

# INFORME 2025

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

**INDICADOR MORTALIDAD  
POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS,  
1983-2023**



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL  
SOBRE DROGAS

## GESTIÓN, ANÁLISIS Y REDACCIÓN

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)

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

Begoña BRIME, Alberto DOMÍNGUEZ, Luz LEÓN, Luisa M LÓPEZ, Patricia MORENO, Jesús MORO, Eva SÁNCHEZ.

Experta externa del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)

Noelia LLORENS

## RESPONSABLES EN LAS COMUNIDADES/CIUDADES AUTÓNOMAS

### Andalucía

Rosario BALLESTA

Ara MILLÁN

Mónica TENA

Lara FORNOVI

Antonio SUÁREZ

### Aragón

Carmen BARANGUAN

Marta SARTO

### Asturias

José Antonio GONZÁLEZ

Luisa María GONZÁLEZ

### Baleares

Rut SUÁREZ

Elena TEJERA

### Canarias

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

Pere MILLÁN

Irene LANA

Pol ROVIRA

Dolores RUIZ

Natàlia ALMATÓ

### Extremadura

Catalina CUELLO DE ORO

José Antonio SANTOS

Nerea SÁNCHEZ

### Galicia

Silvia SUÁREZ

Sara CERDEIRA

Mercedes LIJÓ

María TAJES

Sergio VEIGA

### Madrid

Piedad HERNANDO

Nelva MATA

Andrea TANJALA

### Murcia

Mónica BALLESTA

Mª Dolores CHIRLAQUE

Daniel RODRÍGUEZ

### Navarra

Raquel GONZÁLEZ

Esther FIGUERAS

### País Vasco

Elena ALDASORO

Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA

### La Rioja

María FERNÁNDEZ

Mª Gemma CESTAFE

### Comunidad Valenciana

Mª Jesús MATEU

Francesc J. VERDÚ

Noelia SELLES

Begoña RODRIGO

### Ceuta

Miguel Ángel MANCILLA

Ana POSTIGO

Cleopatra R'KAINA

### Melilla

Luisa Fernanda HERMOSO

Natalia MARTÍNEZ

## 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: 133-24-119-2

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

**CITA SUGERIDA:** Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2025. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2025. 229 p.

# Índice

2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2023 .....	4
1. Introducción .....	4
2. Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas) .....	4
2.1. Metodología .....	4
2.2. Resultados .....	6
2.3. Información sobre sustancias psicoactivas .....	10
3. Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas .....	13
3.1. Evolución del consumo de sustancias y de la edad de los fallecidos .....	13
4. Registro General de Mortalidad .....	14
4.1. Metodología .....	14
4.2. Resultados .....	14
5. Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad .....	15
5.1. Metodología .....	15
5.2. Resultados .....	16
6. Vigilancia del impacto de cambios en el mercado de drogas opioides en la mortalidad .....	17

# 2.3

## Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2023

### 1. 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 a aguda a drogas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas<sup>1</sup>, y el **Registro General de Mortalidad** del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>2</sup>.

El OEDA notifica anualmente a la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA) y a la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (ONUDD)<sup>3</sup> 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.

### 2. REGISTRO ESPECÍFICO DE MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A DROGAS (INDICADOR MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS)

#### 2.1. 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 Drogas y Adicciones (SEIDA), un sistema para recoger las

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

2. INE. Instituto Nacional de Estadística

3. <https://unodc.org>

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 (el alcohol sólo cuando aparecía junto con otra sustancia).

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 centrase 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 relacionadas con el consumo no médico 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 no médico de sustancias psicoactivas** (sustancias que no han sido prescritas por un médico o si lo han sido se han administrado incorrectamente), e **intencional** (inducido por la búsqueda de efectos psíquicos o la existencia de dependencia o aquél 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 2023 han notificado todos los partidos judiciales de todas las comunidades y ciudades autónomas (CCAA). La cobertura de este indicador alcanzó prácticamente el 100% de cobertura en 2022 y en 2023 se mantiene en el 100% de la población española.

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. Además, la creciente implicación del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses en el sistema de alerta temprana lleva a una mayor notificación de defunciones. Estos factores comportan un aumento en la notificación de casos al indicador.

Debido a que a lo largo de la serie histórica las CCAA que declaran al indicador Mortalidad no han sido las mismas todos los años, de este registro específico de mortalidad se vienen analizando dos series de datos: en la primera se incluyen los datos procedentes de las CCAA que declaran al indicador en el año de estudio, y en la segunda los datos de las defunciones notificadas por los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza. La notificación por parte de estas 6 ciudades españolas constituyó el punto de partida del indicador de Mortalidad en 1983 y ha sido constante a lo largo de los años, lo que aporta cierta homogeneidad a los datos, que de todas formas se han visto afectados por las ampliaciones en la inclusión de grupos de edad acordadas en 1996, 2003 y 2020.

Se dispone de un protocolo detallado donde quedan descritas las variables que incluye el registro, cómo se registra y los criterios de inclusión y exclusión que, así como la ficha de recogida de datos, puede consultarse en la página web del Plan Nacional sobre Drogas<sup>4</sup>.

4. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemasInformacion/pdf/2016Protocolo\\_\(mortalidad\).pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemasInformacion/pdf/2016Protocolo_(mortalidad).pdf)

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 venía asumiendo años atrás asociando consumos y juventud, una proporción considerable de usuarios 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 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 los menores de 65 años en 2003, y desde 2020 sin límite de edad.

## 2.2. Resultados

Tras el rápido ascenso observado durante la década de los ochenta, asociado al consumo de heroína por vía intravenosa, y debido al cambio de sustancias consumidas y de vías de administración, la mortalidad nacional asociada al consumo de drogas experimentó un considerable descenso, permaneciendo posteriormente bastante estabilizada durante unos años.

