

INFORME 2017

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES

RESUMEN EJECUTIVO



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

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)

Rosario SENDINO. Directora de la Unidad de Sistemas de Información y Documentación Adjunta al Delegado del Gobierno

Elena ÁLVAREZ. Begoña BRIME. Noelia LLORENS. Aurora RUIZ. Eva SÁNCHEZ.

RESPONSABLES EN LAS COMUNIDADES/CIUDADES AUTÓNOMAS

Andalucía

Fernando ARENAS

Mercedes SUÁREZ

Rosario BALLESTA

Izaskun BILBAO

Aragón

Carmen BARANGUAN

Laura JOSÉ

Asturias

José Ramón HEVIA

José Antonio GONZÁLEZ

Baleares

Juana VANRELL

Francisca BIBILONI

Canarias

Baltasar FERNÁNDEZ

Amelia M^a HERNÁNDEZ

Luz María MORENO

Cantabria

Ángela HIGUERA

Antonia RUEDA

Carmen DIEGO

Castilla-La Mancha

Berta HERNÁNDEZ

Carmen DE PEDRO

Carlos ALONSO

Castilla y León

Ana SÁNCHEZ

Susana REDONDO

Alexander VELÁZQUEZ

Cataluña

Xavier ROCA

Xavier MAJO

M. Teresa BRUGAL

Extremadura

Antonia María VAS

M^a Pilar MORCILLO

Galicia

Sergio VEIGA

Jaime FRAGA

Sara FERREIRA

Madrid

Ana RUIZ

M^a Angeles GUTIÉRREZ

Murcia

Andrés ALCARAZ

Pedro PARDO

Navarra

Miguel MARTÍNEZ

Raquel GONZÁLEZ

País Vasco

Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA

La Rioja

Cristina NUEZ

Comunidad Valenciana

M^a Jesús MATEU

Francisco VERDÚ

Ceuta

Miguel Ángel MANCILLA

Melilla

Luisa Fernanda HERMOSO

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 y Administraciones Públicas.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y Departamentos de Educación de las Comunidades Autónomas.
- Integrantes del Sistema Español de Alerta Temprana, entre los que se incluyen el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado, el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, los Servicios de Aduanas e Impuestos Especiales, el Instituto de Toxicología del Ministerio de Defensa, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, el Centro del Control de Alertas y Emergencias Sanitarias, el Plan Nacional sobre 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.

INFORMACIÓN DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES (OEDA)

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

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

Correo electrónico: cendocupnd@msssi.es

Internet: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>

EDITA Y DISTRIBUYE

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
Centro de Publicaciones

© SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 680-18-111-2

ÍNDICE

Resumen ejecutivo	4
Principales fuentes de información del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones	4
Encuesta sobre alcohol y drogas en España. EDADES, 2015	5
Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. ESTUDES, 2014	10
Tratamiento por consumo de drogas. España, 2015	14
Urgencias hospitalarias en consumidores de drogas. España, 2015	16
Infecciones en consumidores de drogas. España, 2015	18
Mortalidad relacionada con drogas. España, 2015	19
Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)	22

RESUMEN EJECUTIVO

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

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 tomar decisiones sobre estas cuestiones en sus respectivos ámbitos.

Esta información debería ser útil para desarrollar y evaluar programas e intervenciones dirigidas a prevenir y reducir el consumo de drogas y los problemas asociados, así como para actuar ante otras adicciones sin sustancia.

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

Este Resumen Ejecutivo contiene, de manera abreviada, los principales y más relevantes datos de la información contenida en el *Informe 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. La información se encuentra agrupada en los siguientes epígrafes:

- Encuesta sobre alcohol y drogas en España. EDADES, 2015.
- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. ESTUDES, 2014.
- Tratamiento por consumo de drogas. España, 2015.
- Urgencias hospitalarias en consumidores de drogas. España, 2015.
- Infecciones en consumidores de drogas. España, 2015.
- Mortalidad relacionada con drogas. España, 2015.
- Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA

EDADES, 2015

Antecedentes EDADES

En 2015, siguiendo con la serie de periodicidad bienal iniciada en 1995, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha llevado a cabo una nueva edición de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Objetivos EDADES

Conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre la población residente en España con la finalidad de obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y los problemas asociados al mismo.

Los objetivos específicos son obtener información sobre:

- Prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas, perfil sociodemográfico y patrones de consumo.
- Opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas (disponibilidad percibida, riesgo percibido ante diversas conductas de consumo) y algunos factores relacionados con el consumo y otras conductas.
- Grado de exposición y receptividad a determinadas intervenciones en este ámbito.
- Algunas adicciones sin sustancia.
- Comparaciones temporales y geográficas de los aspectos antes expuestos.

Metodología EDADES

EDADES se lleva a cabo, cada 2 años, en población de 15 a 64 años residente en hogares en España.

- **Ámbito geográfico:** la encuesta se realiza en todo el territorio nacional. Los resultados son representativos a nivel nacional.
- **Ámbito poblacional:** población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive.
- **Ámbito temporal:** el periodo de recogida de información se realiza del 1 de diciembre 2015 al 29 abril 2016 (se excluye el periodo posterior a las fiestas navideñas).
- **Recogida de la información:** entrevista personal en el domicilio. El cuestionario que se cumplimenta por escrito (lápiz y papel) consta de dos partes (una rellenada por el entrevistador y otra autoadministrada).
- **Tamaño de la muestra:** 22.541 cuestionarios válidos.

Prevalencia de consumo y distribución por edad y sexo en la población de 15 a 64 años

Las drogas con mayor prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, son el alcohol (77,6%), el tabaco (40,2%) y los hipnosedantes (12,0%), seguidos del cannabis (9,5%) y la cocaína (2,0%).

- **Edad:** en 2015, la edad de inicio en el consumo se mantiene estable. El inicio más precoz es para el tabaco y las bebidas alcohólicas (17 años), seguido del cannabis (18 años). El más tardío sigue siendo el de los hipnosedantes (36 años). Las prevalencias de consumo son mayores en el grupo de 15 a 34 años, salvo en el caso de los hipnosedantes, cuyo uso se incrementa a partir de los 35 años.
- **Sexo:** en 2015, los datos (consumo últimos 12 meses) confirman un mayor consumo entre los hombres (excepto para los hipnosedantes). Estas diferencias se acentúan en el caso de la cocaína, donde la proporción de hombres triplica a la de las mujeres, y en el del cannabis, que registra una diferencia de casi 8 puntos porcentuales.

