrementar este año con respecto al año anterior, habiendo pasado del 4,0% registrado en 2017 al 4,3% en esta edición, siendo el dato de 2019/2020 el máximo obtenido en la serie histórica desde el comienzo del estudio.

Figura 1.1.40.

Evolución de la prevalencia de consumo de anfetaminas (%) y edad media de inicio en el consumo de anfetaminas (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2019/2020.



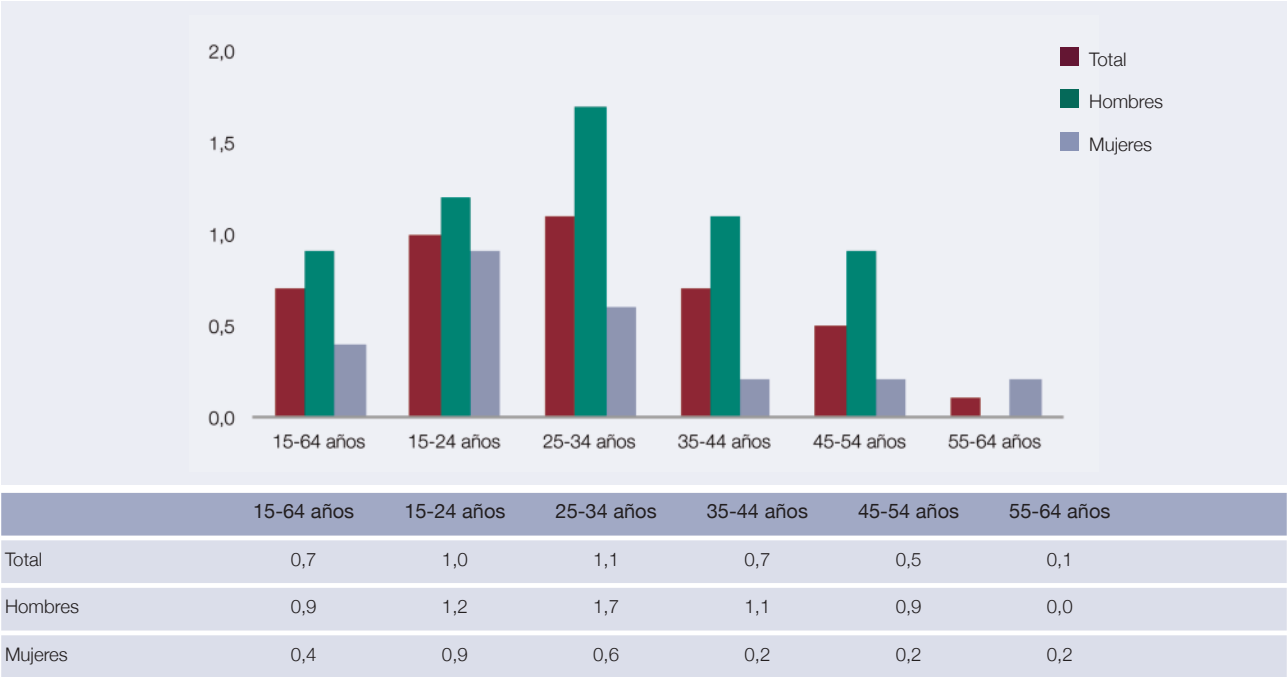
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Sin embargo, los porcentajes de consumo de esta sustancia, para los periodos de los últimos 12 meses y los últimos 30 días se han mantenido estables con consumos muy residuales (0,7% y 0,3% respectivamente).

La edad media de inicio en el consumo se sitúa en 20,6 años, dato muy similar al obtenido en 2017.

Diferenciando por sexo y edad, las prevalencias más altas de consumo en los últimos 12 meses se obtienen en los hombres y en el tramo de edad de 25 a 34 años (1,7%) (figura 1.1.41).

Figura 1.1.41.
Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Metanfetaminas

En el año 2019/2020, el consumo de metanfetaminas alguna vez en la vida entre la población de 15 a 64 se sitúa de nuevo en un 1,2% (figura 1.1.42).

Diferenciando el consumo entre ambos sexos, observamos que son los hombres los que tienen mayores prevalencias de consumo en todos los tramos de edad, especialmente en el grupo de 25 a 34 años donde la prevalencia asciende hasta un 1,7% (tabla 1.1.62).

Tabla 1.1.62.
Prevalencia de consumo de metanfetaminas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	0,9	1,1	0,6	1,7	2,7	0,7	1,7	2,9	0,5	1,0	1,8	0,3	0,4	0,4	0,3	0,9	1,1	0,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.42.

Prevalencia de consumo de metanfetaminas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años (%). España, 2011-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Alucinógenos

El consumo de alucinógenos incluye también la ketamina y las setas mágicas. Evolutivamente, la prevalencia de consumo de alucinógenos se ha incrementado 1 punto porcentual con respecto al año 2017, llegando en esta edición hasta el 5,5%, y registrando el máximo histórico desde el año 1995.

Figura 1.1.43.

Evolución de la prevalencia de consumo de alucinógenos (%) y edad media de inicio en el consumo de alucinógenos (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

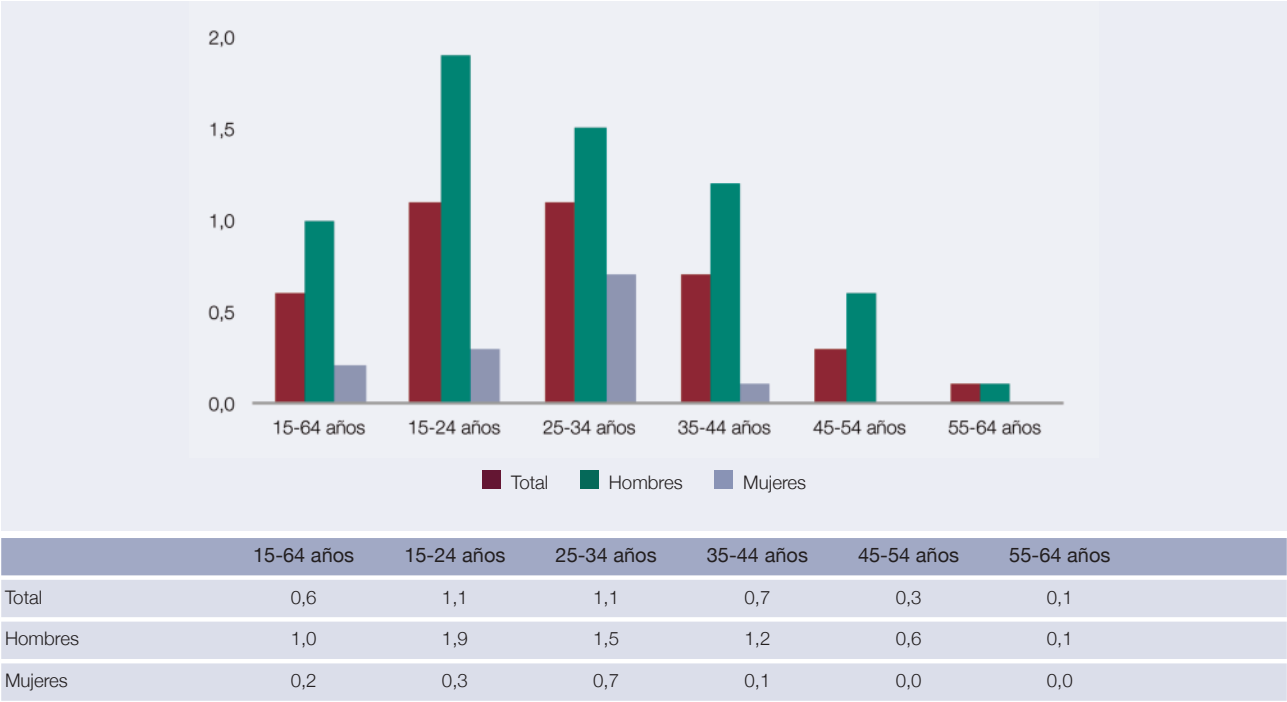
Para los marcos temporales de los últimos 12 meses y los últimos 30 días, el consumo de esta sustancia es muy residual, siendo de 0,6% y 0,2% respectivamente.

Entre los consumidores de esta sustancia, la edad media de primer consumo se sitúa en los 21,2 años, muy en línea con los datos obtenidos en las anteriores mediciones.

Por sexo, el consumo de estas sustancias en el último año, y con independencia del tramo de edad, es mayor entre los hombres que entre las mujeres.

Figura 1.1.44.

Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años según edad y sexo (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Setas mágicas

En lo que respecta al consumo de setas mágicas, el 3,5% manifiesta haberlas probado alguna vez en su vida, siendo superior la prevalencia de consumo entre los hombres (5,3% en hombres frente a un 1,7% en mujeres).

Evolutivamente, sigue la tendencia creciente de consumo de estas sustancias iniciada en el año 2015, registrando en 2019/2020 el máximo de la serie histórica (figura 1.1.45).

Cuando atendemos al consumo alguna vez en la vida en función de la edad, son los jóvenes de 25 a 34 los que registran las mayores prevalencias, siendo de un 5,8% el porcentaje de personas que ha consumido dicha sustancia. En todos los rangos de edad el consumo es mayor entre los hombres que entre las mujeres (tabla 1.1.63).

Heroína e inhalables volátiles

La prevalencia de la heroína y de inhalables volátiles es bastante residual para ambas sustancias, no alcanzando en ninguna de las dos el punto porcentual en el tramo temporal de alguna vez en la vida.

Evolutivamente, el dato se ha mantenido muy estable en ambas sustancias durante los últimos años, habiendo registrado un ligero crecimiento el consumo de ambas en el año 2019/2020 (figuras 1.1.46 y 1.1.47).

Figura 1.1.45.

Prevalencia de consumo de setas mágicas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años (%). España, 2011-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.63.

Prevalencia de consumo de setas mágicas, alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

		Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses
15-64 años	Total	3,5	0,4
	Hombres	5,3	0,6
	Mujeres	1,7	0,1
15-24 años	Total	2,7	0,7
	Hombres	3,4	1,2
	Mujeres	1,8	0,2
25-34 años	Total	5,8	0,6
	Hombres	8,2	0,9
	Mujeres	3,5	0,4
35-44 años	Total	5,3	0,4
	Hombres	8,1	0,8
	Mujeres	2,4	0,1
45-54 años	Total	2,6	0,2
	Hombres	4,7	0,4
	Mujeres	0,5	0,0
55-64 años	Total	1,1	0,1
	Hombres	1,7	0,1
	Mujeres	0,6	0,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.46.

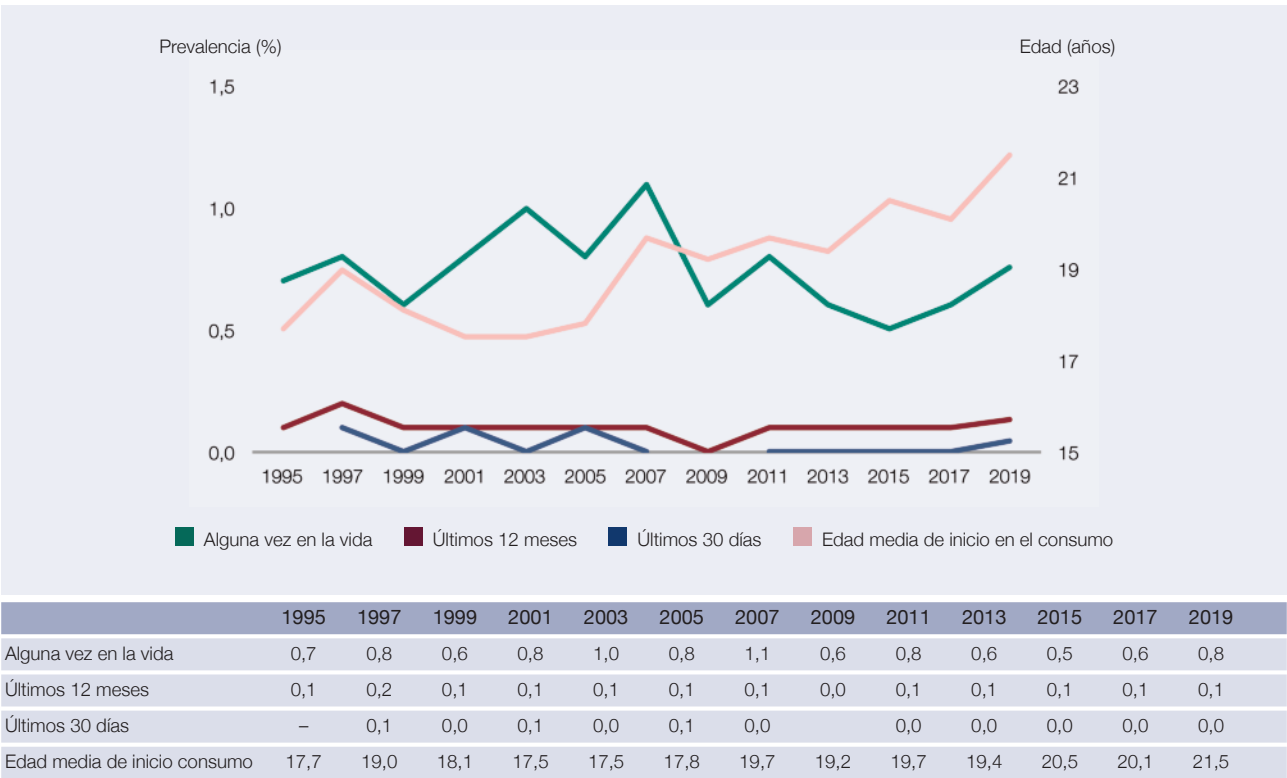
Evolución de la prevalencia de consumo de heroína (%) y edad media de inicio en el consumo de heroína (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Figura 1.1.47.

Evolución de la prevalencia de consumo de inhalables volátiles (%) y edad media de inicio en el consumo de inhalables volátiles (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

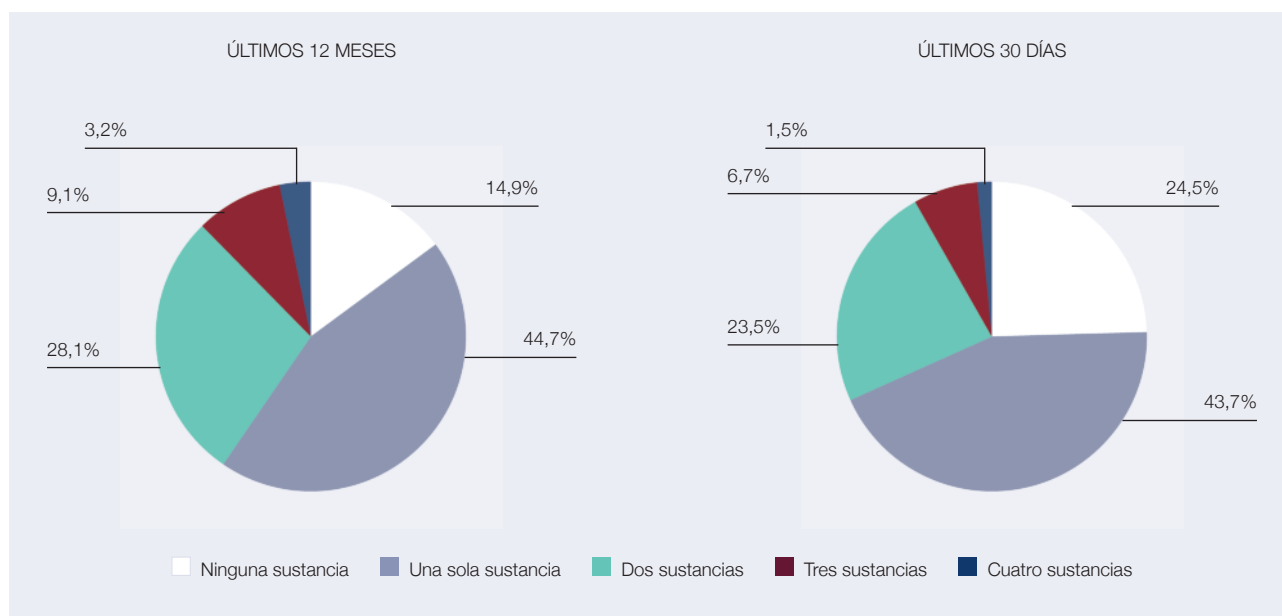
Policonsumo

El policonsumo hace referencia al consumo de dos o más sustancias psicoactivas en un mismo periodo de tiempo. Este patrón aumenta los riesgos del consumo de drogas, potenciando los efectos de unas sobre otras, reforzando la adicción, interfiriendo en el diagnóstico y dificultando el tratamiento.

En el marco temporal de los últimos 12 meses, el 40,4% de la población consumió dos o más sustancias psicoactivas diferentes, es decir realizó policonsumo, dato ligeramente inferior al obtenido en 2017 (41,2%). Por otro lado, el 44,7% de los individuos consumió solamente una sustancia. Finalmente, el 14,9% restante pertenece a aquellos que no han consumido ninguna sustancia durante este periodo (figura 1.1.48).

Figura 1.1.48.

Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días de una sola o más sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* en la población de 15-64 años (%). España, 2019/2020.



* Sustancias psicoactivas legales e ilegales: alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Cuando analizamos el consumo en el último mes, el porcentaje de personas que han consumido dos o más sustancias psicoactivas diferentes es de un 31,7%. Al igual que ocurría en el periodo de los últimos 12 meses, el porcentaje más alto es para los individuos que han consumido una única sustancia (43,7%). El 24,5% restante manifiesta no haber consumido ninguna sustancia en el último mes (figura 1.1.48).

Por sexo, el policonsumo (consumo de dos o más sustancias psicoactivas) se encuentra más extendido entre los hombres que entre las mujeres en todos los tramos de edad.

Por edad, en el caso de los hombres, el porcentaje más elevado de policonsumo lo encontramos entre los de 25-34 años, donde aproximadamente la mitad de los individuos ha realizado policonsumo en el último año. Sin embargo, es en el tramo de 45 a 54 años, donde las mujeres obtienen el porcentaje más alto de policonsumo, tramo de edad en el que aproximadamente 4 de cada 10 mujeres ha consumido dos o más sustancias diferentes durante los últimos 12 meses (figura 1.1.49).

Figura 1.1.49.

Prevalencias de consumo de diferentes sustancias psicoactivas* en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.



* Sustancias psicoactivas legales e ilegales: alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Prevalencia de consumo de diferentes sustancias psicoactivas en función del número de sustancias consumidas

Considerando el tramo temporal de los últimos 12 meses, se mide la proporción de consumidores de las diferentes sustancias psicoactivas en función del número de sustancias consumidas.

Entre las personas que consumieron **una única sustancia psicoactiva**, el alcohol es la sustancia con una mayor prevalencia de consumo con mucha diferencia (85,6%), seguida del tabaco (10,0%) y de los hipnosedantes con o sin receta (4,1%). Entre los consumidores de una única sustancia psicoactiva, el consumo de las drogas ilegales es muy residual, siendo el cannabis la única sustancia psicoactiva ilegal consumida en este grupo (0,3%).

Por otro lado, en el grupo de los individuos que consumieron **dos sustancias psicoactivas** diferentes en los últimos 12 meses, prácticamente todos consumieron alcohol (94,7%) y una gran mayoría además fumaron tabaco (80,9%). De nuevo son los hipnosedantes con o sin receta la tercera sustancia con más prevalencia (18,6%). El consumo de las drogas ilegales continúa siendo minoritario, siendo el cannabis la sustancia más consumida con un 5,1% y empiezan a aparecer consumos residuales de otras sustancias psicoactivas como la cocaína.

Entre los individuos que han consumido **tres sustancias psicoactivas** en los últimos 12 meses, además del tabaco y el alcohol, que lo consumen prácticamente todos, destaca la prevalencia de consumo del cannabis (62,5%). En este grupo también ganan peso los hipnosedantes con o sin receta: el 35,2% de las personas de este grupo los consumieron en el último año.

Finalmente, en el colectivo que consumió **cuatro o más sustancias psicoactivas** durante el último año, además del alcohol, el tabaco y el cannabis, con prevalencias superiores al 90%, destaca que más de la mitad de los individuos han consumido cocaína en polvo e hipnosedantes con o sin receta en dicho periodo. Asimismo, hay que señalar que existen consumos superiores al 15% de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos.

Tabla 1.1.64.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas*, según el número de sustancias consumidas en los últimos 12 meses (%). España, 2019/2020.

	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Alcohol	85,6	94,7	98,9	99,2
Tabaco	10,0	80,9	97,6	96,9
Cannabis	0,3	5,1	62,5	92,8
Éxtasis	0,0	0,0	0,4	25,7
Hipnosedantes con o sin receta	4,1	18,6	35,2	54,4
Hipnosedantes sin receta	0,1	1,2	3,0	16,6
Analgésicos opioides con o sin receta	5,5	8,1	13,5	20,1
Analgésicos opioides sin receta	0,2	0,6	1,2	5,9
Cocaína en polvo	0,0	0,5	4,5	53,7
Cocaína base	0,0	0,1	0,1	4,4
Anfetaminas/speed	0,0	0,0	0,3	17,4
Alucinógenos	0,0	0,0	0,3	16,6
Heroína	0,0	0,0	0,0	2,1
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,2	3,7

* Sustancias psicoactivas legales e ilegales: alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Nuevas sustancias psicoactivas

Se consideran nuevas sustancias psicoactivas (NSP) aquellas que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis...). Estas nuevas sustancias (keta, spice, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética, miao miao, flakka, superman, catinonas, mefedrona, derivados de los fentanilos, metoxetamina, NBOMe, ayahuasca, kratom...) se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos...

En cuanto al conocimiento de estas nuevas sustancias psicoactivas, el 81,1% de la población indica que nunca ha oído hablar de las sustancias de este tipo, porcentaje que se ha incrementado con respecto al obtenido en el año 2017 (73,8%). Por sexo, el nivel más alto de desconocimiento se registra entre las mujeres.

En lo que respecta al consumo de estas nuevas sustancias, en el marco temporal de alguna vez en la vida, únicamente un 1,7% de la población de 15 a 64 años manifiesta haber consumido estas nuevas sustancias. Como viene siendo habitual, el consumo de las sustancias se encuentra más extendido entre los hombres que entre las mujeres. Encontramos

la mayor prevalencia de consumo en hombres, en el grupo de edad de 25 a 34 años, donde el 4,0% de los hombres dice haber probado alguna vez estas nuevas sustancias.

También se analizan los resultados obtenidos para algunas de las NSP más conocidas. Estas nuevas sustancias son: ketamina, spice, mefedrona, ayahuasca y cocaína rosa. La **ketamina** y el **spice** son las sustancias que han obtenido una mayor prevalencia de consumo en el marco temporal de alguna vez en la vida (0,9% y 0,6%, respectivamente).

La tercera nueva sustancia psicoactiva más consumida es la **cocaína rosa (nexus)** el 0,3%. Finalmente, la **ayahuasca** y la **mefedrona** registran prevalencias similares, habiendo sido consumidas alguna vez en la vida únicamente por el 0,2% de la población.

Figura 1.1.50.

Evolución de la prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, (%). España, 2011-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Tabla 1.1.65.

Prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Nuevas sustancias	1,7	2,5	0,8	1,7	2,4	1,0	2,8	4,0	1,6	2,1	3,4	0,8	1,1	1,5	0,7	0,7	1,0	0,3
Ketamina	0,9	1,4	0,4	0,7	1,1	0,3	1,7	2,2	1,2	1,3	2,1	0,5	0,7	1,3	0,2	0,2	0,4	0,1
Spice	0,6	0,9	0,3	0,9	1,4	0,4	1,2	1,8	0,5	0,6	1,0	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,1
Mefedrona	0,2	0,3	0,1	0,2	0,4	0,0	0,2	0,4	0,1	0,3	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Ayahuasca	0,2	0,3	0,1	0,3	0,5	0,1	0,3	0,5	0,1	0,2	0,4	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,3	0,1
Cocaína rosa	0,3	0,5	0,1	0,3	0,6	0,1	0,8	1,1	0,5	0,3	0,6	0,1	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Policonsumo entre los consumidores de nuevas sustancias psicoactivas

Dentro del colectivo de personas que han consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, el consumo de otro tipo de sustancias psicoactivas está más extendido de lo que está a nivel general en la población española de 15 a 64 años.

En el caso del **cannabis**, nueve de cada diez de los que han consumido nuevas sustancias psicoactivas en alguna ocasión reconocen haber consumido también cannabis (89,4%). Respecto al tipo de sustancia, se da la misma situación entre los consumidores de ketamina y de spice (93,2% y 95,1%, respectivamente).

De la misma manera, entre la población que ha consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, se observa una elevada prevalencia de consumo de **alucinógenos** (el 76,1% de los consumidores de NSP ha consumido alucinógenos alguna vez) y de **cocaína** (el 74,7% de los consumidores de NSP ha consumido cocaína alguna vez).

En coherencia con estas altas prevalencias, el policonsumo está muy extendido entre la población que ha consumido nuevas sustancias psicoactivas (84,7%), siendo entre los que han consumido ketamina casi unánime el hecho de haber consumido cuatro o más sustancias psicoactivas a lo largo de su vida.

Tabla 1.1.66.

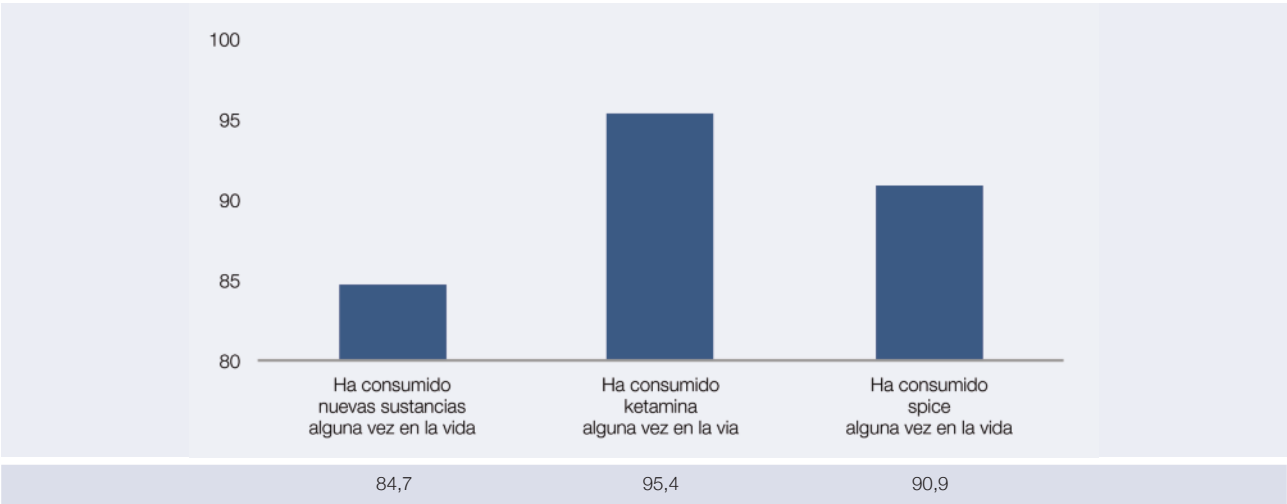
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida de otras sustancias psicoactivas entre las personas de 15-64 años que han consumido nuevas sustancias psicoactivas, ketamina o spice alguna vez en la vida (%). España, 2019/2020.

	Nuevas sustancias psicoactivas	Ketamina	Spice
Alcohol	99,0	98,3	99,1
Tabaco	89,2	89,4	93,2
Anfetaminas/speed	63,1	81,4	65,2
Alucinógenos	76,1	100,0	78,8
Hipnosedantes con o sin receta	42,6	46,8	38,7
Cannabis	89,4	93,2	95,1
Éxtasis	64,9	81,5	70,9
Cocaína polvo y/o base	74,7	86,8	84,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Figura 1.1.51.

Prevalencia de consumo de cuatro o más sustancias psicoactivas* alguna vez entre la población de 15 a 64 años según se haya consumido en alguna ocasión nuevas sustancias psicoactivas en general, ketamina o spice (%). España, 2019/2020.



* Sustancias psicoactivas: alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Comparando las prevalencias de consumo de drogas en el plazo temporal de los últimos 12 meses entre el grupo que ha consumido nuevas sustancias psicoactivas en alguna ocasión y el que no, la mayor diferencia se registra en el caso del **cannabis**. El 58,7% de los que han consumido nuevas sustancias alguna vez en la vida reconocen haber consumido esta sustancia en los 12 meses previos a la realización de la encuesta, proporción que se reduce hasta el 9,7% entre los que nunca han tomado este tipo de sustancias.

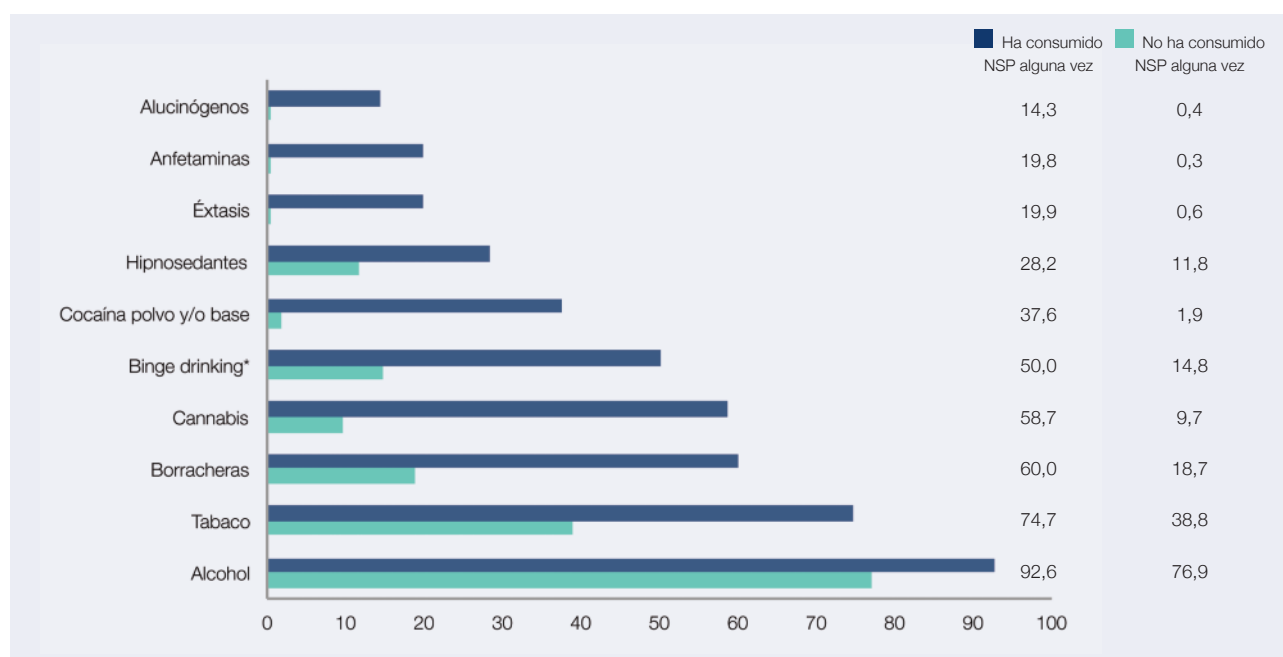
También se observa que el consumo de **alcohol** está más extendido en el grupo que, al menos, ha probado alguna vez estas nuevas sustancias psicoactivas. Seis de cada diez personas de este colectivo declaran haberse emborrachado en el último año, reduciéndose esta proporción hasta el 18,7% entre los que nunca han consumido nuevas sustancias psicoactivas. Respecto al último mes, la mitad de los consumidores de nuevas sustancias declara haber consumido alcohol en atracón (*binge drinking*) en este período (50,0%), situándose su prevalencia en el 14,8% entre los que no han probado estas nuevas drogas.

En el caso del **tabaco**, su prevalencia también es notablemente superior en este grupo, de forma que el 74,7% recuerda haber fumado en el último año, reduciéndose esta proporción a menos de la mitad entre los que nunca han consumido ninguna de estas nuevas sustancias psicoactivas (38,8%).

Finalmente es muy importante destacar que, la presencia de individuos que han consumido **cocaína (polvo y/o base)** en el último año es más de 35 puntos porcentuales superior en el grupo de los que han consumido nuevas sustancias en alguna ocasión (37,6%) que en el grupo de los que no lo han hecho (1,9%).

Figura 1.1.52.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre las personas de 15-64 años que han consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida frente a los que no han consumido nuevas sustancias psicoactivas (porcentajes fila). España, 2019/2020.



* Últimos 30 días.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Acciones para resolver el problema de las drogas entre los consumidores de nuevas sustancias psicoactivas

Además de las prevalencias de consumo, también se ha analizado la opinión acerca de las medidas que pueden ser efectivas para resolver el problema de las drogas entre los que han consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida y los que no.

En la mayoría de los casos (excepto en las medidas relativas a la legalización de las drogas), el grado de consenso que existe acerca de la importancia que tienen esas acciones para intentar solventar el problema de las drogas es menor entre los que han consumido nuevas sustancias psicoactivas que el que se registra en el resto de la población.

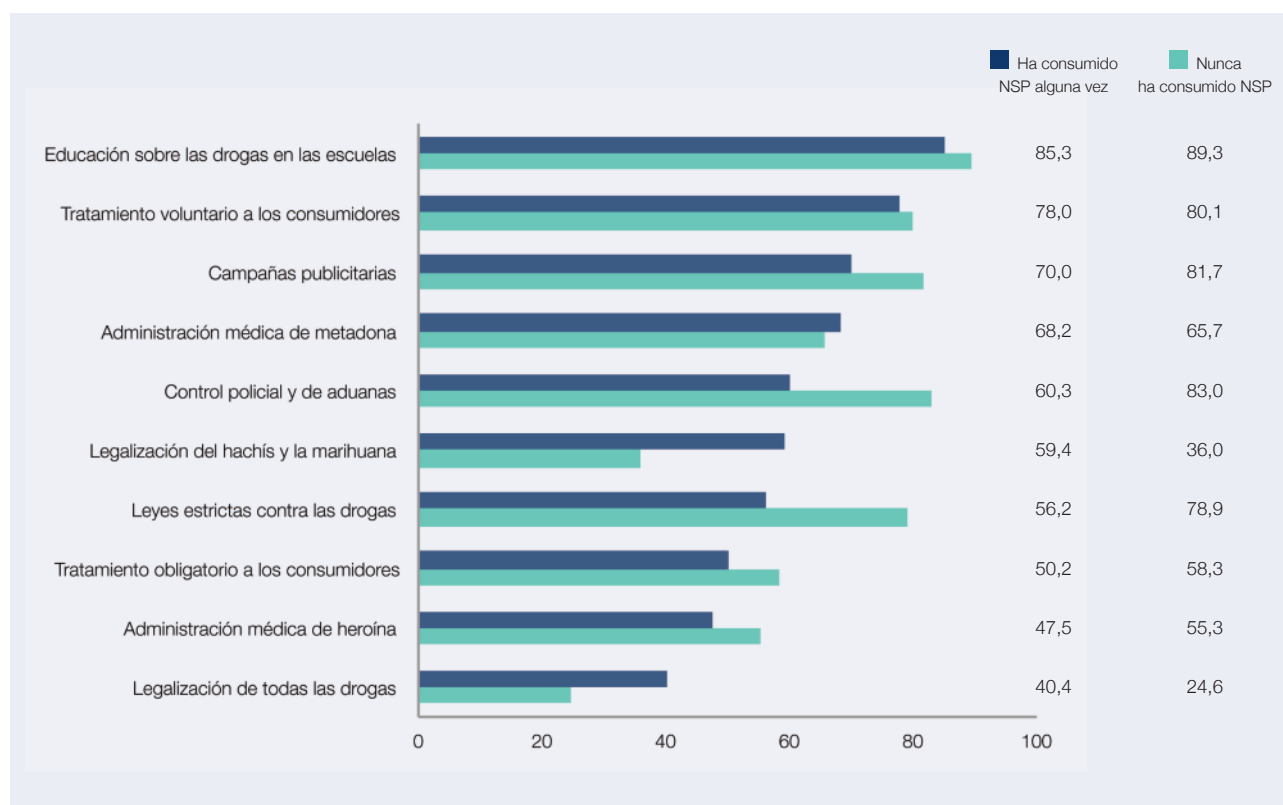
En este sentido, aparece una importante discrepancia en cuanto a la importancia que tiene contar con leyes estrictas contra las drogas pues sólo el 56,2% de los que han consumido nuevas sustancias psicoactivas piensa que es una medida muy importante para resolver el problema de las drogas, mientras que la amplia mayoría de los que nunca han consumido estas nuevas sustancias psicoactivas la destacan como una medida relevante (78,9%).

También encontramos un alto nivel de desacuerdo con la medida de que un mayor control policial en aduanas ayudaría a solucionar el problema de las drogas, siendo muy importante para el 83% de los individuos que no consumen nuevas sustancias y reduciéndose dicho porcentaje hasta un 60,3% entre aquellos que las han consumido alguna vez en sus vidas.

Con independencia de que se hayan consumido o no nuevas sustancias psicoactivas, la educación en las escuelas es la medida que registra un mayor grado de acuerdo en cuanto a su importancia para resolver este problema.

Figura 1.1.53.

Valoración de diversas acciones como “muy importantes” para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años según haya consumido alguna vez en la vida nuevas sustancias psicoactivas o no (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Percepciones y opiniones de la población ante las drogas

Percepción de riesgo

La percepción de riesgo contempla en qué medida las personas piensan que determinadas conductas relacionadas con el consumo de drogas pueden ocasionar problemas. En este sentido, considerar que el consumo de sustancias psicoactivas conlleva un riesgo y puede ser problemático supone un freno al consumo (tabla 1.1.67).

Tabla 1.1.67.

Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) (%). España, 1997-2019/2020.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Consumir cocaína una vez o menos al mes	93,5	95,4	93,3	93,1	95	95,8	94,6	94,5	93,8	94,6	97,0	93,4
Consumir hipnosedantes una vez por semana o más	81,4	86,8	84,8	85,4	81,8	79,7	79,7	79,9	78,5	78,8	79,6	83,5
Consumir hipnosedantes una vez o menos al mes	60,4	70,1	66,7	65,3	62,3	62,2	60,1	62,5	57,6	58,0	62,1	65,3
Consumir analgésicos opioides una vez o menos al mes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70,6
Consumir analgésicos opioides una vez por semana o más	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85,7
Consumir cannabis una vez por semana o más	84	87,6	83,1	79,2	80,8	83,0	81,6	85,5	82,4	79,8	81,5	85,3
Consumir cannabis una vez o menos al mes	68,9	74,8	67,9	62,0	64,2	68,5	62,7	69,4	61,2	62,5	66,1	66,3
Consumir 1-2 cañas/copas cada día	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48,3
Consumir 5-6 cañas/copas el fin de semana	45,6	49,2	44,2	41,8	43,6	46,6	45	49,3	43,5	45,8	49,1	50,2
Fumar paquete tabaco diario	79,7	82,4	83,6	84,6	87,1	87,1	89,4	89,1	88,7	91,6	93,0	92,2
Jugar a juegos con dinero o apuestas con una frecuencia al menos semanal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72,4
Más de 3 horas diarias en internet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69,4

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

La opinión de la población es generalizada cuando se opina sobre el consumo de la **cocaína**. El 93,4% manifiesta que consumir esta sustancia una vez o menos al mes, puede producir muchos o bastantes problemas de salud. El porcentaje de población que asocia riesgo al consumo de esta sustancia ha descendido en comparación con el dato del año anterior.

La percepción de riesgo sigue muy extendida respecto al hecho de **fumar un paquete de tabaco diario**: el 92,2% piensa que realizar dicho consumo produciría muchos o bastantes problemas para la salud. El dato obtenido es ligeramente inferior al registrado el año anterior (93%).

Respecto al consumo de alcohol de manera habitual (**consumo 5-6 copas/cañas el fin de semana**) es percibido como un riesgo por algo más de la mitad de la población (50,2%).

En relación al **consumo habitual de cannabis** (una vez por semana o más), la percepción de riesgo se ha visto incrementada en 3,8 puntos porcentuales con respecto al dato obtenido el año 2017, estableciéndose en 85,3% el porcentaje de personas que piensa que consumir cannabis una vez por semana o más produciría bastantes/muchos problemas para la salud.

En lo que respecta al **consumo esporádico de cannabis** (una vez o menos al mes), en el año 2019 se ha obtenido un dato similar al de la medición anterior, siendo el 66,3% de las personas los que piensan que dicho consumo podría ser bastante o muy perjudicial para la salud.

Algo más del 80% de la población cree que **consumir hipnosedantes una vez por semana o más** conlleva riesgo. Cuando hablamos de la percepción de riesgo de consumo de esta sustancia psicoactiva en el tramo temporal de una vez o menos al mes, se establece en 65,3%, ambos datos han aumentado más de 3 puntos porcentuales con respecto al dato obtenido en el 2017.

Figura 1.1.54.

Riesgo percibido ante el consumo de drogas u otros comportamientos (porcentaje de población que piensa que cada conducta puede causar muchos o bastantes problemas). España, 2019/2020.



Consumir cocaína u otras drogas ilegales una vez o menos al mes*	93,4
Fumar paquete tabaco diario	92,2
Consumir analgésicos opioides una vez por semana o más	85,7
Consumir cannabis una vez por semana o más	85,3
Consumir hipnosedantes una vez por semana o más	83,5
Fumar cigarrillos electrónicos	73,9
Jugar a juegos con dinero al menos semanalmente***	72,4
Consumir analgésicos opioides una vez o menos al mes	70,6
Más de 3 horas diarias en internet**	69,4
Consumir cannabis una vez o menos al mes	66,3
Consumir hipnosedantes una vez o menos al mes	65,3
Consumir 5-6 cañas/copas el fin de semana	50,2
Tomarse más de 1 o 2 cañas/copas cada día	48,3

* Otras drogas ilegales incluido en 2019.

** Emplear más de 3 horas diarias a actividades que requieran el uso de internet sin considerar el tiempo empleado en tareas escolares o laborales.

*** O apuestas.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

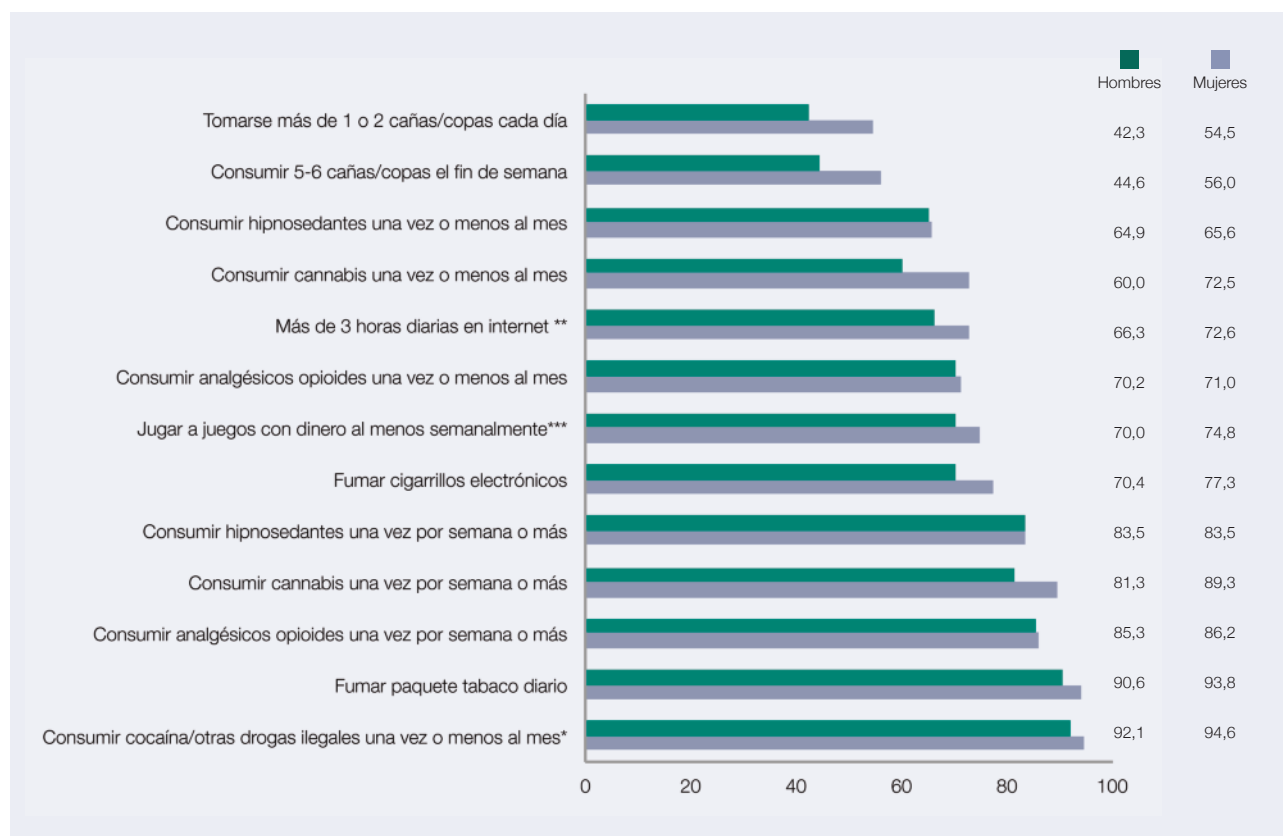
De la misma manera que se observa con los hipnosedantes, la percepción de riesgo del **consumo de analgésicos opioides una vez por semana o más** supera el 80%; mientras que, **consumir analgésicos opioides una vez o menos al mes**, puede producir muchos o bastantes problemas para 7 de cada 10 personas (70,6%).

Para finalizar, cabe mencionar que en la encuesta EDADES 2019/2020 se han incluido variables relacionadas con el juego con dinero y la adicción a internet, siendo un 72,4% de la población los que advierten de la gravedad de jugar a juegos con dinero o apuestas semanalmente. En el caso del uso frecuente de internet, aproximadamente el 70% de los individuos piensa que pasar más de 3 horas al día utilizando internet podría ser un problema importante.

De manera general, la percepción de riesgo ante el consumo de drogas alcanza proporciones más elevadas entre las mujeres que entre los hombres en todos los casos. Comparativamente entre ambos sexos, las mayores diferencias se encuentran en relación al consumo de alcohol, cannabis y uso de internet.

Figura 1.1.55.

Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según sexo. España, 2019/2020.



* Otras drogas ilegales incluido en 2019.

** Emplear más de 3 horas diarias a actividades que requieran el uso de internet sin considerar el tiempo empleado en tareas escolares o laborales.

*** O apuestas.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Consumo diario de tabaco: prevalencia y percepción de riesgo

A continuación se analiza la evolución que ha seguido la prevalencia del consumo diario de tabaco junto con la percepción de riesgo asociada a consumir un paquete de tabaco al día.

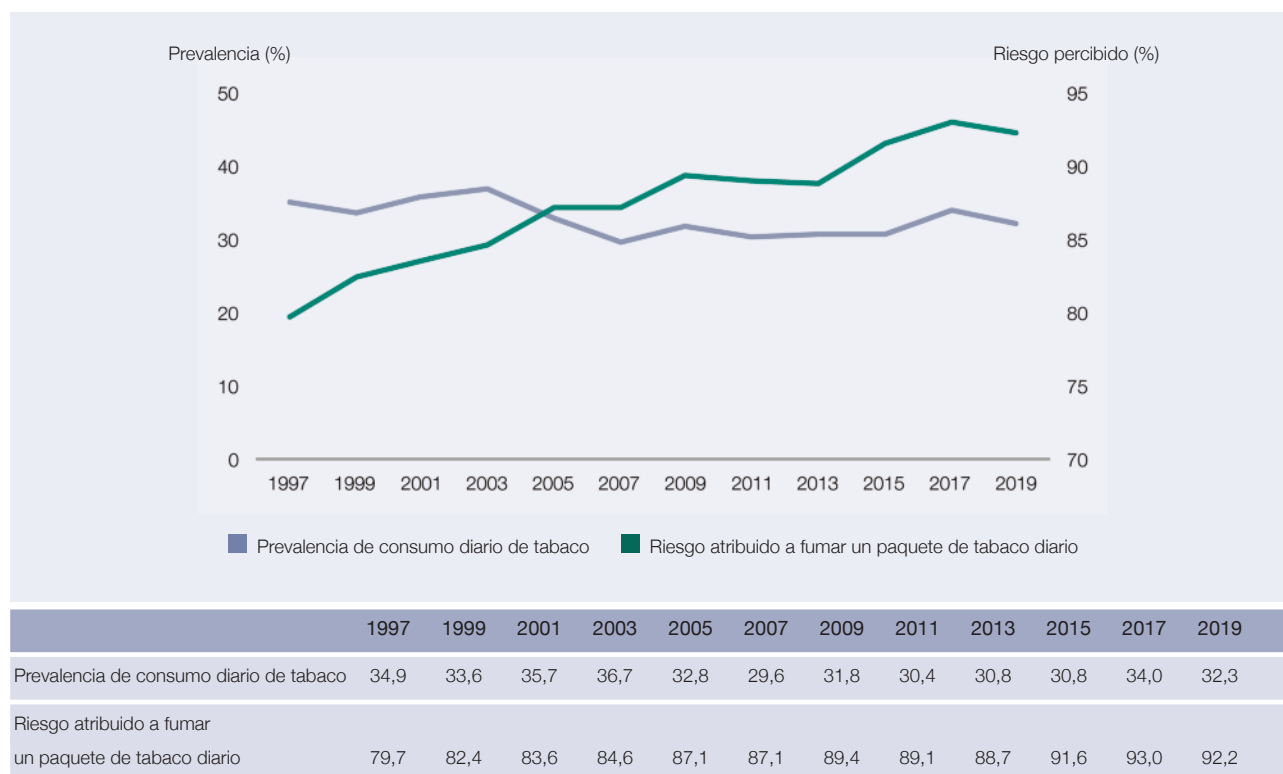
Se observa cómo a lo largo de la serie histórica, el riesgo asociado al consumo de un paquete de tabaco diario se ha ido incrementando año a año desde 1997, a excepción del año 2013, donde el riesgo percibido sufrió un leve retroceso.

Esto mismo ha vuelto a ocurrir en 2019, ya que el 92,2% de la población considera que el hecho de fumar un paquete al día supone un gran riesgo, frente al 93,0% de 2017.

Sorprendentemente, esta disminución en la percepción de riesgo no parece haber aumentado en 2019/2020 el consumo diario de tabaco, sino que se ha registrado un descenso del mismo, habiendo pasado del 34% en el año 2017 al 32,3% registrado en esta edición de la encuesta (figura 1.1.56).

Figura 1.1.56.

Evolución de la percepción del riesgo de fumar un paquete de tabaco diario (proporción de personas que piensa que esa conducta puede causar muchos o bastantes problemas) y de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Percepción de disponibilidad

Además de conocer el consumo de las sustancias psicoactivas, es importante determinar en qué medida los ciudadanos consideran que es sencillo o no adquirir las mismas.

Observando las diferentes sustancias psicoactivas, el **cannabis** destaca sobre el resto de sustancias en lo que a accesibilidad se refiere. El 59,4% piensa que le sería fácil o muy fácil conseguir esta sustancia en 24 horas, proporción inferior a la que se registró en 2017 (63,3%). Se puede apreciar que desde el año 2009 se viene produciendo un ligero descenso en la percepción de disponibilidad de esta sustancia.

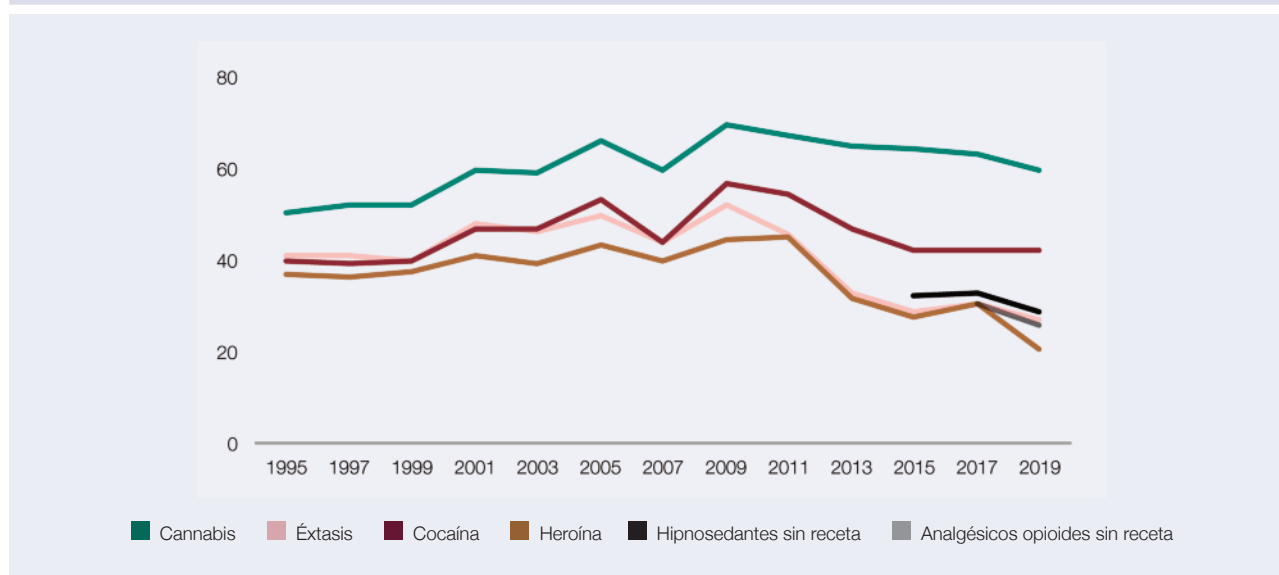
Por detrás del cannabis, la **cocaína en polvo** es la sustancia ilegal que más personas perciben como fácil o muy fácil de obtener en 24 horas (42,1%), seguido del **éxtasis** (26,7%) y la **cocaína en forma de base** (24,8%)

En relación con las sustancias psicoactivas legales, el 28,6% de los individuos de 15 a 64 años reconocen que les resultaría sencillo conseguir **hipnosedantes sin receta** en 24 horas, proporción inferior a la que se registraba en 2017 (32,8%). Cuando se trata de conseguir **analgésicos opioides sin receta médica**, la percepción de disponibilidad es muy similar a la de los hipnosedantes (25,7%), habiendo también disminuido con respecto al 2017 (30,4%).

Tabla 1.1.68.

Evolución de la percepción de disponibilidad de drogas (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad (%). España, 1995-2019/2020.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Cannabis	50,3	52,1	51,8	59,5	59,2	66,2	59,8	69,6	67,0	64,6	64,3	63,3	59,4
Éxtasis	41,1	40,9	39,9	48,2	46,1	49,7	43,8	51,9	45,6	32,7	28,5	30,6	26,7
Cocaína*	39,5	39,2	39,9	46,7	46,5	53,3	43,8	56,7	54,4	46,9	42,0	42,3	42,1
Cocaína base	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24,8
Heroína	37,0	36,2	37,2	41,2	39,2	43,4	39,5	44,7	44,9	31,6	27,4	30,3	20,5
Analgésicos opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30,4	25,7
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31,9	32,8	28,6



* Hasta 2017, cocaína polvo y/o base; en 2019, cocaína polvo.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Tabla 1.1.69.

Percepción de disponibilidad de distintas sustancias psicoactivas (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil) entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2019/2020.

	Hombres	Mujeres
Cannabis	64,9	53,6
Éxtasis	30,5	22,7
Cocaína polvo	47,3	36,5
Cocaína base	28,0	21,4
Heroína	22,9	17,9
Hipnosedantes sin receta	30,9	26,3
Analgésicos opioides sin receta	27,9	23,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Percepción de la importancia del problema de consumo de drogas y visibilidad del problema

En el año 2019/2020 se ha observado un repunte de personas que opinan que hay un importante problema con las drogas ilegales en su lugar de residencia, alcanzándose el dato más alto desde el año 2009, siendo el 46,1% de los que manifiestan que es muy importante el problema con las drogas ilegales en su zona de residencia.

Tabla 1.1.70.

Importancia concedida por la población de 15-64 años al problema de las drogas ilegales en el lugar donde vive (%). España, 1997-2019/2020.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Nada importante	19,6	22,3	19,1	20,9	14,8	20,5	20,4	27,5	23,0	26,0	24,9	20,4
Algo importante	28,1	32,1	34,3	34,3	27,9	29,7	30,7	32,5	37,8	37,7	40,0	33,5
Muy importante	46,4	37,3	39,3	36,3	52,0	49,8	48,9	40,0	39,2	36,3	35,1	46,1

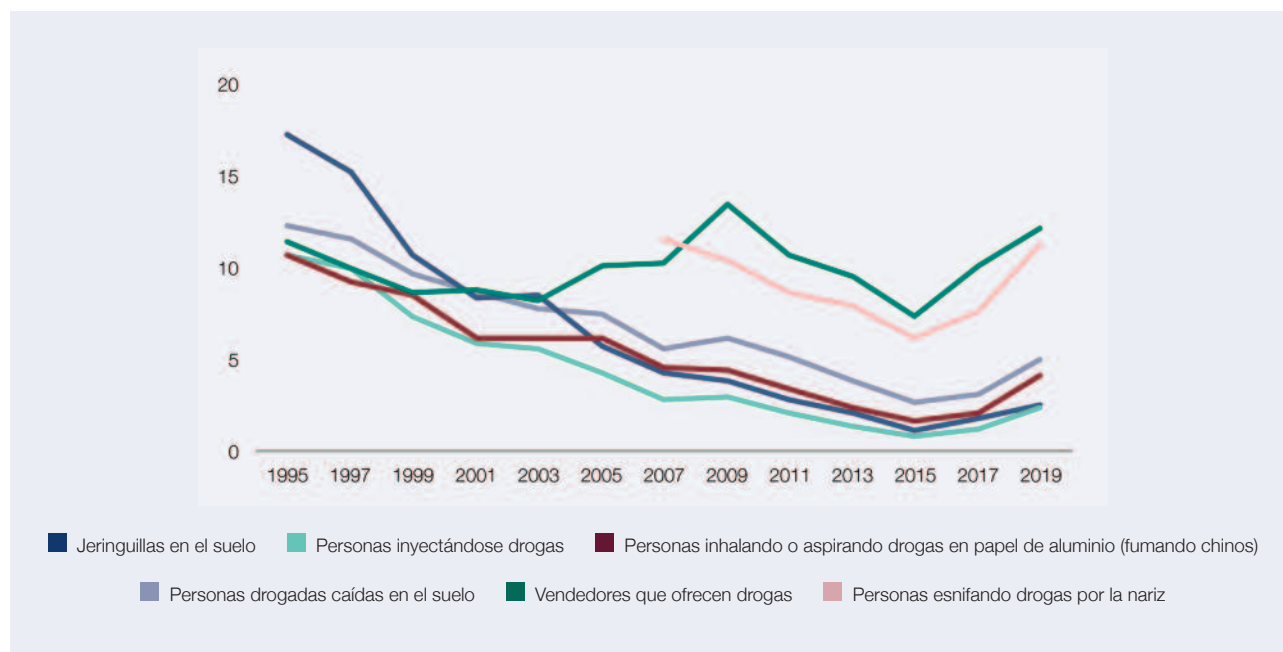
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

En relación a la visibilidad que tienen ciertas escenas relacionadas con el consumo de drogas, se registra una situación similar a la ya descrita para la percepción de disponibilidad.

En línea con el aumento de personas preocupadas comentado anteriormente, se ha registrado un aumento de visualizaciones para todas las escenas propuestas con respecto al año 2017 (figura 1.1.57). Las situaciones más habituales con las que se encuentran los individuos son las relacionadas con el consumo de cannabis y de alcohol, el 56,7% manifiesta que de manera frecuente se topa con personas fumando porros; en lo que respecta al consumo de alcohol, alrededor del 45% de los individuos dicen haberse encontrado de manera habitual con personas borrachas o haciendo botellón.

Figura 1.1.57.

Visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (porcentaje de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

En cuanto a la visibilidad de vendedores ofreciendo drogas, al igual que ocurrió en 2017, ha vuelto a registrar un ascenso, pasando del 10,1% al 12,1%, el porcentaje de personas que se encuentran a estos individuos de manera frecuente.

La siguiente escena con la que los individuos se encuentran en su zona de residencia es con personas esnifando drogas por la nariz, habiendo registrado también un ascenso con respecto al dato de la anterior medición (7,5% en 2017 y 11,3% en 2019).

Finalmente, en lo que respecta al resto de acciones analizadas, los porcentajes obtenidos son muy residuales no alcanzando en ninguna de ellas un 6%.

Tabla 1.1.71.

Visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (porcentaje de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2019/2020.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Jeringuillas en el suelo	17,3	15,2	10,7	8,4	8,5	5,7	4,2	3,8	2,9	2,0	1,1	1,7	2,6
Personas inyectándose drogas	10,7	9,9	7,3	5,9	5,5	4,3	2,8	2,9	2,1	1,3	0,8	1,2	2,3
Personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio	10,6	9,2	8,5	6,1	6,2	6,1	4,6	4,4	3,3	2,4	1,6	2,1	4,1
Personas drogadas caídas en el suelo	12,3	11,5	9,7	8,7	7,8	7,4	5,6	6,2	5,2	3,8	2,6	3,1	5,0
Vendedores que ofrecen drogas	11,4	10	8,6	8,8	8,2	10,1	10,2	13,5	10,7	9,4	7,3	10,1	12,1
Personas esnifando drogas por la nariz	–	–	–	–	–	–	11,6	10,4	8,6	7,9	6,1	7,5	11,3
Personas fumando porros	–	–	–	–	–	–	–	–	–	52,9	45,1	51,2	56,7
Personas haciendo botellón	–	–	–	–	–	–	–	–	–	42,4	34,9	38,3	45,3
Personas borrachas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	32,7	38,1	45,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Hay un mayor porcentaje de hombres que de mujeres que observan en el lugar donde viven algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales, salvo el ver jeringuillas en el suelo (tabla 1.1.72).