A partir del año 1997 la mortalidad asociada al consumo de drogas en España experimentó 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.

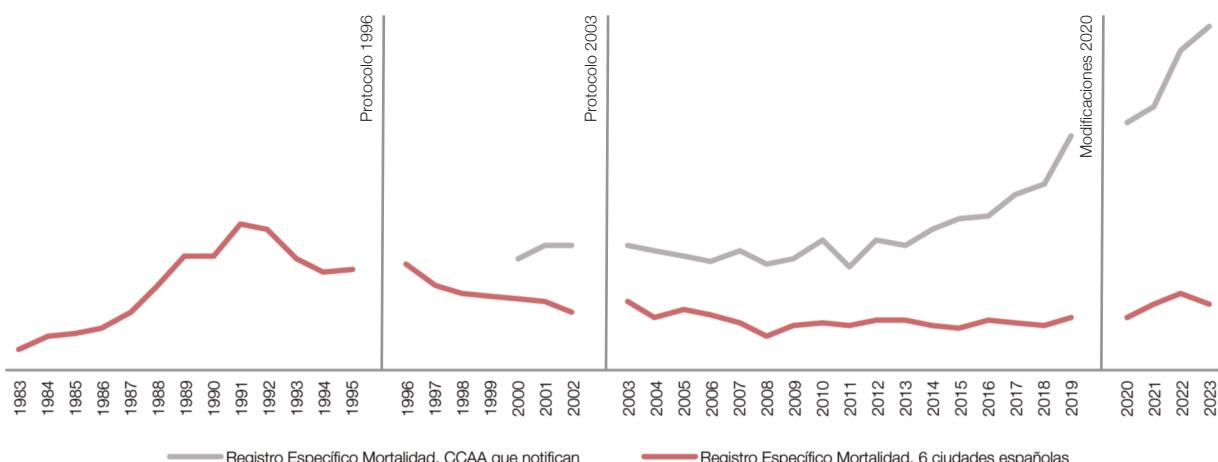
No obstante, la globalización del fenómeno de las drogas y la rapidez de los cambios que se registran en cuanto a las sustancias consumidas y a los patrones de consumo en el ámbito internacional obligan a seguir muy de cerca la implementación del indicador y los resultados obtenidos.

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 desde el 2022 del 100%.
- Mejora en la notificación de las muertes por suicidios.
- Aumento del rango de edad, que desde el año 2020 incluye todas las edades.

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, mejora de la precisión en el diagnóstico 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 1).

**Figura 1. Número de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2023.**



**Registro Específico de Mortalidad, todas las CCAA.** 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. Ha sufrido diversas modificaciones:

- Entre 1983 y 1995 sólo se recogen las muertes por reacción aguda a opáceos o cocaína.
- 1996 se incluye cualquier sustancia en personas de 10-49 años. Se incluyen suicidios.
- 2003 se incluyen personas de 10-64 años.
- 2020 se amplía el rango de edad a mayores de 10 años, sin límite de edad.
- A partir de 2020 se indicó a todas las CCAA que debían notificar hipnosedantes (algunas no lo hacían).
- Asimismo, la cobertura del REM ha sufrido modificaciones (1998: 20%; 2016: 73,7%) alcanzado en 2022 por primera vez el 100%.

**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. Ha sufrido las mismas modificaciones que el REM.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

En 2023, a nivel nacional, se notificaron 1.360 defunciones, aunque se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de sustancia en 1.267 casos. Estas defunciones incluyen casos con hipnosedantes o alcohol e hipnosedantes solos y personas mayores de 10 años.

El 78,5% de las personas fallecidas fueron hombres y el 21,5% 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 2023 fue de 48,1 años, manteniéndose desde 2016 por encima de los 44 años. Al igual que venía ocurriendo en los últimos años, en 2023 cerca del 80% de los fallecidos tenían más de 40 años (77,9%), (posiblemente justificado por el envejecimiento de las primeras cohortes de usuarios de heroína y consumidores de cocaína de muchos años y por la eliminación de los límites de edad en el indicador) confirmando el aumento de la edad media de los fallecidos. En la tabla 1 se recoge la evolución por grupos de edad en números absolutos.

**Tabla 1. Distribución de las edades en los fallecidos del Registro Específico de Mortalidad. Total, España, 2005-2023 (número de casos).**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hasta 19	6	4	3	8	3	2	6	2	1	4	5	3	0	2	7	9	12	12	4
De 20 a 29	76	73	65	71	63	54	44	50	44	34	44	44	45	48	62	62	74	87	83
De 30 a 39	215	179	194	163	159	196	129	142	141	133	166	137	169	152	198	186	174	212	213
De 40 a 49	125	138	164	137	179	211	165	230	192	230	214	241	262	282	345	335	332	398	400
De 50 a 59	16	24	32	40	32	47	53	82	95	131	138	156	186	202	247	263	320	395	462
60 o más	1	2	7	3	2	6	5	9	9	17	29	32	34	40	49	66	118	153	198

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

En cuanto al estado civil, se mantuvo el predominio de las personas solteras (58,0%), con porcentajes superiores en hombres (62,9%) que en mujeres (41,6%).

En el 76,8% de los casos hubo evidencia de consumo reciente de drogas (74,8% en hombres y 83,6% en mujeres) y en el 4,1% de los casos se encontraron signos recientes de venopunción (4,2% en hombres y 3,8% en mujeres), valor más bajo de la serie histórica. En el 37,8% de los casos, la muerte se debió a una patología previa agravada por el consumo de sustancias. La serología de infección VIH ha registrado una clara tendencia descendente que alcanza su valor más bajo en 2023 (11,2%).

Respecto a la procedencia del cadáver, el 71,7% de los casos se localizaron en el domicilio (68,8% en hombres y 82,4% en mujeres), siendo mayores las diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta a la localización del cadáver en la calle (9,4% y 5,2% respectivamente) y en prisiones (2,1% y 0,7%, respectivamente).