Consumo de BEBIDAS ALCOHÓLICAS en la población de 15 a 64 años

Consumidores

El alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida. El 77,6% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 62,1% en los últimos 30 días y el 9,3% diariamente en los últimos 30 días.

La prevalencia de consumo de alcohol mantiene una tendencia estable y en niveles altos desde la década de los noventa. Destaca la tendencia descendente de los bebedores diarios desde 2001.

Consumos intensivos

Se ha emborrachado, en el último año, el 16,8% de los españoles de 15 a 64 años; tendencia descendente desde 2009, aunque sigue en niveles elevados. Las borracheras se encuentran más extendidas en el grupo masculino y se concentran entre los 15 y los 34 años.

El consumo en atracón de alcohol (*binge drinking*) mantiene una tendencia ascendente desde 2009. Así, en 2015, el 17,8% ha consumido alcohol en forma de atracón en los últimos 30 días. Este patrón de consumo se encuentra más extendido en el grupo masculino y se centra en el grupo de jóvenes de 15 a 34 años.

Consumidores de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días

Porcentaje de consumidores	62%
Tendencia	Estable desde 2005
Sexo y edad	58% son hombres y 70% entre 25 y 54 años
Tipo de bebida	Cerveza: 46,4%, vino 29,1%, combinados: 24,3%.

Consumidores problemáticos

En 2015, el 5% de los consumidores de alcohol son consumidores de riesgo, en base a los criterios de la OMS (17 UBEs o más/semana para las mujeres y hombres: 28 UBEs o más/semana para los hombres).

El perfil del consumidor de riesgo es el de un varón, soltero, de 41 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando. El 38,2% ha consumido drogas ilegales en el último año.

Consumo de TABACO en la población de 15 a 64 años

El 40,2% de la población de 15 a 64 años ha consumido tabaco en el último año, el 38,5% en el último mes y el 30,8% diariamente en el último mes.

Consumidores de tabaco en los últimos 30 días

Porcentaje	38,5%
Tendencia	Estable desde 2011
Sexo y edad	56% son hombres y 52% entre 35 y 54 años
Tipo	Cigarrillos de cajetilla: 78,4% Tabaco de liar: 14,7% Ambos tipos: 6,9%

Desde 2007 se observa cierta estabilización (entre 30% y 31%) en el porcentaje de fumadores diarios, si bien las cifras son inferiores a las registradas antes de 2005 (entre 34% y 37%), descenso en parte relacionado con el debate social y la posterior implementación de 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.

Consumo de CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS en la población de 15 a 64 años

En 2015, 2.110.072 personas de 15 a 64 años han probado los cigarrillos electrónicos, lo que se corresponde con el 6,8% de la población en este grupo de edad. El perfil sería el de un hombre de 15 a 34 años. La mayoría de los que han probado cigarrillos electrónicos ha consumido tabaco diariamente en el último mes (74%) y ha usado cigarrillos electrónicos con nicotina (81%).

Consumo de HIPNOSEDANTES (con y sin receta) en la población de 15 a 64 años

Nuevos consumidores

En 2015, comenzaron a consumir hipnosedantes 544.000 personas de 15 a 64 años; el mayor inicio de consumo tiene lugar entre las mujeres de 45 a 64 años.

Consumidores

El 18,7% de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes alguna vez, el 12,0% en el último año, el 8,1% en el último mes y el 6% diariamente en el último mes.

Consumidores de hipnosedantes en los últimos 12 meses

Porcentaje	12%
Tendencia	Se frena la tendencia ascendente
Sexo y edad	65% son mujeres y 57% entre 45 y 64 años

Consumidores problemáticos

Se estima que 775.762 personas de 15 a 64 años tienen un consumo problemático de hipnosedantes (Criterios DSM-V), lo que se corresponde con el 2,5% de toda la población en este rango de edad y el 21% de los que han consumido hipnosedantes en los últimos 12 meses.

Consumo de CANNABIS en la población de 15 a 64 años

Nuevos consumidores

En 2015, empezaron a consumir cannabis 159.000 personas de 15 a 64 años, el mayor inicio de consumo tiene lugar entre los hombres menores de 25 años, habiendo empezado a consumir 93.000 menores de 15 a 17 años. Se observa una tendencia descendente en el número de personas que han empezado a fumar cannabis con respecto a 2013.

Consumidores de cannabis en los últimos 30 días

Porcentaje	7%
Tendencia	Estable
Sexo y edad	74% son hombres y 60% entre 15 y 34 años
Tipo	Marihuana: 53%, Hachís: 17%. Hachís + marihuana: 40%. Cannabis + tabaco: 89%

Consumidores

El 31,5% de la población de 15 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez; el 9,5% en el último año (2.940.000); el 7,3% en el último mes y el 2,1% diariamente en el último mes.

Consumidores problemáticos

Se estima que 558.549 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 1,8% de toda la población en este rango de edad y con el 19% de los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses. Se observa cierto descenso respecto a 2013 (2,2% de la población en este rango de edad).

Consumo de COCAÍNA (en polvo) en la población de 15 a 64 años

Nuevos consumidores (cocaína en polvo)

Se estima en 41.000 las personas de 15 a 64 años que consumieron cocaína por primera vez en 2015; el mayor inicio de consumo tiene lugar entre los hombres menores de 25 años, habiendo empezado a consumir 4.000 menores de 15 a 17 años.

Se observa una tendencia ligeramente ascendente en el número de personas que han empezado a consumir cocaína: así en 2015 lo probaron por primera vez 2.500 personas más que en 2013.

Consumidores (cocaína en polvo)

El 8,9% de la población de 15 a 64 años ha consumido cocaína en polvo alguna vez, el 1,9% en el último año y el 0,9% en los últimos 30 días.

La prevalencia de consumo de cocaína sigue disminuyendo, confirmándose la tendencia descendente iniciada en 2007.

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

Porcentaje	2%
Tendencia	Descendente
Sexo y edad	78% son hombres y 62% tienen entre 25 y 44 años
Tipo	Mayoritariamente cocaína polvo

Consumo de HEROÍNA en la población de 15 a 64 años

Consumidores

En 2015, el 0,6% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez heroína, el 0,1% en el último año y el 0,1% en el último mes. La edad media de inicio es de 22 años y el perfil del consumidor sería el de un hombre mayor de 35 años. El consumo de heroína está estabilizado desde mediados de los años noventa.

Consumidores problemáticos

Los datos de la encuesta EDADES, junto con otras fuentes de información, permiten estimar el número de consumidores problemáticos de heroína que, en 2015, se sitúa en 70.471 personas de 15 a 64 años, lo que supone el 0,2% de la población en este rango de edad.