Tabla 1.1.72.

Visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (porcentaje de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuente cada situación en el lugar donde vive), según sexo (%). España, 2019/2020.

	Hombres	Mujeres
Jeringuillas en el suelo	2,3	2,7
Personas inyectándose drogas	2,3	2,3
Personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio (fumando chinos)	4,4	3,7
Personas drogadas caídas en el suelo	4,9	4,9
Vendedores que ofrecen drogas	13,0	10,6
Personas esnifando drogas por la nariz	12,7	9,3
Personas fumando porros	57,8	54,3
Personas haciendo botellón	46,2	43,4
Personas borrachas	46,3	44,5

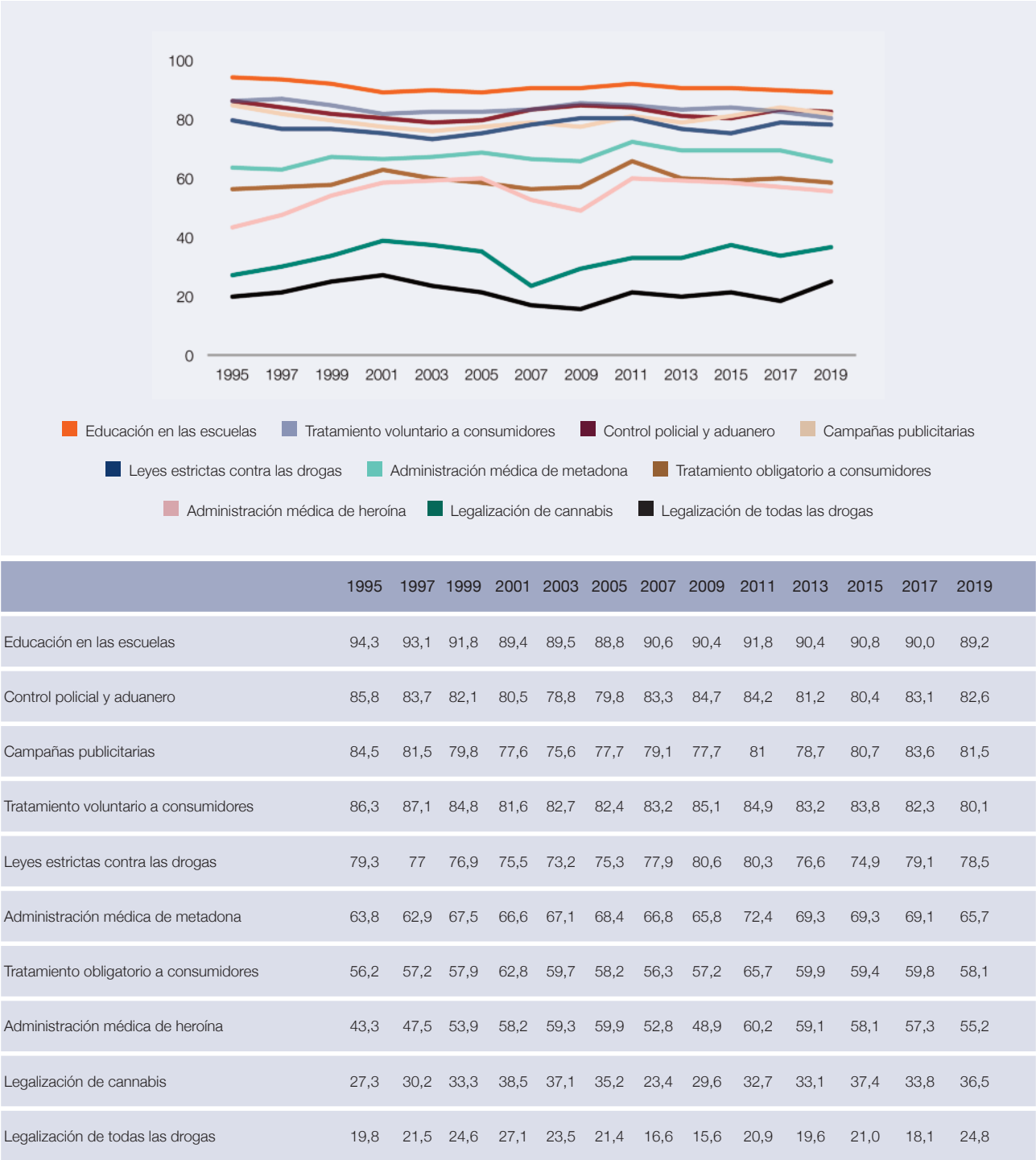
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas

Se propone a los encuestados valorar una serie de acciones para solventar el problema del consumo de drogas entre la población. La medida que cuenta con un mayor grado de apoyo es la **educación en las escuelas**, ya que el 90% de la población piensa que esta medida es muy importante para resolver el problema de las drogas en nuestro país. A lo largo de la serie histórica, esta acción siempre ha sido la que ha contado con un mayor número de apoyos.

Figura 1.1.58.

Valoración como “muy importantes” de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (%). España, 1995-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

El **control policial y aduanero**, es la segunda acción más apoyada para solucionar el problema del consumo de drogas entre la población. Respecto al año 2017, esta medida se ha mantenido muy estable (83,1% en 2017 frente a 82,6% en esta edición).

Otras acciones que también son consideradas como muy importantes para resolver el problema de las drogas por una gran parte de la población son las **campañas publicitarias** y el **tratamiento voluntario a los consumidores** (81,5% y 80,1%, respectivamente).

Finalmente, las acciones relacionadas con la legalización parecen ser importantes para una menor proporción de la población. El 36,5% de los individuos piensa que la **legalización del cannabis** sería una solución importante para resolver el problema de las drogas, registrándose un porcentaje bastante inferior cuando se pregunta sobre la opción de **legalizar todas las drogas** (24,8%), a pesar de haber obtenido un importante repunte de 6,7 puntos porcentuales con respecto al año 2017 (18,1%).

La proporción de mujeres que consideran estas medidas más importantes es mayor que en hombres para todas las acciones excepto para la legalización del cannabis.

Tabla 1.1.73.

Valoración como “muy importantes” de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2019/2020.

	Hombres	Mujeres
Educación en las escuelas	88,0	90,5
Tratamiento voluntario a consumidores	78,9	81,2
Control policial y aduanero	80,2	84,9
Campañas publicitarias	79,5	83,6
Leyes estrictas contra las drogas	75,3	81,7
Administración médica de metadona	64,2	67,2
Tratamiento obligatorio a consumidores	55,8	60,5
Administración médica de heroína	53,0	57,3
Legalización de cannabis	38,9	33,9
Legalización de todas las drogas	24,8	24,9

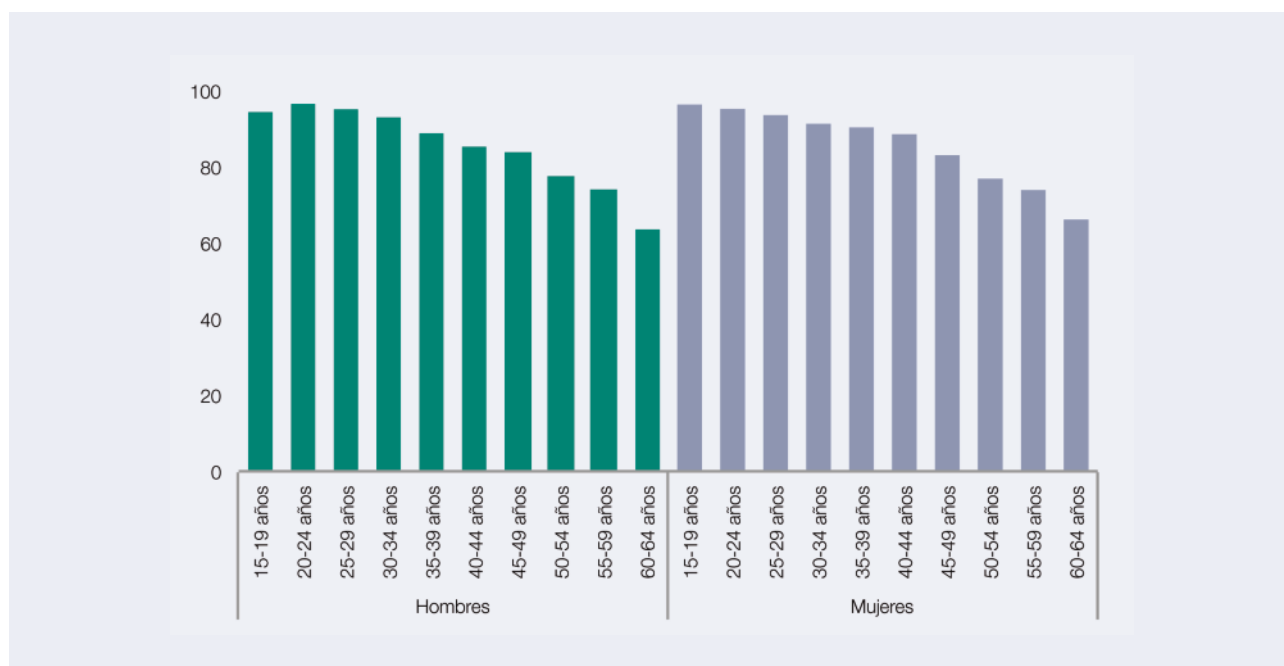
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Percepción sobre el estado de salud

Analizando la percepción que tienen los propios individuos acerca de su estado de salud, tal y como cabía esperar, a medida que aumenta la edad disminuye la proporción de personas que consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno. A partir de los 50 años, y especialmente a partir de los 60 años de edad, se hace más relevante la presencia de aquellos que consideran su estado de salud mejorable. Esto se observa tanto en hombres como en mujeres, no apreciando diferencias significativas entre ambos sexos.

Figura 1.1.59.

Percepción del estado de salud de la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.



		Muy buena / buena	Regular	Mala / muy mala
Hombres	15-19 años	94,4	5,6	0,0
	20-24 años	96,7	3,1	0,2
	25-29 años	94,8	4,9	0,3
	30-34 años	92,8	6,5	0,7
	35-39 años	89,1	10,3	0,6
	40-44 años	85,3	12,3	2,4
	45-49 años	83,6	13,7	2,7
	50-54 años	77,5	19,4	3,1
	55-59 años	73,8	22,8	3,4
	60-64 años	63,5	32,6	3,9
Mujeres	15-19 años.	96,4	3,5	0,1
	20-24 años	95,2	4,8	0,0
	25-29 años	93,6	6,2	0,3
	30-34 años	91,3	7,9	0,9
	35-39 años	90,3	8,9	0,7
	40-44 años	88,6	10,1	1,4
	45-49 años	83,0	15,3	1,7
	50-54 años	76,9	20,8	2,3
	55-59 años	73,9	21,0	5,1
	60-64 años	66,2	30,3	3,59

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2020/2021

En 2020/21, siguiendo con la serie de periodicidad bienal iniciada en 1994, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, ha llevado a cabo la décimocuarta edición de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

El objetivo general de la misma es conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias (Enseñanza Secundaria Obligatoria – ESO –, Bachillerato, Ciclos de Formación Profesional Básica y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional), en todo el territorio nacional, con la finalidad de conseguir información que permita diseñar, desarrollar y evaluar estrategias y políticas dirigidas a prevenir el consumo y a abordar las consecuencias negativas del uso de drogas, del mal uso de las tecnologías y de otras conductas relacionadas.

Los objetivos concretos y comunes a toda la serie de encuestas son conocer:

- La prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas y otras conductas relacionadas.
- Las características sociodemográficas de los consumidores.
- Los patrones de consumo de sustancias psicoactivas.
- La disponibilidad de drogas percibida por la población y el riesgo percibido ante diversas conductas de consumo.
- La visibilidad de los problemas de drogas en el lugar donde viven los encuestados.
- La opinión de la población acerca de la importancia de los problemas de drogas y las medidas para reducirlos.
- La evolución temporal (desde 1994) de los aspectos antes expuestos.

Al cierre de este informe los resultados de ESTUDES 2020/2021 no están disponibles, por lo que serán publicados en el próximo Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

La metodología y los resultados, hasta el año 2018, pueden consultarse en la página web del Plan Nacional sobre Drogas: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm



Problemas relacionados con las drogas

2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2019

Introducción

Conocer el número y las características de las personas en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas aporta información sobre la situación y tendencias del consumo de drogas y es imprescindible para la planificación de dispositivos asistenciales y el diseño de acciones. En España se dispone de un Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Este registro forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, que incluye también el Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y el Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)¹ notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)² los datos de este indicador, lo que permite realizar comparaciones a nivel europeo.

Metodología

El Indicador Admisiones a tratamiento es un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una comunidad/ciudad autónoma y en un año dado.

Se dispone de información anual desde 1987 y actualmente todas las comunidades/ciudades autónomas notifican a este indicador.

La recogida de información sobre alcohol se realiza de manera sistemática, a nivel nacional, desde 2008; en años previos se disponía de información sobre alcohol sólo para algunas comunidades/ciudades autónomas. Para interpretar los datos es preciso tener en cuenta que parte de los tratamientos por abuso o dependencia de alcohol se realizan en dispositivos diferentes de la red asistencial de drogas, por lo que este indicador informa sólo sobre parte de los tratamientos por consumo de alcohol que se llevan a cabo en el territorio nacional.

Se dispone de un protocolo detallado en el que quedan descritas las variables a incluir, las sustancias psicoactivas recogidas y los criterios de inclusión y exclusión. Esta información puede consultarse en la web del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)³.

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) <https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

Resultados

A continuación, se presentan los principales resultados del Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. En primer lugar, se presenta una información general (drogas ilegales) que incluye datos sobre la tendencia en el número de tratamientos a lo largo del tiempo, la proporción de tratamientos por droga en el último año disponible (2019), las principales características sociodemográficas y la vía de administración de drogas predominante.

Seguidamente se presentan los resultados por tipo de droga (drogas legales e ilegales), se aporta información sobre las admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína, cocaína, cannabis, hipnosedantes, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y alcohol.

Por último, se presenta información sobre las admisiones a tratamiento según comunidad/ciudad autónoma.

Resultados generales. Drogas ilegales

En 2019, se registraron en España 50.035 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco) (figura 2.1.1), cifra superior a las admisiones del 2018 (aumento del 4%). Asimismo, el número de admitidos a tratamiento por primera vez en la vida (primeras admisiones) también ha aumentado con respecto a 2018.

Figura 2.1.1.

Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales. España, 1999-2019.



FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

El perfil de las admisiones a tratamiento ha sufrido cambios notables a lo largo del tiempo. Mientras que, durante los primeros años de la década de 2000, la heroína era la sustancia que generaba un mayor número de demandas de tratamiento, a partir de 2004 se produjo un descenso de demandas por heroína, en paralelo con un significativo aumento del número de demandas de admisión a tratamiento por cocaína, que alcanzó su máximo en 2008. Por su parte, el cannabis entró con fuerza, mostrando un aumento de las admisiones que alcanzó su valor más alto en 2014.

En 2019 la cocaína se mantiene como la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (44,7% del total), seguida del cannabis (28,4%) y los opioides 22,3% (figura 2.1.2). La proporción de los admitidos a tratamiento por cocaína y opiodes es más elevada en hombres que en mujeres (45,9% *versus* 38,5% en cocaína; 22,8% *versus* 20,0% en opioides). Por otro lado, la proporción de admitidos a tratamiento por cannabis es mayor entre las mujeres (33,9%) que entre los hombres (27,2%), al igual que ocurre con los hipnosedantes (4,8% en mujeres, 1,4% en hombres) (figura 2.1.3).

Figura 2.1.2.

Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal, sin alcohol (total de admitidos, admitidos por primera vez, menores de 18 años* y nacidos fuera de España) (%). España, 2019.



* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años.

Nota: El porcentaje puede o no sumar 100% debido a que en esta figura sólo se representan algunas drogas.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Si se consideran sólo los datos referentes a las admisiones a tratamiento por primera vez en la vida (primeras admisiones), desde 2012, el cannabis venía siendo la sustancia que más primeras admisiones a tratamiento generaba; sin embargo, en 2017, la cocaína superó al cannabis, situación que se confirma en 2019. En este año, la cocaína es la sustancia ilegal que mayor número de primeras admisiones a tratamiento causó (45,4%), seguida del cannabis (37,7%)

y de los opioides (11,2%) (figura 2.1.2). Hay una mayor proporción de admisiones a tratamiento por primera vez por cocaína entre los hombres (47,1%) que entre las mujeres (38,4%). Por el contrario, el porcentaje de admitidos a tratamiento por primera vez por cannabis e hipnosedantes es mayor entre las mujeres (42,0% y 6,1%, respectivamente) que entre los hombres (cannabis: 36,7%; hipnosedantes: 1,8%). En el caso de los admitidos a tratamiento por primera vez por opioides, hombres y mujeres presentan porcentajes muy similares (figura 2.1.3).

Figura 2.1.3.

Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal, sin alcohol, en función del sexo (total de admitidos, admitidos por primera vez, menores de 18 años* y nacidos fuera de España) (%). España, 2019.



* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable sexo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Como viene ocurriendo en años anteriores, entre los menores de 18 años, el cannabis se consolida como la principal droga de admisiones a tratamiento (95,2%) (figura 2.1.2). Apenas existen diferencias en la proporción de hombres y mujeres menores de 18 años admitidos a tratamiento por cannabis, siendo ligeramente superior el porcentaje en el grupo de las mujeres (96,1%) que en el grupo de hombres (96,8%) (figura 2.1.3).

Para los nacidos fuera de España, el peso de las tres sustancias más consumidas se ha ido modificando. Desde el inicio de la serie histórica hasta el 2007, los opioides eran las sustancias que más admisiones generaban en esta po-

blación; posteriormente fueron aumentando las admisiones por cocaína y por cannabis, llegando cada una de estas sustancias a ser responsable de un tercio de las admisiones. En 2019 la cocaína (36,3%) ha mostrado un repunte a costa, principalmente, de los opioides (23%) que, al igual que en el total de las admisiones, presentan el valor más bajo de la serie histórica (figura 2.1.2). La cocaína muestra un mayor peso en las mujeres (38,5%) que entre los hombres (35,8%), mientras que cannabis y opioides muestran una proporción mayor entre los hombres que entre las mujeres (figura 2.1.3).

En 2019, más de la mitad (57,1%) de los admitidos a tratamiento por drogas psicoactivas en España recibieron tratamiento (por esa sustancia en concreto), por primera vez en su vida. Siguiendo las tendencias que venían observándose, en 2019 la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (82,9%).

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 35,6 años para el conjunto de las admisiones, estabilizándose la tendencia ascendente que se viene observando en los últimos años. La edad media para las primeras admisiones fue de 32,8 años. El 11,9% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, no encontrándose diferencias en función del sexo (tabla 2.1.1).

Tabla. 2.1.1.

Características sociodemográficas y del consumo del total de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas ilegales y según hayan tenido tratamiento previo y según sexo. España, 2019.

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Total	50.035	20.689	27.492	41.461	8.535
Tratamiento previo					
Sí	42,9			44,2	36,7
No	57,1			55,8	63,3
Edad	35,6	39,3	32,8	35,6	35,3
Sexo					
Hombre	82,9	85,4	81,0		
Mujer	17,1	14,6	19,0		
Máximo nivel de estudios*					
Sin estudios	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8
Primaria	53,9	56,4	52,3	55,0	48,3
Secundaria	40,3	38,4	41,5	39,7	43,7
Estudios superiores	4,9	4,3	5,4	4,5	7,2
Situación laboral					
Trabajo	36,8	33,6	39,1	38,5	28,9
Parado no trabajado antes	6,1	5,7	6,4	5,9	7,0
Parado habiendo trabajado antes	38,2	44,2	34,0	37,6	41,0
Otras	18,9	16,5	20,5	18,0	23,1

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Fuente de referencia principal					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	5,1	9,5	1,9	5,0	5,7
Médico general, Atención Primaria de Salud	13,1	8,8	16,2	13,0	13,7
Hospitales u otros servicios de salud	8,4	6,5	9,5	7,5	12,6
Servicios Sociales	3,4	2,2	4,3	2,4	8,1
Prisión, centro de reforma o de internamiento para menores	6,0	8,3	4,0	6,7	2,7
Servicios legales o policiales	6,3	5,1	7,2	6,6	4,6
Empresas o empleador	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Familiares y amigos	12,3	7,2	16,4	12,7	10,4
Iniciativa propia	43,6	50,9	38,3	44,3	39,8
Servicios de educación	0,5	0,2	0,7	0,4	0,7
Otra	1,3	1,1	1,5	1,3	1,7
Convivencia					
Solo/a	15,1	18,0	12,8	15,4	13,5
Únicamente con pareja	12,1	12,3	12,0	11,2	16,4
Únicamente con hijos/as	2,3	2,3	2,3	1,1	8,1
Con la pareja e hijos/as	17,3	16,1	18,4	17,7	15,5
Con padres o familia de origen	40,2	35,3	44,0	41,2	35,1
Con amigos/as	3,4	3,9	3,0	3,2	4,3
Detenido (ej. centro penitenciario, centro inserción social)	5,6	7,2	4,0	6,2	2,4
En instituciones no detenido (ej. albergue)	2,8	3,3	2,4	2,7	3,2
Otros. Especificar	1,2	1,6	1,0	1,1	1,7
Lugar vive					
Casas, pisos, apartamentos	87,2	83,0	90,8	86,6	90,3
Prisión, centro de reforma o de internamiento para menores	6,0	7,9	4,3	6,7	2,6
Otras instituciones	2,4	2,9	2,0	2,3	2,8
Pensiones, hoteles, hostales	0,4	0,6	0,3	0,5	0,3
Alojamiento inestable/ precarios	3,0	4,3	1,9	3,0	3,0
Otros lugares	0,9	1,1	0,7	0,9	1,1
Español o extranjero					
Español	88,1	90,6	86,4	88,0	88,4
Extranjero	11,9	9,4	13,6	12,0	11,6
Droga principal por la que es admitido a tratamiento (%)					
Opioides	22,3	37,3	11,2	22,8	20,0
Heroína	19,8	34,7	8,7	20,5	16,2
Metadona	0,9	1,0	0,8	0,9	1,1
Otros opioides	1,6	1,6	1,7	1,4	2,7
Cocaína	44,7	43,4	45,4	45,9	38,5
CLH Cocaína	39,3	37,3	40,6	40,5	33,2
Cocaína base	5,4	6,1	4,8	5,4	5,3
Cocaína Otras	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Estimulantes sin cocaína	2,2	1,8	2,5	2,1	2,4
Anfetaminas	1,4	1,3	1,5	1,3	1,9
Metanfetaminas	0,2	0,1	0,3	0,3	0,1
MDMA y derivados	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2
Otros estimulantes	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2
Hipnosedantes	2,0	1,2	2,6	1,4	4,8
Alucinógenos	0,3	0,2	0,3	0,3	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Cannabis	28,4	16	37,7	27,2	33,9
Alcohol	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otras sustancias	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	20,1	19,8	20,3	19,7	21,8
Frecuencia de consumo de la droga principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	47,3	44,5	49,3	46,6	50,2
4-6 días/semana	8,4	7,2	9,2	8,7	6,8
2-3 días/semana	14,8	12,7	16,4	15,3	12,9
1 día/semana	5,5	5,2	5,7	5,6	5,0
Menos de 1 día/semana	6,7	7	6,5	6,8	6,5
No consumió	17,3	23,3	12,9	17	18,6
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)					
Oral	6,0	4,4	7,1	5,2	9,7
Pulmonar	50,7	51,0	50,6	50,1	53,5
Intranasal	39,8	38,6	40,6	41,0	33,9
Parenteral	2,8	5,1	1,0	3,0	1,9
Otras	0,8	0,9	0,7	0,7	1,0
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	11,3	20,5	4,2	11,9	8,3
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	4,6	8,1	1,7	4,8	3,3
Prevalencia VIH Mínima	3,2	5,4	1,6	3,2	3,3
Prevalencia VIH Máxima	8,2	10,1	5,4	8,2	8,0
Prevalencia Hepatitis C Mínima	5,5	10,7	1,7	5,7	4,8
Prevalencia Hepatitis C Máxima	14,5	20,7	5,9	15,1	12,0
Prevalencia Hepatitis B Mínima	0,5	0,7	0,3	0,5	0,3
Prevalencia Hepatitis B Máxima	2,1	2,6	1,6	2,2	1,5

* El porcentaje puede no sumar 100% o el sumatorio puede no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables.

Prevalencia Mínima: Positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocido).

Prevalencia Máxima: Positivos entre los casos con información (positivos y negativos); en Hepatitis B (portador crónico entre portador crónico más inmune, mas no inmune).

Nota: Debido al redondeo algunos totales no suman.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto a la residencia habitual de los admitidos, en España, la gran mayoría (87,2%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales vive en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos). En 2019, la proporción de personas admitidas a tratamiento que vivía en instituciones (prisiones, centros de internamiento para menores y otras) era del 8,4% y el 3% tenía un alojamiento precario o inestable. El modelo más frecuente de convivencia es la familia de origen/con sus padres o la familia propia (con cónyuge/pareja y/o hijos).

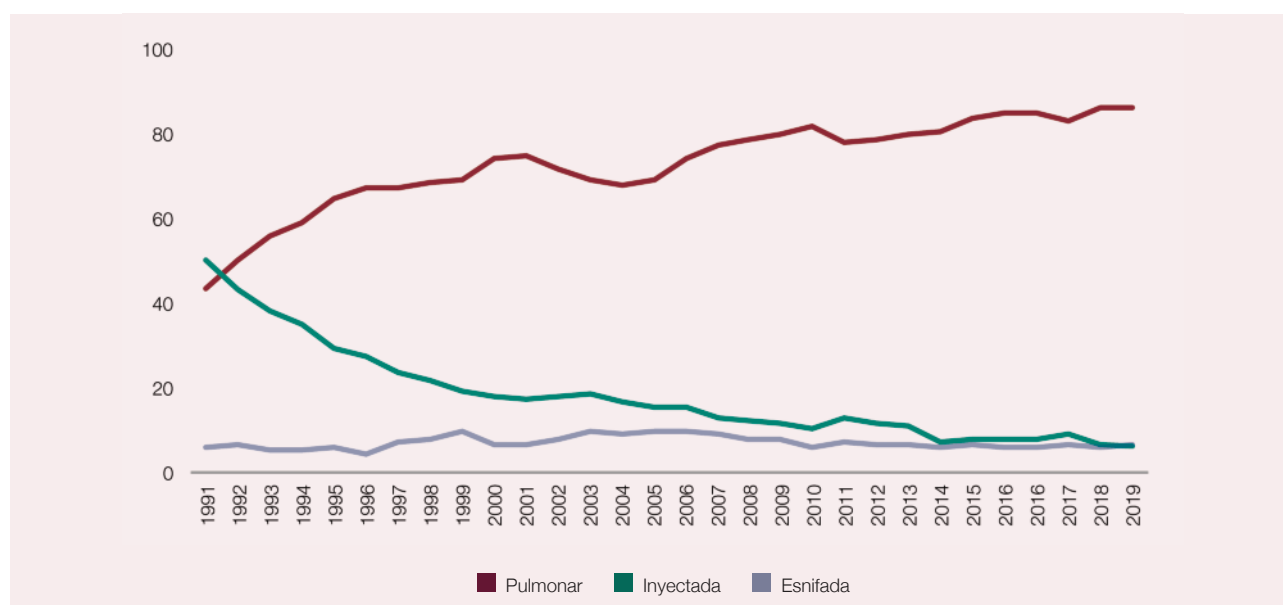
Con respecto al servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento, más de la mitad (55,9%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron animados por sus parientes o amigos, aunque el sistema público de salud (hospitales u otros servicios de salud/médico general/Atención Primaria de salud y otros servicios de drogodependencias) derivó a tratamiento aproximadamente a un tercio de los admitidos (26,6%).

La principal vía de administración varía en función de la sustancia analizada, pero en todos los casos se mantiene estable la tendencia que se viene observando en los últimos años. En 2019, entre todos los admitidos a tratamiento, la vía predominante es la pulmonar (50,7%), seguida de la esnifada (39,8%); la vía inyectada es minoritaria (2,8%) y se concentra entre los admitidos a tratamiento por heroína (11,3%).

Entre los admitidos por primera vez a tratamiento por consumo de heroína, en 2019, la vía de administración predominante es la pulmonar (86,1%), seguida de la esnifada (6,3%) y la inyectada (6,2%). El porcentaje de utilización de la vía inyectada ha descendido respecto años anteriores, registrándose en 2019, el valor más bajo de la serie histórica (6,2%) (figura 2.1.4).

Figura 2.1.4.

Porcentaje de admisiones a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de heroína, según la vía principal de administración de esta droga. España, 1991-2019.



	Pulmonar	Inyectada	Esnifada		Pulmonar	Inyectada	Esnifada
1991	43,4	50,3	5,8	2006	73,8	15,5	9,6
1992	50,0	42,9	6,4	2007	77,4	12,8	8,9
1993	56,1	38,1	5,3	2008	78,5	12,4	7,7
1994	59,2	35,0	5,3	2009	79,7	11,3	7,5
1995	64,5	29,1	5,9	2010	82,0	10,6	5,9
1996	67,0	27,5	4,3	2011	77,7	12,8	7,1
1997	67,2	23,8	7,0	2012	78,3	11,6	6,7
1998	68,3	21,8	7,9	2013	79,6	11,0	6,8
1999	69,3	19,4	9,5	2014	80,6	7,4	6,0
2000	74,1	17,7	6,7	2015	83,7	7,6	6,6
2001	74,9	17,5	6,5	2016	84,7	7,9	6,2
2002	71,8	18,1	8,1	2016	84,7	7,9	6,2
2003	69,3	18,5	9,5	2017	83,0	9,3	6,5
2004	68,0	16,4	9,0	2018	85,8	6,4	5,8
				2019	86,1	6,2	6,3

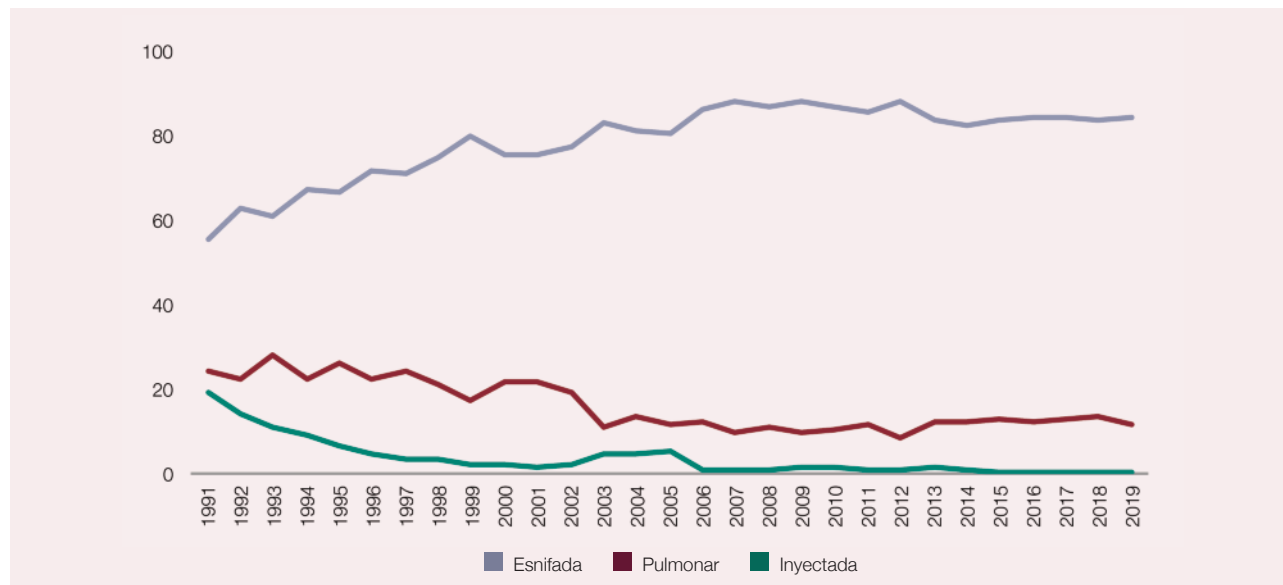
Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable vía de administración y la existencia de otras vías de administración.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Entre el total de admitidos a tratamiento por cocaína (en general, polvo o base) por primera vez, la vía de administración predominante es la esnifada (84,2%), seguida de la pulmonar (11,9%) y de la inyectada (0,3%), manteniéndose estable respecto a años anteriores (figura 2.1.5).

Figura 2.1.5.

Porcentaje de admisiones a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de cocaína (en general), según la vía principal de administración de esta droga. España, 1991-2019.



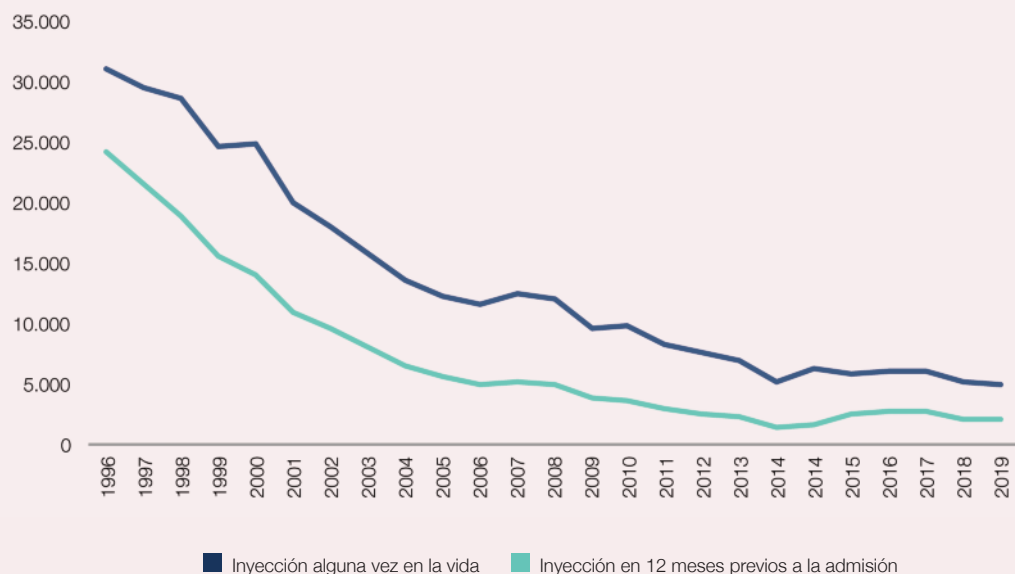
Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable vía de administración y la existencia de otras vías de administración.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto a los inyectores admitidos a tratamiento, por cualquiera de las sustancias consideradas, la figura 2.1.6 refleja, de manera clara, cómo el número de inyectores ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años noventa, alcanzando en el 2019 la cifra más baja de la serie histórica (4.877 inyectores). En la misma línea, el número de admitidos a tratamiento que refieren haberse inyectado en los últimos 12 meses se encontraba estabilizado en los últimos años, manteniéndose desde el 2012 en valores cercanos a 2.500 inyectores; en 2018 se detectó una disminución del número de inyectores que se confirma en 2019, año en el que se alcanza el valor más bajo de la serie histórica (1.977), sin tener en cuenta el 2014, año en el que algunas CCAA no notificaron los datos de inyección. No obstante, las pequeñas variaciones interanuales en el número de inyectores han de ser valoradas con cautela debido a la existencia de casos sin información en esta variable, pero manteniendo una actitud vigilante que permita identificar un posible cambio de tendencia en un área de tanta relevancia como es ésta.

Figura 2.1.6.

Número* de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total admitidos a tratamiento). España, 1996-2019.



	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión
1996	31.046	24.224
1997	29.419	21.605
1998	28.527	18.910
1999	24.520	15.562
2000	24.941	13.955
2001	19.988	10.898
2002	17.950	9.583
2003	15.806	7.966
2004	13.605	6.516
2005	12.252	5.620
2006	11.601	4.892
2007	12.487	5.055
2008	12.066	5.050
2009	9.637	3.763
2010	9.697	3.549
2011	8.195	3.010
2012	7.580	2.562
2013	7.026	2.237
2014**	6.360	1.664
2015	5.904	2.413
2016	6.117	2.621
2017	5.946	2.691
2018	5.223	2.161
2019	4.877	1.977

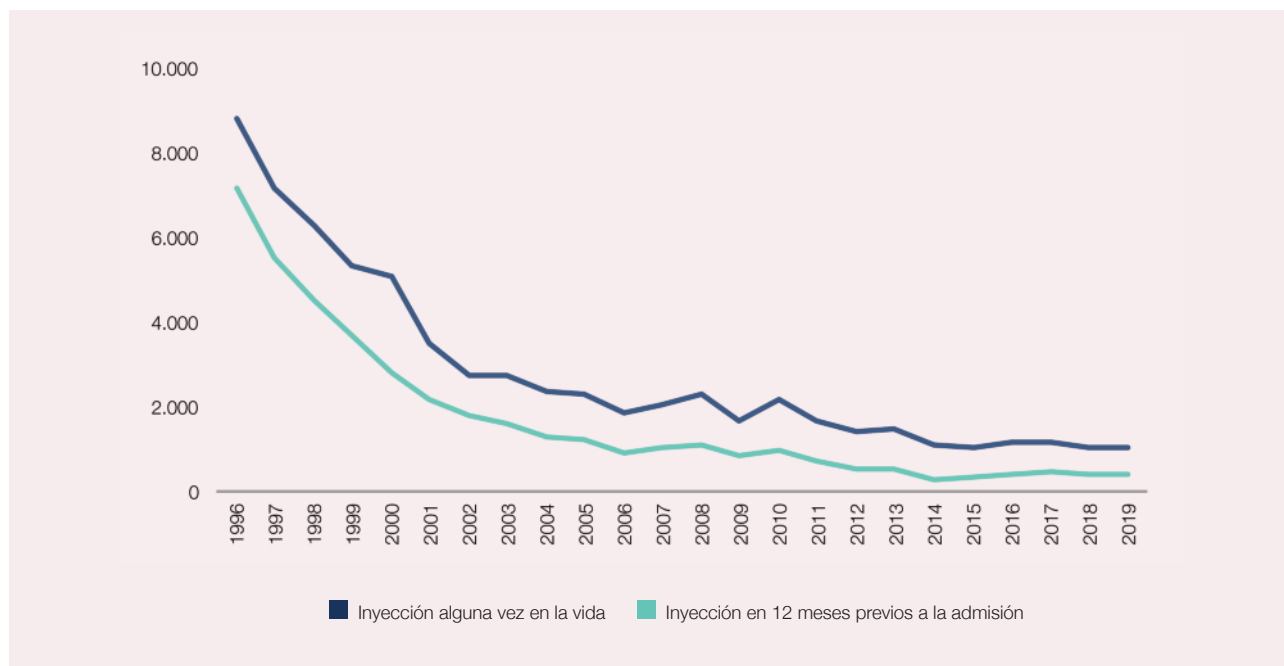
* Para los datos de este gráfico se utiliza una estimación basada en los porcentajes válidos.

** En 2014 varias CCAA no aportaron datos de inyección debido a la modificación del protocolo del indicador.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.1.7.

Número* de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (admitidos a tratamiento por primera vez). España, 1996-2019.



	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión
1996	8.801	7.132
1997	7.154	5.488
1998	6.247	4.526
1999	5.315	3.655
2000	5.055	2.793
2001	3.483	2.181
2002	2.765	1.801
2003	2.722	1.583
2004	2.356	1.303
2005	2.283	1.228
2006	1.879	928
2007	2.073	1.060
2008	2.271	1.124
2009	1.687	866
2010	2.196	979
2011	1.635	702
2012	1.393	523
2013	1.457	530
2014**	1.065	261
2015	1.038	367
2016	1.141	416
2017	1.150	471
2018	1.039	392
2019	1.034	428

* Para los datos de este gráfico se utiliza una estimación basada en los porcentajes válidos.

** En 2014 varias CCAA no aportaron datos de inyección debido a la modificación del protocolo del indicador.

FUENTE OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Resultados por tipo de droga

El número total de admisiones por drogas legales e ilegales (excepto tabaco) en 2019 es de 77.244, situándose el alcohol (35,2%) en primer lugar, seguido de la cocaína (28,9%), el cannabis (18,4%) y los opioides (14,5%) (tabla 2.1.2).

Tabla 2.1.2.

Número y porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal. España, 2019.

Droga principal por la que es admitido a tratamiento	Número de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones
Cocaína	22.345	28,9
Cocaína polvo	19.627	25,4
Cocaína base	2.710	3,5
Opioides	11.170	14,5
Heroína	9.904	12,8
Metadona (mal uso)	461	0,6
Otros opioides	805	1,0
Cannabis	14.202	18,4
Hipnosedantes	992	1,3
Estimulantes	1.086	1,4
Anfetaminas/metanfetamina	839	1,1
Éxtasis y derivados	96	0,1
Otros estimulantes	151	0,2
Alucinógenos	127	0,2
Inhalantes volátiles	35	0,0
Otras drogas ilegales	78	0,1
Alcohol	27.209	35,2
Total drogas ilegales	50.035	–
Total drogas ilegales y alcohol	77.244	–

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Atendiendo a la variable sexo, en la tabla 2.1.3 se puede observar que, entre las mujeres, las admisiones por alcohol (43,5%) y cannabis (19,2%) tienen un mayor peso que entre los hombres (alcohol: 33,2%, cannabis: 18,2%); por otro lado, el peso de las admisiones por cocaína y opioides es mayor entre los hombres (30,7% y 15,1% respectivamente) que entre las mujeres (cocaína: 21,8%, opiodes:11,3%).

Conviene destacar que entre los admitidos a tratamiento está firmemente establecido el patrón de policonsumo de drogas. La mitad de los admitidos en 2019 había consumido otras drogas distintas de la que había motivado el tratamiento (drogas secundarias) durante los 30 días previos a la admisión: el 34,8% refirió consumir, además de la droga principal por la que fue admitido a tratamiento, una sola droga; el 13,4% había consumido dos drogas; el 3,3% admitió consumir tres drogas y el 0,6% más de tres drogas. Entre los admitidos por heroína, las drogas secundarias notificadas con más frecuencia fueron el cannabis y la cocaína, y entre los admitidos por cocaína lo fueron el alcohol y el cannabis. Por último, el 47,9% había consumido únicamente la droga por la que fue admitido a tratamiento.

Tabla. 2.1.3.

Número y proporción de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal, por sexo (%). España, 2019.

	Hombres		Mujeres	
	Número de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones	Número de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones
Cocaína	19.040	30,7	3.289	21,8
Cocaína polvo	16.777	27,0	2.837	18,8
Cocaína base	2.256	3,6	451	3,0
Opioides	9.457	15,2	1.705	11,3
Heroína	8.513	13,7	1.383	9,2
Metadona (mal uso)	371	0,6	90	0,6
Otros opioides	573	0,9	232	1,5
Cannabis	11.294	18,2	2.894	19,2
Hipnosedantes	585	0,9	407	2,7
Estimulantes	880	1,4	205	1,4
Anfetaminas/metanfetamina	668	1,1	171	1,1
Éxtasis y derivados	75	0,1	21	0,1
Otros estimulantes	137	0,2	13	0,1
Alucinógenos	116	0,2	11	0,1
Inhalantes volátiles	33	0,1	2	0,0
Otras drogas ilegales	56	0,1	22	0,1
Alcohol	20.620	33,2	6.572	43,5
Total drogas ilegales	41.461	–	8.535	–
Total drogas ilegales y alcohol	62.081	–	15.107	–

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable sexo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

El indicador de admisiones a tratamiento permite conocer algunas características de los admitidos a tratamiento según el tipo de droga (tabla 2.1.4).

Estas características varían en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento. Por ejemplo, la edad media de las personas admitidas presenta una gran variación en función de la sustancia que genera la entrada a tratamiento, siendo mucho mayores los admitidos por opioides (43,5 años) que los admitidos por cannabis (26,9 años).

El máximo nivel de estudios alcanzado por los pacientes admitidos a tratamiento se ha modificado ligeramente con el tiempo y sigue mostrando variaciones significativas según la droga principal que motiva el tratamiento. En este sentido, en 2019, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína (66,8%) había finalizado como máximo estudios primarios, mientras que el 49,0% de los admitidos a tratamiento por cocaína polvo y cerca del 45,4% de los admitidos por cannabis tenían como mínimo estudios secundarios completos.

Atendiendo a la variable sexo, se observa que, entre los admitidos a tratamiento por cocaína, el nivel de estudios secundarios terminados es mayor entre las mujeres que entre los hombres (48,2% y 44,2% respectivamente), ocurriendo lo mismo con el cannabis (43,8% y 40,7% respectivamente) (tabla 2.1.5.).

Tabla 2.1.4.

Características de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según la droga principal que motiva el tratamiento. España, 2019.

	Alcohol	CLH Cocaína	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes*	Otros opioides	Metadona
Total	27.209	19.627	14.202	9.904	2.710	992	1.086	805	461
Tratamiento previo									
Sí	42,9	40,9	24,2	75,1	48,7	25,3	35,6	41,7	48,7
No	57,1	59,1	75,8	24,9	51,3	74,7	64,4	58,3	51,3
Sexo									
Hombre	75,8	85,5	79,6	86,0	83,3	59,0	81,1	71,2	80,5
Mujer	24,2	14,5	20,4	14,0	16,7	41,0	18,9	28,8	19,5
Edad calculada	46,6	36,7	26,9	43,2	37,9	42,5	35,5	45,5	46,0
Máximo nivel de estudios									
Sin estudios	0,8	0,6	0,6	1,4	1,1	1,6	0,2	1,6	2,6
Primaria	45,3	48,4	54,0	65,4	59,8	50,0	35,6	52,1	68,4
Secundaria	43,7	45,0	41,3	30,4	36,1	37,6	49,6	37,6	26,9
Estudios superiores	10,3	6,0	4,1	2,7	2,9	10,8	14,6	8,7	2,1
Situación laboral									
Trabajando	44,7	52,5	27,0	23,1	28,7	26,1	44,1	24,9	25,9
Parado, no habiendo trabajado antes	2,6	3,1	8,9	7,7	6,8	9,5	4,1	3,4	9,8
Parado, habiendo trabajado antes	33,3	35,9	29,7	51,6	51,0	39,0	41,3	37,4	43,1
Otras situaciones	19,3	8,6	34,3	17,6	13,6	25,5	10,4	34,2	21,2
Extranjero/español									
Español	85,4	90,8	85,7	87,6	87,1	87,4	80,2	87,5	91,0
Extranjero	14,6	9,2	14,3	12,4	12,9	12,6	19,8	12,5	9,0
Fuente de referencia principal									
Otros servicios de tto. de drogodependencias	2,9	3,5	1,9	12,0	4,8	2,9	6,1	13,3	18,6
Médico general, Atención Primaria de Salud	27,8	15,5	14,7	5,0	10,4	23,2	14,6	22,9	3,3
Hospitales u otros servicios de salud	14,9	7,4	11,8	3,0	6,1	22,5	15,7	18,1	4,0
Servicios Sociales	4,8	2,0	6,8	1,6	2,9	3,0	3,0	0,8	0,9
Prisión, centro de reforma o internamiento menores	1,7	3,8	5,5	11,0	7,9	5,9	2,9	5,3	8,2
Servicios legales o policiales	2,1	4,4	11,8	2,7	7,8	2,2	6,6	1,1	1,1
Empresas o empleador	0,3	0,2	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0
Familiares y amigos	10,7	14,7	15,2	5,6	9,8	7,5	10,9	3,8	4,0
Iniciativa propia	32,9	47,7	28,6	57,6	48,4	31,2	38,0	33,4	58,4
Servicios de educación	0,2	0,1	1,4	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,2
Otra	1,7	0,7	2,1	1,3	1,7	1,4	2,0	1,3	1,3
Nº de hijos	1,3	1,0	0,5	1,1	1,1	1,2	0,5	1,1	1,1

	Alcohol	CLH Cocaína	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes*	Otros opioides	Metadona
Convivencia									
Solo/a	21,5	13,8	10,1	22,2	18,6	21,4	20,7	19,2	21,9
Únicamente con pareja	16,9	13,8	8,2	12,8	11,3	15,2	14,2	20,5	18,8
Únicamente con hijos/as	5,2	2,6	1,6	2,3	1,8	5,8	2,6	3,1	4,5
Con la pareja e hijos/as	24,7	25,4	10,3	12,8	15,1	19,1	8,2	21,0	15,2
Con padres o familia de origen	23,0	35,4	56,9	30,3	35,0	26,0	37,2	23,1	27,1
Con amigos/as	3,2	2,7	2,9	4,5	4,4	3,8	8,8	3,2	4,3
Detenido (Ej. centro penitenciario,									
centro de inserción social)	1,9	4,0	3,9	10,5	9,7	5,5	2,3	4,9	5,0
En instituciones no detenido (Ej. albergue)	2,5	1,2	4,5	3,4	3,1	1,8	3,2	3,7	2,1
Otros	1,2	,9	1,6	1,2	1,1	1,3	2,9	1,3	1,2
Lugar vive									
Casas, pisos, apartamentos	92,0	92,3	89,4	75,7	80,0	87,8	88,9	87,9	85,3
Prisión, centro reforma o internamiento menores	1,8	4,3	4,2	11,2	10,5	5,0	3,7	4,8	5,8
Otras instituciones	2,1	1,2	3,8	2,8	1,8	1,3	2,8	3,5	2,7
Pensiones, hoteles, hostales	0,5	0,3	0,3	0,9	0,7	0,5	0,6	0,5	0,4
Alojamiento inestable/ precarios	2,6	1,3	1,5	7,8	5,4	4,0	3,2	2,4	3,8
Otros lugares	1,0	0,5	0,9	1,5	1,6	1,3	0,7	0,9	2,0
Otras sustancias psicoactivas consumidas en los últimos 30 días									
Opioides	3,8	2,5	2,6	9,6	21,4	6,8	2,2	7,3	23,4
Cocaína	65,5	0,7	40,2	47,0	4,3	34,9	26,6	38,9	23,4
Estimulantes sin cocaína	4,6	4,7	10,9	1,2	2,6	5,9	11,1	2,0	0,4
Hipnosedantes	6,2	4,0	5,5	11,2	13,5	0,0	9,4	16,8	13,4
Alucinógenos	0,5	1,1	1,8	0,3	1,3	1,4	4,3	0,0	0,0
Sustancias volátiles	0,1	0,0	0,4	0,0	0,1	1,1	1,0	0,0	0,0
Cannabis	48,8	50,3	0,0	51,3	61,5	58,6	52,3	46,2	55,8
Alcohol	0,0	71,1	70,3	33,8	50,7	41,6	44,8	28,7	41,1
Otras sustancias psicoactivas	0,4	0,3	0,5	0,2	0,4	0,5	2,1	0,3	0,0
Edad de inicio droga principal	18,3	20,8	15,7	22,0	21,3	29,3	23,6	31,5	29,4
Frecuencia de consumo de la droga principal									
Todos los días	57,2	24,9	68,2	57,9	42,3	87,2	25,8	70,3	88,6
4-6 días a la semana	6,7	12,5	5,3	4,8	11,2	2,5	10,2	1,7	0,7
2-3 días a la semana	12,1	25,0	7,8	6,5	16,0	2,6	20,3	3,4	0,7
1 día a la semana	4,2	9,7	2,2	2,3	6,1	1,1	10,1	1,4	0,7
Menos de 1 día a la semana	5,0	10,7	3,6	3,2	7,4	0,9	14,7	1,9	2,0
No consumió	14,7	17,1	12,8	25,3	16,9	5,7	19,0	21,3	7,4

	Alcohol	CLH Cocaína	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes*	Otros opioides	Metadona
Vía de administración droga principal									
Oral	99,4	3,0	1,8	0,8	0,3	98,4	21,7	46,3	88,1
Pulmonar o fumada	0,3	2,2	97,5	80,5	95,9	0,7	15,1	29,3	9,7
Intranasal o esnifada	0,2	93,3	0,5	6,4	3,1	0,7	57,0	6,8	0,2
Inyectada o parenteral	0,0	0,7	0,0	11,3	0,1	0,2	6,0	9,5	2,0
Otras	0,0	0,8	0,2	1,0	0,6	0,0	0,3	8,1	0,0
Inyección alguna vez en la vida	2,7	2,5	1,9	39,7	11,0	6,2	13,5	28,0	40,9
Inyección últimos 12 meses	0,3	1,1	0,3	17,1	2,5	0,3	11,5	12,7	5,6
Inyección últimos 30 días	0,2	0,9	0,2	14,8	1,1	0,2	9,5	11,4	4,1
Prevalencia máxima de VIH	2,6	3,5	3,3	15,7	5,8	6,8	25,0	13,3	26,7
Prevalencia máxima Hepatitis C	5,5	3,8	4,3	35,8	10,0	7,4	15,3	25,6	34,6
Prevalencia máxima Hepatitis B	1,7	1,2	1,3	4,0	1,8	2,1	3,8	1,1	7,7
Prevalencia mínima VIH	1,0	1,3	0,9	8,8	2,8	2,5	12,8	6,2	12,6
Prevalencia mínima Hepatitis C	2,0	1,4	1,1	19,5	4,5	2,6	7,1	11,8	16,1
Situación mínima Hepatitis B	0,4	0,2	0,2	1,1	0,4	0,5	1,0	0,2	2,0

* Estimulantes sin cocaína.

Notas:

– Prevalencia mínima: positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocidos). En Hepatitis B, portador crónico entre el total (incluye portador crónico, inmune, no inmune, pendiente de resultado y desconocidos).

– Prevalencia máxima: positivos entre los casos con información (incluye positivos y negativos); en Hepatitis B, portador crónico entre portador crónico más inmune, más no inmune.

– El porcentaje puede no sumar 100% debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Como ocurría en años anteriores, estas diferencias también se encuentran en la situación laboral: la proporción de empleados entre los tratados por cocaína polvo (52,5 %) fue mucho más alta que la proporción de empleados entre los tratados por heroína (23,1%) y, aun tratándose de una población bastante más joven, la proporción de empleados entre los tratados por cannabis (27,0%) superó a la proporción de empleados entre los tratados por heroína (tabla 2.1.4). Atendiendo a la variable sexo, entre los tratados por cocaína polvo, el porcentaje de empleados es mayor entre los hombres (54,6%) que entre las mujeres (39,8%), también ocurre en el caso de los atendidos por cannabis (hombres: 27,3 frente a mujeres: 25,9%) y heroína (hombres: 24,0% frente a mujeres: 17,8%) pero aquí las diferencias son menores (tabla 2.1.5.).

Del mismo modo se observan diferencias importantes en los modelos de convivencia y tipo de alojamiento según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2019, tener un alojamiento precario o inestable fue más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína (7,8%) o por cocaína base (5,4%) que entre los admitidos por cannabis (1,5%) o cocaína polvo (1,3%) (tabla 2.1.4). También es más frecuente tener un alojamiento precario entre las mujeres admitidas a tratamiento por heroína (8,4%) y cocaína base (7,3%) que entre los hombres (7,7% y 5% respectivamente) (tabla 2.1.5).

Tabla. 2.1.5.

Características de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según la droga principal que motiva el tratamiento, por sexo. España, 2019.