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que, en 2023, el **perfil de las personas fallecidas por reacción aguda a sustancias psicoactivas**, es el de un hombre adulto, de 48 años, soltero, que no fallece debido a patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas, con serología VIH negativa, que ha consumido recientemente alguna sustancia pero que no muestra signos recientes de venopunción.

Cabe destacar que, con anterioridad al año 2014, las personas fallecidas tenían una edad media inferior, tenían serología VIH positiva en un porcentaje muy superior y mostraban en mayor número signos recientes de venopunción.

A continuación, en la tabla 2 se recogen las características de las personas fallecidas en España por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en el periodo 2003-2023, y en la tabla 3 se muestran las características en función del sexo de las defunciones del año 2023.

**Tabla 2. Características de las personas fallecidas por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 2003-2023.**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nº fallecidos	493	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613	696	732	920	974	1046	1266	1360
Casos analizados	490	466	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518	501	632	657	819	872	910	1037	1267
<b>Sexo (%)</b>																					
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	77,7	78,5
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	22,3	21,5
<b>Edad media (años)</b>	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	46,8	48,1
<b>Grupo de edad (años)</b>																					
15-19	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	0,9	0,3
20-24	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	2,8	2,3
25-29	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	4,0	3,8
30-34	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	6,7	6,0
35-39	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	10,0	9,6
40-44	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	15,6	12,7
≥45	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	59,8	65,2
<b>Estado civil (%)</b>																					
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	59,9	58,0
Casado	19,0	15,6	16,4	12,2	19,1	16,8	15,4	21,6	18,2	20,7	18,9	14,5	17,8	17,8	20,9	17,2	20,1	19,1	17,2	20,0	19,4
Separado/Divorciado	10,5	14,4	13,7	13,6	17,4	18,9	15,0	15,9	16,2	12,8	18,9	23,1	16,5	15,6	13,9	17,8	15,6	17,7	18,9	16,9	17,7
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	3,1	4,9
<b>Procedencia del cadáver (%)</b>																					
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	70,4	71,7
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	3,8	2,9
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	10,6	8,5
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	1,5	2,7
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	6,0	6,2
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	3,0	1,9
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	4,8	6,2
<b>Evidencias de consumo reciente (%)</b>																					
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	79,4	76,8
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	20,6	23,2
<b>Evidencia de suicidio (%)</b>																					
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	18,5	22,1
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	81,5	77,9
<b>Signos recientes venopunción (%)</b>																					
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	5,6	4,1
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	94,4	95,9
<b>Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)</b>																					
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	32,7	37,8
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	67,3	62,2
<b>Anticuerpos anti-VIH (%)</b>																					
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	14,7	11,2
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	85,3	88,8

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

**Tabla 3. Características de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en función del sexo. España, 2023.**

	Sexo	
	Hombre	Mujer
<b>Sexo (n)</b>	Hombre Mujer	1.065 – 292
<b>Edad categorías (%)</b>	Menor de 20 Entre 20 y 24 Entre 25 y 29 Entre 30 y 34 Entre 35 y 39 Entre 40 y 44 45 o más	0,3 2,5 3,7 6,3 10,3 12,8 64,1
<b>Estado civil (%)</b>	Soltero Casado Separado legalmente/Divorciado Viudo	62,9 18,2 15,8 3,2
<b>Procedencia del cadáver (%)</b>	Domicilio Hotel/Pensión Calle Establecimiento público Hospital Prisión Otro lugar	68,8 3,2 9,4 2,8 6,7 
<b>Evidencias de consumo reciente de sustancias psicoactivas (%)</b>	Si No	74,8 25,2
<b>Signos de autopsia compatible con muerte RASUPSI (%)</b>	Si No	77,0 23,0
<b>Diagnóstico forense de muerte (%)</b>	Si No	90,6 9,4
<b>Evidencias de suicidio (%)</b>	Si No	16,2 83,8
<b>Signos recientes de venopunciones (%)</b>	Si No	4,2 95,8
<b>Muerte cuya causa es una patología previa (%)</b>	Si No	38,8 61,2
<b>Anticuerpos del VIH (%)</b>	Positivo Negativo	12,9 87,1

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

## FALLECIDOS CON EVIDENCIAS DE SUICIDIO

En 2023, el 22,1% de los fallecidos mostraban **evidencias de suicidio**, siendo el porcentaje mucho mayor entre las mujeres (43,0%) que entre los hombres (16,2%). El perfil de los fallecidos con evidencias de suicidio es similar en ambos sexos, el 75% tienen 45 años o más, se detectan en domicilios (76,8%), con evidencias de consumo reciente (94,7%); además en 93,6% de los casos se detectan más de una sustancia, siendo principalmente hipnosedantes (79,8%), opioides (37,9%), alcohol (33,5%) y/o cocaína (24,6%).

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, con una edad media de 50,6 años, los fallecidos se encuentran mayoritariamente en domicilios (72,1%), aunque cerca del 27,9% se hallan en otros lugares (pensiones, en la calle, hospitales, etc.). Las sustancias que más se detectan son los hipnosedantes (76,1%), el alcohol (36,1%), los opioides (39,4%) y la cocaína (33,5%).

En el caso de las **mujeres**, el estado civil que presentan es más variable (el 31,7% son solteras, el 25,0% casadas, el

28,3% separadas/divorciadas y el 15,0% viudas), son más mayores que los hombres (53,6 años de media) y aunque, como en el caso de los hombres, se encuentran principalmente en el domicilio (82,8%), es mucho menos habitual encontrarlas en otros lugares. Las sustancias que más se detectan son los hipnosedantes (84,5%), los opioides (35,3%) y el alcohol (30,2%), siendo menor la presencia de cocaína (12,9%).