Consumo de ANFETAMINAS, ÉXTASIS y ALUCINÓGENOS en la población de 15 a 64 años

En 2015 el 3,8% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez alucinógenos, el 3,6% anfetaminas y el 3,6% anfetaminas. La prevalencia en el último año y último mes se sitúa para todas estas sustancias en valores inferiores al 1%.

Se consolida la tendencia descendente iniciada en 2001 para todos los consumos en ambos sexos.

Consumo de NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NSP) en la población de 15 a 64 años

Se consideran nuevas sustancias aquellas que imitan el efecto de drogas ilegales como son cannabis, cocaína, éxtasis, etc. Estas nuevas sustancias se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos u otras.

La mayoría de la población desconoce la existencia de estas nuevas sustancias. El 71,1% de la población manifiesta que nunca ha oído hablar de sustancias de este tipo. Incluso en el grupo de edad más joven, de 15 a 24 años, también se registra un elevado porcentaje de desconocimiento (66,6%).

Cuando se pregunta de manera genérica por el consumo de este tipo de sustancias (alguna vez en la vida) la prevalencia se sitúa en el 3,4% para el conjunto de la población de 15 a 64 años. Por tipo de sustancias, el 0,8% ha probado spice alguna vez en su vida, el 0,7% ketamina, el 0,2% mefedrona y el 0,5% salvia.

El consumo se encuentra más extendido entre los hombres (5%) que entre las mujeres (1,8%) y se concentra entre los 25 y los 34 años (5,5%). Gran parte de los consumidores de este tipo de sustancias lo hace en situación de policonsumo experimental. Se trata de usuarios con alta percepción de disponibilidad y baja percepción de riesgo.

La mayoría consigue estas drogas a través de un amigo (62,2%), un porcentaje menor de los usuarios reconoce haberlas obtenido a través de un vendedor (18,7%) o en fiestas/bares (15,5%) y son menos las que las consiguen en *smartshops* (3,5%) o a través de internet (2,4%).

Actualmente, se trata de un fenómeno minoritario en España, aunque se lleva a cabo vigilancia activa a través del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

Policonsumo de drogas en la población de 15 a 64 años

Cerca del 42% de las personas de 15 a 64 años ha consumido dos o más drogas legales o ilegales en los últimos 12 meses (2 drogas: 30,2%, 3 drogas: 9,0%, 4 drogas: 1,6% y 5 o más drogas: 0,9%). El policonsumo se concentra en hombres de 25 a 34 años, incluye muy frecuentemente (90%) consumo de alcohol y cannabis y se asocia a consumos de riesgo.

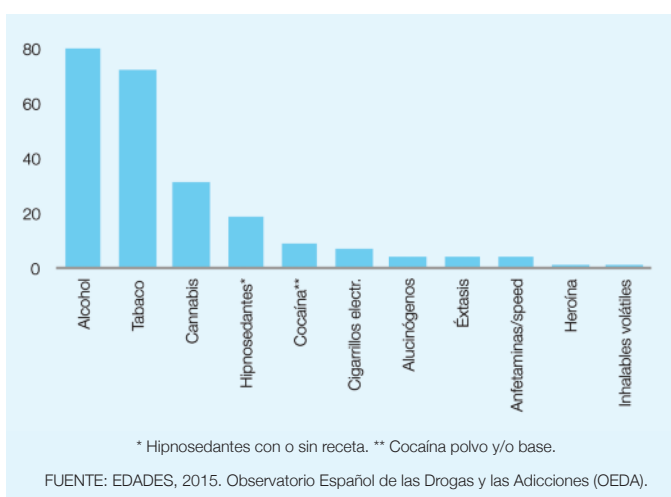
Percepción de riesgo en la población de 15 a 64 años

Como viene sucediendo en encuestas previas, la percepción de riesgo es mayor para consumos frecuentes, en las mujeres y para sustancias como heroína, cocaína, éxtasis o alucinógenos.

En esta edición, menos de la mitad de las personas de 15 a 64 años (45,8%) cree que tomarse 5-6 cañas/copas el fin de semana puede ocasionar bastantes/muchos problemas, valor que se sitúa en el 58% para el consumo de hipnosedantes (1 vez o menos al mes) y en el 62,5% para fumar cannabis (una vez o menos al mes).

Destaca el descenso en la percepción de riesgo del consumo de cannabis (una vez por semana o más): en 2011 consideraba que podía causar muchos/bastantes problemas el 85,5% de la población de 15 a 64 años y en 2015 el 79,8%. Persiste la consideración de que el cannabis es menos peligroso que el tabaco, ya que el 91,6% cree que fumar tabaco puede ocasionar muchos/bastantes problemas.

Porcentaje de consumidores, en los últimos 12 meses, entre la población de 15 a 64 años. España, 2015.



Percepción de disponibilidad en la población de 15 a 64 años

Junto con la pérdida de visibilidad de situaciones relacionadas con las drogas, la sensación de disponibilidad de drogas ilegales que existe entre la población también ha disminuido, escenario que, en general, ya comenzó a observarse en 2011 tras el repunte registrado en el año 2009. Entre las sustancias ilegales, el cannabis se posiciona como la más accesible (64,3% opina que podría adquirirlo fácilmente).

Acciones para resolver el problema de las drogas en la población de 15 a 64 años

Los ciudadanos consideran que las medidas de mayor eficacia para resolver el problema de las drogas son la educación en las escuelas (91%), el tratamiento de los consumidores (84%), las campañas publicitarias (81%), el control policial (80%) y la restricción legal (75%). Entre las medidas menos populares se encuentran la legalización de las drogas (el 21% considera que es una medida eficaz) y la legalización del cannabis (37%).

Aquellos que consideran que la legalización del cannabis es una medida importante tienen entre 25 y 44 años y son hombres. También se observa mayor porcentaje entre los consumidores de cannabis, especialmente entre los que tienen un consumo problemático.

ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA ESTUDES, 2014

Antecedentes ESTUDES

En 2014, siguiendo con la serie de periodicidad bienal iniciada en 1994, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en estrecha colaboración de las Comunidades y Ciudades Autónomas, ha llevado a cabo la undécima edición de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Al cierre de este informe, los resultados de ESTUDES 2016 no están aún disponibles por lo que serán publicados en el próximo informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Se muestran en este informe los resultados de ESTUDES 2014.

Objetivos ESTUDES

Conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias con la finalidad de obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y los problemas asociados al mismo.