	Alcohol		CLH Cocaína		Cannabis		Heroína		Cocaína base		Hipnosedantes		Estimulantes*	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Total	20.620	6.572	16.777	2.837	11.294	2.894	8.513	1.383	2.256	451	585	407	880	205
Tratamiento previo														
Sí	43,3	41,8	41,8	35,5	24,9	21,2	75,2	74,1	49,3	45,7	29,9	18,7	35,4	36,9
No	56,7	58,2	58,2	64,5	75,1	78,8	24,8	25,9	50,7	54,3	70,1	81,3	64,6	63,1
Edad calculada	46,5	47,2	36,6	37,6	27,0	26,8	43,5	41,4	37,9	38,1	39,1	47,4	35,6	35,1
Máximo nivel de estudios														
Sin estudios	0,9	0,4	0,6	0,7	0,7	0,4	1,4	1,4	1,2	0,9	1,1	2,3	0,2	0,0
Primaria	48,2	36,1	49,5	42,4	55,1	49,6	66,6	58,1	60,9	54,6	51,9	47,3	36,0	34,2
Secundaria	42,5	47,2	44,4	48,2	40,7	43,8	29,6	35,7	35,0	41,8	37,7	37,5	48,3	55,4
Estudios superiores	8,4	16,3	5,6	8,7	3,5	6,2	2,4	4,8	2,9	2,7	9,3	12,9	15,5	10,4
Situación laboral														
Trabajando	46,6	38,8	54,6	39,8	27,3	25,9	24,0	17,8	30,7	18,5	27,1	24,6	45,8	36,7
Parado, no habiendo trabajado antes	2,4	3,5	2,9	4,2	9,1	7,9	7,2	10,1	5,9	11,0	11,8	6,1	3,8	5,5
Parado, habiendo trabajado antes	32,2	36,9	34,7	42,9	29,4	31,1	51,1	54,9	50,0	55,9	39,4	38,4	40,1	46,7
Otras situaciones	18,9	20,8	7,8	13,1	34,1	35,1	17,7	17,2	13,4	14,6	21,7	30,9	10,3	11,1
Extranjero														
Español	86,3	82,3	91,2	88,2	85,0	88,5	87,5	87,6	86,6	89,8	83,3	93,3	79,2	84,7
Extranjero	13,7	17,7	8,8	11,8	15,0	11,5	12,5	12,4	13,4	10,2	16,7	6,7	20,8	15,3
Fuente de referencia principal														
Otros servicios tto. drogodep.	2,8	3,3	3,3	4,2	1,9	2,2	11,4	15,3	4,5	6,5	3,6	1,7	6,0	6,4
Médico general, At. Primaria	28,0	27,0	15,6	15,2	14,8	14,5	5,0	4,9	10,2	11,2	23,3	23,1	14,6	14,7
Hospitales/otros servicios salud	14,0	17,8	6,8	10,8	10,9	15,3	2,9	4,1	5,7	7,8	19,0	27,6	15,7	15,7
Servicios Sociales	4,1	7,0	1,1	7,4	5,3	12,6	1,3	3,8	2,1	6,5	2,2	4,0	2,2	6,9
Prisión, centro de reforma o de internamiento menores	2,1	0,3	4,2	1,8	6,3	2,4	11,8	5,6	8,6	4,5	9,0	1,5	3,1	2,0
Servicios legales o policiales	2,5	1,0	4,6	3,2	12,7	8,2	2,8	1,8	8,3	5,4	3,3	0,7	7,2	3,9
Empresas o empleador	0,4	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0
Familiares y amigos	11,0	9,9	15,3	11,0	15,7	13,3	5,5	6,7	10,2	7,8	7,4	7,7	11,5	8,3
Iniciativa propia	33,3	31,8	48,2	44,7	29,0	27,2	57,9	56,1	48,4	48,9	30,3	32,3	37,2	41,2
Servicios de educación	0,2	0,1	0,1	0,1	1,3	1,7	0,1	0,3	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Otra	1,7	1,7	,6	1,3	2,0	2,5	1,2	1,5	1,7	1,3	1,6	1,2	2,3	1,0
Nº de hijos	1,2	1,4	,9	1,3	0,4	0,6	1,0	1,5	1,0	1,4	0,9	1,6	0,4	0,8

	Alcohol		CLH Cocaína		Cannabis		Heroína		Cocaína base		Hipnosedantes		Estimulantes*	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Convivencia														
Solo/a	21,8	20,4	13,8	13,8	10,2	9,6	23,1	16,9	18,5	19,1	23,2	18,6	21,5	17,2
Únicamente con pareja	16,3	18,9	13,6	15,5	7,4	11,8	11,0	24,1	10,1	17,0	11,4	20,7	14,1	14,7
Únicamente con hijos/as	2,3	14,1	1,3	10,5	0,7	5,3	1,4	7,9	0,9	6,2	1,6	12,1	1,2	8,8
Con la pareja e hijos/as	25,3	22,7	26,0	21,9	10,2	10,6	13,0	11,3	16,0	10,3	15,4	24,7	7,6	10,8
Con padres o familia de origen	24,9	17,2	36,4	29,2	58,3	51,5	31,5	22,6	36,3	28,5	32,0	17,3	38,0	33,8
Con amigos/as	3,2	3,1	2,5	4,2	2,8	3,5	4,3	5,8	3,9	6,9	5,0	2,1	9,1	6,9
Detenido (ej. centro penitenciario o inserción social)	2,3	,5	4,4	1,5	4,5	1,7	11,4	5,2	10,5	5,7	7,1	3,1	2,6	1,0
En instituciones no detenido (ej. albergue)	2,8	1,8	1,1	2,0	4,5	4,2	3,3	4,2	2,9	3,9	2,5	0,8	3,3	2,5
Otros	1,1	1,3	0,8	1,3	1,5	1,9	1,1	2,0	0,9	2,3	1,8	0,5	2,5	4,4
Lugar vive														
Casas, pisos, apartamentos	90,9	95,5	92,0	94,0	88,6	92,3	75,1	79,5	79,6	82,4	83,4	94,3	88,8	89,3
Prisión, centro de reforma o internamiento menores	2,3	0,3	4,8	1,7	4,9	1,7	12,2	5,5	11,4	6,0	6,9	2,3	4,0	2,4
Otras instituciones	2,2	1,7	1,2	1,6	3,8	3,8	2,7	3,8	1,6	2,7	1,9	0,5	2,5	3,9
Pensiones, hoteles, hostales	0,5	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,9	0,7	0,7	0,4	0,9	0,0	0,5	1,5
Alojamiento inestable/precario	3,0	1,4	1,3	1,7	1,6	1,0	7,7	8,4	5,0	7,3	5,0	2,5	3,3	2,9
Otros lugares	1,0	0,8	0,5	0,7	0,8	1,0	1,4	2,1	1,7	1,1	1,9	0,5	0,9	0,0
Otras sustancias psicoactivas consumidas en los últimos 30 días														
Opioides	4,0	3,0	2,3	3,5	2,8	1,8	9,4	11,1	20,8	24,9	6,6	7,5	2,7	0,0
Cocaína	67,0	58,4	0,7	0,4	40,6	38,4	46,1	52,8	4,5	2,8	35,9	31,3	26,7	26,2
Estimulantes sin cocaína	4,5	5,0	4,7	4,6	10,8	11,6	1,3	0,8	2,5	3,2	6,6	3,8	12,2	5,6
Hipnosedantes	4,9	12,0	3,8	5,4	5,3	6,3	11,3	10,0	13,7	12,3	0,0	0,0	11,1	0,9
Alucinógenos	0,5	0,3	1,1	1,0	1,9	1,3	0,3	0,4	1,4	0,8	1,4	1,3	5,0	0,9
Sustancias volátiles	0,0	0,2	0,0	0,1	0,5	0,2	0,0	0,0	0,1	0,4	1,4	0,0	1,1	0,0
Cannabis	49,8	44,5	50,6	47,9	0,0	0,0	52,2	45,7	61,9	59,3	63,8	40,0	52,3	52,3
Alcohol	0,0	0,0	71,8	66,5	70,7	68,2	35,5	22,6	51,8	44,3	40,0	47,5	43,9	49,5
Otras sustancias psicoactivas	0,3	0,8	0,3	0,1	0,5	0,4	0,2	0,1	0,4	0,4	0,7	0,0	2,3	0,9
Edad de inicio droga principal	17,4	20,9	20,4	23,0	15,4	16,4	21,8	23,5	20,9	23,3	26,7	32,9	23,9	22,4
Frecuencia de consumo de la droga principal														
Todos los días	58,0	54,6	24,9	24,9	68,5	67,0	58,3	55,2	42,8	40,0	87,0	87,4	23,9	34,0
4-6 días a la semana	6,3	8,1	12,9	10,5	5,5	4,5	4,8	5,0	11,4	10,6	2,5	2,5	10,3	9,5
2-3 días a la semana	11,8	12,9	25,3	23,4	7,9	7,6	6,5	6,4	16,3	14,4	2,8	2,3	20,8	18,0
1 día a la semana	4,1	4,7	9,7	9,5	2,1	2,6	2,2	2,8	6,2	6,1	1,4	0,8	11,0	6,0
Menos de 1 día a la semana	4,9	5,3	10,7	11,3	3,5	4,0	3,2	3,2	7,3	7,6	1,2	0,5	14,8	14,0
No consumió	14,8	14,4	16,6	20,4	12,5	14,2	25,0	27,4	16,1	21,3	5,1	6,5	19,1	18,5

	Alcohol		CLH Cocaína		Cannabis		Heroína		Cocaína base		Hipnosedantes		Estimulantes*	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Vía de administración droga principal														
Oral	99,4	99,5	2,9	3,4	1,8	1,4	0,8	0,7	0,2	0,4	98,3	98,5	21,3	23,2
Pulmonar o fumada (en chinos, papel de plata)	0,3	0,3	2,2	2,6	97,4	97,8	80,1	82,8	95,8	96,0	0,7	0,8	17,0	6,9
Intranasal o esnifada	0,2	0,1	93,5	92,1	0,5	0,5	6,4	6,5	3,1	3,3	0,7	0,8	54,2	69,0
Inyectada o parenteral	0,0	0,0	0,6	0,7	0,0	0,0	11,7	9,1	0,1	0,0	0,3	0,0	7,3	0,0
Otras	0,0	0,0	0,7	1,2	0,2	0,2	1,0	0,9	0,7	0,2	0,0	0,0	0,1	1,0
Inyección drogas														
Alguna vez en la vida	3,0	1,7	2,5	2,7	2,1	1,3	40,7	33,8	11,2	9,8	8,7	2,5	15,8	3,0
Últimos 12 meses	0,4	0,1	1,1	1,1	0,3	0,3	17,5	14,7	2,5	2,8	0,6	0,0	14,0	0,0
Últimos 30 días	0,3	0,1	0,9	1,0	0,2	0,2	15,3	12,2	1,1	1,0	0,4	0,0	11,5	0,0
Prevalencia máxima de VIH	2,7	2,2	3,5	3,8	3,2	3,6	14,9	20,4	5,2	8,4	8,2	4,1	29,9	1,0
Prevalencia máxima Hepatitis C	5,7	4,7	3,8	4,2	4,4	3,8	36,1	33,8	9,1	14,4	9,7	2,6	18,5	1,1
Prevalencia máxima Hepatitis B	1,7	1,5	1,2	1,1	1,3	1,1	4,1	2,9	2,1	0,0	1,8	2,5	4,3	1,7
Prevalencia mínima VIH	1,0	0,8	1,3	1,6	0,8	1,1	8,3	12,0	2,4	4,2	3,4	1,2	15,6	0,5
Prevalencia mínima Hepatitis C	2,1	1,8	1,3	1,8	1,2	1,1	19,6	19,1	4,1	6,9	3,9	0,7	8,6	0,5
Situación mínima Hepatitis B	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	1,2	0,8	0,5	0,0	0,5	,5	1,1	0,5

* Estimulantes sin cocaína.

Notas:

- Prevalencia mínima: positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocidos). En Hepatitis B, portador crónico entre el total (incluye portador crónico, inmune, no inmune, pendiente de resultado y desconocidos).
- Prevalencia máxima: positivos entre los casos con información (incluye positivos y negativos); en Hepatitis B, portador crónico entre portador crónico más inmune, más no inmune.
- El porcentaje puede no sumar 100% debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables.
- El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable sexo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En 2019, más de la mitad del total de los admitidos a tratamiento por drogas psicoactivas en España recibieron tratamiento por esa sustancia en concreto, por primera vez en su vida. Según la sustancia por la que fueron admitidos, la proporción de primeras admisiones fue menor entre los admitidos por heroína (24,9%) que entre los admitidos por alcohol (57,1%), cocaína en polvo (59,1%), hipnosedantes (74,7%) o cannabis (75,8%) (tabla 2.1.4).

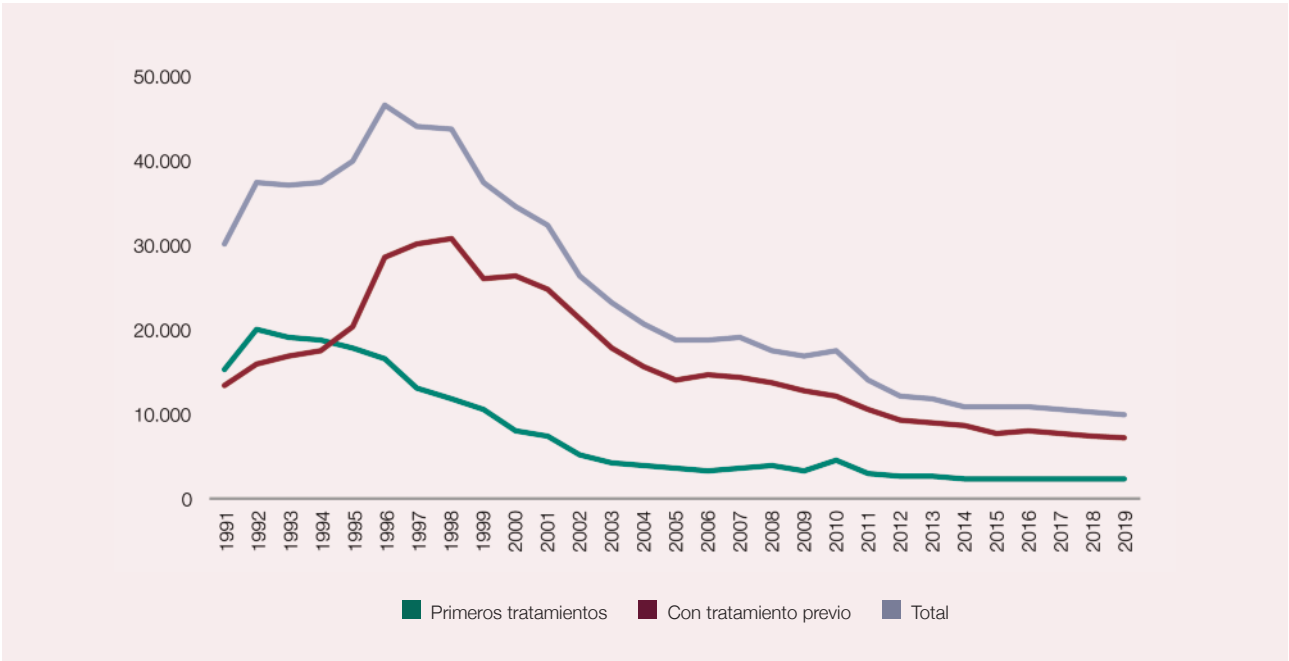
Atendiendo a la variable sexo, la proporción de primeras admisiones en general es mayor entre las mujeres que entre los hombres, tanto en las admisiones por alcohol, donde la proporción de primeras admisiones a tratamiento entre las mujeres es de 58,2% y entre los hombres 56,7%, como por cocaína polvo, donde la proporción de primeras admisiones entre las mujeres es del 64,5% y entre los hombres 58,2%. Siendo también mayor la proporción de primeras admisiones por hipnosedantes y por cannabis entre las mujeres (81,3% y 78,8%, respectivamente) que entre los hombres (hipnosedantes: 70,1%; cannabis: 75,1%) (tabla 2.1.5.).

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína

El número de admitidos a tratamiento por consumo de heroína fue de 9.904 en 2019, confirmándose la tendencia descendente iniciada en 2010. Esta tendencia se justifica principalmente por la disminución del número de personas admi-

tidas a tratamiento que ya habían sido tratadas anteriormente por esta sustancia (7.177 personas), y por una estabilización del número de admitidos por primera vez (2.384 personas) (figura 2.1.8).

Figura 2.1.8.
Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína. España, 1991-2019.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1991	15.277	13.296	30.146	2005	3.604	14.005	18.653
1992	20.017	15.956	37.239	2006	3.318	14.502	18.803
1993	18.977	16.703	37.188	2007	3.672	14.331	18.904
1994	18.770	17.526	37.225	2008	3.840	13.616	17.456
1995	17.878	20.369	40.007	2009	3.412	12.750	16.989
1996	16.647	28.382	46.635	2010	4.526	12.166	17.325
1997	12.993	30.173	44.089	2011	2.951	10.391	13.898
1998	11.867	30.756	43.598	2012	2.555	9.302	12.238
1999	10.473	26.031	37.417	2013	2.572	8.940	11.756
2000	8.151	26.412	34.563	2014*	2.356	8.555	10.911
2001	7.461	24.844	32.305	2015	2.202	7.713	10.978
2002	5.051	21.162	26.213	2016	2.353	7.907	10.807
2003	4.337	17.867	23.225	2017	2.259	7.775	10.384
2004	3.836	15.617	20.532	2018	2.223	7.530	10.086
				2019	2.384	7.177	9.904

* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

El perfil de los admitidos a tratamiento por heroína se mantiene como en años previos; un varón de 43,2 años que ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria, parado y que suele acudir a tratamiento por iniciativa propia. Alrededor de un 11,2% ha vivido los 30 días previos en la prisión u otro centro de internamiento. Suelen presentar un consumo diario de la sustancia y ser consumidores de otras sustancias, principalmente cannabis, cocaína y alcohol (tabla 2.1.4).

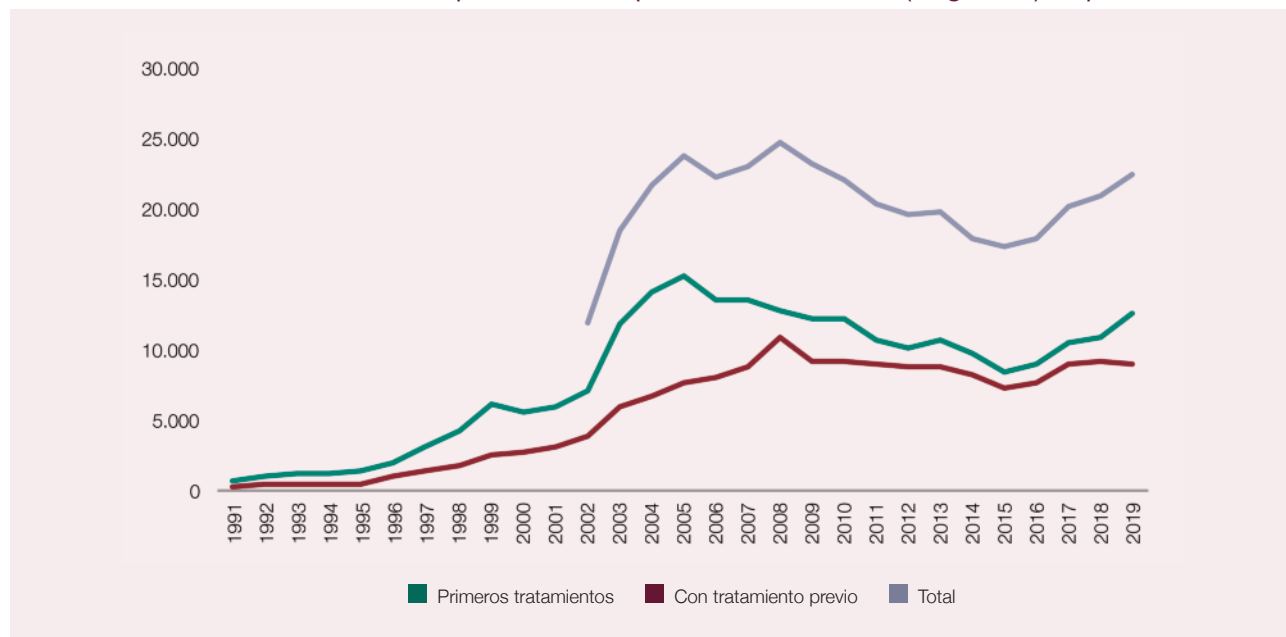
El 70,9% de los admitidos por heroína ha recibido alguna vez en la vida un tratamiento sustitutivo con opiáceos (TSO), siendo mayoritariamente la metadona la sustancia utilizada para el tratamiento (90%). La buprenorfina viene mostrando una mayor presencia en los tratamientos sustitutivos, pero a mucha distancia de la metadona, refiriéndose como sustancia de elección en el 10% de los tratamientos sustitutivos referidos en 2019.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína

Las admisiones por cocaína en general han venido aumentando desde el inicio de la serie histórica, pasando de tener menos de 1.000 casos en 1991 a cerca de los 25.000 en 2008. En 2019 se ha registrado 22.345 admisiones a tratamiento por cocaína, de las cuales 19.627 eran por cocaína polvo y 2.710 por cocaína base.

Figura 2.1.9.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína (en general). España, 1991-2019.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1991	681	262	-	2005	15.258	7.562	23.746
1992	932	367	-	2006	13.463	8.036	22.242
1993	1.146	431	-	2007	13.429	8.753	23.037
1994	1.265	491	-	2008	12.847	10.786	24.680
1995	1.415	516	-	2009	12.142	9.107	23.132
1996	1.892	932	-	2010	12.130	9.095	22.087
1997	3.129	1.402	-	2011	10.637	8.889	20.335
1998	4.174	1.838	-	2012	10.142	8.855	19.497
1999	6.126	2.576	-	2013	10.734	8.726	19.848
2000	5.499	2.773	-	2014*	9.683	8.182	17.864
2001	5.977	3.046	-	2015	8.445	7.248	17.327
2002	7.125	3.893	11.904	2016	9.052	7.678	17.889
2003	11.851	5.893	18.359	2017	10.393	9.025	20.168
2004	14.126	6.747	21.646	2018	10.871	9.226	20.981
				2019	12.491	8.989	22.345

* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

El número de primeras admisiones también aumentó progresivamente entre 1991 y 2005, pasando de 681 en 1991 a 15.258 en 2005, año en que alcanzó la máxima cifra registrada y que coincide con las mayores prevalencias para el consumo habitual (últimos 12 meses) y reciente (últimos 30 días), obtenidas en la encuesta EDADES (población de 15 a 64 años).

Desde 2005 hasta 2012, el número de primeras admisiones a tratamiento por esta droga ha experimentado un descenso, pasando de 15.258 en 2005 a valores cercanos a los 9.000. Tras algún repunte puntual la tendencia siguió a la baja hasta el 2015. En 2016 se registró un repunte en el número de primeras admisiones por cocaína, repunte que se confirma en 2019 (12.491) y que parece marcar una tendencia ascendente, que posiciona a la cocaína como la sustancia responsable del mayor número de primeras admisiones a tratamiento (figura 2.1.9), superando al cannabis que, desde 2012 era la sustancia responsable del mayor número de primeras admisiones a tratamiento.

En cuanto a las admisiones de cocaína con tratamiento previo, la evolución ha sido similar, detectándose en 2016 un repunte hasta 2018 y que parece estabilizarse en 2019.

Dentro de la cocaína, la cocaína polvo supone el 87,8% del total de las admisiones por cocaína, mientras que el 12,2% son admitidos por cocaína base, mostrando ambas un perfil diferente.

El perfil del admitido a tratamiento por cocaína polvo es el de un varón de 36,7 años que nunca ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria/secundaria, que está trabajando y que acude principalmente por iniciativa propia. Suelen presentar un consumo no diario de la sustancia y ser consumidores de otras sustancias, principalmente alcohol y cannabis. El 2,3% ha recibido alguna vez en la vida un TSO.

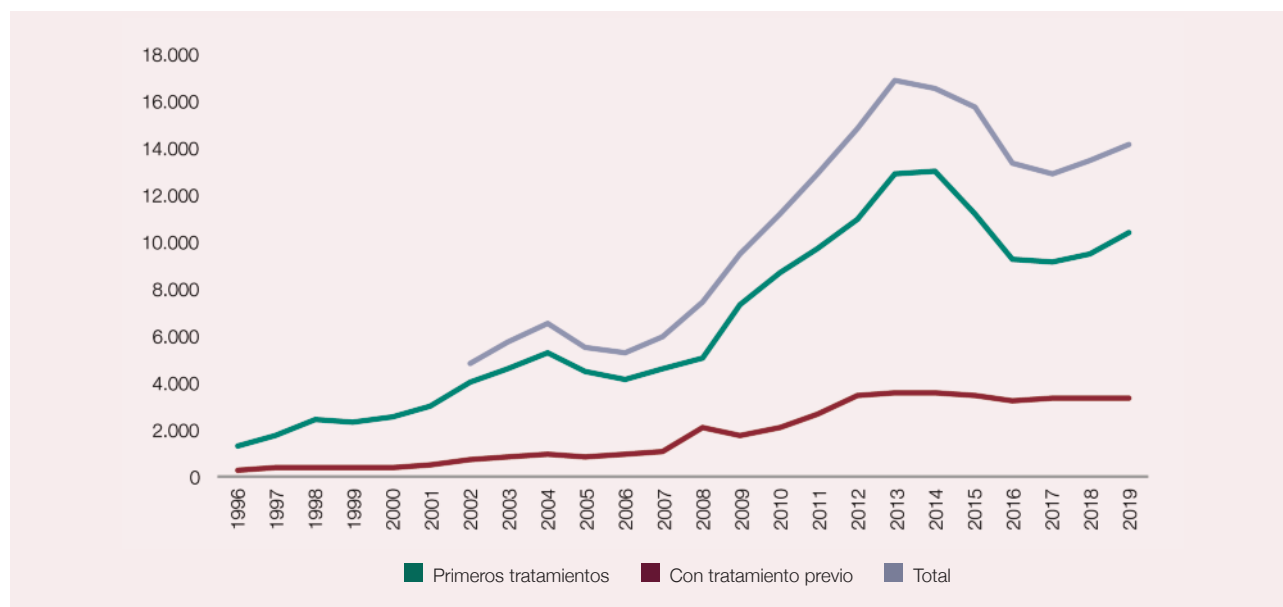
El perfil del admitido a tratamiento por cocaína base es el de un varón, un poco más mayor (37,9 años) que ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria, parado con trabajo previo y que acude principalmente por iniciativa propia. Suelen presentar un consumo diario de la sustancia y ser consumidores de otras sustancias, principalmente alcohol, cannabis y opioides. El 16% ha recibido un tratamiento sustitutivo con opiáceos alguna vez en la vida, mayoritariamente con metadona.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis

El número total de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en el año 2019 fue de 14.202, cifra superior a la registrada en 2018 (figura 2.1.10).

Figura 2.1.10.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1996-2019.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1996	1.300	230	–	2008	5.058	2.055	7.419
1997	1.768	387	–	2009	7.273	1.705	9.503
1998	2.412	407	–	2010	8.639	2.101	11.192
1999	2.335	418	–	2011	9.736	2.603	12.873
2000	2.487	408	–	2012	10.982	3.402	14.869
2001	2.966	540	–	2013	12.912	3.585	16.914
2002	3.972	665	4.772	2014*	12.968	3.510	16.478
2003	4.613	871	5.711	2015	11.185	3.448	15.676
2004	5.319	928	6.500	2016	9.278	3.208	13.304
2005	4.426	844	5.524	2017	9.122	3.314	12.932
2006	4.125	941	5.304	2018	9.485	3.386	13.459
2007	4.619	1.114	5.936	2019	10.378	3.306	14.202

* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Evolutivamente el número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis mostró una tendencia claramente ascendente hasta 2013, iniciando en 2014 un descenso hasta 2017. En 2018 se registró un ligero repunte, tanto en las primeras admisiones como entre las personas con tratamiento previo, que se confirma en 2019.

Es importante señalar, una vez más, el peso del cannabis entre los menores de edad que acuden a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España. Así, el 95,2% de todos los menores de 18 años que han sido admitidos a tratamiento por consumo de drogas ilegales en 2019 en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis.

El perfil de los admitidos a tratamiento por cannabis es el de un varón de 26,9 años que acude por primera vez a tratamiento por esa sustancia. Acude por iniciativa propia (28,6%) o por presión familiar (15,2%), vive con familia de origen, suele presentar un consumo diario de la sustancia (68,2%) y ser consumidor de otras sustancias, principalmente alcohol (70,3%).

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes

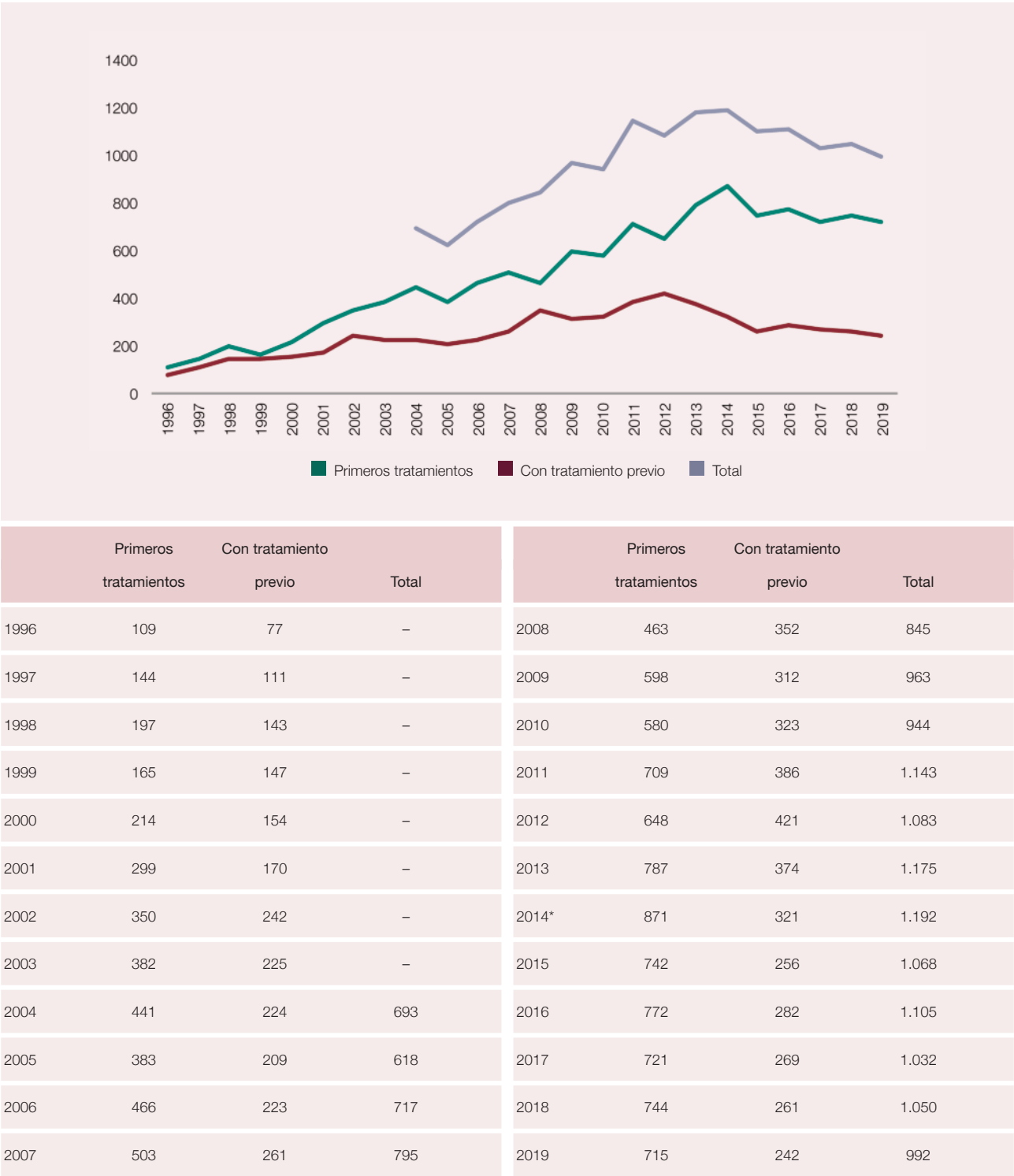
En 2019, el número de admisiones a tratamiento por consumo de hipnosedantes (tranquilizantes, sedantes o somníferos) fue 992, las admisiones por estas sustancias están más o menos estabilizadas desde el 2009, en un rango entre 900 y 1.100 admisiones al año (figura 2.1.11).

El porcentaje de mujeres entre los admitidos a tratamiento por hipnosedantes es mucho más elevado que para el resto de admitidos por otras sustancias, situándose en el 42,5% del total de admisiones por hipnosedantes.

Teniendo en cuenta el peso de las mujeres entre los admitidos por hipnosedantes, se pueden identificar dos perfiles claramente diferenciados:

- El perfil de los hombres es el de un varón de 39,1 años que acude por primera vez a tratamiento, bien por iniciativa propia o bien derivado por el médico de Atención Primaria, y que vive con su familia de origen, está parado o es pensionista. Consume además cannabis, alcohol y cocaína (drogas secundarias).
- En el caso femenino, se trata de una mujer de 47,4 años, que acude por primera vez a tratamiento, por iniciativa propia o referida por diferentes servicios de salud, y que vive con su pareja y/o hijos. Está parada o es pensionista, aunque es remarcable que el 5,9% se dedica a las tareas del hogar. Consume, además, alcohol como droga secundaria.

Figura 2.1.11.
 Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes. España, 1996-2019.



* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.
 Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.
 FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos

Los estimulantes distintos a cocaína (anfetaminas, éxtasis y otros) representaron, en 2019 el 2,2% del total de admisiones de todas las drogas ilegales. Los alucinógenos por su parte suponen el 0,3% del total de admisiones (127 casos en

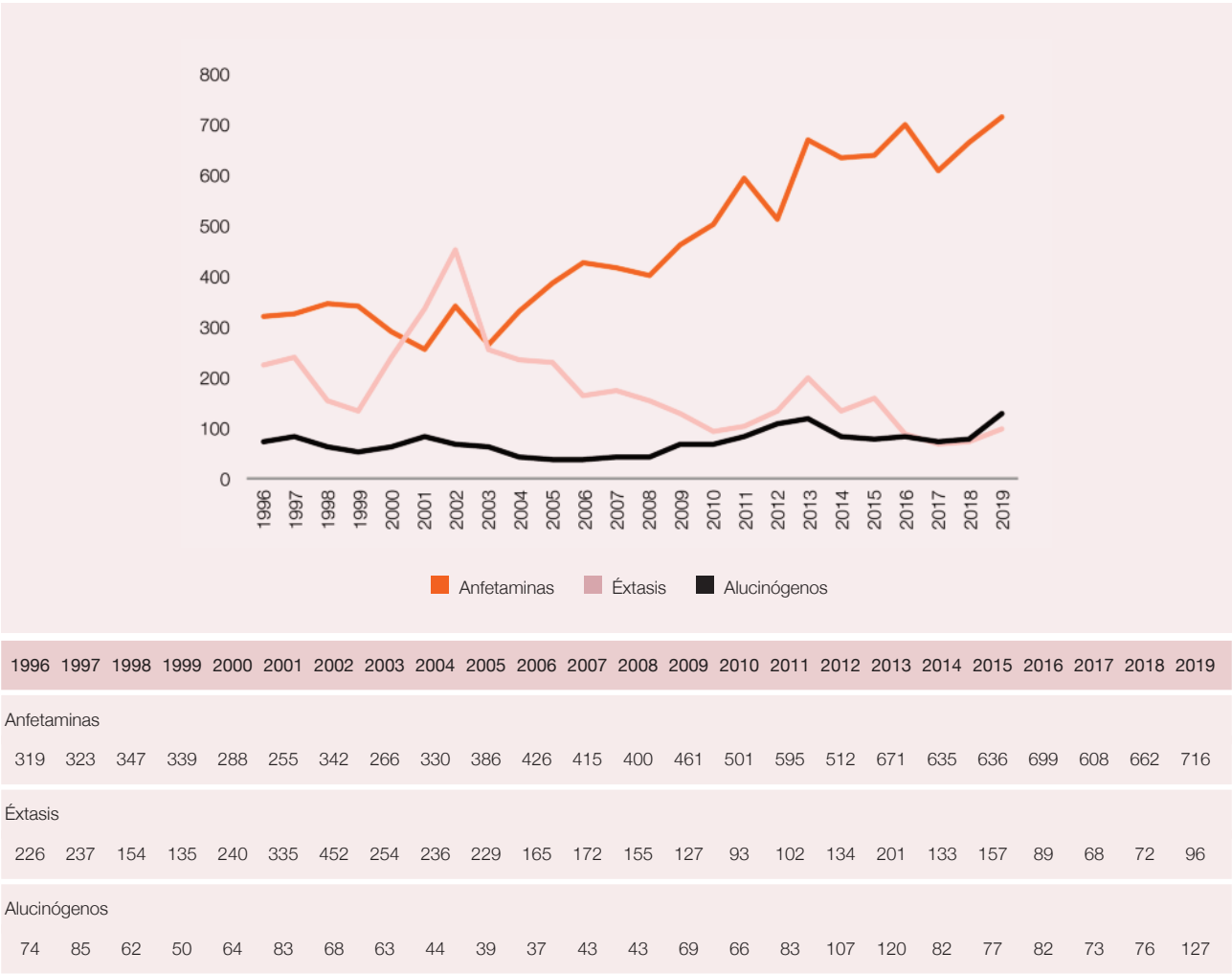
2019). Si se comparan estas cifras con las obtenidas para la cocaína, la heroína y el cannabis, se comprueba que, en España, el impacto de estas drogas en los servicios específicos de tratamiento de las drogodependencias es reducido.

Dentro de los estimulantes distintos de la cocaína, las anfetaminas son la sustancia que más admisiones a tratamiento genera. La serie histórica mostraba una tendencia ascendente que, con pequeños altibajos, alcanza en 2019 su valor más alto (720), confirmando el repunte detectado en 2018. El perfil de los admitidos a tratamiento por anfetaminas se mantiene como en años previos: varón de 35,6 años que acude por primera vez y por iniciativa propia a tratamiento, con educación secundaria y que vive con su familia de origen. En 2019 se detecta un mayor porcentaje de parados que en años previos (44,6%).

El número de admitidos a tratamiento por éxtasis ha presentado altibajos desde el inicio de la serie histórica. En 2002 presentó el valor más alto y desde entonces ha mostrado una tendencia descendente con repuntes puntuales. En 2019 se notificaron 96 admisiones a tratamiento por esta sustancia, valor ligeramente superior al registrado en los años previos (72 casos en 2018 y 68 casos en 2017) (figura 2.1.12).

Desde el inicio de la serie histórica, las admisiones a tratamiento por alucinógenos se han situado en niveles relativamente bajos (valores cercanos a 100 casos en toda España), superándose las 100 admisiones por esta sustancia sólo en 2012 y en 2013. En 2019 se han notificado 127 admisiones por alucinógenos, siendo el valor más alto de toda la serie histórica, de ellos más del 70% son ketamina, que es la responsable de 91 admisiones en 2019 (figura 2.1.13).

Figura 2.1.12.
Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos. España, 1996-2019.



FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.1.13.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de ketamina. España, 2005-2019.



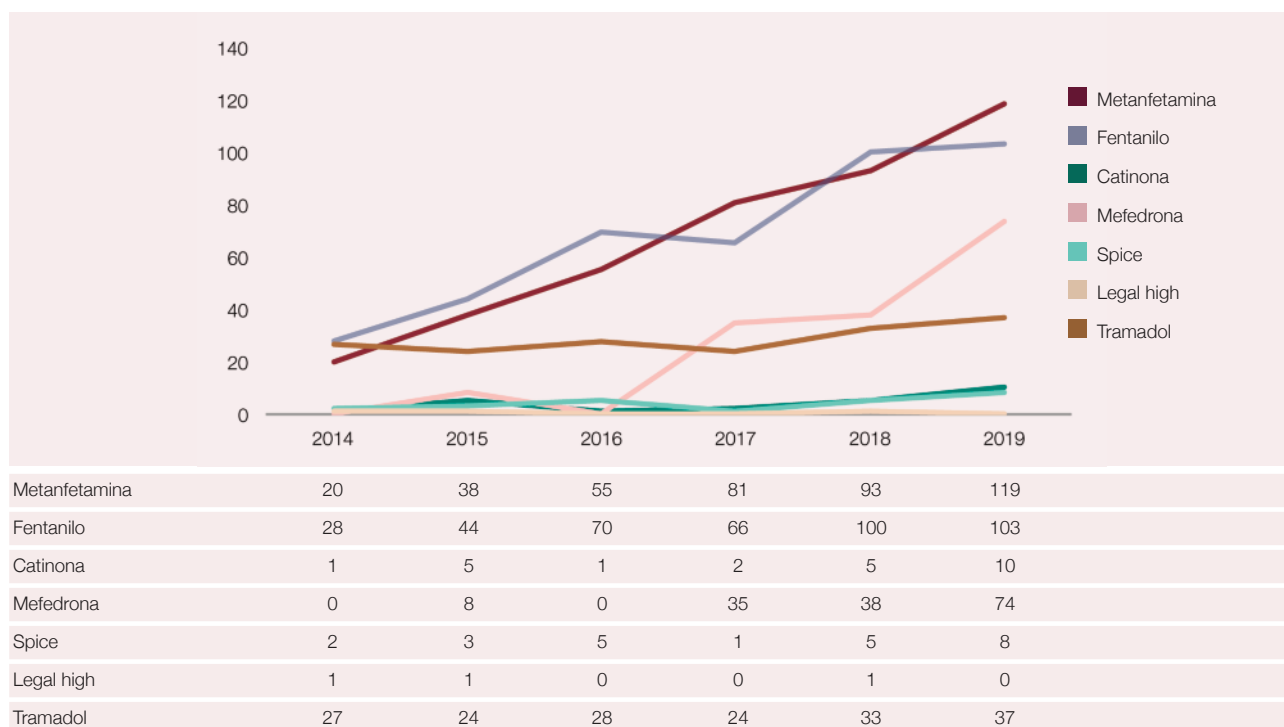
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia otras sustancias

El indicador de admisiones a tratamiento permite el seguimiento de sustancias más minoritarias, lo que facilita ver cambios o aumentos en la presencia de estas sustancias, o comprobar que ocurre en nuestro país respecto a nuevos consumos detectados en otros países. Por ello, desde el 2014 se ha hecho un seguimiento de sustancias como el fentanilo, el tramadol, las catinonas, la mefedrona o el spice, entre otras. Este seguimiento ha permitido una mejora en la notificación específica de estas sustancias en detrimento de categorías genéricas o inespecíficas que, en parte, justifican la tendencia ascendente que se aprecia en la figura 2.1.14.

Figura 2.1.14.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de diferentes sustancias como droga principal. España, 2014-2019.



FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol

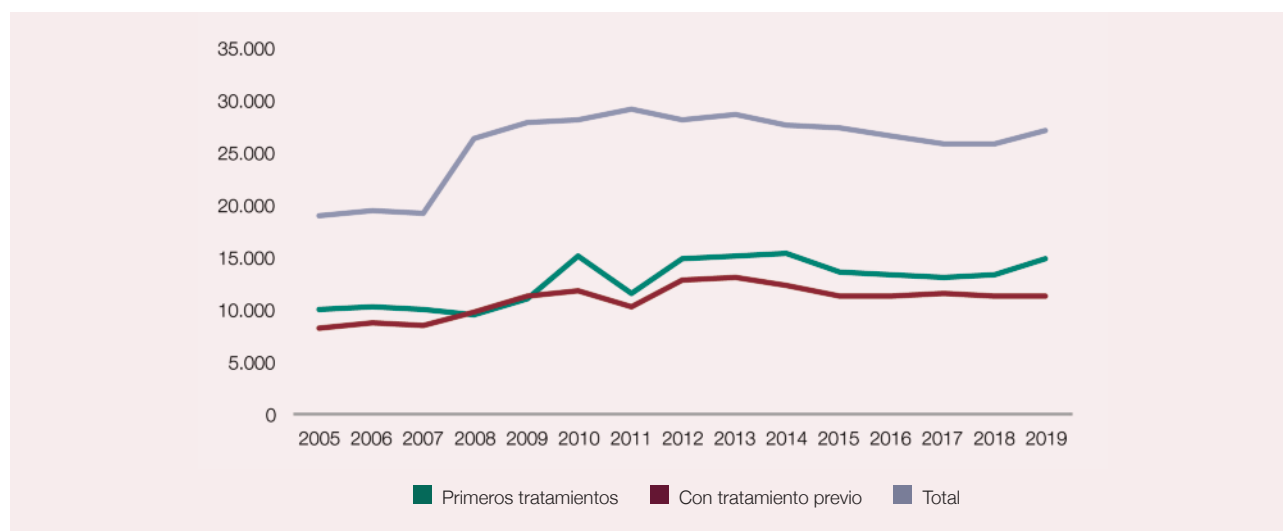
En 2019, el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol fue de 27.209, cifra que ha aumentado ligeramente desde 2018 debido a un incremento de admisiones por primeros tratamientos (figura 2.1.15). Aunque ya se ha mencionado anteriormente en el apartado de metodología, debe tenerse en cuenta que parte de los tratamientos por abuso o dependencia de alcohol se realizan en dispositivos diferentes de la red asistencial de drogas, por lo que este indicador informa sólo sobre parte de los tratamientos por consumo de alcohol que se llevan a cabo en el territorio nacional.

El alcohol es responsable, en 2019, del 35,2% de las admisiones a tratamiento. Además, se encuentra presente en gran parte de los patrones de policonsumo.

El perfil de los admitidos por alcohol es el de un varón de 46,5 años que vive con su familia propia (pareja y/o hijos) (25,3%) o con sus padres o familia de origen (24,9%), que acude por iniciativa propia o derivado por su médico de cabecera u otros centros de tratamiento y que consume alcohol todos los días. La mayoría (72,6%) no consume otras drogas. Entre los que sí consumen otra sustancia, destaca el uso de cocaína y cannabis (drogas secundarias).

Figura 2.1.15.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol. España, 2005-2019.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
2005	10.096	8.133	18.950
2006	10.172	8.611	19.454
2007	9.898	8.587	19.224
2008	9.395	9.753	26.318
2009	10.924	11.288	27.958
2010	15.126	11.764	28.111
2011	11.612	10.350	29.014
2012	14.816	12.714	28.234
2013	15.121	12.978	28.652
2014*	15.240	12.418	27.658
2015	13.457	11.254	27.469
2016	13.319	11.323	26.655
2017	13.060	11.556	25.753
2018	13.243	11.224	25.796
2019	14.907	11.215	27.209

* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

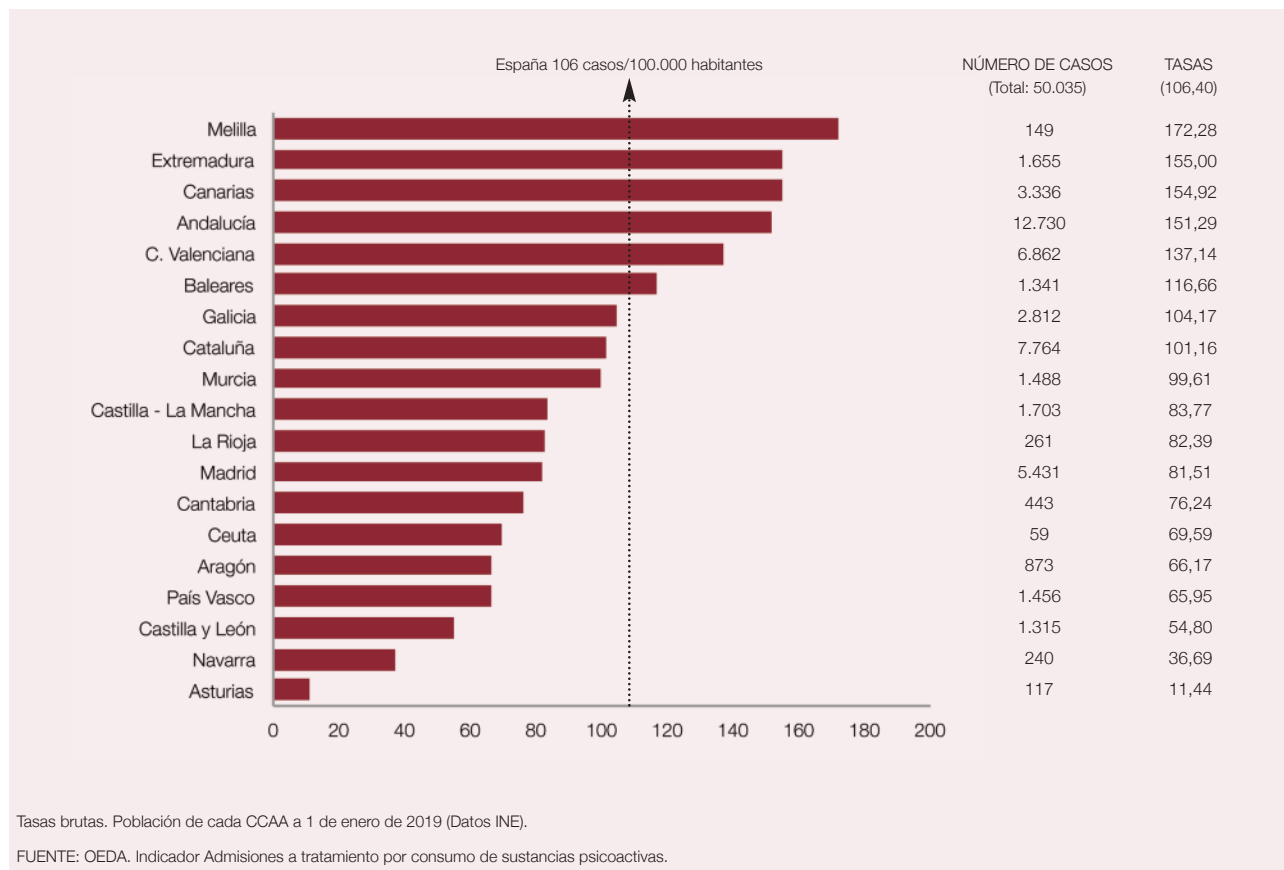
Resultados por comunidades/ciudades autónomas

Todas las comunidades y ciudades autónomas notifican al indicador Admisiones a tratamiento, lo que permite obtener una visión global de la situación por comunidad/ciudad autónoma (figura 2.1.16).

La interpretación de la tasa bruta (número de admitidos a tratamiento/100.000 habitantes) debe realizarse con cautela, teniendo en cuenta la posible influencia de la distribución por edad de la población.

Figura 2.1.16.

Número y tasa (por 100.000 habitantes) de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según comunidad/ciudad autónoma. España, 2019.



2.2. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1987-2019

Introducción

Monitorizar las consecuencias sanitarias no mortales del consumo de sustancias psicoactivas aporta información interesante para conocer las características y evolución del uso de drogas, y resulta útil para realizar las intervenciones oportunas.

En España, uno de los indicadores utilizados con este fin es la monitorización de las urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Este indicador forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades/ciudades autónomas, que incluye también el Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y el Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

A continuación, se presenta la metodología y los principales resultados del indicador.

Metodología

El objetivo de este indicador es la monitorización de las características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas en España.

En relación al mecanismo de recogida de datos, el personal responsable en cada comunidad/ciudad autónoma recoge la información, a partir de una revisión de las historias clínicas de urgencias, de manera activa, sistemática, exhaustiva y retrospectiva. Se selecciona un área geográfica y se monitorizan los hospitales ubicados en dicha área (excluidas maternidades, hospitales pediátricos y hospitales monográficos). Se recoge la información de una semana de cada mes, seleccionada de forma aleatoria desde el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones; algunas CCAA realizan una recogida continua en algunos hospitales.

Se dispone de información anual desde 1987, aunque la cobertura no es completa, presentando variaciones interanuales, tanto de comunidades/ciudades autónomas, como de número de hospitales notificados. En 2019, notificaron al indicador 15 de las 19 comunidades/ciudades autónomas (todas salvo Cataluña, Galicia, Ceuta y Melilla).

Información más detallada sobre los criterios de inclusión y exclusión, así como la ficha de recogida de datos se pueden consultar en la página web del Plan Nacional sobre Drogas¹.

1. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>.

Resultados

En 2019 se notificaron al indicador 5.352 episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga². Tendencia más o menos estable desde 2011 (tabla 2.2.1).

Tabla 2.2.1.

Número de episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas y porcentaje según tipo de droga. España*, 1996-2019.

	Nº de episodios	Cocaína	Alcohol**	Cannabis	Hipnóticos y sedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y derivados	Alucinógenos	Inhalables volátiles
1996	2.585	19,9	12,4	6,2	23,6	56,1	2,2	13,5	1,3	2,1	0,2
1997	1.932	25,0	15,2	6,6	18,9	50,9	2,9	17,4	2,2	1,8	0,1
1998	2.099	31,6	22,2	8,9	24,3	38,7	3,0	16,8	2,2	2,4	0,3
1999	2.141	39,4	20,0	9,3	23,8	33,0	9,8	18,9	2,4	1,7	0,1
2000	2.328	40,9	26,8	12,8	28,9	35,3	2,2	18,0	4,5	2,7	0,3
2001	2.145	40,5	29,0	16,9	29,2	29,2	4,2	17,4	4,4	1,9	0,9
2002	2.673	44,7	35,4	19,9	30,1	21,4	3,4	13,1	5,3	1,3	0,2
2004	5.828	50,0	30,7	19,3	22,3	17,5	2,3	9,1	3,2	0,8	0,6
2005	7.089	55,5	32,3	21,7	17,0	19,0	4,2	8,3	4,7	1,7	0,5
2006	7.042	51,1	36,0	23,9	21,0	16,9	4,7	8,5	6,4	1,7	0,4
2007	7.822	53,8	35,7	22,9	15,8	16,9	4,2	8,1	5,0	2,0	0,5
2008	6.431	55,1	37,3	24,7	15,6	17,2	4,4	7,5	4,2	1,6	0,5
2009	5.567	51,1	40,2	29,5	16,5	17,1	4,6	7,6	2,4	2,6	0,5
2010	5.626	49,5	36,3	30,5	16,7	17,8	5,5	6,7	2,9	1,7	0,4
2011	5.279	45,2	40,4	33,3	18,9	14,2	9,2	6,2	3,9	2,1	0,3
2012	5.999	46,0	39,0	33,0	18,3	13,0	8,9	6,1	4,6	2,5	0,5
2013	5.715	44,9	38,7	34,6	17,8	11,9	9,0	5,7	4,8	2,5	0,4
2014	6.441	43,7	38,7	35,5	18,5	10,3	8,6	7,6	4,5	2,5	0,3
2015	5.238	43,5	39,8	42,2	18,2	11,2	8,0	7,4	3,7	1,6	0,3
2016	4.565	42,5	43,9	40,1	20,5	8,6	7,5	7,7	3,2	1,5	0,3
2017	4.293	50,2	37,1	50,3	16,9	9,0	8,7	10,3	2,8	1,5	0,5
2018	5.027	52,0	39,0	49,4	17,9	7,4	7,6	10,1	3,4	1,4	0,5
2019	5.352	50,7	40,3	50,6	19,5	7,0	7,8	9,9	3,8	1,8	0,5

* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

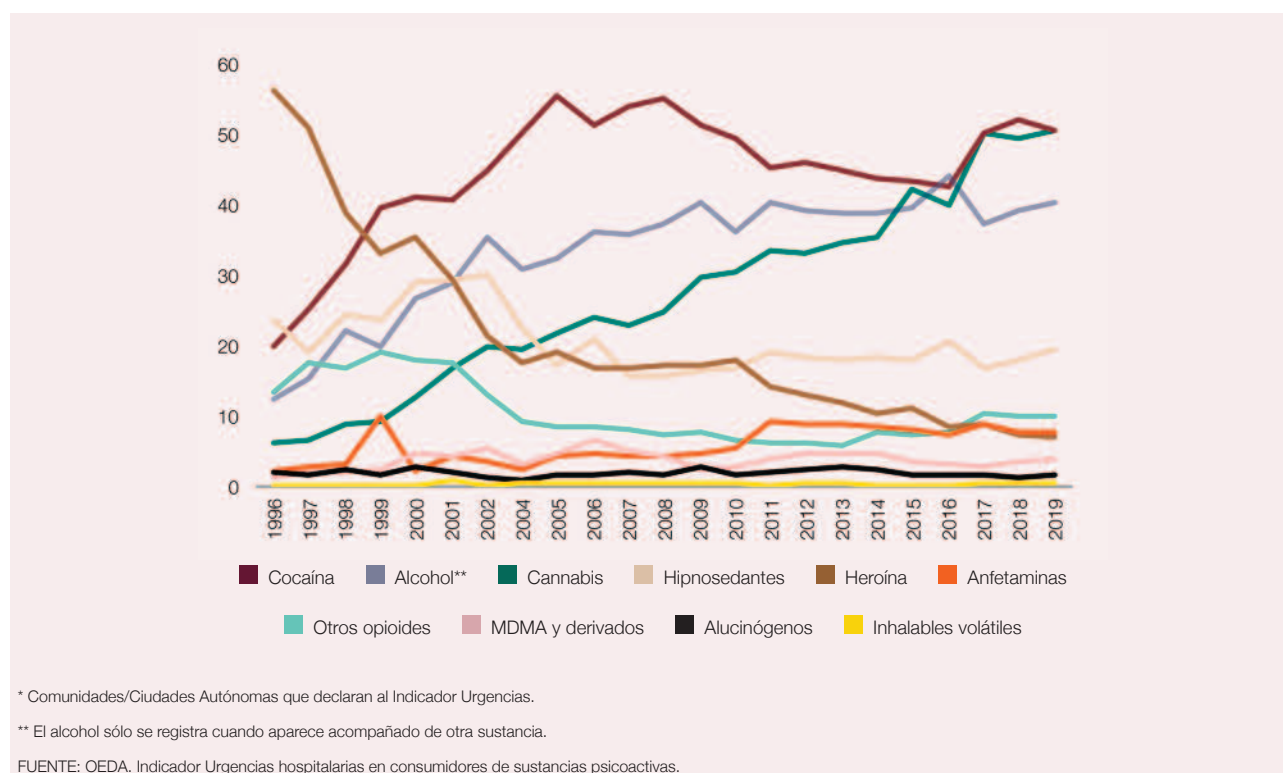
2. Acorde al protocolo de este indicador, esta cifra corresponde a los episodios encontrados en la revisión de las urgencias acontecidas durante una semana seleccionada de manera aleatoria para cada mes del año en los hospitales seleccionados por las CCAA que han participado en la recogida de datos en 2019.

En la figura 2.2.1 se muestra la evolución desde 1996 de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas según el tipo de droga.

En 2019, de los 5.352 episodios de urgencias relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas, las sustancias que más presencia tienen son la cocaína, que se relacionó con el 50,7% de los episodios de urgencia y el cannabis, que se relaciona con el 50,6% de los episodios analizados. Este comportamiento se confirma en el resto de indicadores y en las encuestas nacionales, donde la cocaína y el cannabis ocupan una parcela importante en el ámbito de los consumos de drogas en España (figura 2.2.1).

Figura 2.2.1.

Evolución de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según el tipo de droga. España*, 1996-2019.



En las tablas 2.2.2 y 2.2.4 se muestran algunas características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas en 2019 y a lo largo de la serie histórica.

La proporción de mujeres se mantiene estable a lo largo de la serie histórica del indicador, situándose entre el 20% y el 28% de las urgencias hospitalarias (tabla 2.2.2).

Se aprecia una tendencia ascendente de la edad media de las personas atendidas en urgencias, pasando de 27,8 años (1996) a 34,1 años (2019), aumento que podría estar asociado con el elevado número de urgencias relacionadas con la cocaína (edad media 36,1 años). No obstante, aunque su peso es menor en el total de las urgencias hospitalarias, el análisis por sustancias muestra que aquellos que acuden a urgencias por el consumo de opioides e hipnosedantes tienen una edad más avanzada, mientras que los que acuden por consumo de éxtasis, cannabis, alucinógenos y anfetaminas son más jóvenes (tabla 2.2.3).

La distribución de las urgencias, según la resolución de la misma, no ha variado de manera significativa a lo largo de los años, siendo lo más frecuente que el paciente sea dado de alta (73% en 2019). No obstante, se registra una tendencia ascendente a lo largo de los años del número de urgencias que precisan ingreso hospitalario (del 7,6% en 1996 al 15,1% en 2019), con pequeños repuntes derivados del diferente peso de las sustancias relacionadas con las ur-

gencias. Aunque la resolución de la urgencia no varía de manera destacable en función de la sustancia se puede observar mayor porcentaje de ingresos en las urgencias por anfetaminas, heroína, otros opiodes, hipnosedantes y cannabis. Además, se observan más traslados a otros centros en las urgencias relacionadas con hipnosedantes (5,2%) y hay más altas voluntarias entre los consumidores de éxtasis (13,2%) (tabla 2.2.3).

Tabla 2.2.2.

Evolución de las características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. España*, 1996-2019.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
NÚMERO DE EPISODIOS																							
	2.585	1.932	2.099	2.141	2.328	2.145	2.673	5.828	7.089	7.042	7.822	6.431	5.567	5.626	5.279	5.999	5.715	6.441	5.238	4.565	4.293	5.027	5.352
EDAD MEDIA (años)																							
	27,8	28,1	29,1	29,4	30,3	29,8	29,8	31,0	30,7	31,6	32,0	32,4	33,0	32,6	32,7	32,8	33,0	33,2	34,1	34,3	34,6	34,8	34,1
SEXO (%)																							
Mujeres	21,4	20,8	23,1	23,5	27,4	27,1	27,4	28,0	25,0	26,1	23,4	22,7	21,6	26,3	24,7	26,1	26,1	24,5	22,6	22,6	22,7	25,3	25,7
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS RELACIONADAS ¹ (%)																							
Heroína	56,1	50,9	38,7	33,0	35,3	29,2	21,4	17,5	19,0	16,9	16,9	17,2	17,1	17,8	14,2	13,0	11,9	10,3	11,2	8,6	9,0	7,4	7,0
Otros opiodes	13,5	17,4	16,8	18,9	18,0	17,4	13,1	9,1	8,3	8,5	8,1	7,5	7,6	6,7	6,2	6,1	5,7	7,6	7,4	7,7	10,3	10,1	9,9
Cocaína	19,9	25,0	31,6	39,4	40,9	40,5	44,7	50,0	55,5	51,1	53,8	55,1	51,1	49,5	45,2	46,0	44,9	43,7	43,5	42,5	50,2	52,0	50,7
Anfetaminas	2,2	2,9	3,0	9,8	2,2	4,2	3,4	2,3	4,2	4,7	4,2	4,4	4,6	5,5	9,2	8,9	9,0	8,6	8,0	7,5	8,7	7,6	7,8
MDMA y derivados	1,3	2,2	2,2	2,4	4,5	4,4	5,3	3,2	4,7	6,4	5,0	4,2	2,4	2,9	3,9	4,6	4,8	4,5	3,7	3,2	2,8	3,4	3,8
Hipnosedantes	23,6	18,9	24,3	23,8	28,9	29,2	30,1	22,3	17,0	21,0	15,8	15,6	16,5	16,7	18,9	18,3	17,8	18,5	18,1	20,5	16,9	17,9	19,5
Cannabis	6,2	6,6	8,9	9,3	12,8	16,9	19,9	19,3	21,7	23,9	22,9	24,7	29,5	30,5	33,3	33,0	34,6	35,5	42,2	40,1	50,3	49,4	50,6
Alucinógenos	2,1	1,8	2,4	1,7	2,7	1,9	1,3	0,8	1,7	1,7	2,0	1,6	2,6	1,7	2,1	2,5	2,6	2,5	1,6	1,5	1,5	1,4	1,8
Inhalables volátiles	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,9	0,2	0,6	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5
Alcohol**	12,4	15,2	22,2	20,0	26,8	29,0	35,4	30,7	32,3	36,0	35,7	37,3	40,2	36,3	40,4	39,0	38,7	38,7	39,8	43,9	37,1	39,0	40,3
RESOLUCIÓN URGENCIA (%)																							
Alta médica	80,5	82,0	81,2	80,9	78,7	79,1	82,1	81,4	79,1	76,2	79,1	80,0	80,9	79,6	75,4	75,9	72,8	69,8	72,2	71,6	71,1	72,7	73,0
Alta voluntaria	7,0	6,7	8,8	8,6	8,5	7,5	7,4	5,3	6,7	8,6	7,8	8,5	8,2	7,0	8,5	8,2	9,4	9,9	8,2	8,2	8,3	8,4	8,8
Ingreso hospitalario	7,6	7,2	6,0	6,5	8,3	7,8	6,3	8,0	8,4	8,8	9,0	7,8	8,1	10,2	12,5	12,5	14,8	15,9	16,0	17,0	17,1	15,2	15,1
Muerte en urgencias	0,1	0,1	0,0	0,2	0,7	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Traslado a otro centro	4,8	4,1	3,9	3,9	3,7	5,4	4,0	5,3	5,7	6,3	4,1	3,7	2,8	3,2	3,6	3,3	2,9	4,2	3,6	3,1	3,5	3,7	3,1

1. Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia.

* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Tabla 2.2.3.

Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. Total, según sexo y según droga. España*, 2019.

	Total	Según sexo		Según droga									
		Hombres	Mujeres	Cocaína	Alcohol**	Cannabis	Hipnosedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y der.	Alucinógenos	I. volátiles
Número de episodios	5.352	3.971	1.372	2.564	2.035	2.559	988	355	395	498	191	89	25
Edad media (años)	34,1	34,5	32,9	36,1	35,0	30,9	36,3	40,3	32,2	41,1	27,9	26,7	33,0
Sexo (%) mujeres	25,7			21,3	23,7	24,7	29,4	16,9	27,2	30,7	26,7	20,2	16,0
Resolución de la urgencia (%)													
Alta médica	73,0	72,7	74,2	73,5	74,3	72,4	70,4	68,4	67,3	67,5	75,3	76,1	76,0
Alta voluntaria	8,8	9,3	7,2	9,6	10,3	6,9	8,7	10,8	7,9	10,0	13,2	9,1	16,0
Ingreso hospitalario	15,1	15,2	14,6	13,8	12,7	17,7	15,7	18,8	20,7	18,6	8,9	8,0	8,0
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	3,1	2,8	3,8	3,0	2,8	3,0	5,2	2,0	4,1	3,9	2,6	6,8	0,0

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

La tabla 2.2.4 presenta la distribución por sustancias de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas en 2019, según sexo.

Se confirma que, en 2019, como venía sucediendo en los años previos, tanto en hombres como en mujeres, las sustancias que más episodios de urgencias generan son la cocaína, el cannabis y el alcohol. Sin embargo, se observan algunas diferencias en función del sexo. Así, podemos ver cómo tienen más peso las urgencias por hipnosedantes y opioides distintos de la heroína, entre las mujeres que entre los hombres; mientras que las urgencias por cocaína, cannabis y heroína tienen más peso entre los hombres. La información sobre el resto de sustancias no permite hacer comparaciones porque existe un número bajo de casos registrados (tabla 2.2.4).

