

Evaluación de la **ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES**

2017-2024



MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

**EVALUACIÓN DE LA
ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES
2017-2024**

EDITA

© MINISTERIO DE SANIDAD
Secretaría General Técnica
Centro de Publicaciones

NIPO en línea: 133-26-114-4

Catálogo General de Publicaciones Oficiales
<https://cpage.mpr.gob.es/>

ÍNDICE

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	5
RESUMEN EJECUTIVO	7
INTRODUCCIÓN.....	9
NOTA METODOLÓGICA.....	11
1. Objetivo.....	11
2. Marco temporal	11
3. Fuentes de información.....	12
4. Estimación del grado de cumplimiento	14
4.1. Escala de valoración	14
4.2. Fuentes de información.....	15
4.3. Procedimiento de estimación.....	15
4.4. Integración de la evidencia.....	17
4.5. Presentación e interpretación de resultados	17
4.6. Limitaciones y consideraciones técnicas.....	18
EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS GENERALES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES 2017-2024.....	19
1. Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales	20
1.1. Alcohol.....	20
1.2. Tabaco	22
1.3. Cigarrillos electrónicos	22
1.4. Hipnosedantes.....	23
1.5. Analgésicos opioides	24
1.6. Cannabis	24
1.7. Cocaína	25
1.8. Percepción de disponibilidad de drogas.....	26
1.9. Percepción del riesgo	27
1.10. Juego de azar	27
1.11. Consumo problemático/de riesgo de drogas y otras adicciones	28
1.12. Consumo en población privada de libertad	29
2. Retrasar la edad de inicio a las adicciones	31
2.1. Edad de inicio de consumo de sustancias	31
2.2. Resultados de prevalencia de consumo de sustancias y otras adicciones en población de 14 a 18 años.....	33
2.2.1. Alcohol.....	33
2.2.2. Tabaco	35
2.2.3. Cigarrillos electrónicos	36
2.2.4. Pipas de agua o cachimbas.....	37
2.2.5. Hipnosedantes.....	37

2.2.6. Analgésicos opioides	38
2.2.7. Cannabis	38
2.2.8. Percepción de disponibilidad de drogas.....	39
2.2.9. Percepción del riesgo	40
2.2.10. Juego de azar	41
2.2.11. Consumo en jóvenes a nivel europeo	43
3. Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.....	47
3.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.....	47
3.2. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.....	50
3.3. Indicador Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas	53
3.4. Indicador Admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales/sin sustancia.....	54
EVALUACIÓN DE LAS METAS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE ADICCIONES 2017-2024	56
1. Meta 1. Hacia una sociedad más saludable e informada	57
1.1. Prevención y reducción del riesgo.....	57
1.2. Atención integral y multidisciplinar.....	59
1.3. Reducción de daños	60
1.4. Incorporación social	62
2. Meta 2: Hacia una sociedad más segura	65
2.1. Reducción y control de la oferta	65
2.2. Revisión normativa.....	66
2.3. Cooperación judicial y policial a nivel nacional e internacional.....	66
3. Áreas transversales	68
3.1. Coordinación	68
3.2. Gestión del conocimiento	69
3.3. Legislación	70
3.4. Cooperación internacional	72
3.5. Comunicación y difusión	73
3.6. Evaluación y calidad	75
GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA ENA 2017-2024	77
CONCLUSIONES	81
BIBLIOGRAFÍA	83

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

ACT	Programa de Acción contra el crimen organizado y el terrorismo
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
App	Aplicación
ARIN-CARIB	Red interinstitucional para la recuperación de activos del Caribe
ARO	<i>Asset Recovery Office</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BeTrAD	<i>Better Treatment for Aging Drug Users</i>
CADAP	Programa de Acción en materia de Drogas de Asia Central
CAST	<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>
CC. AA.	Comunidades Autónomas
CEDOA	Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones
CELAC	Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños
CENDOCU	Centro de Documentación e Información
C. A.	Ciudades Autónomas
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CIE	Centro de Internamiento de Extranjeros
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CITCO	Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado
CND	Comisión de Estupefacientes
COPOLAD	Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en materia de política de drogas
COVID-19	Enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2
DGCCSF	Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia
DGOJ	Dirección General de Ordenación del Juego
DGPNSD	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
EDADES	Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España
EDND	European Database on New Drugs
ENA	Estrategia Nacional sobre Adicciones
ESDAM	Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en mayores de 64 años en España
ESPAD	<i>European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i>
EQDP	<i>European Questionnaire on Drug Use among People living in Prison</i>
ESTUDES	Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España
EUPC	Currículum Europeo de Prevención
EWS	Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea
EWSD	<i>European Web Survey on Drugs</i>

FBD	Fondo de Bienes Decomisados
FEJAR	Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados
FEMP	Federación Española de Municipios y Provincias
GAFI	Grupo de Acción Financiera Internacional
GAFILAT	Grupo de Acción Financiera de Latinoamérica
GHD	Grupo Horizontal Drogas
INE	Instituto Nacional de Estadística
IREFREA	Instituto Europeo de Estudios en Prevención
IS	Incorporación Social
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
MedSPAD	Encuesta Escolar Mediterránea sobre Alcohol y Otras Drogas
OEA	Organización de los Estados Americanos
OEDA	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones
OEDT	Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORGA	Oficina de Recuperación y Gestión de Activos
PDS	Promoción y Desarrollo Social
PNSD	Plan Nacional sobre Drogas
PPBB	Portal de Buenas Prácticas
RAE-CMBD	Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada
REITOX	Red Europea de Información sobre Drogas y Toxicomanías
RIOD	Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales
RRAG	Red de Recuperación de Activos del Grupo de Acción Financiera de Latinoamérica (GAFILAT)
SEIDA	Sistema Español de Información sobre Drogas y Adicciones
SEPBLAC	Servicio Ejecutivo de la Comisión de Prevención del Blanqueo de Capitales e Infracciones Monetarias
SNS	Sistema Nacional de Salud
TEAF	Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal
UE	Unión Europea
UNODC	Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

RESUMEN EJECUTIVO

La Estrategia Nacional sobre Adicciones (ENA) 2017-2024 se concibió como un marco integral para abordar los problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas y de las adicciones comportamentales, con **tres objetivos generales**:

- Reducir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales
- Retrasar la edad de inicio a las adicciones
- Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.

Para ello, se estructuró en **dos grandes metas**, que engloban diferentes objetivos estratégicos agrupados en varias áreas de actuación:

- Hacia una sociedad más saludable e informada: prevención y reducción del riesgo, atención integral y multidisciplinar, reducción de daños e incorporación social.
- Hacia una sociedad más segura: reducción y control de la oferta, revisión normativa y cooperación judicial y policial.

Estas áreas de actuación se apoyan en **seis áreas transversales** que garantizan la coordinación, la gestión del conocimiento, la legislación, la cooperación internacional, la comunicación y difusión y la evaluación y calidad.

La evaluación realizada muestra avances sustanciales, aunque también retos persistentes. En relación con la reducción del consumo, se observa una evolución heterogénea. Entre la **población joven**, las prevalencias de alcohol y tabaco han disminuido de forma significativa, acompañadas de un incremento en la percepción del riesgo y una reducción en la percepción de disponibilidad, factores que actúan como protectores. Sin embargo, las edades medias de inicio se han mantenido prácticamente invariables para la mayoría de las sustancias, lo que indica que persiste la precocidad en la experimentación. Este hallazgo, sin embargo, coexiste con la mejora en la proporción de jóvenes que nunca han consumido alcohol, tabaco o cannabis, lo que subraya la necesidad de mantener y reforzar las medidas preventivas basadas en la evidencia, especialmente en entornos familiares y escolares, y de consolidar la perspectiva ambiental para limitar la accesibilidad. En relación con las adicciones comportamentales, en la población joven la prevalencia de juego de azar aumenta tanto para la modalidad online como para la presencial.

En **población adulta**, el consumo de alcohol se mantiene estable, mientras que se incrementa el uso de cigarrillos electrónicos e hipnosedantes, y el cannabis continúa siendo la sustancia ilegal más consumida, con tendencia creciente. Las adicciones comportamentales, especialmente el juego online, han experimentado un aumento sostenido, pese a los avances normativos y preventivos, lo que evidencia la necesidad de intensificar las estrategias dirigidas a este ámbito. La percepción social del riesgo frente al consumo habitual ha mejorado, pero persisten actitudes permisivas hacia consumos esporádicos, lo que plantea un desafío para la prevención.

En el **contexto penitenciario**, se observa un descenso importante en el consumo de cannabis y heroína, acompañado de un incremento en el uso de tranquilizantes no recetados.

En cuanto a la reducción de daños, se han logrado progresos notables en la disminución del uso de la vía inyectada y en la prevalencia de infecciones por VIH y hepatitis C, así como en la ampliación de tratamientos sustitutivos y la incorporación de innovaciones como buprenorfina depot y naloxona intranasal. Estos avances reflejan la consolidación de programas de reducción de riesgos y la capacidad del sistema para adaptarse a situaciones excepcionales como la pandemia, que aceleró la adopción de

pautas flexibles y la digitalización de procesos. No obstante, la mortalidad por reacción aguda y las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo muestran tendencias ascendentes, condicionadas en parte por factores como el envejecimiento de las cohortes y la mejora en la notificación, lo que exige reforzar las estrategias de reducción de daños y la atención a colectivos vulnerables.

Las metas estratégicas han avanzado de manera desigual. La **prevención** ha incorporado programas acreditados basados en evidencia, la perspectiva de género y la adaptación a riesgos emergentes como el uso problemático de pantallas y el juego online. Se han desarrollado guías, protocolos y campañas específicas, y se ha consolidado el Portal de Buenas Prácticas como herramienta clave para garantizar la calidad. Sin embargo, persisten retos en la evaluación sistemática de programas, la extensión de los programas de prevención basados en la evidencia y la extensión de intervenciones en contextos prioritarios. La **atención integral** ha mejorado con la integración sociosanitaria, la inclusión de adicciones sin sustancia y el desarrollo de protocolos específicos, pero la interconexión de sistemas y la atención a patología dual siguen siendo áreas críticas. En **reducción de daños** se han consolidado espacios supervisados y protocolos innovadores, aunque se requiere simplificar el acceso a naloxona y garantizar la protección de familias afectadas por trastornos de juego severo. La **incorporación social** ha progresado en cobertura y definición de marcos comunes, impulsada por recursos europeos, aunque la falta de sistemas homogéneos de información y la sostenibilidad financiera limitan su impacto.

En el ámbito de la seguridad, se han reforzado las actuaciones para **controlar la oferta**, mejorar la **cooperación policial y judicial** y recuperar activos, además de avanzar en la regulación del juego y en la tramitación de la Ley de prevención del consumo de alcohol en menores. Las áreas transversales han consolidado la **coordinación** interinstitucional, la **gestión del conocimiento** y la **comunicación digital**, así como la **proyección internacional** del sistema, con una participación activa en foros europeos y globales. Se han mejorado los sistemas de información, se han actualizado indicadores y se ha potenciado la formación de profesionales, aunque persisten desafíos en la digitalización completa, la integración de plataformas y la medición del impacto preventivo.

En conjunto, la ENA ha logrado avances significativos en prevención, asistencia, reducción de daños y control de la oferta, consolidando un marco normativo y operativo más sólido. Sin embargo, la persistencia de brechas territoriales, la sostenibilidad financiera y la adaptación a riesgos emergentes exigen mantener y reforzar las líneas iniciadas para garantizar un modelo integral, equitativo, capaz de anticiparse y responder a retos emergentes y basado en evidencia en la próxima etapa estratégica.

INTRODUCCIÓN

La evaluación de las políticas públicas es una acción fundamental en la gestión pública, y se ha convertido, en los últimos años, en un requisito indispensable de la acción de las Administraciones Públicas. La evaluación es esencial para la formulación de políticas efectivas, lo que ayuda a garantizar que las políticas y los programas tengan el efecto deseado, proporcionen una buena relación coste-efectividad y no tengan consecuencias negativas imprevistas.

Además, la evaluación de las políticas públicas permite rendir cuentas a la sociedad sobre la utilización de los recursos públicos incrementando así, la transparencia y la participación social. Por otra parte, contribuye a mejorar el conocimiento sobre los efectos de las acciones llevadas a cabo y de los mecanismos que los explican, fomentando el uso de la evidencia y las buenas prácticas, y, de forma paulatina, la eficacia y la eficiencia de las actuaciones emprendidas.

La ENA 2017-2024 establece **tres objetivos generales**:

1. Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.
2. Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales.
3. Retrasar la edad de inicio a las adicciones.

Para alcanzar estos objetivos, la Estrategia se articula en torno a **dos metas** que engloban diferentes **objetivos estratégicos** agrupados en varias **áreas de actuación**:

- a) **“Alcanzar” una sociedad más saludable e informada**, mediante la reducción de la demanda de drogas y de la prevalencia de las adicciones en general.

Áreas de Actuación

1. Prevención y reducción del riesgo
2. Atención integral y multidisciplinar
3. Reducción de daños
4. Incorporación social

- b) **“Tener” una sociedad más segura**, a través de la reducción de la oferta de drogas y del control de aquellas actividades que puedan llevar a situaciones de adicción.

Áreas de Actuación

5. Reducción y control de la oferta
6. Revisión normativa
7. Cooperación judicial y policial a nivel nacional e internacional

Estas dos áreas estratégicas de actuación se apoyan en seis áreas de actuación transversales:

- a) Coordinación
- b) Gestión del conocimiento (sistemas de información, investigación y formación)
- c) Legislación
- d) Cooperación internacional
- e) Comunicación y difusión
- f) Evaluación y calidad

La Estrategia se ha implementado mediante **dos Planes de Acción consecutivos**, (2018-2020 y 2021-2024), que incluyen acciones específicas, organismos responsables, indicadores e instrumentos de evaluación. Además, la ENA dedica un anexo específico a su propia evaluación, en el que se establecen los criterios y el procedimiento general para dicha tarea. La evaluación de los Planes de Acción ha permitido conocer si las intervenciones propuestas se han llevado a cabo según lo previsto, si se han alcanzado los objetivos estratégicos y, en caso de desviaciones, detectarlas precozmente y proponer medidas correctoras.

Para garantizar la objetividad de todo el proceso y de sus conclusiones, se decide solicitar la colaboración de todos los agentes e instancias que forman parte del PNSD y de aquellos otros con interés en la Estrategia, incluyendo Administraciones Públicas, Organizaciones no Gubernamentales (ONG), sociedades científicas, expertos, asociaciones de consumidores, agentes sociales, etc.

NOTA METODOLÓGICA

Este documento presenta la evaluación de la **ENA 2017-2024** llevada a cabo por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), con el objetivo de analizar el grado de cumplimiento de sus objetivos generales y metas estratégicas. Para ello, se han revisado indicadores epidemiológicos, asistenciales y sociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, la práctica de conductas susceptibles de generar adicción y las adicciones en España.

El análisis se ha realizado considerando la serie temporal completa del periodo de vigencia de la Estrategia, con especial atención a las tendencias evolutivas, diferencias por sexo y edad, y el impacto de factores contextuales como la pandemia por COVID-19.

1. Objetivo

El objetivo de este trabajo es conocer, en la medida de lo posible, la evolución de los indicadores relativos al problema de las adicciones y sus consecuencias en relación a los objetivos, metas y áreas de actuación establecidos en la ENA 2017-2024.

El trabajo no pretende ser un análisis del impacto de las diferentes actuaciones incluidas en la Estrategia, sino un documento que permita conocer y reflexionar acerca de la situación en la que, una vez finalizado el periodo de cobertura de la Estrategia, se encuentra el problema de las adicciones en el ámbito nacional, y cuál ha sido su evolución desde el año 2017, cuando se ponen en marcha una buena parte de los compromisos que la componen. Será, sin duda, del máximo interés, promover y apoyar el análisis científico del impacto de alguna de las medidas e intervenciones que componen el panorama de actuaciones de la ENA, única manera de apoyar las políticas públicas basadas en la evidencia.

Por otra parte, la ENA consta, como medio para su eficaz implementación, del desarrollo de dos planes de acción, 2018-2020 y 2021-2024, que han sido revisados en cuanto a su grado de cumplimiento, y que constituyen estudios diferenciales y complementarios al presente.

Finalmente, cabe destacar como propósito de este informe, el aportar una información objetiva que exponga algunas de las prioridades y de los retos que deberá abordar la próxima Estrategia Nacional sobre Adicciones 2027-2034, y que se detallarán en sus correspondientes planes de acción.

2. Marco temporal

La ENA 2017-2024 se considera vigente hasta tanto no se haya aprobado la siguiente, por lo cual para la evaluación de esta se han utilizado el marco temporal 2017-2025, puesto que todas las actividades y acciones impulsadas por la ENA se continúan desarrollando en los diferentes ámbitos que comprende el documento estratégico.

Las fuentes de información utilizadas para el informe son aquellas disponibles y publicadas en el momento de la elaboración de este informe (febrero 2026).

Por otra parte, el año señalado como referencia para cada dato expuesto en el informe coincide con el año en que se efectuó la recogida de datos correspondiente. En aquellos casos en que el trabajo de campo abarcó dos años distintos, se ha optado por citar ambos años separados por una barra.

En consecuencia a lo expuesto, las fuentes de información utilizadas para este trabajo son, en concreto, las descritas en el apartado siguiente.

3. Fuentes de información

La evaluación de la ENA 2017-2024 en la parte epidemiológica se sustenta en la explotación de datos procedentes de las distintas fuentes de información con las que cuenta el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), como **encuestas e indicadores**, que permiten conocer la evolución de las prevalencias de consumo, la percepción social del riesgo y la disponibilidad, así como los daños asociados y la respuesta asistencial. Además, el OEDA coordina el Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT), que aporta información sobre nuevas sustancias psicoactivas y eventos relacionados que puedan generar un problema de salud pública.

Estas fuentes incluyen **encuestas en población general y en población escolar**, complementados con **indicadores sobre admisiones a tratamiento, mortalidad, urgencias hospitalarias y otros registros relevantes**. Asimismo, para facilitar la interpretación y el análisis de estos datos primarios, se han utilizado informes intermedios elaborados por el OEDA, tales como los **informes periódicos sobre consumo de drogas y adicciones, los informes específicos sobre adicciones comportamentales y diversas monografías temáticas**. Estos productos han permitido contextualizar los hallazgos, aportar análisis descriptivos y garantizar la coherencia del proceso de evaluación. Además de las fuentes propias del OEDA, se han consultado **otras fuentes externas de carácter oficial y científico** con el fin de contrastar la información y aportar contexto adicional a los resultados. Estas fuentes han permitido complementar el análisis y reforzar la solidez de las conclusiones presentadas.

3.1. Encuestas Nacionales promovidas y financiadas por la DGPNSD, con la colaboración de las Comunidades Autónomas (CC. AA.)

- **Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)**: se lleva a cabo mediante cuestionario autoadministrado en estudiantes de educación secundaria de 14-18 años.

ESTUDES se lleva a cabo de forma bienal desde 1994:

- En 2016/2017 el periodo de recogida de información se realizó del 18 de noviembre de 2016 al 8 de marzo de 2017.
- En 2019 el periodo de recogida de información se realizó del 4 de febrero al 5 de abril.
- En 2021 el periodo de recogida de información se realizó del 8 de marzo al 18 de mayo.
- En 2023 el periodo de recogida de información se realizó del 5 de febrero al 28 de mayo. En esta edición también se realizó un estudio piloto sobre uso de drogas y adicciones en estudiantes de enseñanzas secundarias de 12 y 13 años de 1º y 2º ESO.
- En 2025 el periodo de recogida de información se realizó del 10 de febrero al 10 de junio.

- **Encuesta sobre Alcohol y Drogas en población general 15 a 64 años en España (EDADES)**: encuesta domiciliaria que se lleva a cabo mediante entrevista personal en población de 15 a 64 años.

EDADES se lleva a cabo de forma bienal, desde 1995:

- En 2018 el periodo de recogida de información se realizó del 5 de febrero al 27 de abril.
- En 2020 el periodo de recogida de información se realizó del 7 de febrero al 13 de marzo.
- En 2022 el trabajo de campo se ha realizado entre el 15 de febrero y el 3 de junio.
- En 2024 el trabajo de campo se ha realizado entre el 12 de febrero y el 21 de junio.

- **Encuesta telefónica OEDA-COVID: Impacto de la pandemia por COVID-19 durante el año 2020 en el patrón de consumo de sustancias psicoactivas y otros comportamientos con potencial adictivo:** se llevó a cabo de forma puntual para medir el impacto de la pandemia por COVID-19 durante el año 2020.

- En esta única edición de la encuesta el periodo de recogida de información se realizó entre el 10 de noviembre y el 3 de diciembre de 2020.

- **Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas a la población interna en Instituciones Penitenciarias en España (ESDIP):** se realiza cada cinco años, desde 2006, en población interna en Instituciones Penitenciarias en España. Se lleva a cabo en coordinación con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, la Dirección General de Servicios Penitenciarios del Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña y la Dirección de Justicia de la Consejería de Igualdad, Justicia y Asuntos Sociales del País Vasco.

3.2. Encuestas europeas que cuentan con la participación de España a través de la DGPNSD, con colaboración de las CC. AA.

- **European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD):** realizada por primera vez en el año 2019 con una segunda edición en 2020.

3.3. Indicadores del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA)

El Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA) está integrado por cuatro indicadores clave (admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales/sin sustancia, urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas y mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas) y dos indicadores transversales que se obtienen mediante el cruce de información de estos indicadores de las encuestas y de otras fuentes de información (consumo problemático de sustancias psicoactivas y enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas). Los indicadores clave recogen información con periodicidad anual y se gestionan en el marco del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) como una colaboración interinstitucional en el que tienen un papel muy activo las CC. AA., así como las instituciones de las que procede la información (centros de la red asistencial de adicciones, hospitales, institutos de medicina legal y laboratorios toxicológicos):

- **Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas:** informa, desde 1987, del número y las características de las personas que reciben asistencia sanitaria por consumo de drogas en centros ambulatorios de la red pública y concertada de las CC. AA.
- **Indicador Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas:** informa, desde 1987, de las características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas en España mediante el análisis de una muestra de urgencias en los principales hospitales del país.
- **Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas:** se trata de un registro específico de mortalidad iniciado en 1983 que recopila información sobre muertes con intervención judicial, en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas.

- **Indicador Admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales/sin sustancia:** informa desde 2021 del número y las características de las personas que reciben asistencia sanitaria por adicciones comportamentales/sin sustancia en centros ambulatorios.

3.4. Informes de carácter periódico o monográficos publicados por el OEDA basados en fuentes de información primaria

- **Informe OEDA:** desde 1998 el OEDA elabora informes periódicos sobre la situación y tendencias de los problemas de drogas en España.
- **Indicadores clave sobre drogas y adicciones:** desde 2023 se elabora este boletín con indicadores clave, seleccionados para la evaluación de la situación global de las adicciones en España.
- **Informe sobre Adicciones Comportamentales:** se realiza desde el año 2014 y tiene por objetivo principal contribuir a conocer la situación actual sobre las adicciones comportamentales y, en concreto, sobre el juego con dinero. Cabe indicar que en este documento se han incluido los datos del módulo comportamental de la encuesta ESTUDES a partir del año 2019, para garantizar la consistencia interna de la serie temporal.
- **Informes monográficos:** recopilan información y aportan una visión global de temas relacionados con las adicciones.
- **Estadísticas OEDA:** desde 2015 el OEDA elabora este documento con las principales tablas y figuras sobre la situación y tendencias de los problemas de drogas en España.

3.5. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)

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

4. Estimación del grado de cumplimiento

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 establece objetivos generales, metas y áreas de actuación orientados a mejorar la situación de las adicciones en España, si bien no incorpora metas cuantificadas ni indicadores sintéticos de cumplimiento que permitan determinar de forma automática el grado de consecución de cada uno de los ámbitos evaluados.

Por este motivo, la presente evaluación incorpora una estimación del grado de cumplimiento basada en una valoración técnica de síntesis, realizada a partir del análisis integrado de la evidencia disponible durante el periodo de vigencia de la Estrategia.

4.1. Escala de valoración

Con objeto de facilitar la interpretación de los resultados obtenidos, las estimaciones de cumplimiento se expresan mediante una escala porcentual agrupada en tres niveles:

- Alto ($\geq 75\%$): logros sustanciales y objetivos ampliamente alcanzados.

- Medio (40-74%): avances significativos, aunque persisten limitaciones o áreas de mejora relevantes.
- Bajo (<40%): cumplimiento limitado o insuficiente en relación con los objetivos previstos.

Las puntuaciones asignadas deben interpretarse como una estimación sintética del grado de aproximación a los objetivos estratégicos y no como una medición exacta del porcentaje de actuaciones ejecutadas o del impacto atribuible de forma exclusiva a la Estrategia.

Conviene señalar que la estimación del grado de cumplimiento de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 no equivale a una valoración de la ejecución de las actuaciones previstas durante su periodo de vigencia. En este sentido, la evaluación del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 constituyó una fuente relevante de información para valorar el grado de implementación de las actuaciones previstas en la Estrategia. No obstante, los resultados de ejecución del Plan no fueron incorporados de forma automática ni como criterio único para la estimación del cumplimiento de la Estrategia, dado que ambos ejercicios responden a objetos de evaluación diferentes. Mientras que la evaluación del Plan de Acción mide principalmente el grado de realización de actividades y acciones programadas, la evaluación de la Estrategia incorpora además la evolución de indicadores epidemiológicos, asistenciales, sociales, normativos e institucionales que permiten valorar el nivel de consecución de los objetivos estratégicos definidos para el conjunto del periodo 2017-2024. En consecuencia, los resultados de ejecución del Plan fueron considerados como una evidencia relevante sobre la implementación de la Estrategia, pero no como una medida directa de su grado de cumplimiento.

4.2. Fuentes de información

La estimación del grado de cumplimiento se sustentó en la información obtenida a través de las diferentes fuentes analizadas en esta evaluación, entre las que destacan:

- Resultados de las encuestas poblacionales promovidas por la DGPNSD (EADDES, ESTUDES, OEDA-COVID, ESDIP y ESPAD).
- Indicadores del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA), incluyendo admisiones a tratamiento, urgencias hospitalarias, mortalidad por reacción aguda, enfermedades infecciosas asociadas al consumo y adicciones comportamentales.
- Informes periódicos y monográficos elaborados por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).
- Información procedente del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).
- Memorias de actividad, informes de seguimiento y documentación generada en el marco de la implementación de la ENA y de los sucesivos Planes de Acción.
- Normativa, protocolos, guías técnicas y otras actuaciones institucionales desarrolladas durante el periodo evaluado.
- Evaluación del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024, como fuente de información sobre el grado de desarrollo e implementación de las actuaciones previstas en la Estrategia.

4.3. Procedimiento de estimación

La estimación del cumplimiento se realizó mediante una valoración multicriterio basada en la integración de información cuantitativa y cualitativa procedente de las distintas fuentes disponibles.

Para cada objetivo general, meta y área de actuación se analizaron conjuntamente los siguientes elementos:

a) Evolución de los resultados observados

Se examinó la evolución de los principales indicadores epidemiológicos, asistenciales y sociales relacionados con cada ámbito de actuación, considerando aspectos como:

- prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas;
- prevalencia de adicciones comportamentales;
- edad de inicio;
- percepción del riesgo;
- percepción de disponibilidad;
- admisiones a tratamiento;
- urgencias hospitalarias;
- mortalidad asociada al consumo;
- indicadores de reducción de daños; indicadores de incorporación social.

La valoración consideró tanto la dirección de los cambios observados como su magnitud, estabilidad temporal y relevancia respecto a los objetivos perseguidos.

b) Desarrollo de actuaciones y programas

Se revisó el grado de desarrollo de las actuaciones contempladas en la Estrategia y en los Planes de Acción correspondientes, valorando, entre otros aspectos:

- implantación de programas de prevención;
- desarrollo de actuaciones asistenciales;
- programas de reducción de daños;
- iniciativas de incorporación social;
- actividades de formación;
- acciones de sensibilización y comunicación;
- actuaciones de investigación y generación de conocimiento;
- mecanismos de coordinación institucional.

c) Avances normativos e institucionales

Se analizaron los progresos realizados en relación con:

- elaboración y aprobación de normas;
- desarrollo de protocolos y guías técnicas;
- fortalecimiento de estructuras de coordinación;
- creación o mejora de sistemas de información;

- incorporación de nuevas áreas de intervención;
- consolidación de instrumentos de calidad y evaluación.

d) Factores facilitadores y limitantes

Finalmente, se tuvieron en consideración aquellos elementos que contribuyeron positiva o negativamente al desarrollo de cada ámbito evaluado, incluyendo aspectos relacionados con:

- equidad territorial en el acceso a programas, recursos e intervenciones esenciales relacionadas con las adicciones;
- sostenibilidad de las actuaciones;
- cobertura de programas y servicios;
- incorporación de la perspectiva de género;
- atención a colectivos vulnerables;
- adaptación a riesgos emergentes;
- disponibilidad de recursos y sistemas de información.

En esta evaluación, la referencia a la equidad territorial no implica la existencia de modelos organizativos homogéneos entre comunidades autónomas. Este criterio se refiere a la disponibilidad efectiva de recursos, programas e intervenciones esenciales y a la capacidad de garantizar niveles equivalentes de acceso y calidad en todo el territorio, respetando la diversidad organizativa de los sistemas autonómicos.

4.4. Integración de la evidencia

La valoración final de cada objetivo, meta o área de actuación se obtuvo mediante una síntesis conjunta de los elementos descritos anteriormente.

Dada la diversidad de objetivos contemplados en la ENA 2017-2024 y la ausencia de indicadores de cumplimiento previamente definidos, no se consideró metodológicamente adecuado aplicar una agregación automática de indicadores o una fórmula matemática única para todos los ámbitos evaluados.

En consecuencia, la estimación se fundamentó en un análisis integrado de:

- los resultados observados durante el periodo de evaluación;
- el grado de implementación de las actuaciones previstas;
- los avances normativos e institucionales alcanzados;
- la persistencia de brechas o limitaciones relevantes.

La valoración final refleja, por tanto, el equilibrio entre los avances conseguidos y los retos pendientes identificados en cada ámbito de actuación.

4.5. Presentación e interpretación de resultados

Los resultados de la estimación del cumplimiento se presentan mediante porcentajes orientativos asociados a las categorías descritas en la escala de valoración.

Cada valoración se acompaña de una síntesis de los principales

- factores positivos o facilitadores;
- factores limitantes o brechas existentes;

que sustentan la interpretación realizada.

Esta información permite contextualizar los resultados obtenidos y facilitar la comparación entre los distintos objetivos generales, metas y áreas de actuación evaluadas.

4.6. Limitaciones y consideraciones técnicas

La estimación del grado de cumplimiento debe interpretarse teniendo en cuenta determinadas limitaciones metodológicas.

En primer lugar, la ENA 2017-2024 no estableció metas cuantificadas ni indicadores específicos de cumplimiento asociados a cada objetivo estratégico, lo que limita la posibilidad de realizar una evaluación basada exclusivamente en criterios cuantitativos.

En segundo lugar, la disponibilidad y nivel de desarrollo de los sistemas de información no es homogénea para todos los ámbitos analizados, especialmente en áreas de incorporación más reciente, como determinadas adicciones comportamentales.

Asimismo, algunos indicadores presentan retrasos inherentes a los procesos de recopilación, validación y consolidación de la información, particularmente en el caso de las admisiones a tratamiento, las urgencias hospitalarias y la mortalidad asociada al consumo de sustancias.

Finalmente, determinados resultados pueden haber estado condicionados por factores ajenos a la propia Estrategia, entre ellos los efectos derivados de la pandemia por COVID-19, los cambios sociales producidos durante el periodo evaluado y la aparición de nuevos patrones de consumo y adicciones comportamentales.

En consecuencia, las puntuaciones asignadas deben entenderse como una herramienta de síntesis orientada a facilitar la interpretación global de los avances alcanzados y la identificación de prioridades para futuros ciclos estratégicos, más que como una medida exacta del impacto atribuible a la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.

EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS GENERALES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES 2017-2024

La importancia de la evaluación ha sido reconocida en todas las estrategias sobre drogas de la UE y en las estrategias de muchos Estados miembros. La ENA 2017-2024, al igual que las Estrategias Nacionales sobre Drogas que la han precedido y otras estrategias del sector público, incluye una propuesta de evaluación, cuyo objetivo general es valorar, mediante un abordaje científico, su implementación, así como el grado de consecución de sus objetivos y su impacto.

En concreto, la evaluación de la ENA 2017-2024 valora en qué medida se han alcanzado sus tres Objetivos Generales:

- Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales.
- Retrasar la edad de inicio a las adicciones.
- Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.

1. Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales

La visión de la ENA se orientaba a que a finales del periodo de vigencia de la misma, se habrían reducido en España los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales, a través de la ejecución de políticas sobre drogas y adicciones encaminadas a disminuir su presencia y consumo, con actuaciones dirigidas a las personas y su contexto, familias, comunidad y conjunto de la sociedad, contribuyendo a construir una sociedad más saludable, informada y segura.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la evaluación de la ENA 2017-2024 sobre prevalencias de consumo de algunas sustancias con potencial adictivo y adicciones comportamentales en **población general de 15 a 64 años**, así como la percepción del riesgo, percepción de disponibilidad de drogas y consumo problemático de drogas y otras adicciones. Para ello se han utilizado los datos de la encuesta EDADES correspondientes a los años 2018, 2020, 2022 y 2024.

1.1. Alcohol

Desde el año 2018, el consumo de **alcohol** se ha mantenido relativamente estabilizado: en 2024 un 92,9% de población declaró haber consumido alguna vez en la vida, frente al 91,2% declarado en 2018. En cuanto al consumo en los últimos doce meses, el valor de 2024 (76,5%), se observa muy similar al de 2022 (76,4%), algo inferior al de 2020 (77,2%) y ligeramente superior al reportado en el año 2018 (75,2%), que fue el valor más bajo de la serie temporal analizada, aunque la diferencia no es muy notable. Se observa una estabilización del consumo de alcohol en los últimos 30 días a lo largo del periodo evaluado (62,7% en 2018, 63% en 2020, 64,5% en 2022 y 63,5% en 2024). Finalmente, en el caso del consumo diario, este indicador se mantiene en aumento desde 2018: 7,4% en 2018, 8,8% en 2020, 9% en 2022 y 10,5% en 2024 (1) (*Fig. 1*).