### 2.3. Información sobre sustancias psicoactivas detectadas

En 2023 las principales sustancias detectadas en los 1.267 fallecimientos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en los que se dispone de información toxicológica, son hipnosedantes en el 64,3% de los casos (60,6% en hombres y 77,0% en mujeres), de los que el 61,7% eran benzodiacepinas (782 fallecimientos), opioides en el 47,6%

(48,2% en hombres y 45,4% en mujeres), cocaína en el 58,2% (64,0% en hombres y 37,9% en mujeres) y cannabis en el 23,4% (26,2% en hombres y 13,8% en mujeres).

El alcohol sólo se registra cuando aparece junto con otra sustancia y nunca cuando aparece como sustancia única, detectándose en el 32,7% de los casos (32,3% en hombres y 34,4% en mujeres).

Evolutivamente, se observa un aumento del número de fallecidos, pero el peso de las sustancias confirma el descenso de opioides que se venía observando, un descenso de los hipnosedantes y del alcohol y la estabilización de la cocaína y el resto de las sustancias analizadas.

En la tabla 4 y en la figura 2 pueden verse los porcentajes de detección de cada sustancia respecto al total de defunciones con información toxicológica, y la figura 3 muestra información desagregada por sexo.

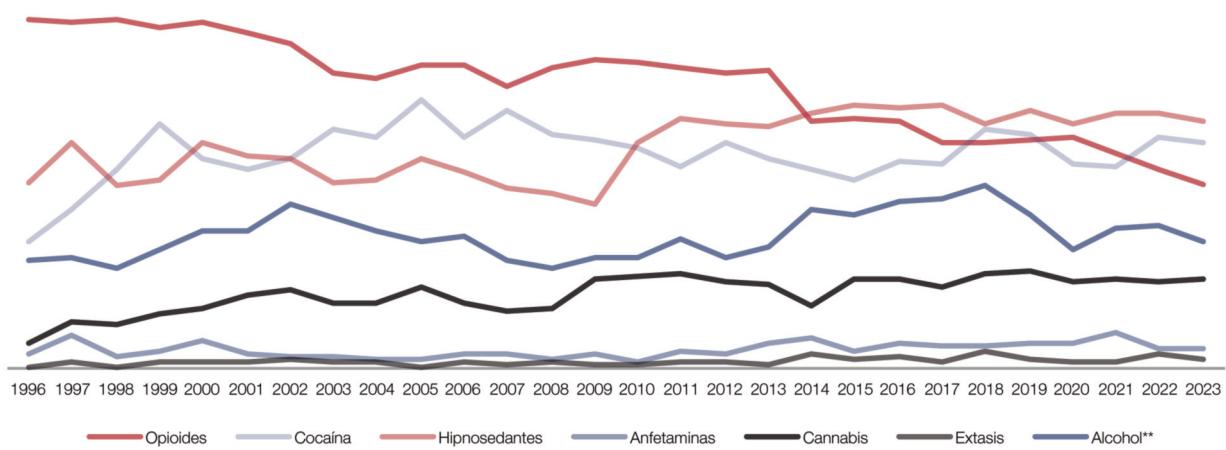
**Tabla 4. Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España, 1996-2023.**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
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	79,8
Cocaína	32,7	41,4	51,2	63,3	54,4	51,7	54,2	62,2	60,1	69,2	60,0	67,0	60,2	59,1
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	42,2
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	3,5
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	22,8
Éxtasis	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	1,1
Alcohol*	27,7	28,6	26,2	30,5	35,5	35,3	42,5	39,0	35,8	33,0	34,3	27,8	25,9	28,8
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Opioides	79,1	77,9	76,6	77,3	64,0	64,7	63,9	58,1	58,6	59,0	59,5	55,7	51,2	47,6
Cocaína	57,3	52,2	58,6	54,1	51,7	48,8	53,7	53,2	61,6	60,3	52,9	52,4	59,9	58,2
Hipnosedantes	58,4	65,0	63,2	62,8	65,8	68,0	67,3	68,0	63,2	66,8	63,3	66,3	66,0	64,3
Anfetaminas	1,5	4,7	3,8	6,2	7,9	4,4	6,2	5,9	5,8	6,8	6,5	9,3	5,2	5,2
Cannabis	23,8	24,5	22,4	21,6	16,5	23,4	23,4	20,7	24,8	25,5	22,4	22,9	22,1	23,4
Éxtasis	0,8	1,7	1,7	1,1	3,5	2,3	2,8	1,7	4,3	2,3	1,9	1,9	3,6	2,2
Alcohol*	28,8	33,3	28,9	31,2	40,8	39,8	42,9	44,0	47,5	39,7	30,5	36,4	36,8	32,7

\* 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.

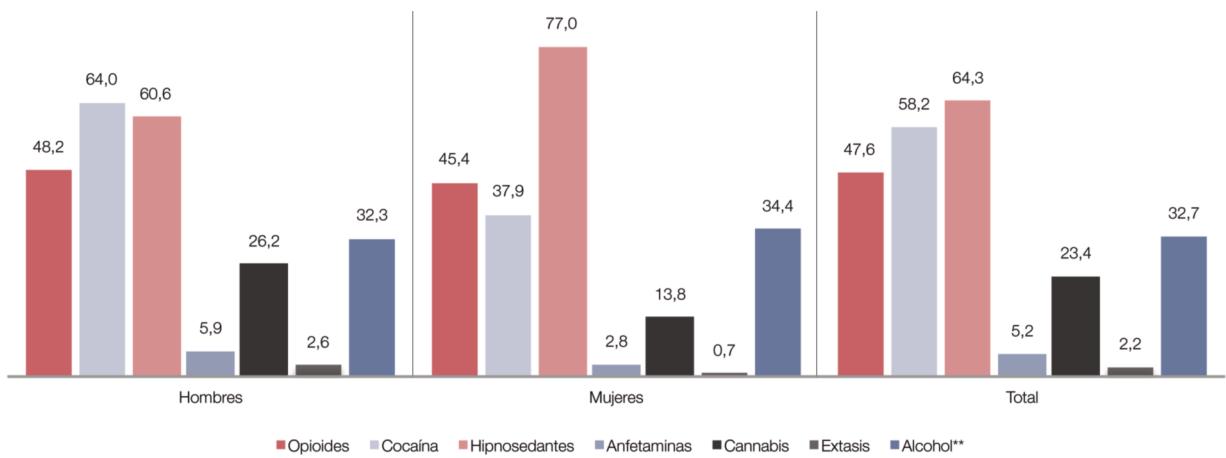
**Figura 2. Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España, 1996-2023.**



