

INFORME 2023

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES

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. Luz LEÓN. Luisa M. LÓPEZ, Noelia LLORENS. Eva SÁNCHEZ.

RESPONSABLES EN LAS COMUNIDADES/CIUDADES AUTÓNOMAS

Andalucía

Rosario BALLESTA
Ara MILLÁN
Mónica TENA
Lara FORNOVI
Antonio SUÁREZ

Aragón

Carmen BARANGUAN
Laura JOSÉ

Asturias

José Antonio GONZALEZ
Luisa María GONZÁLEZ

Baleares

Rut SUÁREZ
Elena TEJERA
Ana FERRER

Canarias

José Juan ALEMÁN
Nicolás PERDOMO
Ángel RODRÍGUEZ
María del Mar VELASCO
Amelia María HERNÁNDEZ

Cantabria

María del Carmen DIEGO
María Antonia RUEDA

Castilla-La Mancha

Carlos ALONSO
Carmen DE PEDRO

Castilla y León

Susana REDONDO
Mónica ELÍAS
Alexander VELÁZQUEZ

Cataluña

Xavier MAJO
Josep M. OLLÉ
Merche GOTSSENS

Extremadura

Mercedes CORTÉS
M^a Pilar MORCILLO
José Antonio SANTOS

Galicia

Silvia SUÁREZ
Sara CERDEIRA
Mercedes LIJO
María TAJES
Sergio VEIGA

Madrid

Piedad HERNANDO
M^a del Carmen ÁLVAREZ
Nelva MATA
Andrea TANJADA

Murcia

Mónica BALLESTA
M^a Dolores CHIRLAQUE
Isabel ROSA
Laura ESCUDERO
Daniel RODRÍGUEZ

Navarra

Raquel GONZÁLEZ

País Vasco

Elena ALDASORO
Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA
Luis Javier ECHEVARRÍA

La Rioja

María FERNÁNDEZ
M^a Gemma CESTAFE

Comunidad Valenciana

M^a Jesús MATEU
Francesc J. VERDÚ
Noelia SELLES
Blanca NAVARRO

Ceuta

Miguel Ángel MANCILLA
Ana POSTIGO
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.
- Miembros de la Red ESAR-Net.
- 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
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: 133-23-081-9

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 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023. 270 p.

Cada año, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) hace público su informe. En él se compila sistemáticamente información de las diferentes fuentes y sistemas de obtención de datos sobre aspectos del consumo y sus consecuencias, de reducción de la demanda de drogas, y también sobre el control de su oferta. La continuidad de este informe anual, y el mantenimiento de las series y de su comparabilidad son uno de los mayores activos de esta Delegación del Gobierno. A lo largo de los años y de los cambios, todas las personas que la han dirigido han velado por preservarlo.

En esta edición se incluyen los resultados pormenorizados de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España (EDADES) del año 2022, junto con el análisis de los indicadores de admisiones a tratamiento, urgencias, y mortalidad relacionada con las drogas, además de sus tendencias hasta 2021. Incluye también información sobre otros problemas, 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, datos de estudios basados en el análisis de aguas residuales (que podría convertirse en el futuro en un componente del sistema de información), así como los indicadores relativos a 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 de profesionales del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones: sin su labor y su esfuerzo, la sociedad no tendría este informe a su disposición.

Joan R. Villalbí

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones

INFORME 2023

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	19
Oferta de drogas y medidas de control	21
Análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos	23
1. Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas	25
1.1. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2022	26
Introducción	26
Objetivos	26
Metodología	27
• Universo y marco muestral	27
• Muestra	28
• Cuestionario y trabajo de campo	29
• Análisis	30
Resultados	31
• Caracterización sociodemográfica de la muestra	31
• Prevalencia de consumo de drogas	32
Evolución temporal	32
Edad media de inicio en el consumo y diferencias en el consumo por sexo y edad	36
Diferencias en el consumo (alcohol, tabaco y cannabis) por comunidad autónoma	43
• Consumo por tipo de droga	56
Bebidas alcohólicas	56
Bebidas energéticas	66
Tabaco	67
Cigarrillos electrónicos	70
Hipnosedantes	72
Analgésicos opioides	76
Cannabis	78

Cocaína	85
Éxtasis	88
GHB	89
Anfetaminas	90
Metanfetaminas	91
Alucinógenos	92
Setas mágicas	94
Heroína e inhalables volátiles	95
• Policonsumo	96
Prevalencia de consumo de diferentes sustancias psicoactivas en función del número de sustancias consumidas	98
• Nuevas sustancias psicoactivas	99
• Percepciones y opiniones de la población ante las drogas	100
Percepción de riesgo	100
Percepción de disponibilidad	102
Percepción de la importancia del problema de consumo de drogas y visibilidad del problema	104
Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas	106
Percepción sobre el estado de salud	107
Salud mental	108
1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023	111

2. Problemas relacionados con las drogas 112

2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2021	113
Introducción	113
Metodología	113
Resultados	114
• Resultados generales. Drogas ilegales	114
• Resultados por tipo de droga	126
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína	134
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína	135
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis	137
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes	138
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alucinógenos	141
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 relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2021	146
Introducción	146
Metodología	146
Resultados	147
Nuevo protocolo	156

2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2021	162
Introducción	162
Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)	162
Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas	171
Registro General de Mortalidad	172
Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad	174
2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2021	179
Introducción	179
Metodología	179
Resultados	180
• Notificación nacional sobre infección VIH y sida	180
• Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de de sustancias psicoactivas	183
• Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan vía inyectada	185
2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2021	192
Introducción	192
Estimación del consumo problemático/de riesgo de alcohol	193
Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis	196
Estimación del consumo problemático/de riesgo de cocaína	201
Estimación del consumo problemático/de riesgo de heroína	203
Estimación del consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada	206
3. Sistemas de alerta temprana	208
3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS-Early Warning System)	209
Objetivo y funcionamiento	209
Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa	213
3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)	218
Normativa, objetivo y funcionamiento	218
Actividad del SEAT. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en España	223
4. Oferta de drogas y medidas de control	230
4.1. Ventas de bebidas alcohólicas, 2015-2022	231
4.2. Ventas de tabaco, 2005-2022	238
4.3. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2022	242
4.4. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2022	247
4.5. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2022 ..	251
5. Análisis de aguas residuales	254
5.1. Metodología	255
5.2. Análisis por sustancias	257
Información complementaria	268
Páginas web de interés	269

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 2023*, se estructura en cinco 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 2022. 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 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, corresponden al año 2021 y ya han sido publicados en el *Informe y Estadísticas 2022 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 2021. 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 2022, 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 2022. La información procede del Ministerio del Interior y del Ministerio de Hacienda.

El **capítulo 5** presenta los principales resultados obtenidos al aplicar el análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos para el seguimiento del abuso de sustancias psicoactivas en diversas localidades de España pertenecientes a un total de 10 CCAA.

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 de las características y los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas (incluyendo alcohol, tabaco, hipnosedantes, drogas ilegales y nuevas sustancias), así como de las adicciones sin sustancia (incluyendo juego con dinero e internet).

Este Resumen Ejecutivo contiene, de manera abreviada, los principales y más relevantes datos de la información contenida en el *Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. La información se encuentra agrupada en los siguientes epígrafes:

- Encuesta sobre alcohol y drogas en España. EDADES, 2022.
- Tratamiento por consumo de drogas. España, 2021.
- Urgencias hospitalarias en consumidores de drogas. España, 2021.
- Mortalidad relacionada con drogas. España, 2021.
- Infecciones en consumidores de drogas. España, 2021.
- Consumo problemático de drogas. España 2021.
- Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT), 2022.
- Oferta de drogas y medidas de control, 2022.
- Análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos, 2021.

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 EIDADES, 2022

En 2022, 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 empiezan a consumir a una edad más temprana son el alcohol y el tabaco, seguidos del cannabis. Las sustancias que se suelen iniciar a edades más tardías son los analgésicos opioides y los hipnosedantes.

Las prevalencias de consumo (último año) son mayores en el grupo de 15 a 34 años, salvo en el caso de los fármacos con potencial adictivo (hipnosedantes y analgésicos opioides), donde las mayores prevalencias se dan en los grupos de edad más avanzada. En 2022, los datos confirman un mayor consumo entre los hombres (excepto para los hipnosedantes y los analgésicos opioides). Estas diferencias se acentúan en el caso del alcohol, el tabaco, la cocaína y el cannabis.

El **alcohol** sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida. Entre los 15 y los 64 años, el 76,4% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses (77,2% en 2020), el 64,5% en los últimos 30 días (63,0% en 2020) y el 9,0% diariamente en los últimos 30 días (8,8% en 2020).

En relación a los consumos intensivos, dice haberse **emborrachado** en el último año, el 16,7% de los españoles de 15 a 64 años; disminuye el porcentaje respecto a 2020 (19,4%). El 6,4% refiere haberse emborrachado en el último mes (6,8% en 2020). Las borracheras se dan, sobre todo, entre los jóvenes adultos de 15 a 34 años. En esta franja de edad el 35,4% de los hombres y el 24,1% de las mujeres dicen haberse emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses.

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

Prevalencia de consumo	64,5%
Sexo	56,9% son hombres
Grupo edad con mayor consumo	68,2% (25-34 años)
Tipo de bebida (en los últimos 7 días)	Cerveza: 40,3% Vino: 20,6% Combinados: 14,0%

El **consumo en atracón de alcohol (binge drinking)** es un patrón de consumo de riesgo que es hoy más frecuente que años atrás en España. El 15,4% dice haber consumido alcohol en forma de atracón en los últimos 30 días, dato similar al obtenido en 2020 (15,4%); esta forma de consumo de riesgo se concentra en las edades de 20 a 24 años.

El consumo en **botellón** parece haber disminuido respecto al pasado. El 7,4% dice haberlo hecho en el último año (9,9% en 2020, y 12,6% en 2013).

En 2022 el 69,6% de la población de 15 a 64 años ha consumido **tabaco** alguna vez en la vida, el 39,0% en el último año, el 37,2% en el último mes y el 33,1% diariamente en el último mes.

Características de los consumidores de tabaco a diario

Prevalencia de consumo	33,1%
Sexo	57,2% son hombres
Grupo de edad con mayor consumo	36,8% (45 a 54 años)
Tipo	Cigarrillos de cajetilla: 71,9% Tabaco de liar: 19,2% Ambos tipos: 8,9%

Entre los fumadores **a diario**, el 64,2% se ha planteado dejar de fumar y el 41,9% se lo ha planteado y lo ha intentado.

En 2022, el 12,1% de la población de 15 a 64 ha consumido **cigarrillos electrónicos** alguna vez en la vida, porcentaje superior al obtenido en 2020 (10,5%), y casi el doble del 6,8% de 2015. El grupo de 15 a 24 años es el que presenta la mayor prevalencia de consumo: el 18,8% lo ha consumido alguna vez en la vida y el 9,1% en el último año. La prevalencia de consumo alguna vez en la vida es mayor en hombres para todos los tramos de edad.

En cuanto a los **hipnosedantes con o sin receta**, su consumo se ha incrementado de nuevo continuando con la tendencia creciente iniciada en 2018 hasta un 23,5%. En 2022 el 13,1% de las personas de 15 a 64 años los ha consumido en los últimos 12 meses, y la proporción es mayor entre las mujeres (16,0%) que entre los hombres (10,3%).

Características de los consumidores de hipnosedantes en los últimos 12 meses	
Prevalencia de consumo	13,1%
Sexo	60,7% son mujeres
Grupo de edad con mayor consumo	20,0% (55 a 64 años)

Respecto a los **analgésicos opioides con o sin receta**, en 2022 el 15,8% de las personas de 15 a 64 años los ha consumido alguna vez en la vida, el 6,8% en los últimos 12 meses y el 4,0% en los últimos 30 días. Se aprecia un incremento en su consumo, atribuible a una mayor prescripción médica. Los analgésicos opioides más consumidos son tramadol y codeína.

El 56,5% de la población de 15 a 64 años que ha consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida declara que comenzó a tomarlos por dolor agudo.

Las mujeres consumen analgésicos opioides con o sin receta en mayor proporción que los hombres para todos los tramos temporales (alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días). También es más frecuente el consumo en los grupos de mayor edad. Sin embargo, respecto al consumo de analgésicos opioides sin receta, las prevalencias son mayores en los hombres en todos los tramos temporales.

El **cannabis** es la sustancia ilegal con mayor prevalencia de consumo en España entre la población de 15 a 64 años. En 2022 el 40,9% ha consumido cannabis alguna vez en la vida, el 10,6% en los últimos 12 meses, el 8,6% en los últimos 30 días y el 2,8% a diario en el último mes. En los últimos años el consumo ocasional parece estable, pero el consumo diario se ha incrementado a un 2,8% en 2022 desde un 1,7% en 2007, al igual que ocurre con el consumo esporádico alguna vez en la vida, pasando de 30,4% en 2013 a 40,9% en 2022 (10,5%).

Características de los consumidores de cannabis en los últimos 30 días	
Prevalencia de consumo	8,6%
Sexo	69,9% son hombres
Grupo de edad con mayor consumo	17,1% (15-24 años)
Tipo de cannabis consumido	Marihuana: 49,0% Hachís: 21,9% Hachís + marihuana: 29,1% Cannabis + tabaco: 88,1%

En 2022 un 12% ha consumido **cocaína polvo y/o base** alguna vez en la vida, el 2,4% de la población ha consumido cocaína polvo y/o base en los últimos 12 meses y el 1,4% en el último mes. Los datos a lo largo del tiempo muestran una cierta estabilidad del consumo, que en los adultos jóvenes es bastante inferior al de hace quince años. Salvo en el tramo temporal “alguna vez en la vida”, en el que parece que se está produciendo un aumento de prevalencia desde 2015.

Atendiendo al consumo en los últimos 12 meses, el consumo es mayor entre los hombres que entre las mujeres (3,6% frente a 1,1%), y las prevalencias más altas se registran en hombres de 35 a 44 años, con una prevalencia total del 5,3%.

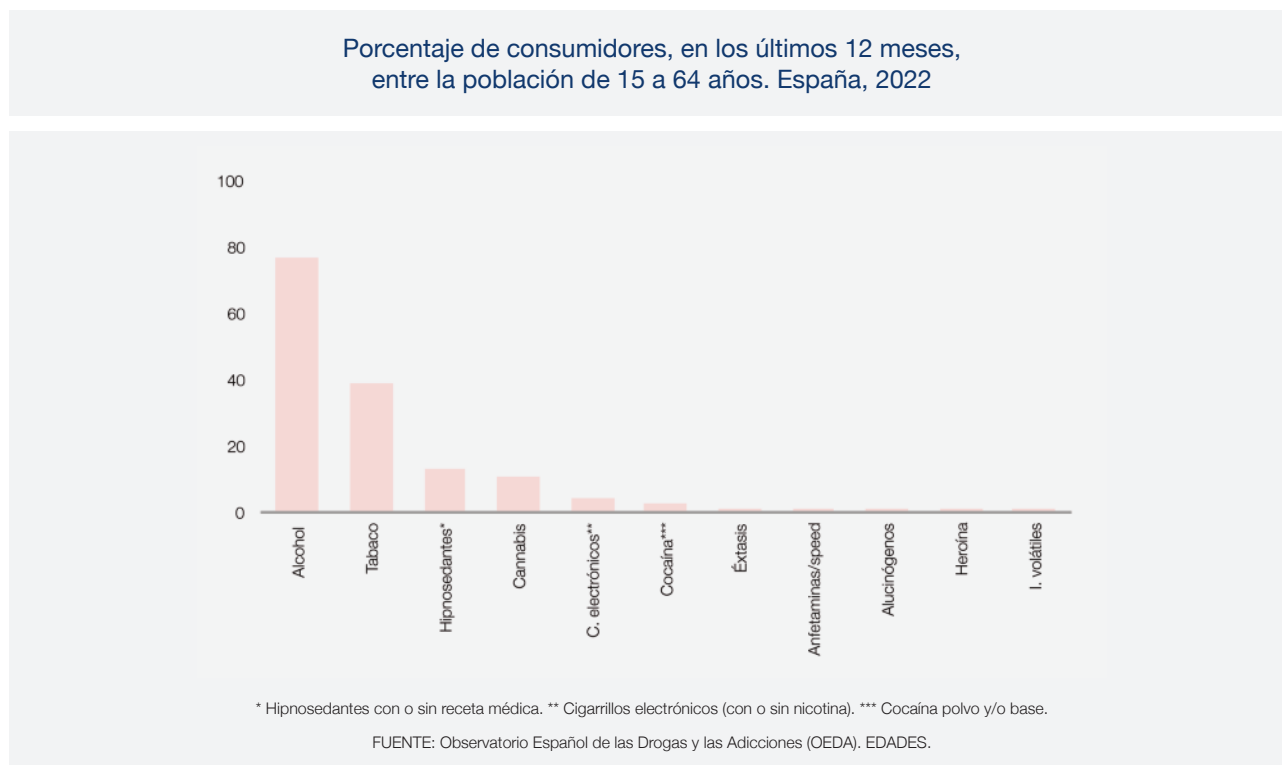
La edad media de inicio de consumo de cocaína polvo se sitúa en los 21,1 años.

Características de los consumidores de cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses	
Prevalencia de consumo	2,4%
Sexo	76,8% son hombres
Grupo de edad con mayor consumo	3,3% (25-34 años)
Tipo	Mayoritariamente en polvo

El consumo de **heroína** parece estabilizado: en 2022 un 0,6% de la población de 15-64 años la ha probado alguna vez en la vida y un 0,1% en el último año.

La edad media de inicio es de 21,2 años, con cierta disminución respecto al año 2020 (22,6 años).

En 2022 los consumos de **éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles** presentan niveles relativamente bajos. Consumo en los últimos 12 meses: 0,8% éxtasis, 0,6% anfetaminas, 0,6% alucinógenos y 0,2% inhalables volátiles.



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 2022 el 73,1% de la población de 15 a 64 años nunca ha oído hablar de las mismas, este porcentaje fue del 81,1% en 2020. El 1,9% las ha probado alguna vez en la vida. El consumo es más frecuente entre los varones de 25 a 34 años (4,5%).

El 15,5% de la población de 15 a 64 años no ha consumido ninguna sustancia psicoactiva legal o ilegal en los últimos 12 meses, el 43,6% refiere el consumo de una única sustancia, y el 40,9% declara **policonsumo (dos o más sustancias)**. En concreto, el 28,1% dice haber consumido dos sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses, el 9,5% afirma haber tomado tres y el 3,2% señala el consumo de cuatro o más sustancias psicoactivas.

El policonsumo es más prevalente en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad.

El alcohol está presente al menos en el 94,4% de los policonsumos de dos sustancias y el cannabis en el 61,4% de los que han consumido tres sustancias psicoactivas (prácticamente todos consumen además alcohol y tabaco).

La **percepción de riesgo ante el consumo de drogas** es mayor para consumos más frecuentes, y también en las mujeres. Está generalizada la percepción de riesgo para el consumo de sustancias ilegales, así como de tabaco, hipnosedantes y analgésicos opioides. La percepción de riesgo del consumo de alcohol es relativamente baja, a pesar de haberse incrementado.

Aproximadamente un 65% de la población de 15 a 64 años percibe como un riesgo jugar con dinero semanalmente, dato que se ha visto reducido con respecto al 2020.

Respecto a la **percepción de disponibilidad**, igual que ocurría en 2020, en 2022 se observa un descenso generalizado en la percepción de disponibilidad de las drogas (cannabis, éxtasis, cocaína, heroína e hipnosedantes). Este descenso continúa una tendencia iniciada hace una década.

Para todas las sustancias, los hombres describen una percepción de disponibilidad mayor que las mujeres.

La sustancia ilegal que se percibe como más accesible es el cannabis (el 56,9% cree que podría conseguirla fácil o muy fácilmente en 24 horas). En segundo lugar, se sitúa la cocaína polvo (40,3%). Para las demás sustancias, la percepción es muy inferior. Estas percepciones reproducen en cierto modo la frecuencia de consumo.

En cuanto a la obtención sin receta de hipnosedantes y analgésicos opioides, el 27,9% y 26,0%, respectivamente, cree que podría conseguirlos fácil/muy fácilmente en 24 horas.

Considerando las **acciones para resolver el problema de las drogas**, la ciudadanía considera que las medidas más importantes para resolver el problema de las drogas son las formativas (88,3%), el tratamiento voluntario a los consumidores (81,6%) y las campañas publicitarias (79,6%). Entre las medidas menos populares se encuentran la legalización de todas las drogas (el 19,7% considera que sería una medida muy importante) y la legalización del cannabis (33,8%). Estas dos últimas opciones han perdido apoyo con respecto al año 2020 (en que eran de 24,8% y 36,5% respectivamente).

En base a la Estrategia 2017-2024 del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), en la encuesta EDADES 2020 y posteriores, se incluyeron una serie de preguntas relacionadas con las **adicciones comportamentales**, como el trastorno por juego con dinero. También se incluyeron preguntas relativas a otras conductas de interés que no están reconocidas como adicciones, como el uso compulsivo de internet.

El 58,1% de la población de 15 a 64 años ha jugado con dinero *online* y/o presencial en los últimos 12 meses, el 57,4% de forma presencial (59,2% de los hombres y 55,5% de las mujeres) y el 5,3% de forma *online* (8,0% de los hombres y 2,5% de las mujeres), observándose un descenso de la frecuencia del juego con respecto a 2020 (el 64,2% jugaron con dinero *online* y/o presencial, el 63,6% de forma presencial y el 6,7% *online*).

A partir de los resultados de la encuesta EDADES 2022 se estima que el 1,7% de la población española de 15 a 64 años podría presentar un patrón de posible juego problemático o un trastorno del juego (DSM-5 ≥ 1). El valor es superior en los hombres que en las mujeres (2,4% en hombres vs 0,9% en mujeres) y ha disminuido con respecto a 2020, cuando dicha prevalencia fue del 2,2%.

En concreto, el 1,3% de personas realizaría un posible juego problemático (DSM-5 ≥ 1 y < 4) y un 0,4% presentaría un posible trastorno del juego (DSM-5 ≥ 4).

El 3,5% de la población dice hacer un uso compulsivo de internet (CIUS ≥ 28 puntos). Aunque esto no se reconoce como adicción, tiene interés monitorizarlo. Es casi igual en mujeres que en hombres (3,6% vs 3,4%), y se aprecia un ligero descenso en este indicador (3,7% en 2020).

Por último, en la encuesta EDADES 2022 se incluyeron una serie de preguntas relacionadas con el **riesgo de suicidio**, con el objetivo de mejorar el conocimiento de las percepciones relativas a este problema en nuestra sociedad. Por otra parte, con el cuestionario se incluyó un folleto informativo con teléfonos y páginas web para aquellas personas con problemas con drogas o adicciones o personas que han tenido ideas de suicidio.

En 2022 el 1,9% de la población de 15 a 64 años ha pensado en suicidarse, el 1,0% lo ha planeado y el 0,4% dice que ha hecho un intento. El porcentaje es superior en las mujeres en lo que respecta a tener ideas de hacerlo y planearlo, en cambio no se observan diferencias por género en los intentos de suicidio.

Los individuos con riesgos de este tipo consumen todas las sustancias psicoactivas en mayor medida que la población general, y tienen mayor posibilidad de haber padecido algún tipo de patología psiquiátrica.

TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS ESPAÑA, 2021

En 2021, se registraron en España 44.347 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco). Este dato supone un aumento del 15% respecto al 2020, pero sin llegar a alcanzar las cifras anteriores a los años previos a la pandemia por COVID. Tanto en 2020 como en el primer semestre de 2021, debido a las restricciones de movilidad y el cierre de algunos centros durante varios meses a raíz de la pandemia por COVID-19 se produjo una reducción de las admisiones a tratamiento

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 las 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 otra parte, el cannabis paulatinamente fue adquiriendo mayor relevancia, mostrando un aumento de las admisiones que alcanzó su valor más alto en 2013.

En 2021 la **cocaína** se mantiene como la **droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento** (46,8% del total), seguida del cannabis (27,8%) y los opioides (19,2%).

Entre los admitidos a tratamiento **por primera vez en la vida** (primeras admisiones), evolutivamente 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 2021, situándose como la sustancia ilegal que mayor número de primeras admisiones a tratamiento causó (45,3%), seguida del cannabis (36,3%) y de los opioides (10,5%).

Siguiendo las tendencias que venían observándose, en 2021, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (82,1%). La edad media fue de 36,9 años para el conjunto de las admisiones, sin claras diferencias según el sexo y confirmando la tendencia ascendente que se venía observando. La edad media entre las primeras admisiones a tratamiento fue de 34,4 años. El 13% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, valor más alto de la serie histórica.

En España, la gran mayoría (87,7%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales vivían en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos), el 7,7% vivían en instituciones y el 2,9% 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 (56,9%) 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 una cuarta parte de los admitidos (24,9%).

En 2021, entre los admitidos a tratamiento por cualquiera de las sustancias consideradas, **el 9,5% se había inyectado alguna vez en la vida**, confirmando la tendencia descendente desde que se inició su registro en los años noventa y alcanzando la cifra más baja de la serie histórica.

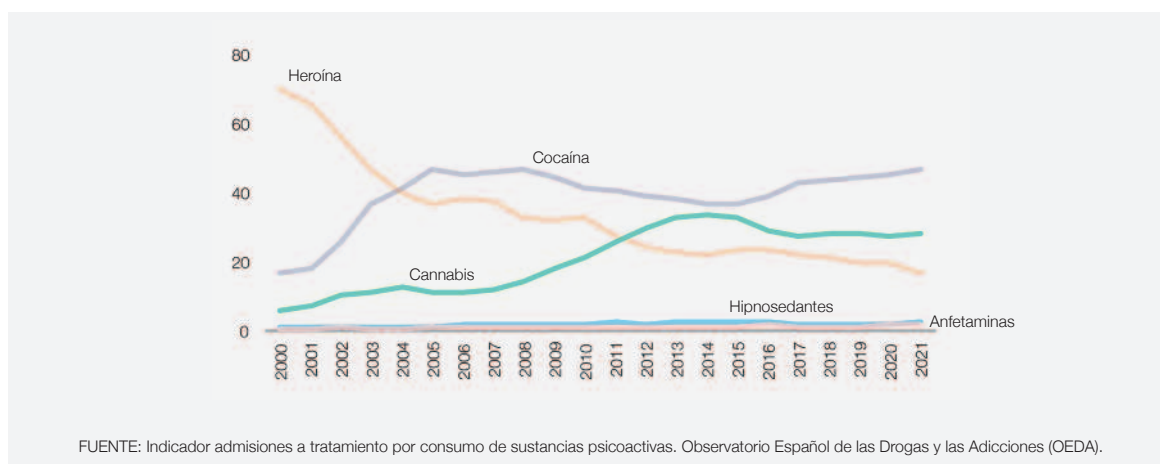
En 2021 se ha registrado 20.741 admisiones a tratamiento por **cocaína**, de las cuales 17.989 eran por cocaína polvo y 2.719 por cocaína base.

El número total de admisiones a tratamiento por consumo de **cannabis** en el año 2021 fue de 12.350. 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 93,7% de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas ilegales en 2021 en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis.

En 2021 se admitieron a tratamiento por consumo de **opiáceos** 8.518 personas, de las cuales 7.419 fueron por **heroína**, 335 por **metadona** y 764 por **otros opioides**.

Además de las sustancias ilegales, en 2021 se notificaron 25.140 admisiones a tratamiento por alcohol.

Evolución del peso de cada sustancia en el total de admisiones a tratamiento por drogas ilegales (porcentaje). España, 2000-2021



URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE DROGAS ESPAÑA, 2021

En 2021 se notificaron 6.209 episodios de urgencias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga.

La situación de pandemia vivida en el país a raíz del COVID en 2020, tuvo un impacto en las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, y aunque las sustancias que más episodios de urgencias generaban se mantuvieron, siendo el cannabis, la cocaína y los hipnosedantes, el peso de estas sustancias en urgencias mostró un gran cambio respecto a lo que se venía observando. En 2021 se mantuvieron los cambios del 2020, estabilizándose la bajada de urgencias por cocaína y por cannabis y confirmándose la subida de las urgencias por hipnosedantes.

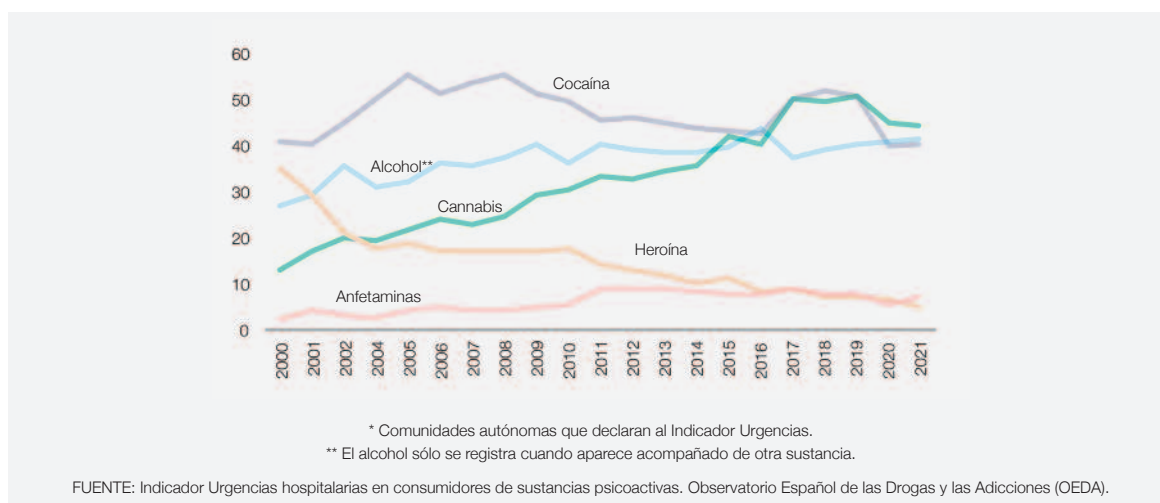
La proporción de mujeres ha venido mostrando cierta tendencia ascendente, alcanzando en 2021 su valor más alto de la serie histórica (30,6%); del mismo modo también se detecta un aumento de la edad media de las personas atendidas en urgencias pasando de 27,8 años (1996) a 36,1 años (2021).

La resolución de la urgencia no ha variado de manera significativa a lo largo de los años, siendo lo más frecuente que el paciente sea dado de alta.

Actualmente el seguimiento de las nuevas sustancias psicoactivas en España se realiza a través del Sistema Español de Alerta Temprana, pero en 2021 se han notificado 8 urgencias relacionadas con la mefedrona (16 en 2020).

<https://pnsd.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*, 2000-2021



En 2021 se ha revisado el protocolo de urgencias introduciendo entre los cambios, el registro de las urgencias por alcohol e hipnosedantes como sustancias únicas responsables de las urgencias.

Añadiendo las urgencias por alcohol e hipnosedantes como sustancias únicas, en 2021 se notificaron al indicador 12.476 episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. El alcohol y los hipnosedantes se sitúan como las sustancias que más urgencias generan, por encima de las sustancias ilegales.

En 2021 se ha obtenido por primera vez información sobre los síntomas que generan el episodio de urgencia, así como información sobre el tipo de consumo realizado y las patologías psiquiátricas previas. Los resultados muestran que la mayoría de las urgencias se dan en consumidores habituales y el 47,2% presenta una patología psiquiátrica previa.

El análisis por grupos de sustancias permite detectar diferencias, tanto en los patrones de consumo como en las características sociodemográficas y de salud.

MORTALIDAD RELACIONADA CON DROGAS ESPAÑA, 2021

En 2021, se notificaron al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas 1.046 defunciones. De éstas se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de sustancia en 910.

Debido a la preocupación generalizada que existe por el aumento de la edad de los consumidores, en 2020 por primera vez se eliminaron los límites de edad de este indicador, registrando todos los casos que cumplieran criterios, independientemente de la edad.

En 2021, el 78,0% de las defunciones fueron en hombres, predominio masculino que ha estado presente a lo largo de toda la serie histórica. La edad media de los fallecidos fue de 46,7 años, manteniéndose desde 2016 por encima de los 44 años. Al igual que venía ocurriendo en los últimos años, en 2021 el 74,8% de los fallecidos tenían más de 40 años, porcentaje más elevado de la serie histórica (posiblemente justificado por la eliminación de los límites de edad en el indicador) y que confirma el aumento de la edad media de los fallecidos. El 26,9% mostraron evidencias de suicidio, siendo el porcentaje mucho mayor entre las mujeres (50,3%) que entre los hombres (19,7%).

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que, en 2021, 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 47 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 (preferentemente, hipnosedantes, opioides /o cocaína), 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.

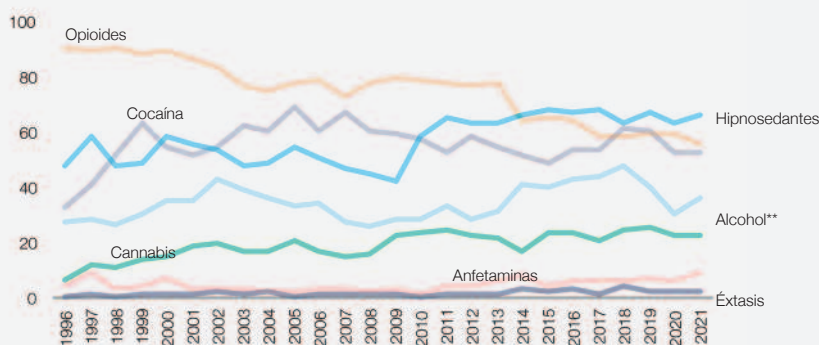
Evolutivamente, se observa cierto aumento de los hipnosedantes y del alcohol, un leve descenso de los opioides y una estabilización del cannabis y de la cocaína.

En 2021 se detectan **opioides** en el 55,7% de las muertes por reacción aguda a drogas. La metadona ha estado presente en el 29,3% de los fallecidos en 2021, siendo en el 18,7% de los casos el único opiode, independientemente de que se identificasen otras sustancias de otros grupos.

Los **hipnosedantes** en 2021 aparecen junto con otras sustancias, generalmente opioides, cocaína y alcohol. Sólo en el 2,2% de los fallecidos los hipnosedantes son la única sustancia detectada, de los cuales el 85,0% se trata de casos notificados como suicidios.

La **cocaína** está presente en 2021 en el 52,4% de las muertes por reacción aguda a drogas. Entre los fallecidos en los que se identifica cocaína, los opioides están presentes en el 62,4% %. Sólo en el 11,3% de los fallecidos en los que se detecta cocaína, ésta es la única sustancia detectada.

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*, 1996-2021.



* 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 2021 en el 22,9% de las muertes por reacción aguda a drogas. En 2021 se notificaron 208 defunciones en las que el cannabis estaba presente, en 8 casos como sustancia única y, con independencia de la detección de otras sustancias, con alcohol en el 31,7% de estos casos, con cocaína en el 54,3%, con hipnosedantes en el 59,6% y con opioides en el 60,6%.

Según análisis de la mortalidad utilizando el Registro General de Mortalidad, en 2021 se produjeron 450.744 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 seleccionados, 820 defunciones. A lo largo del periodo 1999-2021 se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica (en 2021 el 75% son hombres). La distribución de las defunciones en función de la edad muestra una tendencia ascendente de la edad media de los fallecidos (en 2021 el 83,5% tenía 35 o más años).

INFECCIONES EN CONSUMIDORES DE DROGAS ESPAÑA, 2021

En 2021, se diagnosticaron en España 2.786 nuevos casos de VIH (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 7,41/100.000 habitantes). El mecanismo de transmisión más frecuente fueron las relaciones sexuales de riesgo de hombres con hombres (56,3) y las relaciones sexuales de riesgo entre heterosexuales (25,4), siendo mucho menos frecuente la infección como consecuencia del uso de drogas por vía parenteral (1,6%). En los últimos 11 años, el uso de drogas inyectadas ha representado el porcentaje más bajo respecto a otros mecanismos de transmisión de la infección por VIH.

En 2021, la prevalencia de infección, entre el total de admitidos a tratamiento (44.347), es del 3,0% para el VIH, del 4,0% para el virus de la hepatitis C y del 0,4% 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 (1.119): el 68,5% conocía su estado serológico frente a VIH y de éstos el 34,2% estaba infectado por el VIH; el 66,6% conocía su estado serológico frente a hepatitis C y de estos el 43,6% tenía serología positiva para el virus de la hepatitis C; el 35,7% conocía su estado serológico frente a hepatitis B y de éstos el 4,0% tenía serología positiva para hepatitis B (HBsAg positivo-portador crónico).

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS ESPAÑA, 2021

En 2022 el 6,0% de la población de 15 a 64 años (1.900.000 aproximadamente) ha tenido un consumo de riesgo de alcohol, valor que aumenta al 8,3% entre los que han tomado bebidas alcohólicas en el último año (AUDIT ≥ 8 puntos en hombres y AUDIT ≥ 6 puntos en mujeres). Este consumo de riesgo del último año es mayor entre los hombres (9,2%) que entre las mujeres (7,2%) y también es superior a la media en el grupo de 15 a 24 años (14,8%). El perfil del consumidor de riesgo es el de un varón, soltero, de 36 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando. El 38,2% ha consumido drogas ilegales en el último mes.

Estimación del número de consumidores problemáticos en población de 15-64 años, según sustancias. España, 2021-2022

	Heroína* (2021)	Alcohol* (2022)	Cannabis* (2022)	Cocaína* (2022)
N.º de consumidores problemáticos	53.319	1.900.000	603.497	104.851

* Heroína: Estimación basada en datos de admisiones a tratamiento aplicando el método multiplicador.

* Alcohol: Estimación basada en datos de la escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ≥ 8 Hombres y ≥ 6 , Mujeres aplicada en la encuesta EDADES, 2022.

* Cannabis: Estimación basada en datos de la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) ≥ 4 , aplicada en la encuesta EDADES, 2022.

* Cocaína: Estimación basada en la frecuencia de consumo (30 días o más en el último años).

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

En 2022, aproximadamente 603.497 personas de 15 a 64 años hacen 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 (0,8%) 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 15,9 años.

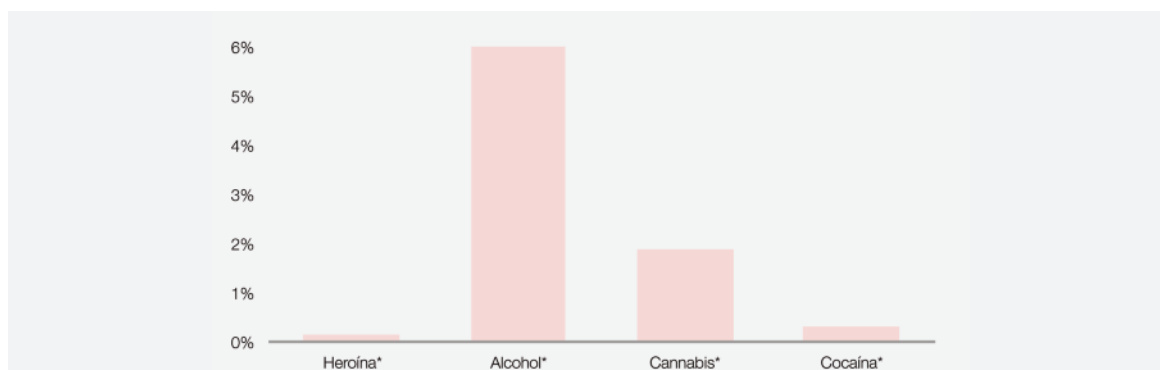
Entre la población de 14 a 18 años, se estima que 73.173 jóvenes hacen un consumo problemático, lo que representa el 3,0% de la población en este rango de edad y el 17,8% de los que han consumido en el último año.

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 2021 es de 53.319 (15-64 años), lo que corresponde al 0,16% de la población en este rango de edad. Las estimaciones realizadas muestran que en 2021 se confirma la tendencia descendente iniciada en 2012 y que se rompió de manera puntual en 2015.

En cuanto al consumo de cocaína, se estima que, en España, al menos 104.851 personas son **consumidores problemáticos de cocaína** (personas de 15-64 años que han consumido cocaína 30 o más días en el último año), lo que equivale al 0,33% de la población de 15 a 64 años y al 14,6% de los consumidores del último año.

Estimación del porcentaje de consumidores problemáticos en la población de 15-64 años, según sustancia. España, 2021-2022



* Heroína: Estimación basada en datos de admisiones a tratamiento aplicando el método multiplicador.

* Alcohol: Estimación basada en datos de la escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ≥ 8 Hombres y ≥ 6 , Mujeres aplicada en la encuesta EDADES, 2022.

* Cannabis: Estimación basada en datos de la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) ≥ 4 , aplicada en la encuesta EDADES, 2022.

* Cocaína: Estimación basada en la frecuencia de consumo (30 días o más en el último años).

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

SISTEMA ESPAÑOL DE ALERTA TEMPRANA (SEAT), 2022

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. Además, forma parte y colabora activamente con el Sistema Europeo de Alerta Temprana (EWS-Early Warning System). 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 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), aquellas sustancias en forma pura o de preparado que no estén contempladas en la

Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961, modificada por el Protocolo de 1972, ni en el Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, pero que puedan entrañar riesgos para la salud o sociales similares a aquellos que entrañan las sustancias contempladas en dicha Convención y Convenio.

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 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.).

PRINCIPALES RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD DEL SEAT EN 2022

En 2022 se detectaron por primera vez en España 16 NSP. Pertenecían a los siguientes grupos: cannabinoides (7), arilciclohexilaminas (3), benzodiacepinas (2), opioides (1), fenetilaminas (1), arilalquilaminas (1), y otros (1). De ellas, 2 fueron detectadas por primera vez en Europa.

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.

Notificación del SEAT al EU-Early Warning System

- *A través del portal EDND (European Database on New Drugs).* La EDND es un sistema para la notificación continuada de NSP de forma individualizada. Se trata de una plataforma informática que permite aportar en cualquier momento información pormenorizada de un evento concreto que implique la identificación de una o varias NSP en cualquiera de los países de la UE.

A lo largo del año 2022 la red SEAT ha incorporado a la EDND un total de 194 informes de casos (*case reports*). De ellos, 164 corresponden a incautaciones, 23 son informes de muestras recogidas, 4 son informes sobre eventos adversos graves y 3 son informes de muestras biológicas. Estos 194 *case reports* incluyen un total de 206 notificaciones de 61 NSP diferentes, pertenecientes a 10 grupos de sustancias. Las catinonas constituyen el grupo con mayor número de notificaciones (64) y también el grupo más diverso, ya que se han notificado 14 sustancias diferentes, siendo la 3-MMC y la 3-CMC las más notificadas. El segundo grupo con más notificaciones es el de las arilciclohexilaminas, representadas principalmente por la ketamina, que supone 48 de las 54 notificaciones de este grupo a través de la EDND.

- *A través del Annual Situation Report (ASR).* El ASR es un sistema que aporta información puntual de cada país al EWS una vez al año. Se trata de un documento que cada país cumplimenta con información agregada de todas las NSP detectadas (identificadas analíticamente) a lo largo de todo el año en su territorio.

El ASR de 2022 incluyó un total de 6.951 casos (detecciones) en los que se identificó alguna de las NSP de la lista de notificación del EMCDDA. De ellos, 5.489 corresponden a incautaciones, 65 a muestras recogidas y 1.397 a muestras biológicas (incluyendo 1.075 detecciones en fallecidos). Este año, el ASR de España incluye notificaciones de 135 NSP diferentes, pertenecientes a 12 grupos distintos según la clasificación del EMCDDA.

Atendiendo al tipo de sustancias, las arilciclohexilaminas fueron el grupo con más notificaciones (2.510), debido al gran predominio de la ketamina, que es la NSP más notificada del ASR (2.398 casos). Le siguen en frecuencia las notificaciones del grupo denominado “Otros” (1.606 casos), que incluye, como sustancias más notificadas, la pregabalina (381 casos), la quetiapina (286 casos), el GHB/GBL (283 casos) y la venlafaxina (246 casos). El tercer grupo de NSP

más notificadas son las catinonas (1.480 casos), encabezadas por la 3-metilmecatinona (3-MMC), con 580 notificaciones, seguida por la α -pirrolidinohexanofenona (α -PHP), con 328 casos, y la 3-CMC (3-clorometcatinona), con 214 casos. También destacan por su frecuencia las notificaciones de sustancias de otros grupos, como las fenetilaminas, representadas principalmente por el 2C-B y los opioides, con notificaciones de tramadol casi exclusivamente.

Las NSP detectadas en muestras biológicas de fallecidos fueron principalmente el tramadol, con 328 notificaciones; la quetiapina, con 209 y la venlafaxina, notificada 207 veces.

OFERTA DE DROGAS Y MEDIDAS DE CONTROL, 2022

VENTAS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, 2015-2022

El volumen total de ventas de bebidas alcohólicas efectuadas en 2022 se sitúa en 5.764 millones de litros, el mayor nivel de esta serie histórica. Los datos evolutivos apuntan a una tendencia al alza en el consumo total de bebidas alcohólicas a lo largo de estos años.

La bebida con mayor volumen de consumo en España es la cerveza, que supone el 70,4% del total de ventas de bebidas alcohólicas. El vino, incluyendo la sidra, se sitúa en segundo lugar, y supone el 23,4% del volumen de ventas de bebidas alcohólicas. Las bebidas derivadas, que incluyen las espirituosas y los licores, suponen el 5,2% del volumen total de ventas. Los productos intermedios, que incluyen el vermú y el moscatel, tienen una presencia residual del 1,0%. El peso de los distintos tipos de bebidas alcohólicas se ha mostrado estable a lo largo de toda la serie histórica, siendo la cerveza y el vino las bebidas con mayor volumen de ventas en todos estos años.

Respecto al contenido de alcohol en las bebidas, los porcentajes de alcohol puro por tipo de bebida se han mantenido bastante estables entre 2015 y 2022. En estos años se aprecia una tendencia general ascendente en el volumen de alcohol procedente de la cerveza, y una situación estable en el alcohol que procede de las bebidas derivadas y de los productos intermedios.

La recaudación de impuestos sobre el alcohol alcanza en 2022 los valores máximos de la serie histórica estudiada en los 3 tipos de bebidas que tributan sobre el alcohol.

En España, la cerveza es la bebida alcohólica que supone mayor cantidad de alcohol puro *per capita* en los años 2015 a 2022, seguida del vino y, a bastante distancia, de las bebidas derivadas. La tendencia del alcohol puro *per capita* sigue una tendencia general ascendente para los tres tipos de bebidas.

VENTAS DE TABACO, 2005-2022

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 como en unidades físicas, son infinitamente superiores a los del resto de las labores. De los 12.021,912 millones de euros de volumen de ventas de tabacos en 2022, el 83,8% correspondió a los cigarrillos. Tras las ventas de cigarrillos se sitúan las de picadura de liar, cuya cuota de mercado venía aumentando en los últimos años, pasando del 1,7%, en el año 2005 al 9,7% en 2022 y desplazando, desde 2011, a las ventas de cigarros puros, cuya participación en los ingresos se mantiene prácticamente estable en los últimos años en torno al 4%. Las ventas de picadura de pipa suponen el 2,5% del total de los ingresos por ventas de tabaco.

En cuanto a las unidades vendidas, los cigarrillos son el producto principal entre las labores de tabaco, con un volumen de ventas de 2.182,6 millones de cajetillas de 20 cigarrillos en 2022. Sin embargo, su venta ha venido disminuyendo progresivamente desde 2005. En las ventas de cigarros puros, a partir 2013, se inicia una reducción continuada de las ventas que se mantiene en la actualidad, con un descenso acumulado de -20,8% entre 2013 y 2022, año en que se vendieron 1.845,0 millones de unidades. En 2022 se vendieron 6,495 millones de kilos de picadura de liar, lo que supone un incremento del 4,4% respecto al año anterior, y 1,888 millones de kilos de picadura de pipa, un 6,6% menos respecto al año anterior.

NÚMERO DE DECOMISOS Y CANTIDADES DE DROGAS DECOMISADAS, 1998-2022

Cocaína. En la serie cronológica se pueden diferenciar tres periodos en función del volumen de las cantidades incautadas: un primer periodo, entre 1998 y 2006, que se caracteriza por una tendencia general creciente hasta alcanzar un máximo en 2006 (49.650 kg); un segundo periodo, entre 2006 y 2016, en el que se produce un importante descenso de las cantidades incautadas hasta el valor mínimo de 15.629 kg incautados en 2016. Por último, un tercer período, entre 2016 y 2022, en el que se registra un aumento considerable de las cantidades incautadas hasta llegar al máximo de la serie histórica: 58.334 kg de cocaína incautados en 2022.

Hachís. Entre 1998 y 2004, se aprecia una moderada pero mantenida tendencia al alza de las cantidades incautadas, pasando de 428,2 toneladas en 1998 hasta el valor máximo de la serie histórica: 796,8 toneladas en 2004. A partir de entonces se reducen paulatinamente, siendo 2013 el año que presenta el menor volumen de incautación de toda la serie (319,3 toneladas). Desde 2013 hasta 2019 las cantidades incautadas de esta sustancia han presentado una tendencia estable en torno a las 350-400 toneladas. Finalmente, en los últimos tres años se observan grandes variaciones en el volumen de hachís incautado, con 324,7 toneladas decomisadas en 2022.

Heroína. Entre 1999 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 2005, se observa una tendencia más o menos estable con picos puntuales de crecimiento. Desde el año 2018 hasta 2022 las cantidades de heroína incautadas se mantienen en torno a los 200 kg cada año.

Éxtasis (MDMA). 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. Posteriormente se observa una tendencia descendente en el éxtasis incautado a lo largo del periodo 2002-2019, con valores mínimos (que oscilan entre 100.000 y 200.000 pastillas al año) en 2011-2013 y 2015. Finalmente se registra un aumento brusco de la cantidad incautada en 2020, alcanzando el valor máximo de la serie histórica (1.561.311 pastillas), para volver a descender de forma acusada hasta llegar a las 484.757 incautadas en 2022.

PRECIO Y PUREZA DE LAS DROGAS DECOMISADAS, 2000-2022

Se observa una tendencia al alza del precio de la **resina de hachís** que, si en el año 2000 era de 3,87 euros, en el segundo semestre de 2022 llegó a 6,36 euros. Esto ha ocurrido también en el caso de la **grifa/marihuana** que, en el mismo periodo, ha pasado de 2,49 euros a 5,93 euros (segundo semestre).

De igual modo, el precio de la **cocaína**, tras un periodo de descenso entre 2004 y 2014, presentó una tendencia creciente, pasando el gramo de cocaína de un precio medio de 57,57 euros en 2014, hasta los 61,27 euros en el segundo semestre de 2022.

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 entonces el precio se estabilizó en torno a los 57-58 euros hasta el año 2021. En 2022 ha vuelto a subir, alcanzando los 60,64 euros por gramo en el segundo semestre.

En cuanto al gramo de **anfetaminas en polvo (speed)**, su precio presenta una tendencia general ascendente a lo largo de la serie histórica, pasando de 25,52 euros/gramo en el año 2000 a 28,72 euros/gramo en el segundo semestre de 2022.

Respecto al **éxtasis**, su precio se ha mantenido relativamente estable entre los 10 y los 11,5 euros por unidad aproximadamente, con algunas oscilaciones, pero sin que se observe una tendencia clara de ascenso o descenso a lo largo de la serie histórica.

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 2000-2022, se puede observar que la pureza de los grandes decomisos (a nivel de kilogramo) es bastante mayor que la pureza de los decomisos del nivel de gramo o de dosis. De hecho, en 2022, la pureza de los grandes decomisos de heroína fue de un 42,0% (segundo semestre), mientras que la pureza de los decomisos del nivel de gramo fue del 31,0% (segundo semestre), y de los de nivel de dosis del 24,0% (segundo semestre). Para la cocaína, las cifras fueron, siguiendo el mismo orden, 72,0%; 47,0% y 35,0%.

Como indicadores del grado de dilución en diferentes eslabones de la cadena pueden utilizarse las razones de “pureza kilogramo/pureza dosis”, “pureza kilogramo/pureza gramo” y la razón de “pureza gramo/pureza dosis”. En 2022 (segundo semestre), la razón de pureza kilogramo/dosis de heroína fue de 1,75, la razón kilogramo/gramo 1,35 y la razón gramo/dosis 1,29; mientras que para cocaína las cifras fueron 2,06, 1,53 y 1,34, para el mismo orden. La heroína sufre, pues, un menor grado de dilución a lo largo de la cadena de distribución que la cocaína.

DETENIDOS POR TRÁFICO DE DROGAS Y DENUNCIAS POR CONSUMO Y/O TENENCIA ILÍCITA DE DROGAS, 2002-2022

En el año 2022 se registraron 28.678 detenciones por tráfico de drogas conforme a los datos del Ministerio del Interior, frente a 27.141 en 2021. Por su parte, las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas fueron 430.975 en 2022, frente a 364.320 en 2021.

Las detenciones realizadas desde 2002 presentan una tendencia ascendente siendo el actual 2022 el año con mayor número de detenciones por tráfico de drogas de toda la serie (28.678).

Como en años anteriores, en 2022 la mayor parte de las detenciones y de las denuncias estuvieron relacionadas con los derivados del cannabis (55,7% y 80,8%, respectivamente). Importante porcentaje alcanzan también las detenciones por tráfico de cocaínicos (23,5%).

ANÁLISIS DE AGUAS RESIDUALES CON FINES EPIDEMIOLÓGICOS, 2021

Se tomaron muestras de agua residual en diferentes estaciones depuradoras de aguas residuales (EDARs) españolas durante una semana completa en la primavera de 2021, garantizando que cada muestra fuese representativa de un día completo (muestra compuesta de 24 h) en un total de 26 EDARs. Además, en 9 EDARs se llevó a cabo una segunda campaña durante una semana en otoño de ese mismo año.

Cocaína. El consumo de cocaína ha sido detectado en todas las EDAR en ambas campañas (simplemente se ha descartado un dato por considerarse un dato aberrante). Los valores de la mediana semanal oscilan entre 0,7 y 3,9 g/día/1.000 hab., estando la mediana global en 2,0 g/día 1.000 hab, Estos datos confirman que la cocaína es una de las sustancias ilegales más consumidas a nivel nacional, sin excesivas diferencias en comparación con otros estimulantes.

Por otro lado, hay un mayor consumo durante el fin de semana, con un aumento que oscila entre el 5% y el 122%, estando la mediana del aumento de consumo en el 22%. Este patrón se observa también para otras sustancias estimulantes de carácter recreativo (por ejemplo. MDMA o alcohol, entre otras).

Cannabis. El uso de cannabis, como consumo estimado de su principal constituyente psicoactivo, el THC es alto, mediana global de THC: 11 g/día/1.000 hab., estando presente su metabolito en todas las muestras. En este caso no se observan diferencias entre los patrones de uso en días laborables y fines de semana, al ser una sustancia de excreción lenta y tener un uso menos diferencial.

Éxtasis (MDMA). El MDMA se ha detectado también en casi todas las muestras. Sin embargo, su consumo es claramente inferior al de la cocaína y el cannabis, con un valor de mediana global de 49 mg/día/1.000 hab., es decir unas 40 veces inferior al de cocaína.

En términos de patrones semanales, el consumo de MDMA varía claramente entre los días de semana y el fin de semana, con una mediana del aumento de consumo del 40% que pone de manifiesto su marcado carácter recreativo.

Anfetamina. Existe un claro consumo diferencial en el País Vasco con respecto al resto de zonas del Estado estudiadas. La mediana semanal de consumo de anfetamina en las poblaciones correspondientes a las EDARs del País

Vasco oscila entre 679 y 2.796 mg/día/1.000 hab., lo que viene a ser del orden del consumo de cocaína, en cuanto a sustancia activa pura.

En el resto de CCAA, el consumo estimado de anfetamina es, en general, bajo, con hasta 8 muestras con la mediana por debajo del límite de detección, y el resto con valores oscilando entre 9 y 103 mg/día/1.000 hab.; mediana global: 31 mg/día/1.000 hab.

Si se estudian las diferencias entre los consumos durante la semana laboral y el fin de semana, se observa que la mediana de aumento de consumo en el País Vasco es del 19%, frente al 7% en el resto del Estado, lo que indicaría un mayor consumo recreativo en esa comunidad.

Metanfetamina. El consumo de metanfetamina en España es claramente inferior al de la anfetamina, ya que no se ha detectado en casi el 50% de las EDARs/campañas analizadas. Se observa además que su uso está muy localizado en las zonas metropolitanas más grandes de Cataluña, seguidas del área de la Comunidad de Madrid y, ya de lejos, del País Vasco, Comunidad Valenciana, Canarias, Baleares y otras localidades de tamaño medio en Cataluña.

En términos de patrón semanal, no se observa un cambio entre el consumo estimado durante la semana laboral y el fin de semana

NPS y ketamina. El análisis cualitativo de NPS realizado sobre las muestras compuestas del fin de semana permitió detectar la fenetilamina 25-C-NBOMe, las catinonas metilona y mefedrona en algunas de las localizaciones investigadas. Sus concentraciones fueron muy bajas para poder ofrecer datos cuantitativos.


La ketamina se pudo cuantificar en todas las muestras compuestas del fin de semana menos en 5, lo que demuestra que es una sustancia que está teniendo una importante penetración en el mercado ilícito en España. El valor global de la mediana de uso estimado durante el fin de semana es de 64 mg/día/1.000 hab.

Alcohol. La mediana semanal de consumo de etanol en las diferentes localizaciones oscila entre 4,4 y 22 L/día/1.000 hab., estando la mediana global en 8,8 L/día/1.000 hab.

En términos de patrones semanales, el consumo de etanol aumenta en todas las localidades durante el fin de semana, entre un 4 y un 88% (mediana de aumento: 45%).

Nicotina. Esta es la sustancia que presenta un consumo más homogéneo de entre todas las consideradas. Resulta lógico si se tiene en cuenta que el tabaco es una sustancia legal con una prevalencia de uso relativamente alta. La mediana global de consumo de nicotina se sitúa en 1.700 (oscilando entre 672 y 2.739) mg/día/1.000 hab.

Consumo,
percepciones
y opiniones
ante las drogas



1.1. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2022

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 catorce encuestas (1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015, 2018, 2020 y 2022), 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 temas 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 los trastornos 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 2022.

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 trabajo de campo se ha realizado entre el 15 de febrero y el 3 de junio de 2022.
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	Para el diseño muestral se tuvo en cuenta los últimos datos publicados en el momento del diseño de la investigación que eran de 2020. Muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución. Las unidades de primera etapa son las secciones censales (36.366), correspondientes a 8.131 municipios. En esta edición se seleccionaron 2.639 secciones censales correspondientes a 1.004 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 y sexo (14 grupos) para corregir la disproporcionalidad de la muestra con respecto al universo.
Tamaño de la muestra	26.344 cuestionarios válidos.
Error muestral	Error muestral máximo (nivel de confianza del 95% para $p=0,5$) del $\pm 0,71\%$, oscilando entre el $\pm 1,96\%$ para la Comunidad de Madrid y el $\pm 6,48\%$ 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. El cuestionario consta de dos partes: cuestionario del entrevistador y cuestionario autoadministrado.
Cuestionarios	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 2022 fue del 32,45%.
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), módulo sobre internet (incluye la escala CIUS) y módulo sobre salud mental incluido por primera vez en esta edición.

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

Este año se han realizado 26.344 encuestas, de las cuales 19.967 corresponden a la muestra nacional y 6.377 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, 1995-2022.

1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
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	26.344

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 1995-2022, para sobrerrepresentar a las comunidades más pequeñas. Además, 11 comunidades autónomas y 1 ciudad autónoma han financiado una ampliación de la muestra que correspondía a su territorio (Asturias, Canarias, 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 229 encuestados en Melilla y 2.500 en la Comunidad de Madrid, siendo la muestra entre 1.000 y 2.000 en 8 comunidades y de más de 2.000 casos en 5 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 trietápico sin sustitución:

- En la primera etapa se seleccionaron 2.639 secciones censales, correspondientes a 1.004 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 100.000 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, 2022.

CCAA	DGPNSD	Ampliación	Válidas	Error muestral (±)
Andalucía	2.229	–	2.229	2,08%
Aragón	858	–	858	3,35%
Asturias	748	548	1.296	2,72%
Islas Baleares	840	–	840	3,38%
Canarias	1.159	539	1.698	2,38%
Cantabria	557	438	995	3,11%
Castilla y León	1.125	659	1.784	2,32%
Castilla La Mancha	1.089	507	1.596	2,45%
Cataluña	2.117	–	2.117	2,13%
Comunidad Valenciana	1.709	540	2.249	2,07%
Extremadura	779	–	779	3,51%
Galicia	1.216	529	1.745	2,35%
Comunidad de Madrid	1.990	510	2.500	1,96%
Murcia	948	550	1.498	2,53%
Navarra	617	589	1.206	2,82%
País vasco	1.108	–	1.108	2,94%
La Rioja	429	570	999	3,10%
Ceuta	220	398	618	3,94%
Melilla	229	–	229	6,48%
Total	19.967	6.377	26.344	0,71%

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

Cuestionario y trabajo de campo

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 Toxicomanías (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 y 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.

En la edición de 2020 se incluyó 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 psicoactivas”** 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 2015 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).

Por último, como novedad de este año se ha incluido un módulo sobre **salud mental**.

En 2022, la **tasa de respuesta** sobre la muestra seleccionada inicialmente fue de un 32,5%. Las no respuestas se distribuyeron como sigue: negativas de hogar, incluyendo no apertura de puerta y negativa a que nadie del hogar sea entrevistado (21,7%), ausencia de todos los miembros del hogar (23,6%), negativas de la persona seleccionada (0,7%), ausencia de la persona seleccionada (0,5%) y otros motivos (21%). 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 en momentos diferentes.

Análisis

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 sobrerrepresentaríamos o infrarrepresentaríamos 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 2020). De esta forma, los resultados de cada encuesta se han ponderado por comunidad autónoma (19 grupos), tamaño de mu-

nicipio (7 grupos), edad (7 grupos) y sexo (2 grupos). Ello obligó a asignar individualmente 1.260 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 y a diario 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 2022 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 $\pm 0,71\%$, para la población de 15 a 64 años, oscilando entre un error del $\pm 1,96\%$ en la Comunidad de Madrid y un $\pm 6,48\%$ en Melilla.

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 exactas para el consumo de drogas con prevalencias menores (como cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, metanfetaminas, setas mágicas, GHB, heroína e inhalables volátiles).

Resultados

Caracterización sociodemográfica de la muestra

La muestra se distribuye por sexo prácticamente a partes iguales. En cuanto a la edad, un tercio de la muestra (32,4%) tiene entre 15 y 34 años, el 46,4% se sitúa en el intervalo de 35 a 54 años, perteneciendo el 21,2% restante al grupo de 55 a 64 años.

En relación al estado civil, cerca de la mitad de los individuos están casados (48,2%).

Respecto al nivel de estudios, dos tercios de los ciudadanos cuentan con estudios secundarios (68,2%). El 21,9% tiene estudios universitarios y finalmente el 9,9% restante son aquellos que o bien no cuentan con estudios o tienen estudios primarios.

Respecto a la nacionalidad, la mayoría de la muestra tiene nacionalidad española (86,2%).

Finalmente, en relación a las personas con las que se convive, lo más habitual es vivir con su cónyuge o pareja (62,5%), seguido de los individuos que viven con su familia de origen (24,0%). Por último, también cabe destacar que existe un 12,5% 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 y nacionalidad (%). España, 2022.

		Total	Hombres	Mujeres
Sexo	Hombre	50,2	100,0	0,0
	Mujer	49,8	0,0	100,0
Edad	15 a 24 años	15,1	15,5	14,8
	25 a 34 años	17,3	17,3	17,2
	35 a 44 años	22,3	22,0	22,6
	45 a 54 años	24,1	24,2	23,9
	55 a 64 años	21,2	21,0	21,5
	Estado civil	Soltero/a	41,3	45,3
	Casado/a	48,2	46,4	49,9
	Separado/a - Divorciado/a	8,6	7,2	9,9
	Viudo/a	2,0	1,0	3,0
Nivel de estudios	Sin estudios / estudios primarios	9,9	10,1	9,7
	Estudios secundarios	68,2	69,5	66,9
	Estudios universitarios	21,9	20,5	23,4
Nacionalidad	Española	86,2	87,6	84,9
	Extranjera	13,8	12,4	15,1
Con quién vive	Solo	12,5	15,3	9,8
	Familia propia	62,5	57,6	67,5
	Familia de origen	24,0	25,7	22,2
	Otros	0,9	1,4	0,5

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

Prevalencia de consumo de drogas

Evolución temporal

El 93,2% 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 es similar al obtenido en la anterior edición (93,0%).

Por detrás del alcohol, el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en España. El 69,6% declara haber fumado tabaco alguna vez en la vida. Evolutivamente, existe mucha estabilidad con respecto al año 2020.

En cuanto a los hipnosedantes con o sin receta médica vemos que su prevalencia de consumo para alguna vez en la vida se sitúa en el 23,5% lo que supone un aumento de 1 punto porcentual respecto al dato de la anterior encuesta, siguiendo así con la tendencia creciente iniciada en 2018.

En lo que respecta al consumo de drogas ilegales, el cannabis es la que está más extendida en España, habiendo sido consumida alguna vez en la vida por algo más del 40% de la población.

Tabla 1.1.4.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2022.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
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	69,6
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	93,2
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	8,7	15,4	13,4	19,5	22,2	18,7	20,8	22,5	23,5
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,7	4,1	3,0	3,1	3,6
Analgésicos opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,5	15,2	15,8
Analgésicos opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,7	1,5
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	40,9
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	5,1
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	5,4
Anfetaminas	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	4,6
Cocaína (polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	8,3	10,2	8,8	10,3	9,1	10,3	11,2	12,0
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	11,7
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	1,7
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	2,4	1,9	2,0	2,4	3,5	3,3
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,5	0,6	1,2	1,2	1,3
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,6	0,5	0,9	0,7
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	0,6
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	0,9

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

En lo referente al consumo en el último año, el 76,4% 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 39,0% declara haber fumado tabaco y el 13,1% haber consumido hipnosedantes, ya sea con o sin receta.

Analizando el consumo de drogas ilegales, el 10,6% de los individuos de 15 a 64 años reconoce haber consumido cannabis alguna vez en los últimos 12 meses, proporción similar a la registrada en la anterior edición de la encuesta.

Tabla 1.1.5.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2022.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
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	39,0
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	76,4
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	5,1	8,6	7,1	11,4	12,2	12,0	11,1	12,0	13,1
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	1,3
Analgésicos opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,7	7,1	6,8
Analgésicos opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,6
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	10,6
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	0,8
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	0,6
Anfetaminas	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	0,6
Cocaína polvo y/o base	-	-	-	-	-	-	3,1	2,7	2,3	2,2	2,0	2,2	2,5	2,4
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	2,3
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	0,2
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,2	0,4	0,2	0,4	0,4
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,0	0,1	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	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	0,2

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

El consumo de alcohol en los últimos 30 días se sitúa en un 64,5%, prevalencia superior a la obtenida en la anterior edición de la encuesta. Al igual que sucede con el alcohol, en esta edición se ha incrementado el consumo de tabaco en los últimos 30 días. Respecto al consumo de cannabis el 8,6% de la población declara haberlo consumido en el último mes (Tabla 1.1.6).

En el año 2022, el 33,1% de la población de entre 15 y 64 años manifiesta consumir tabaco de manera diaria, mientras que el consumo diario de alcohol se sitúa en un 9,0%. Ambos consumos se han visto incrementados con respecto a la anterior edición. Por último, un 2,8% de la población consume cannabis de manera diaria, dato similar al registrado en la encuesta anterior (Tabla 1.1.7).

Tabla 1.1.6.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2022.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
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	37,2
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	64,5
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	3,7	5,9	5,2	8,3	8,9	8,1	7,5	8,6	9,7
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,6	0,9	0,7	0,5	0,6
Analgésicos opioides													
con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,9	3,6	4,0
Analgésicos opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,3
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	8,6
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	0,2
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	0,2
Anfetaminas	0,2	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2
Cocaína polvo y/o base	-	-	-	-	-	-	1,3	1,1	1,0	0,9	1,1	1,2	1,4
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	1,3
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	0,1
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	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	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	0,1

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

Tabla 1.1.7.

Prevalencia de consumo diario de sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2022.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
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	33,1
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	9,0
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	2,8
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	3,1	2,7	4,6	6,8	6,0	5,9	6,4	7,2
Analgésicos opioides													
con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1	1,9

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

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

Edad de inicio en el consumo

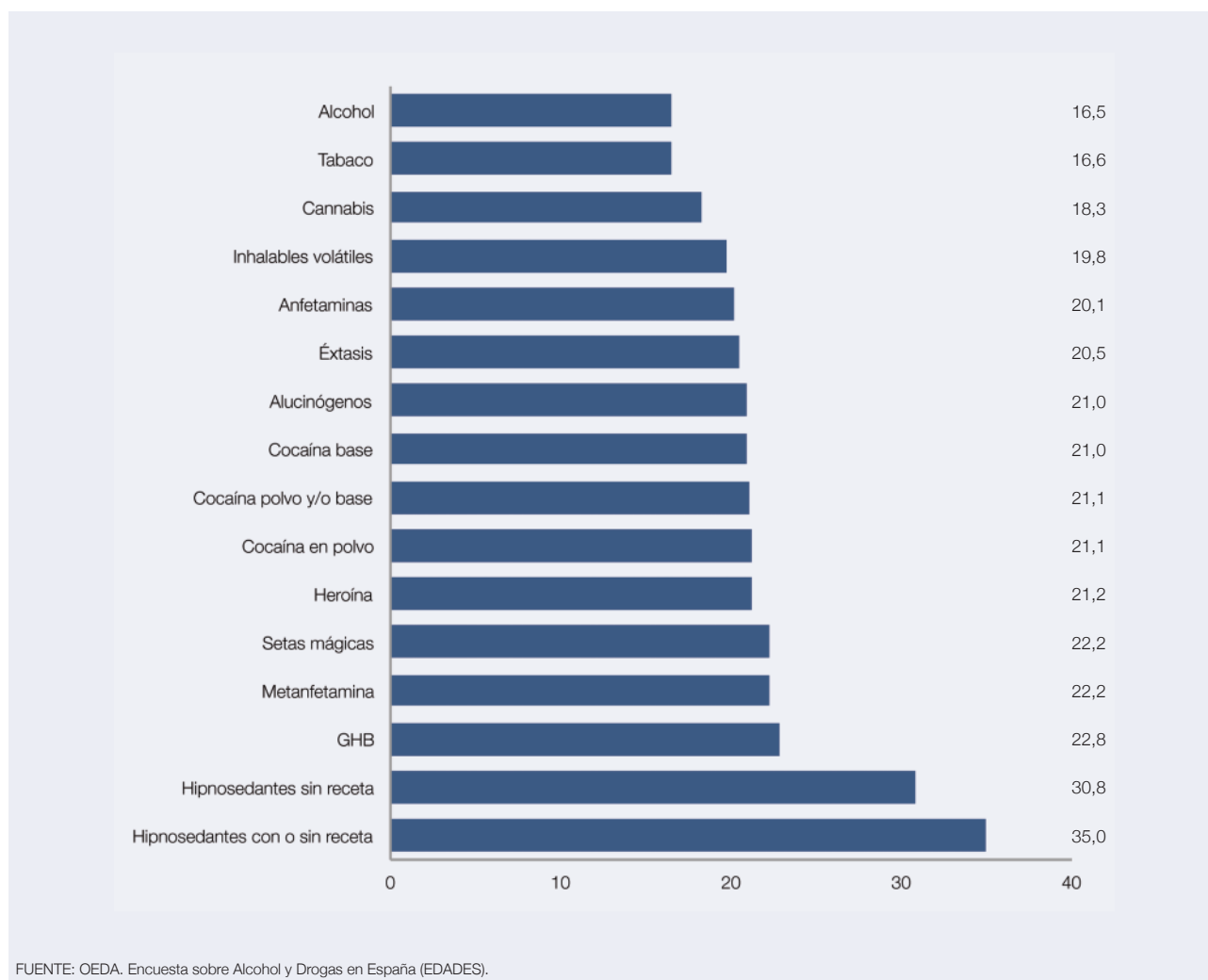
El alcohol y el tabaco son las sustancias que empiezan a consumirse de manera más temprana (16,5 y 16,6 años, respectivamente).

Respecto a las drogas ilegales, el cannabis es la sustancia que empieza a consumirse a una edad más temprana (18,3 años).

En el lado opuesto, los hipnosedantes con o sin receta médica son las sustancias psicoactivas que comienzan a consumirse a una edad más avanzada: 35 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, 2022.



En función del sexo del individuo, se aprecia que son los hombres los que comienzan a consumir antes las sustancias psicoactivas que registran prevalencias más altas (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína). Destacando 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 (años). España, 2022.

	Hombres	Mujeres
Tabaco	16,4	16,7
Alcohol	16,0	17,0
Cannabis	18,0	18,8
Inhalables volátiles	19,4	21,2
Anfetaminas	20,3	19,7
Alucinógenos	20,9	21,0
Cocaína en polvo	21,0	21,7
Éxtasis	20,5	20,7
Cocaína polvo y/o base	20,9	21,7
Setas mágicas	22,2	22,1
GHB	23,5	20,1
Heroína	20,8	23,2
Metanfetaminas	22,3	21,9
Cocaína base	21,2	20,2
Hipnosedantes sin receta	30,0	31,6
Hipnosedantes con o sin receta	34,7	35,2
Analgésicos opioides con o sin receta	34,8	35,7
Analgésicos opioides sin receta	26,3	24,5

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

Tabla 1.1.9.

Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años (años). España, 1995-2022.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
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	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	16,5
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	18,3
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	19,8
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	20,1
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	21,0
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	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	20,5
Cocaína polvo y/o base	-	-	-	-	-	-	-	20,9	21,0	21,3	20,8	21,1	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	21,2
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	21,0
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	30,8
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	33,8	34,5	34,5	35,2	35,6	34,4	34,4	35,0
Analgésicos opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32,6	35,3
Analgésicos opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27,7	25,6

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 el tabaco, los hipnosedantes con o sin receta y el cannabis.

En el caso de los hipnosedantes vemos que el 13,7% 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 28,2% 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, 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, 1999-2022.

	1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2018		2020		2022	
	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	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	62,4	73,1
Alcohol	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	90,3	94,6
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	13,7	28,2
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,3	2,5	2,3	2,8	2,6	4,8	2,5	3,2	2,8	3,2	2,9	3,9
Analgésicos opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,1	18,1	8,8	19,2
Analgésicos opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5	1,8	1,4	1,6
Cannabis	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	47,2	37,9
Éxtasis	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	6,3	4,6
Alucinógenos	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	5,8	5,2
Anfetaminas	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	4,2	4,8
Cocaína en polvo	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	10,4	12,3
Cocaína base	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	1,3	1,9
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,3	1,2	3,2	1,1	3,0	1,6	3,1	2,1	4,4	3,1	3,9	3,0
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	0,5	0,7	0,4	0,9	0,5	1,5	1,0	1,3	1,1	1,7	1,1
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,5	0,7	0,6	0,6	0,4	0,8	1,0	0,8	0,6
Heroína	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	0,1	0,9
Inhalables volátiles	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	1,2	0,8

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

Atendiendo al tramo temporal de los últimos 12 meses, la mayor diferencia en las prevalencias de consumo en ambos grupos de edad se da en el cannabis. El 6,6% del grupo 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 consumo de los hipnosedantes con o sin receta se observa cómo, de nuevo, el consumo de estas sustancias está mucho más extendido entre la población mayor de 35 años.

Finalmente, en las sustancias ilegales con menores prevalencias, destacamos un mayor consumo de éstas entre la población más joven, especialmente en la cocaína en polvo y el éxtasis.

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, 1999-2022.

	1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2018		2020		2022	
	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	49,5	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	39,5	38,8
Alcohol	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	78,9	75,3
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	7,2	16,0
Hipnosedantes																								
sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	1,2	1,1	1,3	1,4	2,7	1,2	1,3	1,3	1,2	1,3	1,4
Analgésicos opioides																								
con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,3	8,5	3,6	8,3
Analgésicos opioides																								
sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,7	0,5	0,6
Cannabis	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	19,1	6,6
Éxtasis	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	1,8	0,3
Alucinógenos	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	1,1	0,3
Anfetaminas	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	1,1	0,3
Cocaína en polvo	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	3,1	2,0
Cocaína base	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	0,2	0,2
Setas mágicas-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	0,1	0,5	0,1	0,7	0,2	0,5	0,1	0,7	0,2	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	0,5	0,2
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1
Heroína	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	0,0	0,1
Inhalables volátiles	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	0,5	0,1

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

Cuando se comparan las prevalencias entre ambos grupos de edad en los últimos 30 días se observa que el consumo de alcohol y tabaco es muy similar en ambos grupos.

Entre las sustancias ilegales, la única sustancia para la que se observan diferencias significativas entre ambos grupos de edad es el cannabis. La extensión de su consumo entre la población menor de 35 años es de 15,1% reduciéndose a 5,5% en el grupo de mayor edad (5,5%).

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, 1999-2022.

	1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2018		2020		2022	
	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	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	36,8	37,5
Alcohol	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	65,6	63,9
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	4,2	12,3
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,8	0,4	0,6	0,7	1,0	0,5	0,7	0,5	0,5	0,5	0,6
Analgésicos opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6	4,6	1,6	5,1
Analgésicos opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	0,3	0,3
Cannabis	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	15,1	5,5
Éxtasis	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	0,5	0,1
Alucinógenos	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	0,3	0,1
Anfetaminas	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	0,4	0,1
Cocaína en polvo	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	1,7	1,1
Cocaína base	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	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	0,1	0,1
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Heroína	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	0,0	0,0
Inhalables volátiles	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	0,2	0,0

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

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 y los analgésicos opioides con o sin receta, sustancias que son consumidas en mayor medida por las mujeres.

En primer lugar, cabe destacar que el **alcohol** es la sustancia que presenta una mayor prevalencia de consumo tanto entre los hombres como entre las mujeres, 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 48,8% de los hombres han consumido cannabis alguna vez en la vida frente al 32,9% de mujeres), lo que supone una diferencia de casi 16 puntos porcentuales.

Otra diferencia notable es la registrada para el consumo de **tabaco**, siendo cercana a 10 puntos porcentuales, diferencia que se ha mantenido bastante estable a lo largo de los años.

Finalmente cabe destacar que los **hipnosedantes con o sin receta** y los **analgésicos opioides con o sin receta** son las únicas sustancias consumidas por una mayor proporción de mujeres que de hombres.

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, 2011-2022.

	2011		2013		2015		2018		2020		2022	
	H	M	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	74,4	64,8
Cigarrillos electrónicos	-	-	-	-	7,3	6,3	9,6	8,1	12,0	8,9	13,6	10,7
Alcohol	94,0	87,7	95,0	91,3	95,3	91,7	93,6	88,8	95,5	90,4	94,9	91,4
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	19,0	28,0
Hipnosedantes sin receta	2,1	2,6	2,6	2,8	3,3	4,9	2,8	3,2	3,0	3,1	3,6	3,6
Analgésicos opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	13,1	16,0	14,1	16,2	14,7	16,9
Analgésicos opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8	1,5	1,7	1,3
Cannabis	35,4	19,2	37,9	22,7	40,1	22,8	43,6	26,8	46,3	28,7	48,8	32,9
Éxtasis	5,1	2,0	6,3	2,2	5,3	1,8	5,3	1,9	7,5	2,4	7,4	2,9
Alucinógenos	4,4	1,4	5,8	1,8	5,7	1,8	6,6	2,3	8,2	2,8	7,7	3,1
Anfetaminas	4,8	1,7	5,7	1,8	5,4	1,9	5,8	2,1	6,5	2,0	6,9	2,3
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	17,4	6,6
Cocaína en polvo	12,7	4,7	14,9	5,4	13,3	4,6	14,3	5,7	16,1	5,7	17,1	6,3
Cocaína base	1,5	0,3	1,7	0,3	1,4	0,3	1,8	0,7	2,1	0,8	2,5	0,9
Setas mágicas	3,5	1,2	2,9	0,8	3,0	1,0	3,8	1,1	5,3	1,7	4,6	1,9
Metanfetaminas	1,2	0,3	0,8	0,1	1,0	0,2	1,9	0,5	1,8	0,5	2,0	0,6
GHB	-	-	0,9	0,2	1,0	0,2	0,7	0,2	1,5	0,3	1,1	0,3
Heroína	0,9	0,2	1,2	0,2	1,0	0,3	0,8	0,3	1,2	0,3	1,1	0,2
Inhalables volátiles	1,1	0,4	0,9	0,3	0,7	0,2	0,9	0,3	1,2	0,3	1,4	0,4

H = Hombres; M = Mujeres.

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

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 con o sin receta.

La diferencia más notable se registra para el consumo de **alcohol**, pues el 82,1% de los hombres declara haber consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses, proporción que se reduce hasta el 70,8% en el caso de las mujeres.

Sucede algo similar con el **tabaco** donde también se observan mayores prevalencias de consumo entre los hombres (44,0%) que entre las mujeres (34,0%).

El consumo de **cannabis** también está más extendido entre los hombres que entre las mujeres situándose la diferencia porcentual en los 7,8 puntos. Evolutivamente, esta diferencia es muy similar a la que se registró en la anterior encuesta.

El consumo de la **cocaína en polvo y/o base** destaca por su baja prevalencia entre las mujeres (1,1%), encontrándose bastante más extendida entre los varones (3,6%).

Como hemos mencionado los **hipnosedantes con o sin receta** 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 porcentuales (16,0% frente a 10,3%).

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, 2011-2022.

	2011		2013		2015		2018		2020		2022	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	44,2	36,0	44,2	37,2	44,4	36,0	46,0	35,8	44,4	34,2	44,0	34,0
Alcohol	83,2	69,9	83,2	73,4	82,9	72,1	81,3	69,2	82,7	71,6	82,1	70,8
Hipnosedantes con o sin receta	7,6	15,3	8,5	16,0	8,3	15,8	8,1	14,1	9,4	14,7	10,3	16,0
Hipnosedantes sin receta	1,1	1,2	1,1	1,3	1,6	2,9	1,2	1,4	1,3	1,2	1,4	1,3
Analgésicos opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	5,9	7,4	6,2	8,1	5,8	7,9
Analgésicos opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,7	0,7	0,5
Cannabis	13,6	5,5	12,9	5,4	13,3	5,6	15,4	6,6	14,6	6,3	14,4	6,8
Éxtasis	1,0	0,4	1,0	0,3	0,9	0,3	1,0	0,3	1,4	0,4	1,0	0,5
Alucinógenos	0,6	0,2	0,5	0,1	0,8	0,3	0,7	0,2	1,0	0,2	0,7	0,4
Anfetaminas	0,9	0,3	0,8	0,4	0,8	0,3	0,8	0,2	0,9	0,4	0,8	0,3
Cocaína (polvo y/o base)	3,6	0,9	3,3	1,0	3,1	0,9	3,4	1,0	4,1	1,0	3,6	1,1
Cocaína en polvo	3,6	0,9	3,3	0,9	2,9	0,9	3,2	0,8	4,0	0,9	3,5	1,0
Cocaína base	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,4	0,2	0,3	0,1	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	0,5	0,3
Metanfetaminas	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,1	0,4	0,2	0,3	0,2
GHB	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
Heroína	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Inhalables volátiles	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1

H = Hombres; M = Mujeres.

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

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 registran de nuevo en el alcohol y en el tabaco.

El 12,0% de los hombres reconoce haber consumido **cannabis** en el último mes, proporción que se reduce notablemente entre las mujeres (5,2%). En términos evolutivos se observa en ambos sexos unas prevalencias de consumo algo superiores a las registradas en la anterior encuesta.

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 (12,1%) frente al 7,3% 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 con respecto al anterior dato registrado.

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, 2011-2022.

	2011		2013		2015		2018		2020		2022	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	41,4	33,7	41,7	34,8	42,6	34,3	43,8	33,8	41,5	32,0	42,2	32,3
Alcohol	73,2	51,2	73,4	55,3	71,3	52,8	71,5	54,0	72,0	53,9	73,1	55,7
Hipnosedantes con o sin receta	5,2	11,4	5,8	12,1	5,4	10,8	5,4	9,7	6,5	10,7	7,3	12,1
Hipnosedantes sin receta	0,6	0,8	0,6	0,5	0,8	1,1	0,5	0,8	0,6	0,4	0,5	0,6
Analgésicos opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	2,3	3,4	3,0	4,3	3,1	4,8
Analgésicos opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,2	0,3	0,2
Cannabis	10,2	3,8	9,8	3,4	10,7	3,9	12,9	5,3	11,4	4,7	12,0	5,2
Éxtasis	0,4	0,2	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,6	0,1	0,3	0,1
Alucinógenos	0,2	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1
Anfetaminas	0,4	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	0,2	0,3	0,1
Cocaína (polvo y/o base)	1,8	0,5	1,7	0,4	1,5	0,3	1,8	0,4	2,0	0,3	2,1	0,6
Cocaína en polvo	1,8	0,5	1,7	0,4	1,4	0,3	1,8	0,4	1,9	0,3	2,0	0,6
Cocaína base	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1
Setas mágicas	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
Metanfetaminas	0,1	0,0	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	0,1	0,0
Heroína	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1

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

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.