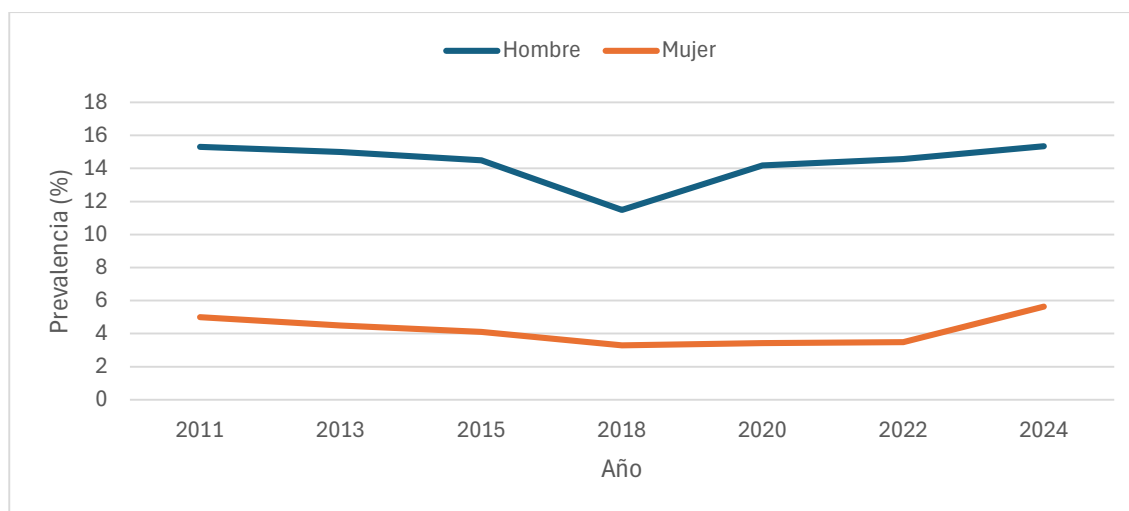


Figura 1. Prevalencia de consumo de alcohol a diario en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2011-2024 [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)]

Atendiendo al sexo, con independencia del tramo temporal y del grupo de edad, el consumo de alcohol está más extendido entre los hombres que entre las mujeres (*Fig. 2*). **En lo relativo a la edad**, las mayores prevalencias de consumo en los últimos 30 días las encontramos entre los 25 y los 34 años, con independencia del sexo del individuo. Sin embargo, en el caso del consumo diario, este aumenta a medida que lo hace la edad. De esta forma, en el tramo de mayores de 55 años encontramos el mayor número de consumidores a diario, tanto para hombres como para mujeres (1).

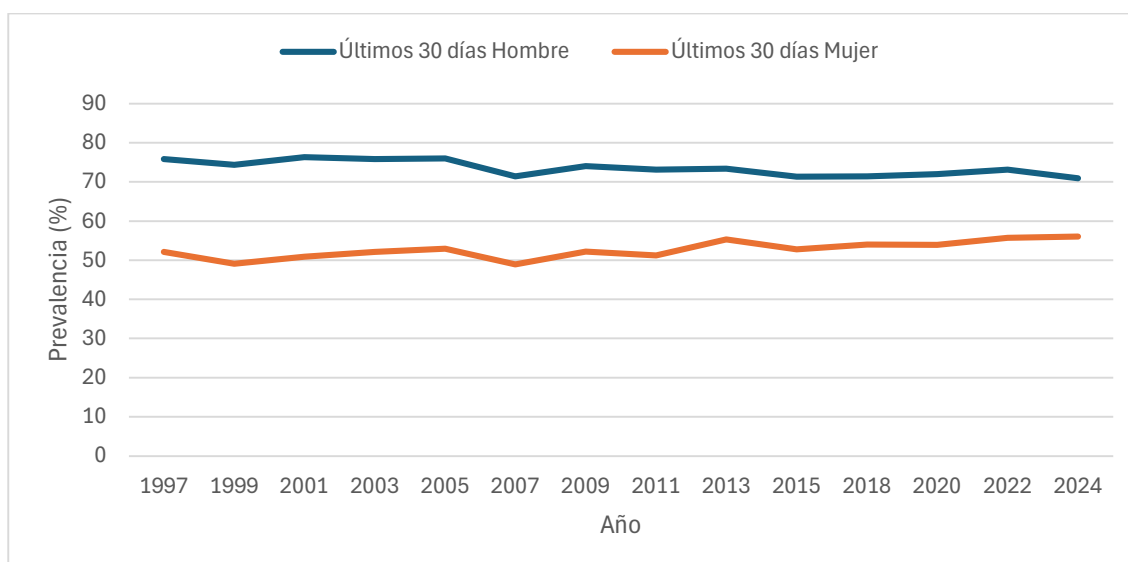


Figura 2. Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1997-2024. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)]

Entre las **razones para el consumo de bebidas alcohólicas**, la principal razón es “porque es divertido y anima las fiestas” aunque presenta una tendencia a la baja (de 56,1% en 2018 a 52,8% en 2024). El resto de las razones consultadas son: le gusta cómo se siente después de beber, cree que es saludable o forma parte de una alimentación equilibrada, por encajar en un grupo o no sentirse excluido, le ayuda a olvidarse de todo y solo por emborracharse (Fig 3). En todos los casos el valor disminuye desde el año 2018, para el total y para cada sexo (1).

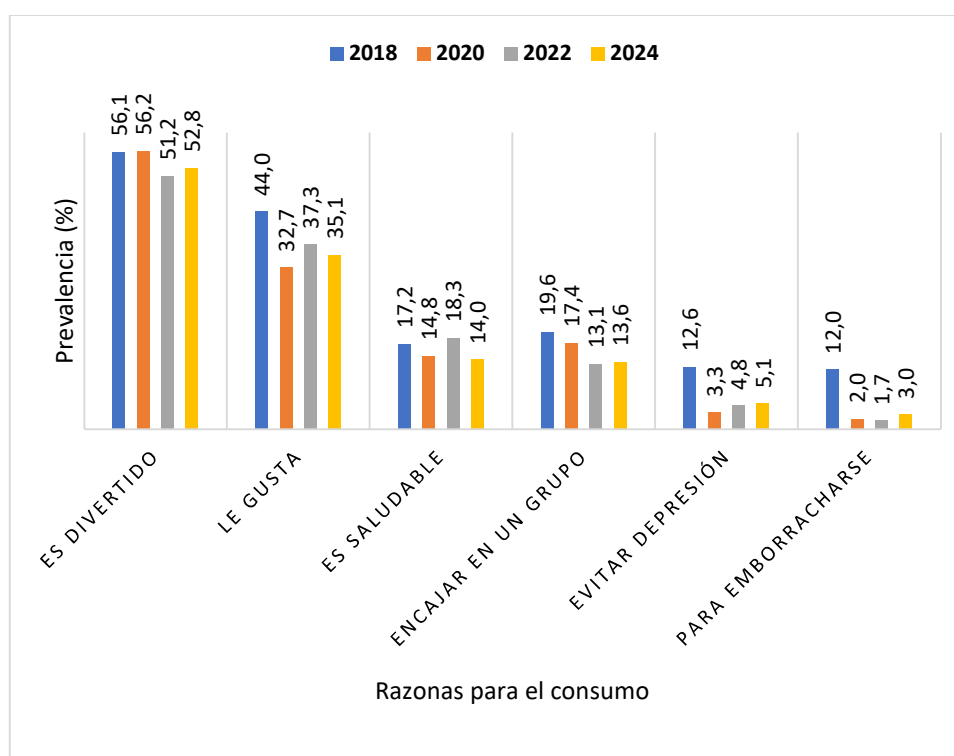


Figura 3. Razones para el consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2018-2024. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)].

Para evaluar cómo podía afectar la **pandemia por COVID-19** a los patrones de consumo, se realizó una encuesta específica desde el OEDA en población de entre 15 y 64 años, con el objetivo de analizar el consumo antes y durante este fenómeno. En lo relativo al alcohol, se observó un menor consumo de bebidas alcohólicas, en general, durante el período de pandemia, en todos los sexos y grupos de edad (2).

1.2. Tabaco

En el caso del **tabaco**, es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en España. En general, desde 2018 la **prevalencia de consumo de tabaco ha ido en descenso** para las distintas series temporales analizadas. El consumo al menos una vez en la vida en 2018 se situaba en un 69,7%, disminuyendo hasta un 66,6% en 2024. De forma similar sucede para el consumo en los últimos 12 meses (de 40,9 a 36,8%), los últimos 30 días (de 38,8 a 33,9%) y el consumo diario en los últimos 30 días (de 34 a 25,8%) (1).

Según los datos disponibles, **el consumo diario de tabaco es más frecuente en hombres** que en mujeres, con independencia de la edad. Las mayores prevalencias de consumo diario parecen situarse entre los 25 y 55 años para ambos sexos (Fig. 4) (1).

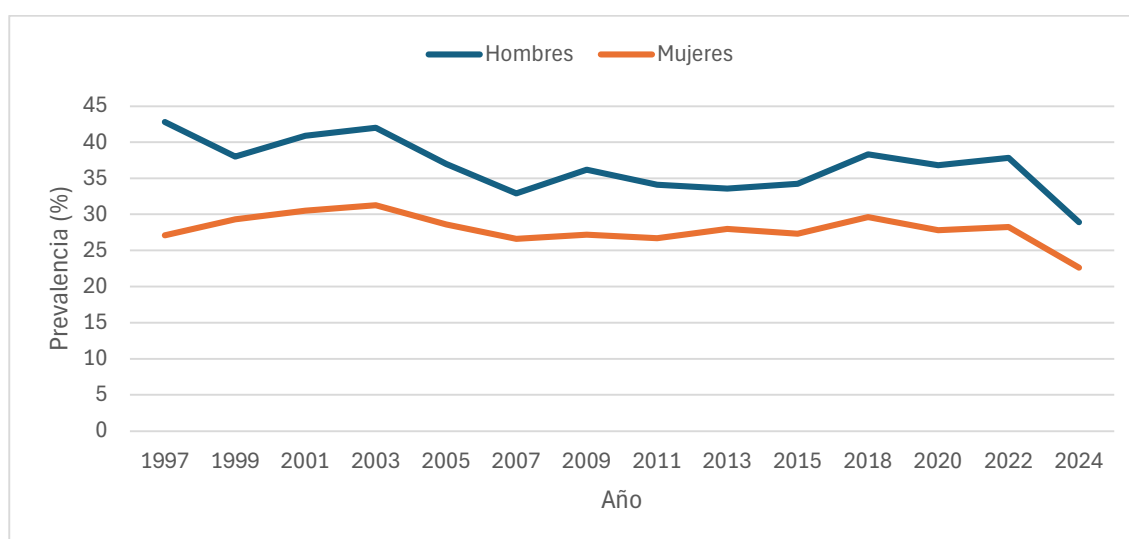


Figura 4. Prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1997-2024. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)]

La prevalencia de consumo de tabaco **durante la pandemia por COVID-19** en la población entre 15 y 64 años entrevistada, muestra una disminución estadísticamente significativa respecto a las prevalencias encontradas antes del fenómeno (de un 29,1 a un 27,7%) (2).

En general, parece que durante el período de vigencia de la ENA ha descendido tanto el consumo esporádico de tabaco como el hábito diario de fumar. Adicionalmente, se ha observado también una disminución en la incidencia de consumo, es decir, en el número de personas que se inician en este hábito (1).

1.3. Cigarrillos electrónicos

Cabe destacar que el uso de **cigarrillos electrónicos** ha aumentado de manera significativa en el tramo temporal observado, variando desde un 8,8% la prevalencia de consumo alguna vez en la vida en población de 15 a 64 años en el año 2018 hasta un 19% en 2024. La prevalencia de consumo es superior en hombres para consumos esporádicos si bien en consumos recientes la prevalencia de consumo es

mayor en mujeres. Según la composición de la recarga se consume mayoritariamente con nicotina solamente (51%) o bien sin nicotina y sin cannabis (44%). Un pequeño porcentaje lo consume con nicotina y cannabis (3%) o solo con cannabis (2%) (1).

1.4. Hipnosedantes

En lo relativo al consumo de **hipnosedantes con o sin receta**, se aprecia una tendencia al alza desde 2018 en el indicador de prevalencia de consumo una vez en la vida, registrándose en 2024 el máximo de la serie histórica (27,4% en este año, frente a un 20,8% en 2018). Para el resto de los tramos temporales consultados, la prevalencia de consumo parece mantenerse o incluso disminuir, especialmente en el consumo diario en los últimos 30 días (5,9% en 2018 frente a 4,5% en 2024), apreciándose un repunte en los datos correspondientes a 2022 (1).

Por sexo y edad, se observa que, con independencia del tramo temporal analizado, el consumo de estas sustancias **con o sin receta** está mucho más extendido entre las mujeres, y que este aumenta a medida que lo hace la edad. Sin embargo, se observa una clara tendencia a la baja en su consumo diario. En 2018, un 7,9% de las mujeres de entre 15 y 64 años encuestadas declaró consumir hipnosedantes con o sin receta a diario. En cambio, en 2024, este valor fue del 5,6%. Esta disminución se aprecia especialmente en el tramo etario de entre 35 y 64 años, tramo que a su vez muestra la mayor prevalencia de consumo diario; disminuyendo de un 10,4% en 2018 al 7,2% recogido en 2024.

En el caso de los **hipnosedantes sin receta**, el 4,8% de la población española de entre 15 y 64 años declara haberlos consumido alguna vez en la vida, un 1,8% en los últimos 12 meses y menos del 1% admite haberlos consumido en los últimos 30 días. A pesar de su baja prevalencia, se observa una tendencia ligeramente ascendente respecto a los datos hallados en 2018 (3% los consumió alguna vez en la vida, 1,3% en los últimos 12 meses y 0,7% en los últimos 30 días). En este caso, los hombres presentan, en general, una mayor prevalencia de consumo, salvo para los tramos etarios de entre 15 y 24, y 55 y 64 años, en los que las mujeres se sitúan por encima (Fig. 5) (1).

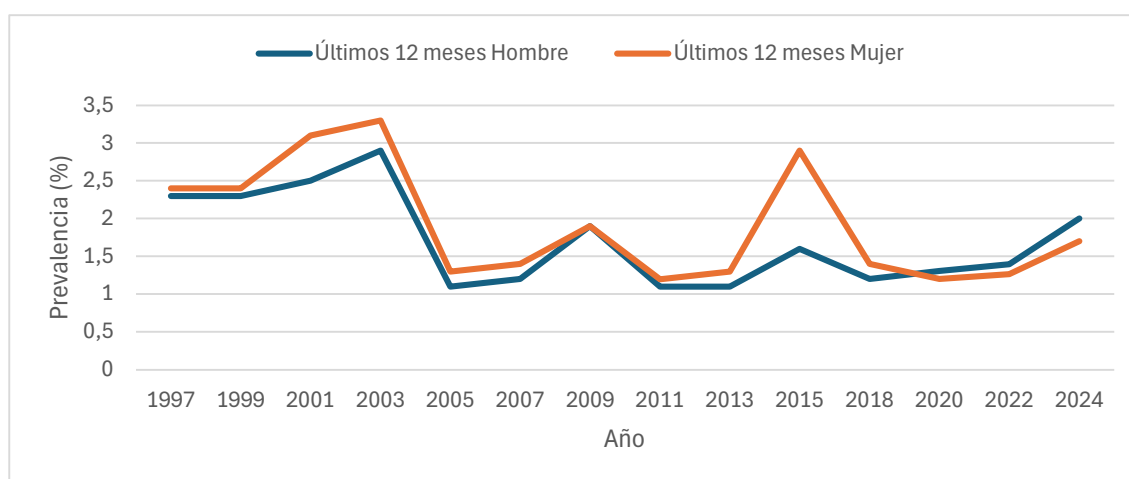


Figura 5. Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1997-2024. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)]

Según la encuesta OEDA-COVID 2020, durante la pandemia aumentó significativamente el consumo de hipnosedantes sin receta, en comparación al período prepandemia, pasando del 1,9% de prevalencia de consumo en los meses previos a un 3,1% durante la misma. El valor fue superior en mujeres en todos los casos (2).

1.5. Analgésicos opioides

En 2024 el 15,2% de las personas de 15 a 64 años declaraba haber consumido **analgésicos opioides con o sin receta** alguna vez en la vida, el 6,6% en los últimos 12 meses y el 3,9% en los últimos 30 días. Se aprecia un ligero **aumento de consumo con respecto al año 2018**. Los analgésicos opioides más consumidos son codeína y tramadol. Las **mujeres consumen analgésicos opioides en mayor proporción que los hombres** para todos los tramos temporales, de la misma manera también es más frecuente el consumo en los grupos de mayor edad (1).

En cuanto al consumo de los **analgésicos opioides sin receta**, un 2,5% reconoce haberlos consumido alguna vez en la vida sin prescripción médica (2,6% entre los hombres y 2,3% entre las mujeres). Evolutivamente se observa un crecimiento en comparación con los años anteriores. En el resto de los tramos temporales el consumo de estos analgésicos sigue siendo residual.

1.6. Cannabis

Respecto al consumo de **cannabis**, droga ilegal con mayor prevalencia de consumo en España en la población de 15 a 64 años, se ha observado una tendencia creciente en su consumo alguna vez en la vida, que se inició en 2013 y continua en el tramo analizado entre 2018 y 2024, alcanzando este último su máximo en la serie histórica, 43,7%. Para el resto de los tramos temporales de consumo consultados no se observa una tendencia marcada, aunque la prevalencia de **consumo en los últimos 30 días y en el último año ha experimentado un ligero aumento en el año 2024** (Fig. 6) (1).

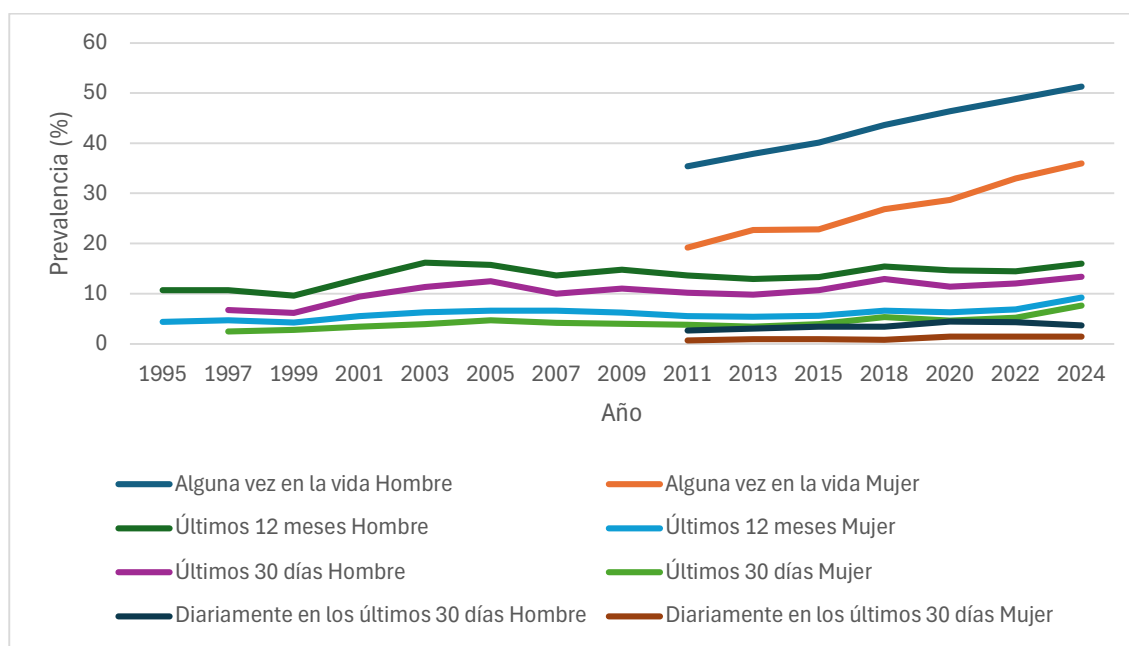


Figura 6. Prevalencia de consumo de cannabis (%) en la población de 15-64 años. España, 1995-2024. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)]

En función del sexo, **el consumo de cannabis es más común entre los hombres** que en las mujeres, situación que se repite en todos los tramos temporales analizados, y en todos los rangos de edad. En general, parece que el consumo de esta sustancia disminuye conforme aumenta la edad (Fig. 7).

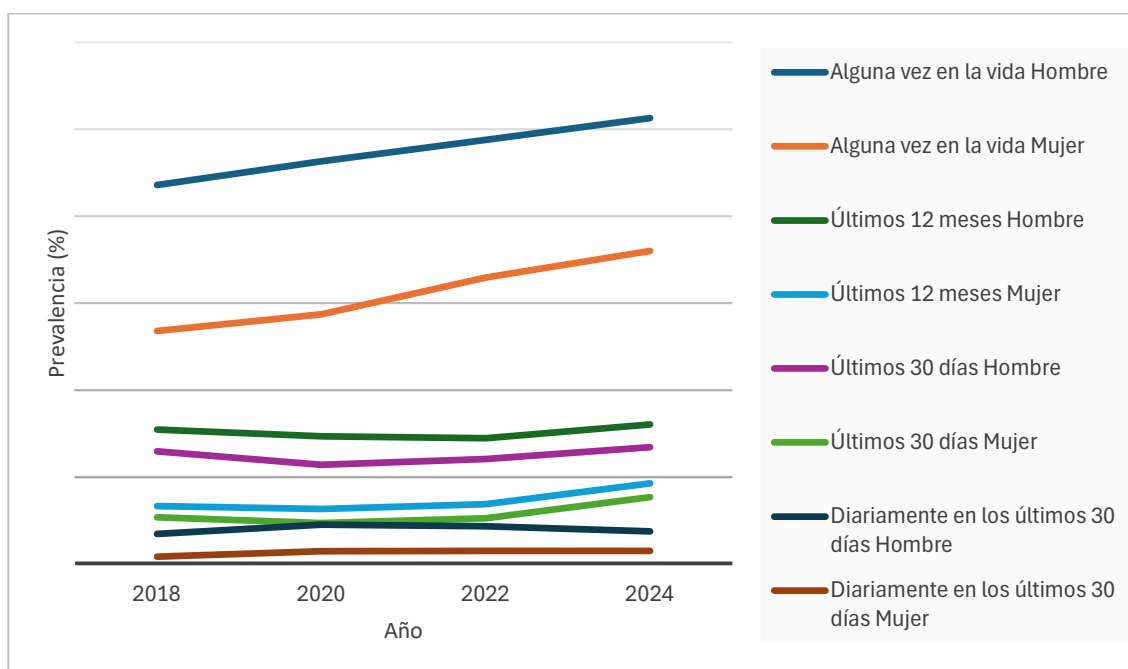


Figura 7. Prevalencia de consumo de cannabis en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2018-2024. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)]

En lo que respecta a la pandemia, según el estudio OEDA-COVID 2020 el consumo de cannabis disminuyó durante el evento, pasando de un 7,8% de prevalencia de consumo en los meses previos entre las personas de 15 a 64 años encuestadas a un 6,5% durante la misma. Esta reducción se observó en todos los tramos etarios, especialmente entre las personas menores de 25 años (2).

1.7. Cocaína

En el caso de la **cocaína en polvo**, se observa una tendencia ascendente del indicador de prevalencia de consumo en población de 15-64 años alguna vez en la vida durante el período estudiado. Para el resto de las frecuencias de consumo consultadas, los valores se mantienen relativamente estables, aunque son ligeramente superiores en 2024 respecto a 2018: el consumo en los últimos 12 meses pasa de un 2% en el año 2018 a un 2,3% en 2024, con un aumento similar para el consumo en los últimos 30 días, pasando de un 1,1% a un 1,3% (1).

En cuanto al sexo, el consumo de cocaína en polvo es más frecuente en hombres que en mujeres. En relación con la edad de consumo, desde mediados de la década de 2000 se observa una reducción en la diferencia de prevalencia del consumo de cocaína en polvo entre la población de 15 a 34 años y la de 35 a 64 años. Tradicionalmente, el consumo era significativamente más elevado en los grupos de menor edad. Actualmente, se consolida la tendencia iniciada hace años: una disminución progresiva del consumo en la población joven y un ligero aumento en los grupos de mayor edad (Fig 8) (1).

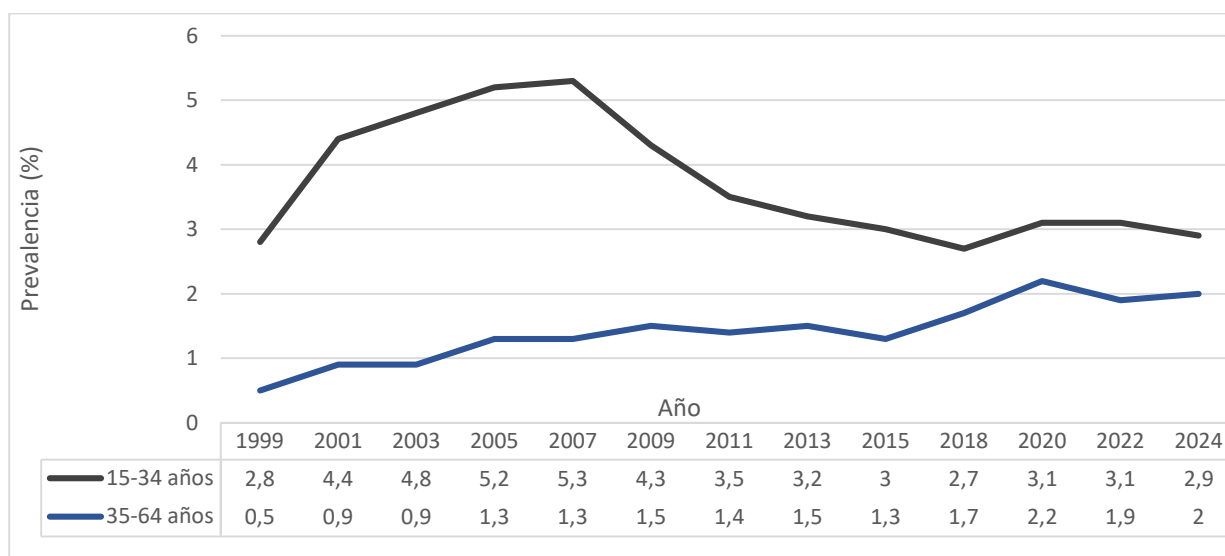


Figura 8. Prevalencia de consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según edad (%). España, 1999-2024. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)]

Durante la pandemia, la prevalencia de consumo de cocaína en la población encuestada se vio disminuida (de 1,4% a 1%) (2).

1.8. Percepción de disponibilidad de drogas

En general se observa un descenso en la **percepción de disponibilidad de drogas** en la población de 15 a 64 años entre 2018 y los datos de 2024, aunque en este último año disponible hay un ligero incremento respecto al año 2022. En 2018, un 63,3% de las personas encuestadas pensaba que conseguir cannabis en 24 horas era fácil o muy fácil, y en 2024 el valor descendió a un 59%. Los valores para este indicador también han disminuido para sustancias como la cocaína en polvo, la heroína, los analgésicos sin receta y los hipnosedantes sin receta. En cambio, aumenta para éxtasis y cocaína base (Fig. 9) (1).

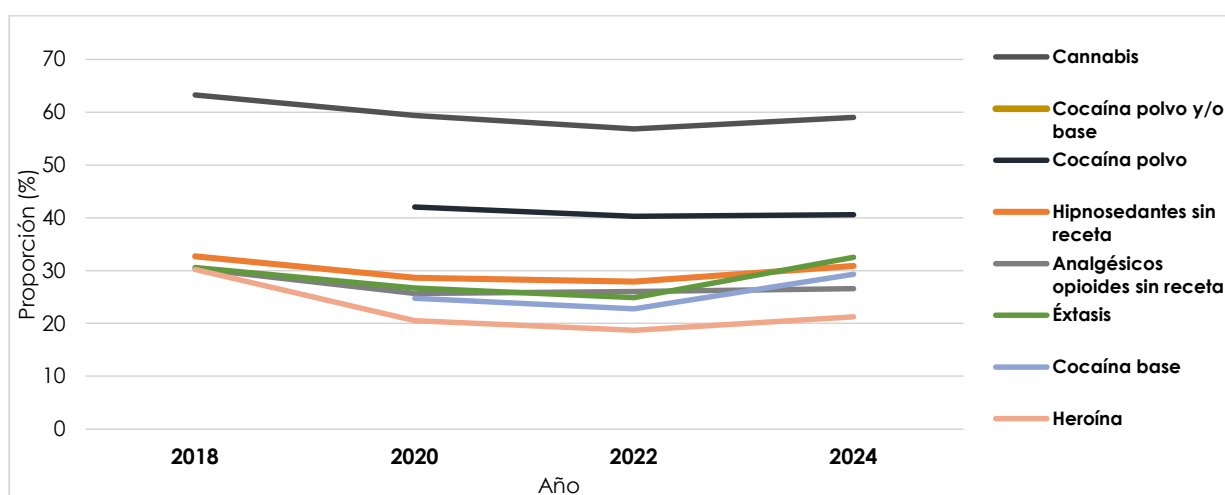


Figura 9. Percepción de disponibilidad de distintas sustancias psicoactivas (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años (%). España, 2018-2024. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)]

La percepción de la disponibilidad es mayor en hombres que en mujeres, especialmente en el caso del cannabis y la cocaína en polvo (1).

1.9. Percepción del riesgo

En cuanto a la **percepción del riesgo** acerca del consumo de sustancias psicoactivas, se ha observado un ligero aumento en la percepción de riesgo asociada al consumo diario de alcohol (en 2020 un 48,3% pensaba que consumir 1-2 cañas/copas cada día puede producir muchos o bastantes problemas, en 2024 este valor alcanza el 52,8%) y al consumo de fin de semana de esta misma sustancia (en 2020 un 50,2%, en 2024 este valor alcanza el 51,0%). Algo similar sucede con el riesgo percibido frente al consumo semanal de cannabis, pasando del 85,3% en 2020 a 83,6% en 2024. Sin embargo, la percepción del riesgo frente a consumos esporádicos parece haber disminuido para sustancias como cocaína u otras drogas ilegales, hipnosedantes, analgésicos opioides o cannabis. La percepción del riesgo frente al consumo diario de tabaco se mantiene, aunque con un ligero descenso (1).

Según el sexo, la percepción del riesgo frente al consumo es superior en mujeres que en hombres en todos los casos estudiados, salvo para el consumo de hipnosedantes y de analgésicos opioides.

1.10. Juego de azar

En la actualidad, el trastorno por juego se integra en uno de los cuatro ámbitos de actuación prioritarios de la ENA, dentro del grupo de adicciones sin sustancia o comportamentales. No obstante, otros comportamientos como el uso problemático de videojuegos, pantallas, redes sociales o pornografía carecen aún de un consenso científico suficiente que permita establecer criterios claros para su clasificación como adicciones.

Es necesario indicar que para esta evaluación se ha considerado juego de azar cuando se cumplen todas estas condiciones: el/la jugador/a al participar en el juego apuesta con dinero, hay un resultado incierto sobre los hechos sobre los que se apuesta y hay premios económicamente evaluables (3).

La **prevalencia de juego de azar online y/o presencial** en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años tiende a disminuir. En la serie temporal estudiada se observa que esta es de 60,2% en 2018, frente al 53,8% en 2024. La **práctica del juego de azar presencial** (que incluye loterías, quinielas, apuestas deportivas, etc.) está muy extendida, aunque tiende a disminuir. En este sentido, la prevalencia en los últimos 12 meses en población de 15 a 64 años pasó de un 59,5% en 2018 a un 52,9% en 2024. Por otra parte, la práctica del **juego de azar on-line** es muy inferior al juego presencial, a pesar de ello, su prevalencia aumenta en 2024 respecto a 2018 (5,5% y 3,5%, respectivamente). Para ambas modalidades de juego se observa un pico máximo, dentro del período estudiado, en el año 2020 (*Fig. 10*) (4).

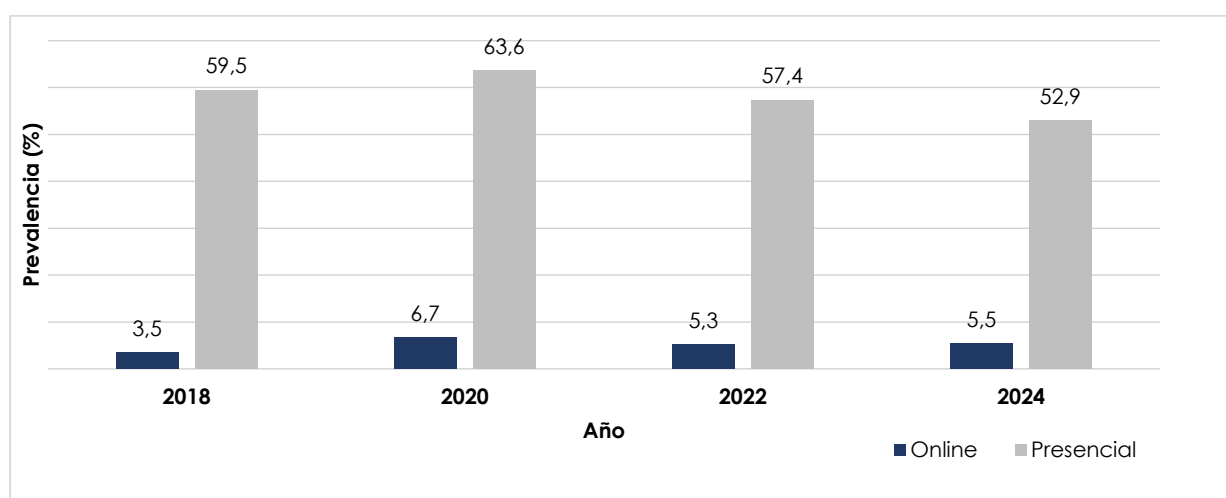


Figura 10. Prevalencia de juego de azar online o presencial en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años. España, 2021-2024. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)]

En líneas generales, la prevalencia de juego de azar, **online o presencial**, y cuando se estudian conjuntamente, en los últimos 12 meses en población de 15 a 64 años, está más extendida en hombres que en mujeres (4).

Durante la pandemia, se observó una clara disminución de la prevalencia del juego de azar de forma presencial en la población de 15 a 64 años encuestada, pasando de un 8,8% en meses anteriores a la misma a un 5,3% durante, en todos los tramos de edad. Para el caso del juego de azar en formato online, este valor se mantuvo relativamente estable en los dos tramos temporales analizados (4,5% antes de marzo de 2020 a 4,3% durante) (2).

1.11. Consumo problemático/de riesgo de drogas y otras adicciones

En cuanto al **consumo problemático/de riesgo** de sustancias, el de **alcohol** presenta una relativa estabilidad dentro del período evaluado (2018-2024). La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol, medida a través de la escala AUDIT (AUDIT ≥ 6 en mujeres y ≥ 8 en hombres), en la población española de 15 a 64 años se sitúa en 6,0% en 2024 comparado con el 6,2% en 2018 (Fig. 11) (1).