Los objetivos específicos son obtener información sobre:

- Prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas, perfil sociodemográfico y patrones de consumo.
- Opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas (disponibilidad percibida, riesgo percibido ante diversas conductas de consumo) y algunos factores relacionados con el consumo y otras conductas.
- Grado de exposición y receptividad de los estudiantes a determinadas intervenciones en este ámbito.
- Algunas adicciones sin sustancia.
- Comparaciones temporales y geográficas de los aspectos ante expuestos.

Metodología ESTUDES

La Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) se lleva a cabo, cada 2 años, entre estudiantes de 14 a 18 años en centros educativos de España.

- **Ámbito geográfico:** la encuesta se realiza en todo el territorio nacional. Los resultados son representativos a nivel nacional.
- **Ámbito poblacional:** jóvenes de 14 a 18 años que cursan estudios de 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1º y 2º de Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional en España.
- **Ámbito temporal:** el periodo de recogida de información se realizó del 14 de noviembre de 2014 al 8 de abril de 2015.
- **Recogida de la información:** el trabajador de campo acude al centro educativo, permanece en el aula durante todo el proceso y recoge el cuestionario una vez finalizado. Se trata de un cuestionario autoadministrado anónimo que se cumplimenta por escrito (lápiz y papel). Están disponibles versiones del cuestionario en castellano, catalán, gallego, valenciano y vasco.
- **Tamaño de la muestra:** 37.486 cuestionarios de alumnos válidos (941 centros educativos y 1.858 aulas).

Prevalencia de consumo y distribución por edad y sexo en la población de 14 a 18 años

Las drogas más consumidas por los jóvenes (14-18 años) son las legales (alcohol y tabaco), seguidas del cannabis.

Se observan diferencias en el consumo de las sustancias entre hombres y mujeres. El consumo de drogas legales está más extendido entre las mujeres y el consumo de todas las drogas ilegales está más extendido entre los hombres.

La edad media de inicio en el consumo se sitúa entre los 13 y los 16 años y se observa una tendencia estable en la evolución. En todas las sustancias, las prevalencias de consumo aumentan con la edad.

Consumo de BEBIDAS ALCOHÓLICAS en la población de 14 a 18 años

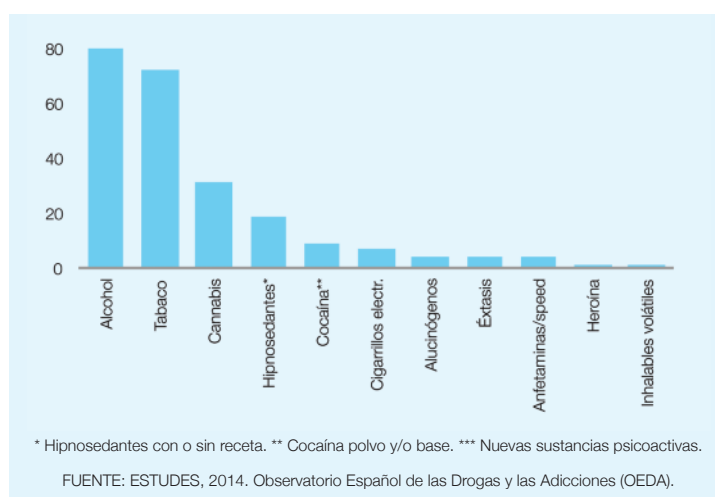
En 2014, el 78,9% de los jóvenes de 14 a 18 años había consumido alcohol alguna vez, el 76,8% en el último año y el 68,2% en el último mes.

En 2014, se han iniciado en el consumo de alcohol 285.700 estudiantes de 14 a 18 años.

A pesar de observar un descenso en la prevalencia del alcohol en los diferentes tramos temporales analizados con respecto al año 2012, la tendencia histórica del consumo de alcohol sigue siendo ascendente. Este descenso en las prevalencias de consumo desde el año 2012 proviene principalmente de los estudiantes de menor edad (14 y 15 años) y coincide con un incremento en el porcentaje de alumnos que advierte un riesgo ante el consumo de alcohol.

El consumo intensivo —borracheras y consumo en atracón (*binge drinking*)— a pesar de presentar una tendencia global descendente, continúa con prevalencias elevadas, asociándose a un mayor uso de drogas ilegales (policonsumo). En este patrón de consumo aumenta la presencia de las chicas, a las edades más tempranas (14 y 15 años).

Porcentaje de consumidores, en los últimos 12 meses, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2014.



En 2014, el 50,1% de los estudiantes de 14-18 años admitió haberse emborrachado alguna vez en la vida, el 42,6% lo hizo en el último año y el 22,2% en el último mes. Aproximadamente la mitad de los jóvenes de 16 años se ha emborrachado en el último año.

El patrón de consumo de alcohol en atracón (*binge drinking*) es similar al de las borracheras. Una cuarta parte de los jóvenes de 15 años ha hecho *binge drinking* en el último mes. Se hace más *binge* al aumentar la edad. A los 14 y 15 años, el porcentaje de mujeres que hace *binge drinking* es mayor que el de hombres.

En 2014, el 57,6% de los jóvenes de 14 a 18 años afirma haber realizado botellón en el último año. Esta práctica aumenta con la edad: 1 de cada 3 jóvenes (14 años) y 7 de cada 10 (18 años) han hecho botellón en el último año. Los que han realizado botellón en el último mes presentan mayor prevalencia de consumo de otras sustancias, destacando el alcohol, el cannabis y la cocaína. Son más habituales los consumos intensivos (borracheras y *binge drinking*) entre los que hacen botellón que entre los que no lo hacen en el mismo periodo.

Los menores obtienen alcohol con mucha facilidad. El lugar donde más porcentaje de menores consigue alcohol es el supermercado (37,8%), seguido de bares/pubs (36,9%). El 37,1% consume alcohol en bares/pubs, el 33,9% con-

sume en espacios abiertos y el 29,5% en discotecas. En fin de semana se beben más combinados y entre semana predomina la cerveza.

El alcohol es la sustancia psicoactiva percibida como menos peligrosa. Tan sólo la mitad de los jóvenes de 14 a 18 piensa que tomarse 5 o 6 copas/cañas en fin de semana puede ocasionar bastantes/muchos problemas.

Consumo de TABACO en la población de 14 a 18 años

En 2014, el 38,4% fumó tabaco alguna vez en la vida, el 31,4% en el último año y el 25,9% en los últimos 30 días. En este mismo año, han empezado a consumir tabaco 137.000 estudiantes de 14 a 18 años.

En 2014, continua la tendencia descendente del consumo de tabaco iniciada en 2004, que coincidió con el debate social suscitado por la elaboración de 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. En 2004, el 21,5% de estudiantes fumaba diariamente, frente a un 12,3% en 2010 y un 8,9% en 2014.