En las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, lo más habitual es que se asocie más de una sustancia con la urgencia: en 2019, en el 60% de los episodios notificados había al menos dos sustancias relacionadas con la urgencia. Entre los hombres este patrón supone el 61,3%, mientras que entre las mujeres es más habitual tener urgencias relacionadas con una única sustancia (45,1%). Teniendo esto en cuenta, se pueden establecer perfiles en función de las sustancias que se relacionan con la urgencia.

El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de **cocaína** es el de un hombre (78,7%), con una edad media de 36,1 años, cuyo episodio de urgencia termina mayoritariamente (73,5%) con el alta médica. La edad media ha mostrado una clara tendencia ascendente, estabilizándose en los últimos años alrededor de los 36 años (tabla 2.2.3.).

El **cannabis** ocupa el segundo lugar, pero muy cerca de la cocaína, relacionándose con el 50,6% de los episodios de urgencias notificados. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de cannabis es el de un hombre (75,3%) con una edad media de 30,9 años. El 72,4% de los episodios acaba con alta médica y el 17,7% con ingreso hospitalario. La edad media es más baja que la encontrada para otras sustancias, aunque ha mostrado una clara tendencia ascendente, que parece estabilizarse en los últimos años (tabla 2.2.3).

Tabla 2.2.4.

Porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de algunas drogas ilegales, según sexo. España*, 2019.

	Total	Hombres	Mujeres
Cocaína	50,7	53,1	43,4
Cannabis	50,6	50,8	50,2
Alcohol**	40,3	40,9	38,3
Hipnosedantes	19,5	18,4	23,1
Otros opioides	9,9	9,1	12,2
Anfetaminas	7,8	7,6	8,5
Heroína	7,0	7,8	4,8
MDMA y derivados	3,8	3,7	4,1
Alucinógenos	1,8	1,9	1,4
Inhalables volátiles	0,5	0,6	0,3

* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Los **opioides** se sitúan en tercer lugar (15,2%), en cuanto al peso que suponen dentro del total de urgencias relacionadas con el consumo de drogas. Desde el inicio de la serie histórica se han diferenciado las urgencias relacionadas con la heroína (7,0%) de las urgencias relacionadas con otros opioides (9,9%) en los que se detectan principalmente metadona, fentanilo, tramadol y codeína. En el 2017, por primera vez en la evolución histórica del indicador, el peso de otros opioides superó al peso de la heroína en las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias, hecho que se confirma en 2019 (figura 2.2.1).

Las urgencias relacionadas con **heroína** muestran una clara tendencia descendente desde 1996, con algunas variaciones interanuales, registrando en 2019 el valor más bajo de la serie histórica. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de heroína es el de un hombre (83,1%) con una edad media de 40,3 años, cifra estabilizada en los últimos dos años, pero siendo la edad más elevada de la serie histórica. En el 68,4% la urgencia finaliza con el alta médica y en el 18,8% de los episodios en ingreso hospitalario (tabla 2.2.3).

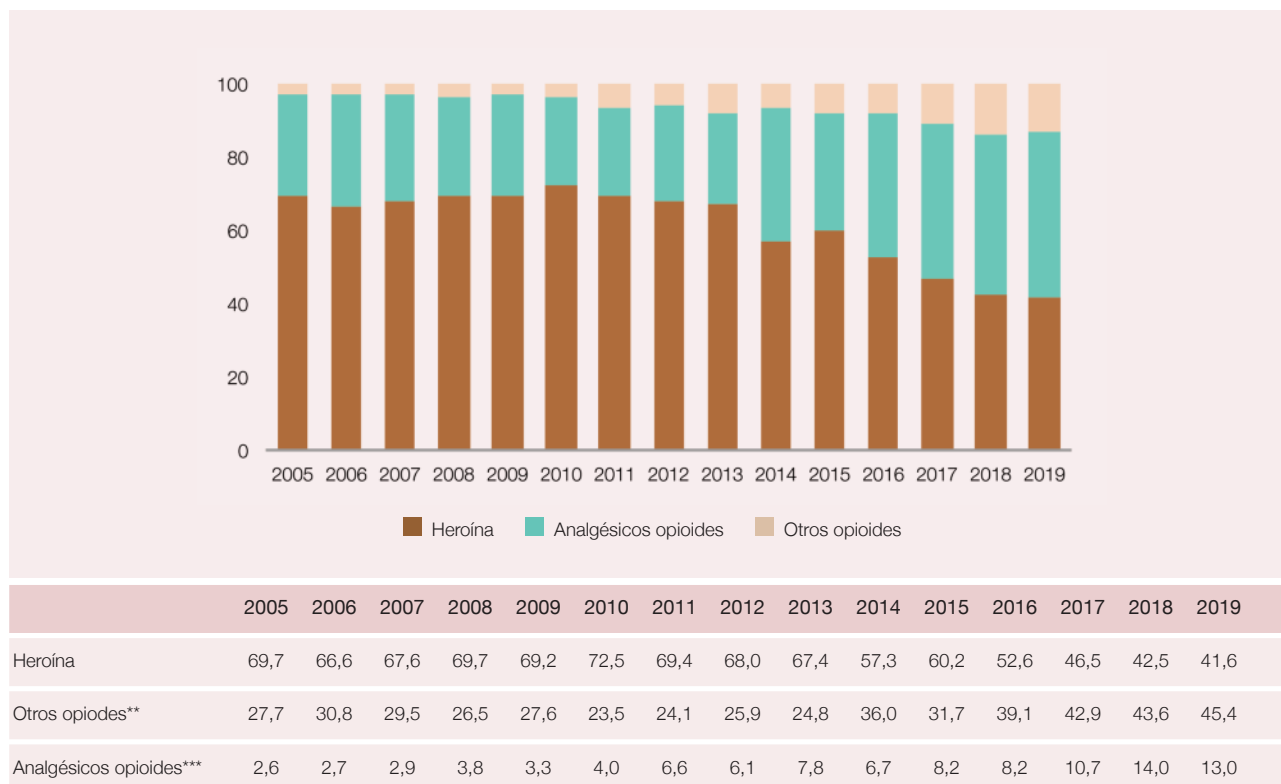
Por otro lado, podemos analizar el perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de **otros opioides distintos de la heroína**, en el que se observa una mayor presencia de mujeres (30,7%) y personas más mayores (41,1 años). En cuanto a la resolución de la urgencia los datos muestran un patrón similar al de la heroína, en el 67,5% la urgencia finaliza con el alta médica y en el 18,6% de los episodios en ingreso hospitalario (tabla 2.2.3).

Tras el aumento del consumo de **analgésicos opioides** en EEUU y en el resto de Europa, se monitorizó de manera retrospectiva desde 2005, la presencia de analgésicos opioides en urgencias. Los datos muestran que estas sustancias tienen una baja frecuencia de aparición en urgencias; sin embargo, se observa cierta tendencia ascendente, pasando de 50 episodios en 2005 a 115 en 2018 y 111 en 2019, detectándose principalmente tramadol (65 episodios) y fentanilo (16 episodios).

El análisis evolutivo de los episodios de urgencias relacionados con opioides, muestran un claro descenso del peso de la heroína como opioide responsable de la urgencia hospitalaria y un progresivo aumento de otros opioides, consolidándose, en los últimos años, la presencia de analgésicos opioides (figura 2.2.2).

Figura 2.2.2.

Proporción de urgencias por tipo de opiáceo notificado en el total de urgencias relacionadas con opiáceos. España*, 2005-2019.



* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

** Otros opiáceos: opiáceos distintos de la heroína y de los analgésicos opiáceos. Incluye: metadona, opio y otros opiáceos sin especificar.

*** Analgésicos opiáceos: incluye morfina, fentanilo, petidina, tramadol, buprenorfina, codeína, dextrometorfano, hidromorfona, oxycodona y tapentadol.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

La siguiente sustancia más detectada en las urgencias son las **anfetaminas**, que en 2019 estaban presentes en el 7,8% de las urgencias relacionadas con drogas, mostrando una tendencia estable desde 2011. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de anfetaminas es el de un hombre (72,8%), con una edad media de 32,2 años. Los episodios de las urgencias se resuelven mayoritariamente con el alta médica (67,3%) y, en 2019, un 20,7% de los episodios finalizó con el ingreso hospitalario (tabla 2.2.3).

El resto de sustancias que se relacionan con las urgencias, **MDMA y derivados, alucinógenos e inhalables volátiles**, tienen una baja presencia en el total de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. Son sustancias que han presentado altibajos a lo largo de la serie histórica, pero que por el bajo número de casos en las que se detectan y que habitualmente aparecen con otras sustancias, no permiten establecer perfiles de consumidores. Como se observa en la tabla 2.2.4, el MDMA se detectó en 2019 en el 3,8% de las urgencias, los alucinógenos en el 1,8% y los inhalables volátiles en el 0,5%.

El protocolo del Registro del Indicador de Urgencias Hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas incluye la detección de **nuevas sustancias psicoactivas (NSP)**. En 2019 se notificaron 9 episodios relacionados con la medfedrona (2 episodios en 2017 y 16 en 2018), no detectándose episodios de urgencias hospitalarias relacionados con ninguna otra NSP. La detección de nuevas sustancias psicoactivas presenta dificultades de detección y clasificación y, por ello, debe tomarse esta información con cautela. Debido a las características de las urgencias relacionadas con este tipo de sustancias, y a que en muchas ocasiones los usuarios no saben exactamente lo que han consumido, el registro de estas nuevas sustancias psicoactivas es complicado con este indicador. Por ello, actualmente el seguimiento de las nuevas sustancias psicoactivas en España se realiza a través del Sistema Español de Alerta Temprana (ver capítulo 3 de este informe).

Por lo que respecta a los episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo de **alcohol**, debe tenerse en cuenta que solamente se recoge información en este indicador en el caso de que el alcohol aparezca junto con otra sustancia, por lo que las cifras registradas para los episodios relacionados con el consumo de alcohol representan sólo datos parciales del impacto de su consumo en los servicios de urgencias. Según los casos notificados, el alcohol está presente, junto con otras sustancias psicoactivas, en el 40,3% de las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, valor que muestra una estabilización en los últimos años.

Otra información relevante que nos da este indicador, son las **vías de administración** de las sustancias consumidas. En la figura 2.2.3 y la tabla 2.2.5 se muestran los datos según la vía de administración. Hay que tener en cuenta que existe una proporción considerable de valores desconocidos, por lo que los resultados deben valorarse con cautela.

En 2019, en las urgencias relacionadas con la heroína, la vía de administración predominante fue la pulmonar o fumada (57,3%), seguida de la parenteral o inyectada (23,8%). Evolutivamente se detecta un cambio en las vías de administración de esta sustancia, disminuyendo considerablemente la vía parenteral o inyectada, estabilizándose la vía pulmonar o fumada y aumentando la vía intranasal o esnifada y oral.

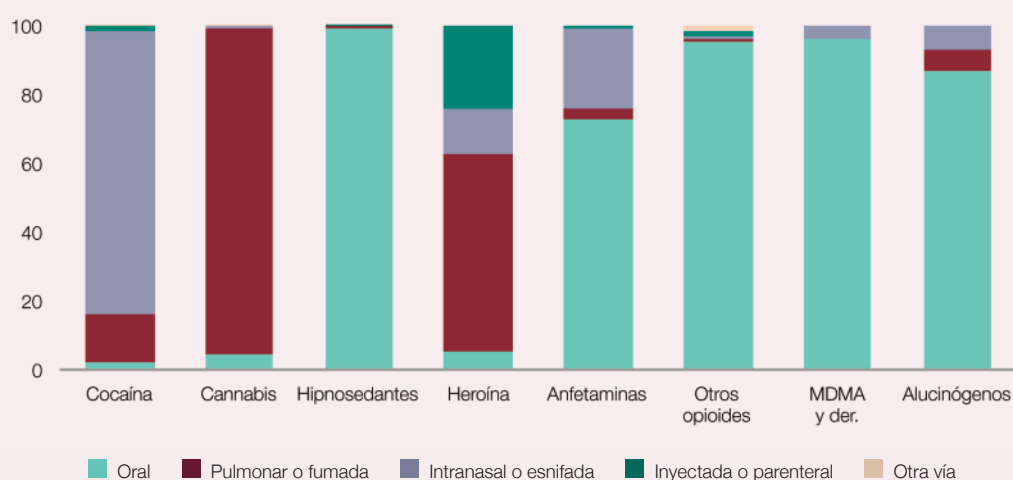
A pesar de la disminución de la vía inyectada, el peso de esta vía es mucho mayor entre los consumidores de heroína que acuden a urgencias que entre las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de esta droga, entre las que hay un mayor predominio de la vía pulmonar. Ello pone de manifiesto el mayor riesgo de algunos problemas agudos (sobredosis e infecciones entre otros) entre los inyectores, que motivan la necesidad de acudir a los servicios de urgencias de los centros hospitalarios.

En las urgencias relacionadas con la cocaína, la vía predominante fue la vía intranasal o esnifada (81,9%), seguida de la pulmonar o fumada (14,1%). Evolutivamente se detecta una disminución considerable de la vía inyectada, que ha pasado de un 23,1% en 2012 a una 1,7% en 2019 (tabla 2.2.5).

Para el resto de las sustancias psicoactivas, los datos sobre la vía de administración concuerdan con lo ya conocido a partir de otras fuentes. En el caso de los hipnosedantes, el MDMA, los alucinógenos y las anfetaminas, la vía de administración es mayoritariamente oral. El consumo de opioides diferentes de la heroína se produce también, generalmente, por vía oral. El cannabis se utiliza, predominantemente, por vía pulmonar o fumada (94,8%) pero evolutivamente se mantiene una pequeña proporción de vía oral (4,8%).

Figura 2.2.3.

Vía de administración de las drogas relacionadas con urgencias hospitalarias. España*, 2019.



* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Tabla 2.2.5.

Evolución vía de administración (número y porcentaje) de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de drogas, según tipo de droga. España*, 2011-2019.

Drogas y vía de administración	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
HEROÍNA									
Oral	1,6	0,8	0,2	1,5	1,5	2,2	2,7	9,0	5,3
Pulmonar o fumada	35,4	25,4	30,6	25,7	26,0	50,0	61,0	50,7	57,3
Intranasal o esnifada	6,8	8,9	9,5	5,2	5,3	6,7	5,1	11,9	13,6
Parenteral o inyectada	56,3	64,9	59,6	67,7	68,5	41,1	30,7	27,9	23,8
Otra vía	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0
OTROS OPIODES									
Oral	94,5	96,8	98,7	89,3	85,0	91,3	95,1	95,9	95,0
Pulmonar o fumada	1,1	0,8	0,4	1,8	3,2	1,7	1,4	0,8	1,5
Intranasal o esnifada	1,8	1,0	0,1	0,0	2,4	0,4	0,0	0,6	0,5
Parenteral o inyectada	1,9	0,8	0,5	7,7	7,3	6,1	1,6	1,1	1,5
Otra vía	0,7	0,6	0,2	1,2	2,0	0,4	1,9	1,6	1,5
COCAÍNA									
Oral	1,4	1,0	0,5	2,3	2,0	3,3	2,5	1,6	2,1
Pulmonar o fumada	20,8	18,2	18,5	10,4	18,4	17,9	11,1	11,8	14,1
Intranasal o esnifada	61,9	57,5	61,2	72,7	71,6	73,5	85,6	85,1	81,9
Parenteral o inyectada	15,8	23,1	19,6	14,4	10,0	8,6	3,3	1,5	1,7
Otra vía	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2
ANFETAMINAS									
Oral	81,6	78,0	69,9	71,9	68,2	65,9	72,3	75,0	73,2
Pulmonar o fumada	5,3	5,9	10,6	4,5	7,1	4,8	9,9	2,4	3,0
Intranasal o esnifada	12,5	16,1	18,7	21,9	24,7	27,8	17,7	22,6	23,4
Parenteral o inyectada	0,3	0,0	0,4	1,7	0,0	1,6	0,0	0,0	0,4
Otra vía	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA									
Oral	97,3	97,4	98,6	95,3	92,1	98,1	100,0	96,2	96,2
Pulmonar o fumada	1,4	1,1	0,0	1,6	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Intranasal o esnifada	0,9	1,6	0,0	2,4	4,8	1,9	0,0	3,8	3,8
Parenteral o inyectada	0,0	0,0	0,7	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otra vía	0,5	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HIPNOSEDANTES									
Oral	99,5	99,3	99,5	98,8	99,3	99,5	98,5	99,1	99,1
Pulmonar o fumada	0,1	0,2	0,2	0,8	0,2	0,3	0,7	0,6	0,6
Intranasal o esnifada	0,2	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,6	0,0	0,0
Parenteral o inyectada	0,1	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,0	0,3	0,3
Otra vía	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0

Drogas y vía de administración	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
CANNABIS									
Oral	2,6	2,4	2,2	5,3	4,3	5,1	1,8	4,8	4,8
Pulmonar o fumada	96,6	97,3	97,3	93,5	95,5	94,8	98,1	94,8	94,8
Intranasal o esnifada	0,6	0,3	0,4	0,7	0,2	0,1	0,0	0,2	0,2
Parenteral o inyectada	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Otra vía	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2
ALUCINÓGENOS									
Oral	72,9	73,3	54,8	37,1	76,1	82,8	77,8	86,6	86,6
Pulmonar o fumada	15,3	2,7	11,3	2,2	13,0	3,4	0,0	6,7	6,7
Intranasal o esnifada	11,9	14,7	17,7	16,9	2,2	13,8	22,2	6,7	6,7
Parenteral o inyectada	0,0	6,7	16,1	43,8	8,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Otra vía	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2019. Mortalidad relacionada con drogas

Introducción

El *World Drug Report 2020*¹ destaca los datos del estudio *Global Burden of Disease* que estimó que en 2017 el consumo de sustancias psicoactivas llegó a ocasionar en el mundo 585.000 muertes y 42 millones de años equivalentes de vida sana perdidos (años de vida ajustados por discapacidad, AVAD, o Disability Adjusted Life Years, DALY) debido, en un porcentaje similar, a discapacidad o muerte prematura. Globalmente, el número de DALYs atribuidos al consumo de drogas se incrementó un 17% en una década (2008-2017).

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es un indicador relevante para conocer la magnitud y el impacto sanitario y social de este importante problema de salud pública.

Este indicador contribuye a la evaluación de políticas nacionales en esta materia y al establecimiento de comparaciones internacionales, si bien estas comparaciones pueden presentar limitaciones por la variabilidad en la sistematización de los registros de los distintos países y por la variabilidad existente en las definiciones de los indicadores que consideran de forma diferente las muertes por enfermedades crónicas asociadas, sobredosis, suicidios o muertes accidentales.

En la actualidad España cuenta con dos fuentes de información principales que permiten recabar datos sobre mortalidad secundaria a consumo de drogas: el **Registro Específico de Mortalidad** por reacción a aguda a drogas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas² y el **Registro General de Mortalidad** del Instituto Nacional de Estadística (INE)³.

El OEDA notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones (EMCDDA)⁴ y a la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (ONUDD)⁵ los datos de este indicador, para facilitar la realización de comparaciones a nivel internacional.

A continuación, se describen la metodología y los principales resultados de los dos registros de mortalidad por drogas utilizados en España, y la estimación resultante de combinar ambos.

1. World Drug Report 2020 (United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6).

2. <https://pnsd.sanidad.gob.es/>

3. <http://www.ine.es/>

4. <https://www.emcdda.europa.eu/>

5. <https://www.unodc.org/unodc/index.html>

Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)

Metodología

En España, tras la epidemia de consumo de heroína de finales de los setenta y principios de los ochenta, se desarrolló, en el marco del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), un sistema para recoger las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína a partir de fuentes forenses y toxicológicas. Este sistema comenzó a funcionar de forma sistemática en 1990 en determinadas áreas (municipios o partidos judiciales) de varias comunidades autónomas, incluyendo seis de las mayores ciudades españolas (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao). De estas ciudades se recogió en 1989, además, información retrospectiva para el período 1983-1989, utilizando los mismos criterios y definiciones. En el año 1996 se amplió el registro a las muertes por reacción aguda a cualquier sustancia psicoactiva.

La recogida de este tipo de muertes no es fácil porque son muy heterogéneas y difíciles de clasificar y, en muchas ocasiones, la contribución del consumo de las sustancias psicoactivas al desenlace final es bastante difícil de probar y cuantificar, sobre todo cuando el consumo está alejado en el tiempo o existen otros factores causales concomitantes. Por ello, se decidió que el registro específico se centrara en las muertes con intervención judicial, en las que la relación con el consumo de sustancias puede establecerse con una validez razonable, el diagnóstico de la causa de la muerte es establecido por un profesional especializado con herramientas adecuadas para realizarlo y en las que suele existir documentación escrita suficiente y accesible sobre el caso.

Este registro forma parte del sistema de información desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades y ciudades autónomas, que incluye también el Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y el Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. La información de estos indicadores ayuda a diseñar y evaluar, sobre la base del conocimiento, intervenciones relacionadas con el consumo de drogas, y contribuye en último término a mejorar la salud de la población.

El Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas tiene como objetivo recoger información sobre muertes con intervención judicial en las que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico de sustancias psicoactivas (sustancias que no han sido prescritas por un médico o, si lo han sido, se han administrado incorrectamente), e intencional (inducido por la búsqueda de efectos psíquicos o la existencia de dependencia o aquel que se realiza con intencionalidad suicida).

Se habla de reacción aguda y no de "sobredosis", porque no siempre puede asegurarse que la causa de la muerte sea una sobredosis farmacológica, pudiendo estar implicados varios mecanismos fisiopatológicos de naturaleza tóxica, alérgica o de otro tipo.

La fuente primaria de información procede de los institutos anatómicos forenses, médicos forenses, Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses e Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, que notifican los datos a la comunidad o ciudad autónoma en la que se encuentran ubicados.

La cobertura poblacional a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2019 han notificado todos los partidos judiciales de todas las comunidades y ciudades autónomas (CCAA), a excepción de Aragón, que sólo ha notificado la provincia de Zaragoza, la Comunidad Valenciana que sólo ha notificado la ciudad de Valencia y Castilla-La Mancha que ha notificado todas las provincias excepto Ciudad Real. Se estima que la cobertura de este indicador en 2019 es del 89,2% de la población española (90,3% en 2018).

Debido a que a lo largo de la serie histórica las CCAA que declaran al Indicador Mortalidad no han sido las mismas todos los años, se vienen analizando dos series de datos: en la primera se incluyen los datos procedentes de las CCAA que declaran al indicador en el año de estudio, y en la segunda los datos de las defunciones notificadas por los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza.

La notificación por parte de estas 6 ciudades españolas constituyó el punto de partida del Indicador de Mortalidad en 1983 y ha sido constante a lo largo de los años, lo que aporta homogeneidad a los datos.

Se dispone de un protocolo detallado donde quedan descritas las variables que incluye el registro, cómo se registra y los criterios de inclusión y exclusión que, así como la ficha de recogida de datos, puede consultarse en la página web del Plan Nacional sobre Drogas.

Resultados

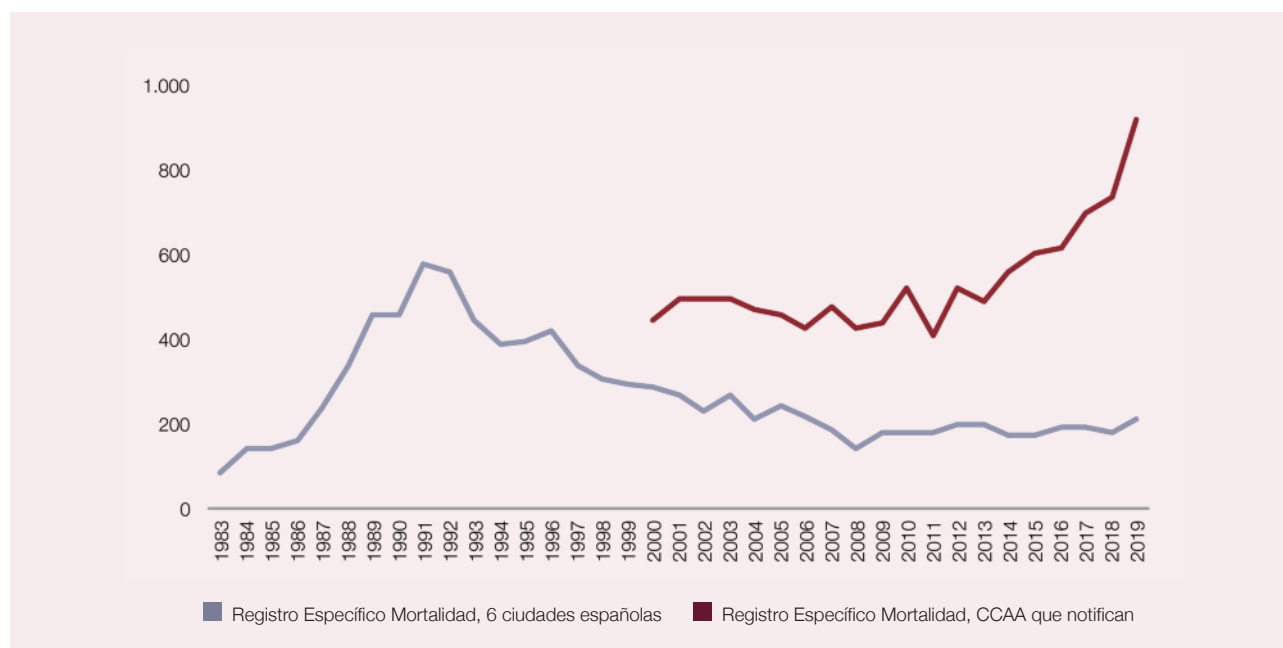
Tras el rápido ascenso observado durante la década de los ochenta, asociado al consumo de heroína por vía intravenosa, y debido al cambio de sustancias consumidas y de vías de administración, la mortalidad nacional asociada al consumo de drogas experimentó un considerable descenso y permanece bastante estable en los últimos años. No obstante, la globalización del fenómeno de las drogas y la rapidez de los cambios que se registran en cuanto a las sustancias consumidas y a los patrones de consumo en el ámbito internacional obligan a seguir muy de cerca la implementación del indicador y los resultados obtenidos.

A partir del año 2007 la mortalidad asociada al consumo de drogas en España experimenta un considerable descenso llegando a registrarse la mitad de casos que en las décadas de los ochenta y noventa, probablemente por el cambio de sustancias consumidas y la vía de administración, en especial por la disminución del consumo de heroína vía intravenosa.

Las características metodológicas del indicador dan lugar a la identificación de algunos picos, según las sustancias y los años de notificación, que podrían justificarse más por variaciones en la notificación de algunas de las CCAA, modificaciones de los partidos judiciales que notifican y por mejoras en el registro que por un aumento real de fallecidos por el consumo de drogas. En este sentido, el indicador correspondiente a las 6 ciudades se utiliza como referencia de los cambios evolutivos (figura 2.3.1).

Figura 2.3.1.

Número de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2019.



Registro Específico de Mortalidad, CCAA que notifican. Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de todas las Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Registro Específico de Mortalidad, 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

En 2019, a nivel nacional, se notificaron 920 defunciones, aunque se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de droga en 819 casos.

El 80,8% de las personas fallecidas fueron hombres y el 19,2% mujeres. Desde el año 2003, el porcentaje de hombres ha superado el 80%, exceptuando el año 2017 con un 78,1%. La edad media de los fallecidos fue de 44,4 años, manteniéndose desde 2016 por encima de los 44 años. En 2019, al igual que venía ocurriendo en los últimos años, más de la mitad de los fallecidos superaron los 40 años, aunque ha disminuido el porcentaje en 2019 con respecto al 2018 (69,7% y 72,3%, respectivamente).

En cuanto al estado civil, se mantuvo el predominio de las personas solteras (62,0%), con porcentajes superiores en hombres (66,3%) que en mujeres (46,3%).

En el 85,4% de los casos, frente al 80,4% en 2018, hubo evidencia de consumo reciente de drogas (83,6% en hombres y 92,5% en mujeres) y en el 12,8% de los casos se encontraron signos recientes de venopunción (14,3% en hombres y 7,4% en mujeres).

En el 27,9% de los casos, la muerte se debió a una patología previa agravada por el consumo de sustancias. La serología de infección VIH registra el menor porcentaje de positivos desde el año 2003, pasando de un 42,7% a un 18% en 2019. En el año 2018, esta serología fue positiva en el 25,8% de los casos.

Respecto a la procedencia del cadáver, el 70,6% de los casos se localizaron en el domicilio (68,9% en hombres y 77,8% en mujeres), siendo mayores las diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta a la localización del cadáver en la calle (10,5% y 3,6% respectivamente) y en prisiones (3,7% y 0,6%, respectivamente).

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que, en 2019, el perfil de las personas fallecidas por reacción aguda a sustancias psicoactivas, al igual que se observa desde el año 2014, es el de un hombre mayor de 44 años, soltero, que no fallece debido a patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas, con serología VIH negativa, que ha consumido recientemente alguna sustancia pero que no muestra signos recientes de venopunción.

Cabe destacar que, con anterioridad al año 2014, las personas fallecidas tenían una edad media inferior, tenían serología VIH positiva en un porcentaje muy superior y mostraban en mayor número signos recientes de venopunción.

A continuación, en la tabla 2.3.1 se recogen las características de las personas fallecidas en España por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en el periodo 2003-2019, y en la tabla 2.3.2 se muestran las características de las defunciones del año 2019 en función del sexo.

En 2019, el 23,2% de los fallecidos mostraban evidencias de suicidio, siendo el porcentaje mucho mayor entre las mujeres (45,4%) que entre los hombres. El perfil de los fallecidos con evidencias de suicidio es similar en ambos sexos, el 55,8% tiene más de 45 años, se detectan en domicilios (77,8%), con signos de consumo reciente (95,2%), mostrando diferencias en la edad media, el estado civil y en las sustancias detectadas.

Los hombres tienen una edad media de 44,7 años y son mayoritariamente solteros, mientras que las mujeres son más mayores (47 años) y mayoritariamente están casadas.

En ambos sexos la sustancia que más se detecta entre los fallecidos con evidencias de suicidio son los hipnosedantes, pero con diferente peso en función del sexo. En los hombres los hipnosedantes aparecen en el 75% de los casos y también se detecta cocaína (45,6%), alcohol (42,6%) y, en menor medida, analgésicos opioides (21,3%), mientras que entre las mujeres, 9 de cada 10 presentan consumo de hipnosedantes y el 42% de analgésicos opioides, siendo menor la presencia de alcohol (35,1%) y la de cocaína (19,3%).

Tabla 2.3.1.

Características de las personas fallecidas por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 2003-2019.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Número de fallecidos	493	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613	696	732	920
Casos analizados	490	466	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518	501	632	657	819
Sexo(%)																	
Varones	85,3	83,9	86,3	84,3	87,4	85,6	84,5	83,9	82,1	85,7	80,7	80,9	80,6	83,4	78,1	81,6	80,8
Mujeres	14,7	16,1	13,7	15,7	12,6	14,4	15,5	16,1	17,9	14,3	19,3	19,1	19,4	16,6	21,9	18,4	19,2
Edad media (años)	35,3	37,0	36,1	37,2	38,2	38,1	38,3	39,8	40,2	42,0	42,7	44,3	43,6	44,1	44,5	44,9	44,4
Grupo de edad (años)																	
15-19 años	0,8	1,3	1,4	0,9	0,6	1,9	0,7	0,4	1,2	0,4	0,2	0,7	0,8	0,5	0,0	0,3	0,8
20-24 años	6,7	4,1	6,2	4,2	4,3	6,1	6,4	2,5	5,0	2,9	1,4	1,5	2,7	1,8	1,0	2,2	2,6
25-29 años	14,6	11,9	11,2	12,9	9,7	10,6	8,0	7,9	6,0	6,7	7,6	4,7	4,7	5,4	5,5	4,4	4,1
30-34 años	22,6	20,5	20,0	18,0	17,6	16,3	17,4	12,4	12,2	11,6	13,1	10,4	9,3	8,3	8,3	7,8	9,1
35-39 años	28,2	27,9	28,9	23,8	24,1	22,2	18,9	25,5	19,9	15,8	15,7	13,8	18,3	14,0	15,9	13,0	12,7
40-44 años	16,9	19,2	20,7	21,3	22,2	19,8	24,9	24,8	21,4	22,4	19,6	17,7	16,5	19,4	16,7	16,5	17,8
≥45 años	10,2	15,1	11,6	18,9	21,5	23,1	23,7	26,5	34,0	40,3	42,3	51,2	47,7	50,6	52,6	55,8	52,9
Estado civil(%)																	
Soltero	69,4	68,9	68,7	72,0	62,8	61,4	67,3	61,0	63,6	65,4	61,3	59,3	64,8	64,2	63,3	62,9	62,0
Casado	19,0	15,6	16,4	12,2	19,1	16,8	15,4	21,6	18,2	20,7	18,9	14,5	17,8	17,8	20,9	17,2	20,1
Separado/Divorciado	10,5	14,4	13,7	13,6	17,4	18,9	15,0	15,9	16,2	12,8	18,9	23,1	16,5	15,6	13,9	17,8	15,6
Viudo	1,0	1,1	1,1	2,2	0,7	2,9	2,3	1,5	2,0	1,1	1,0	3,1	0,9	2,5	1,9	2,1	2,4
Procedencia del cadáver (%)																	
Domicilio	54,5	55,2	58,1	52,3	60,6	60,0	61,9	64,3	68,6	69,6	71,7	74,4	72,6	68,5	71,9	68,7	70,6
Hotel-Pensión	5,3	5,1	6,2	5,8	4,6	3,9	5,9	4,3	2,8	2,0	2,1	2,4	3,3	3,8	4,0	2,6	3,6
Calle	18,5	17,4	13,5	20,1	13,1	15,8	11,8	14,0	11,1	12,3	9,1	10,1	8,2	8,2	6,1	7,5	9,1
Local público	1,8	1,3	2,5	4,8	2,4	1,7	2,8	2,6	2,6	1,2	2,5	0,9	2,1	2,1	3,0	2,6	2,2
Hospital	10,6	9,5	6,4	7,7	5,7	6,8	6,1	3,9	5,1	5,6	5,6	5,5	5,9	8,4	7,7	6,6	6,0
Cárcel	1,1	3,5	4,8	3,9	3,7	4,9	4,0	3,7	4,9	4,0	3,1	1,5	3,1	3,3	2,7	5,6	3,1
Otra	8,2	8,1	8,5	5,3	9,8	7,0	7,3	7,1	4,9	5,4	6,0	5,1	4,7	5,6	4,6	6,5	5,4
Evidencias de consumo reciente (%)																	
Sí	85,6	92,6	94,4	92,4	85,3	89,0	90,4	77,4	89,9	76,6	85,8	81,8	84,9	82,0	88,1	80,4	85,4
No	14,4	7,4	5,6	7,6	14,7	11,0	9,6	22,6	10,1	23,4	14,2	18,2	15,1	18,0	11,9	19,6	14,6
Evidencia de suicidio (%)																	
Sí	12,1	8,8	5,7	10,8	8,8	9,0	8,5	9,7	12,4	8,1	11,1	20,3	26,4	20,6	22,9	18,4	23,2
No	87,9	91,2	94,3	89,2	91,2	91,0	91,5	90,3	87,6	91,9	88,9	79,7	73,6	79,4	77,1	81,6	76,8
Signos recientes venopunción(%)																	
Sí	53,3	43,0	51,7	40,6	35,2	35,4	39,2	29,6	16,3	14,9	16,2	12,5	13,5	13,0	13,3	11,3	12,8
No	46,7	57,0	48,3	59,4	64,8	64,6	60,8	70,4	83,7	85,1	83,8	87,5	86,5	87,0	86,7	88,7	87,2
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)																	
Sí	35,4	32,6	35,5	28,6	20,4	26,6	30,9	31,4	37,2	37,4	36,0	35,4	27,0	31,5	38,2	31,0	27,9
No	64,6	67,4	64,5	71,4	79,6	73,4	69,1	68,6	62,8	62,6	64,0	64,6	73,0	68,5	61,8	69,0	72,1
Anticuerpos anti-VIH (%)																	
Positivo	42,7	40,6	42,8	36,9	37,4	40,7	41,1	34,4	39,2	37,8	31,5	27,2	26,2	21,4	22,1	25,8	18,0
Negativo	57,3	59,4	57,2	63,1	62,6	59,3	58,9	65,6	60,8	62,2	68,5	72,8	73,8	78,6	77,9	74,2	82,0

* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Tabla 2.3.2.

Características de las personas fallecidas por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en función del sexo. España*, 2019.

		Hombres	Mujeres
Sexo	Hombre	741	0
	Mujer	0	176
Edad categorías	Menor de 20 años	0,5	1,7
	Entre 20 y 24 años	2,8	1,7
	Entre 25 y 29 años	4,3	3,4
	Entre 30 y 34 años	9,7	6,3
	Entre 35 y 39 años	13,6	8,0
	Entre 40 y 44 años	16,7	21,0
	45 años o mas	51,0	56,3
	Desconocido	1,2	1,7
Estado civil	Soltero	66,3	46,3
	Casado	18,2	26,8
	Separado legalmente/Divorciado	14,5	19,5
	Viudo	1,0	7,3
Procedencia del cadáver %	Domicilio	68,9	77,8
	Hotel/Pensión	3,6	3,6
	Calle	10,5	3,6
	Establecimiento público	2,3	1,8
	Hospital	5,7	6,6
	Cárcel	3,7	0,6
	Otro lugar	5,3	6,0
Evidencias de consumo reciente de sustancias psicoactivas %	Si	83,6	92,5
	No	16,4	7,5
Signos de autopsia compatible con muerte RASUPSI %	Si	80,6	83,4
	No	19,4	16,6
Diagnóstico forense de muerte %	Si	83,9	88,6
	No	16,1	11,4
Evidencias de suicidio %	Si	17,7	45,4
	No	82,3	54,6
Signos recientes de venopunciones %	Si	14,3	7,4
	No	85,7	92,6
Muerte cuya causa es una patología previa %	Si	30,0	20,5
	No	70,0	79,5
Anticuerpos del VIH %	Positivo	18,3	17,4
	Negativo	81,7	82,6

* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Información sobre sustancias psicoactivas detectadas

En 2019 las principales sustancias detectadas en los 819 fallecimientos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en los que se dispone de información toxicológica son hipnosedantes en el 66,8% de los casos (63,6% en hombres y 79,8% en mujeres), de los que el 63,7% eran benzodiacepinas (522 fallecimientos), cocaína en el 60,3% (64,3% en hombres y 44,2% en mujeres), opioides en el 59% (59,3% en hombres y 58,3% en mujeres) y cannabis en el 25,5% (28,6 en hombres y 13,5% en mujeres).

El alcohol sólo se registra cuando aparece junto con otra sustancia y nunca cuando aparece como sustancia única, habiéndose detectado en el 39,7% de los casos (38,7% en hombres y 43,6% en mujeres), volviendo a niveles de 2015, tras los aumentos observados en los últimos tres años.

En los fallecimientos que mostraron evidencia de suicidio, se detectaron hipnosedantes en el 81,2% de los casos. alcohol en el 39,6%, opioides en el 37% y cocaína en el 35,7%.

En la tabla 2.3.3 y en la figura 2.3.2 pueden verse los porcentajes de detección de cada sustancia respecto al total de defunciones con información toxicológica, y la figura 2.3.3 muestra información desagregada por sexo.

Tabla 2.3.3.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 1996-2019.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Opioides	90,4	89,8	90,1	88,0	89,4	86,8	83,8	76,7	74,9	78,2	78,7	72,8
Cocaína	32,7	41,4	51,2	63,3	54,4	51,7	54,2	62,2	60,1	69,2	60,0	67,0
Hipnosedantes	47,7	58,6	47,4	48,8	58,5	55,2	54,0	48,0	48,7	54,1	50,7	46,9
Anfetaminas	4,0	8,6	2,8	4,5	6,9	3,4	2,9	3,1	2,6	2,6	3,6	3,6
Cannabis	6,5	12,2	11,3	14,3	15,2	18,7	20,0	16,7	16,7	20,9	16,8	14,6
MDMA	0,1	1,5	0,0	1,8	1,6	1,5	2,5	1,6	1,9	0,4	1,7	1,1
Alcohol**	27,7	28,6	26,2	30,5	35,5	35,3	42,5	39,0	35,8	33	34,3	27,8
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Opioides	77,7	79,8	79,1	77,9	76,6	77,3	64,0	64,7	63,9	58,1	58,6	59,0
Cocaína	60,2	59,1	57,3	52,2	58,6	54,1	51,7	48,8	53,7	53,2	61,6	60,3
Hipnosedantes	45,1	42,2	58,4	65,0	63,2	62,8	65,8	68,0	67,3	68,0	63,2	66,8
Anfetaminas	2,2	3,5	1,5	4,7	3,8	6,2	7,9	4,4	6,2	5,9	5,8	6,8
Cannabis	15,6	22,8	23,8	24,5	22,4	21,6	16,5	23,4	23,4	20,7	24,8	25,5
MDMA	1,4	1,1	0,8	1,7	1,7	1,1	3,5	2,3	2,8	1,7	4,3	2,3
Alcohol**	25,9	28,8	28,8	33,3	28,9	31,2	40,8	39,8	42,9	44,0	47,5	39,7

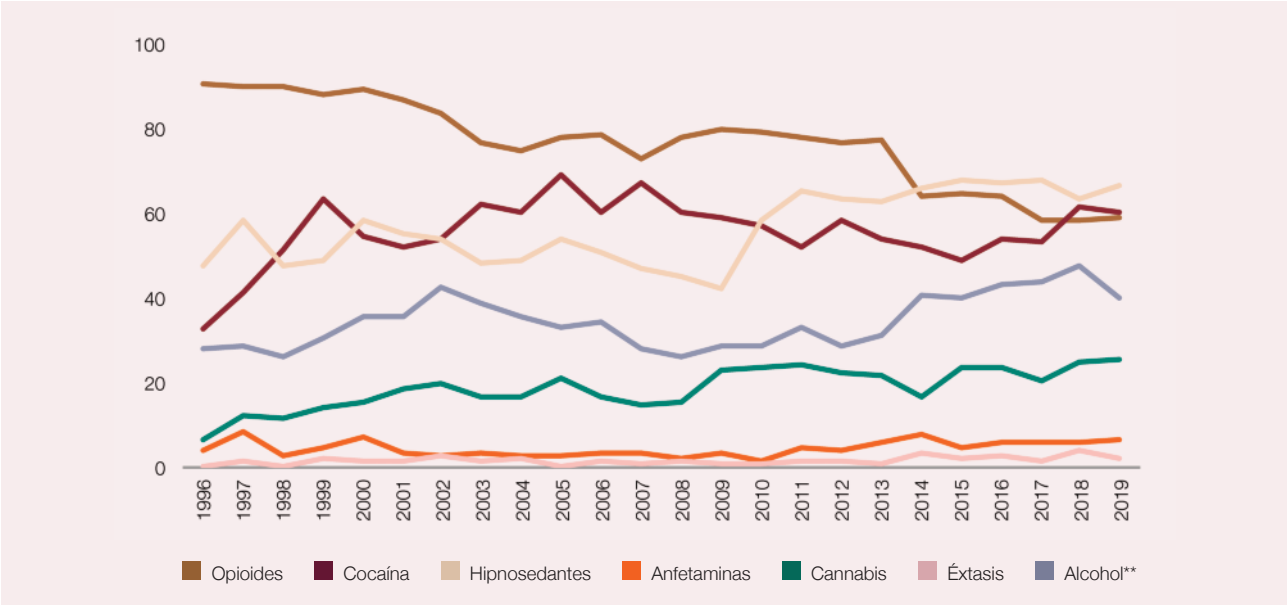
* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador y los casos en los que se ha detectado alguna sustancia.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece junto a otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Figura 2.3.2.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 1996-2019.



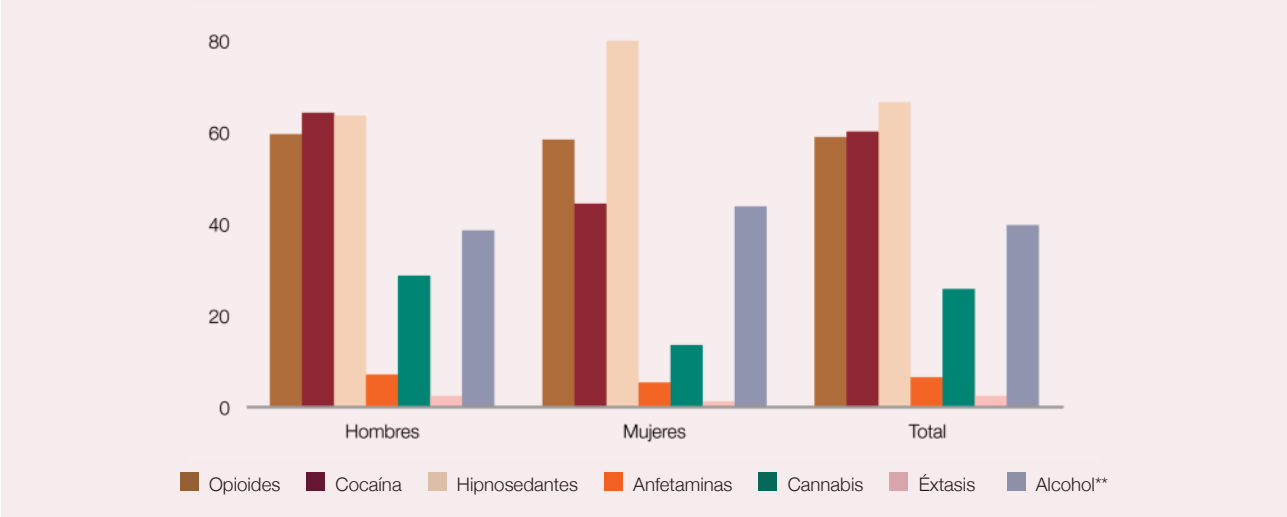
* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador y los casos en los que se ha detectado alguna sustancia.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece junto a otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Figura 2.3.3.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico en función del sexo. España*, 2019.



	Hombres	Mujeres	Total
Opioides	59,3	58,3	59,0
Cocaína	64,3	44,2	60,3
Hipnosedantes	63,6	79,8	66,8
Anfetaminas	7,2	5,5	6,8
Cannabis	28,6	13,5	25,5
Éxtasis	2,6	1,2	2,3
Alcohol**	38,7	43,6	39,7

* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador y los casos en los que se ha detectado alguna sustancia.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece junto a otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

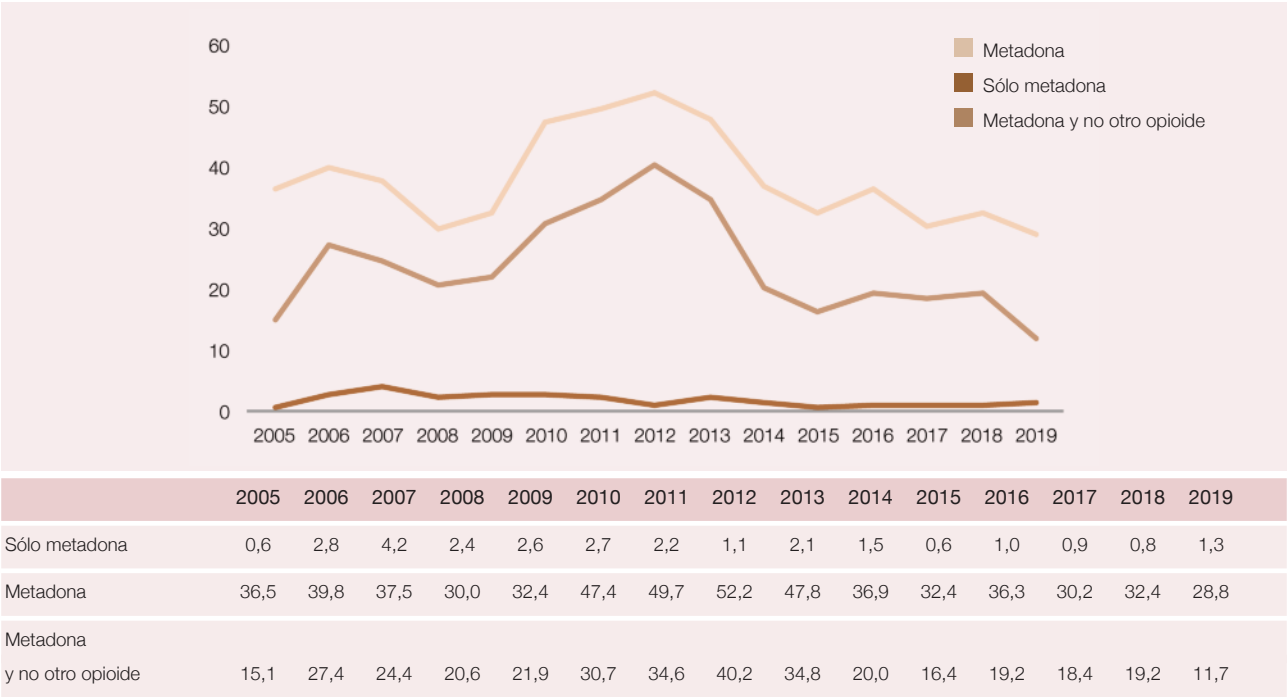
En los 819 fallecimientos analizados, la mayoría (90,2%) muestra más de una sustancia en su análisis toxicológico. Únicamente en 80 personas se detectó una sola sustancia (9,8%)

En 2019 se detectan opioides en 483 fallecidos: como única sustancia en el 3,5% (3,12 % en 2018), con cocaína independientemente de que puedan identificarse otras sustancias de manera simultánea en el 58,2% de los casos (59,5% en 2018) y con sustancias diferentes a la cocaína en el 38,3% (37,4% en 2018).

En el grupo de opioides, merece mención específica la metadona, sustancia detectada en el 28,8% de los fallecidos en 2019, siendo en el 11,7% de los casos el único opioide, independientemente de que se identificasen sustancias de otros grupos. Ambos porcentajes son los más bajos desde el año 2005 (figura 2.3.4).

Figura 2.3.4.

Evolución del porcentaje de fallecidos en los que se detecta metadona (metadona, sólo metadona, y metadona y no otro opioide, aunque haya otras sustancias). España*, 2005-2019.



* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.
FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

En relación a otros opioides de uso terapéutico, en 2019 se han notificado 19 fallecimientos con presencia de fentanilo (10 en 2018) y 81 fallecimientos con presencia de tramadol (41 en 2018).

Por lo que respecta a la **cocaína**, en 2019 de los 494 fallecidos en los que se identifica cocaína, se encuentra como única sustancia en el 9,1% (8,9% en 2018) y asociada a opioides, independientemente de otras sustancias en el 56,9% (56,5% en 2018).

Evolutivamente, con respecto al total de fallecidos, la combinación de **opioides y cocaína**, entre ellas y con otras sustancias ha variado a lo largo de los años. En 2019, de las 819 defunciones con información toxicológica, 281 (34,3% de los casos), presentan la combinación de cocaína y opioides, independientemente de que aparezcan otras sustancias, detectándose sólo la combinación de opioides y cocaína en 21 casos (2,6% de los fallecidos).

Los opioides, identificados como sustancia única en los fallecidos, vienen manteniendo una tendencia general descendente que se ha estabilizado en torno al 2% (1,8% en 2018 y 2,1% en 2019). La cocaína, como sustancia única, se detecta en un 5,5% de los casos en 2018 y en 2019.

Un año más, el porcentaje de fallecidos en los que se detecta cocaína y no opioides (26,8% en 2018 y 26% en 2019) es superior al de fallecidos en los que se detecta opioides y no cocaína (23,7% en 2018 y 24,7% en 2019), lo que confirmaría la disminución del peso de los opiáceos en los fallecidos por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.

Los **hipnosedantes**, en 2019 y al igual que en años previos, se detectan en su mayoría junto con otras sustancias, generalmente opiáceos, cocaína y alcohol. En el 2,5% de los fallecidos, 21 casos, los hipnosedantes son la única sustancia detectada, de los cuales 16 son suicidios (76%).

El **cannabis** viene mostrando una presencia cada vez mayor entre los fallecidos de los últimos años, apareciendo habitualmente en combinación con otras sustancias (hipnosedantes, opioides, cocaína y alcohol). En 2019 se ha detectado en 209 fallecidos, en 2 casos como sustancia única y, con independencia de la detección de otras sustancias, con alcohol en el 25,4% de estos casos, con cocaína en el 59,8%, con hipnosedantes en el 67% y con opioides en el 89,0%.

Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas

Evolución del consumo de sustancias y de la edad de los fallecidos

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el indicador 6 ciudades españolas del Registro Específico de Mortalidad se ha mantenido activo a lo largo de los años sin que se hayan registrado modificaciones relevantes en la cobertura y los criterios de notificación, lo que permite su utilización como referencia con respecto a los posibles cambios registrados en la notificación nacional.

En 2019 se notificaron en estas 6 ciudades 210 personas fallecidas, que superan en el 66,7% de los casos los 40 años de edad (69,7% en el cómputo nacional). De ellas, el 21,4% son mujeres y el 78,6% son hombres (tabla 2.3.4)

Tabla 2.3.4.

Evolución de las edades de los fallecidos en 6 ciudades españolas*. España, 2005-2019.

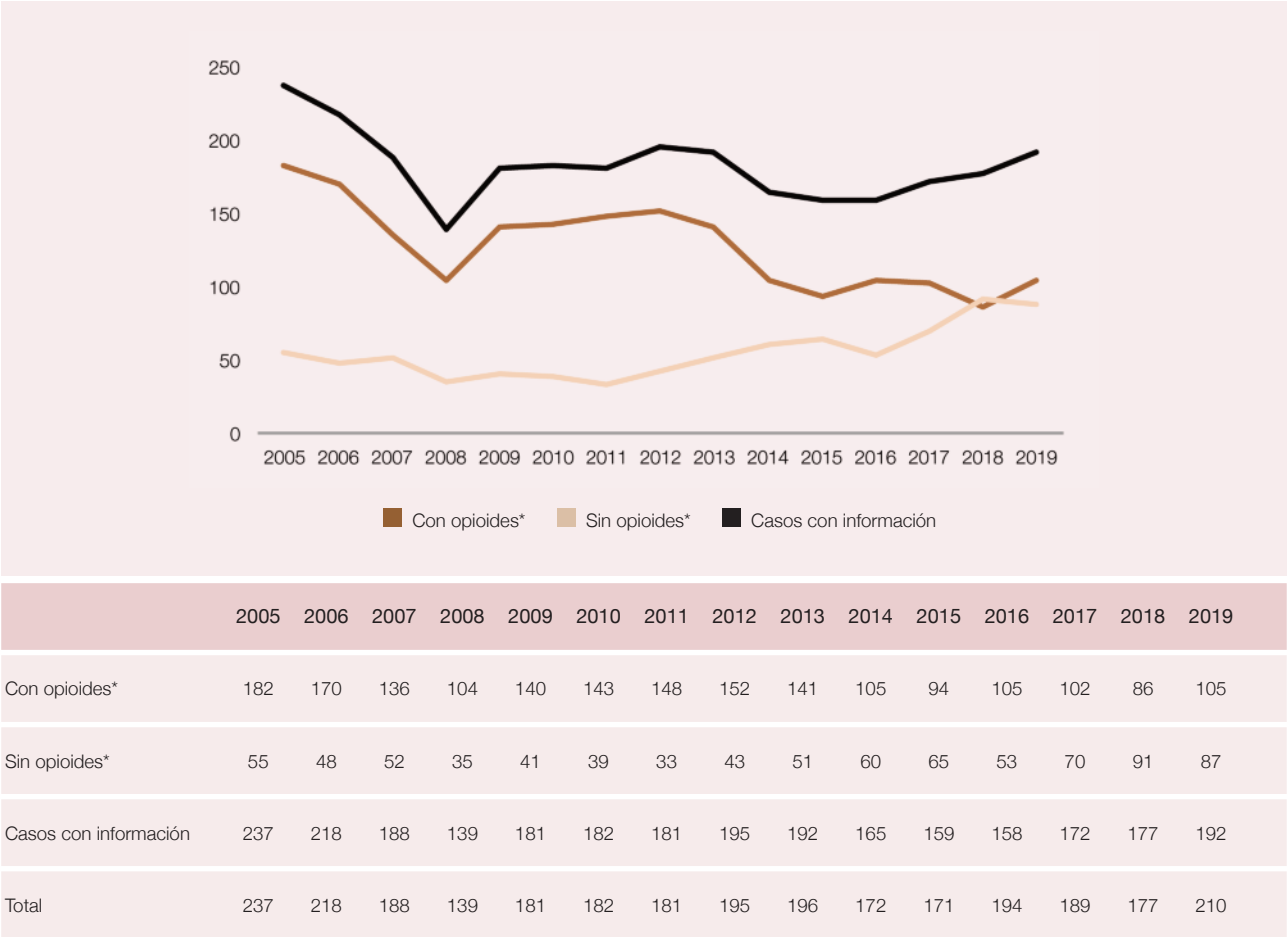
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<15 años		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15-19 años	3	3	1	0	2	0	2	1	1	0	0	3	0	0	2
20-24 años	17	7	8	9	8	4	5	7	1	0	3	5	2	4	6
25-29 años	31	25	24	15	12	12	11	10	17	9	6	12	11	7	13
30-34 años	40	42	30	22	35	21	14	21	24	23	10	14	18	14	17
35-39 años	66	43	32	23	26	48	40	29	32	20	35	29	31	18	23
40-44 años	52	44	39	23	49	39	41	45	31	28	27	40	29	28	29
45-49 años	19	27	23	26	35	39	34	37	42	38	24	29	30	41	43
50-54 años	5	13	6	15	12	13	18	30	30	32	39	29	31	30	36
55-59 años	1	5	0	4	2	2	6	12	14	13	17	20	26	21	27
60-64 años	1	1	2	2	0	3	5	3	4	7	10	13	11	10	11
≥65 años	0	8	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Desconocida	2	0	23	0	0	0	5	0	0	2	0	0	0	3	3
Total fallecidos	237	218	188	139	181	182	181	195	196	172	171	194	189	177	210

* Registro Específico de Mortalidad: 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al registro específico de mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

El análisis evolutivo del tipo de sustancias identificadas muestra (figura 2.3.5) el porcentaje de fallecimientos en los que se detectan opioides, independientemente de la aparición de otras sustancias, que ha disminuido claramente pasando de un 76,8% en el año 2005 a un 54,7% en el año 2019 (105 casos de 192 en los que se contaba con esta información).

Figura 2.3.5.
Número de fallecidos en las 6 ciudades españolas (casos con información toxicológica, fallecidos con y sin presencia de opioides). 2005-2019.



* Independientemente de la aparición o no de otras sustancias.

Registro Específico de Mortalidad: 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al registro específico de mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Registro General de Mortalidad

Metodología

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) dispone de un registro de defunciones clasificadas en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La última base de datos de mortalidad disponible (al cierre de este informe) a nivel nacional es la del año 2019.

Para el análisis de la mortalidad utilizando el Registro General de Mortalidad y en base a las recomendaciones internacionales y las características propias de España se seleccionan los siguientes códigos de la CIE-10: F11, F12, F14, F15, F16, F19, X42, X44, X62, Y12 (tabla 2.3.5.).

Tabla 2.3.5.

Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) seleccionados del Registro General de Mortalidad.

F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiodes
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas
X42	Envenenamiento accidental por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte
X44	Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados
X62	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte
Y12	Envenenamiento por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte, de intención no determinada

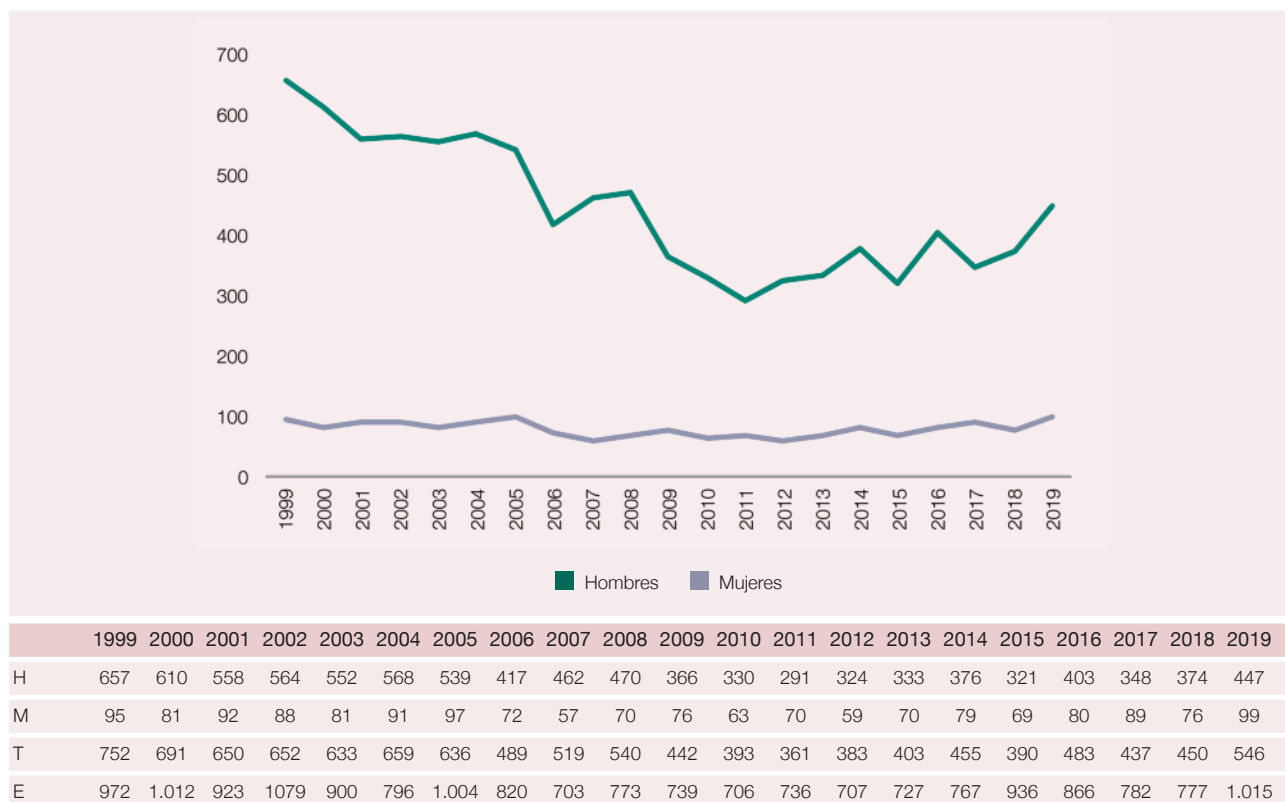
Resultados

En 2019 se produjeron 418.703 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 antes especificados, 546 defunciones, lo que supone un 0,1% del total por todas las causas.