\* 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 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, 2023.**



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

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

En los 1.267 fallecimientos analizados, la mayoría (93,1%) muestra más de una sustancia en su análisis toxicológico. En 88 fallecidos se detectó una sola sustancia (6,9%), principalmente cocaína, hipnosedantes u opioides.

En 2023 se detectan opioides en 603 fallecidos: como única sustancia en el 3,0%, con cocaína independientemente de que puedan identificarse otras sustancias de manera simultánea en el 59,2% de los casos y con sustancias diferentes a la cocaína en el 37,8%.

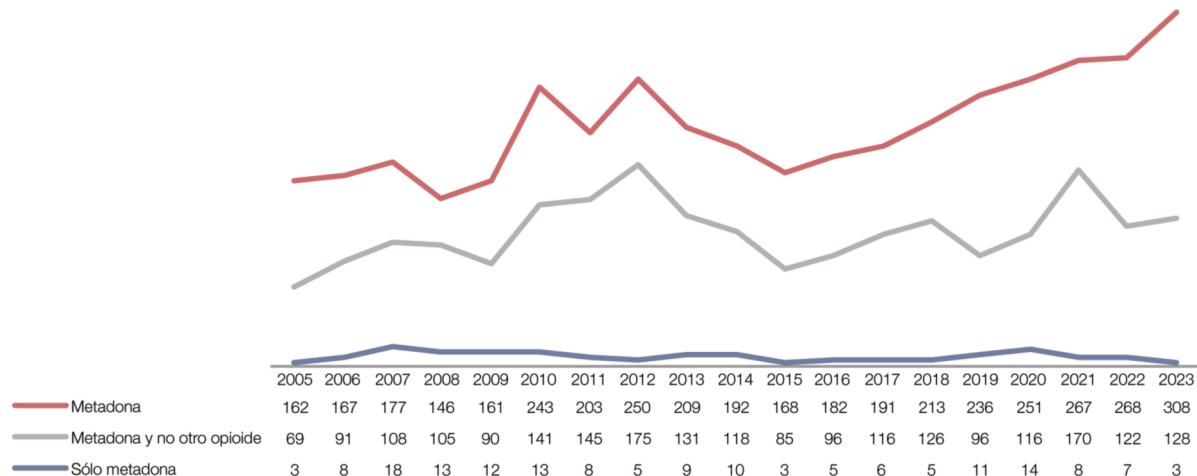
En el grupo de **opioides**, merece mención específica la metadona, sustancia detectada en el 24,3% de los fallecidos en 2023. Esta sustancia es el único opioide detectado en el 10,1% de los casos, independientemente de que se identificasen sustancias de otros grupos, valor similar al detectado en 2022 e inferior al detectado en los años anteriores (figura 4).

En relación con **otros opioides de uso terapéutico**, en 2023 se han notificado 60 fallecimientos con presencia de fentanilo (33 casos en 2022, 17 casos en 2021, 20 casos

en 2020, 19 en 2019 y 10 en 2018) y 122 fallecimientos con presencia de tramadol (104 casos en 2022, 100 casos en 2021, 80 casos en 2020, 81 en 2019 y 41 en 2018). Los datos muestran una clara tendencia ascendente de estos

opioides entre los fallecidos. Pero el perfil de los fallecidos en los que se detecta tanto fentanilo como tramadol es un poco diferente al perfil general, observándose más presencia de mujeres y más evidencias de suicidio.

**Figura 4. Porcentaje de fallecidos en los que se detecta metadona (metadona, sólo metadona, y metadona y no otro opioide, aunque haya otras sustancias). España, 2005-2023.**



FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Por lo que respecta a la **cocaína**, en 2023 de los 737 fallecidos en los que se identifica cocaína, se encuentra como única sustancia en el 11,0% y asociada a opioides, independientemente de otras sustancias, en el 48,4%.

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 2023, de las 1.267 defunciones con información toxicológica, 357 (28,2% de los casos), presentan la combinación de cocaína y opioides, independientemente de que aparezcan otras sustancias, detectándose la combinación de sólo opioides y cocaína, en 26 casos (2,1% de los casos).

Los opioides, identificados como sustancia única en los fallecidos, vienen manteniendo una tendencia general descendente que se ha estabilizado por debajo del 3% desde 2014 (1,4% en 2023). La cocaína, como sustancia única, se detecta en un 5,2% de los casos en 2022, 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 de-

tectaban 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, situación que se mantuvo en 2021, pero que se invirtió en 2022 y que se mantiene en 2023, detectándose entre los fallecidos, en mayor medida, la combinación de cocaína y no opioides (23,6%).

Los **hipnosedantes**, en 2023 y al igual que en años previos, se detectan en su mayoría junto con otras sustancias, generalmente opiáceos, cocaína y alcohol. En el 1,5% de los fallecidos, 19 casos, los hipnosedantes son la única sustancia detectada, de los cuales hay evidencias de suicidio en 12 casos (70,5%), desconociéndose esta circunstancia en 2 casos.