Aunque los hombres han mostrado mayor consumo problemático/de riesgo que las mujeres en cualquier rango de edad desde 2009, para el grupo etario entre 15 y 24 años la prevalencia entre mujeres es igual o incluso superior que en los hombres (8,6% en hombres frente a 8,7% en mujeres en 2024).

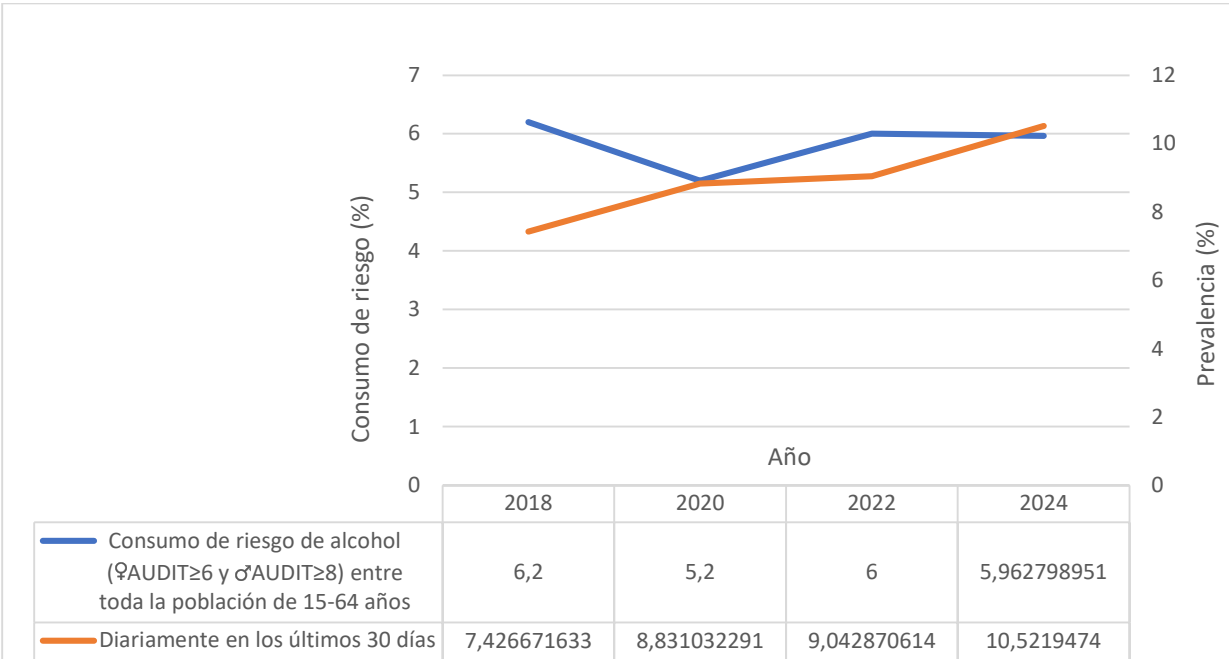


Figura 11. Prevalencia de consumo de alcohol diario en los últimos 30 días y prevalencia de consumo de riesgo según la escala AUDIT (%). España, 2018-2024. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)]

En 2013 se incluyó en la encuesta EDADES la escala *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) para identificar el **consumo problemático de cannabis**. En este sentido, la frecuencia de consumo problemático no se ha modificado sustancialmente entre 2018 y 2024 en la población entre 15 y 64 años (1,6% frente a 1,4%), si bien durante los años 2020 y 2022 la prevalencia fue algo mayor (1,9%) (Fig. 12). Por sexos, en 2024, el consumo problemático de cannabis en hombres es superior al de mujeres, un 2,2% y un 0,7% respectivamente.

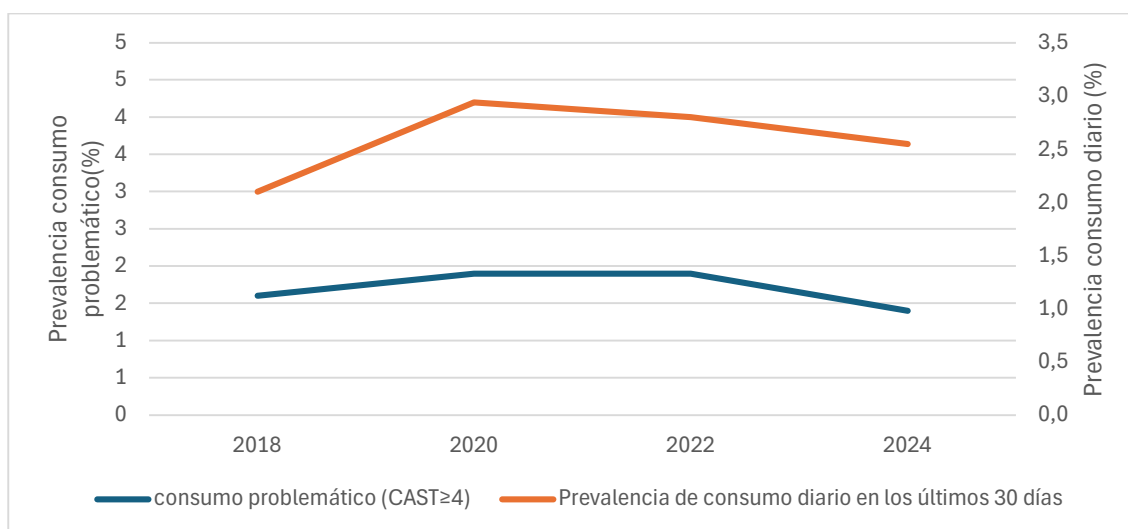


Figura 12. Prevalencia de uso de cannabis a diario en los últimos 30 días, y prevalencia de consumo problemático según la escala CAST (%). España, 2018-2024. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)]

El **consumo problemático/de riesgo de cocaína**, estimado en función de la frecuencia de consumo (haber consumido cocaína 30 o más días en el último año), se ha mantenido en porcentajes similares desde 2018, con un 0,40% de la población de 15 a 64 años en 2024. Igual sucede con la frecuencia de **consumo problemático/de riesgo de heroína**, que se mantiene estable desde 2021 en 0,16% comparado con el 0,21% en 2018.

En relación con el **juego problemático y los trastornos de juego**, hay que tener en cuenta que la encuesta EDADES 2018 fue la primera edición que introdujo una escala basada en los criterios diagnósticos DSM-5 para explorar el problema en la población de 15 a 64 años. En base a estos resultados, se estima que, en 2024, el 1,4% de la población de 15 a 64 años mostraría un posible juego problemático, aumentando esta proporción hasta el 2,2% entre los hombres y reduciéndose a la mitad entre las mujeres (0,7%). Evolutivamente esta prevalencia sigue decreciendo desde 2018 a nivel general y entre los hombres, y desde 2020, entre las mujeres (4).

1.12. Consumo en población privada de libertad

En 2022 el consumo en los últimos 12 meses de todas las drogas ilegales fue claramente más elevado en la población privada de libertad estudiada, previamente a su ingreso en prisión, que en la población general de 15 a 64 años, destacando las diferencias en los consumos de cannabis y cocaína. El alcohol es la única droga en que se observa una prevalencia superior en la población general (5).

También se observa un ligero incremento del consumo de alguna droga ilegal desde el año 2016 al 2022 en esta población, previamente a su ingreso en prisión, en cualquier tramo temporal analizado (consumo en los últimos 12 meses en libertad, consumo en los últimos 30 días en libertad), sin embargo, el consumo de cannabis y cocaína permanece estable. Y respecto al consumo de alcohol se observa una disminución muy importante de la prevalencia de consumo estando en libertad en todos los tramos temporales (Fig. 13) (5).

La evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en prisión desde el año 2016 hasta el año 2022 sufre un descenso importante sobre todo en cannabis y heroína y se observa un incremento de la prevalencia de consumo de los tranquilizantes no recetados (Fig. 13) (5).

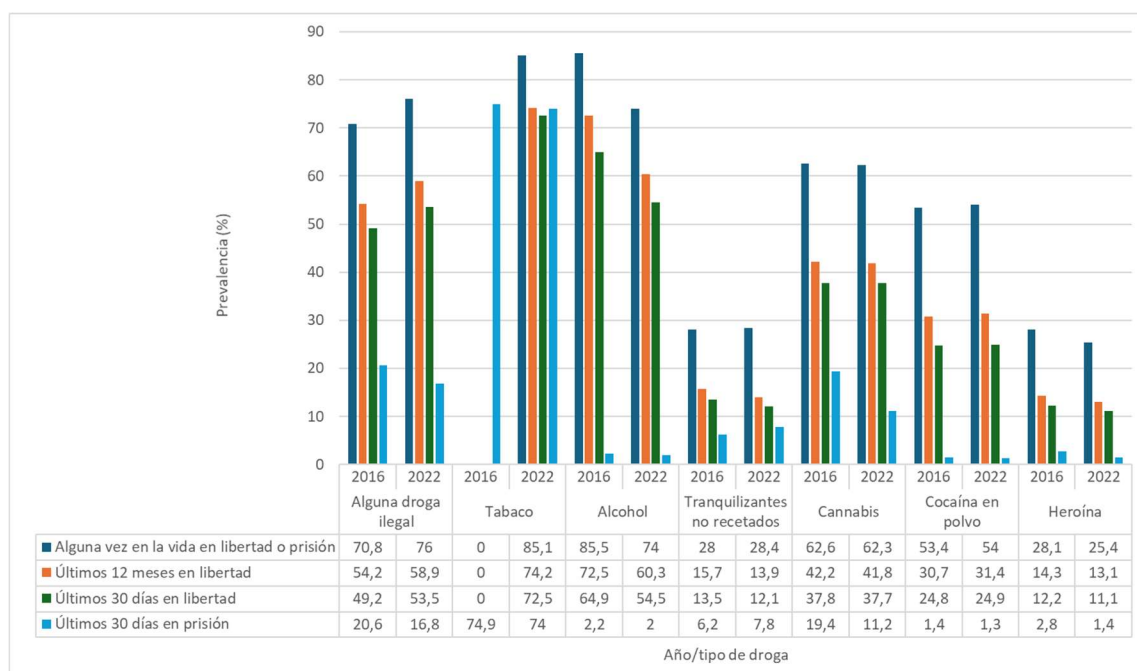


Figura 13. Prevalencia de consumo de drogas legales e ilegales en población penitenciaria (%). España, 2016,2022. [Fuente: OEDA Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2016, 2022].

Nota: Drogas ilegales: tranquilizantes no recetados, cannabis, cannabinoides, heroína sin mezclar, metadona no recetada, buprenorfina no recetada, fentanilo no recetado, cocaína base, cocaína polvo, heroína mezclada con cocaína, anfetaminas, metanfetamina éxtasis, alucinógenos, inhalables volátiles, ketamina, LSD, setas mágicas, catinonas sintéticas, esteroides anabolizantes y GHB.

2. Retrasar la edad de inicio a las adicciones

Retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias adictivas y de prácticas que puedan derivar en adicciones comportamentales es uno de los objetivos generales de la estrategia sobre adicciones. Pese al mantenimiento de la oferta, en los últimos años se han desarrollado iniciativas que potencialmente pueden disminuir la demanda. Por un lado, son relevantes las iniciativas de prevención ambiental, especialmente las regulaciones sobre consumo de alcohol o sobre diversos aspectos de los juegos de azar. Por otro, los programas educativos de prevención de eficacia probada han recibido un impulso con la puesta en marcha del **Portal de Buenas Prácticas (BBPP) en reducción de la demanda de drogas y otras adicciones** (6) y con la extensión del **Currículum Europeo de Prevención (EUPC)** (7). Además, diversos cambios sociales, comunes a los países de nuestro entorno parecen estar teniendo una influencia favorable reduciendo el consumo de sustancias en la adolescencia. Esta dinámica es objeto de debate, pero podría deberse a diversos factores: un aparente aumento de la percepción de riesgo de consumo, una disminución en la percepción de disponibilidad de determinadas sustancias (especialmente ilegales), la disminución del tiempo de ocio con pares y sin supervisión familiar, aumento de figuras paternas que desaprueban el consumo de tabaco y/o alcohol. Paralelamente, el fracaso escolar y los estudiantes de secundaria repetidores han disminuido (8).

En el siguiente apartado se detallan las edades de inicio de consumo de las principales sustancias psicoactivas. Para ello se han utilizado los datos de la encuesta EDADES correspondientes a los años 2018, 2020, 2022 y 2024 en población de 15 a 64 años y las encuestas ESTUDES correspondientes a los años 2016/2017, 2019, 2021, 2023 y 2025 en población de 14 a 18 años.

2.1. Edad de inicio de consumo de sustancias

En las encuestas EDADES y ESTUDES se pregunta sobre la edad en la que se produce el primer consumo de una sustancia psicoactiva o de prácticas que puedan derivar en adicciones comportamentales. Es necesario tener en cuenta que la población de la muestra en cada una de estas encuestas es diferente, lo que condiciona el resultado de las edades inicio e imposibilita la comparación entre encuestas. No obstante, la serie histórica permite analizar la evolución de estos indicadores dentro de cada una de ellas.

Se observa que, según la encuesta **ESTUDES 2025** (9), entre los **estudiantes de Enseñanzas Secundarias de entre 14 y 18 años**, las edades medias de inicio en el consumo de **alcohol y tabaco**, como sustancias de mayor prevalencia, son los 13,9 y 14,1 años respectivamente. Este valor se ha mantenido prácticamente invariable durante el período evaluado (en 2016/2017 14 años para el alcohol y 14,1 años para el tabaco). En función del sexo, en 2025 las edades medias de inicio son altamente coincidentes para hombres y mujeres, siendo prácticamente la misma para **tabaco** (14,1 años en ambos sexos) y para el **alcohol** (13,8 años para los hombres y 13,9 años para las mujeres).

Con respecto a los datos disponibles de la encuesta EDADES, en **población de 15 a 64 años** (1), el **alcohol** y el **tabaco** son las sustancias que empiezan a consumirse de manera más temprana (16,4 y 16,6 años, respectivamente en el año 2024). La edad de inicio se mantiene estable para el tabaco desde 2016/2017. En cambio, para el alcohol se registra una ligera reducción de la edad media de inicio en comparación con 2016/2017.

En función del sexo, según la encuesta EDADES, las edades medias de inicio son ligeramente superiores para mujeres en el consumo de **tabaco** (16,4 años en hombres y 16,8 años en mujeres), siendo un punto superior el consumo de **alcohol** en mujeres (16,9 años) comparado con los hombres (15,9 años)

A pesar de que las edades de inicio en los consumos de las sustancias tradicionalmente más prevalentes en la población española apenas han cambiado en los últimos años, la evolución del indicador de prevalencia de consumo alguna vez en la vida nos permite establecer que, para la mayoría

de las sustancias, **el porcentaje de personas que no han consumido en su vida, por lo general, se está incrementando**. En este sentido, se puede observar que, para el **alcohol** en población de **estudiantes de enseñanzas secundarias entre 14 y 18 años**, el porcentaje de aquellos que refieren no haberlo probado ni una vez en la vida ha pasado de un 23,1% en 2016/2017 a un 26,1% en 2025. Si ampliamos el marco temporal, se aprecia una evolución muy positiva de este dato desde que empezó a registrarse esta encuesta, ya que en 1998 el porcentaje de encuestados que refería no haber probado esta sustancia ni una vez en su vida era del 14%. El consumo de **tabaco** también sigue esta tendencia, pues ha pasado de un 61,5% jóvenes de entre 14 y 18 años que referían no haberlo consumido nunca en 2016/2017 a un 72,7% en 2025, más de 10 puntos de diferencia.

En **población general de entre 15 y 64 años** los cambios en los consumos de sustancias más prevalentes no son tan notorios, y han experimentado variaciones a lo largo del tiempo. En el período temporal estudiado, se aprecia que **el alcohol** ha variado de un 8,8% de sujetos que declaraban no haberlo consumido ni una vez en su vida en 2018 a un 7,1% en 2024. Por otro lado, **el tabaco** ha pasado de un 30,3% de personas que declaran no haberlo consumido ni una vez en la vida en 2018, a un 33,4% en 2024.

Para el **cannabis**, en 2025 la edad media de inicio **en estudiantes de 14 a 18 años** se mantiene estable en 14,8 años en la última edición de la encuesta frente a la del año 2016/2017, siendo prácticamente idéntica en ambos colectivos (14,9 años en los chicos y 14,8 en las chicas) (9). En el caso de la **población de 15 a 64 años** este indicador era de 18,4 años en 2024 al igual que en 2018 (18,1 años en hombres y 19 años en mujeres) (1).

En este caso, la **prevalencia de estudiantes de 14 a 18 años que declaran no haber consumido cannabis ni una vez en su vida** también ha evolucionado de forma favorable. Así, en 2016/2017 un 68,9% contestaba “no” a la pregunta sobre si había consumido alguna vez en la vida, valor que aumenta para el año 2024 en el que alcanza un 79%. En cuanto a la **población de entre 15-64 años**, se observa la tendencia contraria, pasando de un 64,8% que refería no haberlo probado nunca en 2018 frente a un 56,3% en 2024.

En relación con el consumo de **cocaína**, la edad medio de inicio de consumo de **cocaína base en estudiantes de 14 a 18 años** se mantiene estable en 14,6 años comparado con 2016/2017, muy similar a la edad de inicio de consumo de **cocaína polvo y/o base** (14,7 años), valor que ha descendido desde 2016/2017 (15,1 años) (9). Para los **encuestados de 15 a 64 años** la edad media de inicio para cocaína base también se mantiene estable en 23,2 años en comparación con 2016/2017, mientras que la edad media para el consumo de cocaína en polvo es mayor en 2024 (21,4 años) que en 2018 (21,1 años). En ambas poblaciones la edad media de inicio para las dos sustancias es inferior en hombres que en mujeres (1).

En cuanto al porcentaje de **estudiantes** que refieren no haber probado **la cocaína (polvo y/o base)**, se aprecia, de nuevo, una inercia positiva. En 2016/2017 un 96,8% de los encuestados refirió no haberla consumido nunca, porcentaje que evoluciona favorablemente a un 97,1% en 2025. Mayor variación se aprecia si ampliamos el tramo temporal, ya que en 1998 el porcentaje de estudiantes que declaraban no haberla probado era de 94,6%. De nuevo, para el caso de la **población general entre 15-64 años**, el consumo alguna vez en la vida de cocaína en polvo y/o base pasa de un 89,7% quienes referían no haberla probado en el año 2018 al 86,7% observado en 2024. En este caso, el indicador que incluye la cocaína en ambos formatos (polvo y/o base) se incluyó en 2007, año en el que el valor fue de 91,7%.

En cuanto a los **hipnosedantes (con o sin receta)**, la edad media de inicio en el consumo en **estudiantes de 14 a 18 años** aumenta de 13,7 años en 2016/2017 a 14 años en 2025. La edad media de inicio de consumo de hipnosedantes con o sin receta es superior en las mujeres que en los hombres (9). La población de 15 a 64 años registró una edad media de inicio de **hipnosedantes (con o sin receta) de 34,4 años**, igual que en 2016/2017 (34,5 años en hombres y 34,3 años en mujeres) (1).

En el caso de los **hipnosedantes con o sin receta**, el porcentaje de **estudiantes de entre 14 y 18 años** que refiere no haberlos consumido nunca se mantiene estable desde 2016/2017 en un 82,1%. Para

este caso, si ampliamos el marco temporal, vemos que la evolución es negativa, ya que en 1998 la prevalencia de no consumo ni una vez en la vida era superior, alcanzando el 92,3%. En **población general de entre 15 y 64 años**, el porcentaje que refiere no haberlos probado nunca ha pasado de un 79,2% en 2018 a un 72,6% en 2024.

Al margen de la edad de inicio en los consumos, para conocer mejor la magnitud del problema entre los más jóvenes, es de indudable interés conocer la situación y la evolución de las prevalencias de consumo de diversas sustancias psicoactivas, obtenidas en los **estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años**, que se detallan en el siguiente apartado. **En general, se observa una tendencia decreciente para la mayoría de las sustancias en la población más joven.**

2.2. Resultados de prevalencia de consumo de sustancias y otras adicciones en población de 14 a 18 años

2.2.1. Alcohol

En el caso del **alcohol**, entre 2016/2017 y 2025 se aprecia una disminución de la prevalencia en todos los tramos temporales de consumo en los estudiantes de 14 a 18 años, alguna vez en la vida (del 76,9% al 73,9%), durante los últimos 12 meses (de 75,6% frente a 71%), y en el consumo los últimos 30 días (de un 67% en 2016/2017 a un 51,8% en 2025) (9). Durante la pandemia, en general, se observó una reducción en la prevalencia de los consumos.

Para la frecuencia de borracheras en los últimos 30 días se observa una disminución durante el período estudiado desde el 21,8% en 2016/2017 a un 17,2% en 2025, y para el *binge drinking* (o consumo en atracón) desde el 31,7% en 2016/2017 a un 24,7% en 2025. En ambos casos para estos dos últimos parámetros hubo un repunte en el año 2019, volviendo a la tendencia decreciente en la edición de ESTUDES del año 2021 (*Fig. 14*).

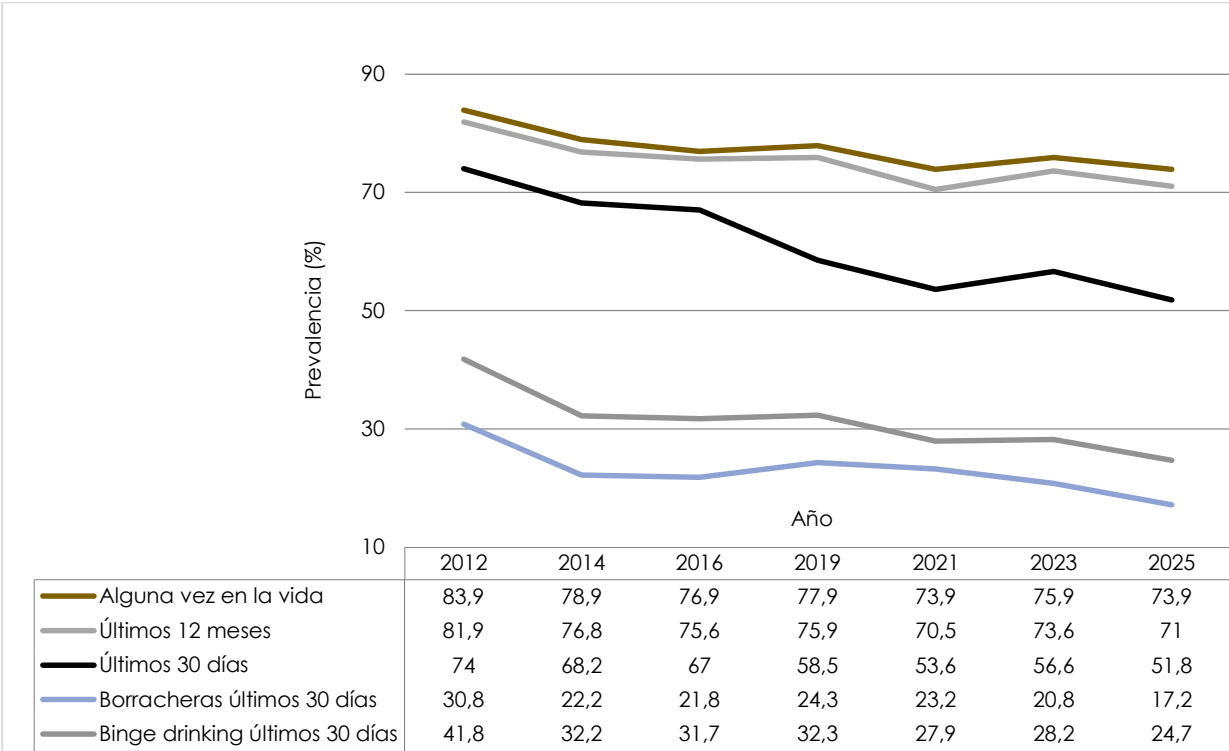


Figura 14. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, prevalencia de borracheras (últimos 30 días), prevalencia de *binge drinking* (últimos 30 días) (%), entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 2012-2025. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (ESTUDES)]

Atendiendo al consumo de alcohol en los últimos 12 meses en función del sexo de los alumnos, se ve que históricamente ha habido una ingesta más alta de esta sustancia entre las chicas que en los chicos. No obstante, es preciso indicar que desde el 2021, se está estrechando cada vez más la diferencia entre ambas prevalencias y, actualmente, las mujeres registran un consumo 3 puntos porcentuales más alto que los hombres (72,5% frente a 69,5%), cuando en 2023 la diferencia era de 4,9 puntos y en 2021 de 5,5 puntos. Contemplando el consumo en los 30 días previos a la realización de la encuesta, en 2025, aunque sigue habiendo un mayor consumo de alcohol entre las mujeres, la diferencia en las proporciones es muy reducida, de apenas 0,7 puntos porcentuales (52,2% mujeres y 51,5% hombres). De hecho, se trata de la menor diferencia desde el año 2012 (Fig. 15) (9).

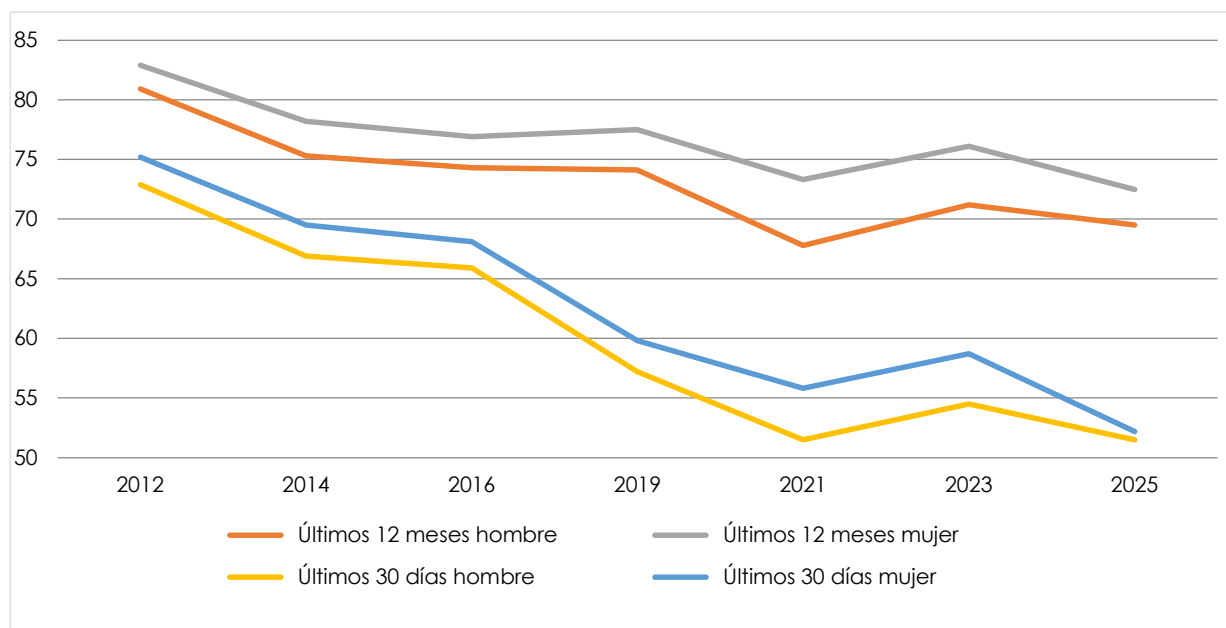


Figura 15. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España 2012-2025. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (ESTUDES)]

En la población joven, a medida que aumenta la edad, lo hace el consumo de alcohol, registrándose los mayores incrementos cuando se pasa de 14 a 16 años, mientras que se reducen considerablemente de los 17 a los 18 años. Cuando se circunscribe el análisis al consumo en los últimos 30 días, se puede observar que la diferencia entre los estudiantes de 14 años y los de 18 es mayor que en el resto de los tramos, suponiendo una variación de 40,1 puntos porcentuales (30,9% de jóvenes de 14 años declaran haber tomado alcohol en el último mes frente al 71,0% de los estudiantes de 18 años). No obstante, se observa una disminución de la prevalencia de consumo en todas las franjas de edad si se compara con los valores obtenidos en 2016/2017 para todos los tramos temporales consultados (alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días).

En 2023, en el marco de la encuesta ESTUDES se realizó un **estudio piloto para conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas y otras adicciones entre los estudiantes de 12-13 años (1º y 2º ESO)** (10). Se observa que, el 34,6% reconoce haber consumido **alcohol**, al menos, una vez en su vida, el 30,6% lo ha consumido en los últimos 12 meses y el 21,5% en los últimos 30 días. Se observa una mayor prevalencia de consumo de alcohol en este último tramo temporal en los chicos (22,3%) que en las chicas (20,6%), siendo más elevado el consumo entre los alumnos de 13 años en todos los plazos temporales.

El 7,2% de los alumnos de 12 y 13 años de 1º y 2º de la ESO declara haberse emborrachado alguna vez en su vida, habiéndolo hecho en el último año el 5,8%, reduciéndose al 1,9% en el último mes. Atendiendo al sexo, la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas entre los estudiantes de 12 y 13 años es mayor entre las chicas que entre los chicos en todos los tramos temporales analizados.

El 8,3% de los estudiantes de 12 y 13 años reconoce haber hecho botellón en los últimos 12 meses, proporción que se reduce a menos de la mitad cuando se ajusta el plazo temporal al último mes (3,1%). Analizando las prevalencias del botellón en función del sexo se observa que, tal y como ocurría con las borracheras, aquellas son algo superiores entre las chicas que entre los chicos. Respecto a la edad, la proporción de alumnos que reconoce haber hecho botellón se multiplica por tres cuando se pasa de 12 a 13 años en lo relativo a los últimos 12 meses (de 3,7% a 12,4%), y por cinco en referencia al último mes (de 1,0% a 4,9%).

2.2.2. Tabaco

Tras el alcohol, la sustancia psicoactiva que ocupa la segunda posición en prevalencia de consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años es el **tabaco**. Y también entre los jóvenes se observa un cambio notorio en los datos de prevalencia de consumo para esta sustancia. Así, el 27,3% de los alumnos reconoce haber fumado tabaco en alguna ocasión (frente al 38,5% en 2016/2017), descendiendo hasta el 21,2% cuando se acota la franja temporal a los últimos 12 meses (frente al 34,7% en 2016/2017). Por otra parte, si hablamos del consumo de esta sustancia en los últimos 30 días, la proporción de jóvenes que reconoce haberlo hecho en este periodo se sitúa en el 15,5% (frente al 27,3% en 2016/2017), y para el consumo diario un 4,3% (frente al 8,8% en 2016/2017) (Fig. 16) (9).

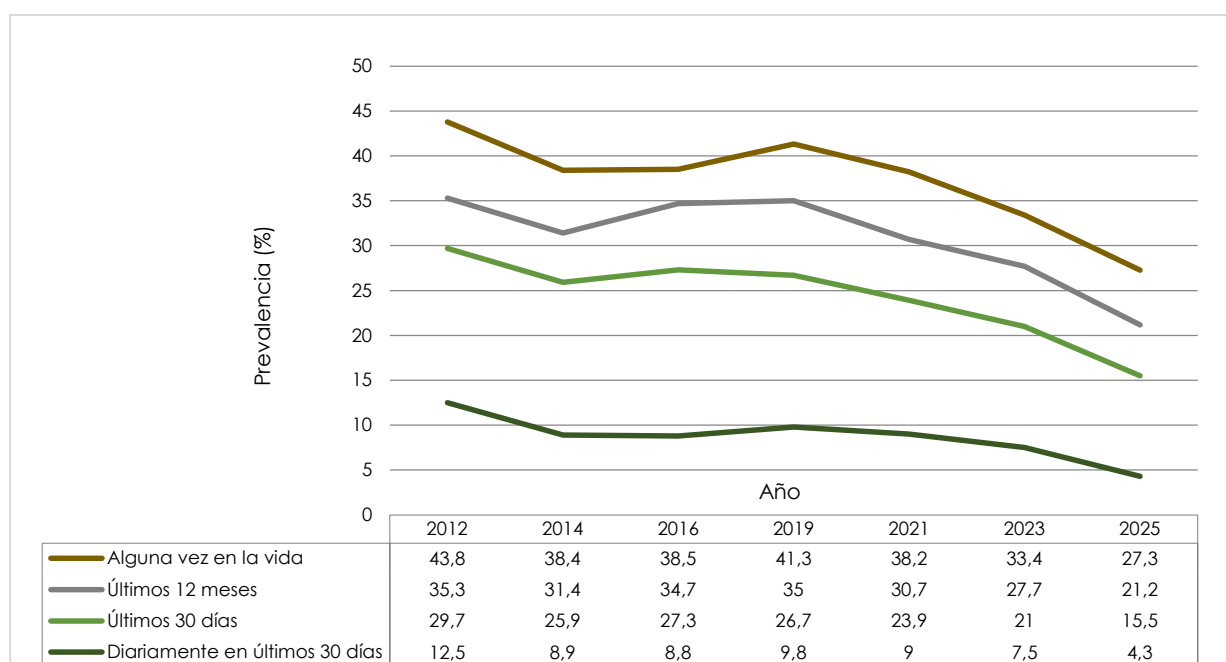


Figura 16. Prevalencia de consumo de tabaco (%) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 2012-2025. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (ESTUDES)]

Las diferencias de consumo de tabaco entre sexos se han ido reduciendo con el tiempo, excepto para el consumo diario en los últimos 30 días en el que no observamos prácticamente diferencias entre hombres y mujeres en todo el período temporal analizado (Fig. 17).

