

INFORME 2024

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

**INDICADOR MORTALIDAD
POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
1987-2022**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

GESTIÓN, ANÁLISIS Y REDACCIÓN

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)
Begoña BRIME, Alberto DOMÍNGUEZ, Luz LEÓN, Luisa M LÓPEZ, Eva SÁNCHEZ.
Experta externa del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)
Noelia LLORENS

RESPONSABLES EN LAS COMUNIDADES/CIUDADES AUTÓNOMAS

Andalucía Rosario BALLESTA Lara FORNOVI Ara MILLÁN Antonio SUÁREZ Mónica TENA	Castilla-La Mancha Carlos ALONSO Carmen DE PEDRO Castilla y León Mónica ELÍAS Susana REDONDO Alexander VELÁZQUEZ	Murcia Mónica BALLESTA Mª Dolores CHIRLAQUE Daniel RODRÍGUEZ
Aragón Carmen BARANGUAN Marta SARTO	Cataluña Natàlia ALMATÓ Irene LANA Pere MILLÁN Pol ROVIRA Dolores RUIZ	Navarra Esther FIGUERAS Raquel GONZÁLEZ
Asturias José Antonio GONZÁLEZ Luisa María GONZÁLEZ	Extremadura Catalina CUELLO DE ORO Nerea SÁNCHEZ José Antonio SANTOS	País Vasco Elena ALDASORO Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA
Baleares Rut SUÁREZ Elena TEJERA	Galicia Sara CERDEIRA Mercedes LIJÓ Silvia SUÁREZ María TAJES Sergio VEIGA	La Rioja Mª Gemma CESTAFE María FERNÁNDEZ
Canarias Amelia María HERNÁNDEZ Nicolás PERDOMO Ángel RODRÍGUEZ María del Mar VELASCO	Madrid Piedad HERNANDO Nelva MATA Andrea TANJALA	Comunidad Valenciana Mª Jesús MATEU Begoña RODRIGO Noelia SELLES Francesc J. VERDÚ
Cantabria María del Carmen DIEGO María Antonia RUEDA		Ceuta Miguel Ángel MANCILLA Ana POSTIGO Cleopatra R'KAINA
		Melilla Luisa Fernanda HERMOSO Natalia MARTÍNEZ

CONTACTO

Dirección: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plaza de España, 17 - 28008 Madrid
Teléfono: 91 822 00 00
Correo electrónico: cendocupnd@sanidad.gob.es
Internet: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>

EDITA Y DISTRIBUYE

- © MINISTERIO DE SANIDAD
Centro de Publicaciones
- © SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 133-24-119-2

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

CITA SUGERIDA: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2024. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 294 p.

AGRADECIMIENTOS

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

- Coordinadores de los departamentos autonómicos de drogas, los trabajadores de los sistemas de información sobre drogas en las comunidades autónomas; así como a todas las instituciones y personas que aportan rutinariamente información al sistema, en particular a los centros de tratamientos de drogas, los servicios de urgencia hospitalarios, los institutos de medicina legal, las unidades de tratamiento de Instituciones Penitenciarias, los laboratorios de toxicología y los centros educativos de enseñanzas secundarias.
- Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado. Ministerio del Interior.
- Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Hacienda.
- Ministerio de Educación y Formación Profesional.
- Departamentos de Educación de las comunidades autónomas.
- Miembros de la Red ESAR-Net: José Benito Quintana, Rosa Montes, Xiana González-Gómez, Andrea Estévez-Danta, Carlos Pernas, Rosario Rodil (Universidade de Santiago de Compostela, RIAPAd); Félix Hernández, Lubertus Bijlsma, Elisa Gracia-Marín, Claudia Simarro-Gimeno (Universitat Jaume I); Yolanda Picó, Vicente Andreu, Daniele Sadutto, Lucía Herrera-Vera (Centro de Investigación sobre Desertificación, UV-CSIC-GV); Miren López de Alda, Rocío I. Bonansea, Paula Montiel (Instituto de Diagnóstico Ambiental y Estudios del Agua, CSIC); Yolanda Valcárcel, Noelia Domínguez-Morueco, Salomé Martínez (Universidad Rey Juan Carlos); Eva Pocurull, Rosa María Marcé, Núria Fontanals (Universitat Rovira i Virgili); Iria González-Mariño (Universidad de Salamanca); Andreu Rico (Universitat de València); Lluís Corominas, Sara Rodríguez-Mozaz (Institut Català de Recerca de l'Aigua); Manuel Miró, Calos Pagan (Universitat de les Illes Balears); Ailette Prieto, Nestor Etxebarria, Olatz Zuloaga, Gorka Orive (Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea); Pablo Antonio Lara-Martín, Rubén Rios-Quintero (Universidad de Cádiz); Sergio Santana-Viera (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria); Manuel Isorna (Universidade de Vigo, RIAPAd); Unax Lertxundi (Osa-kidetza-Servicio Vasco de Salud).
- Miembros del grupo de Análisis de Residuos de Jeringas: Rosa Montes, Carlos Pernas-Fraguela, Xiana González-Gómez, Andrea Estévez-Danta, Rosario Rodil, Ruth Olmos, Unax Lertxundi, María Gabriela Barbaglia, Amaia Garrido, Manuel Isorna, Joan Mestre, Marta Torrens y José Benito Quintana.
- Integrantes del Sistema Español de Alerta Temprana, entre los que se incluyen el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado, el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, los Servicios de Aduanas e Impuestos Especiales, el Instituto de Toxicología del Ministerio de Defensa, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, el Centro del Control de Alertas y Emergencias Sanitarias, el Plan Nacional sobre Sida, el Centro Nacional de Epidemiología, Instituciones Penitenciarias, responsables en las diferentes comunidades y ciudades autónomas, responsables en las diferentes entidades de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, responsables de los servicios de toxicología clínica del Hospital Clínic Barcelona y del Hospital Universitari Son Espases, representantes de la red ESAR-Net y Organizaciones No Gubernamentales, especialmente Energy Control, Ai Laket y Cruz Roja Española.

ÍNDICE

2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2022

5

Introducción	5
Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)	5
Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas	14
Registro General de Mortalidad	16
Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad	18
Datos de mortalidad a partir de las diferentes fuentes de información disponibles	21
Vigilancia del impacto de cambios en el mercado de drogas opioides en la mortalidad	22

2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2022

Introducción

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es un indicador relevante para conocer la magnitud y el impacto sanitario y social de este importante problema de salud pública. Este indicador contribuye a la evaluación de políticas nacionales en esta materia y al establecimiento de comparaciones internacionales, si bien estas comparaciones pueden presentar limitaciones por la variabilidad en la sistematización de los registros de los distintos países y por la variabilidad existente en las definiciones de los indicadores que consideran de forma diferente las muertes por enfermedades crónicas asociadas, sobredosis, suicidios o muertes accidentales.

En la actualidad España cuenta con dos fuentes de información principales que permiten recabar datos sobre mortalidad secundaria a consumo de drogas: el **Registro Específico de Mortalidad** por reacción a aguda a drogas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas¹ y el **Registro General de Mortalidad** del Instituto Nacional de Estadística (INE)².

El OEDA notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)³ (que el 2 de julio de 2024 pasará a ser la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas – EUDA) y a la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (ONUDD)⁴ los datos de este indicador, para facilitar la realización de comparaciones a nivel internacional.

A continuación, se describen la metodología y los principales resultados de los dos registros de mortalidad por drogas utilizados en España, y la estimación resultante de combinar ambos.

Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)

Metodología

En España, tras la epidemia de consumo de heroína de finales de los setenta y principios de los ochenta, se desarrolló, en el marco del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), un sistema para recoger las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína a partir de fuentes forenses y toxicológicas. Este sistema comenzó a funcionar de forma sistemática en 1990 en determinadas áreas (municipios o partidos judiciales) de varias comunidades autónomas, incluyendo seis de las mayores ciudades españolas (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao). De estas ciudades se recogió en 1989, además, información retrospectiva para el período 1983-1989, utilizando los mismos criterios y definiciones. En el año 1996 se amplió el registro a las muertes por reacción aguda a cualquier sustancia psicoactiva (el alcohol sólo cuando aparecía junto con otra sustancia).

La recogida de este tipo de muertes no es fácil porque son muy heterogéneas y difíciles de clasificar y, en muchas ocasiones, la contribución del consumo de las sustancias psicoactivas al desenlace final es bastante difícil de probar y

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

2. INE. Instituto Nacional de Estadística

3. <https://www.emcdda.europa.eu/>

4. <https://unodc.org>

cuantificar, sobre todo cuando el consumo está alejado en el tiempo o existen otros factores causales concomitantes. Por ello, se decidió que el registro específico se centrara en las muertes con intervención judicial, en las que la relación con el consumo de sustancias puede establecerse con una validez razonable, el diagnóstico de la causa de la muerte es establecido por un profesional especializado con herramientas adecuadas para realizarlo y en las que suele existir documentación escrita suficiente y accesible sobre el caso.

Este registro forma parte del sistema de información desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades y ciudades autónomas, que incluye también el Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, el Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y el Indicador Admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales. La información de estos indicadores ayuda a diseñar y evaluar, sobre la base del conocimiento, intervenciones relacionadas con el consumo de drogas y otras adicciones, y contribuye en último término a mejorar la salud de la población.

El Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas tiene como objetivo recoger información sobre muertes con intervención judicial en las que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas no médico (sustancias que no han sido prescritas por un médico o si lo han sido se han administrado incorrectamente), e intencional (inducido por la búsqueda de efectos psíquicos o la existencia de dependencia o aquél que se realiza con intencionalidad suicida).

Se habla de reacción aguda y no de "sobredosis", porque no siempre puede asegurarse que la causa de la muerte sea una sobredosis farmacológica, pudiendo estar implicados varios mecanismos fisiopatológicos de naturaleza tóxica, alérgica o de otro tipo.

La fuente primaria de información procede de los institutos anatómicos forenses, médicos forenses, Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses e Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, que notifican los datos a la comunidad o ciudad autónoma en la que se encuentran ubicados.

La **cobertura poblacional** a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2022 han notificado todos los partidos judiciales de todas las comunidades y ciudades autónomas (CCAA). Se estima que la cobertura de este indicador en 2022 es de prácticamente el 100% de la población española (99,4% en 2021).

En los últimos años se ha mejorado la **notificación de los suicidios** por parte de las CCAA, en los que la sustancia mayoritaria son los hipnosedantes a veces en combinación con otras sustancias. Además, la creciente implicación del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses en el sistema de alerta temprana lleva a una mayor notificación de defunciones. Estos factores comportan un aumento en la notificación de casos al indicador.

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

Se dispone de un protocolo detallado donde quedan descritas las variables que incluye el registro, cómo se registra y los criterios de inclusión y exclusión que, así como la ficha de recogida de datos, puede consultarse en la página web del Plan Nacional sobre Drogas⁵.

En los últimos años se viene percibiendo una preocupación generalizada por los consumidores de sustancias psicoactivas añosos, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Los datos informan que, a diferencia de lo que se venía asumiendo años atrás asociando consumos y juventud, una proporción considerable de usuarios de sustancias psicoactivas arrastran sus consumos hasta bien entrada la madurez. Esto se ha traducido en un aumento de la edad media detectada en los indicadores, sin que se observen cambios en la edad de inicio en el consumo y se confirma una mayor presencia de mayores de 40 años en todos los indicadores. Por ello, se decidió ampliar el **rango de edad** registrado en este indicador, a los menores de 65 años en 2003, y desde 2020 sin límite de edad.

5. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016Protocolo_\(mortalidad\).pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016Protocolo_(mortalidad).pdf)

Resultados

Tras el rápido ascenso observado durante la década de los ochenta, asociado al consumo de heroína por vía intravenosa, y debido al cambio de sustancias consumidas y de vías de administración, la mortalidad nacional asociada al consumo de drogas ha experimentado un considerable descenso y permanece bastante estabilizada en los últimos años. No obstante, la globalización del fenómeno de las drogas y la rapidez de los cambios que se registran en cuanto a las sustancias consumidas y a los patrones de consumo en el ámbito internacional obligan a seguir muy de cerca la implementación del indicador y los resultados obtenidos.

En los últimos años se observa un ascenso en el número de muertes asociadas al consumo de drogas en España debido fundamentalmente a tres razones:

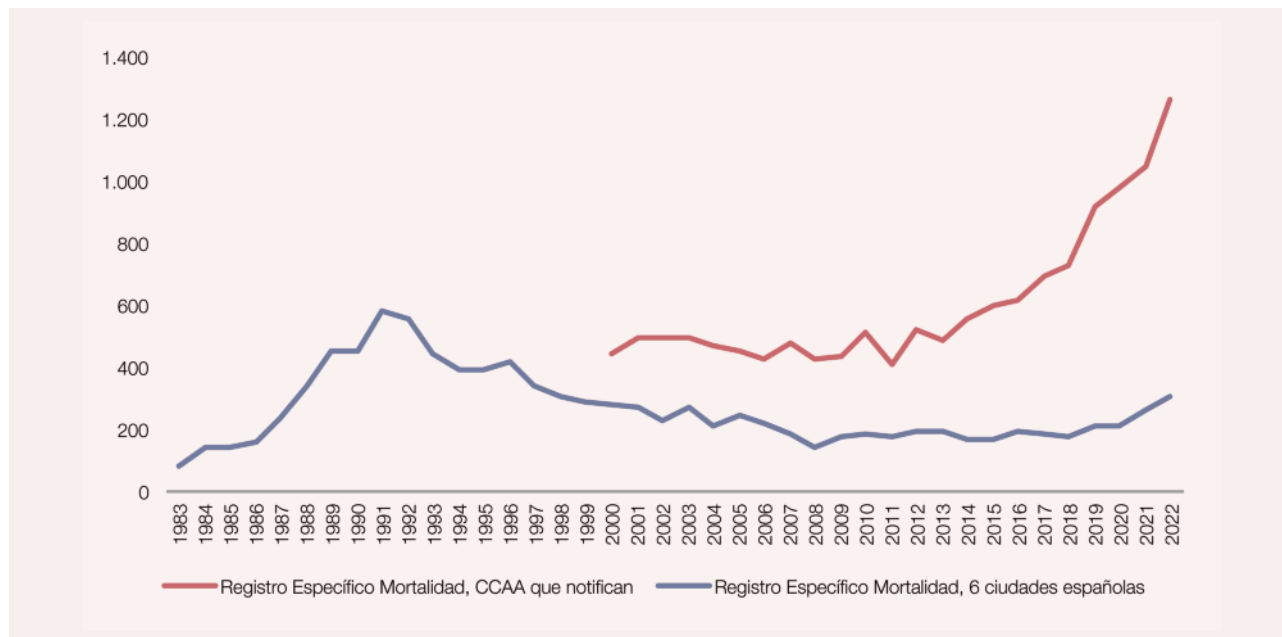
- Aumento de la cobertura nacional del indicador siendo en 2022 del 100%.
- Mejora en la notificación de las muertes por suicidios.
- Aumento del rango de edad que desde el año 2020 incluye todas las edades.

A partir del año 2007 la mortalidad asociada al consumo de drogas en España experimenta un considerable descenso llegando a registrarse la mitad de casos que en las décadas de los ochenta y noventa, probablemente por el cambio de sustancias consumidas y la vía de administración, en especial por la disminución del consumo de heroína por vía intravenosa.

Las características metodológicas del indicador dan lugar a la identificación de algunos picos, según las sustancias y los años de notificación, que podrían justificarse más por variaciones en la notificación de algunas de las CCAA, modificaciones de los partidos judiciales que notifican y por mejoras en el registro que por un aumento real de fallecidos por el consumo de drogas. En este sentido, el indicador correspondiente a las 6 ciudades se utiliza como referencia de los cambios evolutivos (figura 2.3.1).

Figura 2.3.1.

Número de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2022.



Registro Específico de Mortalidad, CCAA que notifican. Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de todas las Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Registro Específico de Mortalidad, 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

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

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

En 2022, a nivel nacional, se notificaron 1.266 defunciones, aunque se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de droga solamente en 1.037 casos.

El 77,7% de las personas fallecidas fueron hombres y el 22,3% mujeres. El porcentaje de hombres entre los fallecidos se ha mantenido más o menos estable desde el 2003, con valores cercanos al 80%, con pequeños repuntes puntuales que sitúan el porcentaje de mujeres por encima del 20%. La edad media de los fallecidos en 2022 fue de 46,8 años, manteniéndose desde 2016 por encima de los 44 años. Al igual que venía ocurriendo en los últimos años, en 2022 el 75,4% de los fallecidos tenían más de 40 años, porcentaje más elevado de la serie histórica (posiblemente justificado por el envejecimiento de las primeras cohortes de usuarios de heroína y consumidores de cocaína de muchos años y por la eliminación de los límites de edad en el indicador) y que confirma el aumento de la edad media de los fallecidos. En la tabla 2.3.1 se recoge la evolución por grupos de edad en números absolutos.

Tabla 2.3.1.

Distribución de las edades en los fallecidos del Registro Específico de Mortalidad. Total 2005-2022 (número de casos).

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

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

En cuanto al estado civil, se mantuvo el predominio de las personas solteras (59,9%), con porcentajes superiores en hombres (64,5%) que en mujeres (45,8%).

En el 79,4% de los casos hubo evidencia de consumo reciente de drogas (78,0% en hombres y 84,0% en mujeres) y en el 5,6% de los casos se encontraron signos recientes de venopunción (5,6% en hombres y 5,1% en mujeres), valor más bajo de la serie histórica.

En el 32,7% 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 2022 (14,7%).

Respecto a la procedencia del cadáver, el 70,4% de los casos se localizaron en el domicilio (68,9% en hombres y 76,1% en mujeres), siendo mayores las diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta a la localización del cadáver en la calle (11,7% y 6,7% respectivamente) y en prisiones (3,4% y 1,5%, respectivamente).

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que, en 2022, el **perfil de las personas fallecidas por reacción aguda a sustancias psicoactivas**, es el de un hombre adulto, de 47 años, soltero, que no fallece debido a patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas, con serología VIH negativa, que ha consumido recientemente alguna sustancia pero que no muestra signos recientes de venopunción. Cabe destacar que, con anterioridad al año 2014, las personas fallecidas tenían una edad media inferior, tenían serología VIH positiva en un porcentaje muy superior y mostraban en mayor número signos recientes de venopunción.

A continuación, en la tabla 2.3.2 se recogen las características de las personas fallecidas en España por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en el periodo 2004-2022, y en la tabla 2.3.3 se muestran las características en función del sexo de las defunciones del año 2022.

Tabla 2.3.2.

Características de las personas fallecidas por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 2004-2022.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nº de fallecidos	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613	696	732	920	974	1.046	1.266
Casos analizados	466	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518	501	632	657	819	872	910	1.037
Sexo (%)																			
Varones	83,9	86,3	84,3	87,4	85,6	84,5	83,9	82,1	85,7	80,7	80,9	80,6	83,4	78,1	81,6	80,8	77,4	78,0	77,7
Mujeres	16,1	13,7	15,7	12,6	14,4	15,5	16,1	17,9	14,3	19,3	19,1	19,4	16,6	21,9	18,4	19,2	22,6	22,0	22,3
Edad media (años)	37,0	36,1	37,2	38,2	38,1	38,3	39,8	40,2	42,0	42,7	44,3	43,6	44,1	44,5	44,9	44,4	45,5	46,7	46,8
Grupo de edad (años)																			
15-19 años	1,3	1,4	0,9	0,6	1,9	0,7	0,4	1,2	0,4	0,2	0,7	0,8	0,5	0,0	0,3	0,8	0,9	1,2	0,9
20-24 años	4,1	6,2	4,2	4,3	6,1	6,4	2,5	5,0	2,9	1,4	1,5	2,7	1,8	1,0	2,2	2,6	1,5	2,7	2,8
25-29 años	11,9	11,2	12,9	9,7	10,6	8,0	7,9	6,0	6,7	7,6	4,7	4,7	5,4	5,5	4,4	4,1	4,7	4,5	4,0
30-34 años	20,5	20,0	18,0	17,6	16,3	17,4	12,4	12,2	11,6	13,1	10,4	9,3	8,3	8,3	7,8	9,1	7,3	6,4	6,7
35-39 años	27,9	28,9	23,8	24,1	22,2	18,9	25,5	19,9	15,8	15,7	13,8	18,3	14,0	15,9	13,0	12,7	11,5	10,4	10,0
40-44 años	19,2	20,7	21,3	22,2	19,8	24,9	24,8	21,4	22,4	19,6	17,7	16,5	19,4	16,7	16,5	17,8	17,1	14,1	15,6
≥45 años	15,1	11,6	18,9	21,5	23,1	23,7	26,5	34,0	40,3	42,3	51,2	47,7	50,6	52,6	55,8	52,9	56,9	60,7	59,8
Estado civil (%)																			
Soltero	68,9	68,7	72,0	62,8	61,4	67,3	61,0	63,6	65,4	61,3	59,3	64,8	64,2	63,3	62,9	62,0	59,6	61,6	59,9
Casado	15,6	16,4	12,2	19,1	16,8	15,4	21,6	18,2	20,7	18,9	14,5	17,8	17,8	20,9	17,2	20,1	19,1	17,2	20,0
Separado**	14,4	13,7	13,6	17,4	18,9	15,0	15,9	16,2	12,8	18,9	23,1	16,5	15,6	13,9	17,8	15,6	17,7	18,9	16,9
Viudo	1,1	1,1	2,2	0,7	2,9	2,3	1,5	2,0	1,1	1,0	3,1	0,9	2,5	1,9	2,1	2,4	3,6	2,3	3,1
Procedencia del cadáver (%)																			
Domicilio	55,2	58,1	52,3	60,6	60,0	61,9	64,3	68,6	69,6	71,7	74,4	72,6	68,5	71,9	68,7	70,6	69,4	70,6	70,4
Hotel-Pensión	5,1	6,2	5,8	4,6	3,9	5,9	4,3	2,8	2,0	2,1	2,4	3,3	3,8	4,0	2,6	3,6	4,7	2,7	3,8
Calle	17,4	13,5	20,1	13,1	15,8	11,8	14,0	11,1	12,3	9,1	10,1	8,2	8,2	6,1	7,5	9,1	9,4	10	10,6
Local público	1,3	2,5	4,8	2,4	1,7	2,8	2,6	2,6	1,2	2,5	0,9	2,1	2,1	3,0	2,6	2,2	1,8	2,3	1,5
Hospital	9,5	6,4	7,7	5,7	6,8	6,1	3,9	5,1	5,6	5,6	5,5	5,9	8,4	7,7	6,6	6,0	5,8	6,9	6,0
Cárcel	3,5	4,8	3,9	3,7	4,9	4,0	3,7	4,9	4,0	3,1	1,5	3,1	3,3	2,7	5,6	3,1	3,2	2,3	3,0
Otra	8,1	8,5	5,3	9,8	7,0	7,3	7,1	4,9	5,4	6,0	5,1	4,7	5,6	4,6	6,5	5,4	5,7	5,3	4,8
Evidencias de consumo reciente (%)																			
Sí	92,6	94,4	92,4	85,3	89,0	90,4	77,4	89,9	76,6	85,8	81,8	84,9	82,0	88,1	80,4	85,4	83,8	75,0	79,4
No	7,4	5,6	7,6	14,7	11,0	9,6	22,6	10,1	23,4	14,2	18,2	15,1	18,0	11,9	19,6	14,6	16,2	25,0	20,6
Evidencia de suicidio (%)																			
Sí	8,8	5,7	10,8	8,8	9,0	8,5	9,7	12,4	8,1	11,1	20,3	26,4	20,6	22,9	18,4	23,2	26,1	26,9	18,5
No	91,2	94,3	89,2	91,2	91,0	91,5	90,3	87,6	91,9	88,9	79,7	73,6	79,4	77,1	81,6	76,8	73,9	73,1	81,5
Signos recientes venopunción (%)																			
Sí	43,0	51,7	40,6	35,2	35,4	39,2	29,6	16,3	14,9	16,2	12,5	13,5	13,0	13,3	11,3	12,8	8,7	8,2	5,6
No	57,0	48,3	59,4	64,8	64,6	60,8	70,4	83,7	85,1	83,8	87,5	86,5	87,0	86,7	88,7	87,2	91,3	91,8	94,4
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)																			
Sí	32,6	35,5	28,6	20,4	26,6	30,9	31,4	37,2	37,4	36,0	35,4	27,0	31,5	38,2	31,0	27,9	35,7	36	32,7
No	67,4	64,5	71,4	79,6	73,4	69,1	68,6	62,8	62,6	64,0	64,6	73,0	68,5	61,8	69,0	72,1	64,3	64	67,3
Anticuerpos anti-VIH (%)																			
Positivo	40,6	42,8	36,9	37,4	40,7	41,1	34,4	39,2	37,8	31,5	27,2	26,2	21,4	22,1	25,8	18,0	17,4	18,3	14,7
Negativo	59,4	57,2	63,1	62,6	59,3	58,9	65,6	60,8	62,2	68,5	72,8	73,8	78,6	77,9	74,2	82,0	82,6	81,7	85,3

* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

** Separado/divorciado

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

Tabla 2.3.3.

Características de las personas fallecidas por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en función del sexo. España*, 2022.

		Hombres	Mujeres
Sexo (N)	Hombre	982	–
	Mujer	–	282
Edad categorías (%)	Menor de 20 años	0,9	1,1
	Entre 20 y 24 años	2,9	2,9
	Entre 25 y 29 años	4,3	3,2
	Entre 30 y 34 años	6,5	7,5
	Entre 35 y 39 años	10,2	9,6
	Entre 40 y 44 años	17,1	11,1
	45 o más años	58,1	64,6
Estado civil (%)	Soltero	64,5	45,8
	Casado	18,0	26,4
	Separado legalmente/Divorciado	15,9	20,1
	Viudo	1,6	7,6
Procedencia del cadáver (%)	Domicilio	68,9	76,1
	Hotel/Pensión	3,7	4,1
	Calle	11,7	6,7
	Establecimiento público	1,8	0,4
	Hospital	5,3	8,6
	Cárcel	3,4	1,5
	Otro lugar	5,3	2,6
Evidencias de consumo reciente de sustancias psicoactivas (%)	Sí	78,0	84,0
	No	22,0	16,0
Signos de autopsia compatible con muerte RASUPSI (%)	Sí	83,8	85,3
	No	16,2	14,7
Diagnóstico forense de muerte (%)	Sí	85,0	87,4
	No	15,0	12,6
Evidencias de suicidio (%)	Sí	13,3	37,2
	No	86,7	62,8
Signos recientes de venopunciones (%)	Sí	5,6	5,1
	No	94,4	94,9
Muerte cuya causa es una patología previa (%)	Sí	34,5	26,4
	No	65,5	73,6
Anticuerpos del VIH (%)	Positivo	15,5	12,6
	Negativo	84,5	87,4

* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

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

Fallecidos con evidencias de suicidio

En 2022, el 18,5% de los fallecidos mostraban **evidencias de suicidio**, siendo el porcentaje mucho mayor entre las mujeres (37,2%) que entre los hombres (13,3%). El perfil de los fallecidos con evidencias de suicidio es similar en ambos sexos, el 74,2% tienen 45 años o más, se detectan en domicilios (80,3%), con signos de consumo reciente (94,8%), además en 93,6% de los casos se detectan más de una sustancia, siendo principalmente hipnosedantes (88,4%), opioides (39,0%), alcohol (37,2%) y/o cocaína (24,4%).

Se observan algunas diferencias por sexo en los fallecidos que mostraban evidencias de suicidio, principalmente en el estado civil, la edad, el porcentaje de fallecidos en los que se detecta cada sustancia o la procedencia del cadáver.

En el caso de los **hombres**, son mayoritariamente solteros, con una edad media de 50,4 años, los fallecidos se encuentran mayoritariamente en domicilios (76,4%), aunque cerca del 24,0% se hallan en otros lugares (en pensiones, en la calle, en hospitales, etc.). Las sustancias que más se detectan son los hipnosedantes (87,2%), el alcohol (38,3%), los opioides (37,2%) y la cocaína (27,7%).

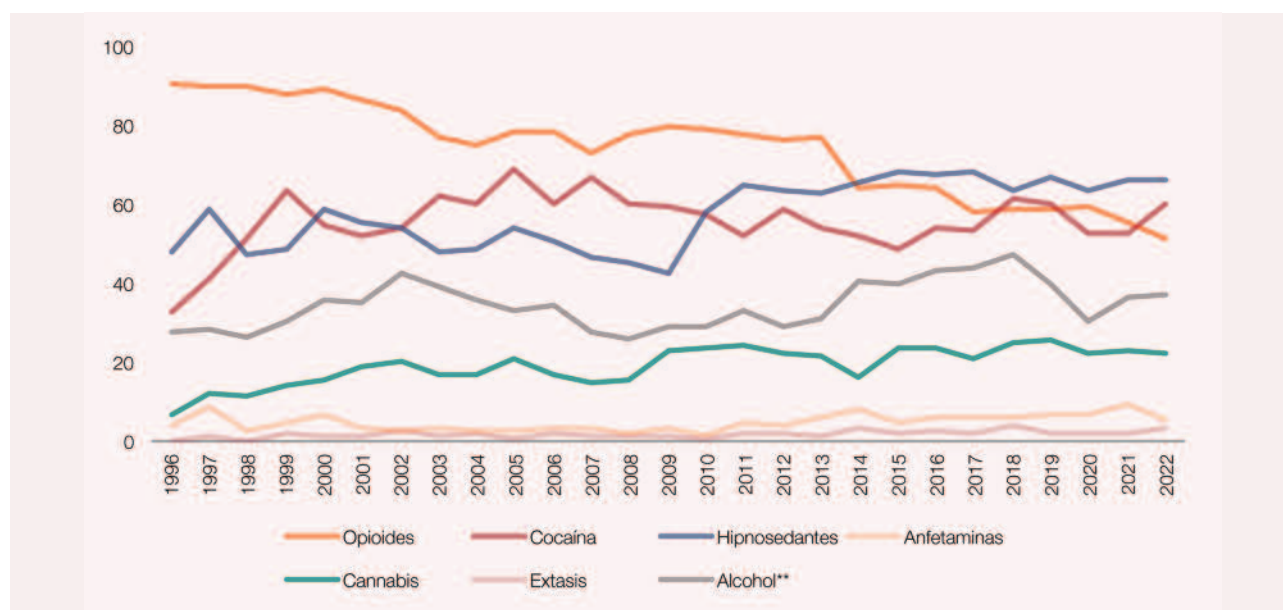
En el caso de las **mujeres**, el estado civil que presentan es más variable (el 32,6% son solteras, el 30,4% casadas, el 28,3% separadas/divorciadas y el 8,7% viudas), son más mayores que los hombres (54,0 años de media) y aunque, como en el caso de los hombres, se encuentran principalmente en el domicilio (85,4%), es mucho menos habitual encontrarlas en otros lugares. Las sustancias que más se detectan son los hipnosedantes (90,0%), los opiáceos (41,4%) y el alcohol (35,7%), siendo menor la presencia de cocaína (20,0%).

Información sobre sustancias psicoactivas detectadas

En 2022 las principales sustancias detectadas en los 1.037 fallecimientos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en los que se dispone de información toxicológica (figura 2.3.2), son hipnosedantes en el 66,0% de los casos (62,8% en hombres y 76,8% en mujeres), de los que el 63,0% eran benzodiacepinas (653 fallecimientos), opioides en el 51,2% (49,6% en hombres y 56,1% en mujeres), cocaína en el 59,9% (64,2% en hombres y 45,1% en mujeres) y cannabis en el 22,1% (24,3% en hombres y 14,3% en mujeres).

Figura 2.3.2.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 1996-2022.



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

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

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

El alcohol sólo se registra cuando aparece junto con otra sustancia y nunca cuando aparece como sustancia única, habiéndose detectado en el 36,8% de los casos (38,6% en hombres y 30,8% en mujeres), rompiendo la tendencia descendente iniciada en 2019 y permaneciendo estable desde 2021.

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

En la tabla 2.3.4 pueden verse los porcentajes de detección de cada sustancia respecto al total de defunciones con información toxicológica, y la figura 2.3.3 muestra información desagregada por sexo.

Tabla 2.3.4.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 1996-2022.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Opioides	90,4	89,8	90,1	88,0	89,4	86,8	83,8	76,7	74,9	78,2	78,7	72,8	77,7	
Cocaína	32,7	41,4	51,2	63,3	54,4	51,7	54,2	62,2	60,1	69,2	60,0	67,0	60,2	
Hipnosedantes	47,7	58,6	47,4	48,8	58,5	55,2	54,0	48,0	48,7	54,1	50,7	46,9	45,1	
Anfetaminas	4,0	8,6	2,8	4,5	6,9	3,4	2,9	3,1	2,6	2,6	3,6	3,6	2,2	
Cannabis	6,5	12,2	11,3	14,3	15,2	18,7	20,0	16,7	16,7	20,9	16,8	14,6	15,6	
MDMA	0,1	1,5	0,0	1,8	1,6	1,5	2,5	1,6	1,9	0,4	1,7	1,1	1,4	
Alcohol**	27,7	28,6	26,2	30,5	35,5	35,3	42,5	39,0	35,8	33	34,3	27,8	25,9	
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Opioides	79,8	79,1	77,9	76,6	77,3	64,0	64,7	63,9	58,1	58,6	59,0	59,5	55,7	51,2
Cocaína	59,1	57,3	52,2	58,6	54,1	51,7	48,8	53,7	53,2	61,6	60,3	52,9	52,4	59,9
Hipnosedantes	42,2	58,4	65,0	63,2	62,8	65,8	68,0	67,3	68,0	63,2	66,8	63,3	66,3	66,0
Anfetaminas	3,5	1,5	4,7	3,8	6,2	7,9	4,4	6,2	5,9	5,8	6,8	6,5	9,3	5,2
Cannabis	22,8	23,8	24,5	22,4	21,6	16,5	23,4	23,4	20,7	24,8	25,5	22,4	22,9	22,1
Extasis	1,1	0,8	1,7	1,7	1,1	3,5	2,3	2,8	1,7	4,3	2,3	1,9	1,9	3,6
Alcohol**	28,8	28,8	33,3	28,9	31,2	40,8	39,8	42,9	44,0	47,5	39,7	30,5	36,4	36,8

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

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

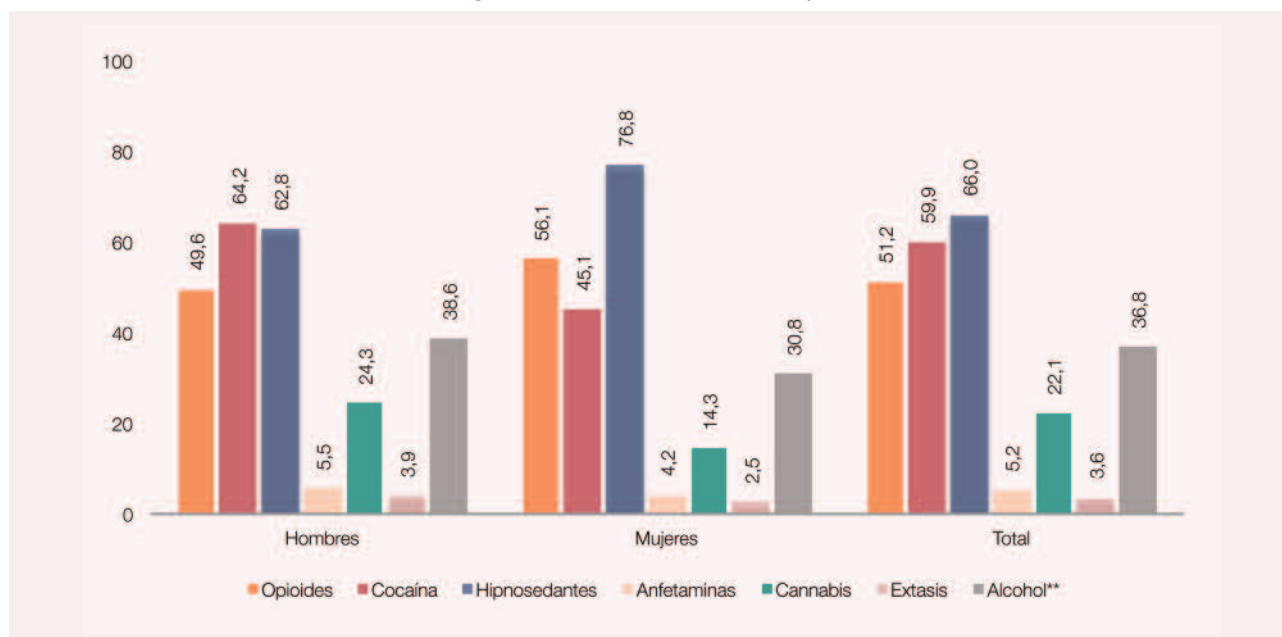
FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

En los 1.037 fallecimientos analizados, la mayoría (88,6%) muestra más de una sustancia en su análisis toxicológico. En 104 fallecidos se detectó una sola sustancia (11,4%), principalmente cocaína, hipnosedantes u opioides.

En 2022 se detectan opioides en 531 fallecidos: como única sustancia en el 2,8%, con cocaína independientemente de que puedan identificarse otras sustancias de manera simultánea en el 59,3% de los casos y con sustancias diferentes a la cocaína en el 37,8%.

Figura 2.3.3.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico en función del sexo. España*, 2022.



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

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

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

En el grupo de **opioides**, merece mención específica la metadona, sustancia detectada en el 25,8% de los fallecidos en 2022. Esta sustancia es el único opioide detectado en el 11,8% de los casos, independientemente de que se identificasen sustancias de otros grupos, valor similar al detectado hasta 2019, inferior al detectado en los últimos años (figura 2.3.4).

En relación a otros opioides de uso terapéutico, en 2022 se han notificado 33 fallecimientos con presencia de fentanilo (17 casos en 2021, 20 casos en 2020, 19 en 2019 y 10 en 2018) y 104 fallecimientos con presencia de tramadol (100 casos en 2021, 80 casos en 2020, 81 en 2019 y 41 en 2018).

Por lo que respecta a la **cocaína**, en 2022 de los 621 fallecidos en los que se identifica cocaína, se encuentra como única sustancia en el 8,7% y asociada a opioides, independientemente de otras sustancias en el 59,3%.

Evolutivamente, con respecto al total de fallecidos, la combinación de **opioides y cocaína**, entre ellas y con otras sustancias ha variado a lo largo de los años. En 2022, de las 1.037 defunciones con información toxicológica, 315 (30,4% de los casos), presentan la combinación de cocaína y opioides, independientemente de que aparezcan otras sustancias, detectándose sólo la combinación de opioides y cocaína en 28 casos (2,7% de los casos).

Los opioides, identificados como sustancia única en los fallecidos, vienen manteniendo una tendencia general descendente que se ha estabilizado en torno al 3% desde el 2014 (1,4% en 2022). La cocaína, como sustancia única, se detecta en un 5,2% de los casos en 2022, valor más alto de la serie histórica.

Hasta 2017, era más elevado el porcentaje de fallecidos en los que se detectaba opioides y no cocaína. Durante 2018 y 2019, el porcentaje de fallecidos en los que se detectaba cocaína y no opioides (26,8% en 2018 y 26,0% en 2019) superó al porcentaje de fallecidos en los que se detectaban opioides y no cocaína (23,7% en 2018 y 24,7% en 2019). Pero en 2020, los porcentajes se invirtieron, detectándose entre los fallecidos una mayor presencia de la combinación de opioides y no cocaína, situación que se mantuvo en 2021, pero que vuelve a invertirse en 2022, detectándose entre los fallecidos, en mayor medida, la combinación de cocaína y no opioides (24,3%).

Figura 2.3.4.

Evolución del porcentaje de fallecidos en los que se detecta metadona (metadona, sólo metadona, y metadona y no otro opioide, aunque haya otras sustancias). España*, 2005-2022.



* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

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

Los **hipnosedantes**, en 2022 y al igual que en años previos, se detectan en su mayoría junto con otras sustancias, generalmente opiáceos, cocaína y alcohol. En el 0,9% de los fallecidos, 10 casos, los hipnosedantes son la única sustancia detectada, de los cuales 6 son suicidios (75,0%).

El **cannabis** viene mostrando una presencia cada vez mayor entre los fallecidos de los últimos años, alcanzando su valor más alto en 2019, año en el que el cannabis se detectó en el 25,5% del total de fallecidos, apareciendo habitualmente en combinación con otras sustancias (hipnosedantes, opiáceos, cocaína y alcohol). En 2022 se ha detectado en 229 fallecidos, en 14 casos como sustancia única y, con independencia de la detección de otras sustancias, con hipnosedantes en el 68,1%, con opiáceos en el 59,0%, con cocaína en el 58,5% y con alcohol en el 27,9% de estos casos.

Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas

Evolución del consumo de sustancias y de la edad de los fallecidos

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el indicador 6 ciudades españolas del Registro Específico de Mortalidad se ha mantenido estable a lo largo de los años sin que se hayan registrado modificaciones relevantes en la cobertura, aunque si se ha podido ver afectado por la mejora en la notificación de los suicidios y por la inclusión de los fallecidos de todas las edades. Esta estabilización en la cobertura permite su utilización como referencia con respecto a los posibles cambios registrados en la notificación nacional.

En 2022, 305 personas fallecieron en estas 6 ciudades, superando en el 79,9% de los casos los 40 años de edad (74,8% en el cómputo nacional). De ellas, el 26,6% son mujeres y el 73,4% son hombres (tabla 2.3.5).

Tabla 2.3.5.

Evolución de las edades de los fallecidos en 6 ciudades españolas*. España, 2005-2022.

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

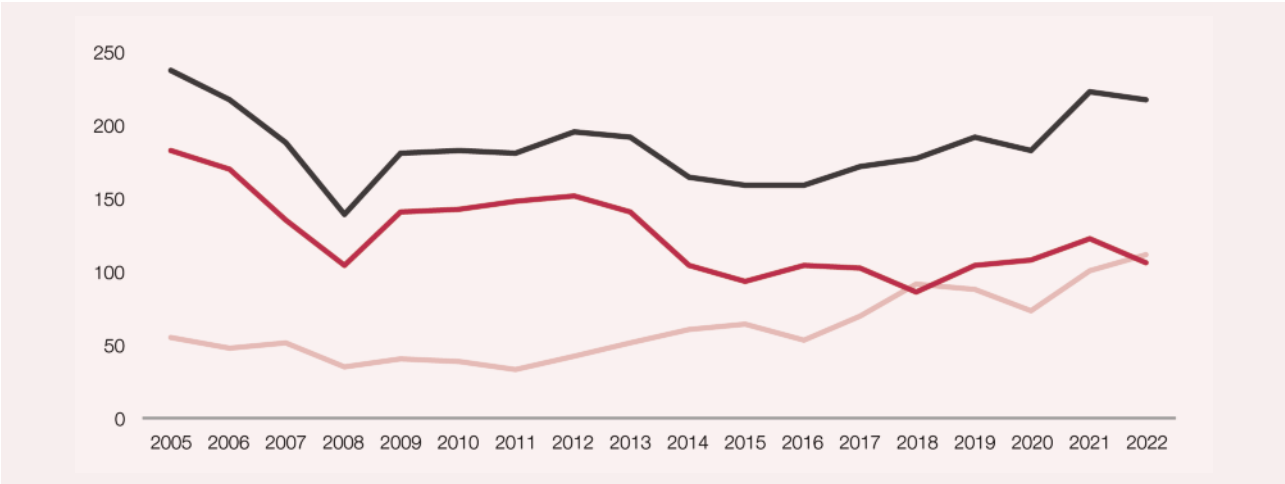
* Registro Específico de Mortalidad: 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al registro específico de mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

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

El análisis evolutivo del tipo de sustancias identificadas muestra (figura 2.3.5) el porcentaje de fallecimientos en los que se detectan opioides, independientemente de la aparición de otras sustancias. Los datos venían mostrando una clara tendencia descendente desde el 2005, pasando de detectarse en el 76,8% de los fallecidos de ese año, a detectarse en el 54,7% de los fallecidos del año 2019 (105 casos de 192 en los que se contaba con esta información), en 2020 se observó un ligero aumento, que no se ha mantenido en los últimos 2 años, confirmando de nuevo la tendencia descendente que se observaba en años previos.

Figura 2.3.5.

Número de fallecidos en las 6 ciudades españolas (casos con información toxicológica, fallecidos con y sin presencia de opioides). 2005-2022.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Con opioides*	182	170	136	104	140	143	148	152	141	105	94	105	102	86	105	108	122	106
Sin opioides*	55	48	52	35	41	39	33	43	51	60	65	53	70	91	87	74	100	112
Casos con información	237	218	188	139	181	182	181	195	192	165	159	158	172	177	192	182	222	218
Total	237	218	188	139	181	182	181	195	196	172	171	194	189	177	210	212	259	305

* Independientemente de la aparición o no de otras sustancias.

Registro Específico de Mortalidad: 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al registro específico de mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

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

Metodología

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) dispone de un registro de defunciones clasificadas en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La última base de datos de mortalidad disponible (al cierre de este informe) a nivel nacional es la del año 2022.

Para el análisis de la mortalidad utilizando el Registro General de Mortalidad y en base a las recomendaciones internacionales y las características propias de España se seleccionan los siguientes códigos de la CIE-10: F11, F12, F14, F15, F16, F19, X42, X44, X62, Y12 (tabla 2.3.6).

Tabla 2.3.6.

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

F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiodes
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas
X42	Envenenamiento accidental por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte
X44	Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados
X62	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte
Y12	Envenenamiento por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte, de intención no determinada

Resultados

En 2022 se produjeron 464.417 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 antes especificados, 929 defunciones, lo que supone un 0,2% del total por todas las causas.

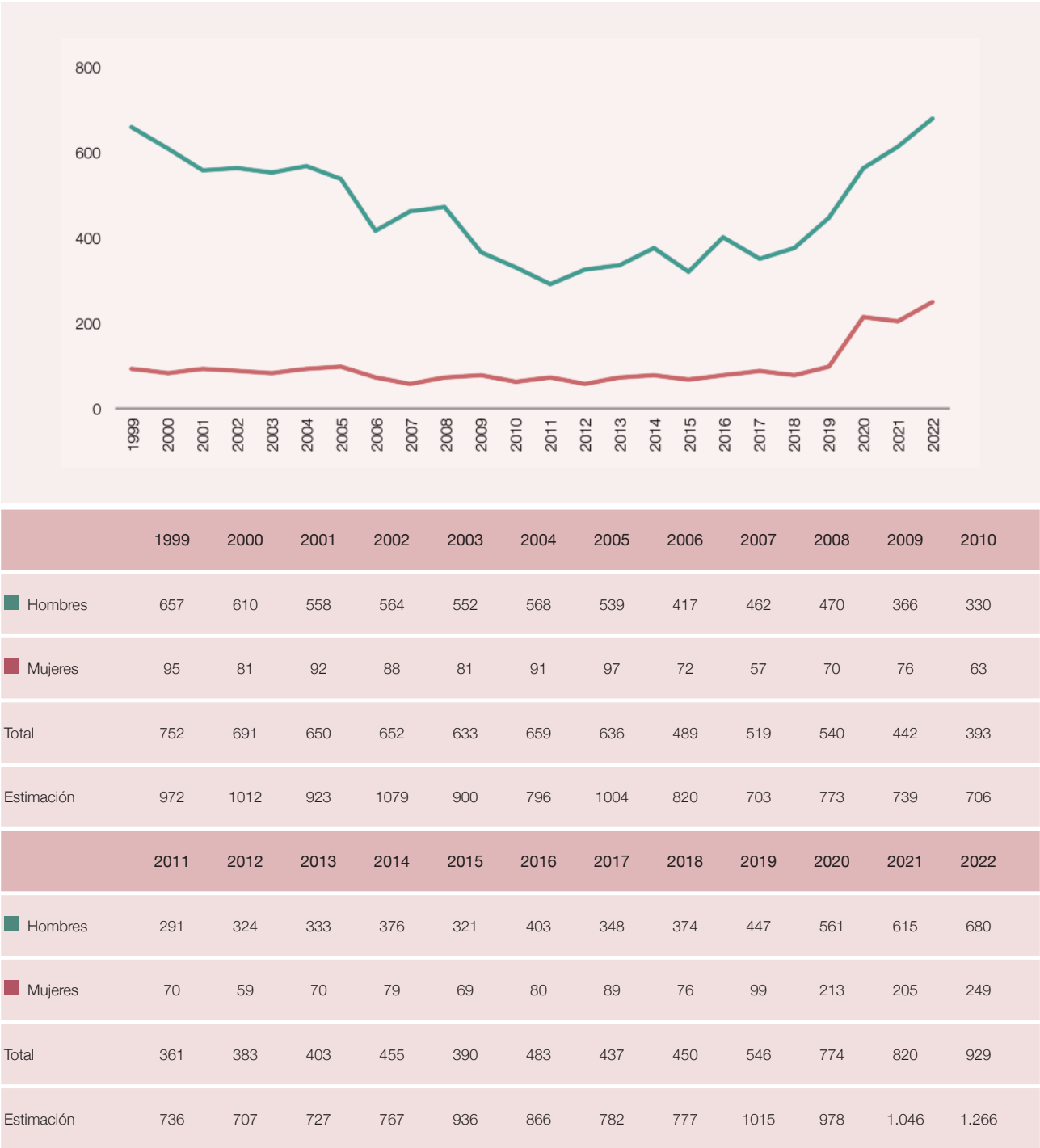
A lo largo del periodo 1999-2022, y al igual que se detectaba en el Registro Específico, se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica y que, en 2022, supone el 73,2% de las defunciones (figura 2.3.6).

La distribución de las defunciones en función de la edad muestra una tendencia ascendente de la edad media de las personas fallecidas, lo que se traduce en un predominio de personas con más de 35 años.

En la década de los noventa, la mayoría de las muertes se producían en menores de 35 años pero, desde 2003, cambió la distribución por edad y, en 2022, los menores de 35 años suponen el 15,1% del total de los fallecidos por causas relacionadas con el consumo de sustancias (figura 2.3.7).

Figura 2.3.6.

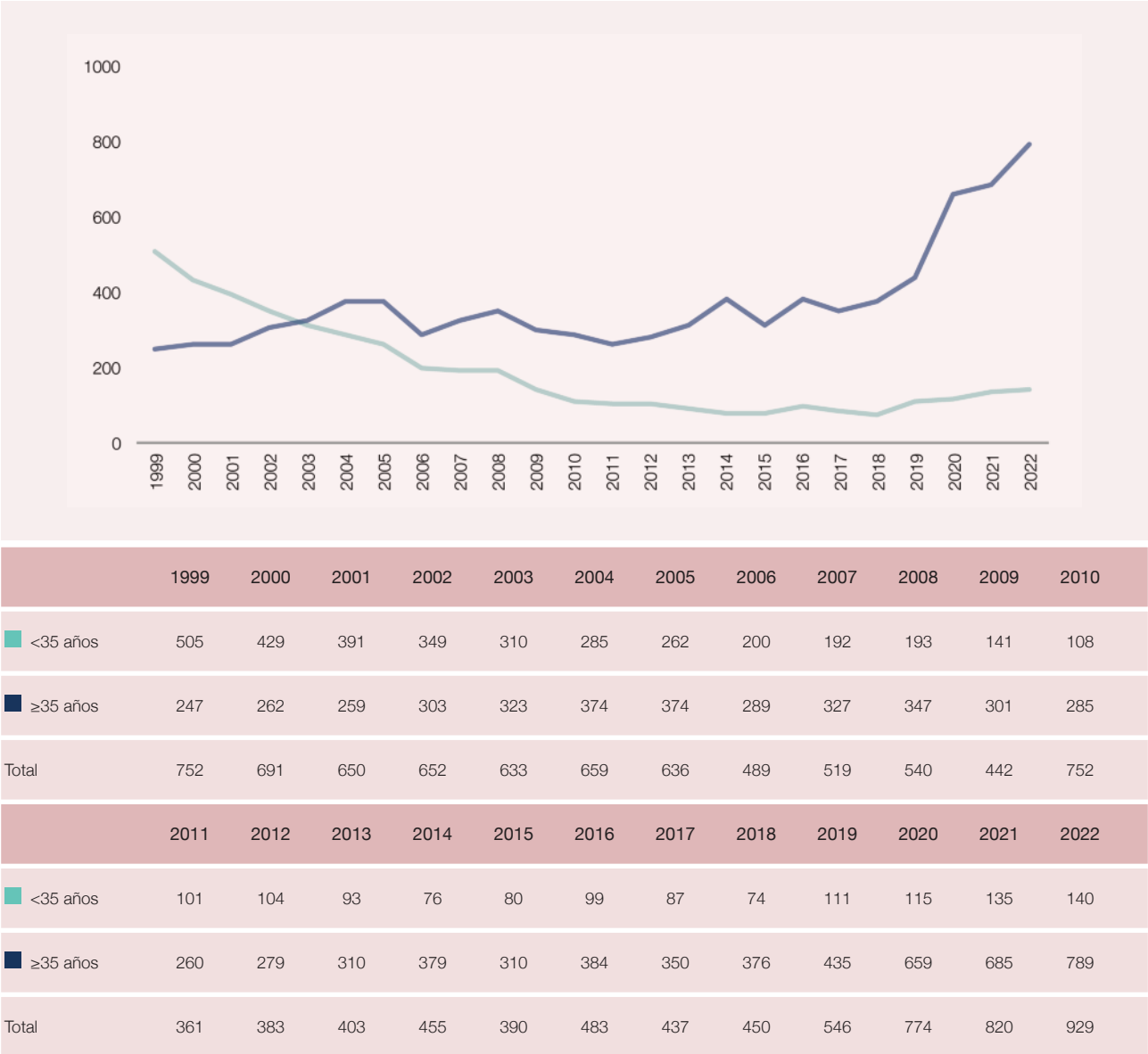
Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas según el Registro General de Mortalidad, según sexo y estimación del número de defunciones. España, 1999-2022.



Nota: Se incluyen los códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.
FUENTE: Gráfico elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística (INE).

Figura 2.3.7.

Evolución del número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, según edad. España, 1999-2022.



Notas: Códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Gráfico elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística (INE).

Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad

Metodología

Las dos fuentes de información mostradas hasta el momento (Registro Específico de Mortalidad y Registro General de Mortalidad) tienen algunas limitaciones, por lo que, para tratar de minimizarlas, se realiza una estimación de defunciones combinando ambas fuentes.

El **Registro Específico de Mortalidad** aporta datos sobre defunciones procedentes de la declaración de las CCAA, pero no todas ellas han notificado a lo largo de todos los años o no han declarado datos de la totalidad de los partidos judiciales. Se trata, por tanto, de un registro específico, que hasta el año 2020 no ha presentado cobertura completa a nivel nacional y con variaciones a lo largo de la serie.

El **Registro General de Mortalidad** tiene cobertura completa a nivel nacional pero, aunque la calidad del registro es buena, es sabido que existe una infranotificación en las defunciones secundarias a drogas.

Por tanto, para estimar el número de defunciones por reacción aguda a sustancias psicoactivas a nivel nacional se combina la especificidad del Registro Específico con la mayor cobertura del Registro General.

Se calcula un coeficiente de subregistro, que resulta del cociente entre las muertes notificadas por el Registro Específico y aquellas del Registro General de Mortalidad. Se seleccionan únicamente las defunciones en aquellas provincias/ciudades que declaran en ambos registros pues, si bien todas declaran al Registro General de Mortalidad del INE, la notificación al Registro Específico puede variar según los años. En la figura 2.3.8 se representa, esquemáticamente, cómo se lleva a cabo esta estimación.

Figura 2.3.8.
Cálculo de la estimación de las defunciones por drogas ilegales en España.

Defunciones Registro ESPECÍFICO de Mortalidad
(ciudades/provincias con información en ambos registros)

Defunciones Registro GENERAL de Mortalidad
(ciudades/provincias con información en ambos registros)

Coeficiente de subregistro

=

Defunciones Registro GENERAL
(todas)

x

Coeficiente
de subregistro

Estimación defunciones

=

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

Esta estimación global de la mortalidad ha permitido disponer de datos nacionales superando las limitaciones de las dos fuentes de información existentes hasta 2020, cuando la cobertura del Registro Específico era parcial. El progresivo aumento de la cobertura del Registro Específico de mortalidad que, desde 2021, abarcó todas las comunidades y ciudades autónomas y la mayoría de partidos judiciales del territorio nacional y que en 2022 cubre el 100% de la población, elimina la necesidad de realizar esta estimación, pudiendo asumir que, con esta cobertura, el número de fallecidos en España por consumo de sustancias es como mínimo la presentada en este indicador, no siendo necesario en este escenario realizar otras estimaciones que, debido a las fuentes usadas para las mismas, nunca superará este número de fallecidos.

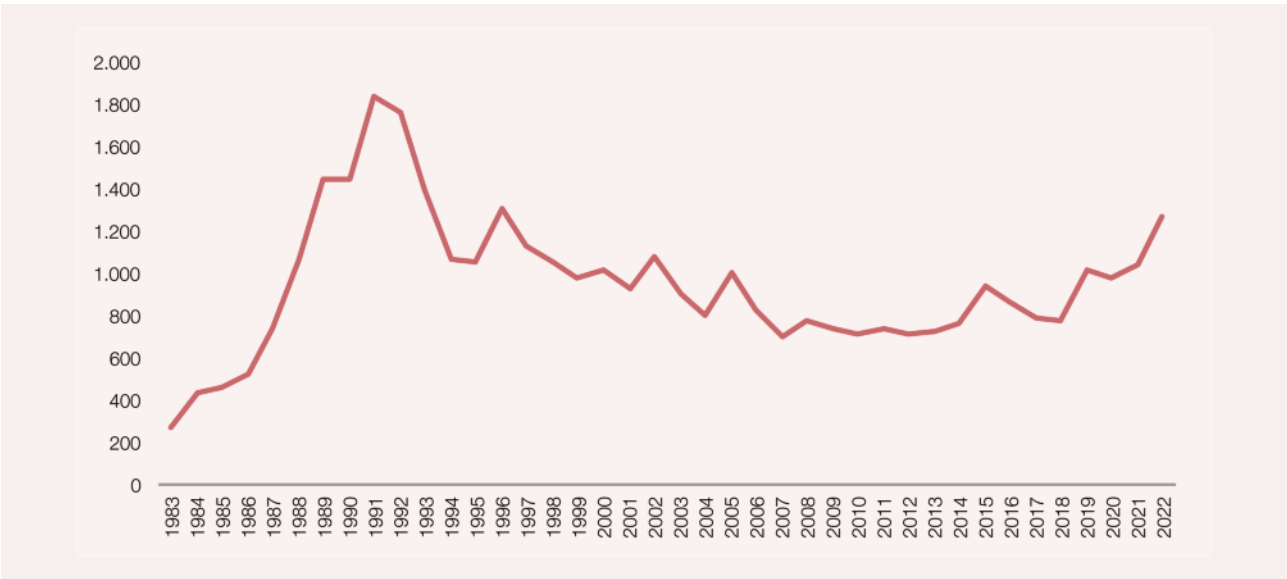
Resultados

Teniendo en cuenta esto, se puede asumir que, en 2022, se produjeron 1.266 muertes por consumo de drogas en España. Este dato debe interpretarse como el mínimo número de defunciones por drogas; probablemente la cifra sea superior, ya que con este método no se incluyen algunas muertes que no hubieran ocurrido si no se hubiera consumido alguna droga (por ejemplo: infartos agudos de miocardio o accidentes de tráfico por consumo de cocaína) pero cuya causa de muerte es otra patología común y no ha sido necesaria la intervención judicial.

La figura 2.3.9 muestra los datos procedentes de la estimación de defunciones por sustancias psicoactivas, a nivel nacional, desde el año 1983 hasta 2022. Se observa que, tras el pico de principio de la década de los noventa, asociado a la epidemia de consumo de heroína, se mantiene una tendencia descendente con repuntes puntuales. En 2019 la estimación mostraba un incremento de mortalidad que no se confirmó en 2020, año que, debido a la situación vivida por el COVID mostró un comportamiento inestable. En 2022 y tras una estabilización de la cobertura del indicador se confirma la tendencia ascendente detectada desde 2019 (figura 2.3.9 y tabla 2.3.7), posiblemente debido al aumento de la cobertura nacional, la mejora en la notificación de las muertes por suicidios y el aumento del rango de edad.

Figura 2.3.9.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas (estimación nacional). España, 1983-2022.



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

Tabla 2.3.7.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales (estimación nacional). España, 1983-2022.

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

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

Datos de mortalidad a partir de las diferentes fuentes de información disponibles

En la tabla 2.3.8 y en la figura 2.3.10 se presentan los datos de mortalidad por drogas utilizando las diferentes fuentes de información antes descritas con el fin de facilitar una visión global de las mismas.

Tabla 2.3.8.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, en base a diferentes fuentes de información. España, 1983-2022.

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
Estimación nacional	266	440	453	516	741	1.067	1.440	1.440	1.833	1.760	1.399	1.067	1.051	
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	82	139	143	163	234	337	455	455	579	558	444	388	395	
Registro General de Mortalidad (INE)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Estimación nacional	1.310	1.127	1.049	972	1.012	923	1.079	900	796	1.004	820	703	773	
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	–	–	–	–	444	496	496	493	468	455	428	475	424	
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	421	339	306	291	284	268	229	270	212	242	218	188	139	
Registro General de Mortalidad (INE)	–	–	–	752	691	650	652	633	659	636	489	519	540	
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2107	2018	2019	2020	2021	2022
Estimación nacional	739	706	736	707	727	767	936	866	782	777	1.015	978	1.046	1.266
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	438	517	408	519	489	556	600	613	696	732	920	974	1.046	1.266
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	181	182	181	195	196	172	171	194	189	177	210	212	259	305
Registro General de Mortalidad (INE)	442	393	361	383	403	455	390	483	437	450	546	774	820	929

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

Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican): Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de todas las Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

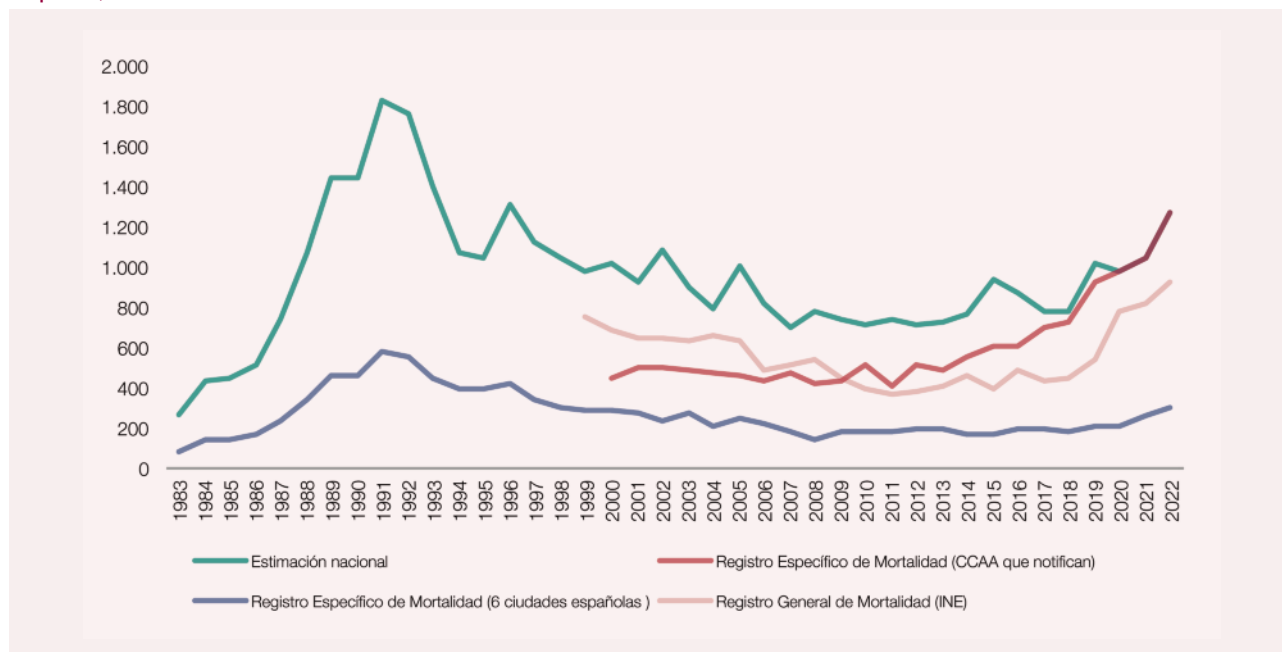
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas): Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Registro General de Mortalidad (INE - Instituto Nacional de Estadística): Se incluyen los códigos CIE-10: F11, F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

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

Figura 2.3.10.

Número de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2022.



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

Registro Específico de Mortalidad, CCAA que notifican. Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de todas las Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Registro Específico de Mortalidad, 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Registro General de Mortalidad (INE - Instituto Nacional de Estadística): Se incluyen los códigos CIE-10: F11, F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

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

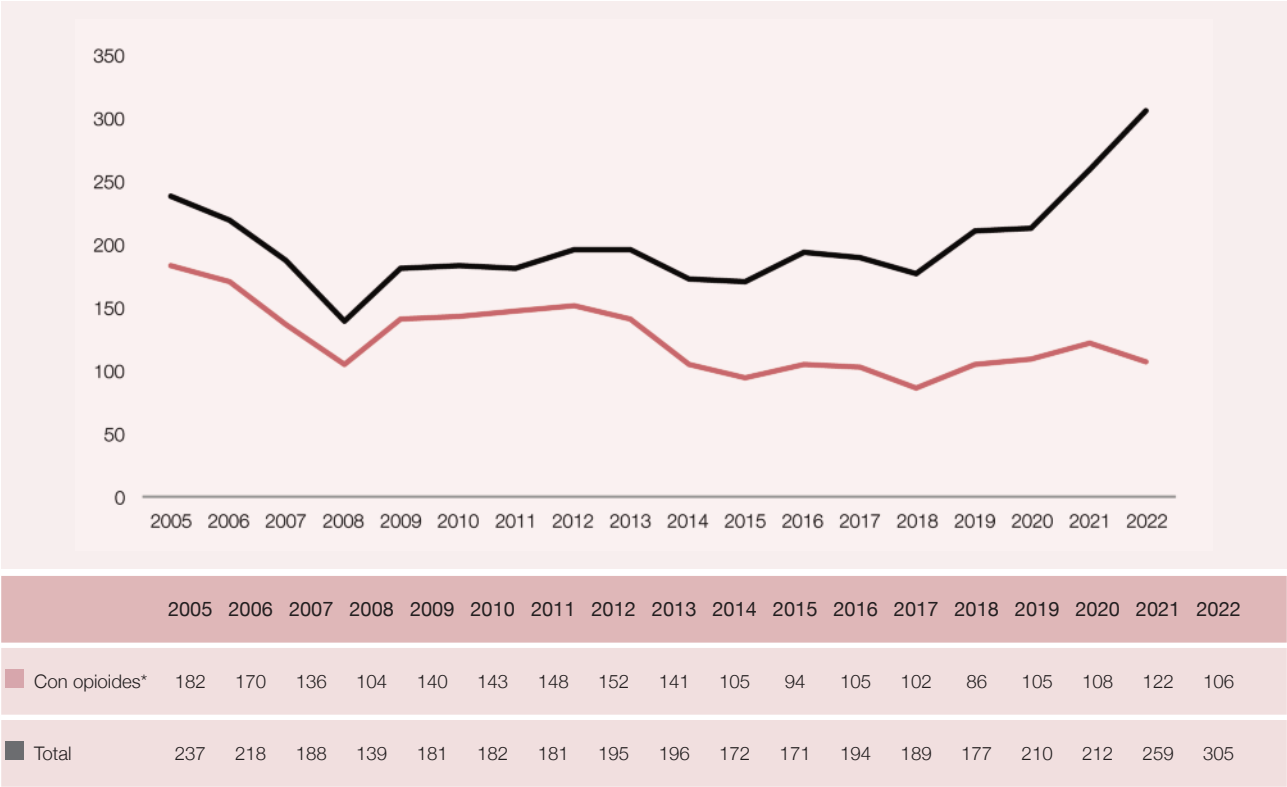
Vigilancia del impacto de cambios en el mercado de drogas opioides en la mortalidad

Como se ha comentado, diversos cambios orientados a mejorar la exhaustividad del registro resultan en el registro de defunciones que antes no se incluían en el indicador. Esto se convierte en un factor de confusión cuando se valoran las tendencias. Existe cierta preocupación por la epidemia de opioides en América del Norte y los cambios en la producción de opio en Afganistán, así como por la relativamente elevada prescripción de fármacos opioides (que pueden derivarse parcialmente al mercado ilegal) en nuestro país. Es por ello que se realiza un seguimiento muy intenso de este indicador. Para tener una mirada evolutiva minimizando el efecto confusor derivado de los cambios de registro, se analizan las muertes notificadas en las seis ciudades desde 2003 a 2022, con un foco en aquellas en las que se detecta presencia de opioides (asociados o no a otras sustancias).

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

Figura 2.3.11.

Número de fallecidos en las 6 ciudades españolas (total y fallecidos con presencia de opioides). 2005-2022.



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

Registro específico de mortalidad: 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al registro específico de mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

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