El primer consumo de alcohol entre la población se sitúa entre los 15,9 y los 17,3 años. La comunidad autónoma en la que antes se inicia el consumo de alcohol es la Comunidad Valenciana (15,9 años), mientras que las edades de inicio más tardías se registran en Ceuta y Melilla (17,3 años).

Por otro lado, Castilla y León, Navarra y Comunidad Valenciana son las CCAA que empiezan a consumir tabaco de manera más precoz (16,1 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 (años). España, 2022.

	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	2.229	16,7	18,2	16,8	18,8
Aragón	858	16,8	18,6	16,7	17,9
Asturias	1.296	16,3	18,2	16,3	18,3
Baleares	840	16,8	18,3	16,6	18,3
Canarias	1.698	16,8	17,9	17,1	18,0
Cantabria	995	16,2	18,2	16,1	18,4
Castilla y León	1.784	16,1	17,9	16,2	18,5
Castilla-La Mancha	1.596	16,2	17,5	16,2	17,5
Cataluña	2.117	16,9	18,8	16,8	18,2
C. Valenciana	2.249	16,1	18,9	15,9	18,7
Extremadura	779	16,4	18,3	16,6	18,7
Galicia	1.745	16,4	18,3	16,3	18,3
Madrid	2.500	16,6	18,4	16,7	18,2
Murcia	1.498	16,5	18,2	16,1	18,0
Navarra	1.206	16,1	18,4	15,9	17,5
País Vasco	1.108	16,7	18,0	16,3	18,3
La Rioja	999	16,6	18,0	16,1	18,6
Ceuta	618	17,1	19,1	17,3	18,3
Melilla	229	16,8	19,0	17,3	19,2
Media España	26.344	16,6	18,4	16,5	18,3

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

Consumo de bebidas alcohólicas

La prevalencia de consumo del alcohol alguna vez en la vida se sitúa en la mayoría de las comunidades autónomas por encima del 90%, siendo la Comunidad Valenciana la que registra una mayor prevalencia (96,9%), mientras que Melilla obtiene la menor de las prevalencias en España (37,6%).

Tanto en el marco temporal de los últimos 12 meses como de los últimos 30 días, la comunidad en la que se aprecia una mayor prevalencia es 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, 2022.

	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	93,2	92,1	94,2	74,8	73,0	76,6	59,5	57,4	61,5
Aragón	93,9	92,2	95,5	82,5	80,0	85,1	71,7	68,7	74,7
Asturias	95,9	94,8	96,9	79,8	77,6	82,0	71,9	69,5	74,4
Baleares	91,8	89,9	93,7	67,9	64,7	71,1	54,8	51,5	58,2
Canarias	91,7	90,4	93,1	75,5	73,4	77,5	60,4	58,1	62,8
Cantabria	94,9	93,6	96,3	78,4	75,9	81,0	63,8	60,9	66,8
Castilla y León	95,5	94,5	96,4	79,5	77,6	81,4	68,4	66,2	70,5
Castilla-La Mancha	91,9	90,6	93,2	69,9	67,6	72,1	63,8	61,4	66,2
Cataluña	91,3	90,1	92,5	74,3	72,4	76,1	61,7	59,6	63,7
C. Valenciana	96,9	96,1	97,6	88,0	86,7	89,3	73,3	71,4	75,1
Extremadura	90,4	88,4	92,5	67,8	64,6	71,1	58,4	54,9	61,8
Galicia	94,7	93,7	95,8	75,2	73,2	77,3	65,0	62,7	67,2
Madrid	92,8	91,8	93,8	73,1	71,3	74,8	64,5	62,6	66,4
Murcia	92,2	90,8	93,5	81,1	79,1	83,1	69,4	67,1	71,7
Navarra	94,7	93,4	95,9	81,0	78,7	83,2	71,1	68,6	73,7
País Vasco	95,0	93,7	96,3	81,1	78,8	83,4	71,0	68,3	73,7
La Rioja	93,3	91,8	94,9	77,7	75,1	80,2	68,4	65,5	71,3
Ceuta	65,7	62,0	69,5	53,2	49,3	57,1	44,7	40,8	48,6
Melilla	37,6	31,3	43,9	31,1	25,1	37,1	25,6	19,9	31,2
Media España	93,2	92,9	93,5	76,4	75,9	76,9	64,5	63,9	65,0

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

Según el sexo, en todos los tramos temporales y en todas las comunidades autónomas la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas es mayor entre los hombres que entre las mujeres (Tabla 1.1.18).

En los últimos 12 meses, las comunidades autónomas que superan en mayor medida la media nacional de **intoxicaciones etílicas agudas (borracheras)** son Navarra y Canarias con prevalencias superiores al 25% (Tabla 1.1.20).

En lo que respecta al **consumo de alcohol en atracón (binge drinking)**, son Murcia, La Rioja y Canarias las CCAA con unas mayores prevalencias en el periodo de los últimos 30 días (Tabla 1.1.21).

Tabla 1.1.18.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años por CCAA según sexo. España, 2022.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	H	M	H	M	H	M
Andalucía	95,4	90,9	82,8	66,8	71,1	47,8
Aragón	95,3	92,3	84,9	80,1	79,0	64,1
Asturias	96,7	95,0	84,7	74,9	79,3	64,7
Baleares	92,9	90,6	75,4	60,2	64,3	45,1
Canarias	94,9	88,6	81,9	69,0	68,9	51,9
Cantabria	96,2	93,6	85,2	71,7	72,8	54,9
Castilla y León	97,5	93,3	85,1	73,7	76,9	59,5
Castilla-La Mancha	95,4	88,3	78,2	61,1	74,4	52,6
Cataluña	91,9	90,7	77,0	71,4	68,4	54,8
C. Valenciana	97,1	96,7	90,1	85,8	79,7	66,8
Extremadura	95,9	84,8	82,9	52,3	74,6	41,6
Galicia	96,1	93,3	83,2	67,4	75,2	54,9
Madrid	95,6	90,1	79,3	67,1	72,7	56,7
Murcia	94,3	89,9	84,9	77,1	75,8	62,6
Navarra	95,3	94,0	85,4	76,4	78,8	63,3
País Vasco	95,3	94,7	85,8	76,3	77,8	64,2
La Rioja	94,7	92,0	81,0	74,3	74,7	62,0
Ceuta	72,9	58,2	60,3	45,7	52,6	36,3
Melilla	45,7	29,0	36,0	26,0	28,5	22,4
Media España	94,9	91,4	82,1	70,8	73,1	55,7

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Tabla 1.1.19.

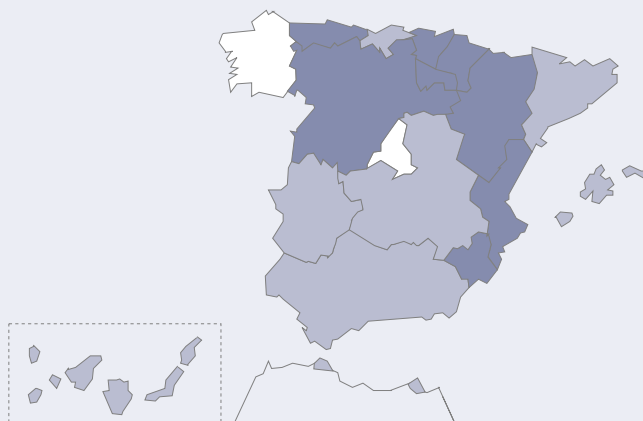
Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2022.

	Últimos 30 días
Andalucía	59,5
Aragón	71,7
Asturias	71,9
Baleares	54,8
Canarias	60,4
Cantabria	63,8
Castilla y León	68,4
Castilla-La Mancha	63,8
Cataluña	61,7
C. Valenciana	73,3
Extremadura	58,4
Galicia	65,0
Madrid	64,5
Murcia	69,4
Navarra	71,1
País Vasco	71,0
La Rioja	68,4
Ceuta	44,7
Melilla	25,6
Media España	64,5

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS ÚLTIMOS 30 DIAS

Media nacional 64,5%

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



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

Tabla 1.1.20.

Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2022.

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

PREVALENCIA DE BORRACHERAS ÚLTIMOS 12 MESES

Media nacional 16,7%

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



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

Tabla 1.1.21.

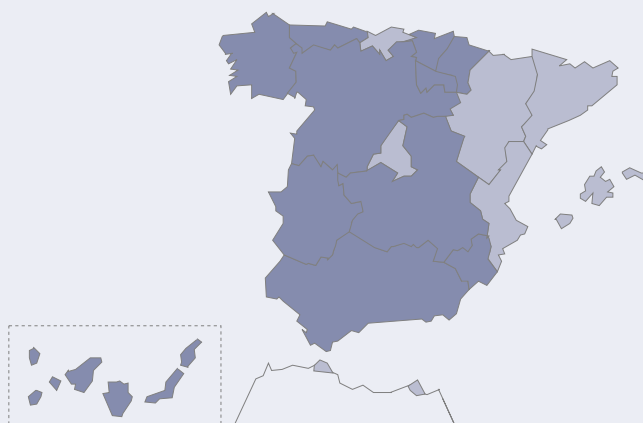
Prevalencia de consumo de alcohol en atracón (binge drinking) en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2022.

	Últimos 30 días
Andalucía	16.6
Aragón	11.6
Asturias	16.3
Baleares	12.2
Canarias	22.7
Cantabria	12.2
Castilla y León	15.9
Castilla-La Mancha	18.7
Cataluña	9.6
C. Valenciana	14.0
Extremadura	20.3
Galicia	22.6
Madrid	13.1
Murcia	24.6
Navarra	16.6
País Vasco	17.0
La Rioja	22.9
Ceuta	12.2
Melilla	8.6
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).

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 la Comunidad Valenciana y Aragón. A su vez, la Comunidad Valenciana también registra la mayor prevalencia de consumo de esta sustancia, tanto en los últimos 12 meses como en los últimos 30 días.

En cuanto a la prevalencia de consumo diario de tabaco en los últimos 30 días, la comunidad con mayor prevalencia de consumo es Extremadura, seguido muy de cerca por la Comunidad Valenciana.

Tabla 1.1.22.

Prevalencia de consumo de tabaco entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2022.

	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	59,9	57,8	61,9	35,6	33,6	37,6	34,0	32,0	35,9	29,6	27,7	31,5
Aragón	79,5	76,8	82,2	41,8	38,5	45,1	39,9	36,7	43,2	34,6	31,4	37,8
Asturias	74,8	72,4	77,2	37,3	34,7	40,0	35,5	32,9	38,2	33,2	30,6	35,7
Baleares	62,9	59,6	66,1	33,7	30,5	36,9	32,5	29,3	35,6	27,5	24,5	30,5
Canarias	64,0	61,7	66,3	41,5	39,1	43,8	40,0	37,7	42,4	35,7	33,4	37,9
Cantabria	68,7	65,8	71,6	35,8	32,8	38,8	34,4	31,5	37,4	31,5	28,6	34,4
Castilla y León	71,1	69,0	73,2	36,0	33,8	38,3	34,5	32,3	36,7	30,1	28,0	32,2
Castilla-La Mancha	63,4	61,0	65,8	41,5	39,0	43,9	39,9	37,5	42,3	36,8	34,5	39,2
Cataluña	74,5	72,6	76,3	41,0	38,9	43,1	38,8	36,8	40,9	34,0	32,0	36,0
C. Valenciana	85,6	84,1	87,0	48,5	46,4	50,5	46,5	44,4	48,5	42,3	40,3	44,3
Extremadura	67,3	64,0	70,6	44,7	41,2	48,2	44,2	40,8	47,7	43,3	39,8	46,8
Galicia	70,6	68,5	72,8	38,3	36,1	40,6	36,6	34,4	38,9	32,7	30,5	34,9
Madrid	66,5	64,7	68,4	34,5	32,7	36,4	32,7	30,9	34,6	29,4	27,6	31,2
Murcia	73,9	71,7	76,1	44,8	42,3	47,3	42,7	40,2	45,2	36,6	34,1	39,0
Navarra	70,6	68,0	73,2	38,4	35,6	41,1	36,5	33,8	39,2	32,3	29,6	34,9
País Vasco	69,0	66,3	71,7	34,5	31,7	37,3	32,5	29,8	35,3	28,1	25,5	30,8
La Rioja	69,0	66,1	71,9	36,4	33,4	39,4	33,0	30,0	35,9	25,9	23,2	28,6
Ceuta	55,6	51,7	59,5	37,6	33,8	41,4	36,3	32,5	40,1	32,7	29,0	36,4
Melilla	26,3	20,6	32,0	20,3	15,1	25,5	19,4	14,3	24,5	12,8	8,5	17,1
Media España	69,6	69,1	70,2	39,0	38,4	39,6	37,2	36,7	37,8	33,1	32,5	33,6

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

Según el sexo, en todos los tramos temporales y en todas las comunidades autónomas la prevalencia de consumo de tabaco es mayor entre los hombres que entre las mujeres.

Tabla 1.1.23.

Prevalencia de consumo de tabaco en la población de 15-64 años por CCAA según sexo. España, 2022.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días		A diario en los últimos 30 días	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Andalucía	64,9	54,9	39,0	32,2	37,2	30,7	32,9	26,2
Aragón	81,9	76,9	43,2	40,3	41,4	38,4	36,3	32,8
Asturias	75,6	74,0	39,5	35,2	38,1	33,0	35,0	31,4
Baleares	69,3	56,2	40,1	27,2	39,1	25,6	34,3	20,5
Canarias	69,4	58,5	48,8	34,2	47,8	32,2	42,4	28,9
Cantabria	71,1	66,3	39,4	32,1	37,9	30,9	34,0	28,9
Castilla y León	74,6	67,5	40,3	31,7	39,2	29,7	34,3	25,9
Castilla-La Mancha	68,2	58,3	47,8	34,7	46,6	32,9	44,2	29,0
Cataluña	80,1	68,7	47,4	34,5	44,6	32,9	39,5	28,5
C. Valenciana	87,9	83,2	55,8	40,9	53,8	38,9	49,9	34,6
Extremadura	76,6	57,8	53,2	36,0	52,5	35,7	51,5	34,8
Galicia	76,2	65,1	44,5	32,3	43,1	30,3	39,5	26,0
Madrid	72,4	60,9	38,2	31,0	36,3	29,4	32,8	26,1
Murcia	79,3	68,2	50,3	39,0	48,1	37,0	41,1	31,9
Navarra	75,6	65,4	41,6	35,0	40,0	32,8	35,0	29,4
País Vasco	71,1	66,9	35,5	33,5	34,0	31,1	28,4	27,9
La Rioja	76,2	61,6	43,1	29,6	40,1	25,8	31,2	20,7
Ceuta	66,4	44,3	45,8	28,9	43,5	28,6	41,1	23,7
Melilla	36,4	15,6	26,9	13,4	26,2	12,2	18,8	6,2
Media España	74,4	64,8	44,0	34,0	42,2	32,3	37,8	28,3

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

Tabla 1.1.24.

Prevalencia de consumo de tabaco diario entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2022.

	Últimos 30 días
Andalucía	29,6
Aragón	34,6
Asturias	33,2
Baleares	27,5
Canarias	35,7
Cantabria	31,5
Castilla y León	30,1
Castilla-La Mancha	36,8
Cataluña	34,0
C. Valenciana	42,3
Extremadura	43,3
Galicia	32,7
Madrid	29,4
Murcia	36,6
Navarra	32,3
País Vasco	28,1
La Rioja	25,9
Ceuta	32,7
Melilla	12,8
Media España	33,1

PREVALENCIA DE TABACO DIARIO

Media nacional 33,1%

- < 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 la vida son, Comunidad Valenciana, Navarra y Baleares, todas con prevalencias superiores al 50%. En todas las CCAA el consumo es mayor en los hombres que en las mujeres.

Tabla 1.1.25.

Prevalencia de consumo de cannabis entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2022.

	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses		
	Prevalencia	IC95%	IC95%	Prevalencia	IC95%	IC95%
		inferior	superior		inferior	superior
Andalucía	25,6	23,7	27,4	8,7	7,5	9,9
Aragón	42,9	39,6	46,2	9,9	7,9	11,9
Asturias	46,0	43,3	48,8	6,2	4,9	7,6
Baleares	50,9	47,5	54,3	12,8	10,5	15,0
Canarias	39,1	36,8	41,4	14,0	12,3	15,6
Cantabria	44,0	40,9	47,0	7,9	6,2	9,6
Castilla y León	38,1	35,9	40,4	7,2	6,0	8,4
Castilla-La Mancha	30,0	27,8	32,3	8,9	7,5	10,3
Cataluña	49,6	47,5	51,7	13,2	11,7	14,6
C. Valenciana	56,6	54,6	58,7	13,3	11,9	14,7
Extremadura	31,5	28,2	34,7	7,8	5,9	9,7
Galicia	41,5	39,2	43,8	12,2	10,6	13,7
Madrid	37,4	35,5	39,3	8,3	7,3	9,4
Murcia	44,5	42,0	47,1	16,1	14,3	18,0
Navarra	53,9	51,1	56,8	10,9	9,1	12,6
País Vasco	48,6	45,7	51,6	9,9	8,1	11,6
La Rioja	41,8	38,7	44,9	11,2	9,3	13,2
Ceuta	25,9	22,4	29,3	8,0	5,8	10,1
Melilla	14,9	10,3	19,5	5,6	2,6	8,6
Media España	40,9	40,3	41,5	10,6	10,3	11,0

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

Tabla 1.1.26.

Prevalencia de consumo de cannabis en la población de 15-64 años por CCAA según sexo. España, 2022.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	32,9	18,1	11,9	5,5
Aragón	55,4	29,9	11,9	7,9
Asturias	52,3	40,0	8,2	4,3
Baleares	60,0	41,6	19,7	5,7
Canarias	46,8	31,3	19,2	8,7
Cantabria	49,1	38,8	9,7	6,1
Castilla y León	46,6	29,3	9,7	4,7
Castilla-La Mancha	38,7	20,9	12,8	4,8
Cataluña	59,2	39,9	17,7	8,6
C. Valenciana	63,9	49,2	17,7	8,7
Extremadura	39,4	23,3	11,5	4,0
Galicia	49,9	33,2	15,7	8,7
Madrid	43,1	32,1	11,3	5,6
Murcia	53,7	34,9	22,1	9,9
Navarra	60,6	47,1	15,7	5,9
País Vasco	56,0	41,2	13,3	6,4
La Rioja	49,2	34,3	12,8	9,6
Ceuta	39,0	12,0	12,2	3,5
Melilla	22,0	7,4	9,9	1,0
Media España	48,8	32,9	14,4	6,8

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

Tabla 1.1.27.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2022.

	Últimos 12 meses
Andalucía	8,7
Aragón	9,9
Asturias	6,2
Baleares	12,8
Canarias	14,0
Cantabria	7,9
Castilla y León	7,2
Castilla-La Mancha	8,9
Cataluña	13,2
C. Valenciana	13,3
Extremadura	7,8
Galicia	12,2
Madrid	8,3
Murcia	16,1
Navarra	10,9
País Vasco	9,9
La Rioja	11,2
Ceuta	8,0
Melilla	5,6
Media España	10,6

CONSUMO DE CANNABIS ÚLTIMOS 30 DÍAS

Media nacional 10,6%

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



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

Consumo por tipo de droga

Bebidas alcohólicas

En 2022, el 93,2% 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%.

Analizando el consumo de alcohol en el último año, cerca del 76% declara haber bebido alcohol en alguna ocasión durante los últimos 12 meses previos a la realización de la encuesta, cifra que ha experimentado un descenso respecto al dato registrado en 2020.

La prevalencia de consumo de alcohol en el último mes se sitúa en el 64,5%, habiéndose incrementado 1,5 puntos porcentuales con respecto a la anterior medición.

Finalmente, el 9% de la población de España declara haber realizado un consumo diario de alcohol.

Figura 1.1.2.

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, 1997-2022.



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

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.

Por **edad**, las mayores prevalencias para el consumo referido a los últimos 30 días las encontramos entre los 25 y los 34 años, con independencia del sexo del individuo. Si bien, en el caso de consumo a diario es el tramo de mayores de 55 años en donde encontramos el mayor número de consumidores.

Tabla 1.1.28.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.

	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	93,2	94,9	91,4	85,3	85,7	84,9	94,7	96,5	92,8	94,2	95,9	92,6	94,9	96,7	93,2	94,5	97,5	91,6
Últimos 12 meses	76,4	82,1	70,8	76,2	77,3	75,1	81,1	86,4	75,8	77,0	84,0	70,1	76,5	82,5	70,4	72,0	79,5	64,7
Últimos 30 días	64,5	73,1	55,7	62,7	65,2	60,0	68,2	75,8	60,5	65,1	75,6	54,7	64,8	74,3	55,2	61,6	72,8	50,7
Diariamente en los últimos 30 días	9,0	14,6	3,5	1,3	1,9	0,7	4,7	7,4	1,9	8,1	12,8	3,5	11,1	18,1	4,0	16,8	27,6	6,1
Nunca	6,8	5,1	8,6	14,7	14,3	15,1	5,3	3,5	7,2	5,8	4,1	7,4	5,1	3,3	6,8	5,5	2,5	8,4

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

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, 2022.



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

Se observa cómo a lo largo de toda la serie histórica, son los hombres los que consumen alcohol de manera diaria en mayor medida.

Figura 1.1.4.

Prevalencia de consumo diario de alcohol en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2011-2022.



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

Intoxicaciones etílicas agudas (borracheras)

La prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas en los últimos 12 meses se sitúa en el 16,7%, registrándose un notable descenso con respecto a la anterior encuesta y rompiendo así 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 (Figura 1.1.5).

En función de la **edad**, y con independencia del sexo, se observa que a medida que ésta aumenta la prevalencia de borracheras disminuye (Figura 1.1.6).

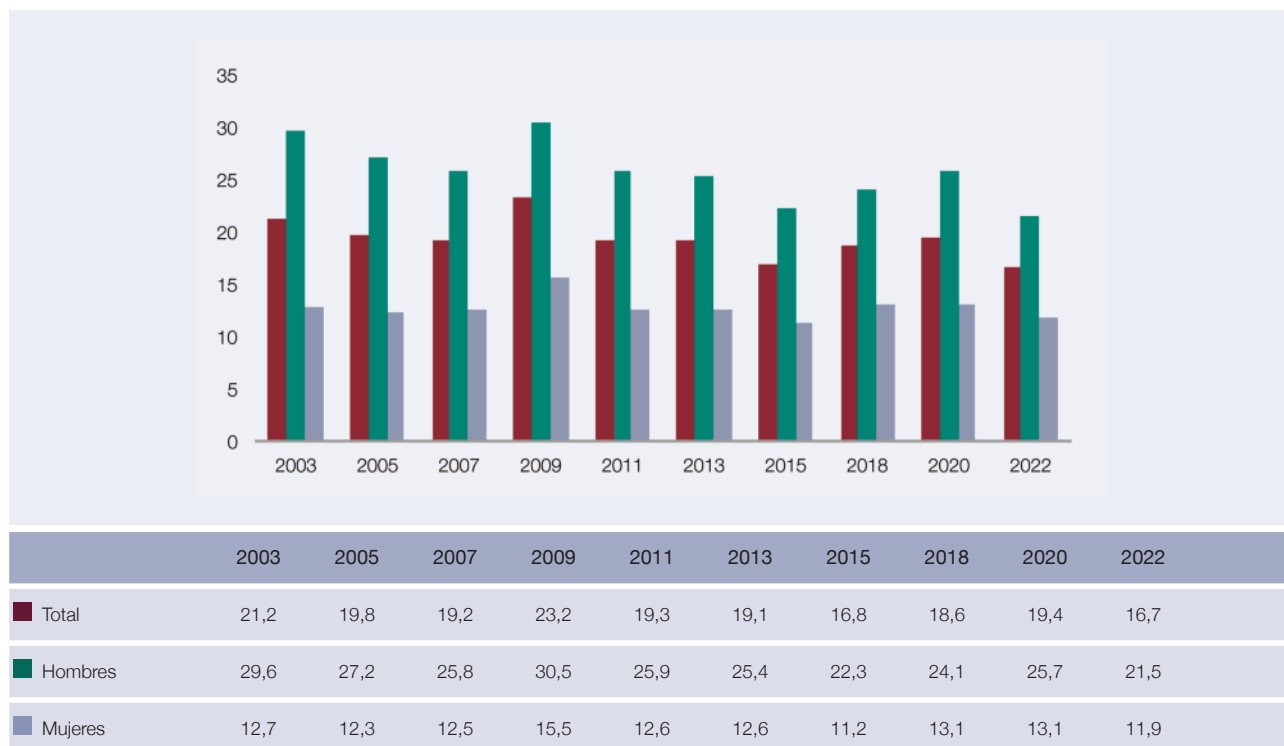
Atendiendo al periodo temporal de los últimos 30 días, el 6,4% de la población de 15 a 64 años reconoce haber sufrido alguna intoxicación etílica aguda durante los 30 días previos a la realización de la encuesta (Tabla 1.1.29).

El 8,5% de los hombres reconoce haberse emborrachado en el último mes, dato que se reduce a 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 que las mayores prevalencias las encontramos en el tramo de 15 a 24 años y van descendiendo a medida que avanzamos en la edad de los individuos.

Figura 1.1.5.

Prevalencia de intoxicaciones étlicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2003-2022.



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

Figura 1.1.6.

Prevalencia de intoxicaciones étlicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.



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

Figura 1.1.7.

Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 1997-2022.



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

Tabla 1.1.29.

Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.

	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	6,4	8,5	4,2	15,5	17,5	13,5	9,4	12,6	6,2	5,2	7,6	2,9	3,4	5,3	1,5	1,9	3,3	0,6

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

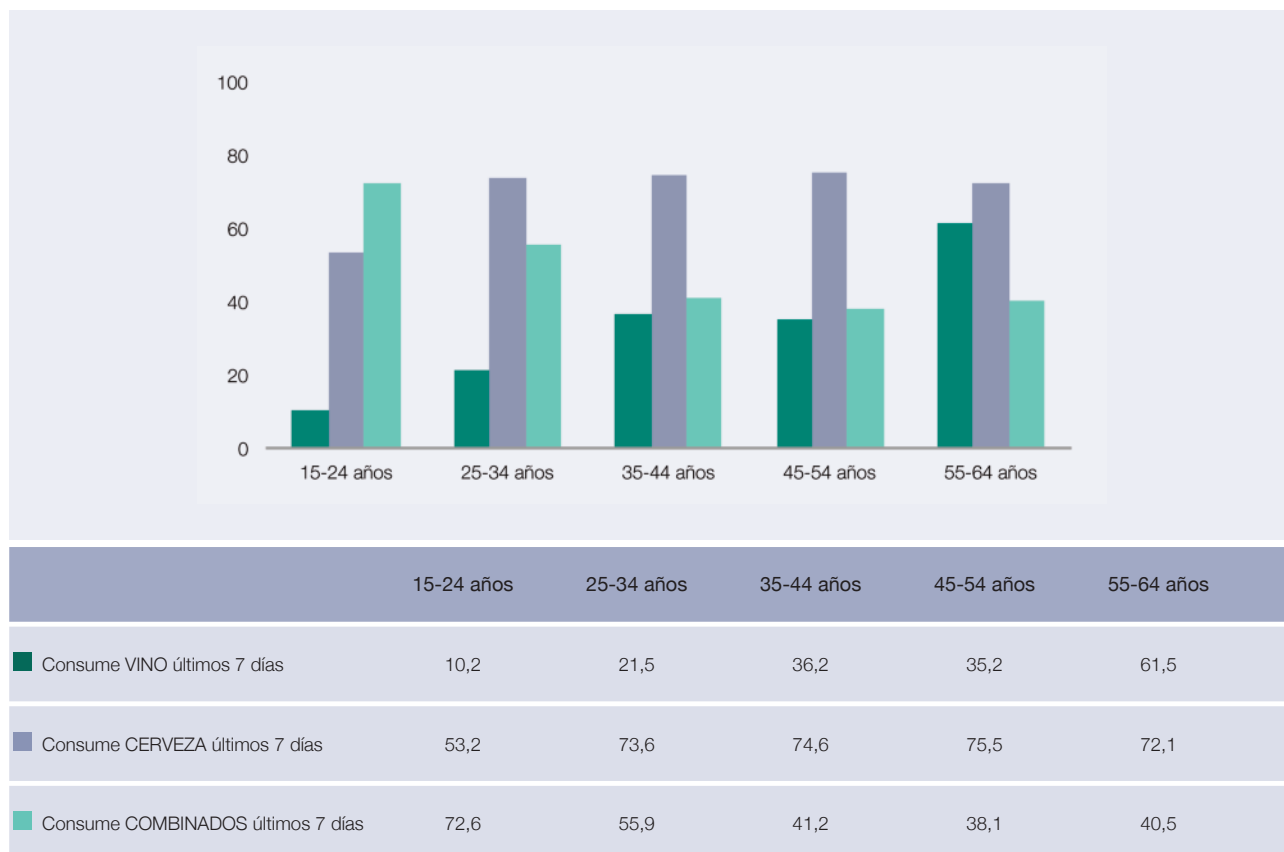
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

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, alcanzándose así 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. Finalmente, en la **cerveza**, se aprecia un nivel de consumo muy similar para todos los tramos de edad.

Figura 1.1.8.

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, 2022.



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

Binge drinking (consumo de alcohol en atracón)

Se considera *binge drinking* al consumo de 5 o más bebidas alcohólicas (si es hombre) o 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 2022, se ha registrado un dato similar al obtenido en la anterior encuesta, observándose un aumento de la prevalencia de *binge drinking* entre las mujeres. A pesar de este aumento, el consumo de alcohol en atracón sigue estando más extendido entre los hombres que entre las mujeres para todos los tramos de edad.

Figura 1.1.9.

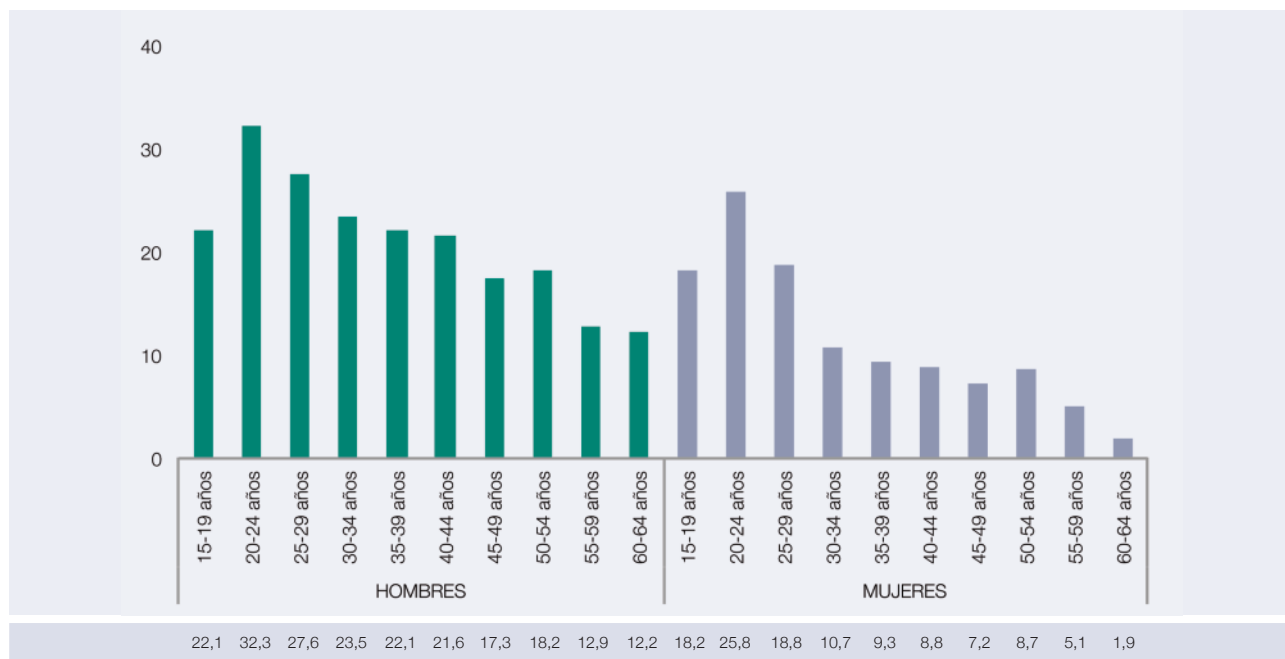
Prevalencia de consumo de alcohol en atracón o binge drinking en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2003-2022.



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

Figura 1.1.10.

Prevalencia de consumo de alcohol en atracón (binge drinking) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.



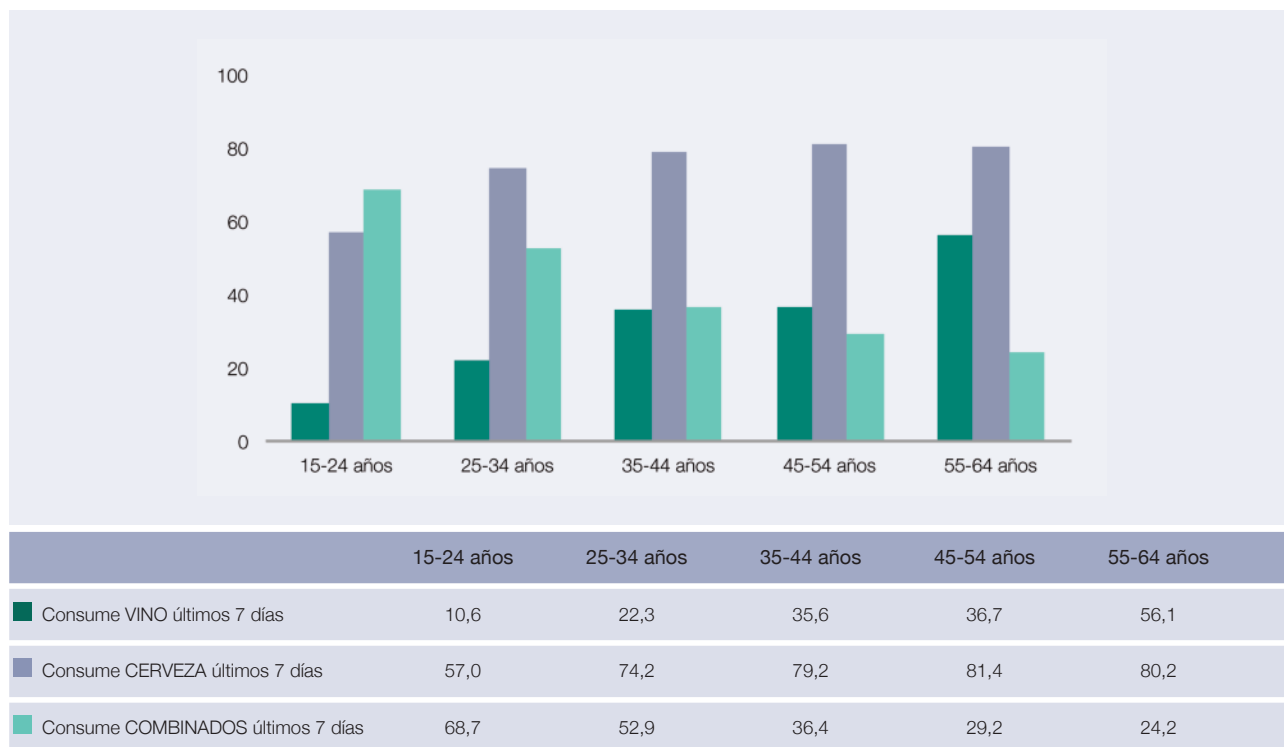
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Al igual que ocurría con las borracheras, se observa que, la prevalencia de **vino** se va incrementando según aumenta la edad de los individuos y con el consumo de los **combinados y cubatas**, sucede exactamente lo contrario.

Finalmente, la **cerveza** es la bebida cuyo consumo está más extendido entre aquellos que reconocen haber consumido alcohol en atracón en los últimos 30 días, obteniendo la prevalencia similar en todos los tramos de edad, excepto en el de los más jóvenes que es aproximadamente cinco puntos por debajo del resto de tramos.

Figura 1.1.11.

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, 2022.



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

Botellón

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.

En el grupo de 15 a 18 años, algo más de una tercera parte (32,2%) reconoce haber realizado botellón en el último año, no habiendo prácticamente diferencia entre hombres y mujeres.

Tabla 1.1.30.

Prevalencia de botellón, en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.

	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
Botellón los últimos 12 meses	32,2	34,0	30,3	9,3	10,6	7,9	2,5	3,4	1,5	1,1	1,6	0,7	0,7	0,8	0,5	32,2	32,1	32,3

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

Razones referidas por las que se consume alcohol

En cuanto a las razones por las que los individuos consumen bebidas alcohólicas, con independencia del sexo, más de la mitad de los consumidores de alcohol lo hacen porque es divertido y anima las fiestas. En segundo lugar, cuatro de cada diez individuos consume alcohol porque les gusta cómo se sienten después de beber.

Tabla 1.1.31.

Razones para el consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2018-2022.

	2018			2020			2022		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Le gusta cómo se siente después de beber	44,0	48,5	38,6	32,7	37,0	27,7	37,3	41,4	32,6
Es divertido y anima las fiestas	56,1	58,4	53,2	56,2	55,6	56,8	51,2	49,9	52,7
Solo por emborracharse	12,0	14,4	9,1	2,0	2,5	1,4	1,7	2,1	1,3
Por encajar en un grupo o no sentirse excluido	19,6	21,1	17,8	17,4	16,9	18,1	13,1	12,6	13,7
Le ayuda a olvidarse de todo	12,6	14,3	10,5	3,3	3,8	2,8	4,8	4,9	4,6
Cree que es saludable o forma parte de una alimentación equilibrada	17,2	18,6	15,4	14,8	16,1	13,3	18,3	19,7	16,8

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

Actitudes ante determinadas políticas sobre el consumo de alcohol

A continuación, se muestran los resultados disponibles sobre las actitudes 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 consenso en que todas las medidas analizadas serían adecuadas para luchar 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 con esto de acuerdo 7 de cada 10 individuos.

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

Tabla 1.1.32.

Actitudes ante las políticas en materia de alcohol entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2018-2022.

	2018			2020			2022		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Prohibir la publicidad	59,9	54,7	65,0	71,5	68,2	74,7	57,7	53,3	62,2
Envases con advertencias sobre daños	78,4	75,2	81,7	82,7	80,6	84,8	73,3	69,4	77,2
Patrocinio de deportistas prohibido	64,9	60,4	69,4	74,8	71,5	78,1	64,0	59,1	68,9

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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).

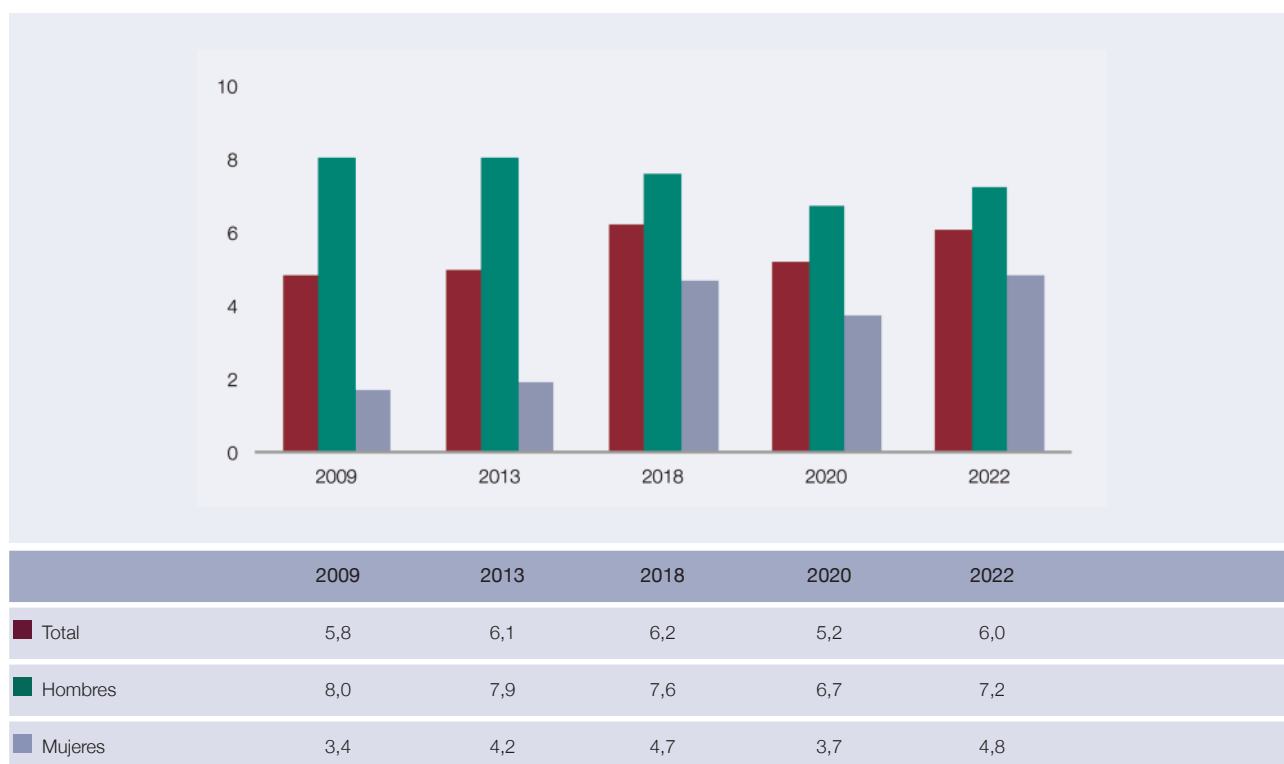
Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 preguntas. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 al comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 a reacciones adversas y las dos últimas a problemas relacionados 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 2009, 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 “consumo de riesgo” una puntuación igual o superior a 8 en los hombres e igual o mayor de 6 en las mujeres.

Evolutivamente, se ha producido un aumento en la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol tanto entre los hombres como entre las mujeres.

Figura 1.1.12.

Prevalencia del consumo de riesgo de alcohol (AUDIT ≥ 8 en hombres y AUDIT ≥ 6 en mujeres) en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2009-2022.



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 Clín 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.

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 (40,7% frente a 6,4%). 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 (77,1% frente a 15,4%).

Tabla 1.1.33.

Prevalencia de consumos intensivos de alcohol en la población de 15 a 64 años, según hayan tenido consumo de riesgo de alcohol (AUDIT ≥ 8 en hombres y AUDIT ≥ 6 en mujeres) (%). España, 2022.

	Total nacional	Consumidores de riesgo de alcohol (AUDIT ≥ 8 en hombres y AUDIT ≥ 6 en mujeres)
Borracheras últimos 30 días	6,4	40,7
Binge drinking últimos 30 días	15,4	77,1
Botellón últimos 12 meses	7,4	32,4

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

Bebidas energéticas

La prevalencia de consumo de bebidas energéticas en los 30 días previos a la realización de la encuesta se sitúa en el 14,2% en la población española de 15 a 64 años.

Figura 1.1.13.

Prevalencia de consumo de bebidas energéticas y de bebidas energéticas mezcladas con alcohol en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2015-2022.



T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

En general el consumo de este tipo de bebidas está más extendido entre los hombres que entre las mujeres con independencia del tramo 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 supera el 40% en los hombres de este tramo de edad.

Evolutivamente, desde el año 2015 se observa un aumento de la prevalencia en este tipo de bebidas.

Tabla 1.1.34.

Prevalencia de consumo de bebidas energéticas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.

	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	14,2	17,1	11,2	37,6	42,8	32,1	21,9	26,3	17,5	10,9	13,7	8,2	6,3	8,0	4,5	3,5	4,7	2,4

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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** (25,8%). En cuanto al sexo y 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 1.1.35.

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 (%). España, 2022.

	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 con alcohol	25,8	27,8	22,8	32,3	33,0	31,2	24,7	26,6	21,8	17,9	23,0	9,5	20,6	24,0	14,6	18,9	20,0	16,9

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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 69,6%, dato muy similar al obtenido en la anterior encuesta.

El consumo en los últimos 12 meses también se ha mantenido estable con respecto a la última medición, si bien se ha registrado el dato más bajo de toda la serie histórica.

En relación a la prevalencia del consumo diario de tabaco, el 33,1% de las personas ha fumado tabaco a diario en los últimos 30 días, dato superior al de 2020 en algo más de un punto.

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, el 2,9% de las personas de 15 a 64 años iniciaron su consumo durante el último año, siendo superior el número de hombres que iniciaron el consumo que el de mujeres (Figura 1.1.14).

Figura 1.1.14.

Prevalencia de consumo de tabaco (%) y edad media de inicio en el consumo (años) en la población de 15-64 años. España, 1997-2022.

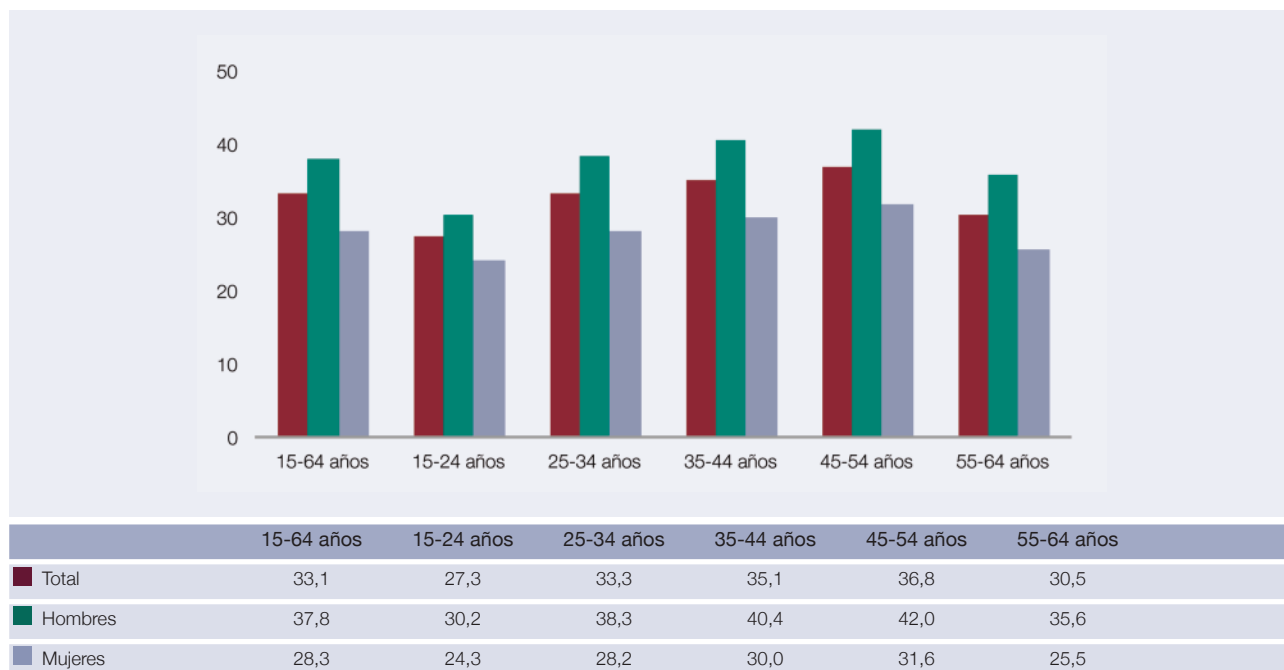


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

El **consumo diario de tabaco** es más frecuente entre los hombres, con independencia de la edad de los individuos (Figura 1.1.15).

Figura 1.1.15.

Prevalencia de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.



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

En 2022 se ha producido un descenso en la prevalencia del consumo diario de tabaco entre los hombres jóvenes, mientras que entre las mujeres más jóvenes se ha estabilizado. Sin embargo, entre aquellos con 35 o más años los consumos de tabaco a diario han aumentado para ambos sexos.

Figura 1.1.16.

Prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 1997-2022.



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

Según el **tipo de cigarrillos** consumidos, puede afirmarse que la mayoría de los fumadores continúan siendo muy fieles a los cigarrillos de cajetilla (72,3%), frente al 18,9% que declara consumir tabaco de liar y el 8,8% restante que fuma cigarrillos tanto de liar como de cajetilla.

Diferenciando por sexo, son las mujeres las que en mayor medida fuman cigarrillos de cajetilla. Además, hay que destacar que es entre los más jóvenes en donde encontramos los mayores consumos de tabaco de liar.

Tabla 1.1.36.

Prevalencia de consumo de tabaco durante los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según el tipo de cigarrillos que ha fumado, sexo y edad (%). España, 2022.

	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	72,3	70,6	74,5	54,1	52,5	56,2	64,6	62,3	67,6	73,4	71,0	76,4	78,5	76,8	80,8	82,3	81,2	83,8
Tabaco de liar	18,9	19,4	18,2	29,1	28,7	29,4	23,1	23,8	22,1	19,6	20,9	17,9	14,9	15,3	14,3	12,5	12,8	12,2
Los 2 tipos	8,8	10,0	7,2	16,8	18,8	14,4	12,3	13,9	10,2	7,1	8,1	5,8	6,6	7,8	4,9	5,1	6,0	4,0

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

Entre los **consumidores de tabaco a diario**, un 64,2% se han planteado dejar de fumar. Cuando diferenciamos por sexo, son las mujeres las que en mayor medida se lo han planteado. No obstante, cabe destacar que, menos de la mitad de estos individuos lo ha intentado dejar.

Tabla 1.1.37.

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 sexo. España, 2018-2022.

2018			2020			2022		
Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
66,6	64,8	68,9	61,1	59,5	63,2	64,2	62,7	66,1

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

Tabla 1.1.38.

Porcentaje de personas que se han planteado de dejar de fumar y lo han intentado entre los que han fumado a diario en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según sexo. España, 2018-2022.

2018			2020			2022		
Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
45,4	43,7	47,5	38,2	36,9	39,9	41,9	40,2	44,1

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

Cigarrillos electrónicos

Evolutivamente, continúa la tendencia creciente del consumo de este tipo de cigarrillos, habiendo pasado de un 6,8% en 2015 hasta el 12,1% registrado en 2022 para el marco temporal de alguna vez en la vida.

Atendiendo al **sexo**, se observa que, la prevalencia es superior entre los hombres.

Figura 1.1.17.

Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2015-2022.



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

Se aprecia que cerca de la mitad de los consumidores de este tipo de cigarrillos lo hacen motivados por reducir el consumo del tabaco, o incluso para dejar de fumar. Esta tendencia es mayor a medida que aumenta la edad del individuo. 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).

Tabla 1.1.39.

Porcentaje de personas que dicen que utilizan los cigarrillos electrónicos como sustituto del tabaco, en la población de 15-64 años que ha fumado cigarrillos electrónicos, según sexo y edad. España, 2022

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
44,9	43,5	46,8	21,7	22,2	21,2	33,9	33,8	34,1	53,5	52,1	55,2	65,3	62,4	69,2	63,3	58,3	68,8

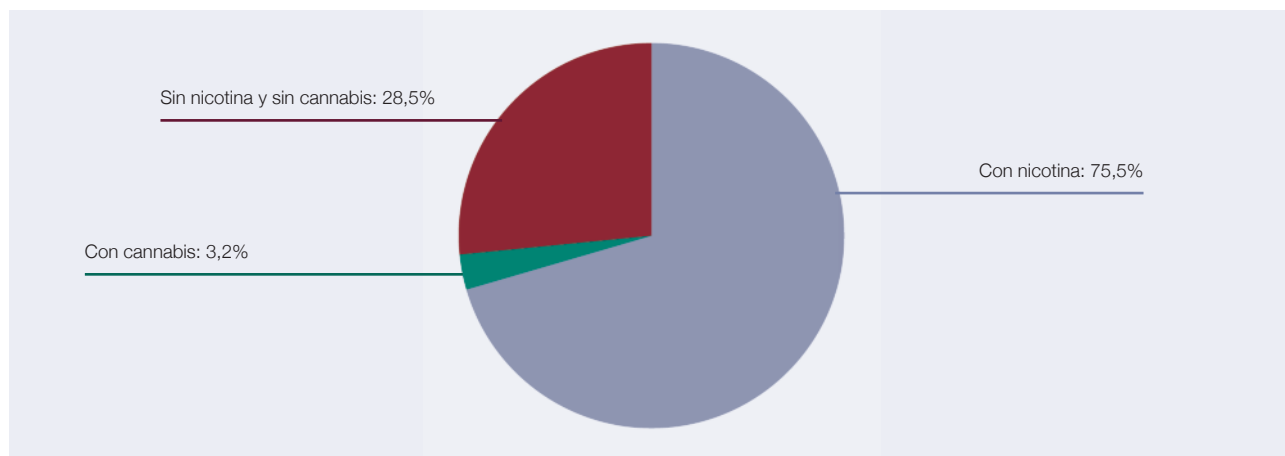
T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

De cada 4 individuos que han consumido cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, 3 lo han hecho con nicotina, el 28,5% sin nicotina y únicamente un 3,2% lo ha utilizado con cannabis.

Figura 1.1.18.

Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos que contengan o no nicotina y/o cannabis en la población de 15-64 años que ha consumido cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, según sexo (%). España, 2022.



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

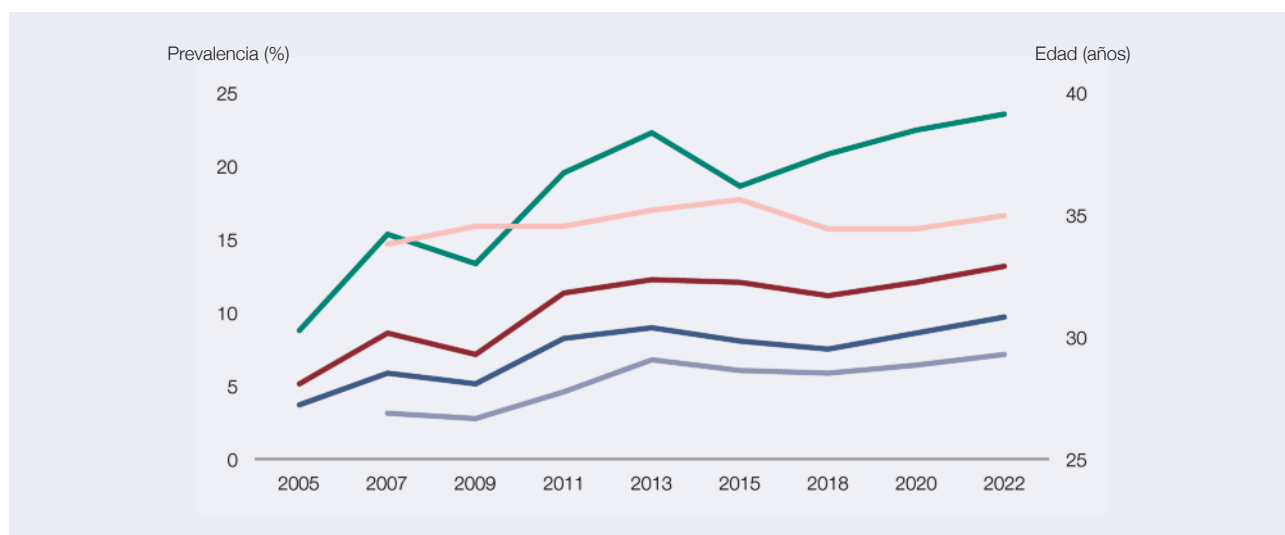
Hipnosedantes

Hipnosedantes con o sin receta

Continúa la tendencia creciente en el consumo de hipnosedantes alguna vez en la vida, registrando este año el máximo de la serie histórica (23,5%).

Figura 1.1.19.

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, 2005-2022.



	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
Alguna vez en la vida	8,7	15,4	13,4	19,5	22,2	18,7	20,8	22,5	23,5
Últimos 12 meses	5,1	8,6	7,1	11,4	12,2	12,0	11,1	12,0	13,1
Últimos 30 días	3,7	5,9	5,2	8,3	8,9	8,1	7,5	8,6	9,7
A diario o casi a diario en los últimos 30 días	-	3,1	2,7	4,6	6,8	6,0	5,9	6,4	7,2
Edad media de inicio en el consumo	-	33,8	34,5	34,5	35,2	35,6	34,4	34,4	35,0

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

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

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, el 2,9% de las personas de 15 a 64 años iniciaron el consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses. Valor ligeramente superior al de años anteriores.

Por **sexo**, el consumo está mucho más extendido entre las mujeres, con independencia del tramo temporal analizado. Por **edad**, esta sustancia registra mayor peso entre las personas mayores de 35 años en ambos sexos.

Tabla 1.1.40.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022

	15-64 años			15-34 años			35-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez	23,5	19,0	28,0	13,7	11,0	16,5	28,2	22,9	33,4
Último año	13,1	10,3	16,0	7,2	5,5	8,9	16,0	12,6	19,4
Último mes	9,7	7,3	12,1	4,2	3,2	5,3	12,3	9,4	15,3
A diario	7,2	5,2	9,2	2,5	1,8	3,3	9,4	6,8	11,9

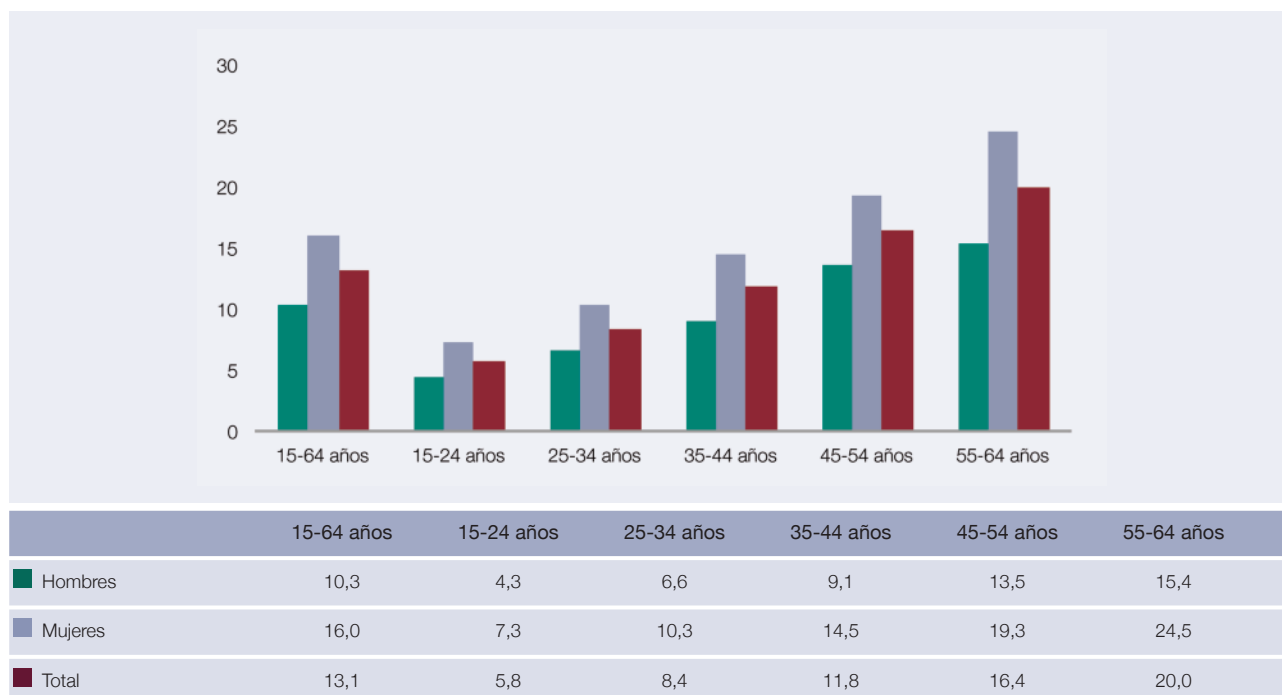
T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

El consumo de hipnosedantes con o sin receta para el marco temporal de los últimos 12 meses aumenta según se incrementa la edad de la población, siendo este aumento mayor entre las mujeres.

Figura 1.1.20.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.

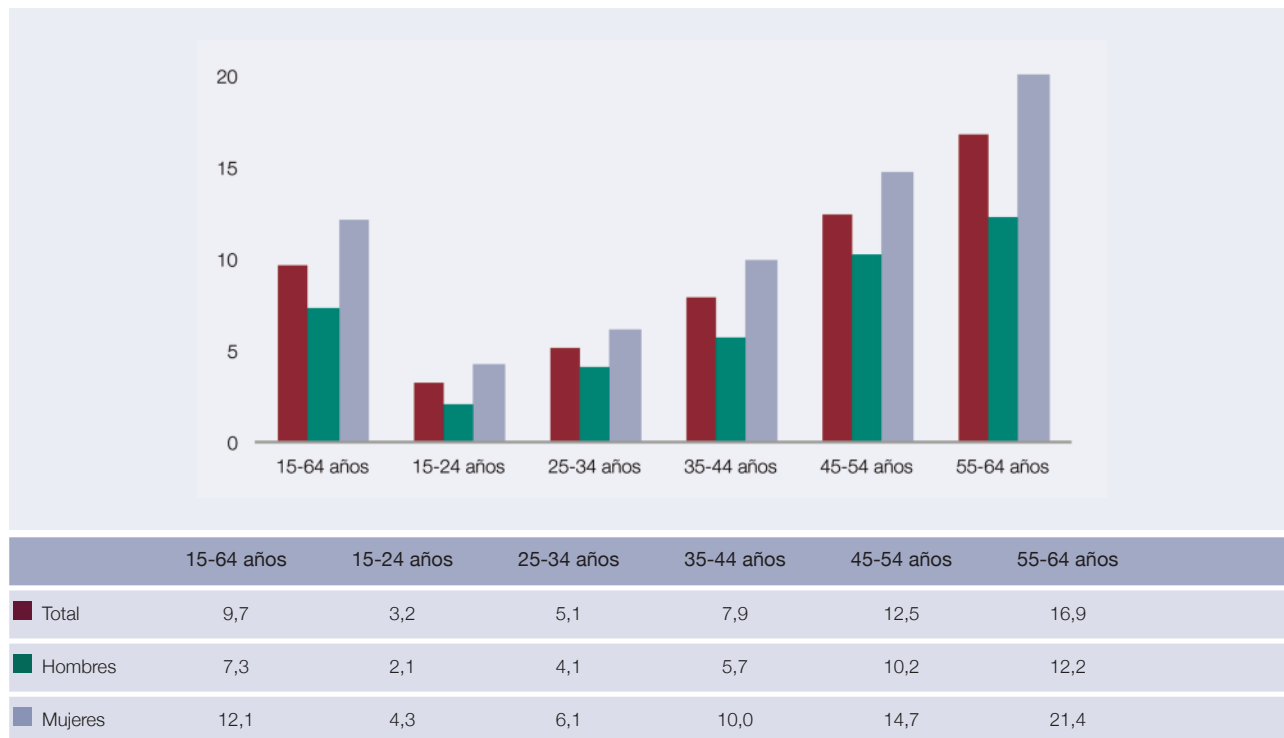


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

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.

Figura 1.1.21.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.

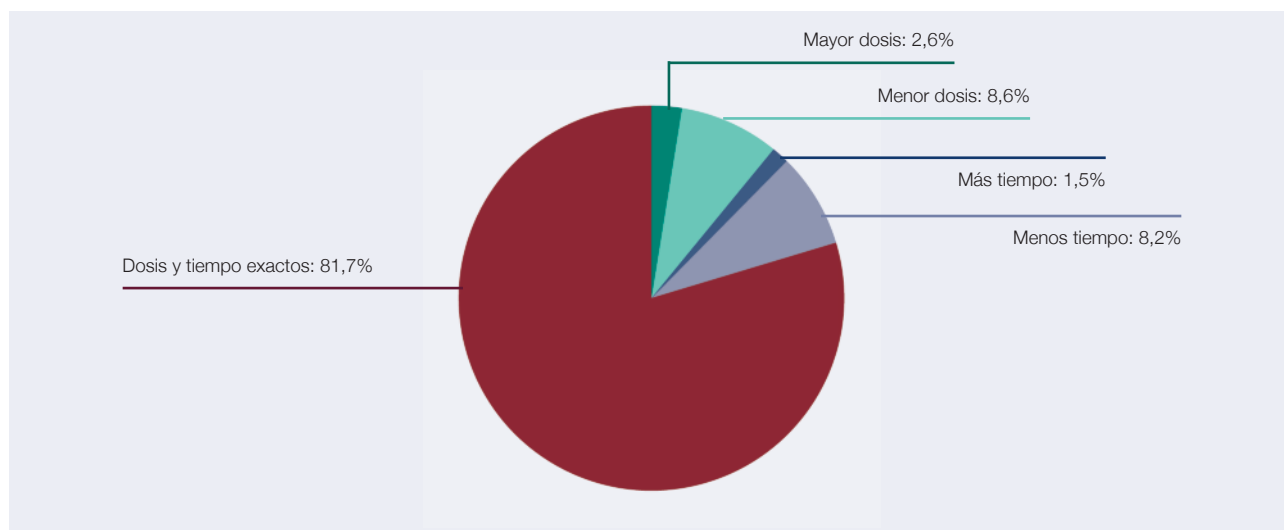


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Ocho de cada diez de los que han consumido hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida indican que, en términos generales, siguen con exactitud las indicaciones del médico sobre su consumo (81,7%).

Figura 1.1.22.

Modos en los que la población de 15-64 años toma hipnosedantes con o sin receta (%). España, 2022.



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

Por otra parte, el 8,2% declara haber consumido estos medicamentos un menor tiempo al indicado por su médico y un 8,6% un menor consumo en función de la dosis.

Hipnosedantes sin receta

El 3,6% de la población española de entre 15 y 64 años admite haber consumido hipnosedantes sin receta médica alguna vez en su vida, situándose la edad media del primer consumo en los 30,8 años.

Figura 1.1.23.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en la población de 15-64 años (%) y edad media de inicio en el consumo (años). España, 2003-2022.



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

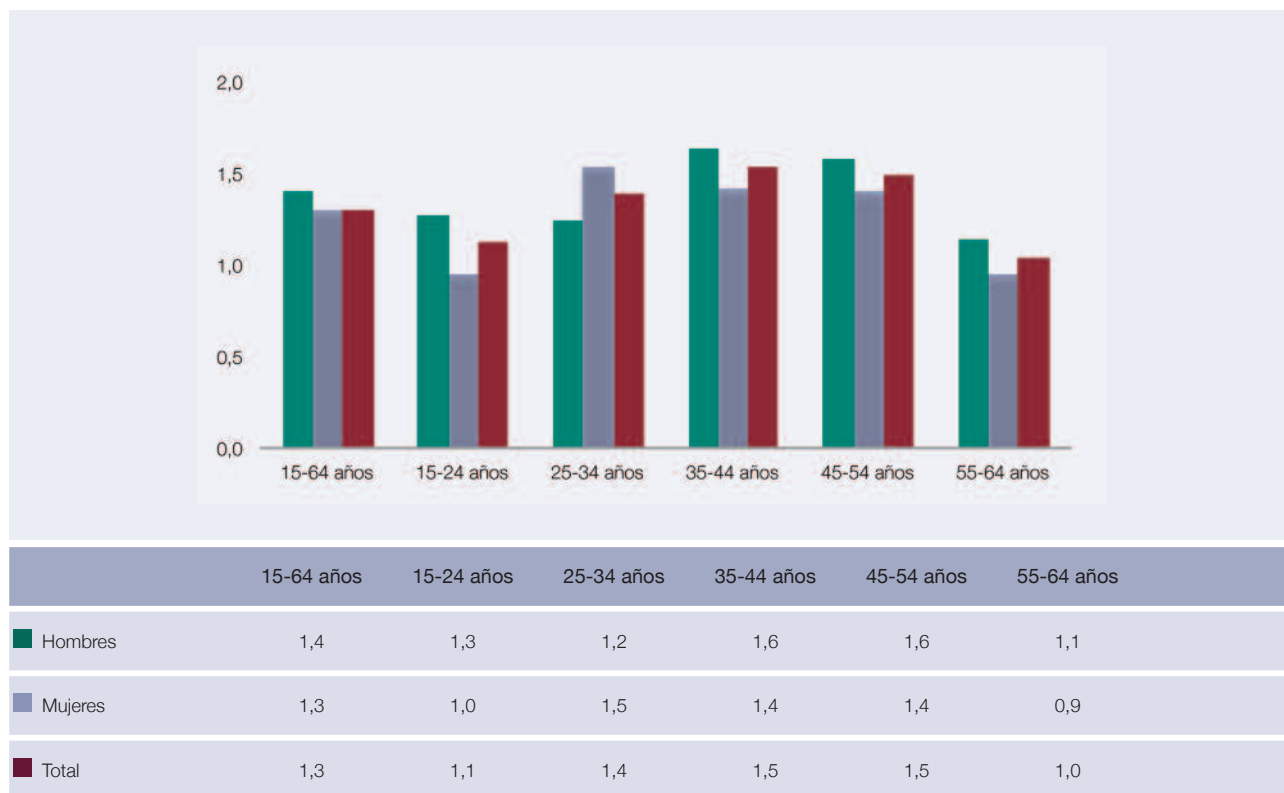
Por otra parte, el 1,3% de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses, cifra similar a la obtenida en la anterior encuesta.

Finalmente, menos del 1% de la población de 15 a 64 años 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 para todos los grupos de edad.

Figura 1.1.24.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.



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

Analgésicos opioides

El 15,8% de la población de España de 15 a 64 años reconoce haber consumido analgésicos opioides con o sin receta en alguna ocasión. Igual que sucede con los hipnosedantes, aunque con menor diferencia, 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, para los tramos temporales de alguna vez en la vida y últimos 30 días.

Tabla 1.1.41.

Prevalencia de consumo de analgésicos opioides en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2018-2022.

	2018			2020			2022		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	14,5	13,1	16,0	15,2	14,1	16,2	15,8	14,7	16,9
Últimos 12 meses	6,7	5,9	7,4	7,1	6,2	8,1	6,8	5,8	7,9
Últimos 30 días	2,9	2,3	3,4	3,6	3,0	4,3	4,0	3,1	4,8

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

La **codeína** y el **tramadol** son los analgésicos opioides que presentan una mayor prevalencia de consumo entre la población de 15 a 64 años. Si bien, en ambos casos ha disminuido su consumo en favor del fentanilo y otros opioides (oxicodona, hidromorfona, petidina, tapentadol, metadona y buprenorfina).

Tabla 1.1.42.

Prevalencia de consumo de analgésicos opioides alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2018-2022.

	2018			2020			2022		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Tramadol	35,5	34,8	36,2	50,0	47,3	52,3	46,0	46,5	45,6
Codeína	69,2	69,9	68,7	54,6	54,4	54,9	59,9	58,8	60,9
Morfina	14,7	15,2	14,3	13,9	16,0	11,9	6,9	7,5	6,4
Fentanilo	1,9	2,5	1,4	3,6	4,4	2,9	14,0	14,7	13,4
Otros*	6,1	6,2	6,1	14,2	14,9	13,6	14,4	17,0	12,2

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

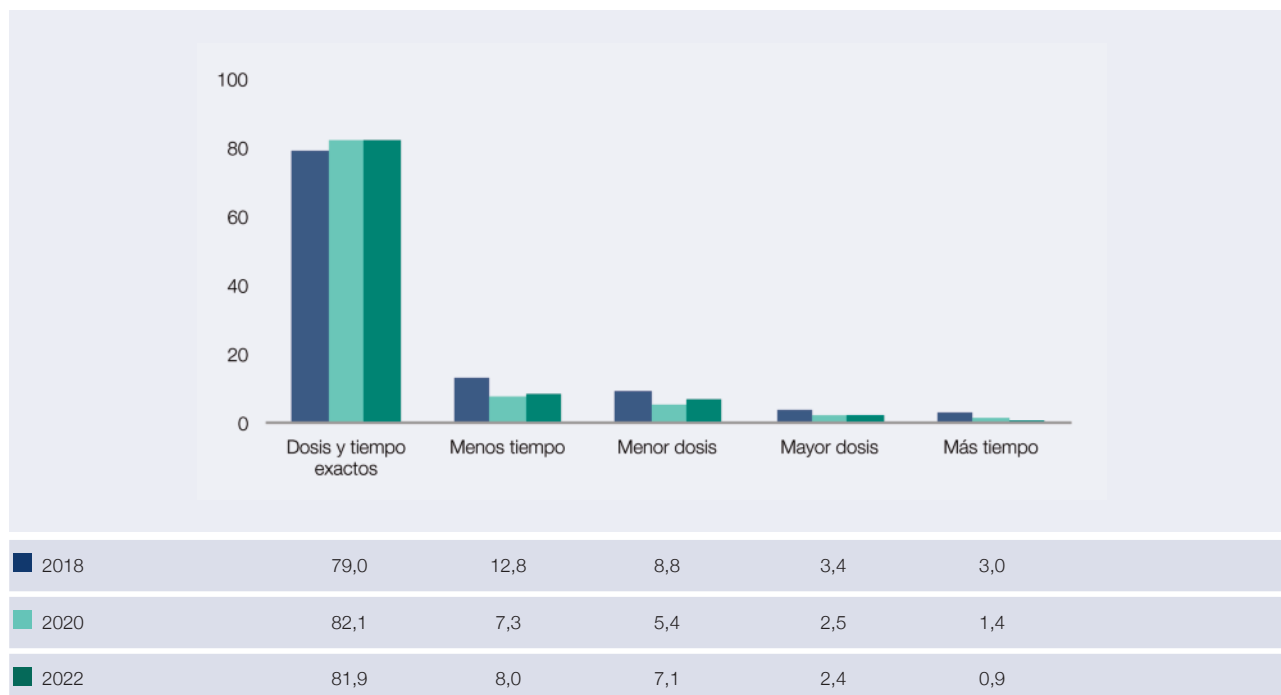
* En 2018 otros analgésicos opioides fueron: oxicodona, hidromorfona, petidina, tapentadol, metadona y buprenorfina.

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

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 (81,9%). Por otra parte, el 8,0% declara haber consumido estos medicamento un menor tiempo al indicado por su médico y un 7,1% un menor consumo en función de la dosis.

Figura 1.1.25.

Modo de consumo realizado entre la población de 15 a 64 años que ha consumido analgésicos opioides con o sin receta alguna vez en la vida (%). España, 2018-2022.



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

También se han analizado las **razones que motivaron el inicio de consumo** de los analgésicos opioides, destacando como intentar mitigar un dolor agudo causó el inicio de consumo de más de la mitad de los consumidores. Para esta edición, destaca el aumento de respuestas que alegan consumo para mitigar dolores crónicos o que se lo han indicado después de una operación.

Tabla 1.1.43.

Razones por las que la población de 15-64 años que ha consumido analgésicos opioides empezó a tomar analgésicos opioides, según sexo (%). España, 2018-2022.

	2018			2020			2022		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Dolor agudo	61,4	62,7	60,4	57,4	55,4	59,1	56,5	56,1	56,8
Dolor crónico	16,1	13,5	18,1	27,5	29,7	25,5	25,0	21,6	28,0
Después de una operación	16,9	19,9	14,5	20,5	18,6	22,2	23,7	27,8	20,1
Otras razones	1,6	2,6	0,8	10,3	12,5	8,4	11,4	12,2	10,7

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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 1,5% han consumido alguna vez en la vida estos medicamentos sin prescripción médica (1,7% entre los hombres y 1,3% 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 (57,2%).

Tabla 1.1.44.

Prevalencia de consumo de analgésicos opioides sin receta (%) y edad media de inicio en el consumo (años) en la población de 15-64 años, según sexo. España, 2020-2022.

	2020			2022		
	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	1,7	1,8	1,5	1,5	1,7	1,3
Últimos 12 meses	0,6	0,6	0,7	0,6	0,7	0,5
Últimos 30 días	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2
A diario en últimos 30 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Edad media de inicio en el consumo	27,7	28,5	26,5	25,5	26,2	24,5

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

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. En 2022, el 40,9% reconoce haber consumido cannabis alguna vez en la vida, continuando así con la tendencia creciente iniciada en 2013 y alcanzando en esta edición el máximo de la serie histórica. La edad media de inicio de consumo se sitúa ligeramente por encima de los 18 años, manteniéndose estable a lo largo de todas las ediciones.

Respecto al consumo en el último año, vemos que la prevalencia es del 10,6%, situándose en el 8,6% cuando se analiza el consumo en el último mes. En el caso de consumo en el último mes, vemos como la prevalencia ha disminuido ligeramente en las últimas dos ediciones de la encuesta.

Finalmente, el 2,8% de la población reconoce haber consumido cannabis diariamente en el último mes presentando niveles similares a los de la anterior edición.

Figura 1.1.26.

Prevalencia de consumo de cannabis (%) y edad media de inicio en el consumo de cannabis (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2022.



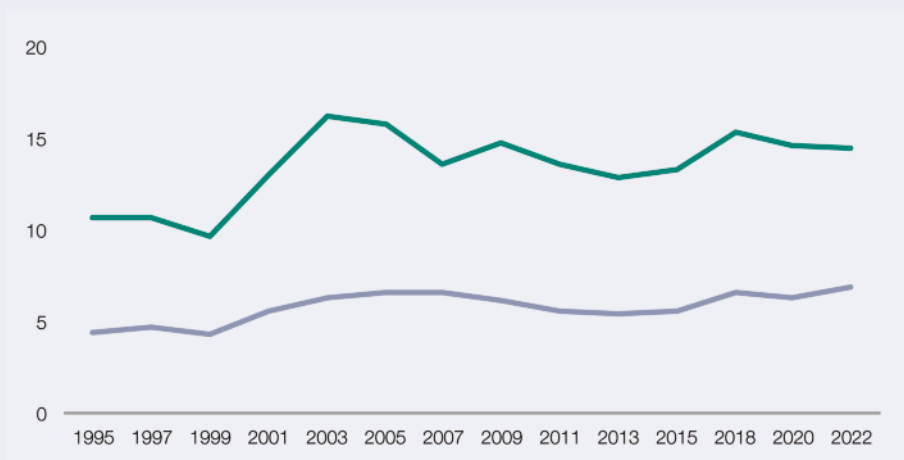
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

En función del **sexo**, el consumo de esta sustancia es más común entre los hombres que entre las mujeres. Analizando la **edad** de los individuos, la prevalencia de consumo de cannabis disminuye notablemente según aumenta la edad de los mismos. Esto sucede de igual manera en el consumo de ambos tramos temporales analizados (últimos 12 meses y últimos 30 días).

El consumo del cannabis en los últimos 12 meses es notablemente mayor históricamente en hombres que en mujeres, concretamente en 2022 el 14,4% de los hombres ha consumido en dicho periodo frente al 6,8% de las mujeres.

Figura 1.1.27.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1995-2022

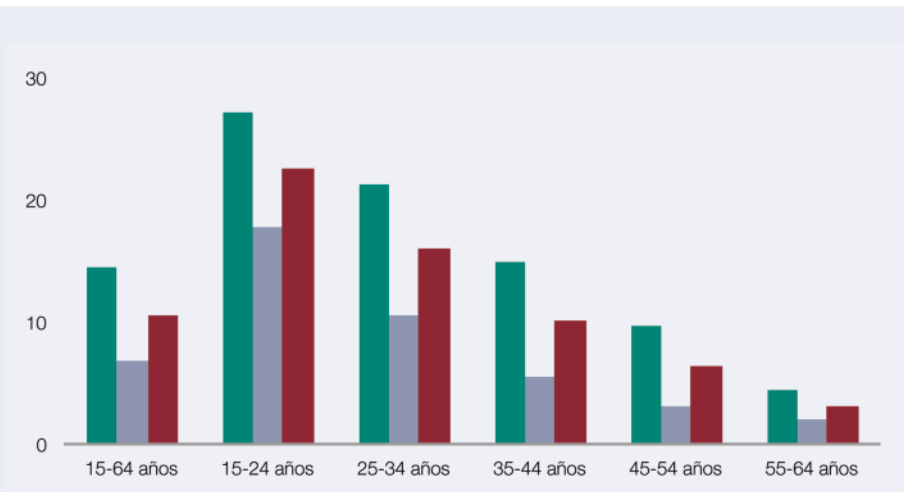


	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
Hombres	10,7	10,7	9,6	13,0	16,2	15,7	13,6	14,8	13,6	12,9	13,3	15,4	14,6	14,4
Mujeres	4,4	4,7	4,3	5,5	6,3	6,6	6,6	6,2	5,5	5,4	5,6	6,6	6,3	6,8

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

Figura 1.1.28.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.

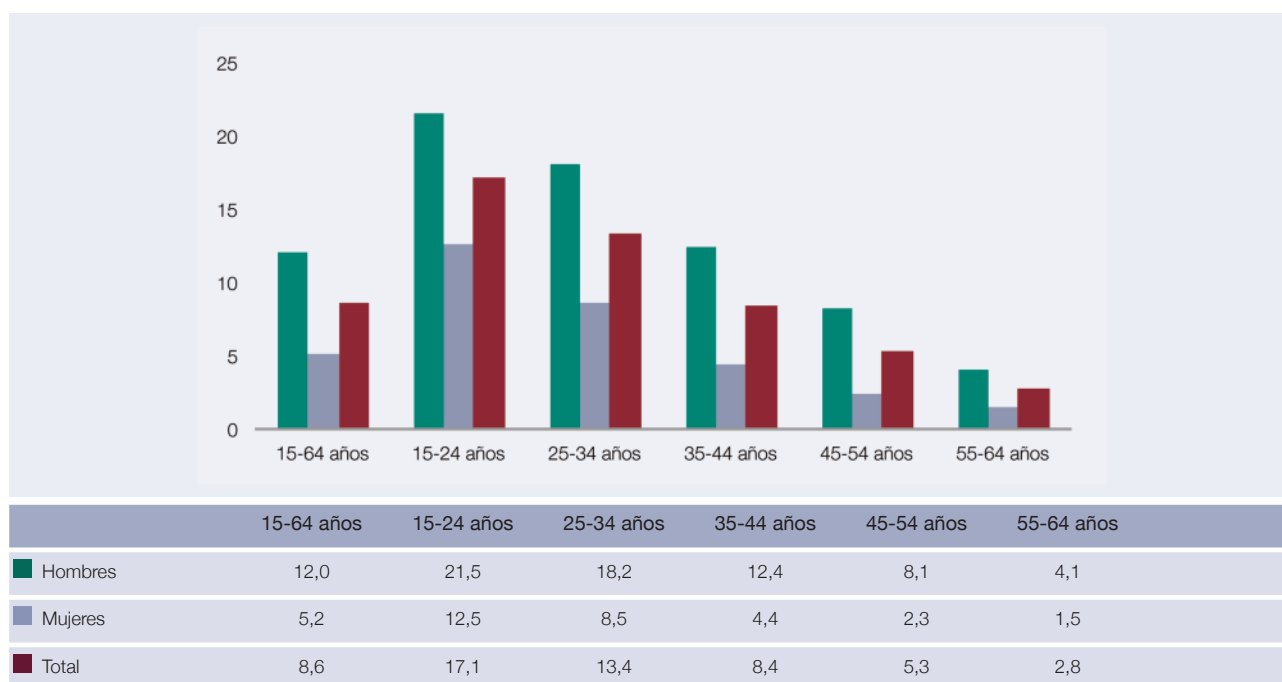


	15-64 años	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Hombres	14,4	27,2	21,3	14,8	9,7	4,3
Mujeres	6,8	17,8	10,5	5,6	3,0	1,9
Total	10,6	22,6	15,9	10,2	6,4	3,1

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

Figura 1.1.29.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.



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

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 49,0% indica haber fumado principalmente marihuana, mientras que el porcentaje que dice haber consumido principalmente hachís es notablemente inferior (21,9%). El hecho de fumar ambos tipos (marihuana y hachís) está más extendido entre los hombres que entre las mujeres.

Con independencia del sexo, la gran mayoría de los consumidores de cannabis en el último mes reconoce haberlo consumido mezclándolo con tabaco (88,1%). El número medio de porros consumidos en un mismo día es de 2,7 porros, registrándose cifras algo superiores entre los hombres.

Tabla 1.1.45.

Características del consumo de cannabis en la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2015-2022.