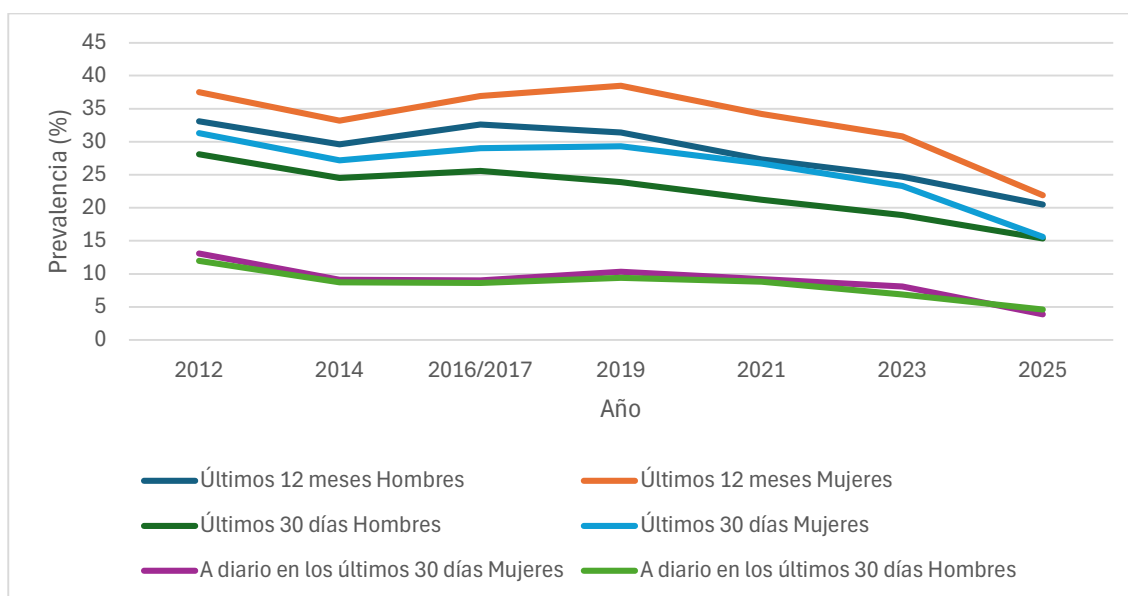


Figura 17. Prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2012-2025. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (ESTUDES)]

En cuanto a la edad, se observa que en edades más tempranas (14, 15 y 16 años) las mujeres fuman más que los hombres, situación que cambia en tramos etarios superiores (17 y 18 años) donde son los hombres los que consumen más esta sustancia.

El 46,4% de los alumnos que ha fumado en el último año no solo se han planteado dejar de fumar, sino que también reconoce haberlo intentado. Esta cifra supone una mejora de 6,2 puntos porcentuales respecto a 2016/2017 y el mejor dato de toda la serie evolutiva. Atendiendo al sexo de los alumnos, la voluntad de dejar de fumar, históricamente, es más acusada entre las mujeres, llegando al 50,1% en esta edición de la encuesta en comparación con el 42,5% de 2016/2017.

Entre los **alumnos de 12 a 13 años** el 8,5% reconoce haber fumado **tabaco** alguna vez en su vida, reduciéndose esta prevalencia en 2 puntos porcentuales cuando se ajusta el plazo temporal a los últimos 12 meses, y el 4,1% en los últimos 30 días. Atendiendo al sexo, con independencia del tramo temporal analizado, se observa que el consumo de tabaco está algo más extendido entre las chicas que entre los chicos de 12 y 13 años, así que como el consumo aumenta con la edad (10).

2.2.3. Cigarrillos electrónicos

Para el fenómeno de los **cigarrillos electrónicos o vapers**, se observa que prácticamente la mitad de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de entre 14 y 18 años reconoce haberlos consumido alguna vez en la vida (49,5%), frente al 20,1% observado en 2016/2017. La prevalencia de consumo de estos dispositivos también aumenta para el indicador de consumo en los últimos 12 meses (de 37,8% en 2019 a 40,8% en 2025) y para el de consumo en los últimos 30 días (de 14,9% en 2019 frente al 27,1% en 2025) desde que se disponen datos. (9).

En cuanto al sexo, los chicos presentaron frecuencia de consumos de **vapers** alguna vez en la vida por encima de las chicas hasta 2023, pero a partir de entonces un mayor porcentaje de las chicas hace uso de este tipo de dispositivos que los chicos, aunque en 2025 la diferencia entre sexos ha disminuido (Fig. 18).

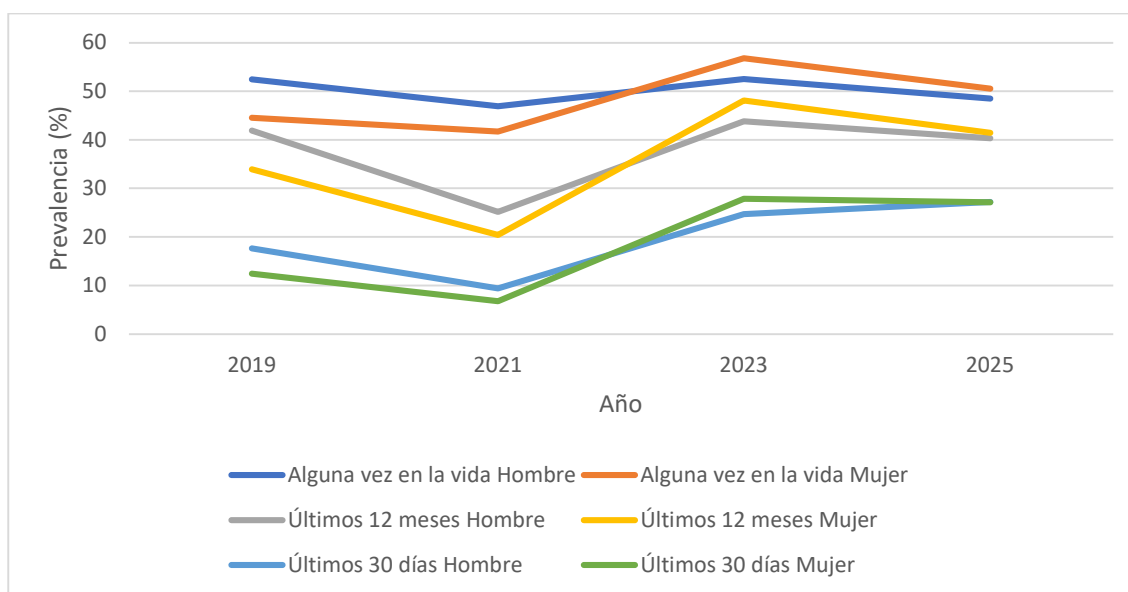


Figura 18. Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según sexo (%). España, 2019-2025. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (ESTUDES)]

En lo referente a la edad, en 2025 la prevalencia de consumo de esta sustancia alguna vez en la vida aumenta con la edad, de los 14 a los 17 años, encontrándose a los 17 años la proporción más alta de consumo (57,2%), y registrándose una ligera disminución del consumo en el grupo de 18 años (54,3%). Esto marca un cambio respecto a la dinámica de años anteriores, en la que el grupo de 18 años presentaba la mayor prevalencia de consumo alguna vez en la vida.

Uno de cada cuatro **estudiantes de 12 y 13 años** declara haber consumido alguna vez en su vida **cigarrillos electrónicos** (25,2%); el 21,0% de estos estudiantes reconoce haber vapeado en los últimos 12 meses y un 11,2% en los últimos 30 días. Con independencia del tramo temporal analizado, se observa que la prevalencia de consumo de los cigarrillos electrónicos es algo superior entre las chicas que entre los chicos, alcanzando los estudiantes de 13 años la mayor proporción de consumidores (10).

2.2.4. Pipas de agua o cachimbas

El consumo de **pipas de agua o cachimbas** ha experimentado un descenso notable en 2025 frente a 2023 en la **población de 14 a 18 años**, tanto en el indicador relativo al consumo alguna vez en la vida (57,9% en 2023 frente al 27,8% en 2025) como en los últimos 12 meses (44,8% en 2023 y 20,9% en 2025). En cuanto al sexo, el consumo de pipas de agua está más extendido en los chicos con independencia de la edad, tanto para el consumo alguna vez en la vida como en los últimos 12 meses. El grupo de los 18 se presenta como el de mayor prevalencia de consumo alguna vez en la vida (9).

El 9,5% de los **alumnos de 12 y 13 años** reconoce haber usado **pipas de agua**, alguna vez en su vida, reduciéndose hasta el 7,0% cuando se limita su consumo a los últimos 12 meses, con mayor prevalencia de consumo en chicos que chicas en ambos tramos temporales (10).

2.2.5. Hipnosedantes

En 2025, el consumo alguna vez en la vida de **hipnosedantes con o sin receta** médica entre los **estudiantes de 14 a 18 años** experimenta una disminución de la prevalencia por primera vez desde 2014, situándose en el 17,9%, ocurriendo lo mismo en los otros dos periodos de tiempo analizados. El consumo

de esta sustancia está más extendido en las chicas y su prevalencia de consumo se incrementa con la edad, con independencia del sexo (9).

Respecto al consumo de **hipnosedantes sin receta**, el 9,5% de los estudiantes reconoce que alguna vez en su vida ha ingerido hipnosedantes sin que se los haya recetado un médico, presentando un aumento con respecto al dato de 2016/2017 (8%), siendo también muy superior entre las chicas.

2.2.6. Analgésicos opioides

En 2025 el 1,3% de los **estudiantes de 14 a 18 años** declara haber consumido **analgésicos opioides** para colocarse alguna vez en su vida, alcanzando la cota más baja de consumo desde que se dispone de datos en 2019 (2,2%). Los chicos presentan una prevalencia superior, y la edad media de inicio sigue bajando, situándose en 14,7 años, si bien es una sustancia cuyo consumo es muy reducido en todos los tramos temporales analizados (9).

2.2.7. Cannabis

El **cannabis** es la sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia de consumo entre los estudiantes de **Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años**. A pesar de esto, en los últimos años se ha observado una importante disminución en su consumo para los diferentes tramos temporales consultados: el indicador de consumo alguna vez en la vida ha disminuido en 10 puntos desde 2016/2017 (31,1%) hasta 2025 (21%). En el caso del consumo en los últimos 12 meses, se ha pasado de un 26,3% de prevalencia de consumo en 2016/2017 a un 15,5% en 2025, más de diez puntos de diferencia. En el consumo en los últimos 30 días, la disminución es menos acusada, pero sigue siendo notable, pasando de un 18,3% en 2016/2017 a un 11,6% en 2025. Finalmente, para el consumo diario en los últimos 30 días también se observa un decremento importante, variando de 2% en 2016/2017 a un 0,8% en 2025 (*Fig. 19*) (9).

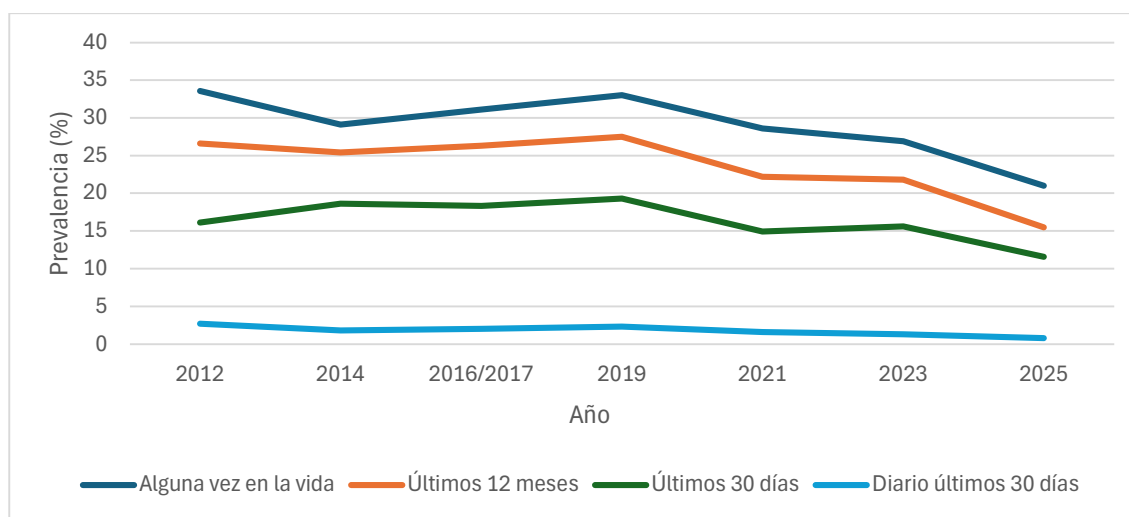


Figura 19. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2012-2025. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (ESTUDES)]

Según sexo, se observa de forma clara que el consumo de cannabis está más extendido entre los chicos, independientemente del tramo temporal considerado en el análisis. A pesar de esto, la diferencia de consumo entre ambos sexos se ha ido reduciendo con los años. Además, las prevalencias aumentan con la edad, dándose un salto más importante en el paso de los 15 a los 16 años.

Siendo un dato de gran importancia sanitaria, los consumos de riesgo de cannabis entre los jóvenes (puntuación CAST ≥ 4 puntos) que han consumido en el último año, se encuentran relativamente estables, con una frecuencia de 13,3% en 2016/2017 y de 13,9% en 2025, pero con valores más elevados en los años intermedios. En el conjunto de la población total de entre 14 y 18 años la estimación de consumidores problemáticos de cannabis se ha reducido de 2,8% a 1,7% entre 2016/2017 y 2025.

Para el resto de las sustancias incluidas en las encuestas a estudiantes de enseñanzas secundarias no es posible establecer diferencias en el periodo actualizado debido a la baja prevalencia de su consumo.

2.2.8. Percepción de disponibilidad de drogas

La **percepción de la disponibilidad** evalúa en qué medida los estudiantes consideran que fácil es conseguir las diferentes sustancias psicoactivas. En 2025, se observa una disminución generalizada de la percepción de disponibilidad (9).

El **alcohol y el tabaco** se presentan como las sustancias percibidas más accesibles por los estudiantes de enseñanzas secundarias entre 14 y 18 años. En 2025, un 87,3% considera que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir tabaco, valor inferior al observado para esta sustancia en 2016/2017 (91,4%). En el caso del alcohol, el 91,6% tiene esta percepción de fácil accesibilidad en 2025, frente al 93% registrado en 2016/2017.

En cuanto a los **hipnosedantes**, la percepción de disponibilidad también se reduce en el año 2025 (42,1%) frente a 2016/2017 (47,5%).

Por otro lado, el **cannabis** se presenta como la sustancia ilegal percibida más accesible, alcanzando un valor de accesibilidad de 49,3% en 2025. A pesar de esto, este valor ha disminuido de forma sustancial en comparación a 2016/2017 (65,9%)

La **cocaína en polvo** ha registrado en 2025 el valor más bajo de toda la serie histórica en cuanto a su disponibilidad percibida, con un 25,9% (en 2016/2017 fue de 32,3%).

Para otras sustancias como alucinógenos, éxtasis, anfetaminas, heroína y metanfetaminas, la disponibilidad percibida no supera en ningún caso el 20% (Fig. 20).

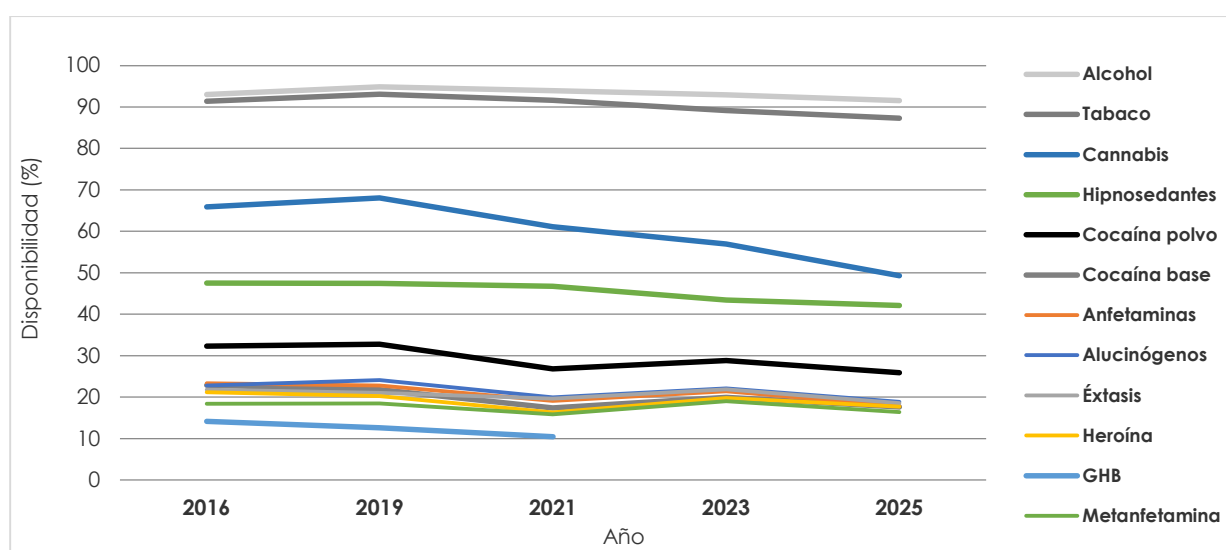


Figura 20. Disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje de estudiantes que piensa que les sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga si quisiera) (%). España 2016/2017-2025. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (ESTUDES)]

En cuanto a las diferencias por sexo, los hombres presentan una mayor percepción de la disponibilidad de todas las sustancias a excepción del alcohol, donde un mayor porcentaje de chicas pasan a considerar la sustancia como accesible.

En cuanto a la edad, se ha visto que la percepción de disponibilidad aumenta, en general, a medida que la edad se incrementa.

Más de la mitad de los **estudiantes de 12 y 13 años** consideran que les sería fácil o muy fácil adquirir **alcohol** si quisiesen (52,2%). En relación con la obtención de **tabaco**, la percepción sobre disponibilidad se reduce en 10,4 puntos porcentuales entre estos alumnos (41,8%) (10).

2.2.9. Percepción del riesgo

Analizando la **percepción del riesgo** se puede conocer en qué medida los estudiantes piensan que una determinada conducta puede ocasionar problemas. En este sentido, esta consideración se comporta como un factor protector frente al consumo. Los resultados obtenidos en este sentido son congruentes con los descensos observados en determinadas prevalencias de consumo, y con la disminución de la disponibilidad percibida para diversas sustancias (9).

En el caso del **alcohol**, se viene observando un aumento notable en la percepción del riesgo asociado a su consumo, coincidiendo con el descenso registrado en su prevalencia de consumo. Así, en 2025 el 67,6% de los estudiantes de 14 a 18 años considera que tomar 5 ó 6 cañas/copas en fin de semana puede causar muchos o bastantes problemas, frente al 56,1% que se observó en 2016/2017. En cuanto al consumo diario de 1 ó 2 cañas/copas, el 66,2% consideran su peligrosidad en 2025 frente al 52,9% en 2016/2017.

Para el **tabaco** se observa de nuevo un aumento, aunque no tan reseñable como para el alcohol, de la percepción del riesgo. Un 93,3% piensa que el consumo de un paquete diario de tabaco puede causar bastantes o muchos problemas en 2025, frente al 91,8% registrado en 2016/2017. En el caso de los cigarrillos electrónicos, los resultados indican que la percepción del riesgo en su consumo aun siendo relativamente baja en comparación con otras sustancias (57,3% en 2025). Sin embargo, ha aumentado bastante desde 2016/2017 (34,2%), año en el que se recogió el dato por primera vez, siendo este el único caso en el que los chicos superan a las chicas en el riesgo percibido frente a su consumo.

En el caso del consumo habitual de **hipnosedantes** se viene produciendo en los últimos años un ligero descenso de la percepción de riesgo, que marcó en 2019 su mayor valor histórico (90,7%). En 2025, este dato se sitúa en el 87,9% de los estudiantes, muy similar al obtenido en 2016/2017 (87,7%).

Para el **cannabis**, existe un amplio consenso entre el alumnado sobre que su consumo habitual puede acarrear problemas. Esta cifra ha venido aumentando desde 2016/2017 (90,7%), alcanzando en 2025 su cota histórica más alta, 94,1%. Además, la percepción del riesgo frente al consumo esporádico también ha aumentado de forma muy destacable, de un 54,1% en 2016/2017 a un 72,1% en 2025.

Finalmente, las drogas cuyo consumo despiertan una mayor percepción del riesgo por el alumnado son la **heroína**, la **cocaína en polvo** o el **éxtasis** (> 95%), percepción que apenas se ha modificado desde que se dispone de los datos.

Atendiendo al sexo, en general, las mujeres presentan una mayor percepción del riesgo que los hombres en prácticamente todas las sustancias analizadas. Por edades, la conclusión no es tan evidente, pero en la mayor parte de los casos el riesgo percibido alcanza su valor máximo en el tramo etario de los 17 años.

Por último, también se ha observado que existe una relación directa entre la frecuencia de salidas nocturnas y el consumo de drogas. En 2025 se observa que los estudiantes que salen más asiduamente (3-4 noches a la semana) presentan un consumo de **alcohol** de hasta el 88,9% comparado con el 90,4%

registrado en 2016/2017. El consumo de **tabaco y cannabis** se redujo entre aquellos que salen más de 4 noches a la semana (41,4% y 35,8%, respectivamente, en el último año, en comparación con el 61,7% y 51,2% en 2016/2017) y aumenta el consumo de **cocaína** que alcanza el 11,4% entre quienes salen más de 4 noches semanalmente, comparado con el 10,6% en 2016/2017.

Existe un amplio consenso entre los alumnos de 12 y 13 años en relación con el riesgo que supone el consumo habitual (un paquete diario) de **tabaco** (91,6%). En el caso del **alcohol**, también es mayoritaria entre los de 12 y 13 años la convicción acerca del riesgo asociado al hecho de tomar 5 ó 6 cañas/copas en fin de semana (71,2%). No obstante, el riesgo percibido entre los estudiantes de 1º y 2º de la ESO acerca de los problemas derivados del consumo de 1 ó 2 cañas/copas diariamente es del 58,9%. En este grupo de estudio, se observa que el porcentaje de alumnos que sale semanalmente es muy minoritario (6,5%), siendo lo más habitual que no hayan salido nunca de noche en ambos sexos (10).

2.2.10. Juego de azar

Con relación a los **juegos de azar**, se aprecia que su práctica está relativamente extendida. En 2025, el 24,4% de los estudiantes de entre 14 y 18 años han jugado a juegos de azar online y/o presencial en los últimos 12 meses (11), aunque en niveles muy inferiores a los de las personas adultas (53,8%). Cuando se observa cada tipo de juego por separado, se aprecia que en el juego online son los jóvenes los que presentan una mayor prevalencia, alcanzando un 13% en los últimos 12 meses, mientras que para la población entre 15 y 64 años esta prevalencia en 2024 es de 5,5% (11).

Desde 2019, la tendencia de juego online y/o presencial en los últimos 12 meses para la población estudiante ha disminuido, hasta el año 2025 en el que se observa un aumento (24,4%), aunque no se ha alcanzado la cifra de 2019 (25,5%) (11)

En general, la prevalencia de juego de azar online y/o presencial en hombres entre 14 y 18 años es mayor que en mujeres, y, tras una disminución para ambos sexos en 2021 y 2023, en 2025 las cifras vuelven a aumentar alcanzando un 34,7% en hombres y un 14% en mujeres. (Fig. 21) (11).

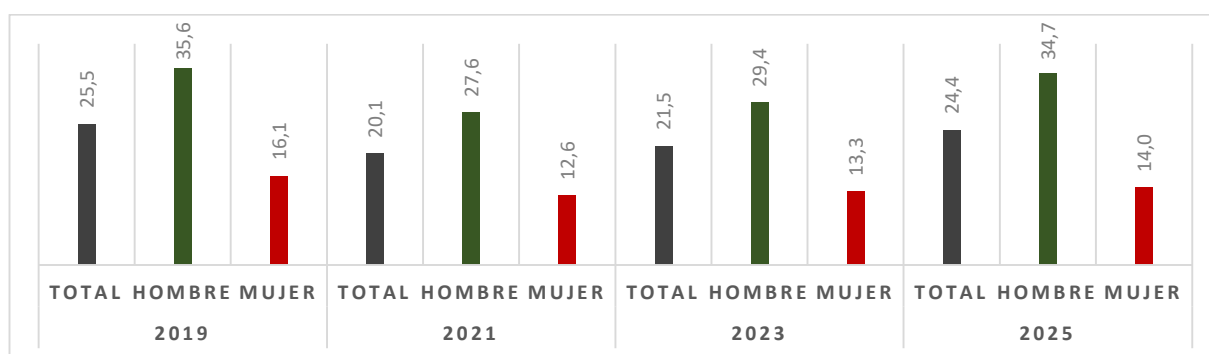


Figura 21. Prevalencia de juegos de azar online y/o presencial en los últimos 12 meses en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según sexo (%). España, 2019-2025. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (ESTUDES)]

Acotando al juego de azar online, se observa un aumento en la prevalencia entre los años 2019 y 2025, con un aumento de 2,7 puntos en la prevalencia de juego en los últimos 12 meses (de 10,3% a 13,0%) (Fig. 22).

En lo relativo al sexo, en 2025 hay una notable diferencia en la prevalencia de juego de azar online entre los hombres (20,7%) y las mujeres (5,3%). A pesar de ellos, este dato para las mujeres es el mayor de toda la serie histórica. Entre los que han jugado a juegos de azar online en los últimos 12 meses, las

mujeres presentan mayores frecuencias de juego anual (un día al mes o menos), mientras que los hombres las superan en los tramos de frecuencia mensual (de 2 a 4 días al mes) y semanal (de 2 a 5 días a la semana). Finalmente, se aprecia que la frecuencia de juego diaria (6 o más días a la semana), es muy similar para ambos sexos (11,4% en hombres y 11,2% en mujeres).

Para el juego de azar presencial entre los alumnos de 14 a 18 años, se aprecia que la prevalencia de juego en los últimos 12 meses aumenta en 2025 (20,9%) respecto a 2023 (17,7%) y 2021 (17,2%), habiendo disminuido respecto a 2019 (22,7%) (Fig. 22).

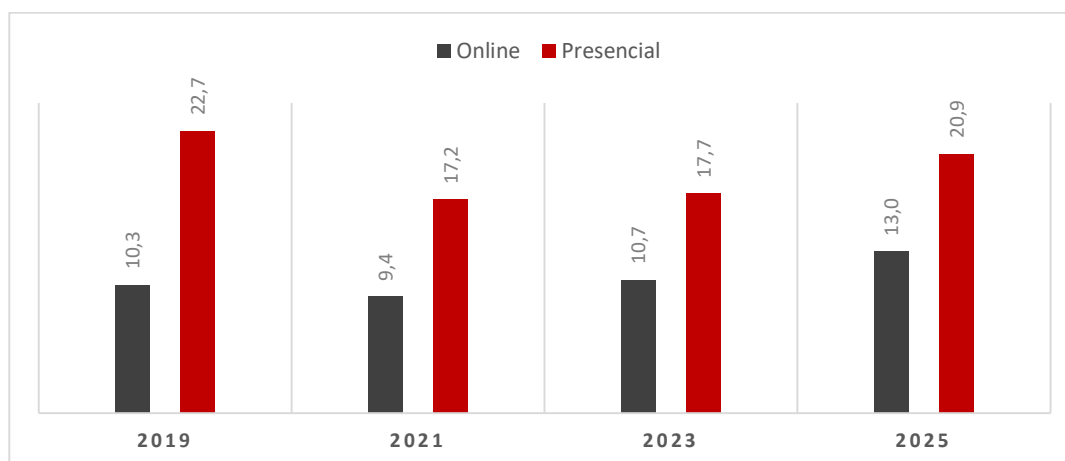


Figura 22. Prevalencia de juego de azar online o presencial en los últimos 12 meses en la población de 14-18 años (%), según modalidad de juego (online o presencial). España, 2019-2025. [FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (ESTUDES)]

A lo largo de la serie histórica los hombres presentan mayor prevalencia de juego de azar presencial que las mujeres. Además, la prevalencia de juego presencial aumenta según lo hace la edad.

En cuanto a las frecuencias relativas al juego de azar presencial, se observa que entre los alumnos de entre 14 y 18 años que han jugado en los últimos 12 meses, un 56,1% lo ha hecho un día al mes o menos en 2025, valor ligeramente inferior al 57% observado en 2019. La frecuencia mensual, disminuye en 2025 con un 25% frente al 26,2% en 2019. Para el juego semanal, se aprecia un leve aumento, pasando del 11,9% en 2019 al 12,6% en 2025. Finalmente, para el juego diario también se aprecia un aumento, pasando de un 4,9% en 2019 a un 6,3% en 2025. En general, los hombres superan a las mujeres en la mayoría de las frecuencias consultadas (de 2 a 4 días al mes, de 2 a 5 días a la semana, de 6 o más días a la semana).

En cuanto al **juego problemático** en población estudiante de Enseñanzas Secundarias de entre 14 y 18 años, en 2019 se incluye en la encuesta ESTUDES por primera vez el cuestionario Lie/Bet para su estudio. Se ha observado que, en 2025, la prevalencia de posible juego problemático presenta un aumento frente a 2021 (4,9% vs 3,4%), después del descenso percibido este mismo año respecto al anterior (3,4% vs 4,7% en 2019). Es importante subrayar que este incremento proviene del aumento de la prevalencia entre los hombres, desde el 7,6% en 2019 hasta el 8,4% en 2025, ya que la correspondiente a las mujeres se ha mantenido estable en las tres últimas ediciones, descendiendo para 2025 al 1,4% comparado con el 2% en 2019.

De nuevo, con el aumento de la edad aumenta el posible juego problemático, observándose la prevalencia más alta en el grupo de 18 años.

La prevalencia de posible juego problemático es superior en personas que han jugado en formato online (27,7%) que de forma presencial (21,5%), y en ambos casos los valores son superiores en 2025 respecto a años anteriores.

Por su parte, el 9,3% de los estudiantes de 12 y 13 años en 2023 (10) reconoce haber jugado con dinero online en los últimos 12 meses. Atendiendo al sexo, se observa que el juego con dinero está notablemente más extendido entre los chicos que entre las chicas de esta edad, donde la prevalencia se reduce a menos de la mitad (12,6% y 6,0%). No obstante, estas cifras de prevalencia de juego con dinero incluyen un porcentaje importante de estudiantes que indican que solo juegan a videojuegos. Por esto, la prevalencia de juego con dinero online en apuestas y juegos de azar en el último año excluyendo los casos exclusivos de usuarios de videojuegos es del 6,5%, mayoritario en chicos.

Respecto al juego con dinero presencial, la prevalencia entre los alumnos de primer ciclo de la ESO se sitúa en el 12,7%, más extendido en chicos (14,6%) que en chicas (10,8%), gastando más dinero en las loterías seguido de las apuestas deportivas y las quinielas.

2.2.11. Consumo en jóvenes a nivel europeo

España ha participado en la **Encuesta Europea en Escolares sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD)** en el año 2019 y 2024 (12). En 2024 la encuesta se realizó en estudiantes de entre 15 y 16 años, en 37 países europeos y en 2019 en estudiantes de 35 países europeos.

Los resultados muestran que el consumo de **bebidas alcohólicas** ha disminuido con el tiempo en prácticamente todos los países, con una reducción del consumo general y del consumo excesivo. Sin embargo, esta reducción es más pronunciada entre los chicos, mientras que las chicas muestran una tendencia más estable. A pesar de estos avances, el alcohol sigue siendo muy accesible, y el inicio temprano y el consumo excesivo episódico siguen siendo motivos de gran preocupación en algunas regiones. España se encuentra por debajo de la media europea, entre los países con menor prevalencia de consumo y el consumo ha sufrido un descenso importante desde el año 2019 (*Fig. 23*).

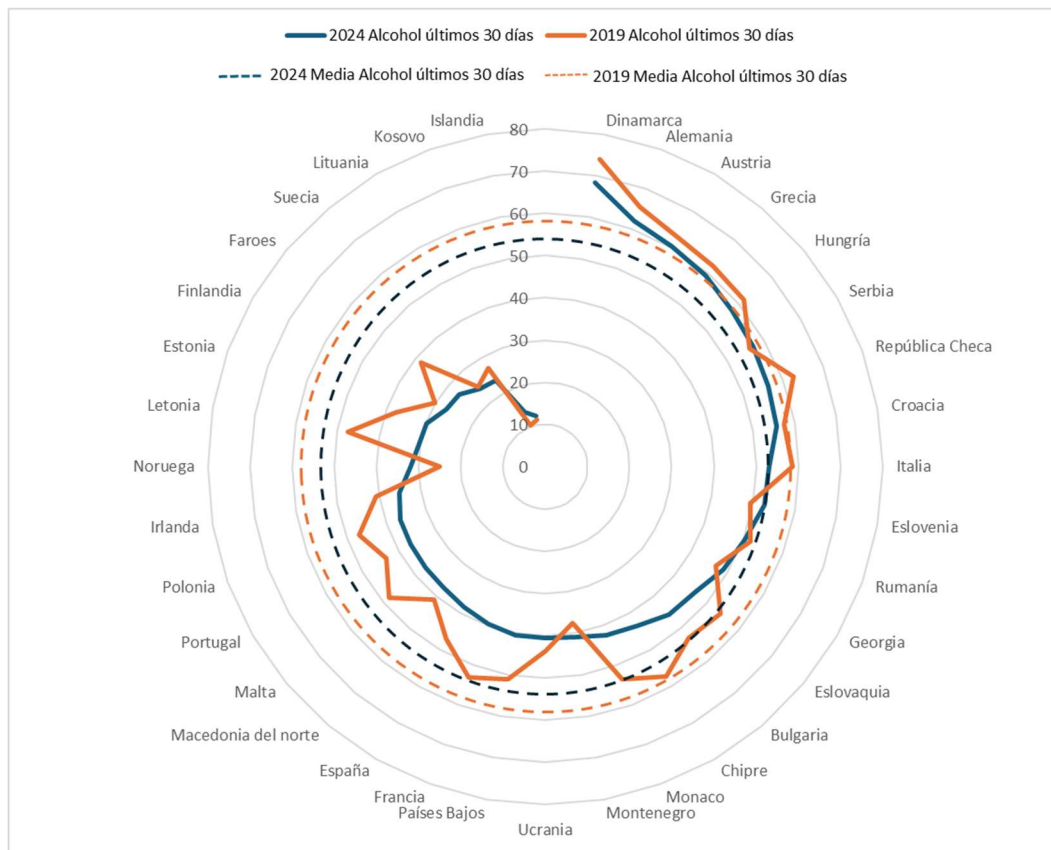


Figura 23. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días en 35 países europeos, Europa 2019,2024. [FUENTE: Encuesta De Escolares Sobre Alcohol y Otras Drogas (ESPAD)].

El consumo de **tabaco** ha disminuido notablemente, sobre todo en algunos países como España, en el período comprendido entre 2019 y 2024. El consumo de tabaco en los últimos 30 días, lo declara el 18% de los estudiantes. La prevalencia más alta se observa en Croacia y Hungría (32%), mientras que la más baja se da en Islandia (4,2%) y Suecia (8,2%). España se sitúa en un 13% (Fig 24). El consumo de tabaco en los últimos 30 días es más frecuente entre las chicas en más de la mitad de los países del ESPAD, y la mayor diferencia entre sexos se observa en Bulgaria (34% frente a 25%) y Rumanía (30% frente a 22%). Sin embargo, la tendencia se invierte en Kosovo (33% frente a 23%) y Georgia (18% frente a 9,5%), donde los chicos tienen tasas de tabaquismo en los últimos 30 días más elevadas.