La percepción de riesgo ante el consumo diario de tabaco se estabiliza y casi la totalidad (89,7%) de los jóvenes opina que puede producir muchos problemas de salud. Se observa cómo el aumento de la percepción de riesgo coincide con un descenso de las prevalencias de consumo.

Consumo de HIPNOSEDANTES en la población de 14 a 18 años

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

En 2014, el 16,1% de los jóvenes de 14 a 18 había consumido hipnosedantes (con o sin receta) alguna vez en la vida, el 10,8% en el último año y el 6,2% en el último mes. El consumo es más prevalente entre las mujeres (la proporción mujer/hombre es 1,5).

Se observa una estabilización en el consumo de hipnosedantes entre los jóvenes de 14 a 18 años.

Consumo de CANNABIS en la población de 14 a 18 años

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los jóvenes. En 2012, el 29,1% había consumido cannabis alguna vez en la vida, el 25,4% en el último año y el 18,6% en el último mes. El consumo diario sigue siendo elevado y se sitúa en el 1,8% (2,6% en chicos y 1,0% en chicas).

En 2014, han empezado a consumir cannabis 146.200 estudiantes de 14 a 18 años.

En 2014 continúa la tendencia descendente iniciada en 2004 y, se observa una estabilización en el consumo de cannabis en el último mes y en el consumo problemático de cannabis (CAST \geq 4).

Se estima que 53.700 personas de 14 a 18 años hacen un consumo problemático, lo que representa el 2,5% de la población en este rango de edad y el 13,8% de los que han consumido en el último año. Estos datos son coherentes con los obtenidos a través de otros indicadores de problemas asociados al consumo de drogas, observándose un mayor protagonismo del cannabis en los servicios de tratamiento por drogas y en las urgencias hospitalarias.

Los jóvenes tienen una baja percepción del riesgo asociado al consumo de cannabis, a pesar de la evidencia disponible sobre sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. El cannabis es, tras el alcohol y el tabaco, la sustancia psicoactiva más disponible.

Consumo de COCAÍNA en la población de 14 a 18 años

En 2014, el 3,5% de la población de 14 a 18 años ha consumido cocaína (polvo y/o base) alguna vez, el 2,8% en el último año y el 1,8% en el último mes. Se observa una estabilización en el consumo tras la tendencia descendente iniciada en 2004.

El 96,9% de los estudiantes de 14 a 18 años piensa que consumir cocaína en polvo de manera habitual puede ocasionar bastantes/muchos problemas, percepción de riesgo que permanece estable desde 1994. Sin embargo, la disponibilidad percibida de cocaína continúa descendiendo desde 2004.

Consumo de ANFETAMINAS, ÉXTASIS, ALUCINÓGENOS y HEROÍNA en la población de 14 a 18 años

En 2014, en los últimos 12 meses, ha consumido éxtasis el 0,9% de los jóvenes de 14 a 18 años, anfetaminas el 0,9% y alucinógenos el 1,2%.

El porcentaje de usuarios de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos se mantiene en niveles bajos. El consumo continúa descendiendo desde 2000.

La heroína es la droga menos consumida por los estudiantes de 14 a 18 años. En 2014, el 0,6% la había probado alguna vez, el 0,5% la había consumido en el último año y el 0,3 % en el último mes previo a la encuesta. Tendencia descendente iniciada en 2006.

Consumo de NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS en la población de 14 a 18 años

Disponer de información sobre la situación de las nuevas sustancias psicoactivas en jóvenes es necesario debido a que su popularidad y accesibilidad ha aumentado en los últimos años, sobre todo a través de internet, tanto en España como en Europa y en el resto del mundo, pues se trata de un fenómeno global.

Las nuevas sustancias psicoactivas son, en términos generales, sustancias con prevalencias de consumo más bajas que las drogas clásicas. Algunas son antiguas, como la ketamina, y otras de aparición más reciente, como la mefedrona o el spice. Actualmente, se trata de un fenómeno minoritario en España, aunque se lleva a cabo vigilancia activa a través del Sistema Español de Alerta Temprana.

En 2014, el 4% de los estudiantes de 14 a 18 años ha consumido alguna nueva sustancia psicoactiva (alguna vez en la vida). El 53,7% no ha oído hablar nunca de este tipo de sustancias.

Por sustancias consideradas de manera individual, ha probado spice alguna vez en su vida el 0,8% de la población de 14 a 18 años; ketamina, el 0,7%; metanfetamina, el 0,8% y mefedrona, el 0,5%.

Percepción de disponibilidad y de riesgo en la población de 14 a 18 años

En términos generales, disminuye la disponibilidad percibida de todas las sustancias y se mantienen estables las percepciones de riesgo.

Las sustancias percibidas como más fácilmente disponibles por los estudiantes de 14 a 18 años son el alcohol, el tabaco (>90% piensa que es fácil o muy fácil conseguirlo) y el cannabis (66,3%), seguidas de los hipnosedantes (49,1%). El alcohol es la sustancia que se percibe como menos peligrosa y el tabaco se considera más peligroso que el cannabis.

Información sobre drogas en la población de 14 a 18 años

El 29,7% de los jóvenes de 14 a 18 años se encuentra perfectamente informado en el tema de drogas. Las principales vías por las que reciben información son los profesores (68,4%) y los padres, madres u otros familiares (64,6%). Las vías por las que los jóvenes preferirían recibir información son los profesionales sanitarios (56,7%) y los profesores (45,0%). El 36,0% ha recibido información por internet y al 25,6% le gustaría recibirla por esta vía.

TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS

ESPAÑA, 2015

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 existe un sistema de información desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades Autónomas que incluye un “**Indicador de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas**”.

El objetivo de este indicador es obtener información sobre el número y las características de las **personas que reciben asistencia sanitaria por consumo de sustancias psicoactivas en centros ambulatorios de tratamiento de drogas**.

Se trata de un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una Comunidad/Ciudad Autónoma y en un año dado. Se dispone de información anual desde 1987 y actualmente todas las Comunidades/Ciudades Autónomas notifican a este indicador.

Tratamiento por tipo de droga

En 2015, se registraron 47.308 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales, más de la mitad de éstas (55%) eran admisiones por primera vez en la vida.

En cuanto al peso que cada droga ha representado en el total de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, en 2015 la cocaína se mantiene como la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (36,6% del total), seguida del cannabis (33,1%) y los opioides (25,7%).

Si se consideran sólo los datos referentes a las admisiones por primera vez en la vida (primeras admisiones), en 2015 el cannabis se mantiene por tercer año consecutivo como la sustancia ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (47%), seguida de la cocaína (35,5%) y los opioides (11,5%).

Como viene ocurriendo en años anteriores, entre los menores de 18 años, el cannabis se consolida como la droga responsable de más del 96% de las admisiones a tratamiento.

Perfil de personas en tratamiento

Siguiendo las tendencias que venían observándose, en 2015, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (83,9%).

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 34 años para el conjunto de las admisiones, sin claras diferencias según el sexo y similar a la de años anteriores. La edad media entre las primeras admisiones a tratamiento fue de 31 años, 6 años menos que para las admisiones con tratamiento previo.

El 9,6% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, no encontrándose diferencias según el sexo.

En España, la gran mayoría (87,2%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales viven en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos). En 2015, la proporción de personas admitidas a tratamiento que vivían en instituciones fue del 8,2% y la de los que tenían un alojamiento precario o inestable (*homeless*) del 2,1%. El modelo más frecuente (42,1%) de convivencia es la familia de origen (con los padres).

Con respecto al servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento, más de la mitad (53%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron estimulados por sus parientes o amigos, aunque más de una cuarta parte de los admitidos (26,7%) fueron remitidos por médicos de atención primaria, hospitales servicios sociales u otros servicios de tratamiento de drogodependencias.

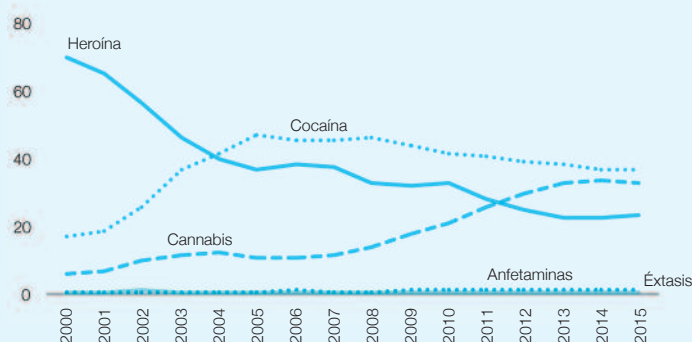
La principal vía de administración varía en función de la sustancia analizada pero, en todos los casos, se mantiene estable la tendencia que se viene observando en los últimos años. En 2015, entre todos los admitidos a tratamiento, la vía predominante es la pulmonar (56,8%) seguida de la esnifada (32,8%), la vía inyectada es minoritaria (3,6%) y se concentra entre los admitidos a tratamiento por opiáceos (12,7%). En 2015, la vía de administración predominante entre los admitidos por primera vez a tratamiento por consumo de heroína es la pulmonar (83,7%), seguida de la inyectada (7,6%) y la esnifada (6,6%).

En cuanto a los inyectores admitidos a tratamiento, por cualquiera de las sustancias consideradas, el número de inyectores ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años noventa, alcanzando la cifra más baja de la serie histórica en 2015 para la inyección alguna vez en la vida (5.904 inyectores).

Tendencia

El total de admitidos a tratamiento en el período 2002-2015 ha oscilado en un rango entre 47.000 y 53.500. 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 mediados de los 2000 se produjo un descenso de demandas por heroína, en paralelo a un significativo aumento del número de demandas de admisión por cocaína que alcanzó su máximo en 2008.

Evolución del peso de cada sustancia en el total de admisiones a tratamiento por drogas (porcentaje). España, 2000-2015.



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

A lo largo de la segunda mitad de la década de 2000, fue descendiendo lentamente el número de demandas de tratamiento por cocaína, se consolidó la tendencia descendente de las admisiones por heroína y se ha producido un progresivo y significativo aumento de las demandas por cannabis que, desde 2012, son superiores en número (tanto en el total de las admisiones a tratamiento como en las primeras admisiones) a las demandas por heroína.

La distribución de las admisiones a tratamiento por primera vez, según droga principal, es muy similar a la que corresponde al total de admisiones a tratamiento. No obstante, hay que destacar que aunque la cocaína fue, durante el periodo 2002-2011, la responsable de la mayor proporción de admisiones por primera vez en la vida, fue superada en 2012 por el cannabis, que se mantiene como primera causa de admisión a tratamiento por primera vez. Por su parte, las admisiones a tratamiento por primera vez, motivadas por la heroína, continúan su tendencia descendente, aunque se detecta un ligero aumento del número de primeras admisiones por esta sustancia con respecto a 2014, probablemente en relación con mejoras en la notificación.

URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE DROGAS ESPAÑA, 2015

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 existe un sistema de información desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades/Ciudades Autónomas que incluye un “Indicador de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas”.

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 Autónoma recoge la información a partir de una revisión de las historias clínicas de urgencias, de manera activa, sistemática, exhaustiva y retrospectiva, y la envía al Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

Se dispone de información anual desde 1987. En 2015 notificaron a este indicador 16 de las 19 Comunidades Autónomas (todas salvo Galicia, Ceuta y Melilla).

Número de urgencias y tendencia

En 2015 se notificaron 10.163 episodios de urgencias en los que la historia clínica incluía el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. De éstos, en 5.238 (51,5%) se encontró relación entre la droga y la urgencia.

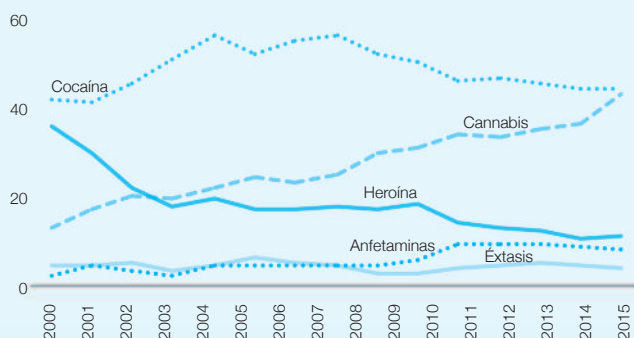
Tendencia relativamente estable desde 2011.

Edad y sexo

En general, no se observan diferencias en las drogas ilegales consumidas en función del sexo, salvo por los hipnose-dantes (mayor en mujeres). La proporción de mujeres respecto a la de los hombres se muestra estable a lo largo de la serie histórica, situándose entre el 20% y el 30%.

Se observa una tendencia ascendente de la edad media de las personas atendidas en urgencias, pasando de 28 años (en 1996) a 34 años (en 2015), aumento que podría estar en relación con el elevado número de urgencias relacionadas con la cocaína (edad media 35,2 años).

Evolución del peso de cada sustancia en el total de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas (porcentaje). España, 2000-2015.



FUENTE: Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

No obstante, aunque su peso es menor en el total de las urgencias, el análisis por sustancias muestra que aquellos que acuden a urgencias por el consumo de opiáceos e hipnosedantes tienen una edad más avanzada y son más jóvenes los que acuden por el consumo de éxtasis, alucinógenos y anfetaminas.

Resolución de la urgencia

La distribución de las urgencias, según la resolución de la misma, no ha variado de manera significativa a lo largo de los años, siendo lo más frecuente que el paciente sea dado de alta, aproximadamente el 70% en 2015.

La resolución de la urgencia no varía de manera destacable en función de la sustancia, si bien se puede observar mayor porcentaje de ingresos en las urgencias por heroína, más traslados a otros centros en las urgencias por alucinógenos y más altas voluntarias entre los consumidores de éxtasis.

Urgencias por tipo de droga

Cocaína

En 2015, de los 5.238 episodios de urgencias relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas, en el 43,4% la urgencia se relacionó con la cocaína. Es la sustancia con mayor presencia.

Tras el descenso iniciado a partir de 2008 se mantiene estable en los últimos años.

Cannabis

En 2015, de los 5.238 episodios de urgencias relacionados con el consumo de drogas, en el 42,2% la urgencia se relacionó con el cannabis. Sustancia situada en segundo lugar.

Tendencia claramente ascendente.

Opioides

La heroína, en 2015, se sitúa en tercer lugar (11,2%) y mantiene la tendencia estable.

Anfetaminas

Ocupan el cuarto lugar. En 2015, las anfetaminas estaban presentes en el 8,0% de las urgencias relacionadas con drogas. Tendencia estable desde 2011 con algunos altibajos en probable relación con el hecho de tratarse de pequeños valores numéricos.

Nuevas sustancias psicoactivas

El protocolo del Registro del Indicador de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas incluye la detección de nuevas sustancias psicoactivas. Sin embargo, en 2015 no se ha notificado ninguna de éstas, probablemente en relación con aspectos metodológicos que podrían ser mejorados.

Actualmente el seguimiento de las nuevas sustancias psicoactivas en España se realiza a través del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT): <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

INFECCIONES EN CONSUMIDORES DE DROGAS ESPAÑA, 2015

En los últimos 30 años, la infección por VIH ha 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.

En la actualidad, es preciso tener muy presentes, además, 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.

A continuación se presentan datos sobre la situación del VIH/sida provenientes del Plan Nacional sobre Sida (<http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm>), así como 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" liderado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

En 2015, se diagnosticaron en España 3.428 nuevos casos de VIH (9,44/100000 habitantes).

El mecanismo de transmisión más frecuente fueron las relaciones sexuales de riesgo, entre hombres (53,6%) y heterosexuales (25,4%), siendo mucho menos frecuente la infección como consecuencia del uso de drogas por vía parenteral (2,8%).

En los últimos 6 años, el uso de drogas inyectadas ha representado un porcentaje bajo respecto a otros mecanismos de transmisión de la infección por VIH y el peso atribuible a este mecanismo de transmisión muestra una tendencia descendente.

Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

En 2015, fueron admitidas a tratamiento 47.308 personas, de las cuales 5.904 se habían inyectado alguna vez en la vida.

La prevalencia de infección, entre el total de admitidos a tratamiento, es del 4,1% para el VIH, del 8,1% para el virus de la hepatitis C y del 0,7% para el virus de la hepatitis B (HBsAg positivo-portador crónico).

Entre aquellos que se han inyectado en los últimos 12 meses previos a la admisión a tratamiento:

- El 70,9% conoce su estado serológico frente a VIH y, de éstos, el 33,7% está infectado por el VIH.
- El 70,5% conoce su estado serológico frente a hepatitis C y, de éstos, el 68,9% tiene serología positiva para el virus de la hepatitis C.
- El 33,0% conoce su estado serológico frente a hepatitis B y, de éstos, el 12,2% tiene serología positiva para hepatitis B (HBsAg positivo-portador crónico).

MORTALIDAD RELACIONADA CON DROGAS

ESPAÑA, 2015

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es relevante porque es un reflejo importante del impacto social y sanitario del uso de sustancias psicoactivas y permite tomar medidas en función de la información obtenida.

Para conocer las defunciones por drogas, España dispone del Registro General de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/>) que tiene ventajas y limitaciones. Tras la epidemia de consumo de heroína de finales de los setenta y principios de los ochenta, se desarrolló un sistema complementario para recoger las muertes por reacción aguda a partir de fuentes forenses y toxicológicas. Así se creó el “Indicador de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas”.

Por tanto, España dispone de dos fuentes de información sobre mortalidad por drogas (Registro General y Registro Específico), que informan del mínimo número de defunciones relacionadas con el uso de drogas, la mortalidad relacionada con el uso de las mismas sea probablemente algo superior.

REGISTRO ESPECÍFICO DE MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA TRAS EL CONSUMO DE DROGAS INDICADOR DE MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Objetivo y metodología

El “Indicador de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas” forma parte de un sistema de información desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades/Ciudades Autónomas.

Se trata de un registro específico de mortalidad (funcionando desde 1983), que tiene como objetivo recoger información sobre muertes con intervención judicial en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas.

La fuente primaria de información procede de los Institutos Anatómicos Forenses, Médicos Forenses, Instituto Nacional de Toxicología y Cátedras de Medicina Legal que notifican los datos a su Comunidad Autónoma y éstas envían la base de datos al Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

Este indicador empezó a funcionar sistemáticamente en 1990, aunque se dispone de información parcial desde 1983. La cobertura poblacional a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2015 notificaron datos 18 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas (todas excepto Asturias).

Número de defunciones

En 2015, se notificaron al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas 600 defunciones. De éstas se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de sustancia en 518.

Tendencia

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 vías de administración, la mortalidad nacional asociada al consumo de

drogas experimentó un descenso que permanece más o menos estable en los últimos años, con algunos picos que se justificarían más por variaciones en la notificación de algunas de las Comunidades/Ciudades Autónomas y por mejoras en el registro y/o modificaciones de los partidos judiciales notificados que por un aumento real de fallecidos por el consumo de drogas.

Edad y sexo

En 2015, la edad media de defunción se sitúa en los 44 años. La edad media ha ido incrementándose progresivamente siendo de 35 años en 2003. Este aumento podría estar en relación con el hecho de que en la mayoría de las defunciones están presentes los opioides y es conocido el envejecimiento de la cohorte de los consumidores de esta droga. Así, en 2015 más de la mitad de las defunciones fueron a partir de los 40 años, mientras que en 2003 la mitad de las defunciones se producían entre los 30 y los 40 años.