	2015			2018			2020			2022		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Consumo de cannabis últimos 30 días												
Principalmente marihuana	52,7	50,5	59,3	48,3	47,7	50,0	48,7	48,9	48,0	49,0	47,9	51,9
Principalmente hachís	17,0	17,7	15,1	21,9	20,5	25,9	20,6	19,2	24,5	21,9	21,8	22,3
De los dos tipos	30,3	31,9	25,7	29,8	31,8	24,2	30,8	31,9	27,5	29,1	30,4	25,8
Consumo de 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	88,1	88,7	86,8
No	10,5	9,9	12,3	7,1	7,1	7,1	13,1	12,6	14,4	11,9	11,3	13,2
Media de porros consumidos al día	2,5	2,6	2,1	2,7	2,7	2,6	2,9	2,9	2,8	2,7	2,8	2,5

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

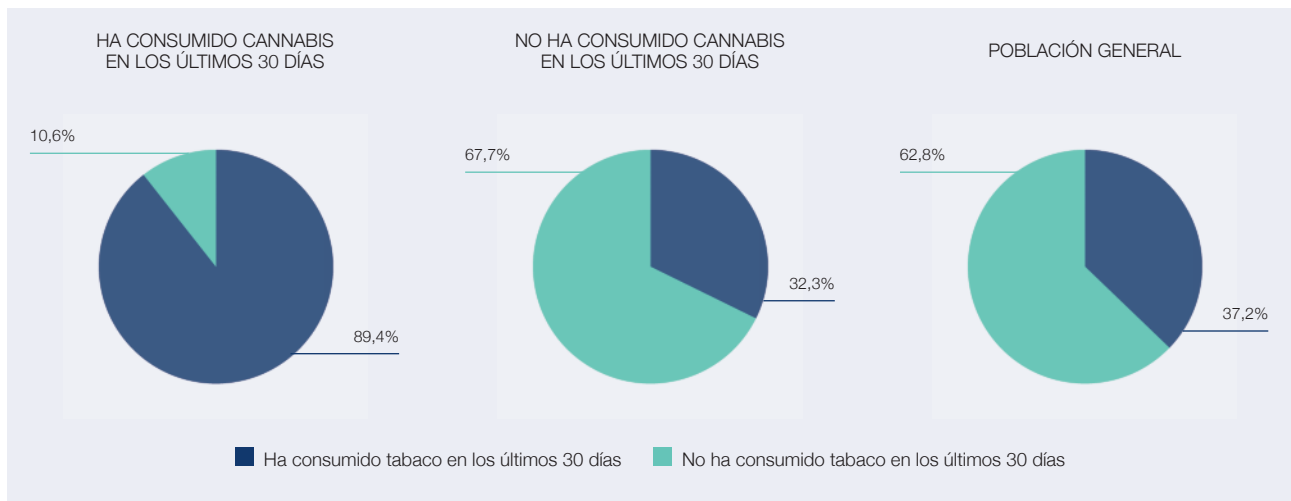
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

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 (89,4%), 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 1.1.30.

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, 2022.

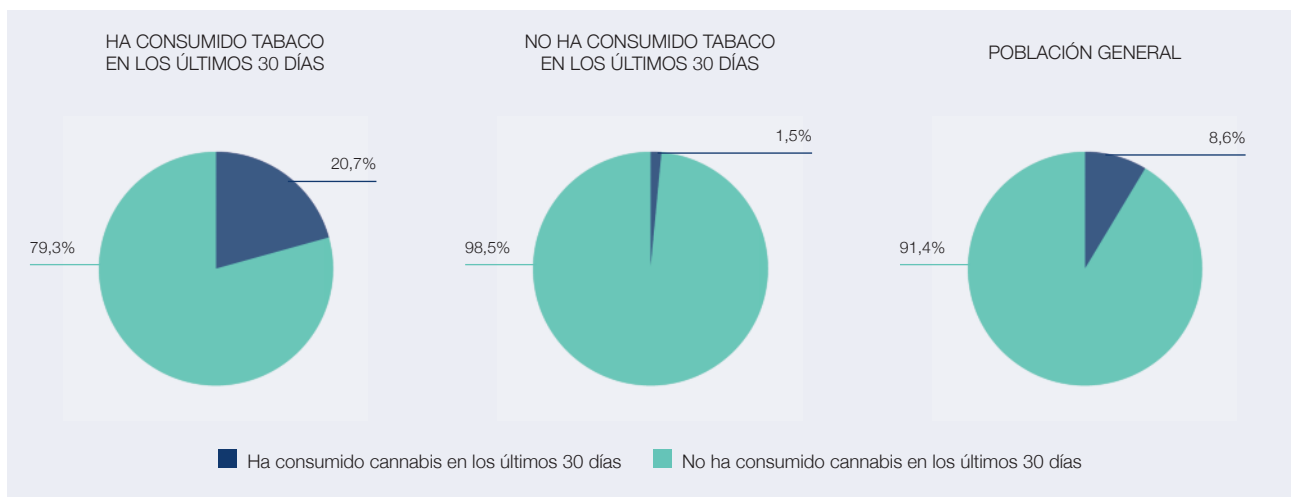


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Realizando el análisis contrario, algo más del 20% de los que han consumido tabaco en los últimos 30 días declaran haber consumido cannabis en este tramo temporal frente al 1,5% que se obtiene entre los que no han fumado tabaco en el último mes.

Figura 1.1.31.

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, 2022.



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 Toxicomanías), se han venido incluyendo, desde 2006, una serie de escalas en las sucesivas ediciones de las encuestas ESTUDES (Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias) y EDADES, 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, 2019 y 2021 y EDADES 2013, 2015, 2018, 2020 y 2022, lo que ha permitido establecer una tendencia temporal.

La escala CAST es un instrumento de cribaje 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.

En 2022 la prevalencia de consumo problemático de cannabis en la población de 15 a 64 años fue del 1,9%, representando aproximadamente a 600.000 personas⁵.

Figura 1.1.32.

Prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥ 4) entre el total de la población de 15 a 64 años y entre los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses (%). España, 2013-2022.



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.

5. Población de referencia: Padrón continuo 2022 INE.

Teniendo en cuenta únicamente a los individuos que han consumido cannabis en los últimos 12 meses que han contestado la escala CAST, se observa que la prevalencia de consumo problemático se sitúa en el 21,5%. En función del sexo (Figura 1.1.33), el consumo problemático de cannabis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres que consumen (24,2% frente a 15,4%).

En lo referente al modo de consumo de cannabis, vemos que, con independencia del sexo, los individuos consumen mayoritariamente marihuana o ambos tipos de cannabis, y en la gran mayoría de los casos lo consumen mezclado con tabaco (Tabla 1.1.46).

Figura 1.1.33.

Prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥ 4) entre el total de la población de 15 a 64 años y entre los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses (%), según sexo. España, 2013-2022.



H = Hombres; M = Mujeres.

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

Tabla 1.1.46.

Características del consumo de cannabis en la población de 15-64 años que tiene un consumo problemático de cannabis (CAST ≥ 4), según sexo. (%) España 2015-2022.

	2015			2018			2020			2022		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Consumo de cannabis últimos 30 días												
Principalmente marihuana	45,3	45,0	46,2	39,7	40,2	38,2	43,5	43,9	42,0	38,3	39,4	34,3
Principalmente hachís	18,1	18,0	18,6	26,0	21,1	43,1	20,2	19,3	23,1	24,8	23,7	28,6
De los dos tipos	36,6	36,9	35,2	34,3	38,7	18,8	36,3	36,7	34,9	36,9	36,8	37,1
Consumo de cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días												
Sí	94,5	94,1	96,5	90,2	89,5	92,8	90,1	89,1	93,2	90,1	89,4	92,8
No	5,5	5,9	3,5	9,8	10,5	7,2	9,9	10,9	6,8	9,9	10,6	7,2
Media de porros consumidos al día	3,3	3,4	2,8	3,6	3,7	3,2	3,5	3,7	3,0	3,6	3,8	2,8

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

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 (11,7%), porcentaje superior al registrado en la anterior encuesta en casi un punto. La edad media de inicio de consumo se sitúa en los 21,1 años.

Cuando se analiza el consumo en los últimos 12 meses, la prevalencia se sitúa en el 2,3%. Respecto al último mes, el 1,3% reconoce haber tomado cocaína en polvo en alguna ocasión en los 30 días previos a la realización de la encuesta.

Figura 1.1.34.

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, 1995-2022.



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

Atendiendo al sexo, el consumo de cocaína en polvo está más extendido entre los hombres que entre las mujeres en todos los tramos temporales (Figura 1.1.35).

Figura 1.1.35.

Prevalencia de consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1999-2022.



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

Cocaína en forma de base

La cocaína base tiene un consumo menor que la cocaína en polvo en la población de España de 15 a 64 años. El 1,7% 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 (Figura 1.1.36).

Figura 1.1.36.

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, 1995-2022.

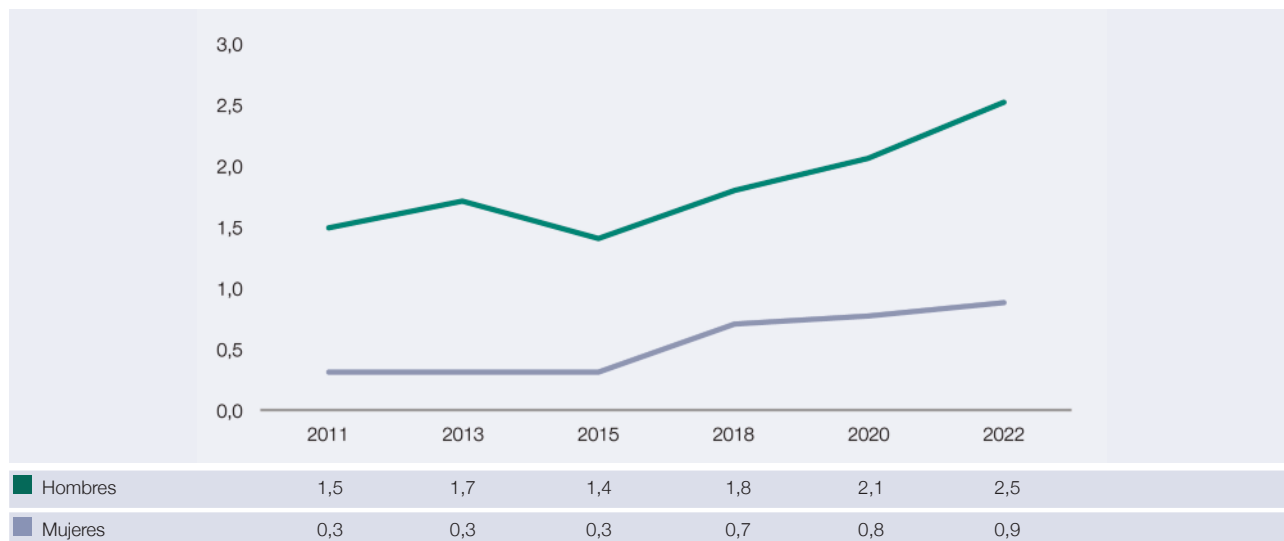


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

En función del sexo, los hombres consumen cocaína en forma de base en mayor medida que las mujeres. Esto sucede a lo largo de toda la serie histórica (Figura 1.1.37).

Figura 1.1.37.

Prevalencia de consumo de cocaína base alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2011-2022.



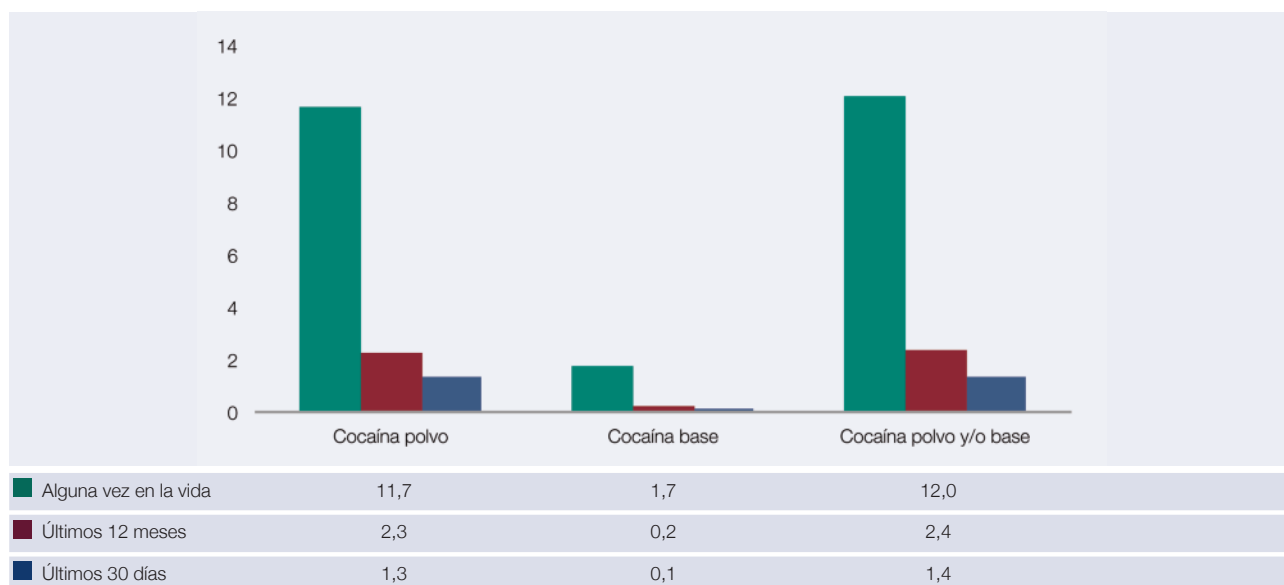
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Cocaína polvo y/o base

Teniendo en cuenta el consumo de la cocaína en general, es decir, tanto en polvo como en forma de base, su prevalencia de consumo alguna vez en la vida se sitúa en el 12%. Analizando el consumo en los últimos 12 meses, el 2,4% de la población reconoce haberla consumido dentro de ese plazo temporal, disminuyendo esta proporción hasta el 1,4% en el periodo temporal del último mes (Figura 1.1.38). En función del sexo, la cocaína es consumida en mayor proporción entre los hombres, con independencia de la edad de los individuos. Cabe destacar que las mayores prevalencias de consumo se registran entre los 25 y los 34 años (Figura 1.1.39).

Figura 1.1.38.

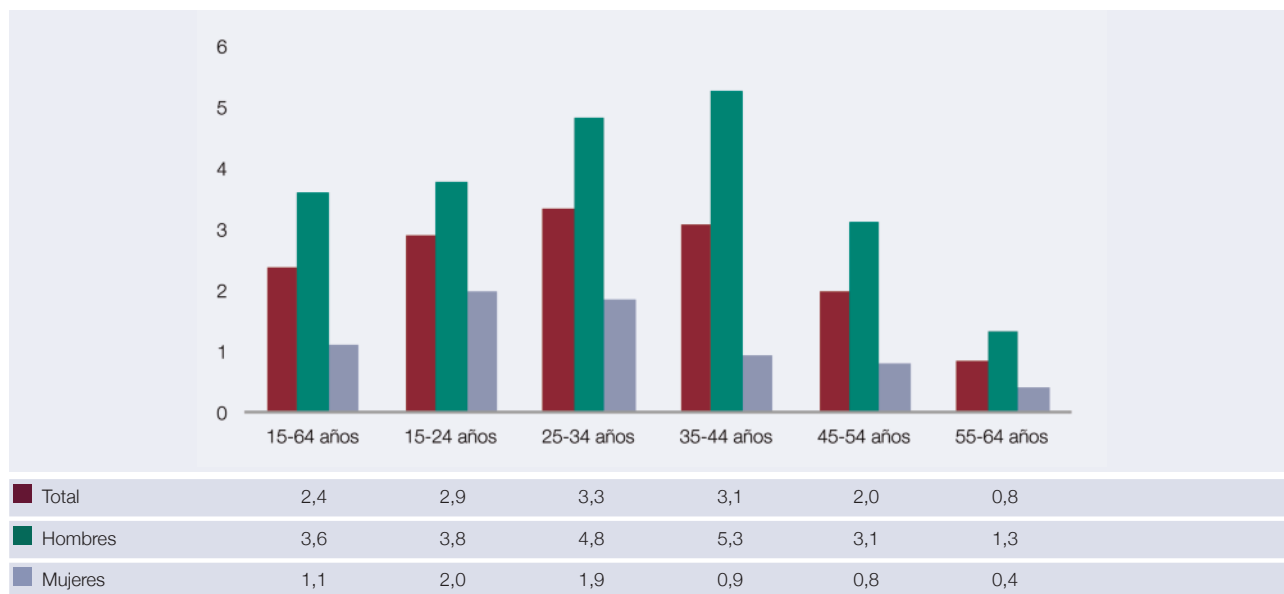
Prevalencia de consumo de cocaína según forma de presentación (polvo, base, polvo y/o base) en la población de 15-64 años (%). España, 2022.



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

Figura 1.1.39.

Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base en los últimos 12 meses, según sexo y edad (%). España, 2022.



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

Éxtasis

El porcentaje de personas que han consumido éxtasis alguna vez en su vida ha registrado en 2022 el máximo de la serie histórica (5,1%). En los marcos temporales de los últimos 12 meses y los últimos 30 días, el consumo registrado es del 0,8% y 0,2% respectivamente.

Figura 1.1.40.

Prevalencia de consumo de éxtasis (%) y edad media de inicio en el consumo de éxtasis (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2022.

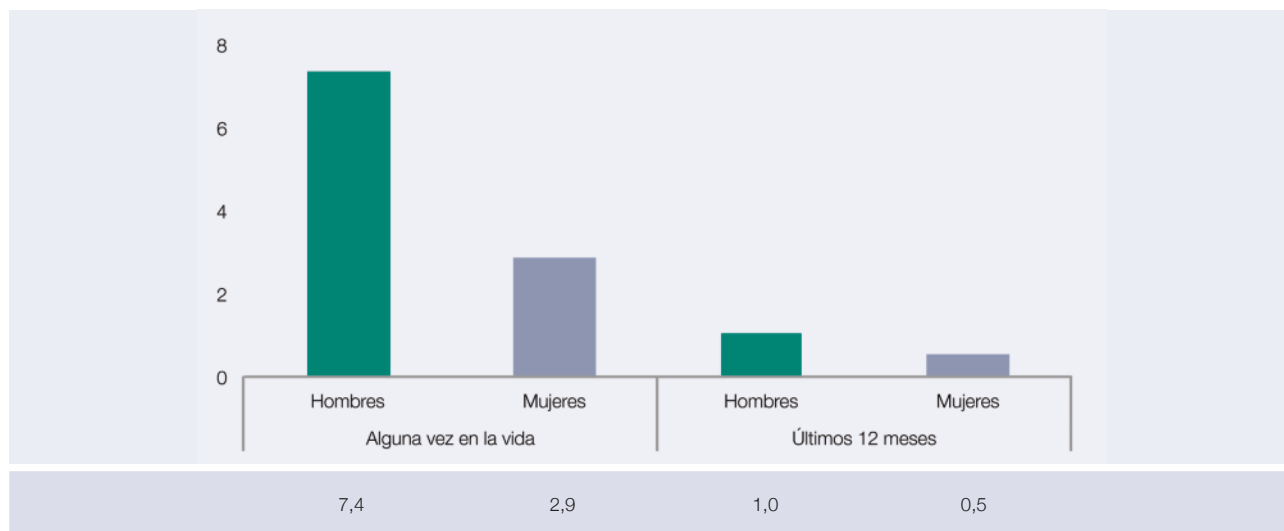


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

En función del sexo, se observa que el éxtasis es consumido en mayor medida entre los hombres. Y respecto a la edad se observa una mayor prevalencia de consumo de 25 a 44 años.

Figura 1.1.41.

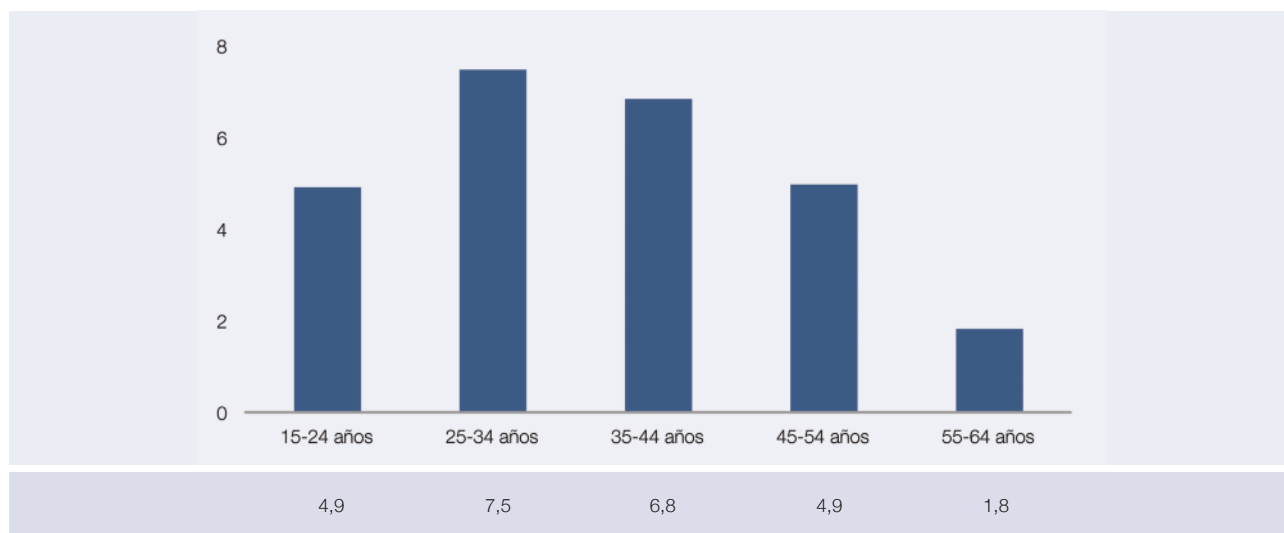
Prevalencia de consumo de éxtasis alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años según sexo (%). España, 2022.



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

Figura 1.1.42.

Prevalencia de consumo de éxtasis alguna vez en la vida, en la población de 15-64 años, según edad (%). España, 2022.



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

GHB

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, hasta casi cuatro veces más que las mujeres.

Tabla 1.1.47.

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, 2013-2022.

	2013			2015			2018			2020			2022		
	T	H	M	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	0,7	1,1	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	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	0,0	0,1	0,0

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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, siendo el dato de 2022 (4,6%) el máximo obtenido en la serie histórica desde el comienzo del estudio. 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 (0,6% y 0,2% respectivamente).

Diferenciando por sexo y edad, las prevalencias más altas de consumo en los últimos 12 meses se obtienen en los hombres y en el grupo de edad de 25 a 54 años.

Figura 1.1.43.

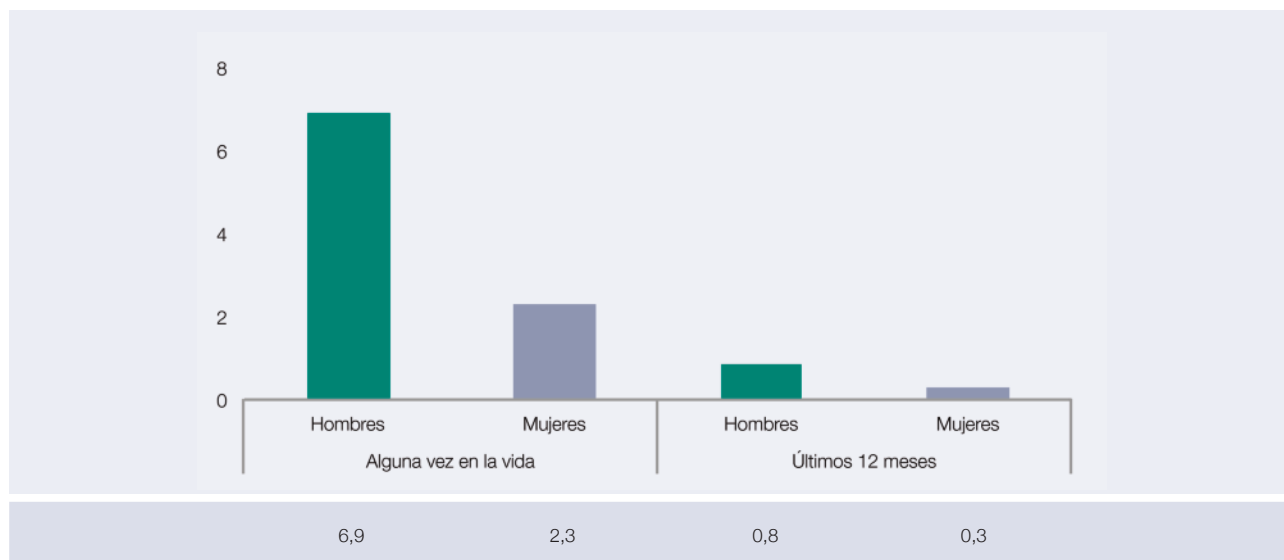
Prevalencia de consumo de anfetaminas (%) y edad media de inicio en el consumo de anfetaminas (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2022.



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

Figura 1.1.44.

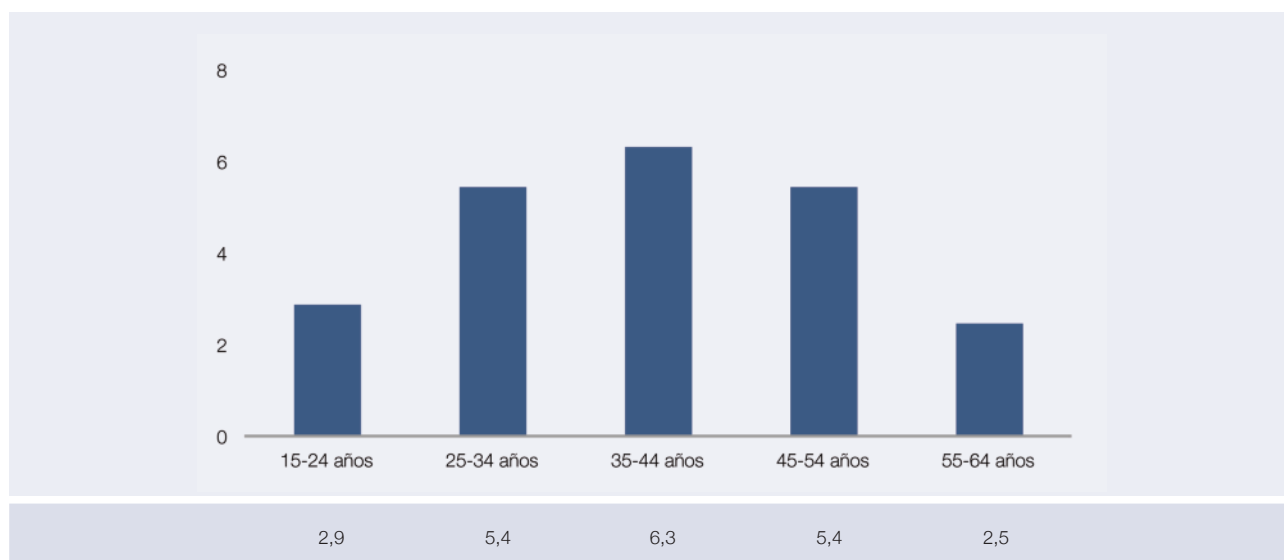
Prevalencia de consumo de anfetaminas alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2022.



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

Figura 1.1.45.

Prevalencia de consumo de anfetaminas alguna vez en la vida, en la población de 15-64 años, según edad (%). España, 2022.



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

Metanfetaminas

En esta edición, el consumo de metanfetaminas alguna vez en la vida entre la población de 15 a 64 años se sitúa en un 1,3%, manteniéndose estable respecto a la anterior edición.

Diferenciando el consumo entre ambos sexos, se observa una vez más como los hombres son los que consumen la sustancia en mayor medida, con independencia de la edad de los individuos.

Figura 1.1.46.

Prevalencia de consumo de metanfetaminas (%) y edad media de inicio en el consumo de anfetaminas (años) en la población de 15-64 años. España, 2011-2022.



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

Tabla 1.1.48.

Prevalencia de consumo de metanfetaminas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.

	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	1,3	2,0	0,6	1,0	1,2	0,8	2,2	3,2	1,3	1,8	2,9	0,8	1,1	1,8	0,3	0,4	0,8	0,1

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

Alucinógenos

El consumo de alucinógenos, que incluye también la ketamina y las setas mágicas, consolida el crecimiento obtenido en la edición anterior. Entre los consumidores de esta sustancia, la edad media de primer consumo se sitúa en los 21,0 años, muy en línea con los datos obtenidos en las anteriores mediciones.

Por sexo, el consumo de estas sustancias y con independencia del tramo de edad, es mayor en los hombres que en las mujeres y en el grupo de edad de 25 a 44 años.

Figura 1.1.47.

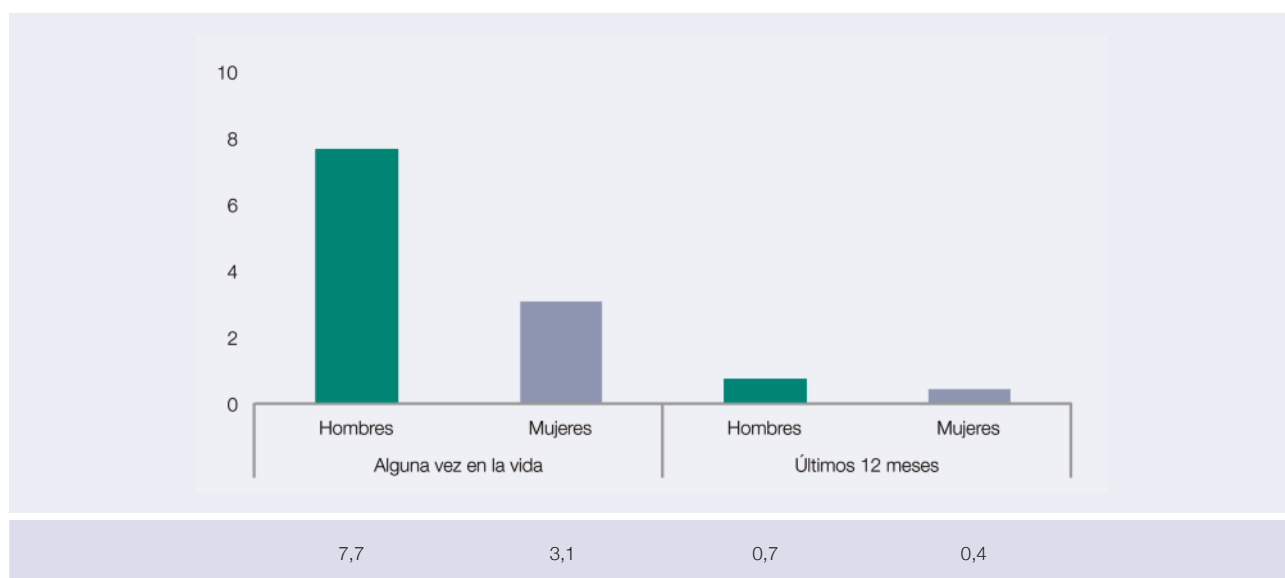
Prevalencia de consumo de alucinógenos (%) y edad media de inicio en el consumo de alucinógenos (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2022.



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

Figura 1.1.48.

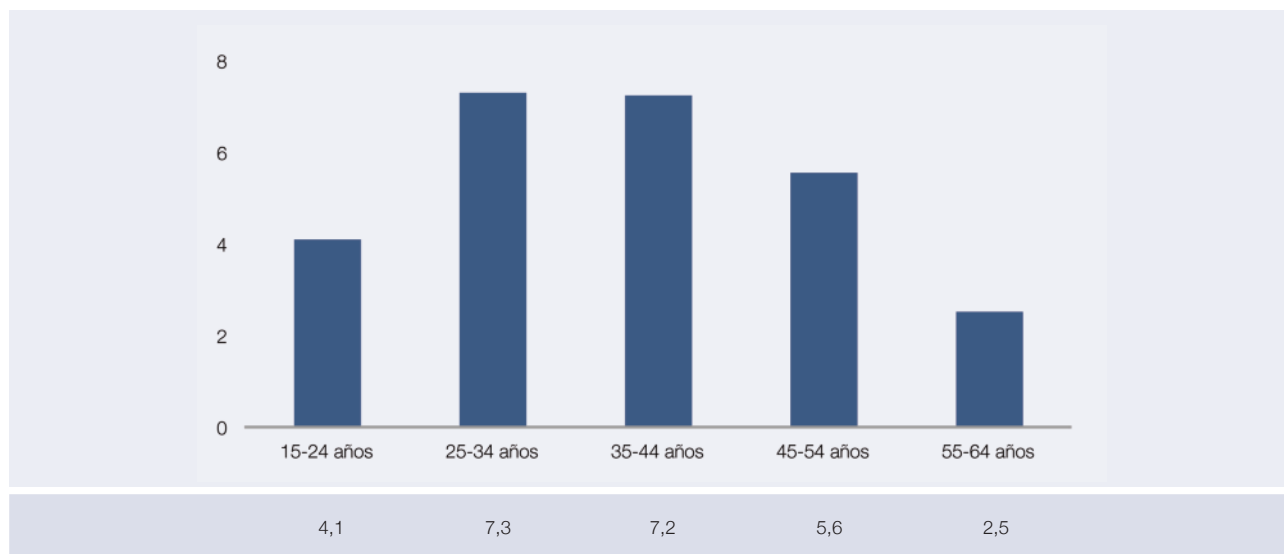
Prevalencia de consumo de alucinógenos alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años según sexo (%). España, 2022



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

Figura 1.1.49.

Prevalencia de consumo de alucinógenos alguna vez en la vida, en la población de 15-64 años, según edad (%). España, 2022.



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

Setas mágicas

En lo referente al consumo de setas mágicas, el 3,3% de la población declara haberlas probado alguna vez en su vida, siendo muy superior la prevalencia de consumo alguna vez en la vida entre los hombres (4,6% en hombres frente a un 1,9% en las mujeres).

Figura 1.1.50.

Prevalencia de consumo de setas mágicas en la población de 15-64 años (%). España, 2011-2022.



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

Tabla 1.1.49.

Prevalencia de consumo de setas mágicas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.

	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	3,3	4,6	1,9	2,5	3,0	2,0	5,1	6,3	3,9	4,6	6,8	2,5	3,1	4,9	1,3	1,0	1,7	0,3

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

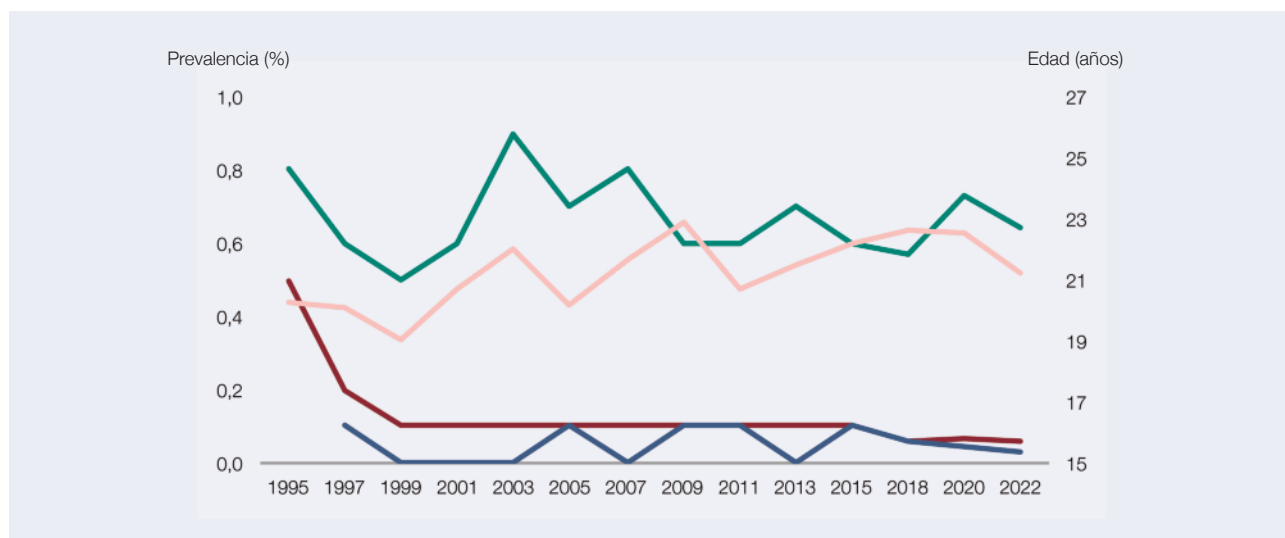
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Heroína e inhalables volátiles

La prevalencia de la heroína y de los inhalables volátiles no alcanza en ninguna de las dos sustancias el punto porcentual en los tramos temporales analizados.

Figura 1.1.51.

Prevalencia de consumo de heroína (%) y edad media de inicio en el consumo de heroína (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2022.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
Alguna vez en la vida	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	0,6
Últimos 12 meses	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	0,1
Últimos 30 días	–	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Edad media de inicio en el consumo	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	21,2

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

Figura 1.1.52.

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, 1995-2022.



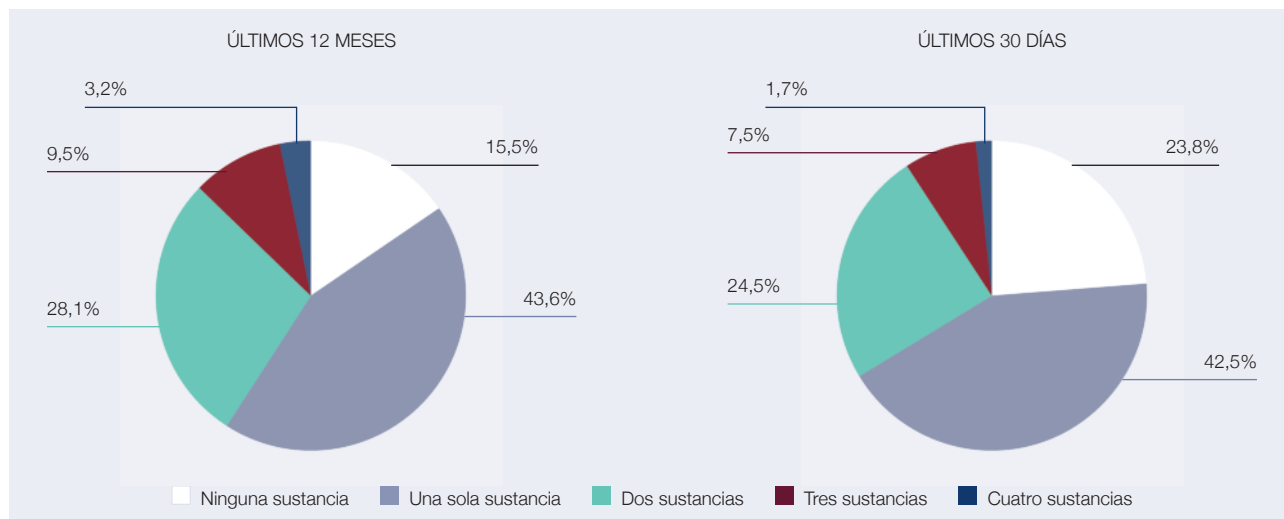
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

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.

Figura 1.1.53.

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, 2022.



* 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).

En el marco temporal de los últimos 12 meses, el 40,9% de la población consumió dos o más sustancias psicoactivas diferentes, es decir, realizó policonsumo, dato similar al registrado en la anterior edición. Por otro lado, el 43,6% de los individuos consumieron solamente una sustancia. Finalmente, el 15,5% restante pertenece a aquellos que no han consumido ninguna sustancia durante este periodo.

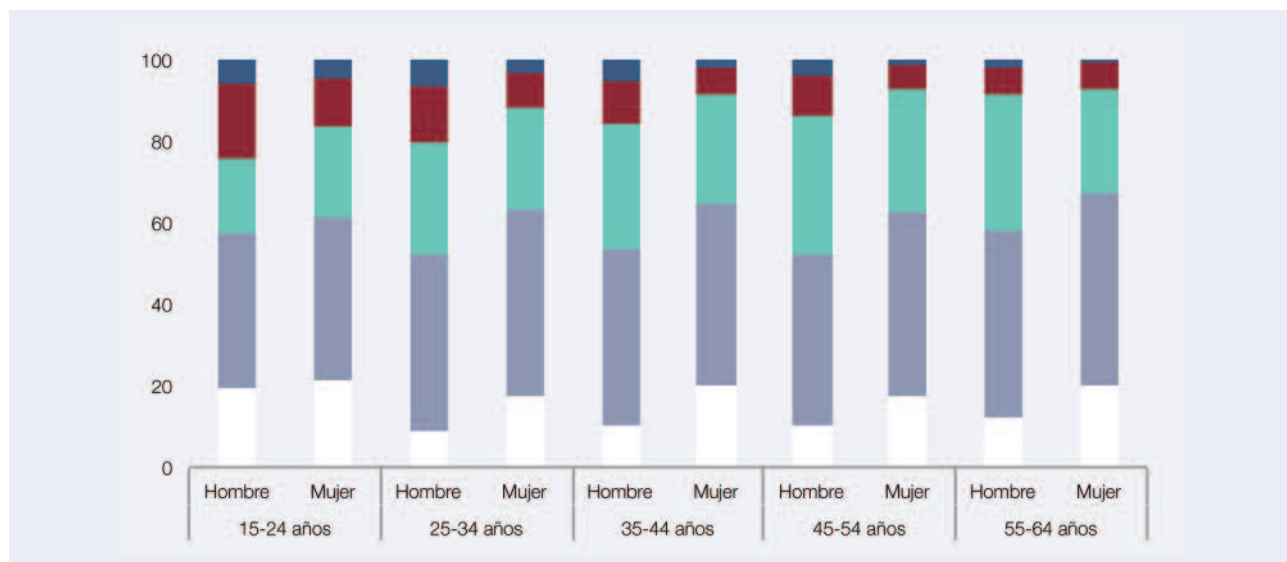
Cuando analizamos el consumo en el último mes, el porcentaje de personas que han consumido dos o más sustancias psicoactivas diferentes es de un 33,7%, siendo un 23,8% los que manifiestan no haber consumido ninguna sustancia en el último mes.

Por **sexo**, el policonsumo 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 y 34 años; sin embargo, es en el tramo de 45 a 54 años, donde las mujeres obtienen el porcentaje más alto de policonsumo.

Figura 1.1.54.

Prevalencia de consumo de diferentes sustancias psicoactivas* en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.



		Ninguna sustancia	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
15-24 años	Hombre	19,5	37,6	18,6	18,4	5,8
	Mujer	21,4	40,2	21,9	11,8	4,7
25-34 años	Hombre	9,0	43,1	27,8	13,9	6,2
	Mujer	17,4	45,7	25,1	8,7	3,2
35-44 años	Hombre	10,5	42,7	30,8	10,7	5,2
	Mujer	20,2	44,2	27,0	7,0	1,6
45-54 años	Hombre	10,0	42,3	34,3	9,3	4,1
	Mujer	17,3	45,1	30,2	6,4	1,0
55-64 años	Hombre	11,9	45,9	34,0	6,6	1,6
	Mujer	19,9	47,4	25,3	6,9	0,5

* 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 (EADDES).

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 gran diferencia (85,4%), seguida del tabaco (9,1%) y de los hipnosedantes con o sin receta (4,9%).

En el grupo de los individuos que consumieron **dos sustancias psicoactivas** diferentes en los últimos 12 meses, prácticamente todos consumieron alcohol (94,4%) y una gran mayoría además fumaron tabaco (79,7%). De nuevo son los hipnosedantes con o sin receta la tercera sustancia con más prevalencia de consumo (19,9%). El consumo de las drogas ilegales continúa siendo minoritario, siendo el cannabis la sustancia más consumida con un 5,1%.

Entre los individuos que han consumido **tres sustancias psicoactivas** en el último año, además del tabaco y el alcohol, que consumen prácticamente todos, destaca con el 61,4% la prevalencia de consumo del cannabis. En este grupo también ganan peso los hipnosedantes con o sin receta: el 38,4% 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.

Tabla 1.1.50.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas*, según el número de sustancias consumidas en los últimos 12 meses (%). España, 2022.

	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Alcohol	85,4	94,4	98,0	98,9
Tabaco	9,1	79,7	97,5	97,9
Cannabis	0,4	5,1	61,4	93,6
Éxtasis	0,0	0,1	0,4	22,3
Hipnosedantes con o sin receta	4,9	19,9	38,4	52,7
Hipnosedantes sin receta	0,2	1,3	3,5	17,1
Opioides con o sin receta	5,0	8,6	11,6	17,2
Opioides sin receta	0,2	0,6	1,1	5,8
Cocaína en polvo	0,0	0,6	3,3	54,3
Cocaína base	0,0	0,1	0,1	6,3
Anfetaminas/speed	0,0	0,0	0,3	16,5
Alucinógenos	0,0	0,1	0,3	15,6
Heroína	0,0	0,0	0,1	1,7
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,2	5,2

* 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 (EADDES).

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, etc.

En lo que respecta al consumo de estas nuevas sustancias, en el marco temporal de alguna vez en la vida, un 1,9% 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.

Tabla 1.1.51.

Prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2022.

	Total	Hombres	Mujeres
Nuevas sustancias	1,9	2,7	1,1
Ketamina	0,9	1,5	0,4
Spice	0,5	0,8	0,3
Mefedrona	0,2	0,3	0,1
Ayahuasca	0,3	0,5	0,2
Cocaína rosa	0,5	0,7	0,3
Flakka	0,1	0,1	0,0
Óxido Nitroso	0,2	0,4	0,1

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

Figura 1.1.55.

Prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, (%). España, 2011-2022.



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

También se analizan los resultados obtenidos para cada una de las denominadas nuevas sustancias psicoactivas. Las sustancias analizadas son: ketamina, spice, mefedrona, ayahuasca, cocaína rosa, flakka y óxido nitroso. La **ketamina** es la sustancia que ha obtenido una mayor prevalencia de consumo en el marco temporal de alguna vez en la vida (0,9%). El resto de sustancias registran prevalencias mucho más residuales.

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.

La opinión de la población es generalizada cuando se opina sobre el consumo de la **cocaína**. El 93,3% manifiesta que consumir esta sustancia una vez o menos al mes, puede producir muchos o bastantes problemas de salud, dato muy similar al obtenido en la percepción de riesgo de **fumar un paquete de tabaco diario**.

Tabla 1.1.52.

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, 1997-2022.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
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	93,3
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	80,4
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	60,0
Consumir analgésicos opioides una vez o menos al mes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70,6	66,8
Consumir analgésicos opioides una vez por semana o más	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85,7	84,2
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	83,9
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	63,7
Consumir 1-2 cañas/copas cada día	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48,3	50,4
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	50,4
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	92,1

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

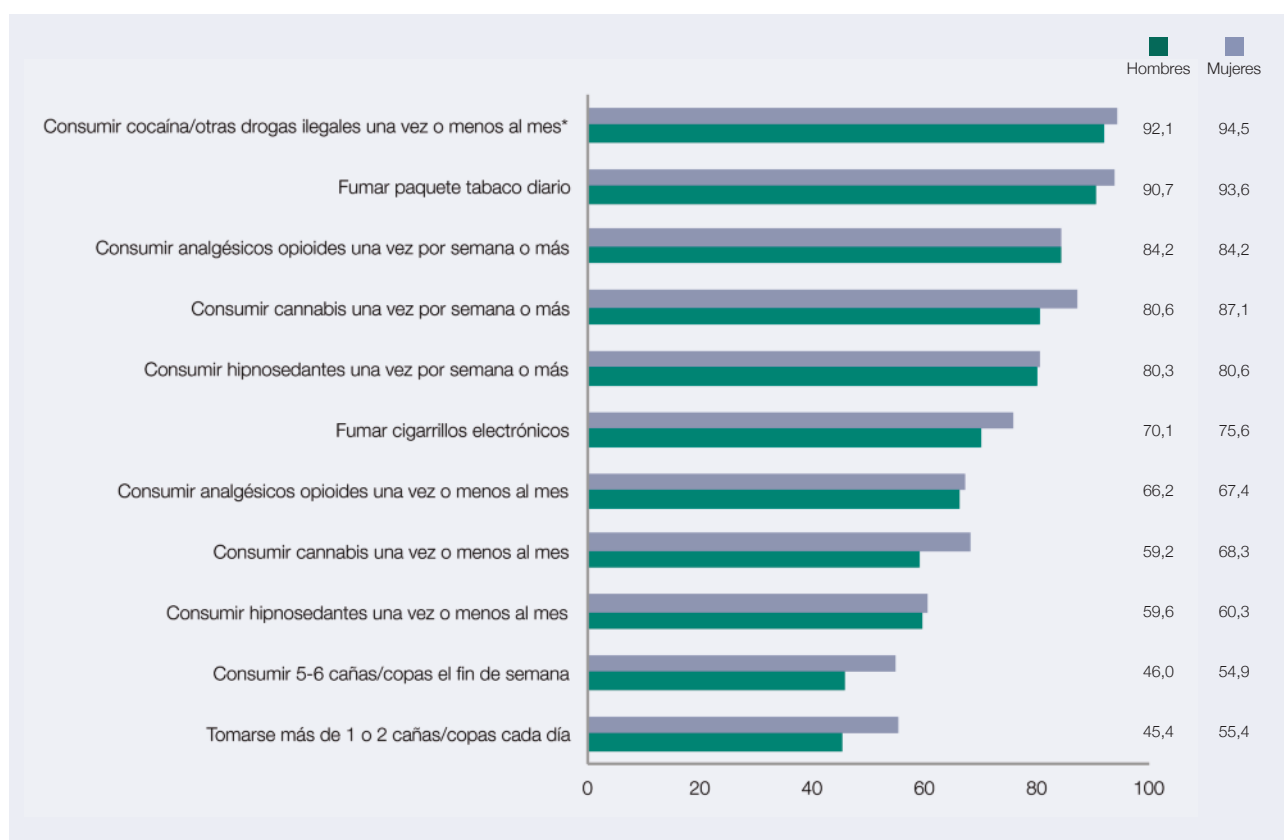
Respecto al consumo de alcohol de manera habitual (**consumo 5-6 copas/cañas el fin de semana**) es percibido como un riesgo por algo más de la mitad de la población (50,4%), exactamente la misma proporción de individuos que cree que **beber 1-2 copas/cañas cada día** es muy perjudicial para la salud.

En relación al **consumo habitual de cannabis** (una vez por semana o más), la percepción de riesgo se ha visto algo reducida con respecto al dato obtenido en la anterior edición, estableciéndose en 83,9% el porcentaje de personas que piensan que consumir cannabis una vez por semana o más produciría bastantes/muchos problemas para la salud.

De manera general, la percepción de riesgo ante el consumo de drogas alcanza proporciones más elevadas entre las mujeres que entre los hombres en todas las situaciones.

Figura 1.1.56.

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, 2022.



* Otras drogas ilegales incluido en 2020.

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

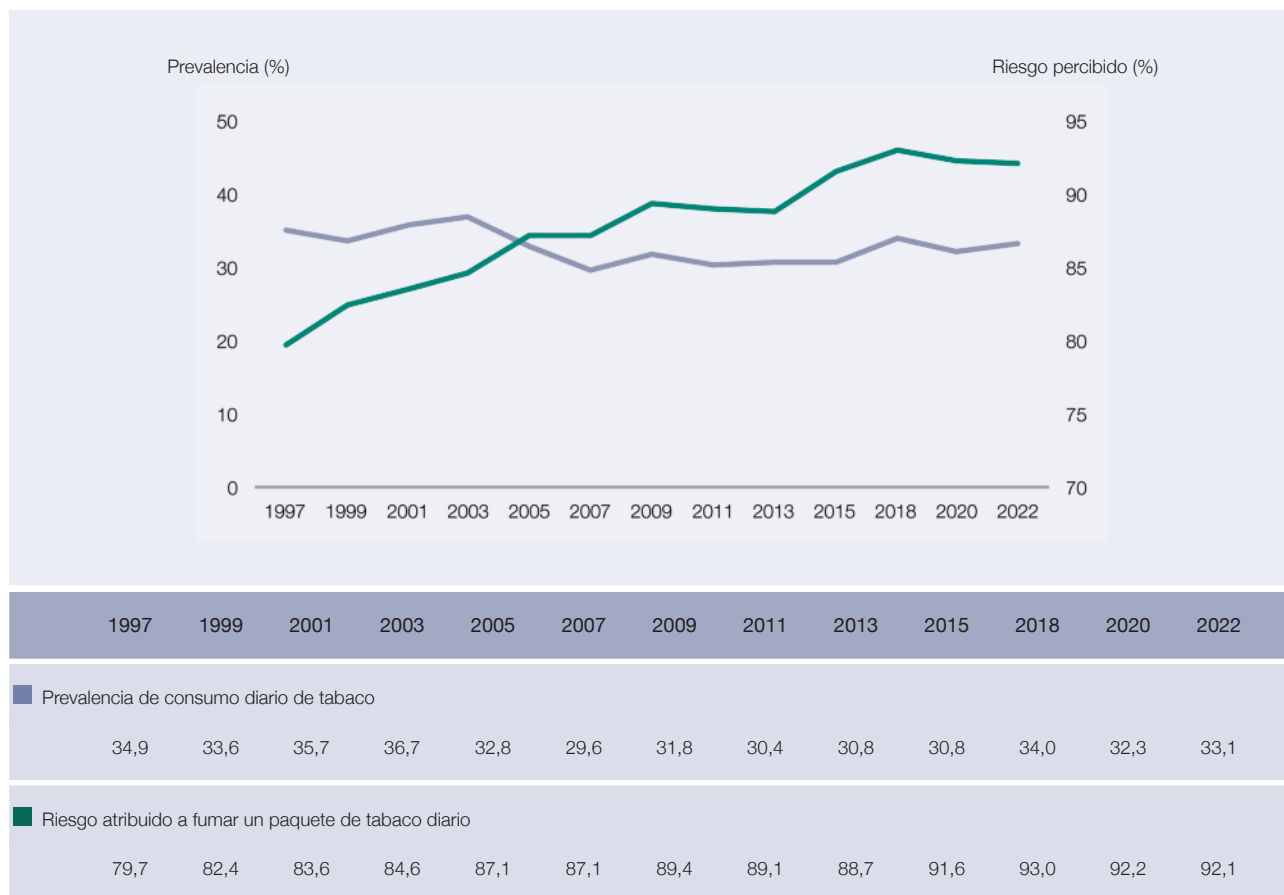
Consumo diario de tabaco: prevalencia y percepción de riesgo

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.

Como ya hemos comentado anteriormente, se observa como la prevalencia de consumo de tabaco de manera diaria se ha incrementado en el año 2022, mientras que la percepción de riesgo se ha mantenido estable.

Figura 1.1.57.

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 prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2022.



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 fácil o no adquirir las mismas (Tabla 1.1.53).

Observando las diferentes sustancias psicoactivas ilegales, el **cannabis** destaca sobre el resto de sustancias en lo que a accesibilidad se refiere. El 56,9% piensa que le sería fácil o muy fácil conseguir esta sustancia en 24 horas.

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 (40,3%), seguida del **éxtasis** (24,9%) y la **cocaína en forma de base** (22,8%).

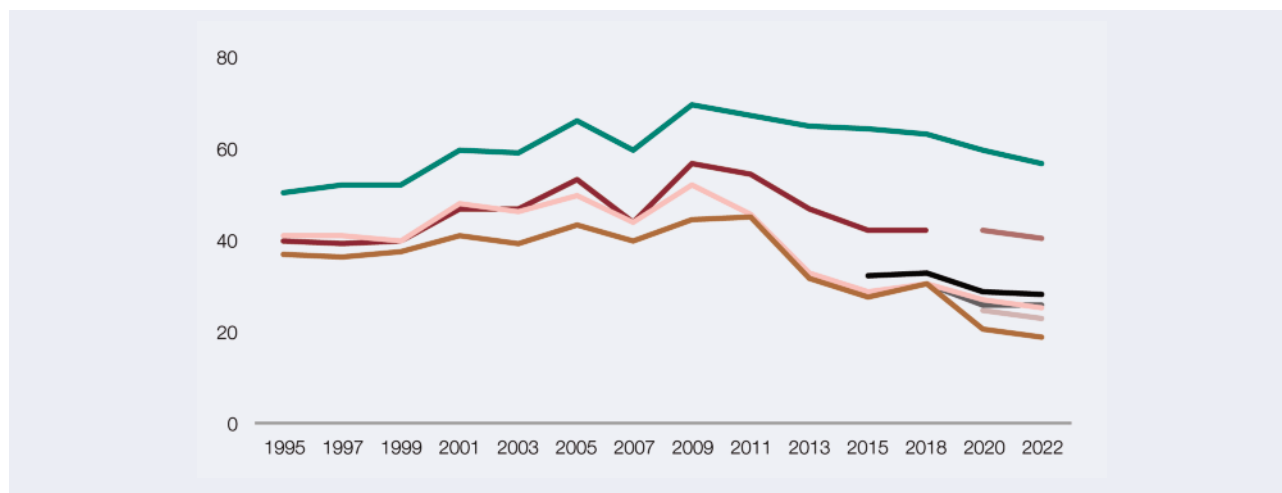
En relación con las sustancias psicoactivas legales, el 27,9% de los individuos de España reconoce que le resultaría sencillo conseguir **hipnosedantes sin receta** en 24 horas. Cuando se trata de conseguir **analgésicos opioides sin receta médica**, la percepción de disponibilidad es bastante similar a la de los hipnosedantes (26,0%).

Por sexo, podemos apreciar que existe mayor percepción de disponibilidad por parte de los hombres que por parte de las mujeres (Tabla 1.1.54).

Tabla 1.1.53.

Percepción de disponibilidad de drogas (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad (%). España, 1995-2022.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
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	56,9
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	24,9
Cocaína polvo y/o base	39,5	39,2	39,9	46,7	46,5	53,3	43,8	56,7	54,4	46,9	42,0	42,3	-	-
Cocaína en polvo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42,1	40,3
Cocaína base	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24,8	22,8
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	18,7
Analgésicos opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30,4	25,7	26,0
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31,9	32,8	28,6	27,9



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

Tabla 1.1.54.

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, 2022.

	Hombres	Mujeres
Cannabis	62,5	51,0
Éxtasis	28,1	21,6
Cocaína polvo	45,3	35,1
Cocaína base	25,5	20,1
Heroína	21,1	16,3
Hipnosedantes sin receta	30,1	25,7
Analgésicos opioides sin receta	27,9	24,2

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 2022, hay un 42,8% de personas que cree que hay un importante problema con las drogas ilegales en su lugar de residencia, siendo un dato menor en 3,3 puntos porcentuales al registrado en la anterior encuesta.

Tabla 1.1.55.

Importancia concedida por la población de 15-64 años al problema de las drogas ilegales en el lugar donde vive (%). España, 1997-2022.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
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	19,0
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	38,2
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	42,8

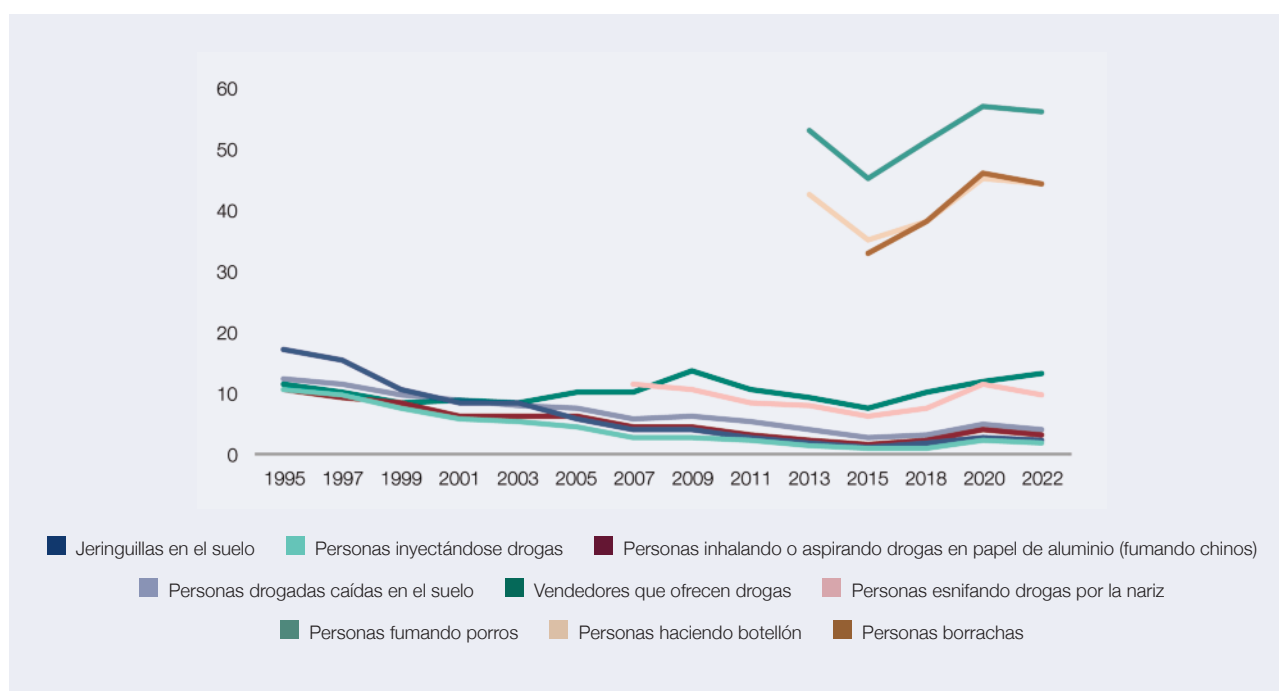
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

En línea con el descenso de personas preocupadas comentado anteriormente, se ha producido un descenso en el número de personas que han visualizado escenas de drogadicción o de consumo excesivo de alcohol.

En cuanto a la visibilidad de vendedores ofreciendo drogas, al igual que ocurrió en 2020, se ha vuelto a registrar un ligero repunte, pasando del 12,1% al 13,1%, el porcentaje de personas que se encuentran a estos individuos de manera frecuente.

Figura 1.1.58.

Visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas legales e ilegales (porcentaje de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuentemente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2022.



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

Tabla 1.1.56.

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 frecuentemente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2022.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
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	2,1
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	1,9
Personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio (fumando chinos)	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	1,9
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	4,0
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	13,1
Personas esnifando drogas por la nariz	-	-	-	-	-	-	11,6	10,4	8,6	7,9	6,1	7,5	11,3	9,5
Personas fumando porros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52,9	45,1	51,2	56,7	55,9
Personas haciendo botellón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42,4	34,9	38,3	45,3	44,1
Personas borrachas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32,7	38,1	45,9	44,1

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

Los hombres visualizan más que las mujeres estas situaciones relacionadas con el consumo de drogas en el lugar donde viven (Tabla 1.1.57).

Tabla 1.1.57.

Visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas legales e ilegales (porcentaje de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuentemente cada situación en el lugar donde vive), según sexo. España, 2020-2022.

	2020		2022	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Personas fumando porros	57,8	54,3	57,1	54,7
Personas haciendo botellón	46,2	43,4	45,0	43,2
Personas borrachas	46,3	44,5	45,2	43,0
Vendedores que ofrecen drogas	13,0	10,6	14,3	12,0
Personas esnifando drogas por la nariz	12,7	9,3	10,7	8,3
Personas drogadas caídas en el suelo	4,9	4,9	4,0	4,1
Personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio (fumando chinos)	4,4	3,7	3,2	2,8
Jeringuillas en el suelo	2,3	2,7	2,2	2,0
Personas inyectándose drogas	2,3	2,3	1,8	1,9

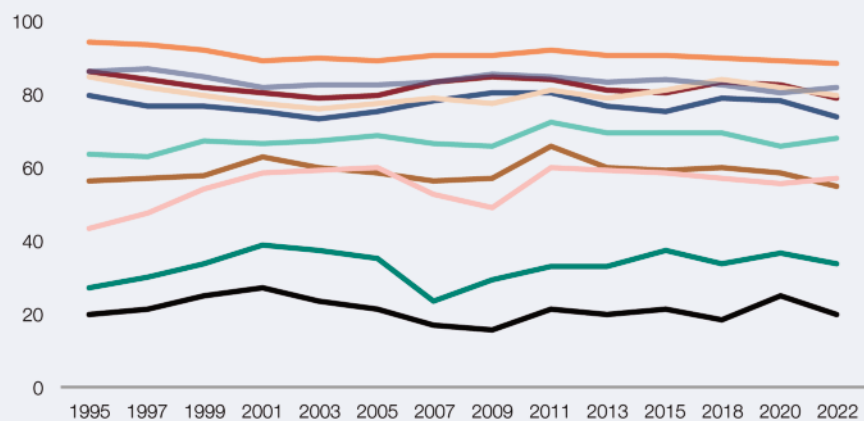
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas 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 (Figura 1.1.59).

Figura 1.1.59.

Valoración como “muy importantes” de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (%). España, 1995-2022.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
Legalización de todas las drogas	19,8	21,5	24,6	27,1	23,5	21,4	16,6	15,6	20,9	19,6	21,0	18,1	24,8	19,7
Legalización de cannabis	27,3	30,2	33,3	38,5	37,1	35,2	23,4	29,6	32,7	33,1	37,4	33,8	36,5	33,8
Tto. obligatorio a consumidores	56,2	57,2	57,9	62,8	59,7	58,2	56,3	57,2	65,7	59,9	59,4	59,8	58,1	54,6
Administración médica heroína	43,3	47,5	53,9	58,2	59,3	59,9	52,8	48,9	60,2	59,1	58,1	57,3	55,2	56,9
Administración médica metadona	63,8	62,9	67,5	66,6	67,1	68,4	66,8	65,8	72,4	69,3	69,3	69,1	65,7	67,6
Leyes estrictas contra las drogas	79,3	77	76,9	75,5	73,2	75,3	77,9	80,6	80,3	76,6	74,9	79,1	78,5	73,5
Control policial y aduanero	85,8	83,7	82,1	80,5	78,8	79,8	83,3	84,7	84,2	81,2	80,4	83,1	82,6	78,9
Campañas publicitarias	84,5	81,5	79,8	77,6	75,6	77,7	79,1	77,7	81	78,7	80,7	83,6	81,5	79,6
Tto. voluntario a consumidores	86,3	87,1	84,8	81,6	82,7	82,4	83,2	85,1	84,9	83,2	83,8	82,3	80,1	81,6
Educación en las escuelas	94,3	93,1	91,8	89,4	89,5	88,8	90,6	90,4	91,8	90,4	90,8	90,0	89,2	88,3

Tto. = tratamiento

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

La medida que cuenta con un mayor grado de apoyo es la **educación en las escuelas**, ya que cerca del 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.

El **tratamiento voluntario a los consumidores** es la segunda acción más apoyada para solucionar el problema del consumo de drogas entre la población.

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 **control policial y aduanero** (79,6% y 78,9%, respectivamente).

Tabla 1.1.58.

Valoración como “muy importantes” de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2022.

	Hombres	Mujeres
Educación en las escuelas	87,3	89,3
Tratamiento voluntario a consumidores	80,2	82,9
Control policial y aduanero	76,6	81,3
Campañas publicitarias	77,3	81,9
Leyes estrictas contra las drogas	71,0	76,1
Administración médica de metadona	66,1	69,2
Tratamiento obligatorio a consumidores	52,5	56,7
Administración médica de heroína	55,4	58,5
Legalización de cannabis	36,9	30,7
Legalización de todas las drogas	20,5	18,9

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

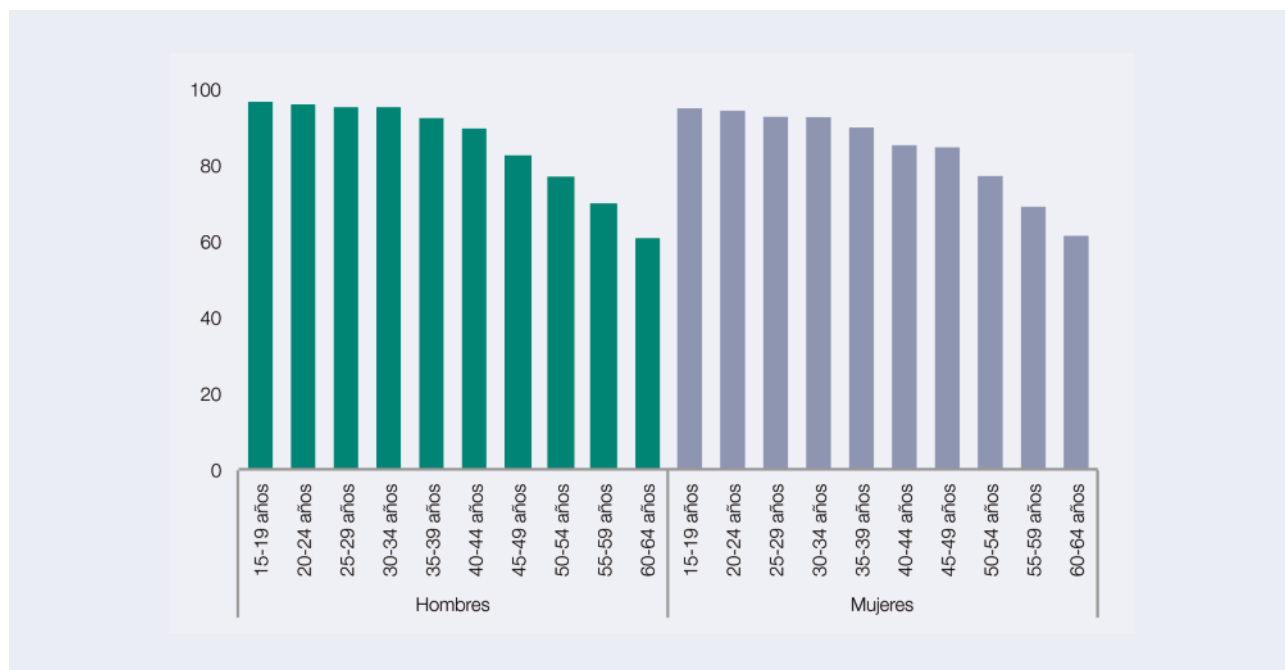
Percepción sobre el estado de salud

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 es mejorable. Esto se observa tanto en hombres como en mujeres, no apreciándose diferencias significativas entre ambos sexos.

Figura 1.1.60.

Percepción del estado de salud como muy bueno o bueno de la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2022.



	Hombres	Mujeres
15-19 años	96,7	94,8
20-24 años	95,9	94,2
25-29 años	95,2	92,6
30-34 años	95,2	92,5
35-39 años	92,1	89,8
40-44 años	89,1	85,1
45-49 años	82,2	84,6
50-54 años	76,5	77,0
55-59 años	70,1	68,9
60-64 años	60,8	61,3

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

Salud mental

En 2022 se ha incorporado en el cuestionario de EDADES una serie de preguntas con el objetivo de conocer el nivel de riesgo de suicidio que hay entre la población de 15 a 64 años.

En función del **sexo**, se observa entre las mujeres una mayor predisposición al suicidio; por otra parte, en la **edad**, son los más jóvenes los que registran mayores prevalencias en estos indicadores.

Aquellos con 34 años o menos tienen más riesgo de suicidio en lo referente a ideas o planes que los que tienen 35 años o más. Si bien, cuando analizamos los intentos de suicidio, se igualan los porcentajes para los hombres mientras que en el caso de las mujeres las más jóvenes doblan el porcentaje.

Figura 1.1.61.

Prevalencia de riesgo de suicidio en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años (%). España, 2022.



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

Tabla 1.1.59.

Prevalencia de riesgo de suicidio en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (%). España, 2022

	15-64 años			15-34 años			35-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Ideas de suicidio	1,9	1,6	2,1	2,2	1,7	2,8	1,7	1,5	1,8
Planes de suicidio	1,0	0,8	1,1	1,4	0,9	1,9	0,8	0,8	0,8
Intento de suicidio	0,4	0,3	0,4	0,5	0,3	0,7	0,3	0,3	0,3

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

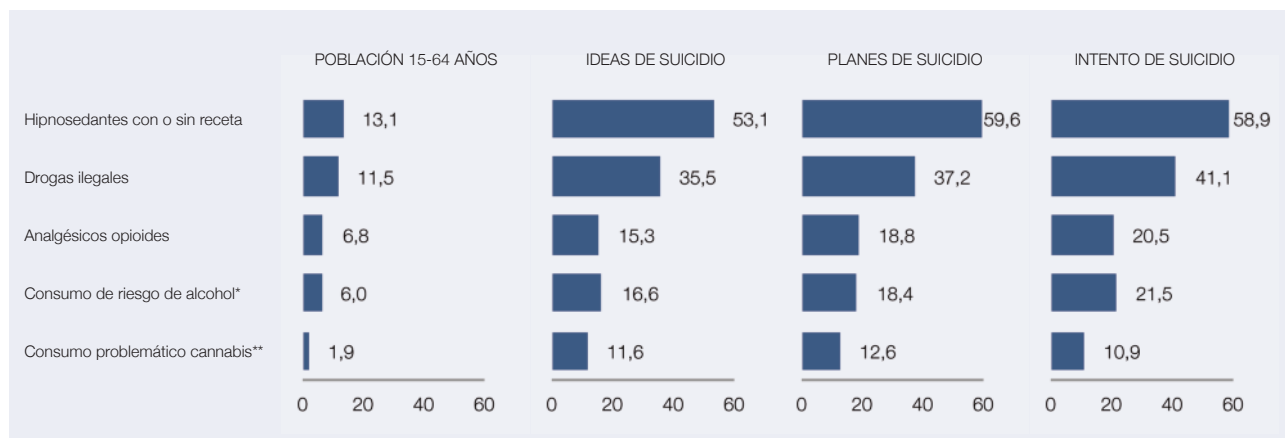
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Se aprecia claramente como existe una correlación entre la idea o el intento de suicidio y el consumo de todo tipo de sustancias (legales o ilegales), siendo mayor el consumo en todas con respecto al total de la población (Figura 1.1.62).

Al igual que sucedía con las prevalencias de consumo, se observa un mayor porcentaje de todas las patologías en las personas que ha tenido ideas de suicidio (Figura 1.1.63).

Figura 1.1.62.

Prevalencia de consumo de diferentes sustancias legales e ilegales en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años y en la población con riesgo de suicidio (%). España, 2022.



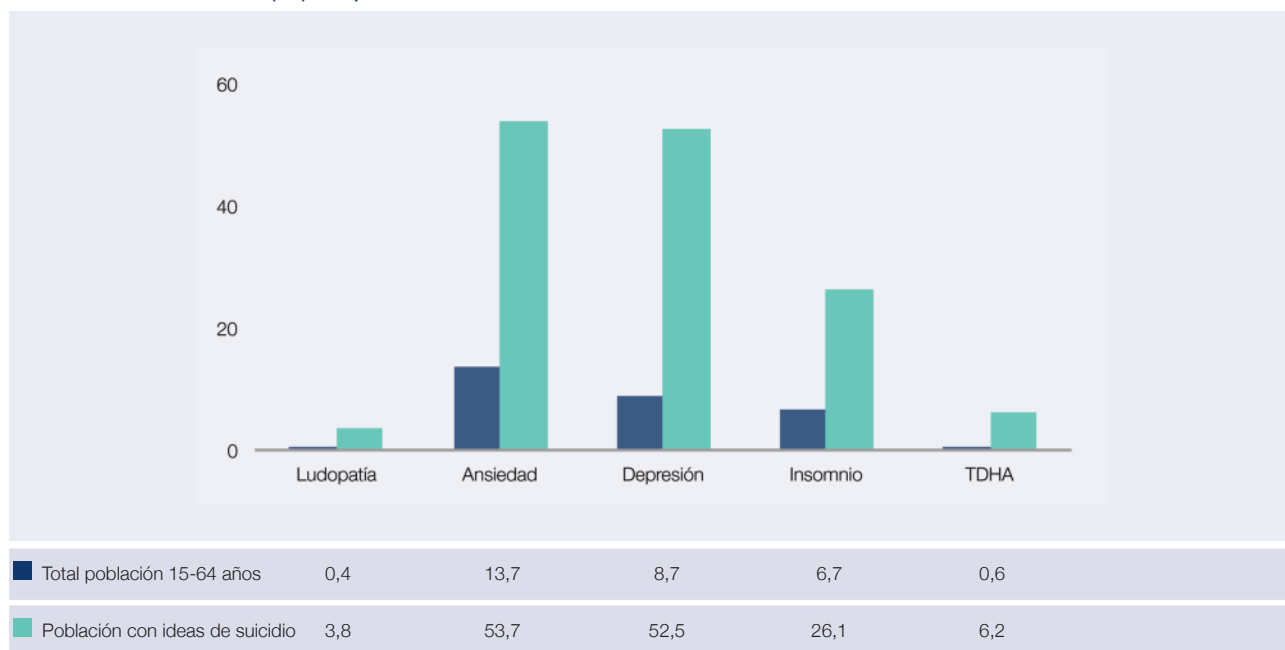
* Consumo de riesgo de alcohol = Hombres: AUDIT ≥ 6 y Mujeres = AUDIT ≥ 8 .

** Consumo problemático de cannabis (CAST ≥ 4).

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

Figura 1.1.63.

Prevalencia autodeclarada de distintas patologías en la población general de 15 a 64 años y en la población con ideas de suicidio (%). España, 2022.



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

1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023

En 2023, 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 décimoquinta 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 2023 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 2021, 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, 1987-2021

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 los datos de este indicador al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)² y a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), lo que permite realizar comparaciones a nivel europeo e internacional respectivamente.

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 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/>

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 (2021), las principales características sociodemográficas y la vía de administración predominante de las drogas.

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 2021, se registraron en España 44.347 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco). Lo que supone un aumento del 15% respecto al 2020, pero sin llegar a alcanzar las cifras anteriores a los años previos a la pandemia por COVID. Tanto en 2020 como en el primer semestre de 2021, debido a las restricciones de movilidad y el cierre de algunos centros durante varios meses a raíz de la pandemia por COVID-19 se produjo una reducción de las admisiones a tratamiento (figura 2.1.1 y tabla 2.1.2).

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 las 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 otra parte, el cannabis paulatinamente fue adquiriendo mayor relevancia, mostrando un aumento de las admisiones que alcanzó su valor más alto en 2013.

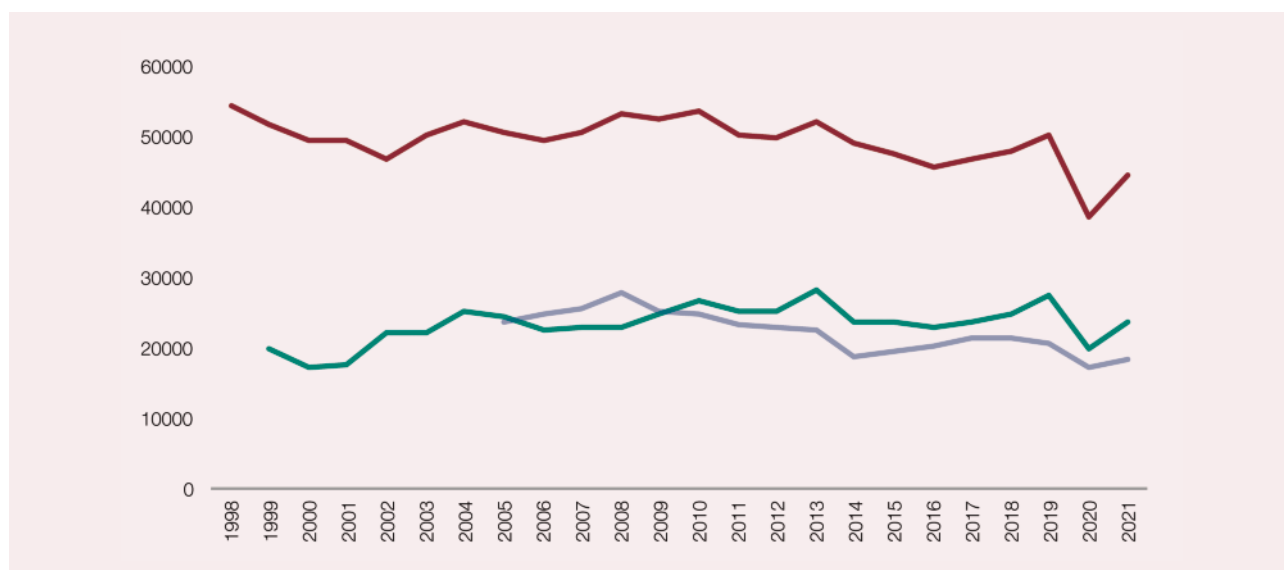
En 2021 la cocaína se mantiene como la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (46,8% del total), seguida del cannabis (27,8%) y los opioides 19,2% (figura 2.1.3). La proporción de los admitidos a tratamiento por cocaína y opioides es más elevada en hombres que en mujeres (48,3% *versus* 39,8% en cocaína; 19,7% *versus* 16,8% en opioides). Por otro lado, la proporción de admitidos a tratamiento por cannabis es mayor entre las mujeres (34,1%) que entre los hombres (26,5%), al igual que ocurre con los hipnosedantes (5,5% en mujeres, 1,8% en hombres) (figura 2.1.4).

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, desde 2017, la cocaína supera al cannabis, situación que se mantiene en 2021. En este año, la cocaína es la sustancia ilegal que mayor número de primeras admisiones a tratamiento causó (45,3%), seguida del cannabis (36,3%) y de los opioides (10,5%) (figura 2.1.3). Hay una mayor proporción de admisiones a tratamiento por primera vez por cocaína entre los hombres (47,2%) que entre las mujeres (37,8%). Por el contrario, el porcentaje de admitidos a tratamiento por primera vez por cannabis e hipnosedantes es mayor entre las mujeres (41,9% y 6,6%, respectivamente) que entre los hombres (cannabis: 34,9%; hipnosedantes: 2,4%). En el caso de los admitidos a tratamiento por primera vez por opioides, hombres y mujeres presentan porcentajes muy similares (figura 2.1.4).

Como viene ocurriendo en años anteriores, entre los menores de 18 años, el cannabis se mantiene como la sustancia que más admisiones genera (93,7%) (figura 2.1.3). En 2021, la proporción de menores de 18 años admitidos a tratamiento por cannabis, es similar en ambos sexos (figura 2.1.4).

Figura 2.1.1.

Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales. España, 1998-2021.

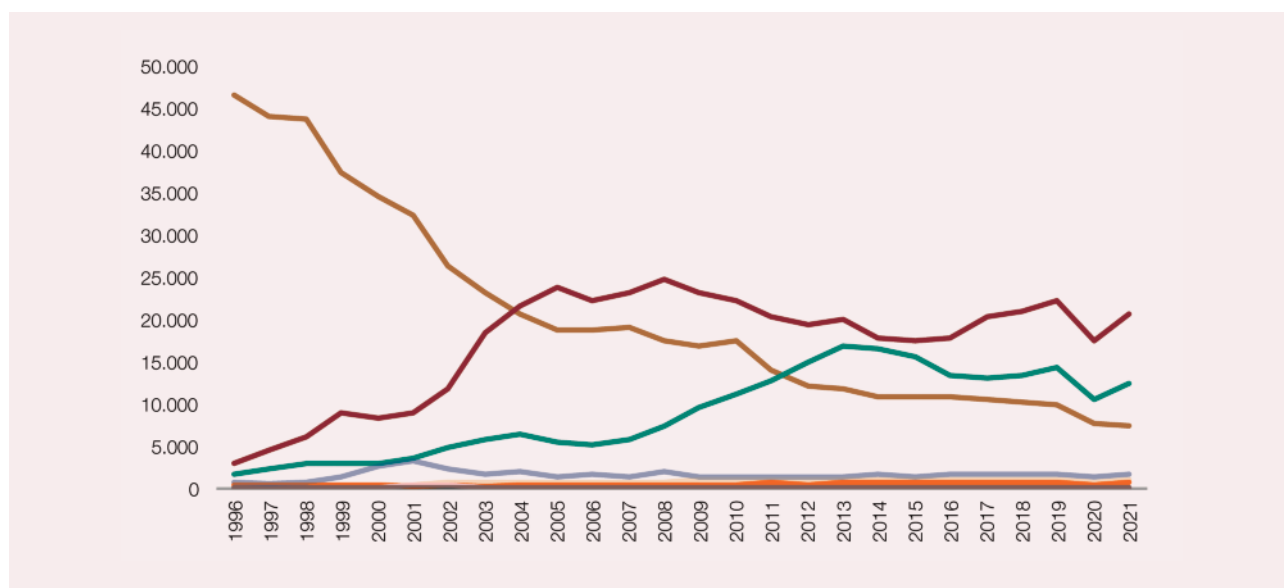


	Total admisiones	Primeras admisiones	Con tratamiento previo
1998	54.338		-
1999	51.482	19.757	-
2000	49.487	17.135	-
2001	49.376	17.591	-
2002	46.744	22.064	-
2003	50.103	22.066	-
2004	52.128	25.064	-
2005	50.630	24.553	23.714
2006	49.283	22.333	24.814
2007	50.555	23.034	25.392
2008	53.155	22.944	27.769
2009	52.549	24.605	25.098
2010	53.434	26.805	24.611
2011	50.281	24.999	23.232
2012	49.678	25.209	23.024
2013	51.946	28.239	22.577
2014	48.926	23.656	18.786
2015	47.308	23.777	19.519
2016	45.637	22.816	20.124
2017	46.799	23.738	21.353
2018	47.972	24.663	21.382
2019	50.035	27.492	20.689
2020	38.544	20.006	17.154
2021	44.347	23.482	18.359

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.1.2.

Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales. España, 1996-2021.



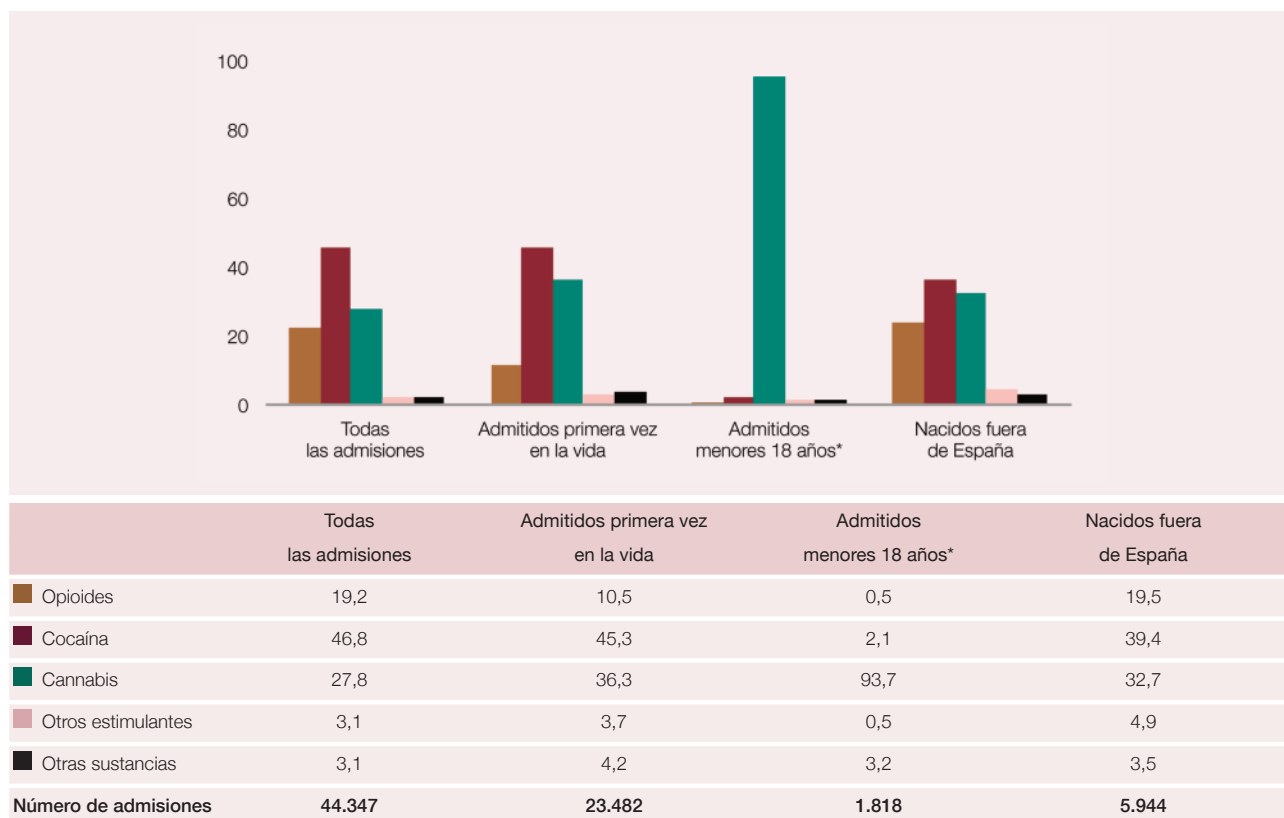
	Heroina	Cocaína	Cannabis	Hipnosedantes	Anfetaminas	Extasis	Alucinógenos	Otras sustancias*
1996	46.635	2.980	1.613	168	319	226	74	875
1997	44.089	4.647	2.214	263	323	237	85	582
1998	43.598	6.154	2.879	346	347	154	62	798
1999	37.417	8.978	2.826	331	339	135	50	1.406
2000	34.563	8.272	2.895	381	288	240	64	2.784
2001	32.305	9.023	3.506	469	255	335	83	3.400
2002	26.213	11.904	4.772	592	342	452	68	2.401
2003	23.225	18.359	5.711	607	266	254	63	1.618
2004	20.532	21.646	6.500	693	330	236	44	1.955
2005	18.653	23.746	5.524	618	386	229	39	1.435
2006	18.803	22.242	5.304	717	426	165	37	1.589
2007	18.904	23.037	5.936	795	415	172	43	1.253
2008	17.456	24.680	7.419	845	400	155	43	2.157
2009	16.989	23.132	9.503	963	461	127	69	1.305
2010	17.325	22.087	11.192	944	501	93	66	1.226
2011	13.898	20.335	12.873	1.143	595	102	83	1.252
2012	12.238	19.497	14.869	1.083	512	134	107	1.238
2013	11.756	19.848	16.848	1.175	671	201	120	1.327
2014	10.911	17.864	16.478	1.192	635	133	82	1.631
2015	10.978	17.327	15.676	1.068	636	157	77	1.389
2016	10.807	17.889	13.304	1.105	699	89	82	1.662
2017	10.384	20.168	12.932	1.032	608	68	73	1.534
2018	10.086	20.981	13.459	1.050	662	72	76	1.586
2019	9.904	22.345	14.202	992	720	96	127	1.649
2020	7.652	17.490	10.587	824	580	72	112	1.227
2021	7.419	20.741	12.350	1.077	837	91	127	1.705

* Otras sustancias incluye: metadona, otros opiáceos y otras sustancias sin especificar.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.1.3.

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, 2021.



* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años.

Nota: El porcentaje puede 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.

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 población; posteriormente fueron aumentando las admisiones por cocaína y por cannabis, llegando en 2021 cada una de estas sustancias a ser responsable de un tercio de las admisiones. Así, la cocaína es la sustancia que más admisiones a tratamiento genera (39,4%), seguida por el cannabis (32,7%) y el peso de los opioides confirma una tendencia descendente tras una estabilización de los últimos tres años (figura 2.1.3), no detectándose diferencias entre sexos en ninguna de las sustancias (figura 2.1.4).

En 2021, más de la mitad (56,1%) 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 los últimos años. La mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (82,1%) (tabla 2.1.1).

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 36,9 años para el conjunto de las admisiones, confirmando la tendencia ascendente que se venía observando. Del mismo modo, también se aprecia un aumento en la edad media de los admitidos a tratamiento por primera vez, que en 2021 se sitúa en los 34,4 años, El 13% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, valor más alto de la serie histórica (tabla 2.1.1).

En cuanto a la residencia habitual de los admitidos, en España, la gran mayoría (87,7%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales vive en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos). En 2021, la proporción de personas admitidas a tratamiento que vivía en instituciones (prisiones, centros de internamiento para menores y otras) era del 7,7% y el 2,9% 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).

Figura 2.1.4.

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, 2021.



* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años.

Nota: El sumatorio puede 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.

Con respecto al servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento, más de la mitad (56,9%) 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 a casi un cuarto de los admitidos (24,9%).

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 2021, entre todos los admitidos a tratamiento, la vía predominante es la pulmonar (47,9%) seguida de la intranasal o esnifada (42,2%); la vía intravenosa es minoritaria (2,4%) y se concentra entre los admitidos a tratamiento por heroína, que utilizan esta vía en el 10,0% de los casos.

Entre los admitidos por primera vez a tratamiento por consumo de heroína, en 2021, la vía de administración predominante es la pulmonar (87,1%), seguida de la esnifada (5,6%) y la intravenosa (5,0%). El porcentaje de utilización de la vía intravenosa ha continuado descendido respecto a años anteriores, registrándose en 2021 el valor más bajo de la serie histórica (figura 2.1.5).

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, 2021.

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Total	44.347	18.359	23.482	36.392	7.913
Tratamiento previo					
Sí	43,9	100,0	0,0	45,4	36,9
No	56,1	0,0	100,0	54,6	63,1
Edad	36,9	40,0	34,4	37,0	36,5
Sexo					
Hombre	82,1	85,1	80,0		
Mujer	17,9	14,9	20,0		
Máximo nivel de estudios*					
Sin estudios	0,9	0,8	0,8	0,9	1,0
Primaria	52,6	56,5	50,1	53,9	46,2
Secundaria	40,9	38,3	42,5	40,0	45,0
Estudios superiores	5,7	4,5	6,6	5,2	7,8
Situación laboral					
Trabajo	36,8	34,3	38,7	38,9	26,9
Parado no habiendo trabajado antes	6,4	6,1	6,4	6,0	8,1
Parado habiendo trabajado antes	38,2	43,1	34,7	37,5	41,4
Otras	18,7	16,5	20,1	17,6	23,6
Fuente de referencia principal					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	4,7	8,6	1,8	4,7	4,8
Médico general, Atención Primaria de Salud	12,1	8,6	14,7	11,8	13,4
Hospitales u otros servicios de salud	8,1	6,4	9,5	7,2	12,4
Servicios Sociales	4,1	2,8	5,0	2,8	9,8
Prisión, centro de reforma o de internamiento menores	5,5	7,4	3,9	6,1	2,8
Servicios legales o policiales	6,5	5,7	7,3	7,0	4,3
Empresas o empleador	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0
Familiares y amigos	11,5	7,4	15,0	11,9	9,8
Iniciativa propia	45,4	51,9	40,5	46,6	39,7
Servicios de educación	0,6	0,2	0,8	0,5	1,1
Otra	1,3	1,1	1,5	1,2	1,9

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Convivencia más prolongada en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	16,0	18,7	13,9	16,4	14,1
Únicamente con pareja	12,3	12,5	12,2	11,5	16,1
Únicamente con hijos/as	2,5	2,4	2,6	1,2	8,3
Con la pareja e hijos/as	17,2	15,9	18,3	17,7	15,1
Con padres o familia de origen	37,2	34,2	39,5	38,0	33,3
Con amigos/as	4,2	4,2	4,1	4,1	4,3
Detenido (Ej. centro penitenciario, centro inserción social)	4,8	6,2	3,8	5,5	1,8
En instituciones no detenido (Ej. albergue)	2,7	2,9	2,5	2,5	3,3
Otros	3,1	3,1	3,2	3,0	3,7
Lugar vive					
Casas, pisos, apartamentos	87,7	84,5	90,5	87,1	90,7
Prisión, centro de reforma o de internamiento menores	5,2	6,9	3,8	5,9	2,0
Otras instituciones	2,5	2,7	2,4	2,3	3,3
Pensiones, hoteles, hostales	0,5	0,6	0,4	0,5	0,4
Alojamiento inestable/ precarios	2,9	3,8	2,1	2,9	2,7
Otros lugares	1,2	1,4	1,0	1,2	1,0
Español o extranjero					
Español	97,0	89,6	84,9	86,8	87,8
Extranjero	13,0	10,4	15,1	13,2	12,2
Droga principal por la que es admitido a tratamiento (%)					
Opioides	19,2	29,6	10,5	19,7	16,8
Heroína	16,7	27,7	7,8	17,6	12,7
Metadona	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8
Otros opioides	1,7	1,1	2,1	1,4	3,2
Cocaína	46,8	49,0	45,3	48,3	39,8
CLH Cocaína	40,6	41,4	40,1	42,0	34,0
Cocaína base	6,1	7,5	5,2	6,2	5,8
Cocaína otras	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Estimulantes sin cocaína	3,1	2,5	3,7	3,1	2,8
Anfetaminas	1,9	1,9	1,9	1,8	2,2
Metanfetaminas	0,4	0,2	0,5	0,4	0,2
MDMA y derivados	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2
Otros estimulantes	0,6	0,2	1,0	0,7	0,2
Hipnosedantes	2,4	1,4	3,3	1,8	5,5
Alucinógenos	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3
Inhalables volátiles	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2
Cannabis	27,8	17,2	36,3	26,5	34,1
Alcohol	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otras sustancias	0,2	0,1	0,3	0,2	0,4

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	20,4	19,8	20,8	20,0	22,1
Frecuencia de consumo de la droga principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	45,8	41,2	49,0	45,1	49,2
4-6 días/semana	8,7	8,0	9,2	9,0	7,2
2-3 días/semana	15,0	13,8	15,9	15,3	13,2
1 día/semana	5,2	5,0	5,4	5,2	4,9
Menos de 1 día/semana	6,6	7,2	6,1	6,7	6,5
No consumió	18,8	24,7	14,5	18,7	18,9
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)					
Oral	6,4	4,8	7,5	5,5	10,8
Pulmonar	47,9	47,3	48,5	47,3	50,6
Intranasal	42,2	43,0	41,6	43,6	35,8
Parenteral	2,4	3,9	1,2	2,6	1,4
Otras	1,1	1,0	1,2	1,1	1,3
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	9,5	15,7	4,7	10,0	6,8
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	3,4	5,2	1,9	3,6	2,1
Prevalencia VIH mínima	3,0	4,4	2,0	3,1	2,6
Prevalencia VIH máxima	8,7	9,2	7,6	9,0	7,6
Prevalencia hepatitis C mínima	4,0	7,4	1,6	4,2	3,4
Prevalencia hepatitis C máxima	12,0	15,7	6,1	12,4	10,1
Prevalencia hepatitis B mínima	0,4	0,5	0,3	0,4	0,3
Prevalencia hepatitis B máxima	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7

* 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.

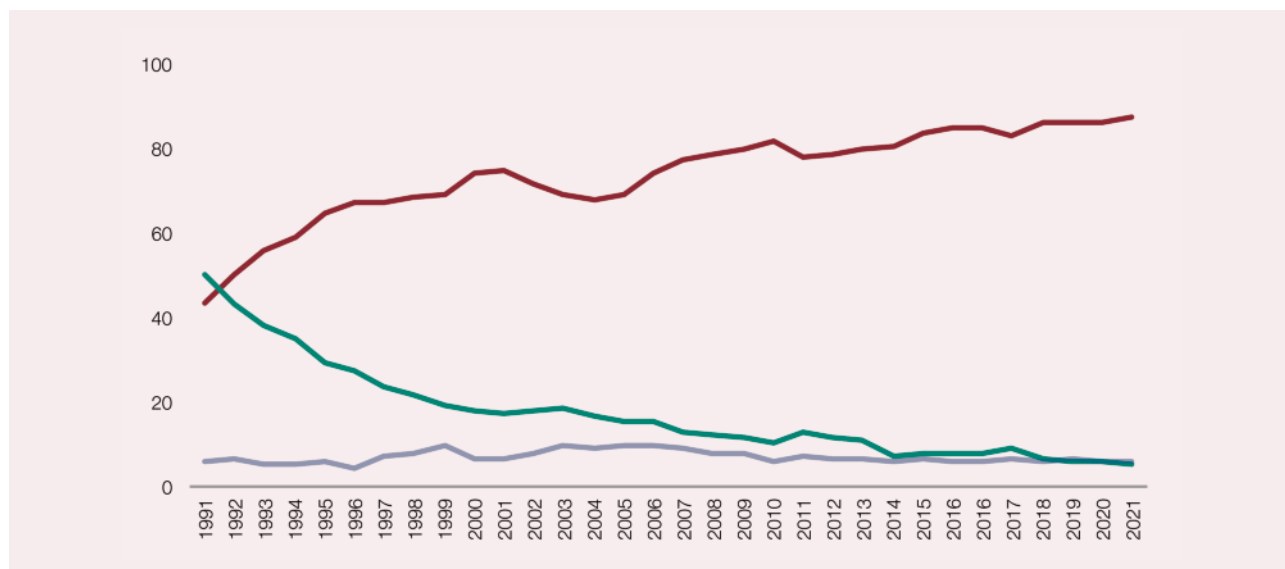
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Entre el total de admitidos por primera vez a tratamiento por consumo de cocaína (en general, polvo o base), la vía de administración predominante es la esnifada (85,1%), seguida de la pulmonar (11,6%) y de la intravenosa (0,4%), manteniéndose estable respecto a años anteriores (figura 2.1.6).

En cuanto a los inyectores admitidos a tratamiento por cualquiera de las sustancias consideradas, la figura 2.1.7 refleja, de manera clara cómo el número de inyectores ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años noventa. En 2021, 3.161 admitidos a tratamiento refirieron haberse inyectado alguna vez en la vida y 1.119 en el último año. Estos datos suponen los valores más bajos de la serie histórica.

Figura 2.1.5.

Porcentaje de admisiones a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de heroína, según la vía principal de administración de esta droga. España, 1991-2021.



	Pulmonar	Intravenosa	Esnifada		Pulmonar	Intravenosa	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	2017	83,0	9,3	6,5
2003	69,3	18,5	9,5	2018	85,8	6,4	5,8
2004	68,0	16,4	9,0	2019	86,1	6,2	6,3
2005	69,0	15,1	9,7	2020	86,1	5,9	5,6
				2021	87,1	5,0	5,6

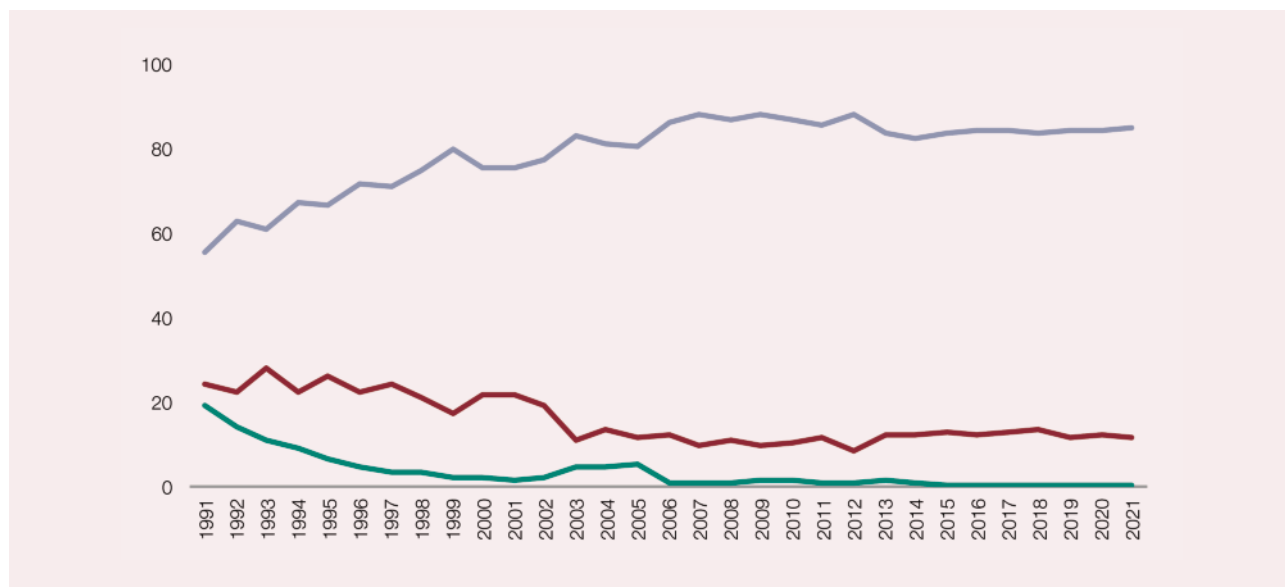
Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable vía de administración y la existencia de otras vías de administración.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

El porcentaje de admitidos a tratamiento que refieren haberse inyectado alguna de las sustancias consideradas alguna vez en la vida, ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años noventa, alcanzando en el 2021 la cifra más baja de la serie histórica (9,5%). En la misma línea, el porcentaje de admitidos a tratamiento que refieren haberse inyectado en los últimos 12 meses, muestra a lo largo de la serie histórica una clara tendencia descendente, mostrando en 2021 el valor más bajo desde que se registra este dato (3,4%) (tabla 2.1.1.)

Figura 2.1.6.

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, 1991-2021.



	■ Snifada	■ Pulmonar	■ Intravenosa		■ Snifada	■ Pulmonar	■ Intravenosa
1991	55,4	24,4	19,2	2006	86,0	12,5	0,8
1992	62,7	22,5	13,9	2007	88,0	10,0	1,0
1993	60,8	27,7	10,7	2008	86,9	10,7	1,0
1994	67,4	22,5	9,2	2009	87,7	9,7	1,2
1995	66,5	25,8	6,7	2010	86,8	10,5	1,4
1996	71,7	22,6	4,5	2011	85,5	11,7	0,9
1997	71,0	24,2	3,3	2012	88,3	8,3	1,0
1998	74,8	20,8	3,3	2013	83,8	12,3	1,2
1999	79,5	17,4	2,1	2014	82,6	12,0	0,7
2000	75,2	21,7	1,9	2015	83,5	12,9	0,4
2001	75,2	21,9	1,6	2016	83,9	12,3	0,4
2002	77,0	19,2	2,1	2017	84,3	12,6	0,3
2003	83,0	11,2	4,4	2018	83,6	13,3	0,4
2004	80,9	13,3	4,8	2019	84,2	11,9	0,3
2005	80,6	11,5	5,2	2020	84,4	12,0	0,3
				2021	85,1	11,6	0,4

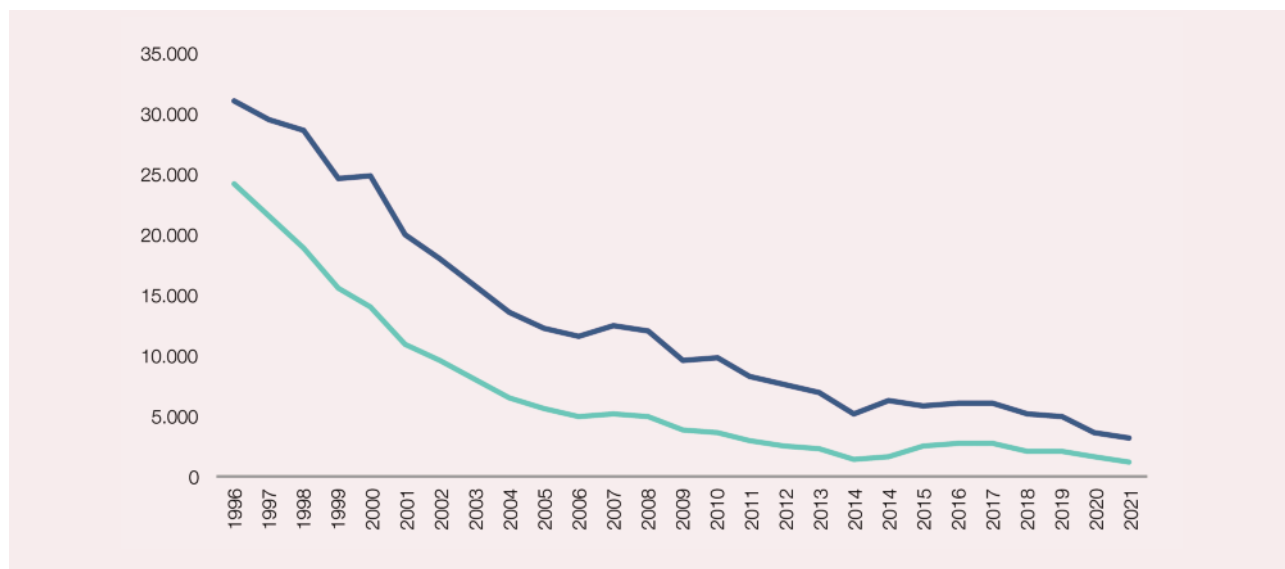
Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable vía de administración y la existencia de otras vías de administración.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Entre los admitidos a tratamiento por primera vez que refieren haberse inyectado alguna de las sustancias analizadas, también ha disminuido desde que se inició su registro, alcanzando en el 2020 las cifras más bajas de la serie histórica, y observándose un pequeño incremento en 2021 sin alcanzar los valores del año 2019 y anteriores, tanto en los que se inyectaron alguna vez en la vida (873) como en los que lo hicieron en los últimos 12 meses (361).

Figura 2.1.7.

Número* de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total admitidos a tratamiento) que utilizan la vía intravenosa. España, 1996-2021.



	■ 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
2020	3.692	1.545
2021	3.161	1.119

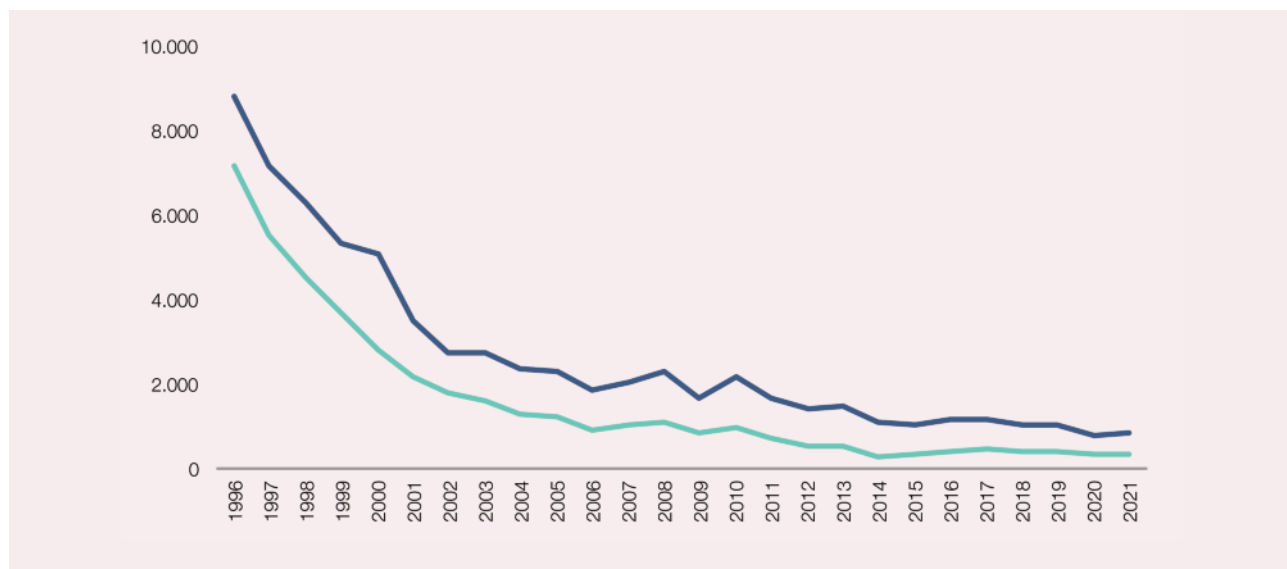
* Para los datos de este gráfico se utiliza una estimación basada en porcentajes válidos.

** 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 2.1.8.

Número* de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (admitidos a tratamiento por primera vez) que utilizan la vía intravenosa. España, 1996-2021.



	■ 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
2020	752	335
2021	873	361

* Para los datos de este gráfico se utiliza una estimación basada en 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 (excepto tabaco) e ilegales en 2021 es de 69.487, situándose el alcohol (36,2%) en primer lugar, seguido de la cocaína (29,8%), el cannabis (17,8%) y los opioides (12,3%). Durante los años 2020 y 2021 el número total de admisiones a tratamiento se ha visto reducido por el cierre de centros debido a la pandemia por COVID, aunque el peso de las sustancias en el total de admisiones no se ha visto modificado.

Tabla 2.1.2.

Número y porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal (%). España, 2019-2021.

	2019		2020		2021	
	Nº admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones	Nº admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones	Nº admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones
Cocaína	22.345	28,9	17.490	29,9	20.741	29,8
Cocaína polvo	19.627	25,4	15.357	26,2	17.989	25,9
Cocaína base	2.710	3,5	2.122	3,6	2.719	3,9
Opioides	11.170	14,5	8.502	14,5	8.518	12,3
Heroína	9.904	12,8	7.652	13,1	7.419	10,7
Metadona (mal uso)	461	0,6	289	0,5	335	0,5
Otros opioides	805	1,0	560	1,0	764	1,1
Cannabis	14.202	18,4	10.587	18,1	12.350	17,8
Hipnosedantes	992	1,3	824	1,4	1.077	1,5
Estimulantes	1.086	1,4	950	1,6	1.368	2,0
Anfetaminas/metanfetamina	839	1,1	709	1,2	996	1,4
Éxtasis y derivados	96	0,1	72	0,1	91	0,1
Otros estimulantes	151	0,2	166	0,3	281	0,4
Alucinógenos	127	0,2	112	0,2	127	0,1
Inhalantes volátiles	35	0,0	20	0,0	68	0,1
Otras drogas ilegales	78	0,1	59	0,1	98	0,1
Alcohol	27.209	35,2	20.017	34,2	25.140	36,2
Total drogas ilegales	50.035		38.544		44.347	
Total drogas ilegales y alcohol	77.244		58.561		69.487	

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 (45,2%) y cannabis (18,7%) tienen un mayor peso que entre los hombres (alcohol: 33,8%, cannabis: 17,5%); por otro lado, el peso de las admisiones por cocaína y opioides es mayor entre los hombres (32,0% y 13,1% respectivamente) que entre las mujeres (cocaína: 21,8%, opioides: 9,2%).

Tabla. 2.1.3.

Número y proporción de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal por sexo (%). España, 2021.

	Hombres		Mujeres	
	Nº de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones	Nº de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones
Cocaína	17.572	32,0	3.151	21,8
Cocaína polvo	15.285	27,8	2.689	18,6
Cocaína base	2.260	4,1	456	3,2
Opioides	7.180	13,1	1.328	9,2
Heroína	6.402	11,6	1.008	7,0
Metadona (mal uso)	271	0,5	64	0,4
Otros opioides	507	0,9	256	1,8
Cannabis	9.637	17,5	2.701	18,7
Hipnosedantes	639	1,2	438	3,0
Estimulantes	1.145	2,1	222	1,5
Anfetaminas/metanfetamina	807	1,5	188	1,3
Éxtasis y derivados	76	0,1	15	0,1
Otros estimulantes	262	2,1	19	0,1
Alucinógenos	100	0,2	26	0,2
Inhalantes volátiles	54	0,1	14	0,1
Otras drogas ilegales	65	0,1	33	0,2
Alcohol	18.593	33,8	6.533	45,2
Total drogas ilegales	36.392		7.913	
Total drogas ilegales y alcohol	54.985		14.446	

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Conviene destacar que entre los admitidos a tratamiento está firmemente establecido el patrón de **policonsumo** de drogas. Aproximadamente el 40% de los admitidos en 2021 había consumido otras drogas (drogas secundarias) distintas de la que había motivado el tratamiento durante los 30 días previos a la admisión: el 26,3% refirió consumir una sola droga, además de la droga principal por la que fue admitido a tratamiento; el 10,2% había consumido dos drogas; el 2,2% admitió consumir tres drogas y el 0,4% 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 60,9% había consumido únicamente la droga por la que fue admitido a tratamiento.

El indicador de admisiones a tratamiento permite conocer **algunas características de los admitidos a tratamiento según el tipo de droga** (tabla 2.1.4).

Tabla 2.1.4.

Características sociodemográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según la droga principal que motiva el tratamiento. España, 2021.

	Alcohol	Cocaína polvo	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes	Otros opioides	Metadona
Total	25.140	17.989	12.350	7.419	2.719	1.077	1.368	764	335
Tratamiento Previo (%)									
Si	43,0	44,7	27,0	73,6	53,0	24,7	34,7	30,3	45,6
No	57,0	55,3	73,0	26,4	47,0	75,3	65,3	69,7	54,4
Sexo (%)									
Hombre	74,0	85,0	78,1	86,4	83,2	59,3	83,8	66,4	80,9
Mujer	26,0	15,0	21,9	13,6	16,8	40,7	16,2	33,6	19,1
Edad media (años)	47,3	38,2	28,3	45,1	39,3	42,2	37,2	47,0	46,6
Máximo nivel de estudios (%)									
Sin estudios	0,6	0,6	0,5	1,6	1,4	1,8	0,2	2,3	11,8
Primaria	42,7	48,7	51,0	68,1	61,8	46,7	30,0	40,8	63,7
Secundaria	45,2	44,9	43,3	27,8	33,9	38,4	50,2	44,0	20,3
Estudios Superiores	11,5	5,8	5,2	2,5	2,9	13,0	19,7	12,9	4,2
Situación laboral (%)									
Trabajando	44,9	51,1	28,4	20,9	25,6	26,6	45,0	29,1	18,7
Parado no trabajado antes	2,8	3,6	9,6	7,5	6,5	10,8	4,6	3,9	15,8
Parado habiendo trabajado antes	32,5	35,5	31,7	52,9	51,0	36,5	38,2	25,9	40,8
Otras	19,9	9,8	30,3	18,7	16,9	26,1	12,2	41,1	24,7
Español o extranjero (%)									
Español	83,1	89,5	84,5	87,6	86,2	86,3	79,7	83,0	82,5
Extranjero	16,9	10,5	15,5	12,4	13,8	13,7	20,3	17,0	17,5
Fuente de referencia principal (%)									
Otros servicios de tratamiento drogodependencias	2,9	3,2	1,6	12,8	4,8	1,9	7,1	6,3	17,3
Médico general, Atención Primaria de Salud	24,8	13,6	12,7	4,9	9,6	23,6	13,7	25,4	4,3
Hospitales u otros servicios de salud	13,9	6,9	11,0	2,8	6,2	19,7	16,0	17,4	5,5
Servicios Sociales	4,4	2,5	8,0	2,0	3,4	4,2	3,1	1,5	0,9
Prisión, centro de reforma o internamiento menores	1,5	3,9	5,2	9,8	6,7	5,4	4,4	1,5	17,6
Servicios legales o policiales	2,0	5,2	11,4	3,0	6,4	3,4	6,9	0,8	2,4
Empresas o empleador	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Familiares y amigos	11,3	13,3	14,2	5,6	9,3	8,0	8,0	5,2	2,7
Iniciativa propia	37,1	49,9	32,2	58,0	52,5	32,1	38,4	40,5	48,6
Servicios de educación	0,5	0,2	1,5	0,1	0,3	0,5	0,4	0,1	0,3
Otra	1,4	1,0	2,1	1,1	0,9	1,2	1,8	1,2	0,3
Número de hijos	1,2	1,0	0,5	1,1	1,1	1,0	0,4	1,2	1,2

	Alcohol	Cocaína polvo	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes	Otros opiáceos	Metadona
Convivencia más prolongada en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Solo/a	22,9	15,0	11,0	22,9	19,3	20,8	24,0	20,6	20,7
Únicamente con pareja	17,7	14,1	9,0	11,9	11,4	16,1	13,5	21,6	14,3
Únicamente con hijos/as	5,0	2,8	1,8	2,1	2,6	6,2	1,6	4,6	4,1
Con la pareja e hijos/as	23,2	24,5	11,8	11,8	13,9	14,5	7,3	23,1	11,9
Con padres o familia de origen	21,5	32,9	51,7	28,9	33,6	26,5	31,1	21,2	25,2
Con amigos/as	3,4	3,1	3,5	5,6	4,7	4,7	13,0	4,0	7,1
Detenido (ej. centro penitenciario, inserción social)	1,5	4,0	3,5	9,0	8,0	4,6	3,3	0,8	8,5
En instituciones no detenido (ej. albergue)	2,4	1,2	4,2	3,6	2,6	3,3	3,0	2,4	4,1
Otros	2,4	2,3	3,6	4,2	3,7	3,3	3,3	1,7	4,1
Alojamiento principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Casas, pisos, apartamentos	92,3	92,1	89,3	76,3	81,0	87,1	88,7	92,1	78,9
Prisiones, centros reforma o internamiento menores	1,5	4,3	3,6	9,9	8,8	4,1	3,8	1,2	9,2
Otras instituciones	2,0	1,1	3,9	3,4	2,3	3,6	2,9	2,1	4,8
Pensiones, hoteles, hostales	0,5	0,3	0,3	0,9	0,7	0,5	0,4	0,8	1,7
Alojamientos inestables/precarios	2,6	1,4	1,7	7,1	5,4	3,7	3,8	2,9	3,7
Otros lugares	1,1	0,7	1,1	2,4	1,7	1,0	0,5	0,8	1,7
Otras sustancias psicoactivas consumidas en los últimos 30 días (%)									
Opioides	3,6	2,6	2,6	9,3	22,3	6,7	2,3	6,7	20,8
Cocaína	64,9	0,4	41,7	45,7	3,6	33,2	24,6	35	23,1
Estimulantes sin cocaína	4,5	4,8	11,2	2,0	3,6	8,5	13,9	3,9	1,5
Hipnosedantes	6,4	4,5	8,6	11,4	13,9	0,0	18,9	27,2	13,1
Alucinógenos	0,6	1,0	1,6	0,3	0,8	3,1	5,1	2,2	0,0
Sustancias volátiles	0,1	0,1	0,4	0,0	0,0	1,0	2,0	0,6	0,0
Cannabis	50,4	50,9	0,0	51,3	63,4	54,4	48,7	38,3	49,2
Alcohol	0,0	70,9	67,2	33,2	48,9	47,9	41,3	35,0	33,1
Otras sustancias psicoactivas	0,4	0,3	0,7	0,1	0,6	2,3	1,9	1,1	0,0
Edad de inicio droga principal	18,5	20,9	15,8	22,2	21,5	29,7	25,3	34,7	29,6
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Todos los días	58,1	23,8	68,7	54,0	43,8	81,2	29,5	75,9	89,9
4-6 días a la semana	7,2	13,1	5,0	4,8	10,2	2,7	9,6	4,0	2,7
2-3 días a la semana	12,0	24,6	6,9	6,5	15,8	4,3	22,1	5,2	0,9
1 día a la semana	3,7	8,8	2,0	2,0	5,0	1,7	8,8	1,0	0,3
Menos de 1 día a la semana	4,5	10,4	3,1	3,5	6,9	1,8	12,1	2,4	0,6
No consumió	14,5	19,2	14,3	29,0	18,2	8,2	17,8	11,6	5,5

	Alcohol	Cocaína polvo	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes	Otros opioides	Metadona
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Oral	99,5	2,9	1,6	0,9	0,3	98,0	16,6	53,6	91,5
Pulmonar o fumada	0,4	0,5	97,7	81,5	97,4	1,5	14,7	14,7	4,8
Intranasal o esnifada	0,1	95,1	0,4	6,2	2,0	0,2	59,2	5,0	1,8
Parenteral o intravenosa	0,0	0,8	0,1	10,0	0,1	0,0	9,4	6,4	1,8
Otras	0,0	0,7	0,3	1,5	0,3	0,3	0,1	20,4	0,0
Se inyectó drogas (%)									
Alguna vez en la vida	2,4	2,7	1,7	35,5	11,4	3,7	17,0	13,5	41,2
Últimos 12 meses	0,4	1,2	0,4	11,5	2,4	1,0	14,0	7,0	5,8
Últimos 30 días	0,3	0,9	0,2	8,8	1,3	0,7	10,8	5,6	4,3
Prevalencia mínima VIH (%)	0,9	1,2	0,7	8,2	3,0	3,2	16,4	2,4	10,4
Prevalencia máxima de VIH (%)	2,8	3,7	3,2	16,8	7,1	9,7	32,8	7,0	22,7
Prevalencia mínima hepatitis C (%)	1,5	1,3	0,7	15,5	4,7	2,7	7,1	4,5	13,4
Prevalencia máxima hepatitis C (%)	4,6	3,9	2,8	31,9	11,2	8,1	15,7	13,0	29,6
Prevalencia mínima hepatitis B (%)	0,3	0,3	0,1	0,9	0,6	0,6	0,5	0,3	0,6
Prevalencia máxima hepatitis B (%)	1,3	1,3	0,9	3,3	2,2	2,9	1,8	1,4	1,9

* 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, más no inmune).

Nota: Debido al redondeo algunos totales no suman.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

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, siendo mucho más mayores los admitidos por heroína (45,1 años) que los admitidos por cannabis (28,3 años).

El máximo **nivel de estudios** alcanzado de 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 2021, el 50,7% de los admitidos a tratamiento por cocaína polvo y cerca del 48,5% de los admitidos por cannabis tenían como mínimo estudios secundarios completos, pero sólo el 30,3% de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína habían completado los estudios secundarios.

Atendiendo a la variable sexo, se observa que, entre los admitidos a tratamiento por cocaína polvo, el nivel de estudios secundarios terminados es mayor entre las mujeres que entre los hombres (48,6% y 44,3% respectivamente), ocurriendo lo mismo con el cannabis (46,4% y 42,5% respectivamente) (tabla 2.1.5.) y con el resto de las sustancias analizadas.

Como ocurría en años anteriores, estas diferencias también se encuentran en la **situación laboral**; la proporción de empleados entre los tratados por cocaína polvo (51,1%) fue mucho más alta que la proporción de empleados entre los tratados por heroína (20,9%) y, aun tratándose de una población bastante más joven, la proporción de empleados entre los tratados por cannabis (28,4%) 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 (53,7%) que entre las mujeres (36,2%), también ocurre en el caso de los atendidos por cannabis (29,5% de hombres frente a 24,3% de mujeres) y heroína (21,7% de hombres frente a 15,8% de mujeres) (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 2021, tener un alojamiento precario o inestable fue más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína (7,1%) o por cocaína base (5,4%) que entre los admitidos por cannabis (1,7%) o cocaína polvo (1,4%) (tabla 2.1.4). También es más frecuente tener un alojamiento precario entre las mujeres admitidas a tratamiento por heroína (7,5%) y cocaína base (5,8%) que entre los hombres (7,0% y 5,4% 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, 2021.

	Alcohol		Cocaína polvo		Cannabis		Heroína		Cocaína base		Hipnosedantes		Estimulantes*	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Total	18.593	6.533	15.285	2.689	9.637	2.701	6.402	1.008	2.260	456	639	438	1.145	222
Tratamiento previo (%)														
Si	43,8	40,5	45,8	38,4	28,1	23,2	73,6	74,0	53,4	51,4	24,1	25,6	34,8	34,1
No	56,2	59,5	54,2	61,6	71,9	76,8	26,4	26,0	46,6	48,6	75,9	74,4	65,2	65,9
Edad media (años)	47,1	47,6	38,1	38,7	28,5	27,9	45,4	43,2	39,3	39,9	38,9	46,9	37,2	37,2
Máximo nivel de estudios (%)														
Sin estudios	0,6	0,4	0,5	0,8	0,5	0,5	1,6	1,9	1,5	0,7	2,5	0,7	0,2	0,0
Primaria	46,0	33,5	49,7	42,5	52,3	46,4	69,4	59,9	63,1	55,8	49,2	43,2	30,3	28,1
Secundaria	44,0	48,6	44,3	48,6	42,5	46,4	26,9	33,4	33,2	37,1	35,1	43,2	48,7	58,1
Estudios superiores	9,3	17,5	5,5	8,1	4,7	6,7	2,2	4,8	2,2	6,4	13,1	12,9	20,8	13,8
Situación laboral (%)														
Trabajando	46,8	39,3	53,7	36,2	29,5	24,3	21,7	15,8	27,7	14,8	27,1	25,9	47,5	32,3
Parado, no habiendo trabajado antes	2,4	3,8	3,2	5,7	9,6	9,3	7,0	11,1	5,7	10,3	12,8	7,8	4,2	6,5
Parado, habiendo trabajado antes	31,2	36,1	33,8	45,2	31,2	33,7	52,6	54,5	50,5	53,7	38,3	33,9	36,4	47,9
Otras situaciones	19,6	20,8	9,3	12,9	29,6	32,7	18,7	18,6	16,1	21,1	21,8	32,5	11,9	13,4
Español o extranjero (%)														
Español	84,0	80,5	89,9	87,7	83,4	88,6	87,8	86,5	86,0	86,8	82,3	92,1	78,4	86,1
Extranjero	16,0	19,5	10,1	12,3	16,6	11,4	12,2	13,5	14,0	13,2	17,7	7,9	21,6	13,9

	Alcohol		Cocaína polvo		Cannabis		Heroína		Cocaína base		Hipnosedantes		Estimulantes*	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Fuente de referencia principal (%)														
Otro servicio de tratamiento de drogodependencias	2,7	3,4	3,1	3,8	1,7	1,2	12,3	16,0	4,5	6,5	1,8	2,1	7,6	4,5
Médico general o At. Primaria	24,9	24,4	13,7	13,2	12,5	13,4	5,0	4,4	9,8	8,5	22,2	25,7	12,7	19,0
Hospitales u otros serv. salud	12,9	16,7	6,0	11,8	10,2	14,0	2,5	4,1	5,5	10,0	17,4	22,9	16,5	13,6
Servicios Sociales	3,7	6,2	1,5	8,3	6,0	15,0	1,6	4,2	2,0	10,0	3,7	4,9	1,7	10,4
Centro penitenciario, de reforma o internamiento para menores	2,0	0,3	4,4	1,4	5,9	2,7	10,4	5,8	7,3	3,8	7,3	2,5	4,4	4,1
Servicios legales o policiales	2,3	1,2	5,4	4,0	12,8	6,5	3,1	2,3	7,0	3,3	5,3	0,7	7,3	5,0
Empresa o empleador	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Familiares o amigos/as	11,5	10,7	14,0	9,7	14,8	12,0	5,3	7,5	9,4	8,5	7,5	8,8	8,1	7,7
Iniciativa propia	37,8	35,1	50,7	45,8	32,7	30,2	58,5	54,5	53,6	46,8	33,1	30,8	39,5	33,0
Servicios de educación	0,4	0,7	0,2	0,3	1,2	2,3	0,1	0,0	0,2	0,4	0,3	0,7	0,4	0,5
Otra	1,4	1,3	0,9	1,6	2,0	2,6	1,1	1,1	0,6	2,2	1,4	0,9	1,7	2,3
Número de hijos	1,2	1,3	1,0	1,3	,5	0,6	1,0	1,4	1,0	1,5	0,7	1,4	0,3	0,8
Convivencia más prolongada en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)														
Solo/a	22,9	22,9	15,0	14,8	11,3	10,0	23,4	19,3	20,1	15,5	23,4	16,9	24,7	20,5
Únicamente con pareja	17,2	19,3	13,8	15,9	8,0	12,6	10,4	21,6	10,0	18,5	13,0	20,7	14,0	11,0
Únicamente con hijos/as	2,3	13,0	1,4	10,8	0,8	5,1	1,2	7,8	1,2	9,7	1,6	13,1	1,0	5,0
Con la pareja e hijos/as	24,6	19,3	25,3	20,2	11,7	11,9	12,2	8,8	14,8	9,7	12,0	18,3	6,0	14,2
Con padres o familia de origen	23,2	16,6	33,9	27,5	52,8	47,7	30,0	22,2	34,8	27,5	28,6	23,3	31,4	29,7
Con amigos/as	3,2	3,9	2,9	4,3	3,5	3,5	5,6	5,7	4,4	6,3	6,1	2,6	14,0	8,2
Detenido (ej. centro penitenciario o inserción social)	1,9	0,3	4,5	1,0	4,1	1,3	9,6	4,7	8,9	3,8	6,2	2,1	3,4	2,3
En instituciones, no detenido (ej. albergue)	2,5	2,1	1,1	2,0	4,3	4,1	3,4	4,6	2,3	4,3	5,0	1,0	2,4	5,5
Otros	2,3	2,7	2,1	3,4	3,5	3,8	4,1	5,3	3,5	4,7	4,2	1,9	3,2	3,7
Alojamiento principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)														
Casas, pisos, apartamentos	91,3	95,2	91,8	94,2	88,6	92,0	76,0	78,4	80,6	83,3	82,1	94,4	88,8	88,7
Prisión, centro de reforma o de internamiento menores	1,9	0,4	4,8	1,0	4,2	1,2	10,5	5,8	9,5	5,1	5,6	2,1	4,0	2,7
Otras instituciones	2,1	1,9	1,0	1,7	3,8	4,3	3,2	5,0	2,0	3,8	5,2	1,2	2,7	4,1
Pensiones, hoteles, hostales	0,6	0,4	0,3	0,4	0,4	0,2	0,9	0,9	0,9	0,0	0,8	0,0	0,3	0,9
Alojamiento inestable/precarios	3,0	1,4	1,3	2,0	1,8	1,4	7,0	7,5	5,4	5,8	4,9	1,9	3,8	3,6
Otros lugares	1,1	0,8	0,8	0,7	1,1	0,9	2,4	2,5	1,7	2,0	1,4	0,5	0,5	0,0

	Alcohol		Cocaína polvo		Cannabis		Heroína		Cocaína base		Hipnosedantes		Estimulantes*	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Otras sustancias psicoactivas consumidas en los últimos 30 días (%)														
Opioides	3,9	2,6	2,5	3,4	2,7	2,3	8,9	12,4	21,7	25,4	7,8	4,2	2,5	1,0
Cocaína	66,7	56,7	0,5	0,2	42,7	37,4	44,5	54,1	3,9	2,1	34,6	30,3	24,5	25,5
Estimulantes sin cocaína	4,4	5,3	4,8	5,0	10,8	13,5	1,9	2,4	3,6	3,8	11,2	2,5	14,1	12,7
Hipnosedantes	5,2	11,9	4,1	7,3	8,8	7,6	11,5	10,3	15,0	7,6	0,0	0,0	20,9	5,9
Alucinógenos	0,6	0,5	0,9	1,4	1,6	1,7	0,3	0,2	0,7	0,8	3,7	1,7	5,3	3,9
Sustancias Volátiles	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	2,0	2,0
Cannabis	50,8	48,7	51,3	48,3	0,0	0,0	52,0	46,3	63,4	63,6	59,1	43,7	47,4	56,9
Alcohol	0,0	0,0	71,7	65,0	67,1	67,7	34,8	21,6	50,3	40,7	45,0	51,3	40,0	49,0
Otras sustancias psicoactivas	0,5	0,3	0,2	0,5	0,7	0,8	0,2	0,0	0,6	0,4	1,5	4,2	2,0	1,0
Edad de inicio droga principal	17,6	21,1	20,5	23,1	15,7	16,3	22,1	23,5	20,9	24,6	27,4	33,1	25,6	23,6
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)														
Todos los días	59,6	53,8	24,2	21,6	69,2	67,0	53,9	54,7	44,7	39,6	78,2	85,7	28,8	33,5
4-6 días a la semana	6,9	8,1	13,2	12,7	5,2	4,2	5,0	3,8	10,5	8,8	3,6	1,4	9,7	8,8
2-3 días a la semana	11,2	14,3	24,6	24,5	7,0	6,5	6,5	6,6	15,4	18,2	5,8	2,1	22,9	18,1
1 día a la semana	3,5	4,2	8,7	9,5	1,8	2,6	2,2	1,3	5,1	4,7	1,8	1,6	9,4	6,0
Menos de 1 día a la semana	4,3	5,2	10,3	11,3	3,0	3,6	3,5	3,9	6,9	7,2	1,8	1,9	12,2	11,6
No consumió	14,5	14,3	19,0	20,4	13,8	16,1	28,9	29,8	17,5	21,4	8,9	7,3	17,1	21,9
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)														
Oral	99,4	99,5	3,0	2,6	1,5	1,6	0,8	1,1	0,3	0,2	97,1	99,3	14,9	25,3
Pulmonar o fumada	0,5	0,3	0,5	0,6	97,6	97,9	81,4	82,4	97,5	96,9	2,1	0,7	16,1	7,4
Intranasal o esnifada	0,1	0,0	95,1	95,3	0,5	0,3	6,0	7,0	1,9	2,6	0,3	0,0	57,9	65,9
Parenteral o intravenosa	0,0	0,0	0,8	0,4	0,1	0,0	10,3	8,6	0,1	0,2	0,0	0,0	11,0	1,4
Otras	0,0	0,1	0,7	1,1	0,3	0,3	1,5	1,0	0,3	0,0	0,5	0,0	0,2	0,0
Se inyectó drogas (%)														
Alguna vez en la vida	2,7	1,6	2,7	2,9	1,9	1,1	35,9	32,7	11,7	10,1	4,9	2,0	19,4	3,9
Últimos 12 meses	0,5	0,2	1,2	1,4	0,4	0,3	11,9	8,9	2,2	3,6	1,5	0,3	16,2	1,7
Últimos 30 días	0,3	0,1	0,9	0,9	0,2	0,1	9,3	6,1	1,2	1,8	0,9	0,3	12,5	1,1
Prevalencia mínima VIH (%)	1,0	0,7	1,2	1,5	0,8	0,7	7,9	9,8	2,8	4,2	3,9	2,1	19,1	2,7
Prevalencia máxima de VIH (%)	3,2	2,0	3,6	4,0	3,3	2,7	16,4	20,0	6,6	9,7	11,3	7,1	36,9	6,4
Prevalencia mínima hepatitis C (%)	1,7	1,1	1,3	1,5	0,7	0,4	15,3	16,5	4,8	4,2	3,3	1,8	7,8	3,6
Prevalencia máxima hepatitis C (%)	5,1	3,2	3,9	4,0	3,2	1,8	31,5	34,3	11,5	9,6	9,3	6,2	16,9	8,9
Prevalencia máxima hepatitis B (%)	1,5	0,7	1,4	1,1	0,9	0,9	3,3	3,2	1,9	3,9	3,7	1,3	1,2	6,5
Prevalencia mínima hepatitis B (%)	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,9	0,8	0,5	0,9	0,9	0,2	0,3	1,4

* Estimulantes distintos de la 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 2021, 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**. Se encuentran diferencias en función de la sustancia que generó la entrada a tratamiento, así, la proporción de primeras admisiones fue menor entre los admitidos por heroína (26,4%) que entre los admitidos por alcohol (57%), cocaína polvo (55,3%), cannabis (73,0%) o hipnosedantes (75,3%) (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, salvo para las admisiones de hipnosedantes y heroína. Este mayor número de primeras admisiones entre las mujeres se observa tanto en las admisiones por alcohol, donde la proporción de primeras admisiones a tratamiento entre las mujeres es de 59,5% y entre los hombres 56,2%, como por cocaína polvo, donde la proporción de primeras admisiones entre las mujeres es del 61,6% y entre los hombres del 54,2%. También es mayor la proporción de primeras admisiones por cannabis entre las mujeres (76,8%) que entre los hombres (71,9%) (tabla 2.1.5.).

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína

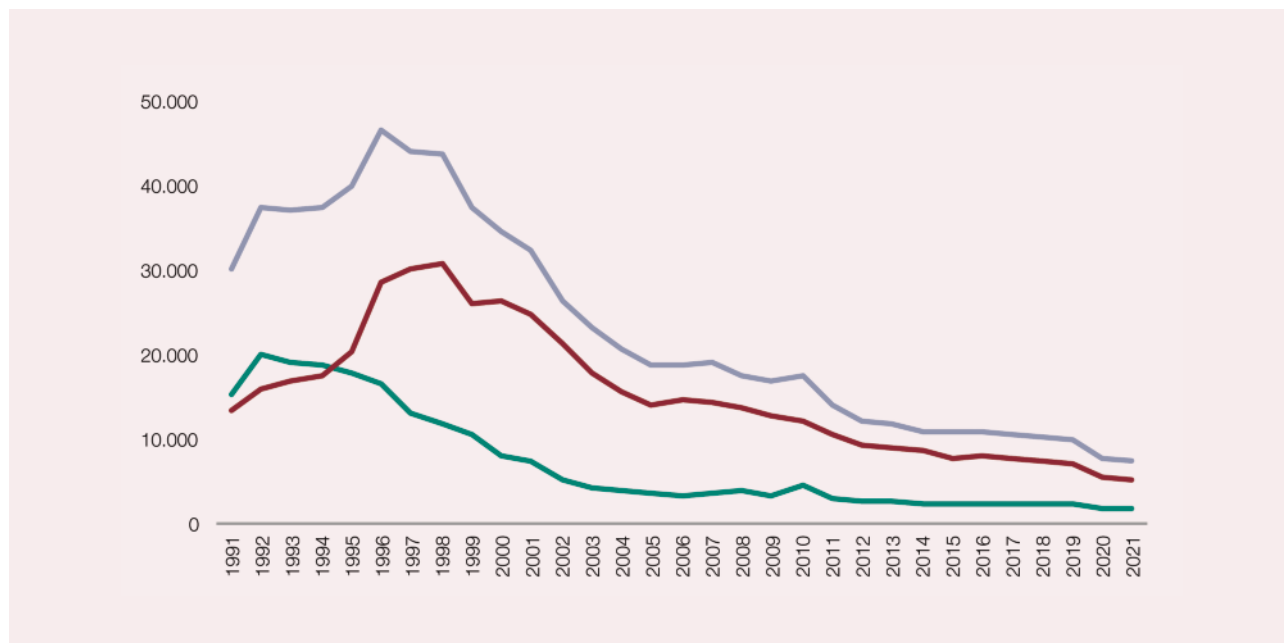
El número de admitidos a tratamiento por consumo de heroína fue de 7.419 en 2021 (figura 2.1.9), esta bajada en el número de casos respecto a años anteriores puede ser debida a la reducción general del número de admisiones a tratamiento por la pandemia COVID, puesto que en 2021 todavía el funcionamiento de los centros de tratamiento se veía afectado por las medidas de prevención frente a la pandemia, aunque desde el año 1996 se observa un descenso de dichas admisiones. Por tanto, será necesario esperar a los datos del año 2022 para valorar este descenso.

El **perfil de los admitidos a tratamiento por heroína** se mantiene como en años previos: un varón de 45,1 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 9,9% ha vivido los 30 días previos en la prisión u otro centro de internamiento. Suelen presentar un consumo diario de la sustancia. El 51,2% refiere consumir otras sustancias, principalmente cannabis, cocaína y alcohol. La vía más frecuente de consumo es la pulmonar (tabla 2.1.4).

El 71,7% 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 (87,9%). La buprenorfina viene mostrando una mayor presencia en los tratamientos sustitutivos, pero a mucha distancia de la metadona, presentándose como sustancia de elección en el 11,8% de los tratamientos sustitutivos referidos en 2021.

Figura 2.1.9.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína. España, 1991-2021.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1991	15.277	13.296	30.146	2006	3.318	14.502	18.803
1992	20.017	15.956	37.239	2007	3.672	14.331	18.904
1993	18.977	16.703	37.188	2008	3.840	13.616	17.456
1994	18.770	17.526	37.225	2009	3.412	12.750	16.989
1995	17.878	20.369	40.007	2010	4.526	12.166	17.325
1996	16.647	28.382	46.635	2011	2.951	10.391	13.898
1997	12.993	30.173	44.089	2012	2.555	9.302	12.238
1998	11.867	30.756	43.598	2013	2.572	8.940	11.756
1999	10.473	26.031	37.417	2014*	2.356	8.555	10.911
2000	8.151	26.412	34.563	2015	2.202	7.713	10.978
2001	7.461	24.844	32.305	2016	2.353	7.907	10.807
2002	5.051	21.162	26.213	2017	2.259	7.775	10.384
2003	4.337	17.867	23.225	2018	2.223	7.530	10.086
2004	3.836	15.617	20.532	2019	2.384	7.177	9.904
2005	3.604	14.005	18.653	2020	1.771	5.594	7.652
				2021	1.820	5.083	7.419

* 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 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. Desde entonces han ido descendiendo con algún repunte, como el de 2019 en que se alcanzaron las 22.345 admisiones. Tras la bajada en el número de admisiones en 2020, a raíz del cierre de centros debido a la pandemia por COVID, en 2021, el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína vuelve a valores similares al 2018. Concretamente ha sido de 20.741 (figura 2.1.10), de las que 17.989 son por cocaína polvo, 2.719 por cocaína base y en 33 casos no se especifica el tipo de cocaína.

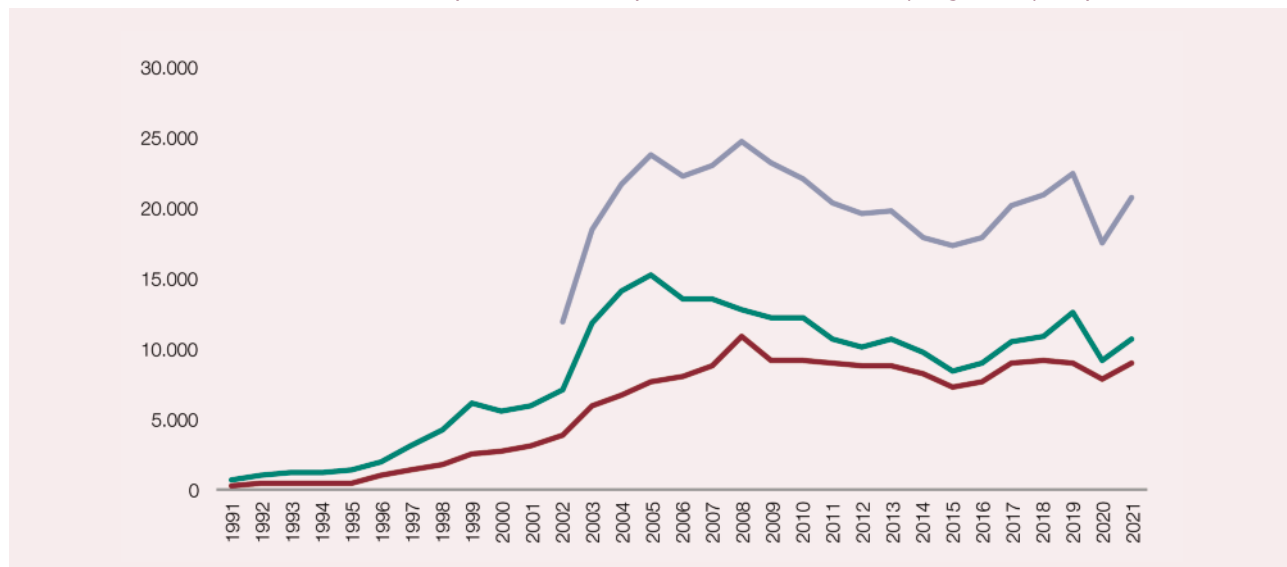
El número de primeras admisiones también aumentó progresivamente entre 1991 y 2005, pasando de 681 en 1991 a 15.258 en 2005, año en que alcanzó la máxima cifra registrada y que coincide con las mayores prevalencias para el consumo habitual (últimos 12 meses) y reciente (últimos 30 días), obtenidas en la encuesta EDADES (población de 15 a 64 años). A partir del 2006 se inició una tendencia descendente que alcanzó el valor más bajo en 2015 (8.445), iniciándose de nuevo un aumento en el número de primeras admisiones, llegando a las 12.491 admisiones en 2019. En 2021, el porcentaje que suponen las primeras admisiones por cocaína parece indicar una estabilización, pero será necesario esperar al 2022 para poder valorar la tendencia.

La cocaína se mantiene en 2021 como la sustancia ilegal responsable del mayor número de primeras admisiones a tratamiento, por encima del cannabis.

Dentro de la cocaína, la cocaína polvo supone el 86,7% del total de las admisiones por cocaína, mientras que el 13,1% son admitidos por cocaína base, mostrando ambas un perfil diferente.

Figura 2.1.10.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína (en general). España, 1991-2021.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1991	681	262	-	2006	13.463	8.036	22.242
1992	932	367	-	2007	13.429	8.753	23.037
1993	1.146	431	-	2008	12.847	10.786	24.680
1994	1.265	491	-	2009	12.142	9.107	23.132
1995	1.415	516	-	2010	12.130	9.095	22.087
1996	1.892	932	-	2011	10.637	8.889	20.335
1997	3.129	1.402	-	2012	10.142	8.855	19.497
1998	4.174	1.838	-	2013	10.734	8.726	19.848
1999	6.126	2.576	-	2014*	9.683	8.182	17.864
2000	5.499	2.773	-	2015	8.445	7.248	17.327
2001	5.977	3.046	-	2016	9.052	7.678	17.889
2002	7.125	3.893	11.904	2017	10.393	9.025	20.168
2003	11.851	5.893	18.359	2018	10.871	9.226	20.981
2004	14.126	6.747	21.646	2019	12.491	8.989	22.345
2005	15.258	7.562	23.746	2020	9.092	7.744	17.490
				2021	10.647	9.004	20.741

* 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 del admitido a tratamiento por cocaína polvo** es el de un varón de 38,2 años que mayoritariamente no 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 diario o de 2 a 3 días a la semana y la consumen por vía intranasal o esnifada. El 56,5% refiere consumir otras sustancias, principalmente alcohol y cannabis. El 2,6% ha recibido alguna vez en la vida un TSO (mayoritariamente con metadona).

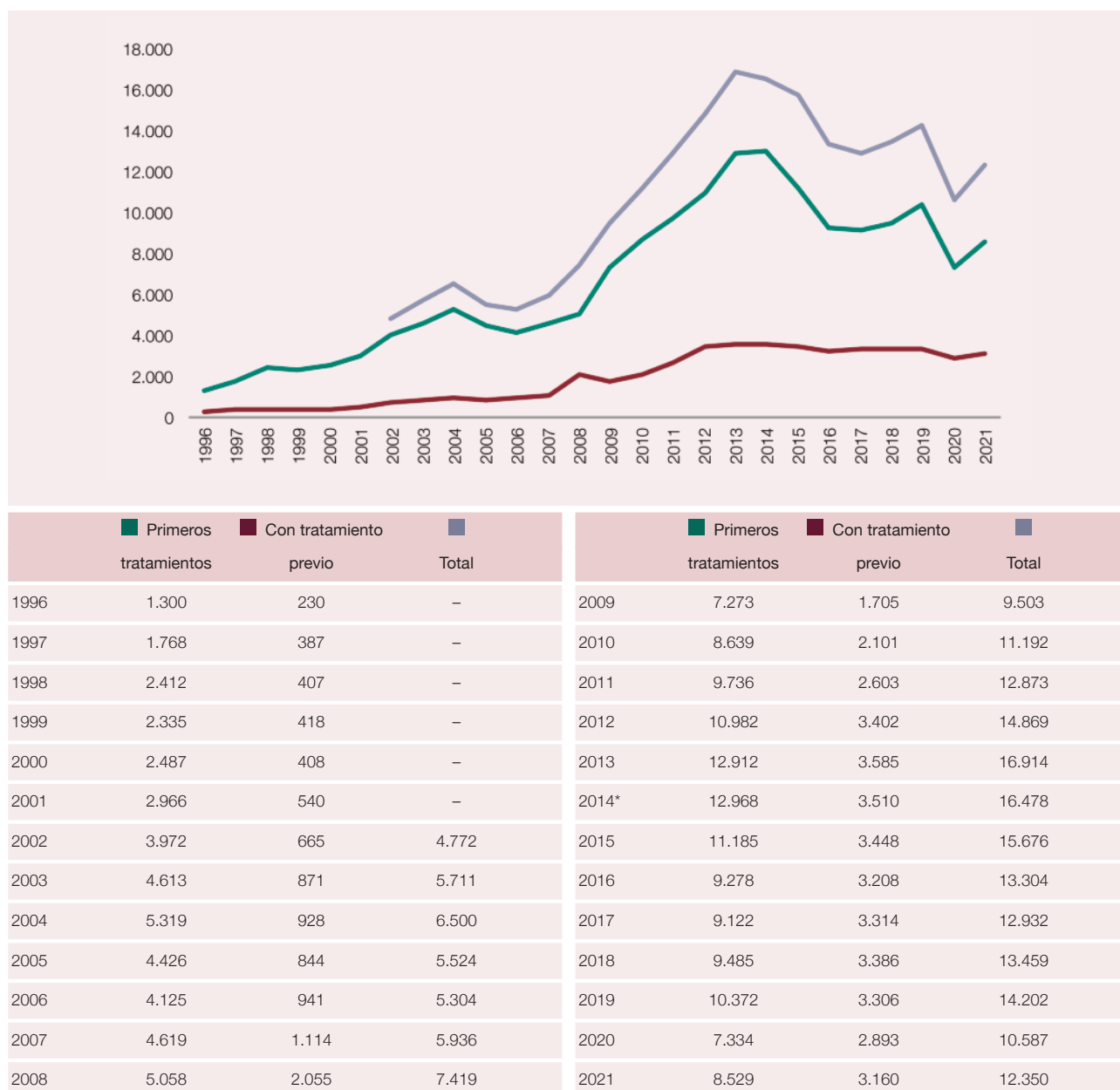
El **perfil del admitido a tratamiento por cocaína base** es el de un varón, un poco mayor (39,3 años) que ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria, parado habiendo trabajado antes y que acude principalmente por iniciativa propia. Suelen presentar un consumo diario de la sustancia y la consumen por vía pulmonar o fumada. El 63% refiere consumir otras sustancias, principalmente alcohol, cannabis y opiáceos. El 18,0% 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 de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis fue de 12.350 en 2021 (figura 2.1.11), dato algo superior al obtenido durante el año 2020 (10.587 admitidos a tratamiento), año en el que se inició la pandemia por COVID, observándose una ligera recuperación en 2021.

Figura 2.1.11.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1996-2021.



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 confirmaron en 2019 y que, debido a la pandemia por COVID iniciada en 2020 y que continuó durante el año 2021, aunque con menor impacto, las admisiones a tratamiento por consumo de cannabis se encuentran en niveles similares al año 2017.

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 93,7% de todos los menores de 18 años que han sido admitidos a tratamiento por consumo de drogas ilegales en 2021 en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis (figura 2.1.3).

El **perfil de los admitidos a tratamiento por cannabis** es el de un varón de 28,3 años que acude por primera vez a tratamiento por esa sustancia. Acude por iniciativa propia o por presión familiar, vive con familia de origen, suele presentar un consumo diario de la sustancia y la consume por vía pulmonar o fumada. El 33,1% refiere consumir otras sustancias, principalmente alcohol y cocaína.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes

En 2021, el número de admisiones a tratamiento por consumo de hipnosedantes (tranquilizantes, sedantes o somníferos) fue de 1.077. Las admisiones por estas sustancias estaban más o menos estabilizadas en los últimos 10 años, en un rango entre 900 y 1.100 admisiones al año (figura 2.1.12). Como ocurre con el resto de sustancias, en 2020 se observó una bajada en el número de admitidos a tratamiento debido al cierre de centros de tratamiento durante la pandemia por COVID. En 2021 estas admisiones a tratamiento aumentan situándose en niveles similares al año 2018.

El porcentaje de mujeres entre los admitidos a tratamiento por hipnosedantes es mucho más elevado que en el resto de sustancias, situándose en el 40,7% 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:



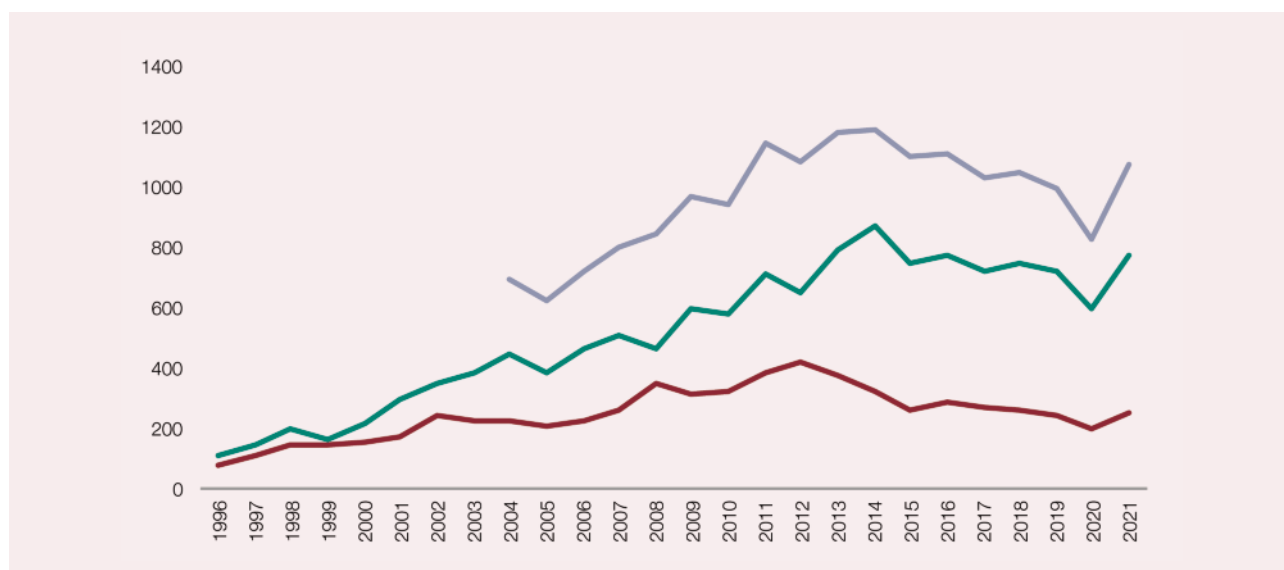
El perfil de los **hombres** es el de un varón de 38,9 años, con estudios primarios, que acude por primera vez a tratamiento, bien por iniciativa propia o bien derivado por el médico de Atención Primaria, y que vive con su familia de origen o solo, está parado o es pensionista. El 45,1% refiere consumir otras sustancias, principalmente cannabis, alcohol y cocaína (drogas secundarias).



En el caso de las **mujeres**, se trata de una mujer de 46,9 años, con estudios primarios o secundarios, que acude por primera vez a tratamiento, por iniciativa propia o referida por el médico de Atención Primaria y 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. La mayoría no consume otras sustancias (70,9%); entre las mujeres que además de los hipnosedantes consumen otras sustancias, éstas son alcohol y cannabis.

Figura 2.1.12.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes. España, 1996-2021.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1996	109	77	-	2009	598	312	963
1997	144	111	-	2010	580	323	944
1998	197	143	-	2011	709	386	1.143
1999	165	147	-	2012	648	421	1.083
2000	214	154	-	2013	787	374	1.175
2001	299	170	-	2014*	871	321	1.192
2002	350	242	-	2015	742	256	1.098
2003	382	225	-	2016	772	282	1.105
2004	441	224	693	2017	721	269	1.032
2005	383	209	618	2018	744	261	1.050
2006	466	223	717	2019	715	242	992
2007	503	261	795	2020	595	201	824
2008	463	352	845	2021	768	252	1.077

* 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.

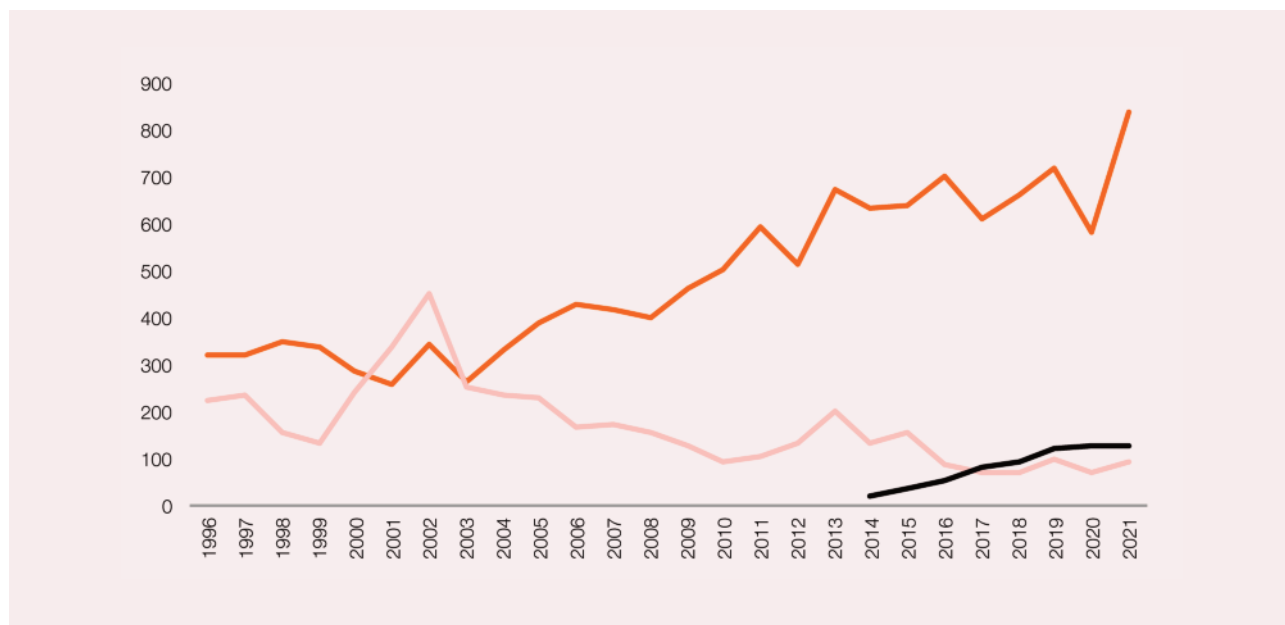
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de estimulantes distintos de la cocaína: anfetaminas, metanfetaminas y éxtasis

Los estimulantes distintos a cocaína (anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis y otros) representaron, en 2021, el 3,1% del total de admisiones de todas las drogas ilegales. 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.

Figura 2.1.13.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de estimulantes distintos de la cocaína: anfetaminas, metanfetaminas y éxtasis. España, 1996-2021.



	Anfetaminas	Metanfetaminas	Éxtasis		Anfetaminas	Metanfetaminas	Éxtasis
1996	319	-	226	2009	461	-	127
1997	323	-	237	2010	501	-	93
1998	347	-	154	2011	595	-	102
1999	339	-	135	2012	512	-	134
2000	288	-	240	2013	671	-	201
2001	255	-	335	2014	635	20	133
2002	342	-	452	2015	636	38	157
2003	266	-	254	2016	699	55	89
2004	330	-	236	2017	608	81	68
2005	386	-	229	2018	662	93	72
2006	426	-	165	2019	716	119	96
2007	415	-	172	2020	580	129	72
2008	400	-	155	2021	837	127	91

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Dentro de los estimulantes distintos de la cocaína, las anfetaminas son la sustancia que más admisiones a tratamiento genera, seguida de las metanfetaminas y del éxtasis (figura 2.1.13). Como en el resto de sustancias, los datos del 2020 no pueden valorarse directamente, pero en 2021, los porcentajes de admisiones a tratamiento por anfetaminas muestran un ligero incremento respecto a años anteriores.

El **perfil de los admitidos a tratamiento por anfetaminas** se mantiene como en años previos: varón de 37,4 años que acude por primera vez a tratamiento, con educación secundaria, que acude a tratamiento por iniciativa propia y vive con su familia de origen. Llegan a tratamiento consumiendo todos los días, por vía intranasal. El 54,3% refiere consumir también cannabis, alcohol y/o cocaína.

El **perfil de los admitidos a tratamiento por metanfetamina** es el de un varón de 38,2 años que acude por primera vez a tratamiento, con educación secundaria, parado, que acude a tratamiento derivado de servicios de salud y vive con su familia de origen. Llegan a tratamiento consumiendo todos los días, por vía pulmonar. El 36,4% refiere consumir también hipnosedantes y cannabis.

El **perfil de los admitidos a tratamiento por éxtasis** es el de un varón de 30,8 años que acude por primera vez a tratamiento, con educación secundaria, trabajando, que acude a tratamiento por iniciativa propia y vive con su familia de origen. Llegan a tratamiento consumiendo menos de un día a la semana, por vía oral. El 63,9% refiere consumir también cannabis y alcohol.

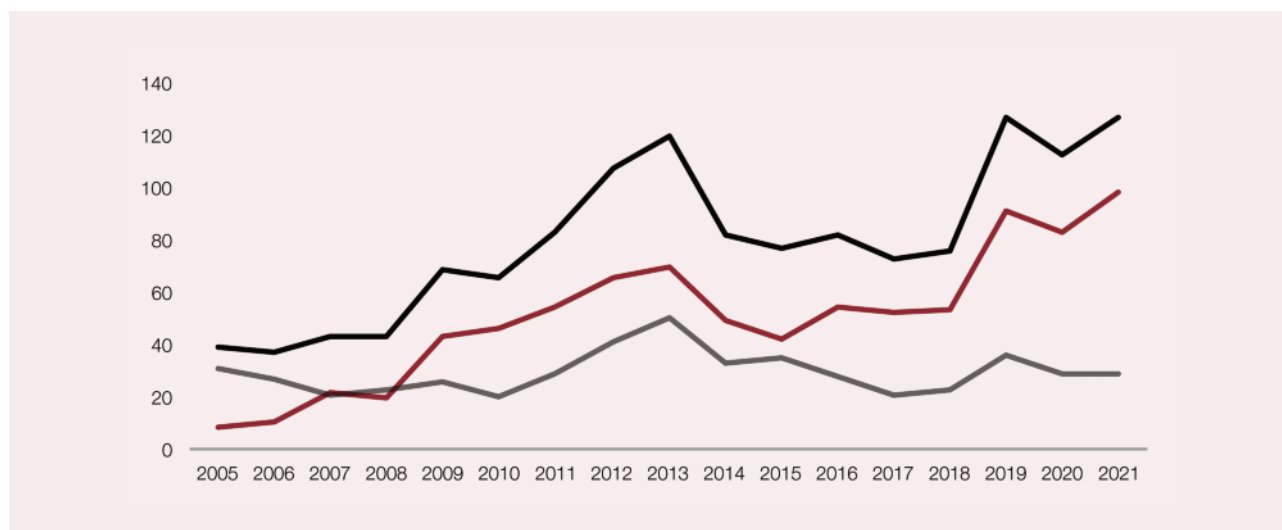
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alucinógenos

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, 2013, 2019 y 2020. En 2021 se vuelven a superar los 100 casos, notificándose 127 casos, de ellos más del 77,2% son por ketamina, que es la responsable de 98 admisiones en 2021 (figura 2.1.14).

El **perfil de los admitidos a tratamiento por alucinógenos** es el de un varón de 32,1 años que acude por primera vez a tratamiento, con educación secundaria, trabajando, que acude a tratamiento por iniciativa propia y vive con su familia de origen. Llegan a tratamiento consumiendo todos los días, por vía intranasal o esnifada. El 65% refiere consumir también cannabis y alcohol.

Figura 2.1.14.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alucinógenos (ketamina u otros alucinógenos). España, 2005-2021.



	■ Alucinógenos*	■ Ketamina	■ Otros alucinógenos
2005	39	8	31
2006	37	10	27
2007	43	22	21
2008	43	20	23
2009	69	43	26
2010	66	46	20
2011	83	54	29
2012	107	66	41
2013	120	70	50
2014	82	49	33
2015	77	42	35
2016	82	54	28
2017	73	52	21
2018	76	53	23
2019	127	91	36
2020	112	83	29
2021	127	98	29

* Alucinógenos incluye ketamina y otros alucinógenos.

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 qué ocurre en nuestro país respecto a nuevos consumos detectados en otros países. Por ello, desde 2014 se ha hecho un seguimiento de sustancias como el fentanilo, el tramadol, 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 2.1.15. En 2021 se observa un aumento de admisiones a tratamiento por mefedrona, spice, fentanilo y tramadol.

Figura 2.1.15.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de diferentes sustancias como droga principal. España, 2014-2021.



FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol

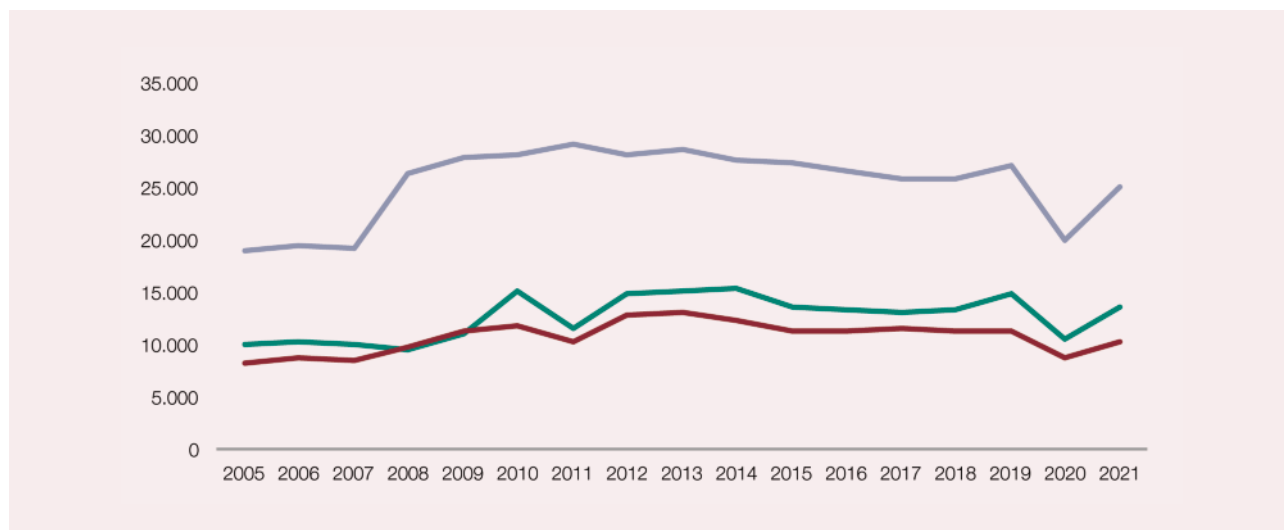
En 2021, el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol fue de 25.140 (figura 2.1.16). Aunque ya se ha mencionado anteriormente en el apartado de metodología, debe tenerse en cuenta que parte de los tratamientos por abuso o dependencia de alcohol se realizan en dispositivos 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 2021, del 36,2% de las admisiones a tratamiento. Además, se encuentra presente en gran parte de los patrones de policonsumo.

El perfil de los admitidos a tratamiento por alcohol es el de un varón de 47,3 años que vive con su familia propia (pareja y/o hijos) o solo, 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 (73,5%) no consume otras drogas. Entre los que sí consumen otras sustancias, destaca el uso de cocaína y cannabis (drogas secundarias).

Figura 2.1.16.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol. España, 2005-2021.



	■ 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
2020	10.501	8.705	20.017
2021	13.575	10.234	25.140

* 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.

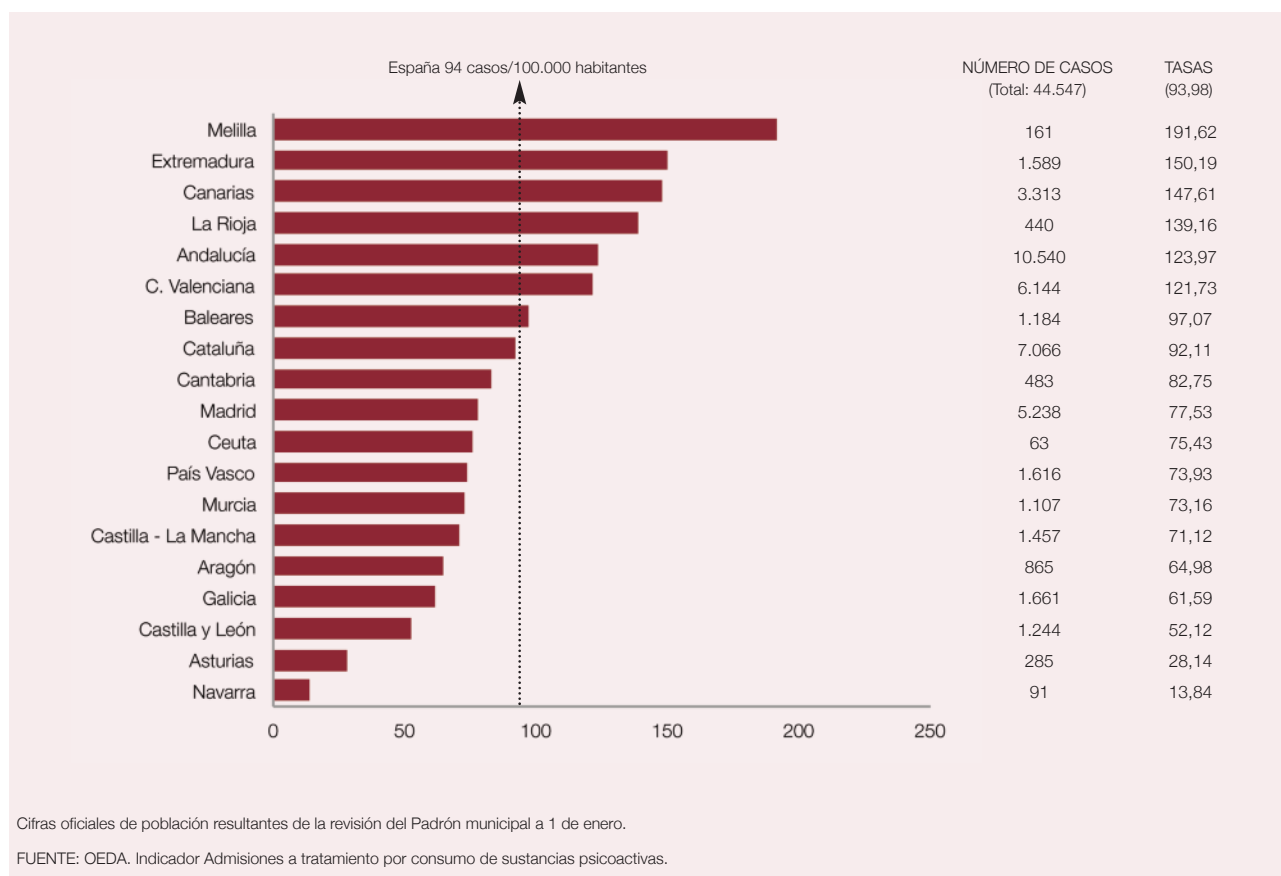
Resultados por comunidades/ciudades autónomas

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 2.1.17).

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 2.1.17.

Número de casos y tasas por 100.000 habitantes de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según comunidad/ciudad autónoma. España, 2021.



2.2. Indicador Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2021

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 2021, notificaron al indicador 16 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas (todas salvo Galicia, Ceuta y Melilla).

En 2017, en el seno del grupo de trabajo del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA) se decidió revisar el indicador de urgencias, tanto la hoja de recogida como los criterios de inclusión de los episodios, porque se venía observando una falta de ajuste de la hoja con la realidad de los consumidores en ese momento.

Entre los cambios propuestos se estableció:

- El registro de los episodios de urgencias relacionados con el alcohol e hipnosedantes como sustancias únicas, siempre que fueran episodios agudos (no crónicos).
- El aumento del rango de edad hasta los 59 años, quedando establecido el rango en 15-59 años, principalmente porque la información disponible mostraba, que, a diferencia de lo que se había venido asumiendo hasta ese momento con respecto a la relación entre consumos y juventud, una proporción considerable de consumidores de sustancias psicoactivas arrastraban sus consumos hasta bien entrada la madurez.
- La revisión de la hoja de recogida, adaptando las variables a recoger a la realidad actual de los consumidores. Añadiendo variables como síntomas por los que se acude a urgencias, patología psiquiátrica previa y tipo de consumo realizado.
- Registrar únicamente las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias.
- Todas estas modificaciones se trasladaron al nuevo protocolo de urgencias, en el que se especifican de manera detallada todos los cambios realizados y en el que se establece la definición de caso que a partir del 2020 será:

“Episodio de urgencia hospitalaria por reacción aguda relacionada con el consumo reciente no médico de sustancias psicoactivas (o síndrome de abstinencia) en personas de 15 a 59 años.”

Información más detallada sobre los criterios de inclusión y exclusión, así como la hoja de recogida de datos se pueden consultar en la página web del Plan Nacional sobre Drogas¹.

Para evitar el impacto que pueda suponer en la serie histórica del indicador, la unión de urgencias por alcohol e hipnosedantes como sustancias únicas, en la primera parte del capítulo se presentaran datos sin estos episodios y en la segunda parte del capítulo se analizaran las urgencias con estos episodios incorporados.

Resultados

En 2021 se notificaron al indicador 6.209 episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga² (tabla 2.2.1).

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 2021, de los 6.209 episodios de urgencias relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas, las sustancias que más presencia tienen son el cannabis que se relacionó con el 44,5% los episodios de urgencia y la cocaína, que se relaciona con el 40,3% 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).

En las tablas 2.2.2, 2.2.3 y 2.2.4 se muestran algunas características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas en 2021 y a lo largo de la serie histórica.

La proporción de **mujeres** ha venido mostrando cierta tendencia ascendente, alcanzando en 2021 su proporción más alta, superando por primera vez en la serie histórica el 30% de las urgencias (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 36,1 años (2021). El análisis por sustancias muestra que aquellos que acuden a urgencias por el consumo de opioides tienen una edad más avanzada, mientras que los que acuden por consumo de éxtasis, alucinógenos, cannabis y anfetaminas son más jóvenes (tabla 2.2.3).

1. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>.

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 2021.

Tabla 2.2.1.

Número de episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas y porcentaje según tipo de droga. España*, 1996-2021.

	Nº de episodios	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Hipnóticos y sedantes	Heroína	Antetaminas	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
2020	4.657	39,9	40,6	44,9	34,6	6,7	5,7	8,9	2,6	0,8	0,4
2021	6.209	40,3	41,4	44,5	35,9	5,0	7,3	8,1	2,8	1,3	0,2

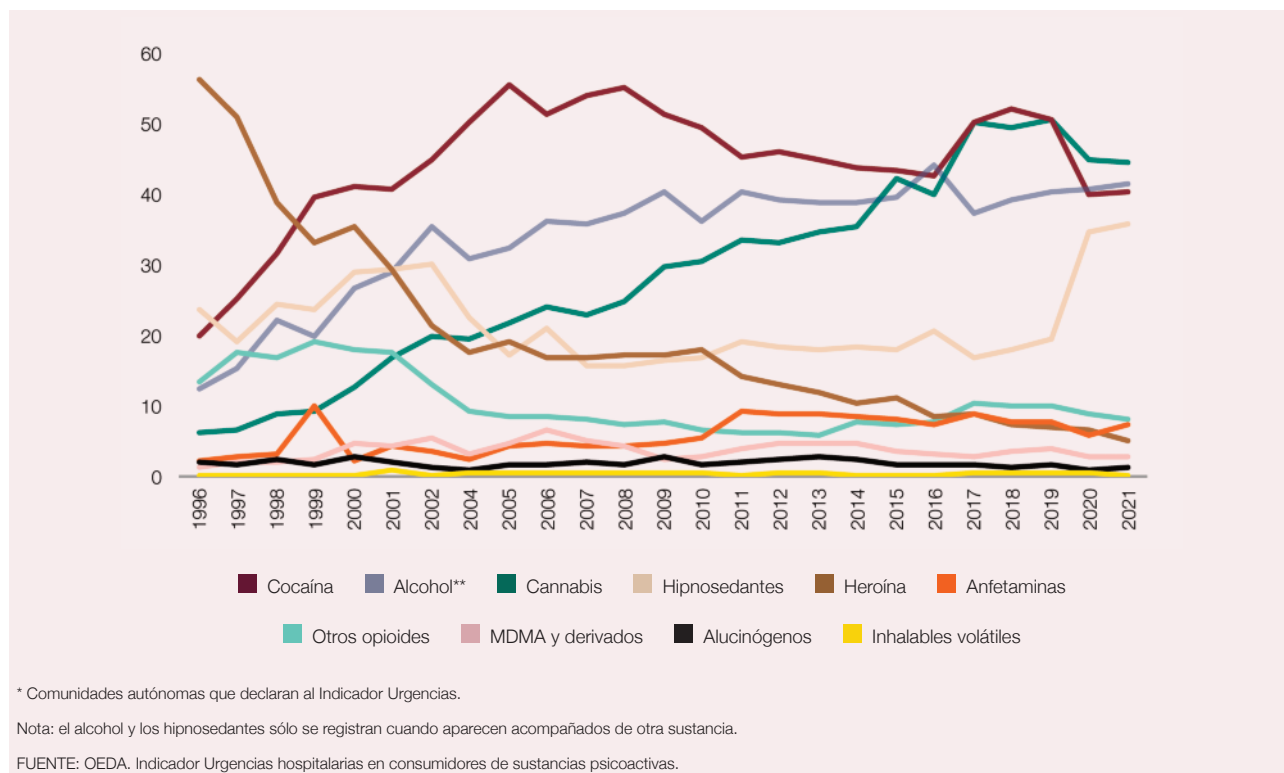
* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

Nota: el alcohol y los hipnosedantes sólo se registran cuando aparecen acompañados de otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Figura 2.2.1.

Evolución de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según el tipo de droga. España* 1996-2021.



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 (73,4% en 2021). No obstante, se registra una tendencia ascendente a lo largo de los años del número de urgencias que precisan ingreso hospitalario (7,6% en 1996 al 14,3% en 2021), con pequeños repuntes derivados del diferente peso de las sustancias relacionadas con las urgencias. 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 heroína, anfetaminas y otros opioides. Además, en 2021 se observan más traslados a otros centros en las urgencias relacionadas con anfetaminas (6,7%) y hay más altas voluntarias entre los consumidores de heroína (12,3%) (tabla 2.2.3). Debido al escaso número de casos de MDMA, alucinógenos y de inhalables volátiles y al hecho de que estas sustancias suelen aparecer junto con otras, no se valoran las características de estas urgencias.

La tabla 2.2.4 presenta la distribución por sustancias de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas en 2021, según **sexo**.

La situación de pandemia vivida en el país a raíz del COVID tuvo un impacto en las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, y aunque las sustancias que más episodios de urgencias generaron en 2020 fueron el cannabis, la cocaína y los hipnosedantes, el peso de estas sustancias presentó un gran cambio respecto a lo que se venía observando. En 2021 se mantuvieron los cambios observados en 2020, estabilizándose la bajada de urgencias por cocaína, pasando de estar presente en la mitad de las urgencias por consumo de sustancias a estar presente en 4 de cada 10 urgencias. Asimismo en 2021 se estabilizó la bajada de las urgencias por cannabis, pasando de estar en el 50,6% en 2019 a ser responsable del 44,5% de las urgencias en 2021. Respecto a los hipnosedantes, en 2021 se confirmó la subida de las urgencias relacionadas con estas sustancias junto con otra sustancia. El alcohol, como sustancia responsable junto con otra sustancia, se mantiene en el 41,4% de las urgencias.

Entre los hombres se dan más urgencias por cocaína y cannabis y entre las mujeres las sustancias que más urgencias provocan son los hipnosedantes y el alcohol (siempre junto con otra sustancia) (tabla 2.2.4).

Tabla 2.2.2.

Evolución de las características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. España*, 1996-2021.

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nº episodios	2.585	2.099	2.328	2.673	5.828	7.042	6.431	5.626	5.999	6.441	5.238	4.565	4.293	5.027	5.352	4.657	6.209
Edad media (años)	27,8	29,1	30,3	29,8	31,0	31,6	32,4	32,6	32,8	33,2	34,1	34,3	34,6	34,8	34,1	36,5	36,1
Sexo (%)																	
Mujeres	21,4	23,1	27,4	27,4	28,0	26,1	22,7	26,3	26,1	24,5	22,6	22,6	22,7	25,3	25,7	29,3	30,6
Sustancias psicoactivas relacionadas (%)																	
Heroína	56,1	38,7	35,3	21,4	17,5	16,9	17,2	17,8	13,0	10,3	11,2	8,6	9,0	7,4	7,0	6,7	5,0
Otros opiodes	13,5	16,8	18,0	13,1	9,1	8,5	7,5	6,7	6,1	7,6	7,4	7,7	10,3	10,1	9,9	8,9	8,1
Cocaína	19,9	31,6	40,9	44,7	50,0	51,1	55,1	49,5	46,0	43,7	43,5	42,5	50,2	52,0	50,7	39,9	40,3
Anfetaminas	2,2	3,0	2,2	3,4	2,3	4,7	4,4	5,5	8,9	8,6	8,0	7,5	8,7	7,6	7,8	5,7	7,3
MDMA y der.	1,3	2,2	4,5	5,3	3,2	6,4	4,2	2,9	4,6	4,5	3,7	3,2	2,8	3,4	3,8	2,6	2,8
Hipnosedantes	23,6	24,3	28,9	30,1	22,3	21,0	15,6	16,7	18,3	18,5	18,1	20,5	16,9	17,9	19,5	34,6	35,9
Cannabis	6,2	8,9	12,8	19,9	19,3	23,9	24,7	30,5	33,0	35,5	42,2	40,1	50,3	49,4	50,6	44,9	44,5
Alucinógenos	2,1	2,4	2,7	1,3	0,8	1,7	1,6	1,7	2,5	2,5	1,6	1,5	1,5	1,4	1,8	0,8	1,3
l. volátiles	0,2	0,3	0,3	0,2	0,6	0,4	0,5	0,4	0,5	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5	0,4	0,2
Alcohol	12,4	22,2	26,8	35,4	30,7	36,0	37,3	36,3	39,0	38,7	39,8	43,9	37,1	39,0	40,3	40,6	41,4
Resolución urgencia (%)																	
Alta médica	80,5	81,2	78,7	82,1	81,4	76,2	80,0	79,6	75,9	69,8	72,2	71,6	71,1	72,7	73,0	70,4	73,4
Alta voluntaria	7,0	8,8	8,5	7,4	5,3	8,6	8,5	7,0	8,2	9,9	8,2	8,2	8,3	8,4	8,8	7,9	7,5
Ingreso hospitalario	7,6	6,0	8,3	6,3	8,0	8,8	7,8	10,2	12,5	15,9	16,0	17,0	17,1	15,2	15,1	17,3	14,3
Muerte en urgencias	0,1	0,0	0,7	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Traslado otro centro	4,8	3,9	3,7	4,0	5,3	6,3	3,7	3,2	3,3	4,2	3,6	3,1	3,5	3,7	3,1	4,3	4,7

* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

Notas: Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia. El alcohol y los hipnosedantes sólo se registran cuando aparecen acompañados de otra sustancia.

En esta tabla se recogen solamente algunos años; la serie completa se puede consultar en <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>

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*, 2021.

	Total	Según sexo		Según droga							
		Hombres	Mujeres	Cocaína	Cannabis	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y der.	Alucinógenos	I. volátiles
Número de episodios	6.209	4.301	1.902	2.325	2.572	290	419	467	159	73	14
Edad media (años)	36,1	36,4	35,5	37,6	32,2	41,6	34,1	42,8	29,2	29,7	34,4
Sexo (%) mujeres	30,6	-	-	20	23,4	16,6	22,9	29,6	24,5	19,4	42,9
Resolución de la urgencia (%)											
Alta médica	73,4	73,5	73,1	74,8	73,7	63,9	69,1	65,7	71,7	63,0	71,4
Alta voluntaria	7,5	8,3	5,9	8,8	7,1	12,3	6,2	11,1	13,8	9,6	7,1
Ingreso hospitalario	14,3	13,7	15,8	12,1	14,5	19,6	18,0	18,0	11,3	24,7	21,4
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	4,7	4,5	5,2	4,3	4,7	4,2	6,7	5,2	3,1	2,7	0,0

* Comunidades autónomas que declaran al indicador Urgencias.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Tabla 2.2.4.

Porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de algunas drogas, según sexo. España*, 2021.

	Total	Hombres	Mujeres
Cocaína	44,5	48,4	35,5
Alcohol**	41,4	42,2	39,4
Cannabis	40,3	45,6	27,4
Hipnosedantes**	35,9	29,7	50,8
Otros Opioides	8,1	8,1	8,1
Anfetaminas	7,3	7,9	5,7
Heroína	5,0	5,9	2,8
MDMA y deriv.	2,8	2,9	2,3
Alucinógenos	1,3	1,4	0,8
I. Volátiles	0,2	0,2	0,4

* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

** El alcohol y los hipnosedantes sólo se registran cuando aparecen acompañados de otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Las sustancias que más veces aparecen como sustancia única responsable de los episodios de urgencias son el cannabis, en el 13,5% de los episodios notificados y la cocaína, en el 8,9% de los episodios.

En las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, lo más habitual es que se asocie más de una sustancia con la urgencia: en 2021, en el 65,6% de los episodios notificados había al menos 2 sustancias relacionadas con la urgencia. No observándose diferencias en función del sexo.

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 (80,0%), con una edad media de 37,6 años, cuyo episodio de urgencia termina mayoritariamente (74,8%) con el alta médica. La edad media venía mostrando una clara tendencia ascendente y parecía estabilizada en los últimos años alrededor de los 36 años, pero desde 2020, al aumentar la edad revisada en el indicador se observa un aumento de la edad media, que confirmaría la hipótesis del aumento de edad de los consumidores (tabla 2.2.3.). Casi la mitad han consumido también alcohol.

Los síntomas que presentan dependen de las sustancias consumidas, y como se ha comentado anteriormente, la mayoría de los episodios de urgencias se relacionan con más de una sustancia. Esto dificulta identificar la sintomatología asociada a una única sustancia. Para poder estudiar mejor los síntomas que llevan a las personas a urgencias, vamos a aplicar filtros para separar grupos de sustancias con mayor impacto en cuanto a la sintomatología.

Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el consumo de **cocaína y no han consumido opioides**, son principalmente la ansiedad (41,6%), la agitación, agresividad e irritabilidad (31,4%), alucinaciones o episodios psicóticos (14,8%) o pérdida de conciencia, síncope o coma (13,5%) y en menor medida dolor en el pecho (8,0%), palpitaciones, arritmias o taquicardias (9,0%).

El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de **cannabis** es el de un hombre (76,6%) con una edad media de 32,2 años. El 73,7% de los episodios acaba con alta médica y el 14,5% con ingreso hospitalario. La edad media es más baja que la encontrada para otras sustancias, aunque ha mostrado una clara tendencia ascendente (tabla 2.2.3).

Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el consumo de **cannabis y que no han consumido ni opiáceos ni cocaína** son principalmente la ansiedad (44,0%), la agitación, agresividad e irritabilidad (31,6%), alucinaciones o episodios psicóticos (16,3%), vómitos o náuseas (14,3%) o pérdida de conciencia, síncope o coma (12,0%), y en menor medida dolor abdominal (7,4%).

Los **opioides** se sitúan en tercer lugar (11,5%), 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 (5,0%) de las urgencias relacionadas con otros opioides (8,1%) en los que se detectan principalmente metadona, fentanilo, tramadol y morfina. 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 mantiene en 2021 (figura 2.2.2).

Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el consumo de **opioides y no han consumido cocaína**, son principalmente pérdida de conciencia, síncope o coma (29,4%), ansiedad (33,3%), agitación, agresividad o irritabilidad (22,7%), vómitos o náuseas (11,3%) y en menor medida, dolor abdominal (7,4%), alucinaciones o episodios psicóticos (7,1%).

Las urgencias relacionadas con **heroína** muestran una clara tendencia descendente desde 1996, con algunas variaciones interanuales, registrando en 2021 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 (83,4%) con una edad media de 41,6 años, cifra estabilizada en los últimos años, pero siendo la edad más elevada de la serie histórica. En el 63,9% la urgencia finaliza con el alta médica y en el 19,6% de los episodios en ingreso hospitalario (tabla 2.2.3).

Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el consumo de **heroína y no han consumido otros opioides ni cocaína**, son principalmente pérdida de conciencia, síncope o coma (25,4%), ansiedad (23,9%), agitación, agre-

sividad o irritabilidad (23,9%), alucinaciones o episodios psicóticos (14,1%) y en menor medida, vómitos o náuseas (8,5%) y dolor abdominal (8,5%).

Por otro lado, podemos analizar el perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de **otros opiáceos distintos de la heroína**, en el que se observa una mayor presencia de mujeres (29,6%) y personas un poco más mayores (42,8 años). En cuanto a la resolución de la urgencia, el 65,7% finalizan con el alta médica y el 18,0% de los episodios en ingreso hospitalario (tabla 2.2.3).

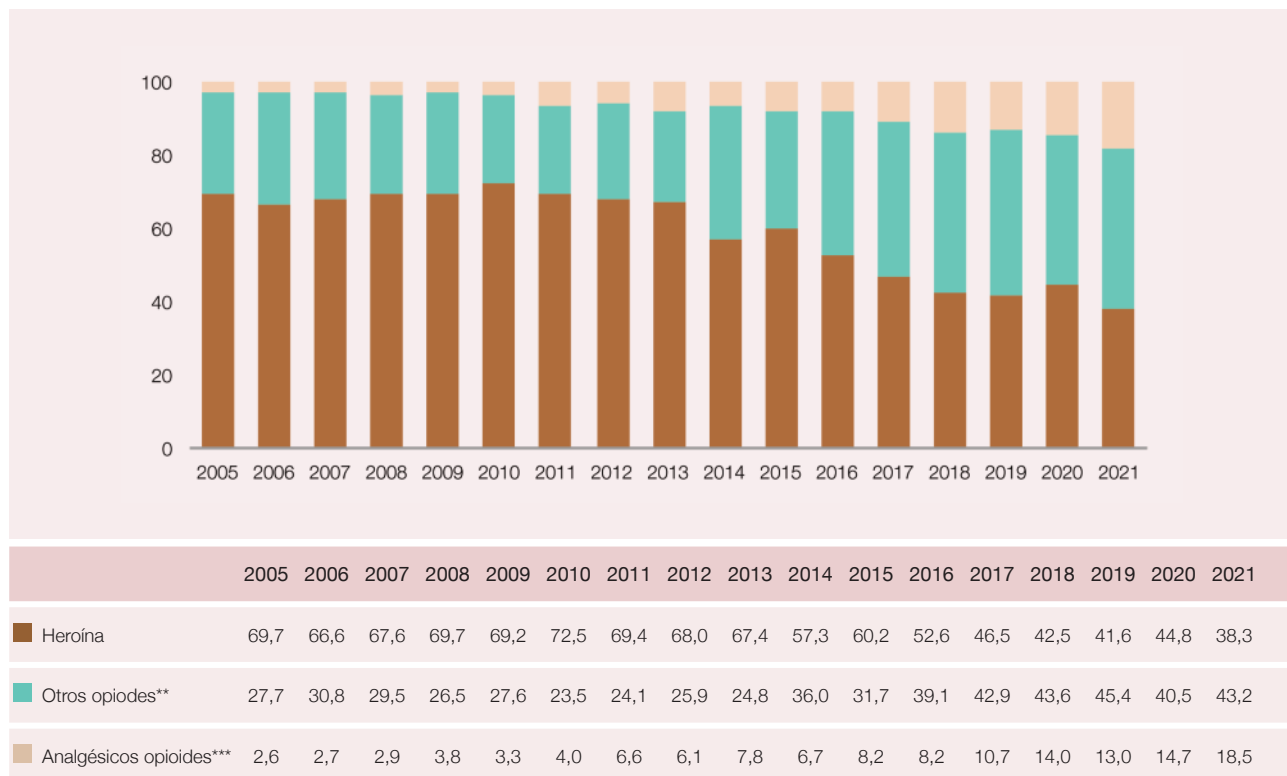
Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el consumo de otros **opiáceos distintos de la heroína y que no han consumido cocaína**, son principalmente pérdida de conciencia, síncope o coma (29,3%), la ansiedad (24,0%), la agitación, agresividad e irritabilidad (22,7%), y en menor medida, alucinaciones, delirios o episodios psicóticos (13,3%).

Tras el aumento del consumo de **analgésicos opiáceos** en EEUU y en el resto de Europa, se monitorizó de manera retrospectiva desde 2005, la presencia de analgésicos opiáceos 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 140 en 2021, detectándose principalmente tramadol (75 episodios) y fentanilo (16 episodios).

El análisis evolutivo de los episodios de urgencias relacionados con opiáceos, muestran un claro descenso del peso de la heroína como opiáceo responsable de la urgencia hospitalaria y un progresivo aumento de otros opiáceos, consolidándose, en los últimos años, la presencia de analgésicos opiáceos (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*, 2005-2021.



* 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, fentanilos, petidina, tramadol, buprenorfina, codeína, dextrometorfano, hidromorfona, oxycodona y tapentadol.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

La siguiente sustancia más detectada en las urgencias son las **anfetaminas**, que en 2021 estaban presentes en el 7,3% de las urgencias relacionadas con drogas. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de anfetaminas es el de un hombre (77,1%), con una edad media de 34,1 años. Los episodios de las urgencias se resuelven mayoritariamente con el alta médica (69,1%) y en 2021, un 18,0% de los episodios finalizó con el ingreso hospitalario (tabla 2.2.3).

Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el consumo de **anfetaminas y no han consumido cocaína ni opioides**, son principalmente la ansiedad (37,4%), agitación, agresividad e irritabilidad (35,8%), alucinaciones o episodios psicóticos (17,6%) o palpitaciones, arritmias o taquicardias (13,4%).

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 2021 en el 2,8% de las urgencias, los alucinógenos en 1,3% y los inhalables volátiles en el 0,2%.

El protocolo del Registro del Indicador de Urgencias Hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas incluye la detección de **nuevas sustancias psicoactivas**. En 2021 se detectaron 8 episodios relacionados con la mefedrona (2 episodios en 2017, 16 en 2018, 9 en 2019 y 16 en 2020) y 2 episodios de urgencias hospitalarias por consumo de spice, no detectándose ningún otro episodio de urgencias hospitalarias relacionados con ninguna otra nueva sustancia psicoactiva. 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, históricamente, este indicador solo recogía información en el caso de que el alcohol apareciera junto con otra sustancia, por lo que las cifras registradas para los episodios relacionados con el consumo de alcohol representaban sólo datos parciales del impacto de su consumo en los servicios de urgencias. Siguiendo este criterio, el alcohol está presente, junto con otras sustancias psicoactivas, en el 41,4% 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 2021, en las urgencias relacionadas con la heroína, la vía de administración predominante fue la pulmonar o fumada (59,3%), seguida de la parenteral o inyectada (21,6%). 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 (85,4%) seguida de la pulmonar o fumada (9,8%). Evolutivamente se detecta una disminución considerable de la vía inyectada, que ha pasado de un 23,1% en 2012 a un 3,2% en 2021 (tabla 2.2.5).

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*, 2011-2021.

Drogas y vía de administración		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
HEROÍNA	Oral	1,6	0,8	0,2	1,5	1,5	2,2	2,7	9,0	5,3	9,6	8,0
	Pulmonar o fumada	35,4	25,4	30,6	25,7	26,0	50,0	61,0	50,7	57,3	54,2	59,3
	Intranasal o esnifada	6,8	8,9	9,5	5,2	5,3	6,7	5,1	11,9	13,6	8,5	9,9
	Parenteral o inyectada	56,3	64,9	59,6	67,7	68,5	41,1	30,7	27,9	23,8	27,7	21,6
	Otra vía	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	1,2
OTROS OPIODES	Oral	94,5	96,8	98,7	89,3	85,0	91,3	95,1	95,9	95,0	92,1	93,0
	Pulmonar o fumada	1,1	0,8	0,4	1,8	3,2	1,7	1,4	0,8	1,5	4,4	1,7
	Intranasal o esnifada	1,8	1,0	0,1	0,0	2,4	0,4	0,0	0,6	0,5	0,3	0,8
	Parenteral o inyectada	1,9	0,8	0,5	7,7	7,3	6,1	1,6	1,1	1,5	2,2	3,1
	Otra vía	0,7	0,6	0,2	1,2	2,0	0,4	1,9	1,6	1,5	1,0	1,4
COCAÍNA	Oral	1,4	1,0	0,5	2,3	2,0	3,3	2,5	1,6	2,1	5,0	1,7
	Pulmonar o fumada	20,8	18,2	18,5	10,4	18,4	17,9	11,1	11,8	14,1	13,4	9,8
	Intranasal o esnifada	61,9	57,5	61,2	72,7	71,6	73,5	85,6	85,1	81,9	78,5	85,4
	Parenteral o inyectada	15,8	23,1	19,6	14,4	10,0	8,6	3,3	1,5	1,7	2,5	3,2
	Otra vía	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,7	0,0
ANFETAMINAS	Oral	81,6	78,0	69,9	71,9	68,2	65,9	72,3	75,0	73,2	73,5	70,5
	Pulmonar o fumada	5,3	5,9	10,6	4,5	7,1	4,8	9,9	2,4	3,0	2,4	4,4
	Intranasal o esnifada	12,5	16,1	18,7	21,9	24,7	27,8	17,7	22,6	23,4	23,5	23,5
	Parenteral o inyectada	0,3	0,0	0,4	1,7	0,0	1,6	0,0	0,0	0,4	0,6	1,6
	Otra vía	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0	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	93,7	88,9
	Pulmonar o fumada	1,4	1,1	0,0	1,6	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	5,1
	Intranasal o esnifada	0,9	1,6	0,0	2,4	4,8	1,9	0,0	3,8	3,8	3,8	6,1
	Parenteral o inyectada	0,0	0,0	0,7	0,8	0,0	0,0	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	0,0	0,0
HIPNOSEDANTES	Oral	99,5	99,3	99,5	98,8	99,3	99,5	98,5	99,1	99,1	99,5	99,3
	Pulmonar o fumada	0,1	0,2	0,2	0,8	0,2	0,3	0,7	0,6	0,6	0,2	0,4
	Intranasal o esnifada	0,2	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,3
	Parenteral o inyectada	0,1	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,0	0,3	0,3	0,3	0,0
	Otra vía	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
CANNABIS	Oral	2,6	2,4	2,2	5,3	4,3	5,1	1,8	4,8	4,8	5,9	3,8
	Pulmonar o fumada	96,6	97,3	97,3	93,5	95,5	94,8	98,1	94,8	94,8	93,7	95,3
	Intranasal o esnifada	0,6	0,3	0,4	0,7	0,2	0,1	0,0	0,2	0,2	0,3	0,8
	Parenteral o inyectada	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	Otra vía	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0
ALUCINÓGENOS	Oral	72,9	73,3	54,8	37,1	76,1	82,8	77,8	86,6	86,6	96,0	75,7
	Pulmonar o fumada	15,3	2,7	11,3	2,2	13,0	3,4	0,0	6,7	6,7	4,0	0,0
	Intranasal o esnifada	11,9	14,7	17,7	16,9	2,2	13,8	22,2	6,7	6,7	0,0	13,5
	Parenteral o inyectada	0,0	6,7	16,1	43,8	8,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,8
	Otra vía	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

Nota: el alcohol y los hipnosedantes sólo se registran cuando aparecen acompañados de otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Para el resto de las sustancias psicoactivas, los datos sobre la vía de administración concuerdan con lo ya conocido a partir de otras fuentes.

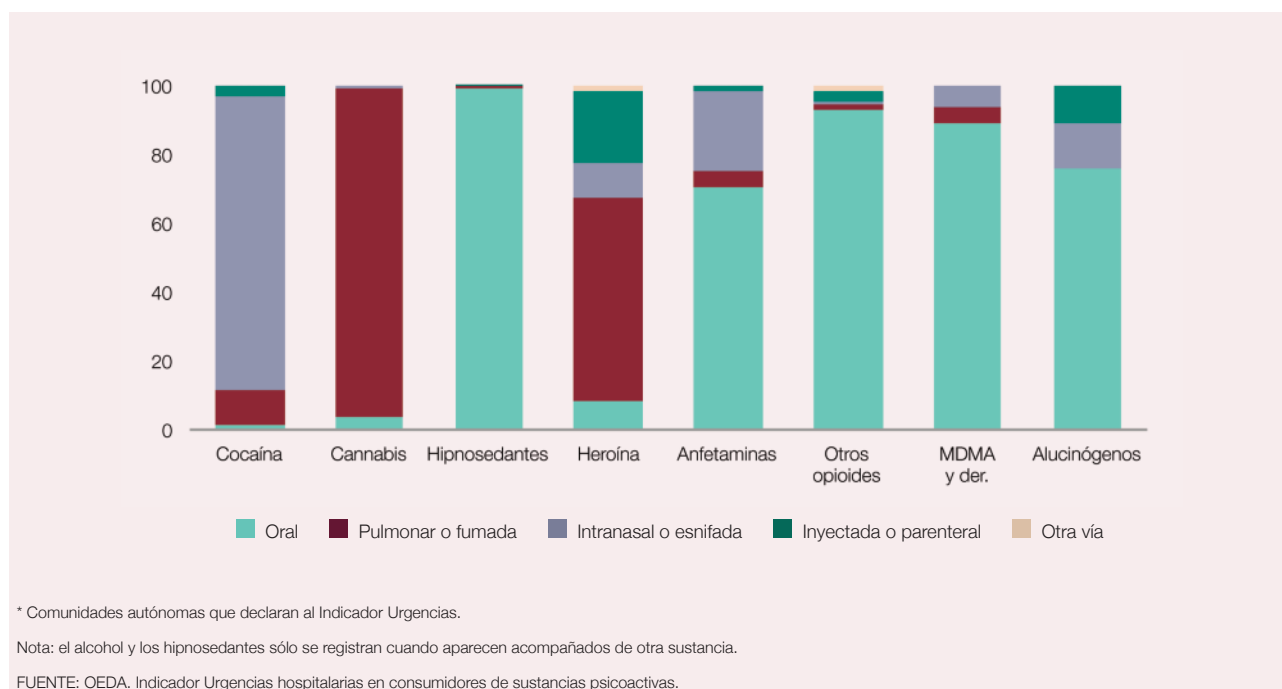
En el caso del MDMA, los alucinógenos y las anfetaminas, la vía de administración es mayoritariamente oral.

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 (95,3%) pero evolutivamente se mantiene una pequeña proporción de vía oral (3,8%).

Figura 2.2.3.

Vía de administración de las drogas relacionadas con urgencias hospitalarias. España*, 2021.



Nuevo protocolo

Añadiendo las urgencias por alcohol e hipnosedantes como sustancias únicas, en 2021 se notificaron al indicador 12.476 episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga³ (tabla 2.2.6).

De los 12.476 episodios de urgencias relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas, las sustancias que más presencia tienen son el alcohol que se relacionó con el 55,5% los episodios de urgencia, los hipnosedantes (33,5%), el cannabis (21,3%) y la cocaína, que se relaciona con el 19,3% de los episodios analizados.

La proporción de mujeres aumenta al 36,8% y la edad media se sitúa en los 36,8 años, edad media más elevada que la detectada cuando se excluyen los episodios de alcohol e hipnosedantes como sustancias únicas y que confirma que los episodios de urgencias por estas dos sustancias se dan en personas de mayor edad (tabla 2.2.7).

3. 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 2021.

Tabla 2.2.6.

Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas (incluyendo alcohol e hipnosedantes como sustancias únicas). España*, 2020-2021.

	2020	2021
NÚMERO DE EPISODIOS	9.239	12.476
EDAD MEDIA (años)	38,2	36,8
SEXO (%)		
Mujeres	34,8	36,8
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS RELACIONADAS (%)		
Heroína	3,3%	2,4%
Otros Opiodes	4,4%	3,9%
Cocaína	20,0%	19,3%
Anfetaminas	2,9%	3,5%
MDMA y derivados	1,3%	1,3%
Hipnosedantes	33,6%	33,5%
Cannabis	22,5%	21,3%
Alucinógenos	0,4%	0,6%
Inhalables Volátiles	0,2%	0,1%
Alcohol	54,0%	55,5%
RESOLUCIÓN URGENCIA (%)		
Alta médica	73,1%	75,6%
Alta voluntaria	8,5%	8,7%
Ingreso hospitalario	14,8%	12,1%
Muerte en urgencias	0,1%	0,0%
Traslado a otro centro	3,5%	3,6%

* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

Notas: Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia. El alcohol y los hipnosedantes se registran también cuando son la única sustancia responsable de la urgencia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Tabla 2.2.7.

Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. Total, según sexo y según droga. España*, 2021.

	Total	Según sexo		Según droga									
		Hombres	Mujeres	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Hipnosedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y der.	Alucinógenos	I. volátiles
Número de episodios	12.476	7.878	4.583	2.325	6.693	2.572	4.036	290	419	467	159	73	14
Edad media (años)	36,8	37,8	35,1	37,6	37,6	32,2	37,7	41,6	34,1	42,8	29,2	29,7	34,4
Sexo (%) mujeres	36,8			20,0	30,4	23,4	54,0	16,6	22,9	29,6	24,5	19,4	42,9
Resolución de la urgencia (%)													
Alta médica	75,6	74,6	77,3	74,8	77,3	73,7	74,3	63,9	69,1	65,7	71,7	63,0	71,4
Alta voluntaria	8,7	10,0	6,6	8,8	10,3	7,1	7,2	12,3	6,2	11,1	13,8	9,6	7,1
Ingreso hospitalario	12,1	12,0	12,3	12,1	9,9	14,5	13,9	19,6	18,0	18,0	11,3	24,7	21,4
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	3,6	3,4	3,8	4,3	2,4	4,7	4,5	4,2	6,7	5,2	3,1	2,7	0,0

* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

Nota: el alcohol y los hipnosedantes se registran también cuando son la única sustancia responsable de la urgencia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

El perfil de los que acuden al hospital por una urgencia relacionada con el consumo de **alcohol** es el de un hombre (69,6%) con una edad media de 37,6 años. El 77,3% de los episodios acaba con alta médica y el 9,9% con ingreso hospitalario.

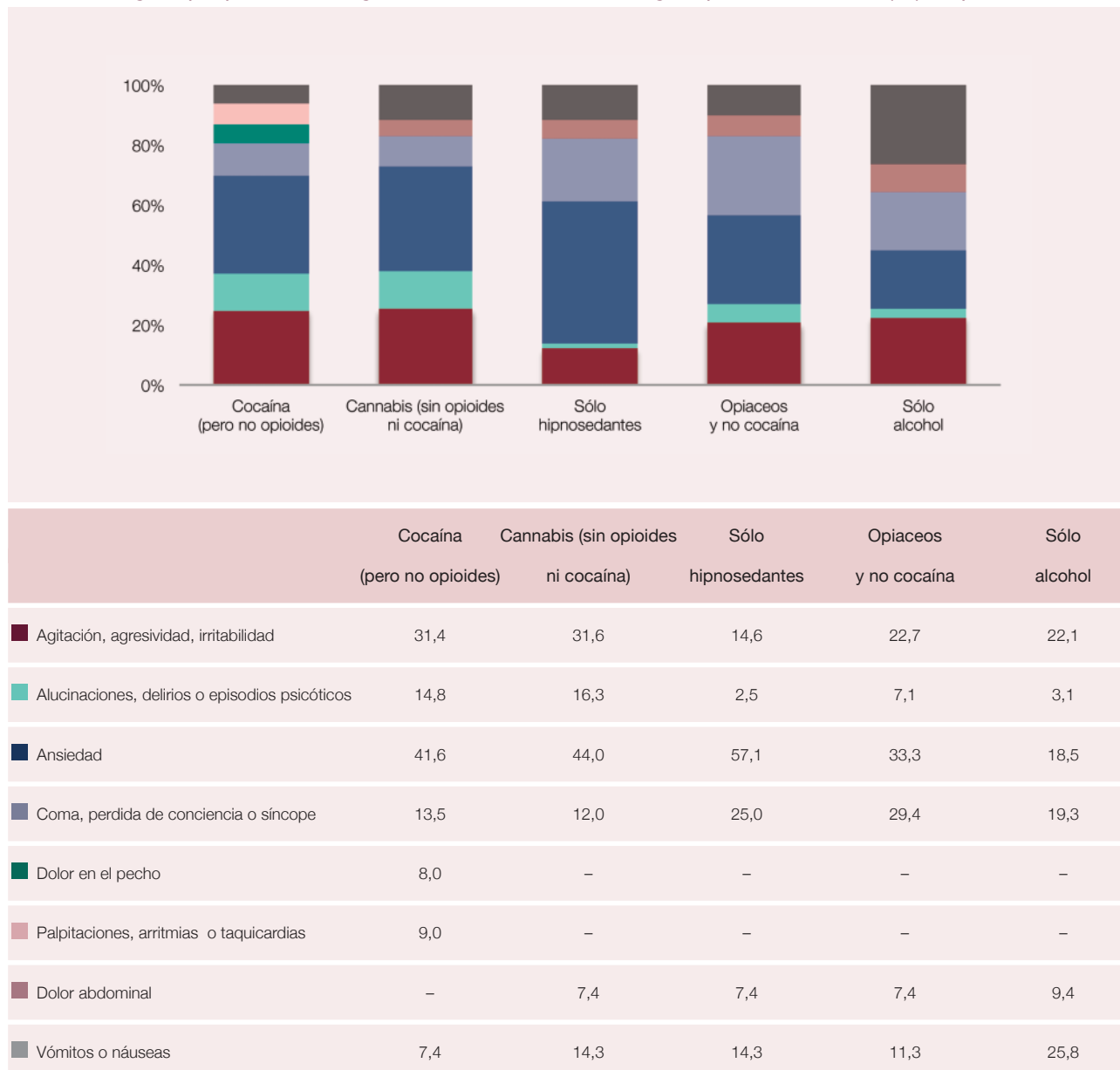
Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el **consumo de alcohol únicamente**, son principalmente vómitos o náuseas (25,8%), agitación, agresividad e irritabilidad (22,1%), pérdida de conciencia, síncope o coma (19,3%), ansiedad (18,5%) y, en menor medida, dolor abdominal (9,4%).

El perfil de los que acuden al hospital por una urgencia relacionada con el consumo de **hipnosedantes** es el de una mujer (54,0%) con una edad media de 37,7 años. El 74,3% de los episodios acaba con alta médica, el 7,2% con alta voluntaria y el 13,9% con ingreso hospitalario.

Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el **consumo de hipnosedantes únicamente**, son principalmente la ansiedad (57,1%), o pérdida de conciencia, síncope o coma (29,4%) y, en menor medida, agitación, agresividad e irritabilidad (22,7%) (figura 2.2.4).

Figura 2.2.4.

Sintomatología* que provoca la urgencia en función de las drogas que se relacionan (%). España** 2021.



* Se presentan los síntomas que aparecen al menos en un 5% de las urgencias.

** Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Al recoger las urgencias por hipnosedantes y alcohol como sustancias únicas, entre los hombres la sustancia que más urgencias genera es el alcohol (60,7%) a mucha distancia del resto de sustancias, seguida del cannabis (25,7%), mientras que, entre las mujeres, las sustancias que más urgencias generan son los hipnosedantes (49,7%) y el alcohol (46,5%) (tabla 2.2.8).

Con el nuevo protocolo, se ha recogido información sobre la **patología dual** de las personas que acuden a urgencias, así como el tipo de consumo realizado. En el 47,2% del total de urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, la persona presenta una patología psiquiátrica previa, siendo las principales patologías, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad y abuso o dependencia a alguna de las sustancias. El 58,6% de las urgencias relacionadas con el consumo de únicamente hipnosedantes presentaron patología dual, siendo la prevalencia de patología dual menor para aquellos episodios de urgencias relacionadas únicamente con el consumo de anfetaminas (50,6%) o cannabis (49,8%) (figura 2.2.5).

Tabla 2.2.8.

Porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según sexo. España*, 2021.

	Total	Hombres	Mujeres
Alcohol	55,5	60,7	46,5
Hipnosedantes	33,5	24,2	49,7
Cannabis	21,4	25,7	13,8
Cocaína	19,3	24,2	10,6
Otros opioides	2,4	4,3	3,2
Heroína	2,4	3,2	1,1
Anfetaminas	3,5	4,2	2,2
MDMA y derivados	1,3	1,6	0,9
Alucinógenos	0,6	0,8	0,3
Inhalables volátiles	0,1	0,1	0,1

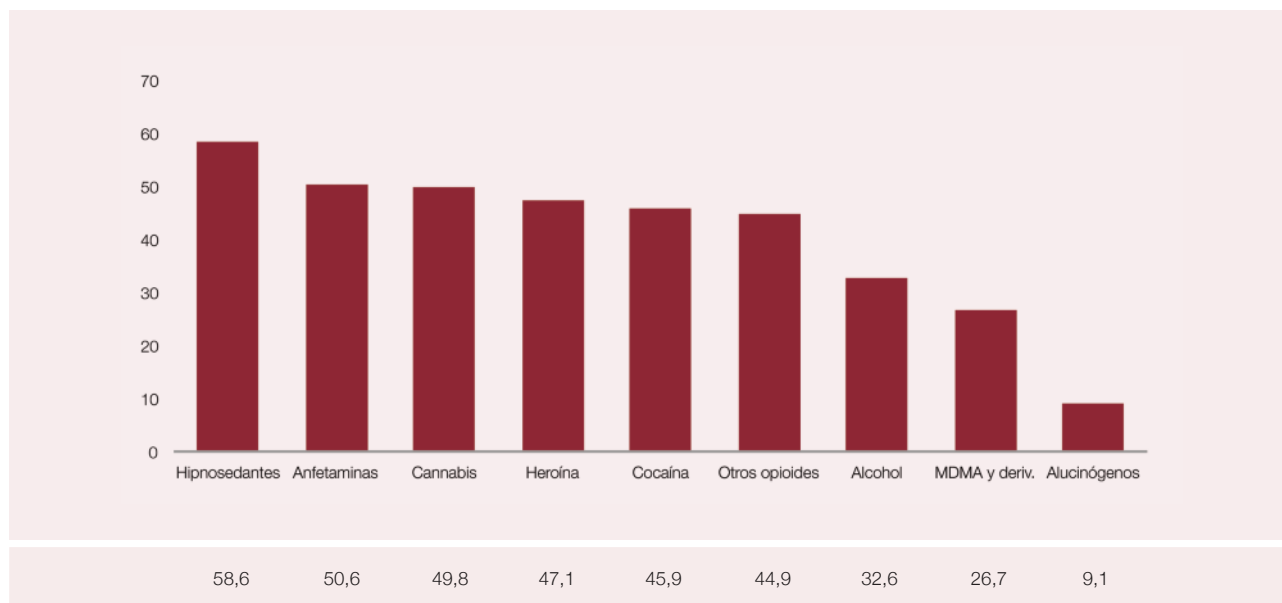
* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

Nota: el alcohol y los hipnosedantes se registran también cuando son la única sustancia responsable de la urgencia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Figura 2.2.5.

Prevalencia de patología dual en los episodios de urgencias en los que se detecta únicamente una sustancia, en función de la sustancia detectada (%). España, 2021.



** Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

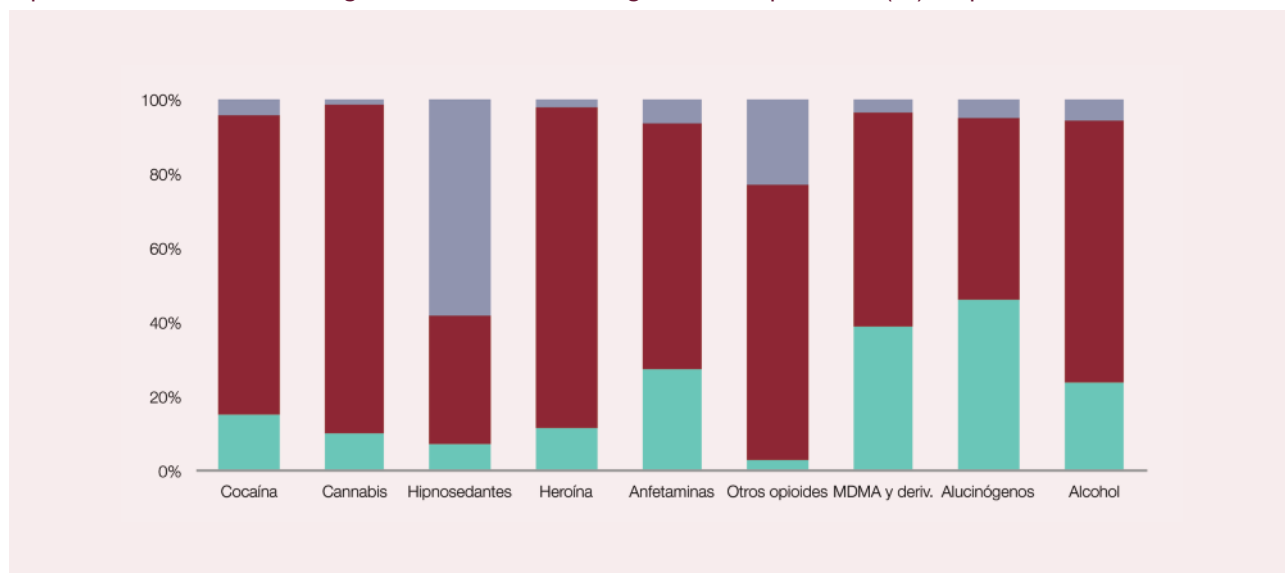
Nota: el alcohol y los hipnosedantes se registran también cuando son la única sustancia responsable de la urgencia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Respecto al **tipo de consumo referido**, los datos muestran que el perfil de consumo es distinto en función de las sustancias que genera la urgencia, así la mayoría de los episodios de urgencia relacionados con la cocaína, cannabis y opiáceos, se dan en consumidores habituales de esas sustancias. El consumo ocasional es más elevado en el caso de las anfetaminas, el MDMA, los alucinógenos y el alcohol. Es remarcable el porcentaje de urgencias en las que el consumo de hipnosedantes se realiza con una **intención autolítica**, que en 2021 superó más del 58% de los consumos de estas sustancias (figura 2.2.6).

Figura 2.2.6.

Tipo de consumo de las drogas relacionadas con urgencias hospitalarias (%). España* 2021.



	Cocaína	Cannabis	Hipnosedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y derivados	Alucinógenos	Alcohol
Ocasional	15,1	10,4	7,4	11,6	27,5	2,9	39,2	46,2	23,4
Habitual	80,6	87,9	34,3	86,2	65,9	74,3	57,0	48,7	71,1
Intento autolítico	4,2	1,7	58,2	2,2	6,6	22,8	3,8	5,1	5,5
Sumisión química	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

Nota: El alcohol y los hipnosedantes se registran también cuando son la única sustancia responsable de la urgencia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2021

Introducción

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 aguda a drogas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas¹, y el **Registro General de Mortalidad** del Instituto Nacional de Estadística (INE)².

El OEDA notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)³ y a la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (ONUDD)⁴ 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.

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.

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

2. <http://www.ine.es/>

3. <https://www.emcdda.europa.eu/>

4. <https://www.unodc.org/unodc/index.html>

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, el Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y el Indicador Admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales. La información de estos indicadores ayuda a diseñar y evaluar, sobre la base del conocimiento, intervenciones relacionadas con el consumo de drogas y otras adicciones, 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 de sustancias psicoactivas no médico (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 2021 han notificado todos los partidos judiciales de todas las comunidades y ciudades autónomas (CCAA), a excepción de Aragón, que ha notificado el 75% de los partidos judiciales. Se estima que la cobertura de este indicador en 2021 es del 99,4% de la población española (89,1% en 2019).

En los últimos años se ha mejorado la **notificación de los suicidios** por parte de las CCAA, en los que la sustancia mayoritaria son los hipnosedantes a veces en combinación con otras sustancias.

Debido a que a lo largo de la serie histórica las CCAA y CA que declaran al Indicador Mortalidad no han sido las mismas todos los años, de este registro específico de mortalidad se vienen analizando dos series de datos: en la primera se incluyen los datos procedentes de las CCAA y CA 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 Drogas⁵.

En los últimos años se viene percibiendo una preocupación generalizada por los consumidores de sustancias psicoactivas añosos, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Los datos informan que, a diferencia de lo que se ha venido asumiendo hasta ahora con respecto a la relación entre consumos y juventud, una proporción considerable de consumidores de sustancias psicoactivas arrastran sus consumos hasta bien entrada la madurez. Esto se ha traducido en un aumento de la edad media detectada en los indicadores, sin que se observen cambios en la edad de inicio en el

5. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016Protocolo_\(mortalidad\).pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016Protocolo_(mortalidad).pdf)

consumo y se confirma una mayor presencia de mayores de 40 años en todos los indicadores. Por ello, se decidió ampliar el **rango de edad** registrado en este indicador, a todos los fallecidos que cumplan criterios: desde 2020 se aportan datos sin límite de edad.

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 ha experimentado un considerable descenso y permanece bastante estabilizada 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.

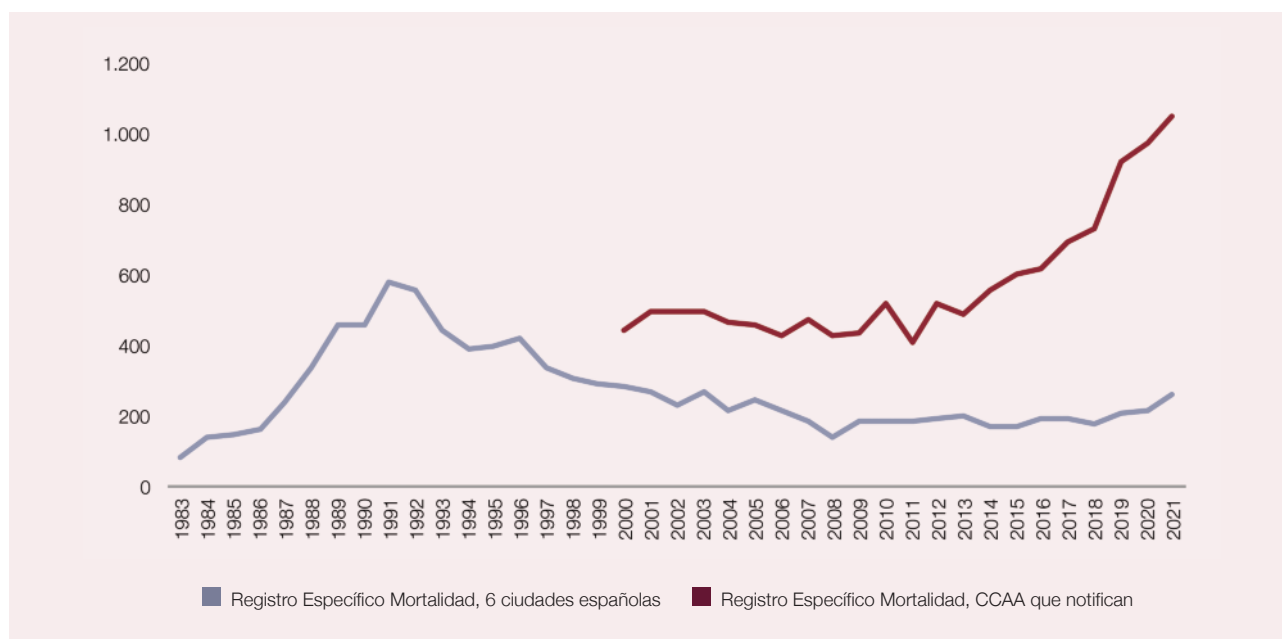
En los últimos años se observa un ascenso en el número de muertes asociadas al consumo de drogas en España debido fundamentalmente a tres razones: aumento de la cobertura nacional del indicador siendo en 2021 del 99,4%, mejora en la notificación de las muertes por suicidios y aumento del rango de edad que desde el año 2020 incluye todas las edades.

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 por 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, 1983-2021.



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. Registro Específico de Mortalidad.

Tabla 2.3.1.

Características de las personas fallecidas por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 2003-2021.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Nº de fallecidos	493	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613	696	732	920	974	1.046	
Casos analizados	490	466	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518	501	632	657	819	872	910	
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	77,4	78,0	
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	22,6	22,0	
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	45,5	46,7	
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	0,9	1,2	
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	1,5	2,7	
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	4,7	4,5	
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	7,3	6,4	
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	11,5	10,4	
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	17,1	14,1	
≥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	56,9	60,7	
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	59,6	61,6	
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	19,1	17,2	
Separado**	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	17,7	18,9	
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	3,6	2,3	
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	69,4	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	4,7	2,7	
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	9,4	10,0	
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	1,8	2,3	
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	5,8	6,9	
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	3,2	2,3	
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	5,7	5,3	
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	83,8	75,0	
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	16,2	25,0	
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	26,1	26,9	
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	73,9	73,1	
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	8,7	8,2	
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	91,3	91,8	
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	35,7	36,0	
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	64,3	64,0	
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	17,4	18,3	
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	82,6	81,7	

* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

** Separado/divorciado

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Especifico 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*, 2021.

		Hombres	Mujeres
Sexo (N)	Hombre	815	–
	Mujer	–	230
Edad categorías (%)	Menor de 20 años	1,2	0,9
	Entre 20 y 24 años	3,1	1,3
	Entre 25 y 29 años	5,1	2,2
	Entre 30 y 34 años	7,5	3,1
	Entre 35 y 39 años	10,2	11,0
	Entre 40 y 44 años	15,3	9,7
	45 años o más	57,6	71,8
	Estado civil (%)	Soltero	66,3
Casado		14,0	29,0
Separado legalmente/Divorciado		19,1	18,0
Viudo		0,5	9,0
Procedencia del cadáver (%)	Domicilio	67,3	82,3
	Hotel/Pensión	2,4	3,5
	Calle	11,9	2,7
	Establecimiento público	2,3	2,2
	Hospital	7,0	6,6
	Cárcel	2,8	0,4
	Otro lugar	6,2	2,2
Evidencias de consumo reciente de sustancias psicoactivas (%)	Sí	73,7	79,5
	No	26,3	20,5
Signos de autopsia compatible con muerte RASUPSI (%)	Sí	78,3	76,1
	No	21,7	23,9
Diagnóstico forense de muerte (%)	Sí	83,1	86,0
	No	16,9	14,0
Evidencias de suicidio (%)	Sí	19,7	50,3
	No	80,3	49,7
Signos recientes de venopunciones (%)	Sí	9,3	4,4
	No	90,7	95,6
Muerte cuya causa es una patología previa (%)	Sí	38,1	29,7
	No	61,9	70,3
Anticuerpos del VIH (%)	Positivo	20,5	12,3
	Negativo	79,5	87,7

* 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.

En 2021, a nivel nacional, se notificaron 1.046 defunciones, aunque se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de droga en 910 casos.

El 78,0% de las personas fallecidas fueron hombres y el 22,0% mujeres. El porcentaje de hombres entre los fallecidos se ha mantenido más o menos estable desde el 2003, con valores cercanos al 80%, con pequeños repuntes puntuales que sitúan el porcentaje de mujeres por encima del 20%. La edad media de los fallecidos en 2021 fue de 46,7 años, manteniéndose desde 2016 por encima de los 44 años. Al igual que venía ocurriendo en los últimos años, en 2021 el 74,8% de los fallecidos tenían más de 40 años, porcentaje más elevado de la serie histórica (posiblemente justificado por la eliminación de los límites de edad en el indicador) y que confirma el aumento de la edad media de los fallecidos.

En cuanto al estado civil, se mantuvo el predominio de las personas solteras (61,6%), con porcentajes superiores en hombres (66,3%) que en mujeres (44,0%).

En el 75,0% de los casos hubo evidencia de consumo reciente de drogas (73,3% en hombres y 79,5% en mujeres) y en el 8,2% de los casos se encontraron signos recientes de venopunción (9,3% en hombres y 4,4% en mujeres), valor más bajo de la serie histórica.

En el 36,0% de los casos, la muerte se debió a una patología previa agravada por el consumo de sustancias. La serología de infección por VIH ha registrado una clara tendencia descendente que alcanzó su valor más bajo en 2020 (17,4%) y que en 2021 se mantiene más o menos estable en 18,3%.

Respecto a la procedencia del cadáver, el 70,6% de los casos se localizaron en el domicilio (67,3% en hombres y 82,3% en mujeres), siendo mayores las diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta a la localización del cadáver en la calle (11,9% y 2,7% respectivamente) y en prisiones (2,8% y 0,4%, respectivamente).

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que, en 2021, el perfil de las personas fallecidas por reacción aguda a sustancias psicoactivas, es el de un hombre mayor de 47 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.

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 2003-2021, y en la tabla 2.3.2 se muestran las características en función del sexo de las defunciones del año 2021.

Fallecidos con evidencias de suicidio

En 2021, el 26,9% de los fallecidos mostraban **evidencias de suicidio**, siendo el porcentaje mucho mayor entre las mujeres (50,3%) que entre los hombres (19,7%). El perfil de los fallecidos con evidencias de suicidio es similar en ambos sexos, el 78,9% tienen 45 años o más, se detectan en domicilios (80,8%), con signos de consumo reciente (8,1%); además en el 83,5% de los casos se detecta más de una sustancia, siendo principalmente hipnosedantes (85,2%), opiáceos (37,9%), alcohol (38,9%) y/o cocaína (22,7%).

Se observan algunas diferencias por sexo en los fallecidos que mostraban evidencias de suicidio, principalmente en el estado civil, la edad, el porcentaje de fallecidos en los que se detecta cada sustancia o la procedencia del cadáver.

En el caso de los **hombres**, son mayoritariamente solteros y con una edad media de 47,1 años; los fallecidos se encuentran mayoritariamente en domicilios (76,5%), aunque cerca del 25% se hallan en otros lugares (en pensiones, en la calle, en hospitales, etc.). Las sustancias que más se detectan son los hipnosedantes (85,2%), el alcohol (36,5%), los opiáceos (33,0%) y la cocaína (30,4%).

En el caso de las **mujeres**, el estado civil que presentan es más variable (el 30,0% son solteras, el 27,5% casadas, el 25,0% separadas/divorciadas y el 17,5% viudas); son más mayores que los hombres (52,5 años de media) y aunque, como en el caso de los hombres, se encuentran principalmente en el domicilio (86,3%), es mucho menos habitual encontrarlas en otros lugares. Las sustancias que más se detectan son los hipnosedantes (85,2%), los opiáceos (44,3%) y el alcohol (42%), siendo menor la presencia de cocaína (12,5%).

Información sobre sustancias psicoactivas detectadas

En 2021 las principales sustancias detectadas en los 910 fallecimientos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en los que se dispone de información toxicológica, son hipnosedantes en el 66,3% de los casos (62,1% en hombres y 79,9% en mujeres), de los que el 64,5% eran benzodiacepinas (587 fallecimientos), opioides en el 55,7% (55,4% en hombres y 56,5% en mujeres), cocaína en el 52,4% (57,6% en hombres y 34,9% en mujeres) y cannabis en el 22,9% (25,3% en hombres y 14,4% en mujeres).

Evolutivamente, se observa cierto aumento de los hipnosedantes y del alcohol, un leve descenso de los opioides y una estabilización del cannabis y de la cocaína.

El alcohol sólo se registra cuando aparece junto con otra sustancia y nunca cuando aparece como sustancia única, habiéndose detectado en el 36,4% de los casos (37,4% en hombres y 33,0% en mujeres), rompiendo la tendencia descendente iniciada en 2019.

En la figura 2.3.2 y en la tabla 2.3.3 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.

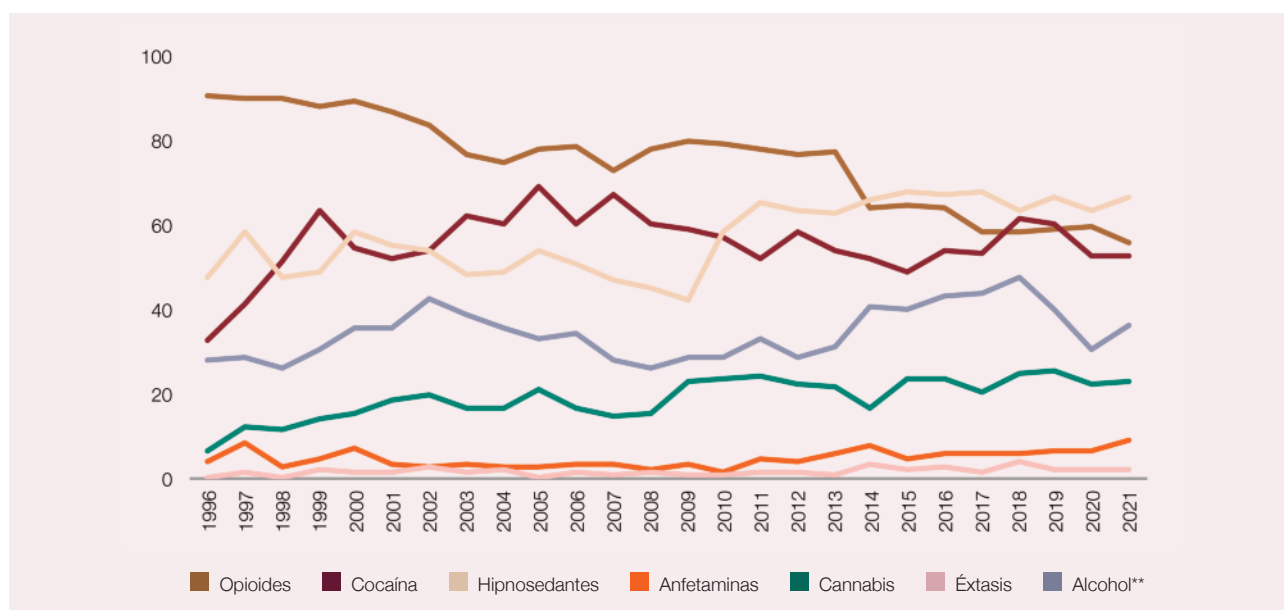
En los 910 fallecimientos analizados, la mayoría (88,6%) muestra más de una sustancia en su análisis toxicológico. En 104 fallecidos se detectó una sola sustancia (11,4%), principalmente cocaína, hipnosedantes u opioides.

En 2021 se detectan opioides en 507 fallecidos: como única sustancia en el 3,9%, con cocaína independientemente de que puedan identificarse otras sustancias de manera simultánea en el 54,5% de los casos y con sustancias diferentes a la cocaína en el 39,3%.

En el grupo de **opioides**, merece mención específica la metadona, sustancia detectada en el 29,3% de los fallecidos en 2021, valor similar al obtenido en 2019 y en 2020. Esta sustancia es el único opioide detectado en el 18,7% de los casos, independientemente de que se identificasen sustancias de otros grupos, valor similar al detectado hasta 2018 y superior al detectado en los últimos años (figura 2.3.4).

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*, 1996-2021.



* 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.

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*, 1996-2021.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
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	77,7
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	60,2
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	45,1
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	2,2
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	15,6
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	1,4
Alcohol**	27,7	28,6	26,2	30,5	35,5	35,3	42,5	39,0	35,8	33	34,3	27,8	25,9
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Opioides	79,8	79,1	77,9	76,6	77,3	64,0	64,7	63,9	58,1	58,6	59,0	59,5	55,7
Cocaína	59,1	57,3	52,2	58,6	54,1	51,7	48,8	53,7	53,2	61,6	60,3	52,9	52,4
Hipnosedantes	42,2	58,4	65,0	63,2	62,8	65,8	68,0	67,3	68,0	63,2	66,8	63,3	66,3
Anfetaminas	3,5	1,5	4,7	3,8	6,2	7,9	4,4	6,2	5,9	5,8	6,8	6,5	9,3
Cannabis	22,8	23,8	24,5	22,4	21,6	16,5	23,4	23,4	20,7	24,8	25,5	22,4	22,9
Extasis	1,1	0,8	1,7	1,7	1,1	3,5	2,3	2,8	1,7	4,3	2,3	1,9	1,9
Alcohol**	28,8	28,8	33,3	28,9	31,2	40,8	39,8	42,9	44,0	47,5	39,7	30,5	36,4

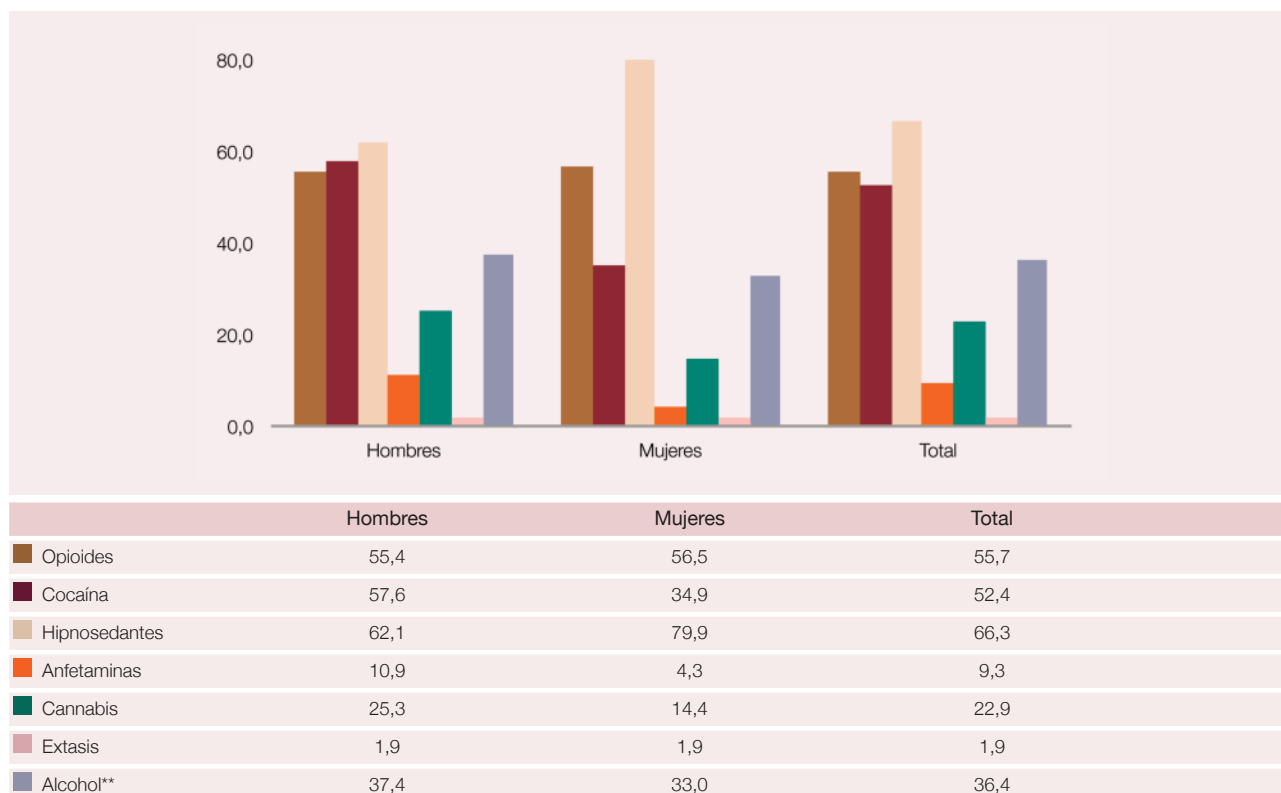
* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador y los casos en los que se ha detectado alguna sustancia.

** 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*, 2021.



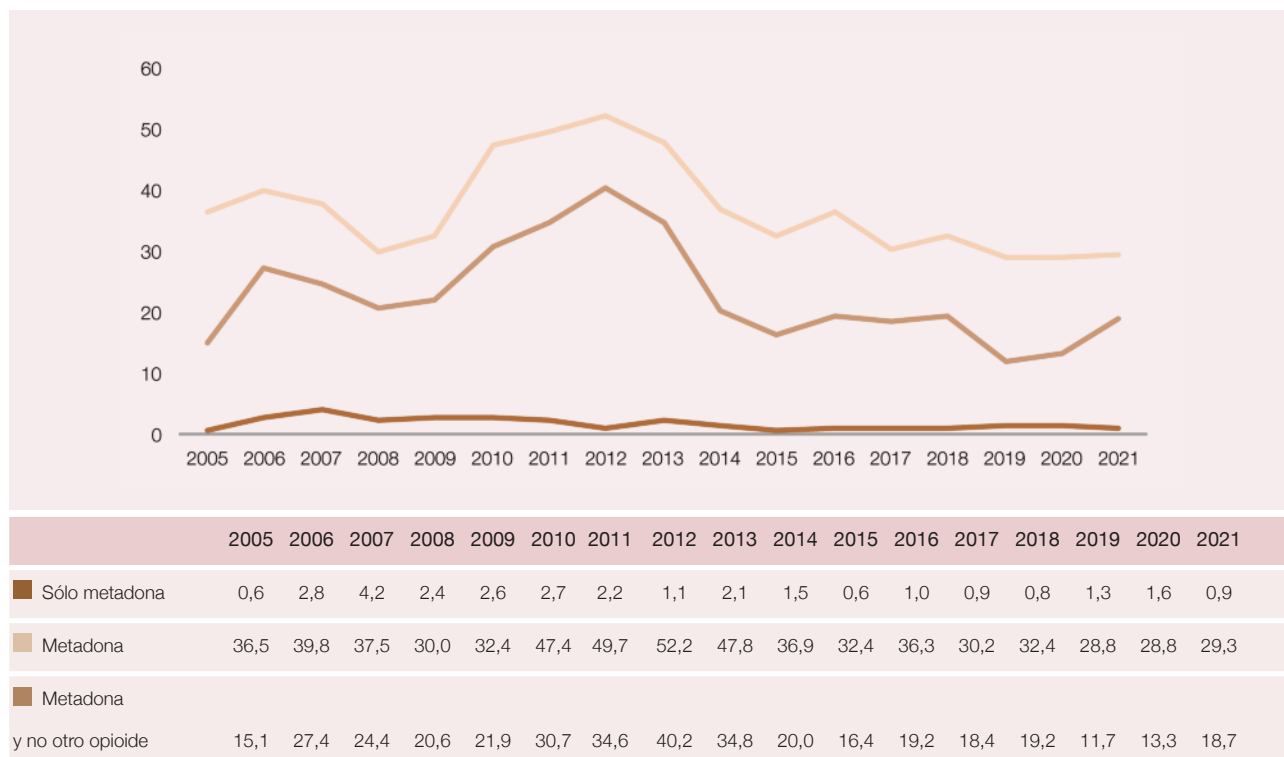
* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador y los casos en los que se ha detectado alguna sustancia.

** 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 2.3.4.

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*, 2005-2021.



* 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 2021 se han notificado 17 fallecimientos con presencia de fentanilo (19 casos 2019 y 20 en 2020) y 100 fallecimientos con presencia de tramadol (81 casos en 2019 y 80 en 2020).

Por lo que respecta a la **cocaína**, en 2021 de los 477 fallecidos en los que se identifica cocaína, se encuentra como única sustancia en el 11,3% y asociada a opioides, independientemente de otras sustancias, en el 62,4%.

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 2021, de las 910 defunciones con información toxicológica, 283 (31,1% 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 27 casos (3,0% de los casos).

Los opioides, identificados como sustancia única en los fallecidos, vienen manteniendo una tendencia general descendente que se ha estabilizado en torno al 3% desde el 2014 (2,2% en 2021). La cocaína, como sustancia única, se detecta en un 5,7% de los casos en 2021, valor más alto de la serie histórica.

Hasta 2017 era más elevado el porcentaje de fallecidos en los que se detectaban opioides y no cocaína; durante 2018 y 2019 el porcentaje de fallecidos en los que se detectaba cocaína y no opioides (26,8% en 2018 y 26,0% en 2019) superó al porcentaje de fallecidos en los que se detectaban opioides y no cocaína (23,7% en 2018 y 24,7% en 2019). Pero en 2020, los porcentajes se invirtieron, detectándose entre los fallecidos una mayor presencia de la combinación de opioides y no cocaína; en 2021, a pesar de la disminución de los opioides detectados, se mantiene esta tendencia.

Los **hipnosedantes**, en 2021 y al igual que en años previos, se detectan en su mayoría junto con otras sustancias, generalmente opiáceos, cocaína y alcohol. En el 2,2% de los fallecidos (20 casos), los hipnosedantes son la única sustancia detectada, de los cuales 17 son suicidios (85,0%).

El **cannabis** viene mostrando una presencia cada vez mayor entre los fallecidos de los últimos años, alcanzando su valor más alto en 2019, año en el que el cannabis se detectó en el 25,5% del total de fallecidos, apareciendo habitualmente en combinación con otras sustancias (hipnosedantes, opioides, cocaína y alcohol). En 2021 se ha detectado en 208 fallecidos, en 8 casos como sustancia única y, con independencia de la detección de otras sustancias, con alcohol en el 31,7% de estos casos, con cocaína en el 54,3%, con hipnosedantes en el 59,6% y con opioides en el 60,6%.

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 estable a lo largo de los años sin que se hayan registrado modificaciones relevantes en la cobertura, aunque sí se podido ver afectado por la mejora en la notificación de los suicidios y por la inclusión de los fallecidos de todas las edades. Esta estabilización en la cobertura permite su utilización como referencia con respecto a los posibles cambios registrados en la notificación nacional.

En 2021 se notificaron en estas 6 ciudades 259 personas fallecidas, que superan en el 77,7% de los casos los 40 años de edad (74,8% en el cómputo nacional). De ellas, el 18,9% son mujeres y el 81,1% son hombres (tabla 2.3.4).

Tabla 2.3.4.

Evolución de las edades de los fallecidos en 6 ciudades españolas*. España, 2005-2021.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<15 años	–	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
15-19 años	3	3	1	0	2	0	2	1	1	0	0	3	0	0	2	1	0
20-24 años	17	7	8	9	8	4	5	7	1	0	3	5	2	4	6	3	6
25-29 años	31	25	24	15	12	12	11	10	17	9	6	12	11	7	13	6	12
30-34 años	40	42	30	22	35	21	14	21	24	23	10	14	18	14	17	11	19
35-39 años	66	43	32	23	26	48	40	29	32	20	35	29	31	18	23	33	20
40-44 años	52	44	39	23	49	39	41	45	31	28	27	40	29	28	29	37	35
45-49 años	19	27	23	26	35	39	34	37	42	38	24	29	30	41	43	43	44
50-54 años	5	13	6	15	12	13	18	30	30	32	39	29	31	30	36	28	50
55-59 años	1	5	0	4	2	2	6	12	14	13	17	20	26	21	27	30	39
60-64 años	1	1	2	2	0	3	5	3	4	7	10	13	11	10	11	6	21
≥65 años	0	8	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	10
Desconocida	2	0	23	0	0	0	5	0	0	2	0	0	0	3	3	0	3
Total fallecidos	237	218	188	139	181	182	181	195	196	172	171	194	189	177	210	212	259

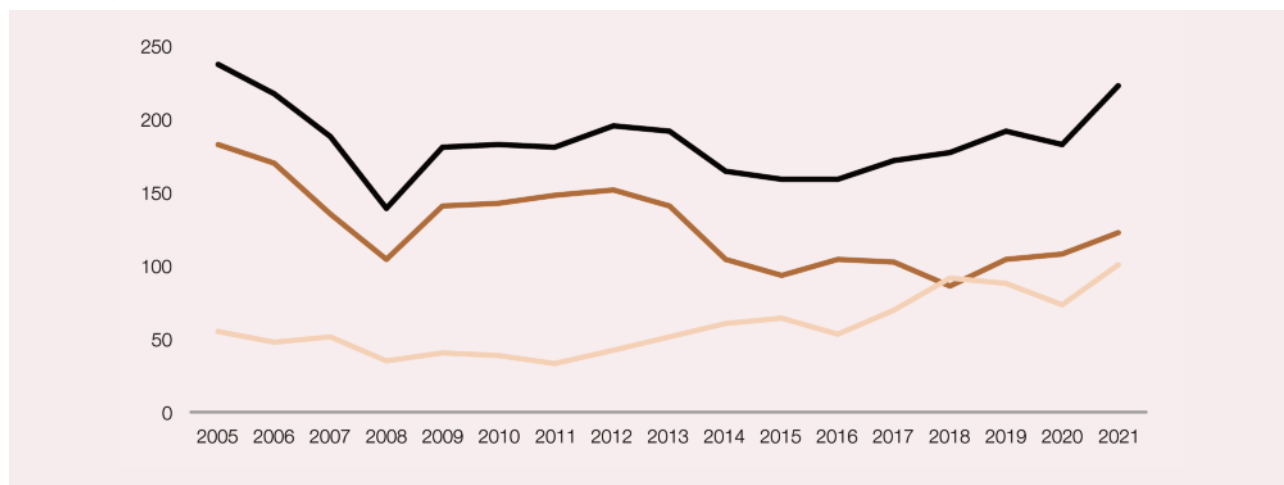
* Registro Específico de Mortalidad: 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al registro específico de mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, 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. Los datos venían mostrando una clara tendencia descendente desde el 2005, pasando de detectarse en el 76,8% de los fallecidos de ese año, a detectarse en el 54,7% de los fallecidos del año 2019 (105 casos de 192 en los que se contaba con esta información), en 2020 se observó un ligero aumento, detectándose opioides en el 59,3% de los fallecidos, que no se confirma en 2021, año en el que de nuevo se obtienen datos similares a los del 2019, detectándose en el 54,9% de los fallecidos.

Figura 2.3.5.

Número de fallecidos en las 6 ciudades españolas (casos con información toxicológica, fallecidos con y sin presencia de opioides). 2005-2021.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
■ Con opioides*	182	170	136	104	140	143	148	152	141	105	94	105	102	86	105	108	122
■ Sin opioides*	55	48	52	35	41	39	33	43	51	60	65	53	70	91	87	74	100
■ Casos con información	237	218	188	139	181	182	181	195	192	165	159	158	172	177	192	182	222
Total	237	218	188	139	181	182	181	195	196	172	171	194	189	177	210	212	259

* 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 2021. 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 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

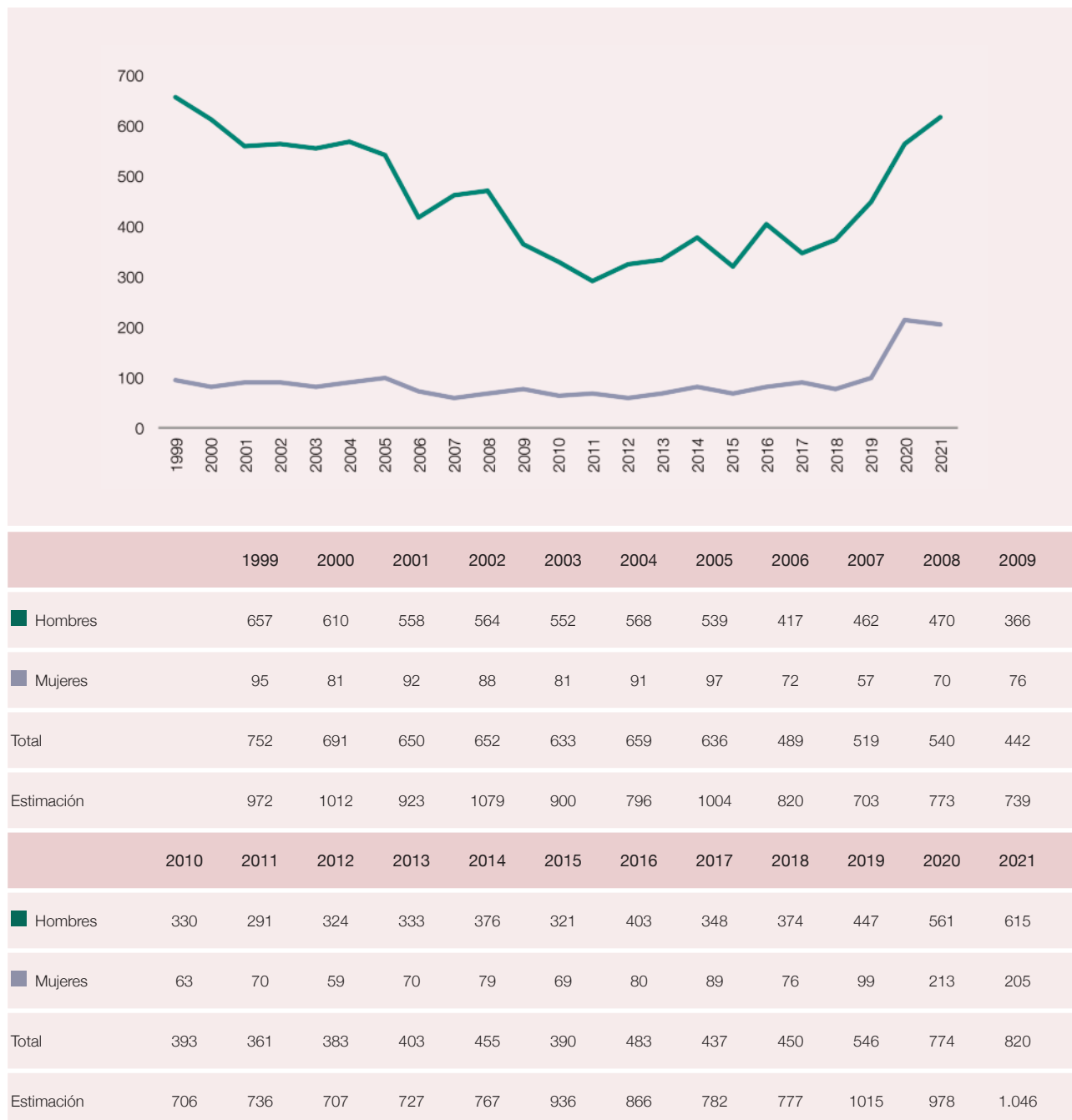
Resultados

En 2021 se produjeron 450.744 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 antes especificados, 820 defunciones, lo que supone un 0,2% del total por todas las causas.

A lo largo del periodo 1999-2021, 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 2021, supone el 75% de las defunciones (figura 2.3.6).

Figura 2.3.6.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas según el Registro General de Mortalidad, según sexo y estimación del número de defunciones. España, 1999-2021.



Nota: Se incluyen los códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

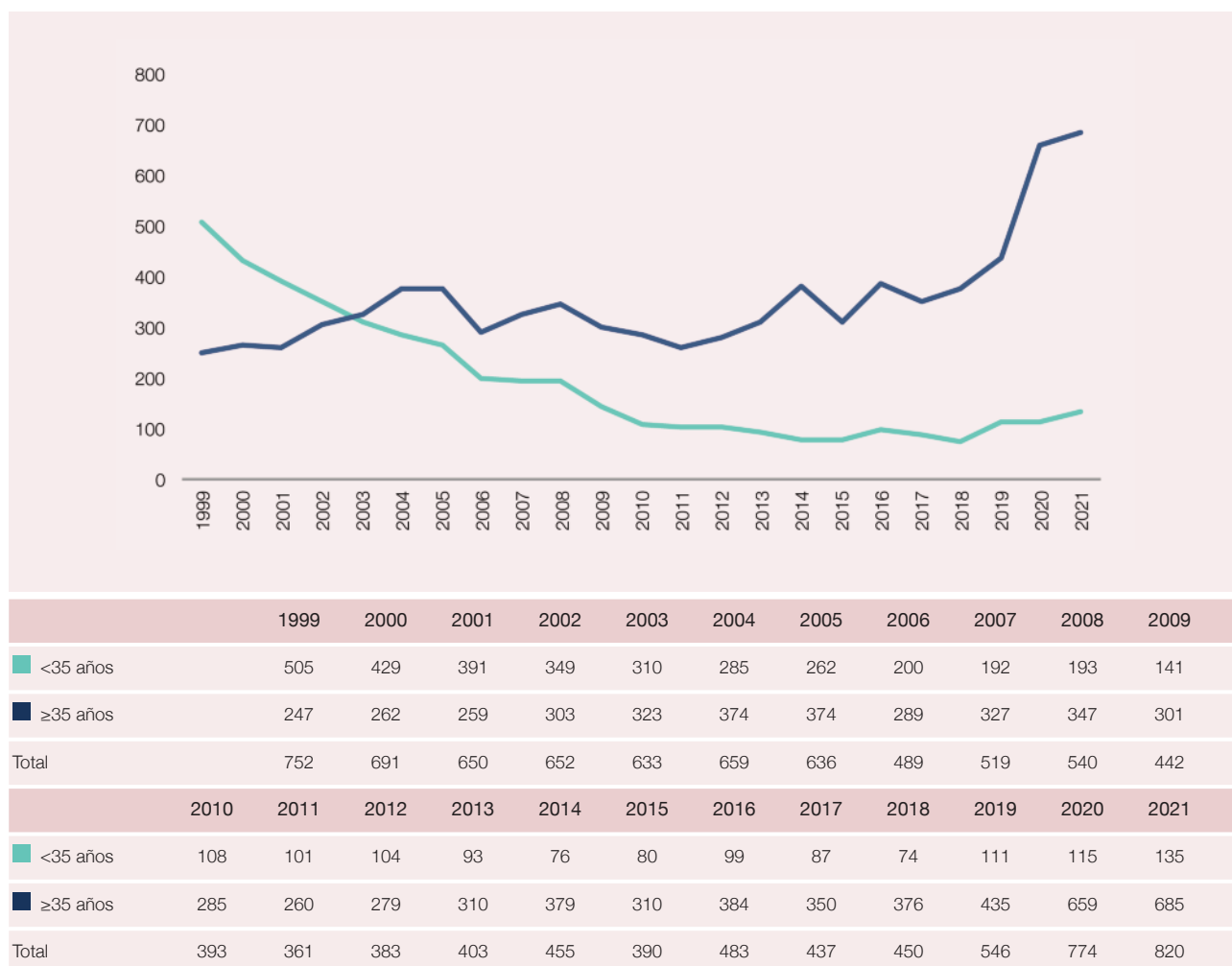
FUENTE: Gráfico elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística (INE).

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 2021, los menores de 35 años suponen menos del 16,5% 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, 1999-2021.



* 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, que hasta el año 2020 no ha presentado cobertura completa a nivel nacional y con variaciones a lo largo de la serie.

El **Registro General de Mortalidad** 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.

$$\begin{aligned} \text{Coeficiente de subregistro} &= \frac{\text{Defunciones Registro ESPECÍFICO de Mortalidad} \\ &\quad \text{(ciudades/provincias con información en ambos registros)}}{\text{Defunciones Registro GENERAL de Mortalidad} \\ &\quad \text{(ciudades/provincias con información en ambos registros)}} \\ \\ \text{Estimación defunciones} &= \text{Defunciones Registro GENERAL (todas)} \times \text{Coeficiente de subregistro} \end{aligned}$$

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Resultados

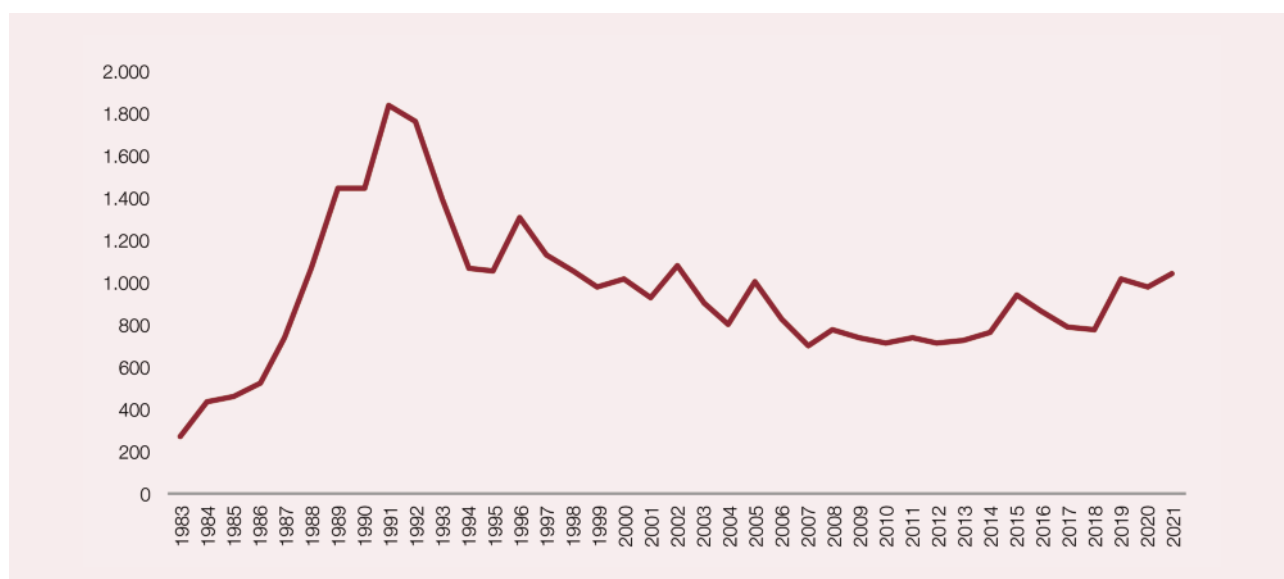
Con esta metodología se estima que se produjeron 1.046 muertes por consumo de drogas ilegales en España en 2021. Este dato debe interpretarse como el mínimo número de defunciones por drogas; probablemente la cifra sea superior, ya que con este método no se incluyen algunas muertes que no hubieran ocurrido 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 2021. 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 la estimación mostraba un incremento de mortalidad que no se confirmó en 2020, año que, debido a la situación vivida por el COVID-19 mostró un comportamiento inestable. En 2021 y tras una estabilización de la cobertura del indicador se confirma la tendencia ascendente detectada desde 2019 (figura 2.3.9 y tabla 2.3.6).

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 2021, abarca todas las comunidades y ciudades autónomas y la mayoría de partidos judiciales del territorio nacional y cubre el 99,4% 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, 1983-2021.



FUENTE: Estimación del Observatorio Español de la Droga y las Adicciones (OEDA) para el total de España a partir de datos del Registro Especifico 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, 1983-2021.

Número de defunciones		Número de defunciones	
1983	266	2002	1.079
1984	440	2003	900
1985	453	2004	796
1986	516	2005	1.004
1987	741	2006	820
1988	1.067	2007	703
1989	1.440	2008	773
1990	1.440	2009	739
1991	1.833	2010	706
1992	1.760	2011	736
1993	1.399	2012	707
1994	1.067	2013	727
1995	1.051	2014	767
1996	1.310	2015	936
1997	1.127	2016	866
1998	1.049	2017	782
1999	972	2018	777
2000	1.012	2019	1.015
2001	923	2020	978
		2021	1.046

FUENTE: Estimación del Observatorio Español de la Droga y las Adicciones (OEDA) para el total de España a partir de datos del Registro Especifico 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, 1983-2021.

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Estimación nacional	266	440	453	516	741	1.067	1.440	1.440	1.833	1.760	1.399	1.067	1.051
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	395
Registro General de Mortalidad (INE)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Estimación nacional	1.310	1.127	1.049	972	1.012	923	1.079	900	796	1.004	820	703	773
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	-	-	-	-	444	496	496	493	468	455	428	475	424
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	421	339	306	291	284	268	229	270	212	242	218	188	139
Registro General de Mortalidad (INE)	-	-	-	752	691	650	652	633	659	636	489	519	540
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2107	2018	2019	2020	2021
Estimación nacional	739	706	736	707	727	767	936	866	782	777	1.015	-	1.046
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	438	517	408	519	489	556	600	613	696	732	920	974	1.046
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	181	182	181	195	196	172	171	194	189	177	210	212	259
Registro General de Mortalidad (INE)	442	393	361	383	403	455	390	483	437	450	546	774	820

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.

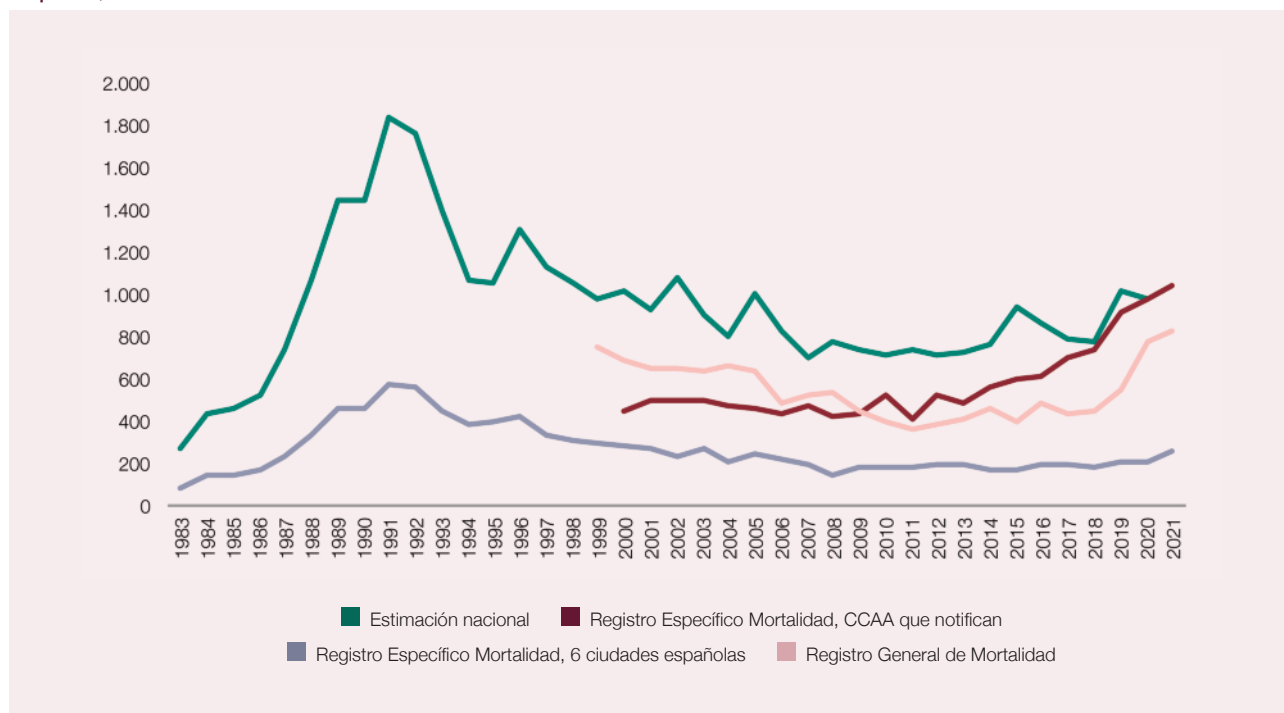
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas): Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, 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, 1983-2021.



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: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2021

Introducción

En los últimos 30 años, el sida y la infección por VIH han representado uno de los principales problemas de salud asociados 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 2021 se atribuyen a usuarios de drogas inyectadas el 1,6% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH y el 3,5% 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 apartado se presentan, en primer lugar, algunos datos generales sobre la situación del VIH/sida provenientes del Plan Nacional sobre 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 Toxicomanías

1. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2021: 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 2022.

(EMCDDA). Desde entonces se ha trabajado en la implementación en los centros y se ha dado asistencia técnica a las diferentes comunidades/ciudades autónomas. Sin embargo, actualmente siguen llegando muchos casos con valores desconocidos por lo que los datos obtenidos deben interpretarse con cautela.

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 2021 se diagnosticaron en España 2.786 nuevos casos de VIH. La tasa estimada de nuevos diagnósticos tras ajuste por retraso de notificación es 7,41 por 100.000 habitantes. Las mujeres suponen el 13,9% de los nuevos diagnósticos de VIH (tabla 2.4.1) y las tasas correspondientes para hombres y mujeres fueron 10,3 y 1,6/100.000 respectivamente. La mediana de edad al diagnóstico de VIH fue de 36 años, siendo más jóvenes los hombres (36 años) que las mujeres (38 años).

En 2021, el 1,6% 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 2021 el valor más bajo de la serie histórica (figura 2.4.1)

Tabla 2.4.1.

Distribución de nuevos diagnósticos de infección por VIH por año de diagnóstico y sexo (2009-2021). 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
2020**	1.622	84,3	303	15,7
2021	2.398	86,1	388	13,9
Total	33.913	84,2	6.259	15,8

* 13 CCAA: Todas excepto Andalucía, Comunidad Valenciana, Asturias, Cantabria, Ceuta y Melilla.

** 18 CCAA: Todas excepto Melilla.

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre Sida.

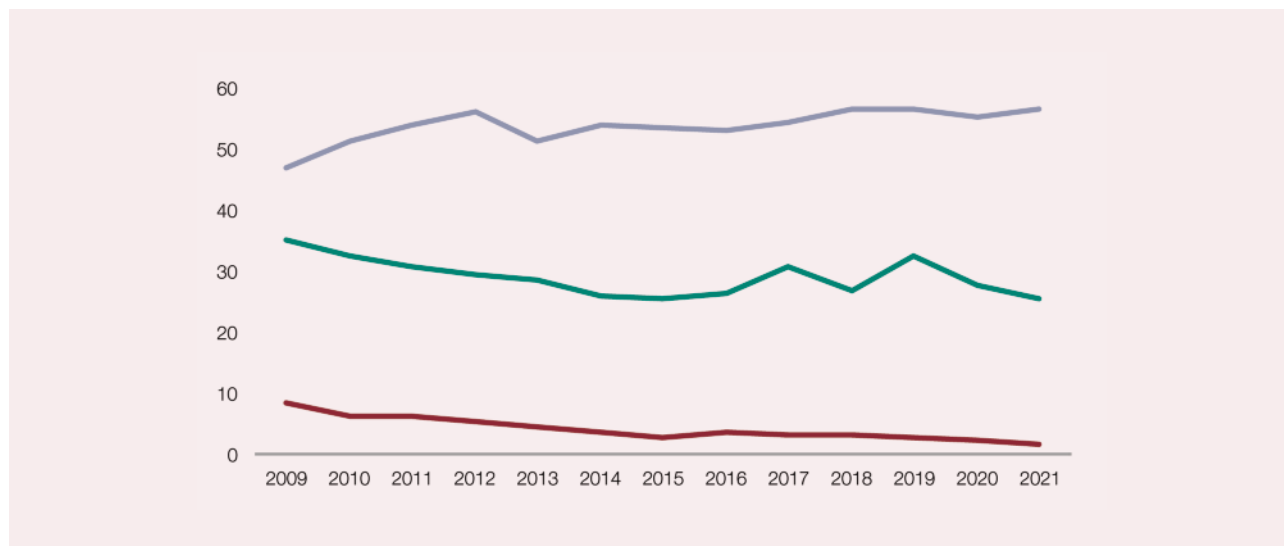
2. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>.

3. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2021: 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 2022.

Desglosando el modo de transmisión según el sexo, entre los hombres, la transmisión en HSH (hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres) supone el 65,4% de los nuevos diagnósticos de VIH y la transmisión heterosexual el 16,6%. Entre las mujeres la transmisión heterosexual constituye la gran mayoría, con un 79,9% de los nuevos diagnósticos.

Figura 2.4.1.

Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH según categoría de transmisión. España, 2009-2021.



	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
2020	2,4	55,2	27,5
2021	1,6	56,3	25,4

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.

Casos de sida

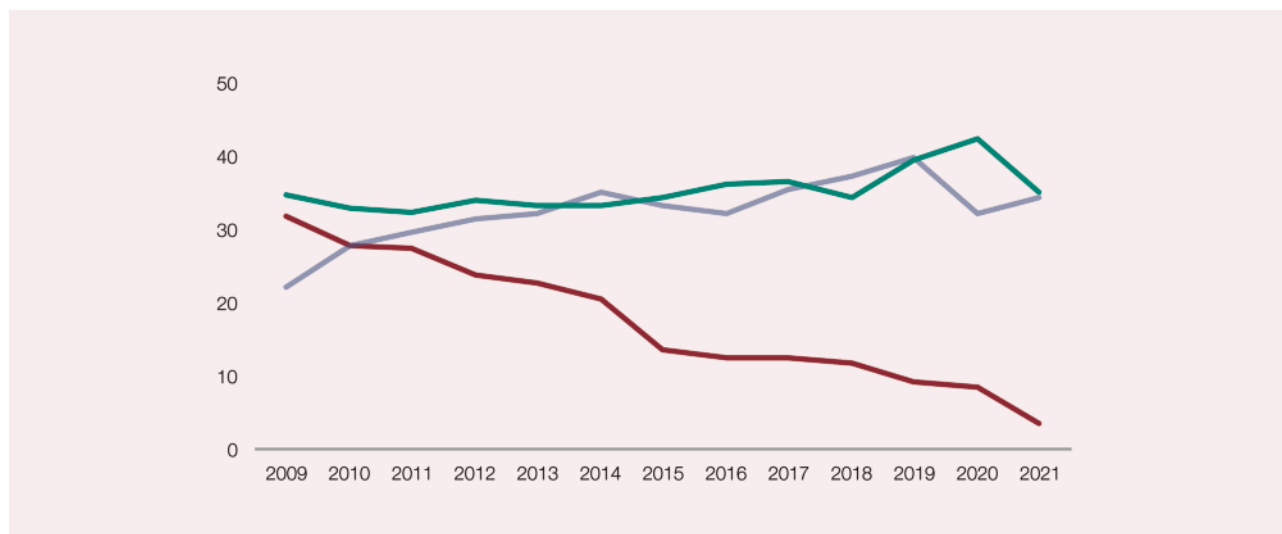
Los datos de sida incluyen los datos aportados por los registros autonómicos de sida desde el año 1981 hasta la actualidad, presentando desde su inicio cobertura nacional. Por razones técnicas, no ha sido posible incorporar a la base de datos nacional los datos de la Comunidad Valenciana desde el 2014.

Teniendo en cuenta esto, en 2021 se identificaron 340 nuevos casos de sida (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 0,8/100.000 habitantes). El 80,9% de los nuevos casos de sida fueron hombres. La mediana de edad

al diagnóstico fue de 44 años, siendo similar en hombres y mujeres. En cuanto al modo de transmisión, para la mayoría de los nuevos casos diagnosticados en 2021 la infección se contrajo por relaciones heterosexuales de riesgo (35,3%) o por HSH (34,4%). El porcentaje de personas diagnosticadas de sida en 2021 que contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas fue del 3,5%. La evolución temporal de la distribución de las diferentes vías de transmisión para los casos de sida diagnosticados entre 2009 y 2021 muestra un importante y continuado descenso de la proporción de casos contraídos por PID (personas que se inyectan drogas) y un aumento progresivo de la vía de transmisión sexual, siendo en 2021 similar el peso de la vía de HSH y la de relaciones heterosexuales de riesgo (figura 2.4.2).

Figura 2.4.2.

Porcentaje de nuevos casos de sida según categoría de transmisión. España, 2009-2021.



	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
2020	8,4	32,0	42,4
2021	3,5	34,4	35,2

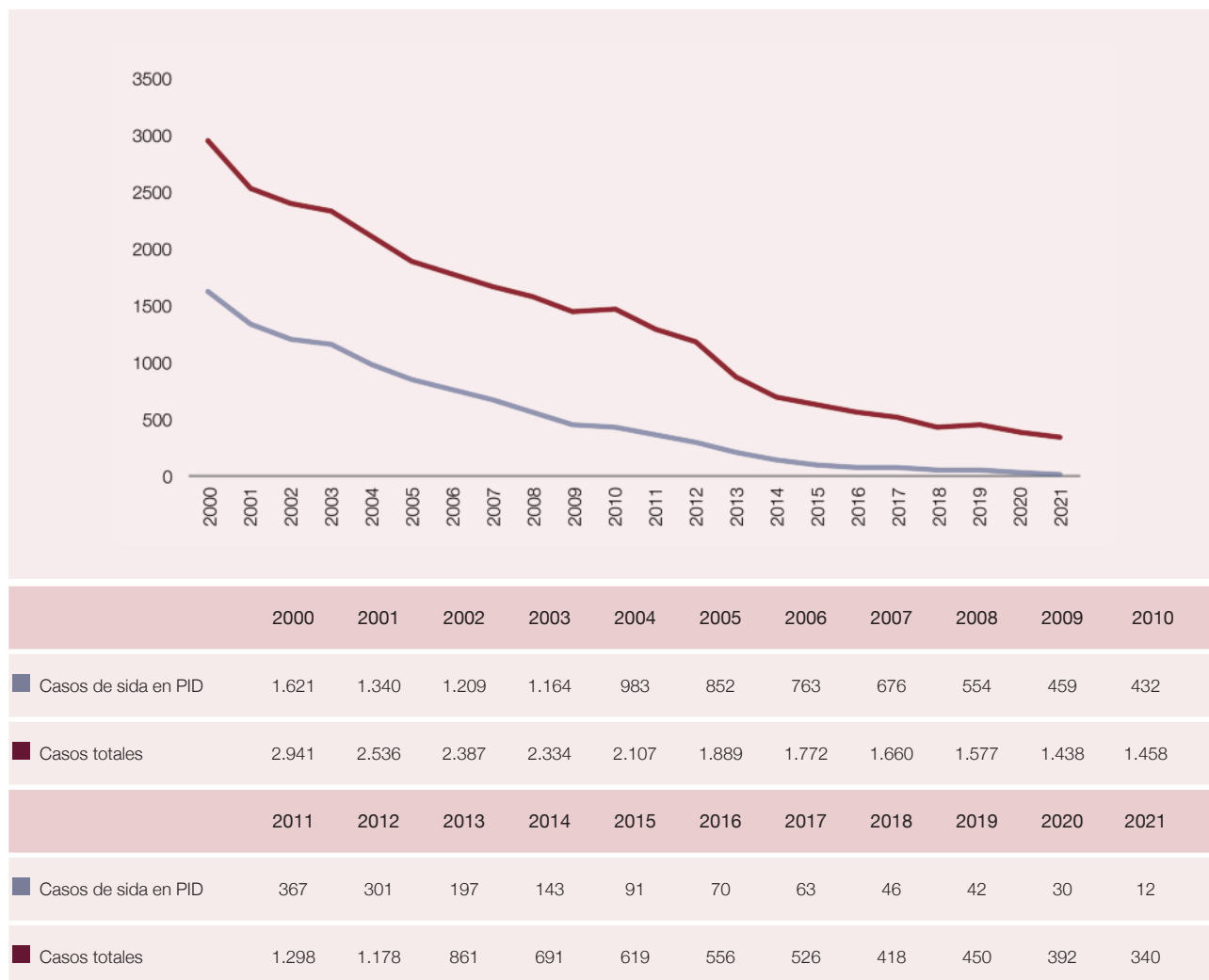
PID: Personas que se inyectan drogas. HSH: Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres. Hetero: Relaciones heterosexuales de riesgo.

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, 2000-2021. Datos corregidos por retraso en la notificación.



PID: Personas que se inyectan drogas.

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 2021 se registraron 44.347 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco). Entre ellas, 18.359 corresponden a personas que ya habían recibido tratamiento previo y 23.482 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 2021.

Respecto a la **infección por VIH**, el 3,0% del total de admitidos a tratamiento presentaban VIH positivo, valor más bajo de la serie histórica. Este porcentaje fue más elevado entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente (4,4%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (2,0%), y también más elevado entre los inyectores (20,2%) que entre los que no se habían inyectado nunca (1,3%) (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, 2005-2021.



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, en función del tratamiento previo y de ser o no inyector (números absolutos y %). España, 2021.

	Total	Tratamiento previo	Sin tratamiento previo	Inyectores*	No inyectores*
Número de casos	44.347	18.359	23.482	3.161	30.195
Inyección de drogas					
Alguna vez en la vida	9,5	15,7	4,7	100	0,0
Últimos 12 meses	3,4	5,2	1,9	35,4	0,0
Últimos 30 días	2,5	3,8	1,5	26,4	0,0
Estado serológico. Prevalencia mínima**					
Prevalencia VIH mínima	3,0	4,4	2,0	20,2	1,3
Prevalencia hepatitis C mínima	4,0	7,4	1,6	28,7	1,4
Prevalencia hepatitis B mínima	0,4	0,5	0,3	2,1	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.

En cuanto a la **infección por VHC**, en 2021 el 4,0% del total de admitidos a tratamiento presentaba VHC positivo, siendo más elevada la prevalencia entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente (7,4%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (1,6%). Se registran diferencias considerables entre inyectores y no inyectores (28,7% frente a 1,4%) y en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tablas 2.4.2 y 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 0,4% en 2021. Se registran cifras más elevadas entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente que entre los tratados por primera vez (0,5% vs 0,3%), y también mayor porcentaje entre los inyectores que entre los no inyectores (2,1% 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).

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, 2021.

	Cocaína polvo	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estí. sin cocaína*	Otros opioides	Metadona	Alucinógenos*	S. volátiles*
Inyección alguna vez en la vida	2,7	1,7	35,5	11,4	3,7	17,0	13,5	41,2	7,4	3,0
Inyección últimos 12 meses	1,2	0,4	11,5	2,4	1,0	14,0	7,0	5,8	2,1	3,0
Inyección últimos 30 días	0,9	0,2	8,8	1,3	0,7	10,8	5,6	4,3	0,0	1,5
Prevalencia máxima de VIH	3,7	3,2	16,8	7,1	9,7	32,8	7,0	22,7	7,1	50,0
Prevalencia máxima hepatitis C	3,9	2,8	31,9	11,2	8,1	15,7	13,0	29,6	1,9	0,0
Prevalencia máxima hepatitis B	1,3	0,9	3,3	2,2	2,9	1,8	1,4	1,9	0,0	0,0
Prevalencia mínima VIH	1,2	0,7	8,2	3,0	3,2	16,4	2,4	10,4	3,1	4,4
Prevalencia mínima hepatitis C	1,3	0,7	15,5	4,7	2,7	7,1	4,5	13,4	0,8	0,0
Situación mínima hepatitis B	0,3	0,1	0,9	0,6	0,6	0,5	0,3	0,6	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.

Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan la vía inyectada

En 2021 fueron admitidas a tratamiento 3.161 personas que se habían inyectado alguna vez en la vida, de las que 1.119 lo habían hecho en 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 y en el último año previo a la admisión. En 2010 se confirma la tendencia descendente, manteniéndose por debajo de los 5.000 casos los inyectores

en el último año previo a la inyección, en 2021 se confirma esta tendencia descendente, obteniendo los valores más bajos de la serie histórica (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, 2005-2021.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
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	3.692	3.161
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	2.658	1.999
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	32,2	32,0
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	1.545	1.119
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	1.094	766
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	35,6	34,2

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

VIH-SIDA

Entre los inyectores admitidos a tratamiento en el año 2021 (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 reduciéndose ligeramente en 2021 el porcentaje de inyectores alguna vez en la vida que conocen su estado serológico (figura 2.4.5).

Entre aquellos que se habían inyectado alguna vez en la vida y conocen su estado serológico frente al virus VIH (1.999 personas), el 32,0% mostró serología positiva (639 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 (766 personas), el 34,2% mostró serología positiva (262 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 2021 se observa una estabilización tras el repunte en la prevalencia del 2020, situándose en el 32,0% (figura 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, 2005-2021.



FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

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, de 2016 a 2019, 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 2020 se observó un aumento en la prevalencia de VIH en inyectores, alcanzando el 35,6%, valor que no se observaba desde los años noventa y que se ha reducido discretamente en 2021.

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 30,4%. A partir de entonces la prevalencia aumentó hasta alcanzar un máximo de 39,3% en el año 2016, para después volver a bajar. En 2021 la prevalencia de VIH entre las personas de 35 años o más, que se inyectan y conocen su estado serológico es del 35,0% (figura 2.4.7).

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, 1996-2021.



Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruce.

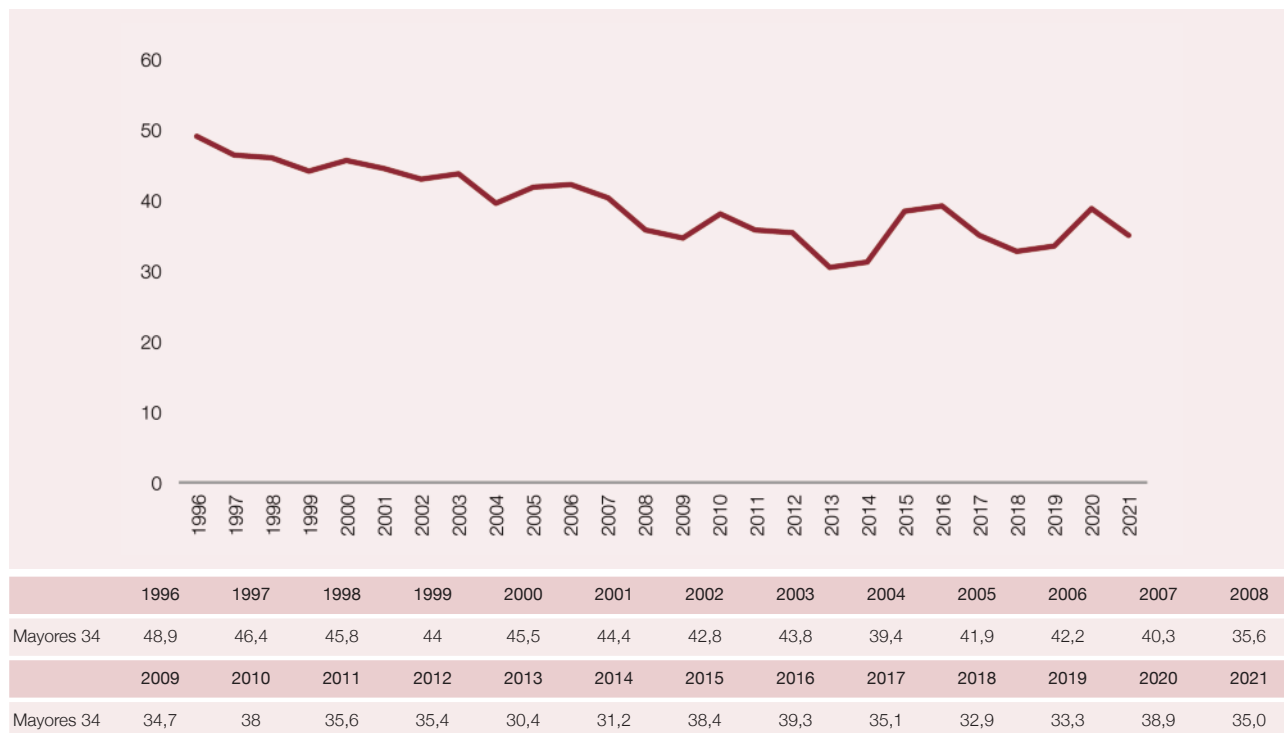
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

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 2021 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).

En 2021, el 34,2% de los que se habían inyectado en los últimos 12 meses tenían serología positiva para VIH, siendo la prevalencia mayor entre las mujeres (36,0% vs 34,0% en hombres), en las personas de 35 años o más (35,0% vs 30,0% en los menores de 35 años), y en las que no consumen opioides (50,0% vs 27,0% en los consumidores).

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, 1996-2021.



Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruce.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Hepatitis C (VHC)

Entre los admitidos a tratamiento en 2021 que se habían inyectado alguna vez en la vida, el 62,5% conoce su estado serológico frente a la infección por el virus de la hepatitis C, cifra similar a la obtenida entre los que se inyectaron en los 12 meses previos a ser admitidos a tratamiento (66,6%). 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 2021, entre los que utilizaron la vía inyectada alguna vez en la vida y conocían su estado serológico (1.977 personas), el 45,9% mostró serología positiva para VHC (908 casos). Asimismo, entre los que se habían inyectado en los 12 meses previos a ser admitidos y conocían su estado serológico (745 personas) esta cifra alcanzó el 43,6% (325 casos), cifra inferior a la obtenida en años anteriores (tabla 2.4.6).

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 (67,2% en ellos vs 61,8% en ellas). La prevalencia de infección por hepatitis C es similar en ambos sexos (43,6% en hombres y 43,4% en mujeres). Sin embargo, 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 2021, conocían su estado serológico frente al VHB el 39,6% de las que se habían inyectado alguna vez en la vida y el 35,7% 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).

Tabla 2.4.5.

Prevalencia y conocimiento estado serológico sobre infección por VIH, hepatitis B (VHB) y hepatitis C (VHC) 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, 2021.

	VIH		Hepatitis B		Hepatitis C	
	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)	3.161	1.119	3.161	1.119	3.161	1.119
Prevalencia de infección (%)	32,0	34,2	5,3	4,0	45,9	43,6
Conocen estado serológico (%)	63,2	68,5	39,6	35,7	62,5	66,6
SEXO						
Hombres inyectores (nº)	2.767	995	2.767	995	2.767	995
Prevalencia de infección (%)	31,5	34,0	5,1	4,1	45,3	43,6
Conocen estado serológico (%)	63,8	69,4	40,3	36,4	63,1	67,2
Mujeres inyectoras (nº)	389	123	389	123	389	123
Prevalencia de infección (%)	35,3	36,0	6,6	2,7	50,4	43,4
Conocen estado serológico (%)	60,4	61,0	35,2	30,1	59,6	61,8
EDAD						
Inyectores < 35 años (nº)	413	246	413	246	413	246
Prevalencia de infección (%)	23,5	30,0	1,5	1,2	26,8	29,5
Conocen estado serológico (%)	57,6	61,0	31,7	33,3	53,3	56,5
Inyectores ≥ 35 años (nº)	2.745	871	2.745	871	2.745	871
Prevalencia de infección (%)	33,0	35,0	5,7	4,7	48,3	46,9
Conocen estado serológico (%)	64,0	70,5	40,8	36,3	63,9	69,3
OPIOIDES						
Inyectores consumidores de opioides(nº)	2.318	780	2.318	780	2.318	780
Prevalencia de infección (%)	28,9	27,0	5,4	6,0	48,5	47,9
Conocen estado serológico (%)	63,1	67,4	39,3	34,0	63,8	68,2
Inyectores no consumidores de opioides (nº)	843	339	843	339	843	339
Prevalencia de infección (%)	40,4	50,0	5,0	0,0	38,2	32,9
Conocen estado serológico (%)	63,7	70,8	40,7	39,5	59,1	62,8

Nota: la prevalencia se calcula sobre los casos que conocen el estado serológico.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

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, 2015-2021.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total inyectores último año previo a admisión (nº)	2.413	2.621	2.691	2.161	1.977	1.545	1.119
Conocen su estado serológico frente a VHB (nº)	727	734	810	688	646	535	399
Casos positivos VHB (portador crónico) (nº)	89	72	65	59	48	34	16
Prevalencia de infección por VHB (%)	12,2	9,8	8,0	8,5	7,4	6,4	4,0
Conocen su estado serológico frente a VHC (nº)	1.702	1.818	1.869	1.507	1.370	1.062	745
Casos positivos VHC (nº)	1.173	1.221	1.180	904	768	550	325
Prevalencia de infección por VHC (%)	68,9	67,2	63,1	60,0	56,1	51,8	43,6
Total inyectores alguna vez en la vida (nº)	5.904	6.117	5.946	5.223	4.877	3.692	3.161
Conocen su estado serológico frente a VHB (nº)	2.002	1.993	1.955	1.791	1.706	1.292	1.253
Casos positivos VHB (portador crónico) (nº)	210	188	151	141	120	68	66
Prevalencia de infección por VHB (%)	10,5	9,4	7,7	7,8	7,0	5,3	5,3
Conocen su estado serológico frente a VHC (nº)	4.212	4.265	4.217	3.695	3.414	2.587	1.977
Casos positivos VHC (nº)	2.802	2.749	2.588	2.177	1.878	1.387	908
Prevalencia de infección por VHC (%)	66,5	64,5	61,4	58,9	55,0	53,6	45,9

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Entre aquellos que utilizaron la vía inyectada alguna vez en la vida y conocían su estado serológico frente al VHB (1.253 personas), el 5,3% mostró serología positiva para VHB (66 casos). Asimismo, entre los que utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos a ser admitidos y conocían su estado serológico (399 personas), el 4,0% (16 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 (36,4% en ellos vs 30,1% en las mujeres), así como la prevalencia de infección por VHB, que también es mayor entre ellos (4,1% vs 2,7% en las mujeres) (tabla 2.4.5).

Por grupos de edad, la proporción de inyectores en los últimos 12 meses 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 (4,7% vs 1,2% 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 (tablas 2.4.3 y 2.4.5).

2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2021

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 y adicciones 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 2023 se han llevado a cabo nuevas estimaciones de consumo problemático de alcohol, cannabis, cocaína, 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, la frecuencia de consumo 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 Droga (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 2023.

Sustancia psicoactiva	Método	Fuente de información
Alcohol	Estimación basada en escala psicométrica AUDIT	<ul style="list-style-type: none"> • EDADES 2022: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)
Cannabis	Estimación basada en escalas psicométricas CAST	<ul style="list-style-type: none"> • ESTUDES 2021: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (14-18 años) • EDADES 2022: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)
Cocaína	Estimación basada en la frecuencia de consumo	<ul style="list-style-type: none"> • EDADES 2022: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)
Heroína	Estimación indirecta Método multiplicador	<ul style="list-style-type: none"> • EDADES 2022: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años) • Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 2021 • Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides, 2021
Inyección de drogas	Estimación indirecta Método multiplicador	<ul style="list-style-type: none"> • EDADES 2022: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años) • Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 2021 • Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides, 2021

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 de riesgo 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, 2018, 2020 y 2022 incluyó la escala AUDIT con el objetivo de conocer el alcance del consumo problemático de alcohol en la población general (15-64 años). Hasta la edición del 2020 se venía considerando que tenían un consumo de riesgo de alcohol, a los que obtenían en la escala AUDIT una puntuación igual o superior a 8 puntos. Teniendo en cuenta las recomendaciones nacionales^{5,6} así como las validaciones realizadas en nuestro país^{7,8,9} a partir de la edición del 2020 se considera que tienen un consumo de riesgo de alcohol aquellos que obtenían en la escala AUDIT una puntuación igual o superior a 8 puntos en hombres e igual o superior a 6 en mujeres. Al objeto de poder valorar la evolución, se recalcularon los años previos con estos mismos puntos de corte.

Resultados

En 2022, de los 20.117 encuestados en la encuesta EDADES que reconocieron haber consumido alcohol en el último año, 19.195 contestaron las preguntas relativas a la escala AUDIT (95,4%).

La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol, medida a través de la escala AUDIT, en la población española de 15 a 64 años se sitúa en 6,0% lo que permite estimar que en 2022 había aproximadamente 1.900.000 consumidores de alcohol de riesgo en España (1.140.000 hombres y 760.000 mujeres) (tabla 2.5.2).

Tabla 2.5.2.

Número y porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo (AUDIT \geq 6 Mujeres y AUDIT \geq 8 Hombres), en la población de 15 a 64 años. España, 2009-2022.

Consumidores de riesgo (AUDIT \geq 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		
		T	H	M	T	H	M
2009	1.850.000 (1.300.000/550.000)	5,8	8,0	3,4	7,8	9,9	5,1
2013	1.900.000 (1.250.000/650.000)	6,1	8,0	4,2	8,0	9,7	5,9
2018	1.900.000 (1.170.000/730.000)	6,2	7,6	4,7	8,5	9,7	7,0
2020	1.600.000 (1.030.000/570.000)	5,2	6,7	3,7	6,9	8,2	5,4
2022	1.900.000 (1.140.000/760.000)	6,0	7,2	4,8	8,3	9,2	7,2

T = total; H = hombres; M = mujeres.

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).

5. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol.htm

6. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografíaalcohol2021. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021. 109 p.

7. 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.

8. 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 Clín Esp 1998;198 (1):11-4.

9. 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 consumido alcohol en el último año, el 8,3% presenta un consumo de riesgo, valor que alcanza el 9,2% entre los hombres consumidores de alcohol y baja al 7,2% 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 2022, el 14,8% de los jóvenes de 15 a 24 años muestra un consumo de alcohol de riesgo frente al 4,8% de los mayores de 54 años (tabla 2.5.3).

Es importante señalar que, entre los más jóvenes, la prevalencia de consumo de alcohol de riesgo es mayor entre las mujeres que entre los hombres (17,3% mujeres y 12,5% hombres) y a medida que aumenta la edad, se marcan más diferencias entre sexos, siendo mucho menor este tipo de consumo entre las mujeres. En el grupo de mayores de 54 años es donde se observan más diferencias en función del sexo, presentando un consumo de riesgo de alcohol el 7,1% de los hombres y el 1,9% de las mujeres.

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, 2018, 2020 y 2022.

	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	7,8	9,9	5,1	14,8	16,1	13,2	10,8	13,5	7,2	4,8	6,9	2,3	4,9	7,1	2,2	3,8	6,0	0,8
2013	8,0	9,7	5,9	15,0	16,0	13,8	9,5	11,7	6,7	6,2	8,0	3,9	6,0	6,8	5,0	4,8	7,5	1,5
2018	8,5	9,7	7,0	13,3	12,9	13,8	10,2	11,4	8,8	8,1	10,0	5,7	7,2	8,5	5,6	5,0	6,5	3,1
2020	6,9	8,2	5,4	12,3	12,4	12,2	8,2	9,1	7,2	6,2	7,8	4,4	5,0	6,9	3,0	4,6	6,4	2,5
2022	8,3	9,2	7,2	14,8	12,5	17,3	9,8	9,8	9,7	7,7	9,3	5,8	6,6	8,4	4,3	4,8	7,1	1,9

T = total; H = hombres; M = mujeres.

* AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ≥ 8 Hombres y ≥ 6 Mujeres.

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

Por último, según EDADES 2022, el perfil del consumidor de riesgo de alcohol es el de un varón, soltero, de 36 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando. Respecto a patrones de riesgo que presenta, el 40,7% refiere haberse emborrachado en los últimos 30 días y el 77,1% refiere haber realizado *binge drinking* en el último mes; además el 38,2% señala haber consumido drogas ilegales en el mismo periodo (tabla 2.5.4).

Del total de personas de entre 15 y 64 años que presentan un consumo de riesgo de alcohol, el 39,9% son mujeres. El perfil de las mujeres que muestran este consumo de riesgo es el de una mujer soltera, de 31,7 años, con estudios secundarios o universitarios y que se encuentra trabajando. El 34,2% se ha emborrachado en el último mes, el 69,5% ha hecho *binge drinking* en los últimos 30 días y el 32,5% ha consumido drogas ilegales en el mismo periodo.

El perfil del hombre que presenta consumo de alcohol de riesgo es el de un hombre de 39 años, soltero, con estudios secundarios y que se encuentra trabajando. Presenta patrones de riesgo en mayor medida que las mujeres, así el 44,9% se ha emborrachado en el último mes, el 82,2% ha hecho *binge drinking* en los últimos 30 días y el 42,0% ha consumido drogas ilegales en el mismo periodo.

Tabla 2.5.4.

Características de los consumidores problemáticos/de riesgo de alcohol* en la población de 15 a 64 años. España, 2020-2022.

	2020			2022		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Número de casos consumidores problemáticos/de riesgo	933	600	333	1592	957	636
Edad media (años)	36,3	38,0	33,2	36,1	38,9	31,7
Grupos de edad (años)						
15 a 24 años	26,8	22,4	34,5	27	19,9	37,8
25 a 34 años	21,6	20,4	23,9	21,5	19,4	24,7
35 a 44 años	21,6	22,8	19,6	20,8	22,8	17,8
45 a 54 años	17	19,1	13,3	19,1	22,3	14,4
55 a 64 años	12,9	15,3	8,7	11,5	15,7	5,3
Nacidos fuera de España (%)	12,0	10,8	14,3	11,1	11,0	11,1
Máximo nivel de estudios completado (%)						
Sin estudios/primarios	10,9	14,0	5,3	10,4	13,9	5,2
Estudios secundarios	68,6	66,9	71,6	70,0	71,0	68,2
Estudios universitarios	20,5	19,1	23,1	19,6	15,1	26,5
Situación laboral (%)						
Trabajando	51,2	55,3	43,7	58,0	63,2	50,3
Parado habiendo trabajado	15,8	16,1	15,4	10,2	11,2	8,8
Otras	33,0	28,6	40,9	31,8	25,6	40,9
Estado civil (%)						
Soltero/a	61,0	57,9	66,7	61,7	59,4	65,1
Casado/a	27,2	30,5	21,3	27,2	29,1	24,3
Separado/a – Divorciado/a- Viudo/a	11,8	11,7	12,0	11,1	11,5	10,5
Consumo de otras drogas (%)						
Drogas ilegales en los últimos 30 días	36,4	40,4	29,1	38,2	42,0	32,5
Otros consumos de riesgo (%)						
Borracheras últimos 12 meses	78,1	82,7	69,9	69,0	71,1	65,9
Borracheras últimos 30 días	43,7	46,5	38,8	40,7	44,9	34,2
Binge drinking últimos 30 días	81,6	84,6	76,0	77,1	82,2	69,5

* Personas (15-64 años) con AUDIT (≥8 Hombres y ≥6 Mujeres).

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

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 de cannabis, 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 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders publicado por la American Psychiatric Association); en 2008, CAST; en 2010, CAST, SDS, M-CIDI (Munich Composite International Diagnostic Interview) y, en 2012, 2014, 2016, 2019 y 2021 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, 2018, 2020 y 2022.

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 robustos¹⁰.

CAST (Cannabis Abuse Screening Test), es un cuestionario de 6 preguntas (tabla 2.5.5) desarrollado en Francia¹¹ con el objetivo de detectar el abuso de cannabis entre los consumidores. 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 fines¹².

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.

10. Danica Klempova, Amparo Sánchez, Julian Vicente, Gregorio Barrio, Antonia Domingo, Jose M^o 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

11. 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.

12. 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.

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?	

Resultados

EDADES (Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España)

En 2022, se estima en 603.497 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 0,8% 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).

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, 2013-2022.



CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

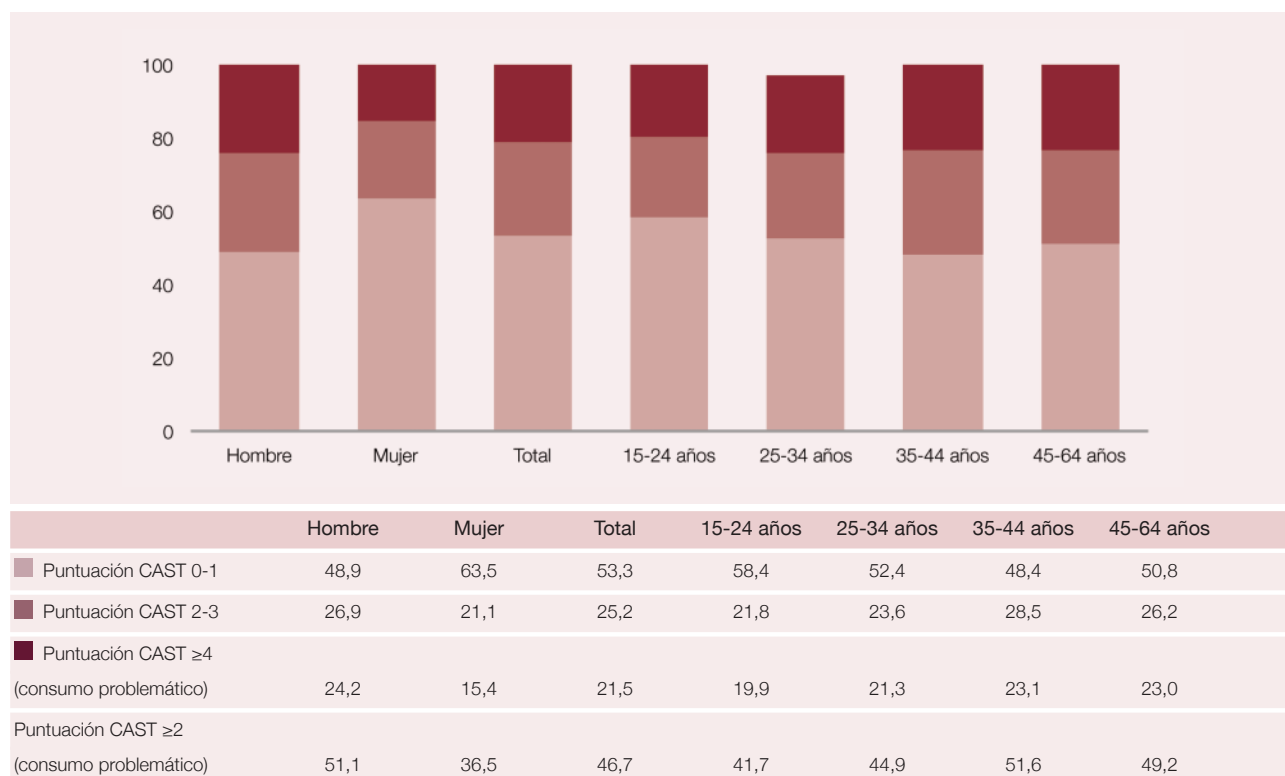
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de alcohol y drogas en España (EDADES).

Evolutivamente, entre 2013 y 2018 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 2018. En 2020 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 que se mantiene en 2022 y que supera al valor obtenido en 2015 pero siendo inferior al obtenido en 2013, año 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 2018 al 3% en 2022. Entre las mujeres la prevalencia se mantiene estable y en valores inferiores al 1% desde 2013.

Entre aquellos que reconocen consumo en los últimos 12 meses, el 21,5% presenta consumo problemático (24,2% de los hombres y 15,4% de las mujeres), oscilando entre 19,9 y 23,1% en función del grupo de edad (figura 2.5.2).

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, 2022.



CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

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

Tabla 2.5.6.

Evolución de las estimaciones de consumidores problemáticos de cannabis (CAST ≥4) entre la población de 15 a 64 años. España, 2013-2022.

	2013	2015	2018	2020	2022
Estimación de consumidores problemáticos cannabis (CAST ≥4)	687.233	558.549	496.828	591.798	603.497
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	21,5
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años (total)	2,2	1,8	1,6	1,9	1,9
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años (hombres)	3,5	2,9	2,5	3,0	3,0
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años (mujeres)	0,8	0,7	0,7	0,9	0,8

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).

Según los datos de EDADES 2022, 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 15,9 años.

ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España)

Tal y como se observa en la tabla 2.5.7, en 2021, el 3,0% de los jóvenes españoles de 14 a 18 años (3,6% hombres y 2,4% mujeres) podrían estar realizando un consumo problemático de cannabis, estimándose en 73.173 el número de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST \geq 4) de 14 a 18 años.

Tabla 2.5.7.

Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST \geq 4) en la población de 14 a 18 años. España, 2006-2021.

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021
Número de consumidores problemáticos de 14 a 18 años*	73.534	81.080	100.340	83.208	53.701	61.810	77.052	73.173
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	17,8
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	3,0
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	3,6
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	2,4

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).

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 2019, pero que parece frenarse en 2021; no obstante, será necesario vigilar, porque los datos de esta última edición pueden verse afectados por la situación de pandemia por COVID y las restricciones que conllevó.

En 2021, 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 de la familia 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 17,9% ha consumido otras drogas ilegales además de cannabis en los últimos 30 días y el 21,0% 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).

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 2021, el 17,8% de los consumidores del último año presentan un consumo problemático, valor más elevado de la serie histórica (tabla 2.5.7).

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, 2019-2021.

	2019			2021		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Número de casos CAST ≥ 4	1.279	792	487	669	409	261
Edad media (años)	16,3	16,4	16,2	16,5	16,6	16,4
Grupos de edad (años)						
14 años	5,2	3,6	7,9	5,1	4,2	6,6
15 años	17,9	16,9	19,7	14,4	12,6	17,4
16 años	30,3	31,6	28,2	24,7	26,2	22,4
17 años	36,0	36,6	35,0	38,3	37,9	38,9
18 años	10,6	11,4	9,3	17,4	19,1	14,8
Nacidos fuera de España (%)	12,2	13,3	10,4	10,8	8,5	14,3
Situación económica de la familia en comparación con otras familias del país (%)						
Por encima de la media	14,5	17,1	10,2	11,2	12,9	8,5
Más o menos como la media	76,6	73,8	81,2	79,9	78,3	82,5
Por debajo de la media	8,9	9,1	8,7	8,9	8,8	9,0
Ha hecho pellas (%)	67,2	64,5	71,5	58,6	56,3	62,2
Notas (%)						
Sobresaliente/notable	21,4	18,8	25,6	22,5	20,2	26,2
Bien/aprobado	58,8	61,3	54,8	62,7	64,8	59,3
Suspense	19,8	20,0	19,7	14,8	15,0	14,4
Consumo de otras drogas (%)						
Drogas legales en los últimos 30 días*	98,7	98,5	99,1	99,2	99,3	99,0
Drogas ilegales en los últimos 30 días**	19,2	21,8	14,9	17,9	22,3	11,2
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	21,9	24,0	18,6	21,0	22,4	18,9

* Alcohol, tabaco, hipnosedates e inhalables volátiles.

** Cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o GHB.

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cocaína

Metodología

Para estimar el consumo problemático/de riesgo de cocaína, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones utiliza desde 2009 un método basado en la frecuencia de consumo y la vulnerabilidad asociada a la edad (incompleto desarrollo cerebral), a partir de datos de la Encuesta sobre alcohol y drogas en población general de 15 a 64 años (EDADES).

Posteriormente, el protocolo del EMCDDA (2013), estableció como consumidores problemáticos/de riesgo aquellos que han consumido cocaína 26 o más días en el último año. Para adaptarnos a las posibilidades que ofrece la encuesta EDADES, en España los cálculos se estiman para aquellos que han consumido 30 o más días en el último año (tabla 2.5.9).

Tabla 2.5.9.

Criterios utilizados para estimar el consumo problemático/de riesgo de cocaína.

Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad	
Criterios de inclusión	personas (15-20 años) que han consumido cocaína 10 o más días en el último año Y que han consumido cocaína de 1 a 3 días en el mes MÁS personas (21 a 64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.
Estimación basada en frecuencia de consumo	
Criterios de inclusión	personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Resultados

La encuesta EDADES 2022 nos informa de que el 12,0% de la población española de 15 a 64 años consumió cocaína —polvo y/o base— alguna vez en la vida, el 2,4% en el último año y el 1,4% en el último mes. Ello permite estimar que, en España, en 2022, más de 745.000 personas habían consumido cocaína en el último año. De estos consumidores se estima que al menos 104.851 personas son consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína (personas de 15-64 años que han consumido cocaína 30 o más días en el último año), lo que equivale al 0,33% de la población de 15 a 64 años y al 14,6% de los consumidores del último año. Se observa un repunte de este tipo de consumo con respecto a años anteriores, que además se pone de manifiesto independientemente de los diferentes criterios utilizados (tabla 2.5.10) y que es coherente con los datos registrados por otras fuentes de información.

Tabla 2.5.10.

Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína (15-64 años). España, 2009-2022.

	Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad ¹	Estimación basada en frecuencia de consumo ²
2009	140.525	
	0,4 Población de 15-64 años (16,5% consumidores 12M)	–
2011	130.537	118.889
	0,40% Población 15-64 años (18% consumidores 12M)	0,40% Población 15-64 años (16,4% consumidores 12M)
2013	97.139	92.406
	0,30% Población 15-64 años (13,8% consumidores 12 M)	0,30% Población 15-64 años (13,1% consumidores 12 M)
2015	76.956	72.962
	0,30% Población 15-64 años (12,4% consumidores 12 M)	0,23% Población de 15-64 años (11,7% consumidores 12 M)
2017	101.610	92.536
	0,33% Población 15-64 años (16,4% consumidores 12 M)	0,30% Población de 15-64 años (14,9% consumidores 12 M)
2022	115.576	104.851
	0,37 Población 15-64 años (16,1% consumidores 12 M)	0,33 Población de 15-64 años (14,6% consumidores 12 M)

1. Criterios de inclusión: personas (15-20 años) que han consumido cocaína 10 o más días en el último año Y que han consumido cocaína de 1 a 3 días en el último mes MÁS personas (21 a 64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.

2. Criterios de inclusión EMCDDA: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo Problemático y datos de población del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero del año de la estimación.

Por otro lado, la encuesta EDADES permite conocer algunas de las características de esta población de riesgo. Los datos ponen de manifiesto que el perfil del consumidor problemático de cocaína (España, 2022) es el de un varón de 39 años, con estudios secundarios finalizados, soltero y trabajando. El 98,8% ha consumido drogas legales en los últimos 30 días, el 90,8% ha consumido otras sustancias ilegales durante el mismo periodo y 4 de cada 10 han probado nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, perfil similar al de años anteriores (tabla 2.5.11).

Tabla 2.5.11.

Características de los consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína* en la población de 15 a 64 años. España, 2011-2022.

	2011	2013	2015	2017	2022
Sexo (% hombres)	79,9	80,2	82,4	88,7	83,3
Edad media (años)	34,7	36,8	37,4	38,9	38,8
Grupos de edad (años)					
15 a 24 años	16,6	10,4	15	6,4	10,5
25 a 34 años	38,1	34,4	23,4	25,1	21,9
35 a 44 años	27	36,6	33,1	33,6	35,4
45 a 54 años	17,3	13,2	24,3	27,8	25,1
55 a 64 años	0,9	5,4	4,2	7,1	7,1
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios/primarios	26,6	17,7	21,5	12,1	27,8
Enseñanza secundaria/estudios universitarios	73,4	81,7	78,5	87,8	72,2
Situación laboral (%)					
Trabajando	45,8	39,3	51,3	62,1	62,2
Parado no habiendo trabajado	4,1	3	2,1	0	0,6
Parado habiendo trabajado	36	45	27	24,5	22,9
Otras	14,1	12,7	19,6	13,4	14,3
Estado civil (%)					
Soltero/a	71,1	59,8	61,2	56,7	55,8
Casado/a	16,5	32,4	13,2	21,7	20,7
Separado/a – Divorciado/a	11,2	6,2	23,8	21,5	21,8
Viudo/a	1,1	1,6	1,9	0	1,6
Consumo de otras drogas (%)					
Drogas legales en los últimos 30 días**	100	99,2	97,1	100	98,9
Drogas ilegales en los últimos 30 días***	68,7	72,6	91,9	93,4	90,8
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	41,8	39,1	64,2	39,3	41,4

* Personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año (Protocolo 2013 EMCDDA).

** Alcohol, tabaco, hipnosedates e inhalables volátiles

*** Cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o GHB

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

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 2.5.12 se resume la metodología utilizada en 2023 para las estimaciones del consumo de heroína del 2021 y que se detalla a continuación.

Tabla 2.5.12.

Esquema de la estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2021.

Estimación del número mínimo de consumidores problemático de heroína	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2022 (de 782 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por dependencia 393)	50%
2. Número de personas admitidas a tratamiento por heroína a partir de TDI (personas que inician tratamiento por heroína en ese año)	7.419
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)	14.838
4. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2). Personas en TMO (tratamiento de mantenimiento con opiáceos) y que están consumiendo heroína (hay 55.663 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)	22.253
5. Número mínimo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)	37.091
Estimación del número máximo de consumidores problemático de heroína	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2022 (de 782 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por dependencia 393)	50%
2. Número de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios (TCA)	141.597
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 16,7% de los tratamientos en TDI son por heroína)	23.647
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)	47.293
5. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2). Personas en tratamiento de mantenimiento con opiáceos y que están consumiendo heroína (hay 55.633 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)	22.253
6. Número máximo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)	69.547

EDADES 2022: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2021: 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 2021 de la DGPNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en centros ambulatorios se obtienen de la Memoria 2021 de la DGPNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo problemático.

En la encuesta EDADES 2022 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 2022, que resultó en que el 50% de los nominados habrían iniciado tratamiento. Aplicando este multiplicador a los admitidos a tratamiento por heroína en 2022 (7.419) del Indicador de Admisiones a tratamiento, se obtienen la cifra estimada de consumidores problemáticos de heroína en 2021 (14.838).

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 16,7% como el porcentaje de personas en TCA que son atendidas con motivo del consumo de heroína, se obtendría que 23.647 personas han recibido tratamiento por heroína en 2021 (141.597 en tratamiento por cualquier droga). De nuevo, aplicando el multiplicador, se obtendrían 47.293 consumidores problemáticos de heroína.

En todo caso, las estimaciones anteriores (14.838 y 47.293) corresponderían, en términos generales, a los consumidores de heroína que no están en tratamiento sustitutivo con opiáceos (TSO). Los datos disponibles informan que 55.633 personas se encontraban realizando TSO en 2021 (49.588 con metadona y 6.045 con buprenorfina + naloxona). Teniendo en cuenta que aproximadamente un 40% de los que están en TSO siguen consumiendo heroína, podría considerarse que 22.253 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 (prevalencia) llegó a su máximo en España a principios de los años noventa con más de 150.000 consumidores y que, posteriormente, ha descendido.

En España, en 2021, el número de consumidores de alto riesgo de heroína se encontraría en una horquilla entre 37.091 y 69.547 personas, con una estimación media de 53.319. Las estimaciones realizadas muestran que en 2021 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 (tabla 2.5.13).

Tabla 2.5.13.

Estimación de consumidores problemáticos de heroína. España, 2009-2021.

	Número de consumidores problemáticos de heroína	% de consumidores problemáticos de heroína en la población de 15 a 64 años.
	Valor medio (valor mínimo y máximo)	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)
2020	61.387 (38.304 - 84.469)	0,20 (0,12 - 0,27)
2021	53.319 (37.091 - 69.547)	0,16 (0,12 - 0,22)

* 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) a 1 de enero del año de la estimación.

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 2.5.14 se resume la metodología utilizada en 2023 para las estimaciones de inyectores del 2021 y que se detalla a continuación.

Tabla 2.5.14.

Esquema de la estimación del número de inyectores de drogas recientes (último año). España, 2021.

Estimación del número mínimo de inyectores recientes (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2022 (de 956 inyectores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 576)	60%
2. Número de inyectores recientes (en el último año antes de la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento a partir del TDI	1.119
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)	1.865
4. Número de inyectores en TMO (parte 2) (hay 55.633 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 10,0% ha utilizado la vía inyectada)	2.225
5. Número mínimo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	4.091
Estimación del número máximo de inyectores recientes (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2022 (de 956 inyectores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 576)	60%
2. Número de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios (TCA)	141.597
3. Número de inyectores en tratamiento en centros ambulatorios	4.815
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)	7.408
5. Número de inyectores en TMO (parte 2) (hay 55.633 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 10,0% ha utilizado la vía inyectada)	2.225
6. Número máximo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	9.633

EDADES 2022: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2021: 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 2021 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 2021 de la DGPNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador Consumo problemático.

La encuesta EDADES 2022 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 956 inyectores nominados de los que, según los entrevistados, 576 (60%) habían iniciado un tratamiento por abuso o dependencia de drogas, lo que aplicado a los 1.119 inyectores (inyección en los 12 meses previos a la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento en España en 2021 condujo a una estimación de 1.865 inyectores de drogas recientes en 2021, 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 (TAC), obteniendo 4.815 inyectores. Para obtener esta cifra se asume que se ha inyectado en TAC el mismo porcentaje de usuarios que inician tratamiento (3,4%).

En todo caso, las estimaciones anteriores (1.865 y 4.815) 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 2.225 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 10,0% ha utilizado la vía inyectada en 2021.

Resultados

En España en 2021, la cifra estimada de inyectores recientes (último año) se encontraría en la horquilla comprendida entre 4.091 y 9.633 personas, con una estimación media de 6.862 personas (tabla 2.5.15). Se observa una disminución del número estimado de inyectores, confirmando la tendencia descendente que viene observándose en los últimos años.

Tabla 2.5.15.

Estimación del número de Inyectores de drogas recientes (último año). España 2009-2021.

	Número de inyectores recientes	% de inyectores recientes en la población de 15 a 64 años.
	Valor medio (valor mínimo y máximo)	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)
2020	8.582 (4.778 - 12.386)	0,028 (0,015 - 0,040)
2021	6.862 (4-091 - 9.633)	0,021 (0,013 - 0,030)

* 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) a 1 de enero del año de la estimación.

A large, dark teal number '3' is positioned on the right side of the page, partially overlapping the text. The background is a light teal color.

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 legal internacional para el control de la producción, el comercio y la posesión de sustancias estupefacientes y psicotrópicas: Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (enmendada en 1972)¹, Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971² y Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988³. El número de sustancias fiscalizadas en virtud de estos convenios va aumentando, y actualmente (abril de 2023) se ejerce control sobre 141 estupefacientes y 144 sustancias psicotrópicas.

No obstante, 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 legisladores europeos.

El Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS)⁴ fue creado en 1997 por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones (EMCDDA)⁵ y la Oficina Europea de Policía (Europol)⁶ 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 síntesis⁷. Cada Estado miembro de la UE articula su sistema nacional en función de su organización interna⁸.

El EWS tiene como objetivo detectar, evaluar y responder rápidamente a las amenazas sanitarias y sociales causadas por las NSP. El trabajo del EWS tiene como objetivo crear, mantener y reforzar el conocimiento de la situación, la preparación y las actividades de respuesta a nivel nacional y de la UE a las NSP y ofrece un mecanismo de intercambio de información y de respuesta rápida frente a la aparición de “nuevas drogas” o “nuevas sustancias psicoactivas”, entendiéndose por éstas, “aquellas sustancias en forma pura o de preparado que no estén contempladas en la Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961, modificada por el Protocolo de 1972, ni en el Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, pero que puedan entrañar riesgos para la salud o sociales similares a aquellos que entrañan las sustancias contempladas en dicha Convención y Convenio”.

1. Convención de 1961 sobre Estupefacientes (enmendada en 1972). https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/1961_Convention.html

2. Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. https://www.incb.org/incb/en/psychotropics/1971_convention.html

3. Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

4. EWS. Early Warning System. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system>

5. EMCDDA - European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addictions. <http://www.emcdda.europa.eu/>

6. Europol. <https://www.europol.europa.eu/>

7. 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)

8. Early Warning System, National Profiles. EMCDDA, Lisbon, May 2012. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/687/EWS_profiles_339065.pdf

Asimismo, también es 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 contaminación de las mismas.

En el ámbito de la UE, se revisó el marco jurídico que databa de 2005 (Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la UE, de 10 de mayo de 2005⁹), con el fin de establecer un sistema más rápido y eficaz a la hora de actuar frente a estas nuevas amenazas. 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, y optimizando y acelerando los procedimientos de recopilación y evaluación de los datos.

La legislación vigente en Europa comprende:

- **Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017**, por el que se modifica el Reglamento (CE) n° 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 psicoactivas¹⁰.
- **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 Consejo¹¹.



La **Directiva** establece que para que una 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.

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 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 fueron en parte promovidos porque desde mediados de la década de 2000 se observó 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.



9. 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 (DOL127 de 20.5.2005, p. 32)

10. Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017, por el que se modifica el Reglamento (CE) n° 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)

11. 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)

Fase 1: Intercambio de información/alerta temprana

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 Adicciones (EMCDDA) en Lisboa, a través de las unidades nacionales de la Europol y de los puntos focales nacionales de la Red Reitox¹² (comprenden 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 uso, 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 y posterior fiscalización de una NSP.

Fase 2: informe inicial e informe de evaluación del riesgo

Informe inicial¹³

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:

- 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.

12. Red Reitox http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/695/EMCDDA_brochure_ReitoxFAQs_EN_326619.pdf

13. Informes conjuntos disponibles en http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system_en

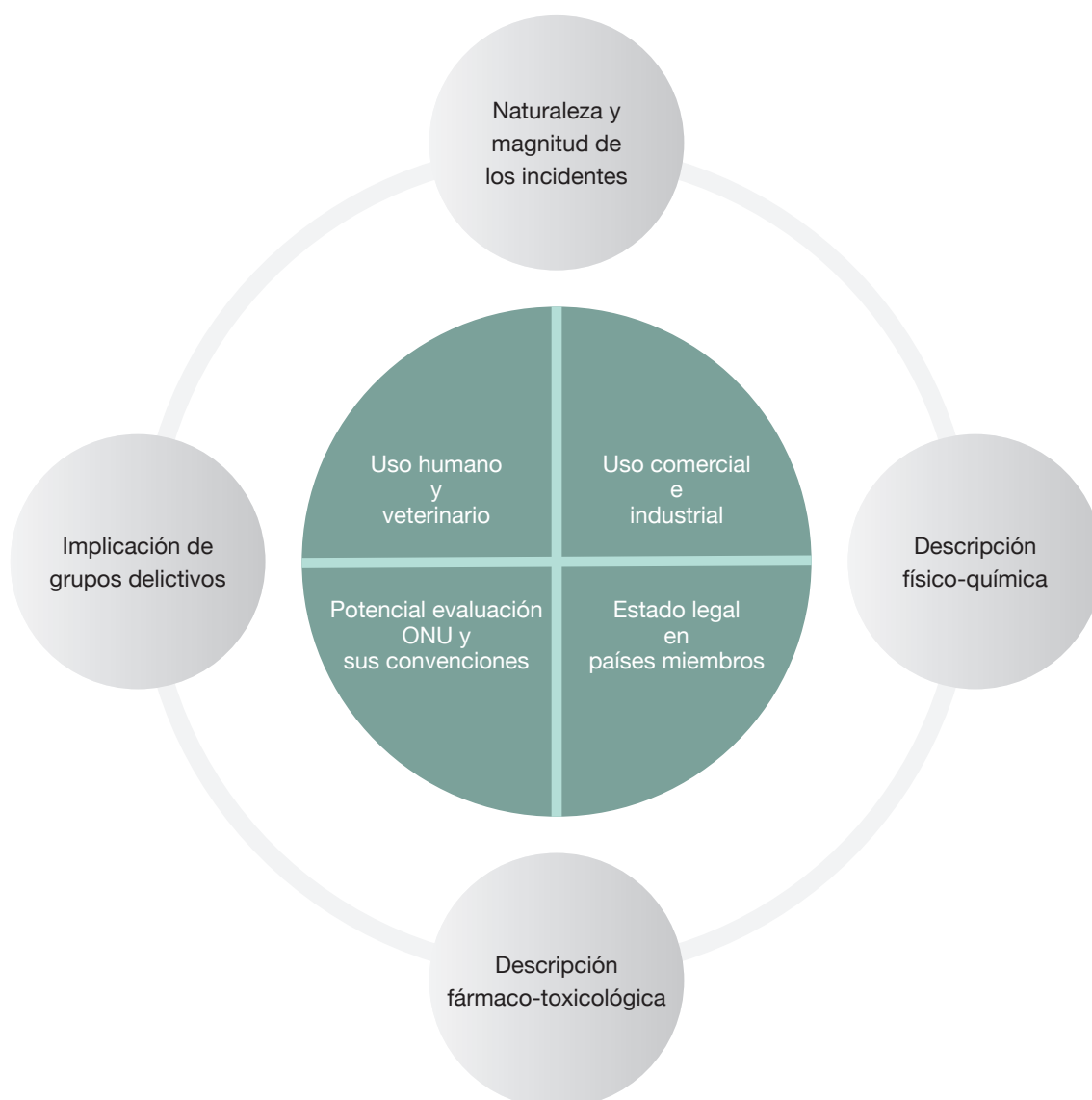
Además, el informe inicial contendrá también:

- 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 dichos usos y su empleo en la investigación y el desarrollo científico.
- 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.

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 riesgo¹⁴

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.

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, propensión al abuso, 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, distribución, métodos de distribución y 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 dispone 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, 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 al Parlamento Europeo como al 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 EMCDDA¹⁵.

Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa

El EMCDDA publica¹⁶ periódicamente 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 2022*¹⁷, en los que se resalta que las NSP suponen un reto cambiante para la política sobre drogas.

14. Informes de evaluación de riesgo: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16776EN.html>

15. EMCDDA. Medidas de control: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16783EN.html>

16. Early Warning System on NPS http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system_en

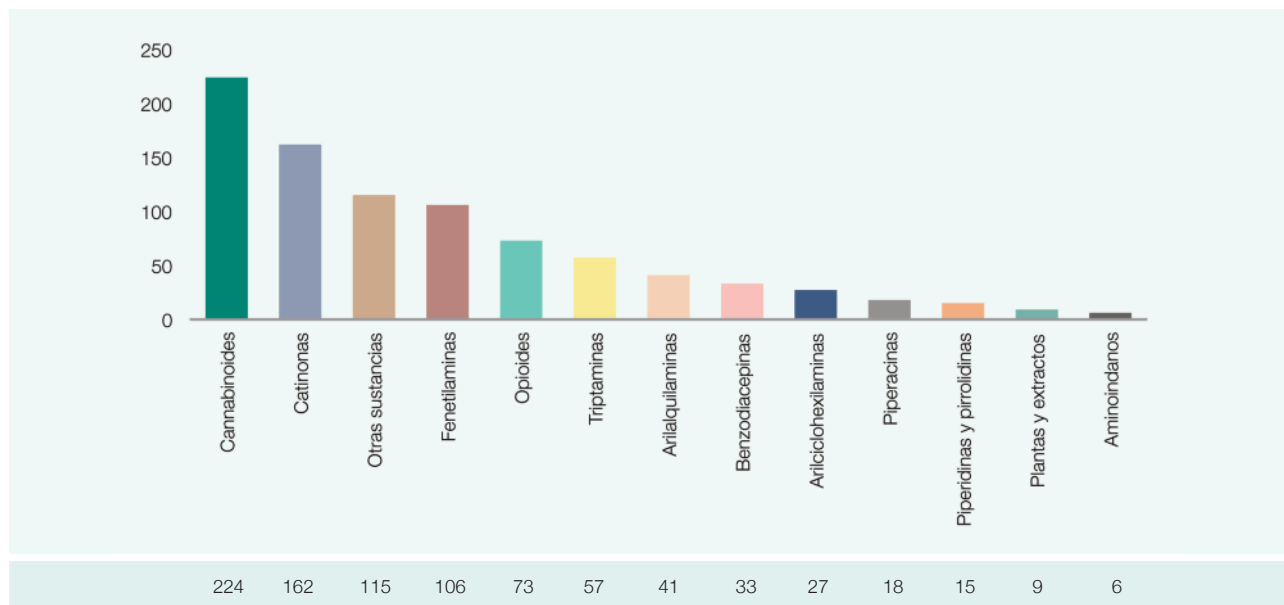
17. Informe Europeo sobre Drogas. 2022: https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en

Generalidades

A finales del año 2021, el EMCDDA monitorizaba unas 880 NSP identificadas en Europa. De ellas, 224 pertenecen al grupo de los cannabinoides sintéticos, que es el grupo con mayor número de sustancias en seguimiento. Le siguen, por orden, las catinonas, otras sustancias y las fenetilaminas con 162, 115 y 106 sustancias vigiladas, respectivamente.

Figura 3.1.1.

Número de sustancias que vigila el Sistema de Alerta Temprana de la UE a finales de 2021.

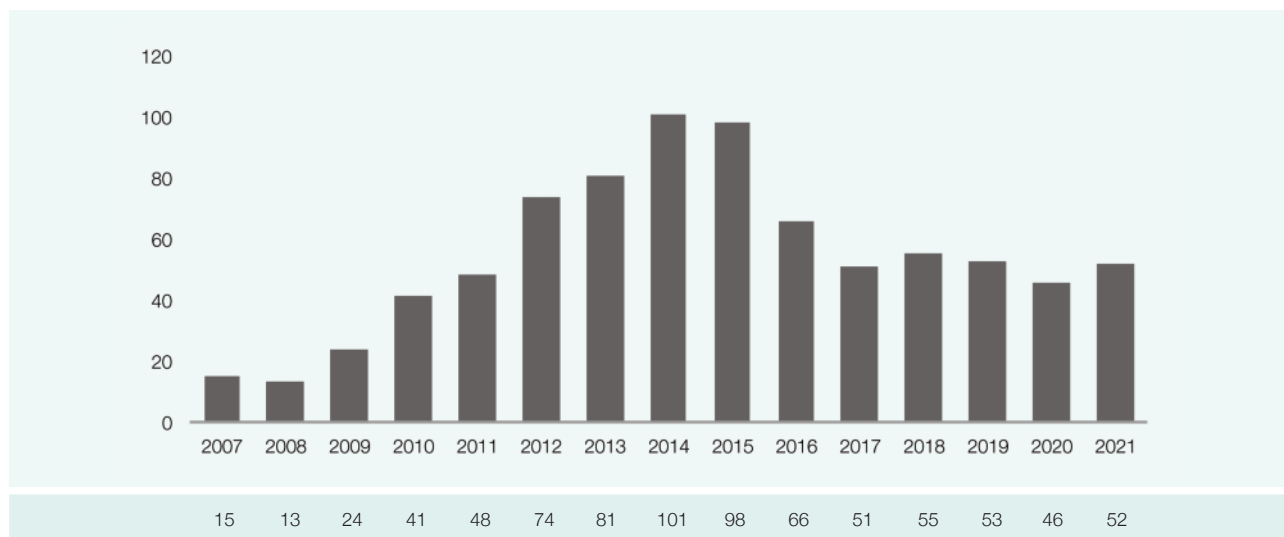


FUENTE: EMCDDA, European Drug Report 2022.

De estas 880 NSP, 52 fueron comunicadas por primera vez en Europa en 2021. Esto representa un descenso de alrededor del 50% de NSP introducidas en el mercado europeo por primera vez con respecto a los años 2014-2015. 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 3.1.2.

Número de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la UE, 2007-2021.



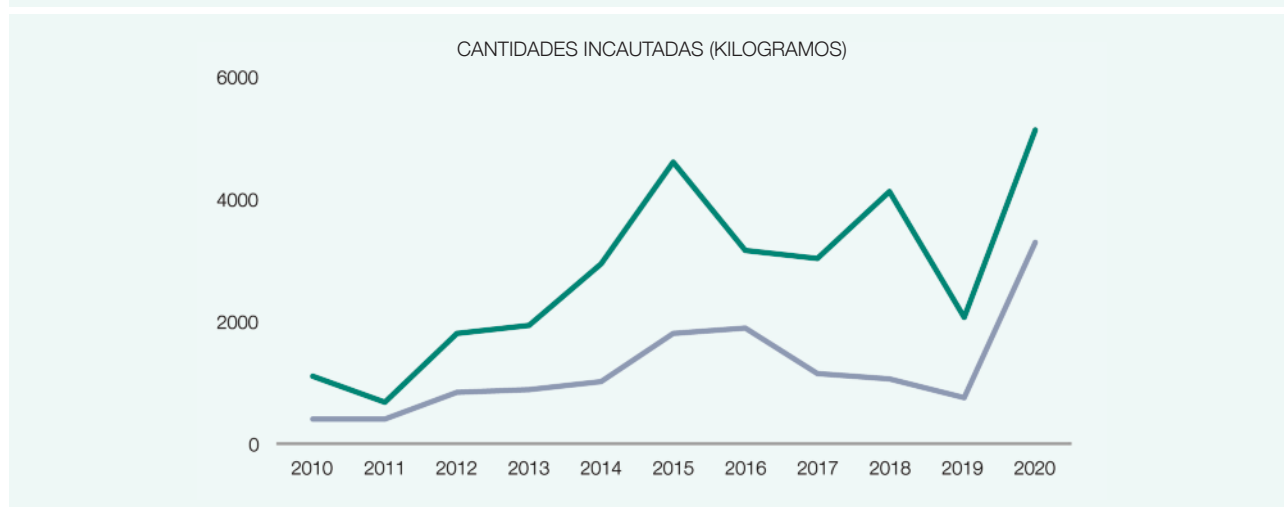
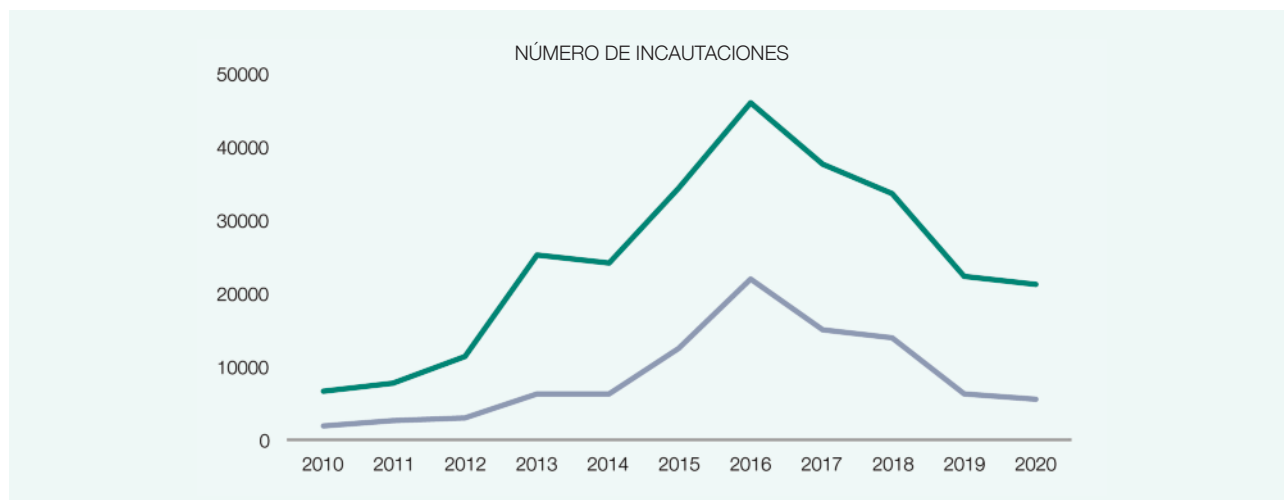
FUENTE: EMCDDA, European Drug Report 2022.

En 2020 se detectaron en el mercado unas 370 NSP ya notificadas previamente.

En cuanto al número de incautaciones, a lo largo de 2020, se notificaron aproximadamente 41.100 incautaciones de NSP al Sistema de Alerta Temprana del EMCDDA (incluyendo lo notificado por la UE, Turquía y Noruega). De ellas, 22.230 fueron notificadas por los veintisiete Estados miembros de la UE. Como muestra la figura 3.1.3, en 2020 continúa el descenso del número de incautaciones iniciado en 2016, año en que se alcanzó el máximo de todo el período 2010-2020.

Figura 3.1.3.

Incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por los países de la UE al Sistema de Alerta Temprana de la UE: tendencias en el número de incautaciones y cantidades incautadas, 2010-2020.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de incautaciones											
■ Todas las sustancias	6.475	7.891	11.410	25.208	24.154	34.188	45.950	37.578	33.618	22.446	21.235
■ Catinonas	1.790	2.662	2.988	6.398	6.273	12.398	21.944	15.059	13.906	6.412	5.501
Cantidad incautada (kilogramos)											
■ Todas las sustancias	1.110,3	676,2	1.805,1	1.940,1	2.925,1	4.599,4	3.174,6	3.018,4	4.118,7	2.042,9	5.133,8
■ Catinonas	402,3	394,7	840,6	894,5	992,3	1.786,9	1.909,9	1.160,4	1.070,6	752,9	3.307,1

FUENTE: EMCDDA. European Drug Report 2022.

Si esta información la trasladamos a cantidades incautadas, se estima que los Estados miembros de la UE notificaron un total de 5,1 toneladas de NSP (principalmente polvo) (Figura 3.1.3) y si incluimos a Turquía y Noruega, esta cantidad asciende a 6,9 toneladas. En 2020 se aprecia un nuevo máximo en las cantidades incautadas tras el notable descenso que se observó el año anterior.

Una parte considerable de las incautaciones de NSP, tanto en número de incautaciones como en cantidades incautadas, corresponde a sustancias del grupo de las catinonas. Destaca en particular que en el año 2020 el 65% del material incautado (3,3 toneladas) era polvo de catinona (Figura 3.1.3). En esta cantidad, la N-etilhexedrona representaba un tercio, mientras que la 3-MMC y la 3-CMC representaban, cada una, una cuarta parte.

Cannabinoides sintéticos

Desde 2008, se han detectado en total 224 nuevos cannabinoides sintéticos en Europa. De ellos, 15 fueron notificados por primera vez durante el año 2021. Este último dato supone un aumento con respecto a 2020, continuando la tendencia ascendente en el número de cannabinoides sintéticos notificados por primera vez al EU-EWS que se observa desde 2019 (Figura 3.1.4).

Figura 3.1.4.

Número de cannabinoides sintéticos notificados por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la UE, 2007-2021.



FUENTE: EMCDDA. European Drug Report 2022

En 2020, los Estados miembros de la UE notificaron 6.300 incautaciones, con un total de 236 kilogramos de material que contiene cannabinoides sintéticos.

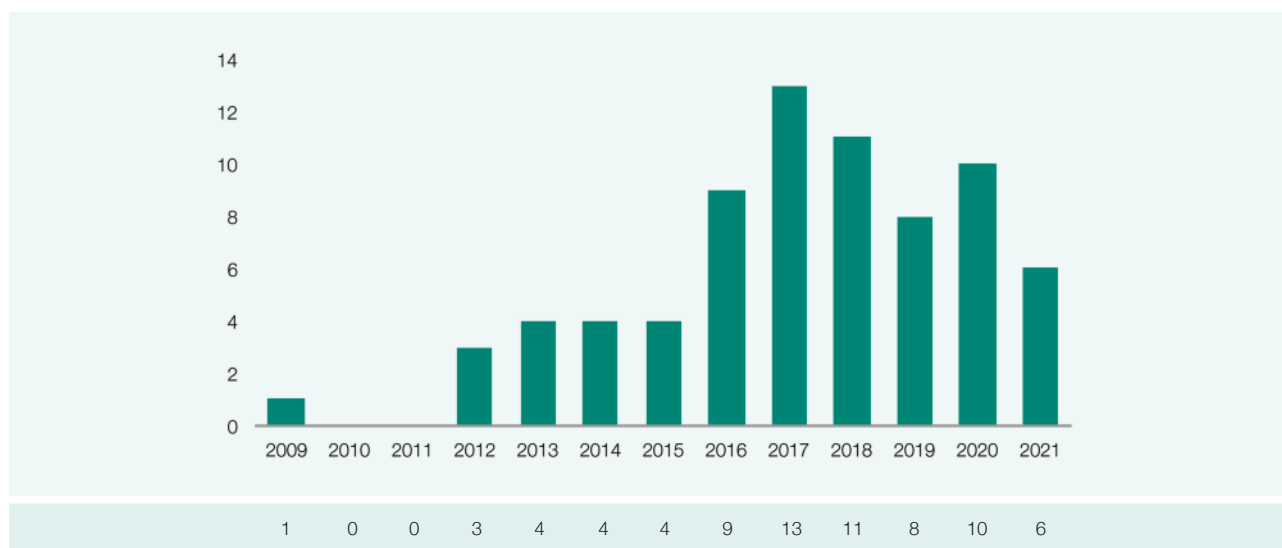
Tres países notificaron muertes relacionadas con cannabinoides sintéticos en 2020: Alemania (9), Hungría (34) y Turquía (49). Además, en 2021 se detectaron en Europa 4 nuevos cannabinoides sintéticos «OXIZID», aparentemente como sustancias de sustitución tras la prohibición de los cannabinoides sintéticos en todo el grupo, impuesta por China. También preocupa la adulteración de productos de cannabis con bajo contenido de THC y productos comestibles con cannabinoides sintéticos.

Opioides sintéticos

Se han notificado 73 nuevos opioides sintéticos entre 2009 y 2021, 6 de los cuales fueron notificados por primera vez en 2021. Este último dato supone un descenso con respecto a 2020 en el número de opioides sintéticos notificados por primera vez al EU-EWS (Figura 3.1.5).

Figura 3.1.5.

Número de opioides sintéticos notificados por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la UE, 2009-2021.



FUENTE: EMCDDA. European Drug Report 2022.

Durante el año 2020, los Estados miembros de la UE notificaron aproximadamente 600 incautaciones de nuevos opioides, con un total de 11 kg de material.

Preocupa la producción de medicamentos falsos como comprimidos de oxicodona que contienen potentes opioides de bencimidazol. También preocupan otros medicamentos falsos (comprimidos falsos de Xanax y diazepam) que contienen nuevas benzodiazepinas. Esta evolución significa que los consumidores pueden estar expuestos sin saberlo a sustancias potentes que pueden aumentar el riesgo de acontecimientos de sobredosis mortales o no mortales.

Estimación de consumo de nuevas sustancias psicoactivas

Las estimaciones nacionales del consumo de nuevas sustancias psicoactivas (con exclusión de la ketamina y el GHB) en el último año entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años) oscilan entre el 0,1% en Letonia y el 5,1% en Rumanía. Entre los escolares, la encuesta European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD 2019 estimó que el consumo a lo largo de la vida de nuevas sustancias psicoactivas osciló entre el 0,9 % y el 6,6 %, con el consumo a lo largo de la vida de cannabinoides sintéticos entre el 1,1% y el 5,2% y catinonas sintéticas entre el 0,2% y el 2,5%.

Otra información en relación a las nuevas sustancias psicoactivas en Europa

En 2020, 3-MMC se relacionó con 38 visitas de toxicidad aguda por drogas en 5 hospitales que forman parte de la red European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus).

En 2020, los servicios de análisis de drogas detectaron bajos niveles de 3-MMC en 10 ciudades europeas.

El análisis de 1.166 jeringuillas usadas recogidas por la red European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (ESCAPE) de siete ciudades europeas en 2020 detectó catinonas sintéticas en más de la mitad de todas las jeringuillas analizadas en Budapest y París.

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).

Esta Decisión está derogada y la normativa comunitaria vigente está actualmente compuesta por¹:

- **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.
- **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 penas) 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.

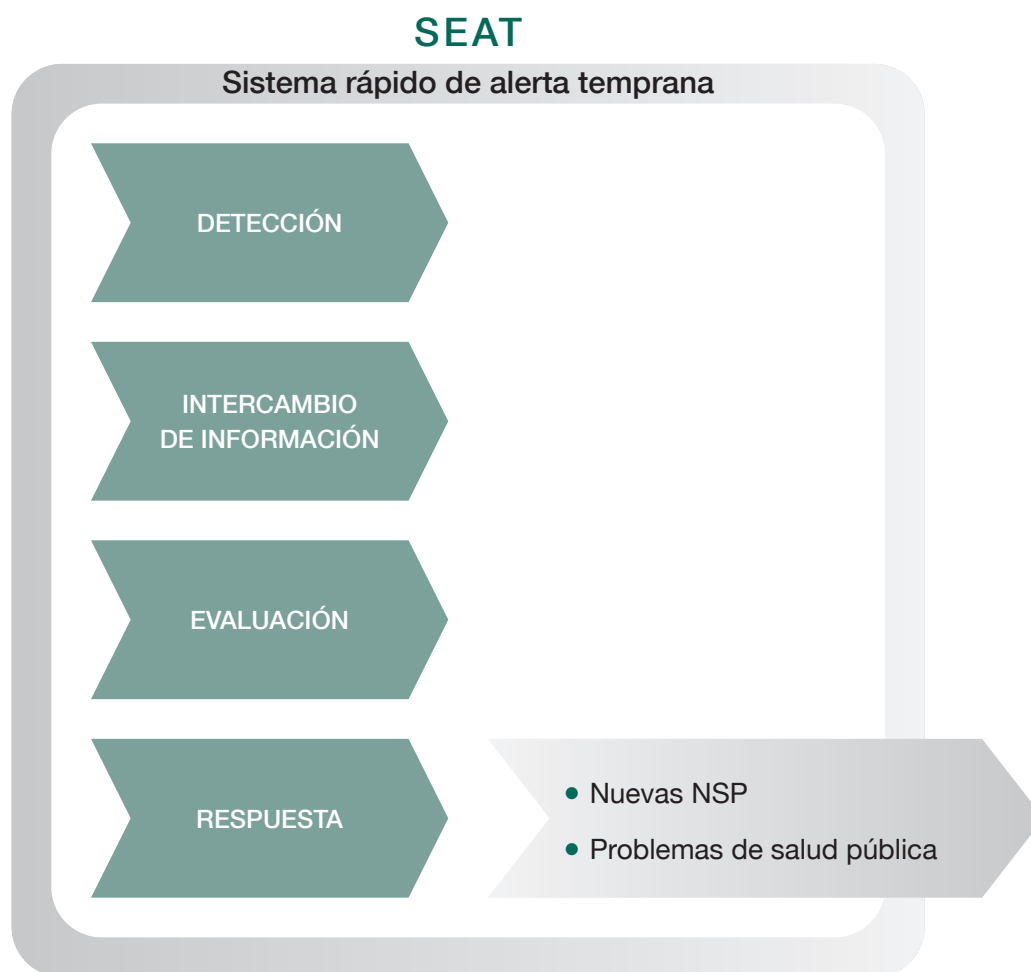


1. Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017, por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicoactivas (DOL 305 de 21-11-2017, p. 1).

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).

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) aquellas sustancias en forma pura o de preparado que no estén contempladas en la Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961, modificada por el Protocolo de 1972, ni en el Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, pero que puedan entrañar riesgos para la salud o sociales similares a aquellos que entrañan las sustancias contempladas en dicha Convención y Convenio”.



La información resultante de este sistema debe ser útil 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 y, a su vez, es el interlocutor con el resto de los organismos responsables de los sistemas de alerta temprana a nivel internacional.

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.

Funcionamiento

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 la detección de nuevas sustancias y eventos relacionados con su uso 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, ausencia o amplían 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), y se distribuye entre los integrantes de la red, resaltando, entre otros asuntos, 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 en proximidad a 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, análisis y 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.

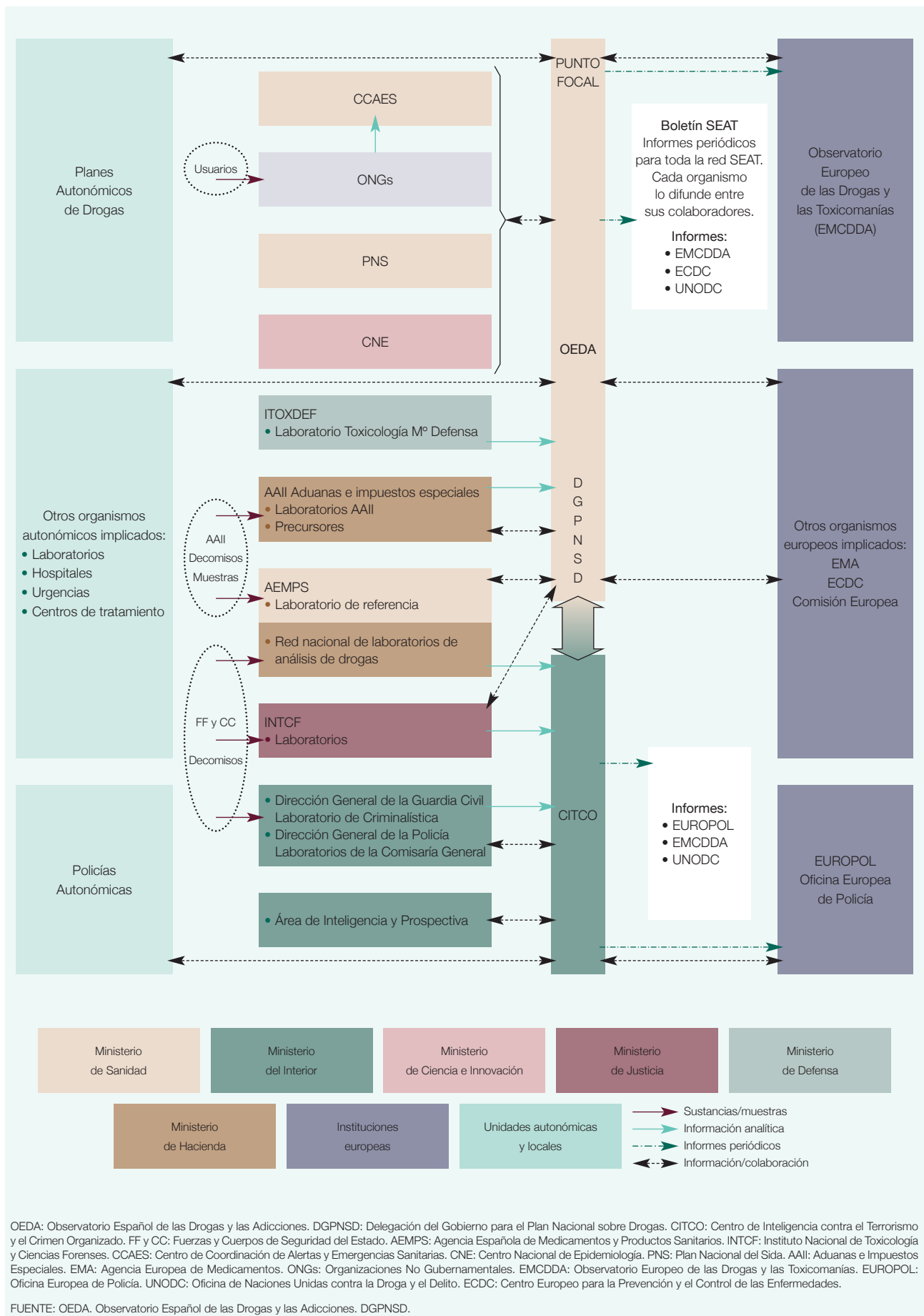
El Área de Inteligencia y Prospectiva es responsable de recabar la información relacionada con la incautación y detección de nuevas sustancias que son analizadas por los diferentes laboratorios oficiales. El Área de Precursores es responsable de facilitar información relacionada con los precursores de 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 y de individuos vivos) como muestras no biológicas (investigación de drogas tóxicas, estupefacientes y psicótopos) en incautaciones.
- **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)**, del Ministerio de Sanidad. Es responsable de la recogida y 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.

2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT): <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

Figura 3.2.1.

Esquema del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).



Dentro de las Áreas y Dependencias de Sanidad y Política Social de las Delegaciones y Subdelegaciones de Gobierno, los Servicios de Inspección Farmacéutica y Control de Drogas desempeñan su actividad, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente, en tres ámbitos:

- La gestión y análisis de drogas procedentes del tráfico ilícito.
- El control sanitario en frontera
- La inspección de instalaciones de fabricación y/o importación o de distribución de medicamentos y sus principios activos, productos sanitarios, cosméticos y productos de cuidado personal, de acuerdo con las competencias atribuidas a la AEMPS.

Estas actividades se desarrollan bajo la coordinación funcional de la AEMPS, de acuerdo con lo recogido en su estatuto, el Real Decreto 1275/2011, de 16 de septiembre, por el que se crea la Agencia estatal “Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios” y se aprueba su Estatuto, tanto en su artículo 7.40 relativo a sus competencias como en el artículo 28 sobre el Comité de Coordinación de Servicios Farmacéuticos Periféricos.

A la AEMPS, en el desarrollo de la función de coordinación que le asigna su Estatuto, le corresponde la ejecución de las siguientes actuaciones:

- Planificar las necesidades de los laboratorios de las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno.
- Distribución de patrones de referencia.
- Establecer las normas de calidad.
- Desarrollo de los procedimientos técnico-analíticos.

Además, en relación con el tráfico ilícito de estupefacientes, el laboratorio de estupefacientes y psicótrópos de la AEMPS realiza los análisis cuantitativos y cualitativos de drogas tóxicas, estupefacientes y psicótrópas decomisadas en el tráfico ilícito remitidas por el Área de Sanidad y Política Social de la Delegación del Gobierno en Madrid y por las Áreas y Dependencias de Sanidad y Política Social de las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno, cuando estos análisis, por diversos motivos, no puedan ser realizados en dichos laboratorios.

Respecto a la gestión y análisis de drogas procedentes del tráfico ilícito, las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno desarrollan actividades a lo largo de todas las etapas del proceso: recepción, custodia, análisis y destrucción, con la coordinación técnica de la AEMPS en las actuaciones de los laboratorios de drogas y la dotación personal, medios técnicos y materiales por parte de la Dirección General de la Administración General del Estado en el Territorio del Ministerio de Política Territorial y Función Pública a las denominadas Unidades de Recepción Custodia y Destrucción (URCD) y a los laboratorios adscritos a estas Delegaciones y Subdelegaciones.

- **Centro del Control de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES)**, del Ministerio de Sanidad, es responsable de centralizar las alertas y emergencias que surgen en el ámbito general de la Salud Pública.
- **Plan Nacional sobre el Sida (PNS)**, del Ministerio de Sanidad. Se encarga de la recogida, análisis y 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 y Función Pública, 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 psicótrópos.

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 hospitalarias relacionadas con el consumo, 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 EMA⁶.

Actividad del SEAT. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en España

En primer lugar, los integrantes de la red SEAT comunican a su punto central, el OEDA, la detección de NSP que circulan en el territorio nacional, así como información sobre eventos ocurridos o riesgos potenciales para la salud o sociales relacionados con las NSP. A su vez, el OEDA circula a la red SEAT información sobre NSP que se considere de interés a nivel nacional.

Por otro lado, el OEDA es el punto focal nacional del Sistema Europeo de Alerta Temprana (EU-EWS) y, como tal, informa a la red SEAT sobre las NSP que circulan en Europa y sus potenciales riesgos. Además, el OEDA centraliza la notificación de la red SEAT al EU-EWS de las NSP detectadas en nuestro país. Para ello, el EWS tiene establecidos dos sistemas principales de notificación de NSP:

1. Base de datos europea sobre nuevas sustancias psicoactivas (European Database on New Drugs o EDND).

Es un sistema para la notificación continuada de NSP de forma individualizada. Se trata de una plataforma informática que permite aportar en cualquier momento información pormenorizada de un evento concreto que implique la identifi-

3. Energy Control : <http://energycontrol.org/>

4. Ai Laket: <http://www.aialaket.com/>

5. Cruz Roja Española: <https://www2.cruzroja.es/>

6. EMA: <https://www.ema.europa.eu/en>

cación de una o varias NSP en cualquiera de los países de la UE. Aunque la plataforma está abierta a la notificación de cualquier evento relacionado con NSP, se pide priorizar la notificación de hechos especialmente relevantes, que incluyen, por ejemplo:

- NSP detectadas por primera vez en el país, o en Europa.
- NSP sometidas a seguimiento intensivo por el EMCDDA.
- Eventos adversos graves relacionados con NSP (muertes, intoxicaciones agudas).
- Brotes relacionados con NSP.
- Información sobre NSP obtenida a partir de muestras biológicas.
- NSP en adulteraciones o falsificaciones de otras sustancias.
- Nuevas vías de administración de NSP o de sustancias ya conocidas.

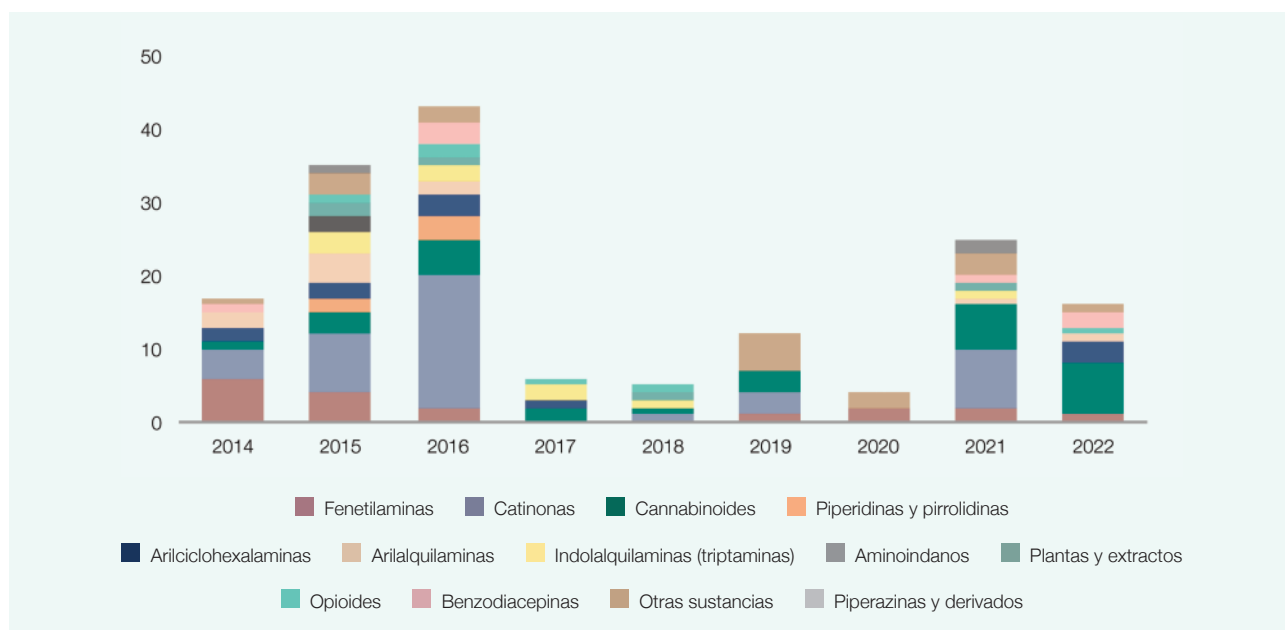
La plataforma EDND permite incluir información con muy alto grado de detalle en la notificación como, por ejemplo, la fecha y tipo de evento, las entidades implicadas en la obtención de la muestra y en su análisis, la descripción física de la muestra y la caracterización química de la sustancia o sustancias detectadas, incluyendo las técnicas analíticas empleadas e informes de resultados analíticos.

2. Informe anual de situación (Annual Situation Report o ASR). Es un sistema que aporta información puntual de cada país al EWS una vez al año. Se trata de un documento que cada país cumplimenta con información agregada de todas las NSP detectadas (identificadas analíticamente) a lo largo de todo el año en su territorio. Este documento abarca los 12 meses entre enero y diciembre y debe presentarse al EMCDDA a principios del año siguiente. En él se informa, para cada sustancia, sobre el formato o formatos en que se presenta, el número de incautaciones o muestras recogidas en ese año, la cantidad total encontrada, y la entidad que la notifica.

A continuación, se presentan datos sobre la actividad desarrollada por el SEAT, especialmente la correspondiente a 2022.

Figura 3.2.2.

Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España y notificadas al Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT). 2014-2022.



FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

A fecha de cierre de este capítulo (abril de 2023), en los registros del OEDA consta que en 2022 se detectaron por primera vez en España 16 NSP. Pertenecían a los siguientes grupos: cannabinoides (7), arilciclohexilaminas (3), benzodiazepinas (2), opioides (1), fenetilaminas (1), arilalquilaminas (1), y otros (1). De ellas, 2 fueron detectadas por primera vez en Europa (Figura 3.2.2). No obstante, el número de NSP detectadas por primera vez en España en 2022 podría ser mayor, una vez que se revisen las notificaciones realizadas a través del ASR.

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.

Notificaciones del Sistema Español de Alerta Temprana al EU-EWS vía EDND

A lo largo del año 2022 la red SEAT ha incorporado a la EDND un total de 194 informes de casos (*case reports*). De ellos, 164 corresponden a incautaciones, 23 son informes de muestras recogidas, 4 son informes sobre eventos adversos graves y 3 son informes de muestras biológicas.

Estos 194 *case reports* incluyen un total de 206 notificaciones de 61 NSP diferentes, pertenecientes a 10 grupos de sustancias. Las catinonas constituyen el grupo con mayor número de notificaciones (64) y también el grupo más diverso, ya que se han notificado 14 sustancias diferentes, siendo la 3-MMC y la 3-CMC las más notificadas. El segundo grupo con más notificaciones es el de las arilciclohexilaminas, representadas principalmente por la ketamina, que supone 48 de las 54 notificaciones de este grupo a través de la EDND.

A continuación, se incluye un resumen con las sustancias notificadas por esta vía en 2022 (Tabla 3.2.1) y un listado con las sustancias que fueron detectadas por primera vez en España en 2022 (Tabla 3.2.2).

Tabla 3.2.1.

Notificaciones del Sistema Español de Alerta Temprana al EU-EWS vía EDND, 2022, por grupo de sustancias.

Grupo EMCDDA	Nº de NSP	Nº de notificaciones	Nº de NSP FIC*	Nº de NSP FIE**	NSP más notificadas (nº notificaciones)
Arilalquilaminas	5	5	1		2C-B-Fly, 5-MAPB, 6-APB, 6-MAPB,
Arilciclohexilaminas	7	54	3		Atomoxetine (1 por cada NSP) Ketamina (48)
Benzodiazepinas	4	5	2		Clonazolam (Clonitrazolam) (2)
Cannabinoides sintéticos	10	17	7	2	Hexahidrocannabinol (HHC) (6)
Catinonas	14	64			3-Metilmetcatinona (3-MMC) (26) y 3-CMC (3-clorometcatinona) (16)
Indolalquilaminas (triptaminas)	5	7			5-MeO-DMT y 5-MeO-MIPT (2 cada NSP)
Opioides	2	2	1		Etonitazepino y tramadol (1 cada NSP)
Otros	6	34	1		GHB (21)
Fenetilaminas	6	9	1		2C-B (3)
Plantas y extractos	2	9			Khat (5) y harmina (ayahuasca) (4)

* FIC: Primera detección en España.

**FIE: Primera detección en Europa.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

Tabla 3.2.2.

Sustancias detectadas por primera vez en España y notificadas al EWS-UE en 2022.

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
Deoximetoxetamina	2-(ethylamino)-2-(3-methylphenyl)-cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	22-03-2022
Etonitazepino	2-(4-ethoxybenzyl)-5-nitro-1-(2-(pyrrolidin-1-yl)ethyl)-1H-benzo[d]imidazole	Opioides	23-03-2022
CH-PIACA*	N-cyclohexyl-2-(1-pentyl-1H-indol-3-yl)acetamide	Cannabinoide sintético	28-03-2022
CH-FUBIACA*	N-cyclohexyl-2-(1-(4-fluorobenzyl)-1H-indol-3-yl)acetamide	Cannabinoide sintético	04-04-2022
Flualprazolam	8-chloro-6-(2-fluorophenyl)-1-methyl-4H-[1,2,4]triazolo[4,3-a][1,4]benzodiazepine	Benzodiazepinas	25-04-2022
Metoxisopropamina	2-(isopropylamino)-2-(3-methoxyphenyl)cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	15-06-2022
Venlafaxina	1-[2-(dimethylamino)-1-(4-methoxyphenyl)ethyl]cyclohexanol	Otros	28-07-2022
5F-EMB-PICA	ethyl 2-[[1-(5-fluoropentyl)indole-3-carbonyl]amino]-3-methyl-butanoate	Cannabinoide sintético	29-07-2022
3-FMA	3-fluoro-N,α-dimethyl-benzeneethanamine	Fenetilaminas	04-08-2022
ADB-FUBIACA	N-(1-Amino-3,3-dimethyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(4-fluorobenzyl)-1H-indole-3-acetamide	Cannabinoide sintético	05-08-2022
Atomoxetina	(3R)-N-methyl-3-(2-methylphenoxy)-3-phenylpropan-1-amine	Arilalquilaminas	09-08-2022
EMB-FUBINACA	ethyl 2-[[1-[(4-fluorophenyl)methyl]indazole-3-carbonyl]amino]-3-methyl-butanoate	Cannabinoide sintético	10-08-2022
Descloroetizolam	2-ethyl-9-methyl-4-phenyl-6H-thieno[3,2-f][1,2,4]triazolo[4,3-a][1,4]diazepine	Benzodiazepinas	11-08-2022
ADB-B-5Br-INACA	N-(1-amino-3,3-dimethyl-1-oxobutan-2-yl)-5-bromo-1-butyl-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoide sintético	28-09-2022
EDMB-PINACA	ethyl 3,3-dimethyl-2-[(1-pentylindazole-3-carbonyl)amino]butanoate	Cannabinoide sintético	03-10-2022

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

Notificaciones del Sistema Español de Alerta Temprana al EU-EWS vía ASR

El ASR de 2022 incluyó un total de 6.951 casos (detecciones) en los que se identificó alguna de las NSP de la lista de notificación del EMCDDA. De ellos, 5.489 corresponden a incautaciones, 65 a muestras recogidas y 1.397 a muestras biológicas (incluyendo 1.075 detecciones en fallecidos). Este año el ASR de España incluye notificaciones de 135 NSP diferentes, pertenecientes a 12 grupos distintos según la clasificación del EMCDDA.

Atendiendo al tipo de sustancias, las arilciclohexilaminas fueron el grupo con más notificaciones (2.510), debido al gran predominio de la ketamina, que es la NSP más notificada del ASR (2.398 casos). Le siguen en frecuencia las notificaciones del grupo denominado "Otros" (1.606 casos), que incluye, como sustancias más notificadas, la pregabalina (381 casos), la quetiapina (286 casos), el GHB/GBL (283 casos) y la venlafaxina (246 casos). El tercer grupo de NSP más notificadas son las catinonas (1.480 casos), encabezadas por la 3-metilmecatínona (3-MMC), con 580 notificaciones, seguida por la α-pirrolidinohexanofenona (α-PHP), con 328 casos, y la 3-CMC (3-clorometcatínona), con 214 casos. También destacan por su frecuencia las notificaciones de sustancias de otros grupos, como las fenetilaminas, representadas principalmente por el 2C-B y los opioides, con notificaciones de tramadol casi exclusivamente (Tabla 3.2.3).

Las NSP detectadas en muestras biológicas de fallecidos fueron principalmente el tramadol, con 328 notificaciones; la quetiapina, con 209 y la venlafaxina, notificada 207 veces.

Tabla 3.2.3.

Sustancias notificadas por España al EU-EWS en el ASR de 2022.

Clasificación EMCDDA	Nº de NSP* diferentes notificadas	Nº de notificaciones	NSP más frecuentes (nº de notificaciones)
Arilalquilaminas	9	33	2C-B-Fly (9)
Arilciclohexilaminas	11	2.510	Ketamina (2.398)
Benzodicepinas	8	39	Clonazolam (Clonitrazolam) (11)
Cannabinoides sintéticos	21	66	ADB-BUTINACA (17), HHC (15)
Catinonas	33	1.480	3-Metilmetcatinona (3-MMC) (580), α-pirrolidinohexanofenona (α-PHP) (328), 3-CMC (3-clorometcatinona) (214)
Indolalquilaminas (triptaminas)	7	80	DMT (54)
Opioides	2	427	Tramadol (425)
Otros	22	1.606	Pregabalina (381), Quetiapina (286), GBL/GHB (283), Venlafaxina (246)
Fenetilaminas	15	538	2C-B (493)
Derivados de la piperazina	4	148	1-(2,3-diclorofenil)-piperazine (2,3-XP) (73)
Piperidinas y pirrolidinas	1	4	Etilfenidato (4)
Plantas y extractos	2	20	KHAT (19)

* Sustancias que están en la lista EMCDDA de NSP a notificar.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

Aparte de las sustancias que requieren notificación al EMCDDA, algunos de los colaboradores de la red SEAT han notificado otras sustancias al EMCDDA a través del ASR de 2022. Se trata de sustancias que ya están fiscalizadas, y por tanto incluidas en la lista verde de psicotrópicos o en la lista amarilla de estupefacientes, o bien son sustancias que hasta el momento no se encuentran fiscalizadas ni tampoco entre las NSP que el EMCDDA monitoriza. En la tabla 3.2.4 se encuentra un resumen de estas notificaciones.

Tabla 3.2.4.

Otras sustancias notificadas vía ASR 2022.

Tipo de sustancia	Nº de sustancias* notificadas	Nº de notificaciones	Sustancias más frecuentes (nº de notificaciones)
Lista verde de psicotrópicos	20	958	MDMA (738), Anfetamina, (77), LSD (32), Clonazepam (30), Delta-8-THC (26)
Lista amarilla de estupefacientes	4	64	Fentanilo (34), Metadona (27)
Sustancias fuera de listas			Cafeína (11),
(verde, amarilla, EMCDDA)	16	33	Fenacetina (5), Cannabidiol (3)

* Sustancias que no están en la lista EMCDDA de NSP a notificar.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

Real Decreto 2829/1977 por el que se regulan las sustancias y preparados psicótopos

El Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicótopos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación⁷, ha sido modificado en el año 2021 mediante las siguientes Órdenes:

- 1) Orden SND/473/2021, de 11 de mayo, por la que se modifica el Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicótopos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación, para incluir nuevas sustancias⁸.

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 Psicótopas.

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 Psicótopas.

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 Psicótopas.

Es por ello que se modifican las listas I, II y IV del anexo 1 del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre.

- 2) Orden SND/1248/2021, de 5 de noviembre, por la que se modifica el Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicótopos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación, para incluir nuevas sustancias⁹.

La Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, en su 64.º periodo de sesiones adoptó, entre otras, las Decisiones 64/2, 64/3, 64/4 y 64/5, que establecen la inclusión de las sustancias CUMIL-PEGACLONE, MDMB-4en-PINACA, 3-metoxifenciclidina y difenidina en la lista II del Convenio de las Naciones Unidas de 21 de febrero de 1971, sobre Sustancias Psicótopas.

En el referido periodo de sesiones la misma Comisión adoptó las Decisiones 64/6, 64/7 y 64/8, que establecen la inclusión de las sustancias clonazolam, diclazepam y flubromazolam en la lista IV del Convenio de las Naciones Unidas de 21 de febrero de 1971, sobre Sustancias Psicótopas.

Por otro lado, la Directiva Delegada (UE) 2021/802 de la Comisión, de 12 de marzo de 2021, por la que se modifica el anexo de la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo en lo que respecta a la inclusión de las nuevas sustancias psicótopas metilo 3,3-dimetil-2-[[1-pent-4-en-1-il]-1H-indazol3-carbonil]amino}butanoato (MDMB-4en-PINACA) y metilo 2-[[1-4-fluorobutil]-1H-indol3-carbonil]amino}-3,3-dimetilbutanoato (4F-MDMB-BICA) en la definición de «droga», incluyó las sustancias MDMB-4en-PINACA y 4F-MDMB-BICA en el anexo de la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo, de 25 de octubre de 2004.

Es por ello que se modifican las listas II y IV del anexo 1 del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre.

- 3) Orden SND/136/2023, de 17 de febrero, por la que se incluyen nuevas sustancias en el anexo 1 del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicótopos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación¹⁰.

El Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicótopos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación, queda modificado como sigue:

7. Real Decreto 2829/1977: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1977-27160>

8. Orden SND/473/2021: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/05/18/pdfs/BOE-A-2021-8188.pdf>

9. Orden SND/1248/2021: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/11/16/pdfs/BOE-A-2021-18707.pdf>

10. Orden SND/136/2023: <https://www.boe.es/eli/es/o/2023/02/17/snd136/dof/spa/pdf>

«Uno. En la lista I del anexo 1 se incluyen las sustancias 2-(metilamino)-1-(3- metilfenil)propan-1-ona (3-metilmetcatinona, 3-MMC) y 1-(3-clorofenil)-2- (metilamino)propan-1-ona (3-clorometcatinona, 3-CMC), así como sus variantes estereoquímicas, racematos y sales, siempre que su existencia sea posible, siéndoles de aplicación las medidas de control y sanciones penales previstas para las sustancias que integran dicha lista de control.

Dos. En la lista II del anexo 1 se incluye la sustancia eutilona, así como sus variantes estereoquímicas, racematos y sales, siempre que su existencia sea posible, siéndoles de aplicación las medidas de control y sanciones penales previstas para las sustancias que integran dicha lista de control.»

Real Decreto 1194/2011 por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional

El Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional¹¹, ha sido modificado en el año 2021 mediante la siguiente Orden:

1) Orden SND/561/2021, de 1 de junio, por la que se modifica, para incluir la sustancia isotoniceno, el Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional¹².

La Directiva Delegada (UE) 2020/1687 de la Comisión, de 2 de septiembre de 2020, por la que se modifica el anexo de la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo en lo que respecta a la inclusión de la nueva sustancia psicoactiva N,N-dietil-2-[[4-(1-metiletoxi)fenil]metil]-5-nitro-1H-benzimidazol-1-etanamina (isotoniceno) en la definición de droga, incluyó el isotoniceno en el anexo de la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo, de 25 de octubre de 2004.

Es por ello que se modifica la Disposición adicional única del Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto.

Se pueden consultar las listas de fiscalización permanentemente actualizadas en la página web de NNUU^{13,14}, así como la normativa nacional en las páginas web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas¹⁵ y de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios¹⁶.

11. Real Decreto 1194/2011: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-14074

12. Orden SND/561/2021: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/06/08/pdfs/BOE-A-2021-9496.pdf>

13. Listas de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972, agosto de 2019 (lista amarilla): <https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Yellowlist/yellow-list.html>

14. Listas del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, a 31 de diciembre de 2020 (lista verde): <https://www.incb.org/incb/en/psychotropics/green-list.html>

15. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/home.htm>

16. <https://www.aemps.gob.es/legislacion/espana/medicamentosUsoHumano/estupefacientesPsicotropos.htm>



Oferta
de drogas y
medidas de control

4.1. Ventas de bebidas alcohólicas, 2015-2022

Este apartado se basa en los datos proporcionados por la Agencia Estatal de Administración Tributaria (AEAT) del Ministerio de Hacienda y Función Pública, publicados cada año en su Informe Anual 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. Se consideran bebidas alcohólicas aquellas con una graduación superior al 1,2% de alcohol.

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 sólo 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 para el cálculo del consumo *per capita* 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. Al final de este capítulo se presenta una estimación del alcohol puro *per capita* que se ha calculado teniendo en cuenta únicamente el alcohol registrado, y así se indica en dicho apartado. El consumo de alcohol puro *per capita* en España ha sido estimado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros autores^{3, 4, 5}. La OMS publica

1. https://sede.agenciatributaria.gob.es/Sede/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.salud.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2020_Mortalidad_atribuible_al_alcohol_en_Espana_2001-2017.pdf

desde 1999 el cálculo del consumo *per capita* de alcohol en litros de alcohol puro (15+), en su informe periódico *Global Status Report on 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 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 2022. .

Tabla 4.1.1.

Volumen real y volumen de alcohol puro (millones de litros) según tipo de bebida. España 2015-2022.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*
Consumo de bebidas derivadas (millones de litros)								
Volumen real (1)	264	281	264	266	296	206	256	301
Porcentaje medio de alcohol (2)	34,75	34,70	34,61	34,52	31,35	31,57	33,84	34,18
Alcohol puro (3)=(1)*(2)/100	92	98	91	92	93	65	87	103
Consumo de cerveza (millones de litros)								
Volumen real (1)	3.537	3.652	3.793	3.828	3.988	3.563	3.823	4.057
Porcentaje medio de alcohol (2)	4,68	4,69	4,72	4,76	4,75	4,77	4,81	4,82
Alcohol puro (3)=(1)*(2)/100	166	171	179	182	189	170	184	196
Consumo de productos intermedios (millones de litros)								
Volumen real (1)	50	52	51	51	53	46	56	56
Porcentaje medio de alcohol (2)	14,26	14,27	14,28	14,29	14,30	14,30	14,29	14,29
Alcohol puro (3)=(1)*(2)/100	7,1	7,5	7,3	7,3	7,6	6,6	8,0	8,0
Consumos de vino (millones de litros)								
Volumen real (1)	1.222	1.276	1.287	1.112	1.187	941	1.229	1.350
Vinos tranquilos	1.052	1.092	1.115	938	996	793	1.078	1.174
Vinos espumosos	74	80	74	72	82	62	80	101
Bebidas fermentadas tranquilas	74	82	71	80	91	70	56	60
Bebidas fermentadas espumosas	22	23	26	22	19	16	15	14
Porcentaje medio de alcohol (2)	12,03	12,01	11,96	11,95	11,83	11,76	12,00	13,07
Vinos tranquilos	12,69	12,70	12,56	12,71	12,60	12,55	12,52	13,74
Vinos espumosos	11,24	11,18	11,15	11,10	11,15	10,66	11,03	10,91
Bebidas fermentadas tranquilas	5,69	5,72	6,08	5,86	5,51	5,51	5,68	5,74
Bebidas fermentadas espumosas	4,15	4,57	4,57	4,38	4,40	4,44	3,99	4,11
Alcohol puro (3)=(1)*(2)/100	147	153	154	133	140	111	148	176
Vinos tranquilos	134	139	140	119	125	100	135	161
Vinos espumosos	8	9	8	8	9	7	9	11
Bebidas fermentadas tranquilas	4	5	4	5	5	4	3	3
Bebidas fermentadas espumosas	1	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL CONSUMOS (millones de litros)	5.072	5.261	5.395	5.257	5.524	4.756	5.364	5.764

* Datos provisionales.

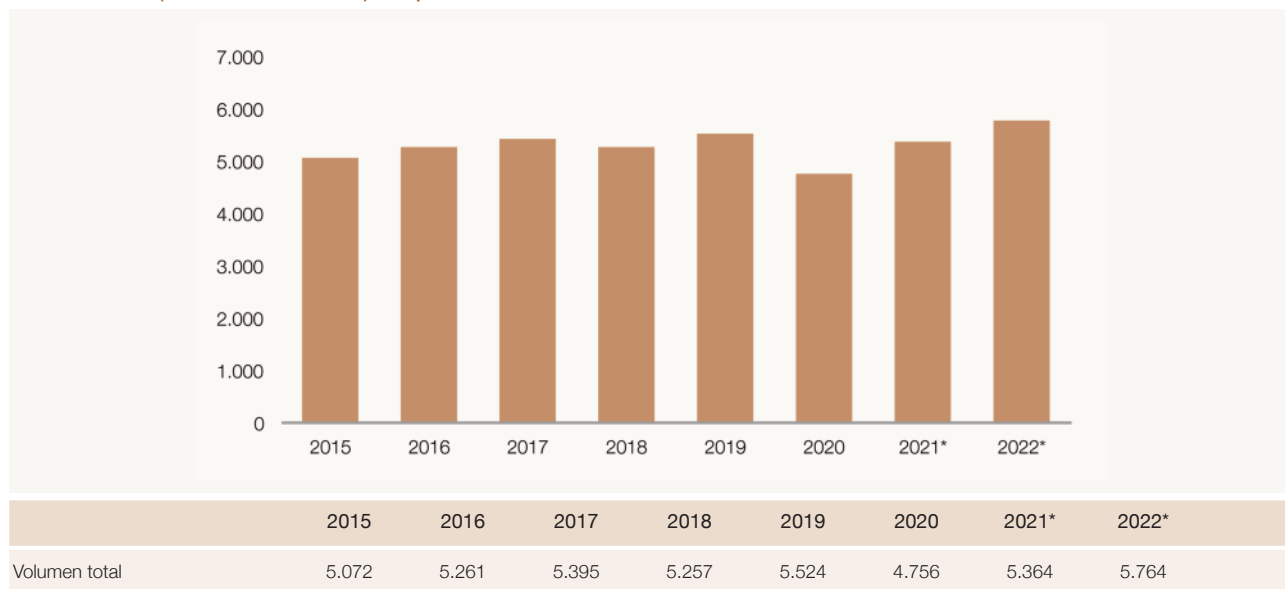
FUENTE: Agencia Tributaria (tabla adaptada del cuadro 9.3 del Informe Anual de Recaudación Tributaria 2022).

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 ventas de bebidas alcohólicas efectuadas en 2022 se sitúa en 5.764 millones de litros, el mayor nivel de esta serie histórica (tabla 4.1.1). Los datos evolutivos apuntan a una tendencia al alza en el consumo total de bebidas alcohólicas a lo largo de estos años, sin tener en cuenta el marcado descenso que se observa en 2020, que estaría motivado por las restricciones debidas a la pandemia de Covid-19.

Figura 4.1.1.

Volumen total de consumos de bebidas alcohólicas incluyendo cerveza, vino, bebidas derivadas y productos intermedios (millones de litros). España, 2015-2021.



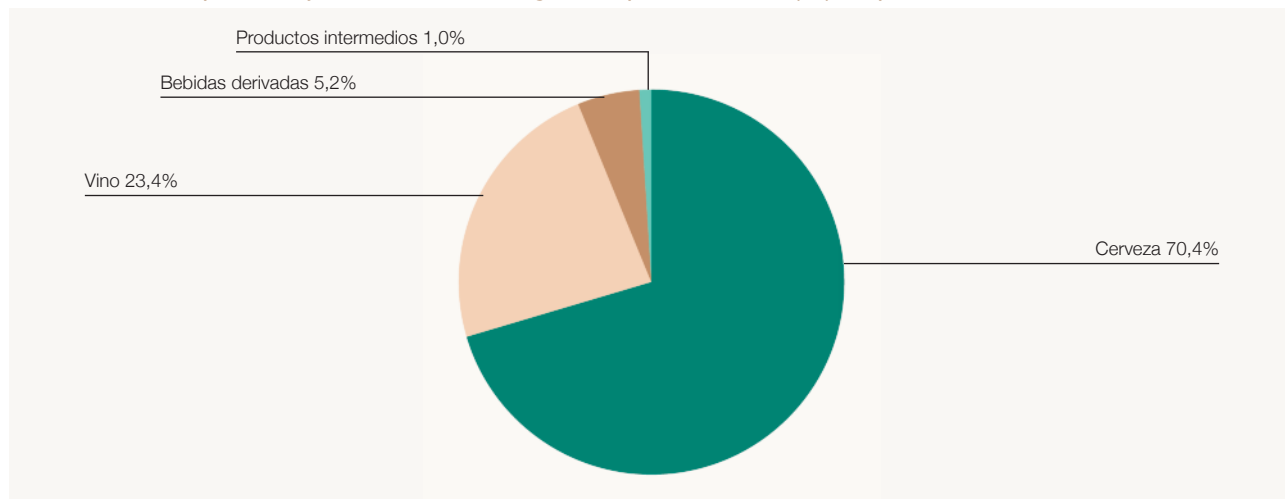
* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2022.

Respecto a la distribución de las ventas totales por tipo de bebida alcohólica, los datos de 2022 muestran que la bebida con mayor volumen de consumo en España es la cerveza, que supone el 70,4% del total de ventas de bebidas alcohólicas. El vino, incluyendo la sidra, se sitúa en segundo lugar, y supone el 23,4% del volumen de ventas de bebidas alcohólicas. Las bebidas derivadas, que incluyen las espirituosas y los licores, suponen el 5,2% del volumen total de ventas. Los productos intermedios, que incluyen el vermú y el moscatel, tienen una presencia residual del 1,0% (figura 4.1.2).

Figura 4.1.2.

Distribución del porcentaje de consumos según el tipo de bebida (%). España, 2022*.



* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2022.

El peso de los distintos tipos de bebidas alcohólicas se ha mostrado estable a lo largo de toda la serie histórica, siendo la cerveza y el vino las bebidas con mayor volumen de ventas en todos estos años. Respecto al 2021, en 2022 aumentaron principalmente las ventas de bebidas derivadas (17,8%) (tabla 4.1.2). Este tipo de bebidas asociadas al consumo de ocio (limitados en 2020) fueron las que mostraron una mayor caída en el volumen de ventas en 2020, recuperando posteriormente los niveles con el aumento registrado en 2021 y 2022.

El volumen de ventas del vino también ha experimentado importantes aumentos después de la caída que se observó por la pandemia de Covid-19.

Por otro lado, las ventas de cerveza presentan una clara tendencia ascendente a lo largo de la serie histórica que sólo se ve truncada por el notable descenso en ventas debido a las restricciones por la pandemia de Covid-19, que afectaron de forma importante a las ventas de 2020 y probablemente también, en menor medida, a las de 2021.

Tabla 4.1.2.

Volumen de consumos de bebidas alcohólicas (millones de litros) y porcentaje de variación (%). España, 2015-2022.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*	Tasas variación 2020/2021	Tasas variación 2021/2022
Cerveza	3.537	3.652	3.793	3.828	3.988	3.563	3.823	4.057	7,3	6,1
Vino	1.222	1.276	1.287	1.112	1.187	941	1.229	1.350	30,6	9,9
Bebidas derivadas	264	281	264	266	296	206	256	301	24,1	17,8
Productos intermedios	50	52	51	51	53	46	56	56	21,6	-0,8
Total	5.072	5.261	5.395	5.257	5.524	4.756	5.364	5.764	12,8	7,5

* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2022.

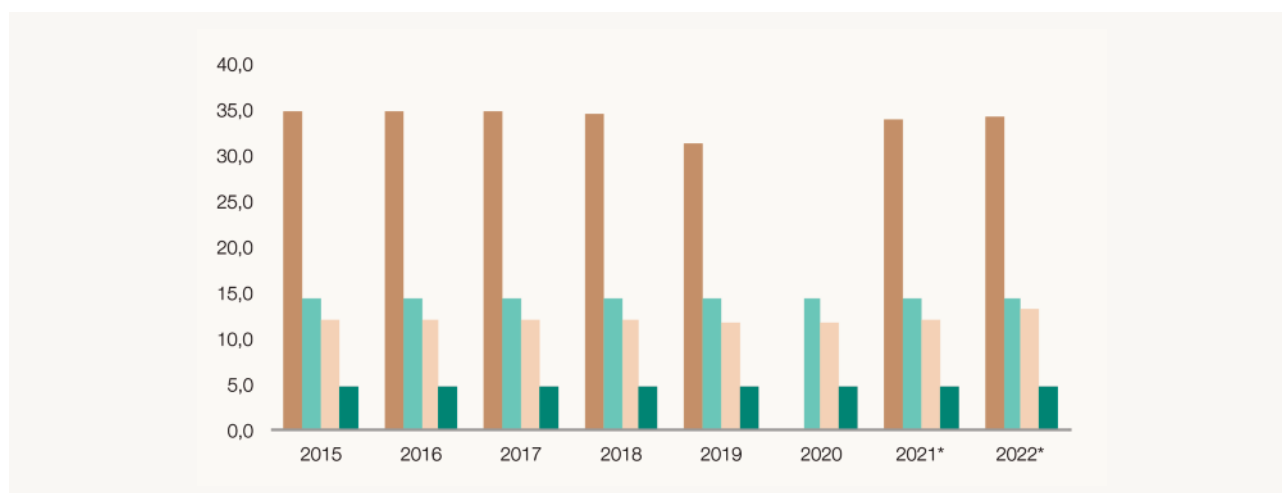
Los porcentajes de alcohol puro por tipo de bebida se han mantenido bastante estables entre 2015 y 2022. Sólo cabe mencionar el incremento de un punto porcentual del alcohol en el vino en 2022 y las recientes oscilaciones observadas en las bebidas derivadas, en las que el contenido en alcohol bajó en los años 2019-2020 para después volver a subir y alcanzar el 34,2% de alcohol en 2022 (figura 4.1.3).

Respecto al volumen total de alcohol estimado a partir de las ventas de los diferentes tipos de bebidas alcohólicas, en el año 2020 se produjo un descenso marcado en todas ellas, que se explicaría por las medidas de restricción tomadas para controlar la pandemia de Covid-19.

Obviando este inciso, entre 2015 y 2022 se aprecia una tendencia general ascendente en el volumen de alcohol procedente de la cerveza, y una situación estable en el alcohol que procede de las bebidas derivadas y de los productos intermedios. En el procedente del vino se aprecia una tendencia inicial descendente con caída a valores mínimos en 2020 (110,7 millones de litros de alcohol puro) y que luego repunta con fuerza hasta alcanzar los 176,5 millones de litros en 2022, máximo de esta serie histórica y muy por encima de los valores de cualquier año anterior (figura 4.1.4).

Figura 4.1.3.

Porcentaje medio de alcohol según el tipo de bebida (%). España, 2015-2022.



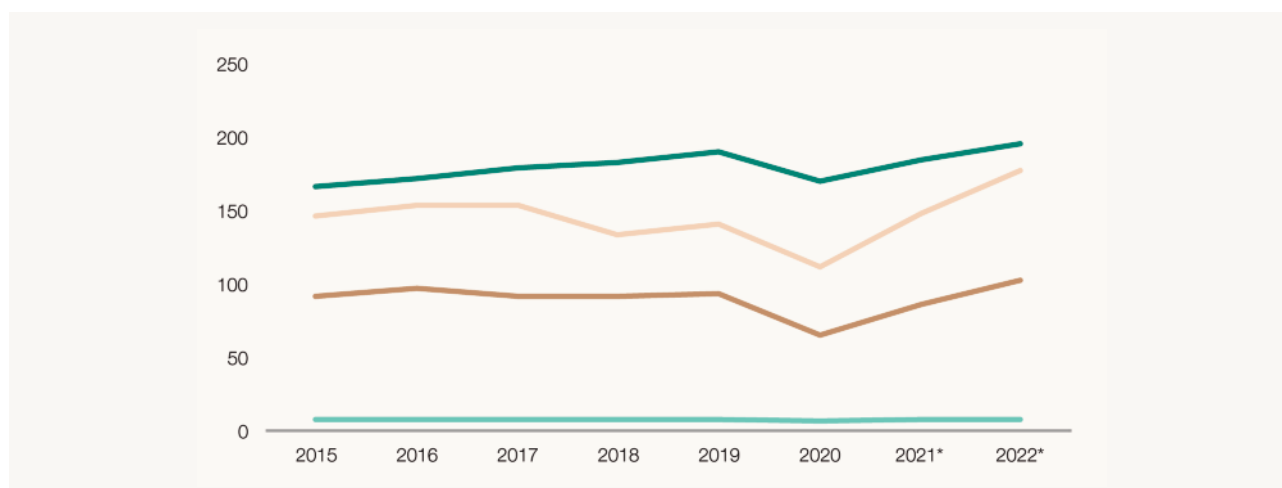
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*
Bebidas derivadas	34,8	34,7	34,6	34,5	31,3	31,6	33,8	34,2
Productos intermedios	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3
Vno	12,0	12,0	12,0	11,9	11,8	11,8	12,0	13,1
Cerveza	4,7	4,7	4,7	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8

* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2022.

Figura 4.1.4.

Volumen de alcohol puro por tipo de bebida alcohólica (millones de litros de alcohol puro). España, 2015-2022.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*
Productos intermedios	7,1	7,5	7,3	7,3	7,6	6,6	8,0	8,0
Bebidas derivadas	91,6	97,6	91,4	91,7	92,7	65,0	86,5	102,9
Vino	147,0	153,3	153,9	132,9	140,4	110,7	147,6	176,5
Cerveza	165,5	171,3	179,0	182,2	189,4	169,9	183,9	195,5

* Datos provisionales.

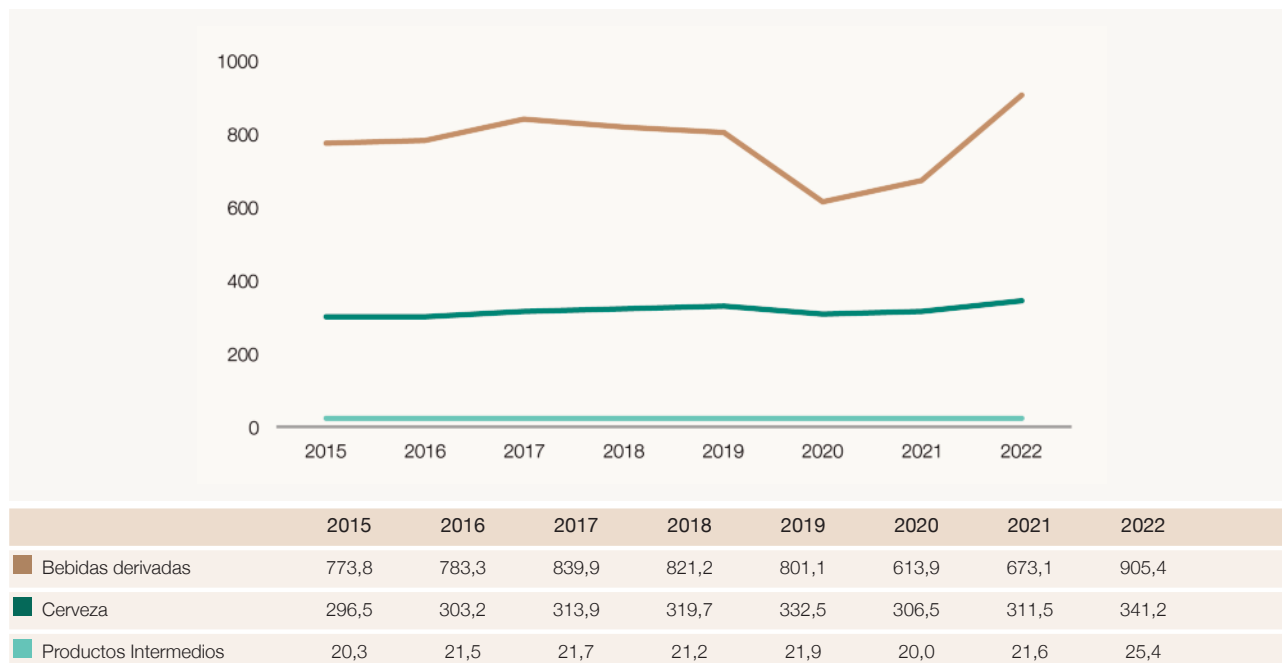
FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2022.

El impuesto sobre el alcohol registró un importante avance en 2022 tras los descensos motivados por la pandemia de COVID-19 y que afectaron a la recaudación de los años 2020 y 2021. El fuerte incremento de los ingresos observado

en 2022 es especialmente notorio para las bebidas derivadas: 34,5% más respecto a 2021 y 13% más respecto a lo recaudado el año previo a la pandemia (2019). La recaudación de impuestos sobre el alcohol alcanza en 2022 los valores máximos de la serie histórica estudiada en los 3 tipos de bebidas que tributan sobre el alcohol (figura 4.1.5).

Figura 4.1.5.

Ingresos tributarios por tipo de bebida alcohólica (millones de euros). España, 2015-2022.



FUENTE: Agencia Tributarial. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2022.

Respecto al precio de venta de las bebidas alcohólicas, se dispone de información para la cerveza y las bebidas derivadas. En 2022 el precio medio del litro de cerveza es de 2,05 euros, mientras que el de bebidas derivadas se sitúa en 13,10 euros.

Los precios medios de las bebidas alcohólicas siguen una ligera tendencia al alza entre 2015 y 2022, si bien el aumento más notable se observa en el último año de la serie. Comparando con el precio medio de 2021, en 2022 la cerveza se encareció un 6,4% y el precio medio de las bebidas derivadas subió un 2,7% (tabla 4.1.3).

Como se observa en la tabla 4.1.3, las bebidas derivadas tributan a un tipo mucho más alto que la cerveza, por lo que generan muchos más ingresos tributarios que ésta a pesar del menor volumen de ventas (figura 4.1.5).

Tabla 4.1.3.

Precios de venta de la cerveza y las bebidas derivadas (euros). España, 2015-2021.

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*
Cerveza	Precio de venta al público (€/litro)	1,81	1,82	1,81	1,81	1,86	1,92	1,93	2,05
	Precio antes de impuestos	1,40	1,41	1,40	1,40	1,45	1,49	1,50	1,60
	IVA	0,31	0,32	0,31	0,31	0,32	0,33	0,33	0,36
	Impuesto Especial	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09
Bebidas derivadas	Precio de venta al público (€/litro)	12,30	12,34	12,66	12,75	12,36	12,54	12,75	13,10
	Precio antes de impuestos	6,95	6,97	7,07	7,17	7,16	7,23	7,14	7,43
	IVA	2,13	2,14	2,20	2,21	2,15	2,18	2,21	2,27
	Impuesto Especial	3,21	3,23	3,39	3,37	3,06	3,13	3,40	3,40

* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributarial. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2022.

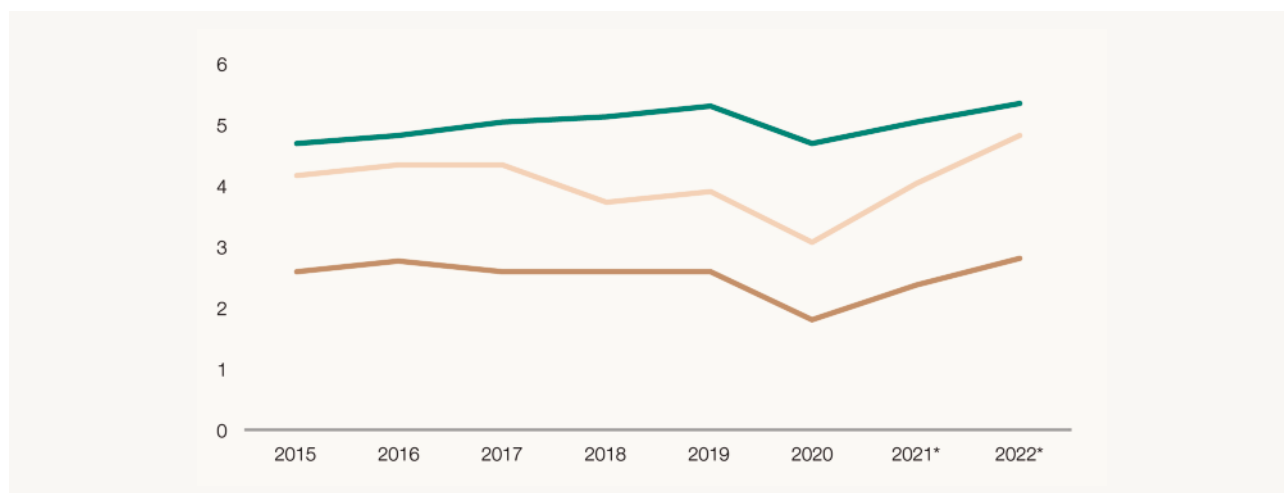
Alcohol puro per capita

Para estimar la cantidad de alcohol puro *per capita* se ha tenido en cuenta únicamente el alcohol “registrado”, es decir, el volumen de alcohol puro correspondiente a las ventas de bebidas alcohólicas según consta en los datos publicados cada año por la AEAT en su Informe Anual de Recaudación Tributaria⁷. En cuanto a la población utilizada para el cálculo, se ha considerado la población general de 15 a 75 años a fecha 1 de enero de cada año, según los datos del Instituto Nacional de Estadística⁸. Estas aclaraciones son importantes a la hora de interpretar correctamente las estimaciones.

En España, la cerveza es la bebida alcohólica que supone mayor cantidad de alcohol puro *per capita* en los años 2015 a 2022, seguida del vino y, a bastante distancia, de las bebidas derivadas (figura 4.1.6). En esta serie temporal se observa que la tendencia del alcohol puro *per capita* sigue una tendencia general ascendente para los tres tipos de bebidas, con una caída notable en 2020 que coincide con las medidas de restricción que se tomaron para controlar la pandemia de Covid-19. Puesto que estas estimaciones se basan en los datos de alcohol puro presentados en la figura 4.1.4, esta gráfica de alcohol *per capita* es fiel reflejo de aquella.

Figura 4.1.6.

Alcohol puro per capita según el tipo de bebida (litros). España, 2015-2022.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*
Cerveza	4,68	4,83	5,05	5,12	5,28	4,69	5,05	5,36
Vino	4,15	4,33	4,34	3,73	3,91	3,05	4,05	4,84
Destilados	2,59	2,76	2,58	2,58	2,58	1,79	2,38	2,82

* Datos provisionales.

FUENTE: Elaborado a partir de los datos de volumen de alcohol puro publicados por la Agencia Tributaria (Informe anual de Recaudación Tributaria 2022) y la población general de 15 a 75 años a fecha 1 de enero según el Instituto Nacional de Estadística.

7. AEAT. Informe Anual de Recaudación Tributaria. 5. Los impuestos Especiales. <https://sede.agenciatributaria.gob.es/Sede/estadisticas/recaudacion-tributaria/informe-anual/ejercicio-2022/5-impuestos-especiales.html>

8. INE. Cifras de población. Últimos datos. Principales series desde 1971. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=31304>

4.2. Ventas de tabaco, 2005-2022

En este apartado se presentan los datos proporcionados por el Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Hacienda y Función Pública), relativos a las ventas de tabaco por tipo de labor (cigarrillos, cigarros, picadura de liar y de pipa) efectuadas entre 2005 y 2022.

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 12.021,912 millones de euros de volumen de ventas de tabacos en 2022 (tabla 4.2.1), el 83,8% correspondió a los cigarrillos (tabla 4.2.2). Tras las ventas de cigarrillos se sitúan las de picadura de liar, cuya cuota de mercado venía aumentando en los últimos años, pasando del 1,7%, en el año 2005, al 9,7% en 2022 y desplazando, desde 2011, a las ventas de cigarros puros, cuya participación en los ingresos se mantiene prácticamente estable en los últimos años en torno al 4%. Las ventas de picadura de pipa, por su parte, venían siendo residuales, sin llegar al 1,0% hasta 2018. En 2019 se observa un aumento respecto a los años anteriores, y a partir de entonces se inicia un ascenso en su cuota de mercado, de modo que en 2022 la picadura de pipa supone el 2,5% del total de los ingresos por ventas de tabaco.

Tabla 4.2.1.

Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España*, 2005-2022.

Tipo de labor	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Cigarrillo	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	9.543,794	10.076,939
Cigarro	467,235	443,781	412,240	427,589	512,960	509,563	496,286	483,919	478,243	470,207	438,287	453,127	484,907
Picadura de 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	1.081,975	1.161,744
Picadura de pipa	8,107	8,560	9,449	16,738	36,849	52,167	50,655	70,666	105,138	155,297	215,954	248,887	298,321
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	11.327,783	12.021,912

* 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 y Función Pública. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 4.2.2.

Distribución de los ingresos por ventas de tabaco según tipo de labor (%). España*, 2005-2022.

Tipo de labor	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Cigarrillos	94,1	94,4	93,5	91,0	86,2	86,6	86,9	86,9	86,5	86,0	84,3	84,3	83,8
Cigarros	4,2	3,8	3,3	3,5	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1	4,0	4,0	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	9,6	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	2,2	2,5
TOTAL	100	100	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 y Función Pública. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

En cuanto a las unidades vendidas, los **cigarrillos** son el producto principal entre las labores de tabaco, con un volumen de ventas de 2.182,6 millones de cajetillas de 20 cigarrillos en 2022 (figura 4.2.1 y tabla 4.2.3). Sin embargo, su venta ha venido disminuyendo progresivamente desde 2005, siendo especialmente notorio el descenso que se produjo entre el 2008 y el 2013.

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 drásticamente, pasando de un volumen de ventas de 4.514,4 millones de cajetillas en 2008 a 2.375,4 millones en 2013 (-47,4%). Entre los años 2013 y 2020 las ventas continuaron bajando, aunque de forma más moderada (-13,2%), alcanzándose el mínimo histórico de la serie en el año 2020 con 2.060,8 millones de cajetillas vendidas. A partir de entonces las ventas repuntan, registrándose en 2022 unas ventas de 2.182,6 millones de cajetillas (un 5,9% más que en 2020) (figura 4.2.1).

Por comunidades autónomas (tabla 4.2.3), en todas ellas se ha producido un descenso importante en las ventas de cigarrillos a lo largo del periodo 2005-2022, siendo los más destacados los correspondientes a Baleares (-63,4%), Comunidad Valenciana (-55,9%), Andalucía (-55,7%) y País Vasco (-55,5%). Atendiendo a los cambios experimentados en el último año, todas las comunidades salvo la de Madrid han aumentado las ventas de cigarrillos, observándose los mayores incrementos en Baleares (17,5%), Cataluña (6,7%), País Vasco (6,1%) y Comunidad Valenciana (6,0%).

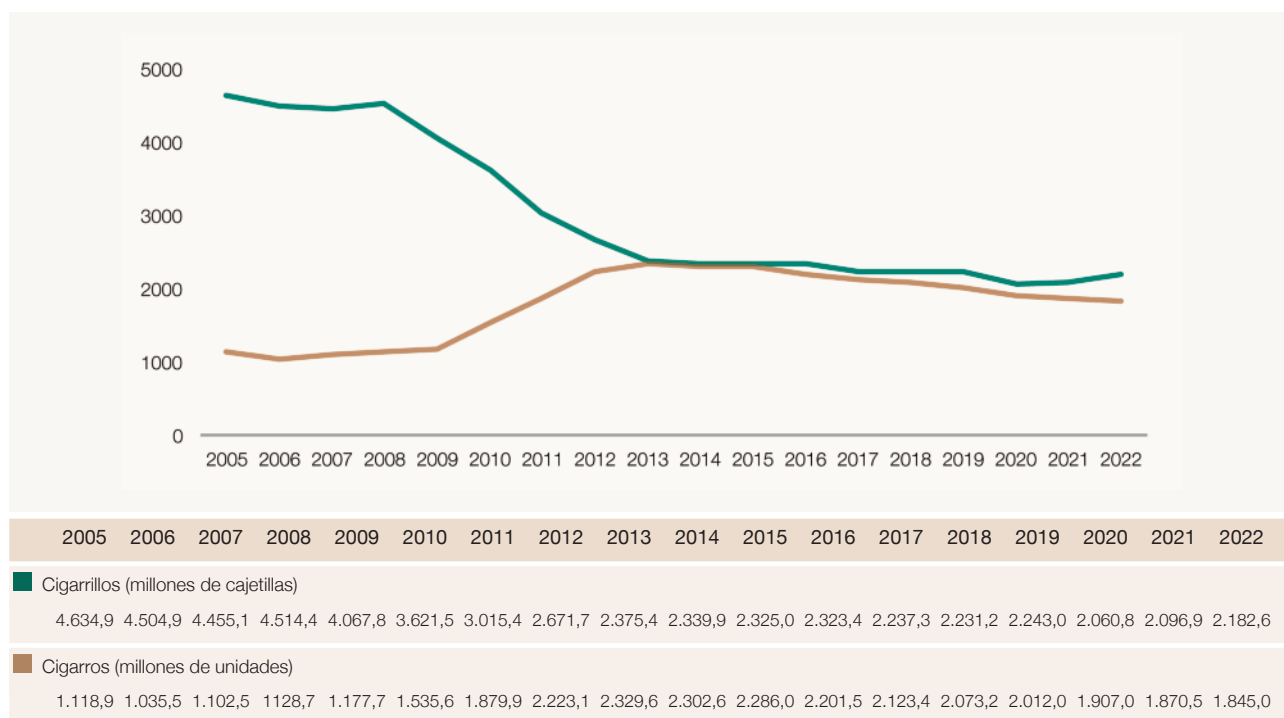
En las ventas de **cigarros puros**, se observó un aumento moderado en las unidades vendidas entre 2005 y 2009 (5,3%), que pasó a ser un fuerte incremento entre 2009 y 2013 (97,8%). Sin embargo, a partir 2013, se inicia una reducción continuada de las ventas que se mantiene en la actualidad, con un descenso acumulado de -20,8% entre 2013 y 2022, año en que se vendieron 1845,0 millones de unidades (figura 4.2.1),

El volumen de ventas de **picadura de liar** se incrementó considerablemente entre 2011 y 2013 (37,1%), año en que se alcanza el mayor volumen de ventas, con 6,930 millones de kilos vendidos (figura 4.2.2). Posteriormente, las ventas experimentan un descenso del -17,7% hasta 2017, para luego volver a subir un 13,9% hasta 2022. En este año se vendieron 6,495 millones de kilos de picadura de liar, lo que supone un incremento del 4,4% respecto al año anterior.

Por lo que respecta a las ventas de **picadura de pipa** (figura 4.2.2), descendieron de forma importante (62,0%) entre 2011 y 2013. Posteriormente se inicia un aumento continuado en las ventas, más moderado hasta 2018 y bastante acusado después, que en total supone un incremento del 254,4% desde 2013 hasta 2022. En este año, el volumen de ventas fue de 1,888 millones de kilos de picadura de pipa, un 6,6% menos respecto al año anterior.

Figura 4.2.1.

Evolución de las ventas de cigarrillos y de cigarros puros. España*, 2005-2022.

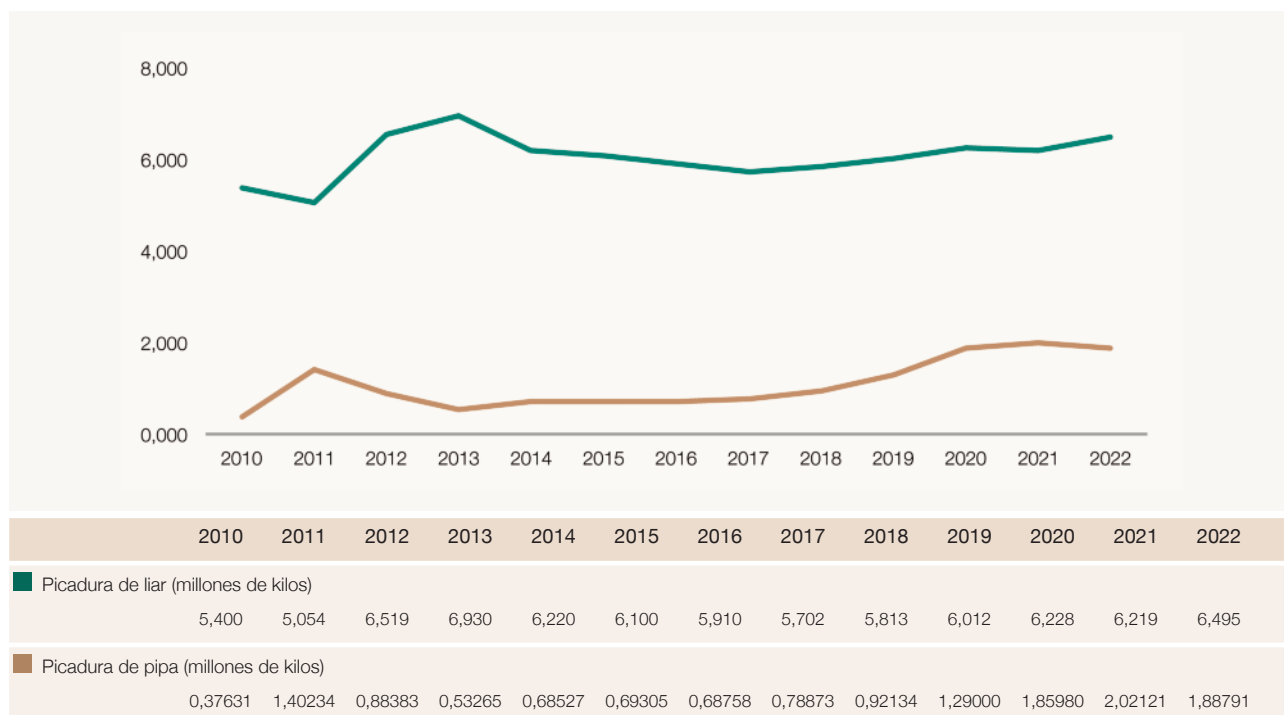


* Península y Baleares.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda y Función Pública. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Figura 4.2.2.

Evolución de las ventas de picadura de liar y de picadura de pipa. España*, 2010-2022.



** 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 y Función Pública. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

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 fue visible en todas las comunidades autónomas y se vio reforzado por la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

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. Igualmente, se aprecia un repunte en las ventas de cigarrillos a partir de 2020.

Tabla 4.2.3.

Evolución del volumen de ventas de cigarrillos (millones de cajetillas de 20 cigarrillos) por comunidad autónoma*. España, 2005-2022.

Comunidad Autónoma	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Variación 22/05 (%)	Variación 22/21 (%)
Andalucía	843	812	738	509	357	361	368	354	350	361	345	356	374	-55,65	5,15
Aragón	134	132	124	94	75	74	73	71	71	71	67	66	68	-49,24	2,48
Asturias	101	98	95	72	61	58	58	54	53	52	50	49	50	-50,88	1,18
Baleares	196	179	143	107	87	88	91	89	88	87	55	61	72	-63,36	17,54
Cantabria	58	56	54	41	33	32	32	31	31	30	29	28	29	-49,82	2,16
Castilla y León	226	221	213	160	131	126	126	118	118	116	110	111	114	-49,74	2,15
Castilla-La Mancha	189	193	183	142	111	107	105	101	102	103	100	102	103	-45,30	1,33
Cataluña	889	844	759	560	441	431	429	415	420	427	383	401	428	-51,86	6,67
C. Valenciana	590	569	491	359	285	281	284	278	277	277	246	245	260	-55,93	6,02
Extremadura	107	107	104	81	62	59	57	54	53	53	51	52	52	-51,34	0,97
Galicia	227	220	212	158	135	132	132	126	126	124	119	117	117	-48,28	0,54
Madrid	548	530	496	385	316	305	301	290	285	283	265	265	263	-51,94	-0,64
Murcia	149	152	136	105	84	82	82	79	77	76	72	73	74	-50,20	1,51
Navarra	95	89	84	64	51	48	48	46	46	48	43	48	49	-48,77	2,22
Paí Vasco	256	228	212	158	129	123	121	115	117	118	110	107	114	-55,46	6,11
La Rioja	27	26	26	20	17	17	17	16	16	16	15	15	15	-42,63	2,76
TOTAL	4.635	4.455	4.068	3.015	2.375	2.325	2.323	2.237	2.231	2.243	2.183	-54,76	1,74	-52,91	4,09

* 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 y Función Pública. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

4.3. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2022

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, 2005-2022.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Heroína (kg)	174	472	227	548	300	233	413	282	291	244	256	253	524	251	234	178	238	199
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	49.159	58.334
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	676.182	324.709
Éxtasis (Nº de 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	636.847	484.757

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).

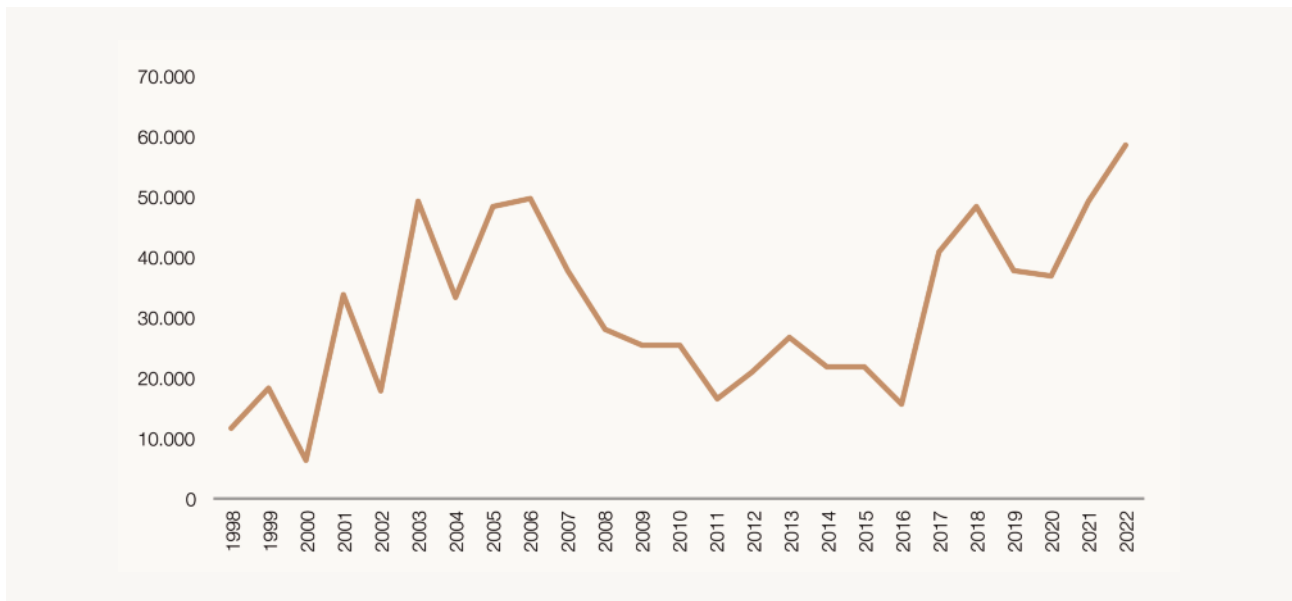
Cocaína

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 2022.

En la serie cronológica se pueden diferenciar tres periodos consecutivos en función del mayor o menor volumen de las cantidades incautadas: un primer periodo, entre 1998 y 2006, que se caracteriza por una tendencia general creciente a pesar de las fluctuaciones, en el que se van incrementando los volúmenes de las incautaciones hasta alcanzar un máximo en 2006 (49.650 kg); un segundo periodo entre 2006 y 2016, en el que se produce un importante descenso de las cantidades incautadas hasta el valor mínimo de 15.629 kg incautados en 2016. Por último, un tercer período, entre 2016 y 2022, en el que se registra un aumento considerable de las cantidades incautadas hasta llegar al máximo de la serie histórica: 58.334 kg de cocaína incautados en 2022.

Figura 4.3.1.

Evolución de la cantidad de cocaína incautada (kg) en España, 1998-2022.



Cocaína		Cocaína	
1998	11.687	2010	25.241
1999	18.111	2011	16.609
2000	6.165	2012	20.754
2001	33.680	2013	26.701
2002	17.617	2014	21.685
2003	49.279	2015	21.621
2004	33.135	2016	15.629
2005	48.429	2017	40.960
2006	49.650	2018	48.453
2007	37.784	2019	37.868
2008	27.981	2020	36.948
2009	25.349	2021	49.159
		2022	58.334

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).

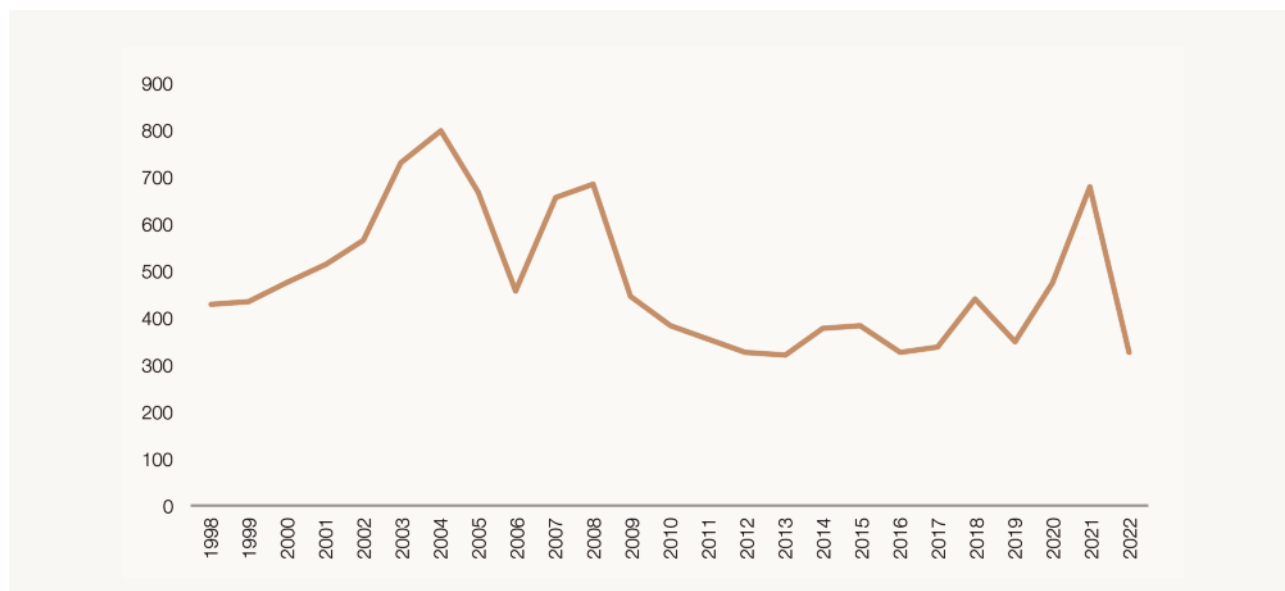
Hachís

En las cantidades incautadas de hachís entre 1998 y 2022 (figura 4.3.2) se pueden distinguir varios periodos. En un primer periodo, entre 1998 y 2004, se aprecia una moderada pero mantenida tendencia al alza de las cantidades incautadas, pasando de 428,2 toneladas en 1998 hasta el valor máximo de la serie histórica: 796,8 toneladas en 2004. A partir de entonces se reducen paulatinamente las cantidades de hachís incautadas salvo ciertos incrementos puntuales en 2007 y 2008, siendo 2013 el año que presenta el menor volumen de incautación de toda la serie (319,3 toneladas). Desde 2013 hasta 2019 las cantidades incautadas de esta sustancia han presentado una tendencia estable en torno a

las 350-400 toneladas. Finalmente, en los últimos tres años se observan grandes variaciones en el volumen de hachís incautado, con un importante aumento entre 2019 y 2021 hasta las 676,2 toneladas registradas en este año, seguido de una brusca caída hasta las 324,7 toneladas en 2022.

Figura 4.3.2.

Evolución de la cantidad de hachís incautado (toneladas) en España, 1998-2022.



Hachís		Hachís	
1998	428,2	2010	384,3
1999	431,2	2011	355,9
2000	474,5	2012	325,5
2001	514,2	2013	319,3
2002	564,8	2014	379,8
2003	727,3	2015	380,3
2004	796,8	2016	324,4
2005	669,7	2017	334,9
2006	459,3	2018	436,9
2007	653,6	2019	349,4
2008	682,6	2020	473,9
2009	444,5	2021	676,2
		2022	324,7

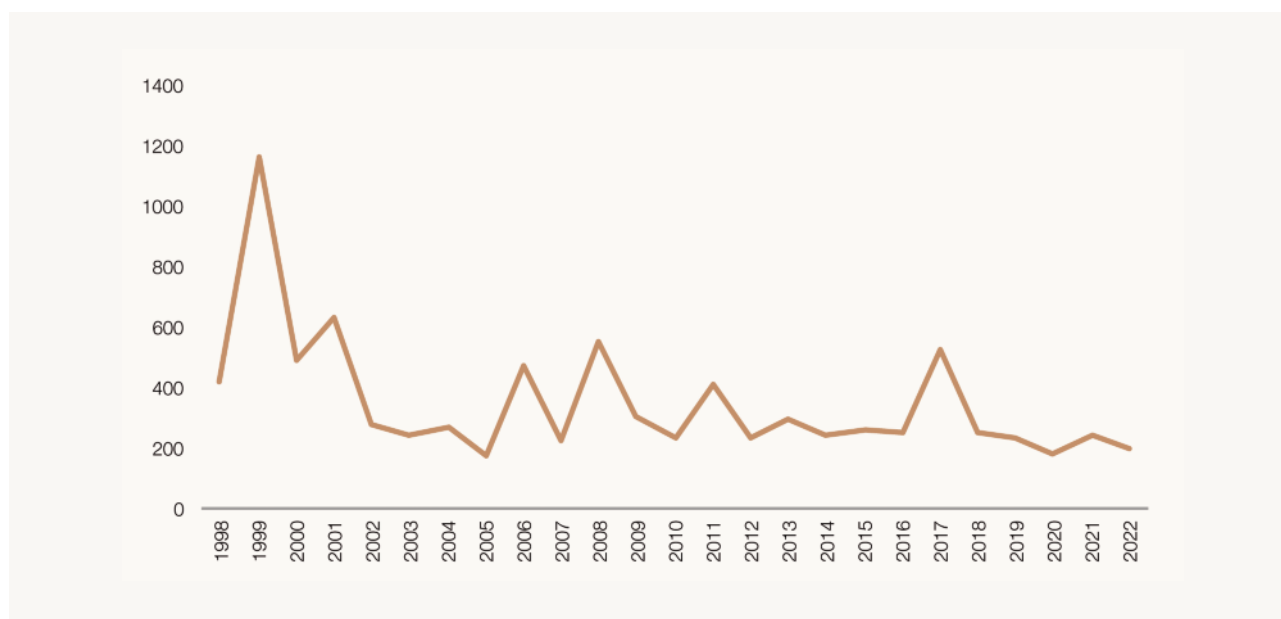
FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Heroína

La figura 4.3.3 presenta las cantidades de heroína incautadas entre 1998 y 2022. En este caso, se pueden distinguir dos periodos. Entre 1999 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 2005, se observa una tendencia más o menos estable con picos puntuales de crecimiento en los años 2006 (472 kg), 2008 (548 kg), 2011 (413 kg) y 2017 (524 kg). Desde el año 2018 hasta 2022 las cantidades de heroína incautadas se mantienen en torno a los 200 kg cada año.

Figura 4.3.3.

Evolución de la cantidad de heroína incautada (kg) en España, 1998-2022.



Heroína		Heroína	
1998	418	2010	233
1999	1.159	2011	413
2000	485	2012	229
2001	631	2013	291
2002	275	2014	244
2003	242	2015	256
2004	271	2016	253
2005	174	2017	524
2006	472	2018	251
2007	227	2019	234
2008	548	2020	178
2009	300	2021	238
		2022	199

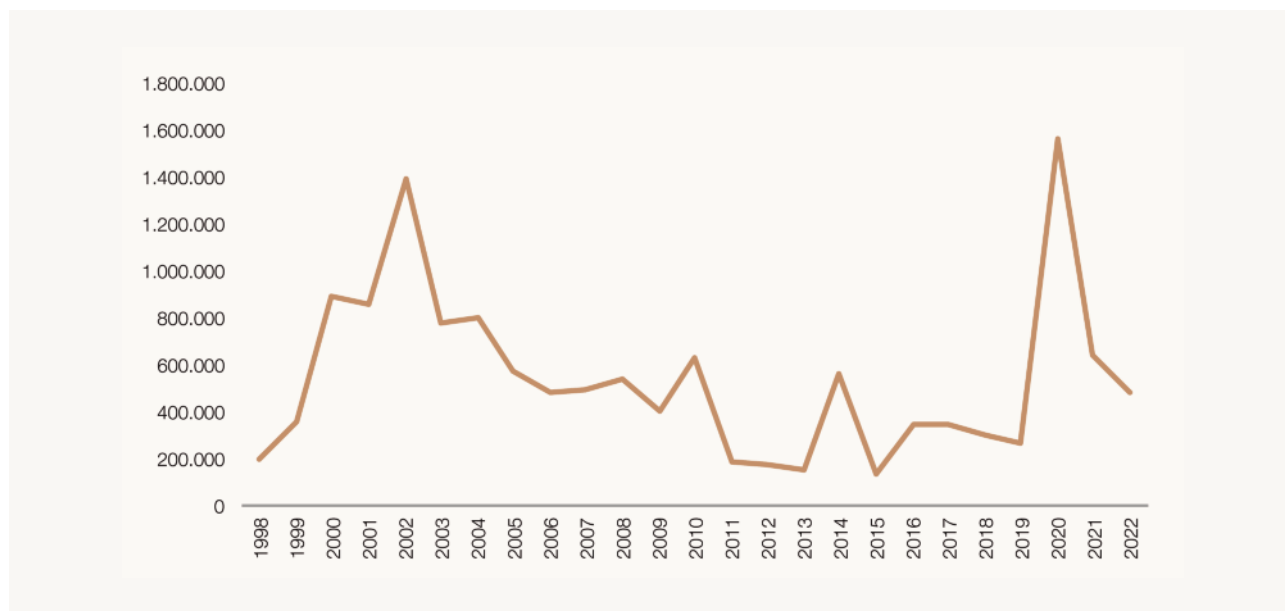
FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Éxtasis (MDMA)

Las cantidades incautadas de éxtasis (MDMA) también están sometidas a altibajos periódicos entre 1998 y 2022, 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. Posteriormente se observa una tendencia descendente en el éxtasis incautado a lo largo del periodo 2002-2019, con valores mínimos (que oscilan entre 100.000 y 200.000 pastillas al año) en 2011-2013 y 2015. Finalmente se registra un aumento brusco de la cantidad incautada en 2020, alcanzando el valor máximo de la serie histórica (1.561.311 pastillas), para volver a descender de forma acusada hasta llegar a las 484.757 incautadas en 2022.

Figura 4.3.4.

Evolución de la cantidad de MDMA incautado (nº de pastillas) en España, 1998-2022.



Nº de pastillas		Nº de pastillas	
1998	194.527	2010	634.628
1999	357.649	2011	182.973
2000	891.562	2012	175.381
2001	860.164	2013	154.732
2002	1.396.140	2014	558.867
2003	771.875	2015	134.063
2004	796.833	2016	346.848
2005	572.889	2017	348.220
2006	481.583	2018	300.571
2007	490.644	2019	267.632
2008	534.906	2020	1.561.311
2009	404.334	2021	636.847
		2022	484.757

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).

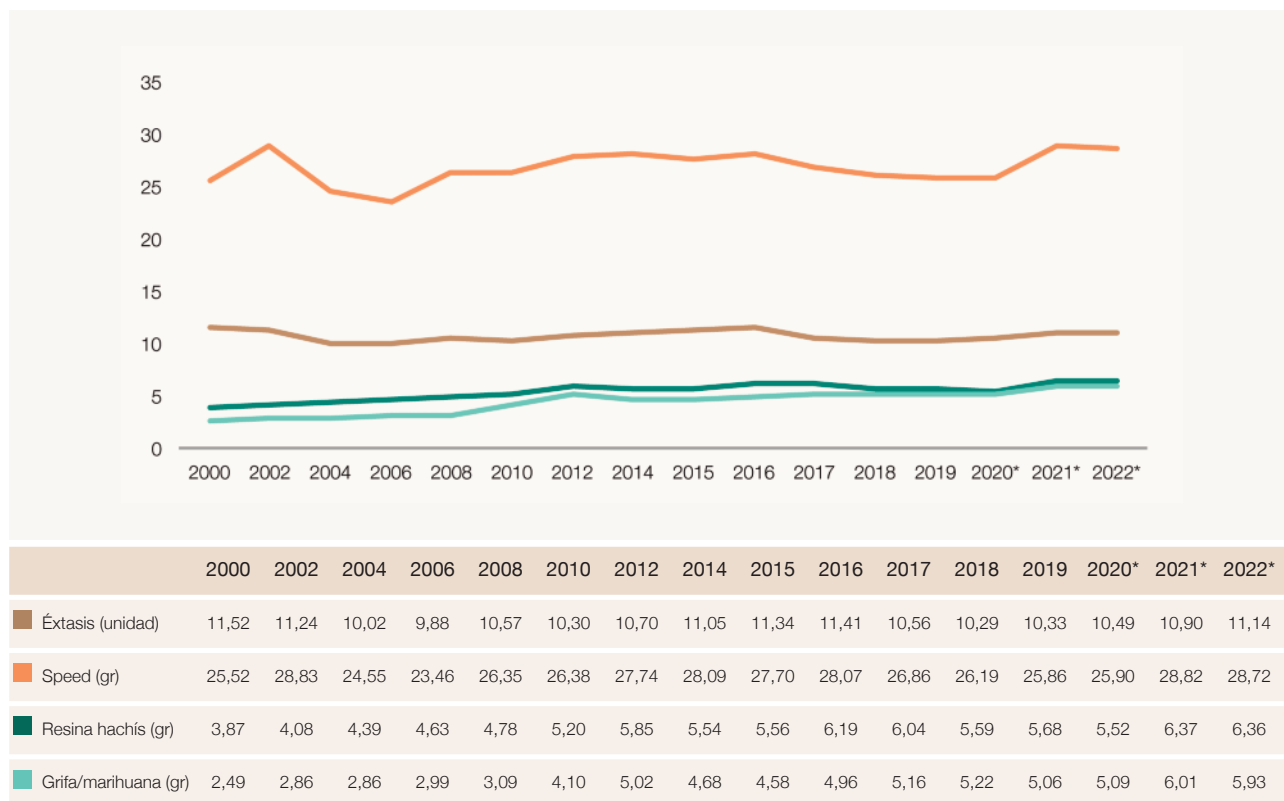
4.4. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2022

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 el segundo semestre de 2022 llegó a 6,36 euros. Esto ha ocurrido también en el caso de la **grifa/marihuana** que, en el mismo periodo, ha pasado de 2,49 euros a 5,93 euros (segundo semestre) (figura 4.4.1).

Figura 4.4.1.

Precios medios de las drogas en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2022.



* Segundo semestre

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).

De igual modo, el precio de la **cocaína**, tras un periodo de descenso entre 2004 y 2014, presentó una tendencia creciente, pasando el gramo de cocaína de un precio medio de 57,57 euros en 2014, hasta los 61,27 euros en el segundo semestre de 2022 (figura 4.4.2).

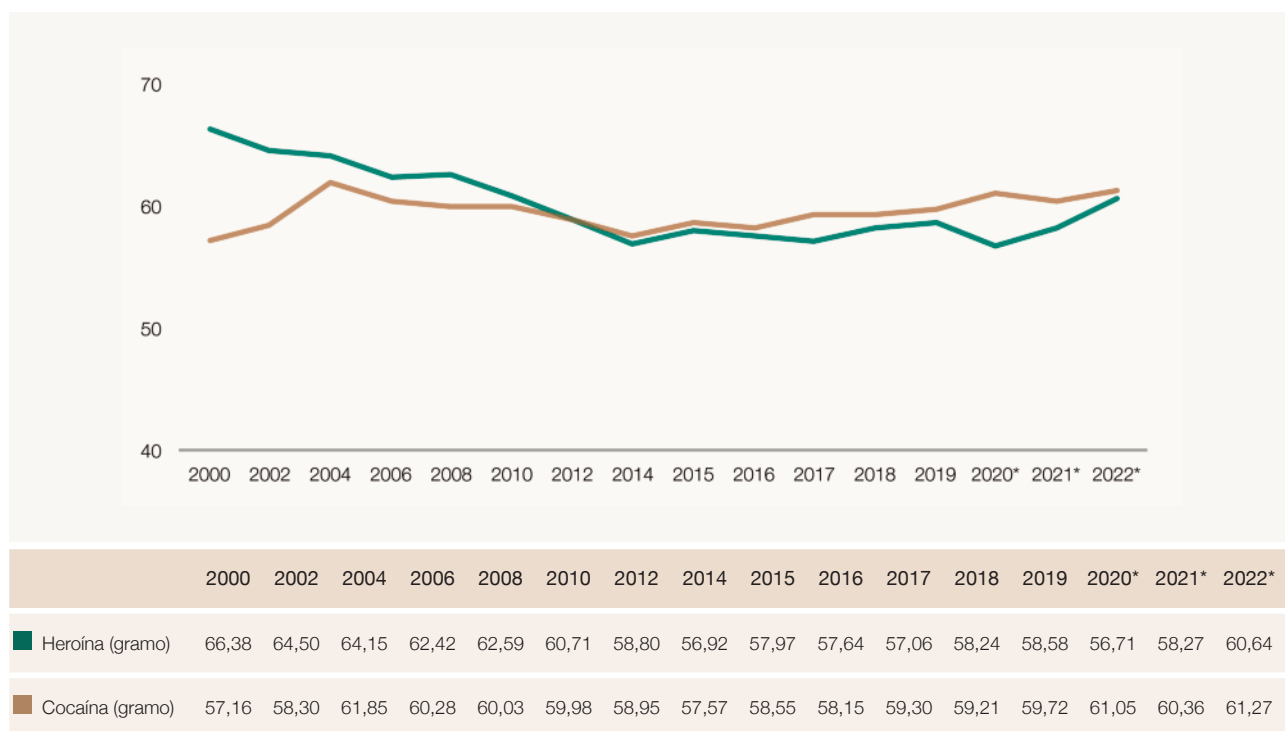
Respecto al precio del gramo de **heroína**, desde el año 2000 hasta el 2014 mostró una tendencia descendente, pasando de 66,38 euros en 2000 a 56,92 euros en 2014. A partir de entonces el precio se estabilizó en torno a los 57-58 euros hasta el año 2021. En 2022 ha vuelto a subir, alcanzando los 60,64 euros por gramo en el segundo semestre (figura 4.4.2).

En cuanto al gramo de **anfetaminas en polvo (speed)**, obviando oscilaciones puntuales, su precio presenta un tendencia general ascendente a lo largo de la serie histórica, pasando de 25,52 euros/gramo en el año 2000 a 28,72 euros/gramo en el segundo semestre de 2022 (figura 4.4.1).

Respecto al **éxtasis**, su precio se ha mantenido relativamente estable entre los 10 y los 11,5 euros por unidad aproximadamente, con algunas oscilaciones, pero sin que se observe una tendencia clara de ascenso o descenso a lo largo de la serie histórica (figura 4.4.1).

Figura 4.4.2.

Precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2022.



* Segundo semestre.

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).

En relación a la pureza media de las drogas decomisadas, se dispone de datos para la **heroína** y la **cocaína** (tabla 4.4.1). A lo largo de todo el período 2000-2022, se puede observar que la pureza de los grandes decomisos (a nivel de kilogramo) es bastante mayor que la pureza de los decomisos del nivel de gramo o de dosis. De hecho, en 2022, la pureza de los grandes decomisos de **heroína** fue de un 42,0% (segundo semestre), mientras que la pureza de los decomisos del nivel de gramo fue del 31,0% (segundo semestre), y de los de nivel de dosis del 24,0% (segundo semestre).

Para la **cocaína**, las cifras fueron, siguiendo el mismo orden, 72,0%; 47,0% y 35,0%.

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 fundamentalmente a nivel de dosis y gramo, sin embargo, la pureza a nivel de kilogramo permanece estable y en niveles altos. Respecto a la pureza del gramo, ha pasado del 49,5% en 2008 al 47,0% (segundo semestre del 2022), y la de la dosis del 40,5% en 2008 al 35,0% (segundo semestre del 2022). Las purezas a nivel de kilogramo, durante el segundo semestre de 2022 (72,0%), están en niveles del 2008.

La misma tendencia al descenso se aprecia respecto a la pureza de la **heroína**, aunque, en este caso, esa tendencia fue más intensa hasta 2014 y sobre todo a nivel de kilogramo, cuya pureza pasó del 64,0% en 2000 al 39,0% en 2014 y, en menor medida, en el caso de la dosis, que pasó del 25,0% en 2000 al 21,0% en 2014, y en el del gramo, que pasó del 32,0% en 2000 al 31,0% en 2014. En el año 2022, a nivel de kilogramo las purezas de la heroína en el segundo semestre (42,0%) están en niveles parecidos a los de 2020 (41,0%) y 2021 (43,0%).

A partir de 2010 las purezas del gramo y la dosis de heroína han mostrado tendencia a la estabilización, oscilando entre el 20% y el 24%, en el caso de la dosis, y entre el 30% y el 31,5% en el caso del gramo (con excepción del año 2015 en que fue del 33,0%). Respecto a la pureza de la heroína en el mercado mayorista (kilogramo) también se venía observando una estabilización a partir de 2012, situándose entre el 39,0% y el 43,0% (tabla 4.4.1).

Tabla 4.4.1.

Purezas medias (%) de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito. España, 2000-2022.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*	2022*
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	20,0	22,0	24,0
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	30,0	30,0	31,0
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	41,0	43,0	42,0
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	32,0	34,0	35,0
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	44,0	47,0	47,0
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	71,0	72,0	72,0

* Segundo semestre.

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 kilogramo/pureza dosis”, “pureza kilogramo/pureza gramo” y la razón de “pureza gramo/pureza dosis”. En 2022 (segundo semestre), la razón de pureza kilogramo/dosis de heroína fue de 1,75, la razón kilogramo/gramo 1,35 y la razón gramo/dosis 1,29, mientras que para cocaína las cifras fueron 2,06, 1,53 y 1,34, 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 2000-2022, se comprueba que, para heroína, ha disminuido progresivamente la razón de pureza kilogramo/gramo, pasando de 2,0 en 2000 a 1,35 en 2022, así como la razón pureza kilogramo/dosis que ha pasado de 2,56 a 1,75. La razón gramo/dosis volvió en 2022 (1,29) al mismo valor, prácticamente, que tenía en el año 2000 (1,28), aunque en los años intermedios ha estado siempre en valores superiores, con un máximo de 1,53 registrado en 2015 (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, especialmente en el paso de kilogramo a dosis.

En cuanto a la cocaína, se observa una tendencia general ascendente en la razón de pureza kilogramo/gramo entre los años 2000 y 2022, lo que indica una mayor dilución de la sustancia en este período. Algo parecido ha sucedido con la razón kilogramo/dosis y con la razón gramo/dosis (tabla 4.4.2).

Tabla 4.4.2.

Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 2000-2022.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*	2022*
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	2,05	1,95	1,75
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	1,36	1,43	1,35
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	1,50	1,36	1,29
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	2,21	2,11	2,06
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	1,61	1,53	1,53
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	1,37	1,38	1,34

* Segundo semestre.

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, 2002-2022

En el año 2022 se registraron 28.678 detenciones por tráfico de drogas conforme a los datos del Ministerio del Interior, frente a 27.141 en 2021. Por su parte, las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas fueron 430.975 en 2022, frente a 364.320 en 2021.

Las detenciones realizadas desde 2002 presentan una tendencia ascendente siendo 2022 el año con mayor número de detenciones por tráfico de drogas de toda la serie (28.678).

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 en el número de denuncias anuales desde 2002 hasta 2014, año a partir del cual se estabiliza en torno a las 390.000-400.000 denuncias por año hasta 2019. Posteriormente, el confinamiento llevado a cabo para controlar la pandemia de Covid-19 se asoció a un notable descenso en las denuncias en 2020, que después volvieron a aumentar hasta llegar a las 430.975 registradas en 2022 (figuras 4.5.1 y 4.5.2).

Como en años anteriores, en 2022 la mayor parte de las detenciones y de las denuncias estuvieron relacionadas con los derivados del cannabis (55,7% y 80,8%, respectivamente). Importante porcentaje alcanzan también las detenciones por tráfico de cocaínicos (23,5%) (figuras 4.5.3 y 4.5.4 y tablas 4.5.1 y 4.5.2).

Figura 4.5.1.

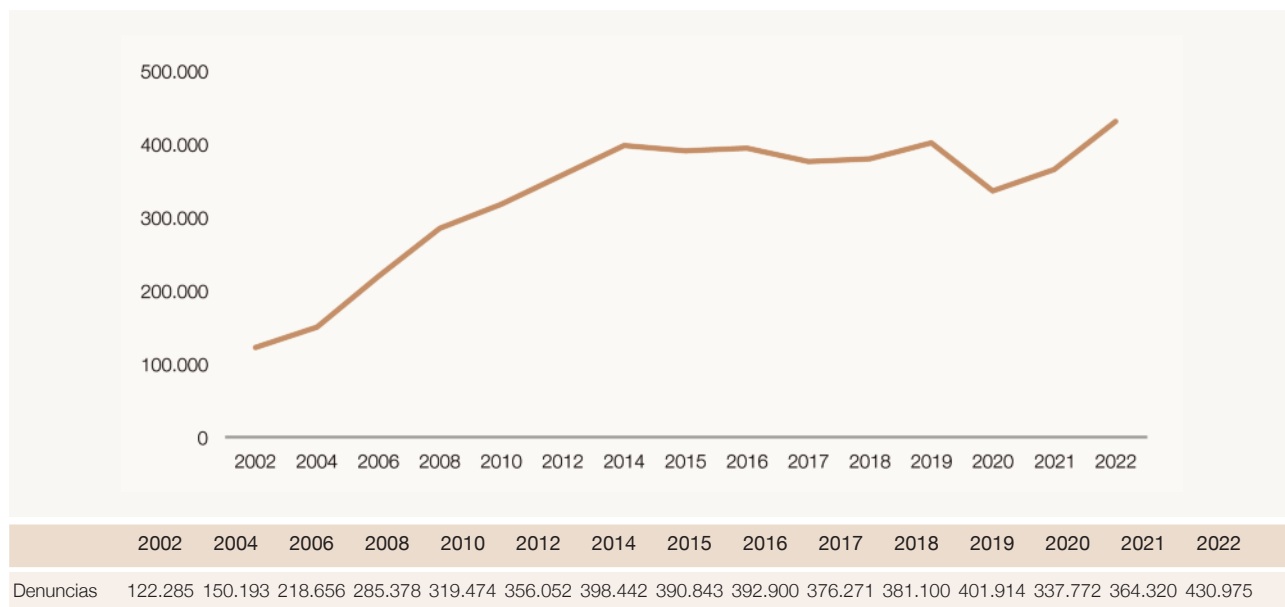
Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2002-2022.



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 4.5.2.

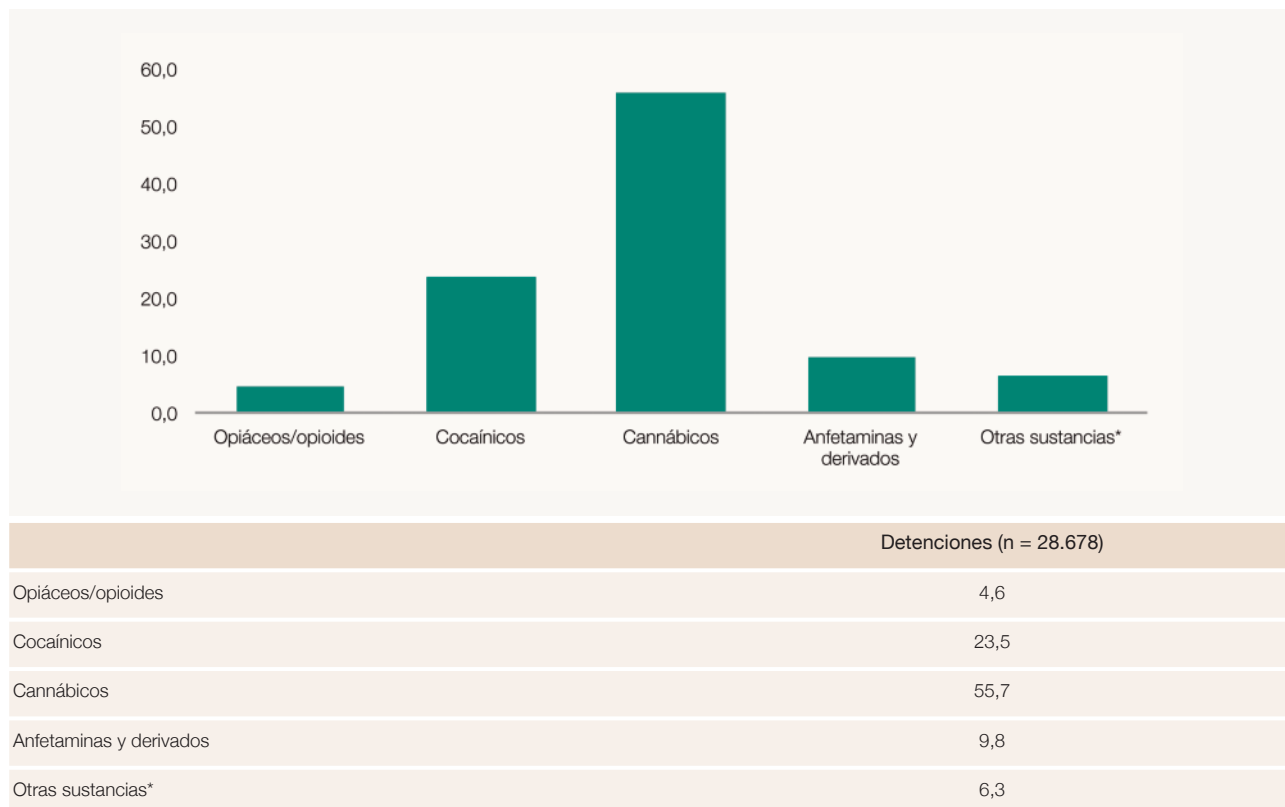
Denuncias por tenencia y consumo de drogas en lugar público basadas en las Leyes Orgánicas 1/1992 y 4/2015 (números absolutos). España, 2002-2022.



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, 2022.



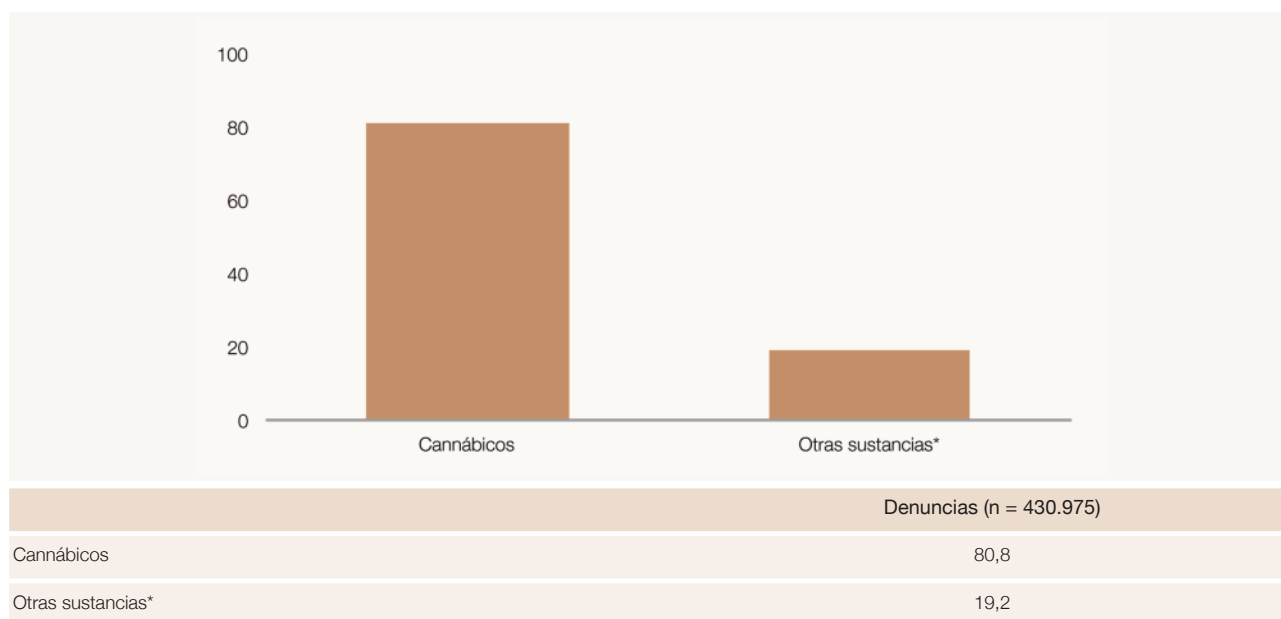
* Otras sustancias incluye: depresores, sedantes, tranquilizantes, alucinógenos y otros.

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, 2022.



* 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, 2006-2022.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
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	27.141	28.678
Cannábicos (%)	46	50	50	56	56	54	53	58	53	55	60	62	56
Cocaínicos (%)	39	36	35	30	28	29	28	28	29	26	25	21	24
Opiáceos (%)	6	7	7	5	7	7	7	6	7	6	6	4	5
Estimulantes tipo anfetamínico (%)	6	5	5	4	6	7	7	6	7	8	7	7	10
Otras sustancias (%)	3	3	3	4	3	3	5	2	2	5	5	5	6

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, 2006-2022.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
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	364.320	430.975
Cannábicos (%)	77	80	84	87	87	86	84	83	83	82	74	84	81
Otras sustancias (cocaínicos, opiáceos, estimulantes, otras) (%)	23	20	17	12	13	14	16	17	17	18	26	16	19

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).

A large, stylized purple number '5' is positioned on the right side of the page, partially overlapping the text. It has a thick, solid purple fill and a white outline.

Análisis de aguas residuales

Autores: miembros de la Red ESAR-Net (www.esarnet.es)¹,

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos al aplicar el análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos para el seguimiento del abuso de sustancias en diversas localidades en un total de 10 CCAA (tabla 5.1). Estos resultados se han obtenido en el marco de un proyecto de investigación financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas² y se incorporan por primera vez al informe anual del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, si bien ya es un indicador que se lleva empleando por parte del EMCDDA durante más de 10 años³.

5.1. Metodología

En este estudio se tomaron muestras de agua residual en diferentes estaciones depuradoras de aguas residuales (EDAR) españolas durante una semana completa (generalmente empezando un martes y finalizando un lunes) en la primavera de 2021, garantizando que cada muestra fuese representativa de un día completo (muestra compuesta de 24 horas) en un total de 26 EDAR (tabla 5.1). Además, en 9 EDAR se llevó a cabo una segunda campaña durante una semana en otoño de ese mismo año (en gris claro y etiquetadas como B en los gráficos).

La concentración de sustancias ilícitas o de sus metabolitos (caso de la cocaína, donde se mide benzoilecgonina, o del THC, donde se mide carboxi-THC) se determinó en cada una de las muestras mediante extracción en fase sólida seguida de cromatografía de líquidos acoplada a espectrometría de masas en tándem (LC-MS/MS). En el caso de la nicotina y el etanol, se midieron sus metabolitos (cotinina e hidróxicotinina para la nicotina, y sulfato de etilo para el etanol) mediante un método de inyección directa en el sistema LC-MS/MS. Posteriormente, las concentraciones se convirtieron en masa de metabolito excretada por día y normalizada a 1.000 habitantes, empleando para ello el caudal de agua residual recibido por cada EDAR durante el día muestreado y la población servida por la misma (carga diaria normalizada). Esta carga diaria normalizada se transforma finalmente en consumo estimado de sustancia pura conociendo el metabolismo de la sustancia y su(s) vía(s) de excreción. En el caso del THC existen varios factores que contribuyen a la incertidumbre de los valores obtenidos, por lo que deben considerarse con precaución y prestar más atención a tendencias temporales y/o geográficas que al valor de consumo estimado de THC en sí mismo. En el caso de la nicotina, al medirse dos metabolitos, el resultado de consumo estimado se obtiene a través de la media de la estimación proveniente de ambos.

1. J.B. Quintana, R. Rodil, R. Montes, A. Estévez-Danta, X. González-Gómez (Universidade de Santiago de Compostela, RIAPAd); F. Hernández, L. Bijlsma, E. Gracia, C. Simarro (Universitat Jaume I); Y. Picó, V. Andreu, D. Sadutto, L. Herrera-Vera (Centro de Investigación sobre Desertificación, UV-CSIC-GV); M. López de Alda, C. Postigo, R. Bonansea, P. Alcalá (Instituto de Diagnóstico Ambiental y Estudios del Agua, CSIC); Y. Valcárcel, N. Domínguez, S. Martínez (Universidad Rey Juan Carlos); E. Pocurull, R.M. Marcé, N. Fontanals (Universitat Rovira i Virgili); I. González-Mariño (Universidad de Salamanca); A. Rico (IMDEA-Agua); L.I. Corominas, S. Rodríguez-Mozaz (Institut Català de Recerca de l'Aigua); M. Miró, C. Pagan (Universitat de les Illes Balears); A. Prieto, N. Etxebarria, G. Orive (Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea); P. A. Lara-Martín, S. Santana (Universidad de Cádiz); M. Isorna (Universidade de Vigo); U. Lertxundi (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud).

2. Este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración de todas las entidades y ayuntamientos responsables de la gestión de las depuradoras de aguas residuales, imprescindible para llevar a cabo estos estudios, y al proyecto "Exploración de las aguas residuales como indicador complementario, rápido y objetivo sobre el consumo de sustancias de abuso" financiado en la convocatoria 2020 de proyectos de investigación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (nº exp. 2020I009)". El equipo de la Universidad de Santiago de Compostela quiere agradecer también la financiación de la red RIAPAd (<https://riapad.es/>, ref. RD21/0009/0012) a través de la convocatoria de redes RICORS del Instituto de Salud Carlos III – NexGenerationEU – PRTR.

3. https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

Tabla 5.1.

Listado codificado de las EDAR analizadas.

Código	Semanas muestreadas	Tamaño	Código	Semanas muestreadas	Tamaño
AND-1	1	G	CVA-3	2	M
BAL-1	1	G	CVA-4	2	MG
CAN-1	1	G	CVA-5	1	G
CAT-1	2	MG	CVA-6	1	P
CAT-3	1	MP	EUS-1	2	G
CAT-4	2	M	EUS-2	2	MG
CAT-5	1	M	EUS-3	1	MP
CAT-6	1	M	GAL-1	1	MP
CL-1	1	M	GAL-2	2	M
CL-2	1	MP	MAD-1	1	MG
CLM-1	1	M	MAD-2	2	MG
CVA-1	1	P	MAD-3	1	G
CVA-2	1	M	MAD-4	2	G

Código: corresponde a las iniciales de la comunidad autónoma seguida de un número seleccionado aleatoriamente. AND: Andalucía, BAL: Baleares, CAT: Cataluña, CL: Castilla y León, CLM: Castilla-La Mancha, CAN: Canarias, CVA: Comunidad Valenciana, EUS: País Vasco, GAL: Galicia, MAD: Comunidad de Madrid.

Notas: no existe CAT-2, ya que está asignado a una EDAR no muestreada en 2021. CVA-4 corresponde realmente a 2 EDAR, que al estar conectadas deben evaluarse en conjunto.

Tamaño de población servido por la EDAR: MP <10.000 habitantes; P: 10.000–50.000 habitantes; M: 50.000–200.000 habitantes; G: 200.000–500.000 habitantes; MG: >500.000 habitantes.

Por otro lado, con las muestras del fin de semana se obtuvo una mezcla compuesta (incluyendo alícuotas de viernes a domingo) que se empleó para estudiar el consumo medio de ketamina durante el fin de semana y realizar un análisis cualitativo (cribado) sobre la presencia de otras nuevas sustancias psicoactivas (NPS) (fundamentalmente catinonas). En el caso de la ketamina se llevó a cabo una estimación de consumo medio durante el fin de semana exclusivamente empleando el flujo promedio y el factor de excreción urinario sugerido por Du y colaboradores⁴.

Para más información sobre la metodología del análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos, sus puntos fuertes y limitaciones, se pueden consultar las referencias^{5,6,7}. Los laboratorios participantes en el análisis realizan cada

4. Du et al. A revised excretion factor for estimating ketamine consumption by wastewater-based epidemiology – Utilising wastewater and seizure data. *Environment International*, 2020, 138: 105645.

5. Bijlsma et al. Análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos: aplicaciones a la estimación del consumo de sustancias de abuso y en salud pública en general. *Red española ESAR-Net. Revista Española de Salud Pública.*, 2018, 92: 20 de agosto e201808053.

6. Pocurull et al. El análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos: presente y futuro en España. *Revista Española de Drogodependencias*, 2020, 45, 91-103

7. https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

año un ejercicio interlaboratorio para garantizar el buen funcionamiento de los métodos analíticos empleados y la comparabilidad de los resultados obtenidos⁸. La red ESAR-Net había llevado ya a cabo un estudio piloto en 2018^{9,10,11} que incluía 17 EDAR de 7 CCAA muestreadas durante una semana en primavera de ese año, que se empleará en este informe de manera comparativa, aunque hay que tener en cuenta que la población estudiada en ambos casos no es la misma y por tanto las conclusiones de la comparativa deben tomarse con cautela. Además, en algunos casos se hará referencia a 4 localidades españolas (zona sur de Barcelona y su área metropolitana, Valencia y su área metropolitana, Castellón y Santiago de Compostela), seleccionadas por participar de manera anual desde 2011 en los ejercicios que organiza la red SCORE (<https://score-network.eu>) y EMCDDA, disponibles en su web^{12,13}. En este caso los datos corresponden también a una única campaña realizada en primavera de cada año y es importante remarcar que los datos que publica el EMCDDA corresponden a carga diaria normalizada por población (sin convertir a consumo).

A continuación, en la mayoría de los casos, se presentan los valores de la mediana de consumo estimado para cada sustancia, en cada campaña. Se presenta la mediana en lugar de la media para evitar el sesgo que produce el diferente patrón de consumo los fines de semana respecto a los días laborables en varias de las sustancias consideradas.

5.2. Análisis por sustancias

Cocaína

El consumo de cocaína ha sido detectado en todas las EDAR en ambas campañas (simplemente se ha descartado un dato por considerarse un dato atípico o *outlier*). Los valores de la mediana semanal oscilan entre 0,7 y 3,9 g/día/1.000 hab., estando la mediana global en 2,0 g/(día 1000 hab) (figura 5.1). Estos datos confirman que la cocaína es una de las sustancias ilegales más consumidas a nivel nacional, sin excesivas diferencias en comparación con otros estimulantes.

Si se contrastan estos resultados con los obtenidos en el estudio realizado en 2018¹⁴, teniendo en cuenta las diferencias remarcadas en la sección de metodología, la mediana global de dicho estudio era también de 2,0 g/día/1.000 hab., lo cual parece indicar que el consumo de cocaína está estabilizado en España desde dicho año. También se puede observar que, de manera general, no existen diferencias remarcables entre las dos campañas (primavera frente a otoño) llevadas a cabo en aquellas EDAR monitorizadas dos veces en 2021. Sin embargo, si se estudian los datos de las 4 ciudades que llevan más de 10 años monitorizando el consumo de cocaína mediante el análisis de agua residual, disponibles en la web del EMCDDA, sí que se observa un aumento en el período 2016-2020 en algunos casos, aunque este parece haberse estabilizado en los últimos años.

Por otro lado, comparando los patrones de consumo entre días de semana (lunes a jueves) y fines de semana (viernes a domingo), se observa que, con excepción de una EDAR, hay un mayor consumo durante el fin de semana, con un aumento que oscila entre el 5% y el 122%, estando la mediana del aumento de consumo en el 22%. Este patrón se observa también para otras sustancias estimulantes de carácter recreativo (MDMA o alcohol, entre otras).

8. van Nuijs et al. Multi-year interlaboratory exercises for the analysis of illicit drugs and metabolites in wastewater: development of a quality control system. *Trends in Analytical Chemistry*, 2018, 103, 34-43

9. Bijlsma et al. The embodiment of wastewater data for the estimation of illicit drug consumption in Spain. *Science of the Total Environment*, 2021, 772: 144794

10. Montes et al. First nation-wide estimation of tobacco consumption in Spain using wastewater-based epidemiology. *Science of the Total Environment*, 2020, 741: 140384

11. López-García et al. Assessing alcohol consumption through wastewater-based epidemiology: Spain as a case study. *Drug and Alcohol Dependence*, 2020, 215: 108241

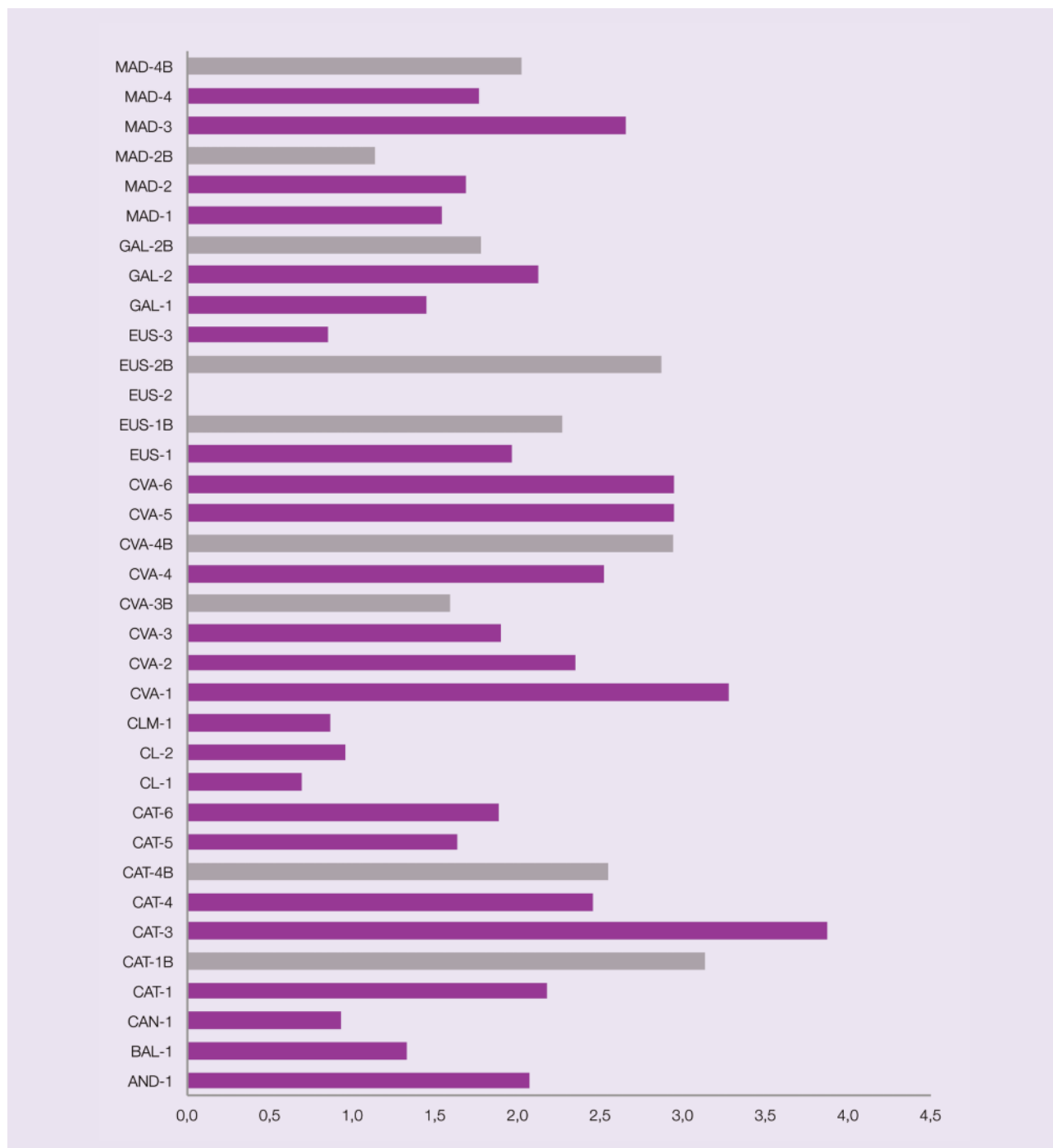
12. González-Mariño et al. Spatiotemporal assessment of illicit drug use at large scale: evidence from 7 years of international wastewater monitoring. *Addiction*, 2020, 115, 109-120

13. https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

14. Bijlsma et al. Análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos: aplicaciones a la estimación del consumo de sustancias de abuso y en salud pública en general. *Red Española ESAR-Net. Revista Española de Salud Pública.*, 2018, 92: 20 de agosto e201808053

Figura 5.1.

Representación del valor de la mediana de consumo estimado de cocaína (g/día/1.000 hab) en las EDAR estudiadas en 2021.



Notas: Color oscuro = campaña de primavera. Color gris claro = campaña de otoño.
 Dato de EUS-2 descartado como dato aberrante (*outlier*).

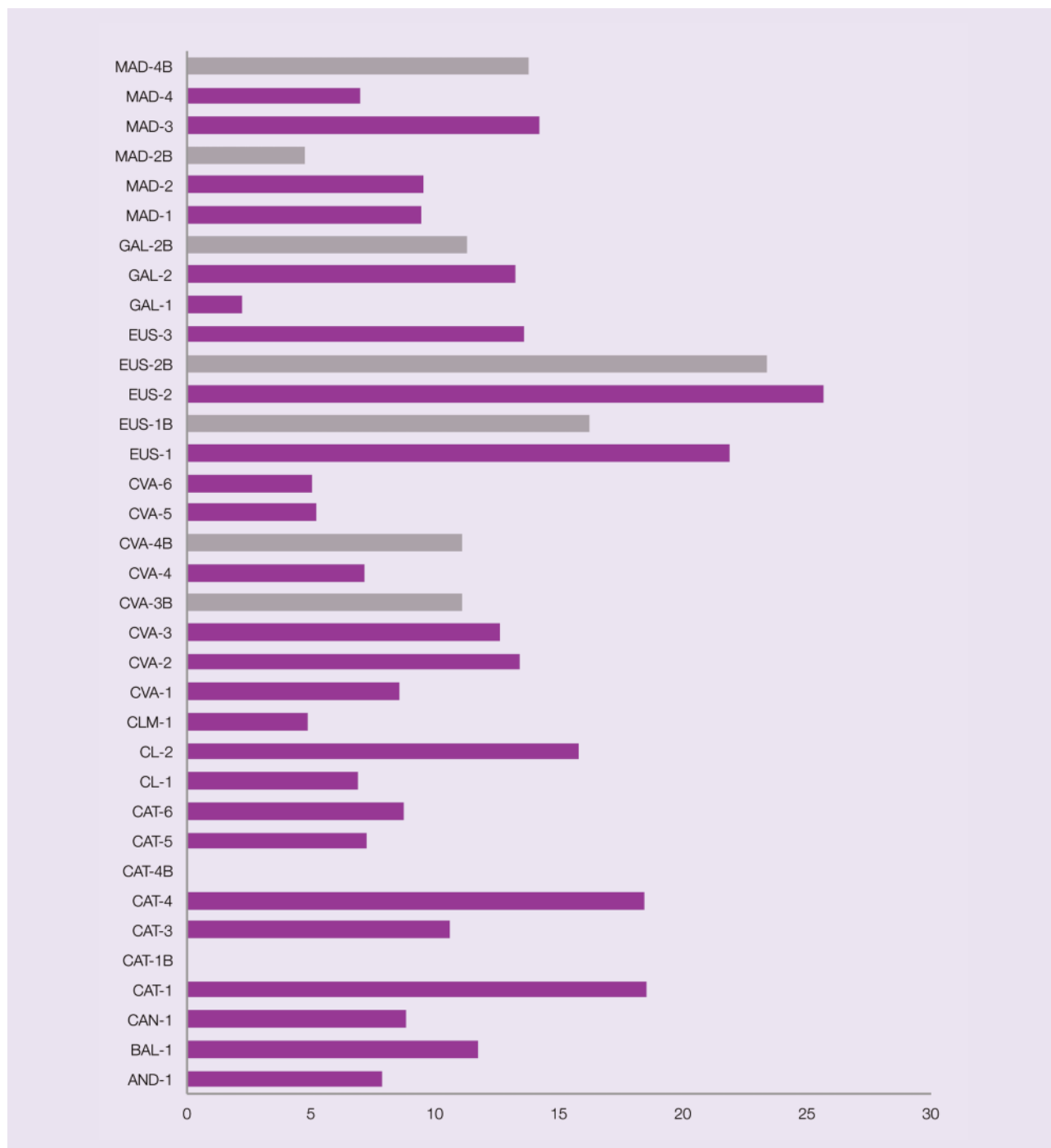
FUENTE: Red ESAR-Net.

Cannabis

La figura 5.2 presenta el uso de cannabis como consumo estimado de su principal constituyente psicoactivo, el THC. Como se ha mencionado en la sección metodológica, dichos valores deben tomarse con cautela, pudiendo ser hasta 5 veces inferiores debido a la posible conversión del metabolito hidroxí-THC en carboxi-THC en el agua residual. Incluso con esta incertidumbre, es evidente que el consumo estimado de THC es alto, mediana global: 11 g/día/1.000 hab., estando presente su metabolito en todas las muestras. En este caso no se observan diferencias entre los patrones de uso en días laborables y fines de semana, al ser una sustancia de excreción lenta y tener un uso menos diferencial.

Figura 5.2.

Representación del valor de la mediana de consumo estimado de cannabis, como THC (g/día/1.000 hab), en las EDAR estudiadas en 2021.



Notas: Color oscuro = campaña de primavera. Color gris claro = campaña de otoño.
 Datos de CAT-1B y CAT-4B descartados como valores atípicos (*outliers*).

FUENTE: Red ESAR-Net.

De nuevo, si se comparan estos resultados con los obtenidos en 2018, la mediana de dicho estudio fue también de 11 g/día/1.000 hab. Como se explicó en su momento en el capítulo 9 de la publicación *Cannabis. Consumo y consecuencias*¹⁵, un análisis teniendo en cuenta sólo las EDAR comunes al estudio de 2018 y 2021 (este trabajo) concluiría que no se observa una clara tendencia de cambio en dicho período.

15. Monografía. Cannabis. Consumo y consecuencias. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Madrid, 2022.

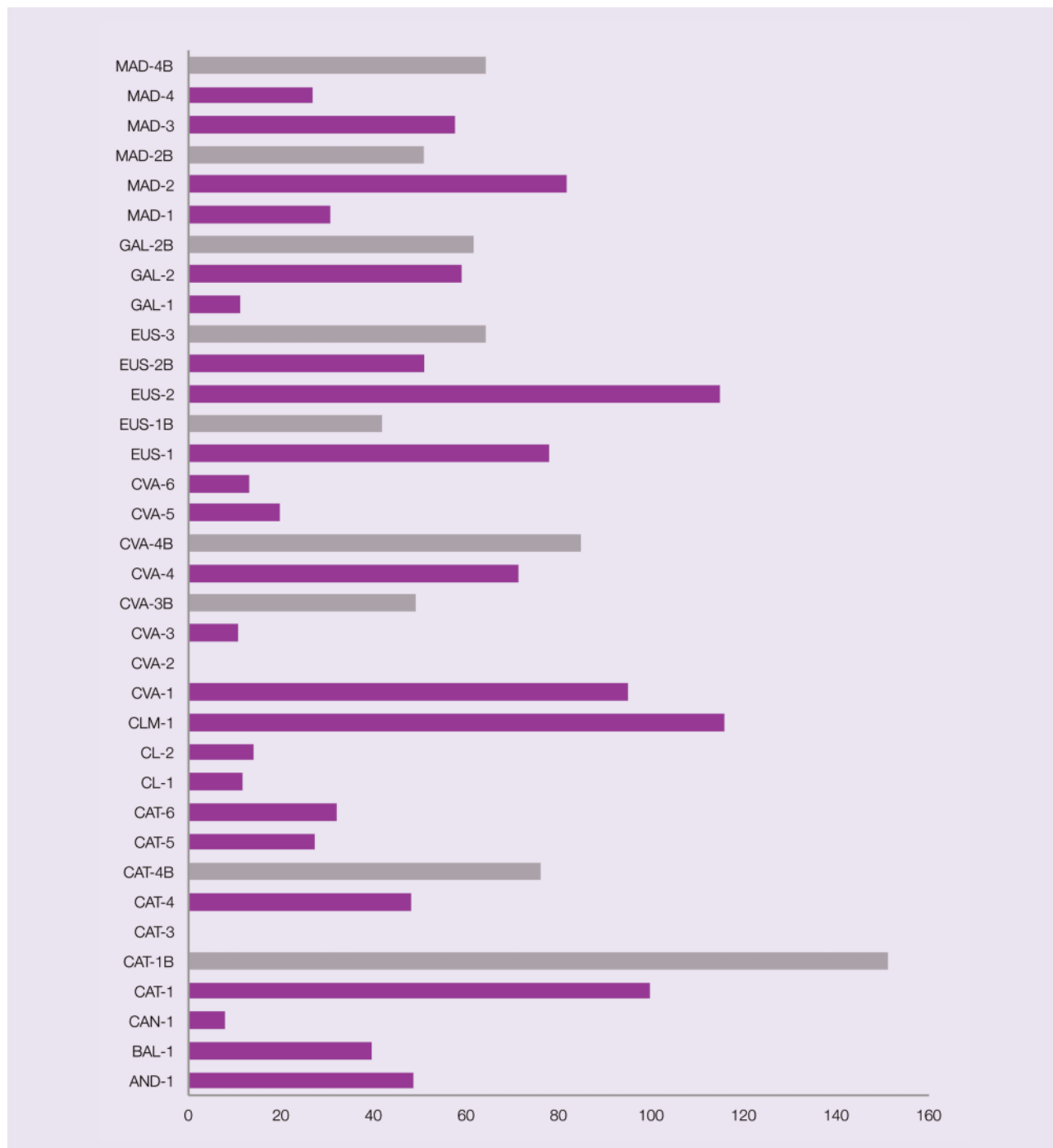
Éxtasis (MDMA)

Como se aprecia en la figura 5.3, el MDMA se ha detectado también en casi todas las muestras; sólo en dos EDAR la mediana estaría por debajo del límite de detección. Sin embargo, su consumo es claramente inferior al de la cocaína y el cannabis, con un valor de mediana global de 49 mg/día/1.000 hab., es decir unas 40 veces inferior al de cocaína.

En términos de patrones semanales, el consumo de MDMA varía claramente entre los días de semana y el fin de semana, con una mediana del aumento de consumo del 40% que pone de manifiesto su marcado carácter recreativo.

Figura 5.3.

Representación del valor de la mediana de consumo estimado de MDMA (mg/día/1.000 hab) en las EDAR estudiadas en 2021.



Notas: Color oscuro = campaña de primavera. Color gris claro = campaña de otoño.
Datos de CAT-3 y CVA-2: la mediana está por debajo del límite de detección.

FUENTE: Red ESAR-Net.

Si se comparan las dos campañas realizadas en 2021 se observa aumento en 4 EDAR, siendo difícil discernir una tendencia. De manera similar, los datos recogidos por el EMCDDA¹⁶ en las cuatro ciudades monitorizadas desde el 2011 no presentan una tendencia clara para esta sustancia. Si se compara con el estudio de 2018¹⁷, la mediana en dicho caso era de 31 mg/día/1.000 hab., lo que implicaría un cierto incremento, pero hay que tener en cuenta que la incertidumbre asociada a sustancias de consumo menos general es mayor a la hora de comparar poblaciones no exactamente coincidentes.

Anfetamina

La anfetamina, popularmente conocida como “speed”, es un caso claramente diferente del resto de sustancias estimulantes de uso recreativo. Como puede apreciarse en la figura 5.4, existe un claro consumo diferencial en el País Vasco con respecto al resto de zonas del Estado estudiadas. Así, la mediana semanal de consumo de anfetamina en las poblaciones correspondientes a las EDAR del País Vasco oscila entre 679 y 2.796 mg/día/1.000 hab., lo que viene a ser del orden del consumo de cocaína, en cuanto a sustancia activa pura.

En el resto de CCAA, el consumo estimado de anfetamina es en general bajo, con hasta 8 muestras con la mediana por debajo del límite de detección, y el resto con valores oscilando entre 9 y 103 mg/día/1.000 hab.; mediana global: 31 mg/día/1.000 hab.

Además, hay que tener en cuenta que el consumo de lisdexanfetamina (un fármaco empleado para el tratamiento del TDAH), da lugar a excreción de anfetamina. La prescripción de este fármaco es limitada, pero en aquellas EDAR con consumos estimados de anfetamina inferiores a 20 mg/día/1000 hab., la estimación del abuso de droga puede estar influenciada por el uso lícito del fármaco¹⁸.

Si se estudian las diferencias entre los consumos durante la semana laboral y el fin de semana, se observa que la mediana de aumento de consumo en el País Vasco es del 19%, frente al 7% en el resto del Estado, lo que indicaría un mayor consumo recreativo en esta comunidad.

No se ha hecho comparativa con datos anteriores en el caso de la anfetamina y de la metanfetamina (ver subsección siguiente), al tener estas sustancias un consumo muy marcado por las localizaciones seleccionadas.

Metanfetamina

El consumo de metanfetamina en España es claramente inferior al de la anfetamina, ya que no se ha detectado en casi el 50% de las EDAR/campañas analizadas (figura 5.5). Se observa además que su uso está muy localizado en las zonas metropolitanas más grandes de Cataluña, seguidas del área de la Comunidad de Madrid y, ya de lejos, del País Vasco, Comunidad Valenciana, Canarias, Baleares y otras localidades de tamaño medio en Cataluña.

En términos de patrón semanal, no se observa un cambio entre el consumo estimado durante la semana laboral y el fin de semana, lo que indicaría que su consumo no está ligado a actividades recreativas que tienen lugar principalmente los fines de semana.

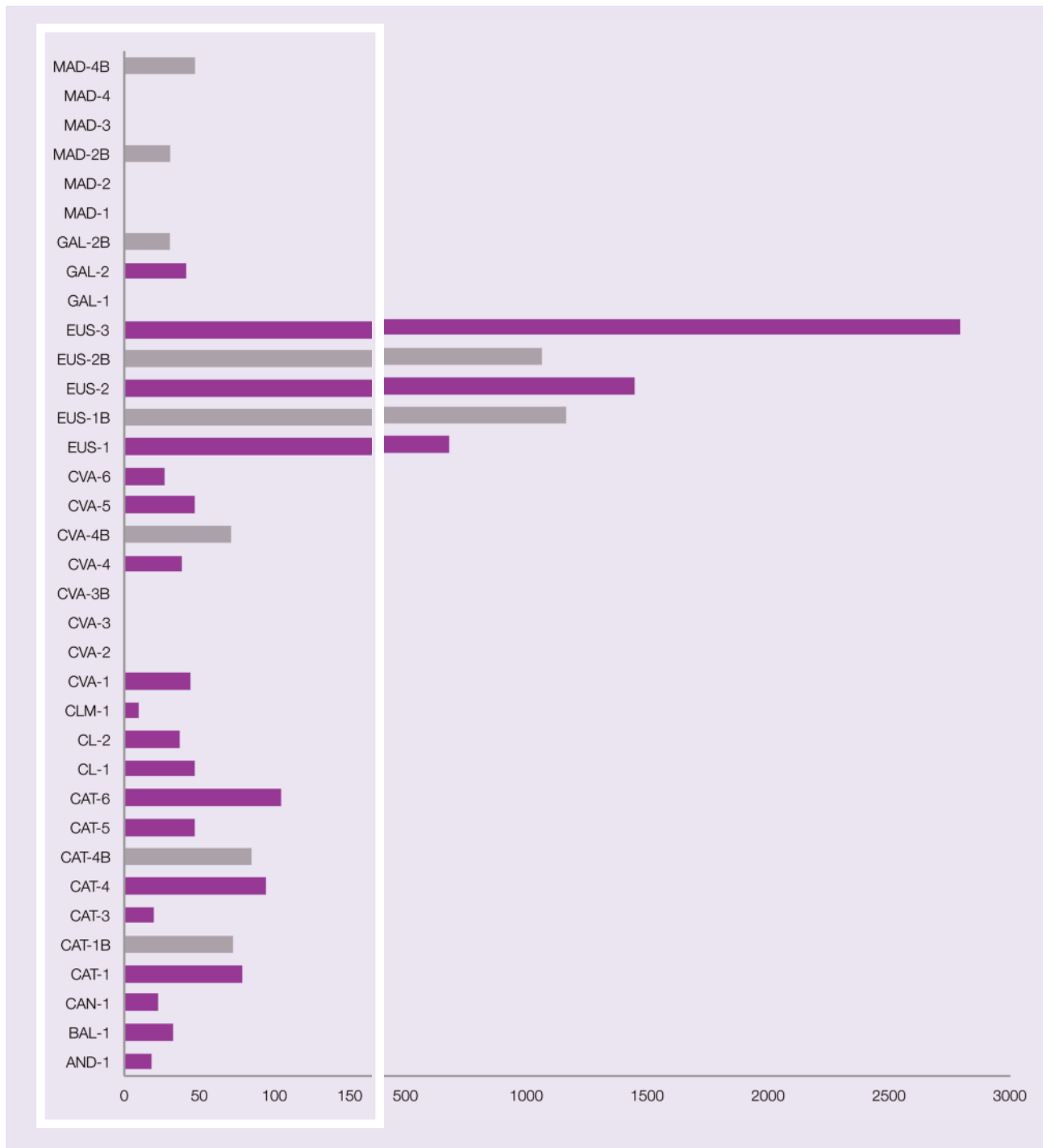
16. https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

17. Bijlsma et al. Análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos: aplicaciones a la estimación del consumo de sustancias de abuso y en salud pública en general. Red Española ESAR-Net. Revista Española de Salud Pública., 2018, 92: 20 de agosto e201808053.

18. Estévez-Danta et al. Source identification of amphetamine-like stimulants in Spanish wastewater through enantiomeric profiling. Water Research, 2021, 206: 117719

Figura 5.4.

Representación del valor de la mediana de consumo estimado de anfetamina (mg/día/1.000 hab) en las EDAR estudiadas en 2021 (zoom a la izquierda).

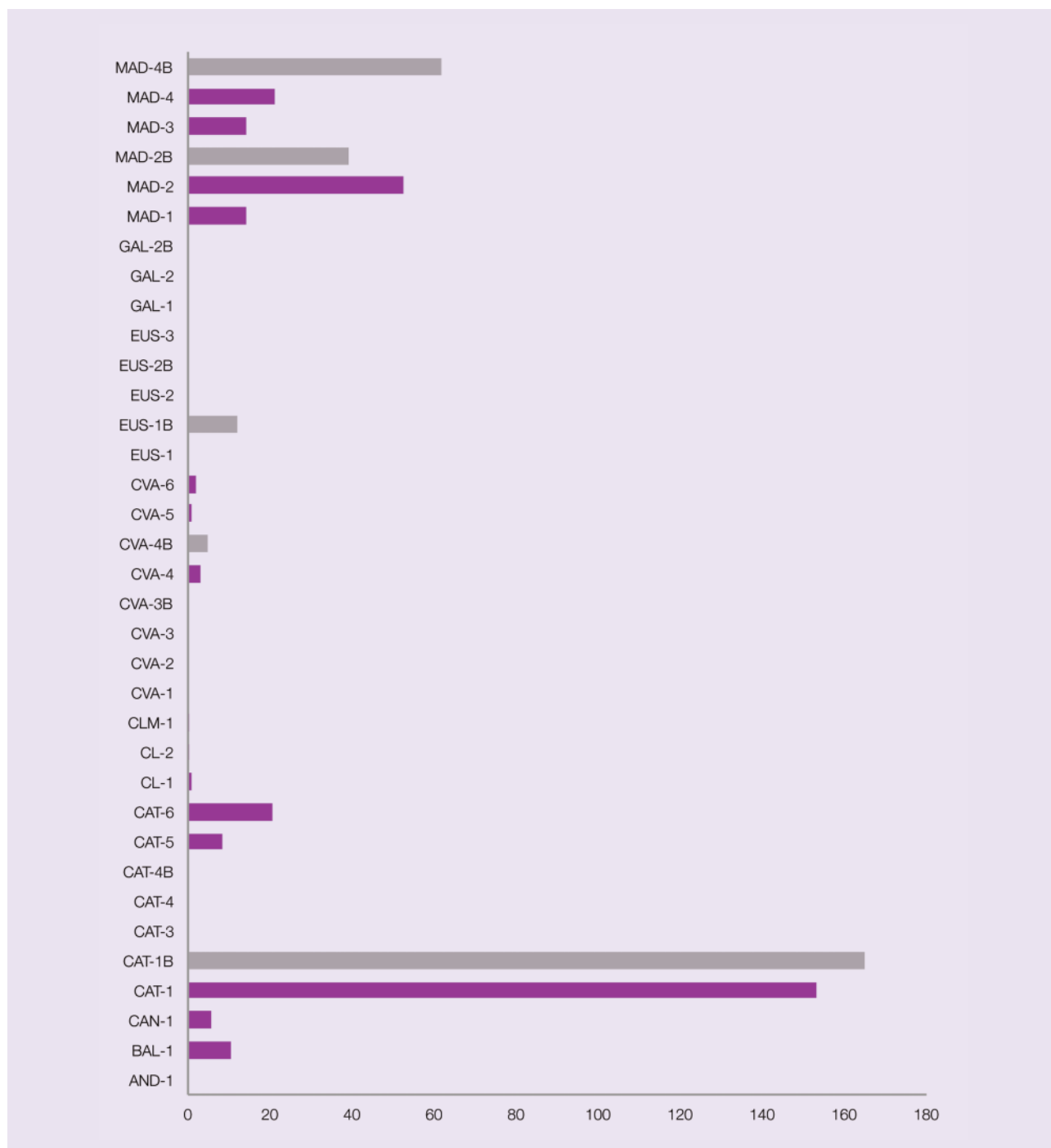


Notas: Color oscuro = campaña de primavera. Color gris claro = campaña de otoño.
 Los datos que no presentan columnas implican que la mediana es inferior al límite de detección.

FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 5.5.

Representación del valor de la mediana de consumo estimado de metanfetamina (mg/día/1.000 hab) en las EDAR estudiadas en 2021.



Notas: Color oscuro = campaña de primavera. Color gris claro = campaña de otoño.
 Los datos que no presentan columnas implican que la mediana es inferior al límite de detección.

FUENTE: Red ESAR-Net.

NPS y ketamina

El análisis cualitativo de NPS realizado sobre las muestras compuestas del fin de semana permitió detectar sólo 2 sustancias en la primera campaña: la fenetilamina 25-C-NBOMe (CAT-1) y la catinona metilona (EUS-2). En primavera, sin embargo, se detectó la presencia de la catinona mefedrona en 4 localizaciones (CAT-1B, CVA-4B, MAD-2B y MAD-4B) de las 9 investigadas. Sus concentraciones fueron muy bajas para poder ofrecer datos cuantitativos.

Por el contrario, la ketamina se pudo cuantificar en todas las muestras compuestas del fin de semana menos en 5 (CAT-4B, CVA-1, CVA-3B, GAL-1 y GAL-2), lo que demuestra que es una sustancia que está teniendo una importante penetración en el mercado ilícito en España. El valor global de la mediana de uso estimado durante el fin de semana es de 64 mg/día/1.000 hab., similar (en cuanto a masa normalizada de principio activo) al de MDMA, 60 mg/(día 1000 hab), aunque muy inferior al de cocaína, 2.466 mg/día/1.000 hab.

Sin embargo, aunque la imagen global en cuanto a mediana (sólo del fin de semana) de ketamina y MDMA son similares, sus patrones son muy diferentes, ya que como se puede ver en la figura 5.6, hay grandes diferencias entre áreas geográficas. El consumo más elevado se presenta en las grandes áreas metropolitanas de País Vasco, Cataluña y Comunidad de Madrid, seguidos de la Comunidad Valenciana.

Ante la falta de datos históricos, será importante estudiar cómo evoluciona el patrón de esta sustancia en el futuro.

Alcohol

Como se aprecia en la figura 5.7, la mediana semanal de consumo de etanol en las diferentes localizaciones oscila entre 4,4 y 22 L/día/1.000 hab., estando la mediana global en 8,8 L/día/1.000 hab. En el estudio de 2018¹⁹, la mediana se situaba en 10 L/día/1000 hab., lo que indicaría una cierta disminución de consumo aunque, como se ha mencionado, hay que tener en cuenta las diferentes poblaciones estudiadas en 2018 y 2021.

En términos de patrones semanales, el consumo de etanol aumenta en todas las localidades durante el fin de semana, entre un 4 y un 88% (mediana de aumento: 45%). Esto demuestra que, a pesar de las restricciones de movilidad todavía vigentes en 2021 debido a la pandemia, el patrón de consumo recreativo de alcohol se mantuvo. Además, si se comparan los datos de la campaña de otoño frente a la de primavera, la mediana de consumo aumentó en 7 de las 8 EDAR para las que existen datos en ambos periodos.

Nicotina

La figura 5.8 presenta la estimación de consumo de nicotina en las diferentes localizaciones y campañas. Como puede observarse, esta es la sustancia que presenta un consumo más homogéneo de entre todas las consideradas (se han descartado los valores de EUS-2 al considerarse valores atípicos o *outliers*). Resulta lógico si se tiene en cuenta que el tabaco es una sustancia legal con una prevalencia de uso relativamente alta. La mediana global de consumo de nicotina se sitúa en 1.700 (oscilando entre 672 y 2.739) mg/día/1.000 hab.

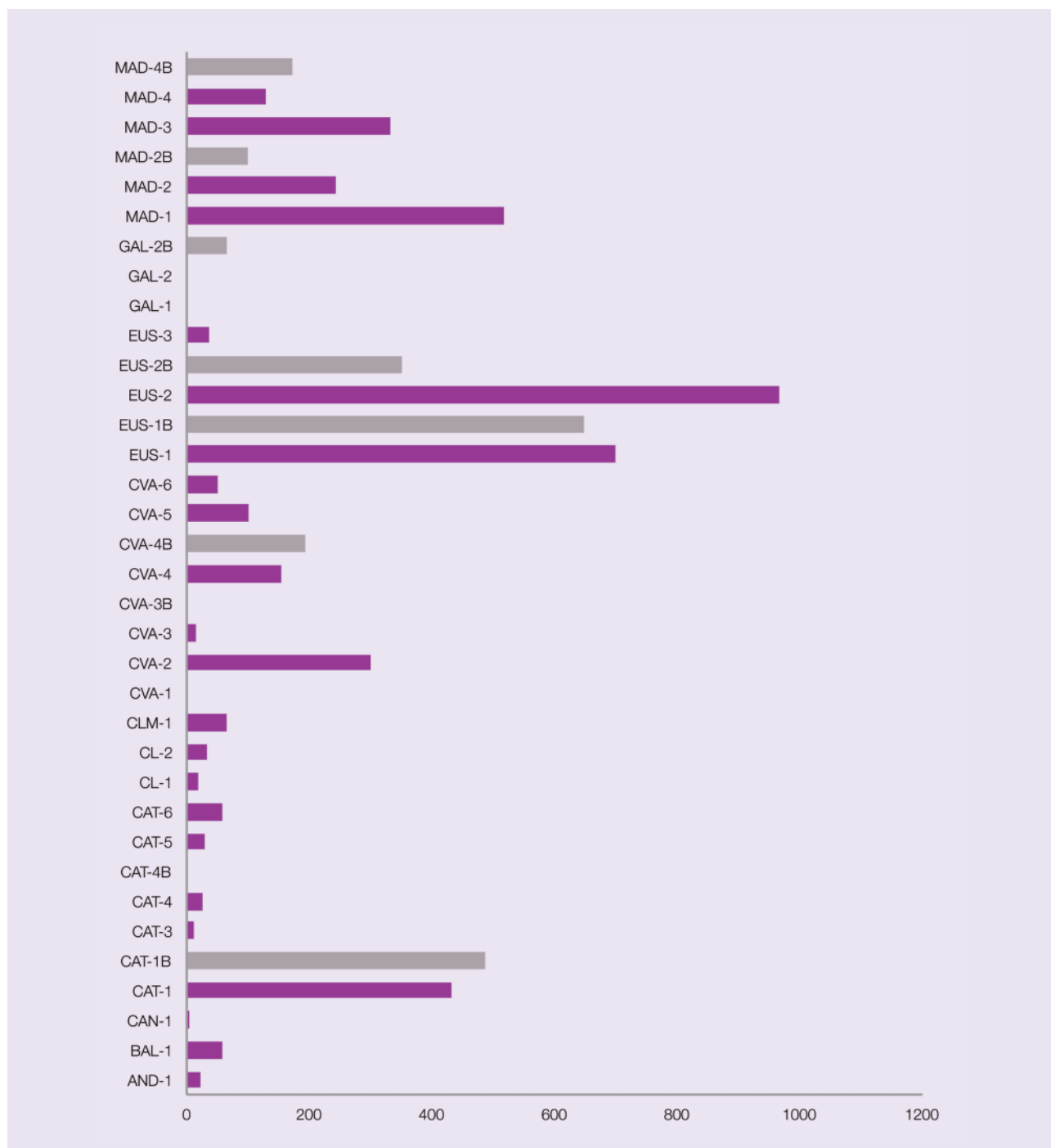
La mediana de consumo obtenido en el estudio de ESAR-Net realizado en 2018²⁰ era de 2.200 mg/día/1.000 hab. Con las salvedades antes mencionadas (no corresponder ambos estudios exactamente a la misma cobertura geográfica) y considerando que en 6 de las 8 EDAR monitorizadas en primavera y otoño de 2021 el consumo disminuye en el segundo periodo, podría concluirse que se aprecia una tendencia a la reducción en el abuso de tabaco. Evidentemente, dicha tendencia deberá corroborarse durante los años próximos.

19. López-García et al. Assessing alcohol consumption through wastewater-based epidemiology: Spain as a case study. *Drug and Alcohol Dependence*, 2020, 215: 108241

20. Montes et al. First nation-wide estimation of tobacco consumption in Spain using wastewater-based epidemiology. *Science of the Total Environment*, 2020, 741: 140384

Figura 5.6.

Representación del valor promedio de consumo estimado de ketamina (mg/día/1.000 hab) durante el fin de semana en las EDAR estudiadas en 2021.

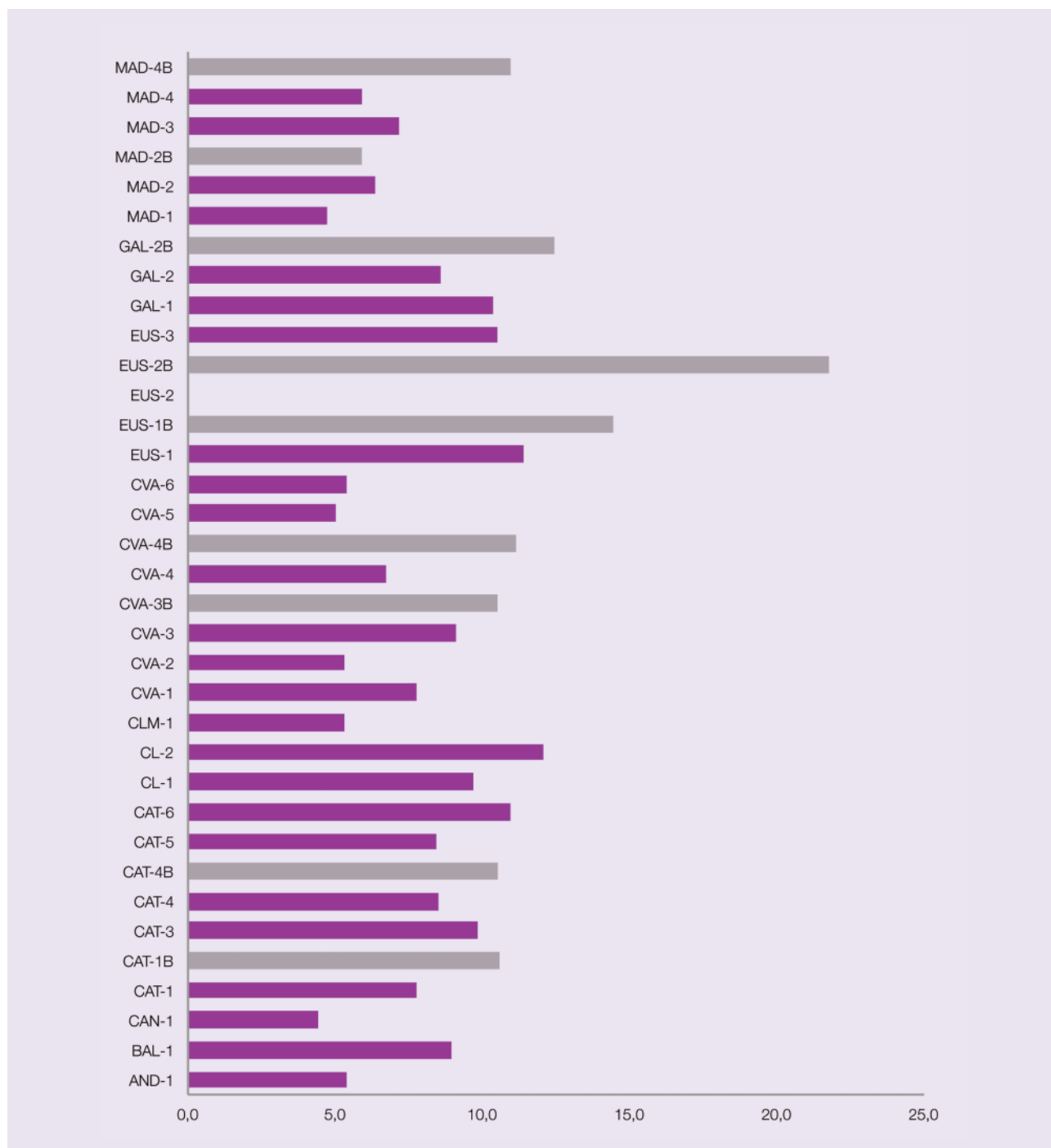


Notas: Color oscuro = campaña de primavera. Color gris claro = campaña de otoño.
Los datos que no presentan columnas implican que la mediana es inferior al límite de detección.

FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 5.7.

Representación del valor de la mediana de consumo estimado de etanol (L/día/1.000 hab) en las EDAR estudiadas en 2021.

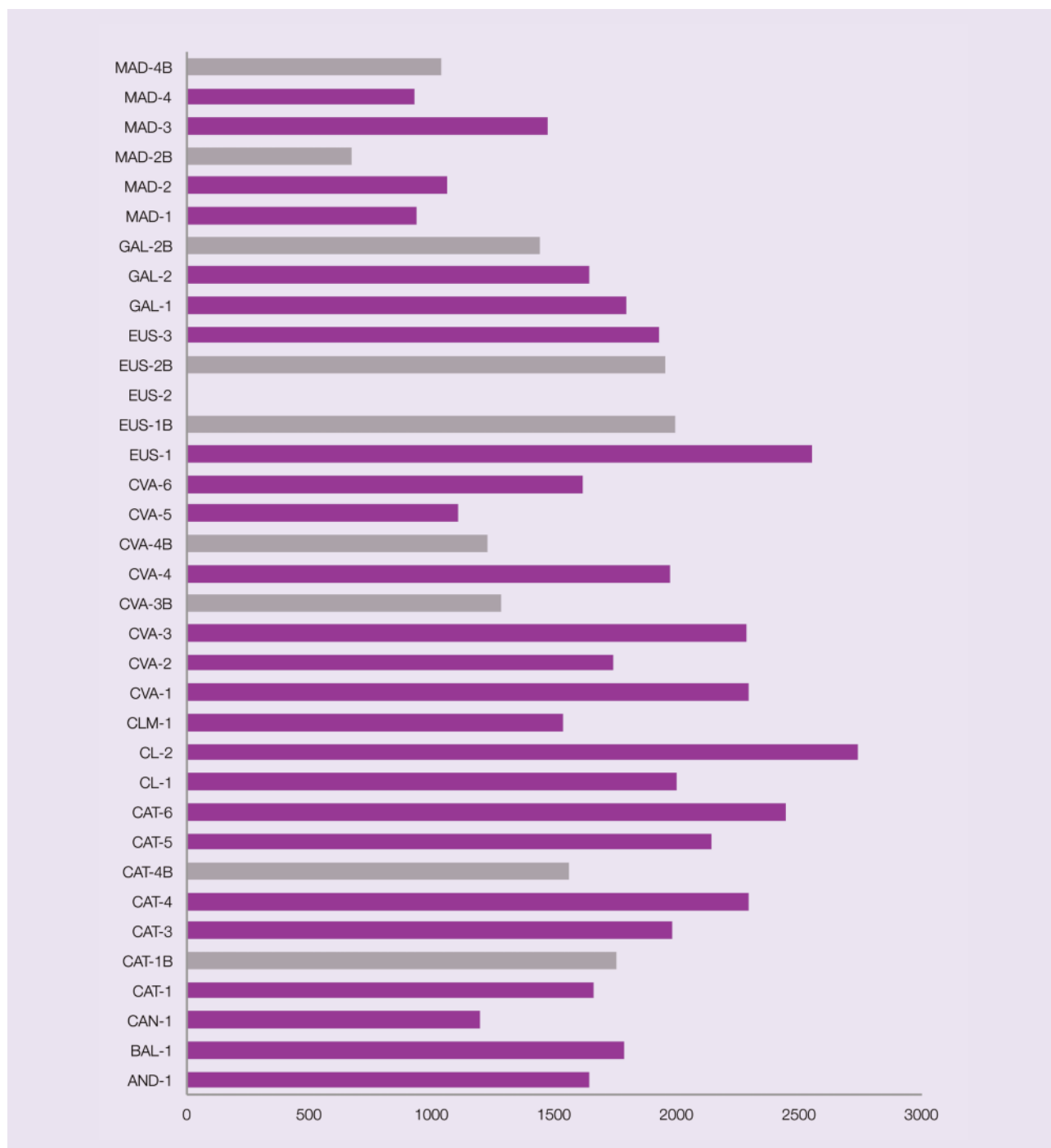


Notas: Color oscuro = campaña de primavera. Color gris claro = campaña de otoño.
Dato de EUS-2 descartado como dato atípico (*outlier*).

FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 5.8.

Representación del valor de la mediana de consumo estimado de nicotina (mg/día/1.000 hab) en las EDAR estudiadas en 2021.



Notas: Color oscuro = campaña de primavera. Color gris claro = campaña de otoño.
 Dato de EUS-2 descartado como dato atípico (*outlier*).

FUENTE: Red ESAR-Net.

Información complementaria

Páginas web de interés

MINISTERIO DE SANIDAD

<http://www.sanidad.gob.es/>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

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

Encuesta Nacional de Salud

<https://www.sanidad.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://sede.agenciatributaria.gob.es/Sede/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.mdsocialesa2030.gob.es/>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE)

<https://www.ine.es/>

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (ISCIII)

<https://www.isciii.es/Paginas/Inicio.aspx>

RED ESPAÑOLA DE ANÁLISIS DE AGUAS RESIDUALES

<https://www.esarnet.es/>

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/>

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/>

ENCUESTA EUROPEA SOBRE DROGAS: PATRONES DE USO
EUROPEAN WEB SURVEY ON DRUGS: PATTERNS OF USE (EWS)

https://www.emcdda.europa.eu/activities/european-web-survey-on-drugs_en

CONDUCTAS DE SALUD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR
HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

<http://www.hbsc.org/>

COMISIÓN EUROPEA. EUROBARÓMETRO
EUROPEAN COMMISSION. EUROBAROMETER

<https://europa.eu/eurobarometer/screen/home>

RED EUROPEA DE EPIDEMIOLOGÍA BASADA EN ANÁLISIS DE AGUAS RESIDUALES

<https://score-network.eu/>