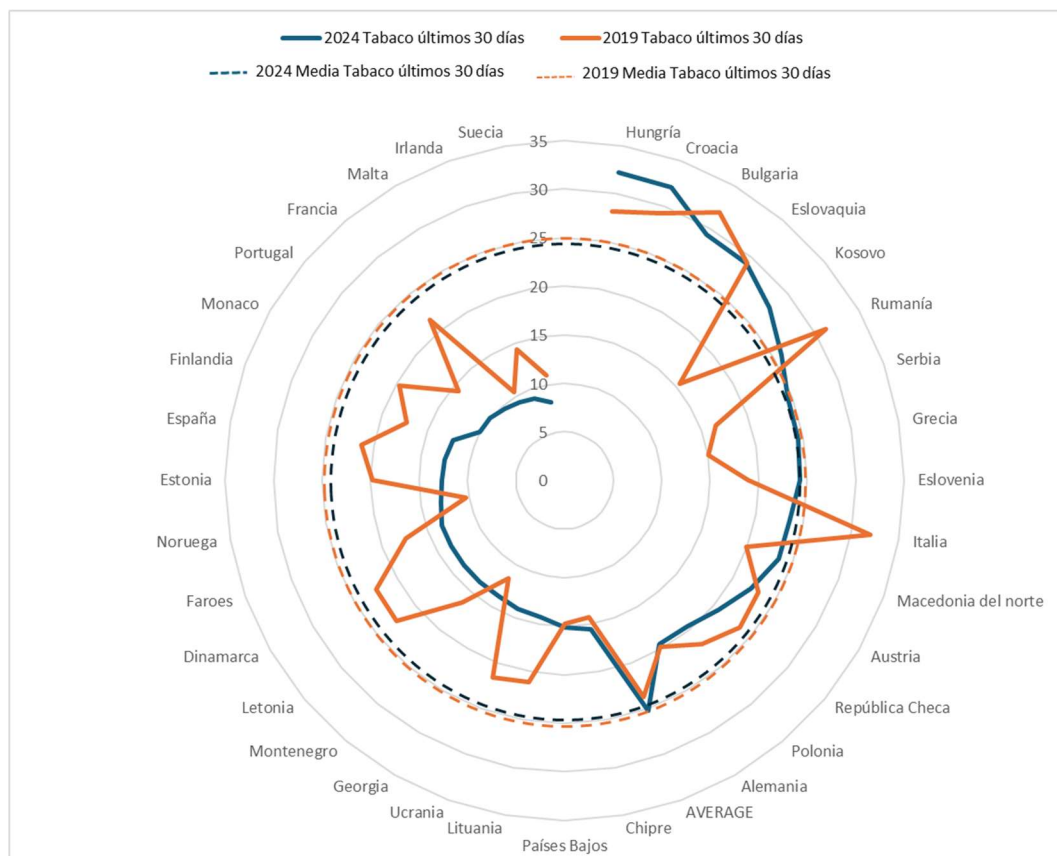


Figura 24. Prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días en 35 países europeos. Europa 2019, 2024. [FUENTE: Encuesta De Escolares Sobre Alcohol y Otras Drogas (ESPAD)]

El **cannabis** sigue siendo la droga ilícita más consumida, aunque la prevalencia a lo largo de la vida ha descendido hasta su nivel más bajo desde 1995. Si bien los chicos suelen declarar un mayor consumo, las diferencias entre sexos se están reduciendo, con algunas excepciones en las que las chicas superan a los chicos. El inicio temprano y el consumo de alto riesgo siguen siendo motivo de preocupación, aunque el consumo en los últimos 30 días ha descendido hasta el 5% (España 3,8%), lo que refleja una tendencia a la baja a largo plazo (Fig. 25). La disponibilidad percibida varía mucho, pero el cannabis sigue siendo la sustancia ilícita más fácil de obtener entre los estudiantes.

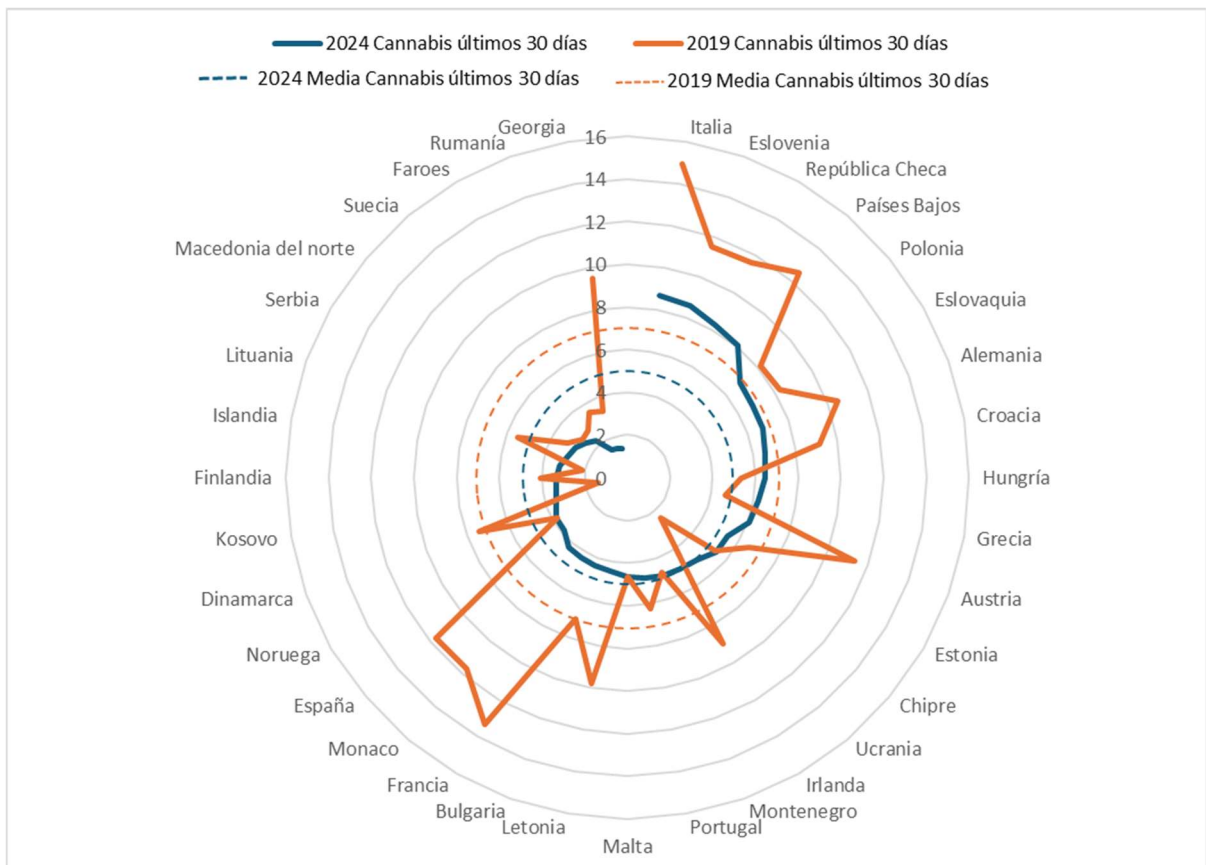


Figura 25. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en 35 países europeos. Europa 2019, 2024. [FUENTE: Encuesta de Escolares sobre Alcohol y Otras Drogas (ESPAD)]

3. Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales

Reducir los daños causados por el consumo entre las personas que utilizan sustancias adictivas y los problemas causados por las prácticas derivadas de las adicciones comportamentales constituye el tercer objetivo general de la Estrategia. Para ello, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) promueve y financia la obtención de información sobre los problemas relacionados con las drogas en base a diferentes indicadores. La información de estos indicadores debería ayudar a diseñar y evaluar, sobre la base del conocimiento, intervenciones relacionadas con el consumo de drogas, y contribuir en último término a mejorar la salud de la población.

3.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

En relación con las admisiones a tratamiento, en el año 2023 (último año del que se disponen datos) en España se registraron 48.635 admisiones por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco), 26.779 de ellas se corresponden a primeras admisiones. Esto supone un aumento del 6,07% respecto a 2022, pero sin alcanzar las cifras del año 2019 (50.035), año anterior a la pandemia por COVID-19. La **cocaína** se sitúa como la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (50% del total) también para primeras admisiones (49,6%), seguida del cannabis (26,1%) y los opioides (17,4%). Respecto a 2017, año en el que el número de admisiones a tratamiento fue de 46.799 personas, se observa que el porcentaje de personas admitidas a tratamiento por consumo de **heroína** como sustancia principal ha descendido notablemente (de 22,2% en 2017 a 15,4% en 2023); en cambio, aumenta el porcentaje de admitidos por consumo de **cocaína** (de 43,1% en 2017 a 50% en 2023), por consumo de anfetaminas (de 1,3% en 2017 a 2,2% en 2023), consumo de éxtasis (de 0,15% en 2017 a 0,32% en 2023) y por consumo de alucinógenos (de 0,16% en 2017 a 0,40% en 2023). Para otras sustancias como **cannabis o hipnosedantes** la tendencia parece mantenerse relativamente estable entre 2017 y 2023 (*Fig. 26*) (1).

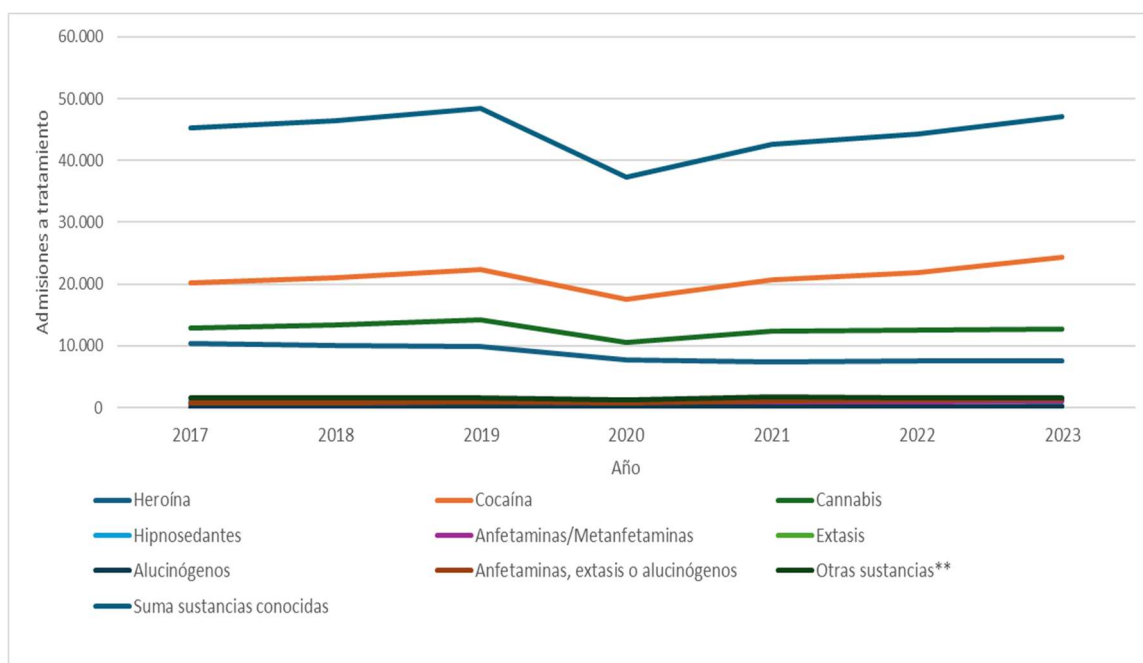


Figura 26. Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales. España, 2017-2023. [FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.]

En general, la proporción de admitidos a tratamiento por consumo de **cocaína y opioides** es más elevada en hombres que en mujeres (51,5% versus 43,7% en cocaína; 17,9% versus 15,3% en opioides). Sin embargo, la proporción de personas admitidas a tratamiento por consumo de cannabis es superior entre las mujeres (32,3%) que entre los hombres (24,6%), de la misma forma que para los hipnosedantes (5,2% en mujeres, 1,7% en hombres).

En relación con el **alcohol**, se observa que esta es la sustancia principal de admisiones a tratamiento en 2023, alcanzando un 36,7% del total de las admisiones por consumo de drogas ilegales y alcohol (76.789), seguido por la cocaína, el cannabis y los opioides, como ya se ha relatado. En este sentido, en cuanto al sexo, se observó que en las mujeres la admisión a tratamiento por consumo de alcohol tiene mayor peso (45,5%) que en los hombres (34,2%).

Por otro lado, los datos muestran desde hace años un importante descenso en el consumo de drogas por **vía parenteral**, la forma de administración asociada a mayores riesgos (de reacción adversa aguda, y también de transmisión de infecciones). El número medio estimado de inyectores en el último año y su valor mínimo y máximo se ha obtenido a través de estimaciones indirectas aplicando el método multiplicador. Así, el último año del que se disponen datos, el año 2023, fue de unas 6.870 (4.254-9.486) personas, cifra más o menos estable desde 2021, comparado con las 13.070 (8.025-18.115) registradas en el año 2017.

En relación con las **personas admitidas a tratamiento que refirieron haberse inyectado alguna vez en la vida**, se ha visto un claro descenso desde que se comenzó a registrar este indicador en los años noventa. En 2023, este número fue de 3.825 personas, que supone el 7,9% del total de admisiones a tratamiento por consumo de drogas ilegales. En 2017, este porcentaje fue del 14,6%. Asimismo, los casos de admisión a tratamiento que refirieron haberse inyectado **durante el último año** se ha reducido en 2023 (3,2%) respecto a 2017 (6,6%) (13) (Fig. 27). Los casos de **personas admitidas a tratamiento por primera vez**, que reportan haberse inyectado **alguna vez en su vida** también se han reducido proporcionalmente, de constituir un 4,8% en 2017 al 4% del total de primeras admisiones en 2023 (Fig. 27).

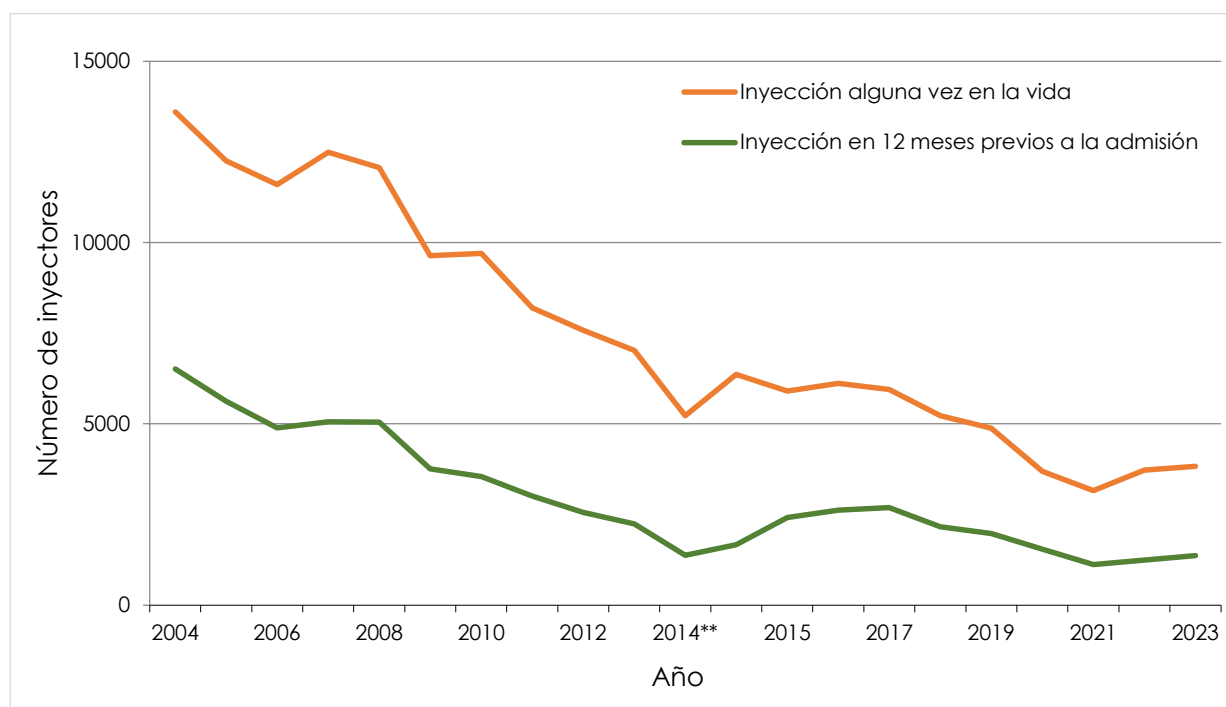


Figura 27. Número de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (entre el total de admitidos a tratamiento). España, 2004-2023. [FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.]

El perfil de las personas admitidas a tratamiento con uso de la vía inyectada como principal droga, se ha modificado desde 2017. Entonces, y para los consumos en los 30 días anteriores a la admisión, la principal sustancia de este grupo de personas admitidas a tratamiento fue la **heroína** (16,5% del grupo), seguida de **otros opioides** (13,1%), **alucinógenos** (4,2%) y **estimulantes, excluidos cocaína** (3,8%) (13). En 2023, en cambio, la distribución proporcional muestra que la **heroína** y los **otros opioides** tiene menos frecuencia (9% y 6,1% respectivamente), en tanto que las sustancias estimulantes distintas de cocaína pasan a suponer el 13,4% de las admisiones (1).

En los últimos 30 años, el **SIDA** y la **infección por VIH** han representado uno de los principales problemas de salud vinculados al consumo de drogas en España. Desde finales de los noventa, la infección por VIH en usuarios de drogas inyectadas ha disminuido notablemente, gracias a la extensión de los tratamientos con metadona o buprenorfina, los programas de intercambio de jeringuillas y la reducción del uso de la vía inyectada para la heroína. En 2023 se notificaron 3.196 **nuevos diagnósticos de infección por VIH**, un 86,1% en hombres y un 13,9% en mujeres. De ese total, los usuarios de drogas inyectadas representaron el 1,7% de los nuevos diagnósticos de VIH y el 4,2% de los casos de SIDA (14). En la serie histórica, estos valores han ido en decremento, a pesar de que en los últimos años presentan cierta estabilidad. Frente al año 2017, el porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH en personas que se inyectan drogas ha disminuido hasta casi la mitad, de un 3% en 2017 al ya mencionado 1,7% en 2023, pese a haber un repunte en 2018 (3,2%). En cuanto a los nuevos casos de SIDA en función de la categoría de transmisión, también se observa un claro descenso para los usuarios que se inyectan drogas, pasando de un 11,9% en el año 2017 al 4,2% observado en 2023 (1).

De todas las personas admitidas a tratamiento por consumo de sustancias (excluyendo tabaco), un 3% presentaron en 2023 **VIH positivo**, lo que supone más de un punto porcentual menos que en 2017. Si se analiza la frecuencia de casos VIH positivos según el tipo principal de droga utilizada, exceptuando el alcohol, se puede observar que entre los usuarios que se han inyectado alguna vez en la vida la prevalencia de VIH positivos fue del 20,7% en 2023 y de un 22% en 2017. En concreto, en función de la sustancia que genera la admisión a tratamiento, la prevalencia de VIH fue de 7,6% entre personas admitidas por consumo de heroína, 4,2% para otros opioides, 10,4% para metadona, 12% para inhalables volátiles y 19,8% en el caso de estimulantes sin cocaína en 2023, si bien hay que destacar la escasa magnitud numérica de los casos de estas dos últimas categorías, lo que dificulta extraer conclusiones consistentes.

En cuanto a la **infección por hepatitis C (VHC)**, en el año 2023, la prevalencia de casos en las personas admitidas a tratamiento fue del 3,6%, frente al 7,5% observado en 2017, siendo de nuevo más elevada la tasa de infección entre los que ya habían sido admitidos previamente (6,7%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (1,5%), apreciándose asimismo diferencias notables entre los inyectores (30,4%) y los no inyectores (1,2%). Según la sustancia por la que se acudió a tratamiento, se apreció un mayor porcentaje de VHC en consumidores de metadona (13,9%), heroína (14,6%), inhalables volátiles (8%), otros opioides (6,4%) y estimulantes sin cocaína (8,2%).

Por otro lado, respecto a la **infección por hepatitis B (VHB)**, la prevalencia de esta infección entre el total de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas se encuentra entre un 0,7% en 2017 y un 0,4% en 2023. También se aprecia un porcentaje superior de infección por VHB en inyectores (1,7%) que entre los no inyectores (0,3%). En función de la sustancia que generó la admisión, se observó un mayor porcentaje de VHB positivos entre las personas consumidoras de metadona (1,9%) e hipnosedantes (0,8%), seguidos de heroína (0,9%) y estimulantes sin cocaína (0,5%) (Fig. 28).

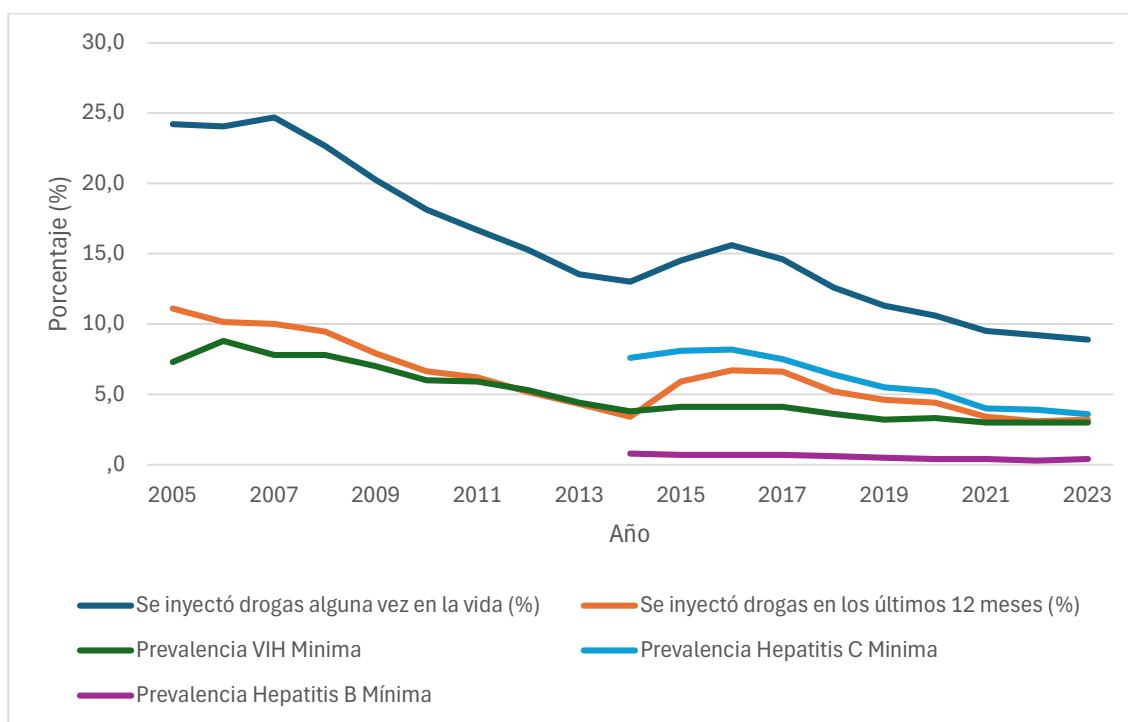


Figura 28. Características del consumo de sustancias psicoactivas del total de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales (%). España, 2005-2023. [Fuente: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.]

3.2. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas

Los registros de mortalidad asociada al consumo de drogas muestran una tendencia ascendente tras el decremento experimentado a partir de los años noventa. A partir del año 1996 la mortalidad asociada al consumo de drogas en España experimentó un considerable descenso, probablemente por el cambio de sustancias consumidas y la vía de administración, en especial por la disminución del consumo de heroína por vía intravenosa. A pesar de ello, en los últimos años se observa un aumento en las muertes asociadas al consumo de drogas en España que se estima pueda deberse a tres razones (1):

- 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.

A pesar de que estas modificaciones han permitido una recogida de datos más completa y precisa, cabe indicar que podría generar cifras más elevadas sin implicar necesariamente un aumento real en la mortalidad atribuible al consumo de drogas

Existen dos fuentes de información de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas en el indicador utilizado en el ámbito de este informe. El **Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas**, reportado al Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) por todas las CC. AA. y ciudades autónomas (C. A.), y el **Registro General de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE)**.

Según el Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas, en 2023, a nivel nacional, se notificaron 1.360 defunciones por reacción aguda a sustancias psicoactivas (696 en 2017). El 78,5% de estas personas fueron hombres y el 21,5% mujeres. En general, en el periodo analizado, la tendencia respecto a la mortalidad se mantiene estable en cuanto al sexo de la persona fallecida, con valores cercanos al 80% en hombres. La edad media de los fallecidos en 2023 ha sido de 48,1 años, manteniéndose

desde 2016 por encima de los 44 años. En 2023, un 77,9% de los fallecidos tenía más de 40 años. Esto parece estar relacionado con 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.

En el 76,8% de los casos hubo evidencia de consumo reciente de drogas y en un 4,1% se observaron signos recientes de venopunción, 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, un 11,2%, frente a un 22,1% en 2017 (13).

Del total de las 1.360 defunciones notificadas en este Registro Específico de Mortalidad, en 1.267 se disponía de información toxicológica desagregada por tipo de sustancia, cuyas principales sustancias detectadas fueron los **hipnosedantes**, en el 64,3% de los casos (60,6% en hombres y 77% en mujeres), de los cuales un 61,7%, correspondían a benzodiacepinas (782 fallecimientos); **opioides**, en el 47,6% de los casos (48,2% en hombres y 45,4% en mujeres); la **cocaína** en el 58,2% (64% en hombres y 37,9% en mujeres) y el **cannabis** en el 23,4% (26,2% en hombres y 13,8% en mujeres), y el **alcohol**, que solo se registra cuando aparece junto con otra sustancia y no como sustancia única, en el 32% de los casos (32,2% en hombres y 34,4% en mujeres). Además, es importante aclarar que en el 93,1% de los 1.267 fallecimientos de este Registro Específico se cuantificó más de una sustancia (1).

Dentro del periodo analizado, el cambio más significativo se observa en el porcentaje de muertes por reacción aguda tras consumo de **opioides**, que ha pasado de un 58,1% en 2017 a un 47,6% en 2023 (*Fig. 29*) (13). Del total de los 603 fallecimientos por reacciones agudas tras el consumo de sustancias en los que se detectaron **opioides**, la práctica totalidad mostraron también presencia de otras drogas. La **cocaína** (sola o con otras sustancias) fue detectada en el 59,2% de estos casos. La **metadona** se detectó en un 24,3% de los fallecidos en 2023, mayoritariamente junto con otros opioides (solo un 10% de los casos presentaron como único opioide la metadona). En relación con la presencia de **fentanilo**, en 2023 se han notificado 60 fallecimientos frente a los 33 casos notificados en 2022 o los 10 casos en 2018 (1).

En relación con la presencia de **cocaína** en los fallecidos, cabe señalar que la prevalencia ha aumentado ligeramente (desde un 53,2% en 2017 a un 58,2% en 2023) (*Fig. 29*). Se ha hallado como única sustancia solamente en el 11% de los 737 fallecidos en los que se identificó, y asociada a opioides en un 48,4%. Hasta 2017, era más elevado el porcentaje de fallecidos en los que se detectaban opioides y no cocaína. En 2018 y 2019 esta situación se invierte, superando el porcentaje de fallecidos en los que se detecta cocaína sin opioides al porcentaje en los que se detectan opioides sin cocaína. En 2020 y 2021 parece retomarse la tendencia previa a 2017, pero de nuevo a partir de 2022, la **cocaína sin opioides aparece en más casos de fallecimiento (58,2% en 2023) que los opioides sin cocaína (47,6% en 2023)**.

A partir de 2015, los **hipnosedantes** han mostrado una ligera tendencia decreciente en su presencia en fallecidos. En 2017 se detectaron en el 68% de los fallecidos, en tanto que en 2023 la frecuencia fue del 64,3% (*Fig. 29*). Al igual que otras drogas, los hipnosedantes fueron detectados mayoritariamente junto a otras sustancias, generalmente opiáceos, cocaína y alcohol.

La mortalidad por reacción aguda tras consumo de **anfetaminas** se mantiene relativamente estable, aunque con tendencia a la baja. En 2017 el porcentaje de muertes por reacción aguda tras consumo de esta sustancia fue de 5,9%, frente al 5,2% de 2023, aunque cabe destacar el repunte observado en 2021 (9,3%) (*Fig. 29*).

Para el **cannabis**, se observa una tendencia creciente si se comparan los datos de 2023 (23,4%) con los de 2017 (20,7%), aunque el pico más alto en este período de tiempo se alcanzó en 2019 (25,5%) (*Fig. 29*). Generalmente aparece en combinación con otras sustancias, siendo las más frecuentes en 2023 los hipnosedantes (en el 62,3% de los casos) los opioides (en el 56,9%), la cocaína (en el 64,6%) y el alcohol (en un 24,9%).

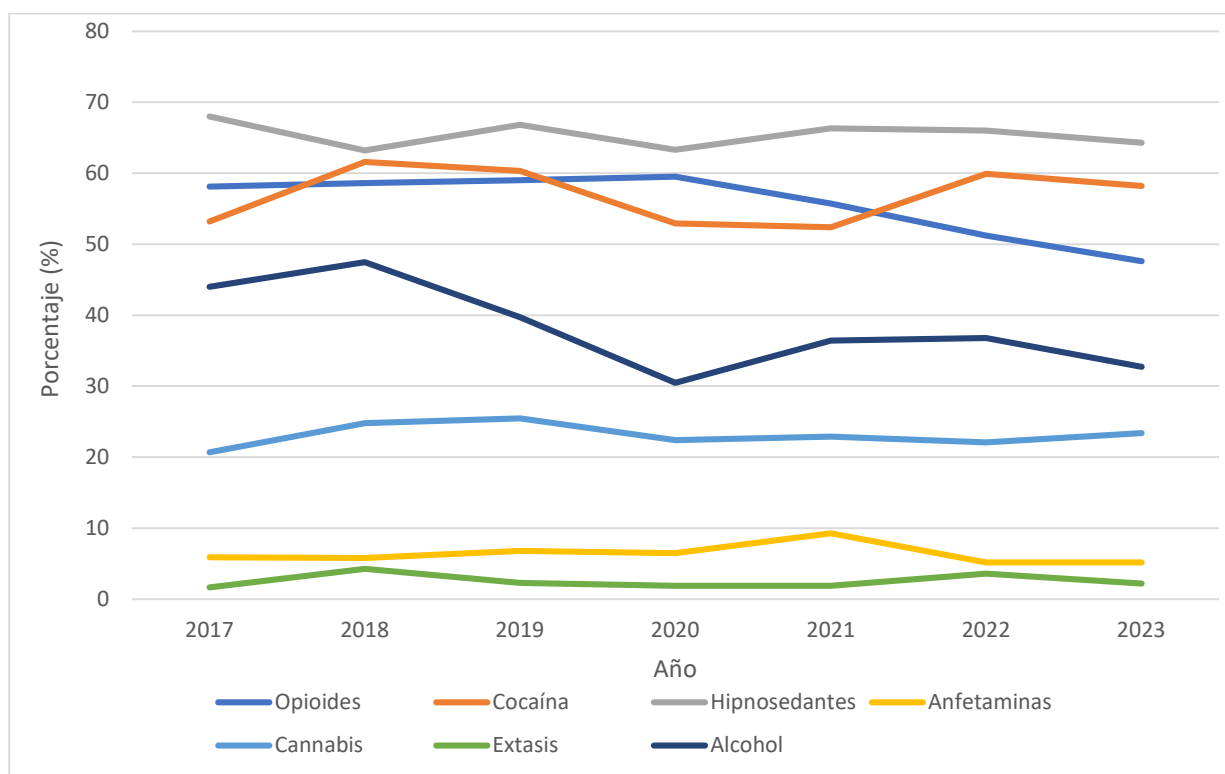


Figura 29. Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España, 2017-2023. [FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.]

En lo relativo a los fallecidos con **evidencias de suicidio**, en 2023 se vio que estos alcanzaron el 22,1% del total, muy similar al 22,9% observado en 2017, con un porcentaje muy superior en mujeres (43%) que en hombres (16,2%).

De forma complementaria, también se recabaron los datos disponibles en el INE según su Registro General de Mortalidad, registro de defunciones clasificadas en función de la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y las características propias de España. Según estos datos, el número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas en 2023 fue de 900 (lo que supone un 0,2% del total por todas las causas). Este valor se mantiene respecto al año anterior (2022), cuando se contabilizaron 929 muertes, el máximo observado en el período analizado (2017-2023), suponiendo un 0,2% del total por todas las causas. Frente a 2017, el número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas presenta una tendencia ascendente, pasando de un 0,1% del total por todas las causas al 0,2% en 2023. A lo largo del periodo 1999-2023, y al igual que se detectaba en el Registro Específico de Mortalidad, se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica y que, en 2023, supone el 76,1% de las defunciones. cabe destacar que a partir de 2020 se amplía el rango de edad del indicador a mayores de 10 años, sin límite de edad.

Otros datos de interés relacionados con la reducción de los daños asociados al consumo de sustancias es el indicador de mortalidad por cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado que ofrece el INE, cuyo valor viene experimentando una tendencia descendente en nuestro país, observando en 2023 un número de hombres fallecidos de 3.309 hombres y 1.150 mujeres (15).

El indicador de lesiones mortales por tráfico atribuibles al alcohol parece estabilizado con pequeñas oscilaciones, en niveles inferiores a los de años atrás. La proporción de conductores implicados que dieron positivo a las pruebas de alcohol parece ir en decremento en los últimos años, tras alcanzar un máximo de 30,7% en 2021 (15).

3.3. Indicador Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas

En 2023 se notificaron 7.974 episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga (para alcohol e hipnosedantes, solo se incluyen cuando aparecen acompañando de otra sustancia). Así, el 49,1% de los episodios de urgencias se relacionaron con **cocaína**, el 46,3% con **cannabis**, el 42,2% con **alcohol** y el 31,5% con **hipnosedantes**. En menor porcentaje: **otros opioides** (7,7%), **anfetaminas** (7%), **heroína** (5%), **MDMA y derivados** (4%), **alucinógenos** (2,1%) e **inhales volátiles** (0,5%). El 28% de los episodios de los episodios de urgencias fueron mujeres y el 72% hombres (1).