En 2015, el 80,6% de las defunciones fueron en hombres, predominio masculino que ha estado presente a lo largo de toda la serie histórica.

Perfil

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que el perfil más frecuente de muerte por reacción aguda a sustancias psicoactivas es el de un varón con 44 años, soltero, que no fallece debido al agravamiento de patología previa en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, en cuyo análisis toxicológico aparece más de una sustancia psicoactiva (preferentemente opiáceos) y en el que no se evidencian signos de suicidio.

Mortalidad por tipo de drogas

Opioides

Desde el inicio de la serie histórica los opioides se sitúan en primer lugar, estando presentes, en 2015, en el 65% de las muertes por reacción aguda a drogas.

En 2015 se notificaron 335 defunciones en las que los opioides estaban presentes. Se identificó metadona en 168 autopsias, heroína/morfina en 174, codeína y otros derivados en 107, dipipanona en 35, tramadol en 43 y buprenorfina en 2 (la suma de todas las sustancias supera las 335 muertes debido a que se puede identificar más de una sustancia en un mismo cadáver).

Cocaína

Desde el inicio de la serie histórica, la cocaína se sitúa en segundo lugar, estando presente, en 2015, en el 49% de las muertes por reacción aguda a drogas. En 2015 se notificaron 253 defunciones en las que la cocaína estaba presente.

En relación a la evolución temporal, se observa un aumento de la presencia de cocaína en los análisis toxicológicos realizados a fallecidos hasta 2007, seguido de una fase de descenso hasta su estabilización en los últimos años.

En el análisis toxicológico, la cocaína suele aparecer con otras sustancias, fundamentalmente con opiáceos.

Cannabis

Desde el inicio de la serie histórica, el cannabis se sitúa en tercer lugar, estando presente, en 2015, en el 23,4% de las muertes por reacción aguda a drogas. En 2015 se notificaron 121 defunciones en las que el cannabis estaba presente.

Se podría decir que la presencia del cannabis mantiene una tendencia estable, con algunas variaciones, desde el año 2009.

En el análisis toxicológico, el cannabis aparece casi siempre con otras sustancias, fundamentalmente con opiáceos y cocaína.

Anfetaminas

Desde el inicio de la serie histórica, las anfetaminas se sitúan en cuarto lugar, estando presentes, en 2015, en el 4% de las muertes por reacción aguda a drogas. En 2015 se notificaron 23 defunciones en las que las anfetaminas estaban presentes. Al tratarse de cifras pequeñas, y aunque se observan picos en algunos años, las variaciones debe interpretarse con cautela. En el análisis toxicológico las anfetaminas suelen aparecer junto con otras sustancias.

REGISTRO GENERAL DE MORTALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

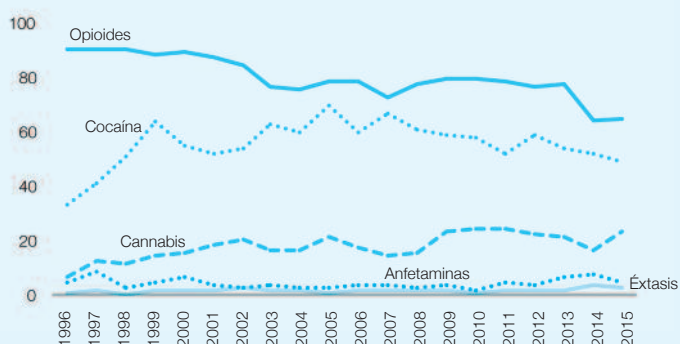
Para el análisis de la mortalidad utilizando el Registro General Mortalidad y en base a las recomendaciones internacionales y las características propias de España se seleccionan los siguientes códigos de la CIE-10: F11, F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

En 2015 se produjeron 422.568 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 antes especificados, 390 defunciones.

En relación con estas 390 defunciones, a lo largo del periodo 1999-2015 se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica (en 2015 el 82% son hombres).

La distribución de las defunciones en función de la edad muestra una tendencia ascendente de la edad media de los fallecidos (en 2015 el 79% tenía 35 o más años).

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, 1996-2015.



FUENTE: Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas.
Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

SISTEMA ESPAÑOL DE ALERTA TEMPRANA (SEAT)

Objetivo y funcionamiento

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas es la responsable del correcto funcionamiento del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) y del cumplimiento de lo establecido por la Decisión del Consejo de la Unión Europea (2005/387/JAI) en lo que se refiere a los Estados Miembros.

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. Esta Red tiene cobertura estatal y trabaja a dos niveles: a nivel nacional, fundamentalmente a través de la Administración General del Estado, y a nivel autonómico. Además incluye otras entidades entre las que destacan las organizaciones no gubernamentales (ONGs).

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. La información resultante de este sistema debe aportar evidencias que sean de utilidad a diferentes niveles (usuarios de drogas, profesionales en el ámbito de drogas, procesos de fiscalización/judiciales, etc.).

El SEAT es responsable de coordinar las acciones, en este terreno, a nivel nacional en España y a su vez es el interlocutor con el resto de los organismos responsables de los sistemas de alerta temprana, a nivel internacional. El SEAT forma parte y colabora activamente con el Sistema Europeo de Alerta Temprana (EWS-Early Warning System).

Situación de las nuevas sustancias psicoactivas

En 2016, el SEAT ha notificado al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) información relativa a 43 nuevas sustancias psicoactivas detectadas en España. De ellas, 5 pertenecían al grupo de los cannabinoides sintéticos, 18 al grupo de las catinonas, 2 al grupo de las fenetilaminas, 2 al de las arilalquilaminas, 3 al de las arilciclohexilaminas, 3 al de las benzodiazepinas, 3 al de las piperidinas y pirrolidinas, 2 al de las Indolalquilaminas (triptaminas), 1 al de plantas y extractos, 2 al de los opioides sintéticos, 2 al grupo de otros, y 0 a los grupos de aminoindanos y al de piperazinas y derivados.

Todas estas sustancias han sido analizadas en laboratorios de referencia y con capacidad analítica para la identificación de este tipo de sustancias, que proceden, bien de decomisos realizados por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y por los Servicios de Vigilancia Aduanera, bien de muestras aportadas por consumidores en entornos de ocio públicos o privados.

En 2016, las nuevas sustancias psicoactivas 25B-NBOMe (o 2C-B-NBOMe), 25C-NBOMe (o 2C-C-NBOMe), metilona (o beta-ceto-MDMA), JWH-018 y AM-2201 fueron sometidas a medidas de control en España.