A lo largo del periodo 1999-2019, y al igual que se detectaba en el registro específico, se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica y que, en 2019, supone el 81,9% de las defunciones (figura 2.3.6).

Figura 2.3.6.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales, según sexo. España, 1999-2019.



H = Hombres; M = Mujeres; T = Total; E = Estimación.

Nota: Se incluyen los códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Gráfico elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística (INE).

La distribución de las defunciones en función de la edad muestra una tendencia ascendente de la edad media de las personas fallecidas, lo que se traduce en un predominio de personas con más de 35 años.

En la década de los noventa, la mayoría de las muertes se producían en menores de 35 años, pero desde 2003, cambió la distribución por edad y, en 2019, los menores de 35 años suponen menos del 20,3% del total de los fallecidos por causas relacionadas con el consumo de sustancias (figura 2.3.7).

Figura 2.3.7.

Evolución del número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, según edad. España, 1999-2019.



* Códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Gráfico elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística (INE).

Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad

Metodología

Las dos fuentes de información mostradas hasta el momento (Registro Específico de Mortalidad y Registro General de Mortalidad) tienen algunas limitaciones, por lo que, para tratar de minimizarlas, se realiza una estimación de defunciones combinando ambas fuentes.

El Registro Específico de Mortalidad aporta datos sobre defunciones procedentes de la declaración de las CCAA, pero no todas ellas han notificado a lo largo de todos los años o no han declarado datos de la totalidad de los partidos judiciales. Se trata, por tanto, de un registro específico, pero sin cobertura completa a nivel nacional y con variaciones a lo largo de la serie.

El Registro General de Mortalidad sí tiene cobertura completa a nivel nacional, pero, aunque la calidad del registro es buena, es sabido que existe una infranotificación en las defunciones secundarias a drogas.

Por tanto, para estimar el número de defunciones por reacción aguda a sustancias psicoactivas a nivel nacional se combina la especificidad del Registro Específico con la mayor cobertura del Registro General.

Se calcula un coeficiente de subregistro, que resulta del cociente entre las muertes notificadas por el Registro Específico y aquellas del Registro General de Mortalidad. Se seleccionan únicamente las defunciones en aquellas provincias/ciudades que declaran en ambos registros pues, si bien todas declaran al Registro General de Mortalidad del INE, la notificación al Registro Específico puede variar según los años.

En la figura 2.3.8 se representa, esquemáticamente, cómo se lleva a cabo esta estimación.

Figura 2.3.8.

Cálculo de la estimación de las defunciones por drogas ilegales en España.

Coeficiente de subregistro

=

Defunciones Registro ESPECÍFICO de Mortalidad
(ciudades/provincias con información en ambos registros)

Defunciones Registro GENERAL de Mortalidad
(ciudades/provincias con información en ambos registros)

Estimación defunciones

=

Defunciones Registro GENERAL
(todas)

x

Coeficiente
de subregistro

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Resultados

Con esta metodología se estima que se produjeron 1.015 muertes por consumo de drogas ilegales en España en 2019.

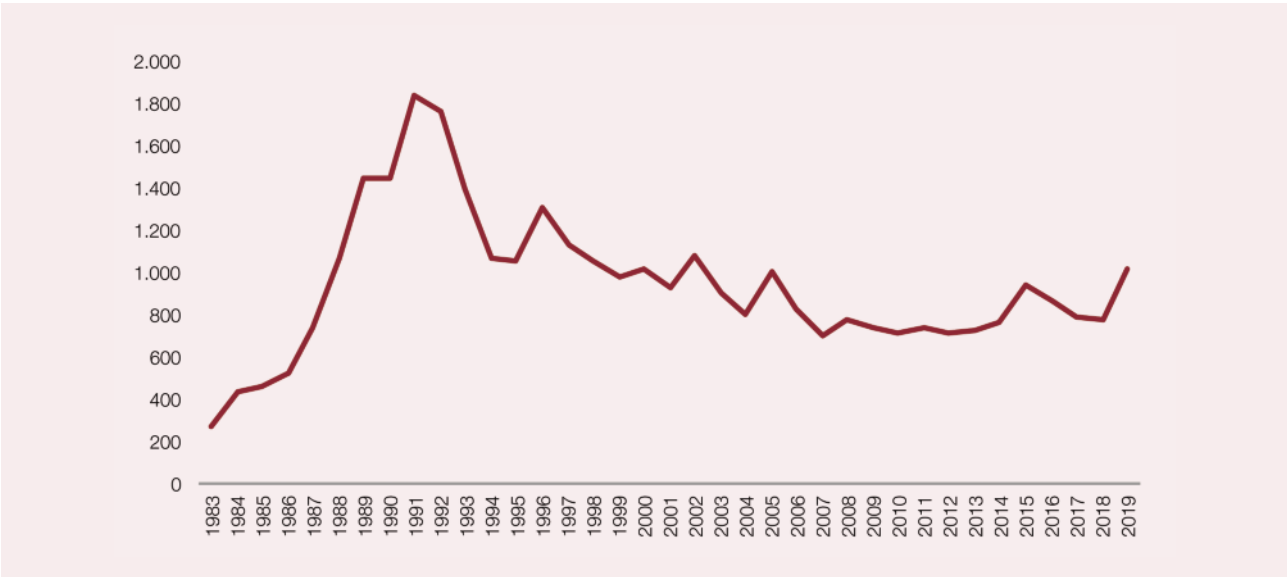
Este dato debe interpretarse como el mínimo número de defunciones por drogas; probablemente la cifra sea superior, ya que con este método no se incluyen algunas muertes que no hubieran ocurrido si no se hubiera consumido alguna droga (por ejemplo: infartos agudos de miocardio o accidentes de tráfico por consumo de cocaína) pero cuya causa de muerte es otra patología común y no ha sido necesaria la intervención judicial.

La figura 2.3.9 muestra los datos procedentes de la estimación de defunciones por sustancias psicoactivas, a nivel nacional, desde el año 1983 hasta 2019. Se observa que, tras el pico de principio de la década de los noventa, asociado a la epidemia de consumo de heroína, se mantiene una tendencia descendente con repuntes puntuales. En 2019 se estima un incremento de mortalidad que será necesario vigilar para comprobar si se confirma esta tendencia.

Esta estimación global de la mortalidad permite disponer de datos nacionales superando las limitaciones de las dos fuentes de información existentes. El progresivo aumento de la cobertura del Registro Específico de mortalidad que, en 2019, abarca todas las comunidades y ciudades autónomas y la mayoría de partidos judiciales del territorio nacional y cubre el 89,2% de la población, ha permitido acercar cada vez más el número de casos notificados en este Registro Específico y la estimación nacional realizada anualmente.

Figura 2.3.9.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas (estimación nacional). España, 1983-2019.



FUENTE: Estimación del Observatorio Español de la Droga y las Adicciones (OEDA) para el total de España a partir de datos del Registro Específico de Mortalidad del OEDA y datos del Registro General de Mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística).

Tabla 2.3.6.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales (estimación nacional). España, 1983-2019.

Número de defunciones		Número de defunciones	
1983	266	2001	923
1984	440	2002	1.079
1985	453	2003	900
1986	516	2004	796
1987	741	2005	1.004
1988	1.067	2006	820
1989	1.440	2007	703
1990	1.440	2008	773
1991	1.833	2009	739
1992	1.760	2010	706
1993	1.399	2011	736
1994	1.067	2012	707
1995	1.051	2013	727
1996	1.310	2014	767
1997	1.127	2015	936
1998	1.049	2016	866
1999	972	2017	782
2000	1.012	2018	777
		2019	1.015

FUENTE: Estimación del Observatorio Español de la Droga y las Adicciones (OEDA) para el total de España a partir de datos del Registro Específico de Mortalidad del OEDA y datos del Registro General de Mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística).

Datos de mortalidad a partir de las diferentes fuentes de información disponibles

En la tabla 2.3.7 y en la figura 2.3.10 se presentan los datos de mortalidad por drogas utilizando las diferentes fuentes de información antes descritas con el fin de facilitar una visión global de las mismas.

Tabla 2.3.7.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, en base a diferentes fuentes de información. España, 1983-2019.

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	
Estimación nacional	266	440	453	516	741	1.067	1.440	1.440	1.833	1.760	1.399	1.067	
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	82	139	143	163	234	337	455	455	579	558	444	388	
Registro General de Mortalidad (INE)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Estimación nacional	1.051	1.310	1.127	1.049	972	1.012	923	1.079	900	796	1.004	820	
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	–	–	–	–	–	444	496	496	493	468	455	428	
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	395	421	339	306	291	284	268	229	270	212	242	218	
Registro General de Mortalidad (INE)	–	–	–	–	752	691	650	652	633	659	636	489	
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2107	2018	2019
Estimación nacional	703	773	739	706	736	707	727	767	936	866	782	777	1.015
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	475	424	438	517	408	519	489	556	600	613	696	732	920
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	188	139	181	182	181	195	196	172	171	194	189	177	210
Registro General de Mortalidad (INE)	519	540	442	393	361	383	403	455	390	483	437	450	546

Estimación nacional: Estimación del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) para el total de España a partir de datos del Registro Específico de Mortalidad del OEDA y del Registro General de Mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística).

Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican): Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de todas las Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

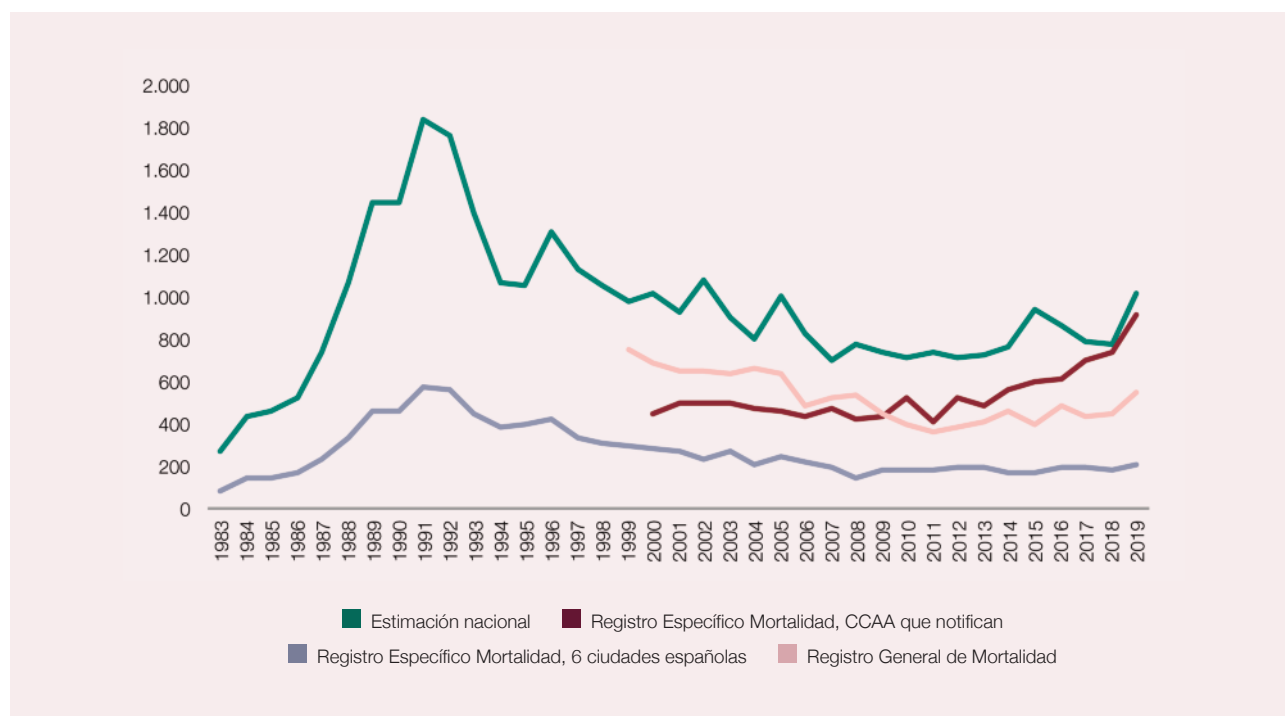
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas): Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Registro General de Mortalidad (INE - Instituto Nacional de Estadística): Se incluyen los códigos CIE-10: F11, F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Figura 2.3.10.

Número de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2019.



Estimación nacional: Estimación del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) para el total de España a partir de datos del Registro Específico de Mortalidad del OEDA y del registro General de Mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística).

Registro Específico de Mortalidad, CCAA que notifican. Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de todas las Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Registro Específico de Mortalidad, 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2019

Introducción

En los últimos 30 años, el sida y la infección por VIH han representado uno de los principales problemas de salud relacionados con el uso de drogas en España. Sin embargo, desde finales de la década de los noventa, se ha observado un descenso importante de la infección por VIH asociada a usuarios de drogas por vía parenteral. Este descenso puede estar relacionado con varios factores entre los que cabe destacar la elevada disponibilidad de tratamientos de mantenimiento con metadona y/o buprenorfina, programas de intercambio de jeringuillas y material de inyección, y el descenso del uso de la vía inyectada para el consumo de heroína. En España, en el 2019 se atribuyen a usuarios de drogas inyectadas el 2,6% de los nuevos diagnósticos de VIH y el 9,2% de los casos de sida¹.

En la actualidad, es preciso tener, además, muy presentes las infecciones por virus de la hepatitis, especialmente el virus de la hepatitis C (VHC) y de la hepatitis B (VHB) que, por sus características clínicas y evolutivas, han pasado más desapercibidas que la infección por VIH y que constituyen una cuestión fundamental entre los usuarios de drogas y, en especial, entre aquellos que utilizan o han utilizado la vía inyectada.

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) recoge información, a través del Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, sobre VIH desde 1996 y sobre hepatitis C y B desde 2014.

Metodología

En este capítulo se presentan, en primer lugar, algunos datos generales sobre la situación del VIH/sida provenientes del Plan Nacional sobre el Sida¹.

Posteriormente se detalla información sobre las infecciones en personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas utilizando como fuente de información el Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Este indicador recopila información sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una comunidad/ciudad autónoma y en un año dado.

Durante los últimos años, desde el OEDA, se ha venido realizando un importante esfuerzo con el fin de mejorar la recogida relacionada con las enfermedades infecciosas (VIH/sida y hepatitis B/C) en usuarios de drogas, especialmente en el caso de las hepatitis.

Para obtener esta información, en 2014 se actualizó el protocolo del Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, adaptándose a la nueva versión del Observatorio Europeo de la Droga y las Adicciones (EMCDDA). Desde entonces se ha trabajado en la implementación en los centros y se ha dado asistencia técnica a las

1. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2019: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2020.

diferentes comunidades/ciudades autónomas. No obstante, la implementación del protocolo no ha sido completa ni homogénea en todo el territorio nacional, ya que ha requerido un enorme trabajo de adaptación en el proceso de recogida de datos en los centros de tratamiento, pero se espera optimizarla en los próximos años. Además, la recogida de información serológica resulta especialmente compleja. Todo ello implica que los datos obtenidos deben interpretarse con cautela debido a la presencia de valores desconocidos.

Información más detallada sobre el Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas puede consultarse en el capítulo 2.1 del presente informe y en informes previos del OEDA. El protocolo y la hoja de notificación están disponibles en la página web del Plan Nacional sobre Drogas².

Resultados

Notificación nacional sobre infección VIH y sida

Nuevos diagnósticos de VIH

En 2019, según los datos aportados por 16 CCAA (no se dispone de los datos de Asturias, Cantabria y Melilla), se diagnosticaron en España 2.698 nuevos casos de VIH. La tasa estimada de nuevos diagnósticos tras ajuste por retraso de notificación es 7,46 /100.000 habitantes. Las mujeres suponen el 14,5% de los nuevos diagnósticos de VIH y las tasas correspondientes para hombres y mujeres fueron 10,4 y 1,7/100.000 respectivamente. La mediana de edad al diagnóstico de VIH fue de 36 años, sin diferencias significativas entre hombres (35 años) y mujeres (37 años).

Durante el periodo 2009-2018, 17 comunidades/ciudades autónomas han notificado de manera consistente sus datos, mostrando un descenso progresivo del porcentaje que suponen las mujeres, pasando del 19,8% en 2009 al 14,3% en 2018. En 2019, sólo notificaron 13 de estas 17 comunidades/ciudades autónomas, pero los datos confirman este descenso, situándose en el 13,8% de los nuevos diagnósticos (tabla 2.4.1).

Tabla 2.4.1.

Distribución de nuevos diagnósticos de infección por VIH por año de diagnóstico y sexo. Datos de 17 CCAA* (2009-2019). Datos no corregidos por retraso en la notificación.

Año de diagnóstico	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
2009	3.058	80,2	755	19,8
2010	3.236	82,2	700	17,8
2011	3.057	82,6	643	17,4
2012	3.062	84,7	551	15,3
2013	3.036	86,3	483	13,7
2014	2.951	85,0	522	15,0
2015	2.797	86,3	444	13,7
2016	2.693	84,8	481	15,2
2017	2.546	85,8	423	14,2
2018	1.972	85,7	328	14,3
2019**	1.485	86,2	238	13,8
Total	29.893	84,2	5.568	15,8

*17 CCAA: Todas excepto Andalucía y Comunidad Valenciana

**13 CCAA: Todas excepto Andalucía, Comunidad Valenciana, Asturias, Cantabria, Ceuta y Melilla.

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

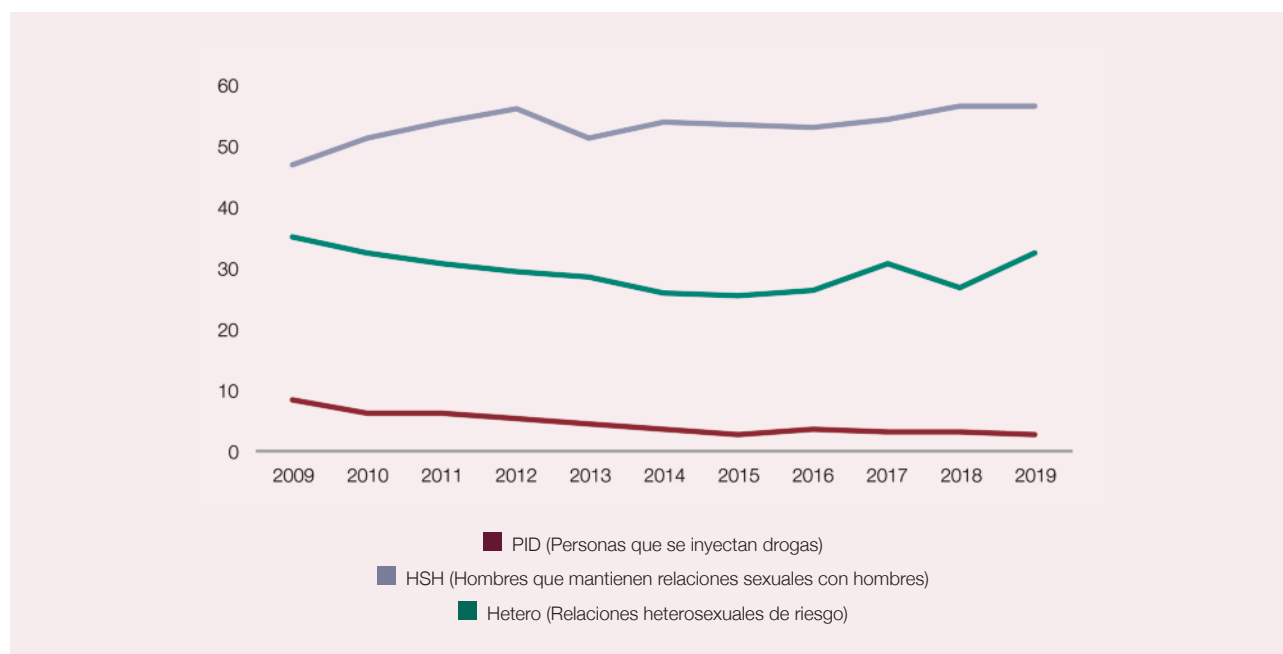
2. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>.

En 2019, el 2,6% se infectaron como consecuencia del uso de drogas por vía parenteral³. En los últimos años, el uso de drogas inyectadas ha presentado un porcentaje bajo respecto a otros mecanismos de transmisión de la infección por VIH y su peso atribuible se mantiene relativamente estable, presentando en 2019 el valor más bajo de la serie histórica (figura 2.4.1)

Desglosando el modo de transmisión según el sexo, la infección entre hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) supone el 66,0% de los nuevos diagnósticos de VIH y la transmisión heterosexual el 22,9%. Entre las mujeres, la transmisión heterosexual constituye la gran mayoría, con un 89,6% de los nuevos diagnósticos.

Figura 2.4.1.

Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH según categoría de transmisión. España, 2009-2019.



	PID	HSH	HETERO
2009	8,2	46,8	35,2
2010	6,3	51,2	32,3
2011	6,3	54,0	30,5
2012	5,2	55,9	29,5
2013	4,4	51,2	28,5
2014	3,4	53,9	26,0
2015	2,8	53,6	25,4
2016	3,6	53,1	26,5
2017	3,0	54,5	30,7
2018	3,2	56,4	26,7
2019	2,6	56,6	32,3

PID: Personas que se inyectan drogas.

HSH: Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

Hetero: Relaciones heterosexuales de riesgo.

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

3. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2019: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2020.

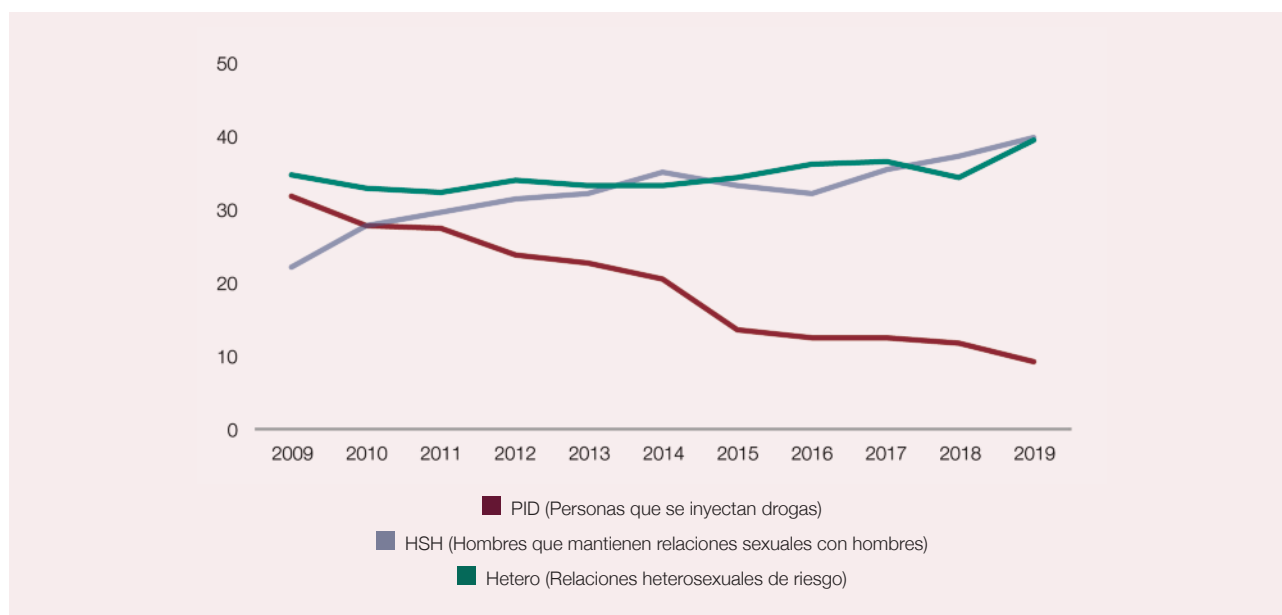
Casos de sida

En 2019, se identificaron 273 nuevos casos de sida (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 0,9/100.000 habitantes). El 81% de los nuevos casos de sida fueron hombres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 43 años, siendo similar en hombres y mujeres.

En cuanto al modo de transmisión, para la mayoría de los nuevos casos diagnosticados en 2019 la infección se contrajo por HSH (39,9%) o en relaciones heterosexuales de riesgo (39,6%). El porcentaje de personas diagnosticadas de sida en 2019 que contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas fue del 9,2%. La evolución temporal de la distribución de las diferentes vías de transmisión para los casos de sida diagnosticados entre 2009 y 2019 muestra un importante y continuado descenso de la proporción de casos contraídos en personas que se inyectan drogas (PID) y un aumento progresivo de la vía de transmisión sexual, especialmente la vía HSH (figura 2.4.2).

Figura 2.4.2.

Porcentaje de nuevos casos de sida según categoría de transmisión. España, 2009-2019.



	PID	HSH	HETERO
2009	31,8	22,1	34,7
2010	27,7	27,9	32,9
2011	27,4	29,5	32,3
2012	23,9	31,4	33,9
2013	22,5	32,2	33,4
2014	20,5	34,9	33,3
2015	13,7	33,2	34,4
2016	12,6	32,0	36,2
2017	12,6	35,5	36,5
2018	11,6	37,1	34,5
2019	9,2	39,9	39,6

PID: Personas que se inyectan drogas.

HSH: Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

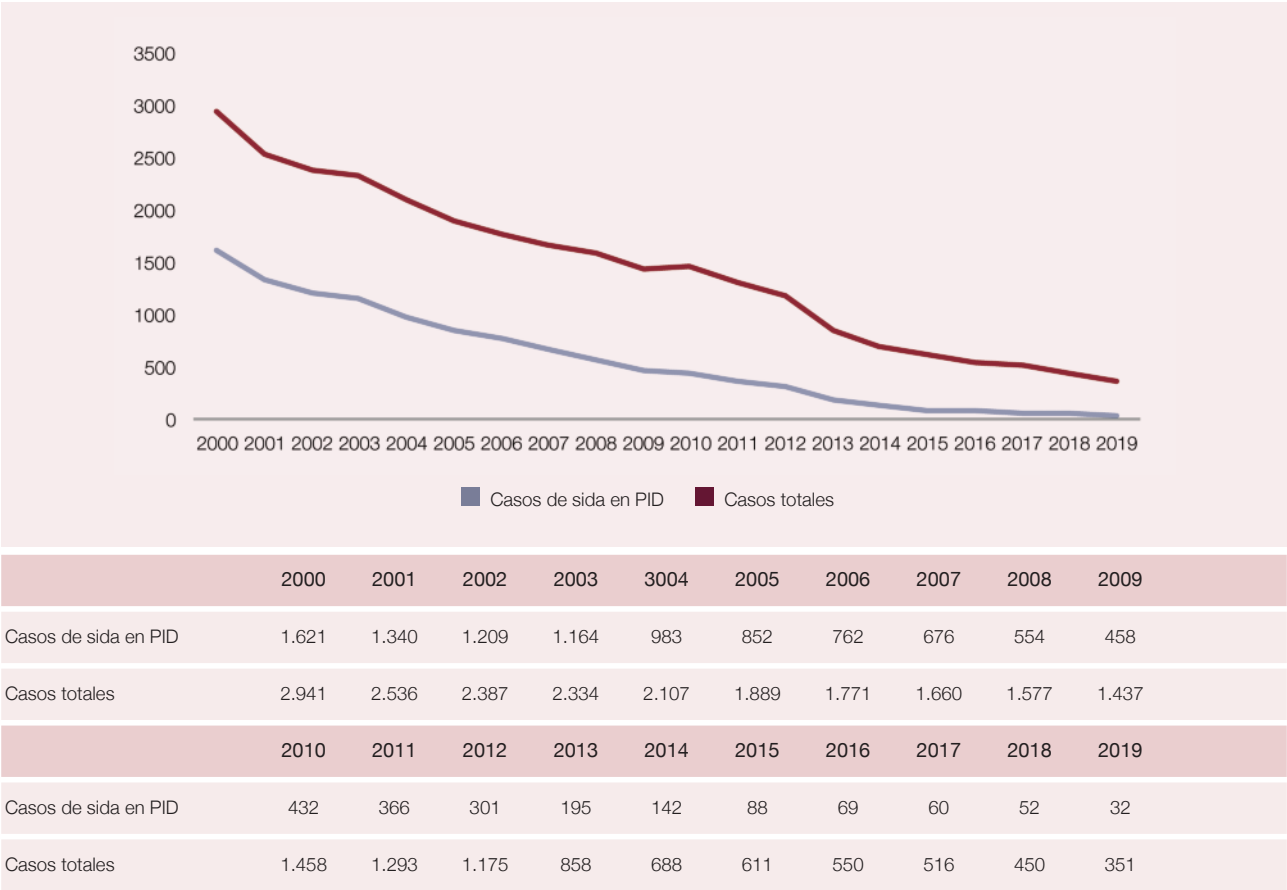
Hetero: Relaciones heterosexuales de riesgo.

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

En cuanto a la evolución temporal del número absoluto de nuevos casos de sida, se observa una tendencia descendente del número total de nuevos casos y la misma tendencia descendente de los casos atribuibles al uso inyectado de drogas (figura 2.4.3).

Figura 2.4.3.

Número de casos de sida en personas que se inyectan drogas y número de casos de sida total. España, 2000-2019. Datos corregidos por retraso en la notificación.



PID: Personas que se inyectan drogas.
Nota: años 2016, 2017, 2018 y 2019: estimaciones corregidas por retraso que pueden sufrir modificaciones conforme se complete la notificación.
FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

En 2019 se registraron 50.035 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco). Entre ellas, 20.689 corresponden a personas que ya habían recibido tratamiento previo y 27.492 fueron admisiones por primera vez. A continuación, se presentan los datos más relevantes de infecciones (VIH, hepatitis C y hepatitis B) en personas admitidas a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en 2019.

Respecto a la **infección por VIH**, el 3,2% del total de admitidos a tratamiento presentaban VIH positivo, valor inferior al registrado en años anteriores. Este porcentaje fue más elevado entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente (5,4%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (1,6%), y también más elevado entre los inyectores (20,4%) que entre los que no se habían inyectado nunca (1,1%) (figura 2.4.4 y tabla 2.4.2). Además, el porcentaje de personas con VIH positivo presenta diferencias considerables en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tabla 2.4.3).

Figura 2.4.4.

Prevalencia de infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total, admitidos con tratamiento previo y admitidos sin tratamiento previo) (%). España, 2005-2019.



Prevalencia mínima: positivos entre el total (incluye casos positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocido).

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 2.4.2.

Porcentaje de inyección y estado serológico para VIH, VHC y VHB para el total de los admitidos a tratamiento (sin alcohol), en función del tratamiento previo y de ser o no inyector (números absolutos y %). España, 2019.

	Total	Tratamiento previo	Sin tratamiento previo	Inyectores*	No inyectores*
Número de casos	50.035	20.689	27.492	4.877	38.451
Inyección de drogas					
Alguna vez en la vida	11,3	20,5	4,2	100	0,0
Últimos 12 meses	4,6	8,1	1,7	40,5	0,0
Últimos 30 días	3,9	6,9	1,4	34,2	0,0
Estado serológico. Prevalencia mínima**					
Prevalencia VIH Mínima	3,2	5,4	1,6	20,4	1,1
Prevalencia Hepatitis C Mínima	5,5	10,7	1,7	38,5	1,6
Prevalencia Hepatitis B Mínima	0,5	0,7	0,3	2,5	0,3

* Inyectores: se han inyectado alguna vez en la vida. No inyectores: no se han inyectado nunca.

** Prevalencia mínima: positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocido).

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 2.4.3.

Prevalencia de inyección y estado serológico para VIH, VHC y VHB en función de la sustancia que genera la admisión a tratamiento (%). España, 2019.

	Cocaína polvo	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estí. sin cocaína*	Otros opioides	Metadona	Alucinógenos*	S. volátiles*
Inyección alguna vez en la vida	2,5	1,9	39,7	11,0	6,2	13,5	28,0	40,9	5,9	0,0
Inyección últimos 12 meses	1,1	0,3	17,1	2,5	0,3	11,5	12,7	5,6	4,0	0,0
Inyección últimos 30 días	0,9	0,2	14,8	1,1	0,2	9,5	11,4	4,1	3,0	0,0
Prevalencia máxima de VIH	3,5	3,3	15,7	5,8	6,8	25,0	13,3	26,7	2,0	12,5
Prevalencia máxima Hepatitis C	3,8	4,3	35,8	10,0	7,4	15,3	25,6	34,6	6,8	12,5
Prevalencia máxima Hepatitis B	1,2	1,3	4,0	1,8	2,1	3,8	1,1	7,7	0,0	0,0
Prevalencia mínima VIH	1,3	0,9	8,8	2,8	2,5	12,8	6,2	12,6	0,8	5,7
Prevalencia mínima Hepatitis C	1,4	1,1	19,5	4,5	2,6	7,2	11,8	16,1	2,4	5,7
Situación mínima Hepatitis B	0,7	0,7	3,2	1,4	1,3	1,0	0,8	6,0	0,0	0,0

* Debido al bajo número de casos notificados anualmente con información en las variables estudiadas, los datos en estas sustancias se muestran inestables.

Prevalencia mínima: positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocidos). En Hepatitis B, portador crónico entre el total (incluye portador crónico, inmune, no inmune, pendiente de resultado y desconocidos).

Prevalencia máxima: positivos entre los casos con información (incluye positivos y negativos); en Hepatitis B, portador crónico entre portador crónico más inmune, más no inmune.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto a la **infección por VHC**, en 2019 el 5,5% del total de admitidos a tratamiento presentaban VHC positivo, siendo más elevada la prevalencia entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente (10,7%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (1,7%). Se registran diferencias considerables entre inyectores y no inyectores (38,5% frente a 1,6%) y en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tabla 2.4.2 y tabla 2.4.3).

Respecto a la **infección por VHB**, la prevalencia de hepatitis B (considerada como HBsAg positivo-portador crónico) entre el total de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas es, como mínimo, del 0,5% en 2019. Se registran cifras más elevadas entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente que entre los tratados por primera vez (0,7% vs 0,3%), y también mayor porcentaje entre los inyectores que en los no inyectores (2,5% vs 0,3%) (tabla 2.4.2). De nuevo, se observan grandes diferencias en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tabla 2.4.3).

Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan la vía inyectada

En 2019 fueron admitidas a tratamiento 4.877 personas que se habían inyectado alguna vez en la vida, de las que 1.977 lo habían hecho los 12 meses anteriores a la admisión. La evolución histórica venía mostrando una disminución del número de admitidos a tratamiento que reconocían haberse inyectado alguna vez en la vida. En 2019 se confirma la tendencia descendente, mostrando los valores más bajos de la serie histórica y situándose por primera vez por debajo de los 5.000 casos (tabla 2.4.4).

Tabla 2.4.4.

Prevalencia de infección y conocimiento de estado serológico sobre VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas que han utilizado la vía inyectada alguna vez en la vida o último año (número absolutos y %). España, 2005-2019.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total inyectores alguna vez en la vida (nº)															
	9.533	11.601	11.249	10.895	9.637	9.697	8.385	7.580	7.026	5.224	5.904	6.117	5.946	5.223	4.877
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)															
	6.991	9.068	8.643	8.126	7.143	7.243	6.546	5.957	5.439	3.992	4.287	4.348	4.246	3.751	3.515
Prevalencia de infección por VIH (%)															
	36,1	36,4	34,5	32,5	32,3	33,6	33,0	33,1	30,6	30,9	31,5	31,1	30,8	30,3	28,4
Total inyectores último año previo a admisión (nº)															
	4.358	4.892	4.575	4.546	3.763	3.549	3.094	2.562	2.237	1.387	2.413	2.621	2.691	2.161	1.977
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)															
	2.996	3.665	3.319	3.203	2.585	2.487	2.259	1.910	1.646	1.010	1.710	1.769	1.885	1.536	1.410
Prevalencia de infección por VIH (%)															
	32,7	33,4	30,8	27,6	26,9	30,2	28,7	28,4	24,4	26,0	33,7	34,6	32,1	30,1	30,1

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

VIH

Entre los inyectores admitidos a tratamiento en el año 2019 (tanto si se inyectaron alguna vez en la vida como en el último año), aproximadamente 7 de cada 10 conocen su estado serológico para el VIH. Esta proporción se ha venido manteniendo estable con pocas oscilaciones durante los últimos años (figura 2.4.5).

Entre aquellos que se habían inyectado alguna vez en la vida y conocen su estado serológico frente al virus VIH (3.515 personas), el 28,4% mostró serología positiva (998 casos). Asimismo, entre los que utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos a ser admitidos y conocían su estado serológico para el VIH (1.410 personas), el 30,1% mostró serología positiva (424 casos) (figura 2.4.5 y tabla 2.4.4).

En lo que respecta a la evolución temporal, la prevalencia de infección por VIH venía mostrando una tendencia descendente entre los inyectores alguna vez en la vida entre los años 2005 (36,1%) y 2013 (30,6%), estabilizándose a partir de entonces en valores cercanos al 30%. En 2019 se observa un nuevo descenso en la prevalencia, llegando a valores mínimos históricos del 28,4% (figura 2.4.5).

En cuanto a la prevalencia de VIH entre los inyectores en los últimos 12 meses, la serie histórica ha venido mostrando una tendencia general descendente con altibajos desde 1996 hasta 2014, año a partir del cual se registra un repunte en la prevalencia de VIH que además es especialmente notorio entre las mujeres (figura 2.4.6). En los años más recientes, desde 2016, la tendencia general es descendente (figuras 2.4.5 y 2.4.6), aunque el descenso se ha iniciado más tarde en las mujeres que en los hombres. En general las mujeres presentan mayores prevalencias de VIH que los hombres a lo largo de toda la serie histórica. En 2019 la prevalencia de VIH entre los inyectores en los últimos 12 meses es de 36,3% entre mujeres y del 29,3% en los hombres (figura 2.4.6).

Entre los inyectores con edad de 35 años o más que conocen su estado serológico, los datos muestran una tendencia general descendente en la prevalencia de VIH desde 1996 hasta 2013, año en que se llegó a la menor cifra de toda la serie temporal, el 34%. A partir de entonces la prevalencia aumentó hasta alcanzar un máximo de 39,6% en el año 2016, para después volver a bajar. En 2019 la prevalencia de VIH entre las personas de 35 años o más que se inyectan y conocen su estado serológico es del 33,3%, por lo que se mantiene sin grandes cambios respecto a 2018 (32,9%) (figura 2.4.7).

Además, se dispone de información sobre el conocimiento del estado serológico y de la prevalencia de VIH entre los inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas en España en 2019 desglosando por edad, sexo, si se habían inyectado alguna vez en la vida o durante el año previo a ser admitidos a tratamiento, y si eran o no consumidores de opioides (tabla 2.4.5).

Figura 2.4.5.

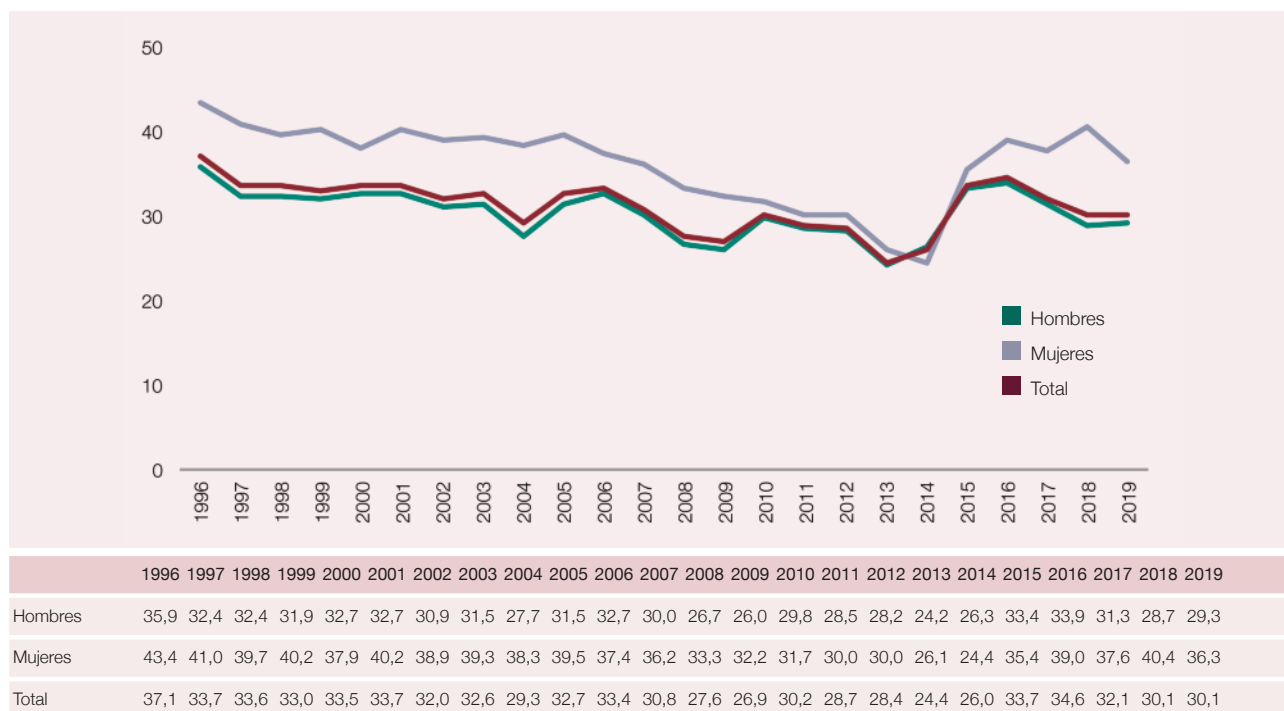
Prevalencia de infección y conocimiento de estado serológico sobre VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas que han utilizado la vía inyectada alguna vez en la vida o último año (%). España, 2005-2019.



FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.4.6.

Prevalencia de infección por VIH (total y según sexo) entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas que han utilizado la vía inyectada en el último año y que conocían su estado serológico (%). España, 1996-2019.

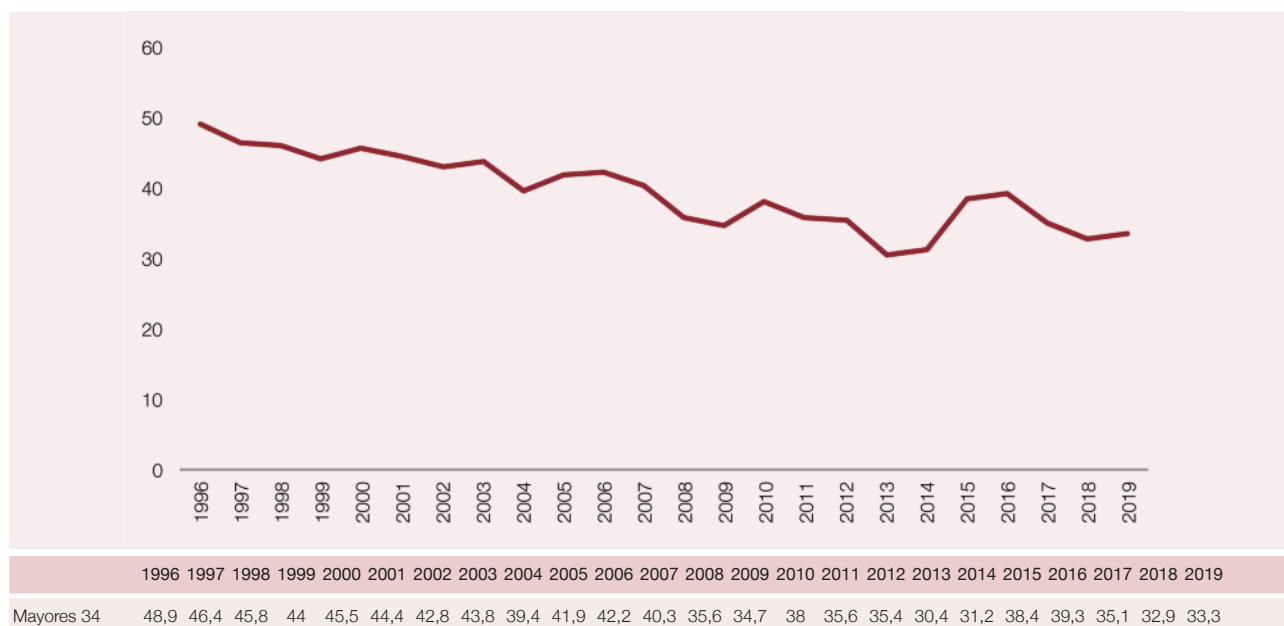


Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruce. La proporción de inyectores admitidos a tratamiento que desconocía su estado serológico frente al VIH fue de 33,5% en 1997, 29,4% en 1999, 25,5% en 2001, 26,1% en 2003, 27,5% en 2004, 26,7% en 2005, 21,8% en 2006, 23,2% en 2007, 29,5% en 2008, 16,9% en el 2009, 18,1% en 2010, 18,3% en 2011, 18,6% en 2012, 26,4% en 2013, 27,2% en 2014, 29,1% en 2015, 30% en 2016, 26,4% en 2017, 24,6% en 2018 y 28,9% en 2019.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.4.7.

Prevalencia de infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas mayores de 34 años que han utilizado la vía inyectada en el último año y que conocían su estado serológico (%). España, 1996-2019.



Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruce. La proporción de inyectores admitidos a tratamiento que desconocía su estado serológico frente al VIH fue de 33,5% en 1997, 29,4% en 1999, 25,5% en 2001, 26,1% en 2003, 27,5% en 2004, 26,7% en 2005, 21,8% en 2006, 23,2% en 2007, 29,5% en 2008, 16,9% en el 2009, 18,1% en 2010, 18,3% en 2011, 18,6% en 2012, 26,4% en 2013, 27,2% en 2014, 29,1% en 2015, 30% en 2016, 26,4% en 2017, 24,6% en 2018 y 28,9% en 2019.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 2.4.5.

Prevalencia y conocimiento estado serológico sobre infección por VIH, hepatitis C (VHC) y hepatitis B (VHB) entre los inyectores (alguna vez en la vida y último año) admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (números absolutos y %). España, 2019.

	VIH		Hepatitis C		Hepatitis B	
	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión
TOTAL						
Total inyectores (nº)	4.877	1.977	4.877	1.977	4.877	1.977
Conocen estado serológico (%)	72,1	71,3	70,0	69,3	35,0	32,7
Prevalencia de infección (%)	28,4	30,1	55,0	56,1	7,0	7,4
SEXO						
Hombres inyectores (nº)	4.266	1.732	4.266	1.732	4.266	1.732
Conocen estado serológico (%)	71,7	71,7	69,9	69,9	35,3	33,4
Prevalencia de infección (%)	27,4	29,3	54,8	55,8	7,2	7,8
Mujeres inyectoras (nº)	609	244	609	244	609	244
Conocen estado serológico (%)	74,5	68,9	70,6	65,2	32,3	27,0
Prevalencia de infección (%)	34,8	36,3	56,5	58,5	6,1	4,5
EDAD						
Inyectores < 35 años (nº)	607	416	607	416	607	416
Conocen estado serológico (%)	64,1	63,5	63,1	63,2	32,5	32,0
Prevalencia de infección (%)	13,9	16,7	38,9	42,6	3,0	3,0
Inyectores ≥ 35 años (nº)	4.270	1.561	4.270	1.561	4.270	1.561
Conocen estado serológico (%)	73,2	73,4	71,0	70,9	35,3	32,9
Prevalencia de infección (%)	30,2	33,2	57,0	59,3	7,6	8,6
OPIOIDES						
Inyectores consumidores de opioides (nº)	3.972	1.666	3.972	1.666	3.972	1.666
Conocen estado serológico (%)	72,5	71,5	70,5	69,9	34,2	31,6
Prevalencia de infección (%)	27,8	28,1	57,1	58,6	6,9	8,2
Inyectores no consumidores de opioides (nº)	905	311	905	311	905	311
Conocen estado serológico (%)	70,4	70,1	67,6	66,2	38,2	38,3
Prevalencia de infección (%)	31,1	41,3	45,6	41,7	7,5	4,2

Nota: la prevalencia se calcula sobre los casos que conocen el estado serológico.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En 2019, el 30,1% de los que se habían inyectado en los últimos 12 meses tenían serología positiva para VIH, siendo la prevalencia mayor entre las mujeres (36,3% vs 29,3% en hombres), en las personas de 35 años o más (33,2% vs 16,7% en los menores de 35 años), y en las que no consumen opioides (41,3% vs 28,1% en los consumidores). No obstante, en los últimos años se observa un descenso en la prevalencia de infección por VIH en las personas de 35 años o más, que se ha estabilizado en 2019 (figura 2.4.7).

Hepatitis C (VHC)

Entre los admitidos a tratamiento en 2019 que se habían inyectado alguna vez en la vida, el 70% conoce su estado serológico frente a la infección por el virus de la hepatitis C, cifra muy similar a la obtenida entre los que se inyectaron en los 12 meses previos a ser admitidos a tratamiento. Estos porcentajes son semejantes a los que se obtienen para el grado de conocimiento serológico para el VIH y muy superiores a los obtenidos para el VHB (tabla 2.4.5).

En 2019, entre los que utilizaron la vía inyectada alguna vez en la vida y conocían su estado serológico (3.414 personas), el 55,0% mostró serología positiva para VHC (1.878 casos). Asimismo, entre los que se habían inyectado en los 12 meses previos a ser admitidos y conocían su estado serológico (1.370 personas) esta cifra alcanzó el 56,1% (768 casos), cifra inferior a la obtenida en años anteriores (tabla 2.4.6).

Tabla 2.4.6.

Evolución del número de inyectores (alguna vez en la vida y último año) admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas: prevalencia y conocimiento de estado serológico para VHC y VHB (números absolutos y %). España, 2015-2019.

	2015	2016	2017	2018	2019
Total inyectores alguna vez en la vida (nº)	5.904	6.117	5.946	5.223	4.877
Conocen su estado serológico frente a VHC (nº)	4.212	4.265	4.217	3.695	3.414
Casos positivos VHC (nº)	2.802	2.749	2.588	2.177	1.878
Prevalencia* de infección por VHC (%)	66,5	64,5	61,4	58,9	55,0
Conocen su estado serológico frente a VHB (nº)	2.002	1.993	1.955	1.791	1.706
Casos positivos VHB (portador crónico) (nº)	210	188	151	141	120
Prevalencia* de infección por VHB (%)	10,5	9,4	7,7	7,9	7,0
Total inyectores último año previo a admisión (nº)	2.413	2.621	2.691	2.161	1.977
Conocen su estado serológico frente a VHC (nº)	1.702	1.818	1.869	1.507	1.370
Casos positivos VHC (nº)	1.173	1.221	1.180	904	768
Prevalencia* de infección por VHC (%)	68,9	67,2	63,1	60,0	56,1
Conocen su estado serológico frente a VHB (nº)	727	734	810	688	646
Casos positivos VHB (portador crónico) (nº)	89	72	65	59	48
Prevalencia* de infección por VHB (%)	12,2	9,8	8,0	8,5	7,4

* Prevalencia entre los que conocen su estado serológico

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Entre las personas admitidas a tratamiento que se habían inyectado en los últimos 12 meses, los hombres conocían su estado serológico frente al VHC con mayor frecuencia que las mujeres (69,9% en ellos vs 65,2% en ellas). Sin embargo, la prevalencia de infección por hepatitis C fue mayor entre las mujeres (58,5% frente a 55,8% en hombres). Además, tanto el conocimiento del estado serológico como la prevalencia de infección fueron más elevados entre aquellos con edad de 35 años o más y también entre los admitidos a tratamiento que consumen opioides (tabla 2.4.5).

Hepatitis B (VHB)

Entre las personas admitidas a tratamiento en 2019, conocían su estado serológico frente al VHB el 35% de las que se habían inyectado alguna vez en la vida y el 32,7% de las que lo hicieron durante los 12 meses previos a ser admitidos. Estos porcentajes son claramente inferiores a los observados para el grado de conocimiento serológico para el VIH y para el VHC, que rondan el 70% (tabla 2.4.5).

Entre aquellos que utilizaron la vía inyectada alguna vez en la vida y conocían su estado serológico (1.706 personas), el 7% mostró serología positiva para VHB (120 casos). Asimismo, entre los que utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos a ser admitidos y conocían su estado serológico (646 personas), el 7,4% (48 casos) mostró serología positiva para VHB (tabla 2.4.6).

Entre las personas admitidas a tratamiento que se inyectaron en los últimos 12 meses, el conocimiento del estado serológico frente a VHB es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres (33,4% en ellos vs 27,0% en las mujeres), así como la prevalencia de infección por VHB, que también es mayor entre ellos (7,8% vs 4,5% en las mujeres) (tabla 2.4.5).

Por grupos de edad, la proporción de inyectores que conocían su estado serológico fue similar en aquellos que tenían 35 años o más y en los de menos edad. Sin embargo, la prevalencia de infección por VHB fue mayor en el grupo de 35 años o más (8,6% vs 3,0% en los menores de esa edad) (tabla 2.4.5).

Al igual que ocurre para la infección por VHC, se observaron diferencias en la prevalencia de infección por VHB según la droga principal que motivó la admisión a tratamiento, siendo más elevada entre los que consumían opioides (tabla 2.4.3 y tabla 2.4.5).

2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2020

Introducción

Es necesario conocer, además de la prevalencia e incidencia de consumo de sustancias psicoactivas, el número y las características de las personas que tienen un consumo problemático o de riesgo. Este tipo de consumo se presenta como un reto a corto y medio plazo, en términos de provisión de servicios y salud pública, por lo que es conveniente identificar sus características y los grupos de población más vulnerables a sus posibles efectos y consecuencias.

Establecer una definición de consumo problemático o de riesgo no es sencillo, ya que existe influencia por múltiples aspectos entre los que se incluyen el tipo de droga (alcohol, cannabis, cocaína, etc.), la vía de administración (inyectada, oral, esnifada, etc.), el patrón de consumo (frecuencia con que se realizan los consumos, intensidad del consumo en cada ocasión, cronicidad, otras sustancias psicoactivas con las que se mezcla, etc.), las características del usuario (edad, patologías previas, etc.) y el contexto social. Por otro lado, el tipo de drogas y el patrón de consumo han ido cambiando a lo largo del tiempo, por lo que ha sido necesario adaptar la manera de abordar el consumo problemático.

Actualmente, siguiendo la definición del EMCDDA¹ de 2013, se entiende por consumo problemático/de riesgo de sustancias psicoactivas aquel consumo que causa daño evidente o tiene consecuencias negativas para el usuario, ya se trate de dependencia o cualquier otro problema físico, psíquico o social, o bien aquel que conlleve probabilidad o riesgo elevado de sufrir estos daños. Además, se podrían incluir las consecuencias negativas que el consumo ocasiona a terceras personas.

En España existe un sistema de información sobre drogas consolidado y robusto, y para estimar el consumo problemático se ha optado por utilizar las fuentes de información disponibles aplicando aquellos métodos que han demostrado ser útiles para este fin. Además, se han tenido en cuenta los criterios utilizados a nivel internacional² lo que permite realizar comparaciones y análisis conjuntos.

En 2021 se han llevado a cabo nuevas estimaciones de consumo problemático de alcohol, cannabis, heroína y uso inyectado de drogas. Las fuentes de información utilizadas han sido, fundamentalmente, las encuestas en población general (EDADES) y en estudiantes (ESTUDES) y el Indicador de Admisiones a tratamiento. Como métodos de cálculo, se han utilizado, la inclusión de escalas psicométricas en encuestas y el método multiplicador (tabla 2.5.1).

La información correspondiente a años previos, así como otras estimaciones realizadas, puede consultarse en los informes anteriores del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)³.

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>

2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>
Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID): http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/default_spa.asp
European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): <http://www.espad.org/>

3. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/home.htm>

Tabla 2.5.1.

Estimaciones de consumo problemático de diferentes sustancias psicoactivas realizadas en España en 2021.

Sustancia psicoactiva	Método	Fuente de información
Alcohol	Estimación basada en escala psicométrica AUDIT	• EDADES 2019/2020: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)
Cannabis	Estimación basada en escalas psicométricas CAST	• ESTUDES 2018: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (14-18 años) • EDADES 2019/2020: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)
Heroína	Estimación indirecta Método multiplicador	• EDADES 2019/2020: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años) • Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 2019 • Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides, 2019
Inyección de drogas	Estimación indirecta Método multiplicador	• EDADES 2019/2020: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años) • Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 2019 • Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides, 2019

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

CAST: Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Estimación del consumo problemático/de riesgo de alcohol

Metodología

Existen diferentes formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o producen daño importante para el individuo. Entre ellas se incluirían el consumo semanal o diario elevado, las intoxicaciones etílicas agudas, el *binge drinking* o todos aquellos comportamientos que pueden llevar a la dependencia u otros problemas asociados. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta la probabilidad de consecuencias negativas para el bebedor o para su entorno.

En 1982, la OMS solicitó a un grupo de investigadores que desarrollaran un instrumento de cribaje simple, capaz de detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol. Este instrumento es la escala AUDIT⁴, que ha sido validada en nuestro país por diferentes investigadores.

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 preguntas. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 se refieren al comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 valoran la existencia u ocurrencia de reacciones adversas y las dos últimas se refieren a problemas relacionados con el consumo de alcohol. El cuestionario está diseñado para ser contestado por aquellas personas que han consumido alcohol en el último año.

4. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption- II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.

La Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), en sus ediciones de 2009, 2013, 2017 y 2019/2020 incluyó la escala AUDIT con el objetivo de conocer el alcance del consumo problemático de alcohol en la población general (15-64 años). Se consideró que tenían un consumo de riesgo de alcohol, a los que obtenían en la escala AUDIT una puntuación igual o superior a 8 puntos.

Resultados

En 2019/2020, de los 13.800 encuestados en la encuesta EDADES que reconocieron haber consumido alcohol en el último año, 13.630 contestaron las preguntas relativas a la escala AUDIT (98,7%).

La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol, medida a través del AUDIT, en la población española de 15 a 64 años se sitúa en 4,2% lo que permite estimar que en 2019/2020 había aproximadamente 1.300.000 consumidores de alcohol de riesgo en España (1.000.000 hombres y 300.000 mujeres) (tabla 2.5.2).

Tabla 2.5.2.

Número y porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo (AUDIT ≥ 8), en la población de 15 a 64 años. España, 2009-2019/2020.

Consumidores de riesgo (AUDIT ≥ 8)	Número de consumidores problemáticos de 15 a 64 años Total (hombres / mujeres)	Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años			Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido alcohol en el último año		
		Total	H	M	Total	H	M
2009	1.550.000 (1.300.000 / 250.000)	4,8	8,0	1,7	6,5	9,9	2,4
2013	1.600.000 (1.300.000 / 300.000)	5,0	8,0	1,9	6,4	9,7	2,6
2017	1.600.000 (1.200.000 / 400.000)	5,1	7,6	2,6	7,1	9,7	3,9
2019	1.300.000 (1.000.000 / 300.000)	4,2	6,7	1,8	5,6	8,2	2,5

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test. H = Hombres; M = Mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Considerando a la población que ha consumido alcohol en el último año, el 5,6% presenta un consumo de riesgo, valor que alcanza el 8,2% entre los hombres consumidores de alcohol y baja al 2,5% entre las mujeres. Además, los datos muestran que el consumo de riesgo es más prevalente entre los grupos de edad inferiores, disminuyendo el porcentaje de consumidores de riesgo a medida que aumenta la edad. En 2019/2020, el 9,2% de los jóvenes de 15 a 24 años muestra un consumo de riesgo frente al 4,1% de los mayores de 55 años (tabla 2.5.3).

Tabla 2.5.3.

Porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo* entre los que han consumido en el último año, según edad y sexo. España, 2009, 2013, 2017 y 2019/2020.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
2009	6,5	9,9	2,4	12,0	16,1	7,4	8,8	13,5	2,7	4,1	6,9	0,8	4,6	7,1	1,5	3,5	6,0	0,1
2013	6,4	9,7	2,6	11,8	16,0	7,1	7,5	11,7	2,4	5,1	8,0	1,6	4,6	6,8	2,1	4,3	7,5	0,3
2017	7,1	9,7	3,9	9,9	12,9	6,5	8,1	11,4	4,3	7,0	10,0	3,3	6,4	8,5	4,0	4,5	6,5	2,1
2019	5,6	8,2	2,5	9,2	12,4	5,5	6,5	9,1	3,4	5,3	7,8	2,2	4,2	6,9	1,3	4,1	6,4	1,3

T = total; H = hombres; M = mujeres.