En 2017, de 4.293 episodios de urgencias hospitalarias, el 50,3% de los casos fueron por **cannabis**, 50,2% fueron por **cocaína**, 37,1% por **alcohol**, 16,9% por **hipnosedantes**, 10,3% por **otros opioides**, 9% por **heroína** y 8,7% por **anfetaminas**. Se registró un 2,8% de urgencias hospitalarias asociadas a **MDMA y derivados**, 1,5% a **alucinógenos** y 0,5% a **inhales volátiles**. El 22,7% de los episodios de urgencias fueron mujeres y el 77,3% hombres (13).

En 2020 se ha modificado y mejorado el indicador de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas, redefiniendo el caso y ampliando la recogida: **se incorporan episodios por alcohol e hipnosedantes como únicas sustancias**, se añaden variables clínicas (síntomas, patología psiquiátrica, intención autolítica) y se estandariza la revisión activa de historias clínicas y la selección aleatoria de semanas.

En 2023, el número de episodios de urgencias hospitalarias asciende a 16.895 casos si se incluye **alcohol e hipnosedantes** como sustancias únicas, apareciendo en el 58,2% y el 29,7% del total de los casos, respectivamente. La cocaína se relacionaría entonces con un 22,6% de los casos y el cannabis con el 21,3%. En general se observa una mayoría masculina salvo para hipnosedantes, donde el porcentaje de mujeres es 52,3% mujeres.

Con la ampliación del indicador también se ha recogido información sobre patología psiquiátrica de las personas que acuden a urgencias. Así, se observó que en el año 2023 en el 34,1% de urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas la persona presenta una patología psiquiátrica previa (2021: 33,4%, 2022: 28,3%): ansiedad (23,2%), trastornos de personalidad (22,8%), trastorno depresivo (16,1%) además de otras o desconocidas (19,2%). Respecto al tipo de sustancias consumidas cuando se presenta patología previa se observa que el 56,2% consumía **hipnosedantes**, el 38% **anfetaminas**, **heroína** en el 37,9% de los casos, **cocaína** en un 33,6% o **cannabis** en el 29,7%.

Respecto al porcentaje de urgencias que requieren ingreso hospitalario, se registra un 12,7% de los casos si se excluyen alcohol e hipnosedantes, y un 10,6% con ambos incluidos. Los casos más graves se relacionan con opioides, hipnosedantes y policonsumo de sustancias.

Atendiendo a los datos del Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD) (1), en cuanto a las hospitalizaciones por un trastorno por consumo de sustancias, en 2024 fueron hospitalizadas 2.152 personas por un trastorno por consumo de **cannabis** (entre 15 y 44 años), frente a las 1.493 personas hospitalizadas por la misma razón en 2017. En el caso de consumo de **cocaína**, 3.274 personas fueron hospitalizadas, frente a los 1.891 de 2017. Disminuye en relación con los **opiáceos**, 888 casos en 2024 frente a 1.083 en 2017. El aumento del número de hospitalizaciones asociados al consumo de **cannabis y cocaína** parece afectar más a población joven-adulta, mientras que los **opiáceos** impactan más en adultos mayores.

3.4. Indicador Admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales/sin sustancia

En lo relativo a la reducción de daños derivados de las adicciones sin sustancia o adicciones comportamentales, en 2020 se llevó a cabo un estudio piloto con datos de una parte de las CC. AA. y, en 2021, se incluyó de forma definitiva el indicador de admisiones a tratamiento por este tipo de adicción (4). Debido a su reciente inclusión, a pesar de que la cobertura del indicador es nacional, se está trabajando para la incorporación a la red de notificación a todos los centros que atienden este tipo de adicciones y que en algunas CC. AA. está fuera de la red asistencial pública. Este proceso es progresivo, con lo cual es esperable un aumento de notificaciones en los próximos años.

En cuanto a los datos recabados, en el año 2021 (16), el número de admisiones a tratamiento notificadas fue de 4.052 personas, de los cuales 3.520 fueron hombres y 528 mujeres (es decir, un 87% hombres frente a un 13% mujeres). Tal y como se ha indicado, el dato para el año 2022 fue superior, alcanzando las 4.670 admisiones a tratamiento, 4.031 hombres y 639 mujeres. La edad media de los admitidos a tratamiento es de 37,1 años, encontrándose muchas diferencias en función de la adicción comportamental que genera la admisión.

En adicciones comportamentales, en 2022, el perfil de personas que acuden a tratamiento, es el de un hombre, que acude por primera vez y con una edad media de 36,3 años, además de con educación secundaria y/o estudios postobligatorios y con trabajo. La mayoría acude por iniciativa propia o animados por familiares y/o amistades, tienen alojamiento estable (con pareja o familia de origen) y un 11,2% son extranjeros.

Para las mujeres, el porcentaje que acude a tratamiento por adicciones comportamentales es muy inferior al de hombres. En su mayoría no han recibido tratamiento previo y tienen una edad media superior a la masculina, 42,5 años. En cuanto a los estudios, el perfil es similar al de los hombres, la mayoría ha completado sus estudios de primaria, secundaria, o estudios postobligatorios superiores. También en su mayoría se encuentran trabajando o en otras situaciones laborales, acude por iniciativa propia o motivada por familiares y/o amistades y vive sola, con pareja o con familiares de origen. El porcentaje de extranjeras es del 10,5%. Estos perfiles son similares en los dos años consultados.

En función del tipo de adicción, se observa que el **juego** supone la mayoría de las admisiones a tratamiento, un 80,7% del total en 2021 y un 82% del total en 2022. Para la adicción al juego, en 2022 el 47,9% de los admitidos a tratamiento refiere juego presencial (principalmente máquinas tragaperras en hostelería y salones de juego), el 17,5% juego online (apuestas deportivas, ruleta, Black Jack y otros juegos de casino) y el 14,9% juego mixto (ruleta, Black Jack y otros juegos de casino, apuestas deportivas y máquinas tragaperras). El 19,7% no especifican el tipo de acceso. El 42,9% de los admitidos por juego están inscritos en el **Registro General de Interdicciones de Acceso al Juego**, y de ellos, el 31,1% ha vuelto a jugar. Dependiendo del tipo de juego, se detectan cambios en la apuesta máxima realizada en un día: para jugadores online es de 2.606,5€ y para jugadores presenciales 1.269,8€, mientras que para jugadores de formato mixto es de 2.317€. En cuanto a la deuda estimada al inicio del tratamiento, también es superior en los jugadores online (26.546,7€), seguidos de los jugadores presenciales (15.598,1€). Para los jugadores mixtos es algo menor (12.031,7€).

Seguidamente se encuentran las admisiones a tratamiento por adicción a videojuegos, redes sociales y otros, con un 10,2% en 2021 y un 9,3% en 2022. La edad de inicio de esta adicción comportamental es la más temprana situándose en 16,5 años, con un 26,5% de patología dual y, como principales consecuencias, problemas en el trabajo y/o estudios, conflictos familiares, problemas de salud y pérdidas de relaciones significativas (2022).

Otra de las categorías evaluadas es la adicción a las compras (4% en 2021, 3,4% en 2022). Las personas que acuden a tratamiento por este tipo de adicción son en su mayoría mujeres con una edad media de 46,8 años. El 47,8% presenta patología dual y como principales consecuencias de esta

problemática se refieren conflictos familiares, problemas económicos y problemas de salud como ansiedad, insomnio y cefaleas.

Por otro lado, se recogen datos de admisión a tratamiento por adicción al sexo (2,5% en 2021, 2,9% en 2022). En este caso, la mayoría de admitidos a tratamiento son hombres con una edad media de 40 años. En el 24,2% de ocasiones presentan patología dual, y las principales consecuencias declaradas son problemas de salud (cefaleas, hipertensión arterial, malestar, nerviosismo, ansiedad, insomnio...) y conflictos familiares.

En relación con las diferencias por sexo en las admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales, en general tiene una predominante presencia masculina (85,6% de hombres frente a 58,8% de mujeres en 2022), incluyendo la adicción al sexo (3,1% hombres y 1,4% mujeres), mientras que las mujeres superan a los hombres en la admisión a tratamiento por adicción a **compras** (16,4% frente a 1,3%), videojuegos y redes sociales y otros (15,6% frente a 8,3%).

En lo relativo a cuestiones sociales o de salud, un porcentaje importante (el 21,8%) presenta patología dual (diagnóstico de salud mental), siendo más elevado en mujeres (33,3%) que en hombres (20,1%).

Por último, es relevante el porcentaje de personas admitidas a tratamiento por adicciones comportamentales que además lleva a cabo un consumo asociado de sustancia psicoactivas. En 2022, el 39,9% de los admitidos a tratamiento por juego consumen **alcohol** de manera asociada a su adicción comportamental (sobre todo asociado al juego y al sexo), el 16,2% **cocaína** y el 12% **cannabis**. Además, la mayoría de los que presentan una sustancia asociada al consumo, muestran una adicción a esa sustancia.

EVALUACIÓN DE LAS METAS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE ADICCIONES 2017-2024

La evaluación de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 ha valorado también en qué medida se han alcanzado sus dos metas, así como las áreas de actuación en que se desglosan y los objetivos estratégicos asociados.

1. Meta 1. Hacia una sociedad más saludable e informada
 - 1.1. Prevención y reducción del riesgo
 - 1.2. Atención integral y multidisciplinar
 - 1.3. Reducción de daños
 - 1.4. Incorporación social, con especial hincapié en la integración laboral
2. Meta 2. Hacia una sociedad más segura
 - 2.1. Reducción y control de la oferta
 - 2.2. Revisión normativa
 - 2.3. Cooperación judicial y policial a nivel nacional e internacional
3. Áreas transversales
 - 3.1. Coordinación
 - 3.2. Gestión del conocimiento
 - 3.3. Legislación
 - 3.4. Cooperación Internacional
 - 3.5. Comunicación y difusión
 - 3.6. Evaluación y calidad

1. Meta 1. Hacia una sociedad más saludable e informada

1.1. Prevención y reducción del riesgo

El área de actuación Prevención y Reducción del Riesgo en la ENA 2017-2024 se concibió como un eje prioritario para reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción. Sus objetivos estratégicos incluían limitar la accesibilidad de los menores a drogas y conductas adictivas, promover una conciencia social sobre riesgos y daños provocados por drogas y adicciones, reducir la percepción de normalidad por la sociedad en el consumo de alcohol y cannabis, desarrollar habilidades personales, fomentar hábitos saludables y ocio seguro, detectar precozmente consumos de riesgo y adaptar las intervenciones a nuevos contextos como redes sociales y adicciones sin sustancia (juego, TICs), además de incorporar la prevención ambiental y garantizar la cobertura universal de programas basados en evidencia.

Para limitar la accesibilidad y reducir la percepción de normalidad en el consumo, se han impulsado medidas normativas y campañas específicas. Destaca la aprobación del **Proyecto de Ley de prevención del consumo de bebidas alcohólicas y de sus efectos en las personas menores de edad** (17), actualmente en tramitación parlamentaria. También se aprobó el **Real Decreto 903/2025, por el que se establecen las condiciones para la elaboración y dispensación de fórmulas magistrales tipificadas de preparados estandarizados de cannabis** (18), y se reforzó la regulación del juego con el **Real Decreto 176/2023 sobre entornos seguros de juego** y la **Ley 23/2022 de regulación del juego** (19), complementando la normativa previa sobre comunicaciones comerciales en juego online (**Real Decreto 958/2020, de 3 de noviembre, de comunicaciones comerciales de las actividades de juego** (20)), impulsada tras el incremento del uso de pantallas y apuestas durante la pandemia. Estas medidas se acompañaron de campañas de sensibilización dirigidas a población general y menores, adaptadas a redes sociales y entornos digitales, con contenidos sobre alcohol, tabaco, juego y benzodiacepinas en mujeres.

En el ámbito de la promoción de hábitos saludables y ocio seguro, se presentaron la guía de **Medidas de prevención del consumo de drogas y daños asociados en contextos de ocio** (21) de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y la guía de **La prevención de las adicciones en el ámbito del ocio** (22) elaborada por el Instituto Europeo de Estudios en Prevención (IREFREA), y se financiaron más de 30 programas relacionados con chemsex por más de 1,4 millones de euros. Se mantuvieron actividades de formación en servicio responsable y, además, se consolidó la presencia institucional en foros profesionales y ciudadanos, incluso en entornos virtuales durante la crisis sanitaria.

En el marco de la detección precoz de consumos de riesgo, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) publicó la **Guía breve para cribado e intervención breve en consumo de riesgo de alcohol en atención primaria** (23) y la FEMP elaboró en 2024 el **Manual para la elaboración de protocolos de detección precoz e intervención breve con menores vulnerables** (24), lo que supone un avance importante para la intervención en este colectivo. Sin embargo, la cobertura sigue siendo limitada y condicionada por la complejidad de la coordinación intersectorial. También se continuaron las intervenciones breves en atención primaria y urgencias para bebedores de riesgo, sin lograr la extensión prevista a pediatría.

En cuanto a la adaptación a nuevos contextos y adicciones sin sustancia, se elaboraron guías y protocolos específicos para familias y profesionales, impulsados por comunidades autónomas, sociedades científicas y ONG. Se implementaron programas estructurados y evaluados como **Qué te juegas** (25) y **LUDENS** (26), aplicados a más de **14.000 escolares** en varias CC. AA. y con proyección internacional. Se publicaron 78 artículos científicos sobre juego y adicciones comportamentales, reflejando el impulso investigador en esta área. Además, se incrementaron acciones sobre juego, apuestas y uso problemático de pantallas, aunque el protocolo común previsto no llegó a completarse.

La incorporación de la perspectiva de género se ha reforzado con la publicación por la FEMP del **Protocolo para la incorporación de la perspectiva de género en programas de prevención de adicciones** (27), acompañado de talleres autonómicos y locales para su implementación. Se impartieron 15 cursos sobre género en prevención, formando a 245 personas, y se han desarrollado campañas específicas sobre consumo de benzodiacepinas en mujeres. En relación con la prevención del consumo de riesgo de alcohol en el embarazo y lactancia, se organizó un **encuentro Ágora** titulado “*Nuevos abordajes del consumo de riesgo de alcohol*”, en el que se revisaron estrategias en atención primaria y en la atención al embarazo, especialmente para prevenir el Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF), áreas apoyadas en colaboración con la Dirección General de Salud Pública y las comunidades autónomas. En el mencionado Proyecto de Ley de prevención de consumo de bebidas alcohólicas se incluye la necesidad de advertir que el consumo por mujeres durante su gestación genera riesgos efectivos y daños graves para la salud del feto.

En prevención ambiental se han dado pasos sustanciales con la elaboración del **Documento marco sobre prevención ambiental en el consumo de drogas** (28) en colaboración con la Universidad de Santiago de Compostela, que sienta las bases para futuros desarrollos normativos y medidas viables en el ámbito local. Sobre esta base se realizaron seis sesiones formativas entre 2022 y 2024 con participación de 210 profesionales y se registraron más de diez iniciativas normativas locales sobre consumo de alcohol, tabaco y juego. Estas acciones complementan la estrategia para garantizar entornos seguros y reducir riesgos estructurales.

Finalmente, para garantizar la cobertura universal y la calidad de los programas, se publicó la **Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias y adicciones** (29) y se incrementó la implementación de programas acreditados en el **Portal de BBPP, en reducción de la demanda de drogas y otras adicciones** (30), con 12 programas evaluados y con evidencia de eficacia, cuatro en proceso y uno previsto para inclusión en el portal europeo de prevención **X-Change** (31). Persisten, sin embargo, resistencias a la evaluación y la tendencia a implementar nuevos programas sin evidencia contrastada. El portal se consolidó como recurso de referencia, con formación específica sobre calidad en prevención dirigida a profesionales de varias comunidades autónomas, municipios y países latinoamericanos, y se alcanzaron más de 420 profesionales acreditados en el nivel básico del **Currículo Europeo de Prevención (EUPC)** (7), con seis formadoras certificadas por la EUDA. En este ámbito, destaca también la elaboración del Informe sobre prevención familiar desarrollado por el IREFREA, que aporta evidencias y recomendaciones para fortalecer la implicación familiar como factor protector.

La pandemia retrasó algunas iniciativas, pero impulsó la digitalización, la adaptación de contenidos y la aceleración normativa en juego online, y evidenció la necesidad de abordar riesgos emergentes como el incremento del uso de pantallas y apuestas durante el confinamiento. También se mantuvieron campañas de sensibilización adaptadas a entornos virtuales y se reforzó la presencia institucional en foros profesionales y ciudadanos.

En síntesis, se ha avanzado en gran medida con las pretensiones del área:

- Se ha avanzado en prevención ambiental, en la mejora de programas mediante acreditación y formación, en la incorporación de la perspectiva de género y en la respuesta a adicciones sin sustancia, consolidando programas basados en evidencia y reforzando la investigación.
- Persisten retos en la equidad territorial en el acceso a determinados programas, la evaluación sistemática de programas, la implicación familiar y la extensión de intervenciones en contextos prioritarios, pero la evolución registrada muestra una progresión clara hacia un modelo preventivo más integral, basado en evidencia y adaptado a los nuevos escenarios sociales y tecnológicos.

1.2. Atención integral y multidisciplinar

El área de Atención Integral y Multidisciplinar de la ENA 2017-2024 se diseñó para garantizar una asistencia de calidad, basada en la evidencia científica, que abordara los determinantes biológicos, psicológicos y sociales de la adicción. Sus objetivos incluían la coordinación de la red asistencial con el sistema socio-sanitario, la mejora del tratamiento y seguimiento de personas con adicciones cronicadas y aquellas de mayor edad, la incorporación de las adicciones sin sustancia a la red asistencial, el diseño de itinerarios personalizados para colectivos vulnerables, la inclusión de la perspectiva de género y la atención específica a mujeres víctimas de violencia de género, así como la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones que normalicen la práctica asistencial. A lo largo del periodo se han constatado avances que, aunque inicialmente fueron incipientes y fragmentados, evolucionaron hacia una mayor integralidad y coherencia.

En relación con la coordinación sociosanitaria y la mejora de la calidad asistencial, se consolidó la integración orgánica y funcional de las áreas de adicciones y salud mental en varias comunidades autónomas, con ejemplos como las unidades conjuntas en la Comunidad Valenciana y Aragón, y se fortaleció la coordinación con otras áreas como salud sexual, violencia de género y chemsex. Se mejoró el acceso de los recursos de adicciones a la historia clínica electrónica y a la receta electrónica para tratamientos sustitutivos en territorios como Baleares y Cataluña, y se implantaron herramientas digitales como la plataforma ISEIDA del Sistema Español de Información sobre Drogas y Adicciones para la notificación de datos y la actualización de la herramienta **Ayuda Cerca de Ti**, que han mejorado la gestión y la accesibilidad, aunque persisten retos en la interoperabilidad y en la integración plena con atención primaria y especializada. En este ámbito también se exploró el uso de herramientas e-health y m-health, constatando su potencial para mejorar la gestión y la comunicación entre profesionales y pacientes, aunque sin llegar a una implementación generalizada. En relación con psicofármacos y opioides, se reforzó la vigilancia epidemiológica con la **Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en mayores de 64 años (ESDAM) 2020** (32) y se aprobó el **Plan de optimización del uso de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en 2021** (33) con el desarrollo del eje 3 sobre optimización del manejo de la adicción mediante la formación de un grupo de trabajo que continuará sus actividades en la próxima ENA. También se ha publicado en mayo de 2025 un **Documento de apoyo a profesionales sanitarios** (34), en coordinación con la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Además, se desarrollaron protocolos específicos como el de seguimiento del uso de opioides de prescripción médica en Murcia y se impulsaron circuitos asistenciales para intoxicaciones por metanfetamina en Cataluña.

En cuanto a la incorporación de las adicciones sin sustancia, se ha trabajado en la mejora de la recogida de datos sobre ludopatía y otras adicciones comportamentales. Para ello, desde el OEDA se ha elaborado un indicador de admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales, con el objetivo de complementar la información que se recoge en las encuestas. En 2020 se comenzaron los trabajos en esta dirección mediante la realización de un estudio piloto, contando con la participación de algunas CC. AA., y en el año 2021 se inició la recogida completa de datos de todas las CC. AA. y C. A. Además, se han elaborado manuales y protocolos que permiten una respuesta más homogénea y basada en evidencia. Entre los avances más relevantes se encuentran la publicación de la **Guía Clínica sobre Adicciones Comportamentales basada en la evidencia** (35) (SOCIDROGALCOHOL), el **Protocolo de Adicciones Comportamentales** (36) (Comunidad de Madrid) y materiales elaborados por entidades como Fundación Spiral y FEJAR. Asimismo, se han implementado programas preventivos estructurados y evaluados, como los mencionados **¿Qué te juegas?** (25) y **LUDENS** (26).

La integración de la perspectiva de género en la práctica asistencial ha sido otro de los logros destacados. Se elaboró un estudio nacional sobre barreras en el acceso al tratamiento y un documento de evidencia, y varias ONG desarrollaron actividades formativas sobre género en la mayoría de los territorios. En relación con violencia de género, es reseñable la publicación en 2021 del **Informe de**

situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias, financiado por la DGPNSD (37), y la publicación en 2023 por la FEMP de la **Guía para el abordaje integral de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres** (38) y el **Inventario Institucional de recursos asistenciales (ambulatorios y residenciales) que realizan un abordaje conjunto de la violencia de género y adicciones** (39), así como la existencia de protocolos en al menos cinco CC. AA. y recursos en ocho de ellas. También se elaboraron protocolos parciales, como el de actuación contra la violencia en centros de adicciones en Barcelona y el dirigido a mujeres gestantes con drogodependencia en Galicia.

En la atención a colectivos vulnerables se han desarrollado revisiones sistemáticas sobre envejecimiento y consumo, herramientas de cribaje cognitivo en mayores en Cataluña y ampliación de plazas asistenciales en algunas comunidades autónomas. En este sentido, cabe destacar el trabajo realizado con posterioridad al **Proyecto BeTrAD** (40) (del inglés, *Better Treatment for Aging Drug Users*, mediante el cual se abordó la atención a personas con adicciones crónicas y envejecimiento, materializado en la publicación “Afectación en la salud relacionada con el consumo de drogas de personas de edad avanzada y envejecimiento prematuro” (41), y el refuerzo de la vigilancia epidemiológica con la mencionada encuesta **ESDAM**. Además, se impulsaron protocolos para la atención en Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE) y programas específicos en entornos de prostitución y chemsex mediante estrategias de reducción de daños y formación. Los planes de contingencia por COVID-19 actuaron como catalizador para la creación de recursos habitacionales con intervenciones terapéuticas y de reducción de daños para usuarios con escaso apoyo social, mostrando la capacidad del sistema para adaptarse a situaciones excepcionales.

En relación con la patología dual, se está desarrollando un indicador en colaboración con las CC. AA. con datos notificados en el año 2024 para conocer la proporción de personas con trastorno por uso de sustancias que tienen antecedentes de otro trastorno de salud mental, que se integrará en el indicador de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que notifican las CC. AA. al OEDA.

En síntesis, las acciones ejecutadas cumplen en gran medida con las pretensiones del área de actuación:

- Se ha consolidado la incorporación de las adicciones sin sustancia, se han desarrollado protocolos en diversos ámbitos de actuación y guías específicas. Asimismo, se ha avanzado en la perspectiva de género. Se han implementado recursos para colectivos vulnerables y se han mejorado los sistemas de información y gestión.
- Persisten retos en la equidad territorial respecto a determinados servicios, la sostenibilidad de recursos especializados, la extensión de buenas prácticas en el uso de psicofármacos y opioides, la integración de la patología dual en los indicadores, la mejora de la coordinación sociosanitaria y la interoperabilidad de sistemas. El progreso logrado evidencia una evolución clara hacia una red asistencial más integral, coordinada y ajustada a la evidencia, aunque con áreas que requieren continuidad y refuerzo.

1.3. Reducción de daños

El área de Reducción de Daños en la ENA 2017-2024 se concibió como un eje esencial para disminuir los efectos negativos del consumo de sustancias, sin que la abstinencia fuera siempre el objetivo principal. Este enfoque buscaba mantener y ampliar la cobertura de programas existentes, adaptarlos a nuevos perfiles de consumo, mejorar la prevención de sobredosis, integrar la metodología en redes asistenciales, reforzar la coordinación con atención primaria y salud mental, e incorporar medidas tecnológicas dirigidas a reducir los daños en personas vulnerables. También se contemplaba la protección de menores y familias, la atención a colectivos vulnerables y la inclusión de alternativas a la prisión.

En este marco, se logró una ampliación significativa de la oferta de tratamientos sustitutivos para la dependencia de opiáceos, destacando la autorización de la **buprenorfina depot** (Buvidal®) a finales de 2018 y su inclusión en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (SNS), lo que permitió su uso en redes asistenciales y en instituciones penitenciarias, mejorando la adherencia y reduciendo la estigmatización. En **2024** se registraron **44.848** personas en tratamiento con metadona, **6.603** con buprenorfina/naloxona y **1.332** con buprenorfina depot. En los centros penitenciarios se informó que, en **2024**, **4.599** personas privadas de libertad habían recibido tratamiento con metadona, **18** personas utilizaron naltrexona, **1.149** personas recibieron buprenorfina/naltrexona y 1.404 se beneficiaron del tratamiento con buprenorfina de liberación prolongada. La pandemia aceleró la adopción de pautas flexibles, como dispensación domiciliaria y dosis para varios días, garantizando continuidad y reduciendo riesgos. Además, se promovieron programas para asegurar la continuidad tras la excarcelación y medidas alternativas a la prisión, reflejadas en la guía impulsada por la FEMP.

En cuanto a la prevención de sobredosis, la autorización de **naloxona intranasal** (Nyxoid®), que permite revertir la sobredosis sin necesidad de asistencia por parte de personal sanitario, supuso un avance clave tanto en el contexto de los sistemas autonómicos de salud como en el ámbito penitenciario, aunque su comercialización efectiva se retrasó y persiste la barrera del acceso sin prescripción. Cataluña consolidó un programa específico con protocolos y materiales formativos; País Vasco y Galicia desarrollaron protocolos parciales, mientras otras comunidades trabajan en talleres y planes de implantación. El Ayuntamiento de Madrid amplió un centro de reducción de daños con sala específica para prevención de sobredosis. Sin embargo, se identificaron dificultades para implementar protocolos en urgencias hospitalarias por la elevada carga asistencial y la complejidad organizativa, agravadas por la pandemia. Se continúa trabajando en este sentido para garantizar la disponibilidad general de naloxona intranasal. Aunque en 2022 se aprobaron recomendaciones para su uso y dispensación, persisten barreras que limitan su distribución amplia entre usuarios y su entorno, dado que las condiciones actuales están orientadas a la prescripción individual. En el ámbito penitenciario también se ha prestado una especial atención a la prevención de sobredosis, tanto en personas ingresadas en prisión como en las que son excarceladas con motivo de un permiso o una libertad definitiva, y desde los dos enfoques posibles: el control de la oferta y la reducción de la demanda. Así, en 2023 se ha reforzado la actuación de las Unidades Caninas de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, y del propio ámbito penitenciario, se realizaron actividades de divulgación entre los familiares de las personas privadas de libertad sobre los riesgos asociados al tráfico y consumo de drogas en prisión, campañas de reducción de los riesgos y talleres de formación específica dirigidos a profesionales del ámbito penitenciario (más de 600 personas desde 2018) e impartidos por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en colaboración con entidades sin ánimo de lucro especializadas (Fundación Atenea y Àmbit).

También es prioritario asegurar la presencia de naloxona intranasal para personal en entornos laborales con riesgo de exposición al fentanilo u otros opioides sintéticos, como instituciones penitenciarias, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, aduanas, laboratorios y el Instituto Nacional de Toxicología. Para ello, la DGPNSD mantiene una colaboración estrecha con la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia (DGCF), la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) para eliminar obstáculos y facilitar el acceso tanto a nivel individual como institucional. En este marco, se ha previsto la adquisición de 2.000 kits a los laboratorios Mundipharma, destinados a laboratorios que analizan estupefacientes, a un proyecto piloto en Bilbao, Barcelona y Madrid para distribuir dosis e información a usuarios de opioides en activo, y al almacenamiento del resto en la Reserva Estratégica Nacional.

En **2024**, se consolidaron los espacios de consumo supervisado, con **18** dispositivos activos en Cataluña y País Vasco y **cinco** salas para consumo de alcohol en Madrid, que atendieron a unas **2.927** personas. Estos recursos incorporaron mejoras como análisis de sustancias, distribución de test rápidos de fentanilo y estrategias para reducir riesgos en entornos festivos mediante mensajes preventivos y protocolos contra la

violencia sexual. Los programas de intercambio de jeringuillas en los niveles comunitario y penitenciario se mantuvieron, aunque con menor visibilidad frente a iniciativas más innovadoras.

Se avanzó en la incorporación de la perspectiva de género mediante espacios específicos para mujeres, formación profesional y coordinación con servicios de salud sexual y reproductiva. También se desarrollaron estrategias para colectivos concretos, como personas que practican chemsex, área para la que se han financiado programas orientados específicamente a reducción de daños, con materiales digitales sobre reducción de riesgos y programas piloto para distribución de pipas y material no compartido. Se elaboraron protocolos para abordar el consumo de metanfetamina y reducir conflictos en entornos vecinales, reforzando la coordinación con servicios sociales para atender a personas sin hogar consumidoras de sustancias.

Se reforzó la colaboración con la AEMPS y la DGCF para garantizar la disponibilidad de fármacos y se revisaron los procedimientos de cribado de hepatitis C, culminando en la publicación de la **Guía de cribado de la infección por VHC** (42) en 2020. Diversas ONG como Proyecto Hombre, UNAD y Cruz Roja continuaron ofreciendo servicios de reducción de daños, incluyendo espacios supervisados y programas para poblaciones vulnerables.

De manera adicional, desde el Ministerio de Sanidad se convocan anualmente ayudas económicas destinadas a entidades sin ánimo de lucro con destino a la financiación de proyectos de prevención y control del VIH/SIDA a través de la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis de la Dirección General de Salud Pública (43) y de la DGPNSD (44).

En relación con adicciones comportamentales, la entrada en vigor de la **Ley 8/2021, de 2 de junio, que reforma la legislación para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica** (45), supuso la supresión del Código Civil de la figura de la prodigalidad como causa de incapacitación por parte de las familias para detener el deterioro económico causado por un trastorno de juego severo. La desaparición de este mecanismo específico genera un escenario en el que los afectados pueden encontrar mayores dificultades para contar con herramientas jurídicas de protección patrimonial.

En síntesis, las acciones ejecutadas cumplen en gran medida con los objetivos estratégicos:

- Se ha ampliado la oferta de tratamientos sustitutivos, se han desarrollado protocolos específicos para sobredosis, se han consolidado espacios supervisados y se han incorporado enfoques innovadores para colectivos vulnerables. La pandemia puso de relieve la necesidad de resiliencia en los sistemas asistenciales y de reducción de daños.
- Persisten desafíos en la equidad territorial, la simplificación del acceso a naloxona, la extensión de programas a zonas menos pobladas, la consolidación normativa, la coordinación con atención primaria, la reducción de la estigmatización y medidas para la protección de las familias en trastornos de juego severo. A pesar de ello, la evolución evidencia una progresión clara hacia un modelo más integral y adaptado a los nuevos perfiles de consumo

1.4. Incorporación social

El área de Incorporación Social (IS), con especial atención a la integración laboral, se planteó en la ENA 2017-2024 como un componente esencial para garantizar la recuperación integral de las personas con problemas de adicciones. Entre sus objetivos estratégicos se incluían la definición de un modelo común de actuación, la mejora de la calidad de las intervenciones mediante la evaluación y la búsqueda de evidencias, la ampliación y adecuación de los servicios a nuevos perfiles, la incorporación de la perspectiva de género, el incremento de la cobertura poblacional en coordinación con la red asistencial,

el refuerzo de la coordinación interinstitucional y la participación activa de corporaciones locales y entidades del tercer sector en programas de inserción social y laboral.

En relación con la definición de un marco común y la mejora de la calidad, se han dado pasos significativos con la elaboración del documento **Revisión de la situación actual de las evidencias disponibles, las políticas y los programas de incorporación social de adicciones** (46) y el **Manual para el abordaje de los procesos de incorporación social de las personas con trastornos adictivos** (47), y elaborados con la colaboración de la DGPNSD, la FEMP y las CC. AA. Estos materiales suponen un avance clave hacia la armonización de criterios y la orientación a la calidad, complementados con protocolos para el seguimiento de itinerarios personalizados y actividades formativas dirigidas a profesionales.

En cuanto a la cobertura y adecuación de los servicios, se han financiado **programas de incorporación social** y se han consolidado recursos específicos para mujeres y colectivos vulnerables, así como soluciones habitacionales impulsadas por los fondos del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (48) (49), que aportaron cerca de dos millones de euros. La Memoria PNSD 2023 refleja una recuperación y superación de los niveles previos a la pandemia, con 33.580 personas beneficiarias de los programas y actividades de incorporación social desarrollados por las CC. AA. frente a las 22.686 registradas en 2020, aunque persiste cierta variabilidad en la recogida de datos. La pandemia, pese a generar inestabilidad, actuó como catalizador para la creación de recursos habitacionales y la flexibilización de itinerarios, reforzando la capacidad de respuesta. Adicionalmente, desde 2021 se incluyó como línea de actuación prioritaria en las ayudas económicas para el desarrollo de proyectos de investigación, la evaluación de políticas, intervenciones y programas de prevención, de asistencia y de incorporación social en el ámbito de alcohol, las drogas ilegales, los fármacos con potencial de abuso y las adicciones comportamentales (50).

Respecto a la **perspectiva de género**, se han desarrollado programas específicos y se han incorporado medidas para mejorar la accesibilidad laboral y habitacional de las mujeres, que continúan enfrentando mayores barreras. Se identifican buenas prácticas en intermediación y prospección empresarial lideradas por entidades como UNAD, Proyecto Hombre y Trabajando en Positivo, junto con líneas de discriminación positiva y colaboración público-privada. No obstante, persisten dificultades para garantizar presupuestos específicos y para consolidar la transversalidad del enfoque de género en todos los servicios y su implantación efectiva.

En el ámbito de la **coordinación interinstitucional y la financiación**, se han impulsado reuniones con responsables de empleo y se ha promovido la optimización de fondos nacionales y europeos para ampliar la cobertura sociolaboral. La inclusión explícita de las personas con adicciones como colectivo prioritario en la **Ley 3/2023, de 28 de febrero, de Empleo** (51) refuerza el marco normativo para la integración laboral y la colaboración público-privada en la generación de oportunidades.