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 2023 se ha detectado en 297 fallecidos, en 15 casos como sustancia única y, con independencia de la detección de otras sustancias, con hipnosedantes en el 62,3%, con opioides en el 56,9%, con cocaína en el 64,6% y con alcohol en el 24,9% de estos casos.

### 3. REGISTRO ESPECÍFICO DE MORTALIDAD: INDICADOR 6 CIUDADES ESPAÑOLAS

#### 3.1. 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 si se ha 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 2023 se notificaron en estas 6 ciudades 266 personas fallecidas, que superan en el 81,5% de los casos los 40 años de edad (77,9% en el cómputo nacional). De ellas, el 22,6% son mujeres y el 77,4% son hombres (tabla 5).

**Tabla 5. Edades de los fallecidos en 6 ciudades españolas. España, 2005-2023.**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hasta 19	3	3	1	0	2	0	2	1	1	0	0	3	0	1	2	1	0	1	2
De 20 a 29	48	32	32	24	20	16	16	17	18	9	9	17	13	11	19	9	18	19	12
De 30 a 39	106	85	62	45	61	69	54	50	56	43	45	43	49	32	40	44	39	41	35
De 40 a 49	71	71	62	49	84	78	75	82	73	66	51	69	59	69	72	80	79	84	63
De 50 a 59	6	18	6	19	14	15	24	42	44	45	56	49	57	51	63	58	89	115	95
60 o más	1	9	2	2	0	4	5	3	4	7	10	13	11	10	11	20	31	43	59

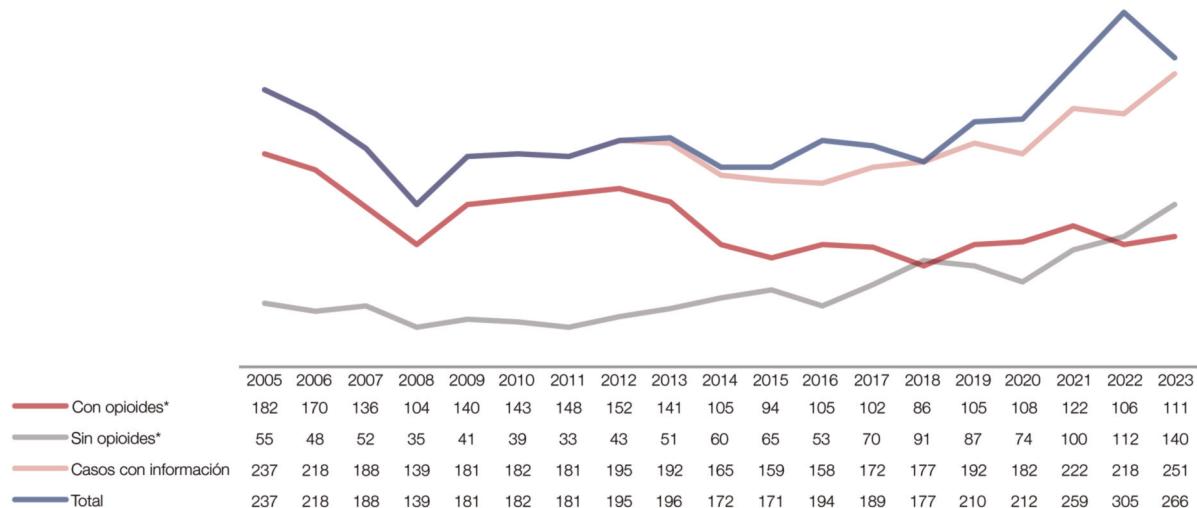
Registro Específico de Mortalidad: 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia 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 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 2020-2021, años de la pandemia, se observó un ligero aumento, que no se ha confirmado en los últimos 2 años. Los datos más recientes apuntan de nuevo la tendencia descendente que se observaba en años previos.

**Figura 5. Número de fallecidos en las 6 ciudades españolas (casos con información toxicológica, fallecidos con y sin presencia de opioides). 2005-2023.**



\* 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.

## 4. REGISTRO GENERAL DE MORTALIDAD

### 4.1. 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 2023.

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 6.).

**Tabla 6. Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) seleccionados del Registro General de Mortalidad.**

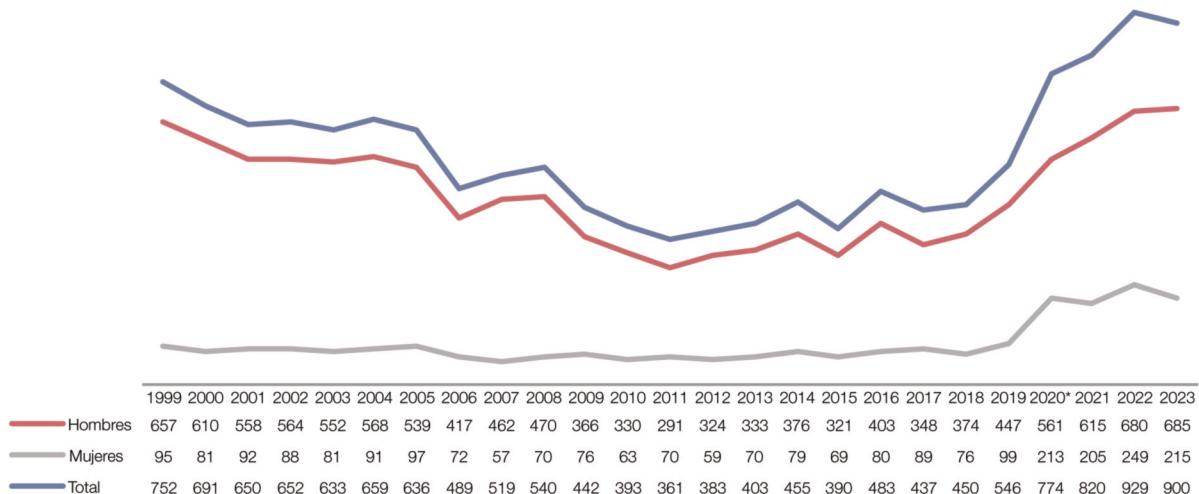
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opioides
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes
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 autoinfringido 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

### 4.2. Resultados

En 2023 se produjeron 436.124 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 antes especificados, 900 defunciones, lo que supone un 0,2% del total por todas las causas.

A lo largo del periodo 1999-2023, 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 2023, supone el 76,1% de las defunciones (figura 6).

**Figura 6. Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas según el Registro General de Mortalidad, según sexo. España, 1999-2023.**



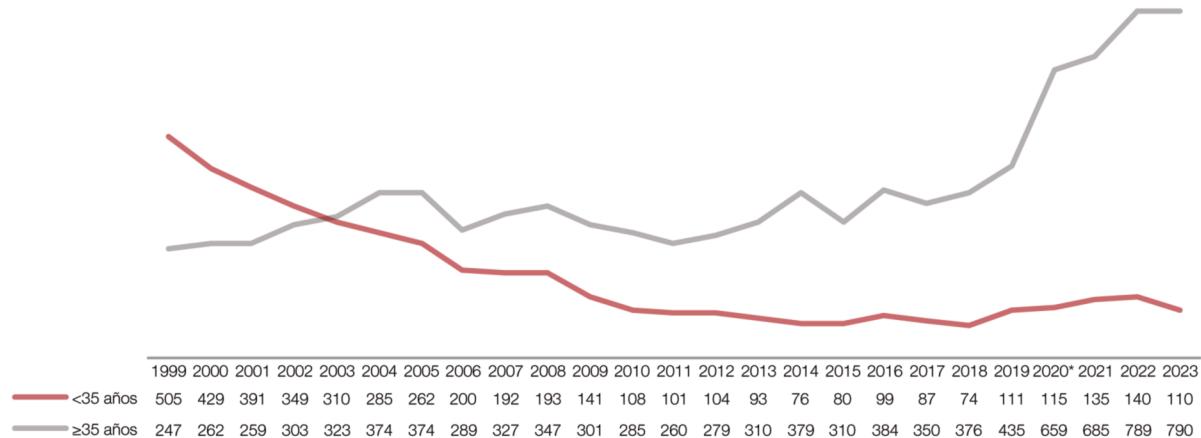
\* En 2020 se ha ampliado el rango de edad a mayores de 10 años, sin límite de edad.

FUENTE: Registro General de Mortalidad.

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 2023, los menores de 35 años suponen el 12,2% del total de los fallecidos por causas relacionadas con el consumo de sustancias (figura 7).

**Figura 7. Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas según el Registro General de Mortalidad, según edad. España, 1999-2023.**



FUENTE: Registro General de Mortalidad.

## 5. ESTIMACIÓN DE LA MORTALIDAD A PARTIR DEL REGISTRO ESPECÍFICO Y DEL REGISTRO GENERAL DE MORTALIDAD

### 5.1. Metodología

Las dos fuentes de información mostradas hasta el momento (Registro Específico de Mortalidad y Registro General de Mortalidad) tienen limitaciones, por lo que, para tratar de minimizarlas, se venía realizando 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 8 se representa, esquemáticamente, cómo se lleva a cabo esta estimación. Esta estimación global de la mortalidad ha permitido disponer de datos nacionales superando las limitaciones de las dos fuentes de información existentes hasta 2020, cuando la cobertura del Registro Específico era parcial. El progresivo aumento de la cobertura del Registro Específico de Mortalidad que, desde 2021, abarcó todas las comunidades y ciudades autónomas y la mayoría de partidos judiciales del territorio nacional y desde 2022 cubrió el 100% de la población, eliminando así la necesidad de realizar esta estimación, pudiendo asumir que con esta cobertura, el número de fallecidos en España por consumo de sustancias es como mínimo la presentada en este indicador, no siendo necesario en este escenario realizar otras estimaciones, que debido a las fuentes usadas para las mismas, nunca superará este número de fallecidos.

**Figura 8. Cálculo de la estimación de las defunciones por drogas ilegales en España.**

$$\text{Coeficiente de subregistro} = \frac{\text{Defunciones Registro ESPECÍFICO de Mortalidad} \\ (\text{ciudades/provincias con información en ambos registros})}{\text{Defunciones Registro GENERAL de Mortalidad} \\ (\text{ciudades/provincias con información en ambos registros})}$$

$$\text{Estimación defunciones} = \text{Defunciones Registro GENERAL (todas)} \times \text{Coeficiente de subregistro}$$

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

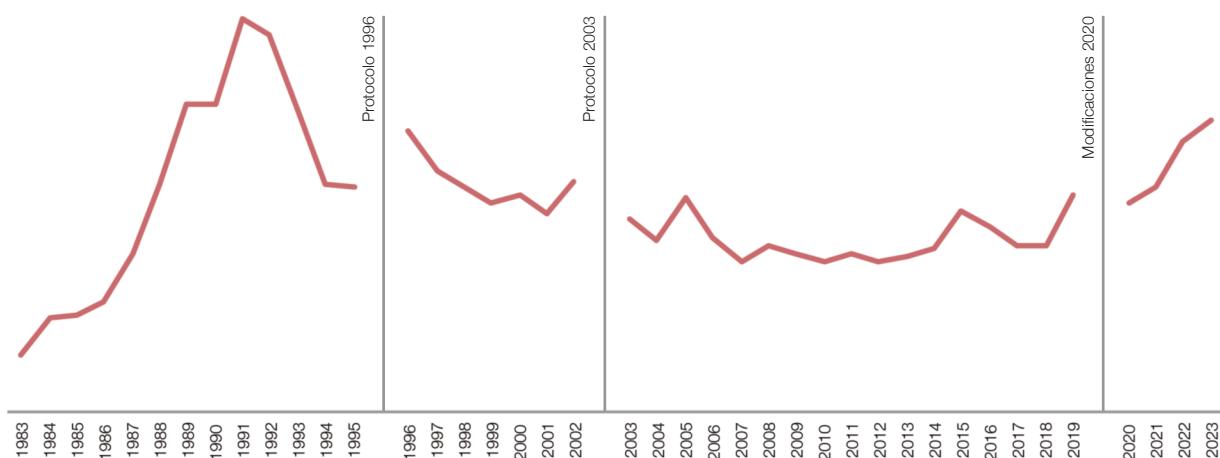
## 5.2. Resultados

Teniendo en cuenta esto, se puede asumir que, en 2023, se produjeron 1.360 muertes por consumo de drogas en España.

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 9 muestra los datos procedentes de la estimación de defunciones por sustancias psicoactivas, a nivel nacional, desde el año 1983 hasta 2023. 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 mostró un comportamiento inestable. En 2023 y tras una estabilización de la cobertura del indicador, se confirma la tendencia ascendente detectada desde 2019 (figura 9 y tabla 7), posiblemente debido a la mejora en la notificación de las muertes por suicidios y el aumento del rango de edad.

**Figura 9. Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas (estimación nacional). España, 1983-2023.**



FUENTE: Estimación del Observatorio Español de la Drogas y las Adicciones (OEDA) para el total de España a partir de datos del Registro Específico de Mortalidad del OEDA y datos del Registro General de Mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística).

**Tabla 7. Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales (estimación nacional). España, 1983-2023.**

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Estimación para total de España	266	440	453	516	741	1.067	1.440	1.440	1.833	1.760	1.399	1.067	1.051	1.310	1.127	1.049	972	1.012	923	1.079	
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Estimación para total de España	900	796	1.004	820	703	773	739	706	736	707	727	767	936	866	782	777	1.015	978	1.046	1.266	1.360

FUENTE: Estimación del Observatorio Español de la Drogas y las Adicciones (OEDA) para el total de España a partir de datos del Registro Específico de Mortalidad del OEDA y datos del Registro General de Mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística).

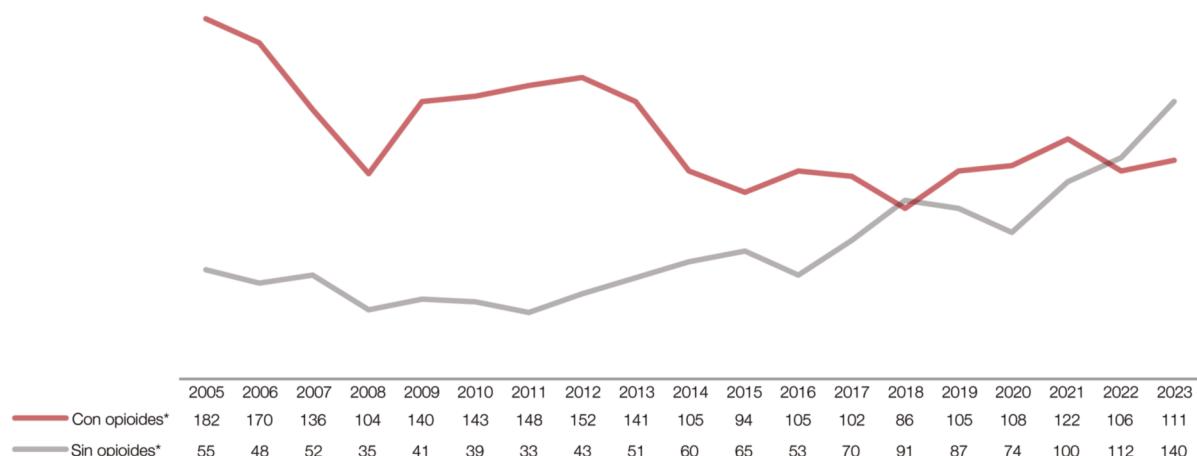
## 6. VIGILANCIA DEL IMPACTO DE CAMBIOS EN EL MERCADO DE DROGAS OPIOIDES EN LA MORTALIDAD

Como se ha comentado, diversos cambios orientados a mejorar la exhaustividad del registro resultan en el registro de defunciones que antes no se incluían en el indicador. Esto se convierte en un factor de confusión cuando se valoran las tendencias. Existe cierta preocupación por la epidemia de opioides en América del Norte y los cambios en la producción de opio en Afganistán, así como por la relativamente elevada prescripción de fármacos opioides (que pueden derivarse parcialmente al mercado ilegal) en nuestro país. Es

por ello que se realiza un seguimiento muy intenso de este indicador. Para tener una mirada evolutiva minimizando el efecto confusor derivado de los cambios de registro, se analizan las muertes notificadas en las seis ciudades desde 2003 a 2023, con un foco en aquellas en las que se detecta presencia de opioides (asociados o no a otras sustancias).

Como puede apreciarse, las defunciones en que se detectan opioides han ido disminuyendo, estabilizándose en los últimos años, pese a que el número total de defunciones notificadas se ha incrementado. Con estos datos, puede afirmarse que no se aprecia un incremento de la mortalidad atribuible a cambios en el mercado ilegal de opioides, pese a la relativamente elevada prescripción de fármacos opioides en nuestro sistema de salud.

**Figura 10. Número de fallecidos en las 6 ciudades españolas (casos con información toxicológica, fallecidos con y sin presencia de opioides). 2005-2023.**



\* Detección de opioides independientemente de la aparición o no de otras sustancias.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.