* Consumidores de alcohol de riesgo 2009, 2013, 2017 y 2019: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ≥ 8 .

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Por último, según EDADES 2019/2020, el perfil del consumidor de riesgo de alcohol es el de un varón, soltero, de 38 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando. Respecto a los patrones de riesgo que presenta, el 47,4% refiere haberse emborrachado los últimos 30 días y el 84,3% refiere haber realizado *binge drinking*, en el último mes; además el 39,7% señala haber consumido drogas ilegales en el mismo periodo (tabla 2.5.4).

Tabla 2.5.4.

Características de los consumidores problemáticos/de riesgo de alcohol* en la población de 15 a 64 años. España, 2019/2020.

	Total	Hombres	Mujeres
Número de casos consumidores problemáticos/de riesgo	758	600	158
Edad media (años)	37,1	38,0	33,6
Grupos de edad (años)			
15 a 24 años	24,6	22,4	32,8
25 a 34 años	21,1	20,4	23,9
35 a 44 años	22,5	22,8	21,2
45 a 54 años	17,7	19,1	12,4
55 a 64 años	14,1	15,3	9,8
Nacidos fuera de España (%)	10,8	10,8	11,1
Máximo nivel de estudios completado (%)			
Sin estudios/primarios	12,3	14,0	5,8
Estudios secundarios	67,9	66,9	71,6
Estudios universitarios	19,8	19,1	22,6
Situación laboral (%)			
Trabajando	52,9	55,3	44,0
Parado habiendo trabajado	16,2	16,1	16,8
Estudiando	18,7	17,1	24,8
Otras	12,2	11,6	14,4
Estado civil (%)			
Soltero/a	59,1	57,9	63,8
Casado/a	28,1	30,5	19,2
Separado/a – Divorciado/a- Viudo/a	12,8	11,7	17,0
Consumo de otras drogas (%)			
Drogas ilegales en los últimos 30 días	39,7	40,4	36,9
Otros consumos de riesgo (%)			
Borracheras últimos 12 meses	82,0	82,7	79,4
Borracheras últimos 30 días	47,4	46,5	50,9
Binge drinking últimos 30 días	84,3	84,6	83,4

* Personas (15-64 años) con AUDIT ≥ 8 .

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de alcohol y drogas en España (EDADES).

Del total de personas de entre 15 y 64 años que presentan un consumo de riesgo de alcohol, el 20,8% son mujeres. El perfil de las mujeres que muestran este consumo de riesgo es el de una mujer soltera, de 33,6 años, con estudios secundarios y que se encuentra trabajando. El 50,9% se ha emborrachado en el último mes, el 83,4% ha hecho *binge drinking* en los últimos 30 días y el 36,9% ha consumido drogas ilegales en el mismo periodo.

El perfil del hombre que presenta consumo de riesgo es el de un hombre de 38 años, soltero, con estudios secundarios y que se encuentra trabajando. Presenta patrones de riesgo en mayor medida que las mujeres; así el 46,5% se ha emborrachado en el último mes, el 84,6% ha hecho *binge drinking* en los últimos 30 días y el 40,4% ha consumido drogas ilegales en el mismo periodo.

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis

En los últimos años se ha venido dando mayor importancia a las posibles implicaciones del consumo de cannabis para la salud pública debido a varias razones, entre ellas, la extensión de su consumo entre la población española y europea en general, el incremento de las demandas de tratamiento por abuso o dependencia, el aumento de patologías asociadas al uso de cannabis y también las nuevas propuestas normativas sobre regulación del cannabis en algunos países.

La mayoría de los consumidores de cannabis son consumidores experimentales u ocasionales. Sin embargo, en una considerable proporción de casos, el patrón de consumo de esta sustancia aumenta el riesgo de padecer efectos sobre la propia salud, obtener peor rendimiento académico o laboral y/o desarrollar dependencia.

En este apartado se presentan los resultados más importantes del cálculo de consumo problemático de cannabis, información que puede completarse con la información general sobre el consumo de cannabis de las encuestas ESTUDES y EDADES.

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (escala CAST)

Metodología

Uno de los posibles métodos para estimar el consumo problemático/de riesgo de cannabis es a través de la introducción de escalas psicométricas en encuestas de población.

En la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España en población de 14 a 18 años (ESTUDES), se han incluido de manera periódica, desde 2006, diferentes escalas con el fin de conocer el consumo problemático de cannabis y de poder evaluar las propiedades psicométricas de estas escalas. En 2006, se utilizaron las escalas CAST (Cannabis Abuse Screening Test), SDS (Severity of Dependence Scale) y DSM-IV (American Psychiatric Association); en 2008, CAST; en 2010, CAST, SDS M-CIDI (Munich Composite International Diagnostic Interview) y, en 2012, 2014, 2016 y 2018, CAST. En la Encuesta sobre alcohol y drogas en población general de 15 a 64 años en España (EDADES) también se ha utilizado la escala CAST en las ediciones de 2013, 2015, 2017 y 2019/2020.

En este apartado se presentarán los resultados obtenidos a través de la escala CAST, que es la que, desde un punto de vista psicométrico, produjo los resultados más robustos⁵.

CAST (Cannabis Abuse Screening Test) es un cuestionario de 6 preguntas (tabla 2.5.5) desarrollado en Francia⁶ con el objetivo de detectar el abuso de cannabis entre los consumidores.

5. Danica Klempova, Amparo Sánchez, Julian Vicente, Gregorio Barrio, Antonia Domingo, Jose M^a Suelves, Noelia Llorens, Luis Prieto, Begoña Brime y Victor Ramirez. Consumo problemático de cannabis en estudiantes de 14-18 años: validación de escalas. DGPNSD y EMCDDA. http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/ConsProblematico_cannabis.pdf

6. Legleye, S., Karila, L., Beck, F., Reynaud, M., 2007. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. J. Subst. Use 12, 233-242.

Desde su desarrollo, esta escala ha sido ampliamente utilizada, tanto en población general como en población adolescente, en varios países y ha demostrado ser adecuada para estos fines⁷.

Tabla 2.5.5.

CAST. Cannabis Abuse Screening Test.

Pregunta	Opciones de respuesta
1. ¿Ha fumado cannabis antes del mediodía?	 Nunca Raramente De vez en cuando Bastante a menudo Muy a menudo
2. ¿Ha fumado cannabis estando solo/a?	
3. ¿Ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	
4. ¿Le han dicho los amigos o miembros de su familia que debería reducir el consumo de cannabis?	
5. ¿Ha intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?	
6. ¿Ha tenido problemas debido a su consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, bajo rendimiento laboral)? ¿Cuáles?	

En España, se aplicó la escala de manera autoadministrada, en las encuestas realizadas en estudiantes (ESTUDES) y en población general (EDADES) a aquellas personas que habían consumido cannabis en el último año. Se consideran consumidores con riesgo elevado de tener problemas/consumidor problemático, aquellos que alcanzan una puntuación de 4 o más.

Resultados

EDADES (Encuesta sobre alcohol y drogas en España)

En 2019/2020, se estima en 591.798 el número de consumidores problemáticos de cannabis (CAST ≥ 4). La mayoría de ellos se encuentran entre la población de 15 a 34 años y son hombres. Para el conjunto de la población de 15 a 64 años, esta prevalencia se estima en el 1,9% (3,0% en hombres y 0,9% en mujeres).

El grupo de población que presenta una mayor prevalencia de consumo problemático es el de edades comprendidas entre los 15 y los 34 años (figura 2.5.1).

Evolutivamente, entre 2013 y 2017 se detecta una disminución del porcentaje de consumidores problemáticos en la población general de 15 a 64 años, pasando del 2,2% en 2013 al 1,6% en 2017. En 2019 los datos muestran un cambio de tendencia, aumentando el porcentaje de consumidores problemáticos al 1,9% de la población de 15 a 64 años, valor cercano al obtenido en 2015 e inferior al de 2013, año en el que se alcanzó el valor más alto de la serie histórica (tabla 2.5.6). Este aumento de prevalencia se observa sobre todo entre los hombres, que pasaron del 2,5% en 2017 al 3% en 2019. Entre las mujeres la prevalencia ha subido ligeramente en 2019 respecto a 2017, pero se mantiene en valores inferiores al 1% desde 2013.

7. Legleye S, Piontek D, Kraus L: Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2011;113:229-235.
Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M: Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use* 2007;12: 233-242.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L: The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), 2009.

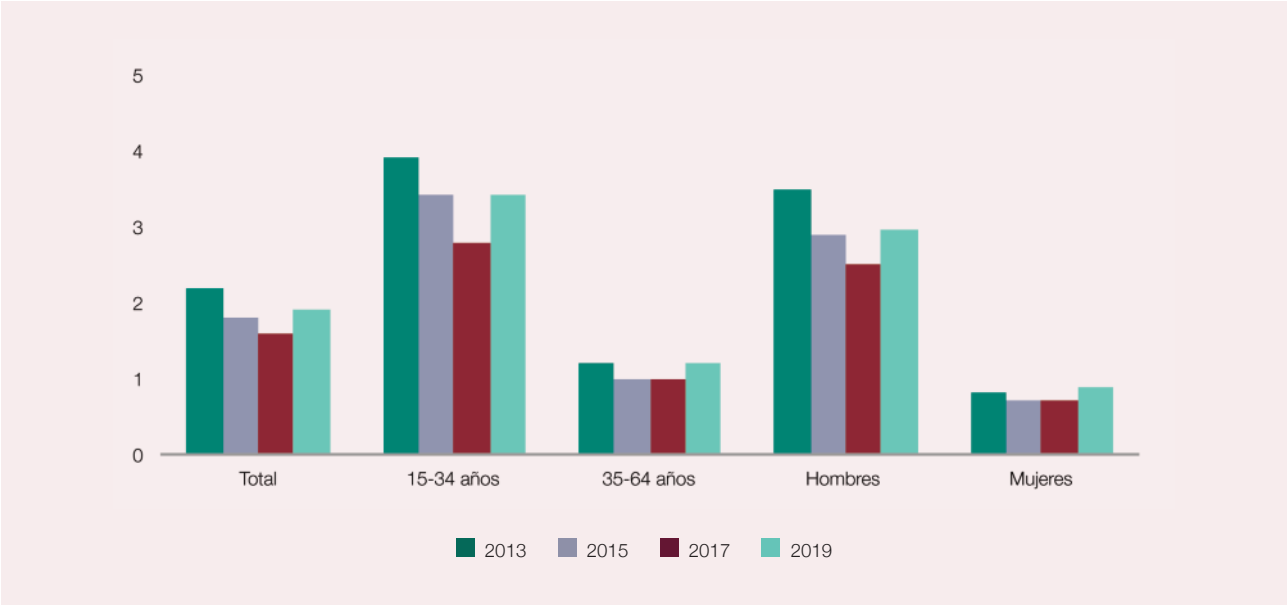
Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Bjarnason T, Balakireva O, Kokkevi A, Kraus L: The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Sweden, 2012 Cuenca-Royo AM, Sánchez-Niubó A, Forero CG, Torrens M, Suelves JM, Domingo-Salvany A: Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addict Behav* 2012;37:709-715.

Fernandez-Artamendi S, Fernández-Hermida JR, Muñoz-Fernández J, Secades-Villa R, García-Fernández G (2012). Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-AS and CAST questionnaires. *Subst Abuse Treat Prev Policy*;7:1-10.

Legleye S, Piontek D, Kraus L, Morand E, Falissard B: A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *Int J Methods Psychiatr Res* 2013;22:16-26.

Figura 2.5.1.

Prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥ 4) en la población de 15 a 64 años, según edad y sexo (%). España, 2013-2019/2020.



	Total	15-34 años	35-64 años	Hombres	Mujeres
2013	2,2	3,9	1,2	3,5	0,8
2015	1,8	3,4	1,0	2,9	0,7
2017	1,6	2,8	1,0	2,5	0,7
2019	1,9	3,4	1,2	3,0	0,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 2.5.6.

Evolución de las estimaciones de consumidores de cannabis de alto riesgo (CAST ≥ 4) entre la población general. España, 2013-2019/2020.

	2013	2015	2017	2019
Estimación de consumidores problemáticos cannabis (CAST ≥ 4)	687.233	558.549	496.828	591.798
Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido cannabis en el último año	25,0	21,2	15,9	22,5
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años (total)	2,2	1,8	1,6	1,9
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años (hombres)	3,5	2,9	2,5	3,0
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años (mujeres)	0,8	0,7	0,7	0,9

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

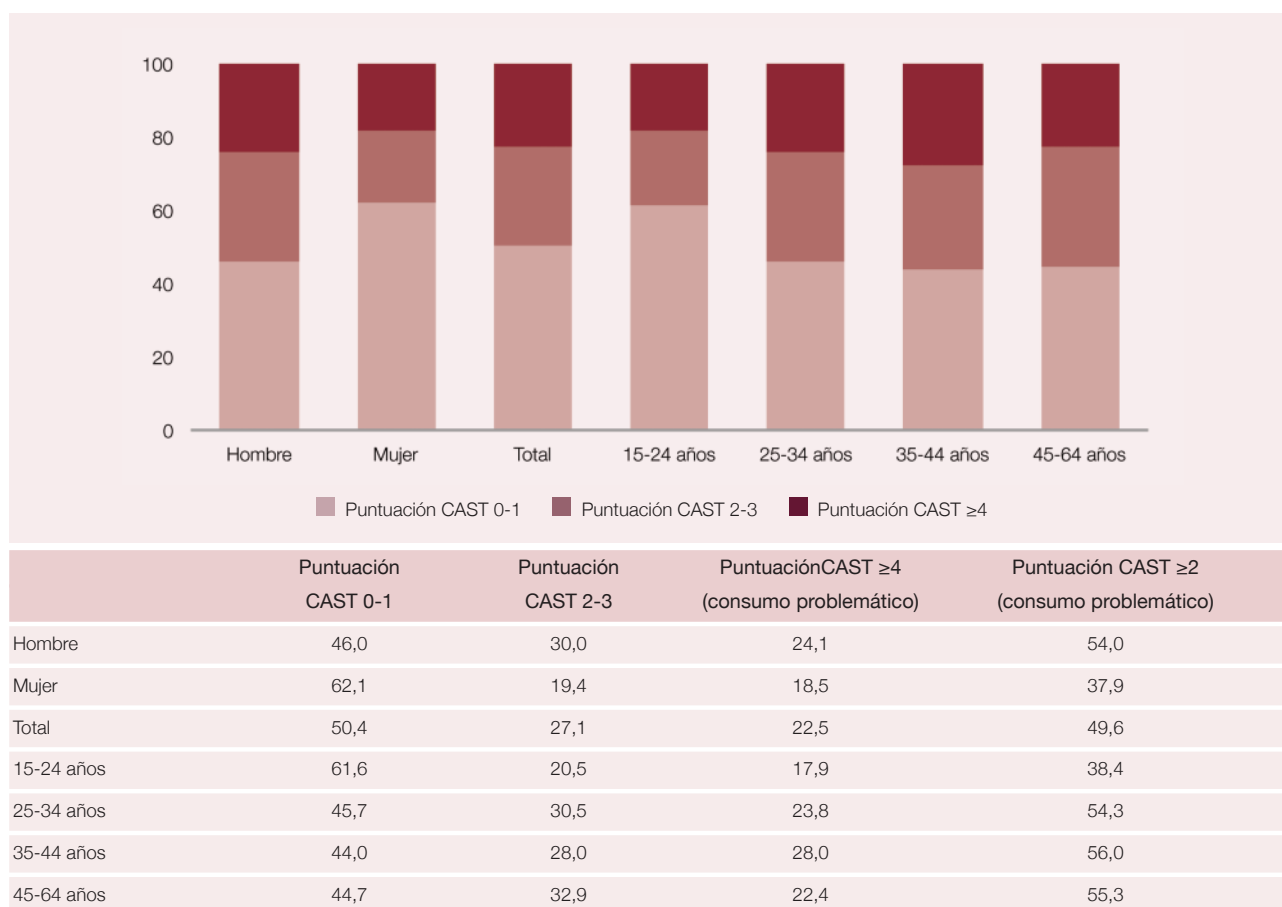
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Entre aquellos que reconocen consumo en los últimos 12 meses, el 22,5% presenta consumo problemático (24,1% de los hombres y 18,5% de las mujeres), oscilando entre 17,9 y 28,0% en función del grupo de edad (figura 2.5.2).

Según los datos de EDADES 2019/2020, el perfil del consumidor problemático de cannabis es el de un hombre menor de 34 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando, que vive con la familia propia, policonsumidor de otras sustancias y que se inició en el consumo de cannabis a los 16,5 años.

Figura 2.5.2.

Categorización de resultados de la escala CAST entre los que han contestado el cuestionario en la población de 15 a 64 años por edad y sexo (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EADAES).

ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España)

Tal y como se observa en la tabla 2.5.7, en 2018, el 3,4% de los jóvenes españoles de 14 a 18 años (4,3% hombres y 2,5% mujeres) podrían estar realizando un consumo problemático de cannabis, estimándose en 77.052 el número de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST ≥4) de 14 a 18 años.

La prevalencia de este tipo de consumo, calculada por medio de la escala CAST, muestra en España una tendencia ligeramente ascendente en el periodo 2006-2010, año en el que se produjo el valor más alto. Los datos de ESTUDES 2012 parecían indicar una ruptura de esta tendencia, que se confirmó con los datos obtenidos en 2014. En 2016, se registró cierto repunte, que se confirma en 2018, mostrando de nuevo una tendencia claramente ascendente, sin llegar a alcanzar las cifras registradas en 2010.

En 2018, el perfil de los estudiantes de 14 a 18 años que presentaron un consumo problemático de cannabis, es el de un chico español, de 16 años, con una situación económica familiar más o menos como la media, con notas medias de bien o aprobado, que ha hecho “pellas” y ha consumido drogas legales en los últimos 30 días. El 19,2% ha consumido otras drogas ilegales además de cannabis en los últimos 30 días y el 21,9% ha consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida (tabla 2.5.8).

Por sexos, se observa que el perfil es semejante en hombres y mujeres, destacando que hay un mayor porcentaje de chicas menores de 16 años que de chicos y hay también un mayor porcentaje de chicas que han realizado “pellas” en el último mes que de chicos (tabla 2.5.8).

Tabla 2.5.7.

Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST ≥ 4) en la población de 14 a 18 años. España, 2006-2018.

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Número de consumidores problemáticos de 14 a 18 años*	73.534	81.080	100.340	83.208	53.701	61.810	77.052
Porcentaje entre la población de 14 a 18 años que ha consumido cannabis en el último el último año	13,3	14,7	14,1	16,9	13,8	13,3	15,4
Porcentaje entre toda la población de 14 a 18 años (total)	3,3	3,7	4,6	3,8	2,5	2,8	3,4
Porcentaje entre toda la población de 14 a 18 años (hombres)	4,5	4,9	5,1	4,9	3,1	3,7	4,3
Porcentaje entre toda la población de 14 a 18 años (mujeres)	2,2	2,5	4,1	2,6	2,0	2,0	2,5

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

* Estimación del número de consumidores problemáticos en el total de la población de 14 a 18 años (INE).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Tabla 2.5.8.

Perfil de los estudiantes de 14 a 18 años que han realizado un consumo problemático de cannabis (CAST ≥ 4), según sexo. España, 2018.

	Total	Hombres	Mujeres
Número de casos CAST ≥ 4	1279	792	487
Edad media (años)	16,3	16,4	16,2
Grupos de edad (años)			
14 años	5,2	3,6	7,9
15 años	17,9	16,9	19,7
16 años	30,3	31,6	28,2
17 años	36,0	36,6	35,0
18 años	10,6	11,4	9,3
Nacidos fuera de España (%)	12,2	13,3	10,4
Situación económica de la familia en comparación con otras familias del país (%)			
Por encima de la media	14,5	17,1	10,2
Más o menos como la media	76,6	73,8	81,2
Por debajo de la media	8,9	9,1	8,7
Ha hecho pellas (%)	67,2	64,5	71,5
Notas (%)			
Sobresaliente/notable	21,4	18,8	25,6
Bien/aprobado	58,8	61,3	54,8
Suspenso	19,8	20,0	19,7
Consumo de otras drogas (%)			
Drogas legales en los últimos 30 días*	98,7	98,5	99,1
Drogas ilegales en los últimos 30 días**	19,2	21,8	14,9
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	21,9	24,0	18,6

* Alcohol, tabaco, hipnosedates e inhalables volátiles.

** Cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o GHB.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Con el fin de ayudar en la detección de grupos y poblaciones de riesgo, resulta interesante también mencionar los porcentajes que los consumos problemáticos suponen no ya en la población total de estudiantes de esta edad, sino más específicamente entre los que reconocen consumos en el año previo a ser encuestados.

Así, a partir de 2006 se registró cierto incremento en el porcentaje de consumidores problemáticos entre aquellos que han consumido en el último año, si bien la proporción de consumidores problemáticos en el total de la población de 14 a 18 años se mantuvo relativamente estable, aunque con algunos altibajos. Esto podría explicarse, en parte, porque, aunque las prevalencias de consumo se encontraban en descenso, una mayor proporción de los que consumían entonces eran consumidores problemáticos. En 2018, el 15,4% de los consumidores del último año presentan un consumo problemático, valor superior al que se venía mostrando en años anteriores y que será necesario vigilar (tabla 2.5.7).

Estimación del consumo problemático/de riesgo de heroína

Metodología

El método utilizado para estimar el número de consumidores problemáticos de heroína se basa en estimaciones indirectas aplicando el método multiplicador. En la tabla 2.5.9 se resume la metodología utilizada en 2019.

Tabla 2.5.9.

Esquema de la estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2019.

Estimación del número mínimo de consumidores problemático de heroína	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2019/2020 (de 743 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por dependencia 349)	47%
2. Número de personas admitidas a tratamiento por heroína a partir de TDI (personas que inician tratamiento por heroína en ese año)	9.904
3. Número de consumidores problemáticos a partir de TDI (parte 1) (se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de admitidos a tratamiento por heroína del TDI)	21.072
4. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2). Personas en TMO (tratamiento de mantenimiento con opiáceos) y que están consumiendo heroína (hay 58.540 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)	23.416
5. Número mínimo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)	44.488
Estimación del número máximo de consumidores problemático de heroína	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2019/2020 (de 743 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por dependencia 349)	47%
2. Número de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios (TCA).	141.037
3. Número de personas en tratamiento por heroína en centros ambulatorios (se asume que son tratados por heroína en centros ambulatorios el mismo porcentaje que en TDI, el 19,8% de los tratamientos en TDI son por heroína)	27.925
4. Número de consumidores problemáticos a partir de TCA (parte 1) (se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de personas en tratamiento por heroína en centros ambulatorios)	59.416
5. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2). Personas en TMO (tratamiento de mantenimiento con opiáceos) y que están consumiendo heroína (hay 58.540 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)	23.416
6. Número máximo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)	82.832

EDADES 2019/2020: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2019: de este indicador se seleccionan las personas que inician tratamiento por heroína ese año.

TMO: los datos sobre las personas que están en tratamiento por opiáceos se obtienen de la Memoria 2019 de la DGPNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en centros ambulatorios se obtienen de la Memoria 2019 de la DGPNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo problemático.

En la encuesta EDADES 2019 se incluyeron las preguntas necesarias para poder aplicar el método nominativo, actualizando así el valor del multiplicador. Para ello, se preguntó a los entrevistados si conocían consumidores de heroína y, para cada uno de los conocidos, los entrevistados debían indicar si eran conocedores de que los nominados hubiesen iniciado o no tratamiento por dependencia de esta droga en el último año.

De este modo, se obtuvo el valor del multiplicador para 2019, y que el 47% de los nominados habrían iniciado tratamiento. Aplicando este multiplicador a los admitidos a tratamiento por heroína en 2019 (9.904) del Indicador de Admisiones a tratamiento, se obtiene la cifra estimada de consumidores problemáticos de heroína en 2019 (21.072).

Sin embargo, como es posible que esta cifra se halle infraestimada, entre otras razones porque es probable que los entrevistados confundan “iniciar tratamiento este año” con “estar en tratamiento actualmente, aun iniciado en años anteriores”, se ha realizado una estimación paralela aplicando el multiplicador al número de usuarios de heroína que están, ese año, en tratamiento en centros ambulatorios (TCA) en España.

Asumiendo la cifra de 19,9% como el porcentaje de personas en TCA que son atendidas con motivo del consumo de heroína, se obtendría que 27.925 personas han recibido tratamiento por heroína en 2019 (141.037 en tratamiento por cualquier droga). De nuevo, aplicando el multiplicador, se obtendrían 59.416 consumidores problemáticos de heroína.

En todo caso, las estimaciones anteriores (21.072 y 59.416) corresponderían, en términos generales, a los consumidores de heroína que no están en tratamiento sustitutivo con opiáceos (TSO). Los datos disponibles informan que 58.540 personas se encontraban realizando TSO en 2019 (51.827 con metadona y 6.713 con buprenorfina + naloxona). Teniendo en cuenta que aproximadamente un 40% de los que están en TSO siguen consumiendo heroína, podría considerarse que 23.416 son también consumidores problemáticos, cifra que habrá que sumar a cada una de las estimaciones previas.

Resultados

Los datos históricos indican que el total de consumidores problemáticos de heroína llegó a su máximo en España a principios de los años noventa con más de 150.000 consumidores y que, posteriormente, ha descendido; mostrando en los últimos años el valor más bajo de la serie histórica (tabla 2.5.10).

Tabla 2.5.10.

Estimación de consumidores problemáticos de heroína. España, 2009-2019.

	Número de consumidores problemáticos de heroína Valor medio (valor mínimo y máximo)	% de consumidores problemáticos de heroína en la población de 15 a 64 años. Valor medio (valor mínimo y máximo)
2009	82.340 (68.056 - 96.624)	0,25 (0,21 - 0,30)
2010	85.401 (70.908 - 99.895)	0,26 (0,22 - 0,31)
2011	74.109 (61.389 - 86.829)	0,23 (0,19 - 0,27)
2012	69.978 (56.104 - 83.851)	0,21 (0,17 - 0,26)
2013	65.648 (52.122 - 79.173)	0,21 (0,16 - 0,25)
2014	65.322 (48.991 - 81.652)	0,21 (0,15 - 0,26)
2015	70.471 (48.102 - 92.840)	0,22 (0,15 - 0,29)
2016	68.297 (46.014 - 90.579)	0,22 (0,15 - 0,29)
2017*	66.769 (45.176 - 88.362)	0,22 (0,15 - 0,29)
2018	64.983 (44.392 - 85.573)	0,21 (0,14 - 0,28)
2019	63.660 (44.488 - 82.832)	0,21 (0,14 - 0,27)

* Datos del 2017 corregidos por ajustes en la notificación.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo Problemático y datos de población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

En España, en 2019, el número de consumidores de alto riesgo de heroína se encontraría en una horquilla entre 44.488 y 82.832 personas, con una estimación media de 63.660. Las estimaciones realizadas muestran que en 2019 se confirma la tendencia descendente iniciada en 2012 y que se rompió de manera puntual en 2015. Esta estimación ha de valorarse en conjunto con el resto de información relativa a problemas asociados al consumo de heroína (admisiones a tratamiento, episodios de urgencia, mortalidad, etc.) que se incluye a lo largo de este informe.

Estimación del consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada

Metodología

El método empleado para estimar el número de inyectores recientes de drogas (último año) es similar al utilizado para estimar el consumo problemático de heroína y se basa en estimaciones indirectas aplicando el método multiplicador. En la tabla 2.5.11 se resume la metodología utilizada en 2019.

Tabla 2.5.11.

Esquema de la estimación del número de inyectores de drogas recientes (último año). España, 2019.

Estimación del número mínimo de inyectores recientes (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2019/2020 (de 742 inyectores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 479)	65%
2. Número de inyectores recientes (en el último año antes de la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento a partir del TDI	1.977
3. Número de inyectores recientes a partir de TDI (parte 1) (se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de inyectores recientes admitidos a tratamiento del TDI)	3.042
4. Número de inyectores en TMO (parte 2) (hay 58.540 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 11,3% ha utilizado la vía inyectada)	2.646
5. Número mínimo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	5.688
Estimación del número máximo de inyectores recientes (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2019/2020 (de 742 inyectores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 479)	65%
2. Número de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios (TCA)	141.037
3. Número de inyectores en tratamiento en centros ambulatorios	6.488
4. Número de inyectores a partir de TCA (parte 1). (Se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de inyectores recientes que han realizado tratamiento en centros ambulatorios)	9.982
5. Número de inyectores en TMO (parte 2) (hay 58.540 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 11,3% ha utilizado la vía inyectada)	2.646
6. Número máximo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	12.628

EDADES 2019/2020: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2019: de este indicador se seleccionan las personas que inician tratamiento por heroína ese año.

TMO: los datos sobre las personas que están en tratamiento por opiáceos se obtienen de la Memoria 2019 de la DGPNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en Centros Ambulatorios se obtienen de la información disponible en la Memoria 2019 de la DGPNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo problemático.

La encuesta EDADES 2019 permitió, también, mediante el uso del método nominativo descrito anteriormente, actualizar el multiplicador de tratamiento para estimar el número de inyectores de drogas en la población española. Se obtuvieron respuestas válidas de 742 inyectores nominados de los que, según los entrevistados, 479 (65%) habían iniciado un tra-

tamiento por abuso o dependencia de drogas, lo que aplicado a los 1.977 inyectores (inyección en los 12 meses previos a la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento en España en 2019 condujo a una estimación de 3.042(1.977/0,65) inyectores de drogas recientes en 2019, que no estarían en TMO.

Como ya quedó explicado en el caso del consumo problemático de heroína, es probable que esta cifra esté infraestimada por lo que se hace una estimación paralela aplicando el multiplicador al número de inyectores recientes que realizó Tratamiento en centros ambulatorios (TCA), obteniendo 6.488 inyectores. Para obtener esta cifra se asume que se ha inyectado en TCA el mismo porcentaje de usuarios que inician tratamiento (4,6%).

En todo caso, las estimaciones anteriores (3.042 y 6.488) corresponderían, en términos generales, a inyectores que no están en tratamiento de mantenimiento con opioides (TMO). A cada una de estas cifras habría que sumarle 2.646 inyectores que están en TMO. Esta cifra se estima asumiendo que el 40% de esta población ha consumido heroína el último año y que, de éstos, el 11,3% ha utilizado la vía inyectada en 2019.

Resultados

En España, en 2019, la cifra estimada de inyectores recientes (último año) se encontraría en la horquilla comprendida entre 5.688 y 12.628 personas, con una estimación media de 9.158 personas (tabla 2.5.12). Se observa una disminución del número estimado de inyectores, confirmando el cambio de tendencia detectado en 2018.

Tabla 2.5.12.

Estimación del número de Inyectores de drogas recientes (último año). España 2009-2019.

	Número de inyectores recientes Valor medio (valor mínimo y máximo)	% de inyectores recientes en la población de 15 a 64 años. Valor medio (valor mínimo y máximo)
2009	18.549 (14.042 - 23.056)	0,043 (0,057 - 0,071)
2010	15.649 (12.902 - 18.397)	0,048 (0,040 - 0,057)
2011	14.863 (12.067 - 17.659)	0,046 (0,038 - 0,055)
2012	11.865 (9.669 - 14.061)	0,038 (0,030 - 0,044)
2013	9.879 (7.971 - 11.786)	0,030 (0,024 - 0,037)
2014	7.578 (5.634 - 9.522)	0,024 (0,018 - 0,030)
2015	11.048 (6.818 - 15.278)	0,035 (0,021 - 0,049)
2016	12.684 (7.698 - 17.671)	0,041 (0,025 - 0,057)
2017*	13.070 (8.025 - 18.115)	0,042 (0,026 - 0,059)
2018	10.341 (6.318 - 14.365)	0,033 (0,020 - 0,046)
2019	9.158 (5.688 - 12.628)	0,030 (0,018 - 0,041)

* Datos del 2017 corregidos por ajustes en la notificación.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo Problemático y datos de población del Instituto Nacional de Estadística (INE).



Sistemas de alerta temprana

3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS-Early Warning System)

Objetivo y funcionamiento

Las medidas adoptadas por los países europeos para prevenir la oferta de drogas se amparan en tres Convenios de las Naciones Unidas (ONU), que ofrecen un marco internacional para el control de la producción, el comercio y la posesión de más de 240 sustancias: Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (enmendada en 1972), Convenio Único sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

La rápida aparición de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) y la diversidad de productos disponibles han supuesto un reto para esos Convenios y para los responsables de la formulación de políticas y los legisladores europeos.

El Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS)¹ fue creado en 1997 por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)² y la Oficina Europea de Policía (Europol)³ en colaboración con los Estados miembros de la Unión Europea (UE), en el marco de la Acción Común de 16 de junio de 1997 relativa al intercambio de información, la evaluación de riesgos y el control de las nuevas drogas de síntesis⁴. Cada Estado miembro de la UE articula su sistema nacional en función de su organización interna⁵.

El EWS tiene como objetivo la notificación de NSP y ofrece un mecanismo de intercambio de información y de respuesta rápida frente a la aparición de “nuevas drogas” o “nuevas sustancias psicoactivas”, entendiendo por éstas, sustancias sintéticas o naturales no controladas por el derecho internacional y a menudo producidas para que imiten los efectos de las drogas fiscalizadas. Asimismo, es también posible utilizar la red para dar una alerta relativa a eventos de importancia relacionados con drogas, por ejemplo, muertes o intoxicaciones asociadas con la adulteración o la contaminación de las mismas.

En el ámbito de la UE, se ha revisado el marco jurídico que databa de 2005 (Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la UE, de 10 de mayo de 2005⁶), con el fin de establecer un sistema más rápido y eficaz. La nueva legislación mantiene la estrategia de tres pasos para responder a las NSP —*alerta temprana, evaluación del riesgo y medidas de control*—, reforzando los procesos existentes optimizando y acelerando los procedimientos de recopilación y evaluación de los datos.

1. EWS - Early Warning System. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system>

2. EMCDDA - European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addictions. <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Europol. <https://www.europol.europa.eu/>

4. Acción común de 16 de junio de 1997 adoptada por el Consejo sobre la base del artículo K.3 del Tratado de la Unión Europea, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas drogas sintéticas (DOL 167 de 25-6-97, p. 1)

5. Early Warning System, National Profiles. EMCDDA, Lisbon, May 2012. <http://www.emcdda.europa.eu/thematic-papers/ews>

6. Decisión 2005/387/JAI del Consejo, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas (DOL 127 de 20.5.2005, p. 32)

Esta nueva legislación está vigente en Europa desde el 23 de noviembre de 2018 y comprende:

- El Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017, por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicoactivas⁷.
- La Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017, por la que se modifica la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicoactivas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo⁸.



La Directiva establece que para que una nueva sustancia psicoactiva (NSP) sea considerada droga a nivel de la UE, es necesario que la Comisión Europea (CE) adopte un acto delegado, que a su vez los Estados miembros deberán recoger en su legislación nacional en el plazo de 6 meses.

A su vez, el Reglamento incide en las diversas fases del procedimiento que tienen lugar desde el intercambio de información y alertas hasta la evaluación del riesgo. El nuevo procedimiento mantiene la estrategia en tres pasos o fases para dar respuesta: alerta temprana, evaluación del riesgo y medidas de control, pero introduce como novedad la aceleración y la optimización de la fase de recopilación y evaluación de la información y reduce los plazos con respecto a los establecidos por la Decisión 2005/387/JAI. Estos cambios han sido en parte promovidos porque desde mediados de la década de 2000 se ha descrito un gran aumento de NSP en Europa alcanzando su máximo histórico en el año 2014. Esto fue impulsado por la globalización y las nuevas tecnologías, como internet, que permitieron su producción, venta y suministro a escala industrial.



Fase 1: Intercambio de información/alerta

Cuando una nueva sustancia psicoactiva se detecta por primera vez en uno o más Estados miembros de la UE, éstos envían la información disponible de la misma sobre su fabricación, tráfico y uso a la Oficina Europea de la Policía (Europol) en La Haya y al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) en Lisboa, a través de las

7. Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017, por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicoactivas (DOL 305 de 21-11-2017, p. 1): <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:02017R2101-20171121&qid=1619789456660&from=ES>

8. Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017, por la que se modifica la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicoactivas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo (DOL 305 de 21-11-2017, p. 12): <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:02017L2103-20171121&qid=1619789902038&from=ES>

Unidades Nacionales de la Europol y de los Puntos Focales Nacionales de la Red REITOX⁹ (formada por los 27 Estados miembros de la UE, más Noruega y Turquía) teniendo en cuenta las respectivas competencias de dichos organismos. A esto, hay que añadir que la Comisión Europea también forma parte de la Red ReitoX como punto focal independiente de los puntos focales nacionales. Asimismo, el EMCDDA coopera con terceros países candidatos (por ejemplo, Albania o Bosnia) y con otros terceros países (por ejemplo, Reino Unido o Suiza).

En este sentido, cada Estado miembro debe garantizar que se facilite oportunamente y sin dilaciones injustificadas la información disponible, que puede incluir datos relativos a la detección, la identificación, la utilización y las pautas de utilización, los riesgos potenciales y constatados, la producción, la extracción, la distribución y los métodos de distribución, el tráfico y el uso con fines comerciales, médicos o científicos y los riesgos tanto potenciales como identificados que presentan esas sustancias.

La Europol y el EMCDDA recopilan y evalúan la información recibida y, posteriormente, se la comunican a las Unidades Nacionales de la Europol, a los representantes de la Red ReitoX del resto de los Estados miembros y a la CE. Esto permite a la red identificar y analizar cualquier amenaza potencial, así como también identificar e implementar cualquier medida de respuesta que pueda ser necesaria. Este proceso permite a los laboratorios forenses y de toxicología incluir la sustancia en su panel analítico.

Una vez que una NSP ha sido notificada formalmente, se somete a vigilancia a través del EWS para detectar señales de daño. Para ello, el EMCDDA utiliza diferentes fuentes de información como datos basados en eventos, vigilancia toxicológica o fuentes de acceso público. Dependiendo de la señal, las respuestas pueden incluir la vigilancia intensiva de las sustancias, la redacción de comunicados de riesgo y alertas y la producción de un informe inicial que puede derivar en un informe de evaluación de riesgo.

Fase 2: Informe inicial e informe de evaluación del riesgo

Informe inicial¹⁰

Cuando el EMCDDA, la Comisión o la mayoría de los Estados miembros considere que la información así recabada suscita preocupación por los riesgos sociales o resulten en un riesgo para la salud en los países de la UE, el EMCDDA deberá redactar un informe inicial sobre la nueva sustancia psicoactiva.

Este informe tendrá una primera indicación de:

- Evaluar la naturaleza y magnitud de los incidentes que revelan problemas sociales o para la salud con los que pudiera estar relacionada la sustancia, incluidos el número de incidentes y las pautas de uso.
- La descripción química y física de la nueva sustancia psicoactiva y los métodos y precursores químicos utilizados para su producción o extracción.
- La descripción farmacológica y toxicológica de la nueva sustancia psicoactiva.
- La implicación de grupos delictivos en su producción o distribución.

Además, el informe inicial contendrá también:

- Información sobre su uso humano y veterinario, entre otros, como principio activo de un medicamento de uso humano o veterinario si fuese el caso.
- Datos sobre los usos comerciales e industriales de la sustancia, el alcance de dicho uso y su empleo en la investigación y el desarrollo científicos.
- Información sobre si la sustancia está sujeta a medidas restrictivas en alguno de los Estados miembros.
- Información sobre si la sustancia es actualmente o ha sido objeto de evaluación con arreglo al sistema establecido por las Naciones Unidas a través de sus Convenciones.
- Cualquier otra información disponible.

9. Red REITOX. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/695/EMCDDA_brochure_ReitoXFAQs_EN_326619.pdf

10. Informes conjuntos disponibles en http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system_en

El EMCDDA dispone de un plazo de 5 semanas desde la recepción de las solicitudes de información para elaborar el informe inicial y presentarlo a la CE.

El Reglamento recoge también la posibilidad de que el EMCDDA presente un informe inicial conjunto en el caso de recoger información sobre varias sustancias psicoactivas de estructura química similar, siempre que las características de cada una de ellas estén claramente identificadas.

En este caso, dispone de un periodo de 6 semanas desde la recepción de la información antes reseñada para elaborar el informe inicial conjunto y presentarlo a la CE.



Procedimiento e informe de evaluación del riesgo¹¹

La Comisión dispondrá de un plazo de 2 semanas desde la recepción del informe inicial para solicitar al EMCDDA que evalúe los riesgos potenciales de la sustancia, si de aquel se desprende que pudiese conllevar riesgos graves para la salud pública o riesgos sociales graves.

El plazo y los motivos son los mismos en el caso de que se haya realizado un informe inicial conjunto.

11. Informes de evaluación de riesgo: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16776EN.html>

Estos informes deberán contener la siguiente información:

- Los datos disponibles sobre las propiedades químicas y físicas de la nueva sustancia psicoactiva, así como los métodos y los precursores químicos utilizados en su producción o extracción.
- La información disponible sobre las propiedades farmacológicas y toxicológicas de la sustancia.
- Un análisis de los riesgos para la salud asociados, en particular con respecto a su toxicidad aguda y crónica, la propensión al abuso, el riesgo de producir dependencia y efectos a nivel físico, mental y comportamental.
- Un análisis de los riesgos sociales asociados a la nueva sustancia, en particular, su impacto sobre el funcionamiento de la sociedad, el orden público y las actividades delictivas, y la participación de la delincuencia organizada en la producción, la distribución, los métodos de distribución y el tráfico de la sustancia.
- La información disponible sobre el alcance y los patrones de uso de la sustancia, su disponibilidad y su potencial de difusión dentro de la UE.
- La información disponible sobre los usos comerciales e industriales de la nueva sustancia, el alcance de dichos usos y su empleo en la investigación y el desarrollo científicos.
- Cualquier otra información relevante de que disponga.

Para presentar un informe de evaluación del riesgo a la Comisión y a los Estados miembros, el EMCDDA dispone de un plazo de 6 semanas a contar desde el momento de la solicitud del mismo por la Comisión.

Fase 3: Toma de decisión

La legislación impone que, sobre la base de la evaluación del riesgo, la Comisión deberá adoptar sin dilaciones indebidas un acto delegado que suponga la inclusión de la nueva sustancia psicoactiva en el listado UE correspondiente, al tiempo que debe establecer los riesgos graves que entraña para la salud pública y, en su caso, los riesgos sociales graves a escala de la UE, y que quedan incluidas en la definición de droga.

La Comisión dispone de un plazo de 6 semanas desde la recepción del informe de evaluación del riesgo para decidir si es necesaria o no la adopción de ese acto delegado y, en este último caso, deberá presentar un informe al Parlamento Europeo y al Consejo de la UE explicando sus razones.

La Comisión realizará consultas apropiadas y transparentes tanto con el Parlamento Europeo como con el Consejo. Estos tienen un plazo de 2 meses para estudiar la propuesta de acto delegado presentado por la Comisión y, si no hay objeción al mismo, éste se publicará en el Diario Oficial de la UE. Los Estados miembros tendrán un plazo de 6 meses para transponer la norma así adoptada a su legislación nacional.

El listado de las medidas de control adoptadas hasta la fecha está disponible en la web del EMCDDA¹².

Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa

El EMCDDA publica¹³ información sobre las actividades del EWS y la situación de las NSP en Europa. A continuación, se resumen algunos de los datos más relevantes a partir del *Informe Europeo sobre Drogas 2020*¹⁴ y de la comunicación rápida *Nuevas Sustancias Psicoactivas: Mercados Globales, Amenazas Globales y la Pandemia COVID*¹⁵, en los que se resalta que las NSP suponen un reto cambiante para la política sobre drogas.

12. EMCDDA. Medidas de control. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16783EN.html>

13. Early Warning System on NPS. http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system_en

14. Informe Europeo sobre Drogas, 2020. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13236/TDAT20001ENN_web.pdf

15. Nuevas Sustancias Psicoactivas: Mercados Globales, Amenazas Globales y la Pandemia COVID. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13464/20205648_TD0320796ENN_PDF_rev.pdf

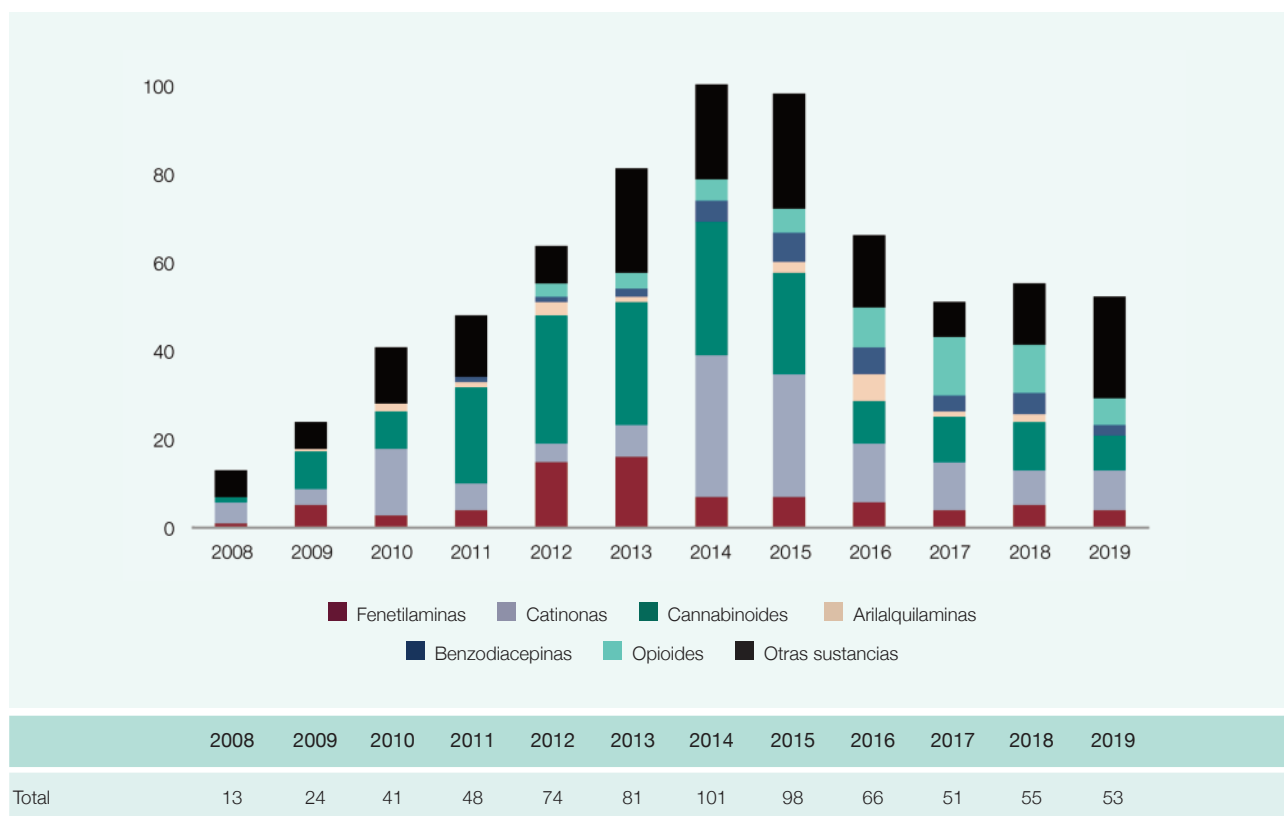
Resumen de las notificaciones

En el año 2019, el EMCDDA ha monitorizado unas 790 NSP identificadas en Europa, 53 de las cuales fueron comunicadas por primera vez en Europa en ese año. Esto representa un descenso de alrededor de 100 NSP introducidas en el mercado europeo con respecto a los años 2014-2015 (ver figura 3.1.1).

Esta caída puede reflejar los esfuerzos para controlar nuevas sustancias en Europa además de las restricciones en la producción en países productores como China.

Figura 3.1.1.

Número y categorías de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea, 2008-2019.



FUENTE: EMCDDA. European Drug Report 2020.

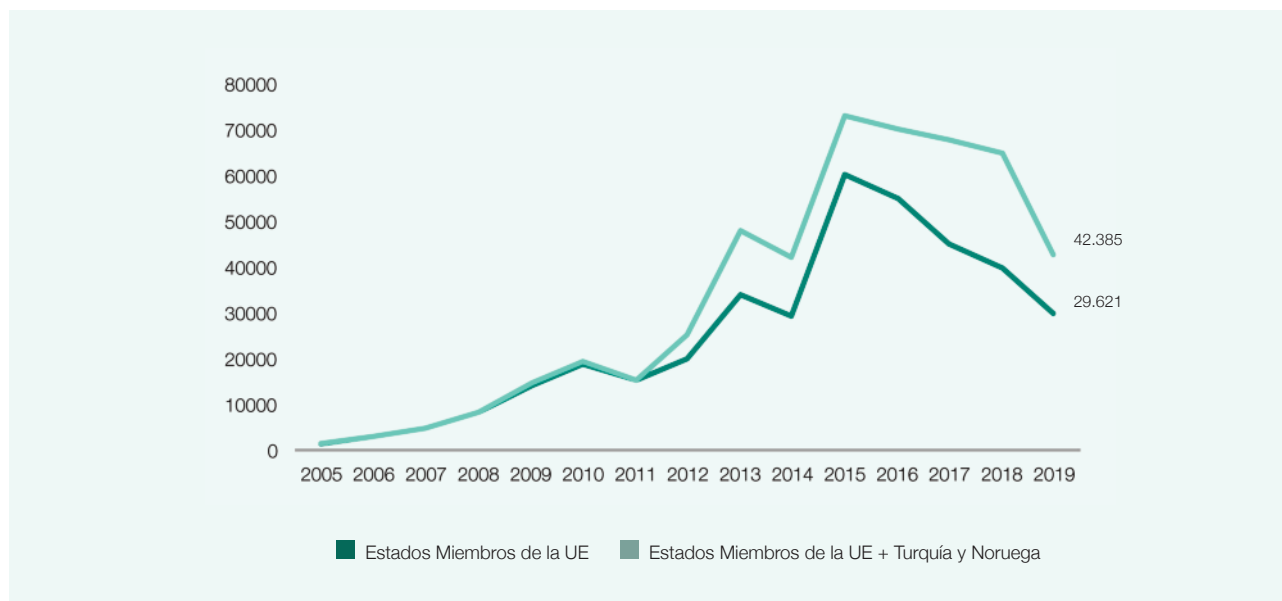
Resumen de las incautaciones

A lo largo de 2019, se notificaron aproximadamente 42.385 incautaciones de NSP al Sistema de Alerta Temprana del EMCDDA. De ellas, 29.621 incautaciones fueron notificadas por los veintisiete Estados miembros de la UE. Todo ello representa un descenso del 42% y el 51%, respectivamente, en el número de incautaciones comparado con el año 2015 (figura 3.1.2).

En 2019 se notificaron más de 2,8 toneladas de NSP, mayoritariamente en forma de polvo, seguido de líquidos, tabletas y cápsulas. Estas incautaciones siguen dominadas por los cannabinoides sintéticos y las catinonas, que, sumadas, suponen un 62% de todas las incautaciones notificadas en 2019 (47% para los Estados miembros de la UE) (figura 3.1.3).

Figura 3.1.2.

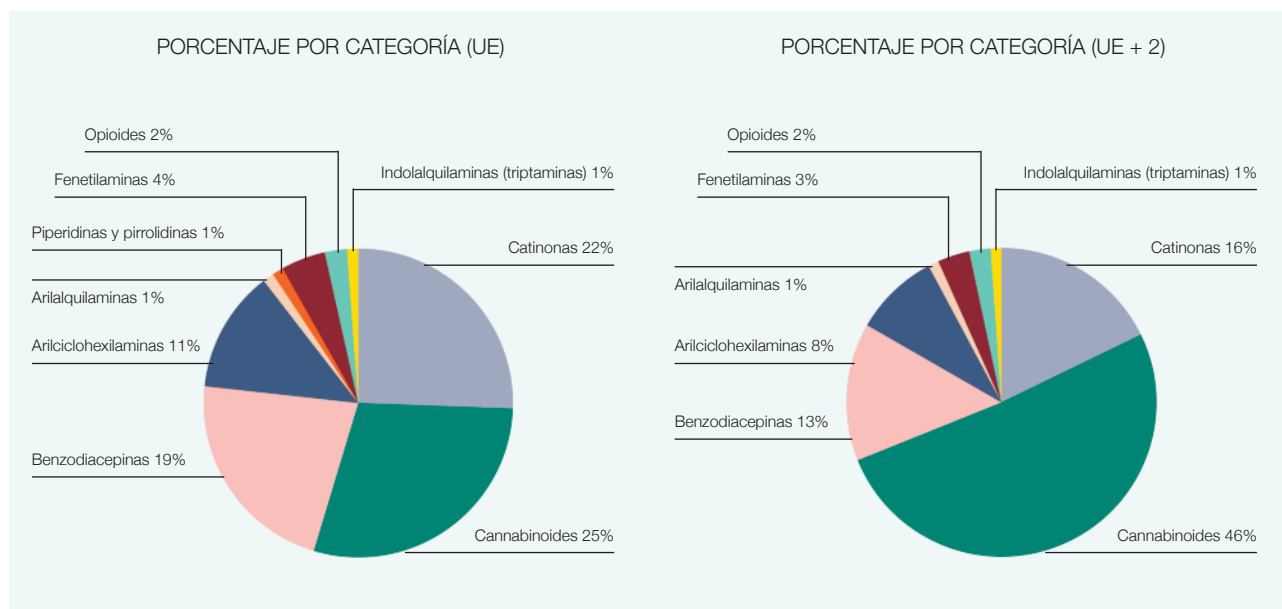
Incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas notificadas al Sistema de Alerta Temprana de la UE: tendencia en el número total de incautaciones, 2005-2019.



FUENTE: EMCDDA. New Psychoactive Substances: Global Markets, Global Threats and the COVID-19 Pandemic.

Figura 3.1.3.

Incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas notificadas al Sistema de Alerta Temprana de la UE: porcentajes de incautaciones por categoría en 2019 (UE y UE + 2).



FUENTE: EMCDDA. New Psychoactive Substances: Global Markets, Global Threats and the COVID-19 Pandemic.

A pesar del descenso en las incautaciones, parece que su disponibilidad y accesibilidad sigue siendo relativamente alta. Su compra *online* se supone fácil y, además, en algunas regiones, determinadas nuevas sustancias son vendidas comúnmente en la calle, en muchos casos como parte de medicamentos falsificados, algo muy habitual para las benzodiacepinas como el etizolam.

Opioides

Desde el año 2009, 57 nuevos opioides sintéticos han sido detectados en el mercado europeo, incluyendo 8 notificados por primera vez en 2019 de los que, solamente 2, fueron derivados del fentanilo. Los otros 6 son químicamente diferentes del fentanilo pero generan la misma preocupación respecto a su toxicidad.

En el año 2019, se notificaron, aproximadamente, 439 incautaciones de nuevos opioides (el 99% lo hicieron los Estados miembros de la UE), representando alrededor del 2% del total de incautaciones de NSP.

Un gran parte se comercializaban en forma de polvo y el mayor porcentaje de incautación se debió a derivados del fentanilo, sobre todo carfentanilo.

También se han encontrado estos nuevos opioides en líquidos, tabletas y cápsulas y, con menos frecuencia, en papel secante, mezclas de hierbas para fumar y falsificaciones de benzodiacepinas (tales como tabletas *Xanax* “fake”).

Como se ha comentado anteriormente, desde el año 2019, el mercado de los opioides ha cambiado. Los derivados del fentanilo están siendo desplazados por un grupo de opiodes “más inusuales”, tales como isotonitazeno, etazeno, metonitazeno, brorfina, etc., desplazamiento que coincide con la introducción de medidas de control de los derivados de fentanilo procedentes de China.

Respecto del isonitazeno, es muy frecuente que proceda de China, comercializado *online* en forma de polvo, aunque también es posible encontrarlo como spray nasal e incluso en forma de inyectable intravenoso.

Cannabinoides sintéticos

Existen tres tipos principales de productos que contienen cannabinoides sintéticos: lo más habitual es que se adicionen mediante sprays sobre las mezclas de hierbas que se fuman, pero también se pueden inhalar e incluso vapear en los cigarrillos electrónicos. Incluso se han encontrado casos de papeles impregnados de estas sustancias.

En el año 2019 se han notificado al EWS 19.705 incautaciones, lo que representa alrededor de un 46% del total de incautaciones. La mayor parte de las detecciones fueron en forma de material herbáceo para fumar, seguido de polvo.

Los cannabinoides sintéticos incautados con más frecuencia en el 2019, fueron 5F-MDMB-PICA, 5F-MDMB-PINACA, 4F-MDMB-BINACA, 5F-Cumyl-PeGaClone y Cumyl-CHMeGaClone.

Nuevas benzodiacepinas asociadas con intoxicaciones y muertes

La EMCDDA está actualmente monitorizando 30 nuevas benzodiacepinas, 21 de las cuales fueron detectadas por primera vez en Europa a partir del 2015.

En 2019, se notificaron 5.716 incautaciones al EWS (la mayor parte, de Estados miembros de la UE), lo que supone alrededor del 13% del total de incautaciones de NSP. Normalmente se encuentran en forma de tabletas, aunque también líquidas y en polvo.

Las nuevas benzodiacepinas están aumentando, sobre todo para producir las versiones “falsificadas” de medicamentos de curso legal como diazepam (*Valium*) y alprazolam (*Xanax*). Dentro de estas nuevas benzodiacepinas destacan etizolam, flualprazolam, clonazolam, diclazepam y fonazepam. En particular, el etizolam y el flualprazolam se han asociado con intoxicaciones y muertes.

3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)

Normativa, objetivo y funcionamiento

Normativa

La Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea (UE) requirió que cada país miembro de la UE contase con un sistema nacional de intercambio de información y un sistema de recopilación de datos sobre nuevas sustancias para enviar informes al EMCDDA y a la Oficina Europea de la Policía (Europol).

La normativa comunitaria vigente está actualmente compuesta por¹:

- El Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017, por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicoactivas.
- La Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017, por la que se modifica la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicoactivas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo.

En España, con objeto de implementar el marco legal del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) y proporcionar a su actividad la cobertura jurídica necesaria, se utilizaron tanto disposiciones normativas de carácter específico en materia de control y fiscalización estatales de sustancias estupefacientes y sustancias psicotrópicas, como también disposiciones normativas de carácter genérico en materia sanitaria o de protección de la salud pública (principalmente normas con preceptos o contenidos preventivos, incluyendo en este ámbito también las penales) que ya estaban vigentes. El nuevo marco normativo europeo para la actividad del EWS proporciona la cobertura necesaria para la actividad del SEAT al ser el Reglamento (UE) 2017/2101 de directa aplicación.

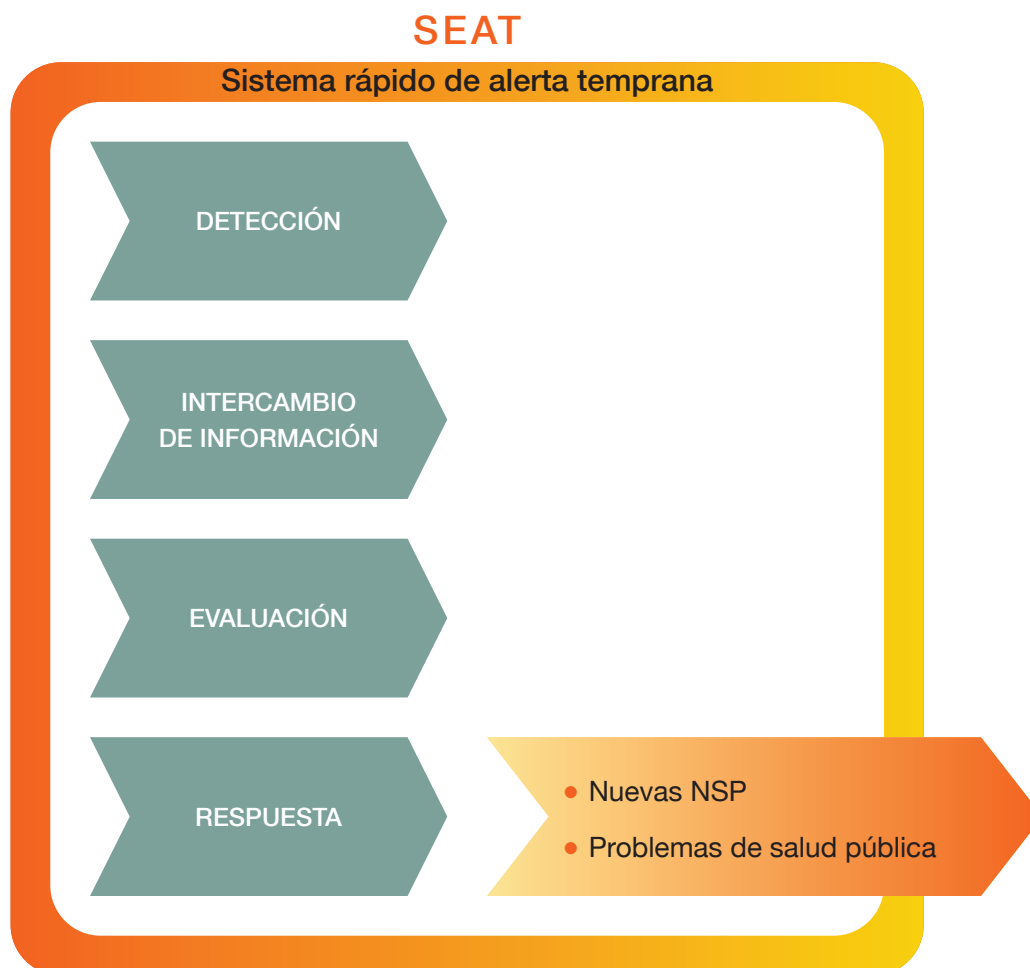


1. Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017, por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicoactivas (DOL 305 de 21-11-2017, p. 1): <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:02017R2101-20171121&qid=1619789456660&from=ES>

Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017, por la que se modifica la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicoactivas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo (DOL 305 de 21-11-2017, p. 12). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:02017L2103-20171121&qid=1619789902038&from=ES>

Objetivo

El objetivo general del SEAT es disponer de un sistema rápido de alerta temprana para la detección, intercambio de información, evaluación y respuesta frente a la aparición de nuevas sustancias, o de eventos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, que puedan generar un problema de salud pública. Se entiende por “nuevas sustancias psicoactivas” (NSP), sustancias sintéticas o naturales no controladas por el derecho internacional y a menudo producidas para que imiten los efectos de las drogas controladas.



La información resultante de este sistema debe aportar información de utilidad a diferentes niveles (usuarios de drogas, profesionales en el ámbito de drogas, procesos de fiscalización/judiciales, etc.).

El SEAT es responsable de coordinar las acciones, en este terreno, a nivel nacional en España y, a su vez, es el interlocutor con el resto de los organismos responsables de los sistemas de alerta temprana, a nivel internacional.

De manera concreta, se pueden identificar dos funciones:

- Identificar las “nuevas sustancias psicoactivas” (incluyendo precursores) que circulan por el territorio nacional y difundir información clara y veraz entre los actores implicados.
- Detectar y difundir la información relativa a las consecuencias mortales y no mortales, relativas al uso y abuso de sustancias psicoactivas que puedan generar un problema de salud pública. Éstas pueden ser debidas al uso de nuevas sustancias, pero también por nuevas combinaciones de sustancias psicoactivas, vía de administración, contaminación por agentes infecciosos, adulteración, entre otros.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), perteneciente al Ministerio de Sanidad, es la responsable del correcto funcionamiento del SEAT así como del cumplimiento de lo establecido por la normativa europea vigente y ha venido notificando al EWS desde su creación, como parte de las actividades de comunicación al EMCDDA.

El SEAT se configura como una red, en la que todos sus miembros se encuentran interrelacionados (figura 3.2.1). La red se activa en caso de alerta, independientemente de la procedencia de ésta y da lugar a un intercambio multidireccional de información entre sus miembros, que notifican la presencia o ausencia de datos relacionados con la alerta comunicada en sus respectivos ámbitos de actuación. Posteriormente, la información recopilada es analizada por la DGPNSD (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones – OEDA), que elabora un informe y lo distribuye entre todos los componentes de la red, resaltando las fuentes de la información, si la alerta se considera finalizada o no y los pasos a seguir (vigilancia, puesta en marcha de medidas de respuesta o control, etc.).

La red del SEAT, además de tener relaciones internacionales con instituciones europeas, también tiene cobertura estatal y trabaja a dos niveles: a nivel nacional, fundamentalmente a través de la Administración General del Estado (AGE), y a nivel autonómico. La colaboración de Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), es muy relevante para el SEAT y sus aportaciones resultan claves para la red al desarrollar su labor cerca de los usuarios.

A continuación, se describe brevemente el papel de cada uno de estos niveles.

Administración General del Estado (AGE)

- **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)**, del Ministerio de Sanidad. El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) es el punto nodal de la Red, junto con el CITCO, centralizando la recogida, el análisis y la difusión de la información.

Entre sus actividades se incluyen la difusión a toda la red SEAT de información actualizada sobre la detección de NSP en España y en Europa².

El OEDA es el interlocutor con el EWS a través del EMCDDA, notificando las NSP detectadas en España, así como eventos relacionados con el uso de las mismas.

- **Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO)**, del Ministerio del Interior. Junto con el OEDA, es el punto nodal de la red del Sistema Español de Alerta Temprana y el interlocutor con la Europol.

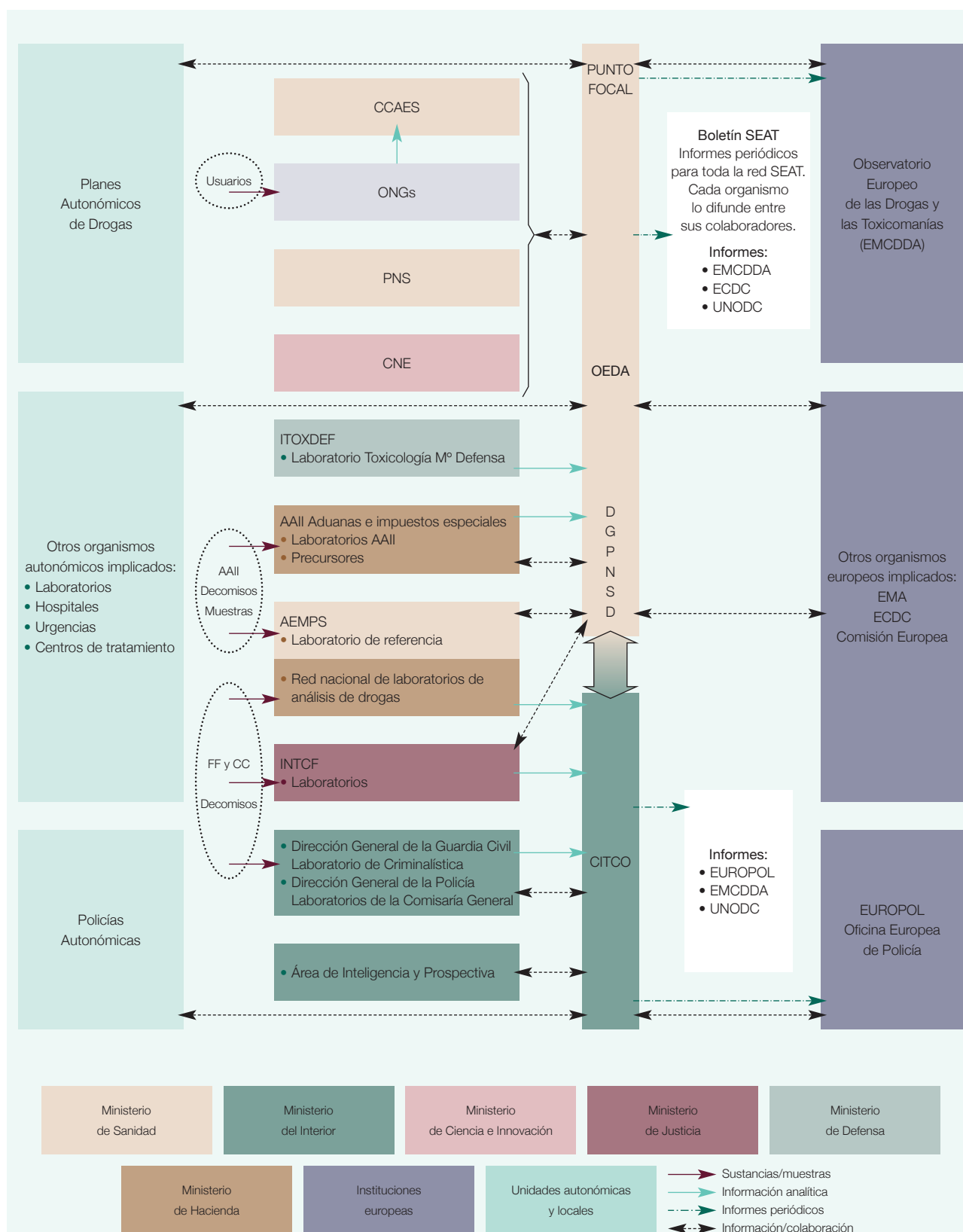
El Área de Inteligencia y Prospectiva es responsable de recabar la información relacionada con la incautación y la detección de nuevas sustancias que son analizadas por los diferentes laboratorios oficiales. El Área de Precursores es responsable de facilitar información relacionada con los precursores de drogas, entendidas como las sustancias químicas que se desvían de su curso legal y se utilizan para la elaboración de distintos tipos de drogas.

- **Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF)**, del Ministerio de Justicia, que une a su misión específica, la de informar a la Administración Pública y difundir información relativa a Ciencias Forenses. Dentro de los Servicios de Química y Drogas, se evalúan tanto muestras biológicas (procedentes de autopsias judiciales e individuos vivos) como muestras no biológicas (investigación de drogas tóxicas, estupefacientes y psicótopos).
- **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)**, del Ministerio de Sanidad. Es responsable de la recogida y la notificación de incidencias relacionadas con el uso/abuso de medicamentos y productos sanitarios para uso humano, y el interlocutor con la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Notifica al CITCO información relativa a los análisis de drogas decomisadas que lleva a cabo en sus laboratorios.
- **Centro del Control de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES)**, del Ministerio de Sanidad, es responsable de centralizar las alertas y las emergencias que surgen en el ámbito general de la Salud Pública.

2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT): <https://pnscd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

Figura 3.2.1.

Esquema del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).



OEDA: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. DGPNSD: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. CITCO: Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado. FF y CC: Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. INTCF: Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. CCAES: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. CNE: Centro Nacional de Epidemiología. PNS: Plan Nacional del Sida. AAI: Aduanas e Impuestos Especiales. EMA: Agencia Europea de Medicamentos. ONGs: Organizaciones No Gubernamentales. EMCDDA: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. EUROPOL: Oficina Europea de Policía. UNODC: Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. ECDC: Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. DGPNSD.

- **Plan Nacional sobre el SIDA (PNS)**, del Ministerio de Sanidad. Se encarga de la recogida, el análisis y la notificación de información sobre NSP en el ámbito de sus competencias.
- **Centro Nacional de Epidemiología (CNE)**, del Ministerio de Ciencia e Innovación, realiza estudios epidemiológicos de problemas emergentes, evaluaciones de riesgo de situaciones epidémicas y otros riesgos para la salud, además de intervenciones en el ámbito de la Salud Pública.
- **Servicios de Aduanas e Impuestos Especiales (AAII)**, del Ministerio de Hacienda, son responsables del registro y notificación de las incautaciones realizadas en el marco de su ámbito competencial, así como de los resultados de análisis realizados en sus laboratorios.
- **Instituto de Toxicología de la Defensa (ITOXDEF)**, de las Fuerzas Armadas, es responsable de la realización de los análisis correspondientes a los problemas de salud en su ámbito de actuación. El ITOXDEF cuenta con el laboratorio de referencia de drogas de las Fuerzas Armadas, en el que se realizan los análisis de drogas de abuso tóxicas, estupefacientes y psicótopos.

Unidades Autonómicas y Locales

- **Planes Autonómicos de Drogas**, dirigidos por los Comisionados de Drogas de las respectivas comunidades y ciudades autónomas, son responsables de la centralización y la diseminación de la información relativa al SEAT.

Asimismo, se encargan de la recogida de los datos e incidencias de los dispositivos sanitarios y sociales relacionados con el consumo de drogas y las drogodependencias (indicadores de problemas asociados al consumo de drogas: admisión a tratamiento por consumo de drogas, urgencias relacionadas con el consumo, la mortalidad relacionada con el consumo de drogas, etc.) y su notificación a la DGPNSD.

En los municipios que cuentan con políticas y recursos asistenciales y sociales propios en materia de drogodependencias, la notificación se realiza a los planes autonómicos correspondientes y, desde éstos, a la DGPNSD.

- **Cuerpos de Policía Autonómica**, que desarrollan su labor en estrecha colaboración con el Cuerpo Nacional de Policía y la Guardia Civil.
- **Laboratorios de las comunidades/ciudades autónomas**. En algunos casos, los análisis de las drogas se hacen en laboratorios dependientes de las comunidades/ciudades autónomas.

Organizaciones no gubernamentales y otras entidades

La DGPNSD promueve el desarrollo de numerosos programas de prevención, tratamiento y rehabilitación en el ámbito de las drogodependencias, que son implementados por ONGs, institutos de investigación y otras entidades, que forman parte activa del SEAT, notificando todas aquellas incidencias relevantes. Estas entidades pueden operar a nivel nacional o autonómico.

Entre las ONGs que participan más activamente en el SEAT se encuentran Energy Control³, Ai Laket⁴ y Cruz Roja Española⁵.

Organismos internacionales

Aunque los organismos internacionales no forman parte del SEAT, es transcendental que se encuentren presentes en el esquema general, dado la relación que mantienen con éste.

La comunicación con el EMCDDA se realiza a través de la DGPNSD (OEDA). Por su parte, el CITCO mantiene un contacto estrecho con la Europol, y la AEMPS está en conexión permanente con la EMA.

3. Energy Control : <http://energycontrol.org/>

4. Ai Laket: <http://www.aialaket.com/>

5. Cruz Roja Española: <https://www2.cruzroja.es/>

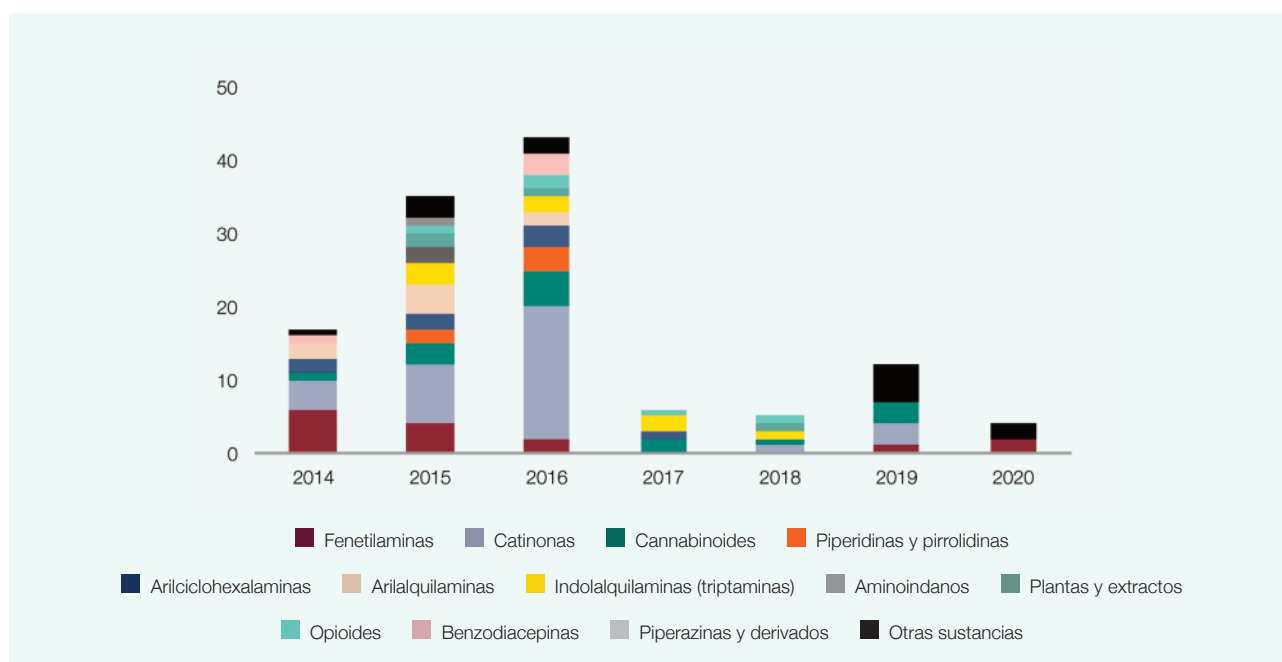
Actividad del SEAT. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en España

Las nuevas sustancias psicoactivas suponen un reto para la salud pública⁶. En 2020 se detectaron por primera vez en España 4 NSP. Pertenecían a los siguientes grupos: fenetilaminas (2) y otros (2).

Todas las sustancias han sido analizadas en laboratorios de referencia y con capacidad analítica para la identificación de este tipo de sustancias. Éstas proceden, bien de decomisos realizados por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, por los Servicios de Vigilancia Aduanera, o bien a partir de muestras aportadas por consumidores anónimos en entornos de ocio públicos o privados.

Figura 3.2.2.

Nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT). España, 2014-2020.



FUENTE: SEAT - OEDA.

Tabla 3.2.1.

Actividad del Sistema Español de Alerta Temprana, 2014-2020.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
NSP detectadas en España por primera vez	17	35	43	6	5	12	4
NSP detectadas en España y en Europa por primera vez	3	3	3	–	1	2	0
NSP detectadas en la Unión Europea + Noruega + Turquía por primera vez	101	98	66	42	53	46	42
Alertas relacionadas con NSP emitidas por el EWS-UE (intoxicaciones no fatales, muertes u otras)	16	17	15	2	3	6	1
Alertas relacionadas con NSP emitidas por el SEAT (intoxicaciones no fatales, muertes u otras)	2	6	1	6	1	0	0

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

6. Las nuevas sustancias psicoactivas. Un reto para la salud pública. El Sistema Español de Alerta Temprana: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Nuevas_sustancias_espanol.pdf

Tabla 3.2.2.
Sustancias detectadas por primera vez en España y notificadas al EWS-UE, 2014-2020.

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
DOI	1-(2,5-dimethoxy-4-iodophenyl)-propan-2-amine	Fenetilaminas	20-01-2014
DOC	1-(4-chloro-2,5-dimethoxy-phenyl)propan-2-amine	Fenetilaminas	20-01-2014
5-EAPB	1-(1-benzofuran-5-yl)-N-ethylpropan-2-amine	Arilalquilaminas	21-01-2014
Alfa-PVP α-Pyrrolidinovalerophenone α pyrrolidinopentiophenone	1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone	Catinonas	07-02-2014
Metoxetamina	Metoxetamina	Arilciclohexilaminas	07-02-2014
Precursor de Alprazolam*	Benzodiacepinas	Benzodiacepinas	31-03-2014
AM-2233	(1-[(N-methylpiperidin-2-yl)methyl]-3-(2-iodobenzoyl)indole)	Cannabinoides sintéticos	01-09-2014
N-Ethyl-ketamine	2-(2-chlorophenyl)-N-(ethylamino)cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	03-09-2014
4 methyl-N, N-dimethylcathinone hydrochloride*	(4 methyl-N, N-dimethylcathinone hydrochloride)	Catinonas	12-09-2014
Allylescaline	4-Allyloxy-3,5-dimethoxyphenethylamine	Fenetilaminas	03-10-2014
Etilona: (RS)-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)- 2-(ethylamino) propan-1-one	2-ethylamino-1-(3,4-methylenedioxyphenyl) propan-1-one	Catinonas	03-10-2014
6-MAPB	1-(benzofuran-6-yl)-N-methylpropan-2-amine o 6-(2-metilaminopropano) benzofurano y 6-desoxi-MDMA	Arilalquilaminas	10-10-2014
Diphenidine	(±)-1-(1,2-Diphenylethyl)piperidine	Otros	17-11-2014
2 PEA	(2-phenethylamine)	Fenetilaminas	29-12-2014
Pentadrone	1-phenyl-2-(methylamino)pentan-1-one	Catinona	29-12-2014
2-chloro-4,5-MDMA*	2-chloro-4,5-MDMA	Fenetilaminas	29-12-2014
25N-NBOMe	2-(2,5-dimetoxi-4-nitrofenil)-N-(2-metoxibenzil) etanamina	Fenetilaminas	30-12-2014
PMMA	1-(4-Methoxyphenyl)-N-methyl-propan-2-amine o para-Methoxy-N-methylamphetamine o methyl-MA o 4-methoxy-N-methylamphetamine	Fenetilaminas	26-01-2015
4-F Ethcathinone*	2-(Ethylamino)-1-(4-fluorophenyl)propan-1-one)	Catinonas	02-02-2015
Kava Kava	Piper methysticum	Plantas y extractos	04-02-2015
2-Meo-diphenidine	1-(1-(2-methoxyphenyl)-2-phenylethyl)	Otros	04-02-2015
3-MMC	3-methylmethcathinone	Catinonas	19-02-2015
MDPBP	(RS)-1-(3,4-methylenedioxyphenyl)-2-(1-pyrrolidinyl)-1-butanone o 3,4-methylenedioxy-α-pyrrolidinobutyrophenone)	Catinonas	23-03-2015
4-BMC	RS)-1-(4-bromophenyl)-2-methylaminopropan-1-one o 4-Bromomethcathinone o Bephedrone	Catinonas	23-03-2015
4-CMC	4-chloromethcathinone 1-(4-chlorophenyl)-2-(Methylamino) propan-1-one (hydrochloride) o Clephedrone	Catinonas	23-03-2015
6-APB	6-(2-aminopropyl) benzofuran	Arilalquilaminas	24-03-2015
Deschloroketamine	2-(methylamino)-2-phenyl-cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	08-04-2015

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
AB-CHMINACA	N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl]-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	16-04-2015
4-HO-MET	3-(2-(ethyl(methyl)amino)ethyl)-1H-indol-4-ol	Triptaminas (Indolalquilaminas)	16-04-2015
5-Meo-MIPT	N-[2-(5-methoxy-1H-indol-3-yl)ethyl]-N-methylpropan-2-amine	Triptaminas (Indolalquilaminas)	16-04-2015
4-EEC	1-(4-ethylphenyl)-2-(ethylamino)propan-1-one (hydrochloride) o 4-ethylethcathinone	Catinonas	07-05-2015
2-MMC	1-(2-methylphenyl)-2-(methylamino)propan-1-one (hydrochloride) o 2-methylmethcathinone	Catinonas	07-05-2015
NM2AI	(N-methyl-2-aminoindane): 2,3-dihydro-N-methyl-1H-inden-2-amine	Aminoindanos	08-05-2015
TMA-6	(Trimethoxyamphetamine): 2,4,6-trimethoxyamphetamine	Fenetilaminas	08-05-2015
MPA-Methiopropamine	1-(thiophen-2-yl)-2-methylaminopropane (hydrochloride) o MPA, 2-thienomethamphetamine, methiopropamine,	Airilquilaminas	08-05-2015
Ethynaphthylate*	(Ethyl 2-(naphthalen-2-yl)-2-(piperidin-2-yl)acetate (hydrochloride) o Ethynaphthylate	Piperidinas/Pirrolidinas	03-06-2015
α -PVT	α -Pyrrolidinopentiothiophenone o α -PVT	Airilquilaminas	29-06-2015
5-MAPB	1-(benzofuran-5-yl)-N-methylpropan-2-amine o 5-MAPB	Airilquilaminas	29-06-2015
MDAI	6,7-dihydro-5H-cyclopenta(f)(1,3)benzodioxol-6-amine o 5,6-Methylenedioxy-2-aminoindane	Aminoindanos	29-06-2015
MDMB-CHMICA	(Methyl-2-(1-(cyclohexylmethyl)-1 H-indole-3-ylcarbonylamine)-3,3-dimethylbutanoate)	Cannabinoides	16-07-2015
2,3 XP	1-(2,3-dichlorophenyl)piperazine o Dimethylalanine	Piperazinas y derivados	04-08-2015
AB-Pinaca	N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl]-1-pentyl-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	03-09-2015
3F-Phenmetrazine (Legal highs labelled "CHING")	2-(3-fluorophenyl)-3-methylmorpholine	Otros	03-09-2015
Ocfentanyl	N-(2-fluorophenyl)-2-methoxy-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl]acetamide	Opioides	02-10-2015
Ephenidine	(N-ethyl-1,2-diphenylethylamine o NEDPA)	Otros	05-10-2015
25I-NBF	2-(4-iodo-2,5-dimethoxyphenyl)-N-[(2-fluorophenyl)methyl]ethanamine	Fenetilaminas	06-10-2015
25C-NBF*	4-chloro-N-[(2-fluorophenyl)methyl]-2,5-dimethoxy benzeneethanamine	Fenetilaminas	06-10-2015
3-Meo-PCP	1-[1-(3-methoxyphenyl)cyclohexyl]-piperidine o 3-Methoxyphencyclidine	Airilciclohexilaminas	30-10-2015
Arecolina (Nuez de Betel)	N- Methyl-1,2,5,6-tetrahydropyridine-3-carboxylic acid, methyl ester	Plantas y extractos	30-10-2015
3,4-CTMP	Methyl-2-(3,4-dichlorophenyl)-2-[piperidin-2-yl]acetate o 3,4-dichlormethylphenidate	Piperidinas/Pirrolidinas	30-10-2015

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
4-AcO-DMT	4-acetoxy-N,N-dimethyltryptamine (maleate) o 4-AcO-DMT (maleate) o O-Acetylpsilocin (maleate);	Triptaminas (Indolalquilaminas)	07-12-2015
TH-PVP	2-(pyrrolidin-1-yl)-1-(5,6,7,8-tetrahydronaphthalen-2-yl)pentan-1-one	Catinonas	07-12-2015
4'-cloro- α -PPP	1-(4-chlorophenyl)-2-(1-pyrrolidinyl)propan-1-one	Catinonas	25-01-2016
U-47700	3,4-dichloro-N-[2-(dimethylamino)cyclohexyl]-N-methylbenzamide	Opioides	25-01-2016
EG-018	(naphthalen-1-yl)(9-pentyl-9H-carbazol-3-yl)methanone	Cannabinoides	03-02-2016
5-BDPi	(1-(2,3-dihidro-1H-inden-5-il)-2-(pirrolidin-1-il)hexan-1-ona)	Catinonas	07-03-2016
Khat	Catha edulis	Catinonas	07-03-2016
4MeTMP	4metil metilfenidato	Piperidinas/Pirrolidinas	07-03-2016
Dibutlona	(2-dimetilamino-1-(3,4-metilenedioxifenil)butan-1-ona	Catinonas	11-03-2016
Tiletamina*	2-etilamino-2-(2-tienil) clclohexanona	Arilciclohexilaminas	11-03-2016
6-EAPB	1-(benzofuran-6-yl)-N-ethylpropan-2-amine	Arilalquilaminas	18-03-2016
4-MeO PV9	1-(4-methoxyphenyl)-2-(pyrrolidin-1-yl)octan-1-one, monohydrochloride	Catinonas	29-03-2016
1p-LSD	(N,N-diethyl-7-methyl-4-propanoyl-6,6a,8,9-tetrahydroindolo- [4,3-fg]quinoline-9-carboxamide)	Otros	29-03-2016
BK-2CB	2-amino-1-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl)ethan-1-one	Catinonas	29-03-2016
N-etil hexedrona	2-etilamino-1-fenilhexan-1-ona	Catinonas	27-05-2016
Flubromazolam	8-bromo-6-(2-fluorophenyl)-1-methyl-4H-[1,2,4]triazolo-[4,3a][1,4] benzodiazepine	Benzodiazepinas	06-07-2016
Diclacepam	7-chloro-5-(2-chlorophenyl)-1-methyl-1,3-dihidro-2H- 1,4-benzodiazepin-2-one	Benzodiazepinas	06-07-2016
Flubromazepam	7-bromo-5-(2-fluorophenyl)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepin-2-one	Benzodiazepinas	06-07-2016
2C-C	(4-chloro-2,5-dimethoxyphenethylamine)	Fenetilaminas	15-07-2016
ETH-LAD	(6aR,9R)-N,N-diethyl-7-ethyl-4,6,6a,7,8,9-hexahydroindolo- [4,3-fg]quinoline-9-carboxamide	Triptaminas (Indolalquilaminas)	15-07-2016
4-metil N-etil-norppedrona	2-(ethylamino)-1-(4-methylphenyl)pentan-1-one	Catinonas	15-07-2016
ADB-CHMINACA	(N-[1-(aminocarbonyl)-2,2-dimethylpropyl]-1-(cyclohexylmethyl)-1H- indazole-3-carboxamide o MAB-CHMINACA)	Cannabinoides	21-07-2016
Mexedrona	(3-methoxy-2-(methylamino)-1-(4-methylphenyl)propan- 1-one (hydrochloride))	Catinonas	21-07-2016
4-Cloro-alfa-PVP	(4-chloro-alpha-pyrrolidinovalerophenone (hydrochloride))	Catinonas	21-07-2016
N-etil-norppedrona	(2-(ethylamino)-1-phenyl-pentan-1-one) o también llamada alfa-etilaminopentiofenona	Catinonas	21-07-2016
4-CEC	1-(4-chlorophenyl)-2-(ethylamino)propan-1-one 4-chloro-N-ethylcathinone, 1-p-chlorophenyl-2-ethylamino-propanone 4-chloroethcathinone	Catinonas	28-07-2016
4-EMC (4-Etilmetcatinona)	(RS)-2-methylamino-1-(4-ethylphenyl)propane-1-one	Catinonas	13-09-2016

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
Mebroqualona	3-(2-bromophenyl)-2-methylquinazolin-4(3H)-one	Otros	19-09-2016
4-Fluoro-etil-fenidato	ethyl 2-(4-fluorophenyl)-2-(piperidin-2-yl)acetate	Piperidinas/Pirrolidinas	19-09-2016
BK-EBDP Efilona	1-(2H-1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(ethylamino)pentan-1-one	Catinonas	19-09-2016
2-FK*			
2-Fluoro-descloroketamina	2-(2-Fluorophenyl)-2-methylamino-cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	19-09-2016
4-Fluoro-metil-fenidato	methyl 2-(4-fluorophenyl)-2-(2-piperidyl)acetate	Piperidinas/Pirrolidinas	28-09-2016
3-CMC (3-Clorometcatinona)	1-(3-chlorophenyl)-2-(methylamino)-1-propanone	Catinonas	29-09-2016
3-MeO-PCE	N-Ethyl-1-(3-methoxyphenyl)cyclohexan-1-amine	Arilciclohexilaminas	30-09-2016
3-Metilecatinona	(3-MEC) (2-(Ethylamino)-1-(3-methylphenyl)propan-1-one)	Catinonas	30-09-2016
4-Metil pentedrona	(2-(methylamino)-1-(p-tolyl)pentan-1-one)	Catinonas	30-09-2016
5-DBFPV	1-(2,3-dihydrobenzofuran-5-yl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one	Catinonas	05-10-2016
Furanilfentanilo	N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl]-furan-2-carboxamide	Opioides	10-10-2016
Kratom	Mitragyna speciosa	Plantas y extractos	07-12-2016
CUMYL-4CN-BINACA o SGT-78	1-(4-cyanobutyl)-N-(1-methyl-1-phenyl-ethyl)indazole-3-carboxamide	Cannabinoideos	07-12-2016
25I-NBOH	2-[[2-(4-iodo-2,5-dimetoxi-fenil) etilamino] metil]fenol	Fenetilaminas	09-12-2016
MET	(N-methyl-N-ethyltryptamine)	Triptaminas (Indolalquilaminas)	09-12-2016
MDA-19*	N-[(Z)-(1-hexyl-2-oxoindol-3-ylidene)amino]benzamide	Cannabinoideos	29-12-2016
5F-MDMB-PINACA / 5F-ADB	methyl-[2-(1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3-carboxamido)-3,3-dimethylbutanoate]	Cannabinoideos	01-12-2016
Descloro-N-etil-ketamina	2-(ethylamino)-2-phenyl-cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	24-03-2017
U-49900	(3,4-dichloro-N-(2-(diethylamino)cyclohexyl)-N-methylbenzamide)	Opioides	27-03-2017
5-HO-DMT	Bufotenina	Triptaminas (Indolalquilaminas)	27-03-2017
5F-3,5-AB-PFUPPYCA o AZ-037	N-(1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(5-fluoropentyl)-5-(4-fluorophenyl)-1H-pyrazole-3-carboxamide	Cannabinoideos	28-06-2017
MMB-2201/5F-AMB-PICA/I-AMB	Methyl (1-(5-fluoropentyl)-1H-indole-3-carbonyl)-L-valinate	Cannabinoideos	10-07-2017
4-AcO-MET	4-Acetoxy-N-ethyl-N-methyltryptamine	Triptaminas (Indolalquilaminas)	11-10-2017
Ciclopropilfentanilo	N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl]cyclopropanecarboxamide	Opioides	05-04-2018
MD-PHP	(1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-pyrrolidin-1-yl-hexan-1-one)	Catinonas	08-06-2018
Ibogaína	12-methoxyibogamine	Planta y extractos	24-09-2018
ADB-FUBINACA	N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2,2-dimethylpropyl]-1-[(4-fluorophenyl)methyl]-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoideos	28-12-2018
EPT*	N-etil-N-propiltryptamina	Triptaminas (Indolalquilaminas)	28-12-2018
Flibanserina	1-(2-(4-[3-(trifluormethyl)phenyl]piperazine-1-yl)ethyl-1,3-dihydro-2H-benzimidazole-2-one)	Otros	11-01-2019
Amantadine*	adamantan-1-amine	Otros	20-02-2019

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
25E-NBOH	2-(((2-(4-ethyl-2,5-dimethoxyphenyl)ethyl)amino)methyl)phenol	Fenetilaminas	06-03-2019
Eutylone	1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(ethylamino)butan-1-one	Catinonas	07-03-2019
FUB-AKB48	N-((3s,5s,7s)-adamantan-1-yl)-1-(4-fluorobenzyl)-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	19-03-2019
Cyproheptadine	4-(5H-dibenzo[a,d][7]annulen-5-ylidene)-1-methylpiperidine	Otros	01-04-2019
Promethazine*	N,N-dimethyl-1-(10H-phenothiazin-10-yl)propan-2-amine	Otros	11-04-2019
3-CEC	1-(3-clorofenil)-2-(etilamino)propan-1-ona	Catinonas	15-04-2019
pF-4-methylaminorex	5-(4-fluorophenyl)-4-methyl-4,5-dihydro-1,3-oxazol-2-amine	Otros	17-04-2019
5F-MDMB-PICA	methyl 2-[[1-(5-fluoropentyl)indole-3-carbonyl]amino]-3,3-dimethyl-butanoate	Cannabinoides	24-04-2019
CUMYL-5FPINACA	1-(5-fluoropentyl)-N-(1-methyl-1-phenylethyl)-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	02-08-2019
α -pyrrolidinohexanophenone (α -PHP)	1-phenyl-2-(pyrrolidin-1-yl)hexan-1-one	Catinonas	29-11-2019
1cP-LSD	4-(cyclopropanecarbonyl)-N,N-diethyl-7-methyl-4,6,6a,7,8,9-hexahydroindolo[4,3-fg]quinoline-9-carboxamide	Otros	06-02-2020
25B-NBOMe	2-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine	Fenetilaminas	17-02-2020
25B-NBOH	2-[[2-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl)ethylamino]methyl]phenol	Fenetilaminas	19-08-2020
Pregabalina	((3S)-3-(aminomethyl)-5-methylhexanoic acid)	Otros	03-12-2020

* Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España en ese año y que lo fueron también por primera vez en la Unión Europea.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

La Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, en su 63.º periodo de sesiones adoptó, entre otras, la Decisión 63/4, que establece la inclusión de la sustancia DOC (2,5-dimetoxi-4-cloroanfetamina, 4-cloro-2,5-DMA) en la lista I del Convenio de las Naciones Unidas de 21 de febrero de 1971, sobre Sustancias Psicotrópicas.

En el referido periodo de sesiones, la misma Comisión adoptó las Decisiones 63/5, 63/6, 63/7, 63/8, 63/9, 63/10 y 63/11, que establecen la inclusión de las sustancias AB-FUBINACA, 5F-AMB-PINACA (5F-AMB, 5F-MMB-PINACA), 5F-MDMB-PICA (5F-MDMB-2201), 4F-MDMB-BINACA, 4-CMC (4-clorometcatinona, clefedrona), N-etilhexedrona y alfa-PHP en la lista II del Convenio de las Naciones Unidas de 21 de febrero de 1971, sobre Sustancias Psicotrópicas.

Además, la citada Comisión adoptó, en el mismo periodo de sesiones, las Decisiones 63/12 y 63/13, por las que se incluyen las sustancias flualprazolam y etizolam en la lista IV del Convenio de las Naciones Unidas de 21 de febrero de 1971, sobre Sustancias Psicotrópicas.

Se pueden consultar las listas de fiscalización permanentemente actualizadas en la página web de NNUU^{7,8}, así como la normativa nacional en las páginas web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas⁹ y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios¹⁰.

7. Listas de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972, agosto de 2019 (lista amarilla): http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Yellow_List/58th_Edition/Yellow_List_SPA.pdf

8. Listas del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, a 31 de diciembre de 2020 (lista verde): http://www.incb.org/documents/Psychotropics/forms/greenlist/Green_list_SPA_V20_03597.pdf

9. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/home.htm>

10. <https://www.aemps.gob.es/legislacion/espana/medicamentosUsoHumano/estupefacientesPsicotropos.htm>



Oferta de drogas y medidas de control

4.1. Ventas de bebidas alcohólicas, 2015-2020

Este apartado se basa en los datos proporcionados por la Agencia Estatal de Administración Tributaria (AEAT) del Ministerio de Hacienda, publicados en sus informes Anuales de Recaudación Tributaria¹. Estos informes ofrecen información sobre el nivel y la evolución anual del volumen de consumos de bebidas alcohólicas y los ingresos tributarios derivados de los impuestos especiales que gestiona la Agencia Tributaria por cuenta del Estado, las Comunidades Autónomas (CCAA) y las Corporaciones Locales (CCLL) del Territorio de Régimen Fiscal Común. Permiten conocer la demanda de bebidas alcohólicas en España y su evolución temporal por tipo de bebidas.

Para una adecuada interpretación de los datos es preciso realizar las siguientes aclaraciones:

1. La variación de los ingresos fiscales por la venta de alcohol a lo largo del tiempo, no solo está relacionada con el volumen de bebidas alcohólicas vendidas, sino también con la variación de los impuestos (aumentaron un 5% en 2016).
2. Como el impuesto especial que grava el vino es cero, la información que publicaba la AEAT sobre vino procedía tradicionalmente de la encuesta realizada en hogares y en establecimientos de restauración comercial y social, llevada a cabo por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. A partir de 2015 se produjo un cambio, y los datos que publica la AEAT sobre vino proceden de sus propias fuentes². Por ello, este apartado se centra en el periodo desde 2015, en que el origen de la información de todas las bebidas alcohólicas es el mismo.
3. Los datos que facilita la AEAT no permiten la desagregación por CCAA.
4. Al proceder la información de la AEAT, se refiere exclusivamente a las bebidas de circulación legal o “alcohol registrado”. Estas cifras no se pueden extrapolar exclusivamente en el cálculo del consumo per cápita de alcohol en España que vendría dado por la suma del alcohol “registrado”, y el “no registrado” (el que trae un viajero español del extranjero, el de alcohol de curso ilegal, así como de fabricación casera ya que la legislación exime del impuesto especial a los productos elaborados por particulares sin fines comerciales), del que se restaría el alcohol “turístico” (cantidad estimada de alcohol consumido o sacado del país por los turistas).
5. El consumo de alcohol puro per cápita en España, que ha sido estimado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros autores^{3, 4, 5}, no es objeto de este apartado. La OMS publica desde 1999 el cálculo del consumo *per capita* de alcohol en litros de alcohol puro (15+), en su informe periódico *Global Status Report on*

1. https://www.agenciatributaria.es/AEAT.internet/datosabiertos/catalogo/hacienda/Informes_anuales_de_Recaudacion_Tributaria.shtml

2. Artículo 66.5 del Reglamento de Impuestos Especiales: "Mientras el tipo impositivo del impuesto sea cero, los fabricantes y titulares de depósitos fiscales presentarán ante la oficina gestora y dentro de los veinte primeros días de los meses de enero, abril, julio y octubre un resumen sujeto al modelo aprobado por el centro gestor, del movimiento habido en el establecimiento durante el trimestre natural inmediatamente anterior."

3. Manthey, J., Shield, K. D., Rylett, M., Hasan, O. S. M., Probst, C. y Rehm, J. (2019). Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: A modelling study. *The Lancet*, 393, 2493-2502. doi:10.1016/S0140-6736(18)32744-2.

4. Sordo, L., Barrio, G., Bravo, M. J., Villalbí, J. R., Espelt, A., Neira, M. y Regidor, E. (2016). Estimating average alcohol consumption in the population using multiple sources: The case of Spain. *Population Health Metrics*, 14, 21. doi:10.1186/s12963-016-0090-4.

5. Donat, M., Sordo L., Belza M.J., Barrio G. (2020). Mortalidad atribuible al alcohol en España, 2001-2017. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2020_Mortalidad_atribuible_al_alcohol_en_Espana_2001-2017.pdf

*Alcohol*⁶ a partir del consumo de alcohol registrado que le facilita cada país y las estimaciones que realiza sobre alcohol no registrado y turístico. En el caso de España, es el Ministerio de Sanidad quien facilita a la OMS los datos sobre alcohol registrado procedente de los datos de la Agencia Tributaria.

En la tabla 4.1.1 elaborada por la Agencia Tributaria, puede verse de forma detallada, la evolución de los millones de litros (de volumen real y alcohol puro), así como el porcentaje medio de alcohol, por tipo de bebida desde 2015 a 2020. Las bebidas derivadas incluyen las espirituosas o los licores. Entre los productos intermedios se incluyen el vermú o el moscatel. La sidra se clasifica entre los vinos.

Tabla 4.1.1.

Volumen real y volumen de alcohol puro (millones de litros) según tipo de bebida. España 2015-2020.

	2015	2016	2017	2018	2019*	2020*
Consumo de bebidas derivadas (millones de litros)						
Volumen real (1)	264	281	264	266	296	198
Porcentaje medio de alcohol (2)	34,75	34,70	34,61	34,52	31,35	32,02
Alcohol puro (3)=(1)*(2)/100	92	98	91	92	93	63
Consumo de cerveza (millones de litros)						
Volumen real (1)	3.537	3.652	3.793	3.828	3.988	3.506
Porcentaje medio de alcohol (2)	4,68	4,69	4,72	4,76	4,75	4,75
Alcohol puro (3)=(1)*(2)/100	166	171	179	182	189	167
Consumo de productos intermedios (millones de litros)						
Volumen real (1)	50	52	51	51	53	46
Porcentaje medio de alcohol (2)	14,26	14,27	14,28	14,29	14,30	14,29
Alcohol puro (3)=(1)*(2)/100	7,1	7,5	7,3	7,3	7,6	6,6
Consumos de vino (millones de litros)						
Volumen real (1)	1.222	1.276	1.287	1.112	1.186	622
Vinos tranquilos	1.052	1.092	1.115	938	995	536
Vinos espumosos	74	80	74	72	82	38
Bebidas fermentadas tranquilas	74	82	71	80	91	43
Bebidas fermentadas espumosas	22	23	26	22	19	6
Porcentaje medio de alcohol (2)	12,03	12,01	11,96	11,95	11,83	11,93
Vinos tranquilos	12,69	12,70	12,56	12,71	12,61	12,57
Vinos espumosos	11,24	11,18	11,15	11,10	11,15	10,90
Bebidas fermentadas tranquilas	5,69	5,72	6,08	5,86	5,51	5,72
Bebidas fermentadas espumosas	4,15	4,57	4,57	4,38	4,40	4,91
Alcohol puro (3)=(1)*(2)/100	147	153	154	133	140	74
Vinos tranquilos	134	139	140	119	125	67
Vinos espumosos	8	9	8	8	9	4
Bebidas fermentadas tranquilas	4	5	4	5	5	2
Bebidas fermentadas espumosas	1	1	1	1	1	0
TOTAL CONSUMOS (millones de litros)	5.072	5.261	5.395	5.257	5.524	4.372

* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria (tabla adaptada del cuadro 9.3 del Informe Anual de Recaudación Tributaria 2020).

6. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>).

Como puede apreciarse, el volumen total de consumos de bebidas alcohólicas efectuadas en 2020 se sitúa en 4.372 millones de litros y es menor que en 2019 rompiendo así la tendencia al alza observada hasta 2019 (tablas 4.1.1 y 4.1.2). Se trata de un cambio relacionado con la pandemia de COVID.

Este descenso supone con respecto a 2019 una caída muy importante (-33,2% las de mayor graduación, -47,1% los vinos y -12,1% la cerveza) (tabla 4.1.2 y figura 4.1.1). Con respecto a 2015, el vino y las bebidas derivadas son los que presentan la mayor reducción del consumo (-49,1% y -25% respectivamente) (tabla 4.1.2 y figura 4.1.1).

Tabla 4.1.2.

Variación del volumen de consumos de bebidas alcohólicas (%). España 2015-2020.

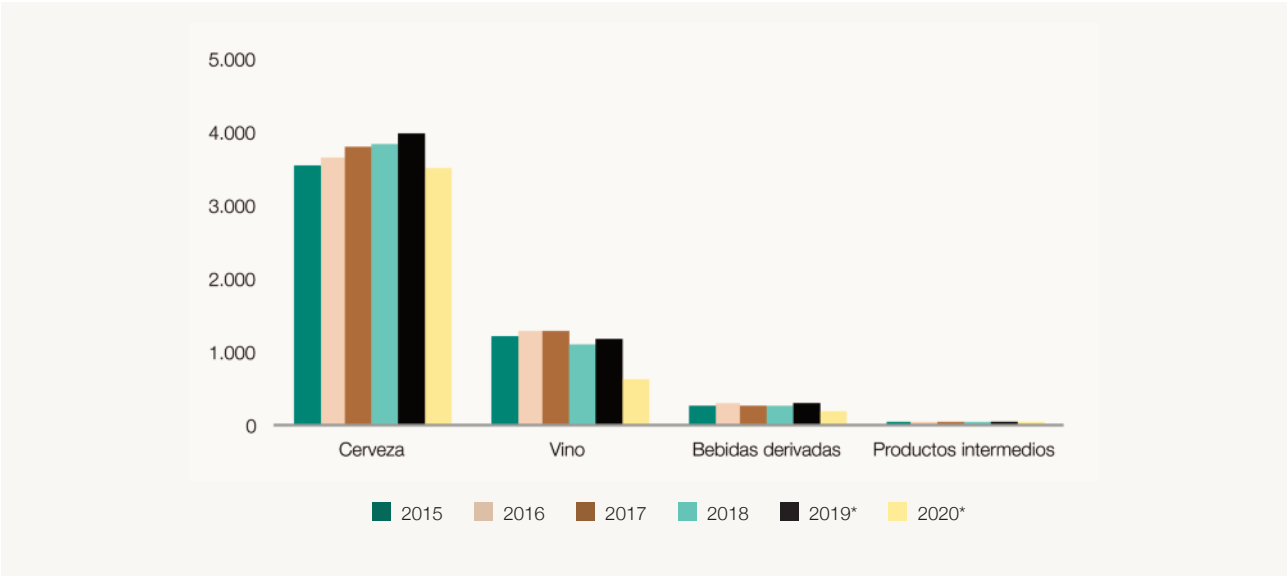
	2015	2016	2017	2018	2019*	2020*	Tasas variación 2019/2020*	Tasas variación 2015/2020*
Cerveza	3.537	3.652	3.793	3.828	3.988	3.506	-12,1	-0,9
Vino	1.222	1.276	1.287	1.112	1.186	622	-47,5	-49,1
Bebidas derivadas	264	281	264	266	296	198	-33,2	-25,0
Productos intermedios	50	52	51	51	53	46	-13,9	-7,3
Total	5.072	5.261	5.395	5.257	5.524	4.372	-20,9	-13,8

* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2020.

Figura 4.1.1.

Evolución del volumen de consumos de bebidas alcohólicas (millones de litros). España, 2015-2020.



	2015	2016	2017	2018	2019*	2020*
Cerveza	3.537	3.652	3.793	3.828	3.988	3506
Vino	1.222	1.276	1.287	1.112	1.186	622
Bebidas derivadas	264	281	264	266	296	198
Productos intermedios	50	52	51	51	53	46
Total	5.072	5.261	5.395	5.257	5.524	4.372

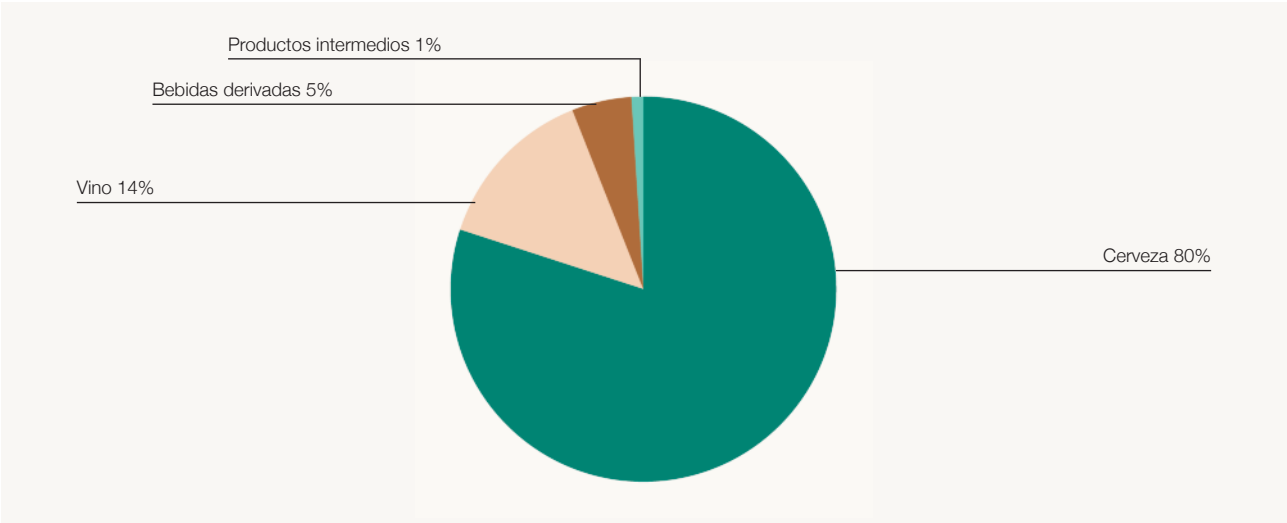
* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2020.

Como puede verse en la figura 4.1.2 la cerveza es la bebida preferida (80%) seguida de lejos por el vino (14%).

Figura 4.1.2.

Distribución del porcentaje de consumos según el tipo de bebida (%). España, 2020*.



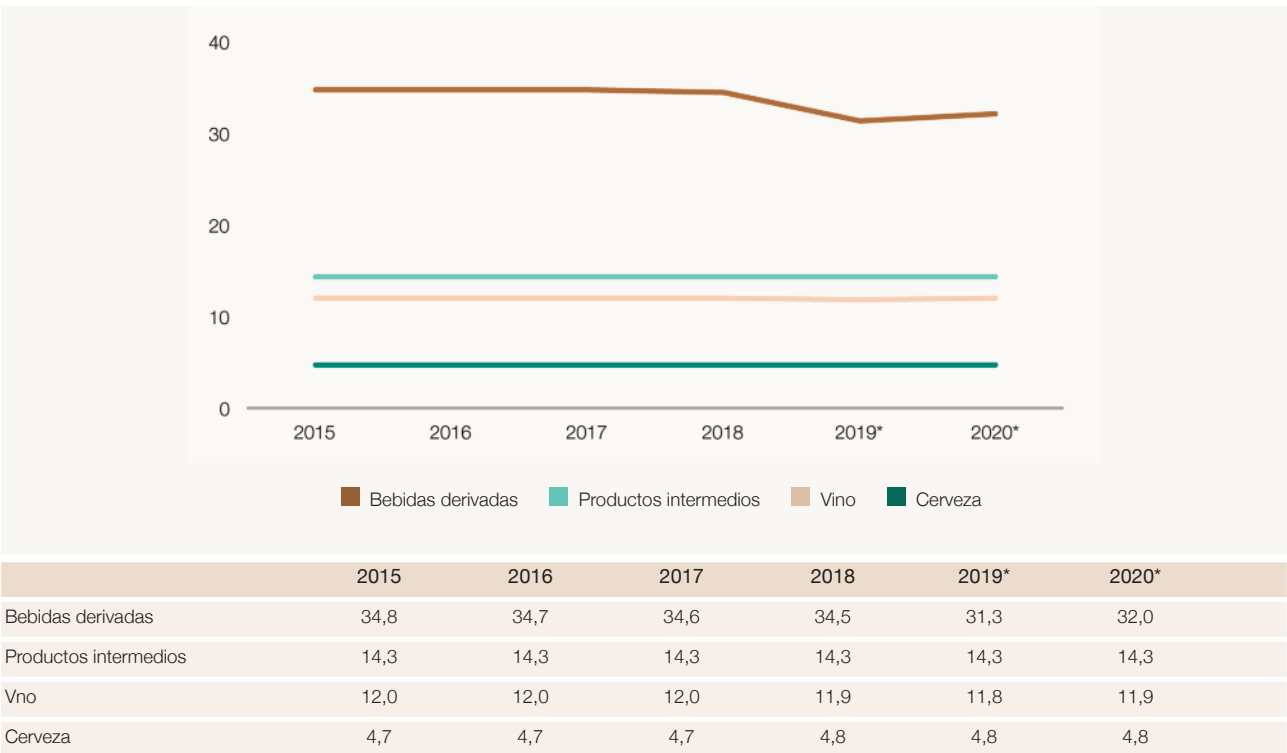
* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2020.

En 2020 el porcentaje medio de alcohol fue el 32% para las bebidas derivadas, el 14,3% para los productos intermedios, el 11,9% para el vino y el 4,8% para la cerveza. La variación de los porcentajes de alcohol puro de cada bebida es mínima en el periodo estudiado, aunque se observa una ligera tendencia a la baja en la graduación de las bebidas derivadas en los dos últimos años que habrá que confirmar en años posteriores (figura 4.1.3).

Figura 4.1.3.

Evolución del porcentaje medio de alcohol según el tipo de bebida (%). España, 2020.



* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2020.

En 2020, a pesar de las grandes diferencias encontradas en el tipo de bebida consumida (figura 4.1.2), cuando se comparan los litros de alcohol puro consumidos por cada bebida, se observa que los porcentajes se acercan (el 43% de alcohol puro se consumió en forma de cerveza, el 32,8% de vino, y el 21,8% de bebida derivada) (figura 4.1.4).

Figura 4.1.4.

Evolución del volumen de alcohol puro consumido por tipo de bebida alcohólica (millones de litros de alcohol puro). España, 2015-2020.



* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2020.

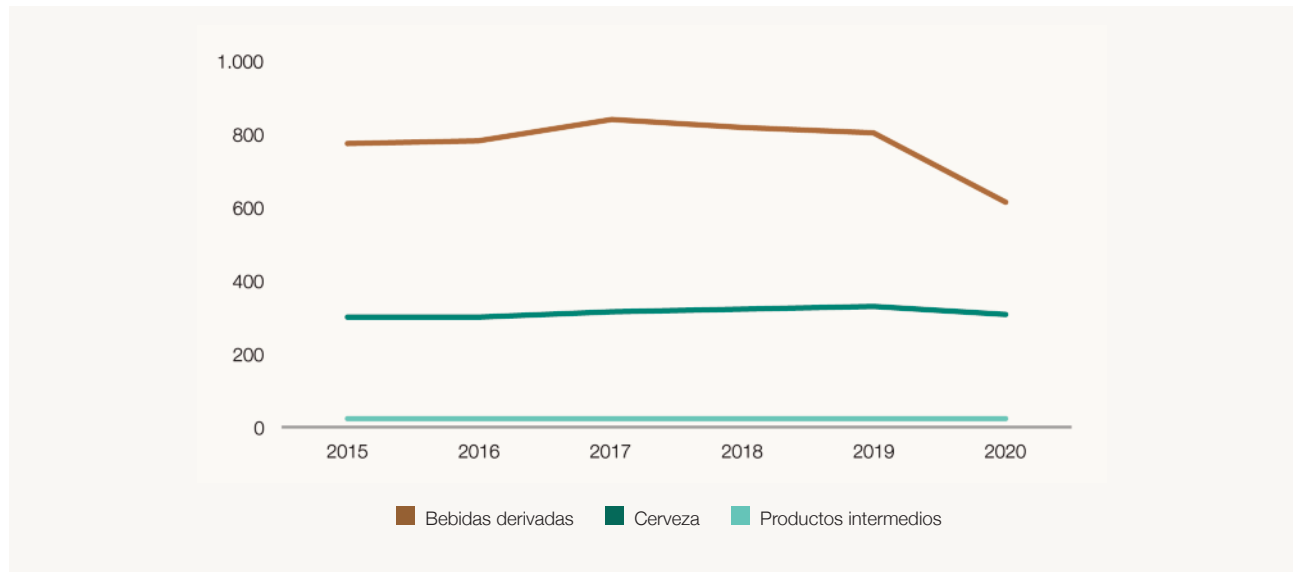
Las bebidas alcohólicas son gravadas con impuestos especiales de acuerdo con su graduación, y las bebidas derivadas suponen un mayor ingreso tributario.

Como puede verse en la siguiente figura, la pandemia se ha asociado a un fuerte descenso de los ingresos por bebidas derivadas (-23,4%) y un descenso comparativamente menor por cerveza o productos intermedios (-7,8% y -8,8% respectivamente).

El vino no aparece en esta figura pues, como se ha comentado al principio del apartado, su impuesto especial es cero.

Figura 4.1.5.

Evolución de los ingresos tributarios por bebidas alcohólicas (millones de euros). España, 2015-2020.



	2015	2016	2017	2018	2019*	2020*
Bebidas derivadas	774	783	840	821	801	614
Cerveza	297	303	314	320	333	307
Productos Intermedios	20	21	22	21	22	20

* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2020.

4.2. Ventas de tabaco, 2005-2020

En este apartado se presentan los datos proporcionados por el Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Hacienda), relativos a las ventas de tabaco por tipo de labor (cigarrillos, cigarros, picadura de liar y de pipa) efectuadas entre 2005 y 2020.

Para una adecuada interpretación de los datos presentados a continuación es preciso realizar dos aclaraciones. La primera, que no se recogen las ventas de tabaco en Canarias, Ceuta y Melilla; y la segunda, que los datos se refieren exclusivamente a la venta legal (la realizada en estancos y establecimientos o dispositivos expendedores autorizados), no incluyendo las ventas ilícitas procedentes del contrabando.

Por otra parte, hay que recordar que las variaciones de los ingresos por la venta de tabaco a lo largo del tiempo no sólo están relacionadas con el volumen de las unidades vendidas, sino también con los impuestos que en distintos momentos históricos ha soportado el tabaco.

Entre los tipos de labor de tabaco, los cigarrillos son la variedad que viene dominando el mercado año tras año, dado que sus volúmenes de ventas, tanto en valor monetario (tabla 4.2.1) como en unidades físicas (tabla 4.2.3) son infinitamente superiores a los del resto de las labores. De los 11.067,198 millones de euros de volumen de ventas de tabacos en 2020, el 84,3% correspondió a los cigarrillos. Tras las ventas de cigarrillos se situaron las de picadura de liar, cuya cuota de mercado viene aumentando en los últimos años, pasando del 1,7%, en el año 2005 al 9,7% en 2020 y desplazando, desde 2009, a las ventas de cigarros puros, cuya participación en los ingresos se mantiene prácticamente estable mostrando una ligera disminución en los últimos años (tabla 4.2.2). Las ventas de picadura de pipa, por su parte, venían siendo residuales, sin superar el 1,0%, pero se observa en 2019 un aumento respecto a los años anteriores, suponiendo en 2020 el 2,0% (tabla 4.2.2).

Tabla 4.2.1.

Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España*, 2005-2020.

Tipo de labor	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Variación 20/05 (%)	Variación 20/19 (%)
Cigarrillos	10.243,640	11.147,600	11.719,617	12.061,477	10.217,073	10.312,166	10.311,177	10.122,349	10.166,996	10.201,155	9.338,247	-8,839	-8,459
Cigarros	467,235	443,781	412,240	427,589	512,960	509,563	496,286	483,919	478,243	470,207	438,287	-6,196	-6,788
Picadura liar	182,526	209,442	395,411	486,559	1.088,680	1.030,188	1.000,737	975,075	1.002,580	1.038,434	1.074,168	488,501	3,441
Picadura pipa	8,107	8,560	9,449	16,738	36,849	52,167	50,655	70,666	105,138	155,297	215,954	2.563,797	39,059
TOTAL	10.891,510	11.809,380	12.536,716	12.992,363	11.855,562	11.904,084	11.859,990	11.652,008	11.752,957	11.865,093	11.067,198	1,613	-6,7255

* Península y Baleares.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 4.2.2.

Distribución de los ingresos por ventas de tabaco según tipo de labor (%). España*, 2005-2020.

Tipo de labor	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cigarrillos	94,1	94,4	93,5	91,0	86,2	86,6	86,9	86,9	86,5	86,0	84,3
Cigarros	4,2	3,8	3,3	3,5	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1	4,0	4,0
Picadura de liar	1,7	1,8	3,2	5,1	9,2	8,7	8,4	8,4	8,5	8,8	9,7
Picadura de pipa	0,1	0,07	0,1	0,5	0,3	0,4	0,4	0,6	0,9	1,3	2,0
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

* Península y Baleares.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Aunque los cigarrillos son el producto principal entre las labores de tabaco, su volumen de ventas fue disminuyendo progresivamente desde 2005, siendo especialmente notorio el descenso que se produjo entre 2008 y 2013. Desde 2013 el descenso es más progresivo.

Como se puede apreciar en la figura 4.2.1, si bien entre los años 2005 y 2008 las ventas de cigarrillos se mantuvieron prácticamente estables, o acaso con una ligerísima tendencia a la baja (-2,6%), en el periodo 2008-2013 se redujeron (-47,4 %). A partir de 2013 y hasta 2018, las ventas han seguido descendiendo, pero muy moderadamente (-6,1%). Aunque en 2019 se observó un aumento del 0,5% en las ventas respecto a 2018, en 2020 se volvió a la tendencia descendente (-8,1%) (figura 4.2.1 y tabla 4.2.3).

El descenso en las ventas de cigarrillos se ha producido en todas las comunidades autónomas, siendo los más destacados los correspondientes a Baleares (-71,94%), Andalucía (-59,07%), Comunidad Valenciana (-58,31%) y País Vasco (-57,03%) si consideramos el periodo 2005-2020. Los mayores descensos en las ventas entre 2019 y 2020 se han observado en Baleares (-58,18%), Comunidad Valenciana (-12,60%), Navarra (-11,63%) y Cataluña (-11,49%), como se puede apreciar en la tabla 4.2.3.

En las ventas de cigarros puros, se produjo un aumento moderado de las ventas entre 2005 y 2009 (5,3%) y se incrementó de forma importante entre 2009 y 2013 (97,8%). Sin embargo, a partir 2013, se observa una mantenida reducción de las mismas (-18,1%) entre 2013 y 2020 (figura 4.2.1). Es decir, a partir de 2013, las ventas de cigarros se mantienen más o menos estables, con una pequeña reducción anual.

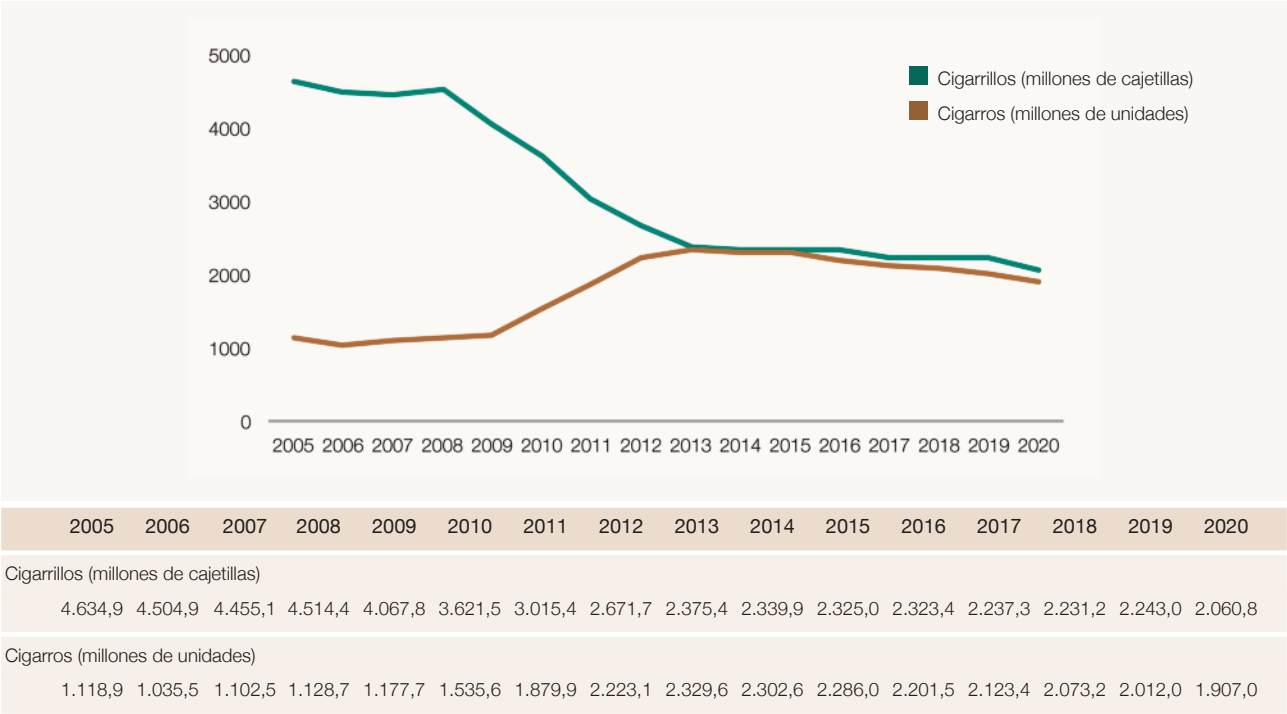
El volumen de ventas de picadura de liar se incrementó considerablemente entre 2011 y 2013 (37,1%), pero también éstas comenzaron a descender a partir de 2013, siendo en 2017 un 17,7% menores respecto a 2013. No obstante, en los tres últimos años se ha podido observar un incremento de un 9,2% en el volumen de ventas respecto al año 2017 (figura 4.2.2).

Por lo que respecta a las ventas de picadura de pipa, también crecieron de forma importante hasta el 2011, para posteriormente y hasta 2013, descender un 62%, y volver a aumentar considerablemente en el periodo 2013-2020 (249,1%). Las ventas correspondientes a 2020 fueron superiores a las de 2019 en un 44,1% (figura 4.2.2).

Tras la entrada en vigor el día 1 de enero de 2006 de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco se ha venido produciendo una contracción de las ventas globales de cigarrillos, así como de la tasa de cigarrillos vendidos por habitante pero, por otro lado, también vinieron incrementándose las ventas de las otras labores de tabaco: cigarros, picadura de liar y picadura de pipa, lo que indicaría la existencia de un cierto desplazamiento de los hábitos de consumo de una parte de los fumadores de cigarrillos hacia el consumo de las otras labores del tabaco. Este desplazamiento que fue visible en todas las comunidades autónomas, dejó de ser tan evidente a partir de 2014. Las variaciones en las ventas de cigarros puros y de los cigarrillos, desde 2013 (figuras 4.2.1 y 4.2.2) parecen indicar que tales desplazamientos en los hábitos de consumo han cesado; no obstante, habrá que seguir observando cómo evolucionan los últimos registros sobre las picaduras de liar y de pipa pues apuntan a un ligero aumento en los últimos años.

Figura 4.2.1.

Evolución de las ventas de cigarrillos y de cigarros puros. España*, 2005-2020.

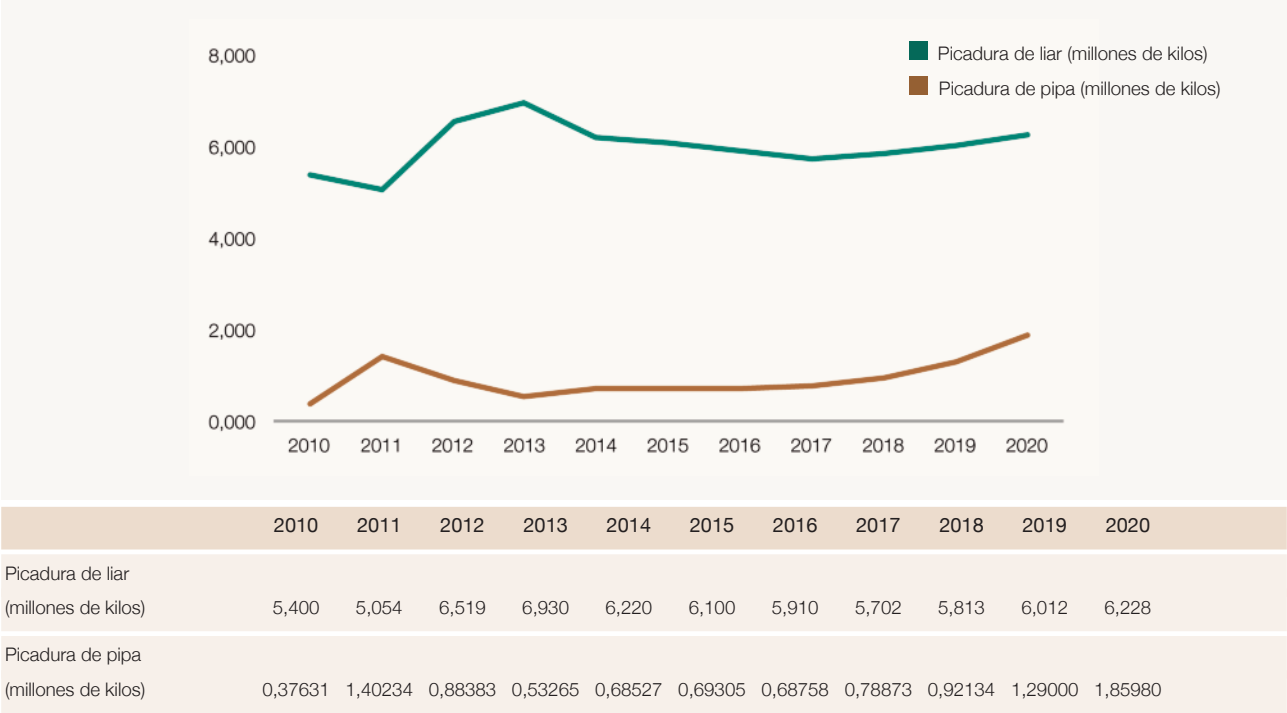


* Península y Baleares.

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Figura 4.2.2.

Evolución de las ventas de picadura de liar y de picadura de pipa. España*, 2010-2020.



** Península y Baleares.

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 4.2.3.

Evolución del volumen de ventas de cigarrillos (millones de cajetillas de 20 cigarrillos) por comunidad autónoma*. España, 2005-2020.

Comunidad Autónoma	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Variación 20/05 (%)	Variación 20/19 (%)
Castilla y León	226	221	213	160	131	126	126	118	118	116	110	-51,33	-5,45
Asturias	101	98	95	72	61	58	58	54	53	52	50	-50,50	-4,00
Navarra	95	89	84	64	51	48	48	46	46	48	43	-54,74	-11,63
Extremadura	107	107	104	81	62	59	57	54	53	53	51	-52,34	-3,92
País Vasco	256	228	212	158	129	123	121	115	117	118	110	-57,03	-7,27
Cantabria	58	56	54	41	33	32	32	31	31	30	29	-50,00	-3,45
Galicia	227	220	212	158	135	132	132	126	126	124	119	-47,58	-4,20
C.-La Mancha	189	193	183	142	111	107	105	101	102	103	100	-47,09	-3,00
Andalucía	843	812	738	509	357	361	368	354	350	361	345	-59,07	-4,64
La Rioja	27	26	26	20	17	17	17	16	16	16	15	-44,44	-6,67
Aragón	134	132	124	94	75	74	73	71	71	71	67	-50,00	-5,97
Murcia	149	152	136	105	84	82	82	79	77	76	72	-51,68	-5,56
Madrid	548	530	496	385	316	305	301	290	285	283	265	-51,64	-6,79
Cataluña	889	844	759	560	441	431	429	415	420	427	383	-56,92	-11,49
C. Valenciana	590	569	491	359	285	281	284	278	277	277	246	-58,31	-12,60
Baleares	196	179	143	107	87	88	91	89	88	87	55	-71,94	-58,18
TOTAL	4.635	4.455	4.068	3.015	2.375	2.325	2.323	2.237	2.231	2.243	2.061	-55,53	-8,83

* Península y Baleares.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

4.3. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2020

Las cantidades de drogas incautadas pueden ser indicadores indirectos de la disponibilidad de drogas en el mercado, siempre que se tenga en cuenta que su evolución suele estar afectada por diversos factores tales como la mayor o menor actividad de los servicios de control de la oferta y la proporción de droga que se dirige al mercado exterior, así como la ocurrencia de grandes decomisos, que pueden dar lugar a fluctuaciones interanuales importantes (tabla 4.3.1).

Tabla 4.3.1.

Evolución de las cantidades de drogas decomisadas en España, 2005-2020.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Heroína (Kg)	174	472	227	548	300	233	413	282	291	244	256	253	524	251	234	178
Cocaína (Kg)	48.429	49.650	37.784	27.981	25.349	25.241	16.609	20.754	26.701	21.685	21.621	15.629	40.960	48.453	37.868	36.948
Hachís (Kg)	669.704	459.267	653.651	682.672	444.581	384.315	355.904	327.199	319.257	379.762	380.361	324.379	334.919	436.963	349.489	473.925
Éxtasis (nº pastillas)	572.871	481.583	490.644	534.906	404.334	634.628	182.973	279.652	154.732	558.867	134.063	346.848	348.220	300.571	267.632	1.561.311

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

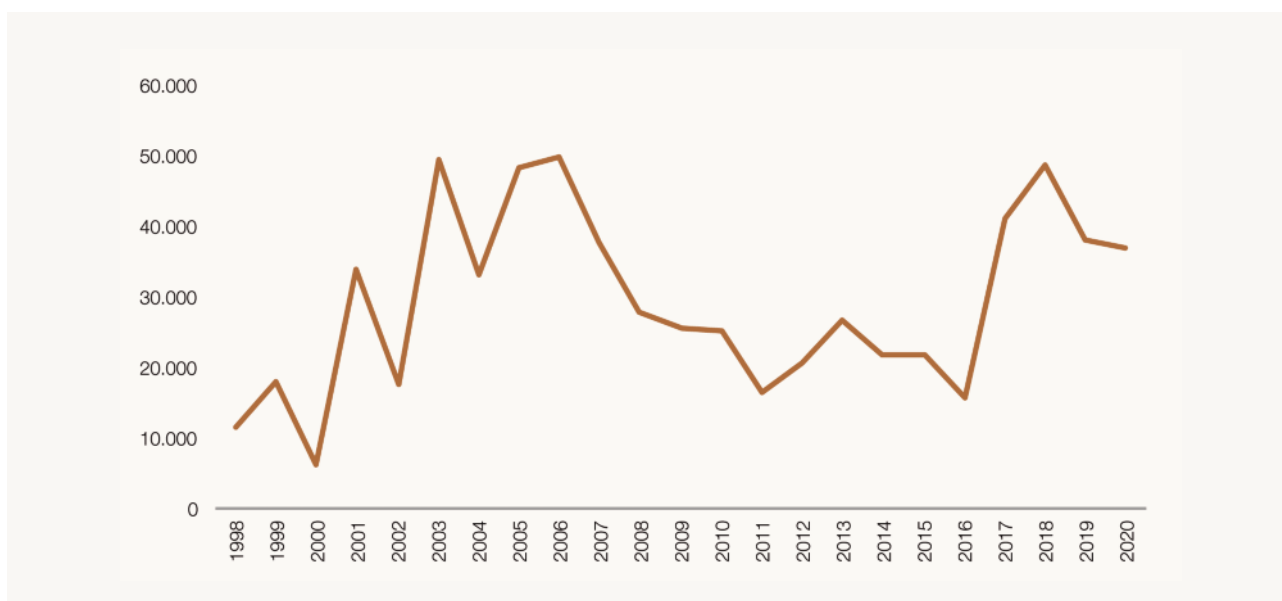
Cocaína

En base a los datos aportados por el Ministerio del Interior, en la figura 4.3.1 se presentan los volúmenes de las incautaciones de cocaína realizadas, año tras año, en el espacio de tiempo comprendido entre 1998 y 2020.

En la serie cronológica se pueden diferenciar cuatro periodos consecutivos en función del mayor o menor volumen de las cantidades incautadas: un primer periodo, entre 1998 y 2002, que se caracteriza por contar con los menores volúmenes de incautación de toda la serie (al margen de la excepcional cifra del año 2001) y que presenta una ligera tendencia creciente; un segundo periodo, entre 2003 y 2006, en el que se incrementaron notablemente los volúmenes de las incautaciones, siendo los más elevados de toda la serie; un tercer periodo a partir de 2006 y hasta 2016, en el que se produce un importante descenso de las cantidades incautadas: en 2006 y 2007 se incautaron 49.650 kg y 37.784 kg, respectivamente, frente a los 27.981 kg incautados en 2008 y los 15.629 kg en 2016. Un cuarto período, entre 2017 y 2018, en el que se registró un aumento considerable de cantidades incautadas llegando a valores similares a los de 2005 y 2006 (48.453 kg incautados en 2018). Por último, en 2019, se incautaron 37.868 kg, lo que supuso un descenso del 22% respecto a 2018, y en 2020, 36.948 kg, cifra muy similar a la de 2019 (disminución del 2%, aproximadamente). Estos últimos datos parecen apuntar al inicio de un nuevo periodo de tendencia descendente, que habrá que confirmar en sucesivas ediciones.

Figura 4.3.1.

Evolución de la cantidad de cocaína incautada (kg) en España, 1998-2020.



Cocaína		Cocaína	
1998	11.687	2009	25.349
1999	18.111	2010	25.241
2000	6.165	2011	16.609
2001	33.680	2012	20.754
2002	17.617	2013	26.701
2003	49.279	2014	21.685
2004	33.135	2015	21.621
2005	48.429	2016	15.629
2006	49.650	2017	40.960
2007	37.784	2018	48.453
2008	27.981	2019	37.868
		2020	36.948

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Hachís

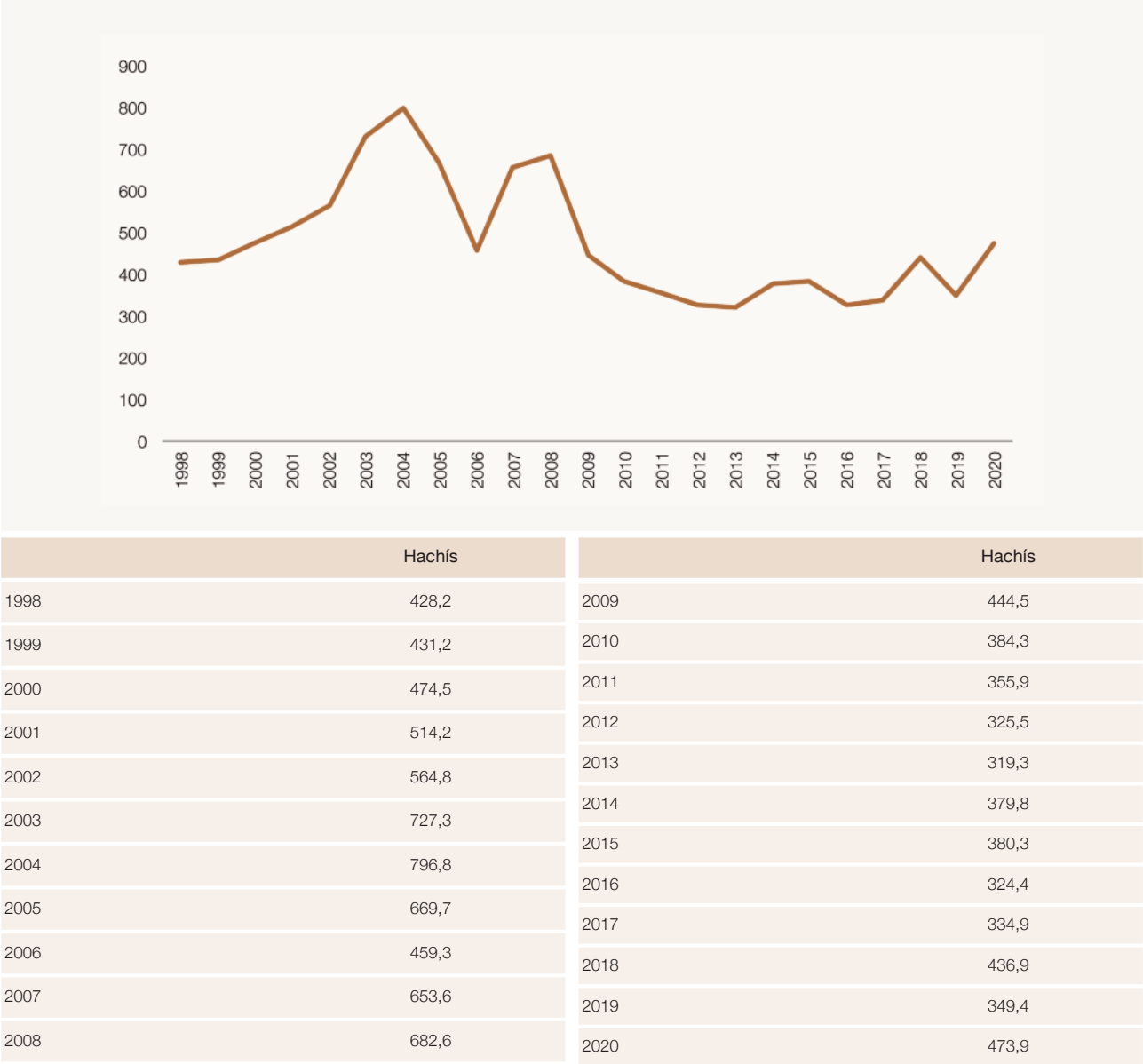
En las cantidades incautadas de hachís entre 1998 y 2019 (figura 4.3.2) se pueden distinguir varios periodos: un primero, entre 1998 y 2002, en el que se aprecia una moderada pero mantenida tendencia al alza de las cantidades incautadas (564,8 toneladas en 2002 frente a 428,2 toneladas en 1998); otro periodo, entre 2003 y 2008, en el que se produjo un crecimiento importante en los volúmenes de hachís incautados (que variaron entre las 796,8 toneladas de 2004 y las 459,2 toneladas de 2006); y un tercer periodo, en el que inicialmente se observó un importante descenso de la cantidad incautada en 2009 (444,5 toneladas) respecto a los dos años anteriores (653,6 toneladas en 2007 y 682,6 toneladas en 2008), y que posteriormente se ha caracterizado por su tendencia a la baja hasta 2013, año que presenta el menor volumen de incautación de toda la serie (319,2 toneladas).

A partir de 2013 las cantidades incautadas de esta sustancia han tendido a aumentar de forma moderada. En 2018 se incautaron 436,9 toneladas de hachís, lo que supuso un incremento del 36,8% respecto de la cantidad incautada en 2013. Esta tendencia cambió en 2019, ya que se incautaron 349,4 toneladas, lo que supuso un 20% de descenso res-

pecto al año anterior, dato que parecía indicar el inicio de un nuevo periodo. No obstante, en el año 2020, la cantidad incautada (473,9 toneladas) ha aumentado en un 36%.

Figura 4.3.2.

Evolución de la cantidad de hachís incautado (toneladas) en España, 1998-2020.



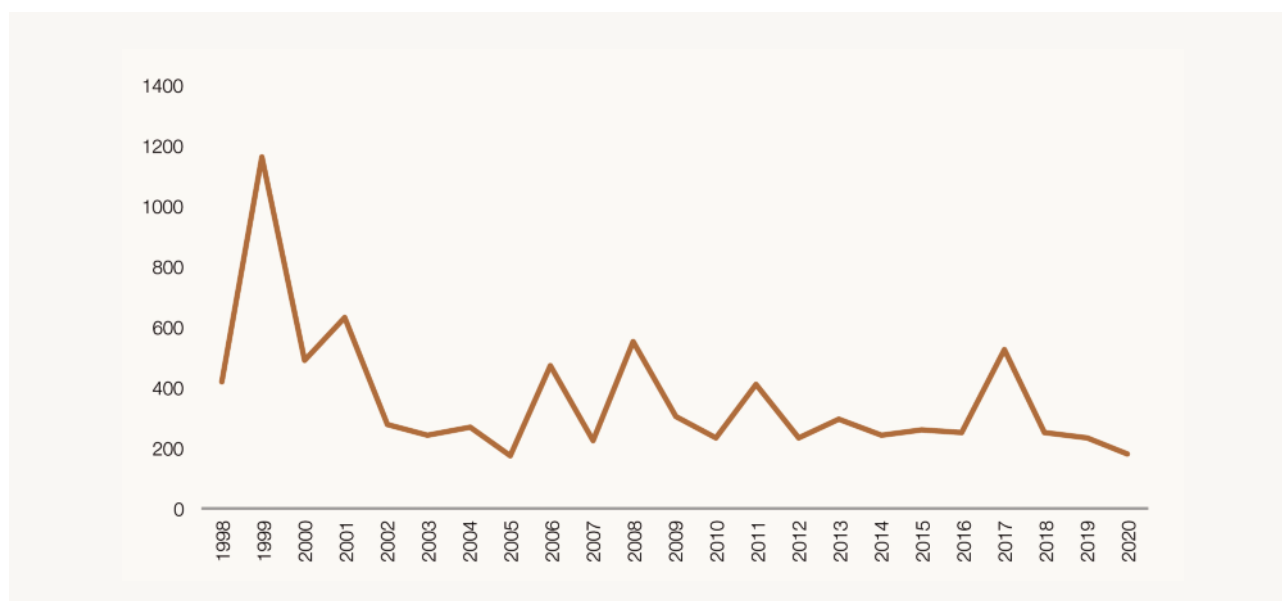
FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Heroína

La figura 4.3.3 presenta las cantidades de heroína incautadas entre 1998 y 2020. En este caso, se pueden distinguir tres periodos. Entre 1998 y 2005 las cantidades incautadas tendieron a descender, alcanzando en este último año la cifra más baja de toda la serie (174 kg); a partir de 2006, sin embargo, volvieron a crecer, iniciándose una tendencia al alza hasta 2008 (548 kg), año a partir del cual se vuelve a apreciar una tendencia descendente que abarca hasta 2020 (178 kg). En 2017 se observa un pico en las cantidades incautadas (524 kg) que vuelve a disminuir en 2018 (251 kg), descenso que se mantiene en 2020 (24% respecto del año anterior).

Figura 4.3.3.

Evolución de la cantidad de heroína incautada (kg) en España, 1998-2020.



Heroína		Heroína	
1998	418	2009	300
1999	1.159	2010	233
2000	485	2011	413
2001	631	2012	229
2002	275	2013	291
2003	242	2014	244
2004	271	2015	256
2005	174	2016	253
2006	472	2017	524
2007	227	2018	251
2008	548	2019	234
		2020	178

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

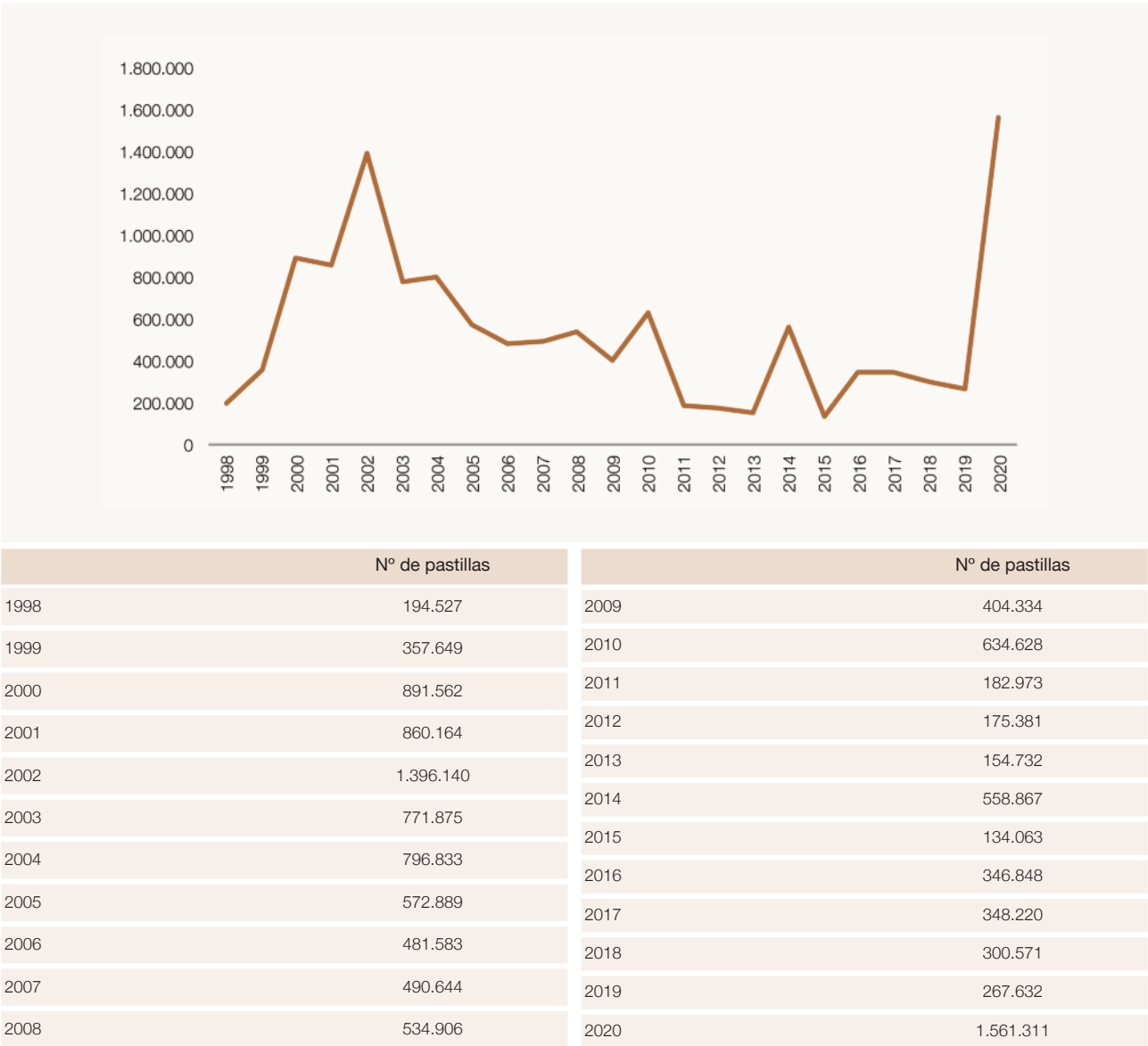
Éxtasis (MDMA)

Las cantidades incautadas de éxtasis (MDMA) también están sometidas a altibajos periódicos entre 1998 y 2019, como queda de manifiesto en la figura 4.3.4. Más allá de las variaciones interanuales, hasta el año 2002 es apreciable la tendencia al incremento del número de pastillas incautadas, que en 1998 fue de 194.527 pastillas y en 2002 de 1.396.140, cantidad que, por otra parte, resulta muy excepcional. Al año siguiente, 2003 (con 771.875 pastillas decomisadas) comienza un periodo de tendencia decreciente, registrándose en 2015 el menor número de pastillas decomisadas de toda la serie (134.063).

Parecía que en el 2019 se corroboraba la tendencia a la baja iniciada en 2016, ya que la cantidad incautada (267.632 pastillas) se encontraba por debajo de la correspondiente a 2016, 2017 y 2018, pero en 2020 se ha incrementado de forma excepcional (1.561.311 pastillas), llegando al 483,4% respecto del 2019, y siendo la mayor incautación de toda la serie iniciada en 1998.

Figura 4.3.4.

Evolución de la cantidad de MDMA incautado (nº de pastillas) en España, 1998-2020.



FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

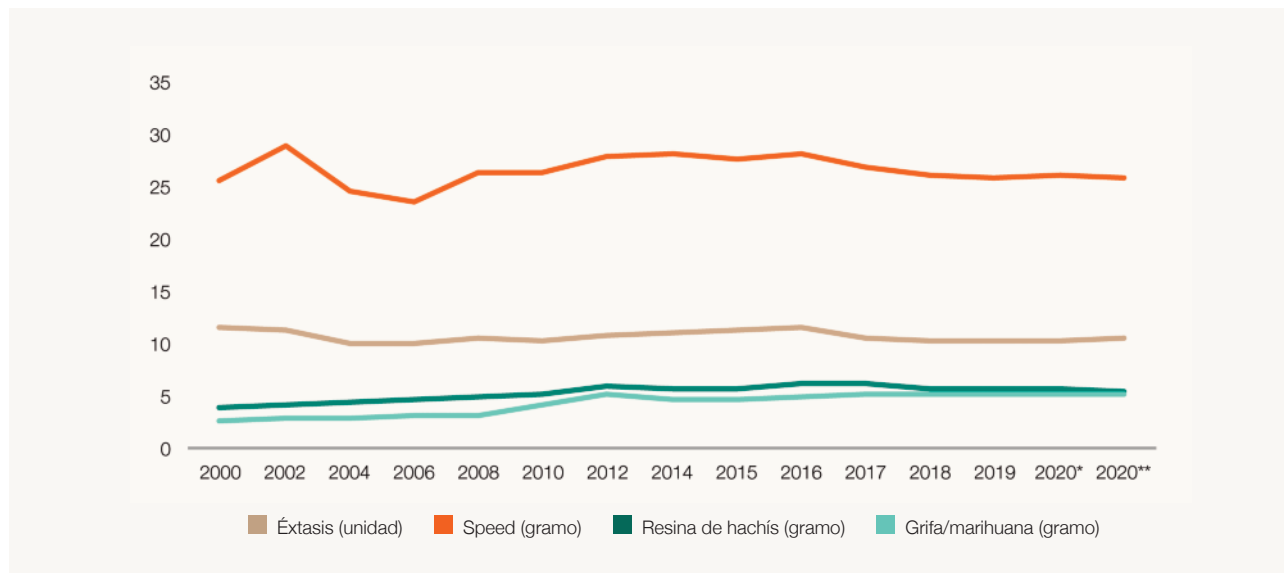
4.4. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2020

Los datos que se presentan en este apartado se refieren al precio medio nacional aplicable a las distintas drogas, ya que éste fluctúa en función de diversas circunstancias como la calidad y la pureza, el volumen de la transacción, la demanda de la población o el nivel de la oferta.

Analizando la evolución del precio de las distintas drogas en el mercado ilícito a medio plazo se puede observar una tendencia al alza del precio de la **resina de hachís** que, si en el año 2000 era de 3,87 euros, en 2020 llegó a 5,63 euros (primer semestre) y a 5,52 euros (segundo semestre). Esto ha ocurrido también en el caso de la **grifa/marihuana** que, en el mismo periodo, ha pasado de 2,49 euros a 5,10 euros (primer semestre de 2020) y a 5,09 (segundo semestre de 2020) (figura 4.4.1).

Figura 4.4.1.

Precios medios de las drogas en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2020.



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2020**
Éxtasis (unidad)	11,52	11,24	10,02	9,88	10,57	10,30	10,70	11,05	11,34	11,41	10,56	10,29	10,33	10,36	10,49
Speed (gramo)	25,52	28,83	24,55	23,46	26,35	26,38	27,74	28,09	27,70	28,07	26,86	26,19	25,86	26,06	25,90
Resina de hachís (gramo)	3,87	4,08	4,39	4,63	4,78	5,20	5,85	5,54	5,56	6,19	6,04	5,59	5,68	5,63	5,52
Grifa/marihuana (gramo)	2,49	2,86	2,86	2,99	3,09	4,10	5,02	4,68	4,58	4,96	5,16	5,22	5,06	5,10	5,09

2020* = primer semestre 2020

2020** = segundo semestre 2020.

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

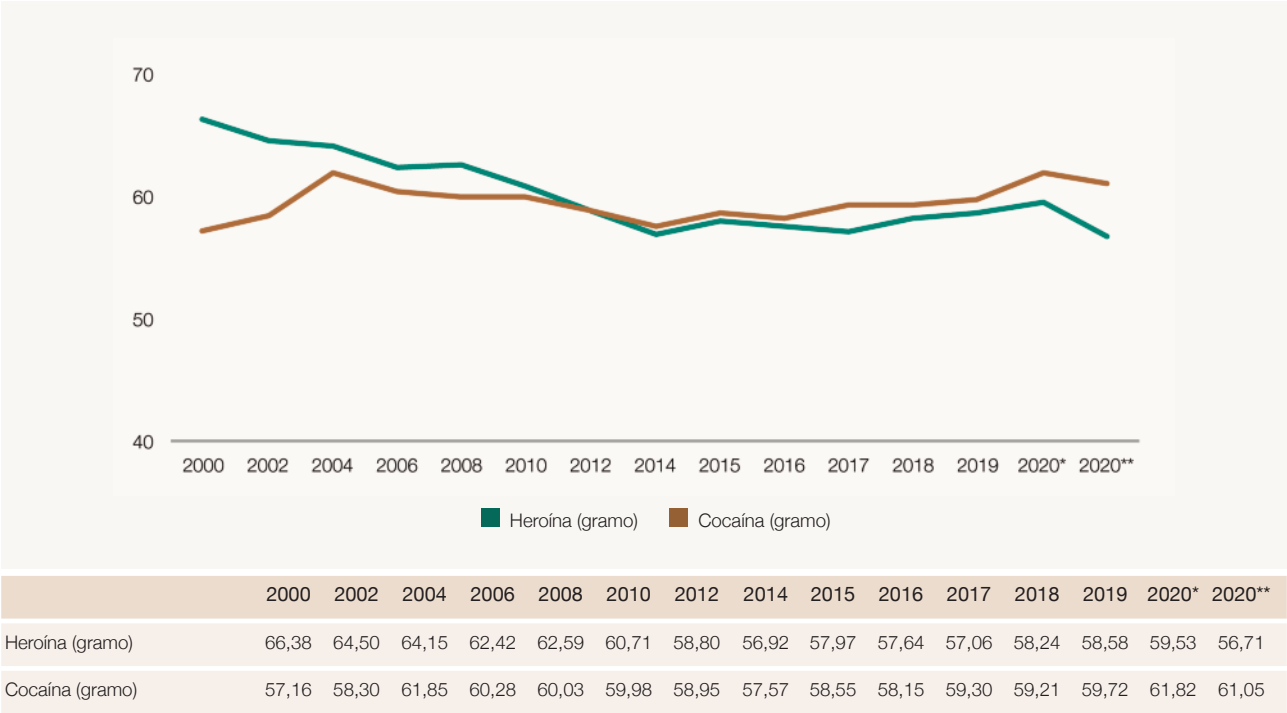
De igual modo, la **cocaína**, tras un periodo de descenso hasta 2014, presenta actualmente una tendencia creciente pasando el gramo de cocaína de un precio medio de 57,57 euros en 2014, hasta los 61,82 euros y 61,05 euros en 2020 (primer y segundo semestre, respectivamente) (figura 4.4.2).

Respecto al precio del gramo de **heroína**, desde el año 2000 hasta el 2014, mostró una tendencia descendente, pasando de 66,38 euros en 2000 a 56,92 euros en 2014. A partir de dicho año el precio se ha estabilizado teniendo un valor aproximado en torno a los 58 euros desde 2015 hasta 2020. Excepcionalmente hay que mencionar, que el precio en el segundo semestre del año 2020 (56,71 euros) ha llegado a niveles inferiores a los del 2014, siendo el más bajo de la serie desde el año 2000 (figura 4.4.2).

En cuanto al gramo de **anfetaminas en polvo (speed)**, ha ido aumentando ligeramente el precio entre el año 2000 (25,5 euros/gramo) y 2016 (28,07 euros/gramo), año a partir del cual comienza a descender alcanzando un valor de 26,06 y 25,90 euros el gramo de speed en el primer y segundo semestre de 2020, respectivamente (figura 4.4.1).

Respecto al precio del **éxtasis**, el precio aumentó desde 2006 hasta 2016 pasando de 9,88 euros la unidad en 2006 a 11,41 euros en 2016, precio éste muy similar al que alcanzó en el año 2000. En 2017 y 2018 se observa un descenso del precio por unidad de éxtasis, ascendiendo ligeramente a los 10,36 euros y 10,49 euros en el primer y segundo semestre de 2020, respectivamente, valores muy similares al que presentaba en 2010 (10,30 euros) (figura 4.4.1).

Figura 4.4.2.
Precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2020.



2020* = primer semestre 2020

2020** = segundo semestre 2020.

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

En relación a la pureza media de las drogas decomisadas, se dispone de datos para la **heroína** y la **cocaína**. A lo largo de todo el período 2000-2020, se puede observar que la pureza de los grandes decomisos (nivel de kilogramo) es bastante mayor que la pureza de los decomisos del nivel de gramo o de dosis. De hecho, en 2020, la pureza de los grandes decomisos de heroína fue de un 42,0% y 41,0% (primer y segundo semestre), mientras que la pureza de los decomisos del nivel de gramo fue del 31,0% y 30,0% (primer y segundo semestre), y de los de nivel de dosis del 22,0% y 20,0% (primer y segundo semestre). Para la cocaína, las cifras fueron, siguiendo el mismo orden, 72,0% y 71,0%; 46,0% y 44%; y 35,0% y 32,0%.

Por lo que respecta a la evolución temporal, la pureza de la **cocaína** muestra una tendencia descendente desde el año 2000 que fue especialmente notoria a partir de 2008: en la del gramo, ha pasado del 49,5% al 46,0% y 44,0% (primer y segundo semestre del 2020, respectivamente), y la de la dosis del 40,5% al 35,0% y 32,0% (primer y segundo semestre del 2020, respectivamente). Hay que destacar que las purezas a nivel de kg, durante el primer y segundo semestre de 2020 (72,0% y 71,0%, respectivamente), están en niveles del 2008 y 2010.

La misma tendencia al descenso se aprecia respecto a la pureza de la **heroína**, aunque, en este caso, esa tendencia fue más intensa hasta 2010 y sobre todo a nivel de kilogramo, cuya pureza pasó del 64% en 2000 al 45% en 2010 y, en menor medida, en el caso de la dosis que pasó del 25% al 21% y en el del gramo que pasó del 32% al 31,5%. En el año 2020, a nivel de kg, las purezas del primer y segundo semestre (42,0% y 41,0%, respectivamente) están en niveles del año 2012 (41,5%).

A partir de 2010 las purezas del gramo y la dosis han mostrado tendencia a la estabilización, basculando entre el 21% y el 20%, en el caso de la dosis, y entre el 31,5% y el 30% en el caso del gramo (con excepción del año 2015 en que fue del 33%). Respecto a la pureza de la heroína en el mercado mayorista (kg) también se venía observando una estabilización a partir de 2014, (con excepción del año 2015 en que fue del 43%), situándose entre el 39,0% y el 40,5%, pero en el año 2020, ha aumentado llegando a niveles cercanos al año 2015 (42,0% y 41,0%) (tabla 4.4.1).

Tabla 4.4.1.

Purezas medias (%) de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito. España, 2000-2020.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2020**
Heroína															
Dosis	25,0	26,0	22,5	22,0	22,5	21,0	21,0	21,0	21,5	21,5	22,5	22,5	23,0	22,0	20,0
Gramo	32,0	34,0	29,0	32,0	32,5	31,5	31,0	31,0	33,0	31,5	31,5	30,0	31,0	31,0	30,0
Kilogramo	64,0	53,0	49,0	47,5	46,0	45,0	41,5	39,0	43,0	39,5	39,0	40,5	40,5	42,0	41,0
Cocaína															
Dosis	45,0	43,0	42,0	46,0	40,5	36,5	35,0	33,0	33,5	33,5	35,5	37,5	36,5	35,0	32,0
Gramo	53,0	50,0	51,0	54,0	49,5	45,5	42,5	41,0	42,0	39,5	43,5	44,0	45,0	46,0	44,0
Kilogramo	74,0	71,0	75,0	73,0	72,0	71,0	67,0	63,0	65,5	64,0	67,5	69,0	69,5	72,0	71,0

2020* = primer semestre 2020

2020** = segundo semestre 2020.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Un aspecto interesante que se puede considerar es el grado de dilución (“adulteración”) que sufre la droga a lo largo de la cadena de distribución. Como indicadores del grado de dilución en diferentes eslabones de la cadena pueden utilizarse las razones de pureza kg/pureza dosis, pureza kg/pureza gramo y la razón de pureza gramo/pureza dosis. En 2020 (primer y segundo semestre), las razones de pureza kg/dosis de heroína fueron 1,9 y 2,05, las razones kg/gramo 1,35 y 1,36, y las razones gramo/dosis 1,40 y 1,5, mientras que para cocaína las cifras fueron 2,05 y 2,21, 1,56 y 1,61, y 1,21 y 1,37, para el mismo orden. La heroína sufre, pues, un menor grado de dilución a lo largo de la cadena de distribución que la cocaína (tabla 4.4.2).

Si se observa la evolución temporal de estas razones a lo largo del período 2000-2020, se comprueba que, para heroína, ha disminuido progresivamente la razón de pureza kg/gramo, pasando de 2,0 en 2000 a 1,35-1,36 en 2020, así como la razón pureza kg/dosis que ha pasado de 2,56 a 1,9-2,05. Por el contrario, la razón gramo/dosis ha tendido a aumentar pasando de 1,28 a 1,4-1,5 en el mismo periodo de tiempo (tabla 4.4.2). Se puede concluir, por lo tanto, que en los últimos años ha disminuido el grado de dilución que sufre la heroína en la cadena de distribución y que este cambio se ha producido entre los eslabones de kilogramo y gramo, pero no en el eslabón gramo/dosis.

En cuanto a la cocaína, se observa que la razón de pureza kg/gramo mantuvo cierta estabilidad entre 2000 y 2002, dando comienzo en 2004 una tendencia al aumento de la misma. Algo parecido ha sucedido con la razón kg/dosis, aunque no así con la razón pureza gramo/dosis, que en los últimos años se ha mantenido relativamente estable en torno al 1,2 (tabla 4.4.2), excepto para el año 2020 se ha separado de este valor (1,31 y 1,37 en el primer y segundo semestre, respectivamente).

Tabla 4.4.2.

Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 2000-2020.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2020**
Decomisos de heroína															
Razón Kg/dosis	2,56	2,04	2,23	2,09	2,04	2,14	1,97	1,86	2,00	1,84	1,73	1,80	1,76	1,9	2,05
Razón Kg/gramo	2,00	1,56	1,69	1,50	1,42	1,43	1,33	1,26	1,30	1,25	1,24	1,35	1,31	1,35	1,36
Razón g/dosis	1,28	1,31	1,32	1,39	1,44	1,50	1,47	1,48	1,53	1,47	1,40	1,33	1,35	1,40	1,50
Decomisos de cocaína															
Razón Kg/dosis	1,64	1,65	1,79	1,66	1,78	1,95	1,91	1,91	1,96	1,91	1,90	1,84	1,90	2,05	2,21
Razón Kg/gramo	1,40	1,42	1,47	1,38	1,45	1,27	1,57	1,54	1,56	1,62	1,55	1,57	1,54	1,56	1,61
Razón g/dosis	1,18	1,16	1,21	1,20	1,22	1,25	1,21	1,24	1,25	1,18	1,23	1,17	1,23	1,31	1,37

2020* = primer semestre 2020

2020** = segundo semestre 2020.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

4.5. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2020

En el año 2020 se registraron 24.114 detenciones por tráfico de drogas conforme a los datos del Ministerio del Interior, frente a 24.171 en 2019. Por su parte, las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas fueron 337.772 en 2020 frente a 401.914 en 2019.

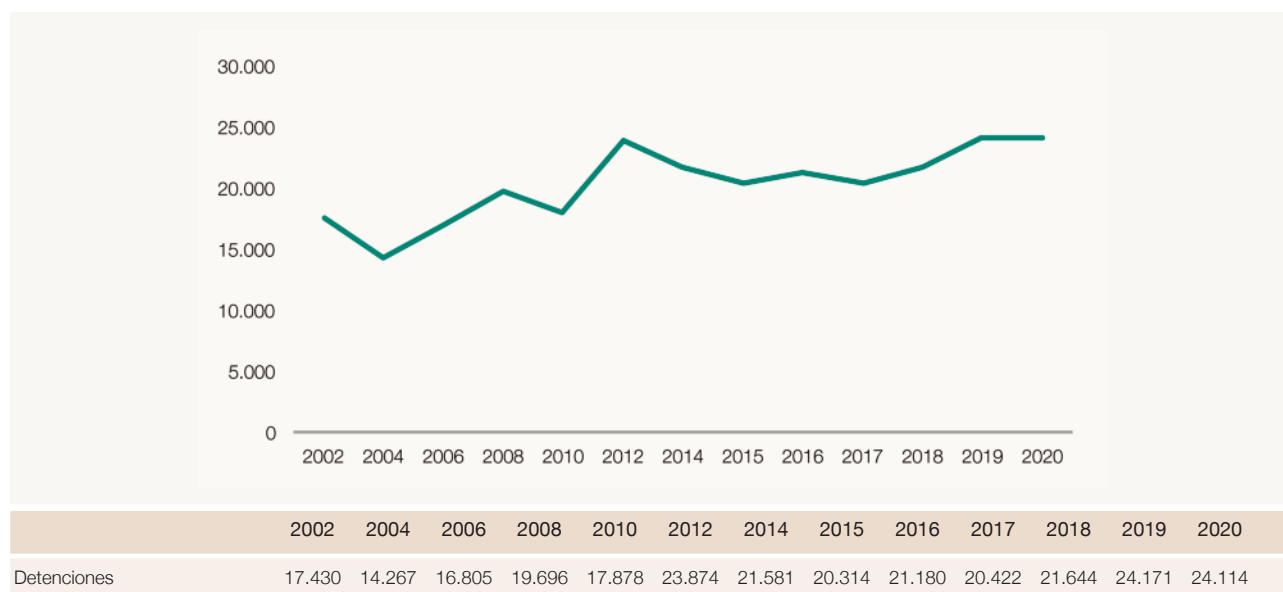
Las detenciones realizadas desde 2002 presentan una tendencia creciente hasta el año 2012, año en que inician un periodo de relativo descenso. Esta tendencia parece haberse frenado en los tres últimos años, volviendo a aumentar hasta cifras incluso superiores a 2012.

En el caso de las denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas y la Ley Orgánica 4/2015, que deroga la anterior, se observa un progresivo aumento desde 2002 hasta 2015, año a partir del cual se estabilizan las cifras. En el año 2018 se registra un ligero ascenso que continúa en el 2019 pero que en el 2020 vuelve a disminuir (figuras 4.5.1 y 4.5.2).

Como en años anteriores, en 2020 la mayor parte de las detenciones y de las denuncias estuvieron relacionadas con los derivados del cannabis (59,7% y 74,2%, respectivamente). Importante porcentaje alcanzan también las detenciones por tráfico de cocaínicos (24,7%) (figuras 4.5.3 y 4.5.4 y tablas 4.5.1 y 4.5.2).

Figura 4.5.1.

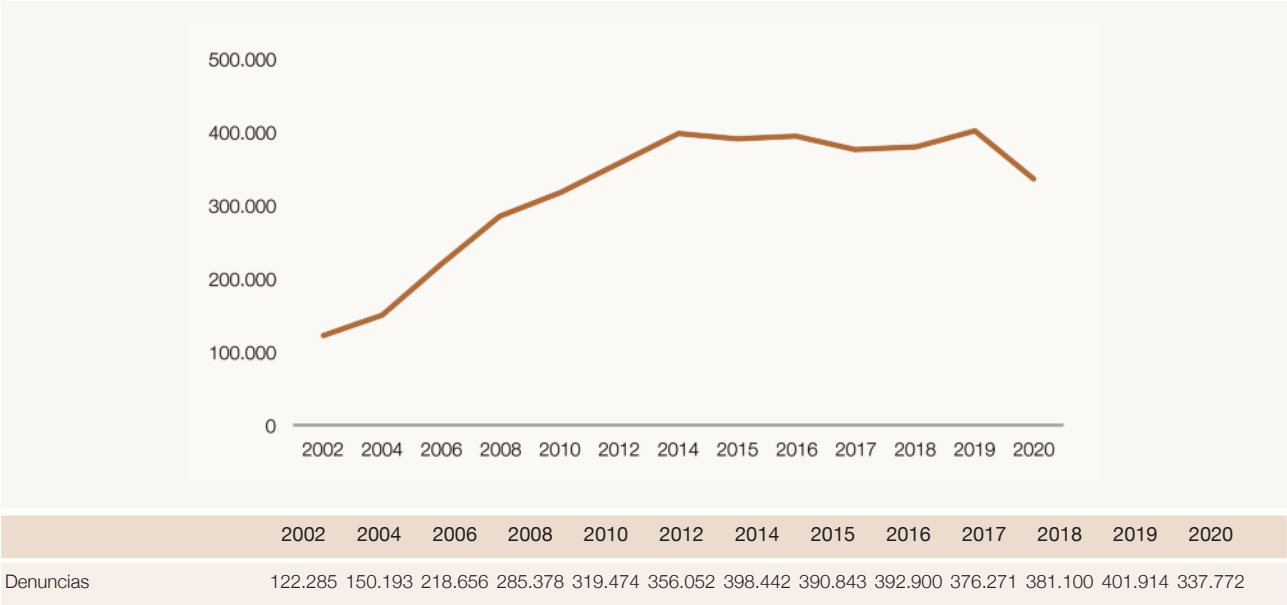
Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2002-2020.



FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Figura 4.5.2.

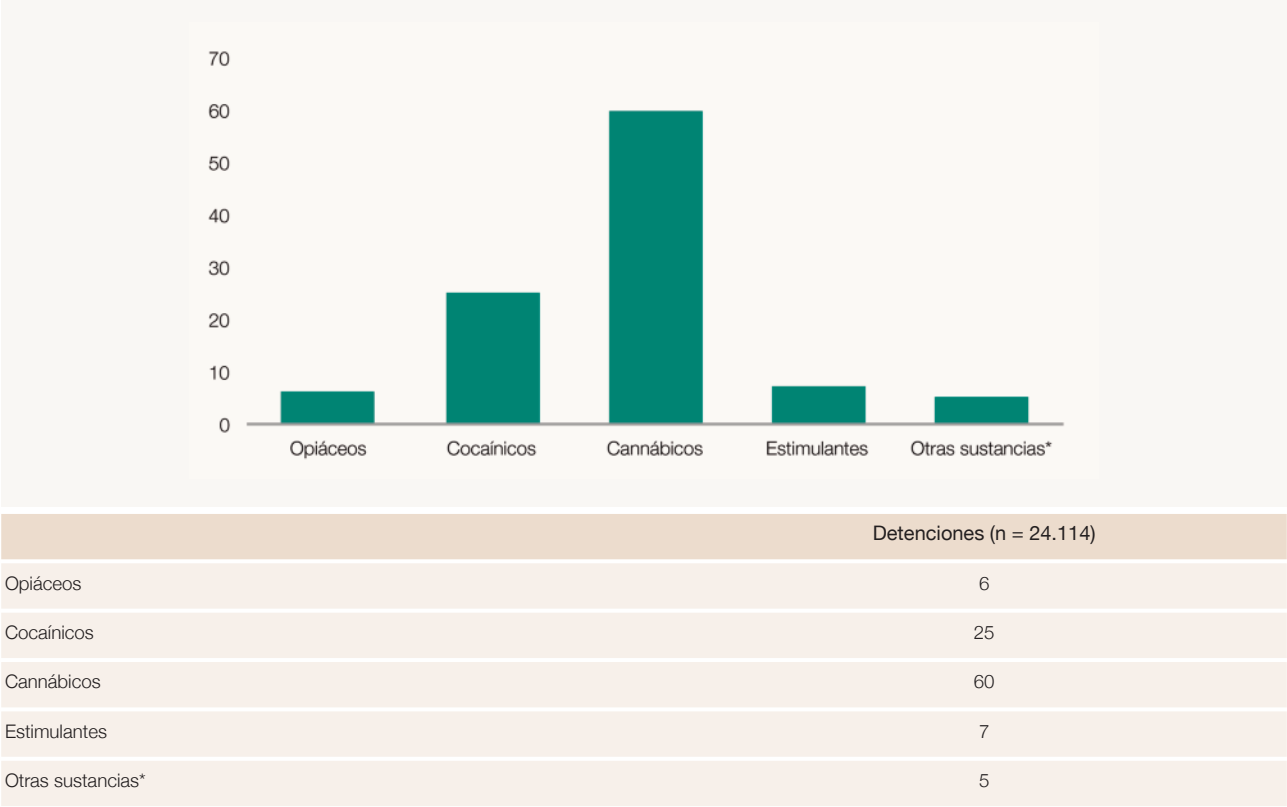
Denuncias por tenencia y consumo de drogas en lugar público basadas en las Leyes Orgánicas 1/1992 y 4/2015 (números absolutos). España, 2002-2020.



FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Figura 4.5.3.

Distribución de las detenciones por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2020.



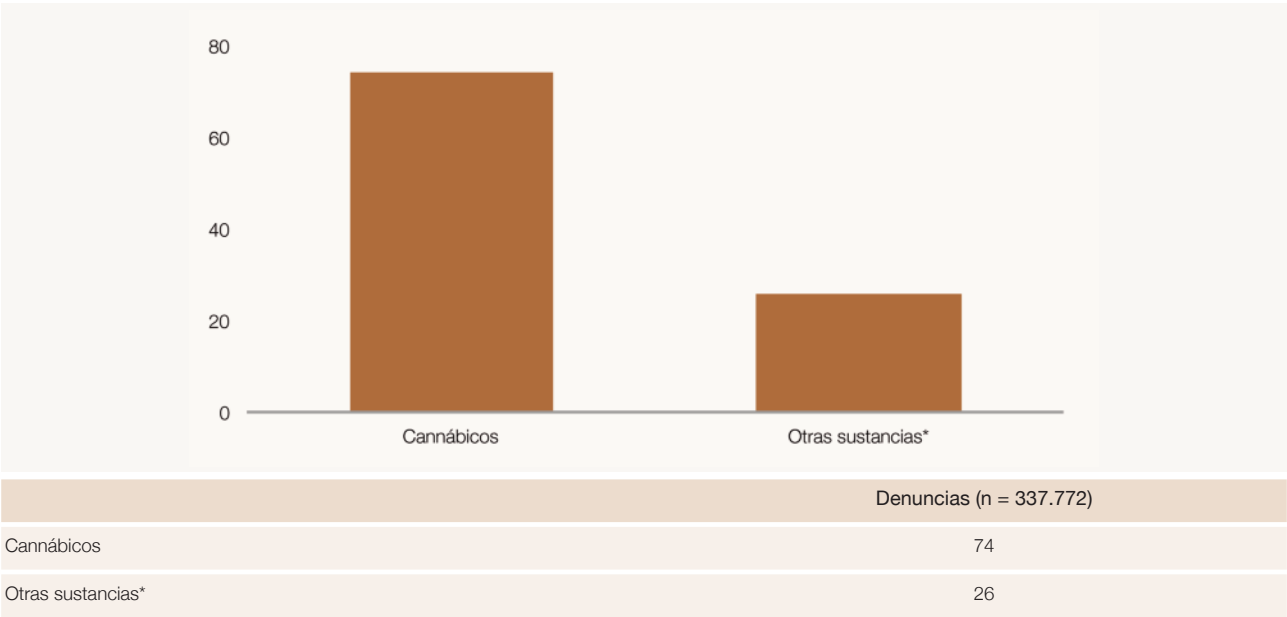
* Otras sustancias incluye: depresores, sedantes, tranquilizantes, alucinógenos y otros.

Nota: las detenciones por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Figura 4.5.4.

Distribución de las denuncias por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2020.



* Otras sustancias incluye: opiáceos, cocaínicos, estimulantes y otros.
Nota: las denuncias en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.
FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Tabla 4.5.1.

Evolución de las detenciones por familia de drogas (números absolutos y % sobre el total). España, 2006-2020.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total detenciones (n)	20.094	24.069	22.139	23.874	21.581	20.314	21.180	20.422	21.664	24.171	24.114
Cannábicos (%)	46	50	50	56	56	54	53	58	53	55	60
Cocaínicos (%)	39	36	35	30	28	29	28	28	29	26	25
Opiáceos (%)	6	7	7	5	7	7	7	6	7	6	6
Estimulantes tipo anfetamínico (%)	6	5	5	4	6	7	7	6	7	8	7
Otras sustancias (%)	3	3	3	4	3	3	5	2	2	5	5

Nota: las detenciones por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.
FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Tabla 4.5.2.

Evolución de las denuncias por familia de drogas (números absolutos y % sobre el total). España, 2006-2020.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total denuncias (n)	225.909	295.185	326.776	372.419	398.422	390.843	392.900	376.271	381.100	401.914	337.772
Cannábicos (%)	77	80	84	87	87	86	84	83	83	82	74
Otras sustancias (cocaínicos, opiáceos,estimulantes, otras) (%)	23	20	17	12	13	14	16	17	17	18	26

Nota: las denuncias en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.
FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Información complementaria

Páginas web de interés

MINISTERIO DE SANIDAD

<http://www.mscbs.gob.es/>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

<https://pnsd.sanidad.gob.es/>

Encuesta Nacional de Salud

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>

MINISTERIO DEL INTERIOR

<http://www.interior.gob.es/>

Dirección General de Tráfico

<http://www.dgt.es/es/>

MINISTERIO DE HACIENDA

<https://www.hacienda.gob.es/es-ES/Paginas/Home.aspx>

Comisionado para el Mercado de Tabacos

<https://www.hacienda.gob.es/es-ES/Areas%20Tematicas/CMTabacos/Paginas/hometabacos.aspx>

Informes Anuales de Recaudación Tributaria

https://www.agenciatributaria.es/AEAT.internet/datosabiertos/catalogo/hacienda/Informes_anuales_de_Recaudacion_Tributaria.shtml

MINISTERIO DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL

<https://portal.mineco.gob.es/es-es/Paginas/default.aspx>

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030

<https://www.mscbs.gob.es/ssi/portada/home.htm>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE)

<https://www.ine.es/>

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (ISCIII)

<https://www.isciii.es/Paginas/Inicio.aspx>

OFICINAS DE NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (ONUDD)

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC)

<https://www.unodc.org/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

<http://www.who.int/es/>

Abuso de sustancias psicoactivas. Management of Substance Abuse

http://www.who.int/substance_abuse/en/

JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES (JIFE)

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB)

<https://www.incb.org/>

OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS (OEDT)

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUGS ADDICTION (EMCDDA)

<http://www.emcdda.europa.eu/>

ENCUESTA ESCOLAR EUROPEA SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (ESPAD)

THE EUROPEAN SCHOOL SURVEY PROJECT ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS (ESPAD)

<http://www.espad.org/>

CONDUCTAS DE SALUD EN NIÑOS (HBSC)

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

<http://www.hbsc.org/>

COMISIÓN EUROPEA. EUROBARÓMETRO

EUROPEAN COMMISSION. EUROBAROMETER

<https://europa.eu/eurobarometer/screen/home>