Por último, en **materia de evaluación y sistemas de información** de programas de IS, se constata la persistencia de carencias estructurales en 2023: solo nueve CC. AA. disponen de estos sistemas de información y ocho ofrecen catálogos de programas, lo que limita la armonización y la medición del impacto. Aunque se han dado avances en la definición de indicadores y en la búsqueda de evidencias, la falta de un sistema común sigue siendo un reto clave para garantizar la calidad y la sostenibilidad.

En síntesis, las acciones ejecutadas cumplen parcialmente con las pretensiones del área:

- Se ha avanzado en la definición de un marco común, en la mejora de la cobertura y en la incorporación de la perspectiva de género, aunque persisten retos en la equidad territorial, la consolidación de sistemas de información y la sostenibilidad financiera. La evolución registrada evidencia una progresión clara desde una etapa inicial marcada por la falta de estructura hacia

un modelo más definido y orientado a la calidad, impulsado por la experiencia de la pandemia y por la movilización de recursos europeos.

- No obstante, el éxito pleno de los objetivos estratégicos dependerá de la continuidad de estas líneas y de la superación de las brechas detectadas en coordinación, financiación y evaluación.

2. Meta 2: Hacia una sociedad más segura

2.1. Reducción y control de la oferta

Los esfuerzos para cumplir los objetivos estratégicos definidos en esta área de actuación como el cultivo, la producción, importación, distribución y venta de drogas ilegales y la facilitación de estas actividades están bien consolidados. Se ha puesto especial énfasis en el control de la logística en los grandes puertos más afectados por el narcotráfico, lo que puede haber desplazado el tráfico a otros puertos menores en la UE. Las incautaciones y detenciones se incrementaron, confirmando la efectividad de las medidas de control, y se observa que el último año se registra un descenso de las incautaciones de hachís que puede reflejar esta mejora. Por lo que respecta a la cocaína, se aprecia un incremento continuo que coincide con aumentos de la producción documentados en los países de origen. De manera simultánea, se ha trabajado como una línea prioritaria, en el control y la incautación en los lugares de origen de las drogas, notablemente con Colombia, Ecuador y Brasil, así como con países de África, en un trabajo de cooperación internacional.

Se ha mejorado el **uso de herramientas** para la investigación del blanqueo de capitales y de las organizaciones intermediarias que se encargan del blanqueo, con la percepción de que las dificultades para el blanqueo, derivadas de su creciente control normativo, llevan a un mayor almacenamiento de dinero en efectivo por parte de los grupos criminales. Se ha reforzado la actividad de la Comisión de Prevención del Blanqueo de Capitales e Infracciones Monetarias, así como la de su Servicio Ejecutivo (SEPBLAC). Las auditorías externas realizadas por el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) constatan en este campo una mejora de las capacidades de España.

En el ámbito de la **recuperación de activos**, además de la labor continuada de la Oficina de Recuperación y Gestión de Activos (ORGA) y del Fondo de Bienes Decomisados (FBD), se ha avanzado con el incremento de la actividad de localización de activos a través de plataformas como el *Asset Recovery Office* (ARO) en Europa, la Red de Recuperación de Activos del Grupo de Acción Financiera de Latinoamérica (GAFILAT) (RRAG), o más recientemente la Red interinstitucional para la recuperación de activos del Caribe (ARIN-CARIB).

Se han consolidado los planes policiales en el entorno educativo y de ocio a lo largo de este período, que se desarrollan de acuerdo con su planificación anual y programación temporal. Además del esfuerzo en el control de sustancias, también se han desarrollado estrategias para reducir el riesgo de que se capten adolescentes para participar en labores ilícitas. El Ministerio del Interior, mediante el **Plan Director para la Convivencia y la Mejora de la Seguridad en los Centros Educativos y sus Entornos** (52) actúa en los entornos de los centros. Se intenta generar una perspectiva preventiva hacia riesgos que afectan selectivamente a los/las adolescentes, que, además del menudeo de drogas, abarcan temas de acoso, violencia de género y otros.

Aunque con menos encaje en el control de la oferta, también las policías locales se han implicado en procedimientos de vigilancia en entornos escolares dentro del marco del **Programa de Agentes Tutores** (53). Se ha participado en un grupo de trabajo auspiciado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para definir mejor el papel de los agentes policiales en la prevención en los entornos escolares, que no debería tener carácter educativo, pues no existe evidencia de su impacto positivo.

Además, se han potenciado las unidades policiales especializadas en la lucha contra el tráfico de drogas, tanto en el Ministerio del Interior como en el Cuerpo de Mossos d'Esquadra, Policía Foral Navarra y Ertzainza. Se hace un esfuerzo creciente para mejorar la especialización, formación y dotación de medios a unidades concretas para mejorar su capacidad de intervención. Para incrementar la efectividad del trabajo policial sería deseable avanzar en paralelo hacia una mayor especialización y capacidad de los recursos judiciales.

No se ha visto viable abordar la fiscalización de nuevas sustancias psicoactivas por grupos o familias químicas, que no parece apoyar la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y también plantea problemas en el ámbito de la UE. Sin embargo, se ha abordado la fiscalización de una serie de cannabinoides sintéticos a nivel nacional.

2.2. Revisión normativa

La normativa relativa al blanqueo de capitales se ha actualizado en diversas ocasiones, en especial mediante diversas modificaciones de la **Ley 10/2010 de 28 de abril de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo** (54). Otros elementos han mejorado también este aspecto, destacando la **Ley Orgánica 9/2022 que facilita el uso de información financiera para la investigación del blanqueo** (55).

A lo largo del período 2017-2024 se ha colaborado en la actualización de las listas de sustancias fiscalizadas en las Convenciones de Naciones Unidas mediante la participación en la Comisión de Estupefacientes (CND), incorporando nuevas sustancias. El tiempo necesario para su trasposición a nuestra normativa se ha reducido, especialmente por lo que respecta a la lista IV. Además, se ha trabajado para desarrollar una fiscalización nacional para diversas sustancias, especialmente cannabinoides semisintéticos aún no fiscalizados internacionalmente.

Asimismo, también se ha impulsado la actualización de las listas de precursores fiscalizados en la Convención de Naciones Unidas mediante la participación en la CND, así como se han realizado esfuerzos para mejorar la gestión del control de precursores en España, aunque sigue habiendo margen de mejora en este campo.

2.3. Cooperación judicial y policial a nivel nacional e internacional

A lo largo del período se ha reforzado la cooperación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, el Departamento de Aduanas e Impuestos Especiales, así como las Policías Autonómicas, con el ámbito judicial. El Sistema de Coordinación de Investigaciones gestionado por el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO) ha consolidado un buen funcionamiento operativo y se han dotado planes territoriales específicos (como el Plan Especial de Seguridad del Campo de Gibraltar), que han obtenido importantes resultados.

También han mejorado los mecanismos de intercambio de información y de cooperación en operaciones e investigaciones conjuntas a nivel nacional e internacional, incluyendo la utilización de técnicas especiales de investigación.

En el **ámbito internacional** se han implantado nuevos instrumentos de cooperación policial y judicial, potenciado la figura de los Oficiales de Enlace en diversos países productores, que han jugado un papel clave en diversas operaciones. Además, se ha avanzado en la intervención sobre las herramientas de comunicación digital encriptada entre grupos criminales, interviniendo varias plataformas (la primera en ser intervenida fue *Encrochat*), lo que ha permitido progresos importantes para el conocimiento de las redes criminales y sus operaciones. Hay que mencionar también que la cooperación internacional y el seguimiento de redes encriptadas ha permitido desenmascarar la actividad ilícita en algún país que actuaba como “paraíso” para ciertos líderes de redes de narcotráfico, y que ha pasado a facilitar las acciones y conceder extradiciones.

Asimismo, la normativa nacional e internacional de prevención del blanqueo y la colaboración con entidades financieras han contribuido a detectar e impedir grandes movimientos de capitales.

Por último, se aprecia un refuerzo de las actuaciones orientadas a reducir la venta de alcohol a menores, con el desarrollo creciente de ordenanzas municipales que limitan los botellones y de

programas preventivos con esta finalidad. Se espera que esto se vea potenciado con el anteriormente mencionado ***Proyecto de Ley de prevención del consumo de bebidas alcohólicas y de sus efectos en personas menores de edad*** (17), en trámite parlamentaria a fecha de elaboración de este documento.

3. Áreas transversales

3.1. Coordinación

El área de Coordinación en la ENA 2017-2024 se concibió como un eje transversal para garantizar la coherencia y la eficiencia en la implementación de políticas y actuaciones en materia de adicciones. Sus objetivos estratégicos se centraron en asegurar sinergias entre administraciones públicas, evitar duplicidades, optimizar recursos, garantizar la continuidad de las acciones y fomentar la participación activa de la sociedad civil, además de coordinar las actuaciones con otras estrategias sociales y sanitarias que inciden en colectivos vulnerables como mujeres, adolescentes, inmigrantes o personas privadas de libertad.

Para asegurar sinergias y evitar duplicidades, se consolidaron mecanismos de coordinación y seguimiento mediante reuniones periódicas del equipo de la DGPNDS y de los órganos colegiados del PNSD, como la Conferencia Sectorial y el Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones (CEDOA). Se celebraron reuniones plenarias y grupos de trabajo especializados en áreas como género, salud, ámbito social, tercer sector, laboral y comunicación, lo que permitió avanzar en la interlocución con CC. AA., corporaciones locales y entidades sociales. También se mantuvo la coordinación con otros departamentos ministeriales y organismos internacionales, reforzando la dimensión global de las políticas sobre adicciones. Entre los grupos activos se incluyen los dedicados a prevención del consumo de alcohol, *chemsex*, optimización del uso de opioides en el SNS y coordinación con los Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE), además de espacios vinculados a indicadores europeos y organismos internacionales.

En cuanto a la optimización de recursos y la continuidad de las acciones, se firmaron convenios con CC. AA. y CA para financiar programas en aplicación de la **Ley 17/2003, de 29 de mayo, que regula el Fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados** (56), con transferencias que superaron los 25 millones de euros para actividades autonómicas y más de 15 millones para programas específicos de prevención y rehabilitación. Se mantuvieron las líneas de subvenciones a entidades del tercer sector y corporaciones locales, financiando centenares de programas orientados a la prevención, tratamiento e investigación en adicciones. Además, se introdujeron mejoras en la gestión del PNSD, como la digitalización parcial de procesos vinculados al Fondo de Bienes Decomisados mediante subastas electrónicas, que incrementaron la eficiencia y transparencia. La planificación estratégica se reforzó con la elaboración y actualización de planes autonómicos y locales sobre adicciones, contribuyendo a la coherencia global del sistema.

La participación activa de la **sociedad civil** se consolidó como un pilar fundamental, con fórmulas de colaboración que incluyen, subvenciones y proyectos conjuntos. Se crearon espacios estables de interlocución con diferentes sectores, lo que permitió integrar las políticas sobre adicciones en ámbitos como salud mental, educación, igualdad, empleo e inserción social. La articulación entre niveles autonómicos y locales mejoró, aunque persisten diferencias territoriales en la estructura y funcionamiento de las redes de coordinación.

En relación con la **coordinación con otras estrategias sociales y sanitarias** para colectivos vulnerables, se impulsaron grupos de trabajo específicos sobre género, salud y ámbito social, así como sobre *chemsex* y coordinación con CIE, garantizando la inclusión de perspectivas transversales en las políticas sobre adicciones. La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto la importancia de contar con sistemas flexibles y coordinados capaces de responder a situaciones excepcionales, lo que se tradujo en una mayor cohesión entre los actores implicados y en la aceleración de procesos que, en condiciones normales, habrían requerido más tiempo. La adaptación a la modalidad telemática se convirtió en una oportunidad para agilizar trámites, reducir costes y facilitar la participación, evitando desplazamientos y mejorando la eficiencia en la toma de decisiones.

En síntesis:

- Se ha logrado fortalecer la cooperación entre administraciones, consolidar la participación de la sociedad civil y optimizar la gestión de recursos, todo ello en un contexto marcado por la pandemia, que exigió adaptaciones rápidas y efectivas.
- Persisten desafíos relacionados con la equidad territorial, la digitalización completa de procesos y la mejora de los sistemas de información. No obstante, la evolución registrada evidencia una progresión clara hacia un modelo más integrado, eficiente y participativo, alineado con los objetivos estratégicos definidos en la Estrategia Nacional sobre Adicciones.

3.2. Gestión del conocimiento

El área de Gestión del Conocimiento en la ENA 2017-2024 se concibió como un pilar fundamental para garantizar que las políticas y actuaciones en materia de adicciones se sustentaran en información fiable, actualizada y útil para la toma de decisiones. Sus objetivos estratégicos incluían reforzar los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, impulsar la investigación alineada con los planes estatales, mejorar la formación de profesionales y colectivos implicados, e integrar datos procedentes de distintos ámbitos –sanitario, social y policial– para ofrecer una respuesta más eficaz y adaptada a la evolución del fenómeno de las adicciones, incluidas las comportamentales.

En relación con el refuerzo de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, se han revisado y actualizado las encuestas **EDADES y ESTUDES**, incorporando preguntas sobre fenómenos emergentes como consumo de pornografía, uso intensivo de internet, nuevas sustancias psicoactivas (fentanilo, cloreto, óxido nítrico), salud mental y género. Se reforzó la desagregación por sexo en todas las variables y se introdujeron módulos específicos sobre adicciones comportamentales. La difusión de resultados se amplió mediante informes monográficos sobre alcohol, cannabis y adicciones comportamentales, herramientas interactivas y presentaciones en eventos especializados. Además, también se realizó la encuesta **ESTUDES en estudiantes de enseñanzas secundarias de 12 y 13 años de 1º y 2º de la ESO** (10), la encuesta **ESDAM 2020** (32), y se procedió a la actualización y adaptación del cuestionario de la **Encuesta ESDIP** (5) en población interna en instituciones penitenciarias al de la encuesta *European Questionnaire on Drug Use among People living in Prison* (EQDP) que se aplica en el ámbito penitenciario en la UE.

También se **mejoraron los indicadores**, con la actualización del protocolo de urgencias hospitalarias y la propuesta de revisión del indicador de mortalidad, incorporando variables sobre patología dual y enfermedades infecciosas. Se desplegó el nuevo indicador de admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales, que comenzó a notificarse en todas las comunidades autónomas, y se avanzó en la adaptación de los sistemas a la normativa europea. La evaluación refleja una consolidación de estos avances, con cobertura del 100% en admisiones a tratamiento y del 90% en mortalidad, la aprobación del protocolo del nuevo indicador sobre adicciones comportamentales y el diseño e implementación de una plataforma tecnológica para la notificación electrónica segura de datos (ISEIDA).

En cuanto a la integración de datos y la respuesta rápida ante riesgos emergentes, el **Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)** consolidó su funcionamiento con la detección de 92 nuevas sustancias y la emisión de 307 alertas en el periodo, además de la publicación de boletines trimestrales y la adaptación a la plataforma europea del Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS). Se implantó el sistema **European Database on New Drugs (EDND-2)** para agilizar notificaciones y se inició un pilotaje para la detección de nuevas sustancias psicoactivas en servicios de urgencias hospitalarias. También se trabajó en la disponibilidad de **naloxona intranasal** para prevenir intoxicaciones por opioides sintéticos, aunque persisten dificultades en su distribución efectiva. La coordinación con la AEMPS y la DGCF se reforzó para garantizar el acceso a este recurso crítico.

En el ámbito de la **investigación y la difusión del conocimiento**, se potenció la publicación de informes específicos, infografías y resúmenes accesibles en la web de la DGPNSD, mejorando la transparencia y la utilidad de la información. Se lanzaron estudios monográficos sobre mayores de 65 años y sobre el impacto de la COVID-19 mediante encuestas ad hoc online y telefónicas, confirmando la capacidad del sistema para adaptarse a escenarios excepcionales. La experiencia derivada de la pandemia aceleró procesos clave como la digitalización y la adopción de modalidades flexibles, que han contribuido a fortalecer la resiliencia del sistema y a sentar las bases para una gestión del conocimiento más dinámica y adaptada a los retos emergentes.

En cuanto a la **formación de profesionales y colectivos implicados**, se desplegó una amplia oferta dirigida a técnicos de prevención, personal sanitario, fuerzas de seguridad, voluntarios, personal penitenciario y entidades del tercer sector, financiada mediante diversas fuentes, incluyendo fondos europeos. Los contenidos abarcaron estándares de calidad, prevención ambiental, adicciones comportamentales, perspectiva de género, chemsex y patologías duales. Destaca la creación del formato **ÁGORA**, con más de veinte ediciones orientadas al intercambio de conocimiento, surgido como respuesta a las limitaciones impuestas por la pandemia y consolidado como espacio estable para la divulgación y el debate. Se ampliaron las actividades formativas impulsadas por sociedades científicas y ONG, confirmando la utilidad de estos espacios para garantizar la continuidad del aprendizaje en un contexto marcado por la crisis sanitaria.

En síntesis, las acciones cumplen en gran medida con los objetivos del área:

- Se han reforzado los sistemas de información, actualizado indicadores, potenciado el SEAT y desplegado una oferta formativa amplia y diversa.
- Persisten desafíos en la integración completa de sistemas con otras plataformas –sanidad y servicios sociales–, en la accesibilidad a recursos críticos como la naloxona y en la consolidación de la investigación en redes internacionales, pero el progreso logrado evidencia una orientación clara hacia los objetivos estratégicos definidos.

3.3. Legislación

El área de Legislación en la ENA 2017-2024 se planteó como un instrumento clave para adaptar el marco normativo a la evolución del fenómeno de las adicciones, cubrir vacíos legales, reforzar aspectos críticos y crear mecanismos que permitan responder a nuevos retos. Entre sus objetivos estratégicos se incluían la aprobación de la normativa integral sobre alcohol y menores, la revisión de la normativa sobre publicidad de juego, la elaboración de protocolos para la Red de Alerta Temprana, la mejora del Fondo de Bienes Decomisados y el refuerzo de la vigilancia del cumplimiento normativo.

En relación con la normativa sobre alcohol y menores, se avanzó en la preparación del **Anteproyecto de Ley de prevención del consumo de bebidas alcohólicas y de sus efectos en las personas menores de edad** (17). Tras consultas públicas y la incorporación de más de 2.500 aportaciones, el proyecto de ley fue aprobado en Consejo de Ministros en marzo de 2025, siendo remitido posteriormente a las Cortes Generales. Este desarrollo responde directamente al objetivo de contar con una normativa integral en esta materia. Además, se elaboró un documento de actualización de la legislación autonómica sobre alcohol, utilizado como referencia en los trabajos del anteproyecto, y se completó el análisis de la normativa autonómica sobre alcohol y juego, elaborando informes que sirvieron de base para la normativa estatal.

En cuanto a la regulación del juego y la protección frente a adicciones comportamentales, se consolidó la consideración del juego patológico como adicción en la Cartera de Servicios del SNS y se integró en la ENA, lo que permitió desarrollar indicadores específicos y adaptar las encuestas EDADES y

ESTUDES con módulos sobre juego de azar, uso problemático de internet y videojuegos. Además, el **indicador de admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales** se incorporó al Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA) tras un estudio piloto en 2020, comenzando a aplicarse en todos los territorios en 2021.

Paralelamente, se reforzó la coordinación con la **Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ)** y se participó en órganos como el Consejo de Políticas del Juego y el Consejo Asesor de Juego Responsable, donde se abordaron iniciativas como el **Real Decreto 176/2023 sobre entornos más seguros de juego** (57) y el **Anteproyecto de Ley para modificar la Ley 13/2011 de regulación del juego** (58). También se revisó el **Anteproyecto de Ley sobre mecanismos aleatorios de recompensa en videojuegos** (59), cuyos contenidos se incorporaron parcialmente al **Proyecto de Ley Orgánica para la protección de menores en entornos digitales** (60). Se mantuvo la coordinación con la DGOJ en la revisión de iniciativas sobre publicidad del juego y regulación preventiva del juego online, valoradas favorablemente por su potencial contribución preventiva, y se reforzó la interlocución con las comunidades autónomas para garantizar la coherencia normativa e integrar criterios de protección de menores en todas las propuestas legislativas.

En el ámbito de los desarrollos legislativos estratégicos, la contribución de la DGPNSD fue intensa, a través de la revisión de proyectos normativos, realizando aportaciones en materias como publicidad de alcohol, regulación del juego, tráfico de precursores químicos o la creación de la Agencia Estatal de Salud Pública. Destaca la participación en la regulación del uso medicinal del cannabis y la implicación de la DGPNSD en la Subcomisión parlamentaria que analizó la regulación del cannabis para uso terapéutico. Tras el proceso de consultas y audiencia pública, se aprobó en octubre de 2025 el **Real Decreto 903/2025, por el que se establecen las condiciones para la elaboración y dispensación de fórmulas magistrales tipificadas de preparados estandarizados de cannabis**.

Respecto a medidas alternativas a sanciones y prisión, aunque no se avanzó en la revisión normativa, sí se impulsaron actividades formativas y talleres municipales basados en la guía **Orientaciones en el diseño de programas alternativos a las sanciones impuestas a menores por infracciones en materia de consumo o tenencia ilícita de drogas** (61), elaborada por la entidad Promoción y Desarrollo Social (PDS). Estas acciones, desarrolladas en colaboración con la FEMP, reflejan un progreso limitado pero relevante en la línea de trabajo prevista.

Finalmente, persisten retos en la formalización de protocolos específicos para la Red de Alerta Temprana y en la mejora del Fondo de Bienes Decomisados, aunque se aprecia la continuidad de las líneas iniciadas y la consolidación de avances en la interlocución con actores clave y en la integración de criterios preventivos en la normativa estatal y autonómica.

En síntesis, en cuanto a los avances en el área transversal sobre Legislación:

- Se ha desarrollado normativa clave sobre alcohol y menores, se han reforzado las regulaciones sobre juego y se ha contribuido a iniciativas legislativas estratégicas, incluyendo cannabis medicinal.
- Persisten desafíos en la formalización de protocolos específicos y en la revisión normativa sobre medidas alternativas, aunque el avance global evidencia una clara alineación con los objetivos estratégicos definidos. La evolución registrada muestra un tránsito desde los primeros pasos hacia una estructura normativa más sólida, coherente y adaptada a los desafíos emergentes en el ámbito de las adicciones.

3.4. Cooperación internacional

El área de actuación de Cooperación Internacional en la ENA 2017-2024 se planteó como un eje estratégico para reforzar la presencia de España en foros internacionales, impulsar políticas alineadas con la Estrategia de la Unión Europea sobre Drogas, mantener relaciones bilaterales con países prioritarios y contribuir al cumplimiento de compromisos globales como los derivados del documento UNGASS, con especial atención a los derechos humanos. Además, se buscaba integrar la cooperación en materia de adicciones en acuerdos políticos generales y promover proyectos internacionales que fortalecieran la respuesta sociosanitaria frente a las adicciones.

En relación con la **presencia internacional y el cumplimiento de compromisos globales**, España mantuvo una participación activa en organismos multilaterales, destacando Naciones Unidas, a través de la Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas (CND), de la que es miembro, y la UE fundamentalmente a través de la Agencia Europea sobre Drogas (EUDA) y el Grupo Horizontal Drogas (GHD) del Consejo de la UE, contribuyendo a estrategias, proyectos, publicaciones y estudios. Se elaboraron documentos que recogían las posiciones españolas en reuniones del Grupo Horizontal Drogas (GHD) del Consejo de la UE y en diálogos internacionales, asegurando la defensa de los derechos humanos en la aplicación de políticas sobre drogas. Se asistió a los periodos de sesiones 64º a 68º de la CND y a todas las reuniones del GHD, participando en la creación de la Agencia Europea sobre Drogas (EUDA) en 2024 y en su Consejo de Administración, así como en la Red Europea de Información sobre Drogas y Toxicomanías (REITOX). España cumplió con la notificación oficial de datos a la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) mediante los cuestionarios ARQ y a la EUDA, elaborando informes técnicos y tablas estandarizadas.

En cuanto a la **alineación con la Estrategia de la Unión Europea sobre Drogas y acuerdos políticos generales**, España participó activamente en la elaboración del Plan de acción sobre Drogas de la UE y en el Plan Mundial sobre Alcohol de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Durante la **Presidencia española del Consejo de la UE en el segundo semestre de 2023**, se aseguró la inclusión de las políticas de adicciones en la agenda europea, liderando debates sobre salud mental y consumo de drogas que culminaron en las “Conclusiones del Consejo sobre las personas que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas que se producen conjuntamente con otros trastornos de salud mental”. Además, se organizó la reunión de Coordinadores Nacionales de Drogas bajo el título “Reducción de Riesgos y Daños: Mirando al futuro”, y se reforzó el “Mecanismo de Coordinación y Cooperación en materia de Drogas UE-CELAC” (Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños), liderando la negociación y aprobación de una declaración birregional que fija prioridades para los próximos cinco años.

En el **ámbito de proyectos internacionales**, se financiaron iniciativas relevantes con cargo al Fondo de Bienes Decomisados, como la Encuesta Escolar Mediterránea sobre Alcohol y Otras Drogas (MedSPAD) en países mediterráneos, el proyecto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante la COVID-19, el programa *IGUALDROGAS* para incorporar la perspectiva de género en políticas de drogas en América Latina y el Caribe, y el proyecto ONUDD QALAT (fases I a IV) para garantizar la calidad en el tratamiento de trastornos por consumo de drogas. Además, se prestó apoyo técnico e institucional a todos estos proyectos.

Asimismo, se presentaron propuestas en el marco del plan Interconecta de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y se apoyaron programas financiados por la UE y liderados por España a través de la Fundación para la Internalización de las Administraciones Públicas (FIAP) como el Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD), el Programa de Acción en materia de Drogas de Asia Central (CADAP) y el Programa de Acción contra el crimen organizado y el terrorismo (EU-ACT), participando activamente lo que incluye formar parte de los comités directivos y llevar a cabo visitas de estudio. Cabe destacar, además, la contribución y la participación activa de España a través de la DGPNSD en encuestas europeas

de referencia como la *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) (12) y la *European Web Survey on Drugs* (EWSD) (62).

La **integración de la cooperación en acuerdos marco** se reforzó mediante la celebración de Comisiones Mixtas y memorandos de entendimiento, consolidando relaciones bilaterales y garantizando la coherencia con los compromisos internacionales. En paralelo, se desarrollaron actividades formativas en colaboración con organismos como la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), confirmando la alineación con los objetivos estratégicos.

Finalmente, la **colaboración con la sociedad civil** organizada se fortaleció mediante reuniones periódicas con entidades españolas con actividad internacional, el apoyo a eventos paralelos en la CND y la financiación de la Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales (RIOD), consolidando su papel en la cooperación internacional. Igual mención merece, el regreso de España en 2025 al Grupo de Cooperación Internacional sobre Drogas y Adicciones del Consejo de Europa, también conocido como **Grupo Pompidou**, del que se había dejado de formar parte en el año 2013. El impacto de la pandemia se reflejó en la priorización de proyectos orientados a mitigar sus efectos y en la adaptación de formatos de reuniones y negociaciones a modalidades híbridas y telemáticas.

En síntesis, en cuanto al cumplimiento de los objetivos estratégicos en esta área de actuación:

- Se ha reforzado la presencia internacional de España, se han liderado iniciativas estratégicas en la UE y en foros globales, se ha avanzado en la integración de la cooperación en acuerdos políticos y se han financiado proyectos que responden a los objetivos de salud pública y derechos humanos.
- Persisten retos relacionados con la sostenibilidad de la financiación por parte de España a Proyectos internacionales, especialmente en América Latina, y la necesidad de consolidar mecanismos de evaluación del impacto de la cooperación, pero la evolución registrada evidencia una progresión clara hacia un modelo más proactivo, alineado con los compromisos internacionales y adaptado a los desafíos emergentes.

3.5. Comunicación y difusión

El área de actuación de Comunicación y Difusión en la ENA 2017-2024 se concibió para reforzar el papel de las Administraciones Públicas como referentes en información veraz y contrastada sobre adicciones, potenciar la web del PNSD como centro documental de referencia, favorecer el intercambio de conocimientos entre profesionales y garantizar la participación activa de la ciudadanía mediante canales que detecten sus necesidades y expectativas. Estos objetivos buscaban consolidar la DGPNSD como fuente fiable y accesible de información, promover la transparencia y combatir la desinformación.

En relación con la **optimización de canales digitales y la interacción con profesionales y ciudadanía**, se consolidó la web del PNSD como recurso útil, con una estructura clara, buen posicionamiento y contenidos actualizados, incluyendo infografías y publicaciones científicas derivadas de proyectos financiados. Entre 2017 y 2024 registraron más de 26,5 millones de páginas visitadas de la página web, 11,1 millones de descargas y 22,2 millones de visitantes. Se publicaron siete ediciones de la Memoria Anual del PNSD, veinte informes epidemiológicos y quince monografías sobre temas estratégicos como violencia de género y adicciones, cannabis, protocolos de detección precoz, perspectiva de género y recursos de reducción de daños.

La **cuenta en X (antigua Twitter) @PNSDgob** alcanzó 10.972 seguidores en 2024, con una media anual de 35.000 interacciones y picos de impacto en contenidos sobre cannabis (285% más impresiones

que la media). A partir de 2019 las métricas de X se incrementan mes a mes y desde el año 2022 ha habido un aumento en el número de menciones, visitas al perfil y número de seguidores.

Se implementaron estrategias contra la desinformación mediante boletines y contenidos digitales, incluyendo la sección “Únete a la conversación de @PNSDgob” para combatir bulos y ofrecer información basada en evidencia. Se crearon listas de distribución por correo electrónico para interlocutores clave y se incrementó el flujo de noticias y publicaciones desde el Centro de Documentación e Información (CENDOCU) de la DGPNSD, mejorando diseño y grafismo. La pandemia de COVID-19 marcó esta etapa: se realizaron esfuerzos específicos para difundir información sobre su impacto en las adicciones, se duplicaron las comunicaciones a través de listas de distribución y se mantuvo la emisión diaria del boletín de prensa incluso en los momentos más críticos. Se participó en cursos, jornadas y congresos, y se impulsaron actividades como la Jornada de Investigación de 2019, reforzando la visibilidad institucional.

En cuanto a **campañas de sensibilización**, se desarrollaron iniciativas dirigidas a la población general y colectivos específicos, como la campaña “Prevención del Juego de Apuestas” en 2022 y su redifusión en 2023, además de otras sobre consumo de cannabis, nuevas sustancias psicoactivas, violencia de género y adicciones, *chemsex* y prevención del vapeo. Se incorporó la producción de documentales monográficos como herramienta adicional de sensibilización. Las CC. AA. y corporaciones locales complementaron estas acciones con campañas sobre abuso de pantallas, sumisión química, bebidas energéticas y prevención del estigma asociado a las adicciones, utilizando medios diversos como cartelería urbana, redes sociales y transporte público. Aunque se mejoró la evaluación de impactos mediante herramientas digitales, persiste margen para medir el efecto real en la prevención.

En el ámbito del **intercambio de conocimiento**, se reforzó la difusión selectiva de información a través de redes sociales y comunicaciones directas con profesionales. Se han elaborado y difundido diversos dossieres temáticos sobre metanfetamina, poppers, bebidas energéticas, alcohol y embarazo, prevención de sobredosis, entre otros, disponibles en la web del PNSD. El formato ÁGORA, nacido en 2020 como respuesta a la pandemia, se consolidó como espacio estable de debate virtual, con 22 ediciones celebradas entre 2020 y 2024, abordando temáticas como metanfetamina, cannabis, consumo de riesgo de alcohol, prevención ambiental, inserción laboral y buenas prácticas en prevención. Su modalidad online permitió ampliar audiencias y extender el alcance territorial, incluso a América Latina. Además, se organizaron jornadas monográficas y encuentros con expertos, reforzando la posición del PNSD como referente técnico.

Se mantuvo una presencia activa en foros profesionales y **grupos de trabajo del CEDOA**, incluyendo el Grupo de Comunicación. La pandemia actuó como catalizador para la digitalización y la adopción de modalidades flexibles, acelerando procesos que han fortalecido la resiliencia del sistema y permitiendo mantener la emisión diaria del boletín de prensa incluso en los momentos más críticos.

En síntesis:

- Se ha potenciado la web del PNSD como centro documental, se ha reforzado la comunicación digital y la interacción con profesionales y ciudadanía, se han impulsado campañas de sensibilización y se ha consolidado el intercambio de conocimiento mediante formatos innovadores como ÁGORA.
- Persisten retos en la medición del impacto preventivo de las campañas y en la sostenibilidad de la estrategia contra la desinformación, pero la evolución registrada evidencia una progresión clara hacia un modelo más abierto, participativo y basado en evidencia.

3.6. Evaluación y calidad

El área de actuación de Evaluación y Calidad en la ENA 2017-2024 se diseñó para garantizar la homogeneidad y la mejora continua en la prestación de servicios relacionados con las adicciones. Sus objetivos estratégicos incluían establecer una cartera mínima de servicios en todo el territorio nacional, definir criterios contrastados para la evaluación de programas, promover indicadores comunes, incorporar la perspectiva de género en la evaluación y crear un catálogo de buenas prácticas basado en programas acreditados por el PNSD, contribuyendo así a la equidad en el acceso, la eficacia de las intervenciones y la transparencia en la gestión.

En relación con la **cartera mínima de servicios de adicciones**, se identificaron dificultades para consensuar un documento nacional, debido a factores como procesos electorales, cambios organizativos en las estructuras autonómicas y el impacto de la pandemia de COVID-19, que obligó a reorientar prioridades y ralentizó la constitución de grupos de trabajo. Aunque este objetivo sigue pendiente de completarse, se realizaron trabajos de revisión y actualización de esta cartera de servicios en algunas CC. AA. como Cataluña o a nivel local en algunos municipios como Reus, y se constató la complejidad de incorporar nuevas áreas como adicciones comportamentales o sinhogarismo. Este reto se mantiene como prioridad en el plan estratégico del Ministerio de Sanidad para la presente legislatura.

En cuanto a la **promoción de la cultura de la evaluación** y la definición de criterios contrastados, se incorporaron apartados específicos sobre evaluación en las convocatorias de ayudas de la DGPNSD, se impulsaron cursos de formación para profesionales y se añadió la posibilidad de presentar proyectos de evaluación externa. También se inició la valoración de destinar financiación específica a la evaluación de programas preventivos, reconociendo la necesidad de avanzar hacia una prevención basada en evidencia. Se elaboraron boletines periódicos sobre indicadores clave definidos por el CEDOA, que permiten evaluar la evolución de la situación de las adicciones en España y facilitan la planificación estratégica. Asimismo, se promovieron evaluaciones específicas, como la valoración del impacto de la pandemia en el ámbito de las adicciones, y se impulsaron evaluaciones de protocolos asistenciales, itinerarios, coordinación interservicios y efectividad de programas preventivos.

El desarrollo del **Portal de BBPP** (6) se consolidó como herramienta central para la acreditación y difusión de programas basados en evidencia. Durante el periodo 2018-2020 se desarrolló el soporte informático del Portal y la mayoría de los contenidos y estructura prevista, así como se realizó el programa piloto con varios programas de prevención estableciendo y validando los criterios a utilizar. A finales del año 2020 se habían incluido **6 programas preventivos**, y entre 2021 y 2024 se revisaron **19 programas más**, de los cuales **12 obtuvieron acreditación como buena práctica o buena práctica plus**, y dos continúan en fase de reevaluación. El portal cuenta con soporte informático y estructura consolidada, incorpora criterios validados para la acreditación y añade funcionalidades como el Portal Estadístico Adicciones, que enlaza con la herramienta interactiva del Ministerio de Sanidad que permite el análisis de datos de las encuestas del OEDA (63), que facilita la consulta interactiva de las encuestas ESTUDES y EDADES, vinculado al portal estadístico del Ministerio de Sanidad. La difusión activa del portal se realizó mediante encuentros **ÁGORA**, actividades formativas y asesoramiento a profesionales y entidades interesadas en mejorar la calidad de sus programas. El portal fue presentado en foros internacionales como el **Quality Champions Event del proyecto FENIQS-EU** (64) y reconocido como “práctica inspiradora” en su web, lo que refuerza su impacto más allá del ámbito nacional.

En materia de formación y en el marco del Portal de BBPP, se realizaron diez ediciones del curso “Calidad en los programas de prevención de adicciones: planificación, estándares y evaluación”, que incluyó módulos sobre el funcionamiento del portal, programas basados en evidencia y el documento sobre EUPC (7), cuya traducción al castellano se publicó como referencia clave para la formación en prevención basada en evidencia. Estas ediciones formaron a 140 profesionales, incluyendo técnicos de comunidades autónomas, entidades del tercer sector y profesionales latinoamericanos en el marco del **programa Intercoonecta** (65), lo que evidencia la proyección internacional de esta línea de trabajo. Las

entidades del tercer sector también contribuyeron con iniciativas para mejorar la calidad de la gestión, obtener certificaciones y desarrollar herramientas que faciliten la evaluación en prevención.

En conclusión:

- Se ha logrado consolidar herramientas clave como el Portal de BBPP, la acreditación de programas basados en evidencia y la formación especializada de profesionales, reforzando la cultura de la evaluación y la transparencia en la gestión.
- Persiste la ausencia de un documento consensuado sobre la cartera mínima de servicios y la necesidad de financiación sostenida para la evaluación. Los progresos en la definición de indicadores, la difusión de estándares y la proyección internacional del sistema evidencian una evolución clara hacia un modelo más homogéneo, eficaz y orientado a la mejora continua, alineado con los objetivos estratégicos de la Estrategia Nacional sobre Adicciones.

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA ENA 2017-2024

En coherencia con la metodología descrita en el apartado 4 de la Nota Metodológica, la estimación del grado de cumplimiento se ha realizado mediante una valoración técnica de síntesis basada en la integración de:

- La evolución de los principales indicadores epidemiológicos, asistenciales y sociales;
- El grado de desarrollo de las actuaciones previstas en la Estrategia y en sus Planes de Acción;
- Los avances normativos e institucionales alcanzados durante el periodo evaluado;
- Los principales factores facilitadores y limitantes identificados.

Los porcentajes obtenidos representan una estimación orientativa del grado de aproximación a los objetivos estratégicos de la ENA 2017-2024 y deben interpretarse como una valoración integrada de la evidencia disponible, más que como una medida exacta del porcentaje de actuaciones ejecutadas.

A continuación, en las dos tablas siguientes, se exponen los resultados obtenidos en relación con la estimación del grado de cumplimiento de la ENA 2017-2024, y se presentan las principales razones de avance o de ruptura de cada uno de los objetivos, metas y áreas de actuación que componen la estrategia.

Tabla 1. Estimación del grado de cumplimiento de los Objetivos generales

Objetivo	Cumplimiento estimado	Fundamentación de la valoración	Razones de avance	Razones de brecha
Disminuir consumo y adicciones	60% (Medio)	Se observan avances significativos en la reducción del consumo de tabaco y en la mejora de los indicadores de consumo en población joven, aunque estos resultados se ven parcialmente compensados por el aumento del consumo de cannabis en población adulta y por el crecimiento de determinadas adicciones comportamentales y nuevos productos con nicotina.	Descenso en tabaco (-24%), alcohol estable, reducción en jóvenes (-23% alcohol, -43% tabaco).	Cannabis +24% en adultos, juego online +57% en adultos, cigarrillos electrónicos +82% en jóvenes.
Retrasar edad de inicio	55% (Medio)	La evolución de diversos factores protectores, como la percepción del riesgo o la disminución de la disponibilidad percibida, ha sido favorable. Sin embargo, las edades medias de inicio permanecen prácticamente estables durante el período evaluado, lo que limita el grado de cumplimiento alcanzado.	Edad estable para alcohol/tabaco, percepción de riesgo ↑ (+11 puntos alcohol).	Nuevas adicciones digitales y vapors en adolescentes, edad de inicio sin cambios sustanciales.
Reducir daños asociados	70% (Medio)	Se constatan avances relevantes en los indicadores clásicos de reducción de daños, especialmente en relación con la vía inyectada y las enfermedades infecciosas asociadas. No obstante, el aumento de la mortalidad por reacción aguda y de determinados indicadores asistenciales impide considerar plenamente alcanzado el objetivo.	Inyección -39%, VIH en inyectores -43%, protocolos naloxona y salas supervisadas.	Mortalidad por reacción aguda ↑ (696→1.360), urgencias hospitalarias ↑, diferencias territoriales en la disponibilidad de determinadas intervenciones y recursos de reducción de daños.

Nota metodológica. La valoración integra la evolución de los principales indicadores epidemiológicos, asistenciales y sociales, junto con los avances institucionales observados durante el período evaluado.

Tabla 2. Estimación del grado de cumplimiento de las Metas y la Áreas de actuación

Meta/Área	Cumplimiento estimado	Fundamentación de la valoración	Factores positivos	Factores limitantes
Meta 1: Sociedad más saludable e informada	65% (Medio)	Se observa un amplio desarrollo de actuaciones preventivas, asistenciales y de reducción de daños, acompañado de resultados generalmente favorables. No obstante, persisten desigualdades territoriales, limitaciones evaluativas y dificultades para garantizar una implantación homogénea de las actuaciones.	Impulso normativo, campañas digitales, Portal BBPP, perspectiva de género.	Diferencias territoriales en la cobertura efectiva de programas preventivos, asistenciales y de incorporación social y evaluación sistemática insuficiente.
Prevención y reducción del riesgo	60% (Medio)	Se ha producido un importante desarrollo de programas basados en evidencia, actuaciones preventivas y herramientas técnicas, acompañado de mejoras en determinados factores protectores. Sin embargo, el incremento de nuevos riesgos emergentes limita el alcance de los resultados obtenidos.	Programas basados en evidencia, guías y protocolos, formación profesional.	Incremento de vapores y juego online, baja implicación familiar.
Atención integral y multidisciplinar	70% (Medio)	Se han consolidado avances relevantes en la integración asistencial, la incorporación de las adicciones comportamentales y el desarrollo de protocolos especializados. Persisten, sin embargo, diferencias de implantación y sostenibilidad entre territorios.	Integración sociosanitaria, protocolos para adicciones sin sustancia.	Diferencias territoriales en la integración funcional de recursos asistenciales y sistemas de información.
Reducción de daños	75% (Alto)	Es el ámbito que presenta una evolución más favorable, tanto en el desarrollo de intervenciones especializadas como en la mejora de diversos indicadores de salud pública relacionados con el consumo de sustancias.	Ampliación tratamientos sustitutivos, naloxona, espacios supervisados.	Barreras normativas para naloxona, falta de cobertura rural.
Incorporación social	55% (Medio)	Se han reforzado recursos y programas de apoyo a la integración social y laboral, aunque continúan existiendo importantes limitaciones para medir resultados y garantizar una implantación homogénea a nivel territorial.	Fondos europeos, recursos habitacionales, programas laborales.	Diferencias territoriales en la disponibilidad de recursos y mecanismos de seguimiento en la incorporación social.
Meta 2: Sociedad más segura	68% (Medio)	La valoración refleja un nivel elevado de ejecución de las actuaciones previstas en materia de reducción y control de la oferta, cooperación policial y judicial y desarrollo normativo, acompañado de avances significativos en los mecanismos de coordinación nacional e internacional. Sin embargo, la evolución de determinados riesgos emergentes, la creciente complejidad de algunos mercados ilícitos y el incremento de determinadas adicciones comportamentales impiden considerar plenamente alcanzados los objetivos previstos para esta meta	Refuerzo policial, cooperación internacional, control en puertos.	Juego online en aumento, fiscalización incompleta de nuevas sustancias.
Áreas transversales	70% (Medio)	Se han consolidado la coordinación institucional, los sistemas de información, la gestión del conocimiento y la comunicación pública. No obstante, continúan existiendo retos relacionados con la homogeneización territorial y la evaluación sistemática de resultados.	Portal BBPP, avances en la digitalización de sistemas de información y comunicación, incremento del número de campañas.	Falta cartera mínima de servicios, desarrollo desigual de sistemas de evaluación, información y coordinación entre territorios.

Nota metodológica. Las estimaciones de cumplimiento reflejan una valoración integrada de la evidencia disponible para cada ámbito evaluado. En cada caso se consideró conjuntamente la evolución de los indicadores de resultado, el grado de desarrollo de las actuaciones previstas, los avances normativos e institucionales alcanzados y la persistencia de factores limitantes relevantes. Las puntuaciones obtenidas constituyen una estimación orientativa del grado de aproximación a los objetivos estratégicos de la ENA 2017-2024.

Una representación gráfica de estos resultados puede observarse en la figura 30, y en la infografía que cierra este apartado.

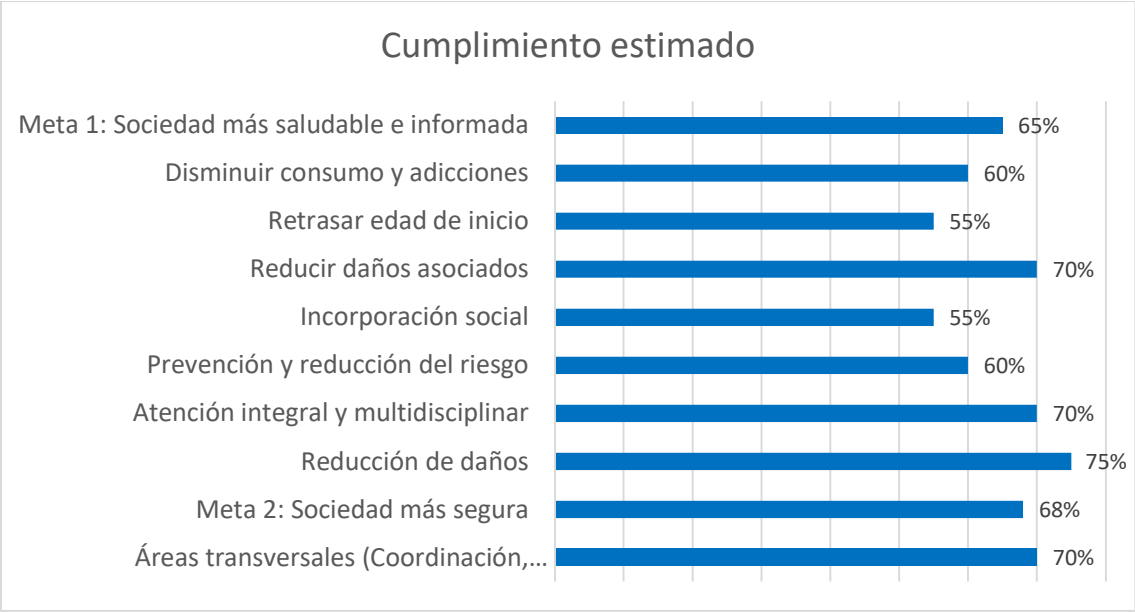


Figura 30. Grado de cumplimiento estimado para los objetivos, las metas y las áreas de actuación que constituyen la ENA 2017-2024 [FUENTE: elaboración propia]

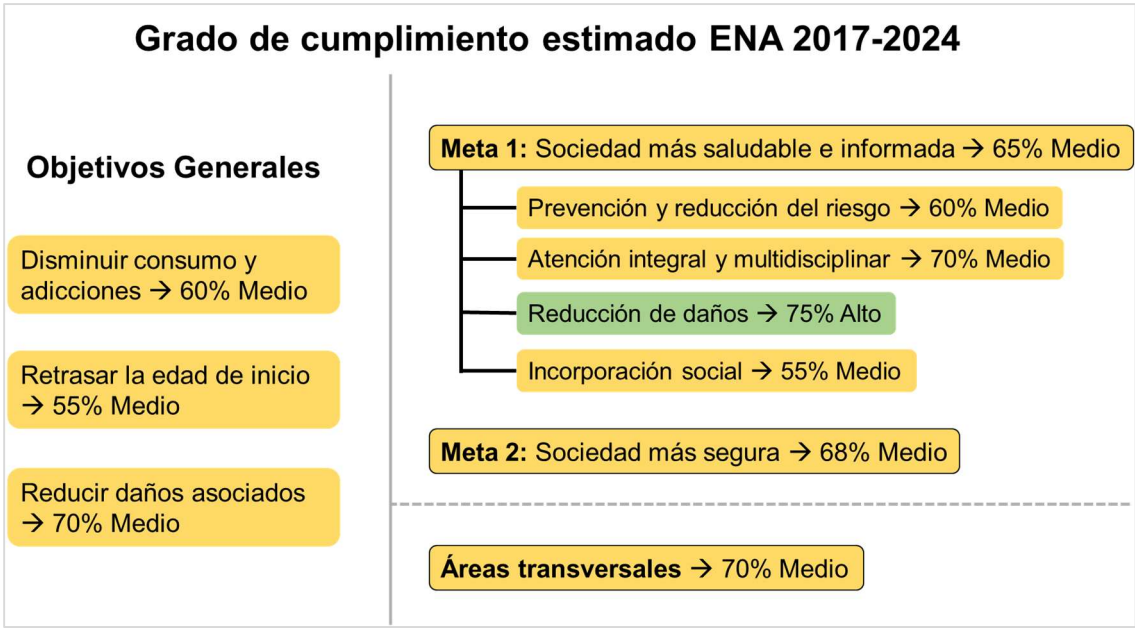


Figura 31. Infografía del grado de cumplimiento estimado para los objetivos generales, las metas y las áreas de actuación que constituyen la ENA 2017-2024 [FUENTE: elaboración propia]

CONCLUSIONES

La evaluación de la ENA 2017-2024 permite constatar avances significativos en la consecución de sus objetivos generales, aunque persisten retos que condicionan la plena efectividad de las políticas implementadas:

1. En relación con la **reducción de la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y de las adicciones comportamentales**, los datos muestran una evolución heterogénea: mientras que el consumo de tabaco y alcohol en población joven ha disminuido de forma notable, consolidando tendencias positivas en la percepción del riesgo y en la reducción de la disponibilidad percibida, en población adulta se observa estabilidad en el consumo de alcohol y un incremento en el uso de cigarrillos electrónicos e hipnosedantes, lo que plantea nuevos desafíos regulatorios y preventivos. El cannabis mantiene una prevalencia elevada, con ligeros aumentos en población general, aunque en adolescentes se aprecia un descenso sostenido, lo que sugiere la eficacia de las intervenciones preventivas y de los cambios sociales.

Las adicciones comportamentales, especialmente el juego online, han experimentado un crecimiento en los últimos años, pese a los avances normativos y preventivos, lo que evidencia la necesidad de reforzar las estrategias dirigidas a este ámbito.

2. En cuanto al objetivo de **retrasar la edad de inicio en el consumo de sustancias y en conductas adictivas**, los resultados muestran que las edades medias se han mantenido prácticamente invariables para la mayoría de sustancias, lo que indica que persiste la precocidad en la experimentación. No obstante, se observa una evolución positiva en otros indicadores: aumenta la proporción de jóvenes que no han consumido nunca alcohol, tabaco o cannabis y se refuerza la percepción del riesgo, especialmente frente al consumo habitual. A ello se suma una disminución generalizada en la percepción de disponibilidad, que reduce la sensación de facilidad para acceder a determinadas sustancias, en especial cannabis y cocaína, lo que constituye un factor protector relevante.

Este conjunto de hallazgos subraya la importancia de seguir impulsando medidas preventivas basadas en evidencia, con especial atención a los entornos familiares y escolares, y de consolidar la perspectiva ambiental para limitar la accesibilidad y reforzar los factores de protección.

3. Respecto al objetivo de **disminuir los daños asociados al consumo y a las adicciones comportamentales**, se han logrado avances sustanciales en la reducción de riesgos vinculados a la vía inyectada, con descensos históricos en el número de personas que se inyectan drogas y en la prevalencia de infecciones por VIH y hepatitis C.

También se ha ampliado la cobertura de tratamientos sustitutivos y se han incorporado innovaciones como buprenorfina depot y naloxona intranasal, aunque persisten barreras para su acceso universal.

No obstante, la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas muestra una tendencia ascendente, condicionada por factores como la mejora en la notificación y el envejecimiento de las cohortes de consumidores, lo que exige reforzar las estrategias de reducción de daños y la atención a colectivos vulnerables. Las urgencias hospitalarias y las hospitalizaciones por consumo de cannabis y cocaína también han aumentado, evidenciando la necesidad de integrar la reducción de daños en todos los niveles asistenciales y de mejorar la respuesta ante consumos problemáticos.

4. En relación con las **metas estratégicas**, la evolución **hacia una sociedad más saludable e informada** se ha materializado en avances normativos, campañas de sensibilización y consolidación de programas preventivos acreditados en el Portal de Buenas Prácticas, así como en la incorporación de la perspectiva de género y en la adaptación a riesgos emergentes como el uso problemático de pantallas y el juego online. Sin embargo, persisten retos en la equidad territorial, la evaluación sistemática de programas y la extensión de intervenciones en contextos prioritarios.

La atención integral y multidisciplinar ha mejorado con la integración de redes asistenciales, la incorporación de las adicciones sin sustancia y el desarrollo de protocolos específicos, aunque la interoperabilidad de sistemas y la atención a patología dual siguen siendo áreas críticas.

En reducción de daños, se ha consolidado la oferta de tratamientos sustitutivos y los espacios supervisados, pero se requiere avanzar en la simplificación del acceso a naloxona intranasal y en la protección de familias afectadas por trastornos de juego severo.

La incorporación social ha experimentado progresos en cobertura y definición de marcos comunes, impulsados por la movilización de recursos europeos, aunque la falta de sistemas homogéneos de información y la sostenibilidad financiera limitan su impacto.

Por su parte, la **meta orientada a una sociedad más segura** ha registrado avances en la reducción y control de la oferta, con mejoras en la cooperación policial y judicial, la recuperación de activos y la fiscalización de nuevas sustancias, así como en la regulación del juego y en la tramitación de la Ley de prevención del consumo de alcohol en menores.

No obstante, la persistencia del tráfico internacional y la aparición de nuevas sustancias psicoactivas exigen mantener la cooperación internacional y reforzar la especialización de los recursos judiciales y policiales.

Por su parte, las **áreas transversales** han contribuido a la coherencia global de la Estrategia: se ha fortalecido la coordinación interinstitucional, se han optimizado recursos y se ha consolidado la participación de la sociedad civil; se han reforzado los sistemas de información y la gestión del conocimiento, con mejoras en indicadores y en la respuesta ante riesgos emergentes; se ha avanzado en la legislación, la cooperación internacional y la comunicación, consolidando la transparencia y la proyección internacional del sistema. Sin embargo, persisten desafíos en la digitalización completa de procesos, la integración de plataformas, la medición del impacto preventivo de las campañas y la formalización de protocolos específicos.

En síntesis, la evaluación evidencia una evolución positiva hacia los objetivos definidos en la ENA 2017-2024, con logros relevantes en prevención, asistencia, reducción de daños, incorporación social y control de la oferta, así como en la consolidación de áreas transversales.

No obstante, el éxito pleno de la Estrategia requiere mantener y reforzar las líneas iniciadas, garantizar la equidad territorial, consolidar la cultura de la evaluación y asegurar la sostenibilidad financiera y normativa, para avanzar hacia un modelo más integral, equitativo y adaptado a los retos emergentes en el ámbito de las adicciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2025_OEDA-Informe.pdf.
2. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta OEDA-COVID: Impacto de la pandemia por COVID-19 durante el año 2020 en el patrón de consumo de sustancias psicoactivas y otros comportamientos con potencial adictivo. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 42 p. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/COVID-19/20210326_Informe_ENCUESTA_OEDA-COVID_2020_def.pdf
3. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016; 69 p. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf
4. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe sobre Adicciones Comportamentales y Otros Trastornos Adictivos 2024: Indicador admitidos a tratamiento por adicciones comportamentales. Juego de azar, uso de videojuegos, uso problemático de internet y otros trastornos adictivos en las encuestas de drogas en España EDADES y ESTUDES. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2024; 90 p. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_OEDA_Informe_AdiccionesComportamentales.pdf
5. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2022; 51 p. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_ESDI_P_Informe.pdf
6. Portal de Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas y otras adicciones. Disponible en:
<https://www.buenaspracticasadicciones.es/>
7. Portal de Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas y otras adicciones. Currículum Europeo de Prevención (EUPC). Disponible en:
<https://www.buenaspracticasadicciones.es/bbpp/portal/herramienta.jsf?id=18>
8. Begoña Brime y Joan R. Villabí. ¿Está disminuyendo el consumo de tabaco, alcohol y cannabis por los adolescentes?. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, 2023; 4 p. Disponible en:
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/2035>
9. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España, 1994-2025. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, 2025; 98 p. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2025/ESTUDES_2025_Informe_nacional_df.pdf
10. Encuesta piloto sobre uso de drogas y adicciones en estudiantes de enseñanzas secundarias de 12 y 13 años de 1º y 2º ESO en España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, 2023; 42 p.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2023_OEDA_InformePilotoESTUDES_1y2_ESO.pdf

11. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe sobre Adicciones Comportamentales y Otros Trastornos Adictivos 2025: Indicador admitidos a tratamiento por adicciones comportamentales. Juego de azar, uso de videojuegos, uso problemático de internet y otros trastornos adictivos en las encuestas de drogas en España EDADES, ESTUDES y en los indicadores del OEDA. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2025. 100 p. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/2025_090226112109595.pdf
12. Encuesta Europea en Escolares sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD). Disponible en:
<https://www.espad.org/>
13. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España, 2019; 252 p. Disponible en:
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2019OEDA-INFORME.pdf>
14. Vigilancia Epidemiológica del VIH y Sida en España 2024. Ministerio de Sanidad, 2025. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/vihSida/vigilancia/docs/Informe_VIH_SIDA_2024_Nov_2025.pdf
15. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Indicadores clave sobre drogas y adicciones, 2025. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2025.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2025/2025_Boletin_PNSD_Indicadores_Clave.pdf
16. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe sobre Adicciones Comportamentales y Otros Trastornos Adictivos 2023: Indicador admitidos a tratamiento por adicciones comportamentales. Juego con dinero, uso de videojuegos, uso problemático a internet y otros trastornos adictivos en las encuestas de drogas en España EDADES y ESTUDES. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2023. 89 p. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2023_Informe_Trastornos_Comportamentales.pdf
17. Proyecto de Ley de prevención del consumo de bebidas alcohólicas y de sus efectos en las personas menores de edad. Boletín Oficial de las Cortes Generales, 21 de marzo de 2025. Disponible en:
https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/A/BOCG-15-A-50-1.PDF
18. Real Decreto 903/2025, de 7 de octubre, por el que se establecen las condiciones para la elaboración y dispensación de fórmulas magistrales tipificadas de preparados estandarizados de cannabis. BOE núm. 243, de 9 de octubre de 2025. Disponible en:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2025-20077
19. Real Decreto 176/2023, de 14 de marzo, por el que se desarrollan entornos más seguros de juego. BOE núm. 63, de 15 de marzo de 2023. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-6735>
20. Real Decreto 958/2020, de 3 de noviembre, de comunicaciones comerciales de las actividades de juego. BOE núm. 291, de 04 de noviembre de 2020. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-13495>
21. Lloret Irlles, D. y Cabrera-Perona, V. Medidas de prevención del consumo de drogas y daños asociados en contextos de ocio. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2023. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2023_Guia_Medida_Preencion_Drogas_Ocio.pdf

22. Montserrat Juan Jerez Mariàngels Duch Moyà (Coords.). La prevención de las adicciones en el ámbito del ocio. Guía para una gestión comunitaria y participativa. Ministerio de Sanidad, 2025. 146 p.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2025/2025_Guia-PAO.pdf
23. Camarelles Guillem F, Córdoba García R, Justo Gil S, Ramírez Manent JI, Rodríguez Benito L, Cervigón Portaencasa R, et al. Guía breve para el cribado e intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2022. Disponible en:
<https://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/Guia-breve-Para-el-cribado-e-intervencion-breve-en-el-consumo-de-riesgo-de-alcohol-PAPPS-semFYC-2022-jx2quu.pdf>
24. Gamonal García, A y Mateo Pérez, C. Manual para la elaboración de protocolos de detección precoz e intervención breve con menores en situación de vulnerabilidad. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 115 p. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2024_Protocolo_menores_vulnerabilidad.pdf
25. Programa QTJ?-¿Qué te juegas?. Disponible en:
<https://programaquetejuegas.org/>
26. Portal de Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas y otras adicciones. Ludens, Programa de prevención de la adicción al juego. Disponible en:
<https://www.buenaspracticasadicciones.es/bbpp/buenaPracticaDetalleNa.jsf?bbpp=32>
27. Pacheco Arellano, S.E. y Rementeria Rocas, O. Protocolo de Inclusión de la Perspectiva de Género en programas de prevención de adicciones. Guía y herramienta práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 67 p. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/2021_Protocolo_Inclusion_Genero_Preencion_Adicciones.pdf
28. Becoña Iglesias E. La Prevención Ambiental en el Consumo de Drogas. ¿Qué medidas podemos aplicar?. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 272 p. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_PreencionAmbientalDrogas.pdf
29. Becoña Iglesias E. Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de las drogodependencias y de las adicciones. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023. 467 p. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2023_Becona_GuiaBuenasPracticasCalidad_PrevDrogasAdicciones.pdf
30. Portal de Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas y otras adicciones. Disponible en:
<https://www.buenaspracticasadicciones.es/>
31. European Union Drugs Agency. Xchange prevention registry. Disponible en:
https://www.euda.europa.eu/best-practice/xchange_en
32. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en mayores de 64 años en España (ESDAM), 2019/20. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 42p. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-2020_ESDAM_FINAL.pdf
33. Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en el dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, 2021. 80 p. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/publicaciones/planOptimizacion/docs/opioides/Plan_Optimizacion_Opioides_en_DCNO.pdf

34. Uso de opioides para el Dolor Crónico no Oncológico Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en el dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud. Documento de apoyo para profesionales sanitarios. Ministerio de Sanidad, 2025. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/publicaciones/planOptimizacion/docs/opioides/Documento_Apoyo_Algoritmos_y_Anexos.pdf
35. Arias, Francisco y Orio, Laura (Coords.) Guía clínica sobre adicciones comportamentales basada en la evidencia. Socidrogalcohol. 337 p. Disponible en: https://socidrogalcohol.org/wp-content/uploads/2024/02/Guia_Adicciones_Comportamentales_completa-1.pdf
36. Comunidad de Madrid. Consejería de Salud. Prevención de adicciones, 2026. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/prevencion-adicciones>
37. Martínez-Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias. Revisión de la evidencia y propuestas para el abordaje conjunto de la violencia de género y el abuso de sustancias en los servicios de atención. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 167 p. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_DGPNSD_Violencia_genero_abuso_susustancias.pdf
38. Martínez-Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. (2023). Guía para el abordaje integral de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres. Federación Española de Municipios y Provincias y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2023_GuiaAbordajeViolenciasGenero.pdf
39. Martínez-Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. (2024). Inventario institucional de recursos asistenciales (ambulatorios y residenciales) que realizan un abordaje conjunto de la violencia de género y adicciones. Federación Española de Municipios y Provincias y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. Disponible en: https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/2025_InventarioRecursos_abordaje_violenciadegeneroAdicciones.pdf
40. Fundación Salud y Comunidad. BeTrAD: Un mejor tratamiento para los consumidores de drogas de edad avanzada, 2019. Disponible en: <https://www.fsyc.org/proyectos/betrad-un-mejor-tratamiento-para-los-consumidores-de-drogas-de-edad-avanzada/>
41. Calvo, F., de Gispert, T., Adán, P.E., Belmar, C., Pascual, F., Ferrer, R., Catalán, C., Martínez N. Gonzalvo, B., y Ferrer, X. (2023). Afectación en la salud relacionada con el consumo de drogas de personas de edad avanzada y envejecimiento prematuro. Una revisión sistemática exploratoria. Federación Española de Municipios y Provincias y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2023_AfectacionSaludConsumoDrogasPersonasEdadAvanzada.pdf
42. Ministerio de Sanidad. Guía de Cribado de la infección por el VHC. Ministerio de Sanidad, 2025. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/areas/DCVIHT/hepatitis/hepatitisC/docs/Hepatitis_C._ACCESIBLE.pdf
43. Ministerio de Sanidad. Subvenciones a programas de prevención de VIH e ITS Histórico de convocatorias. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/subvenciones/convocatorias/home.htm>
44. Convocatoria de Ayudas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/convocatoriaSubvenciones/home.htm>

45. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. BOE núm. 132, de 3 de junio de 2021. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9233>
46. Sánchez Pardo, L. Revisión de la situación actual de las evidencias disponibles, las políticas y los programas de incorporación social de adicciones. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 114 p. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2024_SanchezPardo_InformeRevisionSituacionActual.pdf
47. Sánchez Pardo, L. Manual para el abordaje de los procesos de incorporación social de las personas con trastornos adictivos. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 105 p. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2024_SanchezPardo_ManualAbordajeProcesos.pdf
48. Convocatoria ONG Fondos Europeos MRR 2021. Ministerio de Sanidad. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/convocatoriaSubvenciones/ongs/ProgramaONGs_fondosUE_2021.htm
49. Convocatoria ONG financiadas con fondos europeos 2022. Ministerio de Sanidad. Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/convocatoriaSubvenciones/ongs/ProgramaONGs_fondosUE_2022.htm
50. Convocatoria de ayudas para el desarrollo de proyectos de investigación sobre adicciones. Ministerio de Sanidad. Disponible en:
<https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/convocatoriaSubvenciones/ongs/proyeInvestig.htm>
51. Ley 3/2023, de 28 de febrero, de Empleo. BOE núm. 51, de 1 de marzo de 2023.. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5365>
52. Plan Director para la Convivencia y Mejora de la Seguridad Escolar en los Centros Educativos y sus Entornos. Dirección General de Coordinación y Estudios. Ministerio del Interior, 2023. 29 p. Disponible en:
<https://www.interior.gob.es/opencms/va/servicios-al-ciudadano/planes-de-prevencion/plan-director-para-la-convivencia-y-mejora-de-la-seguridad-en-los-centros-educativos-y-sus-entornos/>
53. Federación Española de Municipios y Provincias. ¿Qué es un agente tutor?. Disponible en:
<https://drogodependencias.femp.es/que-es-un-agente-tutor>
54. Ley 10/2010, de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo. BOE núm. 103, de 29 de abril de 2010. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-6737>
55. Ley Orgánica 9/2022, de 28 de julio, por la que se establecen normas que faciliten el uso de información financiera y de otro tipo para la prevención, detección, investigación o enjuiciamiento de infracciones penales, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas y otras disposiciones conexas y de modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 181, de 29 de julio de 2022. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-12644>
56. Ley 17/2003, de 29 de mayo, por la que se regula el Fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados. BOE núm. 129, de 30 de mayo de 2003. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10828>

57. Real Decreto 176/2023, de 14 de marzo, por el que se desarrollan entornos más seguros de juego. BOE núm. 63, de 15 de marzo de 2023. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-6735>
58. Anteproyecto de ley por el que se modifica la Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego. Ministerio de Consumo, 2021. [https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/APL%20MODIFICACION%20LEY%20DEL%20JUEGO%20\(003\).pdf](https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/APL%20MODIFICACION%20LEY%20DEL%20JUEGO%20(003).pdf)
59. Anteproyecto de ley por el que se regulan los mecanismos aleatorios de recompensa asociados a productos de software interactivo de ocio. Ministerio de Consumo, 2022. Disponible en: <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/BORRADOR%20APL%20Y%20MAIN%20MECANISMOS%20ALEATORIOS%20RECOMPENSA%20010722.pdf>
60. Proyecto de Ley Orgánica para la protección de las personas menores de edad en los entornos digitales. Boletín Oficial de las Cortes Generales, 11 de abril de 2025. https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/A/BOCG-15-A-52-1.PDF
61. Asociación Promoción y Desarrollo Social. Orientaciones en el diseño de programas alternativos a las sanciones impuestas a menores de edad por infracciones en materia de consumo o tenencia ilícita de drogas. Federación Española de Municipios y Provincias, 2019. Disponible en: <https://pds.org/wp-content/uploads/2024/11/Orientaciones-en-el-diseno-de-programas-alternativos.pdf>
62. European Union Drugs Agency. European Web Survey on Drugs, 2024. Disponible en: https://www.euda.europa.eu/ewsd2024_en
63. Portal de Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas y otras adicciones. Portal estadístico adicciones. Disponible en: <https://www.buenaspracticasadicciones.es/bbpp/portal/estadistica.jsf>
64. FENIQS-EU. Quality Champions Events. Palma de Mallorca, 2022. Disponible en: <https://feniqs-eu.net/project-quality-champions-events/>
65. Cooperación Española. Conocimiento/Interconecta. Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Disponible en: <https://intercoonecta.aecid.es/>
66. 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. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2025/2025_Informe_Indi_admisiones.pdf
67. Lloret Irles, D. y Cabrera-Perona, V. Medidas de prevención del consumo de drogas y daños asociados en contextos de ocio. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2023_Guia_Medida_Preencion_Drogas_Ocio.pdf
68. Real Decreto 958/2020, de 3 de noviembre, de comunicaciones comerciales de las actividades de juego. BOE núm. 291, de 4 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-13495>
69. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe sobre Trastornos Comportamentales 2022: Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022. 76 p. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_Trastornos_Comportamentales.pdf



MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS