

INFORME 2024

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES

GESTIÓN, ANÁLISIS Y REDACCIÓN

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)
Begoña BRIME, 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

Aragón

Carmen BARANGUAN
Marta SARTO

Asturias

José Antonio GONZÁLEZ
Luisa María GONZÁLEZ

Baleares

Rut SUÁREZ
Elena TEJERA

Canarias

Amelia María HERNÁNDEZ
Nicolás PERDOMO
Ángel RODRÍGUEZ
María del Mar VELASCO

Cantabria

María del Carmen DIEGO
María Antonia RUEDA

Castilla-La Mancha

Carlos ALONSO
Carmen DE PEDRO

Castilla y León

Mónica ELÍAS
Susana REDONDO
Alexander VELÁZQUEZ

Cataluña

Natàlia ALMATÓ
Irene LANA
Pere MILLÁN
Pol ROVIRA
Dolores RUIZ

Extremadura

Catalina CUELLO DE ORO
Nerea SÁNCHEZ
José Antonio SANTOS

Galicia

Sara CERDEIRA
Mercedes LIJÓ
Silvia SUÁREZ
María TAJES
Sergio VEIGA

Madrid

Piedad HERNANDO
Nelva MATA
Andrea TANJALA

Murcia

Mónica BALLESTA
Mª Dolores CHIRLAQUE
Daniel RODRÍGUEZ

Navarra

Esther FIGUERAS
Raquel GONZÁLEZ

País Vasco

Elena ALDASORO
Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA

La Rioja

Mª Gemma CESTAFE
María FERNÁNDEZ

Comunidad Valenciana

Mª Jesús MATEU
Begoña RODRIGO
Noelia SELLES
Francesc J. VERDÚ

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 Pocerull, 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 (Osakidetza-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.

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

En esta edición se incluyen los resultados pormenorizados de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) del año 2023, junto con el análisis de los indicadores de admisiones a tratamiento, urgencias, y mortalidad relacionada con las drogas, además de sus tendencias hasta 2022. Incluye también información sobre otros problemas, como las infecciones en consumidores o el consumo problemático, así como capítulos específicos dedicados al Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) sobre nuevas sustancias psicoactivas, datos de estudios basados en el análisis de aguas residuales y, por primera vez en esta edición, de estudios basados en el análisis de residuos en jeringas (que podrían convertirse en el futuro en componentes del sistema de información), así como los indicadores relativos a la oferta de drogas y las medidas de control.

La solidez y trayectoria de los informes anuales elaborados por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, permite establecer de forma robusta un diagnóstico global del estado de situación de las drogas y las consecuencias de su consumo a nivel nacional. Este es un ejercicio de gran valor para que las políticas y actuaciones se basen en datos, y sirve de apoyo a la toma de decisiones. Pero además proporciona información a la ciudadanía y a todos los agentes sociales para un mejor conocimiento de esta realidad, proporcionando respuestas a la demanda social de transparencia.

Este informe no habría sido posible sin la colaboración de todas las personas e instituciones que, con su trabajo, contribuyen anualmente a su edición: quiero expresarles mi más sincero agradecimiento. Pero además, quiero expresar mi reconocimiento a la profesionalidad y dedicación del equipo de profesionales del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones: sin su labor y su esfuerzo continuos, la sociedad no tendría este informe a su disposición.

Joan R. Villalbí

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones

INFORME 2024

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

ÍNDICE

Presentación	4
Introducción	10
Resumen ejecutivo	12
Principales fuentes de información del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones	13
Sistema Español de Alerta Temprana	23
Oferta de drogas y medidas de control	24
Análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos	27
Análisis de residuos en jeringas	28
1. Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas	29
1.1. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2024	30
1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023	31
Introducción	31
Objetivos	31
Metodología	32
• Aspectos generales	32
• Ámbito de la encuesta	32
• Diseño y características de la muestra. Ponderación	32
• Trabajo de campo. Recogida de información	33
• Otros aspectos metodológicos	33
Resultados	37
• Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas	37
Evolución temporal	37
Edad media de inicio en el consumo	40
Edad y sexo	41
Comunidad/ciudad autónoma	45
• Consumo por tipo de sustancia psicoactiva	56
Bebidas alcohólicas	56
Bebidas energéticas	66
Tabaco	67
Cigarrillos electrónicos	71
Pipas de agua	73
Hipnosedantes	74
Analgésicos opioides	78
Cannabis	79

Cocaína	86
Éxtasis	88
Anfetaminas	90
Alucinógenos y setas mágicas	92
Heroína	93
Inhalables volátiles	95
GHB	96
Metanfetaminas	97
Esteroides anabolizantes	97
Sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento en el estudio	98
Nuevas sustancias psicoactivas	99
• Policonsumo	101
• Percepciones y opiniones de la población ante el consumo de sustancias psicoactivas	103
Percepción de riesgo	103
Percepción de disponibilidad	105
Vías de información sobre sustancias psicoactivas	107
Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas	108
• Entorno de ocio: actividades, salidas nocturnas (frecuencia y horario) y dinero disponible	110
Actividades de ocio	110
Actividades de ocio y consumo de sustancias psicoactivas	111
Salidas nocturnas, frecuencia	112
Salidas nocturnas, frecuencia y consumo de sustancias psicoactivas	112
Salidas nocturnas, horario de regreso a casa	115
Salidas nocturnas, horario de regreso a casa y consumo de sustancias psicoactivas	115
Dinero disponible para gastos personales	117
Situación económica familiar	117
Consecuencias no deseables del consumo de drogas	118

2. Problemas relacionados con las drogas 120

2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2022	121
Introducción	121
Metodología	121
Resultados	122
• Resultados generales. Drogas ilegales	122
• Resultados por tipo de droga	134
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína	142
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína	143
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis	145
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes	146
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de estimulantes distintos de la cocaína: anfetaminas, metanfetaminas y éxtasis	147
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alucinógenos	149
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de otras sustancias	150
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol	151
• Resultados por comunidades/ciudades autónomas	152

2.2. Indicador Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2022	153
Introducción	153
Metodología	153
Resultados	154
Nuevo protocolo	163
2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2022	169
Introducción	169
Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)	169
Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas	178
Registro General de Mortalidad	180
Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad	182
Datos de mortalidad a partir de las diferentes fuentes de información disponibles	185
Vigilancia del impacto de cambios en el mercado de drogas opioides en la mortalidad	186
2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2022	188
Introducción	188
Metodología	188
Resultados	189
• Notificación nacional sobre infección VIH y sida	189
• Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de de sustancias psicoactivas	192
• Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan vía inyectada	194
2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2022	201
Introducción	201
Estimación del consumo problemático/de riesgo de alcohol	202
Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis	205
Estimación del consumo problemático/de riesgo de cocaína	210
Estimación del consumo problemático/de riesgo de heroína	212
Estimación del consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada	215
3. Sistemas de alerta temprana	217
3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS-Early Warning System)	218
Objetivo y funcionamiento	218
Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa	224
3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)	229
Normativa, objetivo y funcionamiento	229
Actividad del SEAT. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en España	235
4. Oferta de drogas y medidas de control	244
4.1. Ventas de bebidas alcohólicas, 2015-2023	245
4.2. Ventas de tabaco, 2005-2023	252
4.3. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2022	257
4.4. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2022	262
4.5. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2022	266

5. Análisis de aguas residuales	269
Metodología	270
Análisis por sustancias	272
6. Análisis de residuos en jeringas	288
Información complementaria	292
Páginas web de interés	293

INTRODUCCIÓN

La función primordial del **Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)** es ofrecer una visión global de la evolución y características del consumo de sustancias psicoactivas (incluyendo alcohol, tabaco, hipnosedantes, analgésicos opioides, drogas ilegales y nuevas sustancias), otros trastornos comportamentales y los problemas asociados, en España. Para ello se emplea información procedente de diversas fuentes que, una vez analizada y contextualizada, debería ayudar a responsables políticos, asociaciones, profesionales y consumidores a la hora de tomar decisiones sobre estas cuestiones en sus respectivos ámbitos.

El presente informe, denominado *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Informe 2024*, se estructura en seis capítulos que se detallan a continuación:

En el **capítulo 1**, se presenta información relativa al consumo, percepciones y opiniones de la población de estudiantes de 14 a 18 años ante el consumo de drogas y otros trastornos comportamentales desde el año 1994 hasta 2023. La fuente de información es la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), en sus sucesivas ediciones. ESTUDES se realiza de forma bienal y se promueve y financia directamente desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas contando con la estrecha colaboración de las comunidades y ciudades autónomas.

En el presente documento no se incluye información de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), en población general, ya que los últimos datos disponibles, al cierre de este informe, corresponden al año 2022 y ya han sido publicados en el *Informe y Estadísticas 2023 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*.

En el **capítulo 2**, se incluye información relativa a los problemas relacionados con las drogas desde 1987 hasta 2022. La información procede de tres indicadores clave: Indicador “Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas”, Indicador “Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas” e Indicador “Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas”, así como información relacionada con las infecciones en consumidores de drogas e información relativa al consumo problemático de drogas.

Los indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad se gestionan desde 1987 en el marco del Plan Nacional sobre Drogas como una colaboración interinstitucional en el que tienen un papel muy activo las comunidades y ciudades autónomas, así como las instituciones de las que procede la información (centros de tratamiento de drogodependencias, hospitales, institutos de medicina legal, laboratorios toxicológicos, etc.). En algunos casos, los ayuntamientos prestan también soporte a la recogida y depuración de la información. Los indicadores sobre infecciones y consumo problemático proceden de varias fuentes, pero fundamentalmente de la DGPNSD y de otras áreas del Ministerio de Sanidad.

En el **capítulo 3** se describen los objetivos, estructura y actividades realizadas por el Sistema Español de Alerta Temprana.

El **capítulo 4** se centra en la oferta de drogas y medidas de control. Se incluye información sobre ventas de bebidas alcohólicas desde 2015 hasta 2023, sobre ventas de tabaco desde 2005 hasta 2023, e información sobre decomisos, precio y pureza de drogas ilegales, detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas hasta 2022. La información procede del Ministerio del Interior y del Ministerio de Hacienda.

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

El **capítulo 6** recoge los resultados del análisis químico del contenido residual de jeringuillas provenientes de dependencias de distintas entidades colaboradoras que cuentan con servicios de intercambio de jeringas y salas de consumo supervisado, proporcionando información de las sustancias consumidas mayoritariamente por vía inyectada, así como de los adulterantes encontrados. Esta información complementa a las encuestas y al resto de indicadores que tradicionalmente se han venido utilizando con el fin de evaluar el consumo de drogas.

En la página web del Plan Nacional sobre Drogas pueden consultarse los informes que se han ido publicando periódicamente desde 1998:

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CinformesOED.htm>

RESUMEN EJECUTIVO

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

Este Resumen Ejecutivo contiene, de manera abreviada, los principales y más relevantes datos de la información contenida en el *Informe 2024. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. La información se encuentra agrupada en los siguientes epígrafes:

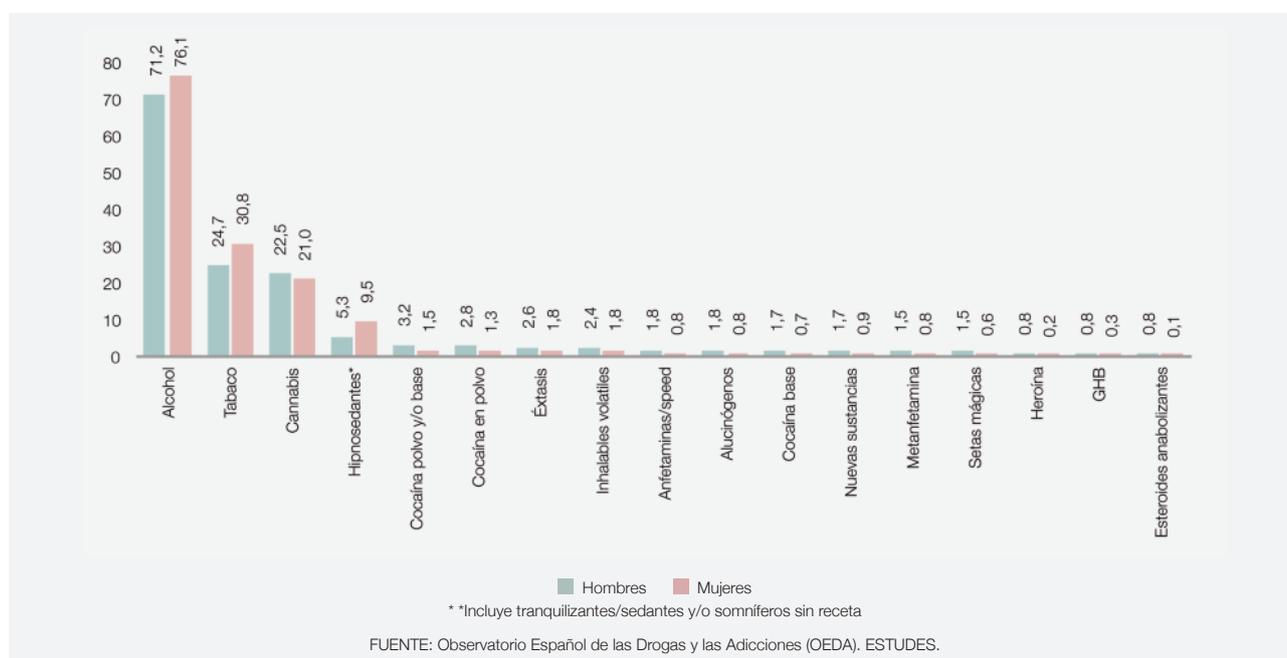
- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. EDADES, 2023.
- Tratamiento por consumo de drogas. España, 2022.
- Urgencias hospitalarias en consumidores de drogas. España, 2022.
- Mortalidad relacionada con drogas. España, 2022.
- Infecciones en consumidores de drogas. España, 2022.
- Consumo problemático de drogas. España 2022.
- Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT), 2023.
- Oferta de drogas y medidas de control, 2023.
- Análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos, 2021-2023.
- Análisis de residuos en jeringas, 2023.

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

ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA ESTUDES, 2023

En 2023, las drogas más consumidas por los jóvenes (14-18 años) son las legales (alcohol y tabaco), seguidas del cannabis. Se observan diferencias por sexo en el consumo de las sustancias psicoactivas: el consumo de drogas legales está más extendido entre las mujeres y el de todas las drogas ilegales está más extendido entre los hombres (a excepción de los hipnosedantes).

Porcentaje de consumidores, en los últimos 12 meses, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2023



La edad media de inicio en el consumo se sitúa entre los 13,9 y los 15,4 años y se observa una tendencia estable en la evolución. En todas las sustancias psicoactivas, las prevalencias de consumo aumentan con la edad.

ALCOHOL

En 2023, el 75,9% de los jóvenes de 14 a 18 años había consumido alcohol alguna vez en la vida (73,7% de los hombres y 78,1% de las mujeres), el 73,6% en el último año (71,2% de los hombres y 76,1% de las mujeres) y el 56,6% en el último mes (54,5% de los hombres y 58,7% de las mujeres). Se observa un aumento en la prevalencia del consumo de alcohol en el tramo temporal de alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días respecto al año 2021.

El 47,5% de los estudiantes de 14-18 años admitió haberse **emborrachado** alguna vez en la vida (43,9% de los hombres y 51,2% de las mujeres), el 42,1% lo hizo en el último año (39,3% de los hombres y 45,1% de las mujeres) y el 20,8% en el último mes (19,7% de los hombres y 21,9% de las mujeres). En 2023 la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días es mayor entre las chicas que entre los chicos en todas las edades salvo a los 17 años, que es algo mayor en los chicos (30,2% vs 29,3% en chicas).

El patrón de consumo de alcohol en atracón (*binge drinking*) es similar al de las borracheras, aunque es más frecuente entre las chicas a los 14-15 años de edad y en los chicos a partir de los 16 años. El 28,2% de los jóvenes de 14-18 años ha hecho *binge drinking* en el último mes (28,6% de los hombres y 27,8% de las mujeres). La prevalencia de *binge drinking* aumenta con la edad.

En 2023, el 47,4% de los jóvenes de 14 a 18 años afirma haber realizado **botellón** en el último año (44,8% de los hombres y 50,0% de las mujeres). Esta práctica aumenta con la edad hasta los 17 años, pues la prevalencia de botellón en el último año es del 26,6% en los jóvenes de 14 años y del 59,6% a los 17 años de edad. Los que han realizado botellón muestran mayor prevalencia de consumo de otras sustancias. Asimismo, se registran mayores porcentajes de consumidores intensivos (borracheras y *binge drinking*) entre los que hacen botellón que entre los que no lo hacen en el mismo periodo.

Los menores obtienen alcohol con mucha facilidad. Los bares o pubs (54,9%), los supermercados (54,1%) y las tiendas de barrio (49,4%) son los lugares donde más porcentaje de menores consigue alcohol, seguido de las discotecas (46,3%), la casa de otras personas (36,0%) y la casa donde viven (27,8%). En cuanto al lugar de consumo, en 2023 el 52,8% lo ha consumido en bares o pubs, el 47,8% en discotecas, el 47,5% en espacios públicos abiertos, el 45,3% en casa de otras personas y el 28,2% en la casa donde vive.

El alcohol es la sustancia psicoactiva percibida como menos peligrosa. El 63,4% de los estudiantes de 14 a 18 años piensa que tomarse 5 o 6 copas/cañas en fin de semana puede ocasionar bastantes/muchos problemas. La percepción del riesgo del consumo de 1 o 2 copas o cañas diariamente es del 63,6%.

TABACO

En 2023 el 33,4% de los estudiantes indica que fumó tabaco alguna vez en la vida (30,0% de los hombres y 36,8% de las mujeres), el 27,7% en el último año (24,7% de los hombres y 30,8% de las mujeres) y el 21,0% lo hizo en los últimos 30 días (18,9% de los hombres y 23,3% de las mujeres). Este año se registra un descenso de la prevalencia de consumo de tabaco en los tramos temporales alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, siguiendo la tendencia descendente desde 2019. Además, se confirma la tendencia general descendente iniciada en 2006 que coincidió con el debate social suscitado por la elaboración de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (con excepción de dos repuntes uno en 2012 y otro 2019).

Respecto al consumo diario de tabaco también se observa una tendencia descendente en los últimos años, a excepción de un aumento en el 2019.

En 2023 la percepción de riesgo asociado al consumo de un paquete de tabaco diario se mantiene en cifras muy elevadas y casi la totalidad (93,4%) de los jóvenes opina que puede producir muchos o bastantes problemas de salud.

CANNABIS

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años. En 2023 el 26,9% declaró haber consumido alguna vez en la vida (27,6% en los hombres y 26,2% en las mujeres), el 21,8% en el último año (22,5% en chicos y 21,0% en chicas) y el 15,6% en el último mes (16,7% en chicos y 14,5% chicas). El consumo diario se sitúa en el 1,3% (1,7% en chicos y 1,0% en chicas).

En 2023 disminuye la prevalencia consumo de cannabis entre los estudiantes de 14 a 18 años en todos los indicadores excepto en el consumo en los últimos 30 días, que sufre un pequeño repunte. Salvo esta excepción se mantiene la tendencia descendente iniciada en 2006 (con ligeros repuntes en los años 2016 y 2019). También se registra un descenso en el indicador del consumo problemático de cannabis (CAST \geq 4) entre los estudiantes que han consumido cannabis en los últimos 12 meses.

Se estima que 43.429 estudiantes de 14 a 18 años hacen un consumo problemático, lo que representa el 2,4% de la población en este rango de edad y el 14,6% de los que han consumido en el último año. Estos datos son coherentes con los obtenidos a través de otros indicadores de problemas asociados al consumo de drogas.

El cannabis es, tras el alcohol y el tabaco, la sustancia psicoactiva considerada como más disponible (el 56,9% de los estudiantes piensa que les sería relativamente fácil o muy fácil conseguirlo si quisiera).

HIPNOSEDANTES

Los hipnosedantes son la sustancia que mayor proporción de estudiantes consume después del alcohol, el tabaco y el cannabis. En 2023, el 9,7% de los jóvenes de 14 a 18 años había consumido hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida (6,9% de los hombres y 12,7% de las mujeres), el 7,4% en el último año (5,3% de los hombres y 9,5% de las mujeres) y el 3,8% en el último mes (3,0% de los hombres y 4,7% de las mujeres). El consumo es más prevalente entre las mujeres en todos los tramos temporales y en todas las edades.

Evolutivamente, la prevalencia de los hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida ha descendido ligeramente respecto a 2021, pero ha aumentado en los demás marcos temporales, especialmente en el consumo diario, que pasa del 1,4% en 2021 al 2,1% en 2023.

COCAÍNA

En 2023 el 2,9% de la población de 14 a 18 años ha consumido cocaína (polvo y/o base) alguna vez (3,8% en los hombres y 1,9% en las mujeres), el 2,3% en el último año (3,2% en chicos y 1,5% en chicas) y el 1,0% en el último mes (1,5% en chicos y 0,5% en chicas). Al igual que ocurre con el cannabis, el consumo de cocaína (polvo y/o base) se encuentra más extendido entre los hombres.

Se rompe la tendencia descendente iniciada en 2006, registrándose en 2021 las cifras de prevalencia más bajas de toda la serie histórica, que sufren un repunte en todos los marcos temporales en 2023.

El 96,0% de los estudiantes de 14 a 18 años piensa que consumir cocaína en polvo de manera habitual puede ocasionar bastantes/muchos problemas, percepción de riesgo que permanece bastante estable desde 1994. No obstante, la cifra desciende hasta el 79,2% cuando se trata de atribuir riesgo al consumo de cocaína en polvo alguna vez. Por otra parte, la disponibilidad percibida de cocaína en 2023 (28,8%) es similar, aunque algo mayor a la observada en 2021 (26,8%), siendo los valores más bajos del periodo 1996-2023.

ÉXTASIS, ANFETAMINAS, ALUCINÓGENOS Y HEROÍNA

Tras registrar las cifras de prevalencia más bajas de la serie histórica en 2014, el consumo de éxtasis muestra desde entonces una tendencia creciente. En 2023 las prevalencias de consumo observadas en estudiantes fueron: 3,1% alguna vez en la vida, 2,2% alguna vez en el último año y 0,9% en el último mes. Si bien es cierto que el consumo de éxtasis alguna vez en la vida registrado en 2023 permanece sin cambios respecto a 2021.

La prevalencia de consumo de anfetaminas en 2023 (1,7% alguna vez en la vida, 1,3% en el último año y 0,7% en el último mes) ha subido en 2023 tras encadenar varios años de ligero descenso. No obstante, la tendencia general del consumo de anfetaminas en la serie histórica de ESTUDES es descendente desde el año 2002.

La prevalencia de consumo de alucinógenos en 2023 (1,9% alguna vez en la vida, 1,3% en el último año y 0,5% en el último mes) es algo superior a la de 2021, aunque similar a la de años anteriores. Salvando pequeñas oscilaciones interanuales, el consumo de alucinógenos está estabilizado desde 2014. Al igual que ocurre con el resto de alucinógenos, las prevalencias registradas para el consumo de setas mágicas en 2023 (1,5% alguna vez en la vida, 1,1% en el último año y 0,5% en el último mes) fueron ligeramente mayores que las de 2021.

El porcentaje de consumidores de heroína entre los estudiantes de 14 a 18 años se sitúa en general por debajo del 1%. Desde 1994 ninguna medición ha superado esta cifra. En 2023 el 0,7% la había probado alguna vez, el 0,5% la había consumido en el último año y el 0,4% en el mes previo a la encuesta.

NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

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

En 2023 el 3,7% de los estudiantes reconoció haber consumido sustancias de este tipo alguna vez en la vida, el 1,3% en los últimos 12 meses y el 0,6% en los últimos 30 días, datos similares a los registrados en 2021, aunque mayores los observados para el consumo de alguna vez en la vida.

En 2023 ha consumido (alguna vez en la vida) ketamina el 1,0%, spice el 0,9%, ayahuasca el 0,6%, mefedrona el 0,5% y salvia divinorum el 0,5% de la población de estudiantes de 14 a 18 años.

DISPONIBILIDAD PERCIBIDA Y PERCEPCIÓN DE RIESGO

Las sustancias percibidas como más fácilmente disponibles por los estudiantes de 14 a 18 años son el alcohol, el tabaco (9 de cada 10 piensa que es fácil o muy fácil conseguirlos) y el cannabis (56,9%), seguidas de los hipnosedantes (43,4%). Evolutivamente, en 2023 aumenta ligeramente la disponibilidad percibida de todas las drogas ilegales salvo la del cannabis.

El alcohol es la sustancia que se percibe como menos peligrosa. En 2023 el 63,6% de los estudiantes encuestados piensa que el consumo diario de 1 o 2 cañas o copas de alcohol puede causar bastantes o muchos problemas. No obstante, es el mayor porcentaje registrado en toda la serie histórica sobre riesgo percibido para este hábito. Además, es la percepción de riesgo que más ha cambiado respecto a 2021. Tras el alcohol, el consumo habitual de hipnosedantes es el segundo hábito que menos estudiantes (el 88,4%) perciben como un riesgo.

Por otra parte, la percepción de riesgo asociada a consumos esporádicos de cigarrillos electrónicos, cannabis o cocaína registra cifras de prevalencia claramente inferiores que las registradas por consumos habituales.

INFORMACIÓN SOBRE DROGAS

En 2023 el 29,6% de los jóvenes de 14 a 18 años dice encontrarse perfectamente informado en el tema de drogas (33,0% de los chicos y 26,2% de las chicas). El 85,4% afirma haber recibido información sobre los efectos del consumo de drogas y los problemas asociados en su centro educativo. El 72,3% recibió información sobre drogas legales, el 66,8% sobre drogas ilegales, el 74,0% sobre el mal uso de las nuevas tecnologías (redes sociales, internet, móviles, ciberacoso, etc.) y el 48,4% sobre apuesta y juego *online*. El 71,5% afirma haber recibido información en su entorno familiar.

ADICCIONES COMPORTAMENTALES

En 2023 la prevalencia del uso problemático de internet en los estudiantes de 14 a 18 años ha sido del 20,5%, lo que supone 3 puntos porcentuales menos que en 2021. Por sexos, como en años anteriores, el posible uso problemático de internet es mayor entre las mujeres que entre los hombres (25,9% en mujeres y 15,3% en hombres). La prevalencia de usuarios de internet con un posible uso problemático aumenta con la edad. Respecto a 2021, desciende la prevalencia en todas las edades salvo a los 18 años, que se mantiene estable (23,3% vs 23,6%).

La encuesta ESTUDES recoge el uso de videojuegos desde el año 2019. En 2023 disminuye el uso entre los estudiantes de 14 a 18 años: el 83,1% ha jugado a videojuegos en el último año (el 85,1% en 2021). Al igual que en 2019 y 2021, la prevalencia de uso es mayor entre los chicos (96,2%) que entre las chicas (69,7%). En cuanto a la edad, se aprecia una tendencia negativa según se incrementa la edad de los usuarios. Según la escala basada en criterios DSM-5, en 2023, el 5,1% del total de los estudiantes de 14 a 18 años presentaría un posible trastorno por uso de videojuegos. Este porcentaje es el menor de los registrados desde 2019.

Respecto al juego con dinero, en 2023 el 21,5% de los estudiantes de 14 a 18 años ha jugado con dinero *online* y/o presencial en los últimos 12 meses (frente al 20,1% en 2021). Existen diferencias significativas por sexo, con prevalencias del 29,4% en los chicos y del 13,3% en las chicas. La prevalencia de juego con dinero presencial fue del 17,7%, superior a la de juego con dinero *online* (10,7%). La edad de inicio es similar en el juego *online* y en el presencial: 14,7 años y 14,8 años, respectivamente. En 2023 se estima que el 4% de los estudiantes de 14 a 18 años podrían presentar un posible juego problemático. Esta cifra supone un ligero incremento respecto a 2021 (3,4%).

En la encuesta ESTUDES del año 2023 se introdujo un módulo sobre el uso de pornografía. El 66,8% de los estudiantes admiten haber usado pornografía al menos una vez en su vida, el 58,6% en los últimos 12 meses y el 44,5% en los úl-

timos 30 días. Por sexos, es mucho mayor el uso de pornografía entre los hombres que entre las mujeres para los tres tramos temporales analizados, con las mayores diferencias en el consumo en el último mes (68,4% en los chicos vs 19,3% en las chicas). Por edad se observa una relación directa con el uso de pornografía, según aumenta la edad se incrementa la prevalencia de uso en los tres tramos temporales considerados. Es remarcable que el 37,1% de los jóvenes de 14 años ha visto pornografía en el último mes.

TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS ESPAÑA, 2022

En 2022, se registraron en España 45.873 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco), lo que supone un aumento del 3,4% respecto al 2021, pero sin llegar a alcanzar las cifras de los años previos a la pandemia por COVID.

El perfil de las admisiones a tratamiento ha sufrido cambios notables a lo largo del tiempo. Mientras que, durante los primeros años de la década de 2000, la heroína era la sustancia que generaba un mayor número de demandas de tratamiento, a partir de 2004 se produjo un descenso de las demandas por heroína, en paralelo con un significativo aumento del número de demandas de admisión a tratamiento por cocaína, que alcanzó su máximo en 2008. Por otra parte, el cannabis paulatinamente fue adquiriendo mayor relevancia, mostrando un aumento de las admisiones que alcanzó su valor más alto en 2013.

En 2022 la **cocaína** se mantiene como la **droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento** (47,6% del del total), seguida del cannabis (27,4%) y los opioides (18,7%).

Entre los admitidos a tratamiento **por primera vez en la vida** (primeras admisiones), evolutivamente el cannabis venía siendo la sustancia que más primeras admisiones a tratamiento generaba, sin embargo, en 2017, la cocaína superó en número de admisiones al cannabis, situación que continúa en 2022, situándose como la sustancia ilegal que mayor número de primeras admisiones a tratamiento causó (47,2%), seguida del cannabis (35,4%) y de los opioides (9,7%).

Siguiendo las tendencias que venían observándose, en 2022, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (81,5%). La edad media fue de 37 años para el conjunto de las admisiones, sin claras diferencias según el sexo y confirmando la tendencia ascendente que se venía observando. La edad media entre las primeras admisiones a tratamiento fue de 34,3 años. El 13,8% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, valor más alto de la serie histórica.

En España, la gran mayoría (86,6%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales vivía en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos), el 8,3% vivía en instituciones y el 3% tenía un alojamiento precario o inestable. El modelo más frecuente de convivencia es la familia de origen/con sus padres o la familia propia (cónyuge y/o hijos).

Más de la mitad (55,7%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron animados por sus parientes o amigos, aunque el sistema público de salud (hospitales u otros servicios de salud/médico general/Atención Primaria de salud y otros servicios de drogodependencias) derivó a tratamiento aproximadamente a una cuarta parte de los admitidos (25,2%).

En 2022, entre los admitidos a tratamiento por cualquiera de las sustancias consideradas, **el 9,2% se habían inyectado alguna vez en la vida**, confirmando la tendencia descendente desde que se inició su registro en los años noventa y alcanzando la cifra más baja de la serie histórica.

En 2022 se han registrado 21.818 admisiones a tratamiento por **cocaína**, de las cuales 19.292 eran por cocaína polvo y 2.451 por cocaína base.

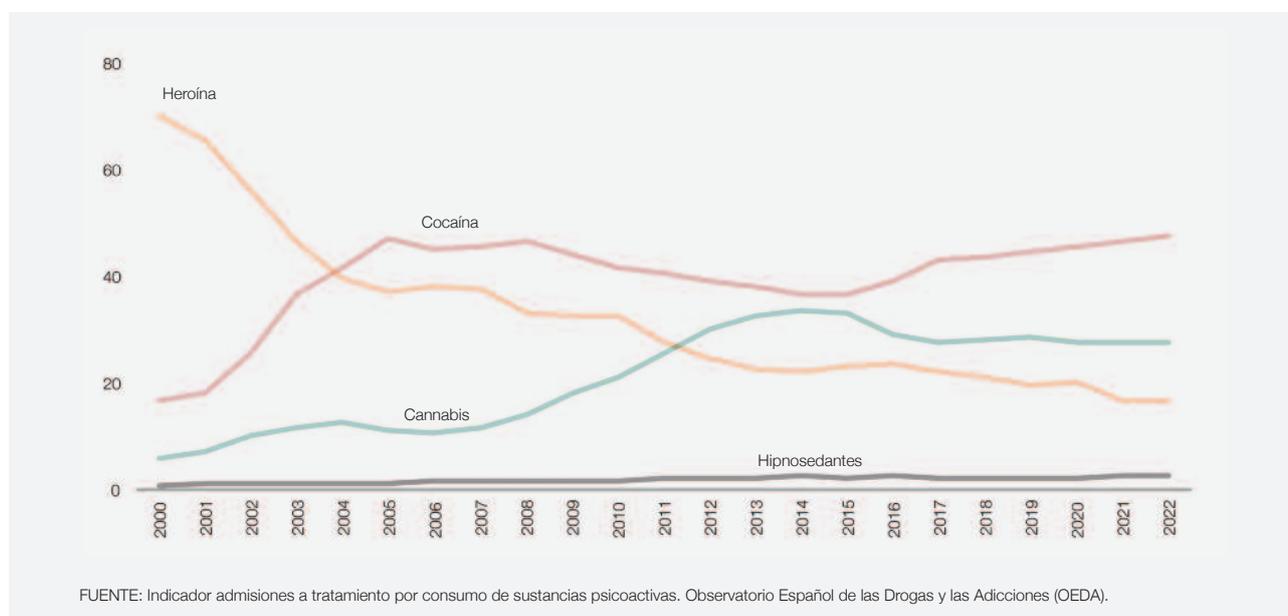
El número total de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en el año 2022 fue de 12.574. Es importante **señalar el peso del cannabis entre los menores de edad que acuden a tratamiento** por abuso o dependencia de

sustancias psicoactivas en España. Así, el 93,5 % de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas ilegales en 2022 en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis.

En 2022 se admitieron a tratamiento por consumo de **opiáceos** 8.553 personas, de las cuales 7.585 fueron por **heroína**, 352 por **metadona** y 616 por **otros opioides**.

Además de las sustancias ilegales, en 2022 se notificaron 27.042 admisiones a tratamiento por alcohol.

Evolución del peso de cada sustancia en el total de admisiones a tratamiento por drogas ilegales (porcentaje). España, 2000-2022



URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE DROGAS ESPAÑA, 2022

En 2022 se notificaron 6.627 episodios de urgencias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga.

La situación de pandemia vivida en el país a raíz del COVID en 2020, tuvo un impacto en las urgencias relacionadas con el consumo de drogas y, aunque las sustancias que más episodios de urgencias generaron en 2020 fueron el cannabis, la cocaína y los hipnosedantes, el peso de estas sustancias presentó un gran cambio respecto a lo que se venía observando. En 2021 se mantuvieron los cambios observados en 2020, estabilizándose la bajada de urgencias por cocaína y por cannabis. En 2022 los datos vuelven a cifras similares al 2019, observándose en los episodios de urgencias relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, un aumento de la cocaína, del cannabis, del alcohol y cierta disminución de los hipnosedantes.

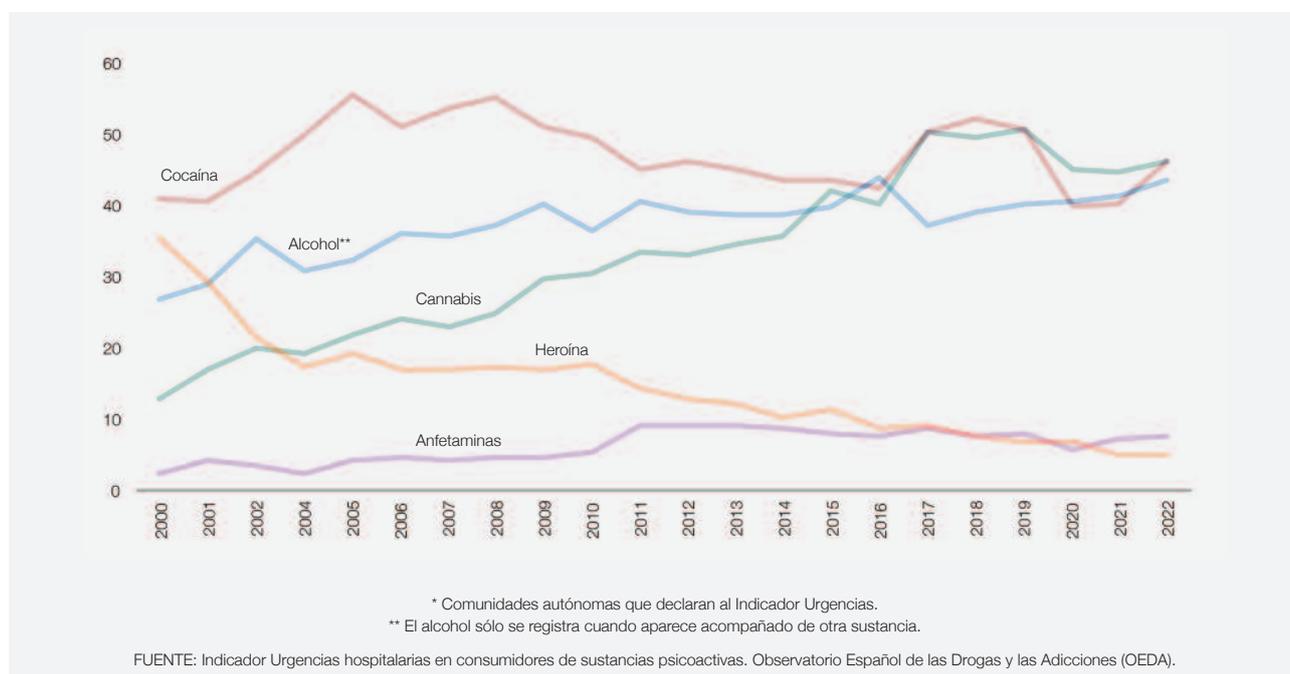
La proporción de mujeres ha venido mostrando cierta tendencia ascendente, alcanzando en 2022 su valor más alto de la serie histórica (32,2%), del mismo modo también se detecta un aumento de la edad media de las personas atendidas en urgencias pasando de 27,8 años (1996) a 35,8 años (2022).

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

Actualmente el seguimiento de las nuevas sustancias psicoactivas en España se realiza a través del Sistema Español de Alerta Temprana. No obstante, en 2022, en la muestra recogida de urgencias, se detectaron 19 episodios relacionados con la mefedrona (2 episodios en 2017, 16 en 2018, 9 en 2019, 16 en 2020 y 8 en 2021), 5 episodios de urgencias hospitalarias por consumo de spice y 2 episodios de Nexus, no detectándose ningún otro episodio de urgencias hospitalarias relacionados con ninguna otra nueva sustancia psicoactiva.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

Evolución del peso de cada sustancia en el total de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas (porcentaje). España*, 2000-2022



En 2021 se revisó el protocolo de urgencias introduciendo entre los cambios, el registro de las urgencias por alcohol e hipnosedantes como sustancias únicas responsables de las urgencias y se obtuvo por primera vez información sobre los síntomas que generan el episodio de urgencia, así como información sobre el tipo de consumo realizado y patologías psiquiátricas previas.

Añadiendo las urgencias por alcohol e hipnosedantes como sustancias únicas, en 2021 se notificaron al indicador 12.924 episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. El alcohol y los hipnosedantes se sitúan como las sustancias que más urgencias generan, por encima de las sustancias ilegales.

Los resultados muestran que la mayoría de urgencias se dan en consumidores habituales.

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

MORTALIDAD RELACIONADA CON DROGAS

ESPAÑA, 2022

En 2022, se notificaron al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas 1.266 defunciones. De éstas se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de sustancia en 1.037.

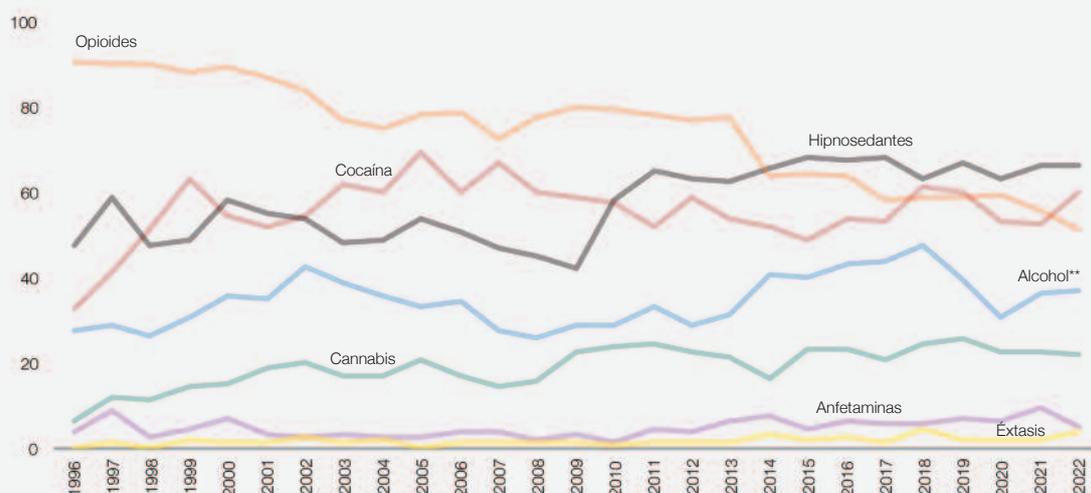
Debido a la preocupación generalizada que existe por el aumento de la edad de los consumidores, en 2020 por primera vez se eliminaron los límites de edad de este indicador, registrando todos los casos que cumplieran criterios, independientemente de la edad.

En 2022, el 77,7% de las defunciones fueron en hombres, predominio masculino que ha estado presente a lo largo de toda la serie histórica. La edad media de los fallecidos fue de 46,8 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 la eliminación de los límites de edad en el indicador) y que confirma el aumento de la edad media de los fallecidos. El 18,5% mostraron evidencias de suicidio, siendo el porcentaje mucho mayor entre las mujeres (37,2%) que entre los hombres (13,3%).

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, al igual que se observa desde el año 2014, es el de **un hombre mayor de 47 años, soltero, que no fallece debido a patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas, con serología VIH negativa, que ha consumido recientemente alguna sustancia (preferentemente, hipnosedantes, opioides y cocaína), pero que no muestra signos recientes de venopunción**. Cabe destacar que, con anterioridad al año 2014, las personas fallecidas tenían una edad media inferior, tenían serología VIH positiva en un porcentaje muy superior y mostraban en mayor número signos recientes de venopunción.

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

Porcentaje de fallecidos en los que se detecta cada sustancia respecto al número total de defunciones (con información toxicológica) por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 1996-2022



* 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: Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

En 2022 se detectan **opioides** en el 51,2% de las muertes por reacción aguda a drogas. La metadona ha estado presente en el 25,8% de los fallecidos en 2022, siendo en el 11,8% % de los casos el único opioide, independientemente de que se identificasen otras sustancias de otros grupos.

Los **hipnosedantes** en 2022 aparecen junto con otras sustancias, generalmente opioides, cocaína y alcohol. Sólo en el 0,9% % de los fallecidos los hipnosedantes son la única sustancia detectada, de los cuales el 75,0% se trata de casos notificados como suicidios.

La **cocaína** está presente en 2022 en el 59,9% de las muertes por reacción aguda a drogas. Entre los fallecidos en los que se identifica cocaína, los opioides están presentes en el 50,7%. Sólo en el 8,7% de los fallecidos en los que se detecta cocaína, ésta es la única sustancia detectada.

El **cannabis** está presente en 2022 en el 22,1% de las muertes por reacción aguda a drogas. En 2022 se notificaron 229 defunciones en las que el cannabis estaba presente, en 14 casos como sustancia única y, con independencia de la detección de otras sustancias, con hipnosedantes en el 68,1%, con opioides en el 59,0%, con cocaína en el 58,5% y con alcohol en el 27,9% de estos casos.

Según análisis de la mortalidad utilizando el Registro General de Mortalidad, en 2022 se produjeron 464.417 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 seleccionados, 929 defunciones. A lo largo del periodo 1999-2022 se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica (en 2022 el 73,2% son hombres). La distribución de las defunciones en función de la edad muestra una tendencia ascendente de la edad media de los fallecidos (en 2022 el 84,9% tenía 35 o más años).

INFECCIONES EN CONSUMIDORES DE DROGAS ESPAÑA, 2022

En 2022, se diagnosticaron en España 2.956 nuevos casos de VIH (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 7,71/100.000 habitantes). El mecanismo de transmisión más frecuente fueron las relaciones sexuales de riesgo de hombres con hombres (565) y las relaciones sexuales de riesgo entre heterosexuales (24,5), siendo mucho menos frecuente la infección como consecuencia del uso de drogas por vía parenteral (1,9%). Se confirma un porcentaje bajo del uso de drogas inyectadas respecto a otros mecanismos de transmisión de la infección por VIH.

En 2022, la prevalencia de infección, entre el total de admitidos a tratamiento (45.853), es del 3,0% para el VIH, del 3,9% para el virus de la hepatitis C y del 0,3% para el virus de la hepatitis B (HBsAg positivo-portador crónico).

Entre aquellos que se habían inyectado en los últimos 12 meses previos a la admisión a tratamiento (1.247): el 66,5% conocían su estado serológico frente al VIH y de éstos el 39,2% estaba infectado por el VIH; el 64,6% conocía su estado serológico frente a hepatitis C y de estos el 43,4% tenía serología positiva para el virus de la hepatitis C; el 41,6% conocía su estado serológico frente a hepatitis B y de estos el 3,5% tenía serología positiva para hepatitis B (HBsAg positivo-portador crónico).

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS ESPAÑA, 2022

En 2022 el 6,0% de la población de 15 a 64 años (1.900.000 aproximadamente) ha tenido un consumo de riesgo de **alcohol**, valor que aumenta al 8,3% entre los que han tomado bebidas alcohólicas en el último año (AUDIT \geq 8 puntos en hombres y AUDIT \geq 6 puntos en mujeres). Este **consumo de riesgo** del último año es mayor entre los hombres

(9,2%) que entre las mujeres (7,2%) y también es superior a la media en el grupo de 15 a 24 años (14,8%). El perfil del consumidor de riesgo es el de un varón, soltero, de 36 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando. El 38,2% ha consumido drogas ilegales en el último mes.

Estimación del número de consumidores problemáticos en España

	Alcohol*	Cannabis*	Cocaína*	Heroína*
N.º de consumidores problemáticos de 15 a 64 años	1.900.000	603.497	104.851	50.481
% respecto a toda la población de 15 a 64 años	6,00%	1,90%	0,33%	0,16%

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

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

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

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

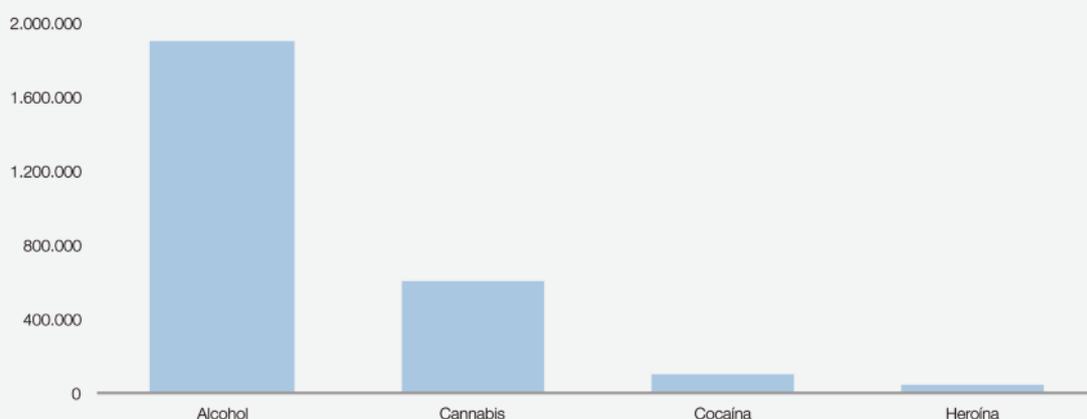
FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

En 2022, aproximadamente 603.497 personas de 15 a 64 años hacen un **consumo problemático de cannabis** (puntuación ≥ 4 puntos en la escala CAST), lo que se corresponde con el 1,9% de toda la población de 15 a 64 años, siendo mayor el porcentaje entre los hombres (3%) que entre las mujeres (0,8%) y entre los menores de 34 años (3,4%) que entre los mayores de esta edad (1,2%). El perfil del consumidor problemático de cannabis es el de un hombre menor de 34 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando, que vive con la familia propia, policonsumidor de otras sustancias y que se inició en el consumo de cannabis a los 15,9 años.

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

El perfil del consumidor de riesgo entre los estudiantes es de un chico español, de 16 años, con una situación económica-familiar media, con notas medias de bien o aprobado, que ha hecho pellas y que ha consumido drogas legales en los últimos 30 días.

Estimación consumidores problemáticos en España, 2022



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

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

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

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

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

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

El número estimado de **consumidores problemáticos de heroína** en España en 2022 es de 50.481 (15-64 años), lo que corresponde al 0,16% de la población en este rango de edad. Las estimaciones realizadas muestran que en 2022 se confirma la tendencia descendente iniciada en 2012 y que se rompió de manera puntual en 2015.

SISTEMA ESPAÑOL DE ALERTA TEMPRANA (SEAT), 2023

El Observatorio Español sobre las Drogas y las Adicciones (OEDA) es el responsable de la coordinación del SEAT y, junto con el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO), es el punto nodal de la Red en España. Además, forma parte y colabora activamente con el Sistema Europeo de Alerta Temprana (EWS-Early Warning System). El objetivo general del SEAT es desarrollar y mantener un sistema rápido de alerta temprana para la detección, intercambio de información, evaluación y respuesta frente a la aparición de nuevas sustancias psicoactivas o de eventos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, que puedan generar un problema de salud pública. Se entiende por “nuevas sustancias psicoactivas” (NSP), aquellas sustancias en forma pura o de preparado que no estén contempladas en la Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961, modificada por el Protocolo de 1972, ni en el Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, pero que puedan entrañar riesgos para la salud o sociales similares a aquellos que entrañan las sustancias contempladas en dicha Convención y Convenio.

El SEAT es responsable de coordinar las acciones, en este terreno, a nivel nacional en España y, a su vez, es el interlocutor con el resto de los organismos responsables de los sistemas de alerta temprana, a nivel internacional.

De manera concreta, se pueden identificar dos funciones:

- Identificar las “nuevas sustancias psicoactivas” (incluyendo precursores) que circulan por el territorio nacional y difundir información clara y veraz entre los actores implicados.
- Detectar y difundir la información relativa a las consecuencias mortales y no mortales, relativas al uso y abuso de sustancias psicoactivas, que puedan generar un problema de salud pública. Éstas pueden ser debidas al uso de nuevas sustancias, pero también por nuevas combinaciones de sustancias psicoactivas, vía de administración, contaminación por agentes infecciosos, adulteración, entre otros.

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

PRINCIPALES RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD DEL SEAT EN 2023

En 2023 se detectaron por primera vez en España 30 NSP. Pertenecían a los siguientes grupos: cannabinoides (8), fenetilaminas (5), indolalquilaminas (triptaminas) (5), benzodiacepinas (4), catinonas (4), arilalquilaminas (2), opioides (1) y grupo de otros (1). De ellas, 2 fueron detectada por primera vez en Europa: la catinona N-ciclohexil butilona y la fenetilamina 2C-iP.

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

Notificación del SEAT al EU-Early Warning System

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

A lo largo del año 2023 la red SEAT ha incorporado a la EDND un total de 456 informes de casos (*case reports*). Estos 456 *case reports* incluyen un total de 582 notificaciones de 92 NPS diferentes, pertenecientes a 12 grupos de sustancias según la clasificación EUDA. Además, se han notificado 2 eventos adversos graves. En cuanto a las muestras analizadas, 446 proceden de incautaciones, 122 son muestras recibidas de usuarios y 7 son muestras biológicas. Respecto a las NPS notificadas, las arilciclohexilaminas son las más frecuentes, representadas casi en exclusiva por la ketamina, que supone 189 de las 196 notificaciones del grupo. El segundo grupo con más notificaciones (178) es el de las catinonas. Este es el grupo más diverso, ya que se han notificado 20 catinonas diferentes, siendo la 3-CMC y la 4-CMC las más frecuentes. Por último, merece destacar la notificación de fenetilaminas y de cannabinoides, también con gran diversidad de sustancias: 54 notificaciones de 14 fenetilaminas diferentes y 51 notificaciones de 14 cannabinoides distintos.

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

El ASR de 2023 incluyó un total de 9.087 casos (detecciones) en los que se identificó alguna de las NSP de la lista de notificación de la EUDA. De ellos, 6581 corresponden a incautaciones, 996 a muestras recogidas y 1.510 a muestras biológicas (incluyendo 585 detecciones en fallecidos). Este año el ASR de España incluye notificaciones de 149 NSP diferentes, pertenecientes a 12 grupos distintos según la clasificación de la EUDA.

Atendiendo al grupo de sustancias, las arilciclohexilaminas fueron el grupo con más notificaciones, debido al gran predominio de la ketamina, que es la NSP más notificada del ASR (4097 casos). Le siguen en frecuencia las notificaciones de catinonas (1.695 casos). Se trata del grupo más diverso, ya que incluye 37 catinonas diferentes, siendo las más notificadas, con diferencia, la clfedrona (4-CMC) (582 casos) y la 3-CMC (3-clorometcatinona) (507 casos). El tercer grupo de NSP más notificadas es el grupo denominado "Otros" (1.606 casos), que incluye 489 notificaciones de GHB/GBL y 413 de pregabalina, como sustancias más frecuentes. El cuarto gran grupo de notificaciones en el ASR de 2023 es el de las fenetilaminas (1.085 casos de 24 sustancias diferentes). También destacan por su frecuencia, aunque a bastante distancia de los grupos anteriores, las notificaciones de cannabinoides, representadas principalmente por el hexahydrocannabinol, y los opioides, con notificaciones de tramadol casi exclusivamente.

Las NSP detectadas en muestras biológicas de fallecidos fueron principalmente la ketamina, con 94 notificaciones, el tramadol, con 89, clozapina y pregabalina, con 86 notificaciones cada una, y la quetiapina, notificada en 77 casos de fallecidos.

OFERTA DE DROGAS Y MEDIDAS DE CONTROL, 2023

VENTAS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, 2015-2023

El volumen total de ventas de bebidas alcohólicas efectuadas en 2023 se sitúa en 5.655 millones de litros, rompiendo la fuerte tendencia alcista que se inició tras la pandemia de COVID-19. No obstante, los datos evolutivos apuntan a una tendencia general al alza en el consumo total de bebidas alcohólicas a lo largo de esta serie histórica, sin tener en cuenta el marcado descenso que se observa en relación a la pandemia.

La bebida con mayor volumen de consumo en España es la cerveza, que supone el 71,6% del total de ventas de bebidas alcohólicas. El vino, incluyendo la sidra, se sitúa en segundo lugar y supone el 22,5% del volumen de ventas de bebidas alcohólicas. Las bebidas derivadas, que incluyen las espirituosas y los licores, suponen el 5,0% del volumen

total de ventas. Los productos intermedios, que incluyen el vermú y el moscatel, tienen una presencia residual del 0,9%. El peso de los distintos tipos de bebidas alcohólicas se ha mostrado estable a lo largo de toda la serie histórica, siendo la cerveza y el vino las bebidas con mayor volumen de ventas en todos estos años.

Respecto al contenido de alcohol en las bebidas, los porcentajes de alcohol puro por tipo de bebida se han mantenido bastante estables entre 2015 y 2023. Sólo cabe mencionar el incremento de un punto porcentual del alcohol en el vino desde 2022 y las oscilaciones observadas en las bebidas derivadas, en las que el contenido en alcohol se situó en 2023 en torno al 34% de alcohol.

Respecto a la recaudación de impuestos sobre el alcohol, en líneas generales, en 2023 se registran unos ingresos similares a los obtenidos el año anterior a la pandemia (2019) para los 3 tipos de bebidas que tributan sobre el alcohol.

Respecto al precio de venta de las bebidas alcohólicas, en 2023 el precio medio del litro de cerveza es de 2,30 euros, mientras que el de bebidas derivadas se sitúa en 13,73 euros. Los precios medios de las bebidas alcohólicas siguen una tendencia al alza entre 2015 y 2023, si bien el aumento más notable se observa en el último tramo de la serie (2022 y 2023). Estas subidas en el precio de venta al público se deben a la subida del precio antes de impuestos y a la subida del IVA, ya que el impuesto especial se mantiene sin cambios tanto en la cerveza como en las bebidas derivadas.

VENTAS DE TABACO, 2005-2023

Entre los tipos de labor de tabaco, los cigarrillos son la variedad que viene dominando el mercado año tras año, dado que sus volúmenes de ventas, tanto en valor monetario como en unidades físicas, son muy superiores a los del resto de las labores. De los 12.456,161 millones de euros de volumen de ventas de tabacos en 2023, el 83,1% correspondió a los cigarrillos. Tras las ventas de cigarrillos se sitúan las de picadura de liar, cuya cuota de mercado venía aumentando en los últimos años, pasando del 1,7%, en el año 2005 al 10,1% en 2023 y desplazando, desde 2011, a las ventas de cigarrillos puros, cuya participación en los ingresos se mantiene prácticamente estable en los últimos años en torno al 4%. Las ventas de picadura de pipa suponen el 2,7% del total de los ingresos por ventas de tabaco.

En cuanto a las unidades vendidas, los cigarrillos son el producto principal entre las labores de tabaco, con un volumen de ventas de 2.119,1 millones de cajetillas de 20 cigarrillos en 2023. Sin embargo, su venta ha venido disminuyendo progresivamente desde 2005. En las ventas de cigarrillos puros, a partir 2013, se inicia una reducción continuada de las ventas que se mantiene en la actualidad, con un descenso acumulado de -22,9% entre 2013 y 2023, año en que se vendieron 1.796,6 millones de unidades. En 2023 se vendieron 6,51 millones de kilos de picadura de liar, lo que supone un 0,2% más que el año anterior, y 1,85 millones de kilos de picadura de pipa, un 8,7% menos respecto al año anterior.

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

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

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

Heroína. Entre 1999 y 2005 las cantidades incautadas tendieron a descender, alcanzando en este último año la cifra más baja de toda la serie (174 kg); a partir de 2005, se observa una tendencia más o menos estable con picos puntuales de crecimiento. Desde el año 2018 hasta 2022 las cantidades de heroína incautadas se mantienen en torno a los 200 kg cada año.

Éxtasis (MDMA). Hasta el año 2002 es apreciable la tendencia al incremento del número de pastillas incautadas, que en 1998 fue de 194.527 pastillas y en 2002 de 1.396.140. Posteriormente se observa una tendencia descendente en el éxtasis incautado a lo largo del periodo 2002-2019, con valores mínimos (que oscilan entre 100.000 y 200.000 pastillas al año) en 2011-2013 y 2015. Finalmente se registra un aumento brusco de la cantidad incautada en 2020, alcanzando el valor máximo de la serie histórica (1.561.311 pastillas), para volver a descender de forma acusada hasta llegar a las 484.757 incautadas en 2022.

PRECIO Y PUREZA DE LAS DROGAS DECOMISADAS, 2000-2022

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

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

Respecto al precio del gramo de **heroína**, desde el año 2000 hasta el 2014 mostró una tendencia descendente, pasando de 66,38 euros en 2000 a 56,92 euros en 2014. A partir de entonces el precio se estabilizó en torno a los 57-58 euros hasta el año 2021. En 2022 ha vuelto a subir, alcanzando los 60,64 euros por gramo en el segundo semestre.

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

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

En relación a la **pureza media de las drogas decomisadas**, se dispone de datos para la heroína y la cocaína. A lo largo de todo el período 2000-2022, se puede observar que la pureza de los grandes decomisos (a nivel de kilogramo) es bastante mayor que la pureza de los decomisos del nivel de gramo o de dosis. De hecho, en 2022, la pureza de los grandes decomisos de heroína fue de un 42,0% (segundo semestre), mientras que la pureza de los decomisos del nivel de gramo fue del 31,0% (segundo semestre), y de los de nivel de dosis del 24,0% (segundo semestre). Para la cocaína, las cifras fueron, siguiendo el mismo orden, 72,0%, 47,0% y 35,0%.

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

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

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

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

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

ANÁLISIS DE AGUAS RESIDUALES CON FINES EPIDEMIOLÓGICOS, 2021-2023

Se tomaron muestras de agua residual en diferentes estaciones depuradoras de aguas residuales (EDAR) españolas durante una semana completa en la primera mitad de cada año entre 2021 y 2023 (por lo general en primavera), garantizando que cada muestra fuese representativa de un día completo (muestra compuesta de 24 horas) en un total de 27-28 EDAR en función del año. Además, en 10-11 EDARs se llevó a cabo una segunda campaña análoga durante una semana en la segunda mitad de cada año (otoño).

Cocaína. El consumo de cocaína ha sido detectado en todas las EDAR en ambas campañas. Los valores de la mediana semanal oscilan entre 0,7 y 5,7 g/(día 1000 hab.), estando la mediana global en 2,2 g/(día 1000 hab.). Estos datos confirman que la cocaína es una de las sustancias ilegales más consumidas a nivel nacional, sin excesivas diferencias en comparación con otros estimulantes.

En cuanto a su evolución temporal en los últimos 3 años, se puede concluir que no ha habido cambios significativos en la cantidad de cocaína consumida en el período de estudio, estando la mediana global siempre en el entorno de los 2 g/(día 1000 hab.).

Cannabis. El uso de cannabis, como consumo estimado de su principal constituyente psicoactivo, el THC, es alto, mediana global de THC: 13 g/(día 1000 hab.), estando presente su metabolito en todas las localidades menos una. Dichos valores deben tomarse con cautela, pudiendo ser hasta 5 veces inferiores debido a la posible conversión del metabolito hidroxil-THC en carboxi-THC en el agua residual.

En el período 2021-2023 las medianas son más variables que en el caso de la cocaína, en parte debido a su mayor incertidumbre analítica, con valores de mediana global en general estables, 13-16 g/(día 1000 hab.), aunque la última campaña apunta a una cierta reducción, mediana global 8,3 g/(día 1000 hab.), pero que debería ser confirmada en campañas posteriores.

Éxtasis (MDMA). El MDMA se ha detectado también en todas las EDAR. Sin embargo, su consumo es claramente inferior al de la cocaína y el cannabis, con un valor de mediana global de 50 mg/(día 1000 hab.), es decir unas 40-50 veces inferior al de cocaína.

Si se evalúa la evolución de su consumo en los últimos 3 años no se observa ninguna tendencia clara, con valores de mediana global que oscilan entre 48 y 76 mg/(día 1000 hab.).

Anfetamina. Existe un claro consumo diferencial en el País Vasco con respecto al resto de zonas del Estado estudiadas. La mediana semanal de consumo de anfetamina en Euskadi en primavera de 2023 osciló entre 700 y 2100 mg/(día 1000 hab.), lo cual implicaría un nivel de consumo próximo al de la cocaína.

En el resto de CCAA, el consumo estimado de anfetamina es, en general, bajo, con una mediana global de 24 mg/(día 1000 hab.).

No se ha observado una evolución significativa en el consumo de anfetamina en los tres últimos años, con medianas globales para las EDAR muestreadas en todas las campañas que oscilan entre 42 y 71 mg/(día 1000 hab.). En cuanto a las localidades vascas, el consumo fue superior en otoño de 2021 y primavera de 2022, reduciéndose de nuevo desde entonces y manteniéndose estable en el entorno de los 700-800 mg/(día 1000 hab.) aproximadamente.

Metanfetamina. La metanfetamina es otra sustancia que muestra un claro perfil geográfico. El consumo de metanfetamina es mayor en las localidades más pobladas de Cataluña y la Comunidad de Madrid, con medianas en 2023 en el rango 28-141 mg/(día 1000 hab.). Si excluimos estas CCAA, el uso de metanfetamina es, en general, marginal, con una mediana inferior a 5 mg/(día 1000 hab.). Este patrón geográfico puede estar relacionado con nichos de población específicos en las localidades más grandes (por ejemplo, personas que practican Chemsex). Tampoco se observa ningún patrón temporal en los últimos 3 años en el uso de esta sustancia.

NPS y ketamina. El análisis cualitativo de NPS y ketamina realizado sobre las muestras compuestas del fin de semana permitió, en primer lugar, confirmar la elevada presencia de la ketamina, detectada en conjunto en el 93% de las muestras (106 de 114 analizadas).

En cuanto al resto de sustancias, las más detectadas, especialmente en las últimas campañas son la dipentilona y metilona, a la que habría que sumar la metilmetcatinona (MMC). El método empleado no permitió distinguir si se trataba de 4-MMC (mefedrona) o alguno de los otros dos isómeros (3-MMC o 2-MMC). Por último, se detectó una única vez 25-C-NBOMe (2-(4-iodo-2,5-dimetoxifenil)-N-[(2 metoxifenil)metil]etanamina), una feniletilamina.

Estos resultados deben ser tomados con cautela, ya que el mercado ilícito de NPS es altamente volátil, y podría haber sustancias no detectadas, por no estar incluidas en el método analítico empleado.

Alcohol. La mediana semanal de consumo de etanol en primavera de 2023 en las diferentes localizaciones oscila entre 4,0 y 13,6 L/(día 1000 hab.). La mediana global se situó a su vez en 7,6 L/(día 1000 hab.).

Si se observa el patrón temporal en 2021-2023, hubo un cierto repunte de consumo de alcohol a finales de 2021, mediana global en dicha campaña: 13,6 L/(día 1000 hab.), posiblemente ligado a la eliminación de las restricciones relacionadas con la pandemia. Sin embargo, este repunte se ha ido corrigiendo estando los valores de consumo estimado en las tres últimas campañas en valores próximos a los de la primavera de 2021.

Nicotina. Esta es la sustancia que presenta un consumo más homogéneo de entre todas las consideradas.

La mediana global de consumo de nicotina se sitúa en 1641 mg/(día 1000 hab.), con un rango que va entre los 787 y 2892 mg/(día 1000 hab.).

Si se estudia la tendencia en las 10 EDAR analizadas en todas las campañas de 2021-2023 se puede apreciar como el consumo estimado a principios de 2021 era ligeramente más alto (mediana global 1979 mg/(día 1000 hab.)) y que posteriormente se ha estabilizado en el entorno de los 1300-1600 mg/(día 1000 hab.).

ANÁLISIS DE RESIDUOS EN JERINGAS, 2023

Aunque el uso de sustancias por vía inyectada presenta una tendencia a la disminución en Europa en los últimos años, conocer qué sustancias se inyectan en una ciudad o país es fundamental para orientar las posibles estrategias de tratamiento.

Durante el mes de junio de 2023 se recogieron 343 jeringas provenientes de dependencias de distintas entidades colaboradoras que cuentan con servicios de intercambio de jeringas y salas de consumo supervisado de Barcelona, Madrid, Santiago de Compostela, Vigo, Marín, Bilbao y Vitoria-Gasteiz. El análisis se llevó a cabo mediante cromatografía (líquida y gaseosa) acoplada a espectrometría de masas de alta resolución.

El consumo mayoritario en general se corresponde a la mezcla de heroína y cocaína, excepto en el caso de Galicia, donde el consumo de heroína de manera individual es mayor. Existe un co-consumo de heroína, cocaína y metadona de manera general, si bien es cierto que en la mayoría de las localizaciones se encontraron combinaciones específicas de consumo, destacando la aparición de anfetaminas (anfetamina y/o metanfetamina) en combinación con heroína y cocaína en Euskadi y Barcelona, benzodiazepinas y cocaína en un punto de Euskadi y catinonas con cocaína y metadona en Madrid. En cuanto a los adulterantes identificados en las jeringas, mayoritariamente se ha encontrado cafeína, fenacetina, piracetam, papaverina, codeína, paracetamol, levamisol y noscapina.

Adicionalmente, se analizaron 33 jeringas recogidas en un punto específico de usuarios relacionados con la práctica de *slamming*. En este caso, el perfil de sustancias identificadas es diferencial, ya que, aunque se ha encontrado cocaína en algunas de las jeringas combinada con otras sustancias, las que aparecen en mayor proporción pertenecen al grupo de las catinonas (principalmente 3-clorometilcatinona) y anfetaminas (metanfetamina).

Consumo,
percepciones
y opiniones
ante las drogas



1.1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2024

En 2024, siguiendo con la serie de periodicidad bienal iniciada en 1995, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, ha llevado a cabo la décimo-cuarta edición de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Esta encuesta se realiza en todo el territorio nacional, en la población general residente en hogares (15-64 años), y se realiza a domicilio.

El objetivo general de la misma es conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre la población general en todo el territorio nacional, con la finalidad de conseguir información que permita diseñar, desarrollar y evaluar estrategias y políticas dirigidas a prevenir el consumo y a abordar las consecuencias negativas del uso de drogas, del mal uso de las tecnologías y de otras conductas relacionadas.

Los objetivos concretos y comunes a toda la serie de encuestas son conocer:

- La prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas y otras conductas relacionadas.
- Las características sociodemográficas de los consumidores.
- Los patrones de consumo de sustancias psicoactivas.
- La disponibilidad de drogas percibida por la población y el riesgo percibido ante diversas conductas de consumo.
- La visibilidad de los problemas de drogas en el lugar donde viven los encuestados.
- La opinión de la población acerca de la importancia de los problemas de drogas y las medidas para reducirlos.
- La evolución temporal (desde 1995) de los aspectos antes expuestos.

Al cierre de este informe los resultados de EDADES 2024 no están disponibles, por lo que serán publicados en el próximo Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

La metodología y los resultados, hasta el año 2022, pueden consultarse en la página web del Plan Nacional sobre Drogas: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

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

Introducción

Durante 2023 se ha realizado una nueva edición de la encuesta ESTUDES, que se enmarca en la serie de encuestas que vienen realizándose en España de forma bienal desde 1994, y que tienen como objetivo conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas y otras adicciones entre los estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias.

Su financiación y promoción corresponden a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y cuenta con la colaboración de las comunidades autónomas (Planes Autonómicos sobre Drogas y Consejerías de Educación) y del Ministerio de Educación y Formación Profesional.

La metodología es similar a la utilizada en otros países de la Unión Europea y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones internacionales.

Objetivos

ESTUDES tiene por objetivo recabar información de valor para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y otras adicciones y los problemas derivados, que se orientan principalmente al medio familiar y/o escolar. Esta información complementa a la que se consigue a través de otras encuestas e indicadores epidemiológicos.

A partir de este objetivo general, se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas y de otras adicciones.
- Conocer las características sociodemográficas más importantes de los consumidores.
- Conocer algunos patrones de consumo relevantes.
- Estimar las opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas (disponibilidad percibida, riesgo percibido ante diversas conductas de consumo) y algunos factores relacionados con el consumo y otras adicciones.
- Estimar el grado de exposición y receptividad de los estudiantes a determinadas intervenciones.

* En muchos gráficos y tablas de este capítulo se recogen solamente algunos años (por lo general, a partir del año 2000); la serie completa se puede consultar en <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>

Aspectos generales

Nombre: ESTUDES. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España.

Descripción de la encuesta: Encuesta en estudiantes (14-18 años), realizada en centros educativos.

Periodicidad: ESTUDES se realiza cada dos años desde 1994.

Responsable de la encuesta: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad.

Ámbito de la encuesta

Ámbito geográfico: La encuesta se realiza en todo el ámbito nacional.

El diseño de la muestra permite una aceptable precisión en cuanto a los resultados sobre las prevalencias de consumo de drogas a nivel nacional pero no a nivel de comunidad autónoma. Así, a excepción del alcohol, el tabaco y el cannabis, las prevalencias de consumo que se obtienen en cada comunidad autónoma presentan intervalos de confianza amplios, especialmente aquellas de menor población, de manera que este tipo de resultados quedan afectados por el azar y pueden aparecer notables variaciones en cada año de medición.

Ámbito poblacional: El universo está compuesto por estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en España (3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1º y 2º de Bachillerato, Ciclos de Formación Profesional Básica y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional) en España.

Ámbito temporal: El periodo de recogida de información ha sido del 5 de febrero al 28 de mayo de 2023.

Diseño y características de la muestra. Ponderación

Marco muestral: El marco muestral utilizado para seleccionar la muestra fue la población de estudiantes matriculada en centros educativos con 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), 1º y 2º de Bachillerato, 1º y 2º de Ciclos de Formación Profesional Básica y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional. Quedan excluidos de este marco determinados colectivos como son, los alumnos de 14 años que cursan Educación Primaria, aquellos de 18 años que están matriculados en estudios universitarios, los estudiantes de 14 a 18 años que no asistieron a clase el día y hora en el que se cumplimentó la encuesta (ausentes), los estudiantes de Enseñanzas de Régimen General incluidos en Programas de Garantía Social y a distancia, y los estudiantes de Enseñanzas de Régimen Nocturno y de Enseñanzas de Régimen Especial. El sesgo derivado del absentismo y de la proporción de jóvenes de 14 a 18 años que queda fuera del marco, presumiblemente ha permanecido sin cambios relevantes a lo largo de la serie y, por tanto, cabe esperar que su repercusión en los resultados sobre consumo de drogas y otras adicciones en España tenga un carácter residual.

Procedimiento de muestreo: Se ha realizado un muestreo por conglomerados bietápico, en el que, en primera instancia, se han seleccionado aleatoriamente centros educativos (unidades de primera etapa) y en segundo lugar aulas (unidades de segunda etapa), proporcionando el cuestionario a todos los alumnos presentes en las mismas.

Para la selección de los centros educativos, se han utilizado listados del Registro de Centros Docentes del Ministerio de Educación y Formación Profesional. Se estratificó el marco muestral por las comunidades y ciudades autónomas que integran el territorio español (obteniendo un total de 19 estratos), por la titularidad jurídica de los centros (dos estratos: centros educativos públicos y privados) y el tipo de enseñanza que imparten [cuatro estratos: ESO (3º o 4º), Bachillerato, CFPB y CFGM de FP]. Todos los centros tenían la misma probabilidad de participar en la encuesta dentro de cada estrato, independientemente de su tamaño. Del mismo modo, en la selección final de las aulas de los centros escogidos, todas ellas contaban con la misma probabilidad de ser seleccionadas, eligiéndose por centro dos aulas de distinto curso del mismo estrato de enseñanza para la participación en la encuesta.

Tamaño de la muestra: Se obtienen resultados de 1.002 rutas realizadas en 888 centros educativos y en 1.992 aulas, con una muestra válida final de 42.208 alumnos.

Ampliación de la muestra: En esta edición de ESTUDES las comunidades de Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, Región de Murcia, Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla ampliaron su muestra correspondiente de centros con el objetivo de obtener información específica para su territorio con un margen de error estadístico menor.

Error muestral: El error muestral máximo para un nivel de confianza del 95,5% y $p=q=0,5$ es del $\pm 0,6\%$ para los estudiantes de 14 a 18 años.

Trabajo de campo. Recogida de la información

Método de recogida: Una vez establecido un primer contacto y concertada una cita con el centro seleccionado, el trabajador de campo acude al mismo y explica a su responsable la metodología de la encuesta y el proceso del trabajo. Una vez seleccionadas las aulas y pactada la fecha de encuestación, se presenta de nuevo en el centro y procede a aplicar el cuestionario.

Cuestionario: Se ha empleado un cuestionario estandarizado y anónimo, similar al de otras encuestas realizadas en Europa y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones.

El cuestionario es de tipo “auto-administrado” cumplimentándose por escrito (papel y lápiz) por todos los estudiantes de las aulas seleccionadas durante una clase normal (45-60 minutos).

El cuestionario está disponible tanto en castellano como en el resto de las lenguas cooficiales: catalán, vasco, gallego y valenciano; con el objetivo de atender a las peculiaridades lingüísticas de cada comunidad autónoma.

El cuestionario contempla un módulo de preguntas básico, incluido en todos los años previos, un módulo sobre “consumo problemático de cannabis”, incluido por primera vez en 2006, un módulo sobre “nuevas sustancias psicoactivas”, que se introdujo por primera vez en 2010, un módulo sobre “uso de internet y otras conductas relacionadas” introducido por primera vez en 2014, un módulo sobre “juego con dinero” (desde 2014) y un módulo sobre “sustancias estimulantes que mejoran el rendimiento en el estudio” introducido por primera vez en 2016, un módulo sobre “videojuegos” introducido por primera vez en 2019 y, finalmente, en 2023 por primera vez se ha introducido un módulo sobre “pornografía”.

Tasa de respuesta: La tasa de respuesta de los centros fue de 86,7% (en la anterior edición fue de 88,7%); es decir, un 86,7% de los centros seleccionados inicialmente participaron en la encuesta, además sólo el 0,8% de los centros seleccionados fueron sustituidos principalmente por una presencia elevada de alumnos mayores de 18 años. La tasa de respuesta de ESTUDES 2023 entre los alumnos de 14 a 18 años fue del 99,7% siendo superior al de la edición anterior (97,6%).

No se han registrado incidencias relevantes en cuanto a la colaboración por parte de directores, jefes de estudio, docentes o alumnos.

Otros aspectos metodológicos

La ponderación para el análisis de resultados se ha realizado en función de la comunidad autónoma (19 estratos), titularidad del centro (público, privado) y tipo de estudios (ESO, Bachillerato, Formación Profesional Básica, Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional), para ajustar la proporcionalidad de la muestra con respecto al universo.

La información sobre la distribución del universo según las tres variables de ponderación se obtuvo del Ministerio de Educación y Formación Profesional en base a los datos de alumnos de 14 a 18 años disponibles en el momento de la elaboración del análisis (curso 2020-2021). Esta información sobre el universo se utilizó igualmente para crear el factor de expansión de la muestra, que permite obtener los resultados a nivel de unidades poblacionales (miles de personas). De esta manera se establece la equivalencia de cada caso muestral con la población a la que representa.

Los cálculos se realizan excluyendo del numerador y del denominador los sujetos con valores desconocidos.

En la tabla 1.2.1 se muestra la distribución de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias en España, según comunidad autónoma de residencia, titularidad jurídica del centro educativo y tipo de estudios (2000-2023).

Tabla 1.2.1.

Distribución de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias, según comunidad/ciudad autónoma de residencia, según titularidad jurídica del centro educativo y según tipo de estudios (números absolutos). España, 2000-2023.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
COMUNIDADES AUTÓNOMAS												
Andalucía	402.840	361.512	363.862	326.571	304.858	350.592	345.073	296.955	307.453	321.268	333.606	354.250
Aragón	49.597	45.599	44.849	40.860	38.581	44.414	45.224	39.471	40.463	43.406	44.782	48.444
Asturias	48.271	42.232	39.752	33.888	28.534	32.598	32.381	26.746	27.234	28.070	28.288	30.844
Baleares	34.923	34.408	34.804	31.333	30.164	33.985	35.788	31.203	32.753	36.250	37.995	41.852
Canarias	96.577	87.248	85.592	74.244	68.929	78.902	81.402	67.994	73.074	78.018	79.980	82.585
Cantabria	26.253	23.666	22.473	19.609	17.583	20.366	19.980	16.536	17.541	18.764	18.566	21.516
Castilla y León	117.058	105.092	102.177	89.776	78.471	88.990	87.789	73.070	74.887	76.182	76.041	78.810
C.-La Mancha	79.729	77.727	78.397	73.297	69.538	79.848	81.315	69.444	71.507	73.671	74.138	79.078
Cataluña	262.519	248.490	248.973	236.139	234.395	264.590	275.946	250.522	249.005	271.365	290.928	319.302
C. Valenciana	190.873	178.801	177.602	160.648	154.174	176.955	180.461	153.623	161.202	173.196	181.853	189.772
Extremadura	54.160	51.426	50.791	46.757	41.203	45.254	44.111	38.292	38.332	39.436	39.061	41.368
Galicia	134.929	113.916	112.125	94.564	82.464	95.485	87.948	73.481	75.578	79.623	80.808	90.621
Madrid	251.754	229.324	231.045	207.926	191.834	224.210	227.068	199.999	211.462	230.278	246.595	262.151
Murcia	60.005	55.246	56.305	51.755	49.721	57.769	59.440	51.322	54.473	58.481	59.696	63.046
Navarra	22.174	21.103	20.626	19.640	19.061	22.096	22.524	21.251	21.858	23.789	23.764	27.158
País Vasco	90.058	82.048	78.790	67.592	63.000	72.145	72.410	64.174	68.202	75.229	78.859	83.497
La Rioja	11.940	10.928	10.723	9.755	9.080	10.567	10.976	9.628	10.262	11.006	10.778	12.320
Ceuta	3.611	3.303	3.433	2.797	2.680	3.224	3.209	2.715	3.230	3.616	3.321	4.127
Melilla	3.197	3.244	2.970	2.791	2.890	6.099	3.776	3.105	3.421	3.778	3.407	3.510
TITULARIDAD DEL CENTRO EDUCATIVO												
Pública	1.362.588	1.225.988	1.241.521	1.093.906	1.004.590	1.154.668	1.189.700	1.014.070	1.056.289	1.123.968	1.169.785	1.255.359
Privada	577.880	549.325	5.237.68	496.036	482.570	553.421	527.121	475.461	485.648	521.458	542.681	578.892
TIPO DE ESTUDIOS												
ESO	953.021	935.678	937.280	891.860	845.306	828.331	826.153	826.260	850.831	867.852	921.993	965.717
Bachillerato	724.972	614.796	600.389	576.960	520.541	608.428	594.090	550.619	560.404	582.505	583.240	624.193
FP	262.475	224.839	227.620	121.122	121.313	271.330	296.578	112.652	130.702	195.069	207.233	244.341
TOTAL	1.940.468	1.775.313	1.765.289	1.589.942	1.487.160	1.708.089	1.716.821	1.489.531	1.541.937	1.645.426	1.712.466	1.834.251

FUENTES: Ministerio de Educación y Formación Profesional y OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.2.

Distribución de los estudiantes de 14 a 18 años incluidos en la muestra de ESTUDES, según comunidad/ciudad autónoma de residencia, según titularidad jurídica del centro educativo y según tipo de estudios (números absolutos). España, 2000-2023.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
COMUNIDAD AUTÓNOMA												
Andalucía	2.372	2.552	2.464	2.750	6.143	3724	2.378	4.636	2.970	2.884	2.659	4.021
Aragón	671	2.185	1.757	1.764	785	1377	2.464	2.710	2.781	2.590	952	2.251
Asturias	661	744	584	1.737	627	1155	2.024	1.890	1.898	2.039	789	2.015
Baleares	602	1.762	1.795	622	599	1203	806	859	913	840	864	2.207
Canarias	739	960	835	2.079	1.398	1815	1.155	3.592	3.214	1.328	1.150	2.488
Cantabria	1.244	1.169	1.478	1.376	352	906	1.923	1.885	1.859	1.960	609	1.865
Castilla y León	919	1.140	983	1.107	1.697	1865	1.151	2.284	1.220	2.538	1.156	2.574
C.-La Mancha	1.749	2.501	860	984	1.359	1818	1.721	1.941	2.133	2.036	1.195	2.110
Cataluña	1.552	1.885	2.831	2.177	4.628	3415	2.353	2.510	2.617	2.640	2.493	2.675
C. Valenciana	2.287	1.685	1.362	1.657	3.119	2.727	1.696	3.260	3.502	3.628	1.891	3.636
Extremadura	443	796	1.693	777	807	1.370	860	905	817	907	848	847
Galicia	1.170	2.108	1.245	2.244	1.799	1.945	2.022	2.102	2.089	2.026	1.244	2.185
Madrid	2.929	3.308	3.033	3.055	3.904	3.056	3.250	4.404	4.321	4.172	2.343	3.901
Murcia	727	1.394	1.468	1.601	998	1.551	1.054	1.085	1.259	2.240	1.131	2.100
Navarra	627	530	600	570	361	960	605	662	773	2.353	824	2.151
País Vasco	852	806	990	884	1.316	1.726	1.096	1.164	1.286	1.314	1.226	1.184
La Rioja	462	457	975	525	190	647	477	507	1.076	1.033	451	1.586
Ceuta	323	130	140	289	46	325	232	224	319	668	251	682
Melilla	121	464	428	256	57	382	236	866	322	814	245	1.730
TITULARIDAD DEL CENTRO EDUCATIVO												
Pública	10.421	14.445	14.889	13.050	20.720	22.081	18.848	25.976	24.383	25.402	14.824	28.748
Privada	10.029	12.131	10.632	13.404	9.463	9.886	8.655	11.510	10.986	12.608	7.497	13.460
TIPO DE ESTUDIOS												
ESO	13.664	14.400	14.415	15.983	15.671	17.816	14.953	21.278	20.219	21.224	12.636	23.157
Bachillerato	5.869	10.733	9.468	8.468	10.348	11.683	10.384	14.624	13.496	13.858	7.994	15.123
FP	917	1.443	1.638	2.003	4.164	2.468	2.166	1.584	1.654	2.928	1.691	3.928
TOTAL	20.450	26.576	25.521	26.454	30.183	31.967	27.503	37.486	35.369	38.010	22.321	42.208

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.3.

Distribución de las aulas y centros educativos incluidos en la muestra ESTUDES, según comunidad/ciudad autónoma de residencia (números absolutos). España, 2000-2023.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
CENTROS												
Andalucía	54	60	64	70	77	62	63	110	68	68	61	90
Aragón	17	35	32	33	49	63	68	69	69	66	22	54
Asturias	17	18	16	29	48	63	59	55	53	51	18	46
Baleares	15	32	32	15	41	77	22	20	23	21	21	48
Canarias	21	23	22	33	57	30	32	92	80	33	30	56
Cantabria	28	29	28	28	39	58	58	50	49	51	15	42
Castilla y León	25	30	27	32	35	29	33	61	32	65	29	57
C.-La Mancha	44	58	22	25	31	29	43	52	53	51	30	49
Cataluña	37	43	70	53	56	53	55	58	59	59	55	57
C. Valenciana	56	37	35	40	46	66	48	78	86	89	45	76
Extremadura	10	19	31	19	25	22	27	27	23	22	19	20
Galicia	25	36	30	39	62	65	60	57	53	52	30	48
Madrid	66	75	71	71	85	81	81	98	96	95	52	79
Murcia	17	38	25	25	48	25	27	25	29	52	26	49
Navarra	15	14	14	13	16	15	17	17	18	52	17	43
País Vasco	21	22	26	28	30	28	30	32	33	32	29	28
La Rioja	12	12	17	12	25	37	12	11	25	23	11	28
Ceuta	5	3	5	7	7	6	6	6	7	17	6	8
Melilla	3	7	6	5	7	48	6	23	7	18	7	10
Total	488	591	573	577	784	857	747	941	863	917	523	888
AULAS												
Andalucía	108	119	128	139	154	125	126	218	136	127	160	182
Aragón	31	101	95	92	98	128	136	138	137	127	52	112
Asturias	30	35	32	84	96	125	125	106	106	99	52	101
Baleares	24	84	93	30	82	153	43	40	46	40	52	105
Canarias	41	46	44	98	114	60	66	182	160	59	74	126
Cantabria	48	58	84	81	78	116	117	98	98	98	30	96
Castilla y León	47	58	54	64	70	60	71	121	64	126	68	126
C.-La Mancha	69	116	44	50	62	63	96	104	106	100	63	100
Cataluña	74	87	140	103	112	111	115	116	118	117	113	117
C. Valenciana	90	72	70	80	92	136	92	154	172	169	118	162
Extremadura	19	37	92	38	50	45	57	50	46	44	47	42
Galicia	43	102	60	116	124	129	120	114	104	101	66	104
Madrid	119	144	142	142	170	160	166	196	190	185	168	168
Murcia	29	72	74	75	96	51	55	50	58	104	85	104
Navarra	22	26	28	26	32	32	30	32	36	102	35	100
País Vasco	40	44	51	56	60	56	60	60	66	61	58	60
La Rioja	20	22	50	24	50	74	24	22	50	44	26	74
Ceuta	15	6	10	14	14	12	12	12	19	32	23	35
Melilla	6	22	24	10	14	94	12	45	14	34	21	78
Total	875	1.251	1.315	1.322	1.568	1.730	1.523	1.858	1.726	1.769	1.311	1.992

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

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.4.

Error muestral de la muestra de ESTUDES, según comunidad/ciudad autónoma (para un nivel de confianza del 95,5% y una distribución poblacional de $p=q=0,5$) España, 2023.

	Número de puntos muestrales*			Número de alumnos			Error muestral****
	DGPNSD**	Ampliación***	Tamaño final	DGPNSD**	Ampliación***	Tamaño final	(±)
Andalucía	62	30	92	2.658	1.363	4.021	1,6%
Aragón	23	33	56	974	1.277	2.251	2,1%
Asturias	18	33	51	724	1.291	2.015	2,2%
Baleares	21	32	53	886	1.321	2.207	2,1%
Canarias	30	33	63	1.160	1.328	2.488	2,0%
Cantabria	15	33	48	568	1.297	1.865	2,2%
Castilla y León	29	35	64	1.209	1.365	2.574	1,9%
Castilla-La Mancha	30	21	51	1.209	901	2.110	2,1%
Cataluña	59		59	2.675	0	2.675	1,9%
C. Valenciana	46	35	81	2.146	1.490	3.636	1,6%
Extremadura	21		21	847	0	847	3,4%
Galicia	32	20	52	1.325	860	2.185	2,1%
Madrid	53	32	85	2.380	1.521	3.901	1,6%
Murcia	26	26	52	1.096	1.004	2.100	2,1%
Navarra	17	33	50	724	1.427	2.151	2,1%
País Vasco	30		30	1.184	0	1.184	2,9%
La Rioja	12	25	37	554	1.032	1.586	2,3%
Ceuta	7	11	18	280	402	682	3,5%
Melilla	7	32	39	286	1.444	1.730	1,7%
Total España	538	464	1.002	22.885	19.323	42.208	0,6%

* El punto muestral es el centro educativo para la enseñanza para la que ha sido seleccionada. De esta manera, es posible que un mismo centro educativo haya podido ser seleccionado para dos enseñanzas diferentes y por ello tenga asignado 2 o más puntos muestrales.

** Muestra financiada por la DGPNSD.

*** Muestra financiada por las CCAA (colegios ampliados en la muestra).

**** Error muestral máximo para un nivel de confianza del 95,5% y $p=q=0,5$.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Resultados

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas

Evolución temporal

El **alcohol** se sitúa como la sustancia psicoactiva más consumida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, ya que 3 de cada 4 reconoce su consumo alguna vez en su vida, lo que supone 2 puntos porcentuales más respecto al dato de 2021. Este incremento también se amplía tanto entre los alumnos que reconocen haberlo consumido en los últimos 12 meses, cuyo dato se incrementa en 3,1 puntos porcentuales llegando a un 73,6%, como entre los alumnos que reconocen la prevalencia de consumo en los últimos 30 días, cuyo dato se incrementa también 3 puntos porcentuales llegando a un 56,6%.

El **tabaco** se mantiene como la segunda sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo entre los estudiantes. Sin embargo, cabe destacar que se trata del dato más bajo dentro de la serie histórica, siendo 4,8 puntos porcentuales menos que en 2021 y menos de la mitad que hace 25 años. Esta tendencia decreciente se observa también en los datos recogidos respecto al consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días.

En tercera posición nos encontramos el consumo de **cannabis**. El 26,9% de los jóvenes admiten haber consumido cannabis en alguna ocasión, mientras que aquellos que consumieron en el último año suponen el 21,8% y en los últimos 30 días, el 15,6% de los alumnos. Lo que significa el no retorno a los valores obtenidos en prepandemia y una continuación de la tendencia negativa iniciada en la medición del 2021.

Los **hipnosedantes** (tranquilizantes/somníferos) con o sin receta consolidan su tendencia y se mantienen como la cuarta droga de mayor prevalencia, observándose que el 19,6% de los estudiantes las han tomado alguna vez en la vida. Si bien en ámbitos de tiempo más cercanos (últimos 12 meses y últimos 30 días) se puede observar un aumento en su consumo.

Al igual que en el caso de los hipnosedantes, el consumo de **éxtasis** se estanca y se mantiene en 3,1%, aunque sí se observa un incremento dentro de los consumidores más habituales. Así, el 2,2% admite haberlo consumido en el último año y el 0,9% en el último mes.

Por su parte, el consumo de **cocaína** (polvo y/o base) vuelve a los valores de 2019. Y en el caso del consumo reciente (últimos 30 días), el dato vuelve a 2016 con un total de 1% de consumo.

Tabla 1.2.5.

Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2000-2023.

	Prevalencia de consumo alguna vez en la vida											
	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Alcohol	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1	83,9	78,9	76,9	77,9	73,9	75,9
Tabaco	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6	39,8	43,8	38,4	38,5	41,3	38,2	33,4
Cannabis	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33,0	33,6	29,1	31,1	33,0	28,6	26,9
Hipnosedantes*	8,8	8,5	10,0	12,1	17,3	18,0	18,5	16,1	17,9	18,4	19,6	19,6
Hipnosedantes**	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4	10,4	8,9	7,8	8,0	8,6	10,3	9,7
Cocaína polvo y/o base	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1	3,9	3,6	3,5	3,2	2,9	2,7	2,9
Éxtasis	6,2	6,4	5,0	3,3	2,7	2,5	3,0	1,2	2,3	2,6	3,1	3,1
Alucinógenos	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1	3,5	3,1	1,8	1,6	1,9	1,7	1,9
Inhalables volátiles	4,3	3,7	4,1	3,0	2,7	2,3	1,9	0,9	1,0	1,7	1,8	2,8
Setas mágicas	-	-	-	-	-	2,1	2,2	1,3	1,4	1,7	1,3	1,5
Metanfetamina	-	-	-	-	-	0,8	0,9	0,8	1,4	1,6	1,5	1,5
Anfetaminas	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6	2,6	2,4	1,4	1,7	1,5	1,5	1,7
Heroína	0,6	0,5	0,7	1,0	0,9	1,0	1,0	0,6	0,8	0,7	0,5	0,7
GHB	-	-	-	1,2	1,1	1,2	1,3	1,0	0,6	0,6	0,4	0,7
Est. anabolizantes	-	-	-	-	-	-	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4	0,6

Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses												
	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Alcohol	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6	81,9	76,8	75,6	75,9	70,5	73,6
Tabaco	–	–	–	34,0	38,1	32,4	35,3	31,4	34,7	35,0	30,7	27,7
Cannabis	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4	26,6	25,4	26,3	27,5	22,2	21,8
Hipnosedantes*	–	–	–	7,4	10,1	9,8	11,6	10,8	11,6	12,5	13,6	14,8
Hipnosedantes**	5,0	4,5	4,7	4,8	5,7	5,6	5,8	5,3	5,4	6,1	7,2	7,4
Cocaína polvo y/o base	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6	2,6	2,5	2,8	2,5	2,4	2,1	2,3
Éxtasis	5,2	4,3	2,6	2,4	1,9	1,7	2,2	0,9	1,6	1,9	1,8	2,2
Alucinógenos	4,2	3,2	3,1	2,8	2,7	2,1	2,0	1,2	1,0	1,4	1,0	1,3
Inhalables volátiles	2,5	2,2	2,2	1,8	1,6	1,2	1,2	0,7	0,6	1,0	0,9	2,1
Setas mágicas	–	–	–	–	–	1,6	1,4	0,8	0,9	1,1	0,9	1,1
Metanfetamina	–	–	–	–	–	0,6	0,7	0,5	1,0	1,2	1,1	1,1
Anfetaminas	3,5	4,1	3,3	2,6	2,5	1,6	1,7	0,9	1,2	1,1	0,8	1,3
Heroína	0,4	0,3	0,4	0,8	0,7	0,6	0,7	0,5	0,6	0,5	0,4	0,5
GHB	–	–	–	0,8	0,8	0,7	1,0	0,7	0,4	0,4	0,3	0,5
Est. anabolizantes	–	–	–	–	–	–	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días												
	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Alcohol	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5	63,0	74,0	68,2	67,0	58,5	53,6	56,6
Tabaco	32,1	29,4	28,7	27,8	32,4	26,2	29,7	25,9	27,3	26,7	23,9	21,0
Cannabis	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2	16,1	18,6	18,3	19,3	14,9	15,6
Hipnosedantes*	–	–	–	3,6	5,1	5,2	6,6	6,2	5,9	6,4	7,5	8,2
Hipnosedantes**	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9	3,0	3,4	3,0	2,6	2,9	3,6	3,8
Cocaína polvo y/o base	2,5	3,2	3,8	2,3	2,0	1,5	1,5	1,8	1,0	0,9	0,6	1,0
Éxtasis	2,8	1,9	1,5	1,4	1,2	1,0	1,2	0,4	0,6	0,7	0,6	0,9
Alucinógenos	2,0	1,2	1,5	1,3	1,2	1,0	1,0	0,6	0,4	0,5	0,3	0,5
Inhalables volátiles	1,5	1,1	1,1	1,1	0,9	0,8	0,8	0,4	0,3	0,5	0,4	1,0
Setas mágicas	–	–	–	–	–	0,7	0,6	0,4	0,3	0,4	0,3	0,5
Metanfetamina	–	–	–	–	–	0,4	0,4	0,3	0,4	0,5	0,3	0,6
Anfetaminas	2,0	2,0	1,8	1,4	1,1	0,9	1,0	0,5	0,5	0,5	0,2	0,7
Heroína	0,3	0,2	0,4	0,5	0,6	0,5	0,6	0,3	0,3	0,3	0,2	0,4
GHB	–	–	–	0,5	0,5	0,5	0,7	0,4	0,2	0,2	0,2	0,3
Est. anabolizantes	–	–	–	–	–	–	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,4
Prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días												
	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Alcohol	–	–	–	1,9	2,9	6,0	2,7	1,7	1,6	1,0	1,1	1,5
Tabaco	23,0	21,0	21,5	14,8	14,8	12,3	12,5	8,9	8,8	9,8	9,0	7,5
Cannabis	3,7	3,8	5,0	3,1	3,1	3,0	2,7	1,8	2,0	2,3	1,6	1,3
Hipnosedantes*	–	–	–	0,4	0,6	0,7	0,9	0,8	2,7	3,0	3,7	4,9
Hipnosedantes**	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,3	0,2	1,1	1,2	1,4	2,1

* Incluye tranquilizantes/sedantes y/o somníferos con o sin receta

** Incluye tranquilizantes/sedantes y/o somníferos sin receta

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Edad media de inicio en el consumo

Con respecto a las sustancias psicoactivas más consumidas (alcohol y tabaco), las edades medias de inicio en su consumo son 13,9 y 14,1 años respectivamente.

El primer consumo de **alcohol** entre los estudiantes baja una décima a los 13,9 años. Por su parte, el consumo semanal de alcohol comienza de media a los 15 años, observándose un descenso con respecto a 2021. Centrando el análisis en el **tabaco**, a pesar de que la edad media de inicio del consumo se mantiene en 14,1 años, la edad de inicio entre aquellos que consumen a diario tabaco baja una décima de 14,7 años en 2021 a 14,6 años en 2023.

En cuanto a los **hipnosedantes** (ya sean con o sin receta), la edad media de inicio en el consumo mantiene una gran estabilidad, ya que se mantiene en los 14,1 años. El inicio en el consumo de **cannabis** comienza a los 14,9 años, consolidando la tendencia registrada desde el 2019.

Tabla 1.2.6.

Edad media (años) de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 2000-2023.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Alcohol	13,6	13,6	13,7	13,8	13,7	13,7	13,9	13,8	14,0	14,0	14,0	13,9
Inhalables volátiles	13,9	14,3	14,0	13,6	13,8	13,2	13,4	13,9	13,8	14,0	14,9	15,3
Tabaco	13,1	13,1	13,2	13,1	13,3	13,5	13,6	13,9	14,1	14,1	14,1	14,1
GHB	–	–	–	15,0	15,0	14,6	15,1	14,8	14,2	14,4	15,0	14,7
Est. anabolizantes	–	–	–	–	–	–	–	–	14,3	14,5	14,4	14,1
Heroína	15,4	14,9	14,4	14,7	14,3	14,4	14,4	14,0	14,0	14,5	14,7	14,1
Tabaco (consumo diario)	14,4	14,4	14,5	14,2	15,1	14,3	14,5	14,6	14,6	14,7	14,7	14,6
Cannabis	14,9	14,7	14,7	14,6	14,6	14,7	14,9	14,8	14,8	14,9	14,9	14,9
Cocaína base	–	–	–	15,0	15,0	14,6	15,2	14,8	14,6	15,1	14,9	14,7
Alucinógenos	15,5	15,5	15,8	15,5	15,4	15,4	15,4	14,0	15,2	15,2	15,6	15,1
Alcohol (consumo semanal)	14,9	15,0	15,1	15,0	15,6	14,8	15,1	15,0	15,1	15,2	15,2	15,0
Cocaína polvo y/o base	15,8	15,7	15,8	15,3	15,3	14,9	15,5	15,0	15,1	15,2	15,3	15,0
Metanfetamina	–	–	–	–	–	–	–	–	15,1	15,2	15,4	15,0
Setas mágicas	–	–	–	–	–	–	–	–	15,0	15,2	15,5	15,0
Cocaína polvo	–	–	–	15,4	15,4	15,4	15,6	15,1	15,2	15,3	15,4	15,1
Éxtasis	15,7	15,4	15,6	15,5	15,2	15,3	15,8	15,2	15,2	15,4	15,4	15,4
Anfetaminas	15,6	15,6	15,7	15,6	15,4	15,5	15,5	15,2	15,1	15,4	15,3	15,1
Hipnosedantes*	–	–	–	13,8	14,0	13,9	14,3	13,9	13,7	14,0	14,1	14,1
Hipnosedantes**	14,5	14,6	14,8	14,2	14,3	14,2	14,6	14,2	14,0	14,3	14,4	14,4

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos con o sin receta.

** Incluye tranquilizantes y/o somníferos sin receta.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Al igual que en otras mediciones, si analizamos las edades medias de inicio en el consumo según el sexo podemos observar que no existen grandes diferencias en el consumo de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias en base a dicho criterio. Llegando a coincidir en la edad en que se realiza el primer consumo de algunas sustancias, como son el tabaco y el alcohol.

Tabla 1.2.7.

Edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (años). España, 2023.

	Total	Hombre	Mujer
Hipnosedantes*	14,1	13,8	14,2
Alcohol	13,9	13,9	13,9
Tabaco	14,1	14,1	14,1
Hipnosedantes**	14,4	14,2	14,5
GHB	14,7	14,5	15,0
Heroína	14,1	14,1	14,3
Inhalables volátiles	15,3	15,4	15,1
Esteroides anabolizantes	14,1	14,1	14,4
Tabaco (consumo diario)	14,6	14,7	14,6
Cannabis	14,9	14,9	14,9
Cocaína base	14,7	14,7	14,8
Alcohol (consumo semanal)	15,0	15,1	15,0
Alucinógenos	15,1	15,1	15,2
Setas mágicas	15,0	15,0	15,0
Cocaína polvo y/o base	15,0	15,0	15,0
Analgésicos opioides***	14,8	14,9	14,7
Metanfetamina	15,0	15,1	14,8
Cocaína en polvo	15,1	15,1	15,0
Anfetaminas	15,1	15,3	14,8
Éxtasis	15,4	15,5	15,3

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos con o sin receta. ** Incluye tranquilizantes y/o somníferos sin receta. ***Para colocarte

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Edad y sexo

La siguiente tabla presenta datos sobre la prevalencia de consumo de diversas drogas entre estudiantes de edades comprendidas entre 14 y 18 años en España durante el último año.

Respecto al **alcohol**, cabe destacar en la prevalencia de su consumo que, mientras que un 55% de los estudiantes de 14 años informa haber consumido alcohol en los últimos 12 meses, este porcentaje se eleva al 84,7% a los 17 años y al 86,5% en los estudiantes de 18 años.

La prevalencia de consumo de **tabaco** también aumenta con la edad. Se observa un aumento desde el 13,8% de los estudiantes de 14 años que reconocen haber fumado durante este periodo, hasta el 36,2% a los 17 años y en los estudiantes de 18 años, se llega a un valor del 40,8% de prevalencia para el consumo en el último año.

La prevalencia de consumo de **cannabis** empieza en un 9,8% a los 14 años y aumenta hasta un 30,3% a los 17 años. En el grupo de edad total entre 14 y 17 años, la prevalencia es del 20,7%, y para los estudiantes de 18 años, llega al 35,6%.

Las drogas estimulantes como la cocaína y el éxtasis tienen una prevalencia menor en comparación con el alcohol, el tabaco y el cannabis. En cuanto a la **cocaína**, un 1,5% de los estudiantes de 14 años refiere haberla consumido en los últimos 12 meses, esta cifra aumenta discretamente hasta llegar a los estudiantes de 17 años que mantienen una prevalencia 2,8%. A los 18 años, el consumo en los últimos 12 meses de la cocaína aumenta hasta el 4,5%.

En esta misma línea, el **éxtasis** mantiene bajos datos que pasan de un 1,0% con 14 años a un 3,0% con 17 años; tras la mayoría de edad se encuentra el pico máximo, con un 5,4% entre los estudiantes de 18 años, que junto con los inhalables volátiles (4,9%) han experimentado un crecimiento para este tramo de edad (2,8% y 1,5% en 2021 respectivamente).

Con relación a los **hipnosedantes** (con o sin receta), se aprecia que la prevalencia de consumo por edad oscila entre el 11,9%, registrado en los estudiantes de 14 años, y el 20,7%, que podemos observar en los alumnos de 18 años.

Tabla 1.2.8.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según la edad (%). España, 2023.

	14 años	15 años	16 años	17 años	14-17 años	18 años
Alcohol	55,0	67,7	79,3	84,7	72,7	86,5
Tabaco	13,8	23,3	30,8	36,2	26,7	40,8
Cannabis	9,8	16,6	23,9	30,3	20,7	35,6
Hipnosedantes*	11,9	13,5	14,9	16,6	14,3	20,7
Hipnosedantes**	5,6	6,4	8,0	8,4	7,2	10,3
Cocaína polvo y/o base	1,5	1,9	2,4	2,8	2,2	4,5
Cocaína polvo	1,3	1,6	2,1	2,5	1,9	4,1
Cocaína base	0,9	1,1	1,2	1,4	1,1	1,7
Éxtasis	1,0	1,3	2,4	3,0	2,0	5,4
Alucinógenos	0,8	1,1	1,4	1,6	1,3	2,7
Inhalables volátiles	0,8	1,3	2,3	3,0	1,9	4,9
Setas mágicas	0,5	1,0	1,2	1,1	1,0	1,8
Metanfetamina	0,6	0,8	1,1	1,5	1,0	2,6
Anfetaminas/speed	0,9	0,8	1,3	1,6	1,2	2,7
Heroína	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,6
GHB	0,4	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5
Esteroides anabolizantes	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,7
Analgésicos opioides***	0,9	1,1	1,4	1,5	1,3	2,3

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos con o sin receta.

** Incluye tranquilizantes y/o somníferos sin receta.

***Para colocarte.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Respecto a la evolución de la prevalencia de consumo de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo cabe destacar lo siguiente. En primer lugar, la tendencia general del estudio es una progresiva

bajada desde 1996, pero sí que existe un repunte de algunas drogas como el alcohol desde la última medición de 2021. Si bien en el consumo de **alcohol** se trata de un incremento generalizado tanto en hombres como en mujeres (pasa de un 71,6% en los hombres en 2021 a un 73,7% en 2023 y de un 76,3% en las mujeres de 2021 a un 78,1% en 2023).

Los **hipnosedantes** presentan la singularidad de mantener estable la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, mientras que diferenciando por sexo se observan dos tendencias contrarias. Los hombres disminuyen el consumo de esta droga en ese periodo de tiempo (pasando de un 15,3% en 2021 a un 13,3% en 2023) y las mujeres aumentan el consumo de los hipnosedantes alguna vez en la vida (de un 24,1% en 2021 a un 26,1% en 2023).

El **tabaco** es otra de las drogas donde existe un mayor consumo por parte de las mujeres, ya que mientras ellas admiten consumirlo en un 36,8%, entre ellos el consumo desciende a un 30,0%. Esta tendencia se ve afianzada si se analizan los consumidores en los últimos 12 meses, ya que mientras que 1 de cada 3 estudiantes mujeres fuman algo menos (30,8%), tan sólo 1 de cada 4 estudiantes hombres consideran que fumaron en ese periodo de tiempo (24,7%).

Por otro lado, el **cannabis** y la **cocaína** serían las drogas con un mayor consumo entre hombres que entre mujeres. Esto es especialmente reseñable en la cocaína donde hay el doble de hombres (3,8%) que de mujeres (1,9%) que admiten haberla probado. Este dato aumenta proporcionalmente en el caso de consumidores de los últimos 30 días, ya que llega a ser el triple: mientras que hay un 1,5% de hombres, en mujeres tan sólo es un 0,5%.

Tabla 1.2.9.

Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y a diario en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2000-2023.

	Prevalencia de consumo alguna vez en la vida																							
	2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2019		2021		2023	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Alcohol	78,2	77,9	75,9	77,2	81,5	82,5	78,4	80,7	80,8	81,7	74,9	75,2	82,9	84,9	77,8	80,1	75,7	78,2	76,3	79,4	71,6	76,3	73,7	78,1
Tabaco	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	64,1	42,0	49,8	42,2	47,0	35,6	43,8	41,6	46,1	36,5	40,3	36,3	40,7	38,2	44,3	35,1	41,5	30,0	36,8
Cannabis	36,2	30,1	40,6	34,6	45,3	40,2	38,0	34,6	37,8	32,8	34,9	31,1	36,3	30,7	31,5	26,8	33,2	28,9	34,5	31,5	29,3	28	27,6	26,2
Hipnosedantes*	7,3	10,2	6,8	9,9	8,1	12,3	12,0	18,8	14,2	20,4	14,9	21,5	14,1	23,0	11,9	20,1	14,4	21,5	15,1	21,5	15,3	24,1	13,3	26,1
Hipnosedantes**	5,2	8,6	5,0	7,9	5,8	8,1	5,8	9,2	7,7	11,0	8,4	12,3	6,9	11,0	5,8	9,6	6,3	9,8	6,7	10,3	7,8	12,9	6,9	12,7
Cocaína																								
polvo y/o base	8,4	4,5	9,0	6,4	11,3	6,8	6,8	4,7	6,3	3,8	4,8	3,0	4,8	2,5	4,2	2,9	4,1	2,2	3,9	1,9	3,4	1,9	3,8	1,9
Éxtasis	7,6	4,8	7,0	5,8	6,0	3,9	4,2	2,5	3,5	2,0	3,2	1,9	3,9	2,0	1,6	0,8	2,7	1,9	3,1	2,1	3,4	2,8	3,6	2,5
Alucinógenos	7,2	4,4	5,6	3,4	6,2	3,3	5,7	2,7	5,6	2,6	4,6	2,4	4,1	2,1	2,3	1,2	2,1	1,1	2,7	1,2	2,3	1,1	2,4	1,4
Inhalables volátiles	5,7	3,0	4,8	2,7	5,2	2,9	4,1	2,0	3,6	1,8	3,0	1,7	2,4	1,3	1,3	0,6	1,2	0,9	1,9	1,5	1,9	1,7	3,1	2,5
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,0	1,4	1,8	0,8	2,0	0,8	2,4	1,0	1,8	0,8	2,0	1,0
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3	0,6	1,1	0,4	1,7	1,0	1,9	1,3	1,8	1,2	1,9	1,1
Anfetaminas	5,7	3,3	6,2	4,9	6,0	3,6	4,2	2,7	4,5	2,7	3,4	1,8	3,2	1,5	1,8	0,9	2,2	1,2	2,0	1,1	1,9	1,0	2,3	1,2
Heroína	0,8	0,3	0,6	0,5	1,1	0,3	1,5	0,5	1,4	0,4	1,5	0,6	1,4	0,5	0,9	0,4	1,0	0,5	1,0	0,4	0,8	0,2	1,0	0,4
GHB	-	-	-	-	-	-	1,8	0,6	1,6	0,7	1,5	0,8	1,9	0,8	1,3	0,8	0,8	0,4	0,7	0,4	0,6	0,2	1,0	0,4
Est. anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	0,3	1,0	0,3	0,8	0,2	0,6	0,2	0,7	0,2	1,0	0,2

	2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2019		2021		2023	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses																								
Alcohol	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5	73,4	76,3	71,5	74,2	73,3	73,8	80,9	82,9	75,3	78,2	74,3	76,9	74,1	77,5	67,8	73,3	71,2	76,1
Tabaco	-	-	-	-	-	-	30,2	37,5	36,0	40,1	28,1	36,4	33,1	37,5	29,6	33,2	32,6	36,9	31,4	38,5	27,3	34,2	24,7	30,8
Cannabis	32,2	25,2	36,2	29,8	39,4	33,7	31,6	28,2	33,5	27,5	28,2	24,7	29,7	23,3	28,0	23,0	28,1	24,4	29,2	25,9	22,6	21,8	22,5	21
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	7,3	11,1	8,1	12,1	7,7	12,5	8,4	14,9	7,7	13,8	8,8	14,4	9,8	15,1	9,7	17,6	9,7	20
Hipnosedantes**	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5	3,7	5,8	4,6	6,8	4,4	6,7	4,4	7,3	3,8	6,8	4,1	6,7	4,7	7,4	5,1	9,4	5,3	9,5
Cocaína																								
polvo y/o base	6,4	3,1	7,5	5,1	9,4	5,1	5,2	3,1	4,9	2,4	3,3	1,8	3,4	1,6	3,3	2,2	3,3	1,6	3,2	1,7	2,7	1,5	3,2	1,5
Éxtasis	6,4	3,9	4,7	3,8	3,3	1,9	3,3	1,6	2,6	1,3	2,2	1,2	3,0	1,4	1,2	0,6	2,0	1,1	2,4	1,4	2,1	1,5	2,6	1,8
Alucinógenos	5,5	2,9	4,4	2,0	4,4	1,8	4,1	1,6	3,9	1,7	3,0	1,3	2,9	1,1	1,6	0,7	1,4	0,6	2,0	0,8	1,4	0,6	1,8	0,8
Inhalables volátiles	3,3	1,8	3,0	1,5	3,0	1,4	2,6	1,1	2,3	1,0	1,7	0,8	1,6	0,8	0,9	0,4	0,8	0,4	1,3	0,8	1,2	0,9	2,4	1,8
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1	0,8	1,2	0,5	1,3	0,5	1,7	0,6	1,1	0,5	1,5	0,6
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	0,4	0,8	0,3	1,3	0,7	1,6	0,8	1,1	0,7	1,5	0,8
Anfetaminas	4,6	2,4	4,8	3,4	4,3	2,3	3,3	2,0	3,2	1,8	2,2	1,0	2,4	1,1	1,3	0,6	1,6	0,7	1,5	0,8	1,2	0,6	1,8	0,8
Heroína	0,7	0,1	0,4	0,2	0,8	0,1	1,2	0,3	1,1	0,4	0,9	0,3	1,1	0,4	0,7	0,2	0,8	0,3	0,7	0,3	0,5	0,2	0,8	0,2
GHB	-	-	-	-	-	-	1,3	0,4	1,2	0,4	1,0	0,5	1,5	0,5	0,9	0,4	0,6	0,2	0,5	0,3	0,5	0,1	0,8	0,3
Est. anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,2	0,7	0,2	0,5	0,1	0,5	0,2	0,5	0,1	0,8	0,1
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días																								
Alcohol	60,4	59,9	56,7	55,4	65,5	65,7	58,1	58,0	57,7	59,4	62,7	63,2	72,9	75,2	66,9	69,5	65,9	68,1	57,2	59,8	51,5	55,8	54,5	58,7
Tabaco	27,3	37,1	25,0	33,4	25,1	32,4	24,8	30,6	30,9	33,8	23,0	29,3	28,1	31,3	24,5	27,2	25,6	29,0	23,9	29,3	21,2	26,7	18,9	23,3
Cannabis	24,5	16,9	28,5	19,6	28,3	22,0	22,3	18,0	23,0	17,2	19,3	15,2	18,9	13,3	21,4	15,8	20,8	15,9	21,5	17,3	15,7	14,1	16,7	14,5
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	3,5	5,5	4,0	6,1	4,0	6,6	4,7	8,5	4,2	8,1	4,4	7,3	5,1	7,7	5,0	10,0	5,4	11,0
Hipnosedantes**	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0	2,0	2,8	2,4	3,3	2,3	3,6	2,6	4,3	2,0	3,9	2,0	3,3	2,2	3,5	2,6	4,7	3,0	4,7
Cocaína																								
polvo y/o base	3,4	1,5	3,7	2,8	5,1	2,6	3,1	1,6	2,7	1,2	2,1	0,8	2,2	0,8	2,3	1,4	1,5	0,5	1,3	0,6	0,9	0,3	1,5	0,5
Éxtasis	3,8	1,7	2,1	1,6	1,9	1,0	2,1	0,7	1,5	0,6	1,3	0,6	1,8	0,6	0,6	0,3	0,9	0,3	0,9	0,4	0,8	0,4	1,3	0,5
Alucinógenos	2,6	1,3	1,8	0,7	2,3	0,7	2,0	0,7	1,7	0,7	1,5	0,6	1,6	0,4	0,9	0,4	0,6	0,2	0,7	0,3	0,5	0,1	0,9	0,2
Inhalables volátiles	1,8	1,1	1,5	0,8	1,6	0,7	1,7	0,6	1,4	0,5	1,2	0,5	1,0	0,6	0,6	0,3	0,5	0,2	0,6	0,4	0,6	0,3	1,2	0,8
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,2	0,6	0,1	0,7	0,2	0,4	0,1	0,7	0,2
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,1	0,6	0,2	0,7	0,3	0,5	0,2	0,8	0,3
Anfetaminas	2,6	1,4	2,5	1,5	2,7	1,0	2,0	1,0	1,5	0,8	1,3	0,5	1,4	0,6	0,7	0,2	0,8	0,3	0,7	0,3	0,6	0,1	1,0	0,3
Heroína	0,5	0,1	0,3	0,2	0,7	0,1	0,9	0,2	0,8	0,3	0,7	0,3	0,8	0,3	0,5	0,2	0,6	0,1	0,4	0,1	0,4	0,0	0,6	0,1
GHB	-	-	-	-	-	-	0,9	0,2	0,8	0,3	0,8	0,3	1,0	0,3	0,6	0,2	0,4	0,1	0,3	0,1	0,3	0,0	0,5	0,1
Est. anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,3	0,0	0,6	0,1
Prevalencia de consumo a diario en los últimos 30 días																								
Alcohol	-	-	-	-	-	-	3,0	1,0	3,8	2,0	7,8	4,3	3,3	2,0	2,2	1,3	1,9	1,3	1,3	0,7	1,3	1,0	2,2	0,9
Tabaco	19,3	27,0	17,2	24,2	18,9	24,1	12,5	16,9	13,3	16,4	11,0	13,6	12,0	13,1	8,7	9,1	8,6	9,0	9,4	10,3	8,8	9,2	6,9	8,1
Cannabis	5,5	1,9	5,5	2,1	7,0	2,9	4,2	2,2	4,4	1,9	4,3	1,8	3,8	1,5	2,6	1,0	2,7	1,3	3,3	1,4	2,1	1,1	1,7	1,0
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	0,4	0,5	0,6	0,5	0,7	0,7	0,9	0,8	0,8	0,9	2,3	3,0	2,5	3,4	2,6	4,7	3,3	6,6
Hipnosedantes**	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	1,0	1,2	1,0	1,3	1,1	1,8	1,8	2,5

H = Hombres, M = Mujeres.

* Incluye tranquilizantes/sedantes y/o somníferos con o sin receta. ** Incluye tranquilizantes/sedantes y/o somníferos sin receta.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Comunidad/Ciudad Autónoma

Este apartado recoge las prevalencias de las drogas con mayor nivel de consumo (en concreto, alcohol, tabaco y cannabis) a nivel autonómico y en los diferentes periodos temporales analizados.

En primer lugar, nos encontramos que la horquilla de edades a las que se empieza a consumir el **tabaco** es relativamente similar en todas las comunidades ya que sólo nos encontramos un desajuste de 0,5 años entre las comunidades con la edad más corta, Cataluña y Canarias con 13,9 años, y la ciudad autónoma con los estudiantes que más tarde comienzan a fumar que es Melilla con 14,5. Además, en todas las regiones transcurre menos de un año entre el primer consumo y la adquisición del hábito de fumar a diario.

En cuanto al **alcohol**, nos encontramos que, entre Aragón, cuya media es la más baja con 13,6 años de media y Ceuta cuya media es la más alta con 14,5 años, hay algo menos de un año de diferencia en la edad media de inicio en el consumo.

Por último, si nos fijamos en la edad de inicio en el consumo de **cannabis**, nos encontramos que en Cataluña la edad media es la más baja con 14,7 años, obteniéndose la mayor edad de inicio en Ceuta o Melilla con 15,2 años, tan sólo habiendo medio año aproximadamente de diferencia.

Tabla 1.2.10.

Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2023.

	Tamaño de muestra	Edad media inicio en el consumo de tabaco	Edad media inicio en el consumo de tabaco diario	Edad media inicio en el consumo de alcohol	Edad media inicio en el consumo de cannabis
Andalucía	4.021	14,2	14,6	14,0	15,1
Aragón	2.251	14,0	14,4	13,6	14,9
Asturias	2.015	14,2	14,5	14,0	14,9
Baleares	2.207	14,1	14,7	14,0	14,9
Canarias	2.488	13,9	14,3	13,9	14,8
Cantabria	1.865	14,1	14,3	13,9	14,9
Castilla y León	2.574	14,1	14,7	13,8	15,0
Castilla-La Mancha	2.110	14,0	14,4	13,8	14,9
Cataluña	2.675	13,9	14,4	13,7	14,7
C. Valenciana	3.636	14,2	14,8	13,7	14,9
Extremadura	847	14,0	14,6	13,9	15,0
Galicia	2.185	14,2	14,8	14,2	15,0
Madrid	3.901	14,1	14,8	13,9	14,9
Murcia	2.100	14,0	14,6	13,7	14,9
Navarra	2.151	14,3	14,9	13,9	14,8
País Vasco	1.184	14,2	14,7	13,7	14,9
La Rioja	1.586	14,0	14,5	13,9	14,8
Ceuta	682	14,4	15,2	14,5	15,2
Melilla	1.730	14,5	14,4	14,0	15,2
Total	42.208	14,1	14,6	13,9	14,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Si se habla específicamente de **consumo de tabaco**, el porcentaje de alumnos que ha fumado en alguna ocasión tiene su mayor porcentaje en Extremadura, con un 38,4%, que también se encuentra a la cabeza entre los fumadores habituales con un 25,9%, es decir, que 1 de cada 4 estudiantes extremeños han fumado en los últimos 30 días. Por el contrario, y sin tener en cuenta a Ceuta y Melilla, las prevalencias de consumo menores para esta sustancia, con independencia del tramo temporal, son para las Canarias.

Tabla 1.2.11.

Prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2023.

	Tamaño de muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	4.021	33,7	32,2	35,2	28,1	26,7	29,5	21,1	19,9	22,4
Aragón	2.251	37,8	35,7	39,8	32,5	31,0	34,4	25,3	23,5	27,1
Asturias	2.015	33,1	31,0	35,1	28,5	27,1	30,5	21,6	19,8	23,4
Baleares	2.207	34,5	32,5	36,5	29,1	27,7	31,0	22,2	20,4	23,9
Canarias	2.488	28,8	27,0	30,6	22,7	21,4	24,3	16,5	15,0	18,0
Cantabria	1.865	34,8	32,7	37,0	29,3	27,9	31,3	21,8	19,9	23,7
Castilla y León	2.574	36,4	34,5	38,2	31,1	29,7	32,9	23,9	22,3	25,6
Castilla - La Mancha	2.110	35,8	33,7	37,8	28,9	27,5	30,9	22,2	20,5	24,0
Cataluña	2.675	31,8	30,0	33,5	26,5	25,1	28,2	19,9	18,4	21,4
C. Valenciana	3.636	33,1	31,6	34,6	27,1	25,7	28,5	19,7	18,4	20,9
Extremadura	847	38,4	35,2	41,7	32,9	31,5	36,1	25,9	23,0	28,9
Galicia	2.185	36,0	33,9	38,0	30,9	29,5	32,8	25,0	23,2	26,8
Madrid	3.901	33,1	31,6	34,6	27,1	25,7	28,5	21,2	20,0	22,5
Murcia	2.100	31,1	29,1	33,1	25,6	24,3	27,5	18,7	17,0	20,4
Navarra	2.151	35,7	33,7	37,7	30,2	28,8	32,1	22,5	20,7	24,2
Pais Vasco	1.184	33,1	30,4	35,8	27,1	25,7	29,6	20,5	18,2	22,8
La Rioja	1.586	31,2	28,9	33,5	26,0	24,6	28,1	20,6	18,7	22,6
Ceuta	682	13,5	10,9	16,0	9,0	8,1	11,2	7,5	5,6	9,5
Melilla	1.730	13,5	11,9	15,1	10,8	9,8	12,3	7,6	6,3	8,8
Total	42.208	33,4	32,9	33,8	27,7	26,3	28,1	21,0	20,6	21,4

CONSUMO DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

Media nacional 21,0%

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



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.12.

Prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma, según sexo (%). España, 2023.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Andalucía	31,0	36,7	26,6	29,8	20,4	21,9
Aragón	36,0	39,8	31,0	34,2	24,3	26,6
Asturias	27,9	39,0	24,5	33,2	18,9	24,8
Baleares	31,5	37,5	26,4	31,7	19,8	24,5
Canarias	26,8	30,9	20,3	25,0	15,0	18,0
Cantabria	29,9	39,9	25,4	33,3	18,4	25,3
Castilla y León	34,4	38,2	29,3	32,9	22,7	25,1
Castilla - La Mancha	33,3	38,3	27,3	30,6	20,8	23,7
Cataluña	27,1	36,2	22,0	30,9	16,3	23,3
C. Valenciana	29,1	37,2	22,8	31,3	16,9	22,4
Extremadura	38,7	38,1	32,6	33,2	26,4	25,4
Galicia	35,0	37,1	29,2	32,8	23,9	26,2
Madrid	26,8	39,0	21,1	32,7	16,2	26,0
Murcia	29,1	33,1	23,1	28,2	17,2	20,2
Navarra	32,2	39,4	27,0	33,5	20,2	24,9
País Vasco	32,1	34,4	26,7	27,7	20,7	20,2
La Rioja	31,3	31,1	25,0	27,3	19,4	22,2
Ceuta	14,0	13,1	9,0	9,0	8,1	7,1
Melilla	14,5	12,7	12,4	9,5	9,1	6,3
Total	30,0	36,8	24,7	30,8	18,9	23,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Como ya pudimos observar en anteriores tablas, en general las mujeres tienen mayores datos de consumo de tabaco que los hombres con independencia tanto de la comunidad (a excepción de Extremadura, Ceuta y Melilla) como del ámbito temporal de consumo: las mujeres estudiantes de 14 a 18 años fuman tabaco en mayor medida que los hombres, esta diferencia es especialmente visible en Madrid donde hay una diferencia de 12,2 puntos porcentuales entre ambos.

Si se observa el consumo de **alcohol**, se puede ver que Extremadura esta considerablemente por encima del resto de comunidades autónomas en todas las escalas temporales reflejadas en el estudio. Mientras que Murcia (excluyendo Ceuta y Melilla) sigue siendo la comunidad que registra prevalencias de consumo menor, seguida de cerca por Cataluña.

Tabla 1.2.13.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2023.

	Tamaño de muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	4.021	77,9	76,6	79,2	76,0	74,7	77,3	59,6	58,1	61,1
Aragón	2.251	80,7	79,1	82,3	78,7	77,4	80,4	62,1	60,1	64,1
Asturias	2.015	77,2	75,3	79,0	75,5	74,1	77,4	58,7	56,6	60,9
Baleares	2.207	75,9	74,1	77,7	72,9	71,5	74,8	52,1	50,0	54,1
Canarias	2.488	73,2	71,5	75,0	70,4	69,0	72,2	51,3	49,4	53,3
Cantabria	1.865	76,2	74,3	78,2	74,1	72,8	76,1	59,1	56,9	61,4
Castilla y León	2.574	80,9	79,4	82,4	79,1	77,8	80,7	61,5	59,6	63,3
Castilla - La Mancha	2.110	80,0	78,3	81,7	78,1	76,8	79,9	63,2	61,1	65,3
Cataluña	2.675	72,7	71,0	74,3	70,1	68,7	71,9	52,7	50,8	54,6
C. Valenciana	3.636	76,1	74,7	77,5	73,3	72,0	74,8	55,6	54,0	57,2
Extremadura	847	83,0	80,4	85,5	81,1	79,8	83,7	67,9	64,7	71,0
Galicia	2.185	75,4	73,6	77,2	73,7	72,3	75,5	58,8	56,7	60,8
Madrid	3.901	74,8	73,4	76,1	72,4	71,0	73,8	53,2	51,7	54,8
Murcia	2.100	72,5	70,6	74,4	69,8	68,3	71,7	52,4	50,3	54,5
Navarra	2.151	80,1	78,4	81,8	78,1	76,8	79,9	64,1	62,0	66,1
País Vasco	1.184	75,2	72,7	77,6	72,6	71,3	75,2	57,9	55,1	60,7
La Rioja	1.586	75,3	73,1	77,4	74,0	72,7	76,2	59,8	57,4	62,2
Ceuta	682	34,4	30,9	38,0	34,0	32,5	37,5	25,3	22,0	28,5
Melilla	1.730	41,2	38,9	43,5	39,5	37,9	41,8	28,6	26,5	30,7
Total	42.208	75,9	75,5	76,3	73,6	72,2	74,0	56,6	56,1	57,0

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

Media nacional 56,6%

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



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.14.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma, según sexo (%). España, 2023.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Andalucía	74,4	81,7	72,4	79,9	56,6	62,9
Aragón	81,1	80,2	78,7	78,8	63,1	60,9
Asturias	73,4	81,5	71,4	80,2	56,0	61,9
Baleares	72,8	78,9	70,0	75,8	48,4	55,6
Canarias	70,7	75,8	67,7	73,1	49,0	53,7
Cantabria	73,4	79,1	71,8	76,4	56,2	62,2
Castilla y León	81,1	80,7	78,8	79,4	60,1	62,8
Castilla - La Mancha	78,0	82,1	75,8	80,5	60,8	65,7
Cataluña	70,5	74,8	67,8	72,3	51,3	54,1
C. Valenciana	74,4	77,8	71,0	75,6	53,4	57,8
Extremadura	81,6	84,4	79,7	82,6	68,1	67,6
Galicia	73,8	77,1	72,5	75,0	58,1	59,5
Madrid	72,6	76,8	70,1	74,5	50,0	56,3
Murcia	71,5	73,5	68,9	70,6	51,8	53,0
Navarra	77,6	82,6	75,5	80,8	60,8	67,5
País Vasco	71,5	80,0	67,7	79,1	54,8	61,9
La Rioja	74,7	76,0	73,1	75,2	58,6	61,3
Ceuta	35,7	33,4	35,7	32,6	27,2	23,7
Melilla	41,5	40,9	40,3	38,8	29,0	28,3
Total	73,7	78,1	71,2	76,1	54,5	58,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Si se observan las prevalencias de consumo de **bebidas alcohólicas** según la comunidad autónoma y el sexo de los alumnos, las mujeres muestran porcentajes más altos que los hombres, especialmente en el País Vasco. No obstante, cuando se observa el consumo habitual (últimos 30 días) por regiones, encontramos que, junto al País Vasco, Baleares, es la CA con mayor diferencia en el consumo del alcohol por sexos.

Por otra parte, se puede observar que Aragón y Extremadura son las únicas comunidades autónomas que mantienen otra tendencia respecto al consumo de alcohol, ya que en ellas se experimenta que las borracheras entre los hombres se encuentran por encima del de las mujeres.

Respecto a la prevalencia de **borracheras** según comunidad autónoma, se observa que Navarra es la región que alcanza el máximo nacional para dos de los tres indicadores registrados (58,7% en alguna vez vida, 52,5% en los últimos 12 meses), mientras que Extremadura mantiene la mayor prevalencia de borrachera entre los que la situaron en los últimos 30 días con un 29,6%.

Tabla 1.2.15.

Prevalencia de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2023.

	Tamaño de muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	4.021	49,5	47,9	51,0	44,1	42,5	45,6	21,5	20,3	22,8
Aragón	2.251	55,5	53,4	57,5	50,2	48,6	52,2	25,1	23,4	26,9
Asturias	2.015	47,7	45,5	49,9	44,0	42,4	46,1	22,4	20,6	24,2
Baleares	2.207	45,6	43,5	47,7	40,7	39,2	42,8	18,6	17,0	20,3
Canarias	2.488	39,7	37,7	41,6	33,6	32,2	35,5	14,4	13,0	15,8
Cantabria	1.865	47,6	45,3	49,9	42,4	40,9	44,7	22,9	21,0	24,8
Castilla y León	2.574	53,4	51,5	55,4	47,8	46,3	49,8	22,5	20,9	24,1
Castilla - La Mancha	2.110	53,2	51,1	55,4	46,9	45,3	49,0	23,8	22,0	25,6
Cataluña	2.675	43,7	41,8	45,5	38,2	36,7	40,0	18,8	17,3	20,2
C. Valenciana	3.636	48,3	46,7	49,9	42,8	41,3	44,4	19,4	18,1	20,7
Extremadura	847	53,6	50,3	57,0	48,0	46,5	51,4	29,6	26,5	32,6
Galicia	2.185	46,3	44,2	48,4	42,1	40,5	44,1	23,3	21,5	25,0
Madrid	3.901	47,6	46,0	49,1	42,0	40,5	43,6	20,0	18,7	21,2
Murcia	2.100	42,4	40,3	44,5	37,2	35,7	39,3	17,0	15,4	18,7
Navarra	2.151	58,7	56,6	60,7	52,5	50,9	54,6	29,4	27,5	31,3
País Vasco	1.184	45,0	42,1	47,8	41,3	39,8	44,1	24,7	22,2	27,1
La Rioja	1.586	50,0	47,5	52,5	46,0	44,5	48,5	23,8	21,7	25,9
Ceuta	682	15,1	12,4	17,8	13,3	12,3	15,9	5,6	3,9	7,3
Melilla	1.730	19,8	17,9	21,7	16,3	15,2	18,0	7,5	6,3	8,7
Total	42.208	47,5	47,0	48,0	42,1	40,6	42,6	20,8	20,4	21,2

PREVALENCIA DE BORRACHERAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

Media nacional 20,8%

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



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.16.

Prevalencia de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma, según sexo (%). España, 2023.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Andalucía	45,5	53,9	41,1	47,3	20,7	22,4
Aragón	55,2	55,7	51,2	49,0	25,9	24,3
Asturias	44,0	52,0	40,5	47,9	22,0	22,8
Baleares	40,3	50,7	36,4	44,9	15,7	21,5
Canarias	36,5	42,8	32,0	35,3	13,3	15,5
Cantabria	42,9	52,4	37,5	47,4	21,2	24,6
Castilla y León	51,9	54,9	46,9	48,7	22,6	22,4
Castilla - La Mancha	49,8	56,8	45,0	48,8	24,8	22,8
Cataluña	39,1	48,0	34,2	41,9	17,3	20,2
C. Valenciana	44,0	52,5	37,9	47,7	17,5	21,3
Extremadura	55,0	52,1	48,9	47,1	31,1	27,9
Galicia	45,2	47,4	41,5	42,7	22,8	23,7
Madrid	43,4	51,5	39,1	44,8	17,5	22,3
Murcia	39,0	45,8	35,1	39,3	16,7	17,4
Navarra	54,2	63,2	48,9	56,1	29,1	29,7
País Vasco	40,0	51,4	36,3	47,7	22,2	27,9
La Rioja	48,2	52,2	44,3	48,1	24,1	23,4
Ceuta	13,9	16,0	11,7	14,6	5,7	5,5
Melilla	18,0	21,3	15,5	16,9	8,3	6,8
Total	43,9	51,2	39,3	45,1	19,7	21,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Siguiendo con todas las tendencias observadas de consumo de alcohol, el botellón es un fenómeno que tiene una mayor prevalencia entre las chicas de 14 a 18 años en todas las comunidades autónomas salvo Extremadura. En comparación a los chicos, las mayores diferencias se vuelven a dar en el País Vasco (10,4 puntos porcentuales).

Respecto al **consumo de cannabis** se observa que las mayores prevalencias de consumo en los dos indicadores temporales se establecen entre los estudiantes de Baleares con un consumo de 31,4% de prevalencia para los que admiten haberlo consumido alguna vez y de 26,5% de prevalencia para los que admiten haberlo consumido en los últimos 12 meses.

Por otra parte, Murcia presenta una prevalencia de consumo de cannabis del 17,6% en el tramo temporal de los últimos 12 meses.

Tabla 1.2.17.

Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2023.

	Tamaño de muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	4.021	23,3	22,0	24,6	18,7	17,5	19,9	13,6	12,6	14,7
Aragón	2.251	28,8	27,0	30,7	23,6	22,3	25,4	16,9	15,3	18,4
Asturias	2.015	27,1	25,2	29,1	22,2	20,9	24,0	15,6	14,0	17,1
Baleares	2.207	31,4	29,4	33,3	26,5	25,2	28,4	19,0	17,4	20,7
Canarias	2.488	26,1	24,4	27,8	21,1	19,8	22,7	15,9	14,5	17,4
Cantabria	1.865	28,7	26,6	30,7	24,0	22,6	25,9	17,9	16,2	19,7
Castilla y León	2.574	27,5	25,7	29,2	22,0	20,7	23,6	14,8	13,4	16,2
Castilla-La Mancha	2.110	26,2	24,3	28,1	20,4	19,1	22,1	14,4	12,9	15,9
Cataluña	2.675	29,6	27,8	31,3	24,0	22,6	25,6	17,0	15,6	18,4
C. Valenciana	3.636	29,0	27,6	30,5	22,3	21,0	23,6	15,5	14,3	16,7
Extremadura	847	25,9	23,0	28,9	20,5	19,3	23,2	14,9	12,5	17,3
Galicia	2.185	28,6	26,7	30,5	24,7	23,4	26,5	18,5	16,9	20,2
Madrid	3.901	26,9	25,5	28,3	21,8	20,5	23,1	15,1	14,0	16,3
Murcia	2.100	22,0	20,2	23,8	17,6	16,4	19,2	12,4	11,0	13,8
Navarra	2.151	28,0	26,2	29,9	23,4	22,1	25,2	16,9	15,3	18,4
País Vasco	1.184	28,7	26,2	31,3	24,1	22,7	26,5	19,3	17,1	21,5
La Rioja	1.586	24,8	22,7	26,9	20,3	19,1	22,3	14,4	12,7	16,1
Ceuta	682	11,1	8,7	13,4	7,8	7,0	9,8	5,6	3,8	7,3
Melilla	1.730	10,8	9,3	12,3	8,3	7,4	9,6	6,1	4,9	7,2
Total	42.208	26,9	26,5	27,4	21,8	20,5	22,1	15,6	15,3	16,0

PREVALENCIA DE CONSUMO DE CANNABIS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

Media nacional 15,6%

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



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.18.

Prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma, según sexo (%). España, 2023.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Andalucía	24,7	21,8	20,0	17,2
Aragón	30,6	26,8	26,2	20,6
Asturias	26,9	27,5	22,1	22,3
Baleares	30,9	31,8	26,6	26,4
Canarias	26,9	25,3	21,8	20,3
Cantabria	29,4	28,0	23,8	24,1
Castilla y León	28,8	26,2	23,9	20,1
Castilla - La Mancha	26,8	25,6	20,9	19,8
Cataluña	29,3	29,8	24,0	23,9
C. Valenciana	29,2	28,9	22,5	22,1
Extremadura	28,9	22,6	22,7	18,1
Galicia	31,1	25,9	26,7	22,4
Madrid	26,1	27,6	20,7	22,8
Murcia	24,5	19,5	20,0	15,2
Navarra	28,5	27,6	24,3	22,5
País Vasco	30,8	26,1	26,1	21,5
La Rioja	27,2	21,8	22,1	18,2
Ceuta	10,6	11,4	8,5	7,3
Melilla	12,8	9,1	10,6	6,4
Total	27,6	26,2	22,5	21,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Como se ha podido observar, el cannabis en general es la sustancia que más consumen los hombres con respecto a las mujeres en los últimos 12 meses; esto se traslada de igual modo a todo el territorio español a excepción de Asturias, Cantabria y Madrid. La mayor diferencia la encontramos en Madrid, donde las mujeres consumen 2,1 puntos porcentuales por encima de los hombres.

Sobre el uso de **cigarrillos electrónicos**, Andalucía se coloca como la comunidad autónoma que tiene mayor representación tanto dentro de los alumnos que han consumido sólo alguna vez en la vida como entre los que la han consumido en los últimos 12 meses, siendo junto con Extremadura la única comunidad que supera el 50% en el tramo de los últimos 12 meses. Seguido de estos se encuentran las comunidades de Castilla-La Mancha y Murcia.

Tabla 1.2.19.

Prevalencias de cigarrillos electrónicos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2023.

	Tamaño de muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses		
		Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	4.021	62,7	61,3	64,2	55,3	53,8	56,9
Aragón	2.251	51,2	49,1	53,2	40,8	39,3	42,8
Asturias	2.015	47,3	45,1	49,4	36,2	34,7	38,3
Baleares	2.207	53,9	51,8	55,9	45,4	43,8	47,5
Canarias	2.488	53,6	51,6	55,6	47,1	45,5	49,1
Cantabria	1.865	51,5	49,3	53,8	39,3	37,8	41,5
Castilla y León	2.574	53,1	51,1	55,0	42,3	40,8	44,2
Castilla - La Mancha	2.110	59,9	57,8	61,9	49,2	47,6	51,3
Cataluña	2.675	52,3	50,4	54,2	44,0	42,5	45,9
C. Valenciana	3.636	52,9	51,2	54,5	47,4	45,8	49,0
Extremadura	847	62,0	58,7	65,2	50,8	49,3	54,2
Galicia	2.185	49,9	47,8	52,0	41,6	40,1	43,7
Madrid	3.901	53,0	51,5	54,6	43,5	42,0	45,1
Murcia	2.100	57,2	55,1	59,3	49,8	48,3	51,9
Navarra	2.151	48,5	46,4	50,6	36,6	35,2	38,7
País Vasco	1.184	45,6	42,8	48,5	31,9	30,4	34,5
La Rioja	1.586	45,5	43,1	48,0	34,6	33,1	36,9
Ceuta	682	31,4	27,9	34,9	25,9	24,5	29,2
Melilla	1.730	34,0	31,8	36,2	26,9	25,5	29,0
Total	42.208	54,6	54,1	55,1	46,0	44,4	46,4

PREVALENCIA DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

Media nacional 46,0%

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



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.20.

Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma, según sexo (%). España, 2023.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Andalucía	59,7	66,1	52,9	58,0
Aragón	52,6	49,6	42,9	38,4
Asturias	42,9	52,3	30,4	42,7
Baleares	51,3	56,3	42,3	48,4
Canarias	50,1	57,1	44,1	50,0
Cantabria	48,0	55,2	36,6	41,9
Castilla y León	52,7	53,4	40,8	43,8
Castilla - La Mancha	58,0	61,7	46,8	51,5
Cataluña	50,9	53,7	43,1	44,9
C. Valenciana	49,9	55,8	44,5	50,1
Extremadura	62,5	61,4	51,7	49,8
Galicia	48,0	52,0	39,9	43,4
Madrid	49,3	56,6	38,9	47,7
Murcia	56,6	57,8	49,8	49,8
Navarra	49,5	47,5	36,6	36,7
País Vasco	45,6	45,6	30,6	33,5
La Rioja	46,1	44,8	32,7	36,9
Ceuta	31,7	31,1	26,9	25,0
Melilla	31,5	36,0	26,9	26,9
Total	52,5	56,8	43,8	48,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Los datos de uso de cigarrillos electrónicos según comunidad autónoma y sexo de los estudiantes de 14 a 18 años informan de que existe un cambio de tendencia ya que, si en el año 2021 se observó que el consumo de esta sustancia estaba más extendido en los chicos que en las chicas, esta tendencia en la actualidad no está tan clara: a excepción de Aragón, Navarra, La Rioja y Extremadura, el consumo de esta droga se encuentra más extendido entre las mujeres.

Consumo por tipo de sustancia psicoactiva

Bebidas alcohólicas

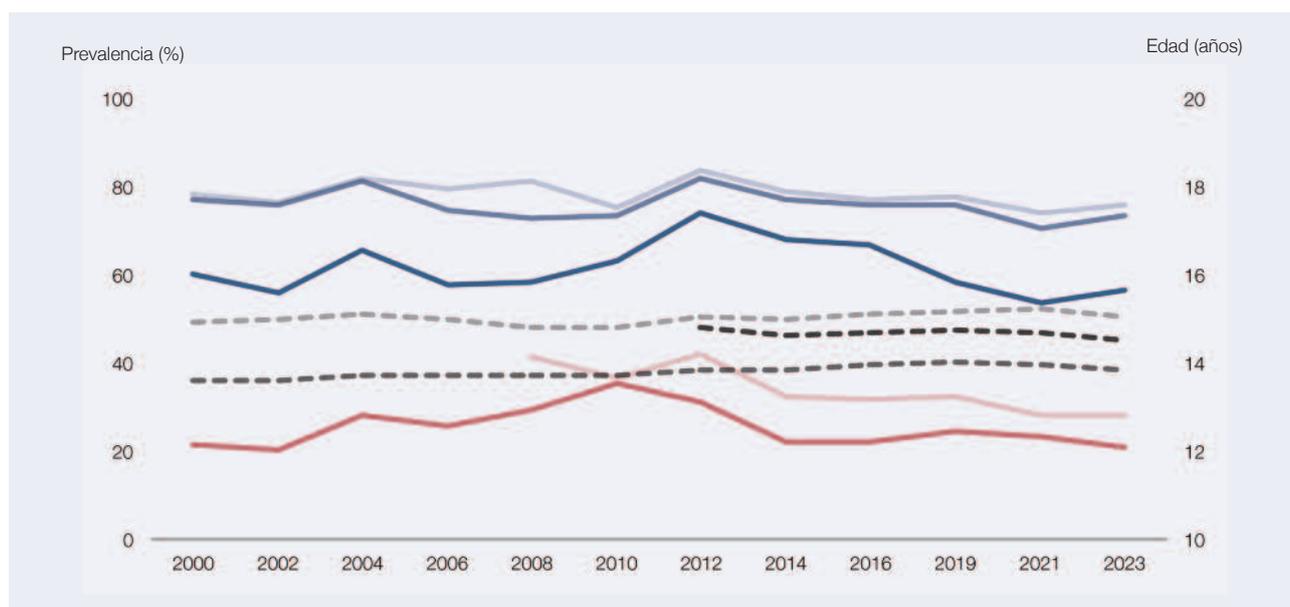
De entre todas las sustancias analizadas en la encuesta ESTUDES, el **alcohol** es la sustancia psicoactiva más consumida por los estudiantes de entre 14 y 18 años. El 75,9% reconoce haber consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión en su vida, encontrando que la gran mayoría de estos casos ha tomado alcohol en los últimos 12 meses, pues la prevalencia en este tramo temporal se sitúa en el 73,6%.

Respecto a los últimos 30 días, algo más de la mitad de los estudiantes (56,6%) reconoce haber bebido alcohol, observando que el 20,8% ha experimentado alguna borrachera en este mismo periodo y el 28,2% ha realizado *binge drinking*, es decir, ha tomado 5 o más vasos de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de dos horas.

Contextualizando con la serie histórica, y aunque desde 2012 se registra una tendencia general hacia un menor consumo de alcohol, se produce un pequeño repunte respecto a los datos obtenidos en la encuesta realizada en 2021. El tramo temporal de alguna vez en la vida se incrementa dos puntos porcentuales, elevándose este incremento hasta los tres puntos para los últimos 12 meses y los últimos 30 días.

Figura 1.2.1.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, prevalencia de borracheras (últimos 30 días), prevalencia de binge drinking (últimos 30 días) (%), edad media de inicio del consumo y edad media de inicio del consumo semanal (años), entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 2000-2023.



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Alguna vez en la vida	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1	83,9	78,9	76,9	77,9	73,9	75,9
Últimos 12 meses	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6	81,9	76,8	75,6	75,9	70,5	73,6
Últimos 30 días	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5	63,0	74,0	68,2	67,0	58,5	53,6	56,6
Borracheras últimos 30 días	21,7	20,2	28,0	25,6	29,1	35,6	30,8	22,2	21,8	24,3	23,2	20,8
Binge drinking últimos 30 días	-	-	-	-	41,4	36,7	41,8	32,2	31,7	32,3	27,9	28,2
Edad media de inicio consumo	13,6	13,6	13,7	13,7	13,7	13,7	13,9	13,8	14,0	14,0	14,0	13,9
Edad media de consumo semanal	14,9	15,0	15,1	15,0	14,8	14,8	15,1	15,0	15,1	15,2	15,2	15,0
Edad primera borrachera	-	-	-	-	-	-	14,8	14,6	14,7	14,8	14,7	14,5

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

A pesar de este ligero incremento en la prevalencia en el consumo de alcohol en los últimos 30 días, ha disminuido la proporción de estudiantes que se ha emborrachado en ese mismo plazo temporal (23,2% en 2021 y 20,8% en 2023), registrándose el dato más bajo de la serie desde 2002. En cuanto al consumo de alcohol en atracón, se registra un dato similar al de 2021, pasando de 27,9% a 28,2%. Ambos indicadores muestran un menor consumo intensivo de alcohol entre los estudiantes que consumen este tipo de sustancias de manera frecuente.

Por último, respecto a la edad en la que comienza el consumo de esta droga, se observa que aquellos que han tomado bebidas alcohólicas alguna vez en su vida declaran que su primer consumo fue con 13,9 años de media, similar al promedio que se ha ido obteniendo en la última década. El consumo semanal de alcohol comienza, por término medio, a los 15 años, y la primera borrachera se experimenta a los 14,5 años, registrándose en esta ocasión la edad más precoz de las detectadas desde 2012, primer año en el que se registró este dato.

Si se observa el nivel de consumo de alcohol según el **sexo** de los estudiantes, se ve un consumo más elevado de esta sustancia en los últimos 12 meses en las chicas que en los chicos. Atendiendo a la serie histórica, aunque la prevalencia en las mujeres ha sido mayor que en los hombres desde 1996, la brecha se ha ido incrementando desde 2012 registrándose en esta ocasión una diferencia de 4,5 puntos porcentuales (73,7% entre los hombres y 78,1% entre las mujeres).

Figura 1.2.2.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2000-2023.

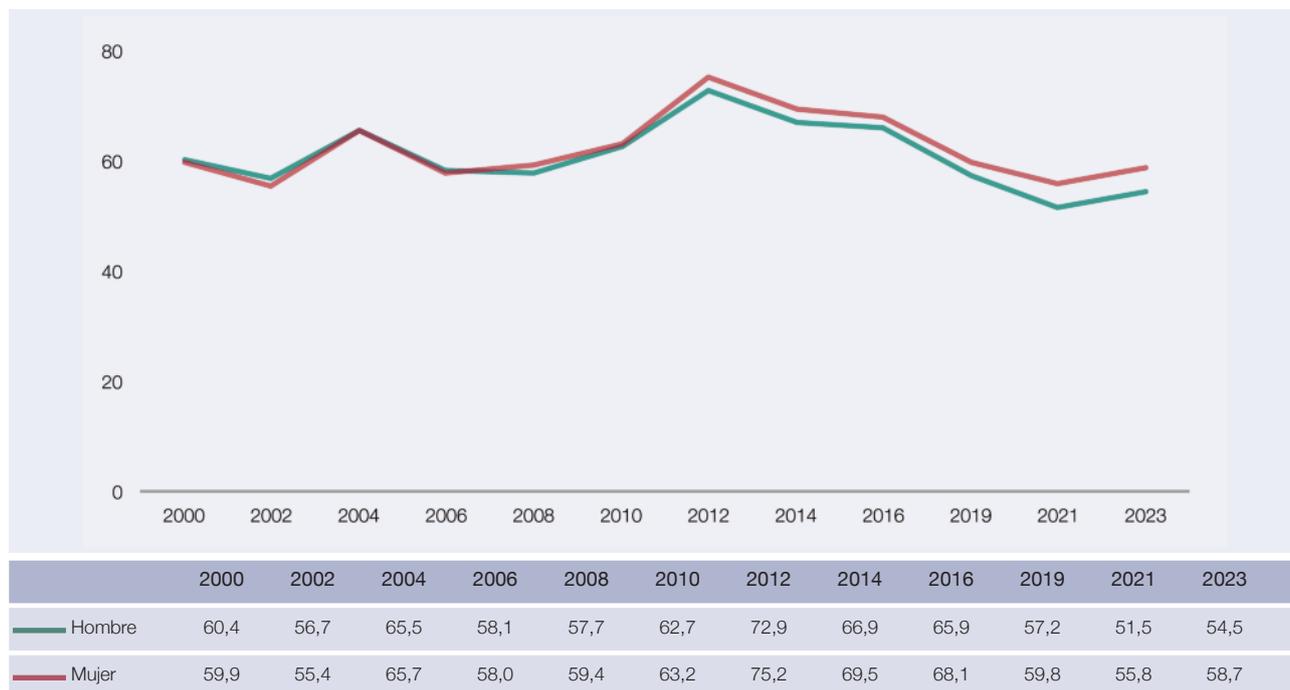


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

En el plazo de los últimos 30 días, se sigue observando un mayor consumo de alcohol entre las mujeres. En términos evolutivos, se detecta, de nuevo, un incremento de esa diferencia desde 2012 y que alcanzó su máximo el pasado 2021 (5,5 puntos porcentuales), registrándose un ligero acercamiento de las prevalencias este 2023 (71,2% entre los hombres y 76,1% entre las mujeres).

Figura 1.2.3.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2000-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

En cuanto a la **edad** de los estudiantes, se observa que a medida que aumenta la edad lo hace el consumo de alcohol en todos los tramos de tiempo analizados, registrándose los mayores incrementos cuando se pasa de 14 a 16 años y se reducen considerablemente de los 17 a los 18 años. En el tramo de los últimos 30 días es donde se registran las mayores diferencias por edad, encontrando entre los estudiantes de 14 años una prevalencia de consumo de alcohol del 36,5% que llega a duplicarse hasta alcanzar el 73,8% entre los de 18 años.

La **edad de inicio en el consumo de alcohol** (tabla 1.2.21) coincide en chicos y chicas (13,9 años), edad que lleva siendo muy similar para ambos sexos desde 2006. La edad a la que se empiezan a beber alcohol semanalmente se sitúa en torno a los 15 años para chicos y chicas, siendo una cifra que se ha mantenido con escasa variación a lo largo de la serie histórica.

Tabla 1.2.21.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2000-2023.

	Alguna vez en la vida											
	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Total	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1	83,9	78,9	76,9	77,9	73,9	75,9
Sexo												
Hombre	78,2	75,9	81,5	78,4	80,8	74,9	82,9	77,8	75,7	76,3	71,6	73,7
Mujer	77,9	77,2	82,5	80,7	81,7	75,2	84,9	80,1	78,2	79,4	76,3	78,1
Edad												
14 años	52,4	52,7	59,2	57,1	62,6	49,7	65,9	60,1	57,1	58,3	53,5	58,0
15 años	73,4	70,4	76,6	76,1	78,7	71,5	77,7	73,7	75,4	72,5	68,3	70,1
16 años	83,1	81,7	86,9	86,0	86,2	81,6	86,2	84,1	83,1	84,3	78,8	81,2
17 años	89,6	89,0	91,9	91,2	90,5	87,8	90,8	90,6	89,9	88,5	86,0	86,7
18 años	93,8	92,2	93,8	92,3	92,3	88,6	92,6	92,4	91,9	89,0	87,9	88,2

Últimos 12 meses												
	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Total	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6	81,9	76,8	75,6	75,9	70,5	73,6
Sexo												
Hombre	77,3	74,9	80,6	73,4	71,5	73,3	80,9	75,3	74,3	74,1	67,8	71,2
Mujer	77,3	76,3	81,5	76,3	74,2	73,8	82,9	78,2	76,9	77,5	73,3	76,1
Edad												
14 años	51,5	52,0	57,9	50,9	53,1	48,0	63,1	57,4	55,3	56,1	50,6	55,0
15 años	72,7	69,7	75,6	70,9	69,6	70,0	75,3	71,2	73,9	70,2	64,5	67,7
16 años	82,4	80,9	85,9	82,1	77,6	80,3	84,2	82,2	82,1	82,5	75,3	79,3
17 años	88,7	87,6	91,1	87,4	84,1	86,1	89,2	88,7	88,7	86,7	82,6	84,7
18 años	93,3	91,2	93,0	88,2	84,2	86,4	91,3	90,7	90,6	86,9	85,2	86,5
Últimos 30 días												
	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Total	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5	63,0	74,0	68,2	67,0	58,5	53,6	56,6
Sexo												
Hombre	60,4	56,7	65,5	58,1	57,7	62,7	72,9	66,9	65,9	57,2	51,5	54,5
Mujer	59,9	55,4	65,7	58,0	59,4	63,2	75,2	69,5	68,1	59,8	55,8	58,7
Edad												
14 años	32,1	27,7	38,0	31,7	36,2	38,1	53,2	48,4	46,1	36,0	34,1	36,5
15 años	51,8	47,7	57,7	50,7	52,9	58,9	66,0	61,3	64,6	49,9	45,9	49,2
16 años	65,7	61,6	71,9	65,3	63,8	70,0	75,6	74,0	73,1	65,3	57,1	61,7
17 años	73,7	71,5	78,2	74,2	71,9	74,8	82,4	80,8	81,2	72,9	66,9	69,7
18 años	82,7	76,8	81,5	76,5	75,1	77,1	86,4	84,8	84,5	74,7	72,8	73,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.22.

Características generales del consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España, 2000-2023.

	2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2019		2021		2023	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Nº encuestados	10.147	9.777	12.964	13.946	12.964	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521	11.116	11.205	21.247	20.961
Edad media de inicio del consumo (años)	13,4	13,8	13,4	13,8	13,6	13,9	13,7	13,8	13,6	13,8	13,7	13,7	13,8	13,9	13,8	13,9	13,9	14,0	14,0	14,1	14,0	14,0	13,9	13,9
Edad media de inicio del consumo de alcohol semanal (años)	14,8	14,9	15,0	14,9	15,2	15,1	15,0	14,9	14,9	14,8	14,8	14,7	15,1	15,0	15,1	14,9	15,1	15,1	15,2	15,2	15,2	15,3	15,1	15,0
Prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida (%)	78,2	77,9	75,9	77,2	81,5	82,5	78,4	80,7	80,8	81,7	74,9	75,2	82,9	84,9	77,8	80,1	75,7	78,2	76,3	79,4	71,6	76,3	73,7	78,1
Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses (%)	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5	73,4	76,3	71,5	74,2	73,3	73,8	80,9	82,9	75,3	78,2	74,3	76,9	74,1	77,5	67,8	73,3	71,2	76,1
Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días (%)	60,4	59,9	56,7	55,4	65,5	65,7	58,1	58,0	57,7	59,4	62,7	63,2	72,9	75,2	66,9	69,5	65,9	68,1	57,2	59,8	51,5	55,8	54,5	58,7

H = Hombres, M = Mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Intoxicaciones etílicas agudas (borracheras)

El 47,5% de los alumnos declara haberse emborrachado alguna vez en la vida, habiéndolo hecho en el último año el 42,1%. La prevalencia se reduce hasta el 20,8% en los últimos 30 días.

La prevalencia de las intoxicaciones etílicas agudas o borracheras muestra ciertas diferencias en función del sexo y de la edad de los estudiantes (tabla 1.2.23). Atendiendo al **sexo**, vemos que entre las chicas hay más presencia de aquellas que se han emborrachado en todos los tramos temporales, si bien, esta diferencia se acorta a medida que lo hace el plano temporal analizado: 7,3 puntos porcentuales para alguna vez en la vida, 5,8 en los últimos 12 meses y 2,2 en los últimos 30 días.

En cuanto a la **edad**, vemos que la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas aumenta a medida que lo hace la edad, con independencia del plazo temporal analizado, pero con diferentes incrementos a medida que aumentamos de año en año. Así, el 22,5% de los alumnos de 14 años ya ha sufrido una intoxicación etílica aguda alguna vez, aumentando este porcentaje en 15,8 puntos porcentuales para los de 15 años (38,3%) y registrándose el mismo incremento para los de 16 años (54,1%). En el siguiente grupo de edad, el de 17 años, este porcentaje escala cerca de 10 puntos (hasta el 63,8%), reduciéndose su incremento a la mitad para los de 18 años (68,5%).

Tabla 1.2.23.

Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2010-2023.

	Alguna vez en la vida							Últimos 12 meses							Últimos 30 días						
	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Total	58,8	60,7	50,1	48,9	51,1	48,0	47,5	52,9	52,0	42,6	42,4	44,5	39,4	42,1	35,6	30,8	22,2	21,8	24,3	23,2	20,8
Sexo																					
Hombres	58,0	59,9	48,7	46,4	48,5	43,8	43,9	52,2	51,7	41,5	40,1	42,3	35,4	39,3	36,4	31,3	22,3	21,2	23,7	20,8	19,7
Mujeres	59,5	61,5	51,4	51,4	53,4	52,4	51,2	53,5	52,3	43,7	44,8	46,5	43,6	45,1	34,8	30,3	22,1	22,3	25,0	25,6	21,9
Edad																					
14 años	27,8	31,5	23,2	23,1	25,8	24,7	22,5	24,6	26,1	19,0	18,8	22,2	20,8	19,5	16,0	12,7	7,6	7,9	9,7	11,7	8,1
15 años	52,2	47,4	39,8	42,4	40,9	36,9	38,3	47,3	40,2	33,6	36,1	35,6	30,8	33,9	32,0	21,3	14,9	15,8	17,5	16,9	15,2
16 años	66,2	62,3	56,5	55,9	57,4	53,4	54,1	59,8	53,4	48,8	49,3	50,6	44,5	48,5	38,8	30,9	26,4	25,6	27,7	25,9	24,3
17 años	76,8	73,1	69,1	69,7	68,6	64,7	63,8	69,1	62,6	59,0	61,5	59,9	51,9	57,0	46,6	38,8	33,1	33,9	35,6	31,9	29,8
18 años	77,8	80,4	74,1	74,7	70,9	71,5	68,5	69,8	70,5	63,4	65,4	60,3	58,0	59,8	52,8	46,5	37,5	40,4	37,6	35,5	32,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Evolutivamente, en comparación con 2021 las intoxicaciones etílicas agudas se mantienen estables para el plazo temporal de alguna vez en la vida. Aumentan en 2,7 puntos porcentuales para el plazo en los últimos 12 meses (de 39,4% a 42,1%), registrándose mayor incremento entre los hombres y los estudiantes de 16 y 17 años. En el lado opuesto, se reduce su prevalencia casi en la misma proporción para los últimos 30 días (de 23,2% a 20,8%), dándose un mayor descenso entre las mujeres y, atendiendo a la edad, entre los estudiantes más jóvenes (14 años) y los más mayores (18 años).

Consumo en atracón. Binge drinking

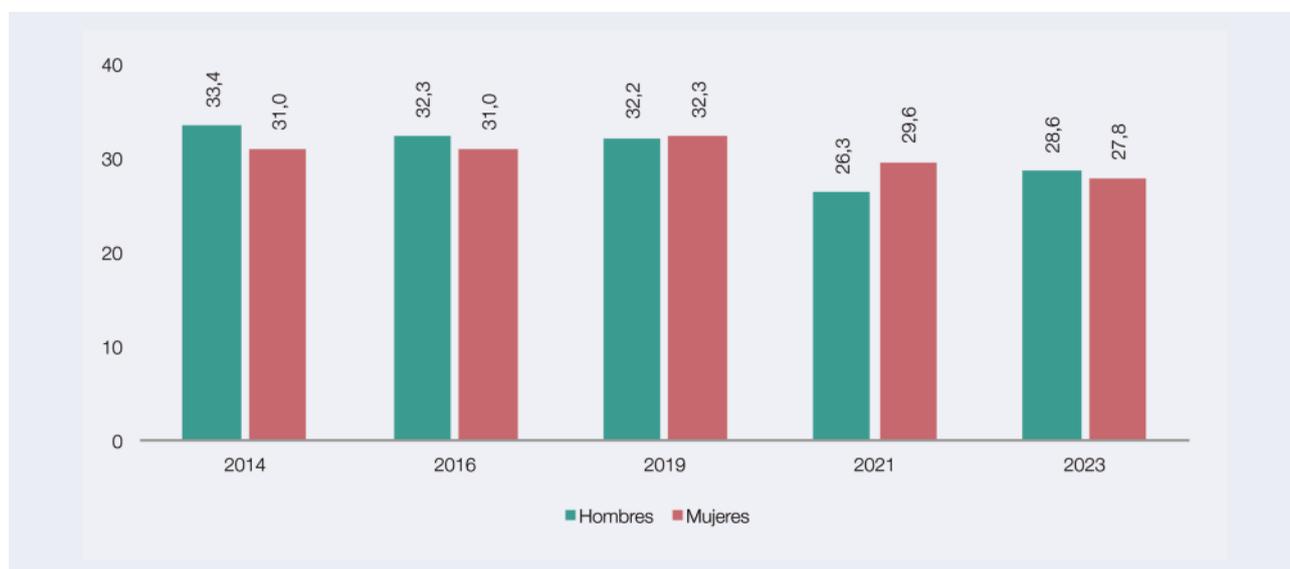
Al comportamiento de tomar un total de 5 o más consumiciones de alcohol en una misma ocasión (en un intervalo aproximado de dos horas), se conoce como “*binge drinking*” o consumo en atracón.

Durante el año 2023, este comportamiento lo ha realizado el 28,2% de los alumnos de 14 a 18 años en el último mes. Evolutivamente, se mantiene la cifra registrada en 2021 (27,9% y 28,2%, respectivamente), si bien sigue registrándose el segundo menor resultado de la serie histórica.

Atendiendo al sexo, vemos que el consumo en atracón en el último mes es algo superior en chicos que en chicas (28,6% y 27,8%, respectivamente). Evolutivamente, en los chicos se registra un ligero repunte después de 2021, mientras que en las chicas continúa la tendencia positiva iniciada en 2019 y se registra la prevalencia de consumo en atracón más baja de la serie histórica.

Figura 1.2.4.

Prevalencia de “binge drinking” o consumo en atracón entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según sexo (%). España, 2014-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Lugares donde se consigue y donde se consume alcohol

Acerca de los **lugares** elegidos por los estudiantes de entre 14 a 18 años para realizar el **consumo** de esas **bebidas alcohólicas** en los 30 últimos días, cabe destacar en primer lugar los bares y pubs como la opción más señalada con un 52,8%, seguido por las discotecas con un 47,8% y las calles, plazas, parques, playas o espacios públicos abiertos con un 47,5%.

Evolutivamente, se observa la menor relevancia en esta ocasión de las casas de otras personas para el consumo de alcohol, siendo en 2021 el primer lugar elegido por los estudiantes (56,1%). Las restricciones aún vigentes por el tema de la COVID-19 en ciertos locales y hábitos de ocio seguramente tuviesen cierto impacto en la elección de los domicilios para el consumo de alcohol.

Por otro lado, dentro del mismo periodo de los últimos 30 días, los **lugares más habituales para la adquisición de bebidas alcohólicas** entre los alumnos de 14 a 18 años son los bares y pubs (54,9%), o los supermercados (54,1%) y las tiendas de barrio, chinos, quioscos o bodegas (49,4%). Entre los menores de edad, destaca su mayor limitación para la adquisición de bebidas alcohólicas y el mayor uso que hacen estos de las tiendas de barrio, chinos, quioscos y bodegas para su adquisición.

Tabla 1.2.24.

Lugares donde han comprado o conseguido y donde han consumido bebidas alcohólicas los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 30 días (%). España, 2023.

	Comprado/conseguido			Consumido		
	Total	14-17 años	18 años	Total	14-17 años	18 años
Supermercados	54,1	52,3	70,6	–	–	–
Bares o pubs	54,9	52,9	72,7	52,8	50,8	72,0
Discotecas	46,3	44,2	66,4	47,8	45,9	65,4
Tiendas de barrio, chinos, quioscos, bodegas	49,4	50,0	44,0	–	–	–
Hipermercados	22,0	21,2	29,8	–	–	–
Casa de otras personas	36,0	36,0	36,0	45,3	45,1	47,0
Casa donde vives	27,8	27,3	32,9	28,2	27,4	36,0
Internet	2,3	2,2	3,4	–	–	–
Venta ambulante	4,9	4,9	4,9	–	–	–
En calles, plazas, parques, playas o espacios públicos abiertos	–	–	–	47,5	48,2	40,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Observando la evolución histórica en la compra del alcohol, se puede comprobar que aumenta la adquisición en discotecas con respecto a la edición anterior, pasando de un 12,8% (2021) a un 46,3% (2023). También sube la compra en bares y pubs pasando de un 48,2% (2021) a un 54,9% (2023). Esto se debe a las restricciones sanitarias impuestas por la pandemia del COVID-19 que afectaron al ocio nocturno y que estuvieron vigentes en la primavera del 2021, momento es que se realizó el trabajo de campo de ESTUDES de dicha edición.

Tabla 1.2.25.

Lugares donde han comprado o conseguido bebidas alcohólicas los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 30 días (%). España, 2016-2023.

	Comprado/Conseguido			
	2016	2019	2021	2023
Supermercados	58,0	54,0	56,3	54,1
Bares o pubs	54,1	54,0	48,2	54,9
Discotecas	43,1	43,6	12,8	46,3
Tiendas de barrio, chinos, quioscos, bodegas	53,9	49,9	53,9	49,4
Hipermercados	27,2	21,9	21,2	22,0
Casa de otras personas	29,1	30,4	40,0	36,0
Casa donde vives	20,4	22,0	28,6	27,8
Internet	1,1	1,2	1,4	2,3
Venta ambulante	5,3	4,4	3,7	4,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Acerca de **cómo consiguen bebidas alcohólicas** los estudiantes de 14 a 18 años, lo más comentado es que son ellos mismos los que acceden a ellas. Seis de cada diez estudiantes declaran que compran/consiguen ellos directamente el alcohol, mientras que el 48,1% lo hace a través de otras personas mayores de edad.

También se puede observar que varía el modo de acceso al alcohol en función de si los estudiantes son menores de **edad** (14-17 años) o no (18 años). En este caso, el 91,5% de los estudiantes de 18 años que ha consumido esta sus-

tancia en los últimos 30 días lo han conseguido directamente, mientras que, en los menores de edad, la adquisición por medios propios baja al 56,6% y cobra más protagonismo la adquisición de bebidas alcohólicas a través de otras personas mayores (51,4%).

Del mismo modo, se pueden observar diferencias según el **sexo**: los alumnos tienen una mayor tendencia a conseguirlos por ellos mismos (un 62,8% frente al 57,4% de ellas) mientras que acceder al alcohol a través de otras personas mayores de edad es más frecuente entre las chicas que entre los chicos (52,5% frente al 43,3%).

Tabla 1.2.26.

Modos en que han comprado o conseguido bebidas alcohólicas los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 30 días, según sexo y edad (%). España, 2023.

	Total (14-18 años)			14-17 años
	T	H	M	
Tú directamente	60,0	62,8	57,4	56,6
A través de otras personas de 18 años o mayores	48,1	43,2	52,5	51,4
A través de otras personas menores de 18 años	17,4	15,5	19,1	18,8
De otra forma	8,9	9,5	8,4	9,4

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

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Consumo según tipo de bebida alcohólica

Los combinados son el tipo de bebida alcohólica con mayor prevalencia de consumo entre los estudiantes (22,4%), destacando en ambos sexos, aunque con mayor relevancia entre las chicas (23,0% frente al 21,9% en los chicos). En segunda posición se sitúa la cerveza/sidra, con un peso considerablemente superior entre los chicos (16,1% frente a 11,1%).

Tabla 1.2.27.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 7 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y tipo de bebida consumida (%). España, 2023.

	Total	Hombres	Mujeres
Cualquier bebida alcohólica	31,6	31,5	31,7
Combinados/cubatas	22,4	21,9	23,0
Cerveza/sidra	13,6	16,1	11,1
Licores fuertes	9,8	9,9	9,7
Licores de frutas	5,7	5,6	5,8
Vino/champán	5,8	5,9	5,6
Vermú/jerez/fino	1,6	1,9	1,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Botellón

El 47,4% de los estudiantes de entre 14 y 18 años reconoce haber hecho botellón en los últimos 12 meses. Cuando se ajusta el plazo temporal a los últimos 30 días, la prevalencia baja hasta el 19,7%.

Con independencia del periodo analizado, este tipo de acción de consumo de alcohol es más frecuente en las chicas que en los chicos. Por edad, se observa que, a medida que ésta aumenta, también aumenta la presencia de jóvenes

que tienen este hábito, pero los incrementos porcentuales van disminuyendo, incluso llega a registrarse un valor negativo cuando se pasa de 17 a 18 años, debido a que la mayoría de edad les permite consumir legalmente alcohol en locales y negocios privados.

Tabla 1.2.28.

Prevalencia de botellón en los últimos 12 meses y últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2023.

	Botellón en los últimos 12 meses	Botellón en los últimos 30 días
Total	47,4	19,7
Sexo		
Hombre	44,8	18,9
Mujer	50,0	20,5
Edad		
14 años	26,6	10,9
15 años	40,9	17,4
16 años	54,9	23,4
17 años	59,6	24,1
18 años	57,8	23,4

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

En relación con el consumo de otras sustancias psicoactivas, se observa que las prevalencias de consumo son más altas entre los estudiantes que realizaron botellón en los últimos 12 meses (tabla 1.2.29), en especial cuando se trata de tabaco y de cannabis, donde la presencia de estudiantes que han consumido esas drogas en el último año es cinco veces mayor que entre los que no han hecho botellón (47,8% vs. 9,2% para el tabaco, y 37,3% vs. 7,4% para el cannabis).

Tabla 1.2.29.

Prevalencia de consumo de tabaco, hipnosedantes (con o sin receta), cannabis, cocaína polvo y/o base, éxtasis, anfetaminas y alucinógenos en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hayan realizado o no botellón en los últimos 12 meses y según sexo (%). España, 2023.

	Total		Hombres		Mujeres	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Tabaco	47,8	9,2	44,9	7,8	50,5	10,9
Hipnosedantes con o sin receta	18,7	11,1	12,6	7,1	24,4	15,6
Cannabis	37,3	7,4	39,9	7,8	34,9	7,0
Cocaína polvo y/o base	3,8	0,8	5,4	1,1	2,4	0,5
Éxtasis	4,1	0,5	4,9	0,7	3,2	0,3
Anfetaminas	2,1	0,4	3,2	0,5	1,2	0,3
Alucinógenos	2,3	0,4	3,2	0,7	1,5	0,2

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Motivos para beber

Divertirse es el principal motivo para consumir alcohol en los últimos 30 días entre los estudiantes de 14 a 18 años (68,3%). Aunque en menor medida, también recibe un importante número de menciones el hecho de que les gusta la sensación que les proporciona. El tercer motivo para los chicos es el hecho de que el alcohol les ayuda a desinhibirse o ligar más, mientras que para las chicas cobra especial relevancia que les sirve de ayuda cuando están deprimidas.

Tabla 1.2.30.

Motivos principales por los que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años beben alcohol, según sexo (%). España, 2023.

	Total		Hombres		Mujeres	
	Raramente o nunca	Siempre o casi siempre	Raramente o nunca	Siempre o casi siempre	Raramente o nunca	Siempre o casi siempre
Es saludable	96,5	3,5	94,8	5,2	98,0	2,0
Para encajar en un grupo o para no sentirte excluido	92,0	8,0	91,7	8,3	92,3	7,7
Para emborracharte	87,2	12,8	88,3	11,7	86,2	13,8
Para desinhibirte o ligar más	80,6	19,4	77,9	22,1	83,0	17,0
Te ayuda cuando te sientes deprimido	75,4	24,6	81,5	18,5	70,1	29,9
Te gusta cómo te sientes	62,2	37,8	62,3	37,7	62,2	37,8
Es divertido o anima las fiestas	31,7	68,3	32,3	67,7	31,2	68,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Consumo de alcohol en padres

Existe una relación directa entre el consumo de alcohol de los estudiantes de 14 a 18 años y el que hacen sus padres y madres. En todos los períodos temporales y para todas las prácticas analizadas se observa, en general, un incremento de las prevalencias entre el alumnado a medida que se hace más frecuente el consumo de alcohol entre sus progenitores. El incremento porcentual más acentuado se da en los casos en los que el padre abusa del consumo de alcohol todos o casi todos los días.

Tabla 1.2.31.

Prevalencia de consumo de alcohol de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias según el consumo de alcohol que hayan realizado sus padres (%) España, 2023.

	Alcohol alguna vez en la vida	Alcohol últimos 12 meses	Borracheras últimos 12 meses	Botellón últimos 12 meses	Binge últimos 30 días
Padre					
No ha bebido ningún día	68,6	66,2	37,5	42,2	23,0
Ha bebido algún día aislado	79,0	77,0	45,4	51,4	29,9
Ha bebido solo los fines de semana	78,8	76,9	44,1	50,9	31,4
Ha bebido todos o casi todos los días moderadamente	80,4	77,7	44,8	50,1	29,4
Ha abusado del alcohol todos o casi todos los días	84,1	79,8	52,3	52,1	36,7
Madre					
No ha bebido ningún día	71,1	68,7	39,2	43,7	24,6
Ha bebido algún día aislado	79,8	77,6	46,1	51,7	30,4
Ha bebido solo los fines de semana	79,9	78,0	44,2	51,1	31,9
Ha bebido todos o casi todos los días moderadamente	82,8	80,9	49,0	52,9	30,3
Ha abusado del alcohol todos o casi todos los días	91,0	87,3	65,9	62,6	50,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Bebidas energéticas

Se ha analizado la extensión que tienen las bebidas energéticas (Red Bull, Burn, Monster, etc.) entre los alumnos de 14 a 18 años, obteniendo que cerca de la mitad (47,7%) han tomado bebidas de este tipo en los últimos 30 días, siendo la prevalencia mayor entre los chicos que entre las chicas en 13,7 puntos porcentuales (54,4% vs. 40,7%).

En el grupo masculino, aunque entre los más jóvenes (14 años) ya se detecta una prevalencia considerable de estas bebidas (46,1%), se observa un importante incremento entre los de 15 años (52,4%) y pasa a estabilizarse entre los de 16, 17 y 18 años, situándose cerca, aunque sin alcanzar el 60%.

En el caso de las chicas, la prevalencia de consumo se mantiene estable con un ligero crecimiento desde los 14 a los 17 años, haciendo que la diferencia de consumo de estas bebidas respecto a los chicos alcance su máximo entre las alumnas de 16 y 17 años con casi 20 puntos. Entre las alumnas de 18 años se observa un repunte del consumo elevándose la prevalencia de estas bebidas hasta el 44,2%.

En lo que respecta a **mezclar bebidas energéticas con alcohol**, se observa que el 19,5% de los estudiantes de 14 a 18 años ha realizado este consumo en los últimos 30 días. Atendiendo al sexo, se observa que la prevalencia es similar entre los alumnos y las alumnas de 14 y 15 años, empezando a ser más habitual su consumo entre los chicos de 16 y 17 años, para atenuarse algo a los 18 años debido al repunte que se produce en el consumo de las chicas de esa edad.

Tanto en el grupo masculino como en el femenino, se observa, en general, un incremento en la prevalencia de consumo a medida que lo hace la edad, si bien, en los hombres se alcanza el máximo a los 17 años, mientras que en las chicas se incrementa hasta los 16-17 años donde se estabiliza, dándose un repunte final entre las de 18 años.

Tabla 1.2.32.

Prevalencia de consumo de bebidas energéticas y de bebidas energéticas mezcladas con alcohol en los últimos 30 días, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2023.

	Total			14 años		15 años		16 años		17 años		14-17 años		18 años	
	T	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Bebidas energéticas	47,7	54,4	40,7	46,1	39,4	52,4	39,9	58,1	41,4	57,2	41,0	54,0	40,5	59,8	44,2
Bebidas energéticas mezcladas con alcohol	19,5	20,8	18,2	12,0	12,7	16,6	17,0	24,1	20,0	26,8	20,6	20,4	17,8	26,0	23,4

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

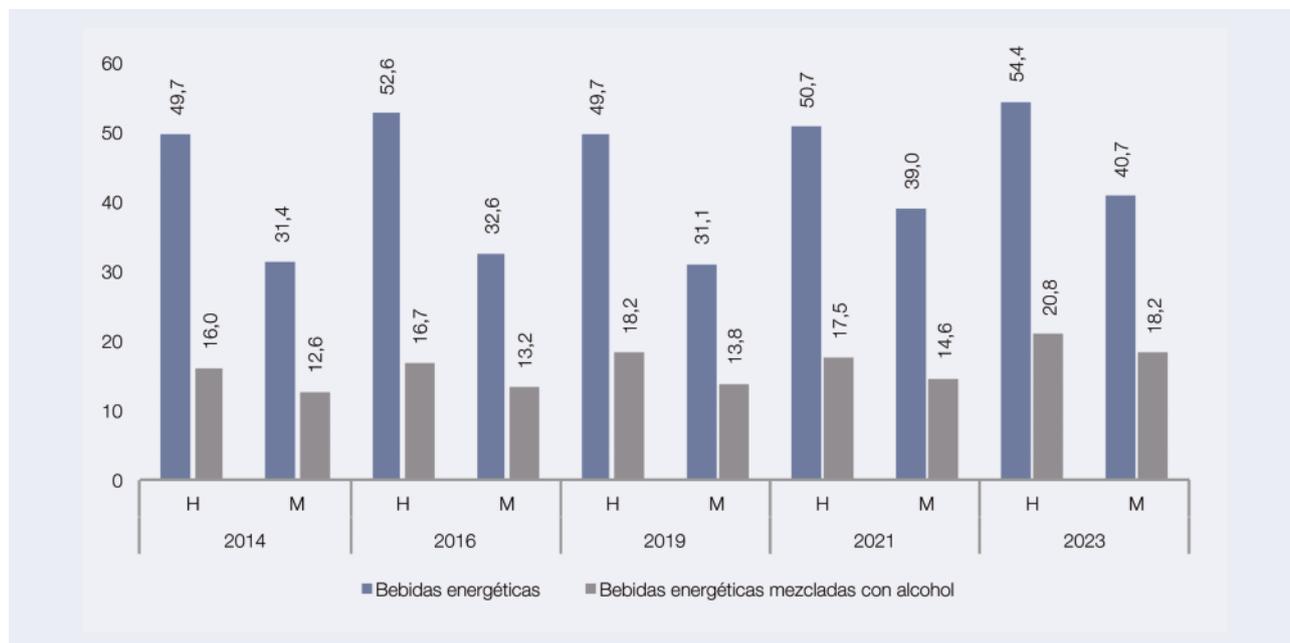
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Evolutivamente, se observa que tanto para el consumo de bebidas energéticas y de bebidas energéticas mezcladas con alcohol, y tanto en chicos como en chicas, las prevalencias registradas en 2023 son las mayores de toda la serie histórica.

Atendiendo al sexo, se observa que entre los alumnos se registra un mayor consumo en los últimos 30 días tanto de bebidas energéticas (de 50,7% en 2021 y 54,4% en 2023) como de bebidas energéticas mezcladas con alcohol (de 17,5% en 2021 a 20,8% en 2023), mientras que entre las alumnas se observa un crecimiento más acentuado para el consumo de este tipo de bebidas mezcladas con alcohol (de 14,6% en 2021 a 18,2% en 2023).

Figura 1.2.5.

Prevalencia de consumo de bebidas energéticas y de bebidas energéticas mezcladas con alcohol en los últimos 30 días, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2014-2023.



H = Hombres; M = Mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabaco

Después del alcohol, el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo entre los alumnos de 14 a 18 años. El 33,4% de los estudiantes indica que ha fumado tabaco alguna vez en su vida, reduciéndose esta proporción hasta el 27,7% para el consumo en los últimos 12 meses, y hasta el 21,0% para el plazo temporal de los últimos 30 días (figura 1.2.6).

Evolutivamente, se mantiene la tendencia negativa iniciada en 2006, y se observa de nuevo una caída en la prevalencia de consumo del tabaco en los tres tramos temporales analizados, registrándose así los datos de consumo más bajos para esta sustancia de toda la serie histórica.

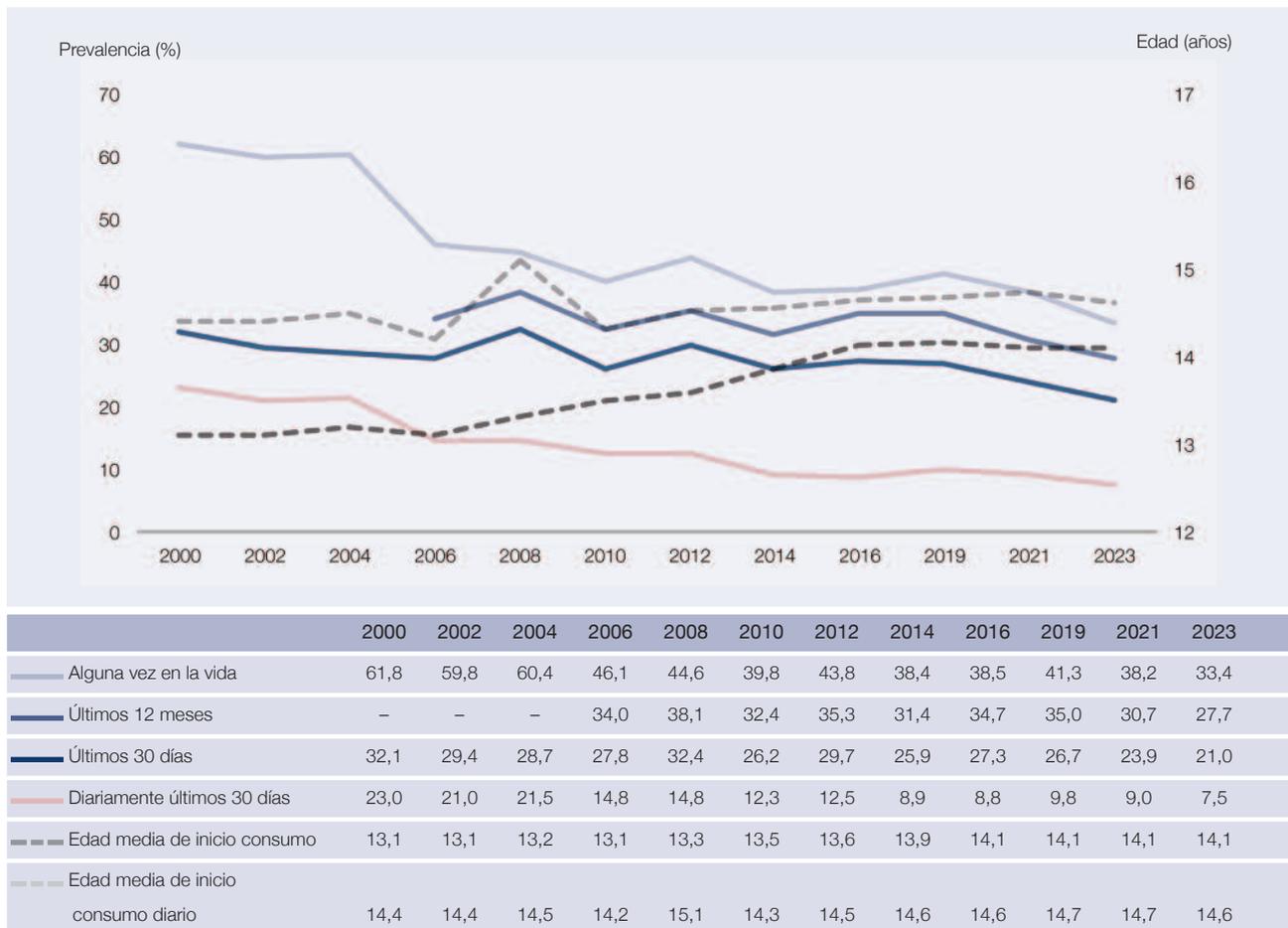
Respecto al consumo diario de tabaco en los últimos 30 días, se observa que, en 2023, la prevalencia se sitúa en el 7,5% lo que supone una caída respecto al dato de 2021 de 1,5 puntos porcentuales, registrándose, también para este indicador, el valor más bajo de toda la serie histórica.

Respecto a las edades medias de inicio en el consumo se observa una estabilización en los últimos años. Tanto el dato de la edad media de inicio en el consumo que lleva estable en los 14,1 años desde 2016, como la edad media de inicio en el consumo diario que apenas ha sufrido variación desde 2012, situándose en los 14,6 años.

Por **sexo**, se observa que el consumo de tabaco en los últimos 30 días está más extendido entre las chicas, dándose esta situación en todas las edades. La mayor diferencia se registra entre los estudiantes de 18 años con 6,8 puntos porcentuales (figura 1.2.7).

Figura 1.2.6.

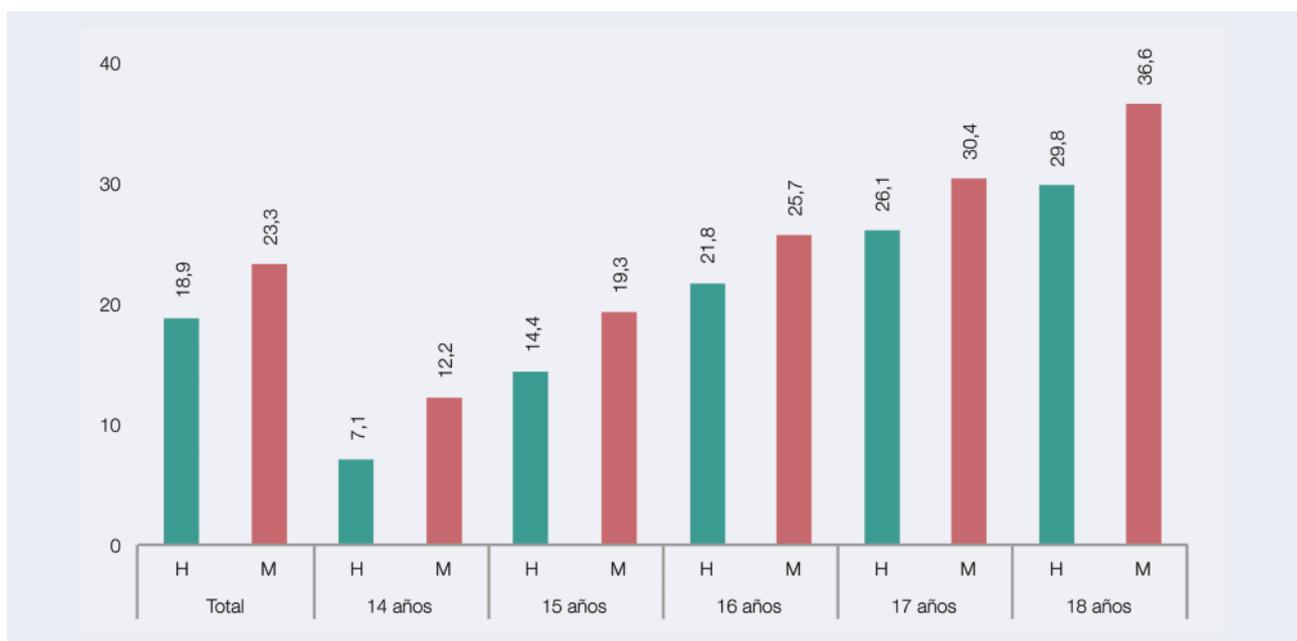
Prevalencia de consumo de tabaco (%) y edad media de inicio en el consumo (años) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 2000-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Figura 1.2.7.

Prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Por **edad**, la prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días tanto entre los chicos como entre las chicas de 14 a 18 años, ve un progresivo incremento hasta llegar a un 29,8% entre los alumnos de 18 años y un 36,6% entre las alumnas de 18 años.

En el caso de los chicos, el incremento porcentual registra su máximo entre los de 15 y 16 años, y se va atenuando entre los de 17 y 18 años. En el caso de las chicas, el crecimiento porcentual se mantiene estable a lo largo de todos los años.

La **edad media** en la que se produce el primer consumo de tabaco, tanto en chicos como en chicas, es a los 14,1 años, cifras similares a las que se llevan registrando desde 2016. Desde 2006, en ambos grupos, la edad de inicio en el consumo se ha ido retrasando ligeramente.

Por su parte, la edad media de inicio en el consumo diario de tabaco también resulta semejante en chicos y chicas (14,7 y 14,6 respectivamente).

Respecto al **número medio de cigarrillos de tabaco fumados al día**, los alumnos, pese tener un porcentaje menor de fumadores diarios que las chicas, hacen un consumo más intensivo de tabaco registrándose de media un mayor número de cigarrillos fumados al día: 7,5 frente a los 6 de las chicas. En términos evolutivos, se observa un aumento tanto entre los chicos como entre las chicas en el número medio de cigarrillos fumados al día respecto a 2021, registrándose el dato más alto en los alumnos desde 2004.

En 2023 la prevalencia de consumo diario de tabaco alcanza los menores valores de toda la serie histórica y la prevalencia de consumo diario por sexo muestra un consumo similar.

Tabla 1.2.33.

Características del consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2000-2023.

	2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2019		2021		2023		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Nº encuestados	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521	11.116	11.205	21.247	20.961	
Edad media de inicio del consumo (años)*	12,9	13,2	13,0	13,1	13,1	13,2	13,0	13,1	13,2	13,4	13,5	13,5	13,5	13,7	13,8	14,0	14,1	14,2	14,1	14,1	14,1	14,1	14,1	14,1	14,1
Edad media de inicio del consumo diario (años)	14,4	14,3	14,4	14,3	14,5	14,4	14,3	14,2	14,3	14,3	14,4	14,3	14,6	14,5	14,6	14,5	14,7	14,6	14,7	14,6	14,8	14,7	14,7	14,7	14,6
Prevalencia alguna vez en la vida (%)	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	54,1	42,0	49,8	42,2	47,0	35,6	43,8	41,6	46,1	36,5	40,3	36,3	40,7	38,2	44,3	35,1	41,5	30,0	36,8	
Prevalencia últimos 30 días (%)	27,3	37,1	25,0	33,4	25,1	32,4	24,8	30,6	30,9	33,8	23,0	29,3	28,1	31,3	24,5	27,2	25,6	29,0	23,9	29,3	21,2	26,7	18,9	23,3	
Prevalencia de consumo diario (%)	19,3	27,0	17,7	24,2	18,9	24,1	12,5	16,9	13,3	16,4	11,0	13,6	12,0	13,1	8,7	9,1	8,6	9,0	9,4	10,3	8,8	9,2	6,9	8,1	
Cigarrillos diarios consumidos diariamente (%)																									
1-5	44,4	49,0	44,7	46,5	41,6	44,5	61,9	63,0	56,1	58,3	65,0	68,5	54,7	57,0	60,6	66,1	56,6	63,5	56,6	67,0	55,1	63,4	49,6	59,1	
6-10	34,8	35,2	33,5	36,0	35,7	35,5	22,7	27,2	28,0	30,1	23,3	23,9	32,4	32,9	30,7	26,5	32,9	28,3	30,9	25,5	30,7	28,6	32,5	30,5	
>10	20,8	15,8	21,8	17,5	22,7	20,0	15,3	9,8	15,9	11,6	11,7	7,6	12,9	10,1	8,7	7,4	10,5	8,1	12,5	7,5	14,2	8,0	17,9	10,4	
Media de cigarrillos al día (nº)	7,6	6,8	7,8	7,3	8,1	7,5	5,8	5,3	5,1	5,0	5,7	4,8	6,4	6,0	5,8	5,4	6,1	5,5	6,5	5,5	6,8	5,4	7,5	6,0	

H = Hombres, M = Mujeres.

* En fumadores actuales y ex-fumadores (años).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Figura 1.2.8.

Prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2000-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

En relación al **tipo de cigarrillos fumados**, vemos que el 49% de los estudiantes de 14 a 18 años que ha fumado tabaco en los últimos 30 días declara que ha fumado cigarrillos tanto de cajetilla como de liar. En términos de exclusividad, es más habitual consumir sólo de cajetilla (34,5%) que sólo de liar (16,5%).

Atendiendo al sexo, vemos que entre los chicos está algo más extendido el consumo de cigarrillos de ambos tipos que entre las chicas (51,1% frente a 47,3%), donde encontramos algo más de presencia tanto de las que consumen sólo de cajetilla (35,3% frente a 33,5% entre los chicos) como sólo de liar (17,4% frente a 15,3% entre los chicos).

Tabla 1.2.34.

Prevalencia del consumo de cigarrillos de cajetilla, de liar o de los 2 tipos en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han fumado en los últimos 30 días, según sexo y edad (%). España, 2023.

	Cigarrillos de cajetilla	Cigarrillos de liar	De los 2 tipos
Total	34,5	16,5	49,0
Hombre	33,5	15,3	51,1
Mujer	35,3	17,4	47,3
14 años	38,6	13,2	48,1
15 años	36,6	12,9	50,5
16 años	35,2	15,7	49,1
17 años	31,4	19,0	49,7
18 años	35,1	19,8	45,1
14-17 años	34,4	16,1	49,5

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Por edades es más común fumar cigarrillos de ambos tipos, con independencia de la edad analizada. Es más habitual encontrar a alumnos que fuman sólo cigarrillos de liar a medida que aumenta la edad, a la vez que el consumo de cigarrillos sólo de cajetilla tiene mayor presencia entre los estudiantes más jóvenes.

Estudiantes que se han planteado dejar de fumar

El 28,2% de los estudiantes que ha fumado en los últimos 12 meses, no se ha planteado nunca dejar de fumar (tabla 1.2.35), cifra que se mantiene entre los que han fumado en los últimos 30 días (28,3%), y que se reduce hasta el 20,4% cuando nos centramos en los estudiantes que han fumado a diario en los últimos 30 días. Se plantean dejar de fumar más chicas que chicos.

Por el contrario, un 41,5% de los estudiantes que han fumado en los últimos 12 meses han intentado dejar de fumar; reduciéndose en 2,2 puntos porcentuales la proporción entre los que han fumado en los últimos 30 días (39,3%), y hasta el 37,8% entre los que han fumado tabaco a diario en el último mes.

Tabla 1.2.35.

Porcentaje de estudiantes que se han planteado alguna vez dejar de fumar entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según la prevalencia de consumo de tabaco y según sexo (%). España, 2023.

	Estudiantes que han fumado en los últimos 12 meses			Estudiantes que han fumado en los últimos 30 días			Estudiantes que han fumado a diario en los últimos 30 días		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Se han planteado dejar de fumar y lo han intentado	41,5	39,1	43,4	39,3	37,3	41,0	37,8	35,0	40,2
Se han planteado dejar de fumar pero no lo han intentado	30,3	28,9	31,5	32,3	30,6	33,7	41,8	38,4	44,8
No se han planteado dejar de fumar	28,2	32,0	25,1	28,3	32,1	25,3	20,4	26,5	15,1

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

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Cigarrillos electrónicos

Más de la mitad de los estudiantes de 14 a 18 años reconoce haber consumido alguna vez en su vida cigarrillos electrónicos (54,6%). Esto supone un incremento de 10,3 puntos porcentuales respecto al dato de 2021, y sitúa el uso de estos dispositivos en el punto más alto de la serie histórica (figura 1.2.9).

Por **sexo**, se observa un mayor incremento de la prevalencia de esta sustancia entre las alumnas (15,1 puntos porcentuales respecto al dato de 2021) que entre los alumnos (5,6 puntos porcentuales respecto a 2021), siendo la primera vez que desde que se analiza esta sustancia se registra un consumo superior entre las chicas que entre los chicos (figura 1.2.10).

Atendiendo al **sexo y la edad** (figura 1.2.11), se observa que, en ambos grupos, la prevalencia de consumo aumenta a medida que lo hace la edad, registrándose así la proporción más alta entre los de 18 años (65,8% en chicos y 66,3% en chicas).

Respecto al **contenido de los cigarrillos electrónicos**, más de la mitad de los que han consumido cigarrillos electrónicos lo han hecho sin incluir ni nicotina ni cannabis. También se observa que las mujeres consumen más cigarrillos electrónicos con nicotina que los hombres (figura 1.2.12).

Figura 1.2.9.

Prevalencia del consumo de cigarrillos electrónicos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2014-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Figura 1.2.10.

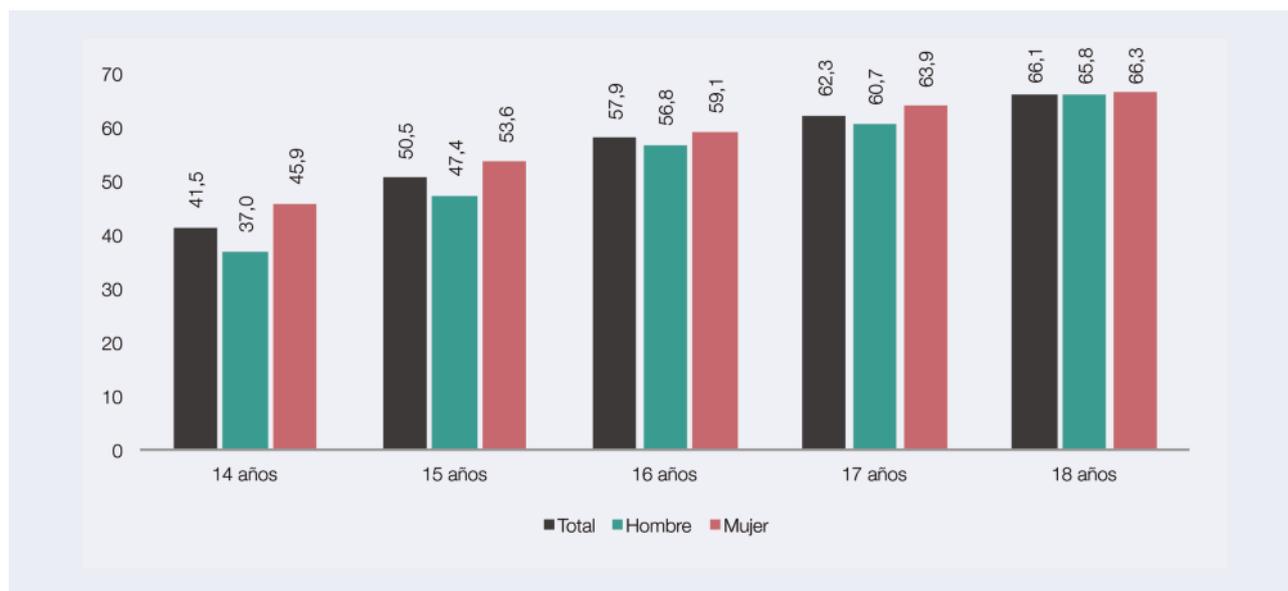
Evolución de la prevalencia del consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2014-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Figura 1.2.11.

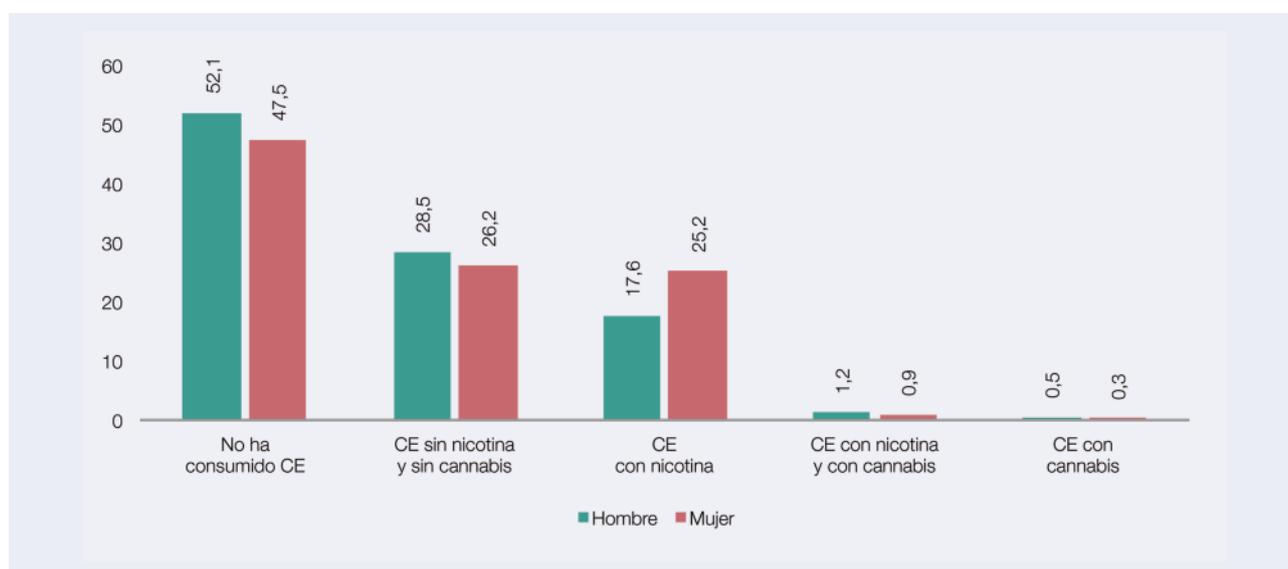
Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Figura 1.2.12.

Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según el contenido del cigarrillo electrónico y según sexo (%). España, 2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Pipas de agua

El 57,9% de los alumnos reconoce haber usado pipas de agua alguna vez en la vida, entendiéndose como tal cachimbas, sishas, hookah, narguille... Esta proporción se reduce hasta el 44,8% cuando se limita su consumo a los últimos 12 meses.

Por **sexo**, vemos una prevalencia similar en el uso de pipas de agua tanto para alguna vez en la vida como en los últimos 12 meses entre los chicos y chicas de esta edad. Si bien, existe una mayor proporción de chicos que de chicas a partir de los 16 años.

Tabla 1.2.36.

Prevalencia de consumo de pipas de agua alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses en la población de estudiantes de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2023.

	Total	Sexo		Edad									
				14 años		15 años		16 años		17 años		18 años	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Alguna vez en la vida	57,9	59,1	56,7	40,0	39,5	50,0	49,7	63,9	60,3	72,7	69,9	75,7	73,4
Últimos 12 meses	44,8	46,2	43,4	28,1	27,0	37,1	37,4	50,0	46,4	60,2	55,4	61,1	59,2

H = Hombres; M = Mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

De entre los que han consumido pipas de agua alguna vez en la vida, sólo el 34,1% indica que nunca ha incluido en las pipas de agua ni nicotina ni marihuana o hachís. El 8,2% asegura haber consumido las pipas de agua con cannabis, siendo este tipo de consumo más extendido entre los hombres que entre las mujeres.

Hipnosedantes

Hipnosedantes (con o sin receta médica)

En 2023, la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta médica entre los estudiantes de 14 a 18 años, permanece estable en el consumo esporádico (al igual que en 2021 un 19,6% de los alumnos admite haberlos probado alguna vez en la vida). La prevalencia de consumo en tramos temporales más próximos registra un aumento en las prevalencias: en los últimos 12 meses se pasa de un 13,6% en 2021 a un 14,8% en 2023, y en los últimos 30 días de un 7,5% en 2021 a un 8,2% en la actualidad.

Evolutivamente, el consumo de hipnosedantes ha ido aumentando a lo largo de toda la serie histórica en todos los tramos temporales analizados, alcanzándose en esta ocasión las prevalencias más altas desde que se lleva haciendo este estudio.

Por término medio, el primer consumo de hipnosedantes se produce a los 14,1 años, dato que se ha mantenido constante a lo largo de toda la serie histórica (figura 1.2.13).

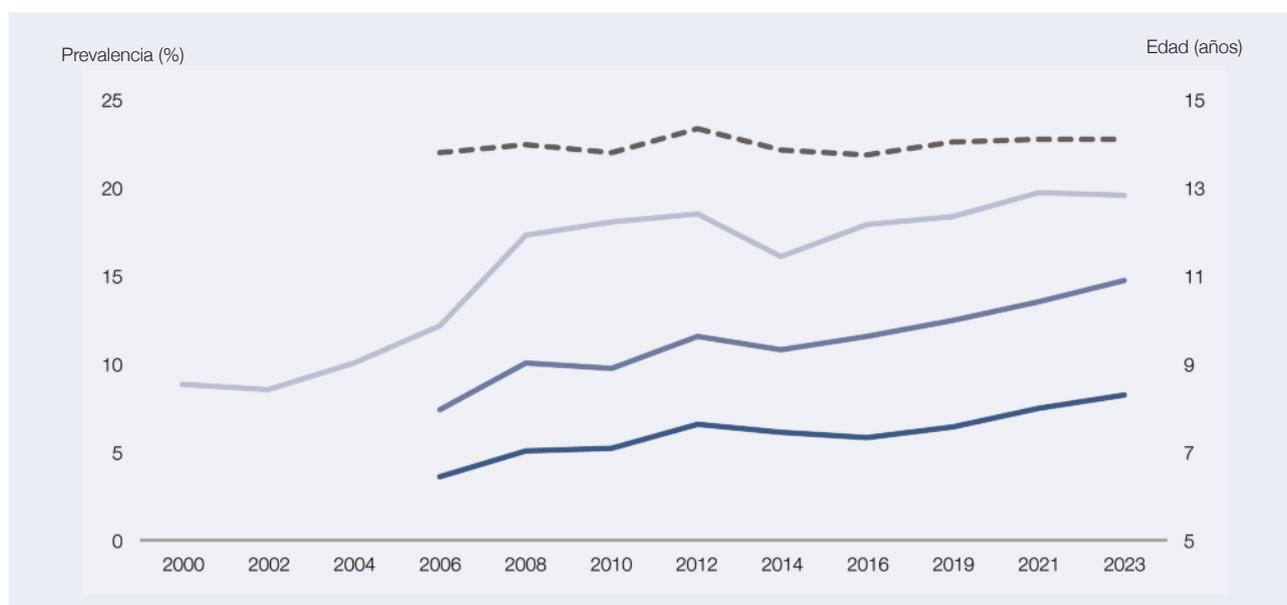
Los hipnosedantes son unas sustancias en las que se observa una gran disparidad en la prevalencia de consumo atendiendo al sexo, y es que el consumo es mayor entre las chicas donde, una de cada cuatro reconoce haber ingerido este tipo de sustancias alguna vez en la vida (26,1%), proporción que se reduce prácticamente a la mitad entre los chicos (13,3%).

Tanto en el grupo femenino como en el masculino, la extensión del consumo de hipnosedantes (con o sin receta) aumenta a medida que lo hace la edad, por lo que la prevalencia más elevada en los diferentes tramos temporales se registra en el grupo de 18 años para ambos sexos. Así, un 36,9% de las chicas de este grupo de edad ha consumido hipnosedantes alguna vez en su vida, en comparación con el 25,3% que registran las que tienen entre 14 y 17 años, y en el caso de los alumnos un 18,7% de los de 18 años han consumido esta sustancia al menos una vez en su vida frente al 12,9% que se registra entre los de 14-17 años (tabla 1.2.37).

Evolutivamente, cabe destacar un incremento en el consumo de hipnosedantes entre las chicas, pasando de 24,1% en 2021 a 26,1% en 2023 y una reducción del mismo peso porcentual entre los chicos pasando de 15,3% a 13,3% en los dos últimos años (tabla 1.2.38).

Figura 1.2.13.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta médica (%) y edad media de inicio en el consumo (años) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2000-2023.



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Alguna vez en la vida	8,8	8,5	10,0	12,1	17,3	18,0	18,5	16,1	17,9	18,4	19,6	19,6
Últimos 12 meses	-	-	-	7,4	10,1	9,8	11,6	10,8	11,6	12,5	13,6	14,8
Últimos 30 días	-	-	-	3,6	5,1	5,2	6,6	6,2	5,9	6,4	7,5	8,2
Edad media de inicio consumo	-	-	-	13,8	14,0	13,8	14,3	13,9	13,7	14,0	14,1	14,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.37.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2023.

	Total			14 años			15 años			16 años			17 años			14-17 años			18 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez	19,6	13,3	26,1	15,9	10,3	21,3	17,5	11,3	23,7	19,9	13,4	26,8	22,2	15,9	28,7	19,0	12,9	25,3	27,4	18,7	36,9
Último año	14,8	9,7	20,0	11,9	7,5	16,0	13,5	8,6	18,5	14,9	9,8	20,4	16,6	11,1	22,2	14,3	9,3	19,4	20,7	14,0	28,2
Último mes	8,2	5,4	11,0	6,3	4,0	8,5	7,5	4,9	10,1	8,5	5,6	11,5	9,2	6,3	12,2	8,0	5,3	10,7	11,3	7,3	15,8

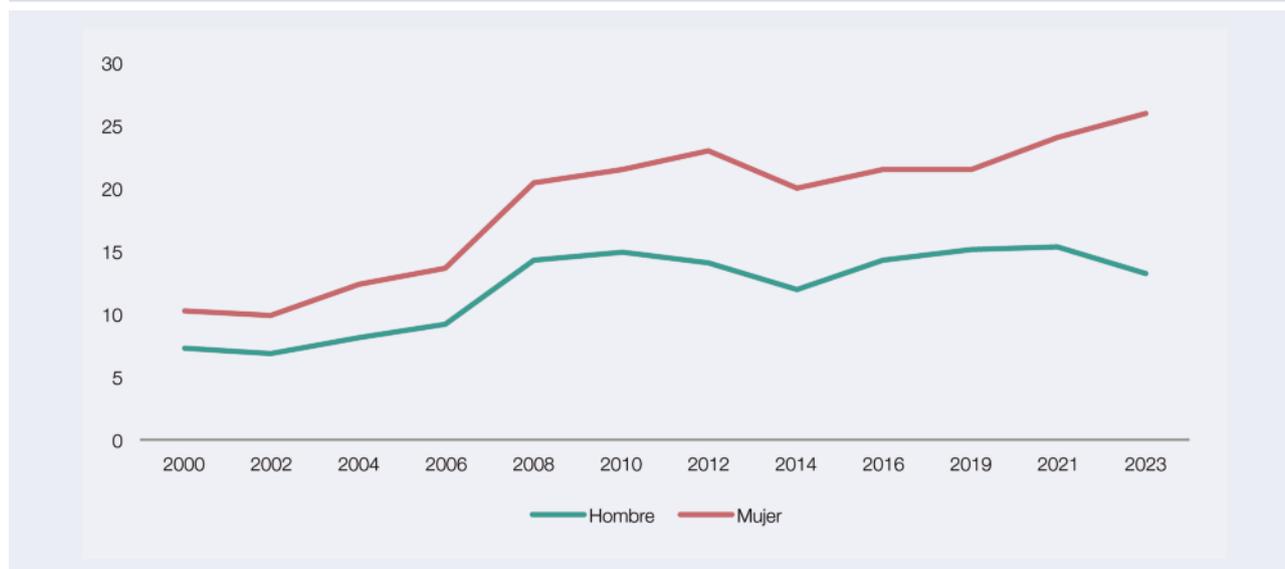
T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.38.

Prevalencia del consumo de hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2000-2023.

	2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2019		2021		2023	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Nº encuestados	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521	11.116	11.205	21.247	20.961
Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida	7,3	10,2	6,8	9,9	8,1	12,3	9,3	13,6	14,2	20,4	14,9	21,5	14,1	23,0	11,9	20,1	14,4	21,5	15,1	21,5	15,3	24,1	13,3	26,1



H = Hombres, M = Mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Hipnosedantes (sin receta médica)

El 9,7% de los alumnos admite que en alguna ocasión ha tomado hipnosedantes sin que se los haya recetado un médico. La prevalencia del consumo sin prescripción médica presenta una tendencia de consumo ligeramente ascendente, alcanzando el valor más elevado de los últimos años en 2021 (10,3%) y registrándose en 2023 un ligero descenso para el tramo de alguna vez en la vida (9,7%) (figura 1.2.14). En el resto de tramos temporales, sin embargo, suben ligeramente las prevalencias de consumo de estas sustancias sin receta respecto a 2021, continuando así la tendencia creciente de los últimos años.

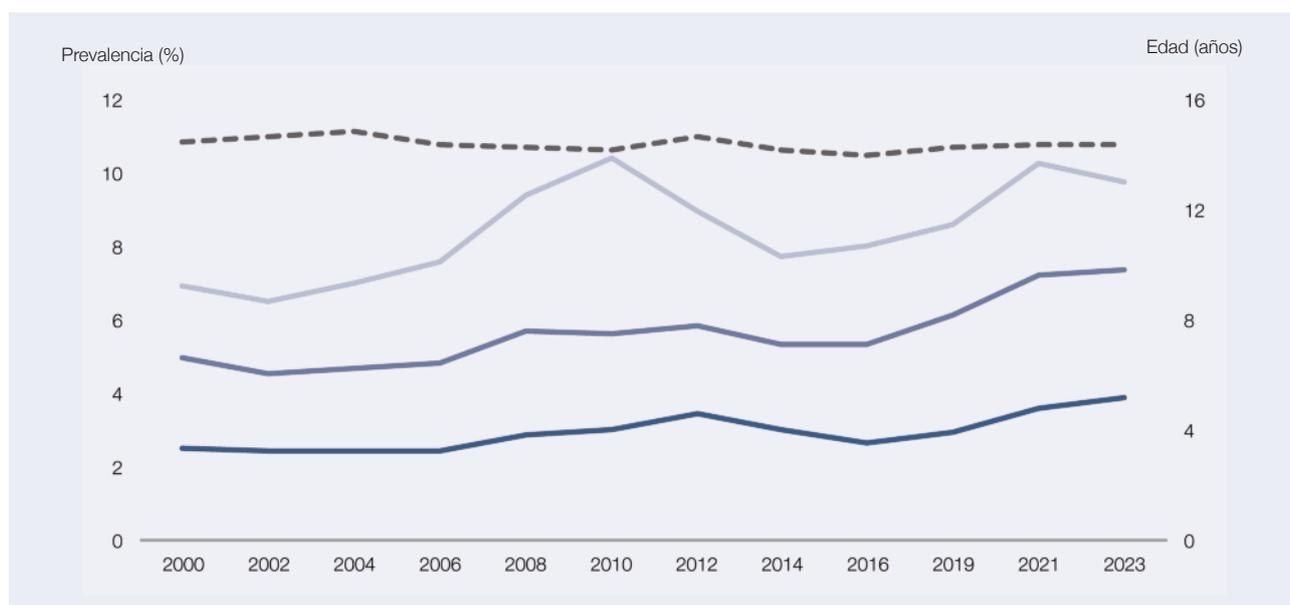
A lo largo de la serie histórica, la edad de inicio en el consumo de hipnosedantes sin receta se ha mantenido entre los 14 y 15 años, siendo el promedio registrado en 2023 de 14,4 años.

Cuando se analiza el consumo de hipnosedantes sin prescripción médica previa, atendiendo al sexo y a la edad, se observa que se trata de un consumo más prevalente entre las chicas independientemente de la edad y el tramo temporal de consumo analizado (tabla 1.2.39). En el caso de alguna vez en la vida y del último año las proporciones que se registran entre las alumnas están cercan de duplicar la que se registran entre los chicos.

Tal y como ocurría con los hipnosedantes con y sin receta, en el grupo femenino y masculino el consumo de hipnosedantes, en este caso exclusivamente sin receta, adquiere mayor prevalencia a medida que aumenta la edad de los estudiantes, de modo que el mayor porcentaje de consumo se registra entre los estudiantes de 18 años para todos los tramos temporales.

Figura 1.2.14.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta (%) y edad media de inicio en el consumo (años) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2000-2023.



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Alguna vez en la vida	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4	10,4	8,9	7,8	8,0	8,6	10,3	9,7
Últimos 12 meses	5,0	4,5	4,7	4,8	5,7	5,6	5,8	5,3	5,4	6,1	7,2	7,4
Últimos 30 días	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9	3,0	3,4	3,0	2,6	2,9	3,6	3,8
Edad media de inicio consumo	14,5	14,6	14,8	14,4	14,3	14,2	14,6	14,2	14,0	14,3	14,4	14,4

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.39.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2023.

	Total			14 años			15 años			16 años			17 años			14-17 años			18 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez	9,7	6,9	12,7	7,6	4,8	10,3	8,2	5,4	11,1	10,2	7,3	13,4	11,3	8,5	14,3	9,5	6,6	12,4	13,5	10,6	16,7
Último año	7,4	5,3	9,5	5,6	3,7	7,3	6,4	4,2	8,6	8,0	5,8	10,4	8,4	6,3	10,5	7,2	5,1	9,3	10,3	7,8	13,0
Último mes	3,8	3,0	4,7	2,9	2,1	3,6	3,5	2,4	4,6	4,1	3,3	5,0	4,3	3,6	5,0	3,7	2,9	4,6	5,2	4,4	6,1

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

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

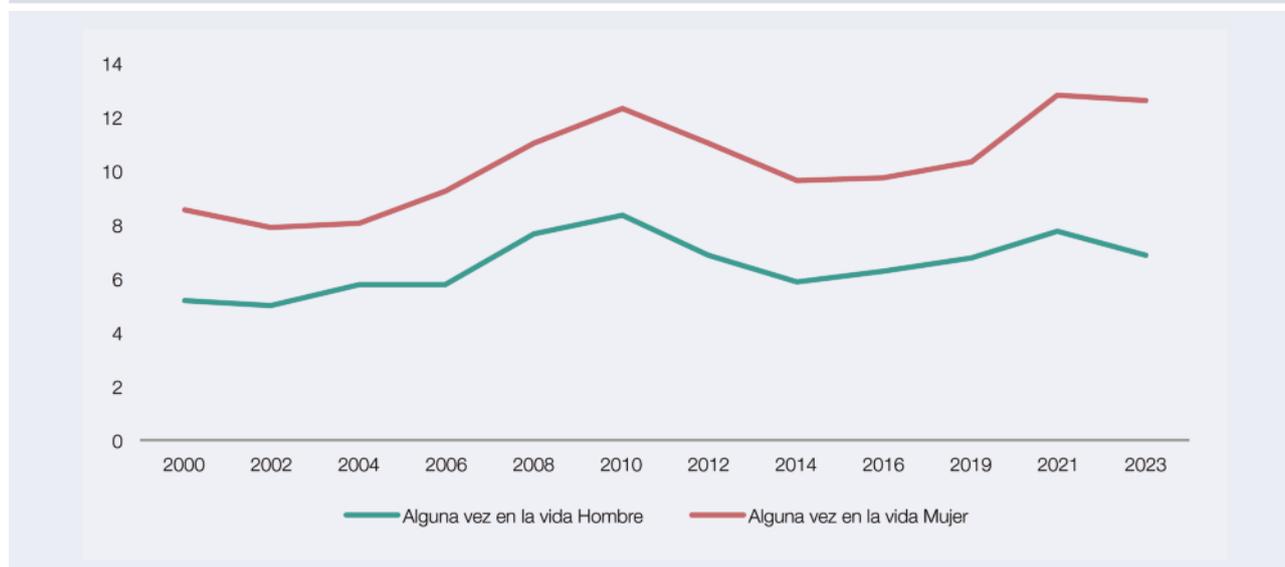
Históricamente el consumo de hipnosedantes sin receta siempre ha estado más presente en las chicas. En ellas, la prevalencia relativa al consumo alguna vez en la vida se ha mantenido en una franja entre el 7,6% y el 12,9% a lo largo de la serie, mientras que, en el grupo masculino, la cifra de consumo ha oscilado históricamente entre el 4,4% y el 8,4% (tabla 1.2.40).

En cuanto a la edad de inicio en el consumo, a lo largo de la serie se ha observado que, por término medio, los chicos que han consumido alguna vez realizaron su primer consumo antes que las chicas, situación que se repite en 2023: 14,2 edad media de inicio de consumo entre los chicos y 14,5 edad media de inicio de consumo entre las chicas.

Tabla 1.2.40.

Características del consumo de hipnosedantes sin receta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2000-2023.

	2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2019		2021		2023	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Nº encuestados	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521	11.116	11.205	21.247	20.961
Edad media de inicio en el consumo de hipnosedantes sin receta (años)	14,3	14,7	14,4	14,8	14,7	14,9	13,8	14,4	13,9	14,5	13,7	14,4	14,3	14,8	13,8	14,5	13,5	14,2	14,1	14,3	14,3	14,4	14,2	14,5
Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida	5,2	8,6	5,0	7,9	5,8	8,1	5,8	9,2	7,7	11,0	8,4	12,3	6,9	11,0	5,8	9,6	6,3	9,8	6,8	10,3	7,8	12,9	6,9	12,7
Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5	3,7	5,8	4,6	6,8	4,4	6,7	4,4	7,3	3,8	6,8	4,1	6,7	4,7	7,4	5,1	9,4	5,3	9,5
Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0	2,0	2,8	2,4	3,3	2,3	3,6	2,6	4,3	2,0	3,9	2,0	3,3	2,2	3,5	2,6	4,7	3,0	4,7



H = Hombres, M = Mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Analgésicos opioides

Como novedad, en la encuesta del año 2019 se incluyó la pregunta sobre el uso de analgésicos opioides para colocarse. Por ello, a diferencia de otras sustancias presentes en este estudio, sólo se tienen datos comparables de las tres últimas ediciones de la encuesta.

En 2023, el 1,8% de los estudiantes de 14 a 18 años declara haber consumido analgésicos opioides para colocarse alguna vez en su vida. Esta proporción se reduce hasta el 1,3% para el tramo temporal de los últimos 12 meses, habiendo aumentado 0,4 puntos porcentuales respecto al dato de 2021 y volviendo a niveles pre-pandemia. El consumo de esta sustancia en los últimos 30 días se sitúa en niveles muy residuales (0,6%) (tabla 1.2.41).

La **edad de inicio** de consumo se sitúa por primera vez ligeramente por debajo de los 15 años consolidando la tendencia de inicio de consumo cada vez más precoz (tabla 1.2.41).

En función del **sexo**, el consumo de esta sustancia está más extendido entre los chicos que entre las chicas en todos los tramos temporales, siendo una sustancia cuyo consumo está muy reducido en ambos colectivos y en todos los tramos temporales analizados (tabla 1.2.42).

Tabla 1.2.41.

Prevalencia de consumo de analgésicos opioides para colocarse entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2019-2023.

	2019	2021	2023
Alguna vez en la vida	2,2	1,7	1,8
Últimos 12 meses	1,5	0,9	1,3
Últimos 30 días	0,5	0,3	0,6
Edad media de inicio en el consumo	15,2	15,1	14,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.42.

Prevalencia de consumo de analgésicos opioides para colocarse entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2023.

	Total	Hombre	Mujer
Alguna vez en la vida	1,8	2,2	1,4
Últimos 12 meses	1,3	1,7	0,9
Últimos 30 días	0,6	0,9	0,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Cannabis

El cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia de consumo entre los estudiantes de 14 a 18 años, siendo en 2023 un 26,9% aquellos que admitieron haberla consumido alguna vez en su vida (figura 1.2.15).

La prevalencia de consumo del cannabis presentó una tendencia creciente desde 1994 hasta 2004, cuando alcanzó su máximo nivel con un 42,7% que reconocía haberlo consumido en alguna ocasión. A partir de aquel año, la prevalencia de consumo comenzó una tendencia descendente, con ligeros repuntes en 2012 y 2019. En 2023, se registra la prevalencia más baja desde 1998 (26,9%).

Por término medio, el inicio de consumo de esta droga comienza antes de cumplir los 15 años (14,9), cifra que se ha mantenido sin apenas variaciones en las últimas ediciones.

Analizando el tramo temporal de los últimos 30 días, los estudiantes que confirman un consumo de cannabis representan el 15,6%. Evolutivamente, tras la tendencia ascendente que se observó entre los años 1994 y 2004, se registra una tendencia descendente, estabilizándose en 2023.

En general, el consumo de cannabis se encuentra más extendido en los chicos. Las únicas excepciones se dan entre los alumnos de 14 años donde se registran prevalencias más altas entre las chicas en todos los tramos de consumo analizados (figura 1.2.16).

Considerando el grupo masculino, el 12,2% de los estudiantes de 14 años ha consumido cannabis alguna vez, proporción que aumenta progresivamente con la edad, encontrando que, en el grupo de 16 años son 1 de cada 3 los que han consumido en alguna ocasión (30,4%), y en el grupo de 18 años el porcentaje de consumo se aproxima al 50% (47,2%).

Contemplando el grupo femenino, el 13,3% de las estudiantes de 14 años admiten haber consumido esta droga alguna vez. La proporción asciende a 2 de cada 10 en el grupo de 15 años (20,4%), y esta prevalencia se hace más del doble entre las de 18 años (44,2%).

Al considerar el tramo temporal de los últimos 30 días, tanto en el grupo masculino como en el femenino la prevalencia de consumo aumenta progresivamente con la edad.

Figura 1.2.15.

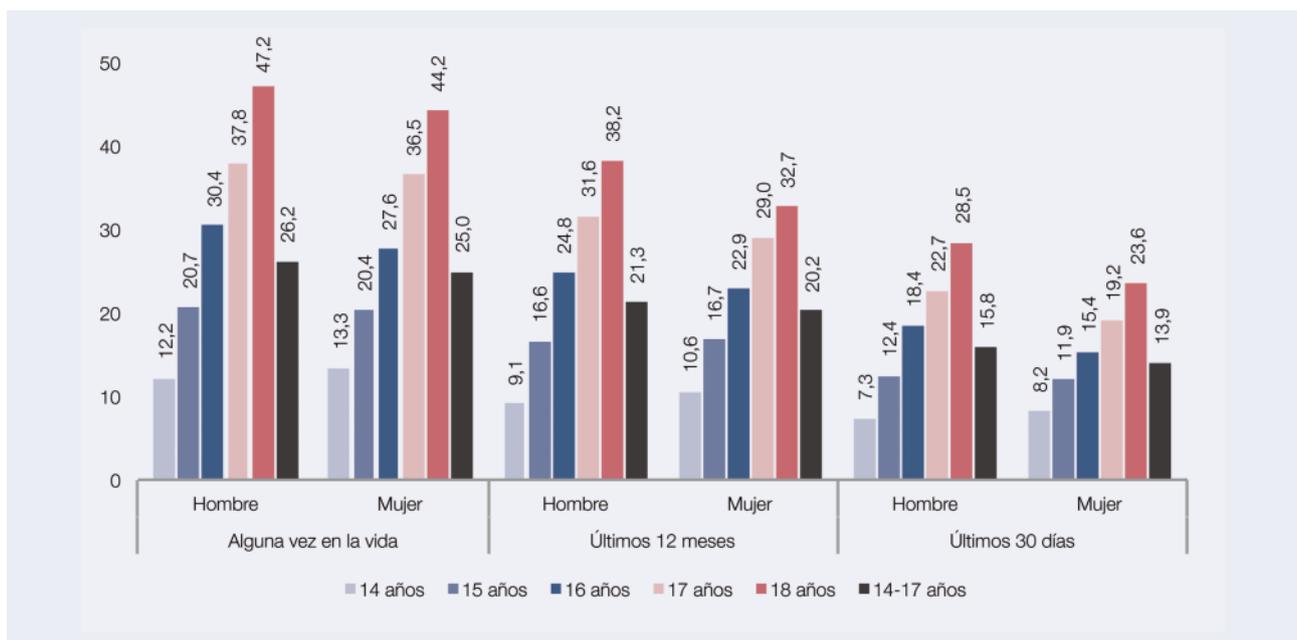
Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%) y edad media de inicio del consumo (años). España, 2000-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Figura 1.2.16.

Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

A lo largo de la serie histórica, el consumo de cannabis siempre ha estado más extendido entre los chicos; sin embargo, a medida que pasan los años se ha ido reduciendo la diferencia por sexos. Respecto a 2021, vemos en ambos colectivos un descenso en la prevalencia de consumo para alguna vez en la vida y los últimos 12 meses, registrándose, sin embargo, un incremento en la presencia de alumnos que reconocen su consumo durante los últimos 30 días.

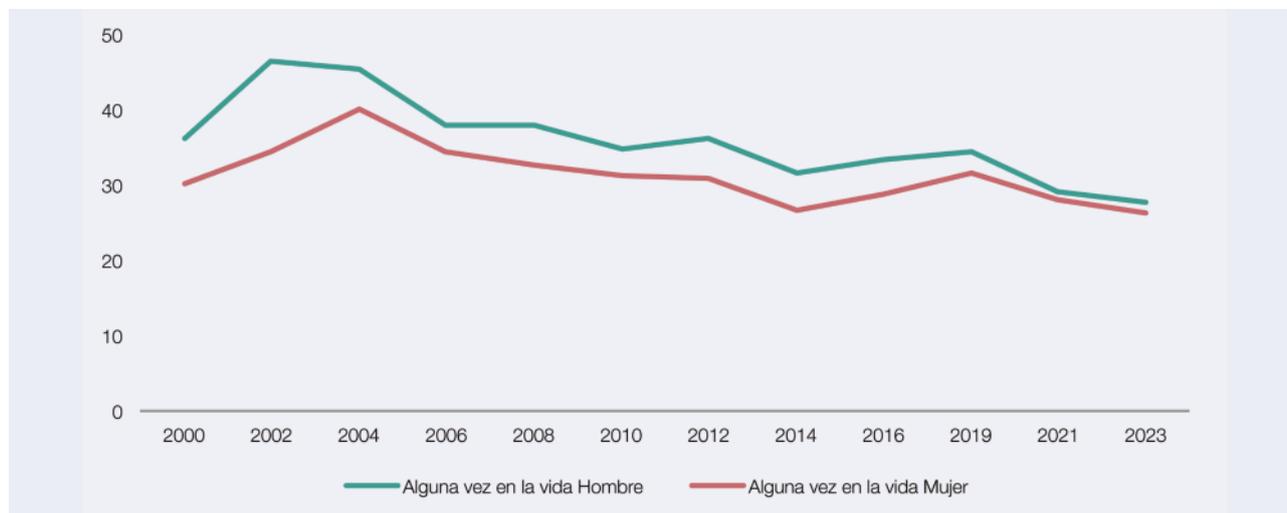
La edad de inicio de consumo del cannabis se sitúa para chicos y chicas en los 14,9 años, cifra que se ha mantenido estable a lo largo de la serie histórica.

Analizando la frecuencia de consumo en el último mes, lo más frecuente, tanto en chicos como en chicas, es que el cannabis se haya tomado de forma esporádica (1 o 2 días). Sólo en casos residuales, el consumo alcanza la frecuencia de 20 o más días (1,7% en alumnos y 1,0% en alumnas).

Tabla 1.2.43.

Características generales del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2000-2023.

	2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2019		2021		2023	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Nº encuestados	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.784	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521	11.116	11.205	21.247	20.961
Edad media de inicio de consumo (años)	14,8	15,0	14,6	14,8	14,6	14,8	14,5	14,6	14,6	14,7	14,6	14,8	14,8	15,0	14,8	14,9	14,8	14,9	14,9	15,0	14,8	14,9	14,9	14,9
Prevalencia (%) alguna vez en la vida	36,2	30,1	46,6	34,6	45,3	40,2	38,0	34,6	37,8	32,8	34,9	31,1	36,3	30,7	31,5	26,8	33,2	28,9	34,5	31,5	29,2	27,9	27,6	26,2
Prevalencia (%) últimos 12 meses	32,2	25,2	36,2	29,8	39,4	33,7	31,6	28,2	33,5	27,5	26,8	23,3	29,7	23,3	28,0	23,0	28,1	24,4	29,2	25,9	22,6	21,8	22,5	21,0
Prevalencia (%) últimos 30 días	24,5	16,9	25,8	19,6	28,3	22,0	22,3	18,0	23,0	17,2	18,6	14,6	18,9	13,3	21,4	15,8	20,8	15,9	21,5	17,3	15,7	14,1	16,7	14,5
Frecuencia de consumo en los últimos 30 días																								
Nunca	75,5	83,1	74,2	80,4	71,7	78,0	77,7	82,0	74,7	82,5	80,3	84,7	81,1	86,7	83,1	87,9	84,2	88,2	82,3	86,6	87,6	89,1	89,1	90,5
1 a 2 días	8,6	8,8	8,6	9,1	9,4	9,8	7,4	7,4	7,9	7,1	6,9	6,8	7,1	6,2	6,5	6,0	5,7	5,5	7,0	6,5	5,1	5,4	4,7	4,8
3 a 5 días	4,7	3,5	4,8	3,8	4,4	4,5	5,3	4,8	5,0	4,6	3,9	3,7	3,9	3,0	3,9	2,8	3,6	2,7	3,8	3,1	2,6	2,2	2,4	2,1
6 a 9 días	3,1	1,9	3,9	2,8	3,5	2,6	2,5	1,8	2,6	1,8	2,2	1,4	2,1	1,3	2,0	1,1	1,8	1,3	1,5	1,2	1,2	1,0	1,0	0,8
10 a 19 días	3,5	1,3	3,0	1,8	3,5	2,3	2,9	1,8	3,6	2,0	2,5	1,6	2,0	1,3	1,9	1,2	1,9	1,1	2,1	1,2	1,3	1,2	1,2	0,8
20 a 29 días	4,7	1,4	5,5	2,1	7,4	2,8	4,2	2,2	4,5	1,9	4,3	1,8	3,8	1,5	2,6	1,0	2,7	1,3	3,3	1,4	2,1	1,1	1,7	1,0



H = Hombres, M = Mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Características del consumo de cannabis: cantidad y tipo

En cuanto a la cantidad consumida, el día que un estudiante ha consumido cannabis en los últimos 30 días, ha fumado 3,4 porros de media. Los chicos realizan un consumo más intensivo de esta sustancia pues, cuando consumen, por término medio, fuman más de un porro de diferencia de lo que declaran las chicas (4,0 vs. 2,8 porros)

En cuanto a la forma de consumo del cannabis, vemos que todas las opciones tienen un peso similar (principalmente marihuana, principalmente hachís y de los dos tipos) entre los estudiantes de 14 a 18 años que han consumido cannabis en el último mes.

Tabla 1.2.44.

Características del consumo de cannabis de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2016-2023.

	2016	2019	2021	2023		
	Total	Total	Total	Total	Hombre	Mujer
Tipo de consumo de cannabis						
Principalmente marihuana (hierba)	51,1	43,8	49,8	35,2	32,2	38,7
Principalmente hachís (resina, chocolate)	12,2	19,3	16,7	30,2	31,7	28,4
De los 2 tipos	36,7	37,0	33,5	34,6	36,1	32,9
Mezcla de cannabis con tabaco						
Sí	82,4	87,1	87,7	75,7	74,4	77,2
No	17,6	12,9	12,3	24,3	25,6	22,8
Media de porros consumidos						
el día que se consume cannabis	3,4	3,4	3,3	3,4	4,0	2,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

El 35,2% de los estudiantes que han consumido cannabis en el último mes señala que ha fumado principalmente marihuana (hierba). Esta forma de consumo, frente al hachís o resina, se encuentra más extendida entre las chicas.

Por su parte, el 34,6% de los alumnos que han consumido cannabis en los últimos 30 días reconoce un consumo tanto de marihuana como de hachís. El consumo de las dos modalidades en el mismo periodo se encuentra algo más extendido entre los chicos.

Entre los consumidores de cannabis, el 30,2% restante ha consumido principalmente hachís o resina, destacando el importante incremento que ha tenido esta forma de consumo del cannabis respecto al dato de las últimas encuestas (13,5 puntos porcentuales respecto al dato de 2021).

Por otra parte, la mayoría de los consumidores fuman cannabis mezclándolo con tabaco (75,7%). Sin embargo, destaca en esta edición el aumento de aquellos que consumen cannabis sin mezclarlo con tabaco, que ha aumentado en 12 puntos porcentuales respecto al dato de 2021.

La amplia mayoría de los estudiantes de 14 a 18 años que no han probado el cannabis declaran que no lo probarían, aunque fuese legal. En el lado opuesto, la legalidad del cannabis animaría al 12,9% a probar el cannabis, lo que supone una bajada de 5,3 puntos porcentuales respecto al dato de 2021.

Tabla 1.2.45.

Porcentaje de estudiantes de 14-18 años que afirman que probarían o no hachís o marihuana si fuese legal, entre los estudiantes de 14-18 años que no lo han probado nunca (%). España 2016-2023.

	2016	2019	2021	2023
Si fuese legal el consumo de hachís o marihuana ¿lo probarías?				
Sí	12,5	15,4	18,2	12,9
No	87,5	84,6	81,8	87,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Consumo de riesgo de cannabis. Escala CAST

El consumo de cannabis se asocia con diversos efectos adversos en la salud entre los que destacan el aumento del riesgo de consumo de otras drogas y adicciones, así como los problemas de salud mental. Son importantes las reacciones agudas de la esfera cognitivo emocional, incluyendo ansiedad y problemas de atención que se relacionan con un aumento del riesgo de accidentes, por lo que su relación con accidentes de tráfico es un aspecto de especial relevancia. También se ha demostrado relación con enfermedades respiratorias, incluida el asma y efectos cardiovasculares agudos como infarto de miocardio e ictus^{1,2}.

El consumo de cannabis se asocia con un aumento del riesgo de padecer trastornos del comportamiento y psicosis^{3,4}. Este riesgo aumenta cuanto mayor frecuencia de consumo y mayor potencia del cannabis utilizado⁵. Los datos de las incautaciones en España y Europa indican un progresivo aumento de la pureza y potencia del cannabis. También es mayor cuanto más temprano es el consumo, de manera que es cuatro veces mayor si se inicia a los 15 años (actual edad media de inicio en el consumo en España) que si se hace a los 26 años. Se estima que hasta el 8% de la incidencia de esquizofrenia en la población podría estar relacionada con el consumo de cannabis en jóvenes⁶. Incluso se ha demostrado que el consumo de cannabis de manera únicamente puntual puede producir cambios estructurales y cognitivos en el cerebro de los adolescentes^{7,8,9}.

Es necesario conocer el uso problemático de cannabis. Con este fin, y en el seno de un proyecto de colaboración con el EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías), se han venido incluyendo, desde 2006, una serie de escalas en las sucesivas ediciones de la encuesta ESTUDES (Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias), destinadas a evaluar el consumo problemático de cannabis.

En la encuesta de 2023, se ha mantenido en el cuestionario la escala CAST – Cannabis Abuse Screening Test (Legleye et al. 2007) , que ya se introdujo en la encuesta ESTUDES 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019 y 2021 lo que permite establecer una tendencia temporal.

1. Volkow N, Baker RD, Compton WM, et al. Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med*. 2014;370(23): 2219-2227.

2. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/24625>.

3. Gage SH, Hickman M, Zammit S. Association between cannabis and psychosis: epidemiologic evidence. *Biol Psychiatry* 2016; 79: 549–56.

4. Mustonen A, Niemela S, Nordstrom T, et al. Adolescent cannabis use, baseline prodromal symptoms and the risk of psychosis. *Br J Psychiatry* 2018; 212: 227–33.

5. Di Forti M, Quattrone D, Freeman TP, et al, and the EU-GEI WP2 Group. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *Lancet Psychiatry* 2019.

6. Volkow ND, Swanson JM, Evins AE, DeLisi LE, Meier MH, Gonzalez R, Bloomfield MA, Curran HV, Baler R. Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry*. 2016 Mar; 73(3):292-7.

7. Orr C, Spechler P, Cao Z, et al. Grey Matter Volume Differences Associated with Extremely Low Levels of Cannabis Use in Adolescence. *J Neurosci*. 2019 Mar 6;39(10):1817-1827.

8. Suerken C.K., Reboussin B. A., Egan K. L., Sutfin E. L., Wagoner K. G., Spangler J., Wolfson M.; Marijuana use trajectories and academic outcomes among college students. *Drug and Alcohol Dependence* 162 (2016) 137–145.

9. Feeney, K.E., Kampman K. M.; Adverse effects of marijuana use. *The Linacre Quarterly* 83 (2) 2016, 174–178.

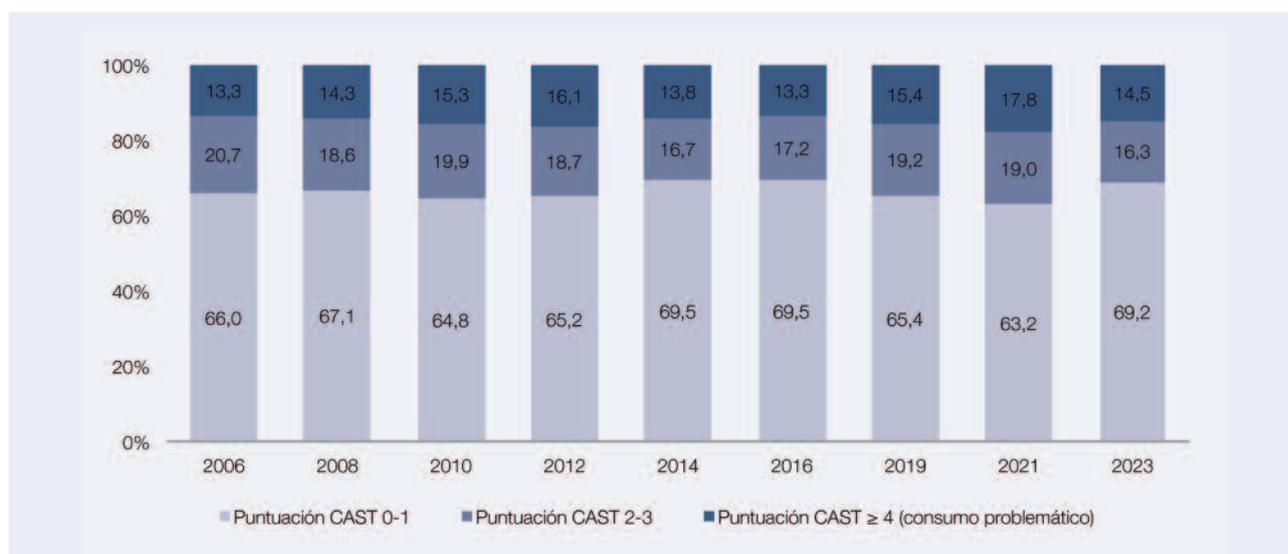
La escala CAST es un instrumento de cribado que consiste en 6 preguntas que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año. Aquellos con una puntuación de 4 o más se califican como posibles consumidores problemáticos.

A lo largo del informe se utilizará esta puntuación para clasificar a los consumidores problemáticos de cannabis, aunque existen otros artículos publicados posteriormente en los que plantea la posibilidad de fijar el punto de corte cuando la puntuación obtenida para la escala CAST resulte ser de 2 o de 3^{10,11,12}.

Entre los estudiantes que han consumido cannabis en el último año y han contestado la escala CAST, el 69,2% presentan una puntuación 0-1 en la escala CAST, el 16,3% una puntuación 2-3 en la escala CAST y el 14,5% una puntuación mayor o igual a 4 en la escala CAST que se relaciona con un consumo problemático. En términos evolutivos, tras dos ediciones consecutivas con un incremento en el indicador relativo al consumo problemático, parece que hay un cambio de tendencia y en esta ocasión se reduce la proporción en 3,3 puntos porcentuales respecto al dato de 2021 (figura 1.2.17).

Figura 1.2.17.

Categorización de resultados de la escala CAST entre la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que ha consumido cannabis en el último año (%). España, 2006-2023.



CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Teniendo en cuenta el total de estudiantes de 14 a 18 años, se confirma también la menor presencia de consumidores problemáticos de cannabis con una caída de 0,6 puntos porcentuales respecto al dato de 2021 (2,4%).

Tabla 1.2.46.

Porcentaje y estimación de consumidores problemáticos de cannabis (según escala CAST) en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2006-2023.

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Población de estudiantes de 14 a 18 años (en miles)									
con puntuación CAST ≥ 4 (consumo problemático)	52.468	55.025	78.572	65.239	37.238	43.844	55.387	51.788	43.429
Porcentaje entre la totalidad de estudiantes de 14 a 18 años	3,3	3,7	4,6	3,8	2,5	2,8	3,4	3,0	2,4

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

10. Legleye S., Piontek D., Kraus L.; Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. Drug and Alcohol Dependence 113 (2011) 229-235.

11. Legleye S., Kraus L., Piontek D., Phan O., Jouanne C.; Validation of the Cannabis Abuse Screening Test in a Sample of Cannabis Inpatients. Eur Addict Res 2012;18:193-200.

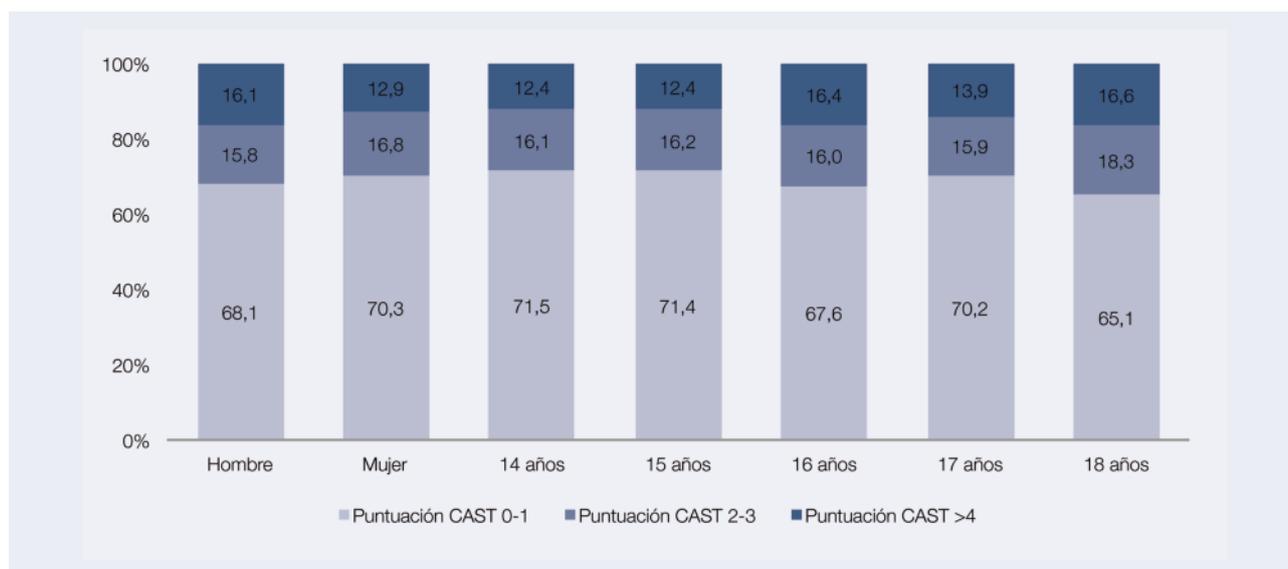
12. Gyepesi A., Urban R., Farkas J., Kraus L., Piontek D., Paksi B., Horvath G., Magi A., Eisinger A., Pilling J., Kokonyei G., Kun B., Demetrovics Z.; Psychometric Properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian Samples of Adolescents and Young Adults. Eur Addict Res 2014;20:119-128.

Considerando a los estudiantes que han consumido cannabis en el último año y han contestado la escala CAST, se observa que el patrón que refleja un consumo problemático se encuentra más extendido entre los chicos (figura 1.2.18).

En cuanto a la edad, el consumo problemático se sitúa en el 12,4% de los consumidores de 14 años, se mantiene estable entre los de 15 años y aumenta 4 puntos porcentuales entre los de 16 años, edad donde alcanza el máximo entre los estudiantes menores de edad. Entre los alumnos de 18 es donde se encuentra más extendido este patrón de consumo problemático (16,6%).

Figura 1.2.18.

Categorización de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 12 meses según su clasificación en la escala CAST, según sexo y edad (%). España, 2023.



CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

No se aprecian grandes diferencias por sexo en el tipo de consumo que realizan los consumidores problemáticos de cannabis (tabla 1.2.47).

Tabla 1.2.47.

Características de los consumidores problemáticos de cannabis (puntuación CAST ≥ 4) en la población de estudiantes de 14-18 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2023.

	Total	Hombres	Mujeres
Consumo cannabis últimos 30 días			
Principalmente marihuana	13,9	16,1	11,0
Principalmente hachís	35,3	34,0	37,1
De los 2 tipos	50,8	50,0	51,8
Consumo cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días			
Sí	85,0	85,1	84,9
No	15,0	14,9	15,1
Media de porros consumidos al día (nº)	6,4	7,5	5,1

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Algo más de la mitad de los estudiantes que realizan un consumo problemático de cannabis afirman consumir indistintamente, marihuana y hachís. La marihuana se encuentra algo más extendida entre los hombres sucediéndole lo propio al hachís entre las mujeres.

Con independencia del sexo, para los consumidores problemáticos, la forma más frecuente de consumir cannabis es mezclándolo con tabaco.

Donde sí se aprecia cierta diferencia por sexo es en el número de porros consumidos al día. Entre los chicos que presentan un consumo problemático de cannabis la media de porros consumidos al día es de 7,5, superando en casi 2,5 porros la cifra que se da entre las chicas (5,1). Esto muestra una mayor intensidad de consumo entre los alumnos.

Cocaína

En 2023 la proporción de estudiantes de 14 a 18 años que han consumido cocaína (polvo y/o base) alguna vez en la vida se sitúa en el 2,9%. Evolutivamente, aunque la prevalencia no presenta importantes cambios ya que parte de niveles de consumo reducidos, se rompe la tendencia decreciente que venía representando este indicador desde 2004.

En el tramo temporal de los últimos 12 meses se observa la misma situación. La prevalencia de consumo se sitúa en el 2,3%, rompiendo así la tendencia decreciente que se llevaba recogiendo desde 2006.

Figura 1.2.19.

Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base (%) y edad media de inicio del consumo (años) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2000-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Atendiendo al tramo temporal de los 30 días previos a la realización de la encuesta, la prevalencia del consumo se mantiene en niveles residuales (1%), aunque también en este tramo temporal se refleja un incremento respecto al dato de 2021 parando así la evolución decreciente iniciada desde 2006.

Los estudiantes que han consumido cocaína alguna vez, por término medio, sitúan el primer consumo a los 15 años.

Hasta 2004, esta edad media se aproximaba a los 16 años, mientras que, a partir de aquel año, se ha venido situando más próxima a los 15 años.

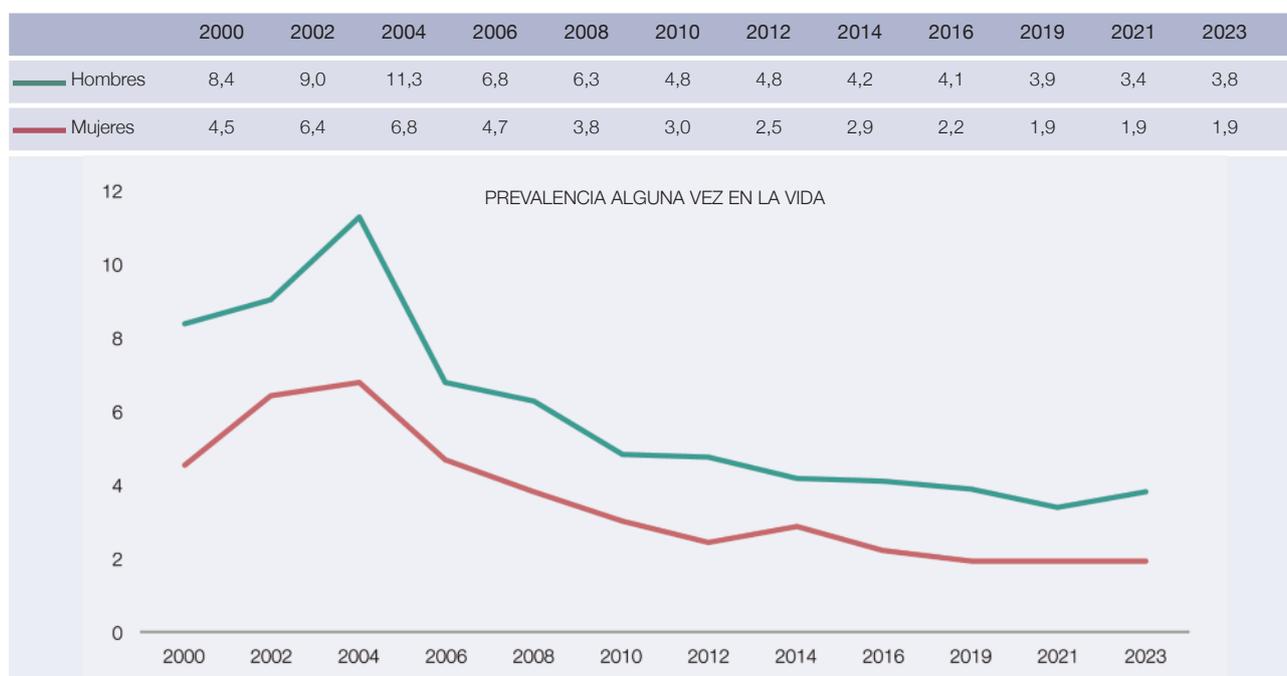
Tal y como ocurre con el cannabis, el consumo de cocaína (polvo y/o base) se encuentra más extendido entre los chicos (tabla 1.2.48) duplicando en esta edición al porcentaje de consumidoras.

En el caso de los chicos, se registra un ligero incremento en la proporción de consumidores de cocaína alguna vez en la vida respecto al dato de 2021, frenando así la caída en el consumo de esta sustancia que se llevaba registrando desde 2014. En el caso de las chicas, la prevalencia de consumo se ha mantenido estable en el 1,9% en las últimas 3 ediciones del estudio.

Evolutivamente, desde 2014, la diferencia de consumo por sexo se ha mantenido por debajo de los 2 puntos porcentuales, si bien, en esta ocasión se observa un ligero incremento debido al repunte que se da en el consumo entre los alumnos.

Tabla 1.2.48.

Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo (%). España, 1994-2021.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Cocaína según forma de presentación

Aunque el consumo de cocaína entre los estudiantes de 14 a 18 años puede ser considerado como minoritario, es importante destacar las diferencias que existen en las prevalencias de consumo según el modo de presentación de esta sustancia.

En 2023, al igual que en las anteriores ediciones, la cocaína en polvo es más consumida que en forma de base para cualquiera de los tramos temporales analizados (tabla 1.2.49).

En los tramos temporales de alguna vez en la vida y los últimos 12 meses, cabe destacar que la prevalencia de consumo de cocaína, ya sea en polvo y/o base, sube respecto a 2021 en los chicos, manteniéndose en las chicas. Para el tramo temporal de los últimos 30 días, aumenta la presencia de consumidores tanto en chicos como en chicas.

A lo largo de la serie histórica, el consumo de cocaína siempre ha estado más extendido entre los alumnos. En 2023 aumenta la diferencia debido al crecimiento de consumo en todos los tramos temporales que se ha dado entre los chicos.

La edad de inicio de consumo de cocaína se sitúa para chicos y chicas en los 15 años, cifra que se ha mantenido estable en la última década.

Tabla 1.2.49.

Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según la forma de presentación (%). España, 2023.

	Cocaína polvo	Cocaína base	Cocaína polvo y/o base
Alguna vez en la vida	2,5	1,5	2,9
Últimos 12 meses	2,0	1,2	2,3
Últimos 30 días	0,9	0,5	1,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.50.

Características del consumo de cocaína polvo y/o base entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2000-2023.

	2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2019		2021		2023	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Nº encuestados	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.851	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734	18.405	19.081	17.849	17.720	18.489	19.621	11.116	11.205	21.247	20.961
Edad media de inicio del consumo (años)	16,0	15,6	15,8	15,6	15,9	15,7	15,4	15,4	15,3	15,2	14,7	15,0	15,5	15,5	14,9	15,1	15,1	15,0	15,2	15,3	15,3	15,4	15,0	15,0
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida (%)	8,4	4,5	9,0	6,4	11,3	6,8	6,8	4,7	6,3	3,8	4,8	3,0	4,8	2,5	4,2	2,9	4,1	2,2	3,9	1,9	3,4	1,9	3,8	1,9
Prevalencia de consumo los últimos 12 meses (%)	6,4	3,1	7,5	5,1	9,4	5,1	5,2	3,1	4,9	2,4	3,3	1,8	3,4	1,6	3,3	2,2	3,3	1,6	3,2	1,7	2,7	1,5	3,2	1,5
Prevalencia de consumo últimos 30 días (%)	3,4	1,5	3,7	2,8	5,1	2,6	3,1	1,6	2,7	1,2	2,1	0,8	2,2	0,8	2,3	1,4	1,5	0,5	1,3	0,6	0,9	0,3	1,5	0,5

H = Hombres, M = Mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Éxtasis

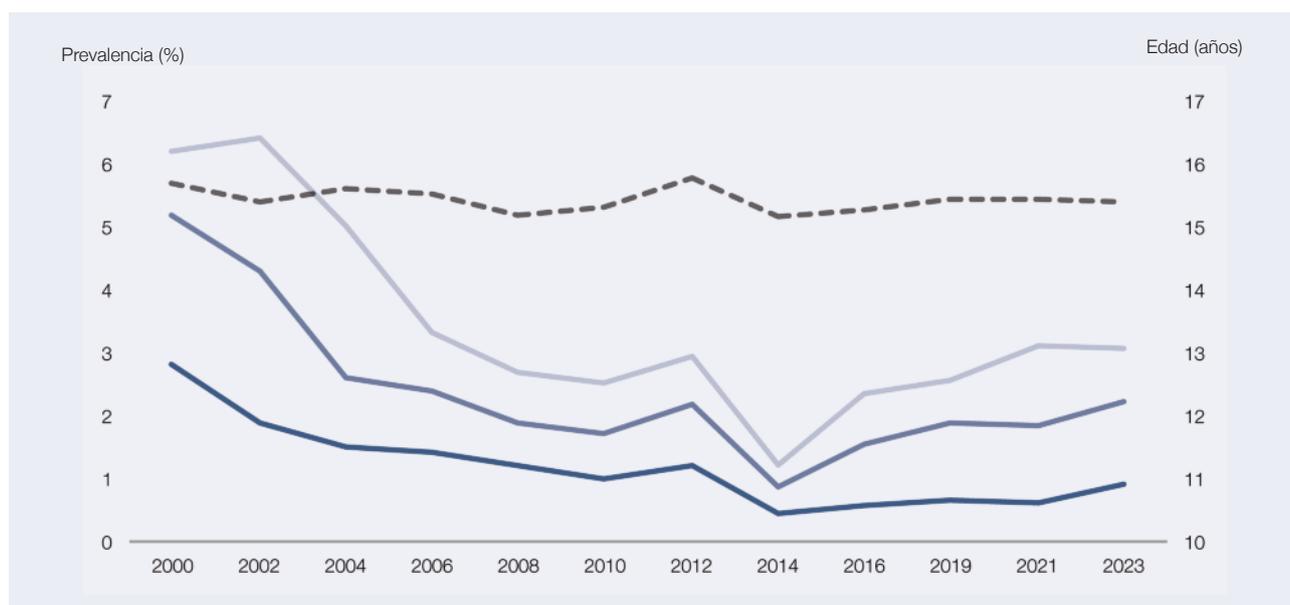
Bajo una perspectiva histórica, la prevalencia del consumo de éxtasis alguna vez en la vida alcanzó los valores más elevados en 2000 y 2002, cuando el porcentaje de estudiantes que habían consumido alguna vez superaba el 6%. A partir de entonces, la prevalencia de esta droga fue progresivamente descendiendo, tendencia que se frenó en 2012, para retomarla con más fuerza en 2014, año en el que se alcanzó el mínimo histórico (1,2%). A partir de entonces el consumo ha ido aumentando progresivamente situándose su prevalencia en el 3,1% en 2023.

Analizando el consumo en tramos temporales más próximos vemos también un ligero crecimiento respecto a 2021, (2,2% para los últimos 12 meses y 0,9% para los últimos 30 días).

A lo largo de la serie, el promedio de edad con el que comienza el consumo de esta droga se ha situado entre los 15 y 16 años, estableciéndose en los 15,4 años en 2023.

Figura 1.2.20.

Prevalencia de consumo de éxtasis (%) y edad media de inicio del consumo (años) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2000-2023.



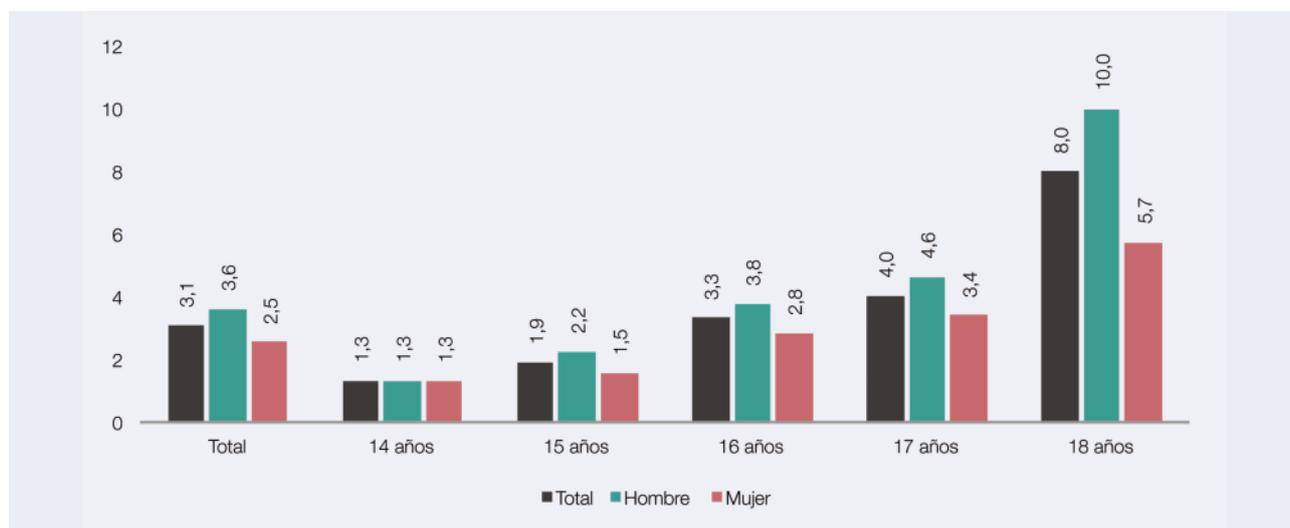
	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Alguna vez en la vida	6,2	6,4	5,0	3,3	2,7	2,5	3,0	1,2	2,3	2,6	3,1	3,1
Últimos 12 meses	5,2	4,3	2,6	2,4	1,9	1,7	2,2	0,9	1,6	1,9	1,8	2,2
Últimos 30 días	2,8	1,9	1,5	1,4	1,2	1,0	1,2	0,4	0,6	0,7	0,6	0,9
Edad media de inicio consumo	15,7	15,4	15,6	15,5	15,2	15,3	15,8	15,2	15,2	15,4	15,4	15,4

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tal y como pasa con el cannabis y la cocaína, el consumo de éxtasis muestra una mayor extensión entre los varones (figura 1.2.21), haciéndose más patente esta mayor extensión a medida que aumenta la edad.

Figura 1.2.21.

Prevalencia de consumo de éxtasis alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tanto en chicos como en chicas, la presencia de aquellos que han probado éxtasis alguna vez en la vida va aumentando progresivamente a medida que lo hace la edad. En ambos grupos el mayor incremento porcentual se da de los 17 a los 18 años, destacando sobre todo en el caso de los chicos donde se duplica la prevalencia (10,0% entre los de 18 años y 4,6% entre los de 17 años).

En el año 2023 se observa un ligero aumento en la prevalencia de consumo de éxtasis entre los chicos para los diferentes tramos de tiempo estudiados.

En el caso de las chicas, respecto a 2021 encontramos una menor presencia de aquellas que lo han probado en alguna ocasión, aumentando, sin embargo, la proporción de quienes lo han consumido en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. En ambos tramos temporales la prevalencia de consumo se mantiene por debajo del 2% entre las chicas.

A lo largo de la serie, el promedio de edad con el que comienza el consumo de esta droga se ha situado entre los 15,2 y 15,9 años para los chicos y entre los 15,1 y 15,7 para las chicas, estableciéndose en esta ocasión en los 15,5 y los 15,3 años respectivamente.

Tabla 1.2.51.

Características generales del consumo de éxtasis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2000-2023.

	2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2019		2021		2023	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Nº encuestados	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521	11.116	11.205	21.247	20.961
Edad media de inicio del consumo (años)	15,9	15,4	15,4	15,3	15,7	15,4	15,4	15,5	15,2	15,2	15,4	15,9	15,6	15,3	15,0	15,3	15,1	15,6	15,3	15,5	15,3	15,5	15,5	15,3
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida (%)	7,6	4,8	7,0	5,8	6,0	3,9	4,2	2,5	3,5	2,0	3,2	1,9	3,9	2,0	1,6	0,8	2,7	1,9	3,1	2,1	3,4	2,8	3,6	2,5
Prevalencia de consumo los últimos 12 meses (%)	6,4	3,9	4,7	3,8	3,3	1,9	3,2	1,7	2,6	1,3	2,2	1,2	3,0	1,4	1,2	0,6	2,0	1,1	2,4	1,4	2,1	1,5	2,6	1,8
Prevalencia de consumo últimos 30 días (%)	3,8	1,7	2,1	1,6	1,9	1,0	2,1	0,7	1,5	0,6	1,3	0,6	1,8	0,6	0,6	0,3	0,9	0,3	0,9	0,4	0,8	0,4	1,3	0,5

H = Hombres, M = Mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Anfetaminas

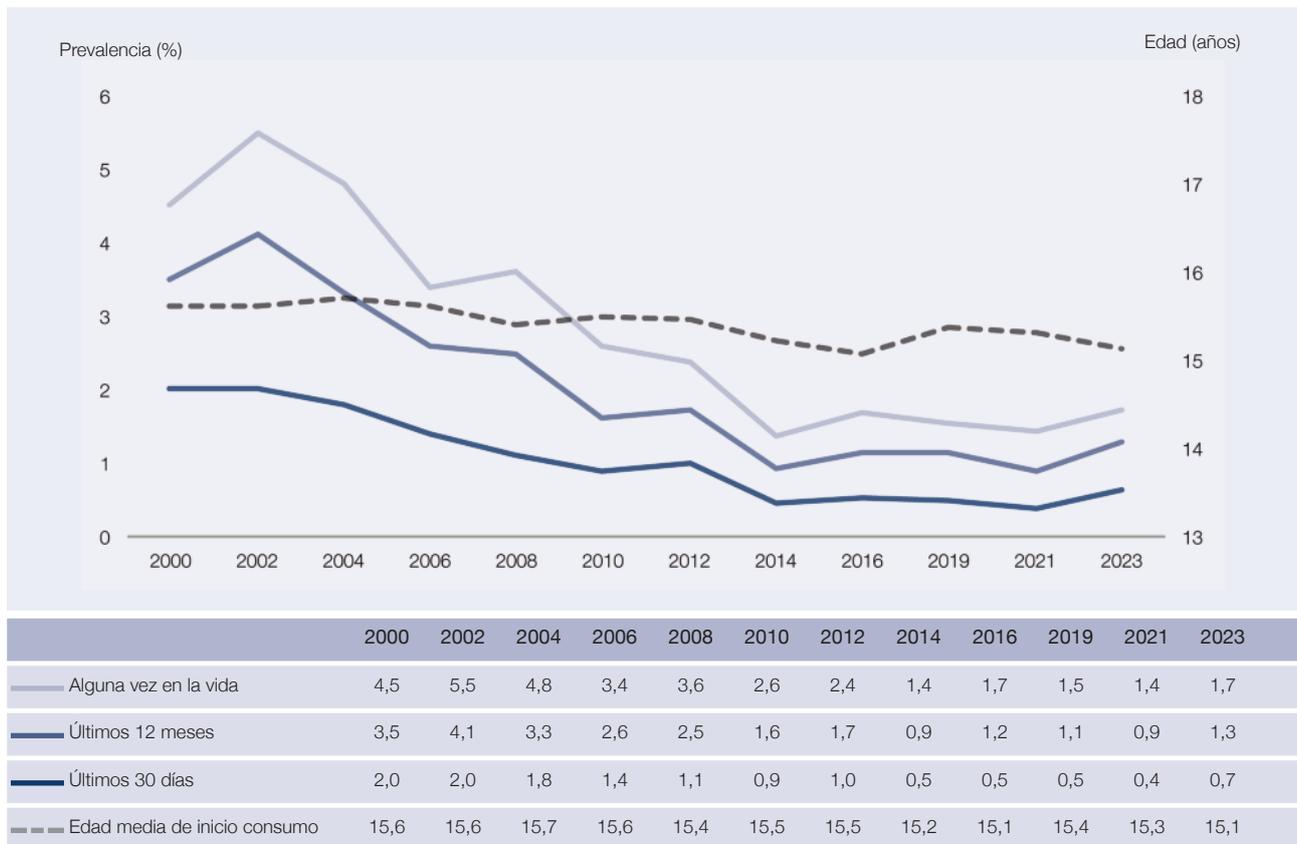
El consumo de anfetaminas ha seguido una evolución semejante a la del éxtasis. La prevalencia ha seguido una tendencia descendente a partir de 2002, momento en el que se registró el mayor valor de la serie histórica y se registró que el 5,5% de los estudiantes había consumido anfetaminas alguna vez. En 2014 se observó la prevalencia más baja (1,4%), y desde entonces se ha mantenido por debajo del 2% con continuas oscilaciones.

Respecto a 2023, se observa un ligero aumento en las prevalencias de consumo para todos los tramos temporales analizados, si bien, registrándose en todos los casos proporciones muy reducidas. En concreto, este año se obtiene un 1,7% para el indicador de consumo de alguna vez en la vida aumentando un 0,3% respecto a la anterior edición.

Por término medio, el primer consumo se produce a los 15,1 años, edad algo más precoz que la que se registraba en 2019 y 2021, pero que está en línea con lo que se ha registrado históricamente.

Figura 1.2.22.

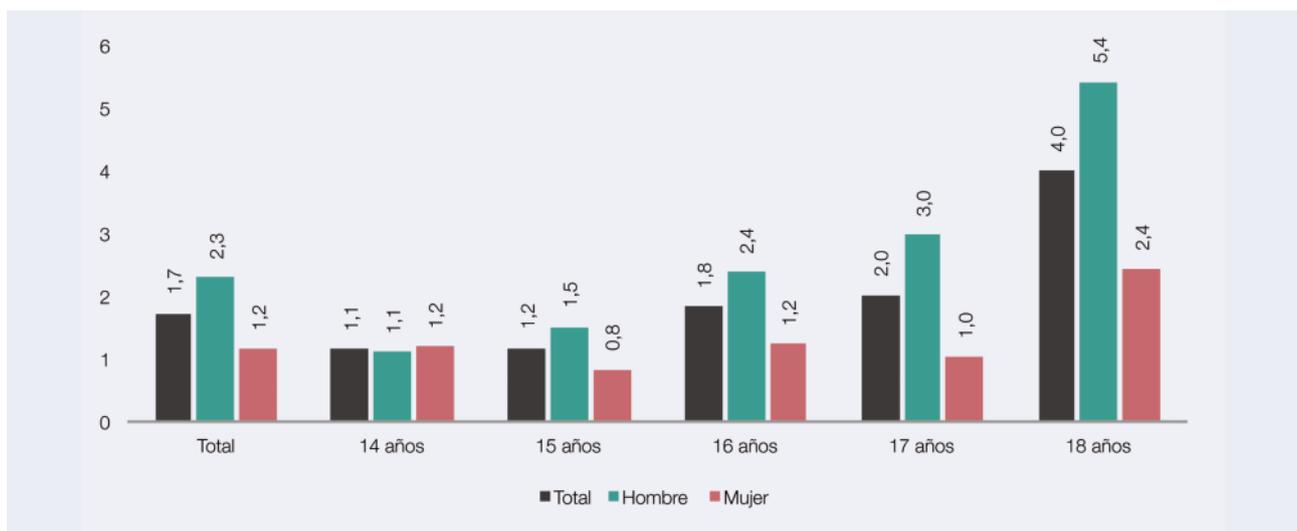
Prevalencia de consumo de anfetaminas (%) y edad media de inicio del consumo (años) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2000-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Figura 1.2.23.

Prevalencia de consumo de anfetaminas alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Salvo a la edad de 14 años, la prevalencia de consumo de anfetaminas alguna vez en la vida es mayor en los hombres que en las mujeres y a medida que aumenta la edad.

Alucinógenos y setas mágicas

En 2023, y al igual que ocurre con las anfetaminas y el éxtasis, se registra un ligero repunte en el consumo de estas sustancias, si bien, manteniendo en todos los tramos temporales cifras de prevalencias de consumo muy minoritarias entre los estudiantes de 14 a 18 años.

El consumo de este tipo de sustancias registró la mayor extensión de la serie histórica en 1996, cuando el 6,8% de los estudiantes de 14 a 18 años admitió haber consumido alguna vez. Entre 1998 y 2000, la prevalencia se situó por debajo del 6%, entre 2002 y 2008, por debajo del 5%, y entre 2010 y 2012, por debajo del 4%. Desde 2014 esta tendencia prosigue, registrándose un porcentaje inferior al 2% en 2023.

En línea con esta evolución, la extensión del consumo referida a los últimos 12 meses y a los últimos 30 días se encuentra por debajo del 1,5% (1,3% y 0,5% respectivamente).

La edad media de inicio en el consumo se sitúa en 15,1 años, similar a los valores registrados a lo largo de la serie a excepción de 2014 momento en el que se registró el consumo más precoz (14 años).

Figura 1.2.24.

Prevalencia de consumo de alucinógenos (%) y edad media de inicio del consumo (años) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2000-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

En 2023 la prevalencia de consumo de **setas mágicas** se sitúa en el 1,5% para alguna vez en la vida, 1,1% en los últimos 12 meses y 0,5% en los últimos 30 días (figura 1.2.25).

En términos evolutivos, las prevalencias registradas en 2023 son similares, aunque algo superiores, a las registradas en 2021 con una tendencia estable desde 2014.

Figura 1.2.25.

Prevalencia de consumo de setas mágicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%) y edad media (años) de inicio en el consumo. España, 2010-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Heroína

El porcentaje de consumidores de heroína entre los estudiantes de 14 a 18 años se sitúa por debajo del 1% con independencia del tramo temporal analizado. Desde que se tienen datos del estudio, en ninguna medición se ha superado esta cifra (figura 1.2.26).

La edad media de inicio de consumo en 2023 es de 14,1 años, algo más precoz que en las dos ediciones previas de la encuesta ESTUDES.

El 96,2% de los estudiantes opina que el consumo habitual de heroína puede producir muchos o bastantes problemas para la salud, lo que muestra el amplio consenso que hay entre los estudiantes de 14 a 18 años acerca del riesgo percibido de su consumo (figura 1.2.27).

Por otro lado, 2 de cada 10 alumnos piensan que les sería fácil conseguir esta sustancia, proporción que aumenta en 3,5 puntos porcentuales la que se registraba en 2021 y que rompe la tendencia descendente que se venía registrando desde 2010 acerca de la facilidad percibida para obtener esta sustancia.

Figura 1.2.26.

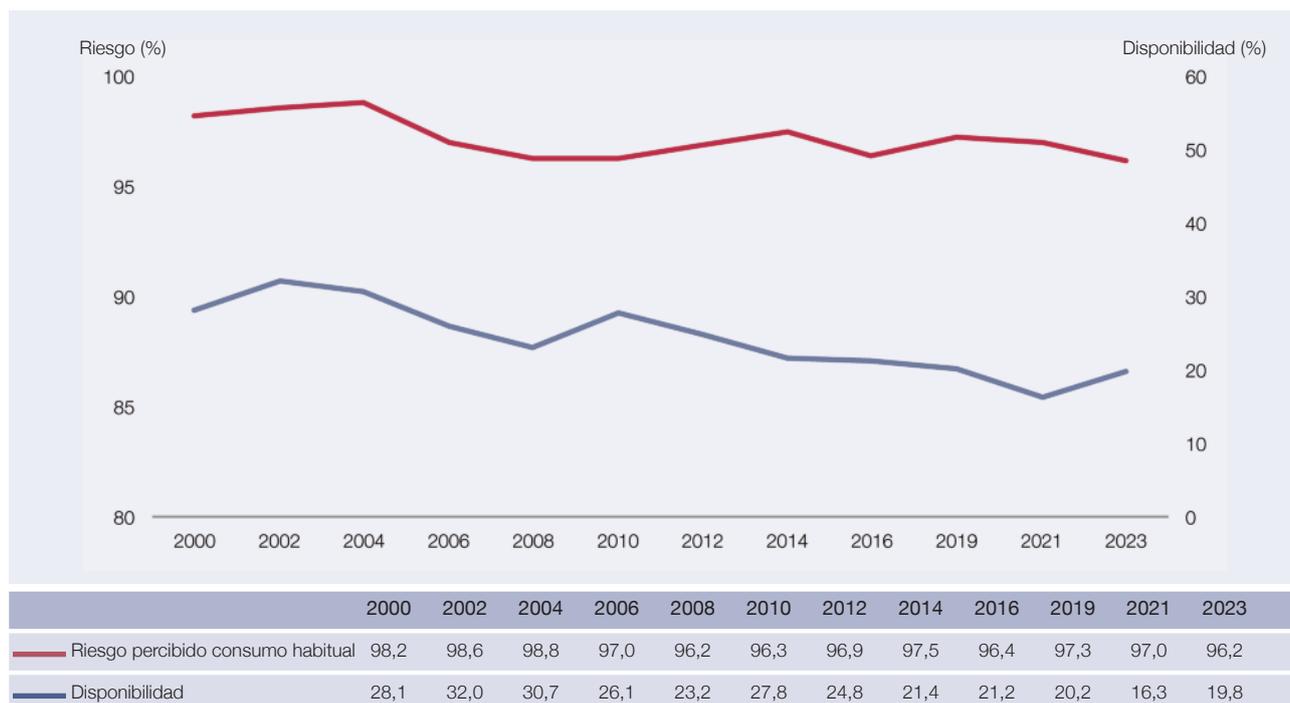
Prevalencia de consumo de heroína (%) y edad media de inicio en el consumo (años) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2000-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Figura 1.2.27.

Percepción del riesgo ante el consumo habitual de heroína (proporción de estudiantes que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) y percepción de disponibilidad de heroína (porcentaje de estudiantes que piensa que les sería relativamente fácil o muy fácil conseguir heroína si quisiera) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2023. España, 2000-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Inhalables volátiles

Cuando se alude a los inhalables volátiles en el cuestionario, también se indican otros términos como “colas”, “pegamentos”, “disolventes”, “poppers”, “nitritos” o “gasolina”.

Aunque el consumo de inhalables volátiles no está muy extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años, el porcentaje que admite haber tomado este tipo de sustancias alguna vez en la vida se ha incrementado alcanzando un 2,8% de prevalencia y continuando así la tendencia creciente iniciada desde 2014 y que sitúa la proporción de consumo en niveles similares a los de 2008.

Figura 1.2.28.

Evolución de la prevalencia de consumo de inhalables volátiles (%) y edad media de inicio en el consumo (años) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2000-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

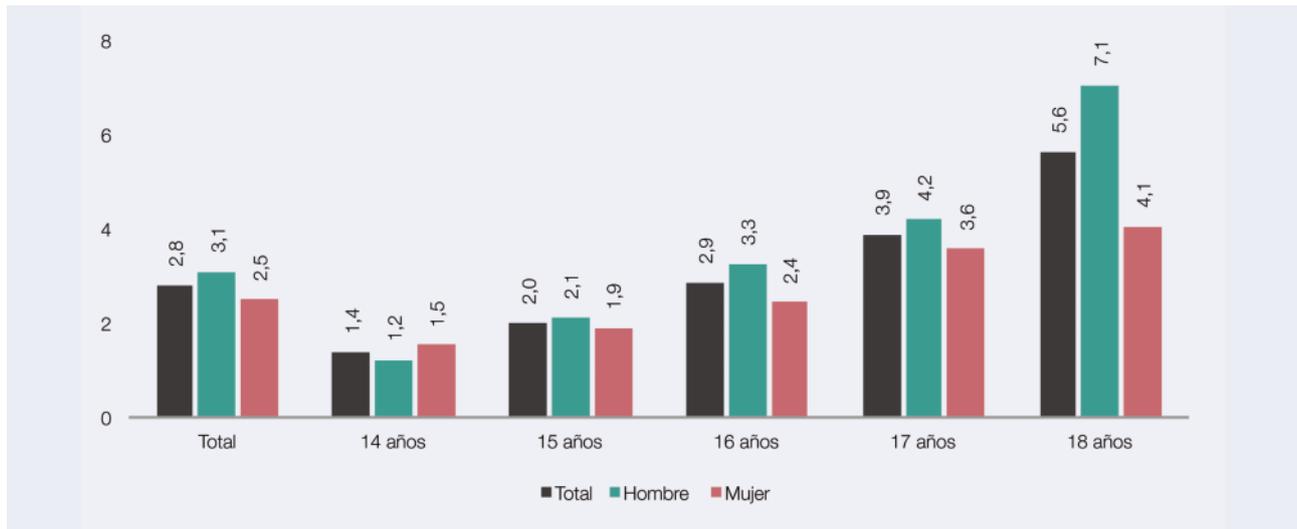
En el tramo temporal de los últimos 12 meses, también ha aumentado el consumo de estas sustancias, superando la barrera del 2%, algo que no sucedía desde al año 2004, cuando se registró una prevalencia del 2,2%.

Para el tramo temporal de los últimos 30 días también se registra un incremento en la prevalencia, si bien se sigue sin superar el 1% lo que muestra una presencia residual de consumidores continuados de este tipo de sustancias entre los estudiantes de 14 a 18 años.

Salvo a la edad de 14 años, la prevalencia de consumo de inhalables volátiles alguna vez en la vida es mayor en los hombres que en las mujeres y a medida que aumenta la edad.

Figura 1.2.29.

Prevalencia de consumo de inhalables volátiles alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2023.



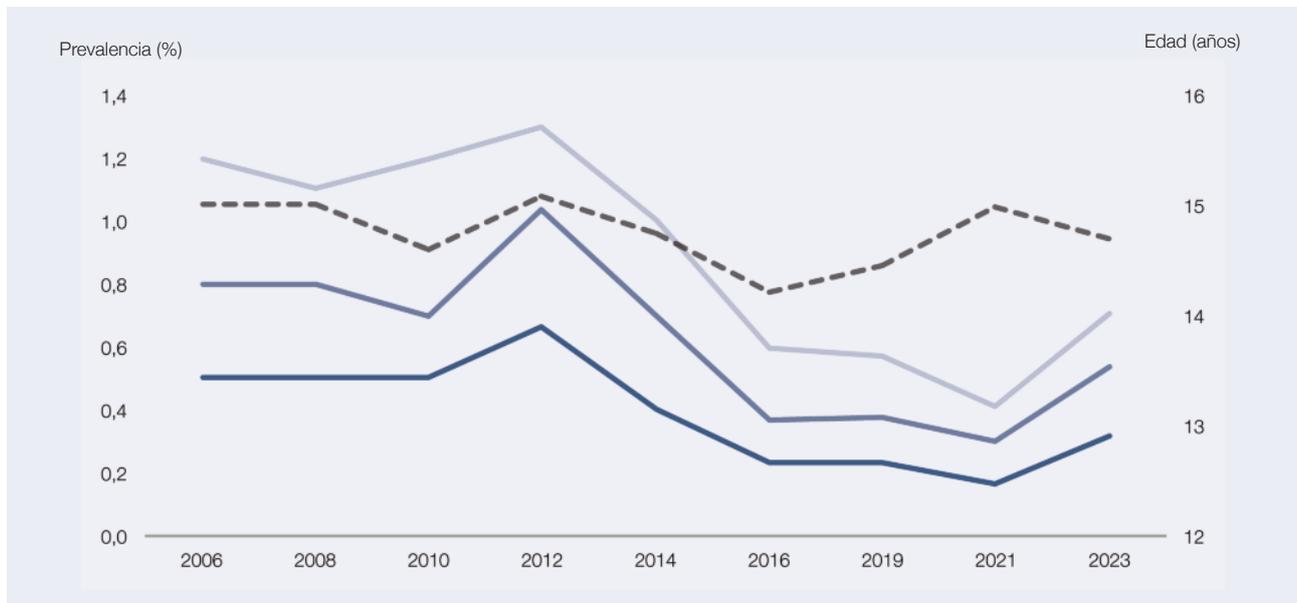
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

GHB

El consumo de GHB (gamma-hidroxibutirato) no supera el 1% entre los estudiantes de 14 a 18 años, siendo el porcentaje que admite haber consumido este tipo de sustancias alguna vez en la vida del 0,7%, cifra inferior para el último año y los últimos 30 días (figura 1.2.30).

Figura 1.2.30.

Prevalencia de consumo de GHB (%) y edad media de inicio en el consumo (años) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2006-2023.



	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
— Alguna vez en la vida	1,2	1,1	1,2	1,3	1,0	0,6	0,6	0,4	0,7
— Últimos 12 meses	0,8	0,8	0,7	1,0	0,7	0,4	0,4	0,3	0,5
— Últimos 30 días	0,5	0,5	0,5	0,7	0,4	0,2	0,2	0,2	0,3
- - - Edad media de inicio consumo	15,0	15,0	14,6	15,1	14,8	14,2	14,4	15,0	14,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Evolutivamente, desde 2012 se observa un descenso en la proporción de alumnos que ha consumido GHB en los indicadores temporales, valores que se han estabilizado en 2023, pero que sigue situando las prevalencias de consumo de esta sustancia en niveles inferiores a los que se registraban hace una década. El consumo, en todos los tramos temporales, es mayor en los hombres que en las mujeres.

El primer contacto con el GHB se ha situado históricamente entre los 14 y 15 años, estableciéndose en los 14,7 años en 2023.

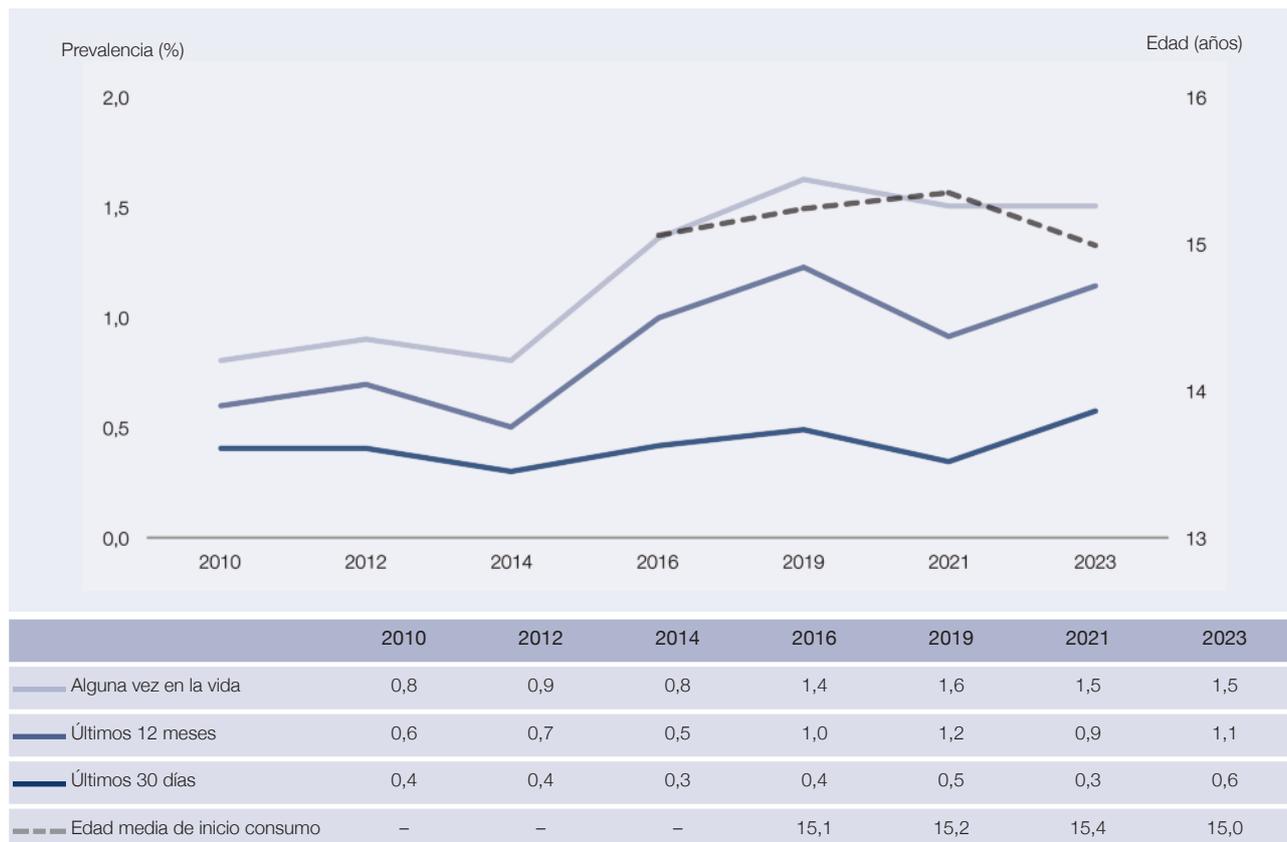
Metanfetaminas

La metanfetamina también se conoce como “meth”, “ice” o “cristal”. Hasta 2014, la metanfetamina estaba incluida en la encuesta ESTUDES dentro del módulo de nuevas sustancias, pero desde el año 2016 se pregunta de forma independiente.

En 2023, la prevalencia se ha mantenido estable en el 1,5% en aquellos que han consumido alguna vez en la vida, incrementándose muy ligeramente respecto al año 2021 en el último año (1,1% vs. 0,9% en 2021) y en los últimos 30 días (0,6% vs. 0,3% en 2021). Siendo un consumo muy residual, en 2023 se registra la prevalencia más alta de la serie histórica en el tramo temporal del último mes.

Figura 1.2.31.

Prevalencia de consumo de metanfetamina (%) y edad media de inicio en el consumo (años) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2010-2023.



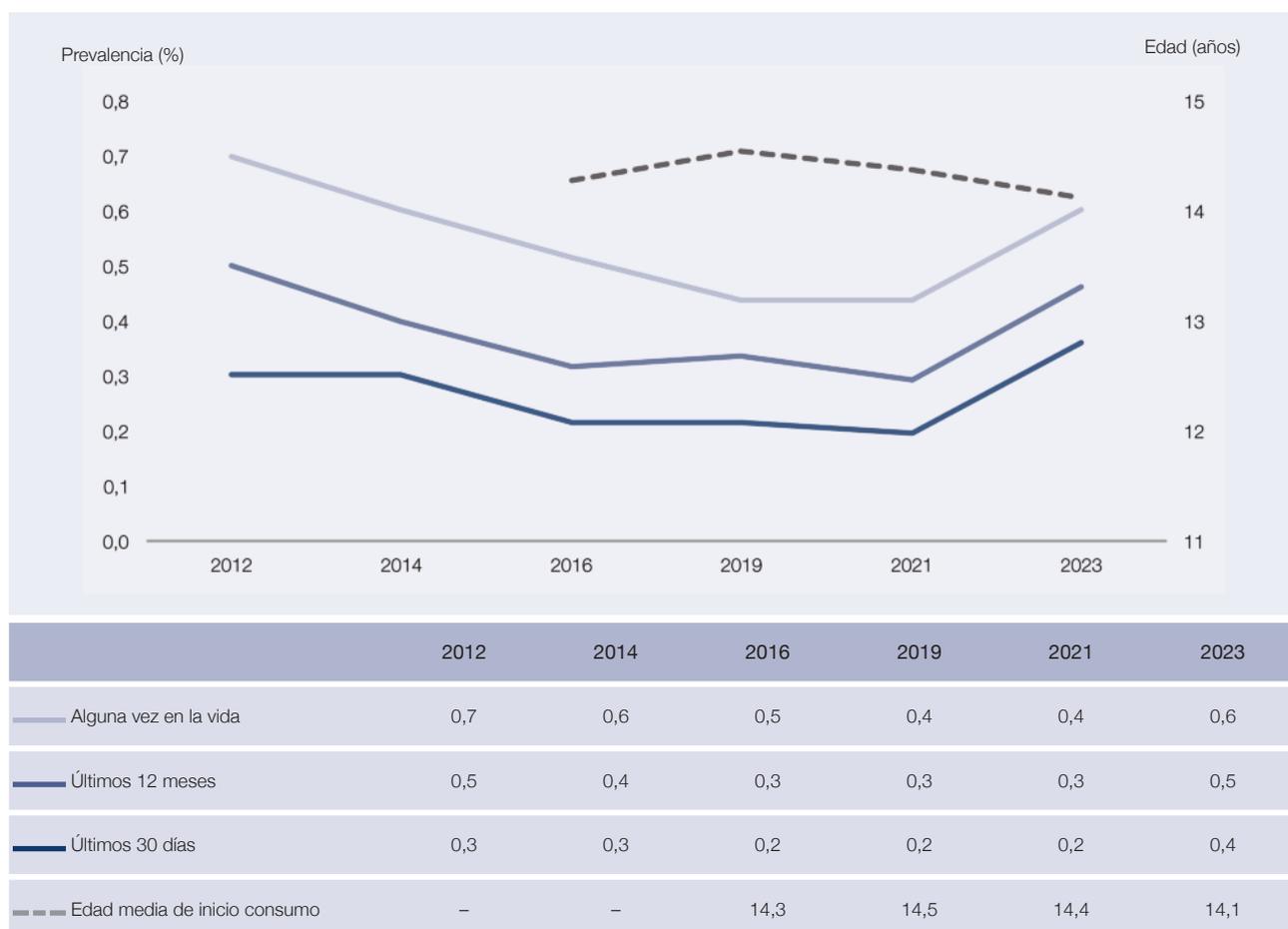
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Esteroides anabolizantes

El porcentaje de consumidores de esteroides anabolizantes se sitúa por debajo del 1% entre los estudiantes de 14 a 18 años en todos los tramos temporales.

Figura 1.2.32.

Prevalencia de consumo de esteroides anabolizantes (%) y edad media de inicio en el consumo (años) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2012-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento en el estudio

Es importante considerar que el módulo de preguntas sobre el uso de sustancias estimulantes para mejorar su rendimiento en el estudio se introdujo en 2016, incluyendo: metilfenidato, Elvanse®, Adderall®, piracetam, aniracetam, donepezilo, modafinilo, Durvitan®, anfetaminas, speed y cocaína. Al igual que en 2019 y 2021, en la edición de 2023 no se incluyeron dentro de este módulo otro tipo de sustancias estimulantes sí incluidas en 2016, tales como: refrescos de cola, café, té, complejos vitamínicos, bebidas energéticas (Red Bull, Burn, Monster...), productos que contienen: ginkgo biloba, guaraná, ácidos grasos omega 3, jalea real, acetil L-carnitina (ALC), fosfatidilserina...).

Entre los estudiantes de 14 y 18 años, el 7,3% afirma haber consumido alguna vez en la vida sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento en el estudio, siendo un comportamiento algo más común entre las chicas (7,6%) que entre los chicos (6,9%).

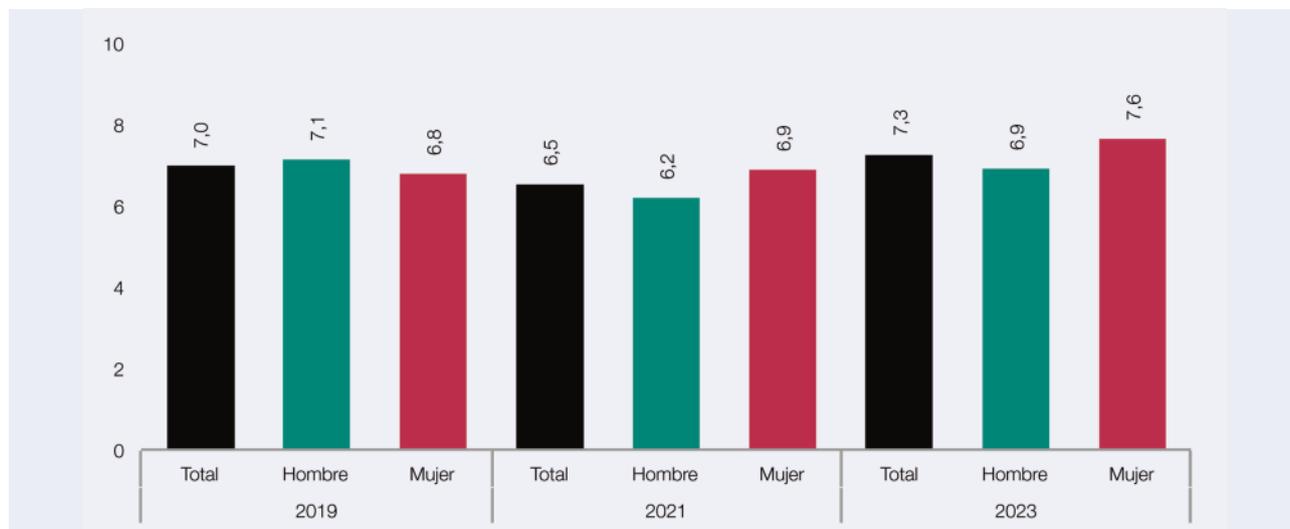
Evolutivamente, se observa que se ha obtenido la cifra más alta de las tres ediciones, registrándose un aumento de 0,8% puntos porcentuales respecto al dato obtenido en 2021. Este incremento se ha dado en la misma proporción entre los alumnos y alumnas de 14 a 18 años (figura 1.2.33).

Analizando pormenorizadamente cada una de las sustancias estimulantes, vemos que entre los alumnos que las han tomado, lo más común es consumir cocaína (23,4%), metilfenidato (18,9%) y anfetaminas o speed (15,3%).

Con respecto a 2021, cabe destacar que el consumo de las anfetaminas o speed como estimulante se ha reducido ligeramente entre los estudiantes, aumentando el consumo de la cocaína y la del metilfenidato (tabla 1.2.52).

Figura 1.2.33.

Prevalencia de consumo de sustancias estimulantes con el fin de mejorar el rendimiento en el estudio alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2019-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.52.

Prevalencia de consumo de sustancias estimulantes con el fin de mejorar el rendimiento en el estudio alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que han consumido este tipo de sustancias estimulantes alguna vez en la vida (%). España, 2016-2023.

	2016	2019	2021	2023
Cocaína	24,4	25,0	22,2	23,4
Metilfenidato (Concerta®, Rubifen®, Medikinet®, Equasym®, Medicebran®, Ritalín®)	18,0	20,7	17,2	18,9
Anfetaminas o speed (anfetás, metanfetamina, ice)	15,6	16,6	17,8	15,3
Piracetam (Nootropil®, Ciclofalina®, Anacervix®), Aniracetam	11,3	10,6	13,6	13,9
Lisdexanfetamina dimesilato (Elvanse®), dextroanfetamina (Adderall®)	7,8	9,5	8,1	8,7
Donepezilo (Aricept®, Donebrain®)	6,9	6,2	7,3	6,2
Cafeína (Durvitan®)	8,4	5,9	7,5	6,9
Modafinilo (Modiodal®, Provigil®)	7,6	5,5	6,2	6,7

* Calculado sobre los estudiantes que han consumido alguna vez en la vida sustancias estimulantes con el fin de mejorar el rendimiento en el estudio.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Nuevas sustancias psicoactivas

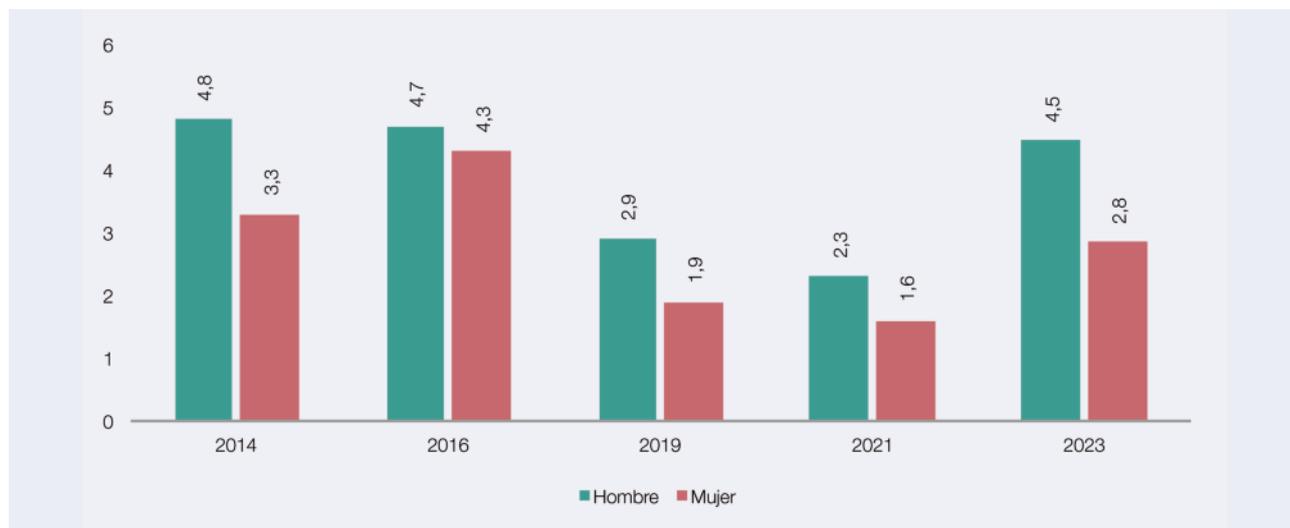
A través de este apartado se pretende conocer la prevalencia de consumo de las llamadas nuevas sustancias psicoactivas (NSP) entre los estudiantes de 14 a 18 años. Las drogas incluidas en este grupo son: ketamina, spice, mefedrona, salvia, ayahuasca, y como novedad este año se han incluido en este bloque de nuevas sustancias el óxido nitroso (gas de la risa) y el cloretilo.

La prevalencia de consumo de todas estas “nuevas sustancias” alguna vez en la vida es del 3,7% (4,5% en los alumnos y 2,8% en las alumnas). Por ello, se puede ver que se produce un incremento en este indicador provocado por la inclusión de estas dos nuevas sustancias ya que el consumo del resto de sustancias maneja valores similares al de la anterior edición. En concreto se obtienen prevalencias del 1,5% para el óxido nitroso y del 1,2% para el cloretilo.

La prevalencia de consumo de NSP alguna vez en la vida permanece estable desde 2010 y por debajo del 1,6%.

Figura 1.2.34.

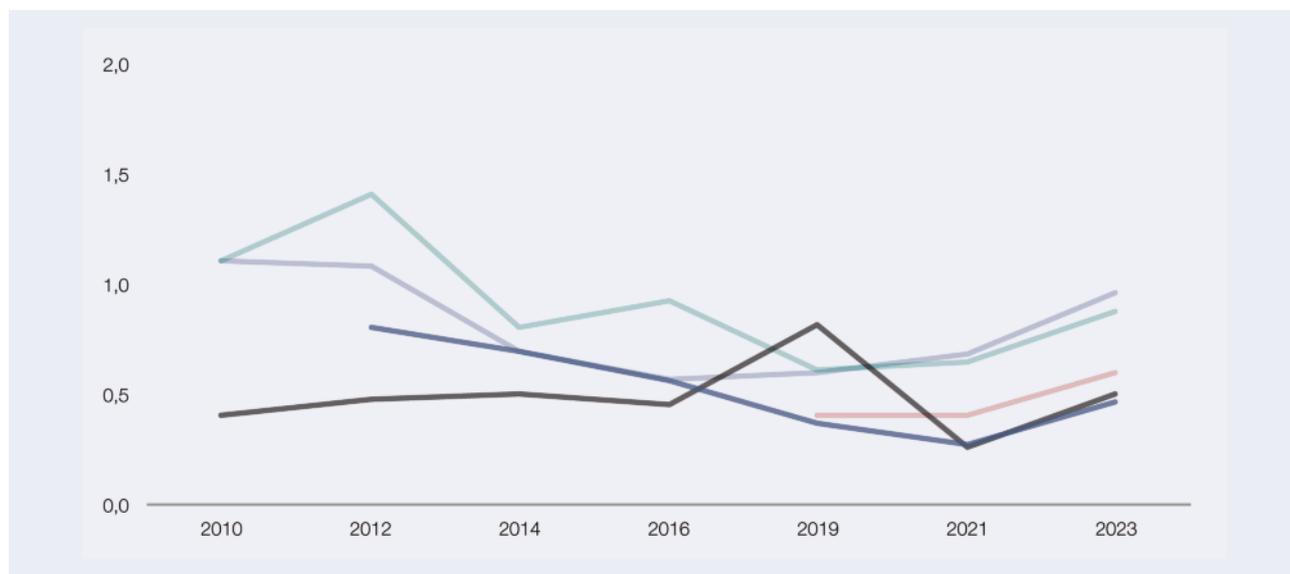
Prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según sexo (%). España, 2014-2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Figura 1.2.35.

Prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2010-2023.



	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Ketamina	1,1	1,1	0,7	0,6	0,6	0,7	1,0
Spice (cannabinoides sintéticos)	1,1	1,4	0,8	0,9	0,6	0,6	0,9
Ayahuasca	-	-	-	-	0,4	0,4	0,6
Mefedrona (catinonas sintéticas)	0,4	0,5	0,5	0,5	0,8	0,3	0,5
Salvia divinorum	-	0,8	0,7	0,6	0,4	0,3	0,5
Óxido nítrico	-	-	-	-	-	-	1,5
Cloretilo	-	-	-	-	-	-	1,2

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Policonsumo

El policonsumo hace referencia al consumo de diversas sustancias psicoactivas (de carácter legal y/o ilegal) en un mismo periodo de tiempo.

Considerando los **12 meses previos** a la realización de la encuesta, el 36,4% de los estudiantes realizó algún tipo de policonsumo, es decir, consumió dos o más sustancias diferentes en este periodo, mientras que el 40,4% consumió una única sustancia. Así, los estudiantes que no realizaron ningún consumo de drogas representan el 23,3% de los alumnos (tabla 1.2.53).

Si se contemplan los **últimos 30 días**, aproximadamente 1 de cada 4 estudiantes realizó policonsumo, observándose que más de la mitad de estos estudiantes consumió dos sustancias distintas en dicho periodo. En este tramo temporal, lo más frecuente es no haber consumido ninguna sustancia que supone el 38,9% de los alumnos de 14 a 18 años, seguido de haber tomado una única sustancia (35,4%).

Tabla 1.2.53.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2023.

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Ninguna sustancia	19,9	23,3	38,9
Una sola sustancia	36,5	40,4	35,4
Dos sustancias	18,3	16,7	13,9
Tres sustancias	15,4	12,7	9,0
Cuatro o más sustancias	9,9	7,0	2,9

* Drogas legales e ilegales: tabaco, alcohol, hipnosedantes con/sin receta, inhalables volátiles, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Si se compara el policonsumo en el tramo de los **12 meses previos** a la encuesta en las seis últimas encuestas, vemos que este 2023 se sitúa en el nivel más bajo de la serie (36,4%), continuando así con la tendencia descendente iniciada en 2021.

Tabla 1.2.54.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2012-2023.

	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Ninguna sustancia	16,8	21,0	21,7	21,5	26,3	23,3
Una sola sustancia	38,9	39,1	36,7	35,7	36,1	40,4
Dos sustancias	20,1	17,7	18,1	17,7	16,8	16,7
Tres sustancias	17,5	16,7	17,5	18,2	14,5	12,7
Cuatro sustancias o más sustancias	6,7	5,5	6,1	6,9	6,4	7,0
Policonsumo (2 o más drogas)	44,3	39,9	41,7	42,8	37,7	36,4

* Drogas legales e ilegales: tabaco, alcohol, hipnosedantes con/sin receta, inhalables volátiles, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Si únicamente se consideran las **drogas ilegales** (cannabis, cocaína en polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos, inhalables volátiles y GHB), se percibe que el policonsumo es minoritario entre los estudiantes: El 5,4% de los alumnos ha consumido a lo largo de su vida dos o más sustancias ilegales diferentes (tabla 1.2.55).

En cuanto a la prevalencia de las drogas ilegales, se observa que el 27,6% de los estudiantes ha consumido alguna sustancia ilegal en su vida, reduciéndose esta proporción hasta el 15,8% cuando se consideran los 30 días previos a la realización de la encuesta.

Tabla 1.2.55.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (ilegales)* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2023.

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Ninguna sustancia	72,4	77,9	84,1
Una sola sustancia	22,2	18,0	13,7
Dos sustancias	2,5	2,0	1,2
Tres sustancias	1,1	0,8	0,3
Cuatro o más sustancias	1,8	1,3	0,6

* Drogas ilegales: cannabis, cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Evolutivamente hablando, aunque se mantiene por debajo del 5%, este 2023 se registra un ligero aumento en la presencia de estudiantes que han realizado policonsumo de drogas ilegales en los últimos 12 meses (4,1%), volviendo a niveles que se registraban en 2012 (tabla 1.2.56).

En el lado opuesto, vemos que este 2023 es el año en el que la proporción de estudiantes que no ha consumido ninguna droga ilegal en este periodo alcanza su máximo desde 2012 (77,9%), superando incluso el buen resultado alcanzado en 2021.

Tabla 1.2.56.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (ilegales)* en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2012-2023.

	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Ninguna sustancia	73,2	74,1	73,8	72,3	77,7	77,9
Una sola sustancia	22,7	22,9	23,2	24,2	19,3	18,0
Dos sustancias	1,6	1,5	1,4	1,8	1,5	2,0
Tres sustancias	0,8	0,7	0,6	0,7	0,7	0,8
Cuatro o más sustancias	1,7	0,8	1,0	0,9	0,8	1,3
Policonsumo (2 o más drogas)	4,1	3	3	3,4	3	4,1

* Drogas ilegales: cannabis, cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

La prevalencia del policonsumo es mayor entre las chicas en todos los tramos temporales (tabla 1.2.57). También se observa que la proporción de estudiantes que no ha consumido ninguna droga en los diferentes tramos temporales analizados es mayor en el colectivo masculino. Para contextualizar este resultado, cabe recordar que las chicas registraban mayores consumos y más prevalentes que los alumnos, en las sustancias legales, tabaco y alcohol, así como en los hipnosedantes, mientras que el consumo de drogas ilegales estaba más extendido, en general, entre los chicos.

Respecto a las sustancias ilegales (tabla 1.2.58), el policonsumo es un comportamiento más frecuente entre los chicos con independencia del tramo temporal analizado.

Tabla 1.2.57.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2023.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Ninguna sustancia	22,5	17,4	26,1	20,4	41,9	35,8
Una sola sustancia	38,5	34,6	41,6	39,1	34,7	36,1
Dos sustancias	16,2	20,4	14,1	19,2	12,3	15,5
Tres sustancias	14,2	16,5	11,7	13,7	8,3	9,7
Cuatro o más sustancias	8,6	11,2	6,4	7,6	2,9	2,9

* Drogas legales e ilegales: tabaco, alcohol, hipnosedantes con/sin receta, inhalables volátiles, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.58.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (ilegales)* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2023.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Ninguna sustancia	71,7	73,1	77,1	78,7	83,1	85,2
Una sola sustancia	22,3	22,2	18,0	17,9	14,3	13,1
Dos sustancias	2,5	2,5	2,1	1,9	1,3	1,2
Tres sustancias	1,2	1,0	0,9	0,7	0,4	0,3
Cuatro o más sustancias	2,3	1,2	1,8	0,8	0,9	0,3

* Drogas ilegales: cannabis, cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Percepciones y opiniones de la población ante el consumo de sustancias psicoactivas

Percepción de riesgo

La percepción de riesgo da idea de en qué medida los estudiantes piensan que una determinada conducta puede ocasionar problemas. En este sentido, el riesgo asociado al consumo de drogas se comporta como un elemento protector frente al consumo y constituye un freno a la hora de que los estudiantes se planteen consumir este tipo de sustancias psicoactivas.

Existe un amplio consenso entre los alumnos en relación al riesgo que trae consigo el **consumo habitual** de sustancias como la heroína, la cocaína en polvo o el éxtasis. Así, prácticamente la totalidad de los estudiantes creen que consumir estas drogas una vez por semana o más, tiene graves consecuencias (percepción que apenas ha cambiado en todo el período analizado). A lo largo de toda la serie histórica las mujeres tienen una mayor percepción de riesgo que los hombres para todas las drogas analizadas.

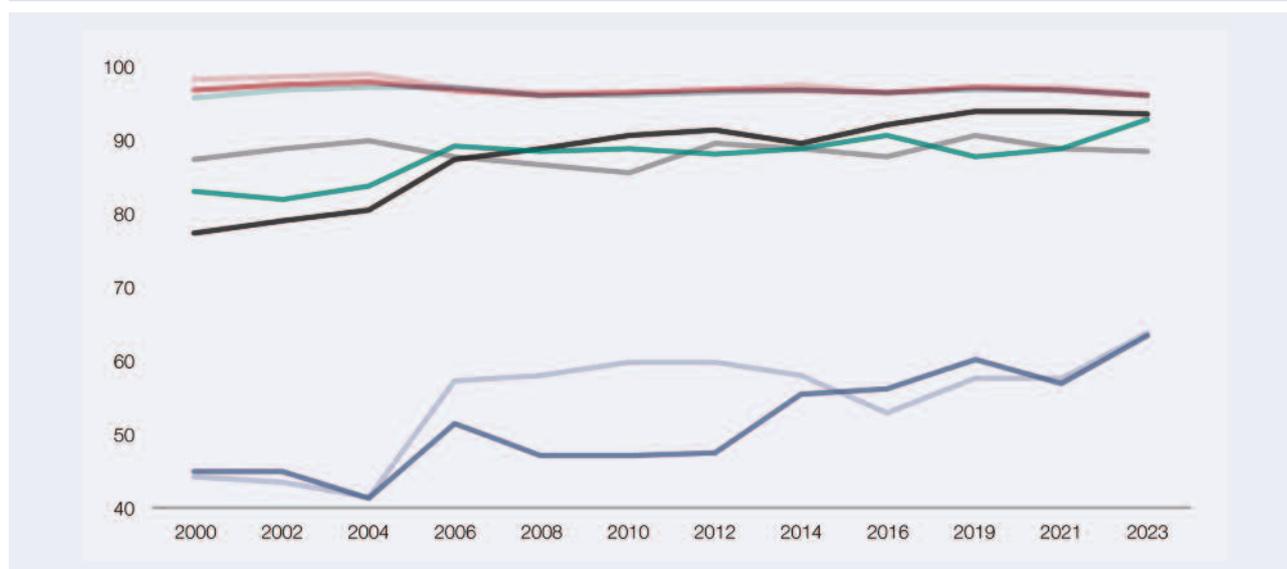
En relación con el alcohol, se observa que la percepción de riesgo asociada a su consumo ha aumentado en 2023, a pesar del aumento que ha registrado su prevalencia de consumo entre los alumnos de 14 a 18 años: el 63,4% de los estudiantes de 14 a 18 años considera que tomar 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana puede

causar muchos o bastantes problemas, proporción que resulta 6,5 puntos superior a la obtenida en 2021, y es la mayor que se registra de toda la serie histórica (tabla 1.2.59).

Tabla 1.2.59.

Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas (porcentaje de estudiantes que piensa que el consumo habitual, una vez por semana o más frecuentemente, puede causar bastantes o muchos problemas). España, 2000-2023.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Heroína	98,2	98,6	98,8	97,0	96,2	96,3	96,9	97,5	96,4	97,3	97,0	96,2
Cocaína en polvo	96,9	97,4	97,8	96,8	96,0	96,2	96,6	96,9	96,4	97,1	96,8	96,0
Éxtasis	95,5	96,7	97,2	97,0	96,1	95,9	96,5	96,9	96,2	96,9	96,7	95,9
Tabaco (un paquete diario)	77,3	78,9	80,3	87,3	88,8	90,4	91,4	89,7	91,8	93,8	93,9	93,4
Hipnosedantes	87,4	88,7	89,7	87,5	86,6	85,5	89,5	88,6	87,7	90,7	88,6	88,4
Cannabis	82,8	81,7	83,7	89,0	88,3	88,7	88,1	88,8	90,7	87,5	88,7	92,7
Tomar 5 o 6 cañas/copas en fin de semana	44,9	44,8	41,2	51,3	47,2	47,0	47,5	55,3	56,1	60,3	56,9	63,4
Tomar 1 o 2 cañas/copas diariamente	44,0	43,6	41,4	57,4	57,9	59,8	59,7	57,8	52,9	57,6	57,7	63,6



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Por otro lado, el consumo diario de alcohol (tomar 1 o 2 cañas/copas cada día) es considerado peligroso por el 63,6% de los estudiantes, proporción que es superior en 5,9 puntos a la registrada en 2021 y que vuelve a ser la mayor que se registra desde que se lleva haciendo el estudio.

Siguiendo con las sustancias legales, el riesgo percibido ante el consumo diario de tabaco ha seguido una tendencia creciente a lo largo de los años. Entre los años 1994 y 2004, el porcentaje que consideraba problemático fumar un paquete de tabaco al día se aproximaba al 80% mientras que, a partir de 2006, este valor se ha ido situando próximo al 90%, superándolo de forma recurrente a partir de 2016 situándose en esta ocasión en el 93,4% muy próximo a la cifra más alta de la serie histórica que se alcanzó en 2021 (93,9%).

El consumo habitual de hipnosedantes registra una percepción de riesgo algo más baja que el consumo de un paquete de tabaco diario. El 88,4% de los estudiantes de 14 a 18 años advierte un peligro cuando se alude al consumo habitual de hipnosedantes, proporción que a lo largo de la serie histórica se ha mantenido entre el 85% y el 90%.

En cuanto a la sustancia ilegal más extendida, el cannabis, el 92,7% de los estudiantes opina que su consumo habitual puede conllevar problemas. Evolutivamente siempre se ha mantenido en cifra cercanas al 90%, si bien, sí que se observa una mayor concienciación acerca de los riesgos de su consumo respecto a 2021 (4 puntos porcentuales), y que coincide con la menor prevalencia de consumo obtenida en esta ocasión.

Al igual que ocurría con el consumo habitual, la gran mayoría de los alumnos opina que **consumir de manera esporádica** sustancias como la cocaína, éxtasis, metanfetaminas, anfetaminas, alucinógenos o la heroína puede causar muchos o bastantes problemas de salud o de otro tipo (tabla 1.2.60).

En lo que respecta al cannabis, cerca de dos tercios de los estudiantes piensa que el consumo esporádico de esta sustancia podría causar problemas a la salud u otro tipo de problemas, proporción que aumenta en 11,8 puntos respecto a la observada en 2021 y que es la más alta desde 2006.

Por último, observamos como el riesgo percibido del uso esporádico de cigarrillos electrónicos es el más bajo de los analizados (38,8%). Sin embargo, cabe destacar que ha duplicado el que se registraba en 2019 y ha aumentado en 16,4 puntos porcentuales el dato de 2021, dándose la percepción de riesgo más alta para esta sustancia desde que se pregunta por ella en ESTUDES.

Tabla 1.2.60.

Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo esporádico de sustancias psicoactivas (porcentaje de estudiantes que piensa que el consumo esporádico, una vez al mes o menos frecuentemente, puede causar bastantes o muchos problemas) (%). España, 2006-2023.

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Fumar cannabis alguna vez	70,2	54,8	50,4	52,6	54,9	54,1	51,9	52,2	64,0
Fumar cigarrillos electrónicos	–	–	–	–	–	34,2	18,3	22,4	38,8
Consumir cocaína en polvo alguna vez	90,8	81,4	79,6	81,4	86,1	78,1	81,3	79,2	82,0
Consumir cocaína base alguna vez	90,5	86,0	82,3	83,3	85,6	82,8	84,8	83,0	84,5
Consumir éxtasis alguna vez	91,3	85,0	82,6	84,9	87,1	80,3	83,7	81,0	83,0
Consumir anfetaminas alguna vez	91,0	85,1	82,6	84,9	87,3	80,4	84,7	82,4	84,1
Consumir alucinógenos alguna vez	90,3	84,8	80,5	82,6	86,5	80,3	82,1	79,4	83,1
Consumir heroína alguna vez	92,0	86,8	84,9	87,2	88,7	82,3	86,8	85,0	86,1
Inyectarse drogas alguna vez	92,9	88,9	87,7	90,7	94,0	88,7	89,6	88,5	89,1
Consumir GHB alguna vez	91,9	86,1	83,7	85,8	87,8	88,1	88,1	85,9	–
Consumir metanfetamina alguna vez	–	–	–	–	–	85,9	87,0	84,8	86,2

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Percepción de disponibilidad

La disponibilidad percibida de drogas contempla en qué medida los estudiantes consideran que es difícil o fácil conseguir las diferentes sustancias psicoactivas. Respecto a la pasada encuesta, se aprecia que la percepción de disponibilidad de las sustancias legales y del cannabis ha disminuido ligeramente, sucediendo lo opuesto para las sustancias ilegales cuyo consumo está mucho más contenido.

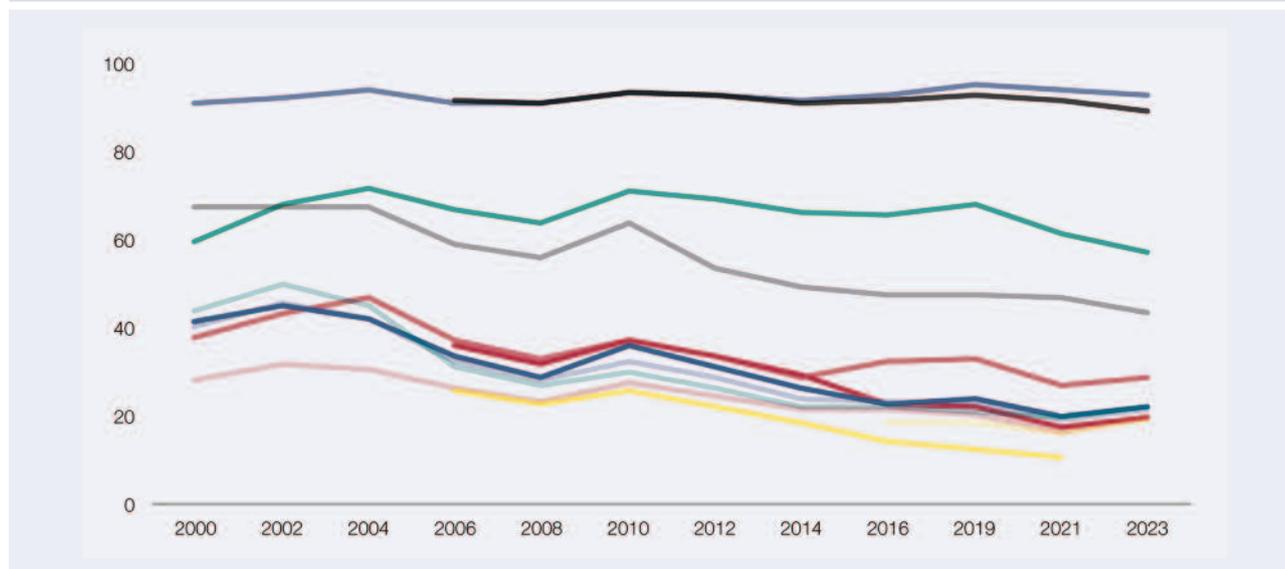
El alcohol y el tabaco son, con diferencia, las sustancias más accesibles para los estudiantes de 14 a 18 años. En este sentido, aproximadamente 9 de cada 10 no aprecian ninguna dificultad para conseguir bebidas alcohólicas o tabaco, escenario que apenas ha cambiado a lo largo de la serie histórica (tabla 1.2.61). Esta situación pone de manifiesto que las sustancias de comercio legal se perciben totalmente al alcance de los estudiantes que quieran adquirirlas, cuando no deberían ser accesibles para los menores de 18 años.

Por otro lado, el 43,4% de los estudiantes percibe un fácil acceso a los hipnosedantes. La percepción de fácil disponibilidad de estas sustancias se ha reducido con respecto a 2021, y continúa así la tendencia descendente que se lleva registrando desde 2010. Se alcanza así la cifra más baja de la serie histórica sobre disponibilidad percibida de hipnosedantes entre los alumnos de 14 a 18 años.

Tabla 1.2.61.

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, 2000-2023.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Alcohol	91,2	92,0	93,8	91,2	90,8	93,3	92,9	91,4	93,0	94,9	93,9	92,9
Tabaco	-	-	-	91,7	90,9	93,6	92,8	90,8	91,4	93,1	91,6	89,1
Cannabis	59,7	67,9	71,8	66,8	63,6	71,1	69,4	66,3	65,9	68,1	61,1	56,9
Hipnosedantes	67,2	67,6	67,3	58,9	55,6	64,0	53,3	49,1	47,5	47,4	46,7	43,4
Cocaína polvo	38,0	43,5	46,7	37,4	32,7	37,2	33,8	28,9	32,3	32,8	26,8	28,8
Cocaína base	-	-	-	36,1	31,8	37,0	33,4	29,5	22,9	21,8	17,4	19,9
Anfetaminas	40,2	45,4	41,7	32,1	28,1	32,5	28,7	24,2	23,4	22,8	19,1	21,4
Alucinógenos	41,4	45,3	41,9	33,7	28,6	35,8	30,9	26,2	22,8	24,1	19,9	22,1
Éxtasis	43,8	50,0	45,1	31,2	26,6	29,9	26,2	21,8	21,8	21,0	19,6	21,9
Heroína	28,1	32,0	30,7	26,1	23,2	27,8	24,8	21,4	21,2	20,2	16,3	19,8
GHB	-	-	-	-	25,5	22,4	25,8	22,3	18,7	14,2	12,6	10,5
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	18,4	18,5	15,9	19,0



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

El cannabis es, con diferencia, la droga ilegal que se considera más accesible y algo más de la mitad de los alumnos piensan que es el fácil de adquirir (56,9%). Al igual que en el caso de los hipnosedantes, la facilidad de obtención se reduce en 4,2 puntos porcentuales respecto a 2021, mejorando así el buen resultado registrado hace dos años y que permite situar la disponibilidad percibida para esta sustancia en el valor más bajo de toda la serie histórica.

El porcentaje de estudiantes que opina que puede conseguir cocaína en polvo sin problemas se mantiene por debajo del 30% (28,8%), aunque supone un aumento de 2 puntos porcentuales respecto a 2021, momento en el que se alcanzó el mínimo histórico de esa sustancia en relación a su facilidad de obtención.

Los alucinógenos, el éxtasis, las anfetaminas, la heroína y las metanfetaminas son las sustancias menos accesibles según los estudiantes: entre el 78% y el 81% de los alumnos piensa, en 2023, que es complicado adquirir este tipo de sustancias. Aunque, en general, a lo largo de la última década ha ido descendiendo la percepción de disponibilidad, cabe destacar el repunte en facilidad de obtención registrado en todas ellas en los dos últimos años, siendo éste acentuado en el caso de la heroína y de las metanfetaminas. Esta mayor disponibilidad percibida está en línea con los repuntes en consumo que se han detectado para estas sustancias este 2023.

En términos generales, cobra relevancia que, a excepción del cannabis, todas las drogas ilegales incrementan ligeramente su percepción de disponibilidad mientras que todas las drogas legales descienden en dicha percepción.

Vías de información sobre sustancias psicoactivas

En el año 2023, el 29,6% de los estudiantes de 14 a 18 años cree estar perfectamente informado sobre las drogas. Atendiendo al sexo vemos que este porcentaje varía notablemente: El 26,2% de las chicas piensa que están bien informadas, frente al 33% de los chicos.

Evolutivamente, ha aumentado el porcentaje de alumnos que se sienten perfectamente informados en 7,1 puntos en esta edición respecto a 2021, produciéndose este aumento tanto en chicos como en chicas, y registrándose entre éstas la cifra más alta desde 2016.

Tabla 1.2.62.

Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que se sienten perfectamente informados o mal informados en tema de drogas, según sexo (%). España, 2016-2023.

	2016		2019		2021		2023	
	Perfectamente informado	Mal informado						
Total	31,3	7,5	26,0	7,1	22,5	9,3	29,6	7,9
Hombre	37,1	7,3	32,0	7,1	26,9	9,5	33,0	9,2
Mujer	25,5	7,6	20,4	7,2	18,0	9,1	26,2	6,5

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Viendo ahora el papel que tiene el **centro escolar** en la educación sobre el consumo de drogas y los problemas asociados en los alumnos, vemos que el 85,4% de los estudiantes indica que en su centro educativo ha recibido información, o se ha tratado el tema, siendo una cifra muy similar la que se da entre chicas y chicos.

Respecto al papel de las **familias**, vemos que el 71,5% de los estudiantes indica que ha recibido este tipo de información en el entorno familiar, siendo las chicas las que manifiestan recibir más educación acerca de este tema (74,2% vs. 68,8% de los chicos).

Tabla 1.2.63.

Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han recibido formación en su centro educativo o en su familia sobre el consumo de drogas y los problemas asociados, según sexo (%). España, 2023

	Total	Hombre	Mujer
He recibido información en el centro educativo	85,4	86,6	84,4
He recibido información en mi familia	71,5	68,8	74,2

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Los temas de los que en mayor medida han recibido formación los estudiantes de 14 a 18 años en sus centros educativos son los problemas asociados con el mal uso de las nuevas tecnologías y con el consumo de drogas legales (74,0% y 72,3%, respectivamente). En el lado opuesto, son tan sólo el 48,4% de los estudiantes aquellos que manifiestan que se les ha informado de los efectos y los problemas asociados al juego *online* y a las apuestas (tabla 1.2.64).

Por sexo, cabe destacar que las chicas tienen mayor consideración que los chicos acerca de los temas que se trataron en su centro educativo sobre el consumo de drogas y otras adicciones y los problemas asociados.

Tabla 1.2.64.

Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que han recibido formación en su centro educativo sobre el consumo de drogas y los problemas asociados y otras adicciones, según sexo (%) España, 2023.

	Total	Hombre	Mujer
Efectos y problemas asociados a drogas legales	72,3	67,7	77,0
Efectos y problemas asociados a drogas ilegales	66,8	64,2	69,5
Efectos y problemas asociados al mal uso de las nuevas tecnologías	74,0	68,3	80,0
Efectos y problemas asociados al juego online, apuestas	48,4	46,8	50,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas

Respecto a las posibles medidas que pueden ser efectivas para resolver el problema de las drogas (figura 1.2.36), prácticamente todos los alumnos coinciden en la importancia de la educación en las escuelas (95,9%) y el tratamiento voluntario a consumidores (94,9%).

Otras medidas que también son muy populares entre los estudiantes son, el control policial y aduanero (92,9%), el tratamiento obligatorio a los consumidores (91,0%) y la administración médica de metadona (90,0%). En el lado opuesto, las acciones en las que se tiene menos confianza para resolver el problema de las drogas son las relativas a la legalización, tanto exclusivamente del cannabis (50,5%) como de todas las drogas (33,8%).

Evolutivamente, vemos un aumento de confianza en la administración médica tanto de metadona como de heroína en los dos últimos años, recibiendo esta última medida la valoración más alta desde 2012 (84,6%).

Después de varias ediciones en las que se registraba una cada vez menor consideración por parte de los estudiantes sobre la legalización del cannabis y de todas las drogas como posible solución, este 2023 se frena la caída y se registra un aumento en la consideración de ambas acciones respecto a 2021. En este sentido la legalización del cannabis pasa a ser una acción muy importante para el 30,4% de los alumnos (28,4% en 2021) y de todas las drogas para el 22,7% (17,3% en 2021) (tabla 1.2.65).

Teniendo en cuenta el sexo, vemos que en el caso de la legalización del cannabis el incremento se ha dado más entre las chicas que entre los chicos, lo que hace que el porcentaje de estudiantes que confía en esta medida se sitúe en torno al 30% para ambos colectivos. Por edad, es entre los de 14 años donde se registra un aumento mayor de la confianza en esta acción.

En cuanto a la legalización de todas las drogas, aunque en menor medida que en el caso el cannabis, también se registra un mayor impacto de la mayor valoración de la acción entre las chicas que entre los chicos. Se mantiene, así, el mayor apoyo que han dado históricamente las chicas a esta propuesta. Por edad, es entre los alumnos más jóvenes (14 años) y los que han iniciado su mayoría de edad (18 años) donde se observa el mayor aumento de la confianza en la legalización de todas las drogas como posible solución al problema (tabla 1.2.65).

Figura 1.2.36.

Valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2012-2023.



* Algo importante o muy importante.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.65.

Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que valoran como “muy importante” la legalización del cannabis y la legalización de todas las drogas para resolver el problema de las drogas, según sexo (%). España 2012-2023.

	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Legalización del cannabis						
Total	37,7	40,3	36,4	34,2	28,4	30,4
Sexo						
Hombre	39,3	40,9	36,7	35,7	29,1	30,5
Mujer	35,9	39,8	36,1	32,8	27,6	30,3
Legalización de todas las drogas						
Total	27,0	29,6	26,8	20,8	17,3	22,7
Sexo						
Hombre	25,7	27,5	25,3	20,4	17,3	22,0
Mujer	28,4	31,8	28,4	21,3	17,2	23,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Cuanto mayor es el nivel de consumo de cannabis, mayor es la presencia de aquellos que consideran que la legalización de esta droga sería muy importante para resolver el problema de las drogas, pasando de 26,6% entre los que no han consumido en el último año hasta un 53,2% entre aquellos con un consumo problemático.

Tabla 1.2.66.

Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que valoran como “muy importante” la legalización del cannabis para resolver el problema de las drogas, según hayan consumido o no cannabis en los últimos 12 meses (%) España, 2014-2023.

	2014	2016	2019	2021	2023
No han consumido cannabis en el último año	22,6	19,5	18,0	22,7	26,6
Han consumido cannabis en el último año (CAST<4)	45,4	34,9	39,8	45,2	43,1
Han consumido cannabis en el último año (CAST ≥4 Consumo problemático)	58,2	48,2	51,8	63,2	53,2

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Entorno de ocio: actividades, salidas nocturnas (frecuencia y horario) y dinero disponible

Actividades de ocio

Analizando la frecuencia de actividades de ocio realizadas en los últimos 12 meses por los estudiantes, vemos que el 72,2% practica **algún deporte** semanalmente, siendo bastante más frecuente en el grupo masculino (82,5% vs. 61,5% entre las chicas).

En el lado opuesto, vemos que únicamente el 22,6% de los alumnos mantiene un **hábito de lectura** semanal, frente a un 38,7% el porcentaje de alumnos que declaran que nunca leen por diversión. En este caso, las chicas manifiestan tener un mayor hábito de lectura semanal que los chicos (30,8% vs. 14,5%).

Centrándonos ahora en el ocio nocturno (discotecas, bares, fiestas, cafés...) se observa que el 18,8% de los alumnos sale semanalmente, encontrando una proporción similar en chicos y chicas.

Salir con los amigos por las tardes (de compras, a pasear, al parque a pasar el rato) es muy frecuente, concretamente el 63,9% realizan este tipo de ocio de forma semanal, siendo un comportamiento muy extendido con independencia del sexo.

Por último, uno de cada tres estudiantes indica **tener otro hobby** (toco un instrumento, canto, pinto, escribo...) al que le dedica tiempo de manera semanal. Esta alternativa de ocio es ligeramente más popular en las chicas.

Tabla 1.2.67.

Frecuencia de actividades de ocio realizadas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo (%). España, 2023.

		Total	Hombre	Mujer
Practicar algún deporte	Nunca	11,2	6,6	16,0
	Anualmente	5,0	2,9	7,2
	Mensualmente	11,6	8,1	15,3
	Semanalmente	72,2	82,5	61,5
Leer libros por diversión	Nunca	38,7	48,4	28,9
	Anualmente	19,3	20,2	18,4
	Mensualmente	19,4	16,9	21,9
	Semanalmente	22,6	14,5	30,8
Salir con amigos por las tardes	Nunca	4,0	4,8	3,2
	Anualmente	5,0	5,4	4,5
	Mensualmente	27,1	26,6	27,6
	Semanalmente	63,9	63,2	64,7
Salir con amigos por las noches	Nunca	27,2	28,5	25,9
	Anualmente	17,0	16,8	17,3
	Mensualmente	37,0	35,0	39,0
	Semanalmente	18,8	19,7	17,9
Tener otros hobbies	Nunca	42,2	45,7	38,5
	Anualmente	9,2	8,4	9,9
	Mensualmente	15,4	13,4	17,5
	Semanalmente	33,3	32,5	34,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Actividades de ocio y consumo de sustancias psicoactivas

Analizando el consumo de las siguientes sustancias (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína) en los últimos 12 meses según las actividades de ocio que han realizado los estudiantes, observamos que los alumnos que salen por la noche de manera frecuente las consumen en mayor medida. De la misma manera esto también sucede entre los que salen habitualmente por las tardes con sus amigos.

Por otro lado, cabe destacar que los estudiantes que no leen libros, cuentan con unas mayores prevalencias de consumo para todas las sustancias anteriormente mencionadas. Lo mismo ocurre para aquellos que no han practicado ningún deporte, donde encontramos mayor presencia de aquellos que han consumido tabaco y cannabis que entre los que sí han practicado alguna actividad física, mientras que los niveles de consumo de alcohol son similares.

Tabla 1.2.68.

Prevalencia de consumo de sustancias de en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según las actividades de ocio realizadas (%). España, 2023.

	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína polvo y/o base
Ha practicado algún deporte	73,7	26,6	20,9	2,1
No ha practicado ningún deporte	74,2	36,0	27,5	2,9
Ha leído libros para divertirse	69,7	22,9	17,7	1,6
No ha leído libros para divertirse	80,1	34,8	27,6	3,1
Ha salido con amigos por las tardes	75,0	28,4	22,2	2,3
No ha salido con amigos por las tardes	47,5	13,2	11,2	2,4
Ha salido con amigos por las noches	85,7	35,0	27,2	2,8
No ha salido con amigos por las noches	42,0	7,9	6,5	0,8
Tiene otros hobbies	71,4	24,3	19,5	2,0
No tiene otros hobbies	76,9	32,0	24,5	2,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Salidas nocturnas, frecuencia

En ESTUDES también se analiza la frecuencia de las salidas nocturnas y el horario de regreso a casa en dichas salidas para evaluar la posible relación existente entre el consumo de sustancias psicoactivas y el tiempo que se dedica al ocio nocturno.

Con respecto a las salidas nocturnas en los últimos 12 meses (tabla 1.2.69), la frecuencia señalada por un mayor número de alumnos es entre 1 y 3 noches al mes (28,9%), dato muy superior al obtenido en 2021, donde las limitaciones de ocio derivadas de la pandemia COVID-19 hicieron aumentar el número de alumnos que nunca habían salido por la noche, pero que es muy parecido al obtenido en ediciones anteriores.

Los chicos y las chicas salen a divertirse por la noche con una asiduidad similar. Sin embargo, sí vemos que la frecuencia en las salidas aumenta a medida que lo hace la edad, de forma que aproximadamente 3 de cada 4 jóvenes de entre 17 y 18 años salen de 1 a 3 noches al mes (tabla 1.2.70).

Salidas nocturnas, frecuencia y consumo de sustancias psicoactivas

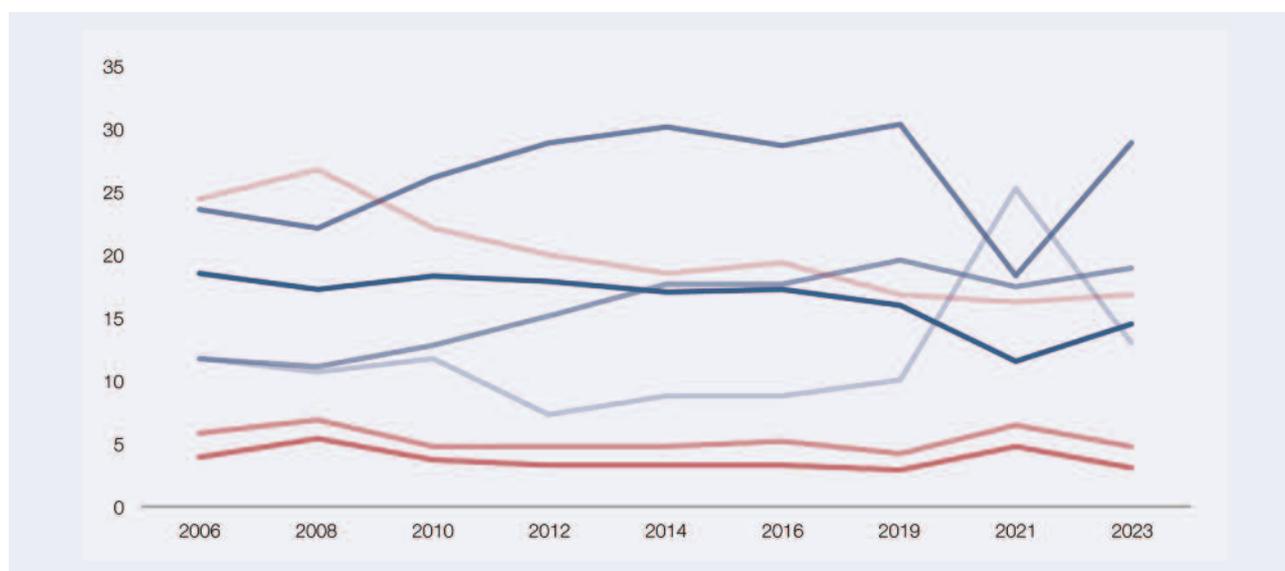
Al poner en relación el patrón de salidas nocturnas con el consumo de las drogas de mayor prevalencia (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína) se observa que la extensión del consumo aumenta conforme lo hace la frecuencia de las salidas (tabla 1.2.71).

El 33,1% de los alumnos que no han salido en los últimos 12 meses han tomado bebidas alcohólicas. Esta proporción se duplica entre los que han salido esporádicamente (67,3%), y se hace mayoritaria entre los que han salido al menos 1 noche al mes (82,8% entre los que han salido de 1 a 3 noches y 90,7% entre los que han salido 3-4 noches a la semana).

Tabla 1.2.69.

Frecuencia de salidas nocturnas en los últimos 12 meses, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2006-2023.

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Nunca	11,8	10,7	11,8	7,2	8,7	8,7	10,1	25,3	13,0
Menos de una noche al mes	11,7	11,0	12,7	15,1	17,7	17,6	19,6	17,5	18,9
De 1 a 3 noches al mes	23,6	22,1	26,2	28,8	30,1	28,7	30,3	18,3	28,9
1 noche a la semana	18,5	17,3	18,4	17,9	17,0	17,2	16,1	11,5	14,5
2 noches a la semana	24,5	26,7	22,1	19,9	18,6	19,3	16,8	16,2	16,8
3-4 noches a la semana	5,9	6,8	4,7	4,8	4,7	5,2	4,2	6,5	4,8
Más de 4 noches a la semana	3,9	5,3	3,6	3,2	3,3	3,3	2,9	4,8	3,2



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.70.

Frecuencia de salidas nocturnas (en los últimos 12 meses) en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según sexo y edad (%). España, 2023.

	TOTAL	H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Nunca	13,0	13,3	12,8	21,9	16,0	10,4	7,8	8,3
Menos de una noche al mes	18,9	18,9	18,8	21,2	20,0	17,7	18,1	15,8
De 1 a 3 noches al mes	28,9	27,4	30,5	24,0	27,1	30,3	32,3	30,9
1 noche a la semana	14,5	15,0	13,9	11,8	12,6	15,4	16,3	17,5
2 noches a la semana	16,8	16,8	16,8	14,4	16,6	17,6	17,5	17,9
3-4 noches a la semana	4,8	5,1	4,4	3,8	4,5	5,0	5,0	6,5
Más de 4 noches a la semana	3,2	3,6	2,7	3,0	3,1	3,5	3,0	3,1

H = Hombres; M = Mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.71.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según la frecuencia de salidas nocturnas en los últimos 12 meses (%). España, 2023.

	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína polvo y/o base
Nunca	33,1	5,3	4,8	0,5
Menos de una noche al mes	67,3	16,4	12,6	1,3
De 1 a 3 noches al mes	82,8	29,9	23,9	1,5
1 noche a la semana	85,8	35,0	27,4	2,6
2 noches a la semana	89,6	44,3	33,1	3,4
3-4 noches a la semana	90,7	50,2	40,3	7,7
Más de 4 noches a la semana	90,1	55,1	44,2	11,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

En relación con el consumo de tabaco, el 16,4% de los estudiantes que salieron esporádicamente (menos de una noche al mes) reconocen haber fumado en este periodo, duplicándose entre los que salen semanalmente (35,0%) y elevándose hasta el 55,1% entre los que salen más de 4 noches a la semana.

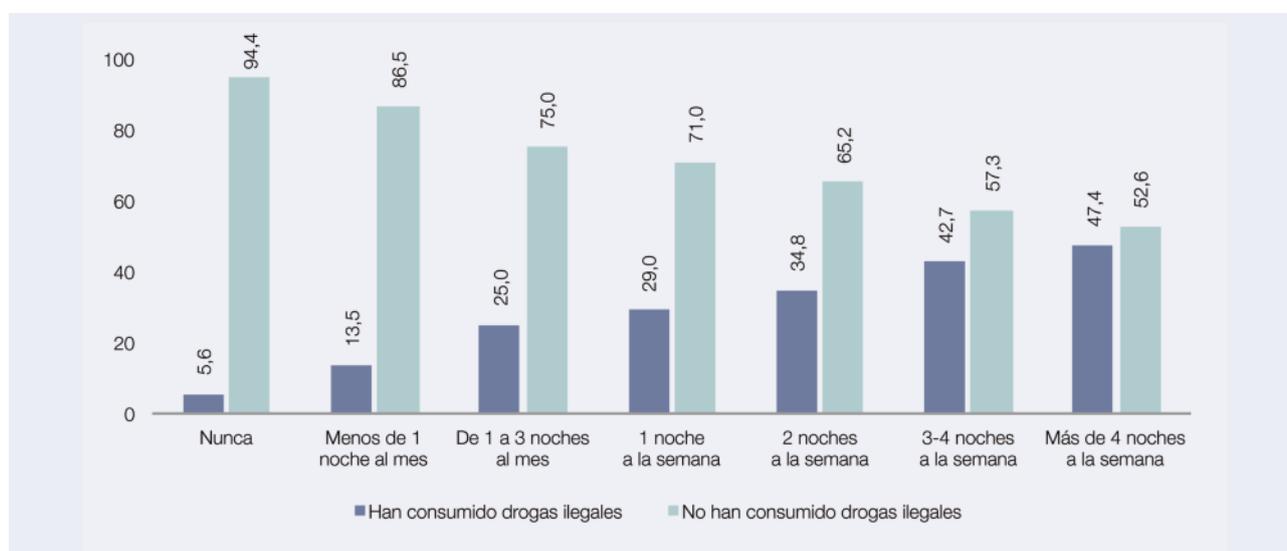
Por su parte, el cannabis tiene una presencia inferior al 5% entre los adolescentes que no han salido por la noche en el último año, pero alcanza una prevalencia superior al 25% entre los que tienen un hábito de salidas semanal, llegando a alcanzar una prevalencia del 44,2% entre los que salen más de 4 noches a la semana.

Se contempla el mismo escenario a la hora de abordar el consumo de cocaína, que registra una prevalencia residual entre los estudiantes que salen menos de una noche a la semana y alcanza el máximo valor entre aquellos que salen más de 4 noches a la semana (11,3%).

Si se analiza la extensión del consumo de **drogas ilegales** (en los últimos 12 meses) junto con la frecuencia de las salidas nocturnas, resulta evidente que el consumo se encuentra más extendido entre los adolescentes que salen por la noche con mayor frecuencia (figura 1.2.37).

Figura 1.2.37.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales* en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según la frecuencia de salidas nocturnas en los últimos 12 meses (%). España, 2023.



* Drogas ilegales: cannabis, cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Salidas nocturnas, horario de regreso a casa

La encuesta ESTUDES incluye también preguntas sobre la hora de regreso a casa durante la última salida por la noche, en fin de semana por diversión, en los últimos 12 meses (tabla 1.2.72).

Considerando a los estudiantes que en los últimos 12 meses salieron a divertirse por la noche, el 40,1% regresó a casa antes de la 1 de la madrugada en su última salida en fin de semana, el 33,9% volvió entre la 1 y las 4 de la mañana mientras que el 26,1% regresó más tarde de las 4 de la madrugada.

Tabla 1.2.72.

Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que regresan a casa (última salida en fin de semana), en cada una de las franjas horarias señaladas (%). España, 2006-2023.

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Antes de las 12 de la noche	16,1	14,5	16,5	14,6	17,1	20,2	19,3	54,2	23,2
Entre las 12 de la noche y la 1 de la madrugada	15,1	15,7	16,4	14,0	17,1	18,0	16,5	12,7	16,9
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	13,9	13,8	13,8	11,3	12,7	12,5	11,3	7,1	11,5
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	13,8	14,6	13,0	11,4	12,3	12,0	11,1	5,9	10,9
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	15,3	15,3	15,6	14,9	14,0	12,7	13,5	5,4	11,5
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	20,6	20,3	19,6	25,2	21,0	19,0	22,2	7,3	20,4
Después de las 8 de la mañana	5,2	5,9	5,1	8,6	5,8	5,6	6,2	7,3	5,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Con respecto a 2021, se ha incrementado de manera notable el número de alumnos que regresan a sus casas después de las 12 de la noche, debido al contexto sanitario vivido durante 2020-2021 que también condicionó los horarios de regreso a casa ya que, como medida restrictiva se implantaron “toques de queda” durante determinados meses. Respecto a 2019 se registra un patrón de comportamiento más parecido con una ligera menor presencia de estudiantes que han llegado a casa más tarde de la 1 de la madrugada (figura 1.2.38).

Salidas nocturnas, horario de regreso a casa y consumo de sustancias psicoactivas

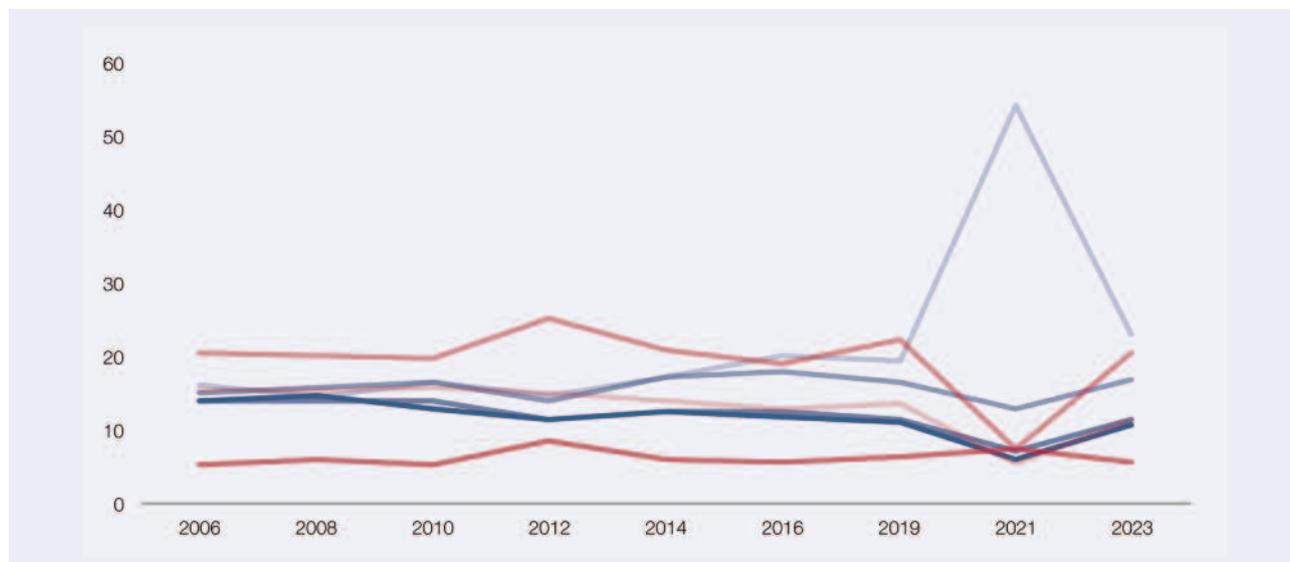
Por otro lado, atendiendo a la prevalencia de consumo de las sustancias psicoactivas más extendidas (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína), se observa que cuanto más tiempo se dedica al ocio nocturno, mayor es el consumo.

El consumo de **alcohol** se encuentra generalizado entre los estudiantes que en su última salida regresaron a partir de la 1 de la madrugada: la prevalencia del alcohol se sitúa entre el 80% y el 90% en el grupo que regresó entre la 1 y las 3 de la madrugada, mientras que los estudiantes que volvieron más tarde de las 3 de la madrugada registran una prevalencia superior al 90% (tabla 1.2.73).

Por su parte, el consumo de **tabaco** y de **cannabis** repunta especialmente cuando se observa el colectivo que volvió a partir de las 4 de la mañana en su última salida. En el caso de la cocaína, el incremento más notorio se obtiene al considerar el colectivo que regresó más tarde de las 8 de la mañana.

Figura 1.2.38.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales* en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según el horario de regreso a casa en los últimos 12 meses (%). España, 2006-2023.



	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Antes de las 12 de la noche	16,1	14,5	16,5	14,6	17,1	20,2	19,3	54,2	23,2
Entre las 12 de la noche y la 1 de la madrugada	15,1	15,7	16,4	14,0	17,1	18,0	16,5	12,7	16,9
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	13,9	13,8	13,8	11,3	12,7	12,5	11,3	7,1	11,5
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	13,8	14,6	13,0	11,4	12,3	12,0	11,1	5,9	10,9
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	15,3	15,3	15,6	14,9	14,0	12,7	13,5	5,4	11,5
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	20,6	20,3	19,6	25,2	21,0	19,0	22,2	7,3	20,4
Después de las 8 de la mañana	5,2	5,9	5,1	8,6	5,8	5,6	6,2	7,3	5,7

* Drogas ilegales: cannabis, cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.73.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según la hora de regreso a casa (última salida en fin de semana) (%). España, 2023.

	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína polvo y/o base
No ha salido	35,3	6,0	5,5	0,7
Antes de las 12 de la noche	55,8	13,3	9,3	0,8
Entre las 12 de la noche y la 1 de la madrugada	74,8	19,8	14,3	1,2
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	80,9	27,1	20,0	2,2
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	87,2	33,5	25,4	2,2
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	91,4	37,4	28,8	2,0
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	95,9	49,9	40,7	3,8
Después de las 8 de la mañana	94,0	61,4	53,8	11,5

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

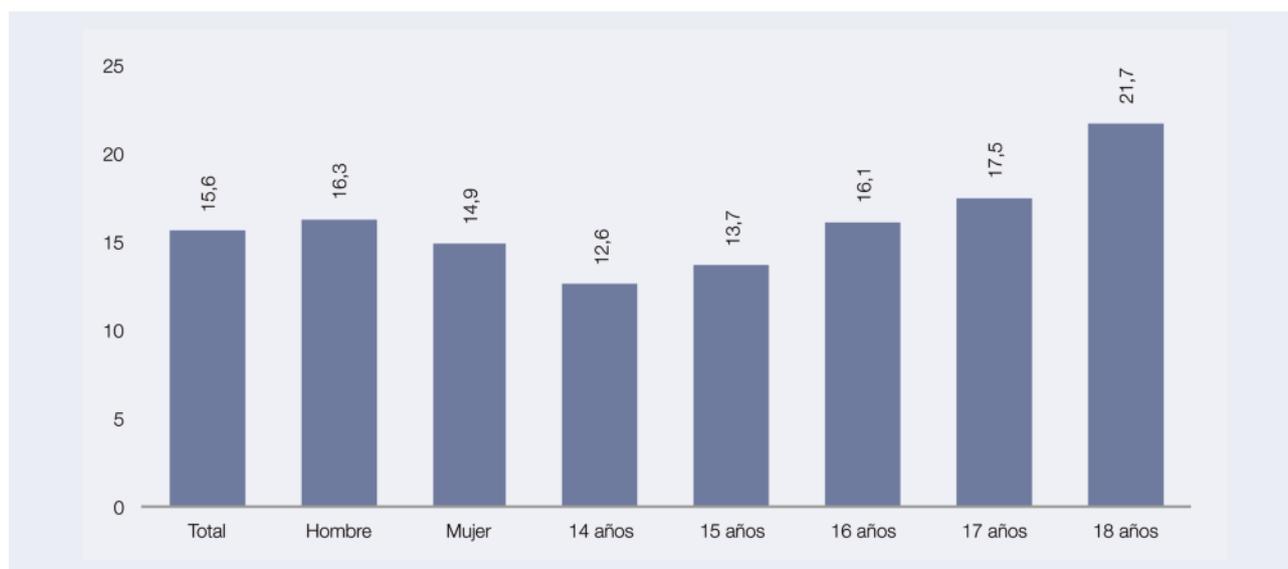
Dinero disponible para gastos personales

Los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años disponen, por término medio, de 15,6 euros a la semana para sus gastos personales.

De media, los chicos cuentan con una mayor cantidad de dinero que las chicas (1,4 euros de media más a la semana) y, en términos de edad, el dinero disponible se incrementa conforme aumenta la edad de los estudiantes, registrándose la mayor cantidad semanal entre los de 17 a 18 años (figura 1.2.39).

Figura 1.2.39.

Dinero disponible (euros) por término medio a la semana para gastos personales entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y según edad. España, 2023.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Situación económica familiar

El 82,2% de los estudiantes de 14 a 18 años opina que la situación económica de su familia es más o menos igual que la de la media. El 13,2% opina que está por encima de la media y solamente un 4,6% piensa que la situación económica de su familia es peor que la media.

Si analizamos la situación económica de las familias según el consumo de los alumnos, observamos que no se aprecian diferencias notables cuando atendemos a los consumidores de las sustancias más prevalentes; sin embargo, entre los consumidores habituales de cocaína encontramos unos porcentajes más altos de alumnos que manifiestan que la situación económica de sus familias se encuentra por encima (18,2%) y por debajo (10,6%) de la media nacional.

Tabla 1.2.74.

Situación económica de la familia entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según el consumo de sustancias en los últimos 30 días. España, 2023.

	Total estudiantes (14-18 años)	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína
Por encima de la media	13,2	14,2	14,8	15,7	18,2
Más o menos como la media	82,2	81,2	78,7	77,6	71,2
Por debajo de la media	4,6	4,5	6,5	6,7	10,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Consecuencias no deseables del consumo de drogas

A continuación, se muestra una tabla que recoge algunas situaciones indeseables que han vivido los alumnos en el último año según hayan consumido alguna sustancia psicoactiva: Conflicto importante con padres o hermanos, incapacidad de recordar lo sucedido la noche anterior después de haber salido, tener dificultad para concentrarse en clase al día siguiente después de salir, ser expulsado del centro educativo durante un día completo o más, tener resaca, haber tenido relaciones sexuales de las que se han arrepentido al día siguiente, haber tenido relaciones sexuales sin preservativo, haber sufrido un brote psicótico (alucinaciones, delirios...), haber sufrido un ataque de ansiedad o haber sufrido *bullying*.

Tabla 1.2.75.

Prevalencia de experimentar ciertas situaciones en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hayan consumido o no diferentes sustancias psicoactivas (%). España, 2023.

	Discusión	No recordar	No concentrarme	Expulsado	Resaca	Arrepentimiento de relaciones sexuales	Relaciones sexuales sin preservativo	Brote psicótico	Ansiedad	Bullying
TOTAL ALUMNOS	40,4	20,3	18,2	6,9	34,9	7,5	16,9	3,7	33,7	10,5
Ha consumido alcohol en los últimos 30 días	46,2	32,0	26,0	9,0	55,5	11,1	24,8	4,9	37,9	10,3
No ha consumido alcohol en los últimos 30 días	32,8	5,2	8,0	4,3	8,7	3,0	6,7	2,1	28,4	10,7
Se ha emborrachado en los últimos 30 días	50,5	51,5	35,5	11,3	76,5	16,5	35,0	7,1	41,8	9,0
No se ha emborrachado en los últimos 30 días	37,7	12,0	13,5	5,7	23,8	5,1	12,1	2,8	31,6	10,8
Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	49,4	44,4	33,0	11,4	69,3	15,2	32,1	6,4	39,6	10,1
No ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	36,7	10,8	12,2	5,0	21,4	4,4	10,8	2,5	31,4	10,6
Ha hecho botellón en los últimos 30 días	49,9	45,7	33,7	11,3	69,8	15,3	31,1	6,7	39,5	9,0
No ha hecho botellón en los últimos 30 días	38,1	14,2	14,3	5,7	26,5	5,6	13,4	2,9	32,5	10,7
Ha consumido tabaco diariamente en los últimos 30 días	59,0	48,7	41,1	21,8	73,7	26,3	53,6	12,8	53,4	13,2
No ha consumido tabaco diariamente en los últimos 30 días	38,9	18,0	16,3	5,7	31,7	6,0	13,9	2,9	32,1	10,2
Ha consumido hipnosedantes en los últimos 30 días	63,2	31,5	33,3	12,2	48,6	17,0	32,2	14,7	70,7	24,6
No han consumido hipnosedantes en los últimos 30 días	38,3	19,4	16,7	6,4	33,7	6,7	15,6	2,7	30,4	9,1
Ha consumido cannabis en los últimos 30 días	53,8	44,1	35,1	16,4	65,5	20,3	41,0	10,4	43,5	12,0
No ha consumido cannabis en los últimos 30 días	38,0	16,1	15,1	5,2	29,4	5,2	12,6	2,4	32,0	10,2
Consumo problemático de cannabis (CAST \geq 4)	68,0	61,1	57,6	35,0	73,7	40,8	64,0	29,3	56,1	19,2
Consumo de cannabis (CAST<4) y no consumidores de cannabis	39,7	19,4	17,2	6,3	33,9	6,8	15,8	3,1	33,2	10,3
Ha consumido cocaína en los últimos 12 meses	58,1	54,3	49,7	29,8	65,3	35,2	57,0	27,0	48,5	21,1
No ha consumido cocaína en los últimos 12 meses	39,9	19,6	17,4	6,3	34,2	6,9	16,0	3,1	33,3	10,2

Discusión: Conflicto importante con padres o hermanos; No recordar: La incapacidad de recordar lo sucedido la noche anterior después de haber salido; No concentrarme: Tener dificultad para concentrarse en el colegio al día siguiente después de salir; Expulsado: Ser expulsado del centro educativo durante un día completo o más; Resaca: tener resaca; Arrepentimiento de relaciones sexuales: haber tenido relaciones sexuales de las que se han arrepentido al día siguiente; Relaciones sexuales sin preservativo: haber tenido relaciones sexuales sin preservativo; Brote psicótico: haber sufrido un brote psicótico (alucinaciones, delirios...); Ansiedad: haber sufrido un ataque de ansiedad; Bullying: Haber sufrido bullying (acosos) a través de internet o por otros medios (acoso directo o indirecto físico, verbal, psicológico, sexual o social).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

En términos generales, el 40,4% de los estudiantes de 14 a 18 años afirma haber tenido algún **conflicto o discusión** importante con padres o hermanos, cifra muy semejante a la obtenida en 2021 (40,6%). Este porcentaje aumenta considerablemente entre los consumidores de todas las sustancias analizadas, logrando el mayor porcentaje entre los consumidores problemáticos de cannabis, donde este dato supone el 68%.

El 20,3% de los alumnos declara haber tenido **problemas para recordar** lo sucedido la noche anterior tras haber salido algún día del último año (17,9% en 2021). Esta circunstancia crece de forma notable cuando los jóvenes se han emborrachado recientemente (51,5%), han tomado cocaína en el último año (54,3%) o han realizado un consumo problemático de cannabis (CAST \geq 4) (61,1%).

El 18,2% de los estudiantes de 14 a 18 años afirma que ha tenido **dificultad para concentrarse** en clase al día siguiente después de salir (17,2% en 2021). Esta falta de concentración aumenta entre los que consumen tabaco a diario (41,1%), entre los que han tomado cocaína en el último año (49,7%) o han realizado un consumo problemático de cannabis (CAST \geq 4) (57,6%).

Respecto a la **resaca** producida por el consumo de alcohol, el 34,9% (31,4% en 2021) de los alumnos afirma haber sufrido esta experiencia, aunque esta proporción asciende hasta un 76,5%, un 69,3% y un 69,8% entre los que se han emborrachado, los que han hecho *binge drinking* y los que han participado en un botellón respectivamente, en los últimos 30 días.

En cuanto a las **relaciones sexuales sin preservativo**, el porcentaje de estudiantes que reconoce haberlas tenido es del 16,9% (16,3% en 2021), incrementándose de manera importante entre los consumidores de todas las sustancias psicoactivas, destacando los consumidores problemáticos de cannabis y los consumidores de cocaína, entre los cuales las prevalencias de haber tenido relaciones sexuales sin protección están próximas al 60%.

El 3,7% de los estudiantes de 14 a 18 años han sufrido algún **brote psicótico** en los últimos 12 meses, cifra que se multiplica por 8 en los consumidores problemáticos de cannabis hasta alcanzar el 29,3%.

El 33,7% de los estudiantes de 14 a 18 años ha sufrido **ansiedad**, resultando mayor entre aquellos que han consumido hipnosedantes en el último mes (70,7%).

Para finalizar, el porcentaje de alumnos que han sufrido **bullying** (acoso) a través de internet o por otros medios es del 10,5% (10,7% en 2021), resultando mayor entre aquellos que han consumido hipnosedantes en el último mes (24,6%).

A large, stylized number '2' in a dark red color, positioned on the right side of the page. The '2' is composed of thick, rounded strokes. The top part is a semi-circle, the middle is a curved line, and the bottom is a horizontal bar.

Problemas relacionados con las drogas

2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2022

Introducción

Conocer el número y las características de las personas en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas aporta información sobre la situación y tendencias del consumo de drogas y es imprescindible para la planificación de dispositivos asistenciales y el diseño de acciones. En España se dispone de un indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Este registro forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, que incluye también el Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y el Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)¹ notifica anualmente los datos de este indicador al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)² (que el 2 de julio de 2024 pasará a ser la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas —EUDA— y en adelante toda referencia en este capítulo al EMCDDA será sustituida por la EUDA) y a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), lo que permite realizar comparaciones a nivel europeo e internacional respectivamente.

Metodología

El indicador Admisiones a tratamiento es un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una comunidad/ciudad autónoma y en un año dado.

Se dispone de información anual desde 1987 y actualmente todas las comunidades/ciudades autónomas notifican este indicador.

La recogida de información sobre alcohol se realiza de manera sistemática, a nivel nacional, desde 2008; en años previos se disponía de información sobre alcohol sólo para algunas comunidades/ciudades autónomas. Para interpretar los datos es preciso tener en cuenta que parte de los tratamientos por abuso o dependencia de alcohol se realizan en dispositivos diferentes de la red asistencial de drogas, por lo que este indicador informa sólo sobre parte de los tratamientos por consumo de alcohol que se llevan a cabo en el territorio nacional.

Se dispone de un protocolo detallado en el que quedan descritas las variables a incluir, las sustancias psicoactivas recogidas y los criterios de inclusión y exclusión. Esta información puede consultarse en la web del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)³.

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

Resultados

A continuación, se presentan los principales resultados del Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. En primer lugar, se presenta una información general (drogas ilegales) que incluye datos sobre la tendencia en el número de tratamientos a lo largo del tiempo, la proporción de tratamientos por droga en el último año disponible (2022), las principales características sociodemográficas y la vía de administración predominante de las drogas.

Seguidamente se presentan los resultados por tipo de droga (drogas legales e ilegales), se aporta información sobre las admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína, cocaína, cannabis, hipnosedantes, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y alcohol.

Por último, se presenta información sobre las admisiones a tratamiento según comunidad/ciudad autónoma.

Resultados generales. Drogas ilegales

En 2022, se registraron en España 45.873 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco). Esto supone un aumento del 3,4% respecto al 2021, pero sin llegar a alcanzar las cifras anteriores a los años previos a la pandemia por COVID (figura 2.1.1 y tabla 2.1.2).

El perfil de las admisiones a tratamiento ha sufrido cambios notables a lo largo del tiempo. Mientras que, durante los primeros años de la década de 2000, la heroína era la sustancia que generaba un mayor número de demandas de tratamiento, a partir de 2004 se produjo un descenso de las demandas por heroína, en paralelo con un significativo aumento del número de demandas de tratamiento por cocaína, que alcanzó su máximo en 2008. Por otra parte, el cannabis paulatinamente fue adquiriendo mayor relevancia, mostrando un aumento de las admisiones que alcanzó su valor más alto en 2013.

En 2022 la cocaína se mantiene como la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (47,6% del total), seguida del cannabis (27,4%) y los opioides 18,7% (figura 2.1.3). La proporción de los admitidos a tratamiento por cocaína y opioides es más elevada en hombres que en mujeres (49,1% *versus* 41,1% en cocaína; 19,3% *versus* 15,6% en opioides). Por otro lado, la proporción de admitidos a tratamiento por cannabis es mayor entre las mujeres (34,1%) que entre los hombres (25,9%), al igual que ocurre con los hipnosedantes (5,1% en mujeres, 1,7% en hombres) (figura 2.1.4).

Si se consideran sólo los datos referentes a las admisiones a tratamiento por primera vez en la vida (primeras admisiones), desde 2012, el cannabis venía siendo la sustancia que más primeras admisiones a tratamiento generaba. Sin embargo, desde 2017, la cocaína supera al cannabis, situación que se mantiene en 2022. En este año, la cocaína es la sustancia ilegal que mayor número de primeras admisiones a tratamiento causó (47,2%), seguida del cannabis (35,4%) y de los opioides (9,7%) (figura 2.1.3).

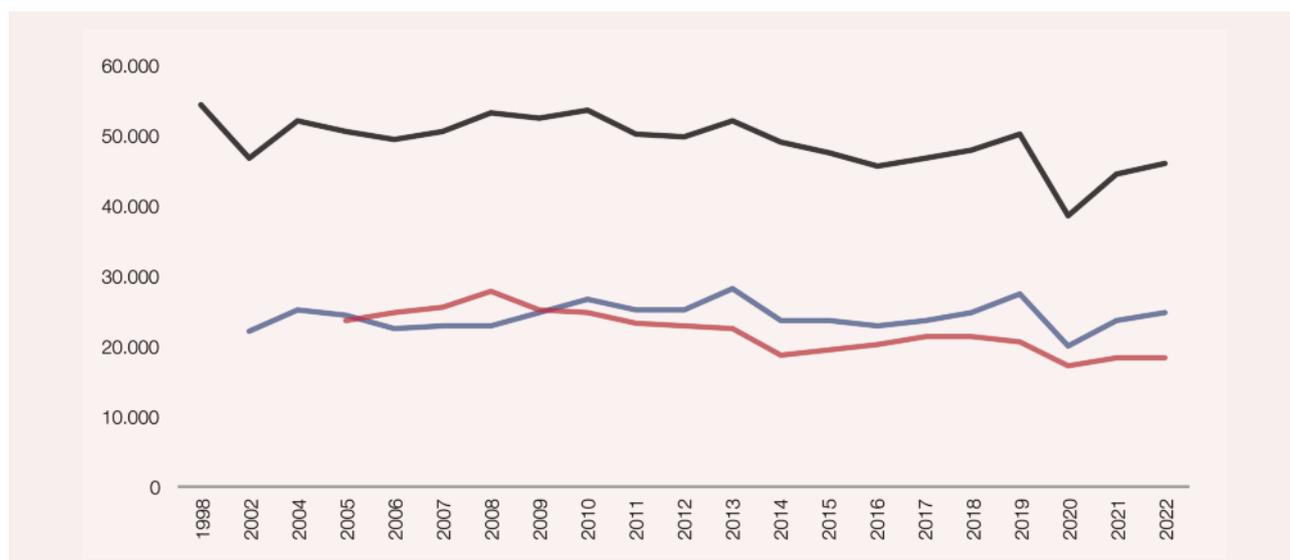
Hay una mayor proporción de admisiones a tratamiento por primera vez por cocaína entre los hombres (49,1%) que entre las mujeres (39,9%).

Por el contrario, el porcentaje de admitidos a tratamiento por primera vez por cannabis e hipnosedantes es mayor entre las mujeres (41,8% y 6,1%, respectivamente) que entre los hombres (33,7% y 2,3%). En el caso de los admitidos a tratamiento por primera vez por opioides, hombres y mujeres presentan porcentajes muy similares (figura 2.1.4).

Como viene ocurriendo en años anteriores, entre los menores de 18 años, el cannabis se mantiene como la sustancia que más admisiones genera (93,5%) (figura 2.1.3). En 2022, la proporción de menores de 18 años admitidos a tratamiento por cannabis, es similar en ambos sexos (figura 2.1.4).

Figura 2.1.1.

Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales. España, 1998-2022.

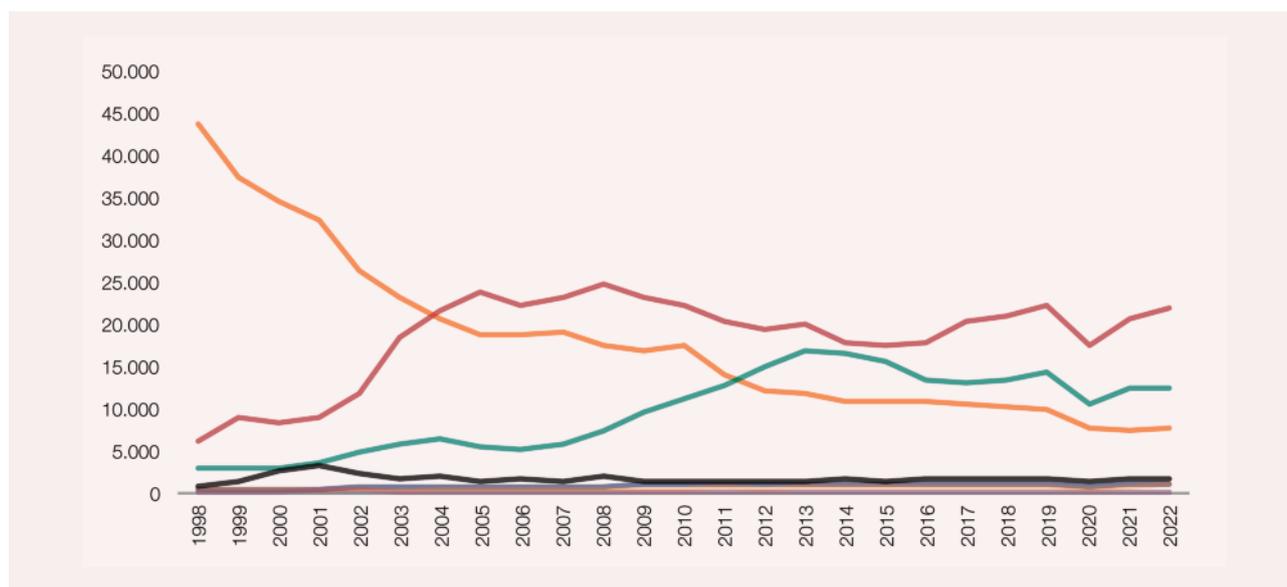


	Total admisiones	Primeras admisiones	Con tratamiento previo
1998	54.338		-
1999	51.482	19.757	-
2000	49.487	17.135	-
2001	49.376	17.591	-
2002	46.744	22.064	-
2003	50.103	22.066	-
2004	52.128	25.064	-
2005	50.630	24.553	23.714
2006	49.283	22.333	24.814
2007	50.555	23.034	25.392
2008	53.155	22.944	27.769
2009	52.549	24.605	25.098
2010	53.434	26.805	24.611
2011	50.281	24.999	23.232
2012	49.678	25.209	23.024
2013	51.946	28.239	22.577
2014	48.926	23.656	18.786
2015	47.308	23.777	19.519
2016	45.637	22.816	20.124
2017	46.799	23.738	21.353
2018	47.972	24.663	21.382
2019	50.035	27.492	20.689
2020	38.544	20.006	17.154
2021	44.347	23.482	18.359
2022	45.853	24.897	18.328

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

Figura 2.1.2.

Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales. España, 1998-2022.



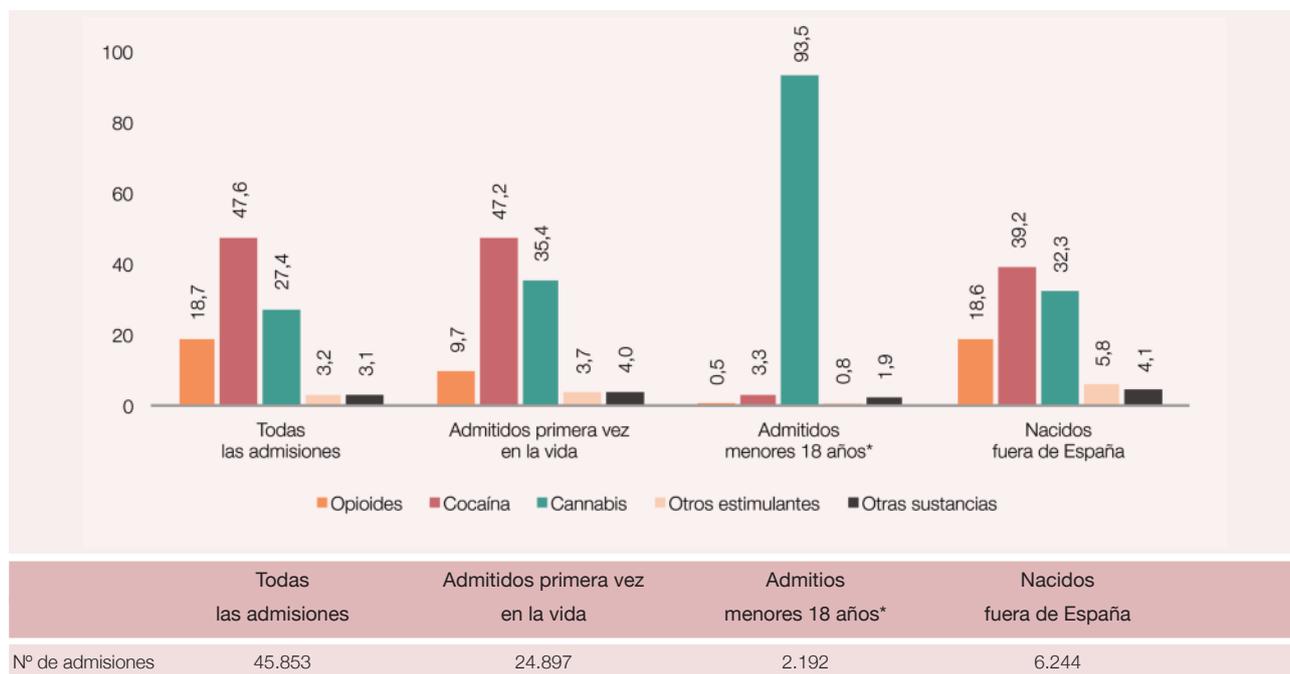
	Heroína	Cocaína	Cannabis	Hipnosedantes	Anfetaminas	Extasis	Alucinógenos	Otras sustancias*
1998	43.598	6.154	2.879	346	347	154	62	798
1999	37.417	8.978	2.826	331	339	135	50	1.406
2000	34.563	8.272	2.895	381	288	240	64	2.784
2001	32.305	9.023	3.506	469	255	335	83	3.400
2002	26.213	11.904	4.772	592	342	452	68	2.401
2003	23.225	18.359	5.711	607	266	254	63	1.618
2004	20.532	21.646	6.500	693	330	236	44	1.955
2005	18.653	23.746	5.524	618	386	229	39	1.435
2006	18.803	22.242	5.304	717	426	165	37	1.589
2007	18.904	23.037	5.936	795	415	172	43	1.253
2008	17.456	24.680	7.419	845	400	155	43	2.157
2009	16.989	23.132	9.503	963	461	127	69	1.305
2010	17.325	22.087	11.192	944	501	93	66	1.226
2011	13.898	20.335	12.873	1.143	595	102	83	1.252
2012	12.238	19.497	14.869	1.083	512	134	107	1.238
2013	11.756	19.848	16.848	1.175	671	201	120	1.327
2014	10.911	17.864	16.478	1.192	635	133	82	1.631
2015	10.978	17.327	15.676	1.068	636	157	77	1.389
2016	10.807	17.889	13.304	1.105	699	89	82	1.662
2017	10.384	20.168	12.932	1.032	608	68	73	1.534
2018	10.086	20.981	13.459	1.050	662	72	76	1.586
2019	9.904	22.345	14.202	992	720	96	127	1.649
2020	7.652	17.490	10.587	824	580	72	112	1.227
2021	7.419	20.741	12.350	1.077	837	91	127	1.705
2022	7.585	21.818	12.574	1.079	951	122	131	1.593

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

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

Figura 2.1.3.

Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal, sin alcohol (total de admitidos, admitidos por primera vez, menores de 18 años* y nacidos fuera de España) (%). España, 2022.



* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años.

Nota: El porcentaje puede no sumar 100% debido a que en esta figura sólo se representan algunas drogas.

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

Para los nacidos fuera de España, el peso de las tres sustancias más consumidas se ha ido modificando. Desde el inicio de la serie histórica hasta el 2007, los opioides eran las sustancias que más admisiones generaban en esta población; posteriormente fueron aumentando las admisiones por cocaína y por cannabis, llegando cada una de estas sustancias a ser responsables de un tercio de las admisiones. En 2022 la cocaína es la sustancia que más admisiones a tratamiento genera (39,2%), seguida por el cannabis (32,3%) y el peso de los opioides confirma su tendencia descendente (figura 2.1.3), no detectándose grandes diferencias entre sexos en ninguna de las sustancias (figura 2.1.4).

En 2022, más de la mitad (57,6%) de los admitidos a tratamiento por drogas psicoactivas en España recibieron tratamiento (por esa sustancia en concreto), por primera vez en su vida, siguiendo las tendencias que venían observándose en los últimos años. En 2022 la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (81,5%).

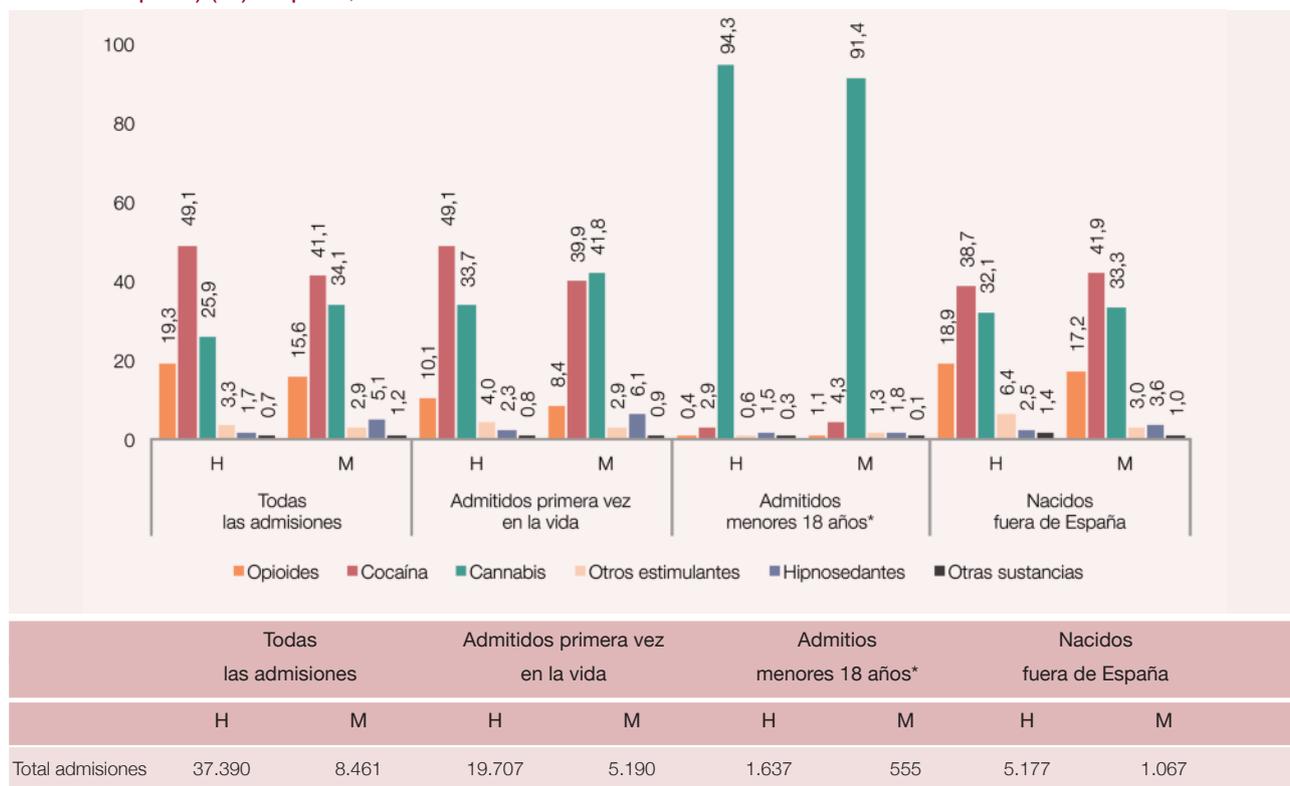
La **edad media** de los admitidos a tratamiento fue de 37,0 años para el conjunto de las admisiones, confirmando la tendencia ascendente que se venía observando. Del mismo modo, también se observa un aumento en la edad media de los admitidos a tratamiento por primera vez, que en 2022 se sitúa en los 34,3 años, El 13,8% del conjunto de admitidos a tratamiento nacieron fuera de España, valor más alto de la serie histórica (tabla 2.1.1).

En cuanto a la **residencia habitual** de los admitidos, en España, la gran mayoría (86,6%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales vivían en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos). En 2022, la proporción de personas admitidas a tratamiento que vivía en instituciones (prisiones, centros de internamiento para menores y otras) era del 8,3% y el 3,0% tenía un alojamiento precario o inestable. El modelo más frecuente de convivencia es la familia de origen/con sus padres o la familia propia (con cónyuge/pareja y/o hijos).

Con respecto al servicio o la **fuentes que derivó a los pacientes a tratamiento**, más de la mitad (55,8%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron animados por sus parientes o amigos, aunque el sistema público de salud (hospitales u otros servicios de salud/médico general/atención primaria de salud y otros servicios de drogodependencias) derivó a tratamiento más de un cuarto de los admitidos (25,7%).

Figura 2.1.4.

Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal, sin alcohol, en función del sexo (total de admitidos, admitidos por primera vez, menores de 18 años* y nacidos fuera de España) (%). España, 2022.



* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años.

Nota: El sumatorio puede no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable sexo.

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

La principal **vía de administración** varía en función de la sustancia analizada, pero en todos los casos se mantiene estable la tendencia que se viene observando en los últimos años. En 2022, entre todos los admitidos a tratamiento, la vía predominante es la pulmonar (47,3%) seguida de la intranasal o esnifada (43,0%); la vía intravenosa es minoritaria (2,4%) y se concentra entre los admitidos a tratamiento por heroína, que utilizan esta vía en el 9,5% de los casos.

Entre los admitidos por primera vez a tratamiento por **consumo de heroína**, en 2022, la vía de administración predominante es la pulmonar (87,2%), seguida de la esnifada (6,0%) y la intravenosa (4,9%). El porcentaje de utilización de la vía intravenosa ha continuado descendiendo respecto a años anteriores, registrándose en 2022 el valor más bajo de la serie histórica (figura 2.1.5).

Entre el total de admitidos por primera vez a tratamiento por **consumo de cocaína** (en general, polvo o base), la vía de administración predominante es la esnifada (86,1%), seguida de la pulmonar (10,0%) y de la intravenosa (0,3%), manteniéndose estable respecto a años anteriores (figura 2.1.6).

En cuanto a los **inyectores** admitidos a tratamiento por cualquiera de las sustancias consideradas, la figura 2.1.7 refleja, de manera clara cómo el número de inyectores ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años noventa. En 2022, 3.719 admitidos a tratamiento refirieron haberse inyectado alguna vez en la vida y 1.247 en el último año. A pesar de que estos datos muestran un pequeño aumento en números absolutos, suponen un menor porcentaje que en 2021, respecto al total de admitidos a tratamiento.

Será necesario monitorizar estos datos, para poder valorar si es un aumento real en la inyección o un aumento derivado de la subida de admisiones a tratamiento tras la caída derivada de la pandemia por COVID.

Tabla. 2.1.1.

Características sociodemográficas y del consumo del total de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas ilegales y según hayan tenido tratamiento previo y según sexo. España, 2022.

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Total	45.853	19.328	24.897	37.390	8.461
Tratamiento previo					
Sí	42,4	100	0,0	44,1	34,9
No	57,6	0,0	100	55,9	65,1
Edad	37,0	40,6	34,3	37,1	36,4
Sexo					
Hombre	81,5	84,8	79,2		
Mujer	18,5	15,2	20,8		
Máximo nivel de estudios*					
Sin estudios	0,8	0,9	0,7	0,8	0,7
Primaria	51,5	55,2	49,0	52,9	45,3
Secundaria	41,5	38,8	43,1	40,5	45,8
Estudios superiores	6,3	5,2	7,1	5,8	8,3
Situación laboral					
Trabajo	39,2	35,8	42,0	41,3	29,9
Parado no trabajado antes	6,0	5,8	6,0	5,7	7,6
Parado habiendo trabajado antes	36,0	41,1	32,8	35,4	38,6
Otras	18,8	17,2	19,2	17,6	23,9
Fuente de referencia principal					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	4,7	8,4	1,9	4,6	5,1
Médico general, Atención Primaria de Salud	13,0	9,5	15,5	12,9	13,7
Hospitales u otros servicios de salud	8,0	6,1	9,3	7,1	12,3
Servicios Sociales	3,6	2,6	4,3	2,3	8,9
Prisión, centro de reforma o de internamiento para menores	5,3	7,3	3,4	6,0	2,3
Servicios legales o policiales	5,9	5,0	6,8	6,3	4,1
Empresas o empleador	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0
Familiares y amigos	11,4	7,3	14,6	11,8	9,4
Iniciativa propia	44,4	51,2	39,9	45,6	39,1
Servicios de educación	0,5	0,3	0,7	0,4	0,8
Otra	3,2	2,3	3,5	2,9	4,4

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Convivencia					
Solo/a	16,9	19,5	15,2	17,2	15,5
Únicamente con pareja	11,9	11,9	11,8	11,2	14,7
Únicamente con hijos/as	2,4	2,2	2,7	1,1	8,5
Con la pareja e hijos/as	16,6	15,5	17,6	17,1	14,0
Con padres o familia de origen	36,8	33,8	39,1	37,7	32,5
Con amigos/as	3,9	4,1	3,7	3,8	4,2
Detenido (Ej. Centro penitenciario, centro de inserción social)	4,9	6,1	3,6	5,4	2,6
En instituciones no detenido (Ej. Albergue)	3,0	3,2	2,8	2,8	3,7
Otros	3,7	3,8	3,5	3,5	4,3
Lugar vive					
Casas, pisos, apartamentos	86,6	82,8	90,1	86,1	88,5
Prisión, centro de reforma o de internamiento para menores	5,9	7,7	4,0	6,5	3,2
Otras instituciones	2,4	2,4	2,4	2,2	3,4
Pensiones, hoteles, hostales	0,5	0,6	0,4	0,4	0,7
Alojamiento inestable/ precarios	3,0	4,3	1,9	3,1	2,7
Otros lugares	1,6	2,1	1,2	1,6	1,6
Español o extranjero					
Español	86,2	88,7	84,4	86,0	87,2
Extranjero	13,8	11,3	15,6	14,0	12,8
Droga principal por la que es admitido a tratamiento (%)					
Opioides	18,7	30,5	9,7	19,3	15,6
Heroína	16,5	28,4	7,7	17,4	12,6
Metadona	0,8	1,0	0,6	0,8	0,8
Otros opioides	1,3	1,2	1,5	1,2	2,1
Cocaína	47,6	48,8	47,2	49,1	41,1
CLH Cocaína	42,1	42,3	42,5	43,5	35,8
Cocaína base	5,3	6,3	4,6	5,3	5,1
Estimulantes sin cocaína	3,2	2,5	3,7	3,3	2,9
Anfetaminasy metanfetaminas	2,0	2,2	2,1	2,0	2,3
MDMA y derivados	0,9	0,3	1,3	1,0	0,3
Hipnosedantes	2,4	1,3	3,1	1,7	5,1
Alucinógenos	0,3	0,2	0,4	0,3	0,3
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Cannabis	27,4	16,4	35,4	25,9	35,4
Alcohol	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otras sustancias	0,5	0,2	0,4	0,4	0,4

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	20,4	19,9	20,7	20,1	22,0
Frecuencia de consumo de la droga principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	46,0	42,1	48,5	45,2	49,6
4-6 días/semana	8,8	8,2	9,3	9,1	7,4
2-3 días/semana	14,9	13,5	16,0	15,4	13,0
1 día/semana	5,4	5,2	5,5	5,5	4,6
Menos de 1 día/semana	6,9	7,5	6,5	7,0	6,5
No consumió	18,0	23,5	14,1	17,8	18,9
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)					
Oral	6,6	5,2	7,4	5,7	10,4
Pulmonar	47,3	47,0	47,5	46,6	50,5
Intranasal	43,0	43,2	43,0	44,4	36,9
Parenteral	2,4	3,9	1,3	2,6	1,3
Otras	0,8	0,7	0,8	0,7	1,0
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	9,2	16,0	4,1	9,9	6,0
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	3,1	4,6	1,9	2,3	1,1
Prevalencia VIH mínima	3,0	4,5	2,1	3,2	2,4
Prevalencia VIH máxima	8,7	9,1	6,8	9,2	7,7
Prevalencia Hepatitis C mínima	3,9	7,5	1,5	4,1	3,1
Prevalencia Hepatitis C máxima	11,8	12,3	9,2	16,1	5,7
Prevalencia Hepatitis B mínima	0,3	0,5	0,2	0,4	0,2
Prevalencia Hepatitis B máxima	1,5	1,6	1,0	1,8	1,2

* El porcentaje puede no sumar 100% o el sumatorio puede no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables.

Prevalencia mínima: Positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocido).

Prevalencia máxima: Positivos entre los casos con información (positivos y negativos); en hepatitis B (portador crónico entre portador crónico más inmune, mas no inmune).

Nota: Debido al redondeo algunos totales no suman.

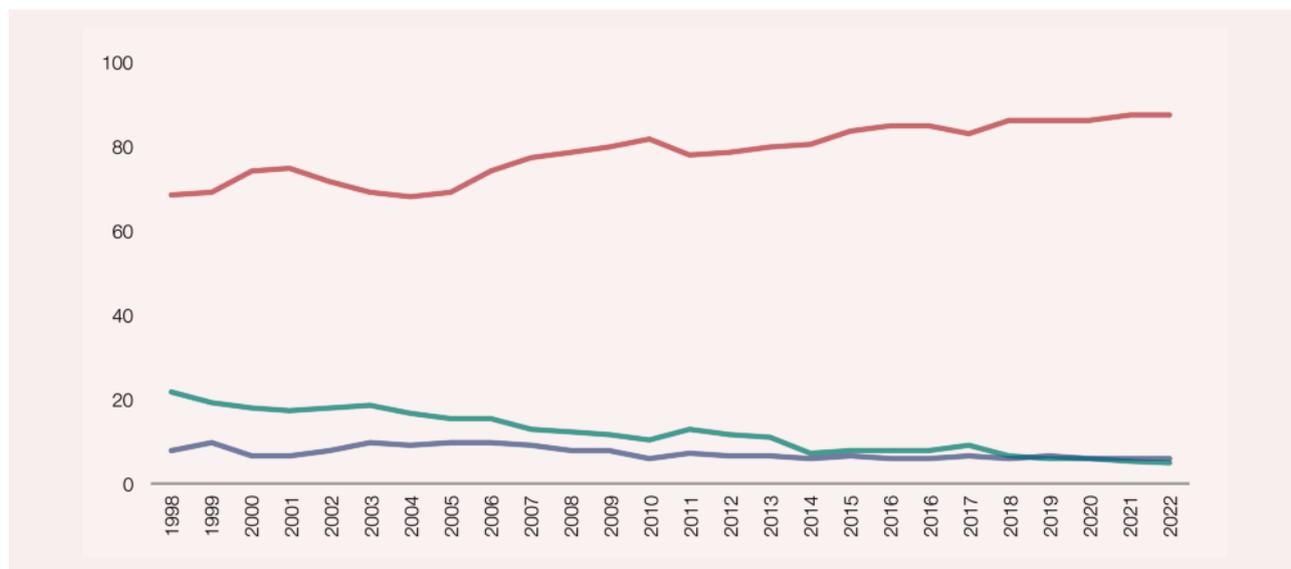
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

El porcentaje de admitidos a tratamiento que refieren haberse inyectado alguna de las sustancias consideradas alguna vez en la vida, ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años noventa, alcanzando en el 2022 la cifra más baja de la serie histórica (9,2%), En la misma línea, el porcentaje de admitidos a tratamiento que refieren haberse inyectado en los últimos 12 meses, muestra a lo largo de la serie histórica una clara tendencia descendente, mostrando en 2022 el valor más bajo desde que se registra este dato (3,1%) (tabla 2.1.1).

El número de admitidos a tratamiento por primera vez que refieren haberse inyectado alguna de las sustancias analizadas también ha disminuido desde que se inició su registro, alcanzando en el 2020 las cifras más bajas de la serie histórica, y observándose un pequeño incremento en 2021, que se confirma en 2022, pero sin alcanzar los valores del año 2017 y anteriores, tanto en los que se inyectaron alguna vez en la vida (958) como en los que lo hicieron en los últimos 12 meses (439).

Figura 2.1.5.

Porcentaje de admisiones a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de heroína, según la vía principal de administración de esta droga. España, 1998-2022.



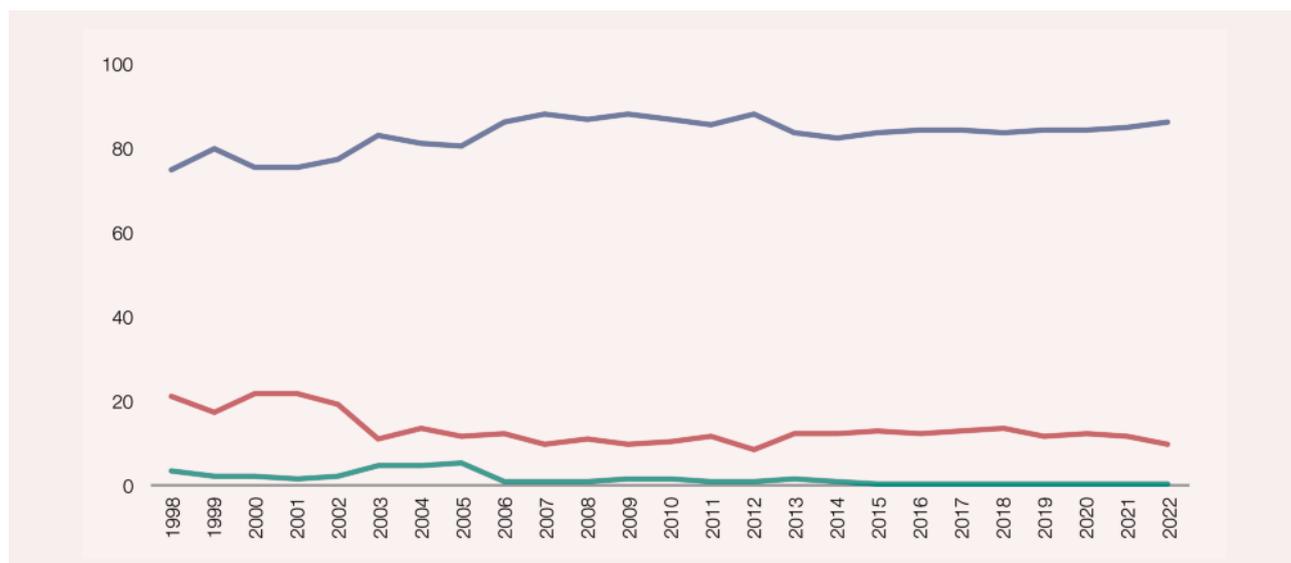
	Pulmonar	Intravenosa	Esnifada		Pulmonar	Intravenosa	Esnifada
1998	68,3	21,8	7,9	2011	77,7	12,8	7,1
1999	69,3	19,4	9,5	2012	78,3	11,6	6,7
2000	74,1	17,7	6,7	2013	79,6	11,0	6,8
2001	74,9	17,5	6,5	2014	80,6	7,4	6,0
2002	71,8	18,1	8,1	2015	83,7	7,6	6,6
2003	69,3	18,5	9,5	2016	84,7	7,9	6,2
2004	68,0	16,4	9,0	2017	83,0	9,3	6,5
2005	69,0	15,1	9,7	2018	85,8	6,4	5,8
2006	73,8	15,5	9,6	2019	86,1	6,2	6,3
2007	77,4	12,8	8,9	2020	86,1	5,9	5,6
2008	78,5	12,4	7,7	2021	87,1	5,0	5,6
2009	79,7	11,3	7,5	2022	87,2	4,9	6,0
2010	82,0	10,6	5,9				

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

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

Figura 2.1.6.

Porcentaje de admisiones a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de cocaína (en general), según la vía principal de administración de esta droga. España, 1998-2022.



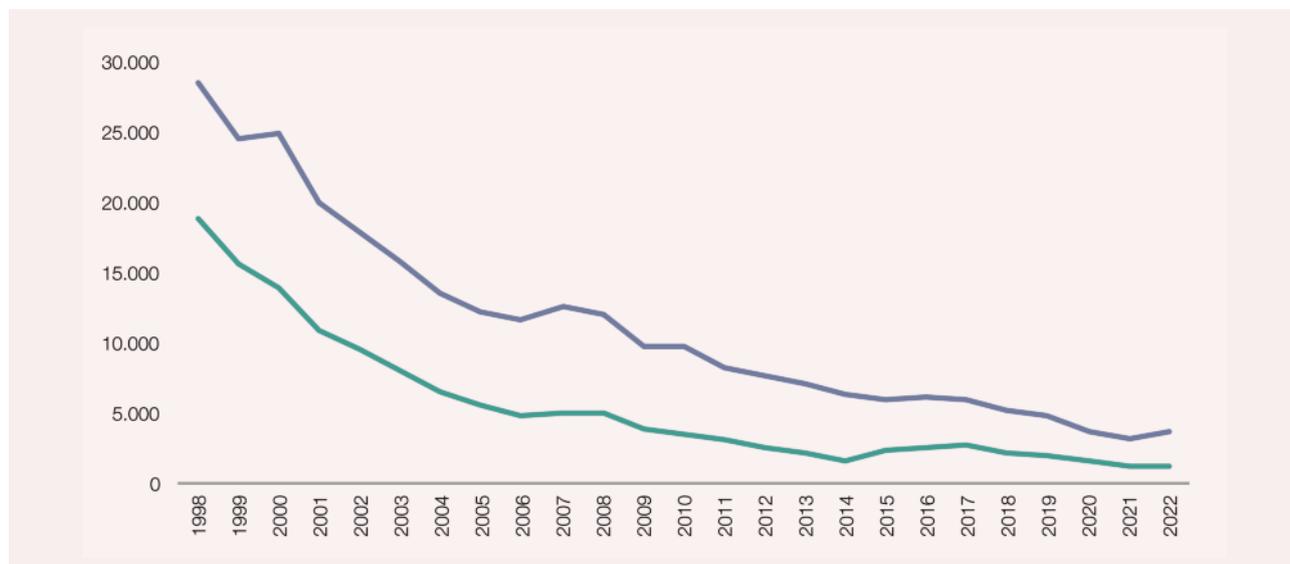
	■ Esnifada	■ Pulmonar	■ Intravenosa
1998	74,8	20,8	3,3
1999	79,5	17,4	2,1
2000	75,2	21,7	1,9
2001	75,2	21,9	1,6
2002	77,0	19,2	2,1
2003	83,0	11,2	4,4
2004	80,9	13,3	4,8
2005	80,6	11,5	5,2
2006	86,0	12,5	0,8
2007	88,0	10,0	1,0
2008	86,9	10,7	1,0
2009	87,7	9,7	1,2
2010	86,8	10,5	1,4
2011	85,5	11,7	0,9
2012	88,3	8,3	1,0
2013	83,8	12,3	1,2
2014	82,6	12,0	0,7
2015	83,5	12,9	0,4
2016	83,9	12,3	0,4
2017	84,3	12,6	0,3
2018	83,6	13,3	0,4
2019	84,2	11,9	0,3
2020	84,4	12,0	0,3
2021	85,1	11,6	0,4
2022	86,1	10,0	0,3

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

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

Figura 2.1.7.

Número* de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total admitidos a tratamiento) que utilizan la vía intravenosa. España, 1998-2022.



	■ Inyección alguna vez en la vida	■ Inyección en 12 meses previos a la admisión
1998	28.527	18.910
1999	24.520	15.562
2000	24.941	13.955
2001	19.988	10.898
2002	17.950	9.583
2003	15.806	7.966
2004	13.605	6.516
2005	12.252	5.620
2006	11.601	4.892
2007	12.487	5.055
2008	12.066	5.050
2009	9.637	3.763
2010	9.697	3.549
2011	8.195	3.010
2012	7.580	2.562
2013	7.026	2.237
2014**	6.360	1.664
2015	5.904	2.413
2016	6.117	2.621
2017	5.946	2.691
2018	5.223	2.161
2019	4.877	1.977
2020	3.692	1.545
2021	3.161	1.119
2022	3.719	1.247

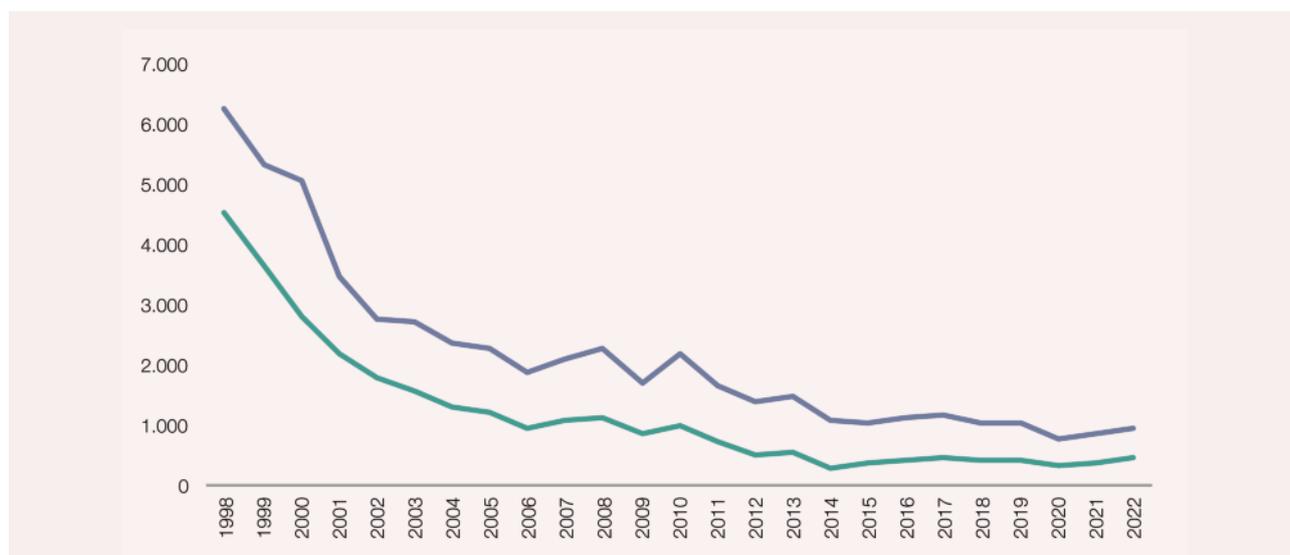
* Para los datos de este gráfico se utiliza una estimación basada en porcentajes válidos.

** En 2014 varias CCAA no aportaron datos de inyección debido a la modificación del protocolo del indicador.

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

Figura 2.1.8.

Número* de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (admitidos a tratamiento por primera vez) que utilizan la vía intravenosa. España, 1998-2022.



	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión
1998	6.247	4.526
1999	5.315	3.655
2000	5.055	2.793
2001	3.483	2.181
2002	2.765	1.801
2003	2.722	1.583
2004	2.356	1.303
2005	2.283	1.228
2006	1.879	928
2007	2.073	1.060
2008	2.271	1.124
2009	1.687	866
2010	2.196	979
2011	1.635	702
2012	1.393	523
2013	1.457	530
2014**	1.065	261
2015	1.038	367
2016	1.141	416
2017	1.150	471
2018	1.039	392
2019	1.034	428
2020	752	335
2021	873	361
2022	958	439

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

** En 2014 varias CCAA no aportaron datos de inyección debido a la modificación del protocolo del indicador.

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

Resultados por tipo de droga

El número total de admisiones por drogas legales (excepto tabaco) e ilegales en 2022 es de 72.895, situándose el alcohol (37,1%) en primer lugar, seguido de la cocaína (29,9%), el cannabis (17,2%) y los opioides (11,7%). Tras el descenso en el número de admisiones a tratamiento durante los años 2020 y 2021 por el cierre de centros debido a la pandemia por COVID, en 2022 se observa un aumento sin alcanzar los datos del 2019.

Tabla 2.1.2.

Número y porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal (%). España, 2019-2022.

	2019		2020		2021		2022	
	Nº de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones	Nº de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones	Nº de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones	Nº de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones
Cocaína	22.345	28,9	17.490	29,9	20.741	29,8	21.818	29,9
Cocaína polvo	19.627	25,4	15.357	26,2	17.989	25,9	19.314	26,5
Cocaína base	2.710	3,5	2.122	3,6	2.719	3,9	2.429	3,3
Opioides	11.170	14,5	8.502	14,5	8.518	12,3	8.553	11,7
Heroína	9.904	12,8	7.652	13,1	7.419	10,7	7.585	10,4
Metadona (mal uso)	461	0,6	289	0,5	335	0,5	352	0,5
Otros opioides	805	1,0	560	1,0	764	1,1	616	0,8
Cannabis	14.202	18,4	10.587	18,1	12.350	17,8	12.574	17,2
Hipnosedantes	992	1,3	824	1,4	1.077	1,5	1.079	1,5
Estimulantes	1.086	1,4	950	1,6	1.368	2,0	1.470	2,0
Anfetaminas/metanfetamina	839	1,1	709	1,2	996	1,4	951	1,3
Éxtasis y derivados	96	0,1	72	0,1	91	0,1	122	0,2
Otros estimulantes	151	0,2	166	0,3	281	0,4	397	0,5
Alucinógenos	127	0,2	112	0,2	127	0,1	131	0,2
Inhalantes volátiles	35	0,0	20	0,0	68	0,1	19	0,0
Otras drogas ilegales	78	0,1	59	0,1	98	0,1	209	0,3
Alcohol	27.209	35,2	20.017	34,2	25.140	36,2	27.042	37,1
Total drogas ilegales	50.035	-	38.544	-	44.347	-	45.853	-
Total drogas ilegales y alcohol	77.244	-	58.561	-	69.487	-	72.895	-

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

Atendiendo a la variable **sexo**, en la tabla 2.1.3 se puede observar que, entre las mujeres, las admisiones por alcohol (45,6%) y cannabis (18,6%) tienen un mayor peso que entre los hombres (alcohol: 34,8%, cannabis: 16,9%); por otro lado, el peso de las admisiones por cocaína y opioides es mayor entre los hombres (32,0% y 12,6% respectivamente) que entre las mujeres (cocaína: 22,4%, opioides: 8,5%).

Tabla. 2.1.3.

Número y proporción de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal por sexo (%). España, 2022.

	Hombres		Mujeres	
	Nº de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones	Nº de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones
Cocaína	18.341	32,0	3.476	22,4
Cocaína polvo	16.264	28,4	3.027	19,5
Cocaína base	2.012	3,5	439	2,8
Opioides	7.234	12,6	1.319	8,5
Heroína	6.516	11,4	1.069	6,9
Metadona (mal uso)	282	0,5	70	0,5
Otros opioides	436	0,8	180	1,2
Cannabis	9.684	16,9	2.889	18,6
Hipnosedantes	645	1,1	434	2,8
Estimulantes	1.223	2,1	247	1,6
Anfetaminas/metanfetamina	752	1,3	199	1,3
Éxtasis y derivados	96	0,2	26	0,2
Otros estimulantes	375	0,7	22	0,1
Alucinógenos	102	0,2	29	0,2
Inhalantes volátiles	14	0,0	5	0,0
Otras drogas ilegales	147	0,3	62	0,4
Alcohol	19.957	34,8	7.083	45,6
Total drogas ilegales	37.390		8.461	
Total drogas ilegales y alcohol	57.347		15.544	

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

Conviene destacar que entre los admitidos a tratamiento está firmemente establecido el patrón de policonsumo de drogas. Aproximadamente el 40% de los admitidos en 2022 había consumido otras drogas (drogas secundarias) distintas de la que había motivado el tratamiento durante los 30 días previos a la admisión: el 27,3% refirió consumir una sola droga, además de la droga principal por la que fue admitido a tratamiento; el 10,4% había consumido dos drogas; el 2,4% admitió consumir tres drogas y el 0,4% más de tres drogas. Entre los admitidos por heroína, las drogas secundarias notificadas con más frecuencia fueron el cannabis y la cocaína, y entre los admitidos por cocaína lo fueron el alcohol y el cannabis. Por último, el 59,6% había consumido únicamente la droga por la que fue admitido a tratamiento.

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

Tabla 2.1.4.

Características sociodemográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según la droga principal que motiva el tratamiento. España, 2022.

	Alcohol	Cocaína polvo	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes	Otros opioides	Metadona
Total	27.042	19.314	12.574	7.585	2.429	1.079	1.470	616	352
Tratamiento previo (%)									
Sí	39,5	42,2	25,4	73,0	50,5	24,1	33,3	36,6	56,9
No	60,5	57,8	74,6	27,0	49,5	75,9	66,7	63,4	43,1
Sexo (%)									
Hombre	73,8	84,3	77,0	85,9	82,1	59,8	83,2	70,8	80,1
Mujer	26,2	15,7	23,0	14,1	17,9	40,2	16,8	29,2	19,9
Edad media (años)	47,1	38,4	28,4	45,1	39,2	41,4	36,6	46,9	46,9
Máximo nivel de estudios (%)									
Sin estudios	0,6	0,6	0,6	1,5	1,5	0,8	0,4	1,6	2,0
Primaria	41,9	47,7	50,2	67,2	59,9	44,7	27,3	42,9	71,6
Secundaria	45,6	45,2	43,8	28,3	35,3	40,3	48,9	44,1	20,8
Estudios superiores	11,9	6,5	5,4	3,1	3,4	14,2	23,4	11,4	5,6
Situación laboral (%)									
Trabajando	47,4	52,4	31,7	22,9	26,1	28,8	47,8	27,5	20,3
Parado no trabajado antes	2,7	3,3	8,7	7,7	8,4	8,8	3,8	4,5	14,4
Parado habiendo trabajado antes	30,5	33,6	29,9	49,2	47,7	35,8	34,8	30,1	43,3
Otras	19,4	10,6	29,7	20,2	17,7	26,5	13,6	38,0	22,0
Español o extranjero (%)									
Español	82,4	89,0	83,7	86,6	85,3	84,2	74,9	79,4	87,6
Extranjero	17,6	11,0	16,3	13,4	14,7	15,8	25,1	20,6	12,4
Fuente de referencia principal (%)									
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	2,4	3,5	2,0	11,7	5,6	2,1	5,9	5,3	15,7
Médico general, Atención Primaria de Salud	26,3	14,6	14,5	4,7	11,4	24,3	13,0	26,5	3,8
Hospitales u otros servicios de salud	13,2	6,4	10,5	2,5	5,6	18,8	12,8	16,8	3,2
Servicios Sociales	4,0	2,5	6,9	1,5	2,5	3,6	2,7	1,0	1,2
Prisión, centro de reforma o de internamiento menores	1,6	3,6	4,8	10,4	7,1	3,7	3,8	2,2	17,2
Servicios legales o policiales	1,9	4,7	10,8	2,1	5,2	1,9	6,3	0,8	1,7
Empresas o empleador	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0
Familiares y amigos	11,0	13,2	12,7	6,5	10,5	8,1	9,2	5,7	2,9
Iniciativa propia	35,6	48,6	30,9	58,1	48,6	31,6	38,1	37,8	51,9
Servicios de educación	0,4	0,3	1,1	0,1	0,4	0,6	0,3	0,5	0,0
Otra	3,3	2,6	5,7	2,3	3,1	5,1	7,5	3,3	2,3
Número de hijos	1,3	1,1	0,5	1,1	1,1	1,0	0,4	1,1	1,2

	Alcohol	Cocaína polvo	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes	Otros opioides	Metadona
Convivencia más prolongada en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Solo/a	23,0	16,0	12,3	22,8	20,2	22,6	28,2	20,1	19,2
Únicamente con pareja	17,1	13,6	9,0	11,5	11,4	13,2	13,4	19,1	12,7
Únicamente con hijos/as	5,1	3,0	1,8	1,9	1,8	6,1	1,6	3,6	1,2
Con la pareja e hijos/as	22,7	23,2	11,8	11,6	12,7	13,8	5,9	21,7	11,2
Con padres o familia de origen	21,8	33,3	50,3	29,2	34,0	29,5	31,1	19,9	25,4
Con amigos/as	3,3	2,9	3,4	4,9	4,8	4,5	11,7	6,1	4,7
Detenido (ej. centro penitenciario, inserción social)	1,6	3,8	3,6	9,6	8,9	3,7	3,7	1,7	4,1
En instituciones no detenido (ej. albergue)	2,5	1,5	4,7	3,6	3,5	4,5	1,9	2,7	4,4
Otros	2,7	2,8	3,1	4,9	2,6	2,2	2,3	5,1	16,9
Alojamiento principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Casas, pisos, apartamentos	91,9	91,5	88,5	73,5	78,0	86,4	89,0	89,6	70,3
Prisiones, centros reforma o internamiento menores	1,9	4,3	4,1	12,1	10,0	4,4	4,6	2,9	18,3
Otras instituciones	1,7	1,2	3,9	2,8	2,4	3,2	1,9	1,3	3,5
Pensiones, hoteles, hostales	0,6	0,3	0,4	0,9	0,5	0,7	0,6	0,5	0,9
Alojamientos inestables/precarios	2,4	1,7	1,6	7,6	5,8	3,8	2,6	4,0	4,7
Otros lugares	1,5	1,0	1,5	3,1	3,4	1,5	1,3	1,7	2,3
Otras sustancias psicoactivas consumidas en los últimos 30 días (%)									
Opioides	3,4	3,0	2,8	7,0	20,5	8,8	1,6	12,8	22,1
Cocaína	66,0	0,4	41,6	45,9	4,7	28,6	26,8	35,3	33,8
Estimulantes sin cocaína	4,8	5,4	10,9	1,9	3,7	11,0	16,8	4,3	3,4
Hipnosedantes	6,5	5,0	8,3	11,7	12,5	0,0	29,9	25,7	10,3
Alucinógenos	0,5	0,9	1,9	0,1	1,0	0,7	6,1	1,1	0,0
Sustancias volátiles	0,1	0,1	0,4	0,1	0,1	0,7	1,5	0,0	0,0
Cannabis	49,1	49,4	0,0	53,1	63,1	50,0	39,6	43,9	44,1
Alcohol	0,0	71,0	68,9	33,7	50,9	49,8	36,6	39,6	35,9
Otras sustancias psicoactivas	0,2	0,2	0,4	0,1	0,1	1,4	0,5	1,1	0,7
Edad de inicio droga principal	18,2	21,0	15,8	22,4	21,9	28,8	25,7	33,7	30,0
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Todos los días	56,9	24,8	69,6	56,2	42,8	83,8	24,3	77,7	89,4
4-6 días a la semana	7,4	13,1	4,6	5,0	12,5	2,9	9,1	2,2	2,9
2-3 días a la semana	12,2	24,4	6,1	6,4	15,9	3,8	21,5	5,1	,9
1 día a la semana	3,9	8,8	2,0	2,1	4,8	1,1	11,6	1,3	0,0
Menos de 1 día a la semana	4,8	10,6	3,3	3,3	7,6	2,0	14,2	1,9	,3
No consumió	14,9	18,3	14,3	26,9	16,3	6,4	19,3	11,8	6,6

	Alcohol	Cocaína polvo	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes	Otros opiáceos	Metadona
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Oral	99,6	3,2	1,5	1,0	,5	97,5	19,3	58,2	91,1
Pulmonar o fumada	0,3	0,7	97,7	83,0	94,4	1,6	15,7	21,4	7,4
Intranasal o esnifada	0,1	94,7	0,5	5,8	4,0	0,6	50,5	4,4	0,6
Parenteral o intravenosa	0,0	0,6	0,0	9,5	0,3	0,1	13,9	6,1	0,9
Otras	0,0	0,9	0,2	0,7	0,9	0,2	0,7	9,8	0,0
Se inyectó drogas (%)									
Alguna vez en la vida	2,1	2,4	1,5	35,4	9,3	4,8	25,0	19,0	39,1
Últimos 12 meses	0,3	0,8	0,2	10,3	1,9	1,7	20,8	7,4	5,5
Últimos 30 días	0,1	0,6	0,1	7,3	0,9	0,9	14,6	5,9	3,0
Prevalencia mínima VIH (%)	0,9	1,2	0,8	7,9	2,6	3,3	20,3	3,7	9,4
Prevalencia máxima de VIH (%)	2,8	3,4	3,3	15,8	6,5	9,9	38,4	10,5	22,4
Prevalencia mínima Hepatitis C (%)	1,2	1,1	0,8	15,2	3,7	2,9	7,6	4,4	15,9
Prevalencia máxima Hepatitis C (%)	3,8	3,5	3,6	31,0	9,8	9,1	16,8	12,7	37,3
Prevalencia mínima Hepatitis B (%)	0,4	0,2	0,2	0,8	0,2	0,6	0,5	0,2	1,4
Prevalencia máxima Hepatitis B (%)	1,7	1,0	1,3	2,6	1,0	2,4	1,8	0,8	5,0

* El porcentaje puede no sumar 100% o el sumatorio puede no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables.

Prevalencia mínima: Positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocido)

Prevalencia máxima: Positivos entre los casos con información (positivos y negativos); en hepatitis B (portador crónico entre portador crónico más inmune, más no inmune).

Nota: Debido al redondeo algunos totales no suman.

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

Estas características varían en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento. Por ejemplo, la **edad media** de las personas admitidas presenta una gran variación en función de la sustancia que genera la entrada a tratamiento, siendo mucho más mayores los admitidos por heroína (45,1 años) que los admitidos por cannabis (28,4 años).

El máximo **nivel de estudios** alcanzado por los pacientes admitidos a tratamiento se ha modificado ligeramente con el tiempo y sigue mostrando variaciones significativas según la droga principal que motiva el tratamiento. En este sentido, en 2022, el 51,7% de los admitidos a tratamiento por cocaína polvo y cerca del 49,2% de los admitidos por cannabis tenían como mínimo estudios secundarios completos, pero sólo el 31,4% de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína habían completado los estudios secundarios.

Atendiendo a la variable sexo, se observa que, entre los admitidos a tratamiento por cocaína polvo, el nivel de estudios secundarios terminados es mayor entre las mujeres que entre los hombres (57,6% y 50,6% respectivamente), ocurriendo lo mismo con el cannabis (55,5% y 47,3% respectivamente) y con el resto de las sustancias analizadas (tabla 2.1.5.).

Como ocurría en años anteriores, estas diferencias también se encuentran en la **situación laboral**: la proporción de empleados entre los tratados por cocaína polvo (52,4%) fue mucho más alta que la proporción de empleados entre los tratados por heroína (22,9%) y, aun tratándose de una población bastante más joven, la proporción de empleados entre los tratados por cannabis (31,7%) superó a la proporción de empleados entre los tratados por heroína (tabla 2.1.4). Atendiendo a la variable sexo, entre los tratados por cocaína polvo, el porcentaje de empleados es mayor entre los hombres (53,7%) que entre las mujeres (36,2%); también ocurre en el caso de los atendidos por cannabis (32,9% de hombres frente a 27,8% de mujeres) y heroína (23,9% de hombres frente a 17,1% de mujeres) (tabla 2.1.5).

Del mismo modo se observan diferencias importantes en los **modelos de convivencia y tipo de alojamiento** según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2022, tener un alojamiento precario o inestable fue más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína (7,6%) o por cocaína base (5,8%) que entre los admitidos por cannabis (1,6%) o cocaína polvo (1,7%) (tabla 2.1.4). También es más frecuente tener un alojamiento precario entre las mujeres admitidas a tratamiento por heroína (9,3%) y cocaína base (6,6%) que entre los hombres (7,3% y 5,7% respectivamente) (tabla 2.1.5).

Tabla. 2.1.5.

Características de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según la droga principal que motiva el tratamiento por sexo. España, 2022.

	Alcohol		Cocaína polvo		Cannabis		Heroína		Cocaína base		Hipnosedantes		Estimulantes*	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Total	19.957	7.083	16.281	3.032	9.684	2.889	6.516	1.069	1.995	434	645	434	1.223	247
Tratamiento previo (%)														
Si	40,1	37,7	43,5	35,5	27,0	20,3	73,3	71,3	50,8	48,8	24,0	24,3	32,6	37,0
No	59,9	62,3	56,5	64,5	73,0	79,7	26,7	28,7	49,2	51,2	76,0	75,7	67,4	63,0
Edad media (años)	46,9	47,5	38,3	39,1	28,4	28,2	45,4	42,8	39,2	39,0	38,5	45,7	36,8	35,7
Máximo nivel de estudios (%)														
Sin estudios	0,7	0,5	0,5	0,9	0,7	0,3	1,5	1,3	1,5	1,4	1,1	0,2	0,5	0,0
Primaria	44,7	33,8	48,9	41,5	52,0	44,3	68,2	61,1	60,5	56,9	49,4	37,6	26,2	33,2
Secundaria	44,8	47,8	44,5	49,0	42,7	47,7	27,6	32,8	35,0	36,7	36,6	45,9	47,6	55,3
Estudios superiores	9,8	17,9	6,1	8,6	4,7	7,7	2,8	4,9	3,0	5,0	12,9	16,3	25,7	11,5
Situación laboral (%)														
Trabajando	49,1	42,8	55,0	38,4	32,9	27,8	23,9	17,1	28,5	15,4	28,2	29,8	50,3	35,3
Parado, no habiendo trabajado antes	2,4	3,4	2,9	5,7	8,8	8,2	7,0	12,1	7,7	11,7	11,8	4,3	3,9	3,0
Parado, habiendo trabajado antes	29,6	33,0	32,2	41,3	29,7	30,6	48,8	51,5	47,4	49,2	35,9	35,6	33,6	40,9
Otras situaciones	19,0	20,8	9,9	14,6	28,6	33,5	20,4	19,3	16,4	23,8	24,1	30,3	12,2	20,9
Español o extranjero (%)														
Español	83,0	80,7	89,4	87,1	82,6	87,5	86,7	86,2	85,2	85,7	79,5	91,2	72,5	86,8
Extranjero	17,0	19,3	10,6	12,9	17,4	12,5	13,3	13,8	14,8	14,3	20,5	8,8	27,5	13,2

	Alcohol		Cocaína polvo		Cannabis		Heroína		Cocaína base		Hipnosedantes		Estimulantes*	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Fuente de referencia principal (%)														
Otro servicio de tratamiento de drogodependencias	2,3	2,8	3,4	4,0	2,0	2,0	11,0	16,2	5,5	6,3	2,2	1,9	5,6	7,1
Médico general o At. Primaria	26,5	25,9	14,6	14,5	14,6	14,2	4,8	4,0	11,7	9,8	23,9	25,1	12,6	14,6
Hospitales u otros serv. salud	12,4	15,5	5,7	9,9	9,5	14,0	2,3	3,4	5,4	6,6	16,4	22,5	11,9	17,5
Servicios Sociales	3,3	6,0	1,3	8,9	5,1	13,0	1,3	3,0	1,7	6,3	2,2	5,6	1,9	6,7
Centro penitenciario, de reforma o internamiento para menores	2,1	0,3	4,0	1,6	5,7	1,8	11,2	5,4	7,6	4,9	6,1	0,2	4,1	2,1
Servicios legales o policiales	2,3	1,0	5,0	2,9	11,9	7,1	2,3	1,3	5,6	3,3	2,7	0,7	6,3	6,7
Empresa o empleador	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,7	0,3	0,0
Familiares o amigos/as	11,7	8,8	13,8	10,0	13,6	9,9	6,3	7,5	10,5	10,5	7,8	8,4	9,5	7,9
Iniciativa propia	35,9	34,7	49,5	43,6	31,3	29,5	58,5	55,8	48,8	47,8	32,3	30,4	40,1	28,3
Servicios de educación	0,3	0,7	0,2	0,5	1,0	1,5	0,1	0,2	0,5	0,2	0,8	0,2	0,2	0,8
Otra	2,4	3,1	2,3	4,1	5,3	7,1	2,1	3,3	2,9	4,2	5,8	4,2	7,4	8,3
Número de hijos	1,2	1,4	1,0	1,4	0,5	0,7	1,0	1,5	1,0	1,4	0,8	1,3	0,3	0,7
Convivencia más prolongada en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)														
Solo/a	22,9	23,2	16,2	14,7	12,2	12,2	23,0	21,6	20,1	17,6	22,7	21,1	28,5	24,2
Únicamente con pareja	16,7	18,1	13,3	14,8	8,3	10,8	10,1	20,2	9,4	19,3	10,3	16,8	13,3	12,7
Únicamente con hijos/as	2,3	13,1	1,4	11,7	0,6	6,1	1,1	6,8	1,1	4,6	1,9	12,2	0,7	6,4
Con la pareja e hijos/as	23,8	19,3	24,0	18,3	11,7	11,3	12,0	9,1	13,0	9,4	11,1	17,3	5,6	7,2
Con padres o familia de origen	23,4	16,7	34,2	28,4	51,2	45,5	30,6	19,9	34,9	25,1	32,9	22,8	30,3	32,2
Con amigos/as	3,2	3,6	2,7	3,9	3,3	3,4	4,7	5,8	4,3	6,3	4,9	3,6	12,5	6,8
Detenido (Ej. Centro penitenciario o inserción social)	2,0	0,7	4,1	2,1	4,1	1,5	10,2	6,1	9,1	7,0	5,5	0,7	3,7	3,4
En instituciones, no detenido (Ej. albergue)	2,5	2,2	1,3	2,5	4,7	4,3	3,4	4,9	2,9	6,0	5,6	2,4	1,9	1,7
Otros	3,1	3,2	2,6	3,6	3,8	4,8	4,8	5,7	5,3	4,8	5,2	3,1	3,6	5,5
Alojamiento principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)														
Casas, pisos, apartamentos	91,1	94,4	91,5	91,7	87,6	91,4	73,5	73,1	78,0	77,8	80,2	95,8	89,2	88,3
Prisión, centro de reforma o de internamiento menores	2,2	0,8	4,7	2,3	4,7	1,9	12,7	8,0	10,6	7,0	6,9	0,7	4,6	4,2
Otras instituciones	1,7	1,6	1,0	2,4	3,8	4,3	2,6	4,4	1,9	4,4	3,9	2,1	1,7	3,3
Pensiones, hoteles, hostales	0,7	0,5	0,2	0,8	0,4	0,4	0,9	1,2	0,5	0,2	0,9	0,2	0,6	0,8
Alojamiento inestable/ precarios	2,7	1,5	1,7	1,7	1,8	1,1	7,3	9,3	5,7	6,6	5,6	1,2	2,6	2,1
Otros lugares	1,6	1,1	0,9	1,2	1,7	0,9	2,9	4,1	3,3	4,0	2,5	0,0	1,3	1,3

	Alcohol		Cocaína polvo		Cannabis		Heroína		Cocaína base		Hipnosedantes		Estimulantes*	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Otras sustancias psicoactivas consumidas en los últimos 30 días (%)														
Opioides	3,4	3,0	3,0	2,9	2,8	2,4	6,9	8,0	19,8	24,1	8,6	9,3	1,5	2,5
Cocaína	68,1	56,8	0,5	0,4	43,3	34,8	44,8	53,7	4,9	3,9	29,8	25,4	26,4	28,9
Estimulantes sin cocaína	4,7	5,0	5,2	6,3	10,5	12,7	1,7	3,0	3,5	4,3	13,2	5,1	18,6	6,6
Hipnosedantes	5,0	13,1	4,7	6,9	8,4	8,2	11,6	12,2	13,1	9,1	0,0	0,0	33,3	10,7
Alucinógenos	0,5	0,5	0,8	1,4	1,9	1,6	0,1	0,2	0,8	2,2	0,9	0,0	6,5	4,1
Sustancias Volátiles	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,6	0,1	0,0	0,2	0,0	0,6	0,8	1,6	0,8
Cannabis	49,6	47,2	49,6	48,0	0,0	0,0	53,6	49,7	63,3	62,5	54,6	37,3	38,1	47,9
Alcohol	0,0	0,0	71,7	66,5	68,9	68,8	34,8	26,3	53,1	39,7	47,9	55,1	33,6	53,7
Otras sustancias psicoactivas	0,2	0,1	0,2	0,1	0,4	0,5	0,1	0,2	0,1	0,4	0,9	2,5	0,4	0,8
Edad de inicio droga principal	17,4	20,7	20,5	23,3	15,6	16,6	22,2	23,7	21,3	24,4	26,5	32,2	26,3	22,8
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)														
Todos los días	58,1	53,4	25,0	24,1	70,0	68,4	56,7	53,5	42,6	44,1	81,6	87,0	22,9	31,7
4-6 días a la semana	7,0	8,6	13,3	11,8	4,6	4,6	5,3	3,5	12,7	11,7	3,7	1,7	8,6	11,7
2-3 días a la semana	11,7	13,5	24,6	23,2	6,2	5,9	6,2	7,4	16,3	14,1	4,5	2,8	22,4	17,1
1 día a la semana	3,7	4,3	8,9	8,5	2,0	2,1	2,1	1,8	4,5	6,1	1,1	1,2	12,8	5,8
Menos de 1 día a la semana	4,6	5,6	10,6	10,6	3,0	4,1	3,3	3,3	7,6	7,5	2,4	1,4	14,9	10,8
No consumió	15,0	14,6	17,6	21,9	14,1	15,0	26,3	30,5	16,2	16,4	6,7	5,9	18,6	22,9
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)														
Oral	99,6	99,7	3,1	3,6	1,6	1,4	1,0	0,8	0,5	0,5	97,3	97,9	17,6	27,7
Pulmonar o fumada	0,3	0,2	0,7	0,5	97,7	98,0	82,8	83,9	94,0	96,3	1,4	1,9	17,4	7,0
Intranasal o esnifada	0,1	0,1	94,8	94,0	0,6	0,4	5,6	7,1	4,4	2,1	0,8	0,2	47,8	63,6
Parenteral o intravenosa	0,0	0,0	0,6	0,7	0,0	0,0	9,9	7,0	0,3	0,5	0,2	0,0	16,6	0,4
Otras	0,0	0,0	0,9	1,2	0,2	0,2	0,6	1,2	1,0	0,7	0,3	0,0	0,6	1,2
Se inyectó drogas (%)														
Alguna vez en la vida	2,4	1,3	2,4	2,2	1,7	1,1	36,4	29,3	9,2	9,8	6,1	2,8	29,0	5,4
Últimos 12 meses	0,3	0,2	0,8	0,9	0,2	0,3	10,5	8,8	1,8	2,6	2,1	1,0	24,7	1,4
Últimos 30 días	0,1	0,0	0,6	0,5	0,1	0,1	7,5	5,7	1,0	0,8	1,4	0,3	17,4	0,5
Prevalencia mínima VIH (%)	1,1	0,6	1,1	1,5	0,9	0,4	7,5	9,9	2,3	4,1	4,5	1,6	24,0	2,4
Prevalencia máxima de VIH (%)	3,2	1,6	3,3	4,1	3,9	1,4	15,2	19,0	5,7	9,8	12,6	5,2	43,4	5,8
Prevalencia mínima Hepatitis C (%)	1,3	1,1	1,1	1,3	0,9	0,6	15,3	14,8	3,7	3,9	3,7	1,6	8,7	2,0
Prevalencia máxima Hepatitis C (%)	4,0	3,1	3,4	3,8	4,1	2,4	31,3	29,5	9,8	10,1	11,4	5,5	18,6	5,5
Prevalencia máxima Hepatitis B (%)	1,9	1,2	1,0	0,8	1,5	0,7	2,9	1,0	0,8	1,8	3,1	1,1	1,5	3,4
Prevalencia mínima Hepatitis B (%)	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3	0,1	0,9	0,3	0,2	0,5	0,8	0,2	0,5	0,8

* Estimulantes distintos de la cocaína.

Notas:

- Prevalencia mínima: positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocidos). En hepatitis B, portador crónico entre el total (incluye portador crónico, inmune, no inmune, pendiente de resultado y desconocidos).
- Prevalencia máxima: positivos entre los casos con información (incluye positivos y negativos); en hepatitis B, portador crónico entre portador crónico más inmune, más no inmune.
- El porcentaje puede no sumar 100% debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables.
- El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable sexo.

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

En 2022, más de la mitad del total de los admitidos a tratamiento por drogas psicoactivas en España recibieron **tratamiento** por esa sustancia en concreto, **por primera vez en su vida**, encontrando diferencias en función de la sustancia que generó la entrada a tratamiento; así, la proporción de primeras admisiones fue menor entre los admitidos por heroína (27%) que entre los admitidos por alcohol (60,5%), cocaína polvo (57,8%), cannabis (74,6%) o hipnosedantes (75,9%) (tabla 2.1.4).

Atendiendo a la variable sexo, la proporción de primeras admisiones en general es mayor entre las mujeres que entre los hombres, salvo para las admisiones de hipnosedantes y metadona. Ese mayor número de primeras admisiones entre las mujeres se observa tanto en las admisiones por alcohol, donde la proporción de primeras admisiones a tratamiento entre las mujeres es de 62,3% y entre los hombres 59,9%, como por cocaína polvo, donde la proporción de primeras admisiones entre las mujeres es del 64,5% y entre los hombres 56,5%; siendo también mayor la proporción de primeras admisiones por cannabis entre las mujeres (79,7%) que entre los hombres (73,0%) (tabla 2.1.5.).

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína

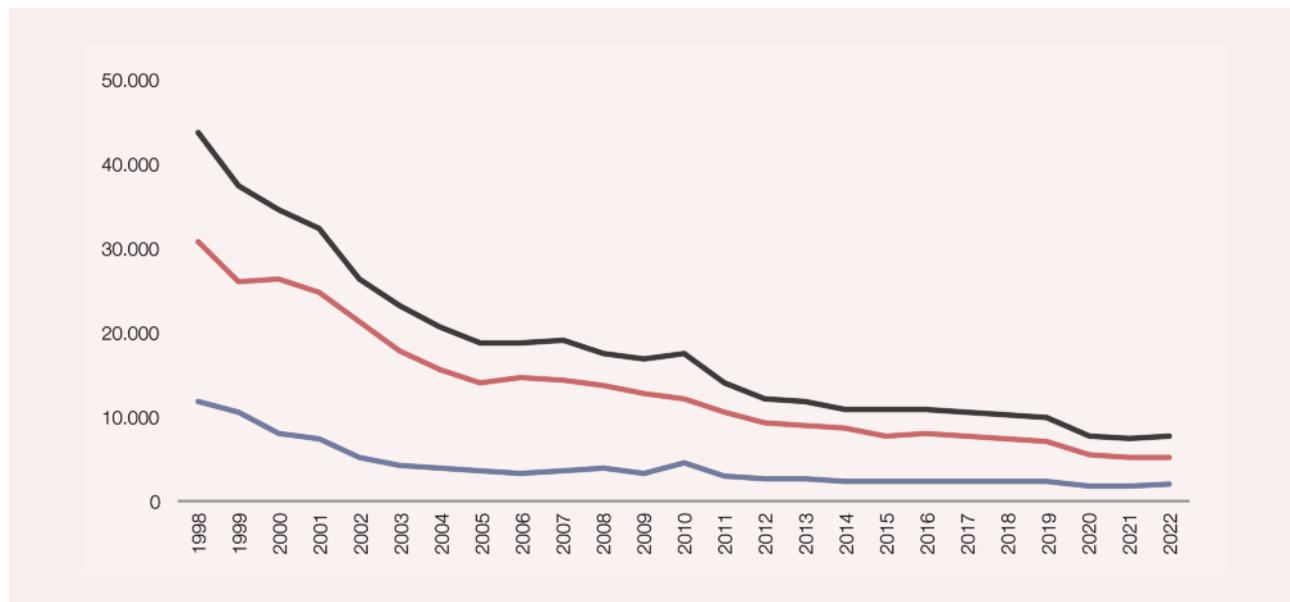
El número de admitidos a tratamiento por consumo de heroína fue de 7.585 en 2022 (figura 2.1.9), un valor ligeramente superior al del año anterior, cuando los centros aún estaban afectados por la pandemia COVID, pero inferior al de 2019 (último año de funcionamiento normal), que fue de 9.904. Una vez restaurada la normalidad en el funcionamiento de los centros, parece continuar la tendencia de descenso de dichas admisiones desde el año 1996.

El **perfil de los admitidos a tratamiento por heroína** se mantiene como en años previos; un varón de 45,1 años que ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria, parado y que suele acudir a tratamiento por iniciativa propia. Alrededor de un 12,1% ha vivido los 30 días previos en prisión u otro centro de internamiento. Suelen presentar un consumo diario de la sustancia. El 50,1% refiere consumir otras sustancias, principalmente cannabis, cocaína y alcohol. La vía más frecuente de consumo es la pulmonar o fumada. (tabla 2.1.4).

El 65,7% de los admitidos por heroína han recibido alguna vez en la vida un tratamiento sustitutivo con opiáceos (TSO), siendo mayoritariamente la metadona la sustancia utilizada para el tratamiento (88,5%). La buprenorfina viene mostrando una mayor presencia en los tratamientos sustitutivos, pero a mucha distancia de la metadona, presentándose como sustancia de elección en el 10,8% de los tratamientos sustitutivos referidos en 2022.

Figura 2.1.9.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína. España, 1998-2022.



	■ Primeros tratamientos	■ Con tratamiento previo	■ Total		■ Primeros tratamientos	■ Con tratamiento previo	■ Total
1998	11.867	30.756	43.598	2011	2.951	10.391	13.898
1999	10.473	26.031	37.417	2012	2.555	9.302	12.238
2000	8.151	26.412	34.563	2013	2.572	8.940	11.756
2001	7.461	24.844	32.305	2014*	2.356	8.555	10.911
2002	5.051	21.162	26.213	2015	2.202	7.713	10.978
2003	4.337	17.867	23.225	2016	2.353	7.907	10.807
2004	3.836	15.617	20.532	2017	2.259	7.775	10.384
2005	3.604	14.005	18.653	2018	2.223	7.530	10.086
2006	3.318	14.502	18.803	2019	2.384	7.177	9.904
2007	3.672	14.331	18.904	2020	1.771	5.594	7.652
2008	3.840	13.616	17.456	2021	1.820	5.083	7.419
2009	3.412	12.750	16.989	2022	1.920	5.202	7.585
2010	4.526	12.166	17.325				

* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

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

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína

Las admisiones por cocaína en general han venido aumentando desde el inicio de la serie histórica, pasando de tener menos de 1.000 casos en 1991 a cerca de los 25.000 en 2008. Desde entonces han ido descendiendo con algún repunte, como el de 2019 en que se alcanzaron las 22.345 admisiones. Tras la bajada en el número de admisiones en 2020, a raíz del cierre de centros debido a la pandemia por COVID, se ha producido un aumento paulatino en el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína alcanzando en 2022 valores similares al 2018. Concretamente ha sido de 21.818 (figura 2.1.10), de las que 19.314 son por cocaína polvo, 2.429 por cocaína base y en 75 por otros tipos de cocaína.

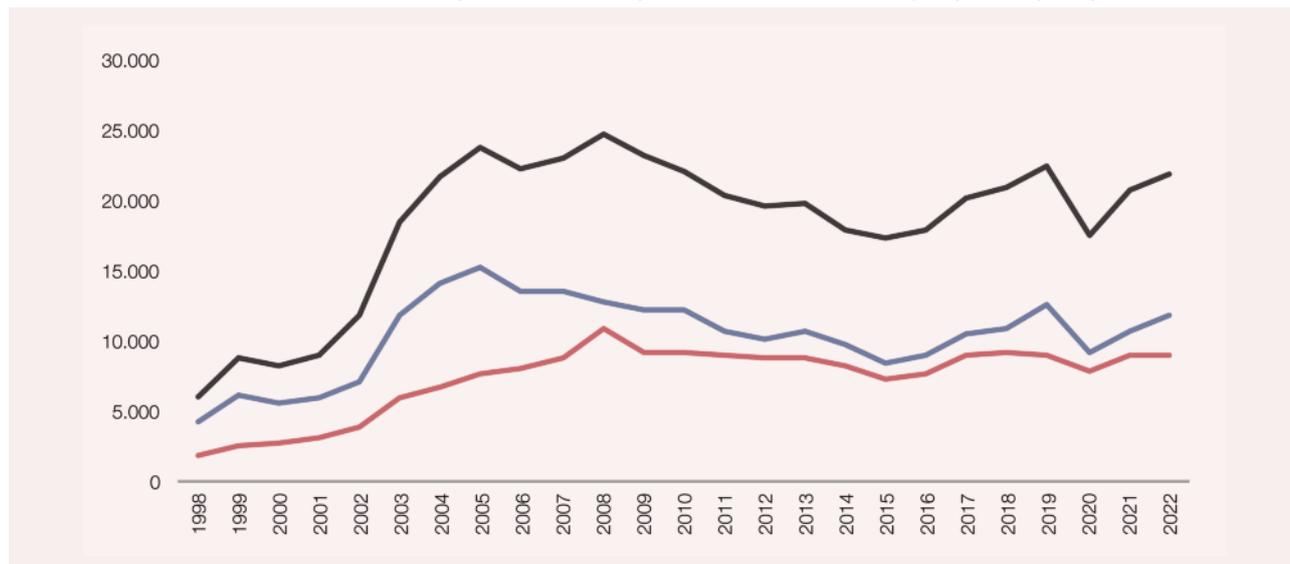
El número de primeras admisiones también aumentó progresivamente entre 1991 y 2005, pasando de 681 en 1991 a 15.258 en 2005, año en que alcanzó la máxima cifra registrada y que coincide con las mayores prevalencias para el consumo habitual (últimos 12 meses) y reciente (últimos 30 días), obtenidas en la encuesta EDADES (población de 15 a 64 años). A partir del 2006 se inició una tendencia descendente que alcanzó el valor más bajo en 2015 (8.445), iniciándose de nuevo un aumento en el número de primeras admisiones, llegando a las 12.491 admisiones en 2019. En 2020, derivado de la situación por COVID, se produjo una brusca disminución en estas admisiones, que se recuperó en 2021 y que sigue aumentando en 2022.

La cocaína se mantiene en 2022 como la sustancia ilegal responsable del mayor número de primeras admisiones a tratamiento, por encima del cannabis.

Dentro de la cocaína, la cocaína polvo supone el 88,5% del total de las admisiones por cocaína, mientras que el 11,5% son admitidos por cocaína base, mostrando ambas un perfil diferente.

Figura 2.1.10.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína (en general). España, 1998-2022.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1998	4.174	1.838	6.012	2011	10.637	8.889	20.335
1999	6.126	2.576	8.702	2012	10.142	8.855	19.497
2000	5.499	2.773	8.272	2013	10.734	8.726	19.848
2001	5.977	3.046	9.023	2014*	9.683	8.182	17.864
2002	7.125	3.893	11.904	2015	8.445	7.248	17.327
2003	11.851	5.893	18.359	2016	9.052	7.678	17.889
2004	14.126	6.747	21.646	2017	10.393	9.025	20.168
2005	15.258	7.562	23.746	2018	10.871	9.226	20.981
2006	13.463	8.036	22.242	2019	12.491	8.989	22.345
2007	13.429	8.753	23.037	2020	9.092	7.744	17.490
2008	12.847	10.786	24.680	2021	10.647	9.004	20.741
2009	12.142	9.107	23.132	2022	11.753	8.944	21.818
2010	12.130	9.095	22.087				

* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

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

El **perfil del admitido a tratamiento por cocaína polvo** es el de un varón de 38,4 años que mayoritariamente no ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria/secundaria, que está trabajando y que acude principalmente por iniciativa propia. Suelen presentar un consumo diario o de 2 a 3 días a la semana y la consumen por vía intranasal o esnifada. El 54,4% refieren consumir otras sustancias, principalmente alcohol y cannabis. El 2,5% ha recibido alguna vez en la vida un TSO (mayoritariamente con metadona).

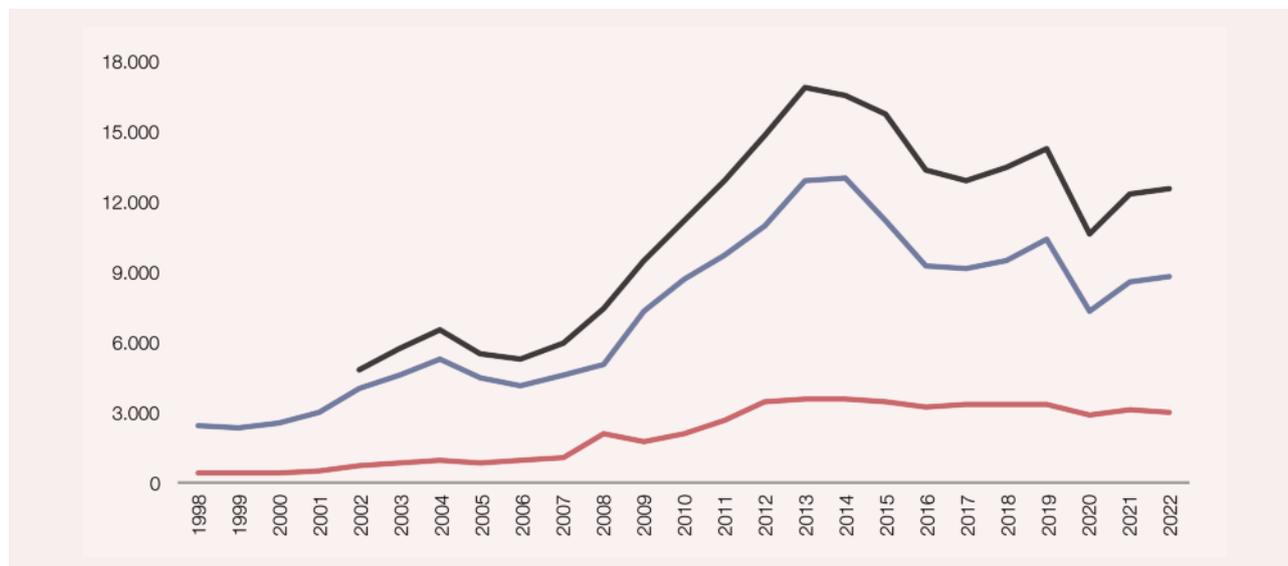
El **perfil del admitido a tratamiento por cocaína base** es el de un varón, un poco mayor (39,2 años) que ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria, parado habiendo trabajado antes y que acude principalmente por iniciativa propia. Suelen presentar un consumo diario de la sustancia y la consumen por vía pulmonar o fumada. El 60,8% refieren consumir otras sustancias, principalmente cannabis, alcohol y opioides. El 14,2% ha recibido un tratamiento sustitutivo con opiáceos alguna vez en la vida, mayoritariamente con metadona.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis

El número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis fue de 12.574 en 2022 (figura 2.1.11), dato algo superior al obtenido durante el año 2021 (12.350 admitidos a tratamiento), observándose una ligera recuperación, pero sin alcanzar las cifras de admisiones previas a la pandemia por COVID.

Figura 2.1.11.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1998-2022.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1998	2.412	407	-	2011	9.736	2.603	12.873
1999	2.335	418	-	2012	10.982	3.402	14.869
2000	2.487	408	-	2013	12.912	3.585	16.914
2001	2.966	540	-	2014*	12.968	3.510	16.478
2002	3.972	665	4.772	2015	11.185	3.448	15.676
2003	4.613	871	5.711	2016	9.278	3.208	13.304
2004	5.319	928	6.500	2017	9.122	3.314	12.932
2005	4.426	844	5.524	2018	9.485	3.386	13.459
2006	4.125	941	5.304	2019	10.372	3.306	14.202
2007	4.619	1.114	5.936	2020	7.334	2.893	10.587
2008	5.058	2.055	7.419	2021	8.529	3.160	12.350
2009	7.273	1.705	9.503	2022	8.803	3.003	12.574
2010	8.639	2.101	11.192				

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

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

Evolutivamente el número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis mostró una tendencia claramente ascendente hasta 2013, iniciando en 2014 un descenso hasta 2017. En 2018 se registró un ligero repunte, tanto en las primeras admisiones como entre las personas con tratamiento previo, que se confirmaron en 2019. Sin embargo, la pandemia por COVID iniciada en 2020 supuso un descenso en el número de admisiones, iniciándose una recuperación en los sucesivos años. En 2022, las admisiones a tratamiento por consumo de cannabis se encuentran en niveles similares al año 2017.

Es importante señalar, una vez más, el peso del cannabis entre los menores de edad que acuden a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España. Así, el 93,5% de todos los menores de 18 años que han sido admitidos a tratamiento por consumo de drogas ilegales en 2022 en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis (figura 2.1.3).

El **perfil de los admitidos a tratamiento por cannabis** es el de un varón de 28,4 años con educación primaria o secundaria, que acude por primera vez a tratamiento por esa sustancia. Acude por iniciativa propia o derivados desde atención primaria, vive con familia de origen, suele presentar un consumo diario de la sustancia y la consume por vía pulmonar o fumada. El 35,1% refiere consumir otras sustancias, principalmente alcohol y cocaína.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes

En 2022, el número de admisiones a tratamiento por consumo de hipnosedantes (tranquilizantes, sedantes o somníferos) fue de 1079. Las admisiones por estas sustancias estaban más o menos estabilizadas en los últimos 10 años, en un rango entre 900 y 1.100 admisiones al año (figura 2.1.12). Como ocurre con el resto de sustancias, en 2020 se observó una bajada en el número de admitidos a tratamiento debido al cierre de centros de tratamiento durante la pandemia por COVID. En 2022 estas admisiones a tratamiento se mantienen situándose en niveles similares al año 2018.

El porcentaje de mujeres entre los admitidos a tratamiento por hipnosedantes es mucho más elevado que en el resto de sustancias, situándose en el 40,2% del total de admisiones por hipnosedantes.

Teniendo en cuenta el peso de las mujeres entre los admitidos por hipnosedantes, se pueden identificar dos perfiles claramente diferenciados:



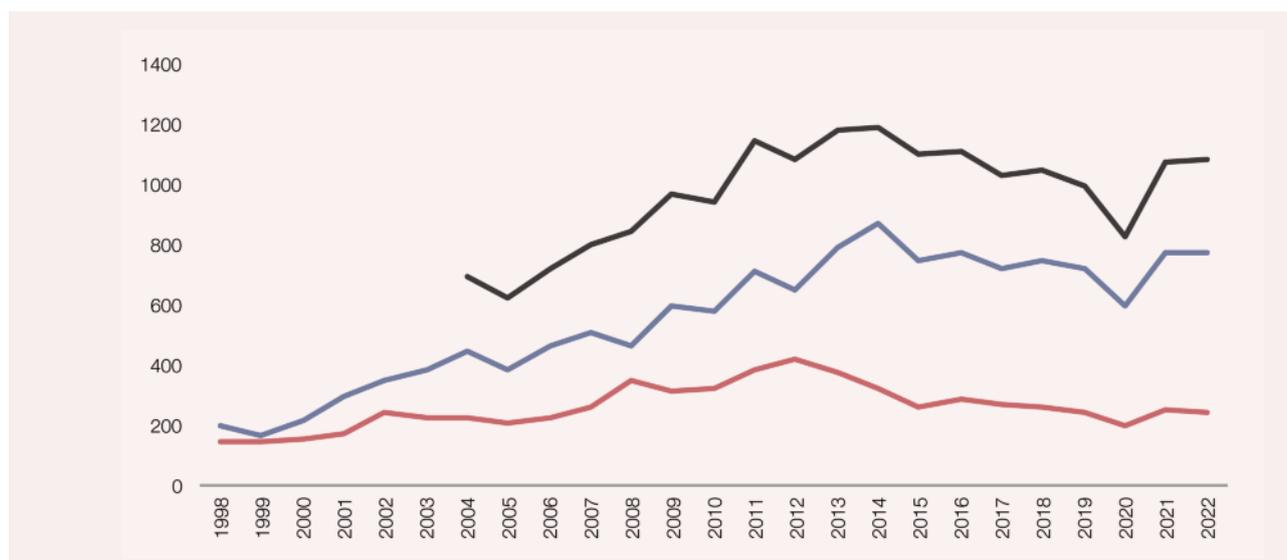
El perfil de los **hombres** es el de un varón de 38,5 años, con estudios primarios, que acude por primera vez a tratamiento, bien por iniciativa propia o bien derivado por el médico de Atención Primaria, y que vive con su familia de origen o solo, está parado o es pensionista. El 50,5% refiere consumir otras sustancias, principalmente cannabis, alcohol y cocaína (drogas secundarias).



En el caso de las **mujeres**, se trata de una mujer de 45,7 años, con estudios secundarios, que acude por primera vez a tratamiento, por iniciativa propia o referida por el médico de Atención Primaria y diferentes servicios de salud, y que vive con sus padres o familia de origen o su pareja y/o hijos. Está parada o es pensionista, aunque es remarcable que el 3,6% se dedica a las tareas del hogar. La mayoría no consume otras sustancias (72,8%), entre las mujeres que además de los hipnosedantes consumen otras sustancias, éstas son el alcohol y cannabis.

Figura 2.1.12.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes. España, 1998-2022.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1998	197	143	-	2011	709	386	1.143
1999	165	147	-	2012	648	421	1.083
2000	214	154	-	2013	787	374	1.175
2001	299	170	-	2014*	871	321	1.192
2002	350	242	-	2015	742	256	1.098
2003	382	225	-	2016	772	282	1.105
2004	441	224	693	2017	721	269	1.032
2005	383	209	618	2018	744	261	1.050
2006	466	223	717	2019	715	242	992
2007	503	261	795	2020	595	201	824
2008	463	352	845	2021	768	252	1.077
2009	598	312	963	2022	775	246	1.079
2010	580	323	944				

* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

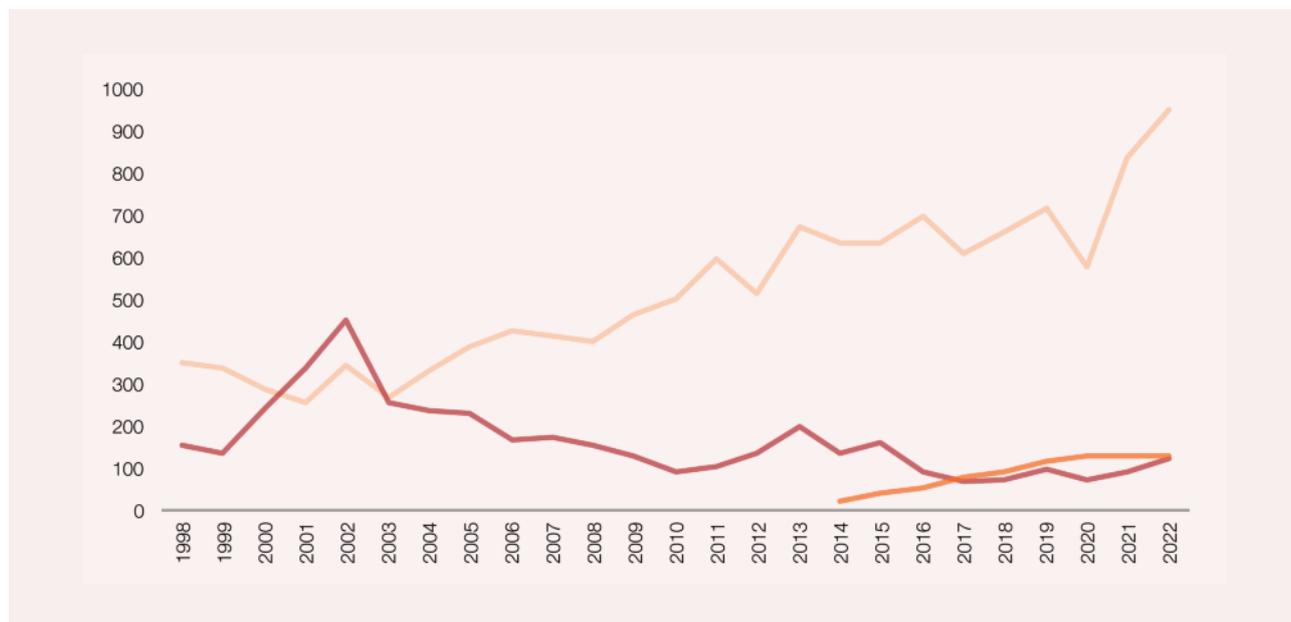
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

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

Los estimulantes distintos a cocaína (anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis y otros) representaron, en 2022 el 3,2% del total de admisiones de todas las drogas ilegales. Si se comparan estas cifras con las obtenidas para la cocaína, la heroína y el cannabis, se comprueba que, en España, el impacto de estas drogas en los servicios específicos de tratamiento de las drogodependencias es reducido.

Figura 2.1.13.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de estimulantes distintos de la cocaína: anfetaminas, metanfetaminas y éxtasis. España, 1998-2022.



	Anfetaminas	Metanfetaminas	Éxtasis		Anfetaminas	Metanfetaminas	Éxtasis
1998	347	-	154	2011	595	-	102
1999	339	-	135	2012	512	-	134
2000	288	-	240	2013	671	-	201
2001	255	-	335	2014	635	20	133
2002	342	-	452	2015	636	38	157
2003	266	-	254	2016	699	55	89
2004	330	-	236	2017	608	81	68
2005	386	-	229	2018	662	93	72
2006	426	-	165	2019	716	119	96
2007	415	-	172	2020	580	129	72
2008	400	-	155	2021	837	127	91
2009	461	-	127	2022	951	131	122
2010	501	-	93				

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

Dentro de los estimulantes distintos de la cocaína, las anfetaminas son la sustancia que más admisiones a tratamiento genera, seguida de las metanfetaminas y del éxtasis (figura 2.1.13). Las admisiones a tratamiento por anfetaminas muestran un ligero incremento respecto a años anteriores. Los admitidos a tratamiento por éxtasis aumentan respecto a años anteriores situándose en niveles similares a 2014.

El **perfil de los admitidos a tratamiento por anfetaminas** se mantiene como en años previos: varón de 37,3 años que acude por primera vez a tratamiento, con educación secundaria, acude a tratamiento por iniciativa propia y vive con su familia de origen. Llegan a tratamiento consumiendo todos los días, por vía intranasal. El 53,4% refieren consumir también, cannabis, alcohol y/o cocaína.

El **perfil de los admitidos a tratamiento por metanfetamina** es el de un varón de 37,2 años que acude por primera vez a tratamiento, con educación secundaria, parado, acude a tratamiento por iniciativa propia o derivado por servicios de salud y vive solo. Llegan a tratamiento consumiendo todos los días, por vía pulmonar. El 46,0% refieren consumir otras sustancias, principalmente hipnosedantes y cannabis.

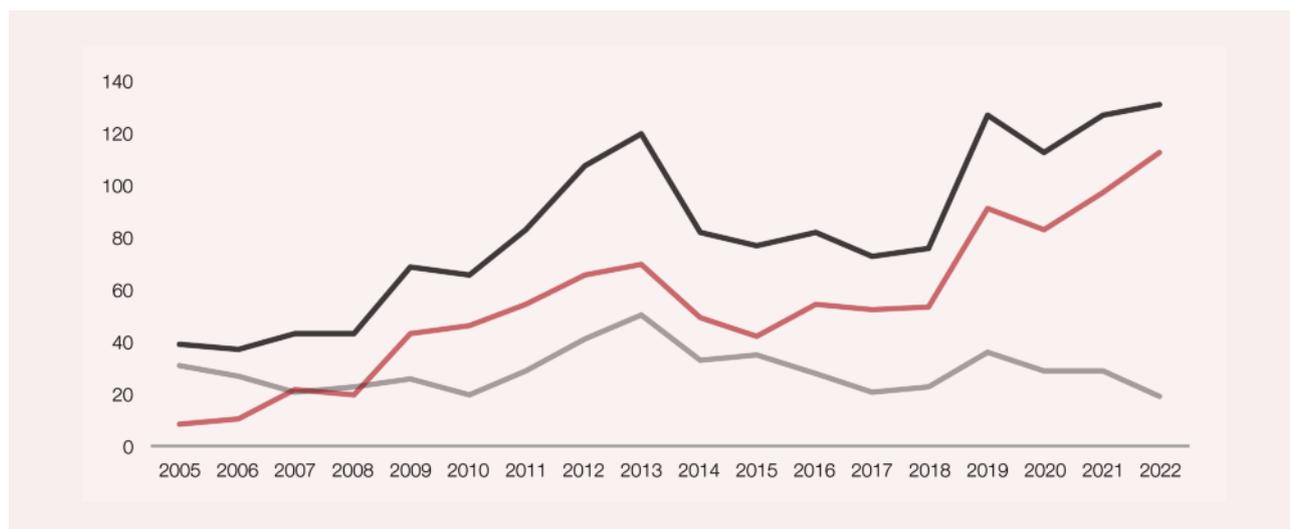
El **perfil de los admitidos a tratamiento por éxtasis** es el de un varón de 28,4 años que acude por primera vez a tratamiento, con educación secundaria, trabajando, acude a tratamiento por iniciativa propia y vive con su familia de origen. Llegan a tratamiento consumiendo menos de un día a la semana, por vía oral. El 52,5% refieren consumir también otras sustancias, principalmente cannabis y alcohol.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alucinógenos

Desde el inicio de la serie histórica, las admisiones a tratamiento por alucinógenos, se han situado en niveles relativamente bajos (valores cercanos a 100 casos en toda España), superándose las 100 admisiones por esta sustancia solo en 2012, 2013, 2019, 2020 y 2021. En 2022 vuelve a superar los 100 casos, notificándose 131 casos, de ellos más del 85,5% son por ketamina, que es la responsable de 112 admisiones en 2022 (figura 2.1.14).

Figura 2.1.14.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alucinógenos (ketamina u otros alucinógenos). España, 2005-2022.



	Alucinógenos*	Ketamina	Otros alucinógenos		Alucinógenos*	Ketamina	Otros alucinógenos
2005	39	8	31	2014	82	49	33
2006	37	10	27	2015	77	42	35
2007	43	22	21	2016	82	54	28
2008	43	20	23	2017	73	52	21
2009	69	43	26	2018	76	53	23
2010	66	46	20	2019	127	91	36
2011	83	54	29	2020	112	83	29
2012	107	66	41	2021	127	97	29
2013	120	70	50	2022	131	112	19

* Alucinógenos incluye ketamina y otros alucinógenos.

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

El **perfil de los admitidos a tratamiento por alucinógenos** es el de un varón de 30,5 años que acude por primera vez a tratamiento, con educación secundaria, trabajando, acude a tratamiento por iniciativa propia y vive con su familia de origen. Llegan a tratamiento consumiendo todos los días, por vía intranasal o esnifada. El 67,9% refieren consumir también, cannabis y alcohol.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de otras sustancias

El indicador de admisiones a tratamiento permite el seguimiento de sustancias más minoritarias, lo que facilita ver cambios o aumentos en la presencia de estas sustancias, o comprobar qué ocurre en nuestro país respecto a nuevos consumos detectados en otros países. Por ello, desde el 2014 se ha hecho un seguimiento de sustancias como el **fentanilo**, el **tramadol**, la **mefedrona** o el **spice**, entre otras. Este seguimiento ha permitido una mejora en la notificación específica de estas sustancias en detrimento de categorías genéricas o inespecíficas que, en parte, justifican la tendencia ascendente que se aprecia en la figura 2.1.15. En 2022 se observa un aumento de admisiones a tratamiento por mefedrona y tramadol y una disminución de las admisiones por fentanilo.

Respecto al **GHB** y los **inhalables volátiles**, que incluyen los **poppers**, se observa en los últimos años un pequeño incremento en las admisiones a tratamiento generando 58 y 68 admisiones a tratamiento en 2022 respectivamente.

Figura 2.1.15.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de diferentes sustancias como droga principal. España, 2014-2022.



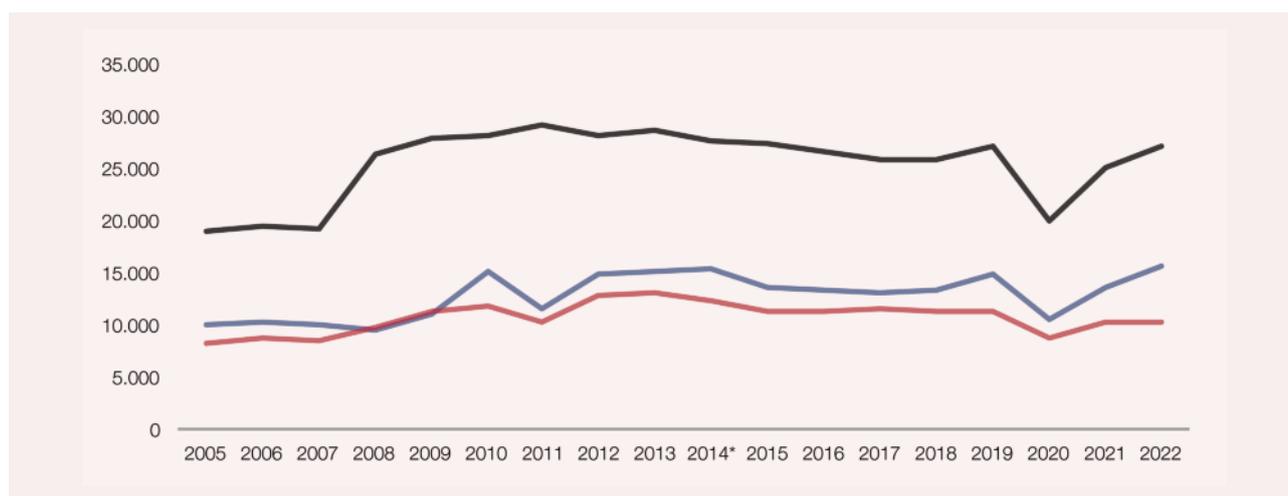
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol

En 2022, el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol fue de 27.042 (figura 2.1.16). Aunque ya se ha mencionado anteriormente en el apartado de metodología, debe tenerse en cuenta que parte de los tratamientos por abuso o dependencia de alcohol se realizan en dispositivos diferentes de la red asistencial de drogas, por lo que este indicador informa sólo sobre parte de los tratamientos por consumo de alcohol que se llevan a cabo en el territorio nacional.

Figura 2.1.16.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol. España, 2005-2022.



	■ Primeros tratamientos	■ Con tratamiento previo	■ Total
2005	10.096	8.133	18.950
2006	10.172	8.611	19.454
2007	9.898	8.587	19.224
2008	9.395	9.753	26.318
2009	10.924	11.288	27.958
2010	15.126	11.764	28.111
2011	11.612	10.350	29.014
2012	14.816	12.714	28.234
2013	15.121	12.978	28.652
2014*	15.240	12.418	27.658
2015	13.457	11.254	27.469
2016	13.319	11.323	26.655
2017	13.060	11.556	25.753
2018	13.243	11.224	25.796
2019	14.907	11.215	27.209
2020	10.501	8.705	20.017
2021	13.575	10.234	25.140
2022	15.561	10.160	27.042

* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

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

El alcohol es responsable, en 2022, del 37,1% de las admisiones a tratamiento; además, se encuentra presente en gran parte de los patrones de policonsumo.

El **perfil de los admitidos a tratamiento por alcohol** es el de un varón de 47,1 años que vive solo o con su familia propia (pareja y/o hijos), que acude por iniciativa propia o derivado por su médico de cabecera u otros centros de tratamiento y que consume alcohol todos los días. La mayoría (73%) no consume otras drogas. Entre los que sí consumen otras sustancias, destaca el uso de cocaína y cannabis (drogas secundarias).

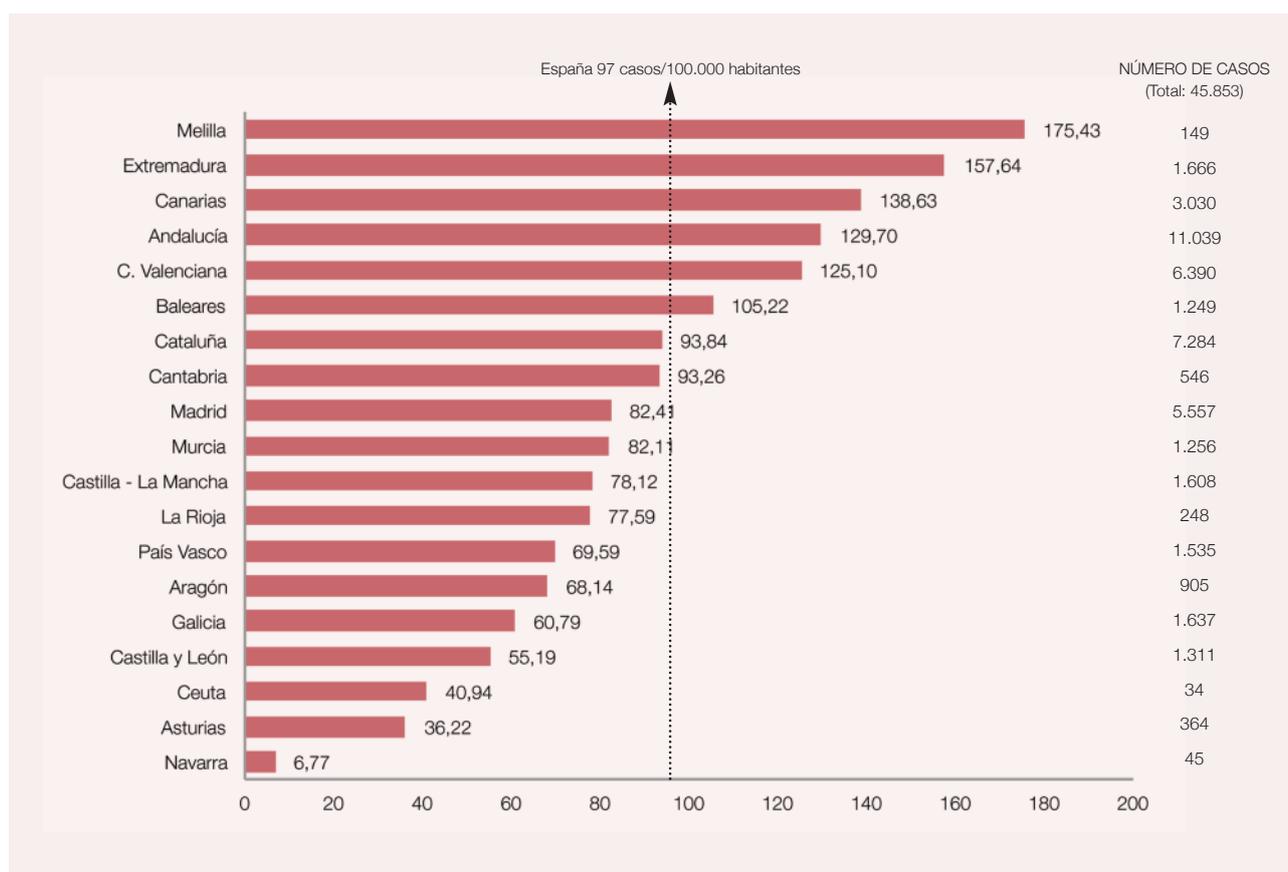
Resultados por comunidades/ciudades autónomas

Todas las comunidades y ciudades autónomas notifican al indicador Admisiones a tratamiento, lo que permite obtener una visión global de la situación por comunidad/ciudad autónoma (figura 2.1.17).

La interpretación de la tasa bruta (número de admitidos a tratamiento/100.000 habitantes) debe realizarse con cautela, teniendo en cuenta la posible influencia de la distribución por edad de la población.

Figura 2.1.17.

Número de casos y tasas por 100.000 habitantes de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según comunidad/ciudad autónoma. España, 2022.



Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero.

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

2.2. Indicador Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2022

Introducción

Monitorizar las consecuencias sanitarias no mortales del consumo de sustancias psicoactivas aporta información interesante para conocer las características y evolución del uso de drogas, y resulta útil para realizar las intervenciones oportunas.

En España, uno de los indicadores utilizados con este fin es la monitorización de las urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Este indicador forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades/ciudades autónomas, que incluye también el Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, el Indicador Admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales/sin sustancia y el Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

A continuación, se presenta la metodología y los principales resultados del indicador.

Metodología

El objetivo de este indicador es la monitorización de las características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas en España.

En relación al mecanismo de recogida de datos, el personal responsable en cada comunidad/ciudad autónoma recoge la información, a partir de una revisión de las historias clínicas de urgencias, de manera activa, sistemática, exhaustiva y retrospectiva. Se selecciona un área geográfica y se monitorizan los hospitales ubicados en dicha área (excluidas maternidades, hospitales pediátricos y hospitales monográficos). Se recoge la información de una semana de cada mes, seleccionada de forma aleatoria desde el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones; algunas CCAA realizan una recogida continua en algunos hospitales.

Se dispone de información anual desde 1987, aunque la cobertura no es completa, presentando variaciones interanuales, tanto de comunidades/ciudades autónomas, como de número de hospitales notificados. En 2022, notificaron al indicador 16 de las 19 CCAA/CA (todas salvo Galicia, Ceuta y Melilla).

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

Entre los cambios propuestos se establecía:

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

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

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

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

Resultados

En 2022 se notificaron al indicador 6.627 episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga² (tabla 2.2.1).

En la figura 2.2.1 se muestra la evolución desde 1998 de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas según el tipo de droga.

En 2022, de los 6.627 episodios de urgencias relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas, las sustancias que más presencia tienen son el cannabis, que se relacionó con el 46,2% los episodios de urgencia, y la cocaína, que se relaciona con el 46,1% de los episodios analizados. Este comportamiento se confirma en el resto de indicadores y en las encuestas nacionales, donde la cocaína y el cannabis ocupan una parcela importante en el ámbito de los consumos de drogas en España (figura 2.2.1).

La situación de pandemia vivida en el país a raíz del COVID tuvo un impacto en las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, y aunque las sustancias que más episodios de urgencias generaron en 2020 fueron el cannabis, la cocaína y los hipnosedantes, el peso de estas sustancias presentó un gran cambio respecto a lo que se venía observando. En 2021 se mantuvieron los cambios observados en 2020, estabilizándose la bajada de urgencias por cocaína y por cannabis. En 2022 los datos vuelven a cifras similares al 2019, observándose en los episodios de urgencias relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, un aumento de la cocaína, del cannabis, del alcohol y de los hipnosedantes.

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

2. Acorde al protocolo de este indicador, esta cifra corresponde a los episodios encontrados en la revisión de las urgencias acontecidas durante una semana seleccionada de manera aleatoria para cada mes del año en los hospitales seleccionados por las CCAA que han participado en la recogida de datos en 2022.

Tabla 2.2.1.

Número de episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas y porcentaje según tipo de droga. España*, 1998-2022.

	Nº de episodios	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Hipnóticos y sedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y derivados	Alucinógenos	Inhalables volátiles
1998	2.099	31,6	22,2	8,9	24,3	38,7	3,0	16,8	2,2	2,4	0,3
1999	2.141	39,4	20,0	9,3	23,8	33,0	9,8	18,9	2,4	1,7	0,1
2000	2.328	40,9	26,8	12,8	28,9	35,3	2,2	18,0	4,5	2,7	0,3
2001	2.145	40,5	29,0	16,9	29,2	29,2	4,2	17,4	4,4	1,9	0,9
2002	2.673	44,7	35,4	19,9	30,1	21,4	3,4	13,1	5,3	1,3	0,2
2004	5.828	50,0	30,7	19,3	22,3	17,5	2,3	9,1	3,2	0,8	0,6
2005	7.089	55,5	32,3	21,7	17,0	19,0	4,2	8,3	4,7	1,7	0,5
2006	7.042	51,1	36,0	23,9	21,0	16,9	4,7	8,5	6,4	1,7	0,4
2007	7.822	53,8	35,7	22,9	15,8	16,9	4,2	8,1	5,0	2,0	0,5
2008	6.431	55,1	37,3	24,7	15,6	17,2	4,4	7,5	4,2	1,6	0,5
2009	5.567	51,1	40,2	29,5	16,5	17,1	4,6	7,6	2,4	2,6	0,5
2010	5.626	49,5	36,3	30,5	16,7	17,8	5,5	6,7	2,9	1,7	0,4
2011	5.279	45,2	40,4	33,3	18,9	14,2	9,2	6,2	3,9	2,1	0,3
2012	5.999	46,0	39,0	33,0	18,3	13,0	8,9	6,1	4,6	2,5	0,5
2013	5.715	44,9	38,7	34,6	17,8	11,9	9,0	5,7	4,8	2,5	0,4
2014	6.441	43,7	38,7	35,5	18,5	10,3	8,6	7,6	4,5	2,5	0,3
2015	5.238	43,5	39,8	42,2	18,2	11,2	8,0	7,4	3,7	1,6	0,3
2016	4.565	42,5	43,9	40,1	20,5	8,6	7,5	7,7	3,2	1,5	0,3
2017	4.293	50,2	37,1	50,3	16,9	9,0	8,7	10,3	2,8	1,5	0,5
2018	5.027	52,0	39,0	49,4	17,9	7,4	7,6	10,1	3,4	1,4	0,5
2019	5.352	50,7	40,3	50,6	19,5	7,0	7,8	9,9	3,8	1,8	0,5
2020	4.657	39,9	40,6	44,9	34,6	6,7	5,7	8,9	2,6	0,8	0,4
2021	6.209	40,3	41,4	44,5	35,9	5,0	7,3	8,1	2,8	1,3	0,2
2022	6.627	46,1	43,4	46,2	30,7	4,9	7,7	5,6	3,8	1,4	0,5

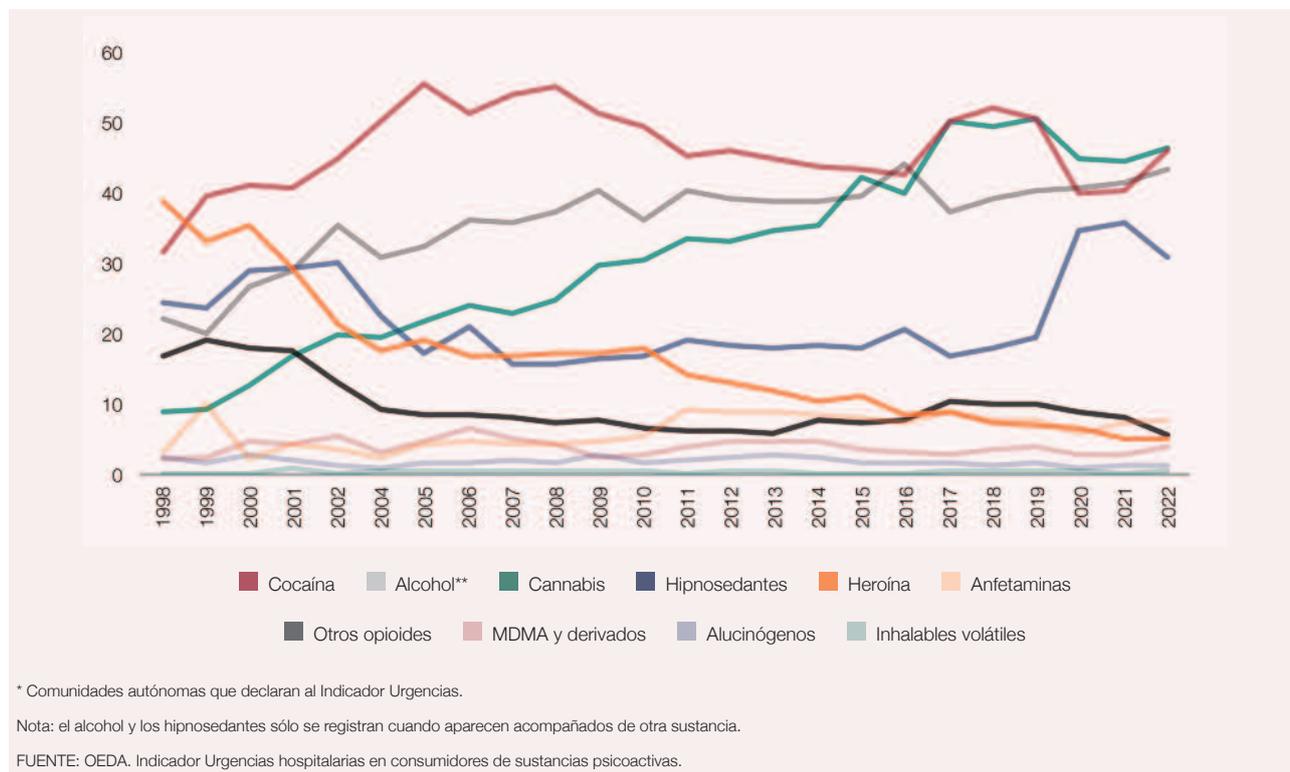
* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

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

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

Figura 2.2.1.

Evolución de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según el tipo de droga. España* 1998-2022.



En las tablas 2.2.2, 2.2.3 y 2.2.4 se muestran algunas características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas en 2022 y a lo largo de la serie histórica.

La proporción de **mujeres** ha venido mostrando cierta tendencia ascendente, alcanzando en 2022 su proporción más alta, superando por primera vez en la serie histórica el 32,2% de las urgencias (tabla 2.2.2).

Se aprecia una tendencia ascendente de la **edad media** de las personas atendidas en urgencias, pasando de 27,8 años (1996) a 35,8 años (2022). El análisis por sustancias muestra que aquellos que acuden a urgencias por el consumo de opioides y cocaína tienen una edad más avanzada, mientras que los que acuden por consumo de éxtasis, alucinógenos y cannabis son más jóvenes (tabla 2.2.3).

La distribución de las urgencias, según la **resolución** de la misma, no ha variado de manera significativa a lo largo de los años, siendo lo más frecuente que el paciente sea dado de alta (77,0% en 2022). Respecto al porcentaje de urgencias que requieren ingreso hospitalario, los datos venían mostrando una tendencia ascendente, con pequeños repuntes derivados del diferente peso de las sustancias relacionadas con las urgencias, pasando del 7,6% en 1996 al 17,3% en 2020, año que alcanzó el valor más alto de la serie histórica. En los últimos dos años esta tendencia ha cambiado, situándose en 2022 en el 12,9%. Además, aunque la resolución de la urgencia no varía de manera destacable en función de la sustancia, se puede observar un mayor porcentaje de ingresos en las urgencias relacionadas con anfetaminas u otros opioides. Además, en 2022 se observan más traslados a otros centros en las urgencias relacionadas con anfetaminas (5,5%) y hay más altas voluntarias entre los consumidores de heroína (8,6%) (tabla 2.2.3). Debido al escaso número de casos de MDMA, alucinógenos y de inhalables volátiles y al hecho de que estas sustancias suelen aparecer junto con otras, no se valoran las características de estas urgencias.

La tabla 2.2.4 presenta la distribución por sustancias de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas en 2022, según **sexo**.

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

Tabla 2.2.2.

Evolución de las características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. España*, 1998-2022.

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nº episodios	2.099	2.328	2.673	5.828	7.042	6.431	5.626	5.999	6.441	5.238	4.565	4.293	5.027	5.352	4.657	6.209	6.627
Edad media (años)	29,1	30,3	29,8	31,0	31,6	32,4	32,6	32,8	33,2	34,1	34,3	34,6	34,8	34,1	36,5	36,1	35,8
Sexo (%)																	
Mujeres	23,1	27,4	27,4	28,0	26,1	22,7	26,3	26,1	24,5	22,6	22,6	22,7	25,3	25,7	29,3	30,6	32,2
Sustancias psicoactivas relacionadas (%)																	
Heroína	38,7	35,3	21,4	17,5	16,9	17,2	17,8	13,0	10,3	11,2	8,6	9,0	7,4	7,0	6,7	5,0	4,9
Otros opiodes	16,8	18,0	13,1	9,1	8,5	7,5	6,7	6,1	7,6	7,4	7,7	10,3	10,1	9,9	8,9	8,1	5,6
Cocaína	31,6	40,9	44,7	50,0	51,1	55,1	49,5	46,0	43,7	43,5	42,5	50,2	52,0	50,7	39,9	40,3	46,1
Anfetaminas	3,0	2,2	3,4	2,3	4,7	4,4	5,5	8,9	8,6	8,0	7,5	8,7	7,6	7,8	5,7	7,3	7,7
MDMA y derivados	2,2	4,5	5,3	3,2	6,4	4,2	2,9	4,6	4,5	3,7	3,2	2,8	3,4	3,8	2,6	2,8	3,8
Hipnosedantes	24,3	28,9	30,1	22,3	21,0	15,6	16,7	18,3	18,5	18,1	20,5	16,9	17,9	19,5	34,6	35,9	30,7
Cannabis	8,9	12,8	19,9	19,3	23,9	24,7	30,5	33,0	35,5	42,2	40,1	50,3	49,4	50,6	44,9	44,5	46,2
Alucinógenos	2,4	2,7	1,3	0,8	1,7	1,6	1,7	2,5	2,5	1,6	1,5	1,5	1,4	1,8	0,8	1,3	1,4
Inhalables volátiles	0,3	0,3	0,2	0,6	0,4	0,5	0,4	0,5	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5	0,4	0,2	0,5
Alcohol	22,2	26,8	35,4	30,7	36,0	37,3	36,3	39,0	38,7	39,8	43,9	37,1	39,0	40,3	40,6	41,4	43,4
Resolución urgencia (%)																	
Alta médica	81,2	78,7	82,1	81,4	76,2	80,0	79,6	75,9	69,8	72,2	71,6	71,1	72,7	73,0	70,4	73,4	77,0
Alta voluntaria	8,8	8,5	7,4	5,3	8,6	8,5	7,0	8,2	9,9	8,2	8,2	8,3	8,4	8,8	7,9	7,5	6,3
Ingreso hospitalario	6,0	8,3	6,3	8,0	8,8	7,8	10,2	12,5	15,9	16,0	17,0	17,1	15,2	15,1	17,3	14,3	12,9
Muerte en urgencias	0,0	0,7	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Traslado a otro centro	3,9	3,7	4,0	5,3	6,3	3,7	3,2	3,3	4,2	3,6	3,1	3,5	3,7	3,1	4,3	4,7	3,8

* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

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

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

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

Tabla 2.2.3.

Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. Total, según sexo y según droga. España*, 2022.

	Total	Según sexo		Según droga							
		Hombres	Mujeres	Cocaína	Cannabis	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y der.	Alucinógenos	I. volátiles
Número de episodios	6.627	4.487	2.135	2.857	2.862	305	475	347	238	85	30
Edad media (años)	35,8	36,5	34,5	38	32,2	41,4	34,3	42,5	29,8	30,8	30,9
Sexo (%) mujeres	32,2			24,2	25,6	22,3	27,6	32,2	28,7	23,5	33,3
Resolución de la urgencia (%)											
Alta médica	77,0	77,2	76,7	77,9	77,1	75,1	72,8	72,6	82,8	78,8	76,7
Alta voluntaria	6,3	6,6	5,6	7,4	5,6	8,6	5,3	9,1	5,6	5,9	0,0
Ingreso hospitalario	12,9	12,4	13,8	10,9	13,5	13,0	16,3	15,9	7,8	11,8	10,0
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	3,8	3,7	3,9	3,7	3,8	3,3	5,5	2,4	3,9	3,5	13,3

* Comunidades autónomas que declaran al indicador Urgencias.

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

Tabla 2.2.4.

Porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de algunas drogas, según sexo. España*, 2022.

	Total	Hombres	Mujeres
Cocaína	46,1	50,8	35,8
Alcohol**	43,4	43,6	42,9
Cannabis	46,2	49,9	38,1
Hipnosedantes**	30,7	24,9	43,5
Otros opioides	4,9	5,6	3,5
Anfetaminas	7,7	8,0	6,8
Heroína	5,6	5,5	5,9
MDMA y derivados	3,8	4,0	3,5
Alucinógenos	1,4	1,5	1,0
Inhalables volátiles	0,5	0,5	0,5

* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

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

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

Las sustancias que más veces aparecen como **sustancia única** responsable de los episodios de urgencias son el cannabis (en el 13,3% de los episodios notificados) y la cocaína (en el 9,5% de los episodios).

En las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, lo más habitual es que se asocie **más de una sustancia** con la urgencia: en 2022, en el 67,3% de los episodios notificados había al menos dos sustancias relacionadas con la urgencia. No se observan diferencias según el sexo.

Teniendo esto en cuenta, se pueden establecer perfiles en función de las sustancias que se relacionan con la urgencia.

El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de cocaína es el de un hombre (75,8%), con una edad media de 38,0 años, cuyo episodio de urgencia termina mayoritariamente (77,9%) con el alta médica. La edad media venía mostrando una clara tendencia ascendente y parecía estabilizada en los últimos años alrededor de los 36 años; pero, desde 2020, al aumentar la edad revisada en el indicador se observa un aumento de la edad media, que confirmaría la hipótesis del aumento de edad de los consumidores (tabla 2.2.3.). Casi la mitad han consumido también alcohol.

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

Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el consumo de **cocaína y no han consumido opioides**, son principalmente ansiedad (41,4%), agitación, agresividad e irritabilidad (41,5%), alucinaciones o episodios psicóticos (16,8%) o pérdida de conciencia, síncope o coma (13,5%) y, en menor medida, palpitaciones, arritmias o taquicardias (12,3%) y dolor en el pecho (9,9%).

El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de **cannabis** es el de un hombre (74,4%) con una edad media de 32,2 años. El 77,1% de los episodios acaba con alta médica y el 13,5% con ingreso hospitalario. La edad media es más baja que la encontrada para otras sustancias, aunque ha mostrado una clara tendencia ascendente (tabla 2.2.3).

Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el consumo de **cannabis y que no han consumido ni opiáceos ni cocaína** son, principalmente, agitación, agresividad e irritabilidad (38,6%), ansiedad (37,2%), alucinaciones o episodios psicóticos (17,8%), vómitos o náuseas (15,9%) o pérdida de conciencia, síncope o coma (10,2%) y, en menor medida, dolor abdominal (7,3%).

Los **opioides** se sitúan en tercer lugar (9,5%), en cuanto al peso que suponen dentro del total de urgencias relacionadas con el consumo de drogas. Desde el inicio de la serie histórica se han diferenciado las urgencias relacionadas con la heroína (4,9%) de las urgencias relacionadas con otros opioides (5,6%) en los que se detectan principalmente metadona, fentanilo, tramadol y morfina. En el 2017, por primera vez en la evolución histórica del indicador, el peso de otros opioides superó al peso de la heroína en las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias, hecho que se mantiene en 2022 (figura 2.2.2).

Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el consumo de **opioides y no han consumido cocaína**, son principalmente ansiedad (38,3%), agitación, agresividad o irritabilidad (26,1%), pérdida de conciencia, síncope o coma (25,5%), vómitos o náuseas (11,2%) y, en menor medida, dolor abdominal (6,4%) o alucinaciones.

Las urgencias relacionadas con **heroína** muestran una clara tendencia descendente desde 1996, con algunas variaciones interanuales, registrando en 2022 el valor más bajo de la serie histórica. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de heroína es el de un hombre (77,7%) con una edad media de 41,4 años, cifra estabilizada en los últimos años, pero siendo la edad más elevada de la serie histórica. En el 75,1% la urgencia finaliza con el alta médica y en el 13% de los episodios en ingreso hospitalario (tabla 2.2.3).

Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el consumo de **heroína y no han consumido otros**

opioides ni cocaína, son principalmente ansiedad (40,6%), agitación, agresividad o irritabilidad (28,1%), pérdida de conciencia, hipotensión (14,1%), síncope o coma (12,5%) y, en menor medida, vómitos o náuseas (6,3%) y dolor abdominal (6,3%).

Por otro lado, podemos analizar el perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de **otros opioides distintos de la heroína**, en el que se observa una mayor presencia de mujeres (32,2%) y personas un poco más mayores (42,5 años). En cuanto a la resolución de la urgencia, el 72,6% finaliza con el alta médica y el 15,9% de los episodios en ingreso hospitalario (tabla 2.2.3).

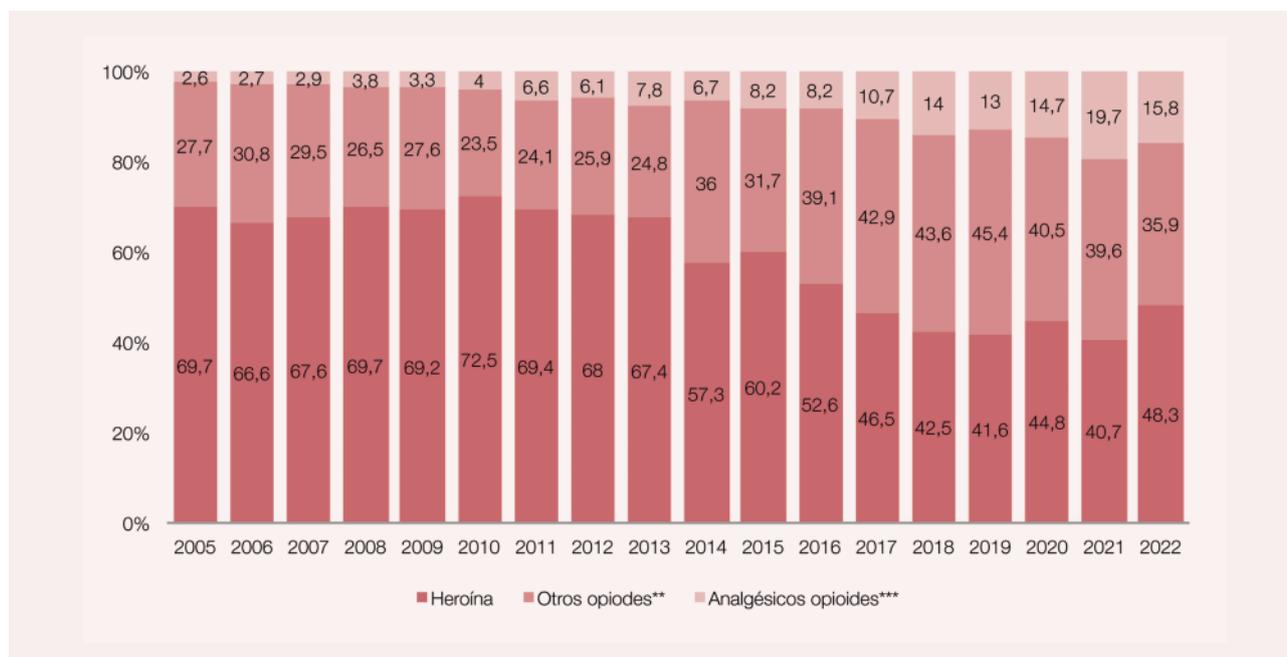
Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el consumo de **otros opioides distintos de la heroína y que no han consumido cocaína**, son principalmente ansiedad (36,4%), pérdida de conciencia, síncope o coma (33,1%), agitación, agresividad e irritabilidad (24,6%) y, en menor medida, vómitos o náuseas (14,4%).

Tras el aumento del consumo de **analgésicos opioides** en EEUU y en algunos países de Europa, se monitorizó de manera retrospectiva desde 2005, la presencia de analgésicos opioides en urgencias. Los datos muestran que estas sustancias tienen una baja frecuencia de aparición en urgencias; sin embargo, se observó cierta tendencia ascendente hasta el 2021, pasando de 50 episodios en 2005 a 140 en 2021. Sin embargo, en 2022, se observa un cambio de tendencia, registrando 100 episodios en los que se notifican analgésicos opioides, principalmente tramadol (37 episodios) y fentanilo (12 episodios).

El análisis evolutivo de los episodios de urgencias relacionados con opioides muestra un claro descenso del peso de la heroína como opioide responsable de la urgencia hospitalaria y un progresivo aumento de otros opioides, consolidándose, en los últimos años, la presencia de analgésicos opioides (figura 2.2.2).

Figura 2.2.2.

Proporción de urgencias por tipo de opiáceo notificado en el total de urgencias relacionadas con opiáceos. España*, 2005-2022.



* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

** Otros opioides: opioides distintos de la heroína y de los analgésicos opioides. Incluye: metadona, opio y otros opioides sin especificar.

*** Analgésicos opioides: incluye morfina, fentanilos, petidina, tramadol, buprenorfina, codeína, dextrometorfano, hidromorfona, oxycodona y tapentadol.

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

La siguiente sustancia más detectada en las urgencias son las **anfetaminas**, que en 2022 estaban presentes en el 7,7% de las urgencias relacionadas con drogas. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de anfetaminas es el de un hombre (72,4%), con una edad media de 34,3 años. Los episodios de las urgencias se resuelven mayoritariamente con el alta médica (72,8%) y en 2022, un 16,3% de los episodios finalizó con el ingreso hospitalario (tabla 2.2.3).

Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el consumo de **anfetaminas y no han consumido cocaína ni opioides** son principalmente agitación, agresividad e irritabilidad (40,4%), ansiedad (33,9%), alucinaciones o episodios psicóticos (26,1%), coma, pérdida de conciencia (15,6%) o palpitaciones, arritmias o taquicardias (12,8%).

El resto de sustancias que se relacionan con las urgencias, **MDMA y derivados, alucinógenos e inhalables volátiles**, tienen una baja presencia en el total de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. Son sustancias que han presentado altibajos a lo largo de la serie histórica, pero que por el bajo número de casos en las que se detectan y que habitualmente aparecen con otras sustancias, no permiten establecer perfiles de consumidores. Como se observa en la tabla 2.2.4, el MDMA se detectó en 2022 en el 3,8% de las urgencias, los alucinógenos en el 1,4% y los inhalables volátiles en el 0,5%.

El protocolo del Registro del Indicador de Urgencias Hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas incluye la detección de **nuevas sustancias psicoactivas** (NSP). En 2022, en la muestra recogida de urgencias, se detectaron 19 episodios relacionados con la mefedrona (2 episodios en 2017, 16 en 2018, 9 en 2019, 16 en 2020 y 8 en 2021), 5 episodios de urgencias hospitalarias por consumo de spice y 2 episodios de nexus, no detectándose ningún otro episodio de urgencias hospitalarias relacionados con ninguna otra nueva sustancia psicoactiva. La detección de NSP presenta dificultades de detección y clasificación y, por ello, debe tomarse esta información con cautela. Debido a las características de las urgencias relacionadas con este tipo de sustancias y a que en muchas ocasiones los usuarios no saben exactamente lo que han consumido, el registro de estas nuevas sustancias psicoactivas es complicado con este indicador. Por ello, actualmente el seguimiento de las nuevas sustancias psicoactivas en España se realiza a través del Sistema Español de Alerta Temprana (ver capítulo 3 de este informe).

Por lo que respecta a los episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo de alcohol, debe tenerse en cuenta que, históricamente, este indicador sólo recogía información en el caso de que el alcohol apareciera junto con otra sustancia, por lo que las cifras registradas para los episodios relacionados con el consumo de alcohol representaban sólo datos parciales del impacto de su consumo en los servicios de urgencias. Siguiendo este criterio, el alcohol está presente, junto con otras sustancias psicoactivas, en el 43,4% de las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, valor que muestra una estabilización en los últimos años.

Otra información relevante que nos da este indicador, son las **vías de administración** de las sustancias consumidas. En la figura 2.2.3 y la tabla 2.2.5 se muestran los datos según la vía de administración. Hay que tener en cuenta que existe una proporción considerable de valores desconocidos, por lo que los resultados deben valorarse con cautela.

En 2022, en las urgencias relacionadas con la heroína, la vía de administración predominante fue la pulmonar o fumada (55,4%), seguida de la parenteral o inyectada (28,2%). Evolutivamente se detecta un cambio en las vías de administración de esta sustancia, disminuyendo considerablemente la vía parenteral o inyectada, estabilizándose la vía pulmonar o fumada y aumentando las vías intranasal o esnifada y oral.

A pesar de la disminución de la vía inyectada, el peso de esta vía es mucho mayor entre los consumidores de heroína que acuden a urgencias que entre las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de esta droga, entre las que hay un mayor predominio de la vía pulmonar. Ello pone de manifiesto el mayor riesgo de algunos problemas agudos (sobredosis e infecciones entre otros) entre los inyectores, que motivan la necesidad de acudir a los servicios de urgencias de los centros hospitalarios.

En las urgencias relacionadas con la cocaína, la vía predominante fue la vía intranasal o esnifada (82,9%) seguida de la pulmonar o fumada (12,2%). Evolutivamente se detecta una disminución considerable de la vía inyectada, que ha pasado de un 23,1% en 2012 a un 2,9% en 2022 (tabla 2.2.5).

Tabla 2.2.5.

Evolución vía de administración (número y porcentaje) de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de drogas, según tipo de droga. España*, 2012-2022.

Drogas y vía de administración		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
HEROÍNA	Oral	0,8	0,2	1,5	1,5	2,2	2,7	9,0	5,3	9,6	8,0	7,4
	Pulmonar o fumada	25,4	30,6	25,7	26,0	50,0	61,0	50,7	57,3	54,2	59,3	55,4
	Intranasal o esnifada	8,9	9,5	5,2	5,3	6,7	5,1	11,9	13,6	8,5	9,9	8,4
	Parenteral o inyectada	64,9	59,6	67,7	68,5	41,1	30,7	27,9	23,8	27,7	21,6	28,2
	Otra vía	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	1,2	0,5
OTROS OPIODES	Oral	96,8	98,7	89,3	85,0	91,3	95,1	95,9	95,0	92,1	93,0	93,4
	Pulmonar o fumada	0,8	0,4	1,8	3,2	1,7	1,4	0,8	1,5	4,4	1,7	1,7
	Intranasal o esnifada	1,0	0,1	0,0	2,4	0,4	0,0	0,6	0,5	0,3	0,8	0,7
	Parenteral o inyectada	0,8	0,5	7,7	7,3	6,1	1,6	1,1	1,5	2,2	3,1	2,6
	Otra vía	0,6	0,2	1,2	2,0	0,4	1,9	1,6	1,5	1,0	1,4	1,7
COCAÍNA	Oral	1,0	0,5	2,3	2,0	3,3	2,5	1,6	2,1	5,0	1,7	2,0
	Pulmonar o fumada	18,2	18,5	10,4	18,4	17,9	11,1	11,8	14,1	13,4	9,8	12,2
	Intranasal o esnifada	57,5	61,2	72,7	71,6	73,5	85,6	85,1	81,9	78,5	85,4	82,9
	Parenteral o inyectada	23,1	19,6	14,4	10,0	8,6	3,3	1,5	1,7	2,5	3,2	2,9
	Otra vía	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,7	0,0	0,0
ANFETAMINAS	Oral	78,0	69,9	71,9	68,2	65,9	72,3	75,0	73,2	73,5	70,5	74,4
	Pulmonar o fumada	5,9	10,6	4,5	7,1	4,8	9,9	2,4	3,0	2,4	4,4	3,9
	Intranasal o esnifada	16,1	18,7	21,9	24,7	27,8	17,7	22,6	23,4	23,5	23,5	18,9
	Parenteral o inyectada	0,0	0,4	1,7	0,0	1,6	0,0	0,0	0,4	0,6	1,6	2,8
	Otra vía	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA	Oral	97,4	98,6	95,3	92,1	98,1	100,0	96,2	96,2	93,7	88,9	93,9
	Pulmonar o fumada	1,1	0,0	1,6	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	5,1	1,8
	Intranasal o esnifada	1,6	0,0	2,4	4,8	1,9	0,0	3,8	3,8	3,8	6,1	4,4
	Parenteral o inyectada	0,0	0,7	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Otra vía	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HIPNOSEDANTES	Oral	99,3	99,5	98,8	99,3	99,5	98,5	99,1	99,1	99,5	99,3	99,7
	Pulmonar o fumada	0,2	0,2	0,8	0,2	0,3	0,7	0,6	0,6	0,2	0,4	0,1
	Intranasal o esnifada	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2
	Parenteral o inyectada	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,0	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0
	Otra vía	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CANNABIS	Oral	2,4	2,2	5,3	4,3	5,1	1,8	4,8	4,8	5,9	3,8	3,8
	Pulmonar o fumada	97,3	97,3	93,5	95,5	94,8	98,1	94,8	94,8	93,7	95,3	95,8
	Intranasal o esnifada	0,3	0,4	0,7	0,2	0,1	0,0	0,2	0,2	0,3	0,8	0,4
	Parenteral o inyectada	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Otra vía	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0
ALUCINÓGENOS	Oral	73,3	54,8	37,1	76,1	82,8	77,8	86,6	86,6	96,0	75,7	80,6
	Pulmonar o fumada	2,7	11,3	2,2	13,0	3,4	0,0	6,7	6,7	4,0	0,0	2,8
	Intranasal o esnifada	14,7	17,7	16,9	2,2	13,8	22,2	6,7	6,7	0,0	13,5	16,7
	Parenteral o inyectada	6,7	16,1	43,8	8,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,8	0,0
	Otra vía	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

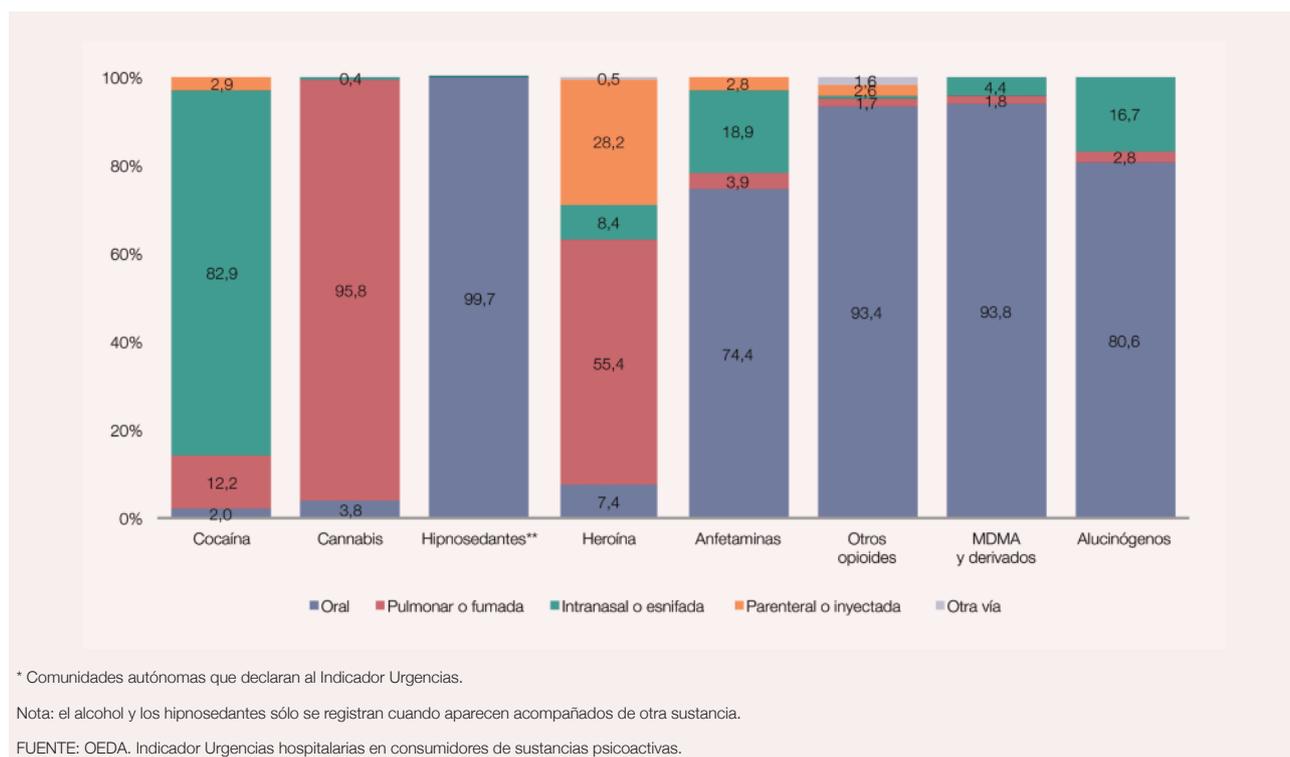
Nota: el alcohol y los hipnosedantes sólo se registran cuando aparecen acompañados de otra sustancia.

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

Para el resto de las sustancias psicoactivas, los datos sobre la vía de administración concuerdan con lo ya conocido a partir de otras fuentes. En el caso del MDMA, los alucinógenos y las anfetaminas, la vía de administración es mayoritariamente oral. El consumo de opioides diferentes de la heroína se produce también, generalmente, por vía oral. El cannabis se utiliza, predominantemente, por vía pulmonar o fumada (95,8%) pero evolutivamente se mantiene una pequeña proporción de vía oral (3,8%).

Figura 2.2.3.

Vía de administración de las drogas relacionadas con urgencias hospitalarias. España*, 2022.



Nuevo protocolo

Añadiendo las urgencias por alcohol e hipnosedantes como sustancias únicas, en 2022 se notificaron al indicador 12.924 episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga³ (tabla 2.2.6).

De los 12.924 episodios de urgencias relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas, las sustancias que más presencia tienen son el alcohol, que se relacionó con el 58,2% los episodios de urgencia, los hipnosedantes (29,0%) y el cannabis y la cocaína, que se relacionan con el 22,9% de los episodios analizados.

La proporción de mujeres aumenta al 37,1% y la edad media se sitúa en los 36,9 años, edad media más elevada que la detectada cuando se excluyen los episodios de alcohol e hipnosedantes como sustancias únicas y que confirma que los episodios de urgencias por estas dos sustancias se dan en personas de mayor edad (tabla 2.2.7)

3. Acorde al protocolo de este indicador, esta cifra corresponde a los episodios encontrados en la revisión de las urgencias acontecidas durante una semana seleccionada de manera aleatoria para cada mes del año en los hospitales seleccionados por las CCAA que han participado en la recogida de datos en 2022.

Tabla 2.2.6.

Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas (incluyendo alcohol e hipnosedantes como sustancias únicas). España*, 2020-2022.

	2020	2021	2022
NÚMERO DE EPISODIOS	9.239	12.476	12.924
EDAD MEDIA (años)	38,2	36,8	36,9
SEXO (%)			
Mujeres	34,8	36,8	37,1
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS RELACIONADAS (%)			
Heroína	3,3%	2,4%	2,4%
Otros opiodes	4,4%	3,9%	2,8%
Cocaína	20,0%	19,3%	22,9%
Anfetaminas	2,9%	3,5%	3,8%
MDMA y derivados	1,3%	1,3%	1,9%
Hipnosedantes	33,6%	33,5%	29,0%
Cannabis	22,5%	21,3%	22,9%
Alucinógenos	0,4%	0,6%	0,7%
Inhalables volátiles	0,2%	0,1%	0,2%
Alcohol	54,0%	55,5%	58,2%
RESOLUCIÓN URGENCIA (%)			
Alta médica	73,1%	75,6%	79,2%
Alta voluntaria	8,5%	8,7%	7,1%
Ingreso hospitalario	14,8%	12,1%	10,8%
Muerte en urgencias	0,1%	0,0%	0,0%
Traslado a otro centro	3,5%	3,6%	2,9%

* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

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

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

Tabla 2.2.7.

Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. Total, según sexo y según droga. España*, 2022.

	Total	Según sexo		Según droga									
		Hombres	Mujeres	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Hipnosedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y der.	Alucinógenos	I. volátiles
Número de episodios	12.924	8.115	4.801	2.857	7.265	2.862	3.621	305	475	347	238	85	30
Edad media (años)	36,9	38,3	34,4	38,0	38,0	32,2	37,4	41,4	34,3	42,5	29,8	30,8	30,9
Sexo (%) mujeres	37,2			24,2	31,8	25,6	55,9	22,3	27,6	32,2	28,7	23,5	33,3
Resolución de la urgencia (%)													
Alta médica	79,2	78,1	81,1	77,9	80,7	77,1	77,4	75,1	72,8	72,6	82,8	78,8	76,7
Alta voluntaria	7,1	8,0	5,6	7,4	8,4	5,6	5,5	8,6	5,3	9,1	5,6	5,9	0,0
Ingreso hospitalario	10,8	11,1	10,1	10,9	8,8	13,5	13,3	13,0	16,3	15,9	7,8	11,8	10,0
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	2,9	2,8	3,1	3,7	2,1	3,8	3,8	3,3	5,5	2,4	3,9	3,5	13,3

* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

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

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

El perfil de los que acuden al hospital por una urgencia relacionada con el consumo de **alcohol** es el de un hombre (68,2%) con una edad media de 38,0 años. El 80,7% de los episodios acaba con alta médica, el 8,8% con ingreso hospitalario y el 8,4% con alta voluntaria.

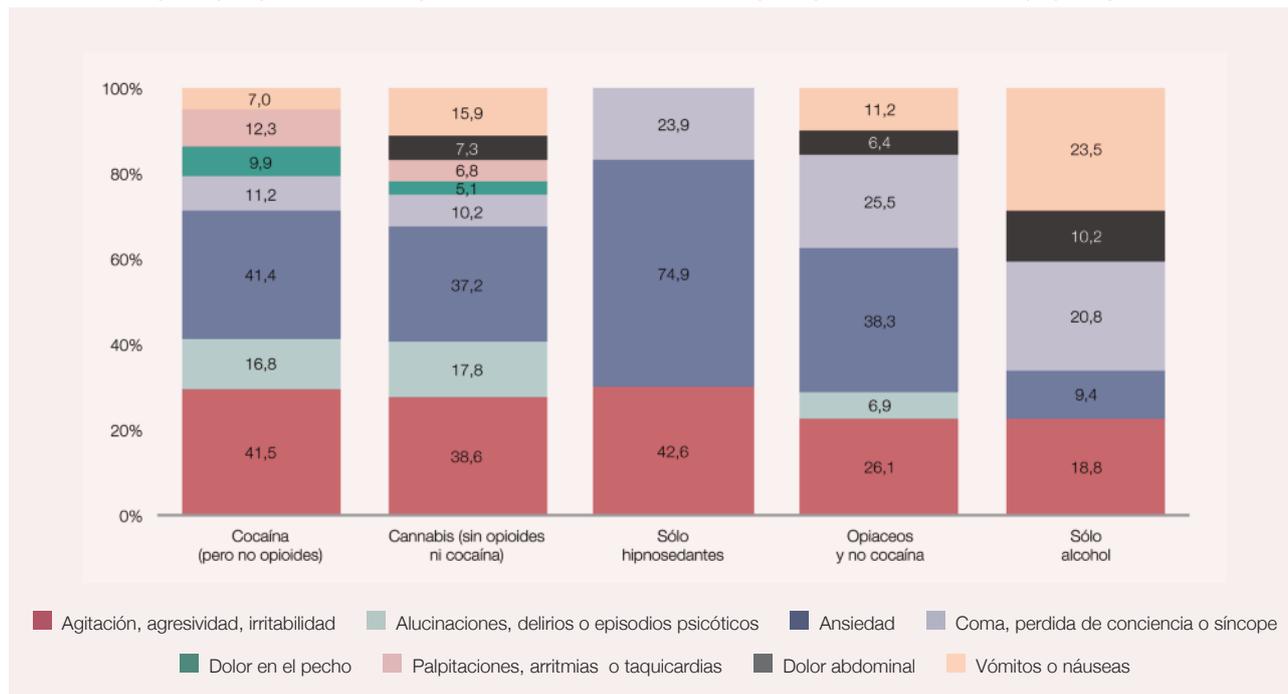
Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el **consumo de alcohol únicamente** son principalmente vómitos o náuseas (23,5%), pérdida de conciencia, síncope o coma (20,8%), agitación, agresividad e irritabilidad (18,8%), dolor abdominal (10,2%) y, en menor medida, ansiedad (9,4%),

El perfil de los que acuden al hospital por una urgencia relacionada con el **consumo de hipnosedantes** es el de una mujer (55,9%) con una edad media de 37,4 años. El 77,4% de los episodios acaba con alta médica y el 13,3% con ingreso hospitalario.

Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el **consumo de hipnosedantes únicamente**, son principalmente ansiedad (74,9%), o agitación, agresividad e irritabilidad (42,6%) y, en menor medida, pérdida de conciencia, síncope o coma (23,9%) (figura 2.2.4).

Figura 2.2.4.

Sintomatología* que provoca la urgencia en función de las drogas que se relacionan (%). España** 2022.



* Se presentan los síntomas que aparecen al menos en un 5% de las urgencias.

** Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

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

Al recoger las urgencias por hipnosedantes y alcohol como sustancias únicas, entre los hombres la sustancia que más urgencias genera es el alcohol (62,8%) a mucha distancia del resto de sustancias, seguida de la cocaína (27,4%), mientras que, entre las mujeres, las sustancias que más urgencias generan son el alcohol (50,3%) y los hipnosedantes (44,0%) (tabla 2.2.8).

Con el nuevo protocolo, se ha recogido información sobre la **patología dual** de las personas que acuden a urgencias, así como el tipo de consumo realizado. En el 51,4% del total de urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, la persona presenta una patología psiquiátrica previa, siendo las principales patologías, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad y abuso o dependencia a alguna de las sustancias. La presencia de patología psiquiátrica previa varía en función de la sustancia que genera el episodio de urgencias, siendo más habitual entre los usuarios que acuden por una urgencia relacionada con la heroína (65%), por consumo de hipnosedantes (56,7%) o de cocaína (54,7%) (figura 2.2.5).

Respecto al **tipo de consumo referido**, los datos muestran que en todas las sustancias, excepto en los hipnosedantes, las urgencias se dan en consumidores habituales, variando el porcentaje de consumidores ocasionales en función de las sustancias. El consumo ocasional es más elevado en el caso de las anfetaminas, el MDMA, los alucinógenos y el alcohol, mientras que es menos habitual entre los que acuden a urgencias por cocaína, cannabis, hipnosedantes y opiáceos.

En el caso de los hipnosedantes, más de la mitad de las urgencias por consumo de hipnosedantes derivan de una **intención autolítica**, siendo en 2022 el 58,4% de los episodios ocasionados por el consumo de estas sustancias (tabla 2.2.9 y figura 2.2.6).

Tabla 2.2.8.

Porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según sexo. España*, 2022.

	Total	Hombres	Mujeres
Alcohol	58,2	62,8	50,3
Hipnosedantes	29,0	20,2	44,0
Cannabis	22,9	27,0	16,0
Cocaína	22,9	27,4	15,0
Otros opioides	2,8	3,0	2,5
Heroína	2,4	3,0	1,5
Anfetaminas	3,8	4,3	2,9
MDMA y derivados	1,9	2,1	1,5
Alucinógenos	0,7	0,8	0,4
Inhalables volátiles	0,2	0,3	0,2

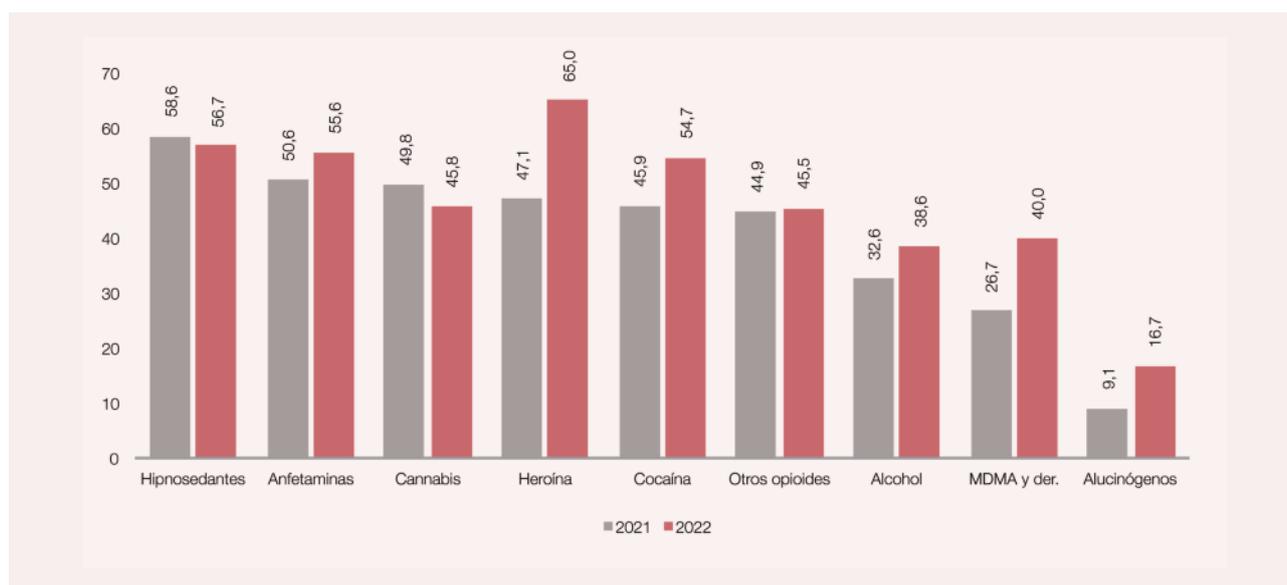
* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

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

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

Figura 2.2.5.

Prevalencia de patología dual en los episodios de urgencias en los que se detecta únicamente una sustancia, en función de la sustancia detectada (%). España, 2021-2022.



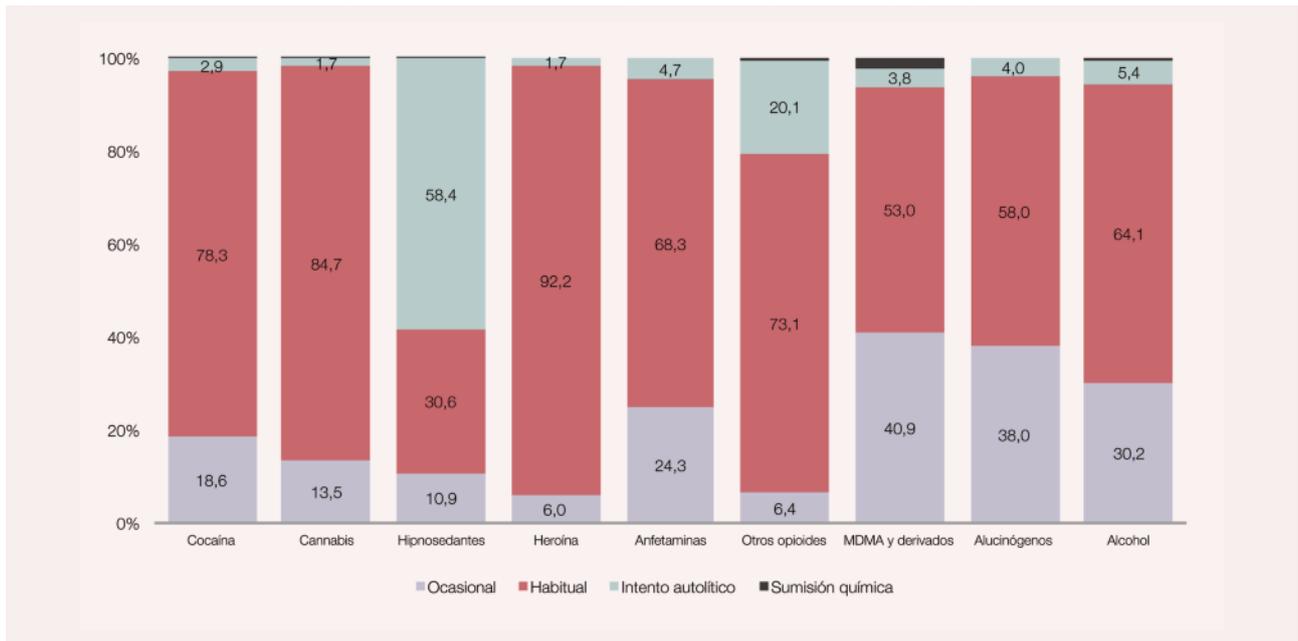
** Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

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

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

Figura 2.2.6.

Tipo de consumo de las drogas relacionadas con urgencias hospitalarias (%). España* 2022.



* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

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

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

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

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 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:

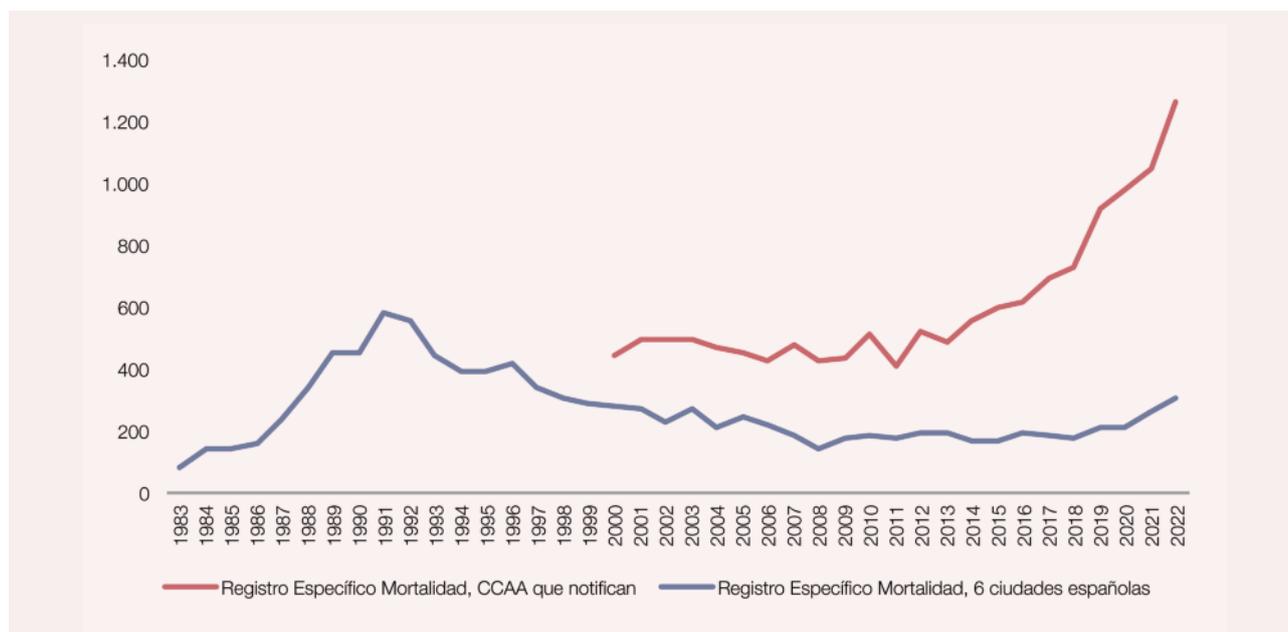
- Aumento de la cobertura nacional del indicador siendo en 2022 del 100%.
- Mejora en la notificación de las muertes por suicidios.
- Aumento del rango de edad que desde el año 2020 incluye todas las edades.

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 Especifico 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%).

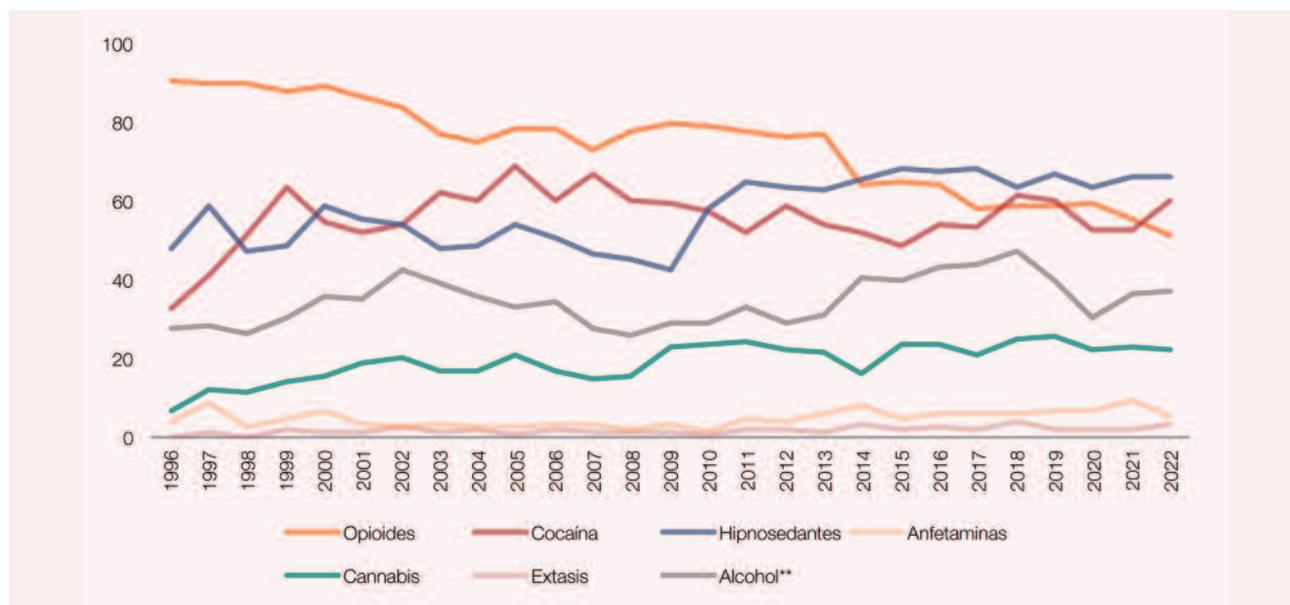
En el caso de las **mujeres**, el estado civil que presentan es más variable (el 32,6% son solteras, el 30,4% casadas, el 28,3% separadas/divorciadas y el 8,7% viudas), son más mayores que los hombres (54,0 años de media) y aunque, como en el caso de los hombres, se encuentran principalmente en el domicilio (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.

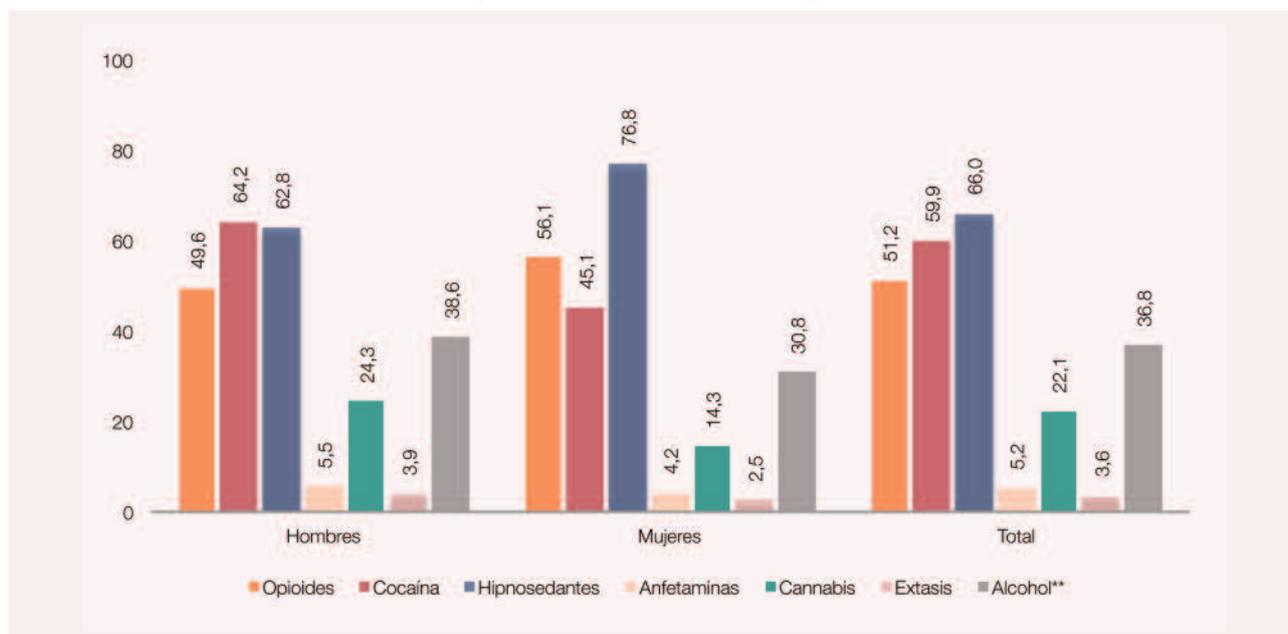
FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

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%.

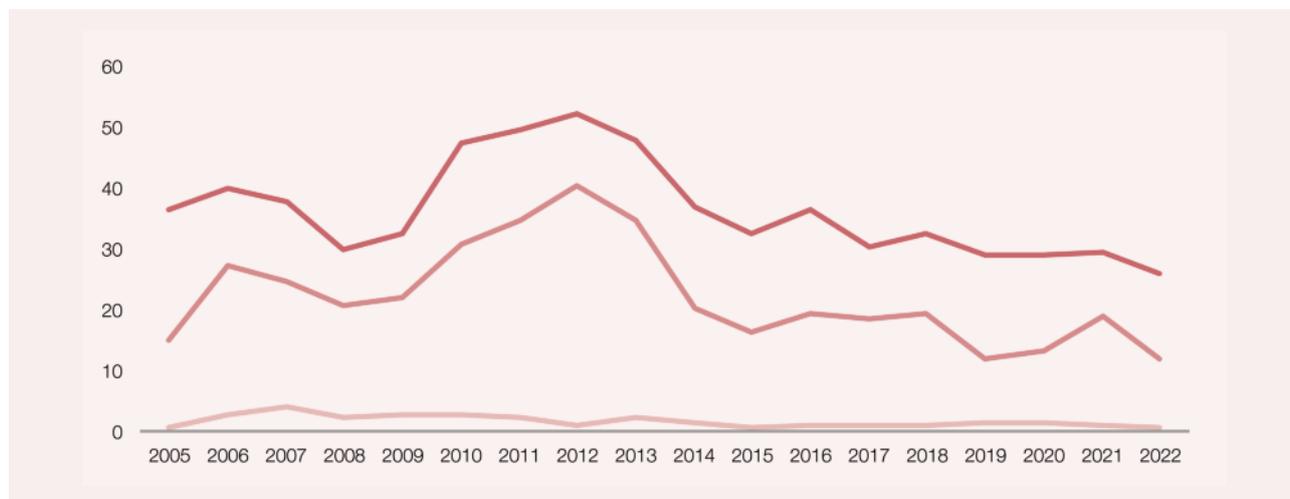
Evolutivamente, con respecto al total de fallecidos, la combinación de **opioides y cocaína**, entre ellas y con otras sustancias ha variado a lo largo de los años. En 2022, de las 1.037 defunciones con información toxicológica, 315 (30,4% de los casos), presentan la combinación de cocaína y opioides, 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 (sólo metadona, y metadona y no otro opiode, aunque haya otras sustancias). España*, 2005-2022.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Sólo metadona	0,6	2,8	4,2	2,4	2,6	2,7	2,2	1,1	2,1	1,5	0,6	1,0	0,9	0,8	1,3	1,6	0,9	0,6
Metadona	36,5	39,8	37,5	30,0	32,4	47,4	49,7	52,2	47,8	36,9	32,4	36,3	30,2	32,4	28,8	28,8	29,3	25,8
Metadona y no otro opiode	15,1	27,4	24,4	20,6	21,9	30,7	34,6	40,2	34,8	20,0	16,4	19,2	18,4	19,2	11,7	13,3	18,7	11,8

* 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, opiodes, 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 opiodes 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

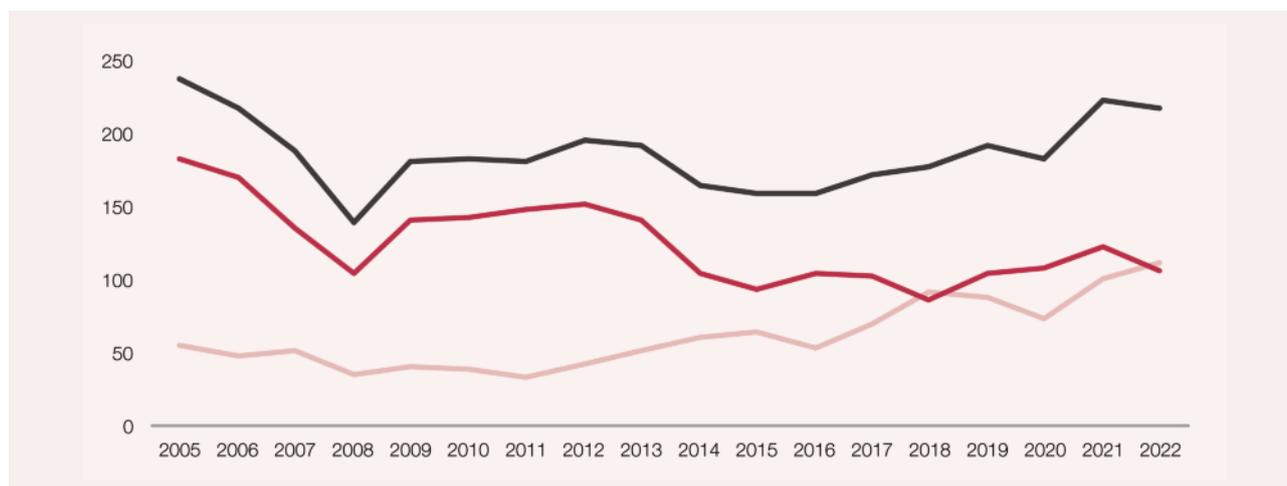
* Registro Específico de Mortalidad: 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al registro específico de mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla,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

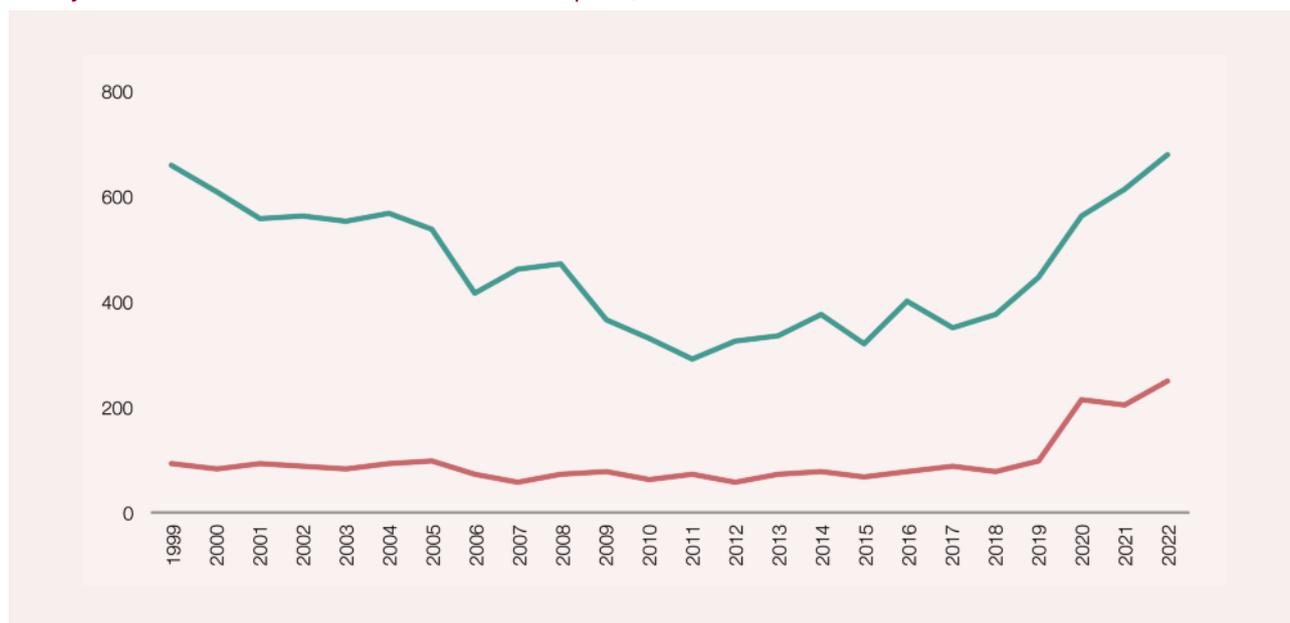
A lo largo del periodo 1999-2022, y al igual que se detectaba en el Registro Específico, se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica y que, en 2022, supone el 73,2% de las defunciones (figura 2.3.6).

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.



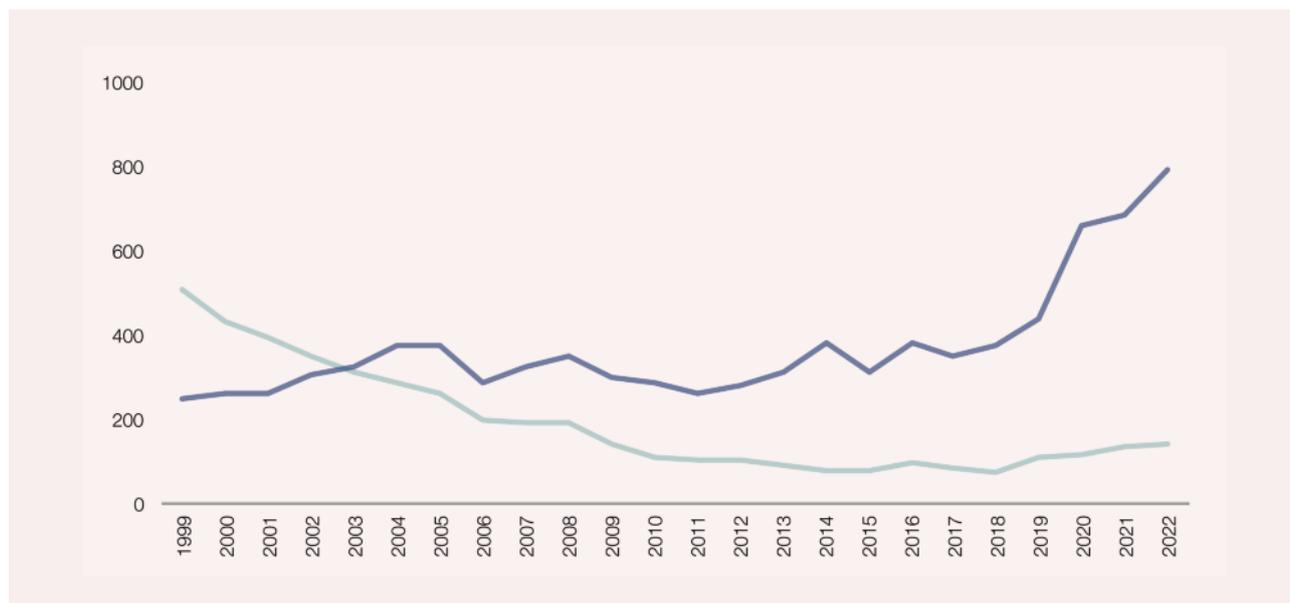
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hombres	657	610	558	564	552	568	539	417	462	470	366	330
Mujeres	95	81	92	88	81	91	97	72	57	70	76	63
Total	752	691	650	652	633	659	636	489	519	540	442	393
Estimación	972	1012	923	1079	900	796	1004	820	703	773	739	706
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hombres	291	324	333	376	321	403	348	374	447	561	615	680
Mujeres	70	59	70	79	69	80	89	76	99	213	205	249
Total	361	383	403	455	390	483	437	450	546	774	820	929
Estimación	736	707	727	767	936	866	782	777	1015	978	1.046	1.266

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.



	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<35 años	505	429	391	349	310	285	262	200	192	193	141	108
≥35 años	247	262	259	303	323	374	374	289	327	347	301	285
Total	752	691	650	652	633	659	636	489	519	540	442	752
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<35 años	101	104	93	76	80	99	87	74	111	115	135	140
≥35 años	260	279	310	379	310	384	350	376	435	659	685	789
Total	361	383	403	455	390	483	437	450	546	774	820	929

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.

$$\begin{array}{l}
 \text{Coeficiente de subregistro} = \frac{\text{Defunciones Registro ESPECÍFICO de Mortalidad}}{\text{Defunciones Registro GENERAL de Mortalidad}} \\
 \text{Defunciones Registro ESPECÍFICO de Mortalidad} \\
 \text{(ciudades/provincias con información en ambos registros)} \\
 \text{Defunciones Registro GENERAL de Mortalidad} \\
 \text{(ciudades/provincias con información en ambos registros)} \\
 \\
 \text{Estimación defunciones} = \text{Defunciones Registro GENERAL (todas)} \times \text{Coeficiente de subregistro}
 \end{array}$$

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 puntales. 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 Especifico 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 Especifico de Mortalidad del OEDA y datos del Registro General de Mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística).

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

En la tabla 2.3.8 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	2017	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.

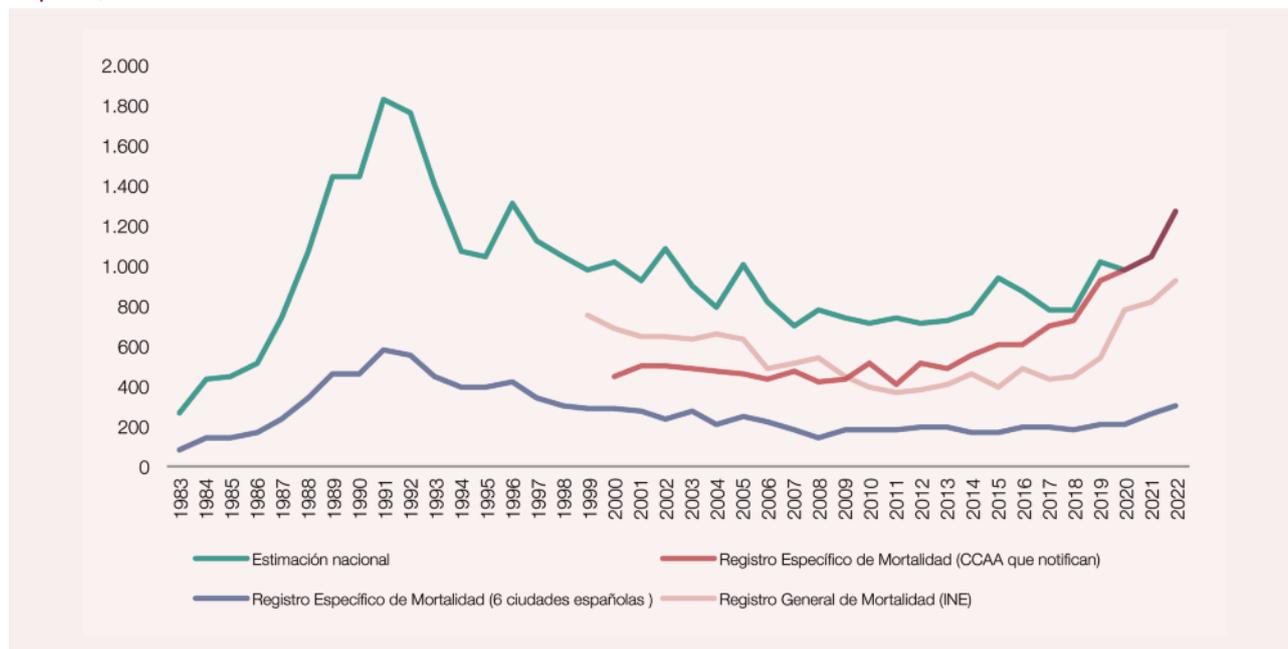
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas): Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla,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

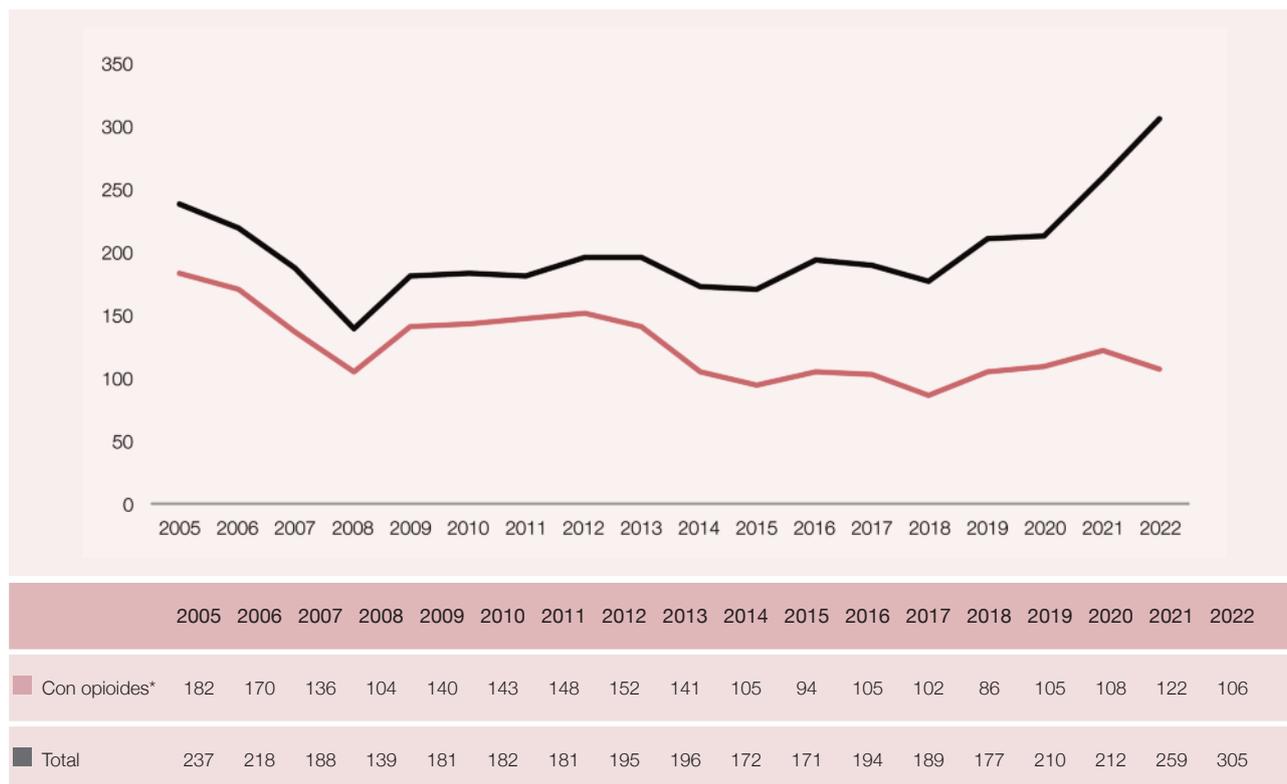
Vigilancia del impacto de cambios en el mercado de drogas opioides en la mortalidad

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.

2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2022

Introducción

En los últimos 30 años, el sida y la infección por VIH han representado uno de los principales problemas de salud asociados con el uso de drogas en España. Sin embargo, desde finales de la década de los noventa, se ha observado un descenso importante de la infección por VIH asociada a usuarios de drogas por vía parenteral. Este descenso puede estar relacionado con varios factores entre los que cabe destacar la elevada disponibilidad de tratamientos de mantenimiento con metadona y/o buprenorfina, programas de intercambio de jeringuillas y material de inyección, y el descenso del uso de la vía inyectada para el consumo de heroína. En España, en 2022 se atribuyen a usuarios de drogas inyectadas el 1,9% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH y el 4,8% de los casos de sida¹.

En la actualidad, es preciso tener, además, muy presentes las infecciones por virus de la hepatitis, especialmente el virus de la hepatitis C (VHC) y de la hepatitis B (VHB) que, por sus características clínicas y evolutivas, han pasado más desapercibidas que la infección por VIH y que constituyen una cuestión fundamental entre los usuarios de drogas y, en especial, entre aquellos que utilizan o han utilizado la vía inyectada.

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) recoge información, a través del Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, sobre VIH desde 1996 y sobre hepatitis C y B desde 2014.

Metodología

En este apartado se presentan, en primer lugar, algunos datos generales sobre la situación del VIH/sida provenientes del Plan Nacional sobre el Sida¹.

Posteriormente se detalla información sobre las infecciones en personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas utilizando como fuente de información el Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Este indicador recopila información sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una comunidad/ciudad autónoma y en un año dado.

Durante los últimos años, desde el OEDA, se ha venido realizando un importante esfuerzo con el fin de mejorar la recogida relacionada con las enfermedades infecciosas (VIH/sida y hepatitis B/C) en usuarios de drogas, especialmente en el caso de las hepatitis.

Para obtener esta información, en 2014 se actualizó el protocolo del Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, adaptándose a la nueva versión del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

1. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2023: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2023.

(EMCDDA)², que el 2 de julio de 2024 pasará a ser la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas – EUDA (en adelante toda referencia en este capítulo al EMCDDA será sustituida por EUDA). Desde entonces se ha trabajado en la implementación en los centros y se ha dado asistencia técnica a las diferentes comunidades/ciudades autónomas. Sin embargo, actualmente siguen llegando muchos casos con valores desconocidos por lo que los datos obtenidos deben interpretarse con cautela.

Información más detallada sobre el Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas puede consultarse en el capítulo 2.1 del presente informe y en informes previos del OEDA. El protocolo y la hoja de notificación están disponibles en la página web del Plan Nacional sobre Drogas³.

Resultados

Notificación nacional sobre infección VIH y sida

Nuevos diagnósticos de VIH

En 2022 se diagnosticaron en España 2.956 nuevos casos de VIH. La tasa estimada de nuevos diagnósticos tras ajuste por retraso de notificación es 7,71 por 100.000 habitantes. Las mujeres suponen el 14,3% de los nuevos diagnósticos de VIH y las tasas correspondientes para hombres y mujeres fueron 10,9 y 1,7/100.000 respectivamente. La mediana de edad al diagnóstico de VIH fue de 36 años, siendo más jóvenes los hombres (36 años) que las mujeres (39 años) (tabla 2.4.1).

Tabla 2.4.1.

Distribución de nuevos diagnósticos de infección por VIH por año de diagnóstico y sexo (2009-2022). Datos no corregidos por retraso en la notificación.

Año de diagnóstico	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
2009	3.058	80,2	755	19,8
2010	3.236	82,2	700	17,8
2011	3.057	82,6	643	17,4
2012	3.062	84,7	551	15,3
2013	3.036	86,3	483	13,7
2014	2.951	85,0	522	15,0
2015	2.797	86,3	444	13,7
2016	2.693	84,8	481	15,2
2017	2.546	85,8	423	14,2
2018	1.972	85,7	328	14,3
2019*	1.485	86,2	238	13,8
2020**	1.622	84,3	303	15,7
2021	2.398	86,1	388	13,9
2022	2.535	85,7	421	14,3
Total	36.448	84,2	6.680	15,8

* 13 CCAA: Todas excepto Andalucía, Comunidad Valenciana, Asturias, Cantabria, Ceuta y Melilla.

** 18 CCAA: Todas excepto Melilla.

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre Sida.

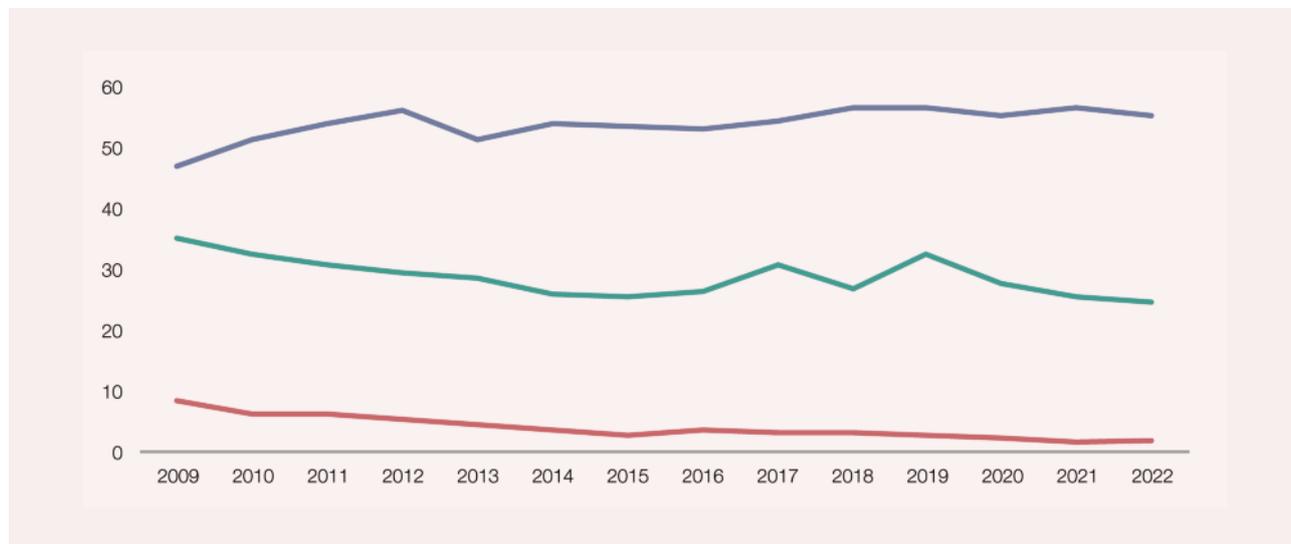
2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

En 2022, el 1,9% se infectaron como consecuencia del uso de drogas por vía parenteral⁴. En los últimos años, el uso de drogas inyectadas ha presentado un porcentaje bajo respecto a otros mecanismos de transmisión de la infección por VIH y su peso atribuible se mantiene relativamente estable (figura 2.4.1).

Figura 2.4.1.

Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH según categoría de transmisión. España, 2009-2022.



	PID	HSH	HETERO
2009	8,2	46,8	35,2
2010	6,3	51,2	32,3
2011	6,3	54,0	30,5
2012	5,2	55,9	29,5
2013	4,4	51,2	28,5
2014	3,4	53,9	26,0
2015	2,8	53,6	25,4
2016	3,6	53,1	26,5
2017	3,0	54,5	30,7
2018	3,2	56,4	26,7
2019	2,6	56,6	32,3
2020	2,4	55,2	27,5
2021	1,6	56,3	25,4
2022	1,9	55,0	24,5

PID: Personas que se inyectan drogas. HSH: Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres. Hetero: Relaciones heterosexuales de riesgo.

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

Desglosando el modo de transmisión según el sexo, entre los hombres, la transmisión en HSH (hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres) supone el 64,2% de los nuevos diagnósticos de VIH y la transmisión heterosexual el 16,4%. Entre las mujeres la transmisión heterosexual constituye la gran mayoría, con un 72,5% de los nuevos diagnósticos.

4. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2021: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2022.

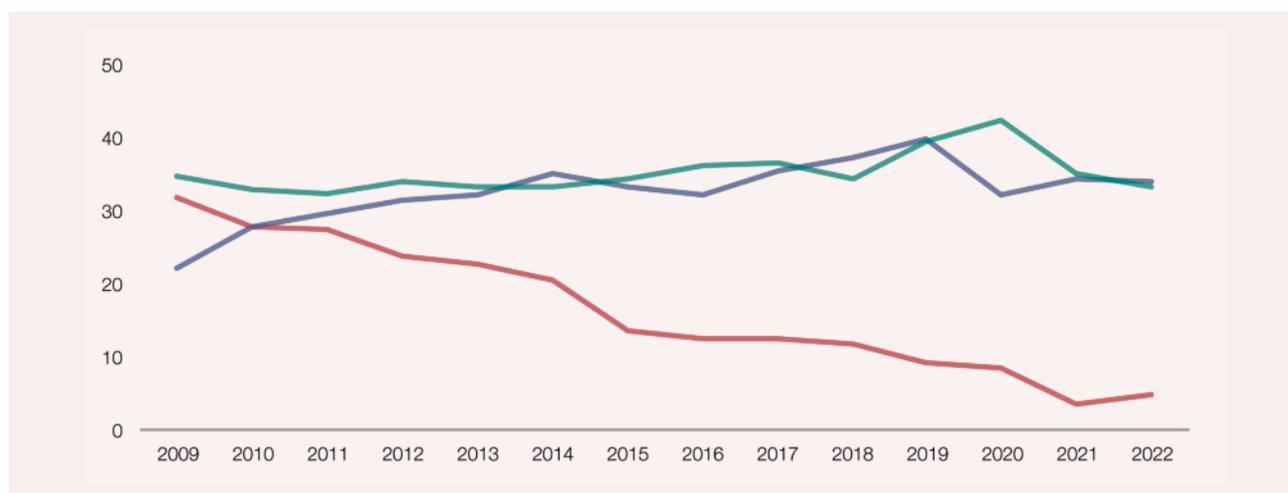
Casos de sida

Los datos de sida incluyen los datos aportados por los registros autonómicos de sida, desde el año 1981 hasta la actualidad, presentando desde su inicio cobertura nacional. Por razones técnicas, no ha sido posible incorporar a la base de datos nacional los datos de la Comunidad Valenciana desde el 2014.

Teniendo en cuenta esto, en 2022 se identificaron 331 nuevos casos de sida (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 0,8/100.000 habitantes). El 81,9% de los nuevos casos de sida fueron hombres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 45 años, siendo similar en hombres y mujeres. En cuanto al modo de transmisión, para la mayoría de los nuevos casos diagnosticados en 2022 la infección se contrajo por HSH (33,8%) o por relaciones heterosexuales de riesgo (33,2%). El porcentaje de personas diagnosticadas de sida en 2022 que contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas fue del 4,8%. La evolución temporal de la distribución de las diferentes vías de transmisión para los casos de sida diagnosticados entre 2009 y 2022 muestra un importante y continuado descenso de la proporción de casos contraídos por PID (personas que se inyectan drogas) y un aumento progresivo de la vía de transmisión sexual, siendo en 2022 similar el peso de la vía de HSH y la de relaciones heterosexuales de riesgo (figura 2.4.2).

Figura 2.4.2.

Porcentaje de nuevos casos de sida según categoría de transmisión. España, 2009-2022.



	PID	HSH	HETERO
2009	31,8	22,1	34,7
2010	27,7	27,9	32,9
2011	27,4	29,5	32,3
2012	23,9	31,4	33,9
2013	22,5	32,2	33,4
2014	20,5	34,9	33,3
2015	13,7	33,2	34,4
2016	12,6	32,0	36,2
2017	12,6	35,5	36,5
2018	11,6	37,1	34,5
2019	9,2	39,9	39,6
2020	8,4	32,0	42,4
2021	3,5	34,4	35,2
2022	4,8	33,8	33,2

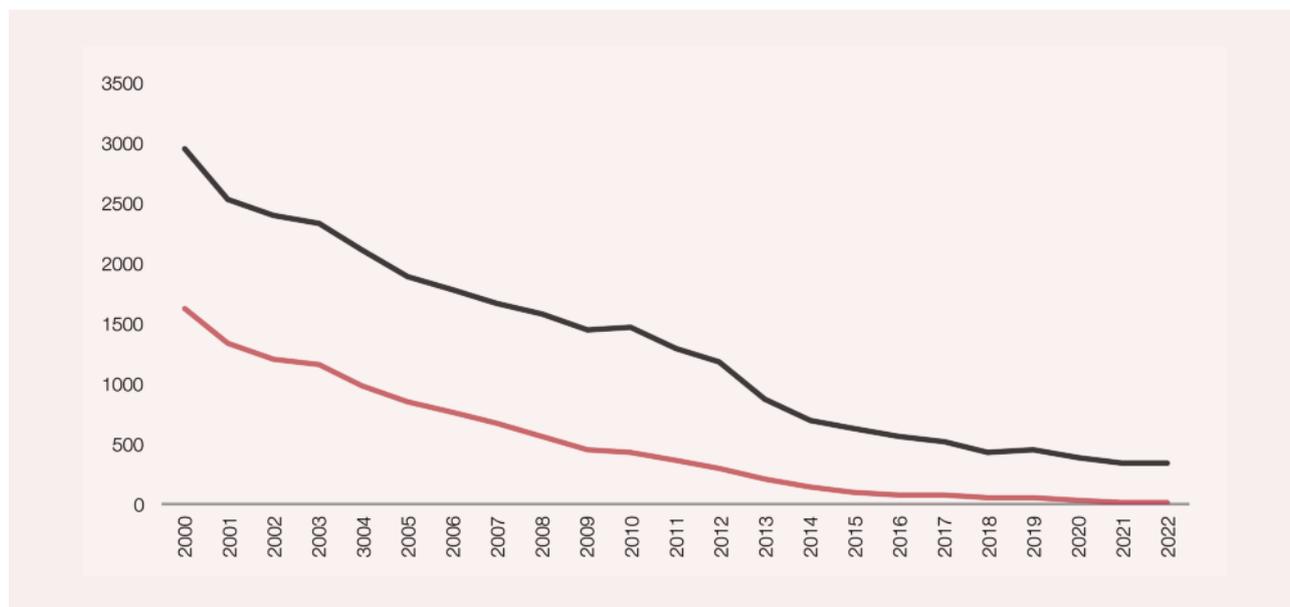
PID: Personas que se inyectan drogas. HSH: Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres. Hetero: Relaciones heterosexuales de riesgo.

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

En cuanto a la evolución temporal del número absoluto de nuevos casos de sida, se observa una tendencia descendente del número total de nuevos casos y la misma tendencia descendente de los casos atribuibles al uso inyectado de drogas (figura 2.4.3).

Figura 2.4.3.

Número de casos de sida en personas que se inyectan drogas y número de casos de sida total. España, 2000-2022. Datos corregidos por retraso en la notificación.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
■ Casos de sida en PID	1.621	1.340	1.209	1.164	983	852	763	676	554	459	432	
■ Casos totales	2.941	2.536	2.387	2.334	2.107	1.889	1.772	1.660	1.577	1.438	1.458	
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
■ Casos de sida en PID	367	301	197	143	91	70	63	46	42	30	12	16
■ Casos totales	1.298	1.178	861	691	619	556	526	418	450	392	340	331

PID: Personas que se inyectan drogas.

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

En 2022 se registraron 45.853 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco). Entre ellas, 18.328 corresponden a personas que ya habían recibido tratamiento previo y 24.897 fueron admisiones por primera vez. A continuación, se presentan los datos más relevantes de infecciones (VIH, hepatitis C y hepatitis B) en personas admitidas a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en 2022.

Respecto a la **infección por VIH**, el 3,0% del total de admitidos a tratamiento presentaban VIH positivo, valor más bajo de la serie histórica. Este porcentaje fue más elevado entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente (4,5%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (2,1%), y también más elevado entre los inyectores (22,5%) que entre los que no se habían inyectado nunca (1,2%) (figura 2.4.4 y tabla 2.4.2).

Figura 2.4.4.

Prevalencia de infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total, admitidos con tratamiento previo y admitidos sin tratamiento previo) (%). España, 2005-2022.



Prevalencia mínima: positivos entre el total (incluye casos positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocido).

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

Tabla 2.4.2.

Porcentaje de inyección y estado serológico para VIH, VHC y VHB para el total de los admitidos a tratamiento, en función del tratamiento previo y de ser o no inyector (números absolutos y %). España, 2022.

	Total	Tratamiento previo	Sin tratamiento previo	Inyectores*	No inyectores*
Número de casos	45.853	18.328	24.897	3.719	36.823
Inyección de drogas					
Alguna vez en la vida	9,2	16,0	4,1	100	0,0
Últimos 12 meses	3,1	4,6	1,9	33,5	0,0
Últimos 30 días	2,1	3,1	1,3	23,1	0,0
Estado serológico. Prevalencia mínima**					
Prevalencia VIH Mínima	3,0	4,5	2,1	22,5	1,2
Prevalencia Hepatitis C Mínima	3,9	7,5	1,5	33,4	1,1
Prevalencia Hepatitis B Mínima	0,3	0,5	0,2	1,7	0,2

* Inyectores: se han inyectado alguna vez en la vida. No inyectores: no se han inyectado nunca.

** Prevalencia mínima: positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocido).

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

Además, el porcentaje de personas con VIH positivo presenta diferencias considerables en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tabla 2.4.3).

En cuanto a la **infección por VHC**, en 2022 el 3,9% del total de admitidos a tratamiento presentaban VHC positivo, siendo más elevada la prevalencia entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente (7,5%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (1,5%). Se registran diferencias considerables entre inyectores y no inyectores (33,4% frente a 1,1%) y en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tabla 2.4.2 y tabla 2.4.3).

Respecto a la **infección por VHB**, la prevalencia de hepatitis B (considerada como HBsAg positivo-portador crónico) entre el total de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas es, como mínimo, del 0,3% en 2022. Se registran cifras más elevadas entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente que entre los tratados por primera vez (0,5% vs 0,2%), y también mayor porcentaje entre los inyectores que entre los no inyectores (1,7% vs 0,2%) (tabla 2.4.2). De nuevo, se observan grandes diferencias en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tabla 2.4.3).

Tabla 2.4.3.

Prevalencia de inyección y estado serológico para VIH, VHC y VHB en función de la sustancia que genera la admisión a tratamiento (%). España, 2022.

	Cocaína polvo	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Esti. sin cocaína*	Otros opioides	Metadona	Alucinógenos*	S. volátiles*
Inyección alguna vez en la vida	2,4	1,5	35,4	9,3	4,8	25,0	19,0	39,1	2,6	0,0
Inyección últimos 12 meses	0,8	0,2	10,3	1,9	1,7	20,8	7,4	5,5	2,6	0,0
Inyección últimos 30 días	0,6	0,1	7,3	0,9	0,9	14,6	5,9	3,0	0,9	0,0
Prevalencia máxima de VIH	3,4	3,3	15,8	6,5	9,9	38,4	10,5	22,4	11,1	0,0
Prevalencia máxima Hepatitis C	3,5	3,6	31,0	9,8	9,1	16,8	12,7	37,3	0,0	0,0
Prevalencia máxima Hepatitis B	1,0	1,3	2,6	1,0	2,4	1,8	0,8	5,0	0,0	0,0
Prevalencia mínima VIH	1,2	0,8	7,9	2,6	3,3	20,3	3,7	9,4	3,8	0,0
Prevalencia mínima Hepatitis C	1,1	0,8	15,2	3,7	2,9	7,6	4,4	15,9	0,0	0,0
Situación mínima Hepatitis B	0,2	0,2	0,8	0,2	0,6	0,5	0,2	1,4	0,0	0,0

* Debido al bajo número de casos notificados anualmente con información en las variables estudiadas, los datos en estas sustancias se muestran inestables.

Prevalencia mínima: positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocidos). En hepatitis B, portador crónico entre el total (incluye portador crónico, inmune, no inmune, pendiente de resultado y desconocidos).

Prevalencia máxima: positivos entre los casos con información (incluye positivos y negativos); en hepatitis B, portador crónico entre portador crónico más inmune, más no inmune.

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

Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan la vía inyectada

En 2022 fueron admitidas a tratamiento 3.719 personas que se habían inyectado alguna vez en la vida, de las que 1.247 lo habían hecho en los 12 meses anteriores a la admisión. La evolución histórica venía mostrando una disminución del número de admitidos a tratamiento que reconocían haberse inyectado alguna vez en la vida y en el último año previo a

la admisión, manteniéndose por debajo de los 5.000 casos desde el 2019 (tabla 2.4.4). En 2022 se observa un pequeño repunte en el número de inyectores, pero manteniéndose estable el porcentaje que suponen respecto al total de admisiones, pudiendo justificarse este aumento, por el incremento de admisiones a tratamiento, tras la brusca bajada derivada de la pandemia por COVID.

Tabla 2.4.4.

Prevalencia de infección y conocimiento de estado serológico sobre VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas que han utilizado la vía inyectada alguna vez en la vida o último año (número absolutos y %). España, 2005-2022.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total inyectores alguna vez en la vida (nº)	9.533	11.601	11.249	10.895	9.637	9.697	8.385	7.580	7.026	5.224	5.904	6.117	5.946	5.223	4.877	3.692	3.161	3.719
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	6.991	9.068	8.643	8.126	7.143	7.243	6.546	5.957	5.439	3.992	4.287	4.348	4.246	3.751	3.515	2.658	1.999	2.500
Prevalencia de infección por VIH (%)	36,1	36,4	34,5	32,5	32,3	33,6	33,0	33,1	30,6	30,9	31,5	31,1	30,8	30,3	28,4	32,2	32,0	33,4
Total inyectores último año previo a admisión (nº)	4.358	4.892	4.575	4.546	3.763	3.549	3.094	2.562	2.237	1.387	2.413	2.621	2.691	2.161	1.977	1.545	1.119	1.247
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	2.996	3.665	3.319	3.203	2.585	2.487	2.259	1.910	1.646	1.010	1.710	1.769	1.885	1.536	1.410	1.094	766	829
Prevalencia de infección por VIH (%)	32,7	33,4	30,8	27,6	26,9	30,2	28,7	28,4	24,4	26,0	33,7	34,6	32,1	30,1	30,1	35,6	34,2	39,2

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

VIH-SIDA

Entre los inyectores admitidos a tratamiento en el año 2022 (tanto si se inyectaron alguna vez en la vida como en el último año), aproximadamente 7 de cada 10 conocen su estado serológico para el VIH. Esta proporción se ha venido manteniendo estable con pocas oscilaciones, mostrando los últimos 2 años un ligero descenso (figura 2.4.5).

Entre aquellos que se habían inyectado alguna vez en la vida y conocen su estado serológico frente al virus VIH (2.500 personas), el 33,4% mostró serología positiva (835 casos). Asimismo, entre los que utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos a ser admitidos y conocían su estado serológico para el VIH (829 personas), el 39,2% mostró serología positiva (325 casos) (figura 2.4.5 y tabla 2.4.4).

En lo que respecta a la evolución temporal, la prevalencia de infección por VIH venía mostrando una tendencia descendente entre los inyectores alguna vez en la vida entre los años 2005 (36,1%) y 2013 (30,6%), estabilizándose a partir de entonces en valores cercanos al 30%. En 2020 se detectó un repunte que confirma el cambio de tendencia en 2022, situándose la prevalencia en el 33,4% (figura 2.4.5).

Figura 2.4.5.

Prevalencia de infección y conocimiento de estado serológico sobre VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas que han utilizado la vía inyectada alguna vez en la vida o último año (%). España, 2005-2022.



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

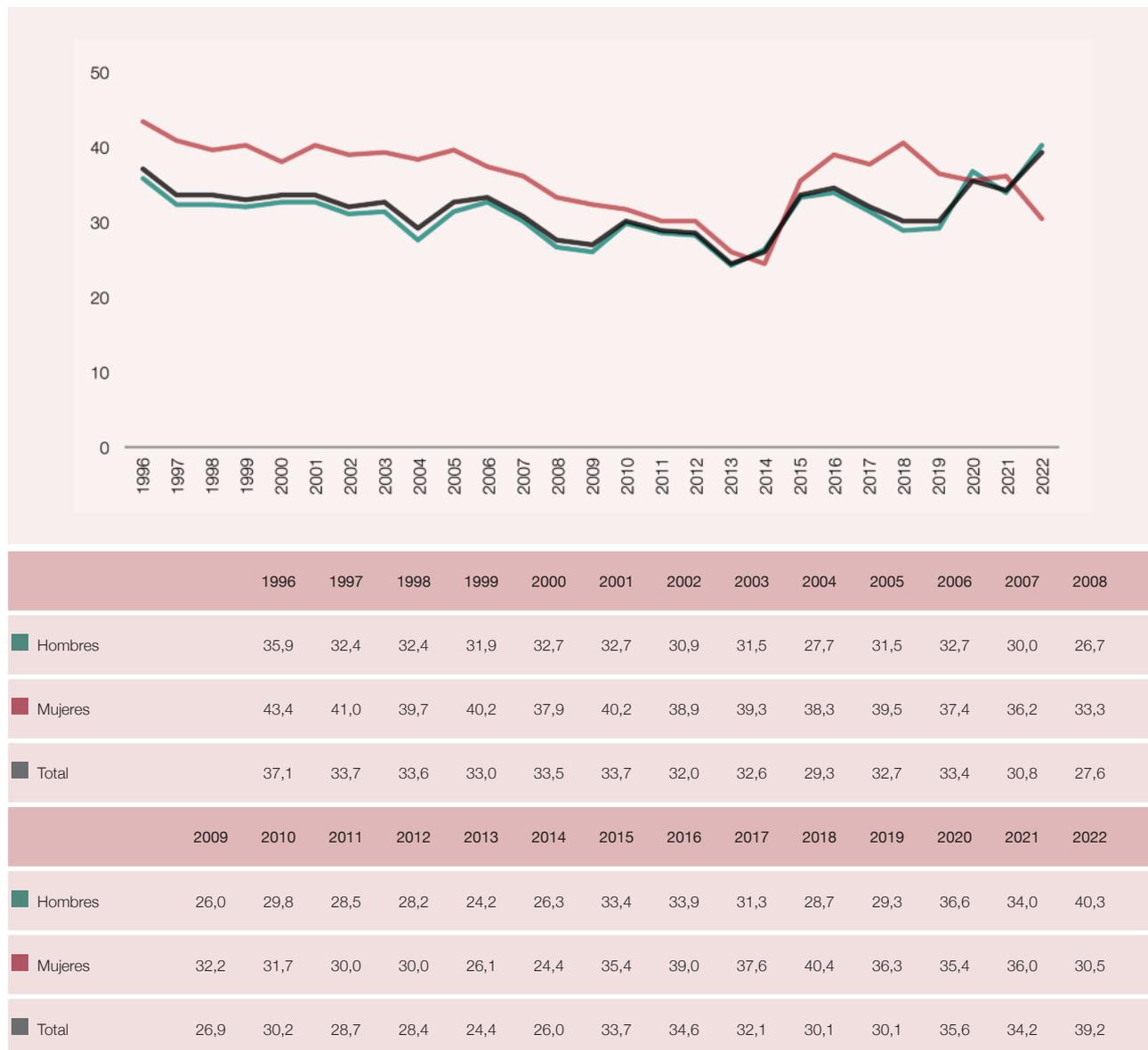
En cuanto a la prevalencia de VIH entre los inyectores en los últimos 12 meses que conocían su estado serológico, la serie histórica ha venido mostrando una tendencia general descendente con altibajos desde 1996 hasta 2014, año a partir del cual se registra un repunte general en la prevalencia de VIH que además es especialmente notorio entre las mujeres (figura 2.4.6). En 2022 se observa un aumento en la prevalencia de VIH en inyectores, alcanzando el 39,2%, valor más alto de la serie histórica, a costa principalmente del aumento entre los hombres.

Este dato hay que interpretarlo teniendo en cuenta el cambio en el número de inyectores de los años noventa y el número de inyectores en los últimos años, que puede provocar cambios bruscos en las prevalencias por el bajo número de inyectores que conocen su estado serológico.

Entre los inyectores con edad de 35 años o más que conocen su estado serológico, los datos han mostrado una tendencia general descendente en la prevalencia de VIH desde 1996 hasta 2013, año en que se llegó a la menor cifra de toda la serie temporal, el 30,4%. A partir de entonces la prevalencia ha presentado altibajos sin bajar del 30% y situándose en 2002 en el 40,2% (figura 2.4.7).

Figura 2.4.6.

Prevalencia de infección por VIH (total y según sexo) entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas que han utilizado la vía inyectada en el último año y que conocían su estado serológico (%). España, 1996-2022.



Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruce.

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

Además, se dispone de información sobre el conocimiento del estado serológico y de la prevalencia de VIH entre los inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas en España en 2022 desglosando por edad, sexo, si se habían inyectado alguna vez en la vida o durante el año previo a ser admitidos a tratamiento, y si eran o no consumidores de opioides (tabla 2.4.5).

En 2022, el 39,2% de las personas que se habían inyectado en los últimos 12 meses tenían serología positiva para VIH. Asimismo, se observa mayor prevalencia de infección por VIH entre los hombres (40,3% vs 30,5% en mujeres), entre las personas de 35 años o más (40,2% vs 35,8% en los menores de 35 años), y entre las que no consumen opioides (55,9% vs 28,1% en los consumidores).

Figura 2.4.7.

Prevalencia de infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas mayores de 34 años que han utilizado la vía inyectada en el último año y que conocían su estado serológico (%). España, 1996-2022.



Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruce.

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

Hepatitis C (VHC)

Entre los admitidos a tratamiento en 2022 que se habían inyectado alguna vez en la vida, el 66,0% conoce su estado serológico frente a la infección por el virus de la hepatitis C, cifra similar a la obtenida entre los que se inyectaron en los 12 meses previos a ser admitidos a tratamiento (64,6%). Estos porcentajes son semejantes a los que se obtienen para el grado de conocimiento serológico para el VIH y muy superiores a los obtenidos para el VHB (tabla 2.4.5).

En 2022, entre los que utilizaron la vía inyectada alguna vez en la vida y conocían su estado serológico (2.454 personas), el 50,6% mostró serología positiva para VHC (1.241 casos). Asimismo, entre los que se habían inyectado en los 12 meses previos a ser admitidos y conocían su estado serológico (805 personas) esta cifra alcanzó el 43,4% (349 casos), cifra inferior a la obtenida en años anteriores (tabla 2.4.6).

Entre las personas admitidas a tratamiento que se habían inyectado en los últimos 12 meses, los hombres conocían su estado serológico frente al VHC con menor frecuencia que las mujeres (64,2% en ellos y 67,1% en ellas). La prevalencia de infección por hepatitis C es similar en ambos sexos (43,3% en hombres y 43,6% en mujeres). Sin embargo, tanto el conocimiento del estado serológico como la prevalencia de infección fueron más elevados entre aquellos con edad de 35 años o más. Entre los admitidos a tratamiento que consumen opioides hay mayor prevalencia de infección, pero menor conocimiento del estado serológico (tabla 2.4.5).

Hepatitis B (VHB)

Entre las personas admitidas a tratamiento en 2022, conocían su estado serológico frente al VHB el 40,1% de las que se habían inyectado alguna vez en la vida y el 41,6% de las que lo hicieron durante los 12 meses previos a ser admitidos. Estos porcentajes son claramente inferiores a los observados para el grado de conocimiento serológico para el VIH y para el VHC, que rondan el 66% (tabla 2.4.5).

Tabla 2.4.5.

Prevalencia y conocimiento estado serológico sobre infección por VIH, hepatitis B (VHB) y hepatitis C (VHC) entre los inyectores (alguna vez en la vida y último año) admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (números absolutos y %). España, 2022.

	VIH		Hepatitis B		Hepatitis C	
	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión
TOTAL						
Total inyectores (nº)	3.719	1.247	3.719	1.247	3.719	1.247
Conocen estado serológico (%)	67,2	66,5	40,1	41,6	66,0	64,6
Prevalencia de infección (%)	33,4	39,2	4,3	3,5	50,6	43,4
SEXO						
Hombres inyectores (nº)	3.271	1.107	3.271	1.107	3.271	1.107
Conocen estado serológico (%)	66,8	66,3	40,7	42,5	65,5	64,2
Prevalencia de infección (%)	33,4	40,3	4,4	3,8	50,2	43,3
Mujeres inyectoras (nº)	448	140	448	140	448	140
Conocen estado serológico (%)	70,1	67,9	36,0	34,3	69,4	67,1
Prevalencia de infección (%)	33,1	30,5	3,1	0,0	53,4	43,6
EDAD						
Inyectores < 35 años (nº)	456	289	456	289	456	289
Conocen estado serológico (%)	61,6	57,8	39,7	43,6	59,2	61,2
Prevalencia de infección (%)	28,1	35,8	0,0	0,0	21,5	20,9
Inyectores ≥ 35 años (nº)	3.263	958	3.263	958	3.263	958
Conocen estado serológico (%)	68,0	66,7	40,2	41,0	66,9	65,6
Prevalencia de infección (%)	34,1	40,2	4,9	4,6	54,2	49,7
OPIOIDES						
Inyectores consumidores de opioides(nº)	2.692	792	2.692	792	2.692	792
Conocen estado serológico (%)	66,8	62,9	38,9	36,2	66,4	63,5
Prevalencia de infección (%)	30,0	28,1	4,8	4,9	53,8	48,3
Inyectores no consumidores de opioides (nº)	1.027	455	1.027	455	1.027	455
Conocen estado serológico (%)	68,4	72,7	43,3	51,0	64,8	66,4
Prevalencia de infección (%)	42,2	55,9	3,1	1,7	41,9	35,1

Nota: la prevalencia se calcula sobre los casos que conocen el estado serológico.

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

Tabla 2.4.6.

Evolución del número de inyectores (alguna vez en la vida y último año) admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas: prevalencia y conocimiento de estado serológico para VHC y VHB (números absolutos y %). España, 2015-2022.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total inyectores último año previo a admisión (nº)	2.413	2.621	2.691	2.161	1.977	1.545	1.119	1.247
Conocen su estado serológico frente a VHB (nº)	727	734	810	688	646	535	399	519
Casos positivos VHB (portador crónico) (nº)	89	72	65	59	48	34	16	18
Prevalencia de infección por VHB (%)	12,2	9,8	8,0	8,5	7,4	6,4	4,0	3,5
Conocen su estado serológico frente a VHC (nº)	1.702	1.818	1.869	1.507	1.370	1.062	745	805
Casos positivos VHC (nº)	1.173	1.221	1.180	904	768	550	325	349
Prevalencia de infección por VHC (%)	68,9	67,2	63,1	60,0	56,1	51,8	43,6	43,4
Total inyectores alguna vez en la vida (nº)	5.904	6.117	5.946	5.223	4.877	3.692	3.161	3.719
Conocen su estado serológico frente a VHB (nº)	2.002	1.993	1.955	1.791	1.706	1.292	1.253	1.493
Casos positivos VHB (portador crónico) (nº)	210	188	151	141	120	68	66	64
Prevalencia de infección por VHB (%)	10,5	9,4	7,7	7,8	7,0	5,3	5,3	4,3
Conocen su estado serológico frente a VHC (nº)	4.212	4.265	4.217	3.695	3.414	2.587	1.977	2.454
Casos positivos VHC (nº)	2.802	2.749	2.588	2.177	1.878	1.387	908	1.241
Prevalencia de infección por VHC (%)	66,5	64,5	61,4	58,9	55,0	53,6	45,9	50,6

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

Entre aquellos que utilizaron la vía inyectada alguna vez en la vida y conocían su estado serológico frente al VHB (1.493 personas), el 4,3% mostró serología positiva para VHB (64 casos). Asimismo, entre los que utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos a ser admitidos y conocían su estado serológico (519 personas), el 3,5% (18 casos) mostró serología positiva para VHB (tabla 2.4.6).

Entre las personas admitidas a tratamiento que se inyectaron en los últimos 12 meses, el conocimiento del estado serológico frente a VHB es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres (42,5% en ellos y 34,3% en las mujeres), así como la prevalencia de infección por VHB, que también es mayor entre ellos (3,8% vs 0% en las mujeres) (tabla 2.4.5).

Por grupos de edad, la proporción de inyectores en los últimos 12 meses que conocían su estado serológico fue similar en aquellos que tenían 35 años o más y en los de menos edad. Sin embargo, la prevalencia de infección por VHB fue mayor en el grupo de 35 años o más (4,6% vs 0% en los menores de esa edad) (tabla 2.4.5).

Al igual que ocurre para la infección por VHC, se observaron diferencias en la prevalencia de infección por VHB según la droga principal que motivó la admisión a tratamiento, siendo más elevada entre los que consumían opioides (tabla 2.4.3 y tabla 2.4.5).

2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2022

Introducción

Es necesario conocer, además de la prevalencia e incidencia de consumo de sustancias psicoactivas, el número y las características de las personas que tienen un consumo problemático o de riesgo. Este tipo de consumo se presenta como un reto a corto y medio plazo, en términos de provisión de servicios y salud pública, por lo que es conveniente identificar sus características y los grupos de población más vulnerables a sus posibles efectos y consecuencias.

Establecer una definición de consumo problemático o de riesgo no es sencillo, ya que existe influencia por múltiples aspectos entre los que se incluyen el tipo de droga (alcohol, cannabis, cocaína, etc.), la vía de administración (inyectada, oral, esnifada, etc.), el patrón de consumo (frecuencia con que se realizan los consumos, intensidad del consumo en cada ocasión, cronicidad, otras sustancias psicoactivas con las que se mezcla, etc.), las características del usuario (edad, patologías previas, etc.) y el contexto social. Por otro lado, el tipo de drogas y el patrón de consumo han ido cambiando a lo largo del tiempo, por lo que ha sido necesario adaptar la manera de abordar el consumo problemático.

Actualmente, siguiendo la definición del EMCDDA¹ de 2013 (que el 2 de julio de 2024 pasará a ser la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas – EUDA), se entiende por consumo problemático/de riesgo de sustancias psicoactivas aquel consumo que causa daño evidente o tiene consecuencias negativas para el usuario, ya se trate de dependencia o cualquier otro problema físico, psíquico o social, o bien aquel que conlleve probabilidad o riesgo elevado de sufrir estos daños. Además, se podrían incluir las consecuencias negativas que el consumo ocasiona a terceras personas.

En España existe un sistema de información sobre drogas y adicciones consolidado y robusto, y para estimar el consumo problemático se ha optado por utilizar las fuentes de información disponibles aplicando aquellos métodos que han demostrado ser útiles para este fin. Además, se han tenido en cuenta los criterios utilizados a nivel internacional² lo que permite realizar comparaciones y análisis conjuntos.

En 2024 se han llevado a cabo nuevas estimaciones de consumo problemático de alcohol, cannabis, cocaína, heroína y uso inyectado de drogas. Las fuentes de información utilizadas han sido, fundamentalmente, las encuestas en población general (EDADES) y en estudiantes (ESTUDES) y el Indicador de Admisiones a tratamiento. Como métodos de cálculo, se han utilizado, la inclusión de escalas psicométricas en encuestas, la frecuencia de consumo y el método multiplicador (tabla 2.5.1).

La información correspondiente a años previos, así como otras estimaciones realizadas, puede consultarse en los informes anteriores del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)³.

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>

2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>
Observatorio Interamericano sobre Droga (OID): http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/default_spa.asp
European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): <http://www.espad.org/>

3. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/home.htm>

Tabla 2.5.1.

Estimaciones de consumo problemático de diferentes sustancias psicoactivas realizadas en España en 2024.

Sustancia psicoactiva	Método	Fuente de información
Alcohol	Estimación basada en escala psicométrica AUDIT	<ul style="list-style-type: none"> • EDADES 2022: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)
Cannabis	Estimación basada en escalas psicométricas CAST	<ul style="list-style-type: none"> • ESTUDES 2023: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (14-18 años) • EDADES 2022: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)
Cocaína	Estimación basada en la frecuencia de consumo	<ul style="list-style-type: none"> • EDADES 2022: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)
Heroína	Estimación indirecta Método multiplicador	<ul style="list-style-type: none"> • EDADES 2022: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años) • Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 2022 • Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides, 2022
Inyección de drogas	Estimación indirecta Método multiplicador	<ul style="list-style-type: none"> • EDADES 2022: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años) • Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 2022 • Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides, 2022

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

CAST: Cannabis Abuse Screening Test.

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

Estimación del consumo problemático/de riesgo de alcohol

Metodología

Existen diferentes formas de consumo de riesgo de alcohol que suponen un riesgo o producen daño importante para el individuo. Entre ellas se incluirían el consumo semanal o diario elevado, las intoxicaciones etílicas agudas, el *binge drinking* o todos aquellos comportamientos que pueden llevar a la dependencia u otros problemas asociados. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta la probabilidad de consecuencias negativas para el bebedor o para su entorno.

En 1982, la OMS solicitó a un grupo de investigadores que desarrollaran un instrumento de cribaje simple, capaz de detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol. Este instrumento es la escala AUDIT⁴, que ha sido validada en nuestro país por diferentes investigadores.

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 preguntas. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 se refieren al comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 valoran la existencia u ocurrencia de reacciones adversas y las dos últimas se refieren a problemas relacionados con el consumo de alcohol. El cuestionario está diseñado para ser contestado por aquellas personas que han consumido alcohol en el último año.

4. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption- II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.

La Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), en sus ediciones de 2009, 2013, 2018, 2020 y 2022 incluyó la escala AUDIT con el objetivo de conocer el alcance del consumo problemático de alcohol en la población general (15-64 años). Hasta la edición del 2020 se venía considerando que tenían un consumo de riesgo de alcohol, a los que obtenían en la escala AUDIT una puntuación igual o superior a 8 puntos. Teniendo en cuenta las recomendaciones nacionales^{5,6} así como las validaciones realizadas en nuestro país^{7,8,9} a partir de la edición del 2020 se considera que tienen un consumo de riesgo de alcohol aquellos que obtenían en la escala AUDIT una puntuación igual o superior a 8 puntos en hombres e igual o superior a 6 en mujeres. Al objeto de poder valorar la evolución, se recalcularon los años previos con estos mismos puntos de corte.

Resultados

En 2022, de los 20.117 encuestados en la encuesta EDADES que reconocieron haber consumido alcohol en el último año, 19.195 contestaron las preguntas relativas a la escala AUDIT (95,4%).

La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol, medida a través de la escala AUDIT, en la población española de 15 a 64 años se sitúa en 6,0% lo que permite estimar que en 2022 había aproximadamente 1.900.000 consumidores de alcohol de riesgo en España (1.140.000 hombres y 760.000 mujeres) (tabla 2.5.2).

Tabla 2.5.2.

Número y porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo (AUDIT \geq 6 Mujeres y AUDIT \geq 8 Hombres), en la población de 15 a 64 años. España, 2009-2022.

Consumidores de riesgo (AUDIT \geq 8)	Número de consumidores problemáticos de 15 a 64 años Total (hombres / mujeres)	Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años			Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido alcohol en el último año		
		T	H	M	T	H	M
2009	1.850.000 (1.300.000/550.000)	5,8	8,0	3,4	7,8	9,9	5,1
2013	1.900.000 (1.250.000/650.000)	6,1	8,0	4,2	8,0	9,7	5,9
2018	1.900.000 (1.170.000/730.000)	6,2	7,6	4,7	8,5	9,7	7,0
2020	1.600.000 (1.030.000/570.000)	5,2	6,7	3,7	6,9	8,2	5,4
2022	1.900.000 (1.140.000/760.000)	6,0	7,2	4,8	8,3	9,2	7,2

T = total; H = hombres; M = mujeres.

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test. H = Hombres; M = Mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

5. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol.htm

6. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021. 109 p.

7. Martínez Delgado JM. Validación de los cuestionarios breves: AUDIT, CAGE y CBA para la detección precoz del síndrome de dependencia de alcohol en Atención Primaria [tesis doctoral]. Cádiz (Sp): Universidad de Cádiz, Departamento de Neurociencias; 1996.

8. Rubio Valladolid G, Bermejo Vicedo J, Caballero Sanchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. Rev Clín Esp 1998;198 (1):11-4.

9. Contel M, Gual A, Colom J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. Adicciones 1999; 11(4): 337-47.

Considerando a la población que ha consumido alcohol en el último año, el 8,3% presenta un consumo de riesgo, valor que alcanza el 9,2% entre los hombres consumidores de alcohol y baja al 7,2% entre las mujeres. Además, los datos muestran que el consumo de riesgo es más prevalente entre los grupos de edad inferiores, disminuyendo el porcentaje de consumidores de riesgo a medida que aumenta la edad. En 2022, el 14,8% de los jóvenes de 15 a 24 años muestran un consumo de alcohol de riesgo frente al 4,8% de los mayores de 54 años (tabla 2.5.3).

Es importante señalar que, entre los más jóvenes, la prevalencia de consumo de alcohol de riesgo es mayor entre las mujeres que entre los hombres (17,3% mujeres y 12,5% hombres) y a medida que aumenta la edad, se marcan más diferencias entre sexos, siendo mucho menor este tipo de consumo entre las mujeres. En el grupo de mayores de 54 años es donde se observan más diferencias en función del sexo, presentando un consumo de riesgo de alcohol el 7,1% de los hombres y el 1,9% de las mujeres.

Tabla 2.5.3.

Porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo* entre los que han consumido en el último año, según edad y sexo. España, 2009-2022.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
2009	7,8	9,9	5,1	14,8	16,1	13,2	10,8	13,5	7,2	4,8	6,9	2,3	4,9	7,1	2,2	3,8	6,0	0,8
2013	8,0	9,7	5,9	15,0	16,0	13,8	9,5	11,7	6,7	6,2	8,0	3,9	6,0	6,8	5,0	4,8	7,5	1,5
2018	8,5	9,7	7,0	13,3	12,9	13,8	10,2	11,4	8,8	8,1	10,0	5,7	7,2	8,5	5,6	5,0	6,5	3,1
2020	6,9	8,2	5,4	12,3	12,4	12,2	8,2	9,1	7,2	6,2	7,8	4,4	5,0	6,9	3,0	4,6	6,4	2,5
2022	8,3	9,2	7,2	14,8	12,5	17,3	9,8	9,8	9,7	7,7	9,3	5,8	6,6	8,4	4,3	4,8	7,1	1,9

T = total; H = hombres; M = mujeres.

* AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ≥ 8 Hombres y ≥ 6 Mujeres.

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

Por último, según EDADES 2022, el **perfil del consumidor de riesgo** de alcohol es el de un varón, soltero, de 36 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando. Respecto a patrones de riesgo que presenta, el 40,7% refiere haberse emborrachado en los últimos 30 días y el 77,1% refiere haber realizado *binge drinking* en el último mes; además el 38,2% señala haber consumido drogas ilegales en el mismo periodo (tabla 2.5.4).

Del total de personas de entre 15 y 64 años que presentan un consumo de riesgo de alcohol, el 39,9% son mujeres. El **perfil de las mujeres** que muestran este consumo de riesgo es el de una mujer soltera, de 31,7 años, con estudios secundarios o universitarios y que se encuentra trabajando. El 34,2% se ha emborrachado en el último mes, el 69,5% ha hecho *binge drinking* en los últimos 30 días y el 32,5% ha consumido drogas ilegales en el mismo periodo.

El **perfil del hombre** que presenta un consumo de alcohol de riesgo es el de un hombre de 38,9 años, soltero, con estudios secundarios y que se encuentra trabajando. Presenta patrones de riesgo en mayor medida que las mujeres; así, el 44,9% se ha emborrachado en el último mes, el 82,2% ha hecho *binge drinking* en los últimos 30 días y el 42,0% ha consumido drogas ilegales en el mismo periodo.

Tabla 2.5.4.

Características de los consumidores problemáticos/de riesgo de alcohol* en la población de 15 a 64 años. España, 2020-2022.

	2020			2022		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Número de casos consumidores problemáticos/de riesgo	933	600	333	1592	957	636
Edad media (años)	36,3	38,0	33,2	36,1	38,9	31,7
Grupos de edad (años)						
15 a 24 años	26,8	22,4	34,5	27,0	19,9	37,8
25 a 34 años	21,6	20,4	23,9	21,5	19,4	24,7
35 a 44 años	21,6	22,8	19,6	20,8	22,8	17,8
45 a 54 años	17,0	19,1	13,3	19,1	22,3	14,4
55 a 64 años	12,9	15,3	8,7	11,5	15,7	5,3
Nacidos fuera de España (%)	12,0	10,8	14,3	11,1	11,0	11,1
Máximo nivel de estudios completado (%)						
Sin estudios/primarios	10,9	14,0	5,3	10,4	13,9	5,2
Estudios secundarios	68,6	66,9	71,6	70,0	71,0	68,2
Estudios universitarios	20,5	19,1	23,1	19,6	15,1	26,5
Situación laboral (%)						
Trabajando	51,2	55,3	43,7	58,0	63,2	50,3
Parado habiendo trabajado	15,8	16,1	15,4	10,2	11,2	8,8
Otras	33,0	28,6	40,9	31,8	25,6	40,9
Estado civil (%)						
Soltero/a	61,0	57,9	66,7	61,7	59,4	65,1
Casado/a	27,2	30,5	21,3	27,2	29,1	24,3
Separado/a – Divorciado/a- Viudo/a	11,8	11,7	12,0	11,1	11,5	10,5
Consumo de otras drogas (%)						
Drogas ilegales en los últimos 30 días	36,4	40,4	29,1	38,2	42,0	32,5
Otros consumos de riesgo (%)						
Borracheras últimos 12 meses	78,1	82,7	69,9	69,0	71,1	65,9
Borracheras últimos 30 días	43,7	46,5	38,8	40,7	44,9	34,2
Binge drinking últimos 30 días	81,6	84,6	76,0	77,1	82,2	69,5

* Personas (15-64 años) con AUDIT (≥8 Hombres y ≥6 Mujeres).

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

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis

En los últimos años se ha venido dando mayor importancia a las posibles implicaciones del consumo de cannabis para la salud pública debido a varias razones, entre ellas, la extensión de su consumo entre la población española y europea en general, el incremento de las demandas de tratamiento por abuso o dependencia de cannabis, el aumento de pa-

tologías asociadas al uso de cannabis y también las nuevas propuestas normativas sobre regulación del cannabis en algunos países.

La mayoría de los consumidores de cannabis son consumidores experimentales u ocasionales. Sin embargo, en una considerable proporción de casos, el patrón de consumo de esta sustancia aumenta el riesgo de padecer efectos sobre la propia salud, obtener peor rendimiento académico o laboral y/o desarrollar dependencia.

En este apartado se presentan los resultados más importantes del cálculo de consumo problemático de cannabis, información que puede completarse con la información general sobre el consumo de cannabis de las encuestas ESTUDES y EDADES.

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (escala CAST)

Metodología

Uno de los posibles métodos para estimar el consumo problemático/de riesgo de cannabis es a través de la introducción de escalas psicométricas en encuestas de población.

En la encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España en población de 14 a 18 años (ESTUDES), se han incluido de manera periódica, desde 2006, diferentes escalas con el fin de conocer el consumo problemático de cannabis y de poder evaluar las propiedades psicométricas de estas escalas. En 2006, se utilizaron las escalas CAST (Cannabis Abuse Screening Test), SDS (Severity of Dependence Scale) y DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders publicado por la American Psychiatric Association); en 2008, CAST; en 2010, CAST, SDS, M-CIDI (Munich Composite International Diagnostic Interview) y, en 2012, 2014, 2016, 2019, 2021 y 2023 CAST. En la Encuesta sobre alcohol y drogas en población general de 15 a 64 años en España (EDADES) también se ha utilizado la escala CAST en las ediciones de 2013, 2015, 2018, 2020 y 2022.

En este apartado se presentarán los resultados obtenidos a través de la escala CAST, que es la que, desde un punto de vista psicométrico, produjo los resultados más robustos¹⁰.

CAST (Cannabis Abuse Screening Test), es un cuestionario de 6 preguntas (tabla 2.5.5) desarrollado en Francia¹¹ con el objetivo de detectar el consumo problemático de cannabis entre los consumidores. Desde su desarrollo, esta escala ha sido ampliamente utilizada tanto en población general como en población adolescente en varios países y ha demostrado ser adecuada para estos fines¹².

En España, se aplicó la escala de manera autoadministrada, en las encuestas realizadas en estudiantes (ESTUDES) y en población general (EDADES) a aquellas personas que habían consumido cannabis en el último año. Se consideran consumidores con riesgo elevado de tener problemas/consumidor problemático, aquellos que alcanzan una puntuación de 4 o más.

10. Danica Klempova, Amparo Sánchez, Julian Vicente, Gregorio Barrio, Antonia Domingo, Jose M^o Suelves, Noelia Llorens, Luis Prieto, Begoña Brime y Victor Ramirez. Consumo problemático de cannabis en estudiantes de 14-18 años: validación de escalas. DGPNSD y EMCDDA.
http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/ConsProblematico_cannabis.pdf

11. Legleye, S., Karila, L., Beck, F., Reynaud, M., 2007. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J. Subst. Use* 12, 233-242.

12. Legleye S, Piontek D, Kraus L: Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2011;113:229-235. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M: Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use* 2007;12: 233-242.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L: The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), 2009.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Bjarnason T, Balakireva O, Kokkevi A, Kraus L: The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Sweden, 2012. Cuenca-Royo AM, Sánchez-Niubó A, Forero CG, Torrens M, Suelves JM, Domingo-Salvany A: Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addict Behav* 2012;37:709-715.

Fernandez-Artamendi S, Fernández-Hermida JR, Muñoz-Fernández J, Secades-Villa R, García-Fernández G (2012). Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-AS and CAST questionnaires. *Subst Abuse Treat Prev Policy*;7:1-10.

Legleye S, Piontek D, Kraus L, Morand E, Falissard B: A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *Int J Methods Psychiatr Res* 2013;22:16-26.

Tabla 2.5.5.

CAST. Cannabis Abuse Screening Test.

Pregunta	Opciones de respuesta
1. ¿Ha fumado cannabis antes del mediodía?	Nunca Raramente De vez en cuando Bastante a menudo Muy a menudo
2. ¿Ha fumado cannabis estando solo/a?	
3. ¿Ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	
4. ¿Le han dicho los amigos o miembros de su familia que debería reducir el consumo de cannabis?	
5. ¿Ha intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?	
6. ¿Ha tenido problemas debido a su consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, bajo rendimiento laboral)? ¿Cuáles?	

Resultados

EDADES (Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España)

En 2022, se estima en 603.497 el número de consumidores problemáticos de cannabis (CAST ≥4). La mayoría de ellos se encuentran entre la población de 15 a 34 años y son hombres. Para el conjunto de la población de 15 a 64 años, esta prevalencia se estima en el 1,9% (3,0% en hombres y 0,8% en mujeres).

El grupo de población que presenta una mayor prevalencia de consumo problemático es el de edades comprendidas entre los 15 y los 34 años (figura 2.5.1).

Figura 2.5.1.

Prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥4) en la población de 15 a 64 años, según edad y sexo (%). España, 2013-2022.



CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

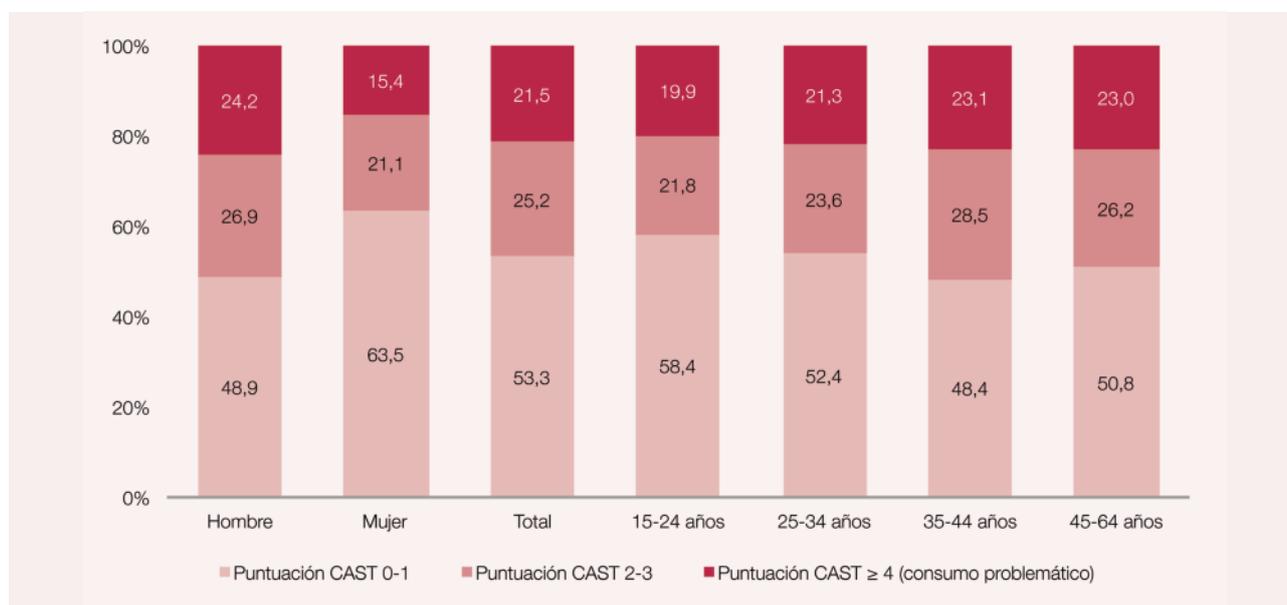
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de alcohol y drogas en España (EDADES).

Evolutivamente, entre 2013 y 2018 se detecta una disminución del porcentaje de consumidores problemáticos en la población general de 15 a 64 años, pasando del 2,2% en 2013 al 1,6% en 2018. En 2020 los datos muestran un cambio de tendencia, aumentando el porcentaje de consumidores problemáticos al 1,9% de la población de 15 a 64 años, valor que se mantiene en 2022 y que supera al valor obtenido en 2015 pero siendo inferior al obtenido en 2013, año que se alcanzó el valor más alto de la serie histórica (tabla 2.5.6). Este aumento de prevalencia se observa sobre todo entre los hombres, que pasaron del 2,5% en 2018 al 3% en 2022. Entre las mujeres la prevalencia se mantiene estable y en valores inferiores al 1% desde 2013.

Entre aquellos que reconocen consumo en los últimos 12 meses, el 21,5% presenta consumo problemático (24,2% de los hombres y 15,4% de las mujeres), oscilando entre 19,9 y 23,1% en función del grupo de edad (figura 2.5.2).

Figura 2.5.2.

Categorización de resultados de la escala CAST entre los que han contestado el cuestionario en la población de 15 a 64 años, por edad y sexo (%). España, 2022.



CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

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

Tabla 2.5.6.

Evolución de las estimaciones de consumidores problemáticos de cannabis (CAST ≥4) entre la población de 15 a 64 años. España, 2013-2022.

	2013	2015	2018	2020	2022
Estimación de consumidores problemáticos cannabis (CAST ≥4)	687.233	558.549	496.828	591.798	603.497
Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido cannabis en el último año	25,0	21,2	15,9	22,5	21,5
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años (total)	2,2	1,8	1,6	1,9	1,9
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años (hombres)	3,5	2,9	2,5	3,0	3,0
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años (mujeres)	0,8	0,7	0,7	0,9	0,8

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Según los datos de EDADES 2022, el perfil del consumidor problemático de cannabis es el de un hombre menor de 34 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando, que vive con la familia de origen, policonsumidor de otras sustancias y que se inició en el consumo de cannabis a los 15,9 años.

ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España)

Tal y como se observa en la tabla 2.5.7, en 2023, el 2,4% de los jóvenes españoles de 14 a 18 años (2,7% hombres y 2,0% mujeres) podrían estar realizando un consumo problemático de cannabis, estimándose en 58.913 el número de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST ≥ 4) de 14 a 18 años.

Tabla 2.5.7.

Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST ≥ 4) en la población de 14 a 18 años. España, 2006-2023.

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Número de consumidores problemáticos de 14 a 18 años*	73.534	81.080	100.340	83.208	53.701	61.810	77.052	73.173	58.913
Porcentaje entre la población de 14 a 18 años que ha consumido cannabis en el último el último año	13,3	14,7	14,1	16,9	13,8	13,3	15,4	17,8	14,6
Porcentaje entre toda la población de 14 a 18 años (total)	3,3	3,7	4,6	3,8	2,5	2,8	3,4	3,0	2,4
Porcentaje entre toda la población de 14 a 18 años (hombres)	4,5	4,9	5,1	4,9	3,1	3,7	4,3	3,6	2,7
Porcentaje entre toda la población de 14 a 18 años (mujeres)	2,2	2,5	4,1	2,6	2,0	2,0	2,5	2,4	2,0

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

* Estimación del número de consumidores problemáticos en el total de la población de 14 a 18 años (INE).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

La prevalencia de este tipo de consumo, calculada por medio de la escala CAST, muestra en España una tendencia ligeramente ascendente en el periodo 2006-2010, año en el que se produjo el valor más alto. Los datos de ESTUDES 2012 parecían indicar una ruptura de esta tendencia, que se confirmó con los datos obtenidos en 2014. En el periodo 2016-2021, se registró cierto repunte, pero que parece frenarse en los sucesivos años. En 2023, se registra el valor más bajo de la serie histórica.

En 2023, el perfil de los estudiantes de 14 a 18 años que presentaron un consumo problemático de cannabis, es el de un chico español, de 16,3 años, con una situación económica familiar más o menos como la media, con notas medias de bien o aprobado, que ha hecho “pellas” y ha consumido drogas legales en los últimos 30 días. El 29,2% ha consumido otras drogas ilegales además de cannabis en los últimos 30 días y el 27,3% ha consumido nuevas sustancias psicoactivas (ketamina, spice, mefedrona, salvia o ayahuasca) alguna vez en la vida (tabla 2.5.8). Si se incluyesen en este grupo, el óxido nítrico y el cloretilo que se han incluido este año por primera vez en la encuesta ESTUDES; este valor se elevaría hasta el 42,4%.

Por sexos, se observa que el perfil es semejante en hombres y mujeres, destacando que hay un mayor porcentaje de chicas menores de 16 años que de chicos, un mayor porcentaje de chicas que han realizado “pellas” en el último mes y con mejores notas (sobresaliente/notable) que en los chicos (tabla 2.5.8).

Con el fin de ayudar en la detección de grupos y poblaciones de riesgo, resulta interesante también mencionar los porcentajes que los consumos problemáticos suponen no ya en la población total de estudiantes de esta edad, sino más específicamente entre los que reconocen consumos en el año previo a ser encuestados. Así, a partir de 2006 se registró cierto incremento en el porcentaje de consumidores problemáticos entre aquellos que han consumido en el último año, si bien la proporción de consumidores problemáticos en el total de la población de 14 a 18 años se mantuvo relativamente estable, con algunos altibajos. Esto podría explicarse, en parte, porque, aunque las prevalencias de consumo se encontraban en descenso, una mayor proporción de los que consumían entonces eran consumidores problemáticos. En 2019-2021 se produjo un repunte alcanzándose el valor más elevado de la serie en 2021. En este punto hay que tener en cuenta que en 2021 se seguía con restricciones derivadas de la pandemia por COVID y la muestra de esa edición fue mucho menor. Además, esas mismas restricciones podrían justificar un menor consumo de cannabis en menores o un retraso en el inicio, que se vería reflejado en la bajada de consumidores problemáticos observada en 2023. Será necesario ver cómo evolucionan los datos en las siguientes ediciones, para poder conocer el impacto real del consumo de cannabis en los jóvenes (tabla 2.5.7).

Tabla 2.5.8.

Perfil de los estudiantes de 14 a 18 años que han realizado un consumo problemático de cannabis (CAST ≥ 4), según sexo. España, 2019-2023.

	2019			2021			2023		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Número de casos CAST ≥ 4	1279	792	487	669	409	261	916	530	386
Edad media (años)	16,3	16,4	16,2	16,5	16,6	16,4	16,3	16,4	16,1
Grupos de edad (años)									
14 años	5,2	3,6	7,9	5,1	4,2	6,6	6,7	4,3	10,1
15 años	17,9	16,9	19,7	14,4	12,6	17,4	15,1	13,0	18,0
16 años	30,3	31,6	28,2	24,7	26,2	22,4	33,0	36,7	28,1
17 años	36,0	36,6	35,0	38,3	37,9	38,9	31,8	29,5	34,8
18 años	10,6	11,4	9,3	17,4	19,1	14,8	13,3	16,5	9,0
Nacidos fuera de España (%)	12,2	13,3	10,4	10,8	8,5	14,3	9,8	12,1	6,8
Situación económica de la familia en comparación con otras familias del país (%)									
Por encima de la media	14,5	17,1	10,2	11,2	12,9	8,5	13,9	15,4	11,9
Más o menos como la media	76,6	73,8	81,2	79,9	78,3	82,5	73,7	71,2	77,0
Por debajo de la media	8,9	9,1	8,7	8,9	8,8	9,0	12,4	13,4	11,1
Ha hecho pellas (%)	67,2	64,5	71,5	58,6	56,3	62,2	65,5	61,7	70,7
Notas (%)									
Sobresaliente/notable	21,4	18,8	25,6	22,5	20,2	26,2	24,8	20,8	30,4
Bien/aprobado	58,8	61,3	54,8	62,7	64,8	59,3	53,1	55,0	50,5
Suspense	19,8	20,0	19,7	14,8	15,0	14,4	22,1	24,2	19,1
Consumo de otras drogas (%)									
Drogas legales en los últimos 30 días*	98,7	98,5	99,1	99,2	99,3	99,0	98,6	99,0	98,2
Drogas ilegales en los últimos 30 días**	19,2	21,8	14,9	17,9	22,3	11,2	29,2	37,2	18,3
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida***	21,9	24,0	18,6	21,0	22,4	18,9	27,3	31,8	21,2

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres

* Alcohol, tabaco, hipnosedates e inhalables volátiles. ** Cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o GHB. *** Ketamina, spice, mefedrona, salvia o ayahuasca.

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cocaína

Metodología

Para estimar el consumo problemático/de riesgo de cocaína, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones utiliza desde 2009 un método basado en la frecuencia de consumo y la vulnerabilidad asociada a la edad (incompleto desarrollo cerebral), a partir de datos de la Encuesta sobre alcohol y drogas en población general de 15 a 64 años (EDADES).

Posteriormente, el protocolo de 2013 del EMCDDA (EUDA desde el 2 de julio de 2024), estableció como consumidores problemáticos/de riesgo aquellos que han consumido cocaína 26 o más días en el último año. Para adaptarnos a las posibilidades que ofrece la encuesta EDADES, en España los cálculos se estiman para aquellos que han consumido 30 o más días en el último año (tabla 2.5.9).

Tabla 2.5.9.

Criterios utilizados para estimar el consumo problemático/de riesgo de cocaína.

Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad	
Criterios de inclusión	Personas (15-20 años) que han consumido cocaína 10 o más días en el último año Y que han consumido cocaína de 1 a 3 días en el mes MÁS personas (21 a 64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.
Estimación basada en frecuencia de consumo	
Criterios de inclusión	Personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año.

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

Resultados

La encuesta EDADES 2022, nos informa de que el 12,0% de la población española de 15 a 64 años consumió cocaína —polvo y/o base— alguna vez en la vida, el 2,4% en el último año y el 1,4% en el último mes. Ello permite estimar que, en España, en 2022, más de 745.000 personas habían consumido de cocaína en el último año. De estos consumidores se estima que al menos 104.851 personas son consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína (personas de 15-64 años que han consumido cocaína 30 o más días en el último año), lo que equivale al 0,33% de la población de 15 a 64 años y al 14,6% de los consumidores del último año. Se observa un repunte de este tipo de consumo con respecto a años anteriores, que además se pone de manifiesto independientemente de los diferentes criterios utilizados (tabla 2.5.10) y que es coherente con los datos registrados por otras fuentes de información.

Tabla 2.5.10.

Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína (15-64 años). España, 2009-2022.

	Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad ¹	Estimación basada en frecuencia de consumo ²
2009	140.525	
	0,4 Población de 15-64 años (16,5% consumidores 12M)	–
2011	130.537	118.889
	0,40% Población 15-64 años (18% consumidores 12M)	0,40% Población 15-64 años (16,4% consumidores 12M)
2013	97.139	92.406
	0,30% Población 15-64 años (13,8% consumidores 12 M)	0,30% Población 15-64 años (13,1% consumidores 12 M)
2015	76.956	72.962
	0,30% Población 15-64 años (12,4% consumidores 12 M)	0,23% Población de 15-64 años (11,7% consumidores 12 M)
2017	101.610	92.536
	0,33% Población 15-64 años (16,4% consumidores 12 M)	0,30% Población de 15-64 años (14,9% consumidores 12 M)
2022	115.576	104.851
	0,37 Población 15-64 años (16,1% consumidores 12 M)	0,33 Población de 15-64 años (14,6% consumidores 12 M)

1. Criterios de inclusión: personas (15-20 años) que han consumido cocaína 10 o más días en el último año Y que han consumido cocaína de 1 a 3 días en el último mes MÁS personas (21 a 64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.

2. Criterios de inclusión EMCDDA: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo Problemático y datos de población del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero del año de la estimación.

Por otro lado, la encuesta EDADES permite conocer algunas de las características de esta población de riesgo. Los datos ponen de manifiesto que el perfil del consumidor problemático de cocaína (España, 2022) es el de un varón de 38,8 años, con estudios secundarios finalizados o estudios universitarios, soltero y trabajando. El 98,9% ha consumido drogas legales en los últimos 30 días, el 90,8% ha consumido otras sustancias ilegales durante el mismo periodo y 4 de cada 10 han probado nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida (ketamina, spice, mefedrona, ayahuasca, nexus, flakka y óxido nitroso) (tabla 2.5.11).

Tabla 2.5.11.

Características de los consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína* en la población de 15 a 64 años. España, 2011-2022.

	2011	2013	2015	2017	2022
Sexo (% hombres)	79,9	80,2	82,4	88,7	83,3
Edad media (años)	34,7	36,8	37,4	38,9	38,8
Grupos de edad (años)					
15 a 24 años	16,6	10,4	15,0	6,4	10,5
25 a 34 años	38,1	34,4	23,4	25,1	21,9
35 a 44 años	27,0	36,6	33,1	33,6	35,4
45 a 54 años	17,3	13,2	24,3	27,8	25,1
55 a 64 años	0,9	5,4	4,2	7,1	7,1
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios/primarios	26,6	17,7	21,5	12,1	27,8
Enseñanza secundaria/estudios universitarios	73,4	81,7	78,5	87,8	72,2
Situación laboral (%)					
Trabajando	45,8	39,3	51,3	62,1	62,2
Parado no habiendo trabajado	4,1	3,0	2,1	0,0	0,6
Parado habiendo trabajado	36,0	45,0	27,0	24,5	22,9
Otras	14,1	12,7	19,6	13,4	14,3
Estado civil (%)					
Soltero/a	71,1	59,8	61,2	56,7	55,8
Casado/a	16,5	32,4	13,2	21,7	20,7
Separado/a – Divorciado/a	11,2	6,2	23,8	21,5	21,8
Viudo/a	1,1	1,6	1,9	0,0	1,6
Consumo de otras drogas (%)					
Drogas legales en los últimos 30 días**	100,0	99,2	97,1	100,0	98,9
Drogas ilegales en los últimos 30 días***	68,7	72,6	91,9	93,4	90,8

* Personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año (Protocolo 2013 EMCDDA).

** Alcohol, tabaco, hipnosedates e inhalables volátiles.

*** Cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o GHB.

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

Estimación del consumo problemático/de riesgo de heroína

Metodología

El método utilizado para estimar el número de consumidores problemáticos de heroína se basa en estimaciones indirectas aplicando el método multiplicador. En la tabla 2.5.12 se resume la metodología utilizada en 2024 y que se detalla a continuación.

Tabla 2.5.12.

Esquema de la estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2022.

Estimación del número mínimo de consumidores problemático de heroína	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2022 (de 782 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por dependencia 393)	50%
2. Número de personas admitidas a tratamiento por heroína a partir de TDI (personas que inician tratamiento por heroína en ese año)	7.585
3. Número de consumidores problemáticos a partir de TDI (parte 1) (se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de admitidos a tratamiento por heroína del TDI)	15.170
4. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2). Personas en TMO (tratamiento de mantenimiento con opiáceos) y que están consumiendo heroína (hay 51.255 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)	20.502
5. Número mínimo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)	35.672
Estimación del número máximo de consumidores problemático de heroína	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2022 (de 782 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por dependencia 393)	50%
2. Número de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios (TCA)	135.720
3. Número de personas en tratamiento por heroína en centros ambulatorios (se asume que son tratados por heroína en centros ambulatorios el mismo porcentaje que en TDI, el 16,5% de los tratamientos en TDI son por heroína)	22.394
4. Número de consumidores problemáticos a partir de TCA (parte 1) (se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de personas en tratamiento por heroína en centros ambulatorios)	44.788
5. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2). Personas en tratamiento de mantenimiento con opiáceos y que están consumiendo heroína (hay 51.255 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)	20.502
6. Número máximo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)	65.290

EDADES 2022: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2022: de este indicador se seleccionan las personas que inician tratamiento por heroína ese año.

TMO: los datos sobre las personas que están en tratamiento por opiáceos se obtienen de la Memoria 2022 de la DGPNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en centros ambulatorios se obtienen de la Memoria 2022 de la DGPNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo problemático.

En la encuesta EDADES 2022 se incluyeron las preguntas necesarias para poder aplicar el método nominativo, actualizando así el valor del multiplicador. Para ello, se preguntó a los entrevistados si conocían consumidores de heroína y, para cada uno de los conocidos, los entrevistados debían indicar si eran conocedores de que los nominados hubiesen iniciado o no tratamiento por dependencia de esta droga en el último año.

De este modo, se obtuvo el valor del multiplicador para 2022, que resultó en que el 50% de los nominados habrían iniciado tratamiento. Aplicando este multiplicador a los admitidos a tratamiento por heroína en 2022 (7.585) del Indicador de Admisiones a Tratamiento, se obtienen la cifra estimada de consumidores problemáticos de heroína en 2022 (15.170).

Sin embargo, como es posible que esta cifra se halle infraestimada, entre otras razones porque es probable que los entrevistados confundan “iniciar tratamiento este año” con “estar en tratamiento actualmente, aun iniciado en años anteriores”, se ha realizado una estimación paralela aplicando el multiplicador al número de usuarios de heroína que están, ese año, en tratamiento en centros ambulatorios (TCA) en España.

Asumiendo la cifra de 16,5% como el porcentaje de personas en TCA que son atendidas con motivo del consumo de heroína, se obtendría que 22.394 personas han recibido tratamiento por heroína en 2022 (135.720 en tratamiento por cualquier droga). De nuevo, aplicando el multiplicador, se obtendrían 44.788 consumidores problemáticos de heroína.

En todo caso, las estimaciones anteriores (15.170 y 44.788) corresponderían, en términos generales, a los consumidores de heroína que no están en tratamiento sustitutivo con opiáceos (TSO). Los datos disponibles informan que 51.255 personas se encontraban realizando TSO en 2022 (44.770 con metadona y 6.485 con buprenorfina + naloxona). Teniendo en cuenta que aproximadamente un 40% de los que están en TSO siguen consumiendo heroína, podría considerarse que 20.502 son también consumidores problemáticos, cifra que habrá que sumar a cada una de las estimaciones previas.

Resultados

Los datos históricos, indican que el total de consumidores problemáticos de heroína (prevalencia) llegó a su máximo en España a principios de los años noventa con más de 150.000 consumidores y que, posteriormente, ha descendido.

En España, en 2022, el número de consumidores de alto riesgo de heroína se encontraría en una horquilla entre 35.672 y 65.290 personas, con una estimación media de 50.481. Las estimaciones realizadas muestran que en 2022 se confirma la tendencia descendente iniciada en 2012 y que se rompió de manera puntual en 2015. Esta estimación ha de valorarse en conjunto con el resto de información relativa a problemas asociados al consumo de heroína (admisiones a tratamiento, episodios de urgencia, mortalidad, etc.) que se incluye a lo largo de este informe (tabla 2.5.13).

Tabla 2.5.13.

Estimación de consumidores problemáticos de heroína. España, 2009-2022.

	Número de consumidores problemáticos de heroína	% de consumidores problemáticos de heroína en la población de 15 a 64 años
	Valor medio (valor mínimo y máximo)	Valor medio (valor mínimo y máximo)
2009	82.340 (68.056 - 96.624)	0,25 (0,21 - 0,30)
2010	85.401 (70.908 - 99.895)	0,26 (0,22 - 0,31)
2011	74.109 (61.389 - 86.829)	0,23 (0,19 - 0,27)
2012	69.978 (56.104 - 83.851)	0,21 (0,17 - 0,26)
2013	65.648 (52.122 - 79.173)	0,21 (0,16 - 0,25)
2014	65.322 (48.991 - 81.652)	0,21 (0,15 - 0,26)
2015	70.471 (48.102 - 92.840)	0,22 (0,15 - 0,29)
2016	68.297 (46.014 - 90.579)	0,22 (0,15 - 0,29)
2017*	66.769 (45.176 - 88.362)	0,22 (0,15 - 0,29)
2018	64.983 (44.392 - 85.573)	0,21 (0,14 - 0,28)
2019	63.660 (44.488 - 82.832)	0,21 (0,14 - 0,27)
2020	61.387 (38.304 - 84.469)	0,20 (0,12 - 0,27)
2021	53.319 (37.091 - 69.547)	0,16 (0,12 - 0,22)
2022	50.481 (35.672 - 65.290)	0,16 (0,11 - 0,21)

* Datos del 2017 corregidos por ajustes en la notificación.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo Problemático y datos de población del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero del año de la estimación.

Estimación del consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada

Metodología

El método empleado para estimar el número de inyectores recientes de drogas (último año) es similar al utilizado para estimar el consumo problemático de heroína y se basa en estimaciones indirectas aplicando el método multiplicador.

En la tabla 2.5.14 se resume la metodología utilizada en 2024 y que se detalla a continuación.

Tabla 2.5.14.

Esquema de la estimación del número de inyectores de drogas recientes (último año). España, 2022.

Estimación del número mínimo de inyectores recientes (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2022 (de 956 inyectores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 576)	60%
2. Número de inyectores recientes (en el último año antes de la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento a partir del TDI	1.247
3. Número de inyectores recientes a partir de TDI (parte 1) (se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de inyectores recientes admitidos a tratamiento del TDI)	2.078
4. Número de inyectores en TMO (parte 2) (hay 51.255 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 9,5% ha utilizado la vía inyectada)	1.948
5. Número mínimo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	4.026
Estimación del número máximo de inyectores recientes (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2022 (de 956 inyectores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 576)	60%
2. Número de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios (TCA)	135.720
3. Número de inyectores en tratamiento en centros ambulatorios	4.208
4. Número de inyectores a partir de TCA (parte 1) (se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de inyectores recientes que han realizado tratamiento en centros ambulatorios)	6.474
5. Número de inyectores en TMO (parte 2) (hay 51.255 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 9,5% ha utilizado la vía inyectada)	1.948
6. Número máximo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	8.422

EDADES 2022: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2022: de este indicador se seleccionan las personas que inician tratamiento por heroína ese año.

TMO: los datos sobre las personas que están en tratamiento por opiáceos se obtienen de la Memoria 2022 de la DGPNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en Centros Ambulatorios se obtienen de la información disponible en la Memoria 2022 de la DGPNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador Consumo problemático.

La encuesta EDADES 2022 permitió, también, mediante el uso del método nominativo descrito anteriormente, actualizar el multiplicador de tratamiento para estimar el número de inyectores de drogas en la población española. Se obtuvieron respuestas válidas de 956 inyectores nominados de los que, según los entrevistados, 576 (60%) habían iniciado un tratamiento por abuso o dependencia de drogas, lo que aplicado a los 1.247 inyectores (inyección en los 12 meses previos a la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento en España en 2022 condujo a una estimación de 2.078 inyectores de drogas recientes en 2022, que no estarían en TMO.

Como ya quedó explicado en el caso del consumo problemático de heroína, es probable que esta cifra esté infraestimada por lo que se hace una estimación paralela aplicando el multiplicador al número de inyectores recientes que realizó tratamiento en centros ambulatorios (TAC), obteniendo 4.208 inyectores. Para obtener esta cifra se asume que se ha inyectado en TAC el mismo porcentaje de usuarios que inician tratamiento (3,1%).

En todo caso, las estimaciones anteriores (2.078 y 4.208) corresponderían, en términos generales, a inyectores que no están en tratamiento de mantenimiento con opioides (TMO). A cada una de estas cifras habría que sumarle 1.948 inyectores que están en TMO. Esta cifra se estima asumiendo que el 40% de esta población ha consumido heroína el último año y que, de éstos, el 9,5% ha utilizado la vía inyectada en 2022.

Resultados

En España en 2022, la cifra estimada de inyectores recientes (último año) se encontraría en la horquilla comprendida entre 4.026 y 8.422 personas, con una estimación media de 6.224 personas (tabla 2.5.15). Se observa una disminución del número estimados de inyectores, confirmando la tendencia descendente que viene observándose en los últimos años.

Tabla 2.5.15.

Estimación del número de Inyectores de drogas recientes (último año). España 2009-2022.

	Número de inyectores recientes	% de inyectores recientes en la población de 15 a 64 años.
	Valor medio (valor mínimo y máximo)	Valor medio (valor mínimo y máximo)
2009	18.549 (14.042 - 23.056)	0,043 (0,057 - 0,071)
2010	15.649 (12.902 - 18.397)	0,048 (0,040 - 0,057)
2011	14.863 (12.067 - 17.659)	0,046 (0,038 - 0,055)
2012	11.865 (9.669 - 14.061)	0,038 (0,030 - 0,044)
2013	9.879 (7.971 - 11.786)	0,030 (0,024 - 0,037)
2014	7.578 (5.634 - 9.522)	0,024 (0,018 - 0,030)
2015	11.048 (6.818 - 15.278)	0,035 (0,021 - 0,049)
2016	12.684 (7.698 - 17.671)	0,041 (0,025 - 0,057)
2017*	13.070 (8.025 - 18.115)	0,042 (0,026 - 0,059)
2018	10.341 (6.318 - 14.365)	0,033 (0,020 - 0,046)
2019	9.158 (5.688 - 12.628)	0,030 (0,018 - 0,041)
2020	8.582 (4.778 - 12.386)	0,028 (0,015 - 0,040)
2021	6.862 (4-091 - 9.633)	0,021 (0,013 - 0,030)
2022	6.224 (4.026 - 8.422)	0,019 (0,012 - 0,028)

* Datos del 2017 corregidos por ajustes en la notificación.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo Problemático y datos de población del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero del año de la estimación.

A large, dark teal number '3' is positioned in the background, partially obscured by the text. The number is thick and has a clean, modern font style.

Sistemas de alerta temprana

3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS-Early Warning System)

Objetivo y funcionamiento

Las medidas adoptadas por los países europeos para prevenir la oferta de drogas se amparan en tres Convenios de las Naciones Unidas (ONU), que ofrecen un marco legal internacional para el control de la producción, el comercio y la posesión de sustancias estupefacientes y psicotrópicas: Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (enmendada en 1972)¹, Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971² y Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988³. El número de sustancias fiscalizadas en virtud de estos convenios va aumentando, y actualmente (mayo de 2024) se ejerce control sobre 141 estupefacientes y 170 sustancias psicotrópicas.

No obstante, la rápida aparición de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) y la diversidad de productos disponibles han supuesto un reto para esos convenios y para los responsables de la formulación de políticas y legisladores europeos.

El Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS)⁴ fue creado en 1997 por la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA)⁵ y la Oficina Europea de Policía (Europol)⁶ en colaboración con los estados miembros de la Unión Europea (UE), en el marco de la Acción Común de 16 de junio de 1997 relativa al intercambio de información, la evaluación de riesgos y el control de las nuevas drogas de síntesis⁷. Cada estado miembro de la UE articula su sistema nacional en función de su organización interna⁸.

El EWS tiene como objetivo detectar, evaluar y responder rápidamente a las amenazas sanitarias y sociales causadas por las NSP. El trabajo del EWS tiene como objetivo crear, mantener y reforzar el conocimiento de la situación, la preparación y las actividades de respuesta a nivel nacional y de la UE a las NSP y ofrece un mecanismo de intercambio de información y de respuesta rápida frente a la aparición de “nuevas drogas” o “nuevas sustancias psicoactivas”, entendiéndose por éstas, “aquellas sustancias en forma pura o de preparado que no estén contempladas en la Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961, modificada por el Protocolo de 1972, ni en el Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, pero que puedan entrañar riesgos para la salud o sociales similares a aquellos que entrañan las sustancias contempladas en dicha Convención y Convenio”. Asimismo, es también posible utilizar la red para dar una alerta relativa a eventos de importancia relacionados con drogas, por ejemplo, muertes o intoxicaciones asociadas con la adulteración o contaminación de las mismas.

1. Convención de 1961 sobre Estupefacientes (enmendada en 1972). https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/1961_Convention.html

2. Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. https://www.incb.org/incb/en/psychotropics/1971_convention.html

3. Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988. https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf

4. EWS. Early Warning System. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system>

5. EUDA - European Union Drugs Agency. <http://www.emcdda.europa.eu/>

6. Europol. <https://www.europol.europa.eu/>

7. Acción común de 16 de junio de 1997 adoptada por el Consejo sobre la base del artículo K.3 del Tratado de la Unión Europea, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas drogas sintéticas (DOL 167 de 25-6-97, p.1)

8. Early Warning System, National Profiles. EMCDDA, Lisbon, May 2012. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/687/EWS_profiles_339065.pdf

En el ámbito de la UE, se revisó el marco jurídico que databa de 2005 (**Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la UE**, de 10 de mayo de 2005⁹), con el fin de establecer un sistema más rápido y eficaz a la hora de actuar frente a estas nuevas amenazas. La nueva legislación mantiene la estrategia de tres pasos para responder a las NSP, **alerta temprana, evaluación del riesgo y medidas de control**, reforzando los procesos existentes, y optimizando y acelerando los procedimientos de recopilación y evaluación de los datos.

La legislación vigente en Europa comprende:

- **Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017**, por la que se modifica la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicoactivas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo¹⁰.
- **Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017**, por el que se modifica el Reglamento (CE) 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicoactivas¹¹.
- **Reglamento (UE) 2023/1322 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de junio de 2023**, sobre la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA) y por el que se deroga el Reglamento (CE) 1920/2006.



La **Directiva (UE) 2017/2103** establece que para que una NSP sea considerada droga a nivel de la UE, es necesario que la Comisión Europea (CE) adopte un acto delegado, que a su vez los Estados miembros deberán recoger en su legislación nacional en el plazo de 6 meses.

El **Reglamento (UE) 2017/2101** incide en las diversas fases del procedimiento que tienen lugar desde el intercambio de información y alertas hasta la evaluación del riesgo. El nuevo procedimiento mantiene la estrategia en tres pasos o fases para dar respuesta: alerta temprana, evaluación del riesgo y medidas de control, pero introduce como novedad la aceleración y optimización de la fase de recopilación y evaluación de la información y reduce los plazos con respecto a los establecidos por la Decisión 2005/387/JAI. Estos cambios fueron en parte promovidos porque desde mediados de la década de 2000 se observó un gran aumento de NSP en Europa alcanzando su máximo histórico en el año 2014. Esto fue impulsado por la globalización y las nuevas tecnologías, como internet, que permitieron su producción, venta y suministro a escala industrial.



9. Decisión 2005/387/JAI del Consejo, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas (DOL127 de 20.5.2005, p. 32)

10. Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017, por la que se modifica la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicoactivas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo (DOL 305 de 21-11-2017, p. 12)

11. Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017, por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicoactivas (DOL 305 de 21-11-2017, p. 1)

El **Reglamento (UE) 2023/1322** en el artículo 8 y siguientes hace especial mención al intercambio de información sobre nuevas sustancias psicoactivas y sistema de alerta temprana de éstas. En este artículo se explica el funcionamiento del EWS. Cada Estado miembro garantizará que sus puntos focales nacionales y su unidad nacional de Europol faciliten oportunamente y sin demora injustificada a la Agencia y a Europol la información disponible sobre nuevas sustancias psicoactivas. Esa información guardará relación con la detección y la identificación, el consumo y las pautas de consumo, la producción, la extracción, la distribución y los métodos de distribución, el tráfico y el uso con fines comerciales, médicos o científicos de esas sustancias y los riesgos tanto potenciales como constatados que presentan.

La Agencia, en cooperación con Europol, recogerá, cotejará, analizará y evaluará la información sobre las nuevas sustancias psicoactivas. Comunicará esa información oportunamente a los puntos focales nacionales, a las unidades nacionales de Europol y a la Comisión, con el fin de facilitarles toda la información necesaria a efectos de la alerta temprana.

Cuando la Agencia, la Comisión o una mayoría de los Estados miembros consideren que la información sobre una nueva sustancia psicoactiva, recogida en uno o más Estados miembros y compartida con estos, suscita preocupación por los riesgos sanitarios o sociales que pudiera plantear a escala de la Unión Europea esa nueva sustancia psicoactiva, la Agencia elaborará un informe inicial sobre la nueva sustancia psicoactiva.

En el plazo de dos semanas tras la recepción del informe inicial, la Comisión podrá pedir a la Agencia que evalúe los riesgos potenciales que entraña la nueva sustancia psicoactiva y que elabore un informe de evaluación del riesgo, cuando del informe inicial pueda inferirse que la NPS podría presentar riesgos graves para la salud pública y, en su caso, riesgos sociales graves. La evaluación del riesgo será realizada por el Comité Científico.

La Agencia desarrollará una capacidad estratégica, basada en datos contrastados, de evaluación de las amenazas para la salud y la seguridad con el fin de detectar, en una fase temprana, nuevas tendencias del fenómeno de las drogas que puedan afectar negativamente a la salud, a las cuestiones sociales, a la seguridad o a la protección en la Unión Europea y, de este modo, contribuir a que las partes interesadas pertinentes estén mejor preparadas para responder de forma efectiva y a tiempo a las nuevas amenazas.

Fase 1: Intercambio de información/alerta temprana

Cuando una nueva sustancia psicoactiva se detecta por primera vez en uno o más Estados miembros de la UE, éstos envían la información disponible de la misma sobre su fabricación, tráfico y uso a la Oficina Europea de la Policía (Europol) en La Haya, y a la EUDA en Lisboa, a través de las unidades nacionales de la Europol y de los puntos focales nacionales de la Red Reitox¹² (comprenden los 27 Estados miembros de la UE, más Noruega y Turquía) teniendo en cuenta las respectivas competencias de dichos organismos.

A esto hay que añadir que la Comisión Europea también forma parte de la Red Reitox como punto focal independiente de los puntos focales nacionales. Asimismo, la EUDA coopera con terceros países candidatos (por ejemplo, Albania o Bosnia) y con otros terceros países (por ejemplo, Reino Unido o Suiza).

En este sentido, cada Estado miembro debe garantizar que se facilite oportunamente y sin dilaciones injustificadas la información disponible, que puede incluir datos relativos a la detección, la identificación, la utilización y las pautas de uso, los riesgos potenciales y constatados, la producción, la extracción, la distribución y los métodos de distribución, el tráfico y el uso con fines comerciales, médicos o científicos y los riesgos tanto potenciales como identificados que presentan esas sustancias.

La Europol y la EUDA recopilan y evalúan la información recibida y, posteriormente, se la comunican a las Unidades Nacionales de la Europol, a los representantes de la Red Reitox del resto de los Estados miembros y a la CE. Esto permite a la red identificar y analizar cualquier amenaza potencial, así como también identificar e implementar cualquier medida de respuesta que pueda ser necesaria. Este proceso permite a los laboratorios forenses y de toxicología incluir la sustancia en su panel analítico.

¹². Red REITOX http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/695/EMCDDA_brochure_ReitoxFAQs_EN_326619.pdf

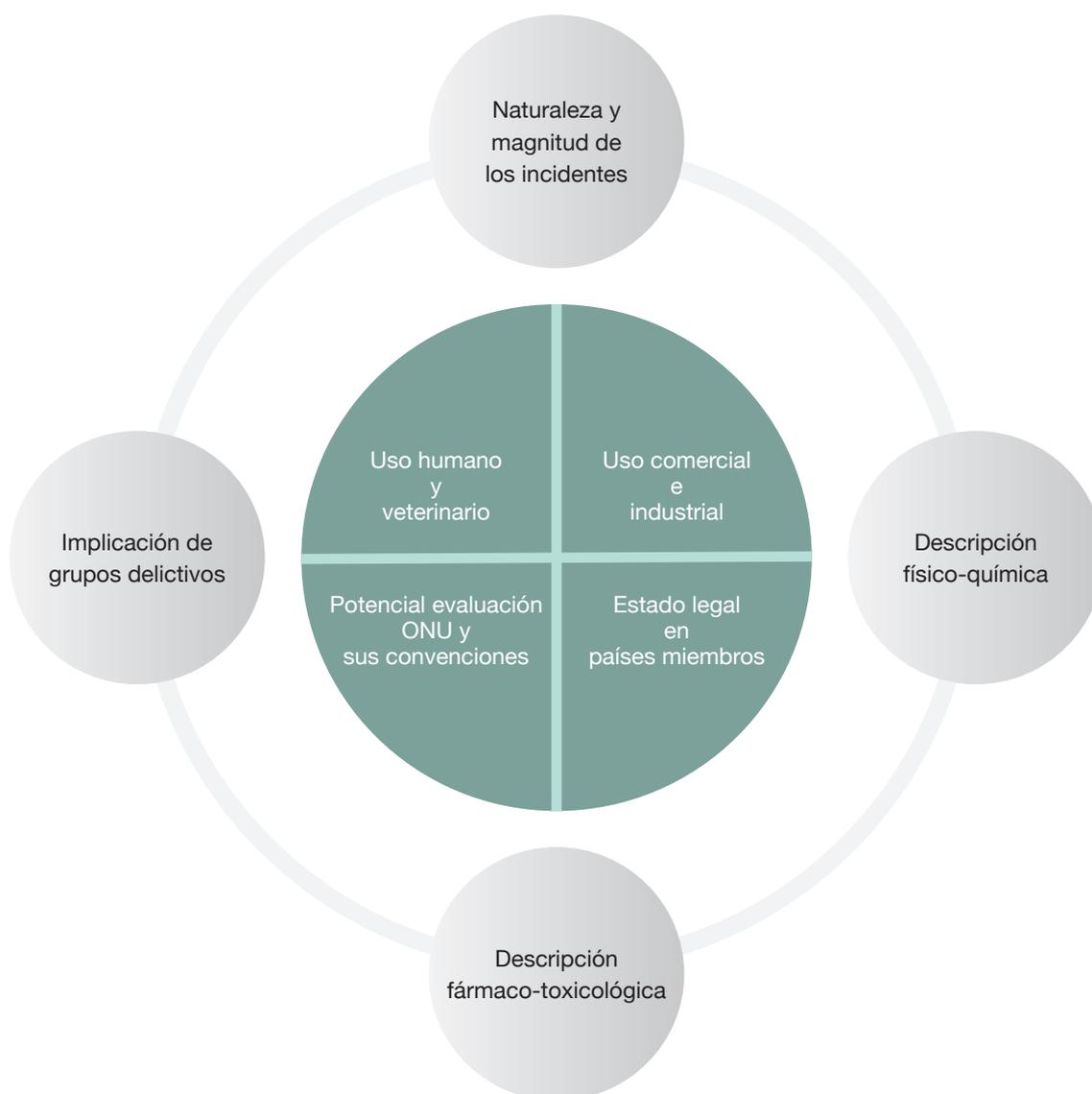
Una vez que una NSP ha sido notificada formalmente, se somete a vigilancia a través del EWS para detectar señales de daño. Para ello, la EUDA utiliza diferentes fuentes de información como datos basados en eventos, vigilancia toxicológica o fuentes de acceso público.

Dependiendo de la señal, las respuestas pueden incluir la vigilancia intensiva de las sustancias, la redacción de comunicados de riesgo y alertas y la producción de un informe inicial que puede derivar en un informe de evaluación de riesgo y posterior fiscalización de una NSP.

Fase 2: informe inicial e informe de evaluación del riesgo

Informe inicial¹³

Cuando la EUDA, la Comisión o la mayoría de los Estados miembros considere que la información así recabada suscita preocupación por los riesgos sociales o resulten en un riesgo para la salud en los países de la UE, la EUDA deberá redactar un informe inicial sobre la nueva sustancia psicoactiva.



13. Informes conjuntos disponibles en https://www.emcdda.europa.eu/publications-database_en?f%5B0%5D=publication_type%3A555

Este informe inicial contendrá:

- Una indicación preliminar de la naturaleza y magnitud de los incidentes que revelen **problemas sociales y de salud** con los que pudiera estar relacionada la nueva sustancia psicoactiva, el número de tales incidentes y las pautas de consumo de la nueva sustancia psicoactiva.
- Una indicación preliminar de la **descripción química y física** de la nueva sustancia psicoactiva, así como de los métodos y los precursores utilizados en su producción o extracción.
- Una indicación preliminar de la **descripción farmacológica y toxicológica** de la nueva sustancia psicoactiva.
- Una indicación preliminar de la **participación de organizaciones delictivas** en la producción o la distribución de la nueva sustancia psicoactiva.
- Información sobre el **uso médico y veterinario** de la nueva sustancia psicoactiva, entre otros, como principio activo de un medicamento de uso humano o de un medicamento veterinario.
- Información sobre los **usos comerciales e industriales** de la nueva sustancia psicoactiva, el alcance de dichos usos y su empleo con fines de investigación y desarrollo científicos.
- Información sobre si la NPS está sujeta a **medidas restrictivas** en cualquier Estado miembro.
- Información sobre si la NPS es o ha sido objeto de **evaluación** en el marco del sistema de las **Naciones Unidas**.
- Cualquier **otra información** pertinente de que se disponga.

La EUDA dispone de un plazo de 5 semanas desde la recepción de las solicitudes de información para elaborar el informe inicial y presentarlo a la CE.

El Reglamento recoge también la posibilidad de que la EUDA presente un informe inicial conjunto en el caso de recoger información sobre varias sustancias psicoactivas de estructura química similar, siempre que las características de cada una de ellas estén claramente identificadas. En este caso, dispone de un periodo de 6 semanas desde la recepción de la información antes reseñada para elaborar el informe inicial conjunto y presentarlo a la CE.

Procedimiento e informe de evaluación del riesgo¹⁴

La Comisión dispondrá de un plazo de 2 semanas desde la recepción del informe inicial para solicitar a la EUDA que evalúe los riesgos potenciales de la sustancia, si de aquel se desprende que pudiese conllevar riesgos graves para la salud pública o riesgos sociales graves. El plazo y los motivos son los mismos en el caso de que se haya realizado un informe inicial conjunto.

Estos informes de evaluación de riesgos deberán contener la siguiente información:

- La información disponible sobre las **propiedades químicas y físicas** de la nueva sustancia o sustancias psicoactivas, así como los métodos y los precursores utilizados en su producción o extracción.
- La información disponible sobre las **propiedades farmacológicas y toxicológicas** de la nueva sustancia o sustancias psicoactivas.
- Un **análisis de los riesgos para la salud** asociados a la nueva sustancia o sustancias psicoactivas, en particular, con respecto a su toxicidad aguda y crónica, la propensión al abuso, el riesgo de producir dependencia y sus efectos a nivel físico, mental y comportamental.
- Un análisis de los **riesgos sociales** asociados a la nueva sustancia o sustancias psicoactivas, en particular, sus repercusiones en el funcionamiento de la sociedad, el orden público y las actividades delictivas, y la participación de organizaciones delictivas en la producción, distribución, métodos de distribución y tráfico de la nueva sustancia o sustancias psicoactivas.
- La información disponible sobre el **alcance del consumo y las pautas de consumo** de la nueva sustancia o sustancias psicoactivas, su disponibilidad y su potencial de difusión dentro de la Unión Europea.

14. Informes de evaluación de riesgo: https://www.emcdda.europa.eu/activities/ews/risk-assessment-new-psychoactive-substances-NSP_en

- La información disponible sobre los **usos comerciales e industriales** de la nueva sustancia o sustancias psicoactivas, el alcance de dichos usos y su empleo en la investigación y el desarrollo científicos.
- Cualquier **otra información** pertinente de que se disponga.

El Comité Científico llevará a cabo una evaluación del riesgo a fin de evaluar los riesgos que presente la NPS o el grupo de nuevas sustancias psicoactivas. Para cada una de dichas evaluaciones del riesgo, la Comisión, la Agencia, Europol y la Agencia Europea de Medicamentos tendrán derecho a designar a dos observadores cada uno.

Para presentar un informe de evaluación del riesgo a la Comisión y a los estados miembros, la EUDA dispone de un plazo de 6 semanas a contar desde el momento de la solicitud del mismo por la Comisión.

Fase 3: Toma de decisión

La legislación dispone que, sobre la base de la evaluación del riesgo, la Comisión deberá adoptar sin dilaciones indebidas un acto delegado que suponga la inclusión de la nueva sustancia psicoactiva en el listado UE correspondiente, al tiempo que debe establecer los riesgos graves que entraña para la salud pública y, en su caso, riesgos sociales graves a escala de la UE, y que quedan incluidas en la definición de droga.

La Comisión dispone de un plazo de 6 semanas desde la recepción del informe de evaluación del riesgo para decidir si es necesaria o no la adopción de ese acto delegado y en este último caso deberá presentar un informe al Parlamento Europeo y al Consejo de la UE explicando sus razones.

La Comisión realizará consultas apropiadas y transparentes tanto al Parlamento Europeo como al Consejo. Estos tienen un plazo de 2 meses para estudiar la propuesta de acto delegado presentado por la Comisión y, si no hay objeción al mismo, éste se publicará en el Diario Oficial de la UE. Los Estados miembros tendrán un plazo de 6 meses para transponer la norma así adoptada a su legislación nacional.

Evaluación de las amenazas para la salud y la seguridad y preparación frente a dichas amenazas

La Agencia podrá poner en marcha una evaluación de las amenazas para la salud y la seguridad por iniciativa propia sobre la base de un análisis interno de las señales obtenidas a través del seguimiento ordinario, la investigación u otras fuentes de información adecuadas.

La evaluación de las amenazas para la salud y la seguridad consistirá en un análisis rápido de la información existente y, en caso necesario, en la recogida de nueva información a través de las redes de información de la Agencia. La Agencia desarrollará métodos científicos de evaluación rápida adecuados.

Cuando, a raíz de una evaluación de las amenazas para la salud y la seguridad, la Agencia elabore un informe de evaluación de las amenazas para la salud y la seguridad, dicho informe describirá la amenaza detectada, la situación existente a la luz de los datos disponibles y las posibles consecuencias en caso de inacción. El informe de evaluación de las amenazas para la salud y la seguridad expondrá las opciones de preparación y respuesta que puedan adoptarse para mitigar y dar respuesta a la amenaza detectada, entre las que se incluirán, cuando sea posible, intervenciones basadas en datos contrastados dirigidas a la reducción de la demanda, la reducción de los riesgos y los daños y la recuperación. El informe de evaluación de las amenazas para la salud y la seguridad también podrá incluir posibles medidas de seguimiento. La Agencia enviará el informe de evaluación de las amenazas para la salud y la seguridad a la Comisión y, cuando proceda, a los Estados miembros.

La Agencia cooperará estrechamente con los Estados miembros, con otros órganos y organismos de la Unión y con organizaciones internacionales en la realización de la evaluación de las amenazas para la salud y la seguridad, y los hará partícipes de dicha evaluación cuando proceda. Cuando la amenaza potencial ya sea objeto de un análisis en el marco de otro mecanismo de la Unión, la Agencia no realizará la evaluación de amenazas para la salud y la seguridad.

Con el acuerdo de la Comisión, la Agencia realizará evaluaciones de las amenazas para la salud y la seguridad relacionadas con las drogas que surjan fuera de la Unión Europea y que puedan afectar a la salud, las cuestiones sociales, la seguridad o la protección dentro de la UE.

La Agencia realizará un seguimiento de la evolución de la situación y, cuando sea necesario, actualizará las evaluaciones de las amenazas para la salud y la seguridad en consecuencia.

Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa

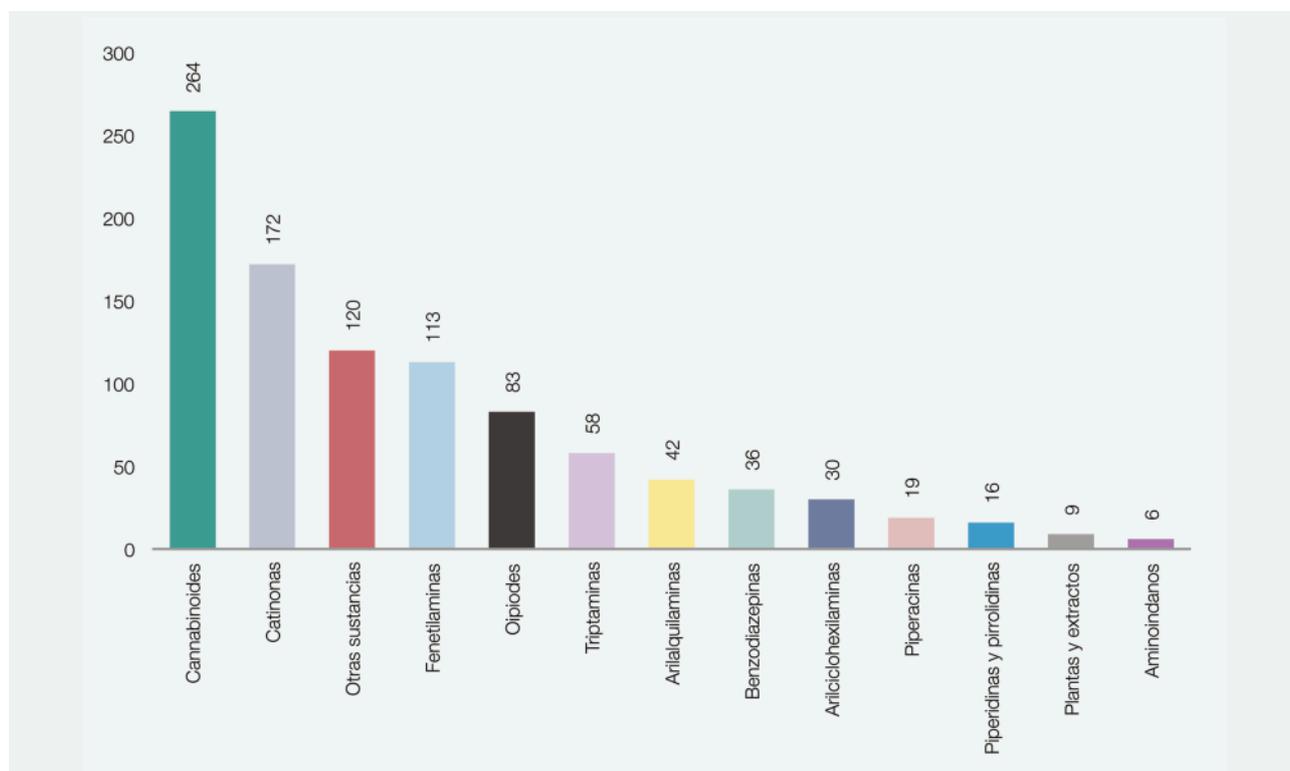
La EUDA publica periódicamente información sobre las actividades del EWS y la situación de las NSP en Europa¹⁵. A continuación, se resumen algunos datos elaborados a partir de información disponible en la EUDA, así como información relevante obtenida del *Informe Europeo sobre Drogas 2023*¹⁶, en los que se resalta que las NSP suponen un reto cambiante para la política sobre drogas.

NPS en vigilancia por la EUDA

A fecha 21 de mayo de 2024, la EUDA monitorizaba 968 NSP identificadas en Europa. De ellas, 264 pertenecen al grupo de los cannabinoides, que es el grupo con mayor número de sustancias en vigilancia. Le siguen, por orden, las catinonas, el grupo de "otras sustancias" y las fenetilaminas con 172, 120 y 113 sustancias vigiladas, respectivamente (ver figura 3.1.1).

Figura 3.1.1.

Número de sustancias psicoactivas que vigila el Sistema de Alerta Temprana de la UE a fecha 21 de mayo de 2024.



FUENTE: Elaboración a partir de datos de la EUDA.

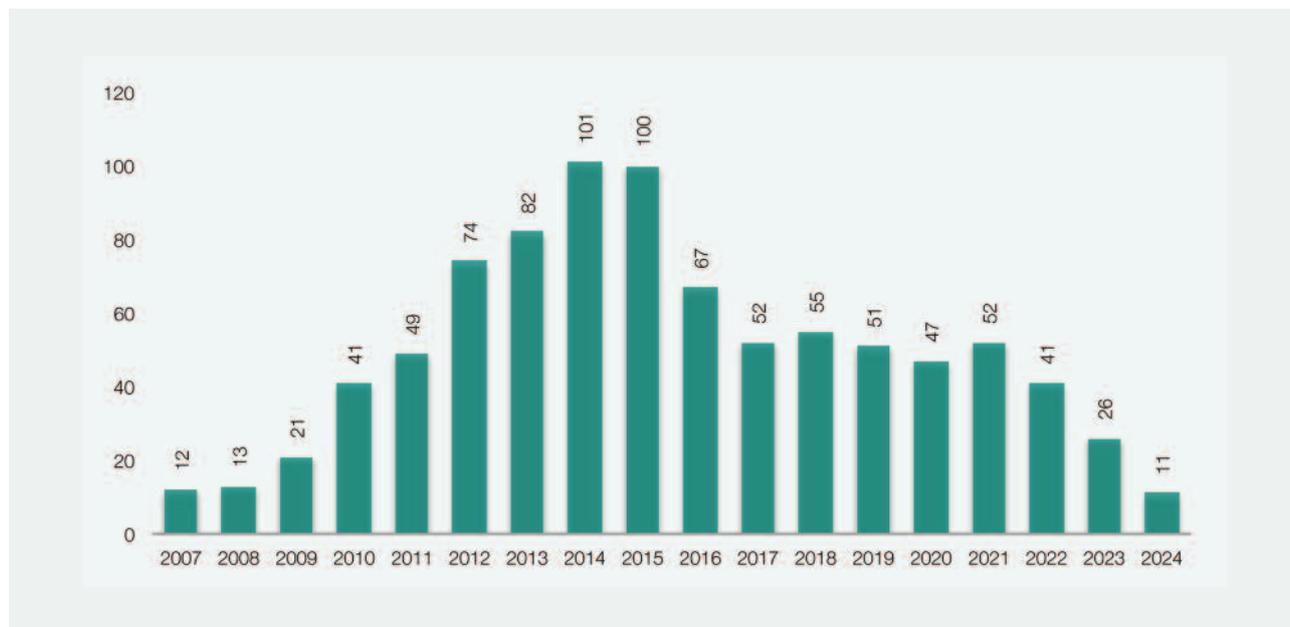
15. Early Warning System on NSP http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system_en

16. Informe Europeo sobre Drogas. 2023: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en

De estas 968 NSP, 41 fueron comunicadas por primera vez en Europa en 2022 y 26 en 2023. Esto representa un importante descenso de NSP introducidas en el mercado europeo por primera vez con respecto a los años 2014-2015 (ver figura 3.1.2). Esta caída puede reflejar los esfuerzos para controlar nuevas sustancias en Europa además de las restricciones en la producción en países productores como China.

Figura 3.1.2.

Número de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la UE, 2007-2024.



FUENTE: Elaboración a partir de datos de la EUDA.

En 2022 se detectaron en el mercado europeo 388 NSP en incautaciones.

En cuanto al **número de incautaciones**, a lo largo de 2022, se notificaron unas 38.860 incautaciones de NSP al Sistema de Alerta Temprana de la EUDA (incluyendo lo notificado por la UE, Turquía y Noruega). De ellas, 26.390 fueron notificadas por los veintisiete Estados miembros de la UE (figura 3.1.3). Como muestra la figura, en 2022 vuelve a descender el número de incautaciones, tras el aumento observado el año anterior.

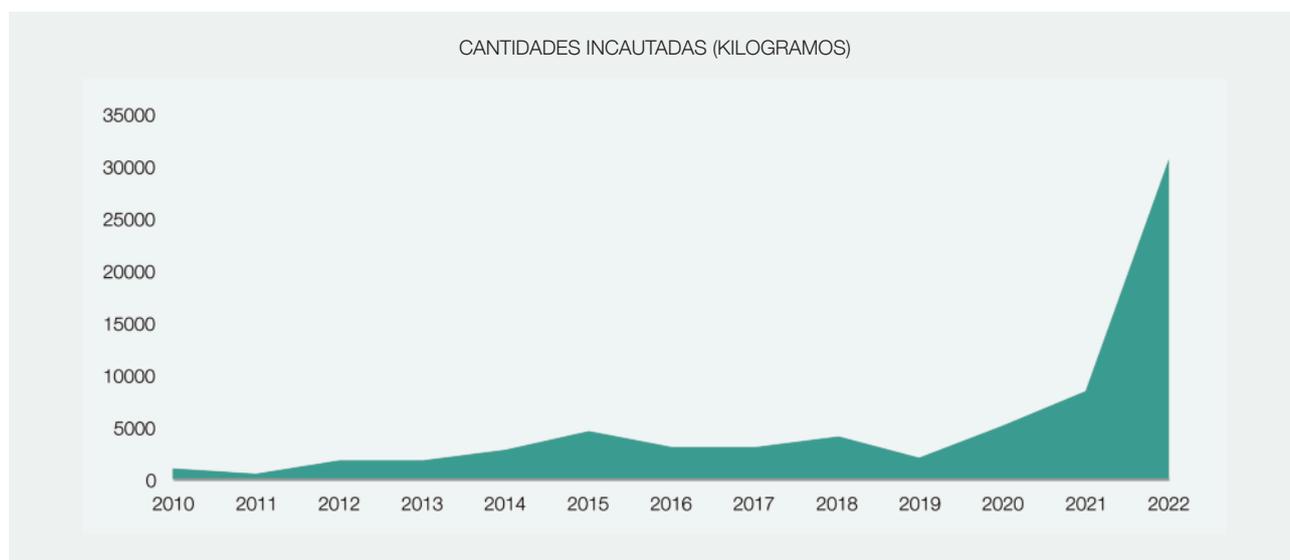
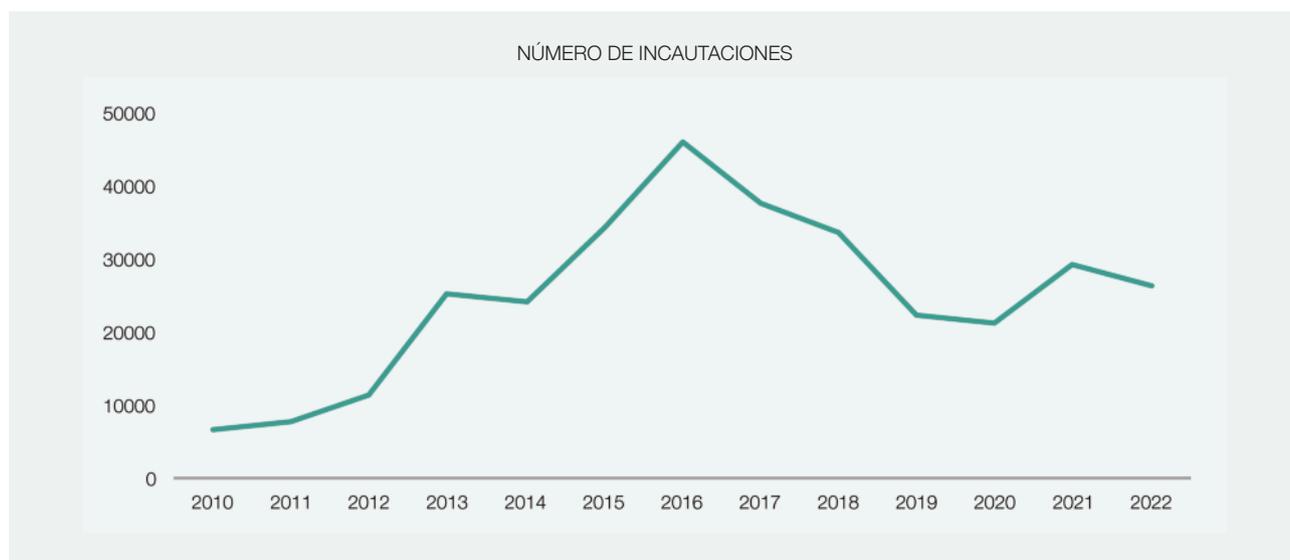
Si esta información la trasladamos a **cantidades incautadas**, se estima que los estados miembros de la UE notificaron un total de 30,7 toneladas de NSP (principalmente polvo) incautadas en 2022 (figura 3.1.3) y si incluimos a Turquía y Noruega, esta cantidad asciende a 31,8 toneladas.

Estas cantidades incautadas en 2022 suponen un incremento importante con respecto al material incautado en 2021. El aumento se debió a un número reducido de grandes incautaciones de catinonas (3-CMC, 3-MMC, 2-MMC), así como de ketamina y GBL. Además, se incautaron 1.472 litros de líquidos que contenían NSP, principalmente GBL (1.234 litros) y HHC (96 litros).

En 2022, sólo cinco sustancias representaron más del 90% de la cantidad de nuevas sustancias psicoactivas incautadas en los países de la UE: cuatro catinonas (3-CMC, 3-MMC, 2-MMC y N-ethylnorpentedrone, que ascienden a 24,8 toneladas vs 3,5 toneladas en 2021), y ketamina (2,8 toneladas vs 0,9 toneladas en 2021) y GBL (2,0 toneladas).

Figura 3.1.3.

Incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por los países de la UE al Sistema de Alerta Temprana de la UE: tendencias en el número de incautaciones y cantidades incautadas, 2010-2022.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Número de incautaciones	6.475	7.891	11.410	25.208	24.154	34.188	45.950	37.578	33.618	22.446	21.235	29.373	26.390
Cantidad incautada (kilogramos)	1.110,3	676,2	1.805,1	1.940,1	2.925,1	4.599,4	3.174,6	3.018,4	4.118,7	2.042,9	5.133,8	8.526,1	30.681,8

FUENTE: EUDA. European Drug Report 2024.

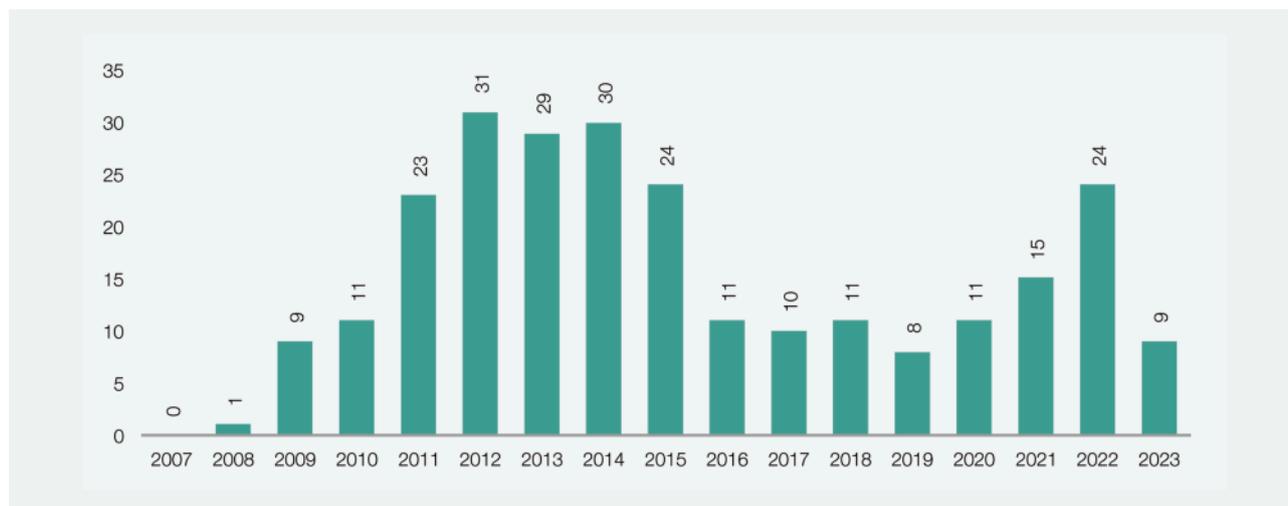
Cannabinoides sintéticos

En 2023, el Sistema de Alerta Temprana de la UE recibió informes de 9 nuevos cannabinoides, lo que supone un descenso con respecto a los 24 nuevos cannabinoides notificados en 2022 (figura 3.1.4). Así, el número total de cannabinoides bajo seguimiento en 2023 se eleva a 254.

En 2022 las incautaciones de cannabinoides sintéticos como material herbáceo ascendieron a 281 kilogramos (385 en 2021). El 30% de este material incautado son productos herbáceos de cannabis con bajo contenido de THC, lo que supone 76 kilogramos (242 kg en 2021). Las muestras fueron reportadas como "cáñamo" o "cannabis" o que contenían THC, CBD o CBG.

Figura 3.1.4.

Número de cannabinoides sintéticos notificados por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la UE, 2007-2023.



FUENTE: EUDA. European Drug Report 2024.

Catinonas sintéticas

Las catinonas sintéticas están relativamente bien establecidas en algunos mercados europeos de drogas. Se venden como sustitutos de estimulantes como la anfetamina. En 2022 se siguieron incautando grandes cantidades de catinonas como la 3-CMC y la 3-MMC. Las grandes cantidades de catinonas encontradas en algunas incauciones individuales en su mayoría proceden de la India, aunque hay información que sugiere que las catinonas se producen cada vez más en Europa, con mayor sofisticación. La adulteración de productos de MDMA con catinonas sintéticas puede aumentar el riesgo de daños potenciales. En 2022 y 2023 el Sistema de Alerta Temprana de la UE observó un aumento de las notificaciones de catinonas sintéticas vendidas como MDMA o utilizadas para adulterar la MDMA.

Opioides sintéticos

Se han notificado 81 nuevos opioides sintéticos entre 2009 y 2023, de los que 7 fueron notificados por primera vez en 2023 (figura 3.1.5). Entre estos 7 hay 6 opioides nitazenos, sustancias de alta potencia, en algunos casos cientos de veces más potentes que la heroína. Se trata del mayor número de opioides nitazenos notificados en un solo año.

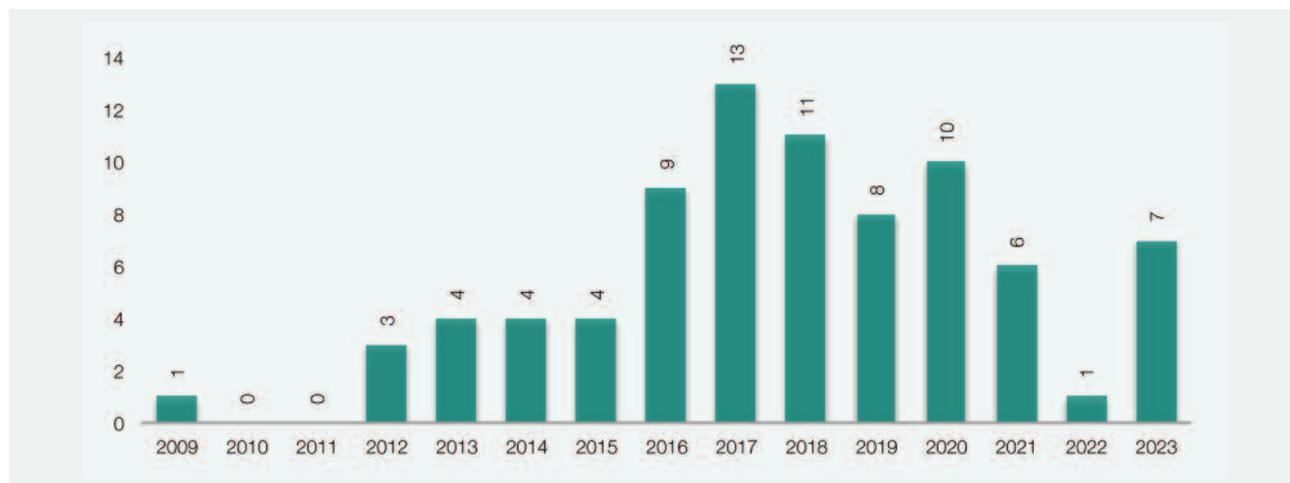
En 2022 se notificaron al Sistema de Alerta Temprana de la UE 749 incauciones de nuevos opioides, de las cuales el 40% contenía carfentanilo y el 22% tramadol. Se incautaron un total de 16,6 kilogramos de material, de los cuales el 50% (8,2 kilogramos) contenía carfentanilo y el 31% (5,2 kilogramos) tramadol. La mayoría de las incauciones se produjeron en el norte de Europa: Estonia, Letonia, Lituania, Suecia y Finlandia comunicaron el 87% de las incauciones y el 67% (15,2 kilogramos) de la cantidad incautada. Con respecto a las incauciones del año anterior, en 2022 aumentó un poco el número de incauciones, pero sobre todo aumentó bastante la cantidad total de material incautado, que pasó a ser el doble respecto a 2021.

Respecto a los opioides nitazenos, hasta la fecha se han identificado 16 en Europa. Estos opioides surgieron tras medidas de control, introducidas tanto en los países productores como en otros lugares, para reducir la disponibilidad de derivados del fentanilo. Los opioides sintéticos suelen ser muy potentes, lo que significa que una pequeña cantidad puede ser suficiente para producir una gran cantidad de dosis típicas de la calle y puede representar un mayor riesgo de intoxicación potencialmente mortal. Estas sustancias se han relacionado con muertes inducidas por drogas y brotes de intoxicaciones causadas por nitazenos vendidos como heroína, que provocaron un consumo involuntario y múltiples sobredosis. Los acontecimientos relacionados con los nitazenos son señales de los cambios en el mercado de opioides en Europa. Es necesario considerar e investigar más a fondo qué medidas de reducción de daños y de prevención son

eficaces para reducir los riesgos de mortalidad asociados al consumo de opioides sintéticos. Por ejemplo, se ha sugerido la necesidad de adaptar los enfoques de suministro del antagonista opiáceo naloxona para responder más eficazmente a los riesgos sanitarios que plantean los opioides sintéticos.

Figura 3.1.5.

Número de opioides sintéticos notificados por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la UE, 2009-2023.



FUENTE: EUDA. European Drug Report 2024.

Estimación de consumo de nuevas sustancias psicoactivas

Las estimaciones nacionales del consumo de nuevas sustancias psicoactivas (con exclusión de la ketamina y el GHB) en el último año entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años) oscilan entre el 0,1% en Letonia y Noruega y el 5,1% en Rumanía. Entre los escolares de 15-16 años, la encuesta europea más reciente, ESPAD 2019, estimó que el consumo a lo largo de la vida de nuevas sustancias psicoactivas oscilaba entre el 0,9% y el 6,6%, con el consumo a lo largo de la vida de cannabinoides sintéticos entre el 1,1% y el 5,2% y catinonas sintéticas entre el 0,2% y el 2,5%.

3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)

Normativa, objetivo y funcionamiento

Normativa

La **Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea (UE)** requirió que cada país miembro de la UE contase con un sistema nacional de intercambio de información y un sistema de recopilación de datos sobre nuevas sustancias para enviar informes a la EUDA y a la Oficina Europea de la Policía (Europol).

Esta Decisión está derogada y la normativa comunitaria vigente está actualmente compuesta por¹:

- **Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017**, por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicoactivas.
- **Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017**, por la que se modifica la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicoactivas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo.
- **Reglamento (UE) 2023/1322 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de junio de 2023**, sobre la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA) y por el que se deroga el Reglamento (CE) 1920/2006.

En España, con objeto de implementar el marco legal del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) y proporcionar a su actividad la cobertura jurídica necesaria, se utilizaron tanto disposiciones normativas de carácter específico en materia de control y fiscalización estatales de sustancias estupefacientes y sustancias psicotrópicas, como también disposiciones normativas de carácter genérico en materia sanitaria o de protección de la salud pública (principalmente normas con preceptos o contenidos preventivos,



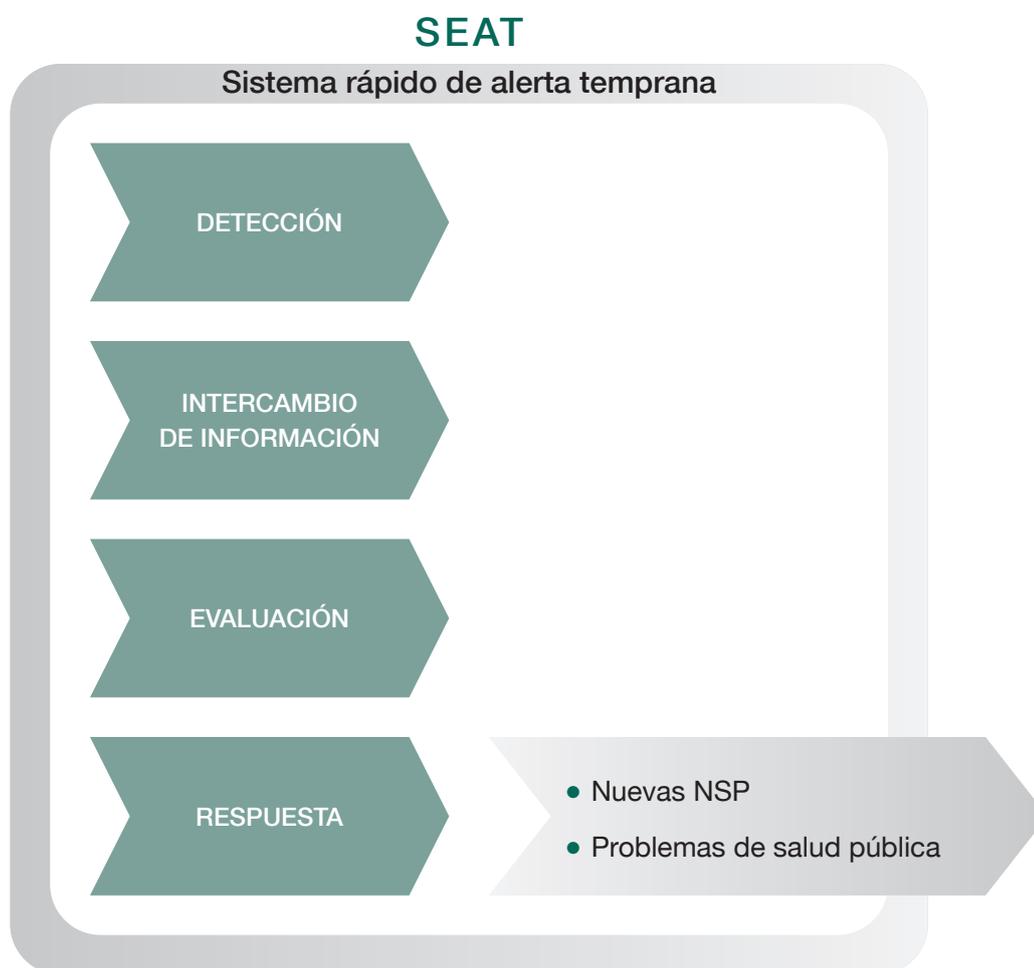
1. Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017, por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicoactivas (DOL 305 de 21-11-2017, p. 1).

Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017, por la que se modifica la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicoactivas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo (DOL 305 de 21-11-2017, p. 12).

incluyendo en este ámbito también las penales) que ya estaban vigentes. El nuevo marco normativo europeo para la actividad del EWS proporciona la cobertura necesaria para la actividad del SEAT al ser el Reglamento (UE) 2017/2101 y el Reglamento (UE) 2023/1322 de directa aplicación.

Objetivo

El objetivo general del SEAT es disponer de un sistema rápido de alerta temprana para la detección, intercambio de información, evaluación y respuesta frente a la aparición de nuevas sustancias o de eventos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas que puedan generar un problema de salud pública. Se entiende por “nuevas sustancias psicoactivas” (NSP) “aquellas sustancias en forma pura o de preparado que no estén contempladas en la Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961, modificada por el Protocolo de 1972, ni en el Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, pero que puedan entrañar riesgos para la salud o sociales similares a aquellos que entrañan las sustancias contempladas en dicha Convención y Convenio”.



La información resultante de este sistema debe ser útil a diferentes niveles (usuarios de drogas, profesionales en el ámbito de drogas, procesos de fiscalización/judiciales, etc.).

El SEAT es responsable de coordinar las acciones, en este terreno, a nivel nacional y, a su vez, es el interlocutor con el resto de los organismos responsables de los sistemas de alerta temprana a nivel internacional.

Funciones:

- Identificar las NSP (incluyendo precursores) que circulan por el territorio nacional y difundir información clara y veraz entre los actores implicados.
- Detectar y difundir la información relativa a las consecuencias mortales y no mortales, relativas al uso y abuso de sustancias psicoactivas, que puedan generar un problema de salud pública. Éstas pueden ser debidas al uso de nuevas sustancias, pero también por nuevas combinaciones de sustancias psicoactivas, vía de administración, contaminación por agentes infecciosos, adulteración, entre otros.

Funcionamiento

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), perteneciente al Ministerio de Sanidad, es la responsable del correcto funcionamiento del SEAT, así como del cumplimiento de lo establecido por la normativa europea vigente y ha venido notificando la detección de NSP y eventos relacionados con su uso al EWS desde su creación, como parte de las actividades de comunicación a la EUDA.

El SEAT se configura como una red, en la que todos sus miembros se encuentran interrelacionados (figura 3.2.1). La red se activa en caso de alerta, independientemente de la procedencia de ésta y da lugar a un intercambio multidireccional de información entre sus miembros, que notifican la presencia, ausencia o amplían datos relacionados con la alerta comunicada en sus respectivos ámbitos de actuación. Posteriormente, la información recopilada es analizada por la DGPNSD [Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)], y se distribuye entre los integrantes de la red, resaltando, entre otros asuntos, las fuentes de la información, si la alerta se considera finalizada o no y los pasos a seguir (vigilancia, puesta en marcha de medidas de respuesta o control, etc.).

La red del SEAT además de tener relaciones internacionales con instituciones europeas también tiene cobertura estatal y trabaja a dos niveles: a nivel nacional, fundamentalmente a través de la Administración General del Estado (AGE), y a nivel autonómico. La colaboración de Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), es muy relevante para el SEAT y sus aportaciones resultan claves para la red al desarrollar su labor en proximidad a los usuarios.

A continuación, se describe brevemente el papel de cada uno de estos niveles:

Administración General del Estado (AGE)

- **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)**, del Ministerio de Sanidad. El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) es el punto nodal de la Red, junto con el CITCO, centralizando la recogida, análisis y difusión de la información.

Entre sus actividades se incluyen la difusión a toda la red SEAT de información actualizada sobre la detección de NSP en España y en Europa².

El OEDA es el interlocutor con el EWS a través de la EUDA, notificando las NSP detectadas en España, así como eventos relacionados con el uso de las mismas.

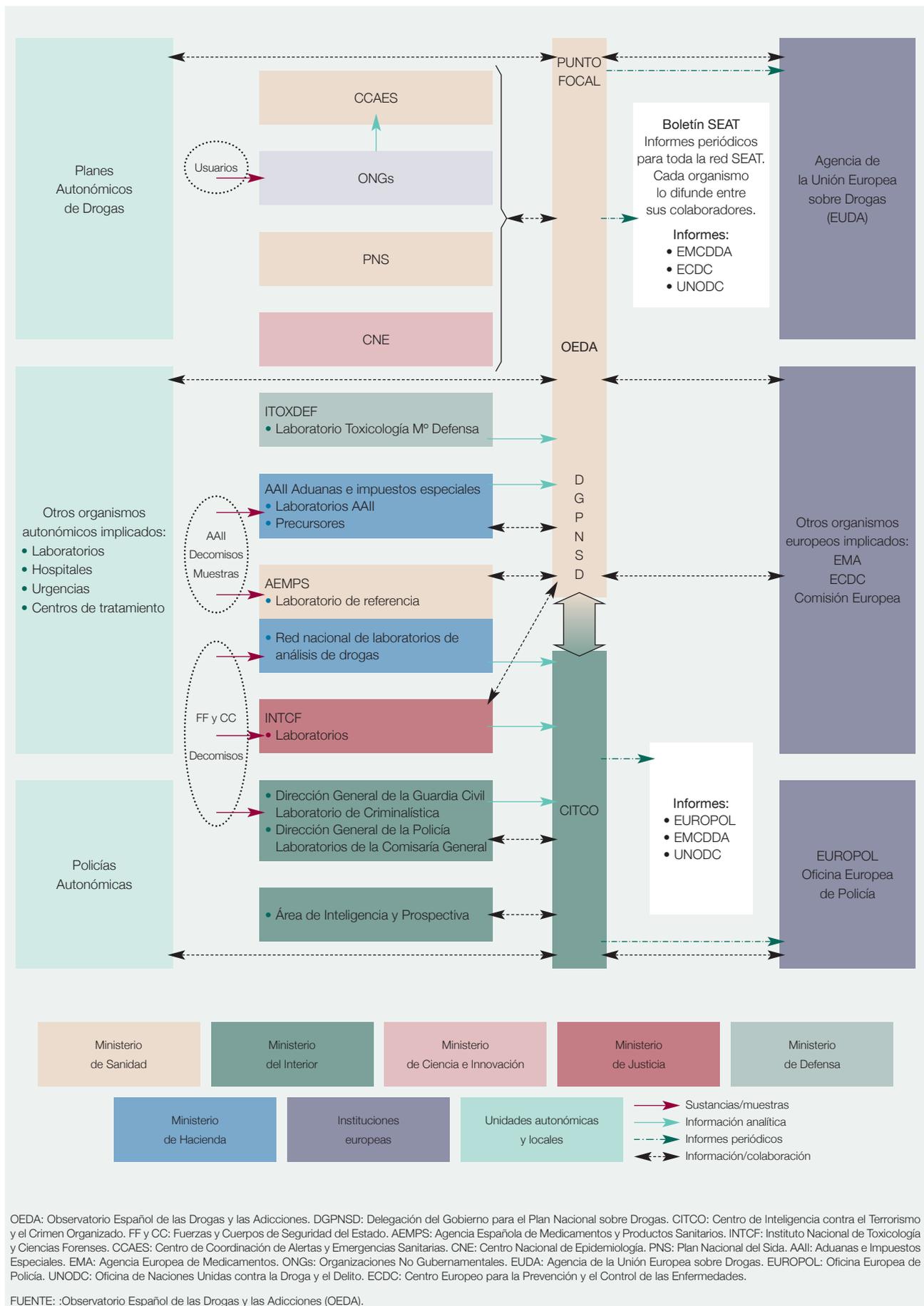
- **Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO)**, del Ministerio del Interior. Junto con el OEDA, es el punto nodal de la red del Sistema Español de Alerta Temprana y el interlocutor con la Europol.

El Área de Inteligencia y Prospectiva es responsable de recabar la información relacionada con la incautación y detección de nuevas sustancias que son analizadas por los diferentes laboratorios oficiales. El Área de Precursores es responsable de facilitar información relacionada con los precursores de drogas, entendidas como las sustancias químicas que se desvían de su curso legal y se utilizan para la elaboración de distintos tipos de drogas.

2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT): <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

Figura 3.2.1.

Esquema del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).



- **Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF)**, del Ministerio de Justicia, que une a su misión específica, la de informar a la Administración Pública y difundir información relativa a ciencias forenses. Dentro de los Servicios de Química y Drogas, se evalúan tanto muestras biológicas (procedentes de autopsias judiciales y de individuos vivos) como muestras no biológicas (investigación de drogas tóxicas, estupefacientes y psicótopos) en incautaciones.
- **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)**, del Ministerio de Sanidad. Es responsable de la recogida y notificación de incidencias relacionadas con el uso/abuso de medicamentos y productos sanitarios para uso humano, y el interlocutor con la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Notifica al CITCO y al OEDA información relativa a los análisis de drogas decomisadas que lleva a cabo en sus laboratorios.

Dentro de las Áreas y Dependencias de Sanidad y Política Social de las Delegaciones y Subdelegaciones de Gobierno, los Servicios de Inspección Farmacéutica y Control de Drogas desempeñan su actividad, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente, en tres ámbitos:

- La gestión y análisis de drogas procedentes del tráfico ilícito.
- El control sanitario en frontera.
- La inspección de instalaciones de fabricación y/o importación o de distribución de medicamentos y sus principios activos, productos sanitarios, cosméticos y productos de cuidado personal, de acuerdo con las competencias atribuidas a la AEMPS.

Estas actividades se desarrollan bajo la coordinación funcional de la AEMPS, de acuerdo con lo recogido en su estatuto, el Real Decreto 1275/2011, de 16 de septiembre, por el que se crea la Agencia estatal “Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios” y se aprueba su Estatuto, tanto en su artículo 7.40 relativo a sus competencias como en el artículo 28 sobre el Comité de Coordinación de Servicios Farmacéuticos Periféricos.

A la AEMPS, en el desarrollo de la función de coordinación que le asigna su Estatuto, le corresponde la ejecución de las siguientes actuaciones:

- Planificar las necesidades de los laboratorios de las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno.
- Distribución de patrones de referencia.
- Establecer las normas de calidad.
- Desarrollo de los procedimientos técnico-analíticos.

Además, en relación con el tráfico ilícito de estupefacientes, el laboratorio de estupefacientes y psicótopos de la AEMPS realiza los análisis cuantitativos y cualitativos de drogas tóxicas, estupefacientes y psicótopos decomisadas en el tráfico ilícito remitidas por el Área de Sanidad y Política Social de la Delegación del Gobierno en Madrid y por las Áreas y Dependencias de Sanidad y Política Social de las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno, cuando estos análisis, por diversos motivos, no puedan ser realizados en dichos laboratorios.

Respecto a la gestión y análisis de drogas procedentes del tráfico ilícito, las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno desarrollan actividades a lo largo de todas las etapas del proceso: recepción, custodia, análisis y destrucción, con la coordinación técnica de la AEMPS en las actuaciones de los laboratorios de drogas y la dotación personal, medios técnicos y materiales por parte de la Dirección General de la Administración General del Estado en el Territorio del Ministerio de Política Territorial y Función Pública a las denominadas Unidades de Recepción Custodia y Destrucción (URCD) y a los laboratorios adscritos a estas Delegaciones y Subdelegaciones.

- **Centro del Control de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES)**, del Ministerio de Sanidad, es responsable de centralizar las alertas y emergencias que surgen en el ámbito general de la Salud Pública.
- **Plan Nacional sobre el Sida (PNS)**, del Ministerio de Sanidad. Se encarga de la recogida, análisis y notificación de información sobre NSP en el ámbito de sus competencias.
- **Centro Nacional de Epidemiología (CNE)**, del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, realiza estudios epidemiológicos de problemas emergentes, evaluaciones de riesgo de situaciones epidémicas y otros riesgos para la salud, además de intervenciones en el ámbito de la Salud Pública.

- **Servicios de Aduanas e Impuestos Especiales (AAII)**, del Ministerio de Hacienda y Función Pública, son responsables del registro y notificación de las incautaciones realizadas en el marco de su ámbito competencial, así como de los resultados de análisis realizados en sus laboratorios.
- **Instituto de Toxicología de la Defensa (ITOXDEF)**, de las Fuerzas Armadas, es responsable de la realización de los análisis correspondientes a los problemas de salud en su ámbito de actuación. El ITOXDEF cuenta con el laboratorio de referencia de drogas de las Fuerzas Armadas, en el que se realizan los análisis de drogas de abuso tóxicas, estupefacientes y psicótopos.
- **Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado**, responsables de la investigación de casos de tráfico de drogas. Forman parte de la red SEAT unidades de Policía Científica, de Policía Judicial y de Guardia Civil.

Unidades Autonómicas y Locales

- **Planes Autonómicos de Drogas**, dirigidos por los Comisionados de Drogas de las respectivas comunidades y ciudades autónomas, son responsables de la centralización y la diseminación de la información relativa al SEAT.

Asimismo, se encargan de la recogida de los datos e incidencias de los dispositivos sanitarios y sociales relacionados con el consumo de drogas y las drogodependencias (indicadores de problemas asociados al consumo de drogas: admisión a tratamiento por consumo de drogas, urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, mortalidad relacionada con el consumo de drogas, etc.) y su notificación a la DGPNSD.

En los municipios que cuentan con políticas y recursos asistenciales y sociales propios en materia de drogodependencias, la notificación se realiza a los planes autonómicos correspondientes y, desde éstos, a la DGPNSD.

- **Cuerpos de Policía Autonómica**, que desarrollan su labor en estrecha colaboración con el Cuerpo Nacional de Policía y la Guardia Civil.
- **Laboratorios de las comunidades/ciudades autónomas**. En algunos casos, los análisis de las drogas se hacen en laboratorios dependientes de las comunidades/ciudades autónomas.

Organizaciones no gubernamentales y otras entidades

La DGPNSD promueve el desarrollo de numerosos programas de prevención, tratamiento y rehabilitación en el ámbito de las drogodependencias, que son implementados por ONGs, institutos de investigación y otras entidades que forman parte activa del SEAT, notificando todas aquellas incidencias relevantes. Estas entidades pueden operar a nivel nacional o autonómico.

- Entre las **ONGs** con participación en el SEAT se encuentran Energy Control³, Ai Laket⁴ y Cruz Roja Española⁵.
- Como **grupo de investigación**, forma parte del SEAT la red ESAR-Net, dedicada al estudio de aguas residuales con fines epidemiológicos y otros indicadores de uso de sustancias de abuso⁶.
- Como entidades de los **servicios sanitarios** forman parte de la red SEAT el Hospital Clínic de Barcelona y el Hospital Universitari Son Espases de Islas Baleares.

Organismos internacionales

Aunque los organismos internacionales no forman parte del SEAT, es transcendental que se encuentren presentes en el esquema general, dado la relación que mantienen con éste.

La comunicación con la EUDA se realiza a través de la DGPNSD (OEDA). Por su parte, el CITCO mantiene un contacto estrecho con la Europol, y la AEMPS está en conexión permanente con la EMA⁷.

3. Energy Control: <http://energycontrol.org/>

4. Ai Laket: <http://www.aialaket.com/>

5. Cruz Roja Española: <https://www2.cruzroja.es/>

6. www.esarnet.es

7. EMA: <https://www.ema.europa.eu/en>

En primer lugar, los integrantes de la red SEAT comunican a su punto central, el OEDA, la detección de NSP que circulan en el territorio nacional, así como información sobre eventos ocurridos o riesgos potenciales para la salud o sociales relacionados con las NSP. A su vez, el OEDA traslada a la red SEAT información sobre NSP que se considere de interés a nivel nacional.

Por otro lado, el OEDA es el punto focal nacional del Sistema Europeo de Alerta Temprana (EU-EWS) y, como tal, informa a la red SEAT sobre las NSP que circulan en Europa y sus potenciales riesgos. Además, el OEDA centraliza la notificación de la red SEAT al EU-EWS de las NPS detectadas en nuestro país. Para ello, el EWS tiene establecidos dos sistemas principales de notificación de NSP:

1. Base de datos europea sobre nuevas sustancias psicoactivas (*European Database on New Drugs o EDND*).

Es un sistema para la notificación continuada de NSP de forma individualizada. Se trata de una plataforma informática que permite aportar en cualquier momento información pormenorizada de un evento concreto que implique la identificación de una o varias NSP en cualquiera de los países de la UE. Aunque la plataforma está abierta a la notificación de cualquier evento relacionado con NSP, se pide priorizar la notificación de hechos especialmente relevantes, que incluyen, por ejemplo:

- NSP detectadas por primera vez en el país, o en Europa.
- NSP sometidas a seguimiento intensivo por la EUDA.
- Eventos adversos graves relacionados con NSP (muertes, intoxicaciones agudas).
- Brotes relacionados con NSP.
- Información sobre NSP obtenida a partir de muestras biológicas.
- NSP en adulteraciones o falsificaciones de otras sustancias.
- Nuevas vías de administración de NSP o de sustancias ya conocidas.

La plataforma EDND permite incluir información con muy alto grado de detalle en la notificación como, por ejemplo, la fecha y tipo de evento, las entidades implicadas en la obtención de la muestra y en su análisis, la descripción física de la muestra y la caracterización química de la sustancia o sustancias detectadas, incluyendo las técnicas analíticas empleadas e informes de resultados analíticos.

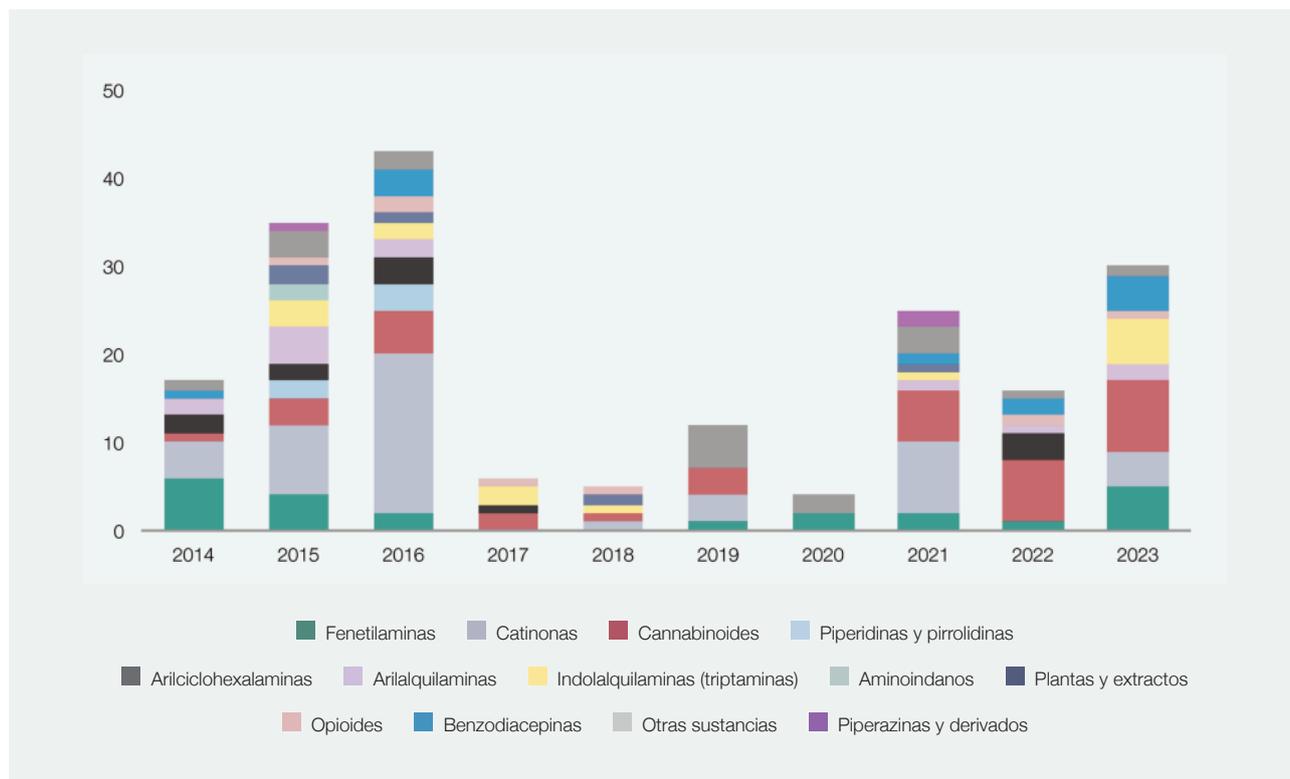
2. Informe anual de situación (*Annual Situation Report o ASR*). Es un sistema que aporta información puntual de cada país al EWS una vez al año. Se trata de un documento que cada país cumplimenta con información agregada de todas las NSP detectadas (identificadas analíticamente) a lo largo de todo el año en su territorio. Este documento abarca los 12 meses entre enero y diciembre, y debe presentarse a la EUDA a principios del año siguiente. En él se informa, para cada sustancia, sobre el formato o formatos en que se presenta, el número de incautaciones o muestras recogidas en ese año, la cantidad total encontrada, y la entidad que la notifica.

A continuación, se presentan datos sobre la actividad desarrollada por el SEAT, especialmente la correspondiente a 2023.

A fecha de cierre de este capítulo (mayo de 2024), en los registros del OEDA consta que en 2023 se detectaron por primera vez en España 30 NSP. Pertenecían a los siguientes grupos: cannabinoides (8), fenetilaminas (5), indolalquilaminas (triptaminas) (5), benzodiacepinas (4), catinonas (4), arilalquilaminas (2), opioides (1), y grupo de otros (1) (figura 3.2.2). De ellas, 2 fueron detectada por primera vez en Europa: la catinona N-ciclohexil butilona y la fenetilamina 2C-iP. No obstante, el número de NSP detectadas por primera vez en España en 2023 podría ser algo mayor, una vez que se revisen las notificaciones realizadas a través del ASR.

Figura 3.2.2.

Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España y notificadas al Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT). 2014-2023.



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

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

Notificaciones del Sistema Español de Alerta Temprana al EU-EWS vía EDND

A lo largo del año 2023 la red SEAT ha incorporado a la EDND un total de 456 informes de casos (*case reports*). Estos 456 *case reports* incluyen un total de 582 notificaciones de 92 NPS diferentes, pertenecientes a 12 grupos de sustancias según la clasificación EUDA. Además, se han notificado 2 eventos adversos graves. En cuanto a las muestras analizadas, 446 proceden de incautaciones, 122 son muestras recibidas de usuarios y 7 son muestras biológicas.

Respecto a las NPS notificadas, las arilciclohexilaminas son las más frecuentes, representadas casi en exclusiva por la ketamina, que supone 189 de las 196 notificaciones del grupo. El segundo grupo con más notificaciones (178) es el de las catinonas. Este es el grupo más diverso, ya que se han notificado 20 catinonas diferentes, siendo la 3-CMC y la 4-CMC las más frecuentes. Por último, merece destacar la notificación de fenetilaminas y de cannabinoides, también con gran diversidad de sustancias: 54 notificaciones de 14 fenetilaminas diferentes y 51 notificaciones de 14 cannabinoides distintos.

A continuación, se incluye un resumen con las sustancias notificadas por esta vía en 2023 (tabla 3.2.1) y un listado con las sustancias que fueron detectadas por primera vez en España en 2023 (tabla 3.2.2).

Tabla 3.2.1.

Notificaciones del Sistema Español de Alerta Temprana al EU-EWS vía EDND, 2023, por grupo de sustancias.

Grupo EUDA	Nº de NSP	Nº de notificaciones	Nº de NSP FIC*	Nº de NSP FIE**	NSP más notificadas (nº notificaciones)
Arlalquilaminas	5	8	2		6-APB (3), 4-APB (2)
Arlciclohexilaminas	6	196			Ketamina (189), 2-fluorodescloroketamina (3)
Benzodicepinas	5	6	4		Flubromazepam (2)
Cannabinoides	14	51	8		Hexahidrocannabinol (HHC) (9), MDMB-BINACA (10), ADB-BUTINACA (ADB-BINACA) (8)
Catinonas	20	178	4	1	3-CMC (3-clorometcatinona) (47), Clefedrone (4-CMC) (42), Dipentilona (17)
Indolalquilaminas (triptaminas)	12	18	5		5-HO-DMT (4), 4-HO-MET (2), 5-MeO-MIPT (2), DMT (2)
Opioides	2	2	1		Protonitazeno (1), Tramadol (1)
Otros	9	35	1		GHB (15), Gabapentina (4), Pregabalina (4), Quetiapina (4)
Fenetilaminas	14	54	5	1	2C-B (33), 4-FMA (3), TMA-2 (3)
Derivados de piperazina	1	1			1-(2,3-diclorofenil)-piperazina (2,3-XP) (1)
Piperidinas y pirrolidinas	1	4			4-fluorometilfenidato (4F-MPH) (4)
Plantas y extractos	3	29			Harmina (27), KHAT (1)
Total (12 grupos)	92 NPS	582 notificaciones	30 FIC	2 FIE	

* FIC: Primera detección en España.

**FIE: Primera detección en Europa.

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

Tabla 3.2.2.

Sustancias detectadas por primera vez en España y notificadas al EWS-UE vía EDND en 2023.

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EUDA)	Fecha de notificación
N-ciclohexil metilona (N-ciclohexil-normetilona)	1-(1,3-Benzodioxol-5-yl)-2-(cyclohexylamino)propan-1-one	Catinonas	01/02/2023
N-ciclohexil butilona (N-ciclohexil-norbutilona)	1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(cyclohexylamino)butan-1-one	Catinonas	20/02/2023
2-Metil-alfa-PHIP	4-Methyl-1-(2-methylphenyl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one	Catinonas	17/05/2023
N-butilbutilona	1-(2H-1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(butylamino)butan-1-one	Catinonas	17/05/2023
Hexahidrocannabinol acetato (HHC acetato)	(6,6,9-trimethyl-3-pentyl-6a,7,8,9,10,10a-hexahydrobenzo[c]chromen-1-yl) acetate	Cannabinoides	01/06/2023
Hexahidrocannabiforol (HHC-P)	3-Heptyl-6a,7,8,9,10,10a-hexahydro-6,6,9-trimethyl-6H-dibenzo[b,d]pyran-1-ol	Cannabinoides	01/06/2023

Tabla 3.2.2. (continuación)

Sustancias detectadas por primera vez en España y notificadas al EWS-UE vía EDND en 2023.

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EUDA)	Fecha de notificación
5-APB	1-(1-benzofuran-5-yl)propan-2-amine	Arilalquilaminas	16/06/2023
2-fluoroetanfetamina (2-FEA)	N-ethyl-1-(2-fluorophenyl)propan-2-amine	Phenethylamines	16/06/2023
4-APB	1-(1-benzofuran-4-yl)propan-2-amine	Arilalquilaminas	23/08/2023
Protonitazeno	N,N-diethyl-5-nitro-2-[(4-propoxyphenyl)methyl]-1H-benzimidazole-1-ethanamine	Opioides	24/08/2023
Tetrahidrocannabinol (H4-CBD)	2-(2-isopropyl-5-methylcyclohexyl)-5-pentylbenzene-1,3-diol	Cannabinoides	25/08/2023
1V-LSD	N,N-Diethyl-7-methyl-4-pentanoyl-4,6,6a,7,8,9-hexahydroindolo[4,3-fg]quinoline-9-carboxamide	Otros	29/08/2023
5F-MDMB-PICA	methyl 2-[[1-(5-fluoropentyl)indole-3-carbonyl]amino]-3,3-dimethyl-butanoate	Cannabinoides	02/09/2023
2-Fluoroanfetamina (2-FA)	1-(2-fluorophenyl)propan-2-amine	Fenetilaminas	27/10/2023
2-FMA	1-(2-fluorophenyl)-N-methylpropan-2-amine	Fenetilaminas	27/10/2023
Bromazolam	8-bromo-1-methyl-6-phenyl-4H-[1,2,4]triazolo[4,3-a][1,4]benzodiazepine	Benzodiazepinas	06/11/2023
Fonazepam	5-(2-fluorophenyl)-1,3-dihydro-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepin-2-one	Benzodiazepinas	06/11/2023
Nifoxipam	5-(2-fluorophenyl)-3-hydroxy-7-nitro-1,3-dihydro-2H-1,4-benzodiazepin-2-one	Benzodiazepinas	06/11/2023
Norfludiazepam	7-chloro-5-(2-fluorophenyl)-1,3-dihydro-		
(N-desalquilflurazepam)	1,4-benzodiazepin-2-one	Benzodiazepinas	06/11/2023
MDMB-BINACA	methyl 2-(1-butyl-1H-indazole-3-carboxamido)-3,3-dimethylbutanoate	Cannabinoides	14/11/2023
4F-MDMB-BICA	methyl 2-(((1-(4-fluorobutyl)-1H-indol-3-yl)carbonyl)amino)-3,3-dimethylbutanoate/methyl N-[1-(4-fluorobutyl)-1H-indole-3-carbonyl]-3-methylvalinate	Cannabinoides	17/11/2023
4F-ABINACA (A-4F-BINACA)	N-(adamantan-1-yl)-1-(4-fluorobutyl)-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	11/12/2023
5F-MDMB-P7AICA (7*N-5F-ADB)	methyl 2-[[1-(5-fluoropentyl)-1H-pyrrolo[2,3-b]pyridin-3-yl]formamido]-3,3-dimethylbutanoate	Cannabinoides	11/12/2023
4-AcO-DIPT	3-[2-[di(propan-2-yl)amino]ethyl]-1H-indol-4-yl acetate	Indolalquilaminas (triptaminas)	11/12/2023
4-cloroanfetamina (4-CA)	1-(4-chlorophenyl)propan-2-amine	Fenetilaminas	18/12/2023
4-HO-MIPT	3-[2-[methyl(1-methylethyl)amino]ethyl]-1H-Indol-4-ol	Indolalquilaminas (triptaminas)	20/12/2023
DPT	N-[2-(1H-indol-3-yl)ethyl]-N-propylpropan-1-amine	Indolalquilaminas (triptaminas)	20/12/2023
4-AcO-DMT	3-[2-(dimethylamino)ethyl]-1H-indol-4-yl acetate	Indolalquilaminas (triptaminas)	21/12/2023
5-Meo-DALT	N-[2-(5-methoxy-1H-indol-3-yl)ethyl]-N-(prop-2-en-1-yl)prop-2-en-1-amine	Indolalquilaminas (triptaminas)	21/12/2023
2C-iP	2-(2,5-dimethoxy-4-propan-2-ylphenyl)ethanamine	Fenetilaminas	19/12/2023

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

Notificaciones del Sistema Español de Alerta Temprana al EU-EWS vía ASR

El ASR de 2023 incluyó un total de 9.087 casos (detecciones) en los que se identificó alguna de las NSP de la lista de notificación de la EUDA. De ellos, 6.581 corresponden a incautaciones, 996 a muestras recogidas, y 1.510 a muestras biológicas (incluyendo 585 detecciones en fallecidos). Este año el ASR de España incluye notificaciones de 149 NSP diferentes, pertenecientes a 12 grupos distintos según la clasificación de la EUDA.

Atendiendo al grupo de sustancias, las arilciclohexilaminas fueron el grupo con más notificaciones, debido al gran predominio de la ketamina, que es la NSP más notificada del ASR (4.097 casos). Le siguen en frecuencia las notificaciones de catinonas (1.695 casos). Se trata del grupo más diverso, ya que incluye 37 catinonas diferentes, siendo las más notificadas, con diferencia, la clefedrona (4-CMC) (582 casos) y la 3-CMC (3-clorometcatinona) (507 casos). El tercer grupo de NSP más notificadas es el grupo denominado "Otros" (1.606 casos), que incluye 489 notificaciones de GHB/GBL y 413 de pregabalina, como sustancias más frecuentes. El cuarto gran grupo de notificaciones en el ASR de 2023 es el de las fenetilaminas (1.085 casos de 24 sustancias diferentes). También destacan por su frecuencia, aunque a bastante distancia de los grupos anteriores, las notificaciones de cannabinoides, representadas principalmente por el hexahidrocannabinol, y los opioides, con notificaciones de tramadol casi exclusivamente (tabla 3.2.3).

Tabla 3.2.3.

Sustancias notificadas por España al EU-EWS en el ASR de 2023.

Clasificación EUDA	Nº de NSP* diferentes notificadas	Nº de eventos	NSP más frecuentes (nº de eventos)
Arilalquilaminas	8	139	DPIA (101), 6-APB (19)
Arilciclohexilaminas	8	4.097	Ketamina (4058), 2-fluorodescloroketamina (21)
Benzodiazepinas	9	18	Etizolam (6), Bromazolam (4)
Cannabinoides sintéticos	19	200	Hexahidrocannabinol (HHC) (99), MDMB-4en-PINACA (37)
Catinonas	37	1.695	Clefedrona (4-CMC) (582), 3-CMC (3-clorometcatinona) (507)
Indolalquilaminas (triptaminas)	13	99	DMT (43), 4-HO-MET (11)
Opioides	3	179	Tramadol (177), Tianeptina (1), Protonitazeno (1)
Otros	18	1.501	GHB/GBL (489), Pregabalina (413)
Fenetilaminas	24	1.085	2C-B (1006), 2-FMA (14)
Derivados de la piperazina	3	6	1-(2,3-diclorofenil)-piperazina (2,3-XP) (2), mCPP (2), pCPP (2)
Piperidinas y pirrolidinas	3	9	4-fluorometilfenidato (4F-MPH) (5), 4-metilmetilfenidato (2), Isopropilfenidato (2)
Plantas y extractos	4	59	Harmina (5), KHAT (3)

* Sustancias que están en la lista EUDA de NPS a notificar. Si no se especifica el isómero no se considera una NSP diferente

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

Las NSP detectadas en muestras biológicas de fallecidos fueron principalmente la ketamina, con 94 notificaciones, el tramadol, con 89, clozapina y pregabalina, con 86 notificaciones cada una, y la quetiapina, notificada en 77 casos de fallecidos.

Aparte de las sustancias que requieren notificación a la EUDA, algunos de los colaboradores de la red SEAT han notificado otras sustancias a través del ASR de 2023. Se trata de sustancias que ya están fiscalizadas, y por tanto incluidas en la lista verde de psicotrópicos o en la lista amarilla de estupefacientes y la EUDA no las está vigilando, o bien son sustancias que hasta el momento no se encuentran fiscalizadas ni tampoco entre las NSP que la EUDA monitoriza. En la tabla 3.2.4 se encuentra un resumen de estas notificaciones.

Tabla 3.2.4.

Otras sustancias* notificadas vía ASR 2023.

Tipo de sustancia	Nº de sustancias* notificadas	Nº de notificaciones	Sustancias más frecuentes (nº de notificaciones)
Lista verde de psicotrópicos	25	976	MDMA (745), MDA (3,4-metilendioxfanfetamina) (36), N-metilfenetilamina (34), clonazepam (30)
Lista amarilla de estupefacientes	4	80	Cocaína (64), Fentanilo (12)
Sustancias fuera de listas (verde, amarilla, EUDA)	33	77	Oximetolona (26), 10,11-Dihidro-10-hidroxicarbamazepina (MHD) (5)

* Sustancias que no están en la lista EUDA de NPS a notificar

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

Legislación nacional

Ley 17/1967, de 8 de abril, por la que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes y adaptándolas a lo establecido en el convenio de 1961 de las Naciones Unidas⁸

Establece que se consideran estupefacientes todas las sustancias incluidas en las listas anexas al Convenio Único de mil novecientos sesenta y uno de las Naciones Unidas, sobre estupefacientes y las demás que adquieran tal consideración en el ámbito internacional, con arreglo a dicho Convenio y en el ámbito nacional por el procedimiento que reglamentariamente se establezca.

Esta Ley se actualiza, sobre conversión a euros de las cuantías indicadas en el año 2001: Resolución de 19 de noviembre de 2001.

Decreto 2829/1977 por el que se regulan las sustancias y preparados psicótrópos

El Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación⁹, ha sido modificado en los últimos años mediante las siguientes Órdenes:

1) Orden SND/473/2021, de 11 de mayo, por la que se modifica el Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación, para incluir nuevas sustancias¹⁰.

La Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, en su 63.º periodo de sesiones adoptó, entre otras, la Decisión 63/4, que establece la inclusión de la sustancia DOC (2,5-dimetoxi-4-cloroanfetamina, 4-cloro-2,5-DMA) en la lista I del Convenio de las Naciones Unidas de 21 de febrero de 1971, sobre Sustancias Psicotrópicas.

8. <https://www.boe.es/eli/es/l/1967/04/08/17/cons/20011213>

9. Real Decreto 2829/1977: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1977-27160>

10. Orden SND/473/2021: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/05/18/pdfs/BOE-A-2021-8188.pdf>

En el referido periodo de sesiones, la misma Comisión adoptó las Decisiones 63/5, 63/6, 63/7, 63/8, 63/9, 63/10 y 63/11, que establecen la inclusión de las sustancias AB-FUBINACA, 5F-AMB-PINACA (5F-AMB, 5F-MMB-PINACA), 5F-MDMB-PICA (5F-MDMB-2201), 4F-MDMB-BINACA, 4-CMC (4-clorometcatinona, clefedrona), N-etilhexedrona y alfa-PHP en la lista II del Convenio de las Naciones Unidas de 21 de febrero de 1971, sobre Sustancias Psicotrópicas.

Además, la citada Comisión adoptó, en el mismo periodo de sesiones, las Decisiones 63/12 y 63/13, por las que se incluyen las sustancias flualprazolam y etizolam en la lista IV del Convenio de las Naciones Unidas de 21 de febrero de 1971, sobre Sustancias Psicotrópicas.

Es por ello que se modifican las listas I, II y IV del anexo 1 del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre.

- 2) **Orden SND/1248/2021**, de 5 de noviembre, por la que se modifica el Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación, para incluir nuevas sustancias¹¹.

La Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, en su 64.º periodo de sesiones adoptó, entre otras, las Decisiones 64/2, 64/3, 64/4 y 64/5, que establecen la inclusión de las sustancias CUMIL-PEGACLONE, MDMB-4en-PINACA, 3-metoxifenclidina y difenidina en la lista II del Convenio de las Naciones Unidas de 21 de febrero de 1971, sobre Sustancias Psicotrópicas.

En el referido periodo de sesiones la misma Comisión adoptó las Decisiones 64/6, 64/7 y 64/8, que establecen la inclusión de las sustancias clonazolam, diclazepam y flubromazolam en la lista IV del Convenio de las Naciones Unidas de 21 de febrero de 1971, sobre Sustancias Psicotrópicas.

Por otro lado, la Directiva Delegada (UE) 2021/802 de la Comisión, de 12 de marzo de 2021, por la que se modifica el anexo de la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo en lo que respecta a la inclusión de las nuevas sustancias psicotrópicas metilo 3,3-dimetil-2-[[1-pent-4-en-1-il]-1H-indazol3-carbonil]amino}butanoato (MDMB-4en-PINACA) y metilo 2-[[1-4-fluorobutil]-1H-indol3-carbonil]amino}-3,3-dimetilbutanoato (4F-MDMB-BICA) en la definición de «droga», incluyó las sustancias MDMB-4en-PINACA y 4F-MDMB-BICA en el anexo de la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo, de 25 de octubre de 2004.

Es por ello que se modifican las listas II y IV del anexo 1 del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre.

- 3) **Orden SND/136/2023**, de 17 de febrero, por la que se incluyen nuevas sustancias en el anexo 1 del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación¹².

El Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación, queda modificado como sigue:

«Uno. En la lista I del anexo 1 se incluyen las sustancias 2-(metilamino)-1-(3- metilfenil)propan-1-ona (3-metilmecatínona, 3-MMC) y 1-(3-clorofenil)-2- (metilamino)propan-1-ona (3-clorometcatínona, 3-CMC), así como sus variantes estereoquímicas, racematos y sales, siempre que su existencia sea posible, siéndoles de aplicación las medidas de control y sanciones penales previstas para las sustancias que integran dicha lista de control.

Dos. En la lista II del anexo 1 se incluye la sustancia eutilona, así como sus variantes estereoquímicas, racematos y sales, siempre que su existencia sea posible, siéndoles de aplicación las medidas de control y sanciones penales previstas para las sustancias que integran dicha lista de control.»

Real Decreto 1194/2011 por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional

El Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional¹³, ha sido modificado en el año 2021 mediante la siguiente Orden:

11. Orden SND/1248/2021: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/11/16/pdfs/BOE-A-2021-18707.pdf>

12. Orden SND/136/2023: <https://www.boe.es/eli/es/o/2023/02/17/snd136/dof/spa/pdf>

13. Real Decreto 1194/2011: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-14074

1) Orden SND/561/2021, de 1 de junio, por la que se modifica, para incluir la sustancia isotoniceno, el Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional¹⁴.

La Directiva Delegada (UE) 2020/1687 de la Comisión, de 2 de septiembre de 2020, por la que se modifica el anexo de la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo en lo que respecta a la inclusión de la nueva sustancia psicoactiva N,N-dietil-2-[[4-(1-metiletoxi)fenil]metil]-5-nitro-1H-benzimidazol-1-etanamina (isotoniceno) en la definición de droga, incluyó el isotoniceno en el anexo de la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo, de 25 de octubre de 2004.

Es por ello que se modifica la Disposición adicional única del Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto.

Se pueden consultar las listas de fiscalización permanentemente actualizadas en la página web de NNUU^{15,16}, así como la normativa nacional en las páginas web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas¹⁷ y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios¹⁸.

Procedimiento para la fiscalización de NPS en España

El procedimiento para la fiscalización de NSP en España es el siguiente:

Fiscalización de estupefacientes

Según la **Ley 17/1967** de 8 de abril, son estupefacientes todas las sustancias incluidas en las listas anexas a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, por lo que:

- Cuando la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas fiscaliza una sustancia estupefaciente y la incluye en las listas anexas a la citada Convención, automáticamente esa sustancia está fiscalizada a nivel nacional. No es necesaria ninguna acción a nivel nacional.
- Cuando es la Comisión Europea quien publica una Decisión por la que se establece que una determinada NSP (estupefaciente) debe someterse a control en la UE, en España hay que desarrollar una Orden para que esa sustancia sea considerada estupefaciente a nivel nacional, según se establece en el **Real Decreto 1194/2011**, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional.
- Este último procedimiento se llevaría a cabo también cuando a nivel nacional se decide fiscalizar una sustancia como estupefaciente.

Fiscalización de psicótopos

Según el **Real Decreto 2829/1977**, de 6 de octubre, están fiscalizadas todas las sustancias incluidas en las listas anexas a este Real Decreto, por tanto:

- Cuando la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas fiscaliza una sustancia psicotrópica y la incluye en las listas anexas al Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, es necesario desarrollar una Orden para incluir esa sustancia en las listas anexas al RD 2829/1977, de 6 de octubre.
- El mismo procedimiento se ha de realizar cuando la Comisión Europea publica una Decisión por la que se establece que una determinada NSP (psicotrópica) debe someterse a control en la UE, o cuando a nivel nacional se decide fiscalizar una sustancia como psicotrópica.

14. Orden SND/561/2021: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/06/08/pdfs/BOE-A-2021-9496.pdf>

15. Listas de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972, agosto de 2019 (lista amarilla): https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Yellow_List/62nd_edition/YL_62nd_S_rev.pdf

16. Listas del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, a 31 de diciembre de 2020 (lista verde): <https://www.incb.org/documents/Psychotropics/forms/greenlist/2024/2311984S.pdf>

17. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/home.htm>

18. <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/estupefacientes-y-psicotropos/>

Sin embargo, España ha ratificado los convenios internacionales, por lo que, mientras se lleva a cabo la inclusión de una sustancia psicotrópica en el anexo 1 del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, si ya se ha incluido en las listas internacionales (listas del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971) se puede considerar también fiscalizada en España. Se debe incluir en el RD 2829/1967, para que se pueda aplicar lo establecido en este Real Decreto a los fabricantes, entidades de distribución, etc. de esa sustancia o de medicamentos que la contengan.

A large, stylized blue number '4' graphic that occupies the right side of the page. It is composed of thick blue lines forming the shape of the digit.

Oferta de drogas y medidas de control

4.1. Ventas de bebidas alcohólicas, 2015-2023

Este apartado se basa en los datos proporcionados por la Agencia Estatal de Administración Tributaria (AEAT) del Ministerio de Hacienda, publicados cada año en su Informe Anual de Recaudación Tributaria¹. Estos informes ofrecen información sobre el nivel y la evolución anual del volumen de consumos de bebidas alcohólicas y los ingresos tributarios derivados de los impuestos especiales que gestiona la Agencia Tributaria por cuenta del Estado, las comunidades autónomas (CCAA) y las corporaciones locales (CCLL) del Territorio de Régimen Fiscal Común. Permiten conocer la demanda de bebidas alcohólicas en España y su evolución temporal por tipo de bebidas. Se consideran bebidas alcohólicas aquellas con una graduación superior al 1,2% de alcohol.

Para una adecuada interpretación de los datos es preciso realizar las siguientes aclaraciones:

1. La variación de los ingresos fiscales por la venta de alcohol a lo largo del tiempo, no sólo está relacionada con el volumen de bebidas alcohólicas vendidas, sino también con la variación de los impuestos.
2. Como el impuesto especial que grava el vino es cero, la información que publicaba la AEAT sobre vino procedía tradicionalmente de la encuesta realizada en hogares y en establecimientos de restauración comercial y social, llevada a cabo por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. A partir de 2015 se produjo un cambio, y los datos que publica la AEAT sobre vino proceden de sus propias fuentes². Por ello, este apartado se centra en el periodo desde 2015, en que el origen de la información de todas las bebidas alcohólicas es el mismo.
3. Los datos que facilita la AEAT no permiten la desagregación por CCAA.
4. Al proceder la información de la AEAT, se refiere exclusivamente a las bebidas de circulación legal o “alcohol registrado”. Estas cifras no se pueden extrapolar exclusivamente para el cálculo del consumo *per capita* de alcohol en España, que vendría dado por la suma del alcohol “registrado” y el “no registrado” (el que trae un viajero español del extranjero, el de alcohol de curso ilegal, así como de fabricación casera, ya que la legislación exime del impuesto especial a los productos elaborados por particulares sin fines comerciales), del que se restaría el alcohol “turístico” (cantidad estimada de alcohol consumido o sacado del país por los turistas).
5. Al final de este capítulo se presenta una estimación del alcohol puro *per capita* que se ha calculado teniendo en cuenta únicamente el alcohol registrado, y así se indica en dicho apartado. El consumo de alcohol puro *per capita* en España, ha sido estimado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros autores^{3, 4, 5}. La OMS publica desde 1999 el cálculo del consumo *per capita* de alcohol en litros de alcohol puro (15+), en su informe periódico

1. https://sede.agenciatributaria.gob.es/Sede/datosabiertos/catalogo/hacienda/Informes_anuales_de_Recaudacion_Tributaria.shtml

2. Artículo 66.5 del Reglamento de Impuestos Especiales: "Mientras el tipo impositivo del impuesto sea cero, los fabricantes y titulares de depósitos fiscales presentarán ante la oficina gestora y dentro de los veinte primeros días de los meses de enero, abril, julio y octubre un resumen sujeto al modelo aprobado por el centro gestor, del movimiento habido en el establecimiento durante el trimestre natural inmediatamente anterior."

3. Manthey, J., Shield, K. D., Rylett, M., Hasan, O. S. M., Probst, C. y Rehm, J. (2019). Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: A modelling study. *The Lancet*, 393, 2493-2502. doi:10.1016/S0140-6736(18)32744-2.

4. Sordo, L., Barrio, G., Bravo, M. J., Villalbí, J. R., Espelt, A., Neira, M. y Regidor, E. (2016). Estimating average alcohol consumption in the population using multiple sources: The case of Spain. *Population Health Metrics*, 14, 21. doi:10.1186/s12963-016-0090-4.

5. Donat, M., Sordo L., Belza M.J, Barrio G. (2020). Mortalidad atribuible al alcohol en España, 2001-2017.

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2020_Mortalidad_atribuible_al_alcohol_en_Espana_2001-2017.pdf

*Global Status Report on Alcohol*⁶ a partir del consumo de alcohol registrado que le facilita cada país y las estimaciones que realiza sobre alcohol no registrado y turístico. En el caso de España, es el Ministerio de Sanidad quien facilita a la OMS los datos sobre alcohol registrado procedente de los datos de la Agencia Tributaria.

En la tabla 4.1.1 puede verse de forma detallada la evolución de los millones de litros (de volumen real y alcohol puro), así como el porcentaje medio de alcohol, por tipo de bebida desde 2015 hasta 2023.

Tabla 4.1.1.

Volumen real y volumen de alcohol puro (millones de litros) según tipo de bebida. España, 2015-2023.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*	2023*
Consumo de bebidas derivadas (millones de litros)									
Volumen real (1)	264	281	264	266	296	206	256	295	280
Porcentaje medio de alcohol (2)	34,75	34,70	34,61	34,52	31,35	31,57	33,84	34,17	34,11
Alcohol puro (3) = (1)*(2)/100	92	98	91	92	93	65	87	101	96
Consumo de cerveza (millones de litros)									
Volumen real (1)	3.537	3.652	3.793	3.828	3.988	3.563	3.823	4.052	4.051
Porcentaje medio de alcohol (2)	4,68	4,69	4,72	4,76	4,75	4,77	4,81	4,81	4,82
Alcohol puro (3) = (1)*(2)/100	166	171	179	182	189	170	184	195	195
Consumo de productos intermedios (millones de litros)									
Volumen real (1)	50	52	51	51	53	46	56	57	53
Porcentaje medio de alcohol (2)	14,26	14,27	14,28	14,29	14,30	14,30	14,29	14,29	14,29
Alcohol puro (3) = (1)*(2)/100	7,1	7,5	7,3	7,3	7,6	6,6	8,0	8,1	7,6
Consumos de vino (millones de litros)									
Volumen real (1)	1.222	1.276	1.287	1.112	1.187	941	1.229	1.350	1.271
Vinos tranquilos	1.052	1.092	1.115	938	996	793	1.078	1.174	1.100
Vinos espumosos	74	80	74	72	82	62	80	101	89
Bebidas fermentadas tranquilas	74	82	71	80	91	70	56	60	69
Bebidas fermentadas espumosas	22	23	26	22	19	16	15	14	13
Porcentaje medio de alcohol (2)	12,03	12,01	11,96	11,95	11,83	11,76	12,00	13,07	12,95
Vinos tranquilos	12,69	12,70	12,56	12,71	12,60	12,55	12,52	13,74	13,68
Vinos espumosos	11,24	11,18	11,15	11,10	11,15	10,66	11,03	10,91	10,83
Bebidas fermentadas tranquilas	5,69	5,72	6,08	5,86	5,51	5,51	5,68	5,74	5,78
Bebidas fermentadas espumosas	4,15	4,57	4,57	4,38	4,40	4,44	3,99	4,11	4,15
Alcohol puro (3) = (1)*(2)/100	147	153	154	133	140	111	148	176	165
Vinos tranquilos	134	139	140	119	125	100	135	161	150
Vinos espumosos	8	9	8	8	9	7	9	11	10
Bebidas fermentadas tranquilas	4	5	4	5	5	4	3	3	4
Bebidas fermentadas espumosas	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL CONSUMOS (millones de litros)	5.072	5.261	5.395	5.257	5.524	4.756	5.364	5.754	5.655

* Datos provisionales.

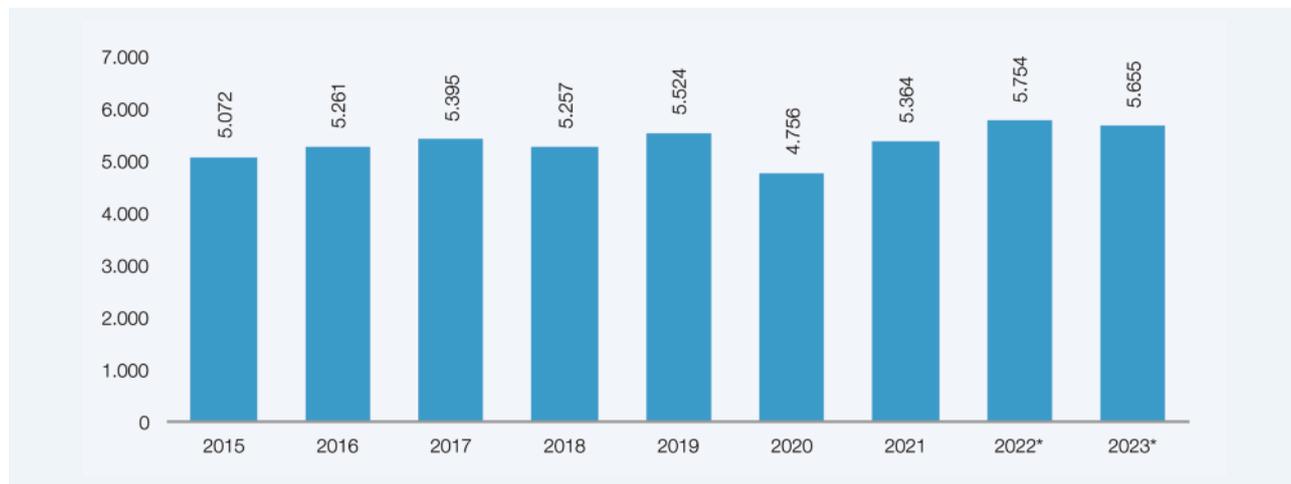
FUENTE: Agencia Tributaria (tabla adaptada del cuadro 9.3 del Informe Anual de Recaudación Tributaria 2023).

6. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>

Como puede apreciarse, el volumen total de ventas de bebidas alcohólicas efectuadas en 2023 se sitúa en 5.655 millones de litros, rompiendo la fuerte tendencia alcista que se inició tras la pandemia de COVID-19 (figura 4.1.1). No obstante, los datos evolutivos apuntan a una tendencia general al alza en el consumo total de bebidas alcohólicas a lo largo de esta serie histórica, sin tener en cuenta el marcado descenso que se observa en relación a la pandemia.

Figura 4.1.1.

Volumen total de consumos de bebidas alcohólicas incluyendo cerveza, vino, bebidas derivadas y productos intermedios (millones de litros). España, 2015-2023.



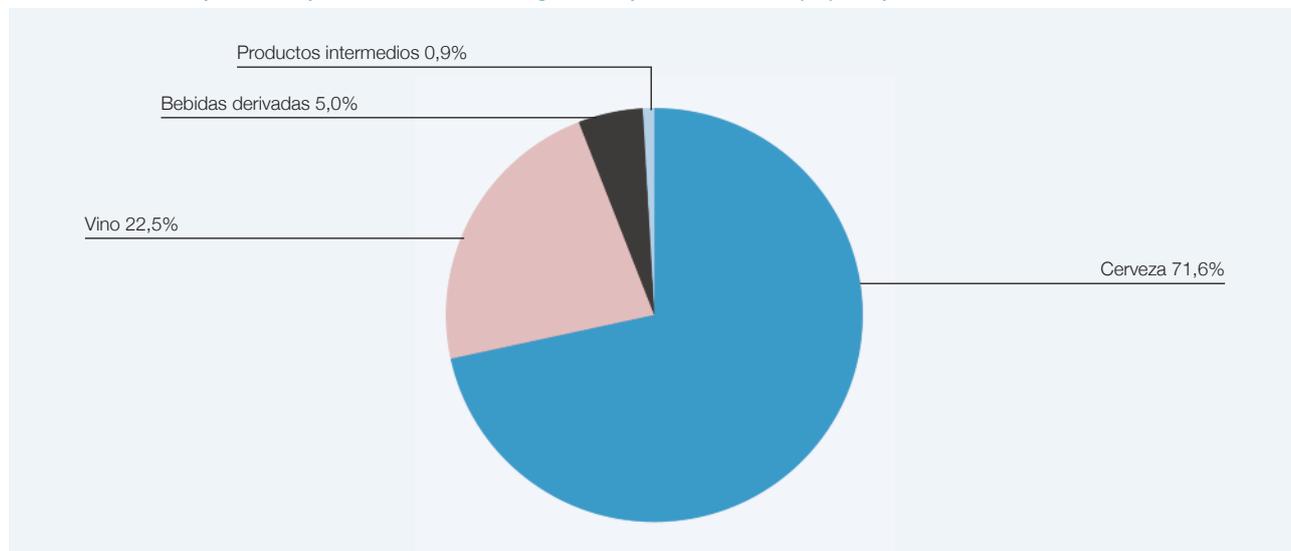
* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2023.

Respecto a la distribución de las ventas totales por tipo de bebida alcohólica, los datos de 2023 muestran que la bebida con mayor volumen de consumo en España es la cerveza, que supone el 71,6% del total de ventas de bebidas alcohólicas. El vino, incluyendo la sidra, se sitúa en segundo lugar, y supone el 22,5% del volumen de ventas de bebidas alcohólicas. Las bebidas derivadas, que incluyen las espirituosas y los licores, suponen el 5,0% del volumen total de ventas. Los productos intermedios, que incluyen el vermú y el moscatel, tienen una presencia residual del 0,9% (figura 4.1.2).

Figura 4.1.2.

Distribución del porcentaje de consumos según el tipo de bebida (%). España, 2023*.



* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2023.

El peso de los distintos tipos de bebidas alcohólicas se ha mostrado estable a lo largo de toda la serie histórica, siendo la cerveza y el vino las bebidas con mayor volumen de ventas en todos estos años.

En cuanto a la tendencia general del consumo en millones de litros de cada uno de los tipos de bebidas alcohólicas, salvando la caída relacionada con la pandemia de COVID-19 en el año 2020 y el aumento observado en los dos años siguientes, en 2023 han descendido las ventas de todos los tipos de bebidas alcohólicas en torno al 5% con respecto a 2022, salvo las ventas de cerveza, que se han mantenido estables (tabla 4.1.2).

Tabla 4.1.2.

Volumen de consumos de bebidas alcohólicas (millones de litros) y porcentaje de variación (%). España, 2015-2023.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*	2023*	Porcentaje variación
										2022/2023
Cerveza	3.537	3.652	3.793	3.828	3.988	3.563	3.823	4.052	4.051	0,0
Vino	1.222	1.276	1.287	1.112	1.187	941	1.229	1.350	1.271	-5,9
Bebidas derivadas	264	281	264	266	296	206	256	295	280	-4,9
Productos intermedios	50	52	51	51	53	46	56	57	53	-5,6
Total	5.072	5.261	5.395	5.257	5.524	4.756	5.364	5.754	5.655	-1,7

* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2023.

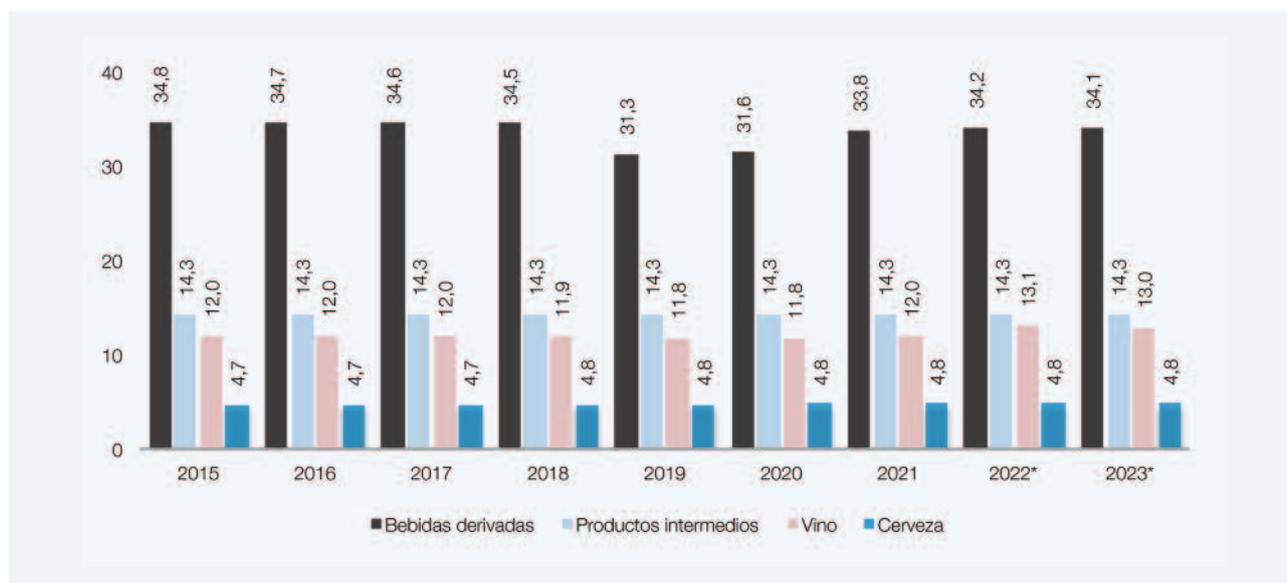
Respecto al contenido de alcohol en las bebidas, los porcentajes de alcohol puro por tipo de bebida se han mantenido bastante estables entre 2015 y 2023. Sólo cabe mencionar el incremento de un punto porcentual del alcohol en el vino desde 2022 y las oscilaciones observadas en las bebidas derivadas, en las que el contenido en alcohol bajó en los años 2019-2020 para después volver a subir hasta los valores previos, situándose en 2023 de nuevo en torno al 34% de alcohol (figura 4.1.3).

Respecto al volumen total de alcohol estimado a partir de las ventas de los diferentes tipos de bebidas alcohólicas, en el año 2020 se produjo un descenso marcado en todas ellas, que se explicaría por las medidas de restricción tomadas para controlar la pandemia de COVID-19. Obviando este inciso, entre 2015 y 2023 se aprecia una tendencia general ascendente en el volumen de alcohol procedente de la cerveza hasta el año 2022 observándose una estabilización en el año 2023, y una situación estable en el alcohol que procede de las bebidas derivadas y de los productos intermedios. En el procedente del vino, desde 2015 hasta 2020 se observa un descenso que llegó a valores mínimos en 2020 (110,7 millones de litros de alcohol puro). En los años 2021 y 2022 se registró un ascenso volviendo a descender en el año 2023 (figura 4.1.4).

Los ingresos por el impuesto sobre el alcohol registraron un importante avance en 2022 tras los descensos motivados por la pandemia de COVID-19 que afectaron a la recaudación de los años 2020 y 2021. En 2023 ha descendido la recaudación alrededor de un 10% respecto a lo recaudado en 2022 para las bebidas derivadas y los productos intermedios, y se han mantenido sin cambios los ingresos por la cerveza. En líneas generales, en 2023 se registran unos ingresos similares a los obtenidos el año anterior a la pandemia (2019) para los tres tipos de bebidas que tributan sobre el alcohol (figura 4.1.5).

Figura 4.1.3.

Porcentaje medio de alcohol según el tipo de bebida (%). España, 2015-2023.

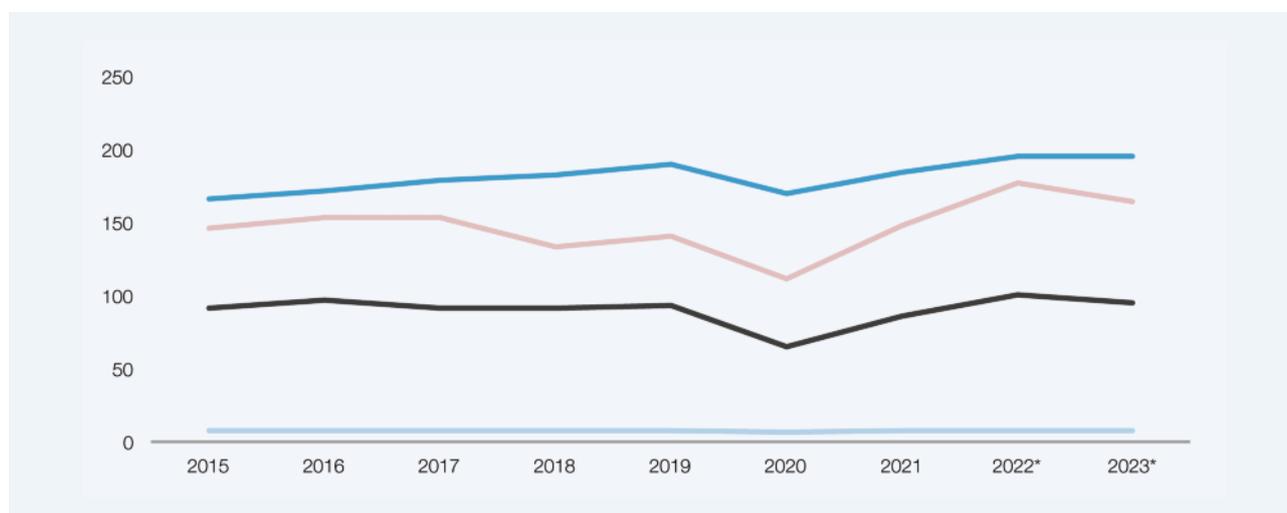


* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2023.

Figura 4.1.4.

Volumen de alcohol puro por tipo de bebida alcohólica (millones de litros de alcohol puro). España, 2015-2023.



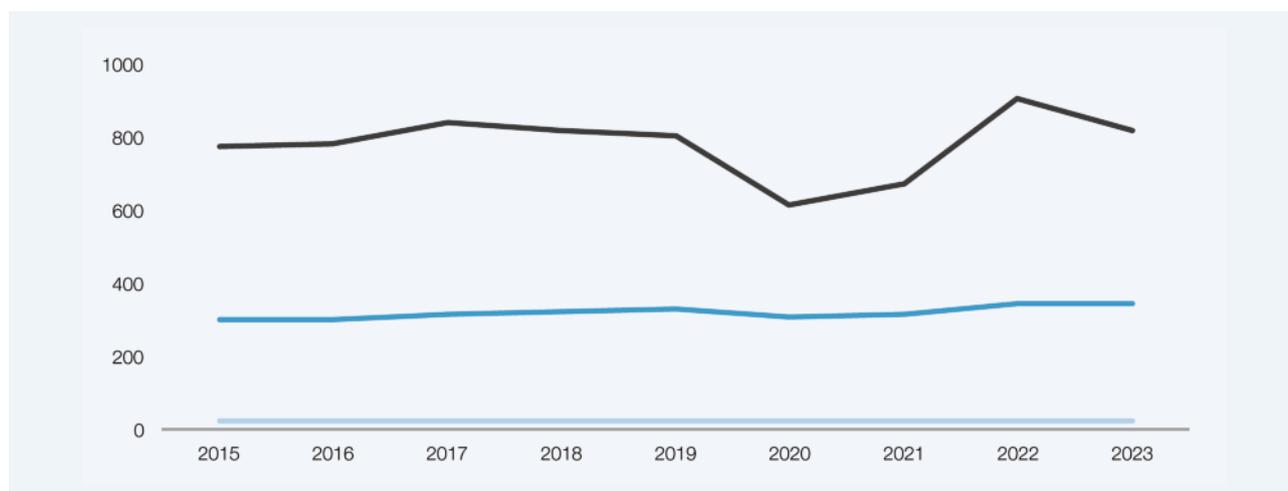
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*	2023*
Productos intermedios	7,1	7,5	7,3	7,3	7,6	6,6	8,0	8,1	7,6
Bebidas derivadas	91,6	97,6	91,4	91,7	92,7	65,0	86,5	100,7	95,5
Vino	147,0	153,3	153,9	132,9	140,4	110,7	147,6	176,5	164,6
Cerveza	165,5	171,3	179,0	182,2	189,4	169,9	183,9	194,9	195,3

* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2023.

Figura 4.1.5.

Ingresos tributarios por tipo de bebida alcohólica (millones de euros). España, 2015-2023.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*	2023*
■ Bebidas derivadas	773,8	783,3	839,9	821,2	801,1	613,9	673,1	905,4	816,8
■ Cerveza	296,5	303,2	313,9	319,7	332,5	306,5	311,5	341,2	341,1
■ Productos intermedios	20,3	21,5	21,7	21,2	21,9	20,0	21,6	25,4	22,5

* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2023.

Respecto al precio de venta de las bebidas alcohólicas, se dispone de información para la cerveza y las bebidas derivadas. En 2023 el precio medio del litro de cerveza es de 2,30 euros, mientras que el de bebidas derivadas se sitúa en 13,73 euros.

Los precios medios de las bebidas alcohólicas siguen una tendencia al alza entre 2015 y 2023, si bien el aumento más notable se observa en el último tramo de la serie (2022 y 2023). Comparando con el precio medio de 2021, en 2023 la cerveza se encareció un 19,5% y el precio medio de las bebidas derivadas subió un 7,7%. Estas subidas en el precio de venta al público se deben a la subida del precio antes de impuestos y a la subida del IVA, ya que el impuesto especial se mantiene sin cambios tanto en la cerveza como en las bebidas derivadas (tabla 4.1.3).

Como se observa en la tabla 4.1.3, las bebidas derivadas tributan a un tipo mucho más alto que la cerveza, por lo que generan muchos más ingresos tributarios que ésta a pesar del menor volumen de ventas (figura 4.1.5).

Tabla 4.1.3.

Precios de venta de la cerveza y las bebidas derivadas (euros). España, 2015-2023.

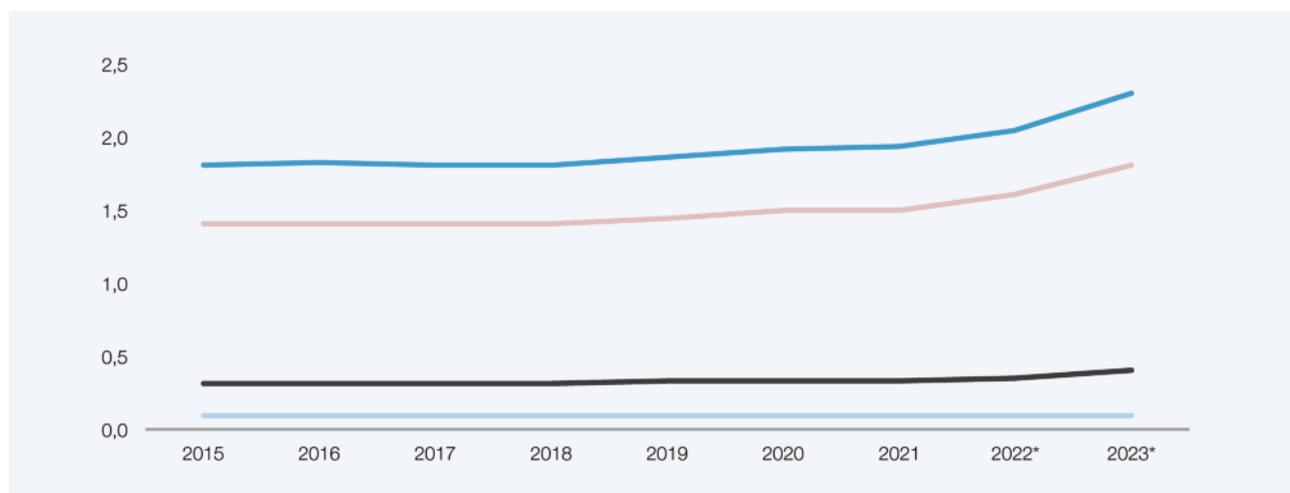
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*	2023*
Cerveza	Precio de venta al público (€/litro)	1,81	1,82	1,81	1,81	1,86	1,92	1,93	2,05	2,30
	Precio antes de impuestos	1,40	1,41	1,40	1,40	1,45	1,49	1,50	1,60	1,81
	IVA	0,31	0,32	0,31	0,31	0,32	0,33	0,33	0,36	0,40
	Impuesto Especial	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09
Bebidas derivadas	Precio de venta al público (€/litro)	12,30	12,34	12,66	12,75	12,36	12,54	12,75	13,10	13,73
	Precio antes de impuestos	6,95	6,97	7,07	7,17	7,16	7,23	7,14	7,43	7,94
	IVA	2,13	2,14	2,20	2,21	2,15	2,18	2,21	2,27	2,38
	Impuesto Especial	3,21	3,23	3,39	3,37	3,06	3,13	3,40	3,40	3,40

* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2023.

Figura 4.1.6.

Precios de venta e impuestos de la cerveza (euros/litro). España, 2015-2023.



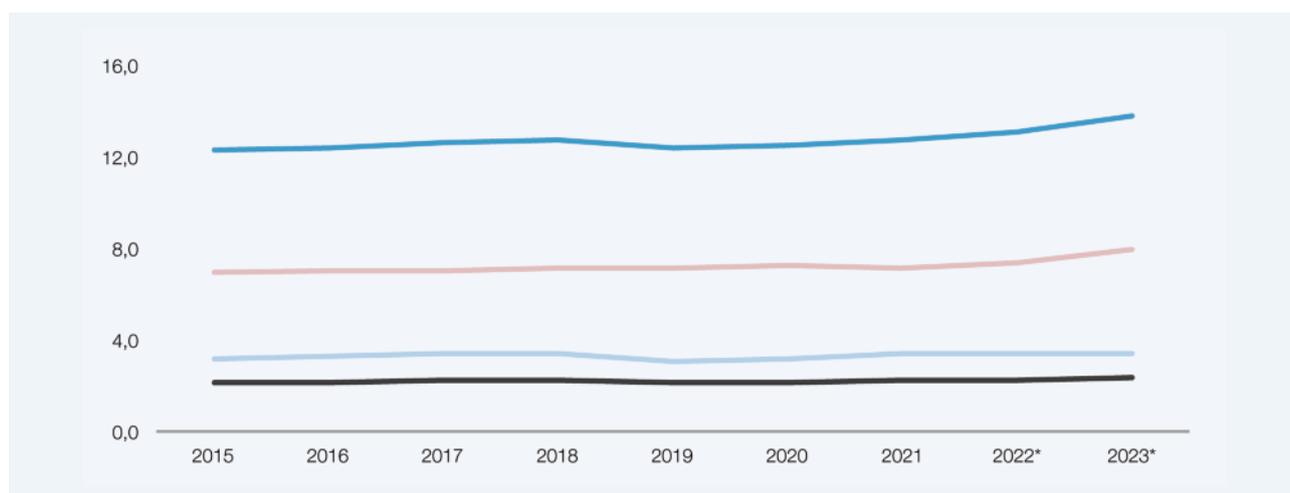
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*	2023*
Precio de venta al público (€/litro)	1,81	1,82	1,81	1,81	1,86	1,92	1,93	2,05	2,30
Precio antes de impuestos	1,40	1,41	1,40	1,40	1,45	1,49	1,50	1,60	1,81
IVA	0,31	0,32	0,31	0,31	0,32	0,33	0,33	0,36	0,40
Impuesto Especial	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09

* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2023.

Figura 4.1.7.

Precios de venta e impuestos de las bebidas derivadas (euros/litro). España, 2015-2023.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*	2023*
Precio de venta al público (€/litro)	12,30	12,34	12,66	12,75	12,36	12,54	12,75	13,10	13,73
Precio antes de impuestos	6,95	6,97	7,07	7,17	7,16	7,23	7,14	7,43	7,94
IVA	2,13	2,14	2,20	2,21	2,15	2,18	2,21	2,27	2,38
Impuesto Especial	3,21	3,23	3,39	3,37	3,06	3,13	3,40	3,40	3,40

* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2023.

4.2. Ventas de tabaco, 2005-2023

En este apartado se presentan los datos proporcionados por el Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Hacienda), relativos a las ventas de tabaco por tipo de labor (cigarrillos, cigarros, picadura de liar y de pipa) efectuadas entre 2005 y 2023.

Para una adecuada interpretación de los datos presentados a continuación es preciso realizar dos aclaraciones. La primera, que no se recogen las ventas de tabaco en Canarias, Ceuta y Melilla; y la segunda, que los datos se refieren exclusivamente a la venta legal (la realizada en estancos y establecimientos o dispositivos expendedores autorizados), no incluyendo las ventas ilícitas procedentes del contrabando.

Por otra parte, hay que recordar que las variaciones de los ingresos por la venta de tabaco a lo largo del tiempo no sólo están relacionadas con el volumen de las unidades vendidas, sino también con los impuestos que en distintos momentos históricos ha soportado el tabaco.

Entre los tipos de labor de tabaco, los cigarrillos son la variedad que viene dominando el mercado año tras año, dado que sus volúmenes de ventas, tanto en valor monetario (tabla 4.2.1) como en unidades físicas (tabla 4.2.3) son muy superiores a los del resto de las labores. De los 12.456,161 millones de euros de volumen de ventas de tabacos en 2023 (tabla 4.2.1), el 83,1% correspondió a los cigarrillos (tabla 4.2.2). Tras las ventas de cigarrillos se sitúan las de picadura de liar, cuya cuota de mercado venía aumentando en los últimos años, pasando del 1,7%, en el año 2005, al 10,1% en 2023 y desplazando, desde 2011, a las ventas de cigarros puros, cuya participación en los ingresos se mantiene prácticamente estable en los últimos años en torno al 4%. Las ventas de picadura de pipa, por su parte, venían siendo residuales, sin llegar al 1,0% hasta 2018. En 2019 se observa un aumento respecto a los años anteriores y, a partir de entonces, se inicia un ascenso continuo en su cuota de mercado, de modo que en 2023 la picadura de pipa supone el 2,7% del total de los ingresos por ventas de tabaco.

Tabla 4.2.1.

Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España*, 2005-2023.

Tipo labor	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Cigarrillos	10.243,640	11.147,600	11.719,617	12.061,477	10.217,073	10.312,166	10.311,177	10.122,349	10.166,996	10.201,155	9.338,247	9.543,794	10.076,939	10.349,656
Cigarros	467,235	443,781	412,240	427,589	512,960	509,563	496,286	483,919	478,243	470,207	438,287	453,127	484,907	517,315
Picadura de liar	182,526	209,442	395,411	486,559	1.088,680	1.030,188	1.000,737	975,075	1.002,580	1.038,434	1.074,168	1.081,975	1.161,744	1.258,347
Picadura de pipa	8,107	8,560	9,449	16,738	36,849	52,167	50,655	70,666	105,138	155,297	215,954	248,887	298,321	330,844
TOTAL	10.891,510	11.809,380	12.536,716	12.992,363	11.855,562	11.904,084	11.859,990	11.652,008	11.752,957	11.865,093	11.067,198	11.327,783	12.021,912	12.456,161

* Península y Baleares.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 4.2.2.

Distribución de los ingresos por ventas de tabaco según tipo de labor (%). España*, 2005-2023.

Tipo labor	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Cigarrillos	94,1	94,4	93,5	91,0	86,2	86,6	86,9	86,9	86,5	86,0	84,3	84,3	83,8	83,1
Cigarros	4,2	3,8	3,3	3,5	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1	4,0	4,0	4,0	4,0	4,2
Picadura de liar	1,7	1,8	3,2	5,1	9,2	8,7	8,4	8,4	8,5	8,8	9,7	9,6	9,7	10,1
Picadura pipa	0,1	0,07	0,1	0,5	0,3	0,4	0,4	0,6	0,9	1,3	2,0	2,2	2,5	2,7
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

* Península y Baleares.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

En cuanto a las unidades vendidas, los **cigarrillos** son el producto principal entre las labores de tabaco, con un volumen de ventas de 2.119,1 millones de cajetillas de 20 cigarrillos en 2023 (figura 4.2.1 y tabla 4.2.3). Sin embargo, su venta ha venido disminuyendo progresivamente desde 2005, siendo especialmente notorio el descenso que se produjo entre los años 2008 y 2013.

Como se puede apreciar en la figura 4.2.1, si bien entre los años 2005 y 2008 las ventas de cigarrillos se mantuvieron prácticamente estables, o acaso con una ligera tendencia a la baja (-2,6%), en el periodo 2008-2013 se redujeron drásticamente, pasando de un volumen de ventas de 4.514,4 millones de cajetillas en 2008 a 2.375,4 millones en 2013 (-47,4%). Entre los años 2013 y 2020 las ventas continuaron bajando, aunque de forma más moderada (-13,2%), alcanzándose el mínimo histórico de la serie en el año 2020 con 2.060,8 millones de cajetillas vendidas. A partir de entonces las ventas se mantienen relativamente estables, registrándose en 2023 unas ventas de 2.119,1 millones de cajetillas (un 2,8% más que en 2020) (figura 4.2.1).

Por comunidades autónomas (tabla 4.2.3), en todas ellas se ha producido un descenso importante en las ventas de cigarrillos a lo largo del periodo 2005-2023, siendo los más destacados los correspondientes a Baleares (-63,6%), Andalucía (-57,2%), Comunidad Valenciana (-56,6%) y País Vasco (-56,2%). Atendiendo a los cambios experimentados en el último año, en todas las comunidades han bajado las ventas de cigarrillos, observándose los mayores descensos en Madrid (-5,1%), Castilla y León (-4,2%), Andalucía (-3,6%), Murcia (-3,4%) y Asturias (-3,3%).

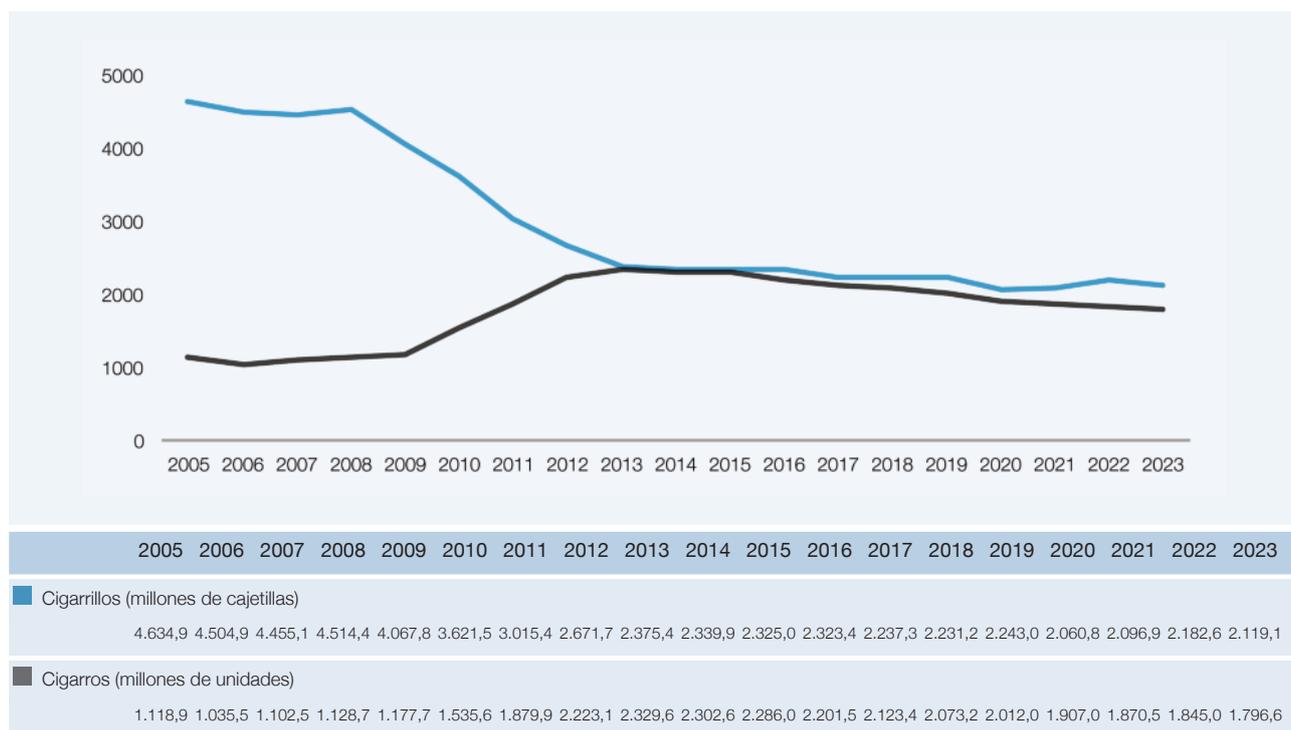
En las ventas de **cigarros puros**, se observó un ligero aumento en las unidades vendidas entre 2005 y 2009 (5,3%), que pasó a ser un fuerte incremento entre 2009 y 2013 (97,8%). Sin embargo, a partir 2013, se inicia una reducción continuada de las ventas que se mantiene en la actualidad, con un descenso acumulado de -22,9% entre 2013 y 2023, año en que se vendieron 1.796,6 millones de unidades (figura 4.2.1).

El volumen de ventas de **picadura de liar** se incrementó considerablemente entre 2011 y 2013 (37,1%), año en que se alcanza el mayor volumen de ventas, con 6,930 millones de kilos vendidos (figura 4.2.2). Posteriormente, las ventas experimentan un descenso del -17,7% hasta 2017, para luego volver a subir un 14,2% hasta 2023. En este año se vendieron 6,51 millones de kilos de picadura de liar, lo que supone un 0,2% más que el año anterior.

Por lo que respecta a las ventas de **picadura de pipa** (figura 4.2.2), descendieron de forma importante (-62,0%) entre 2011 y 2013. Posteriormente se inició un aumento continuado en las ventas, más moderado hasta 2018 y bastante acusado después, hasta alcanzar el máximo histórico en el año 2021, con 2,02 millones de kilos vendidos. Desde 2021 las ventas de picadura de pipa vuelven a caer, con 1,85 millones de kilos vendidos en 2023, un 8,7% menos respecto a 2021.

Figura 4.2.1.

Evolución de las ventas de cigarrillos y de cigarros puros. España*, 2005-2023.

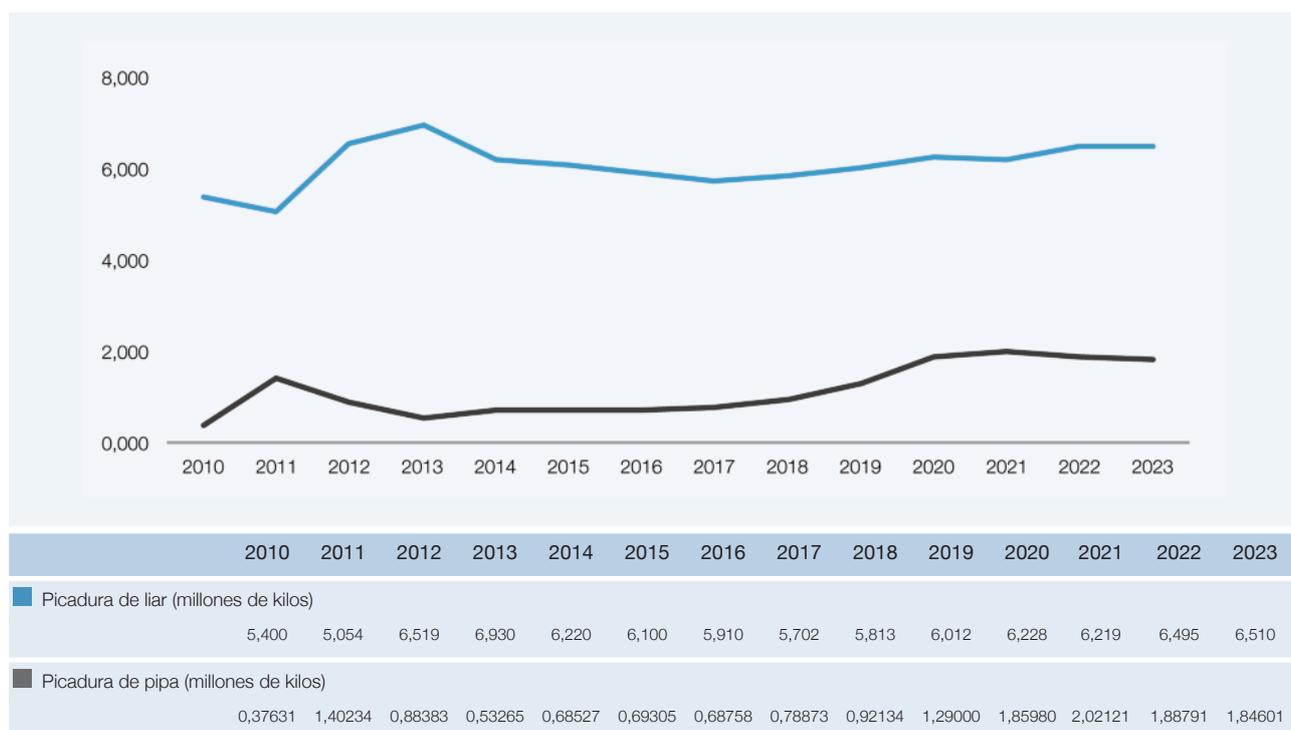


* Península y Baleares.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Figura 4.2.2.

Evolución de las ventas de picadura de liar y de picadura de pipa. España*, 2010-2023.



** Península y Baleares.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tras la entrada en vigor el día 1 de enero de 2006 de la **Ley 28/2005**, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco se ha venido produciendo una contracción de las ventas globales de cigarrillos, así como de la tasa de cigarrillos vendidos por habitante pero, por otro lado, también vinieron incrementándose las ventas de las otras labores de tabaco: cigarros, picadura de liar y picadura de pipa, lo que indicaría la existencia de un cierto desplazamiento de los hábitos de consumo de una parte de los fumadores de cigarrillos hacia el consumo de las otras labores del tabaco. Este desplazamiento fue visible en todas las comunidades autónomas y se vio reforzado por la **Ley 42/2010**, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Las variaciones en las ventas de cigarros puros y de cigarrillos desde 2013 (figuras 4.2.1 y 4.2.2) parecen indicar que tales desplazamientos en los hábitos de consumo han cesado. No obstante, habrá que seguir observando cómo evolucionan los últimos registros sobre la picadura de liar, la única labor de tabaco que mantiene una ligera tendencia al alza en los últimos años.

Tabla 4.2.3.

Evolución del volumen de ventas de cigarrillos (millones de cajetillas de 20 cigarrillos) por comunidad autónoma*. España*, 2005-2023.

CCAA	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Andalucía	843	812	738	509	357	361	368	354	350	361	345	356	374	361
Aragón	134	132	124	94	75	74	73	71	71	71	67	66	68	66
Asturias	101	98	95	72	61	58	58	54	53	52	50	49	50	48
Baleares	196	179	143	107	87	88	91	89	88	87	55	61	72	71
Cantabria	58	56	54	41	33	32	32	31	31	30	29	28	29	28
Castilla y León	226	221	213	160	131	126	126	118	118	116	110	111	114	109
Castilla-La Mancha	189	193	183	142	111	107	105	101	102	103	100	102	103	100
Cataluña	889	844	759	560	441	431	429	415	420	427	383	401	428	418
C. Valenciana	590	569	491	359	285	281	284	278	277	277	246	245	260	256
Extremadura	107	107	104	81	62	59	57	54	53	53	51	52	52	51
Galicia	227	220	212	158	135	132	132	126	126	124	119	117	117	114
Madrid	548	530	496	385	316	305	301	290	285	283	265	265	263	250
Murcia	149	152	136	105	84	82	82	79	77	76	72	73	74	72
Navarra	95	89	84	64	51	48	48	46	46	48	43	48	49	47
País Vasco	256	228	212	158	129	123	121	115	117	118	110	107	114	112
La Rioja	27	26	26	20	17	17	17	16	16	16	15	15	15	15
TOTAL	4.635	4.455	4.068	3.015	2.375	2.325	2.323	2.237	2.231	2.243	2.061	2.097	2.183	2.119

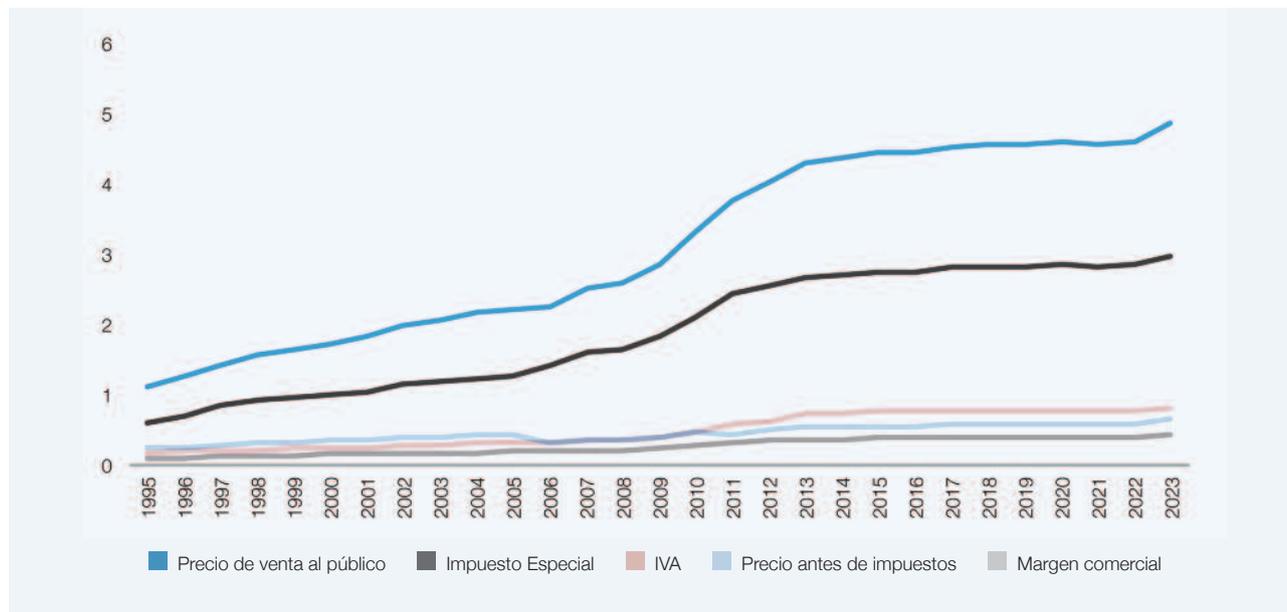
* Península y Baleares.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

El precio de venta al público de una cajetilla de cigarrillos incluye el impuesto especial, el IVA, el precio base antes de los impuestos y el margen comercial. En lo referente a la evolución del precio de venta al público de cigarrillos por cajetilla se observa un aumento considerable entre los años 1995 y 2013, con una subida moderada de 1995 a 2008 y un fuerte incremento entre 2008 y 2013. A partir de 2013 el precio de la cajetilla se estabiliza para volver a subir en 2023. El aumento del precio de la cajetilla se debe fundamentalmente a un incremento del impuesto especial.

Figura 4.2.3.

Precio de una cajetilla de cigarrillos (euros/cajetilla). España*, 1995-2023.



** Península y Baleares.

FUENTE: Ministerio de Hacienda. Informe anual de recaudación tributaria 2023.

Tabla 4.2.4.

Precio de una cajetilla de cigarrillos (euros/cajetilla). España, 1995-2023.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Precio de venta al público	1,1	1,2	1,4	1,6	1,7	1,7	1,8	2,0	2,1	2,2	2,2	2,2	2,5	2,6	
Impuesto Especial	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	1,3	1,4	1,6	1,6	
IVA	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	
Precio antes de impuestos	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	
Margen comercial	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Precio de venta al público	2,9	3,3	3,8	4,0	4,3	4,4	4,4	4,4	4,5	4,6	4,5	4,6	4,5	4,6	4,9
Impuesto Especial	1,8	2,1	2,4	2,6	2,7	2,7	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	3,0
IVA	0,4	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Precio antes de impuestos	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7
Margen comercial	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

* Península y Baleares.

FUENTE: Ministerio de Hacienda. Informe anual de recaudación tributaria 2023.

4.3. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2022

Las cantidades de drogas incautadas pueden ser indicadores indirectos de la disponibilidad de drogas en el mercado, siempre que se tenga en cuenta que su evolución suele estar afectada por diversos factores tales como la mayor o menor actividad de los servicios de control de la oferta y la proporción de droga que se dirige al mercado exterior, así como la ocurrencia de grandes decomisos, que pueden dar lugar a fluctuaciones interanuales importantes (tabla 4.3.1.).

Tabla 4.3.1.

Evolución de las cantidades de drogas decomisadas en España, 2005-2022.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Heroína (kg)	174	472	227	548	300	233	413	282	291	244	256	253	524	251	234	178	238	199
Cocaína (kg)	48.429	49.650	37.784	27.981	25.349	25.241	16.609	20.754	26.701	21.685	21.621	15.629	40.960	48.453	37.868	36.948	49.159	58.334
Hachís (kg)	669.704	459.267	653.651	682.672	444.581	384.315	355.904	327.199	319.257	379.762	380.361	324.379	334.919	436.963	349.489	473.925	676.182	324.709
Éxtasis (Nº de pastillas)	572.871	481.583	490.644	534.906	404.334	634.628	182.973	279.652	154.732	558.867	134.063	346.848	348.220	300.571	267.632	1.561.311	636.847	484.757

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

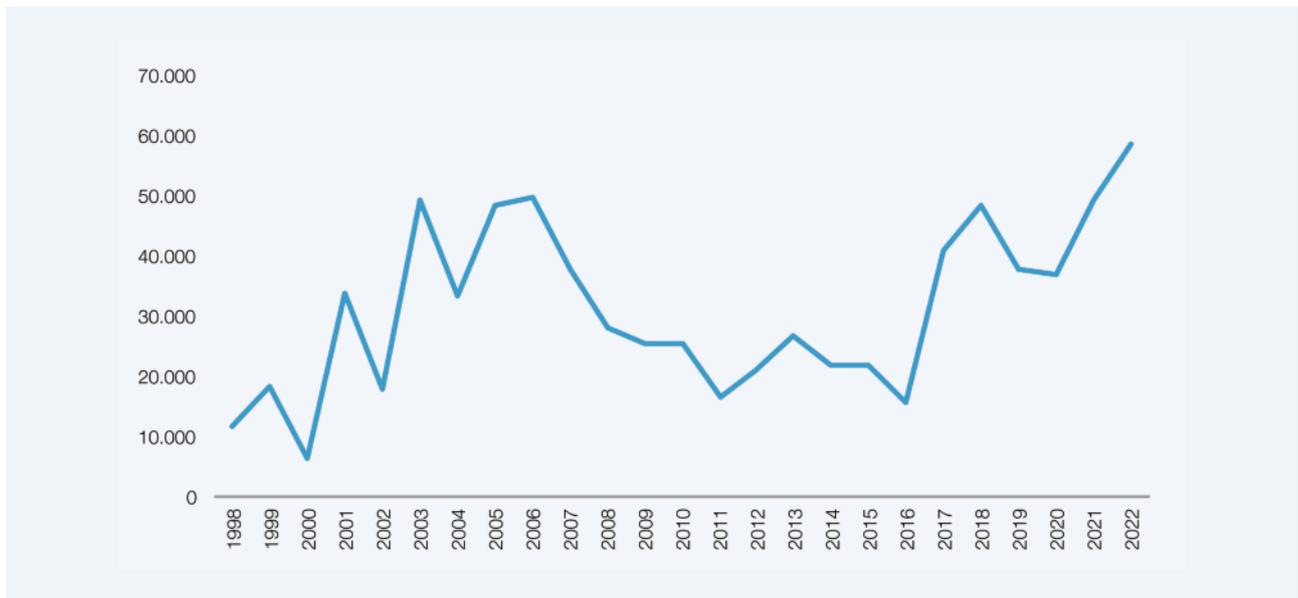
Cocaína

En base a los datos aportados por el Ministerio del Interior, en la figura 4.3.1 se presentan los volúmenes de las incautaciones de cocaína realizadas, año tras año, en el espacio de tiempo comprendido entre 1998 y 2022.

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

Figura 4.3.1.

Evolución de la cantidad de cocaína incautada (kg) en España, 1998-2022.



Cocaína		Cocaína	
1998	11.687	2010	25.241
1999	18.111	2011	16.609
2000	6.165	2012	20.754
2001	33.680	2013	26.701
2002	17.617	2014	21.685
2003	49.279	2015	21.621
2004	33.135	2016	15.629
2005	48.429	2017	40.960
2006	49.650	2018	48.453
2007	37.784	2019	37.868
2008	27.981	2020	36.948
2009	25.349	2021	49.159
		2022	58.334

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

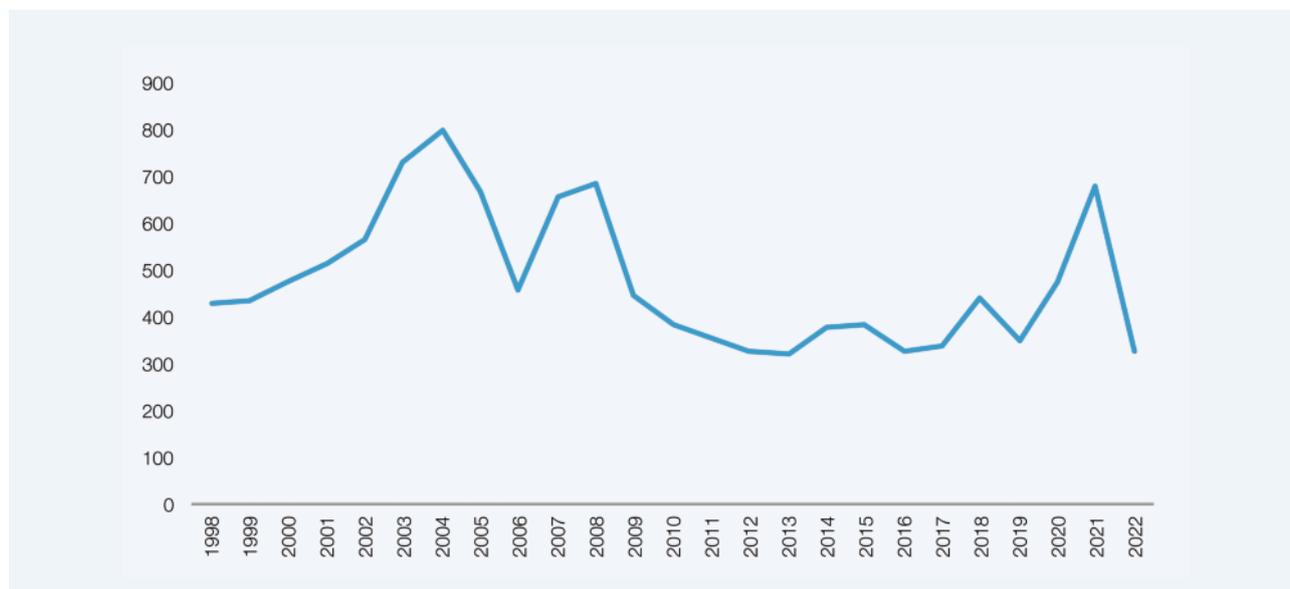
Hachís

En las cantidades incautadas de hachís entre 1998 y 2022 (figura 4.3.2) se pueden distinguir varios periodos. En un primer periodo, entre 1998 y 2004, se aprecia una moderada pero mantenida tendencia al alza de las cantidades incautadas, pasando de 428,2 toneladas en 1998 hasta el valor máximo de la serie histórica: 796,8 toneladas en 2004. A partir de entonces se reducen paulatinamente las cantidades de hachís incautadas salvo ciertos incrementos puntuales en 2007 y 2008, siendo 2013 el año que presenta el menor volumen de incautación de toda la serie (319,3 toneladas). Desde 2013 hasta 2019 las cantidades incautadas de esta sustancia han presentado una tendencia estable en torno a

las 350-400 toneladas. Finalmente, en los últimos tres años se observan grandes variaciones en el volumen de hachís incautado, con un importante aumento entre 2019 y 2021 hasta las 676,2 toneladas registradas en este año, seguido de una brusca caída hasta las 324,7 toneladas en 2022.

Figura 4.3.2.

Evolución de la cantidad de hachís incautado (toneladas) en España, 1998-2022.



Hachís		Hachís	
1998	428,2	2010	384,3
1999	431,2	2011	355,9
2000	474,5	2012	325,5
2001	514,2	2013	319,3
2002	564,8	2014	379,8
2003	727,3	2015	380,3
2004	796,8	2016	324,4
2005	669,7	2017	334,9
2006	459,3	2018	436,9
2007	653,6	2019	349,4
2008	682,6	2020	473,9
2009	444,5	2021	676,2
		2022	324,7

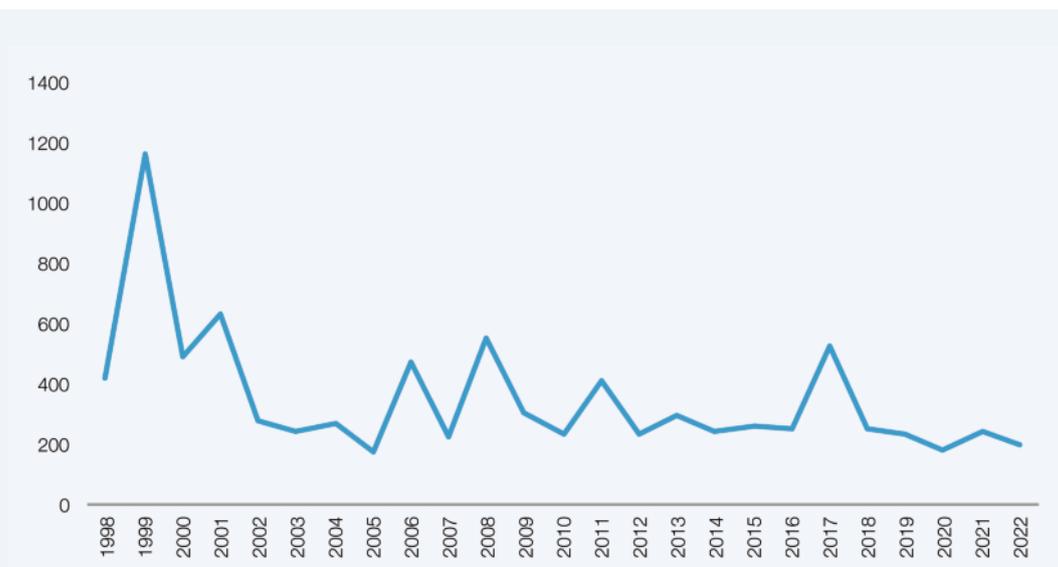
FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Heroína

La figura 4.3.3 presenta las cantidades de heroína incautadas entre 1998 y 2022. En este caso, se pueden distinguir dos periodos. Entre 1999 y 2005 las cantidades incautadas tendieron a descender, alcanzando en este último año la cifra más baja de toda la serie (174 kg); a partir de 2005, se observa una tendencia más o menos estable con picos puntuales de crecimiento en los años 2006 (472 kg), 2008 (548 kg), 2011 (413 kg) y 2017 (524 kg). Desde el año 2018 hasta 2022 las cantidades de heroína incautadas se mantienen en torno a los 200 kg cada año.

Figura 4.3.3.

Evolución de la cantidad de heroína incautada (kg) en España, 1998-2022.



Heroína		Heroína	
1998	418	2010	233
1999	1.159	2011	413
2000	485	2012	229
2001	631	2013	291
2002	275	2014	244
2003	242	2015	256
2004	271	2016	253
2005	174	2017	524
2006	472	2018	251
2007	227	2019	234
2008	548	2020	178
2009	300	2021	238
		2022	199

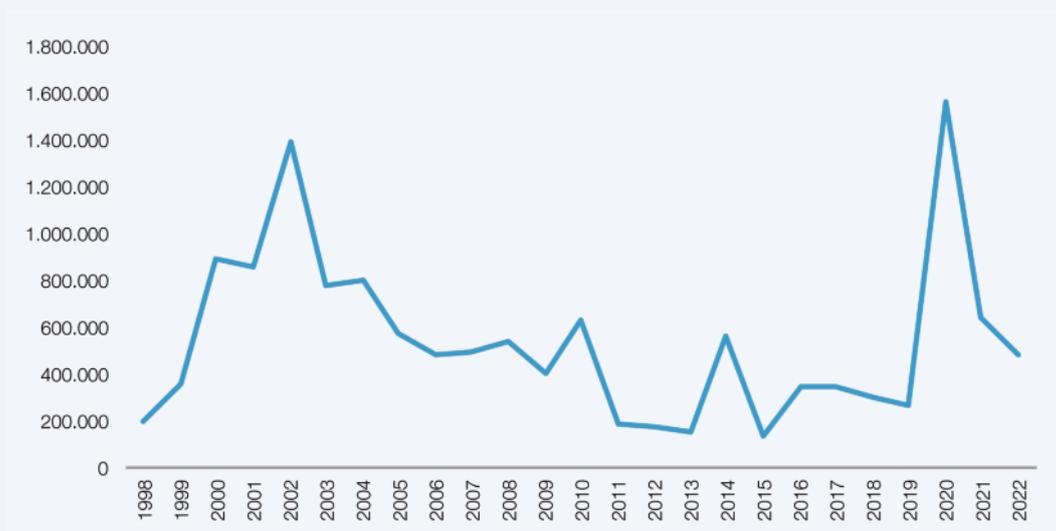
FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Éxtasis (MDMA)

Las cantidades incautadas de éxtasis (MDMA) también están sometidas a altibajos periódicos entre 1998 y 2022, como queda de manifiesto en la figura 4.3.4. Más allá de las variaciones interanuales, hasta el año 2002 es apreciable la tendencia al incremento del número de pastillas incautadas, que en 1998 fue de 194.527 pastillas y en 2002 de 1.396.140. Posteriormente se observa una tendencia descendente en el éxtasis incautado a lo largo del periodo 2002-2019, con valores mínimos (que oscilan entre 100.000 y 200.000 pastillas al año) en 2011-2013 y 2015. Finalmente se registra un aumento brusco de la cantidad incautada en 2020, alcanzando el valor máximo de la serie histórica (1.561.311 pastillas), para volver a descender de forma acusada hasta llegar a las 484.757 incautadas en 2022.

Figura 4.3.4.

Evolución de la cantidad de MDMA incautado (nº de pastillas) en España, 1998-2022.



Nº de pastillas		Nº de pastillas	
1998	194.527	2010	634.628
1999	357.649	2011	182.973
2000	891.562	2012	175.381
2001	860.164	2013	154.732
2002	1.396.140	2014	558.867
2003	771.875	2015	134.063
2004	796.833	2016	346.848
2005	572.889	2017	348.220
2006	481.583	2018	300.571
2007	490.644	2019	267.632
2008	534.906	2020	1.561.311
2009	404.334	2021	636.847
		2022	484.757

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

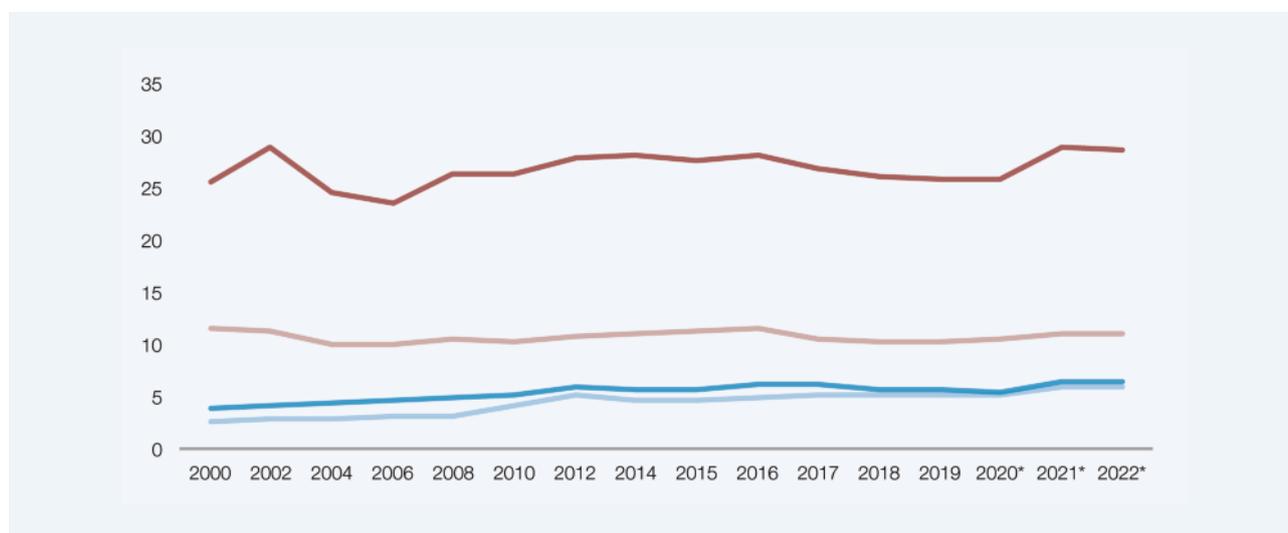
4.4. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2022

Los datos que se presentan en este apartado se refieren al precio medio nacional aplicable a las distintas drogas, ya que éste fluctúa en función de diversas circunstancias como la calidad y la pureza, el volumen de la transacción, la demanda de la población o el nivel de la oferta.

Analizando la evolución del precio de las distintas drogas en el mercado ilícito a medio plazo se puede observar una tendencia al alza del precio de la **resina de hachís** que, si en el año 2000 era de 3,87 euros, en el segundo semestre de 2022 llegó a 6,36 euros. Esto ha ocurrido también en el caso de la **grifa/marihuana** que, en el mismo periodo, ha pasado de 2,49 euros a 5,93 euros (segundo semestre) (figura 4.4.1).

Figura 4.4.1.

Precios medios de las drogas en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2022.



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*	2022*
Éxtasis (unidad)	11,52	11,24	10,02	9,88	10,57	10,30	10,70	11,05	11,34	11,41	10,56	10,29	10,33	10,49	10,90	11,14
Speed (gr)	25,52	28,83	24,55	23,46	26,35	26,38	27,74	28,09	27,70	28,07	26,86	26,19	25,86	25,90	28,82	28,72
Resina hachís (gr)	3,87	4,08	4,39	4,63	4,78	5,20	5,85	5,54	5,56	6,19	6,04	5,59	5,68	5,52	6,37	6,36
Grifa/marihuana (gr)	2,49	2,86	2,86	2,99	3,09	4,10	5,02	4,68	4,58	4,96	5,16	5,22	5,06	5,09	6,01	5,93

* Segundo semestre

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

De igual modo, el precio de la **cocaína**, tras un periodo de descenso entre 2004 y 2014, presentó una tendencia creciente, pasando el gramo de cocaína de un precio medio de 57,57 euros en 2014, hasta los 61,27 euros en el segundo semestre de 2022 (figura 4.4.2).

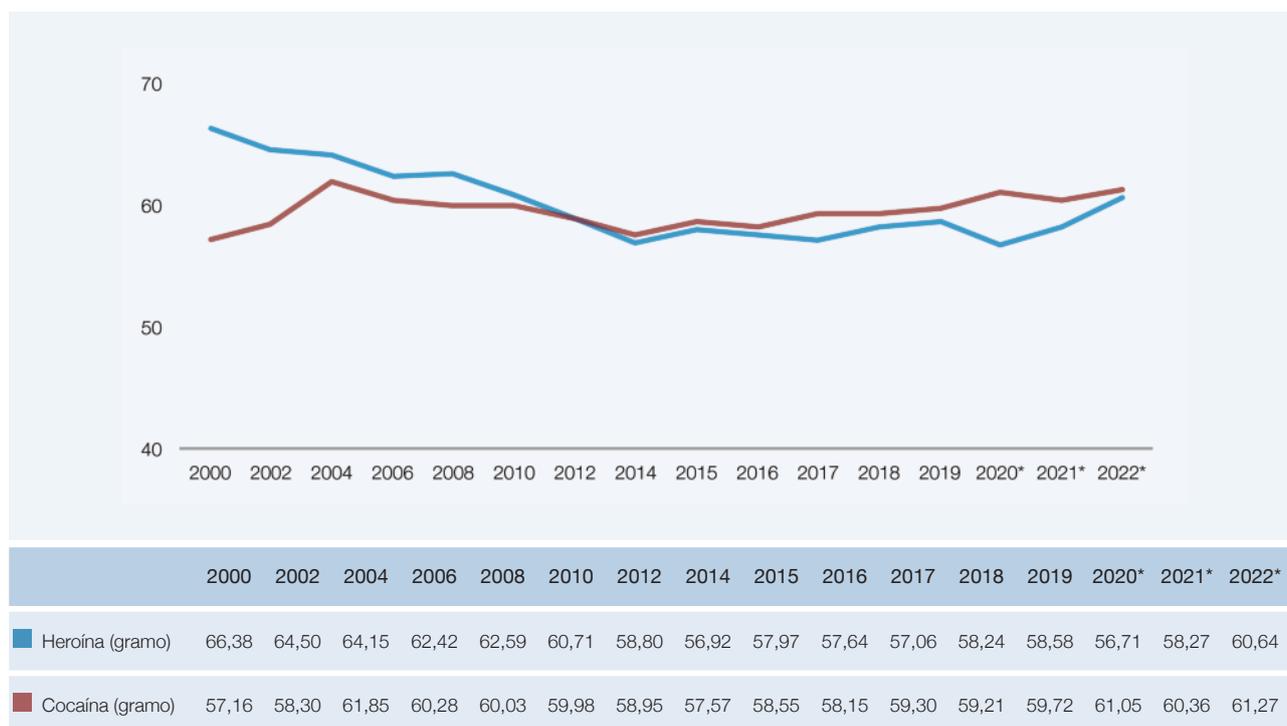
Respecto al precio del gramo de **heroína**, desde el año 2000 hasta el 2014 mostró una tendencia descendente, pasando de 66,38 euros en 2000 a 56,92 euros en 2014. A partir de entonces el precio se estabilizó en torno a los 57-58 euros hasta el año 2021. En 2022 ha vuelto a subir, alcanzando los 60,64 euros por gramo en el segundo semestre (figura 4.4.2).

En cuanto al gramo de **anfetaminas en polvo (speed)**, obviando oscilaciones puntuales, su precio presenta un tendencia general ascendente a lo largo de la serie histórica, pasando de 25,52 euros/gramo en el año 2000 a 28,72 euros/gramo en el segundo semestre de 2022 (figura 4.4.1).

Respecto al **éxtasis**, su precio se ha mantenido relativamente estable entre los 10 y los 11,5 euros por unidad aproximadamente, con algunas oscilaciones, pero sin que se observe una tendencia clara de ascenso o descenso a lo largo de la serie histórica (figura 4.4.1).

Figura 4.4.2.

Precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2022.



* Segundo semestre.

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

En relación a la pureza media de las drogas decomisadas, se dispone de datos para la **heroína** y la **cocaína** (tabla 4.4.1). A lo largo de todo el período 2000-2022, se puede observar que la pureza de los grandes decomisos (a nivel de kilogramo) es bastante mayor que la pureza de los decomisos del nivel de gramo o de dosis. De hecho, en 2022, la pureza de los grandes decomisos de **heroína** fue de un 42,0% (segundo semestre), mientras que la pureza de los decomisos del nivel de gramo fue del 31,0% (segundo semestre), y de los de nivel de dosis del 24,0% (segundo semestre).

Para la **cocaína**, las cifras fueron, siguiendo el mismo orden, 72,0%; 47,0% y 35,0%.

Por lo que respecta a la evolución temporal, la pureza de la **cocaína** muestra una tendencia descendente desde el año 2000 que fue especialmente notoria a partir de 2008 fundamentalmente a nivel de dosis y gramo, sin embargo, la pureza a nivel de kilogramo permanece estable y en niveles altos. Respecto a la pureza del gramo, ha pasado del 49,5% en 2008 al 47,0% (segundo semestre del 2022), y la de la dosis del 40,5% en 2008 al 35,0% (segundo semestre del 2022). Las purezas a nivel de kilogramo, durante el segundo semestre de 2022 (72,0%), están en niveles del 2008.

La misma tendencia al descenso se aprecia respecto a la pureza de la **heroína**, aunque, en este caso, esa tendencia fue más intensa hasta 2014 y sobre todo a nivel de kilogramo, cuya pureza pasó del 64,0% en 2000 al 39,0% en 2014 y, en menor medida, en el caso de la dosis, que pasó del 25,0% en 2000 al 21,0% en 2014, y en el del gramo, que pasó del 32,0% en 2000 al 31,0% en 2014. En el año 2022, a nivel de kilogramo las purezas de la heroína en el segundo semestre (42,0%) están en niveles parecidos a los de 2020 (41,0%) y 2021 (43,0%).

A partir de 2010 las purezas del gramo y la dosis de heroína han mostrado tendencia a la estabilización, oscilando entre el 20% y el 24%, en el caso de la dosis, y entre el 30% y el 31,5% en el caso del gramo (con excepción del año 2015 en que fue del 33,0%). Respecto a la pureza de la heroína en el mercado mayorista (kilogramo) también se venía observando una estabilización a partir de 2012, situándose entre el 39,0% y el 43,0% (tabla 4.4.1).

Tabla 4.4.1.

Purezas medias (%) de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito. España, 2000-2022.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*	2022*
Heroína																
Dosis	25,0	26,0	22,5	22,0	22,5	21,0	21,0	21,0	21,5	21,5	22,5	22,5	23,0	20,0	22,0	24,0
Gramo	32,0	34,0	29,0	32,0	32,5	31,5	31,0	31,0	33,0	31,5	31,5	30,0	31,0	30,0	30,0	31,0
Kilogramo	64,0	53,0	49,0	47,5	46,0	45,0	41,5	39,0	43,0	39,5	39,0	40,5	40,5	41,0	43,0	42,0
Cocaína																
Dosis	45,0	43,0	42,0	46,0	40,5	36,5	35,0	33,0	33,5	33,5	35,5	37,5	36,5	32,0	34,0	35,0
Gramo	53,0	50,0	51,0	54,0	49,5	45,5	42,5	41,0	42,0	39,5	43,5	44,0	45,0	44,0	47,0	47,0
Kilogramo	74,0	71,0	75,0	73,0	72,0	71,0	67,0	63,0	65,5	64,0	67,5	69,0	69,5	71,0	72,0	72,0

* Segundo semestre.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Un aspecto interesante que se puede considerar es el grado de dilución (“adulteración”) que sufre la droga a lo largo de la cadena de distribución. Como indicadores del grado de dilución en diferentes eslabones de la cadena pueden utilizarse las razones de “pureza kilogramo/pureza dosis”, “pureza kilogramo/pureza gramo” y la razón de “pureza gramo/pureza dosis”. En 2022 (segundo semestre), la razón de pureza kilogramo/dosis de heroína fue de 1,75, la razón kilogramo/gramo 1,35 y la razón gramo/dosis 1,29, mientras que para cocaína las cifras fueron 2,06, 1,53 y 1,34, para el mismo orden. La heroína sufre, pues, un menor grado de dilución a lo largo de la cadena de distribución que la cocaína (tabla 4.4.2).

Si se observa la evolución temporal de estas razones a lo largo del período 2000-2022, se comprueba que, para heroína, ha disminuido progresivamente la razón de pureza kilogramo/gramo, pasando de 2,0 en 2000 a 1,35 en 2022, así como la razón pureza kilogramo/dosis que ha pasado de 2,56 a 1,75. La razón gramo/dosis volvió en 2022 (1,29) al mismo valor, prácticamente, que tenía en el año 2000 (1,28), aunque en los años intermedios ha estado siempre en valores superiores, con un máximo de 1,53 registrado en 2015 (tabla 4.4.2). Se puede concluir, por lo tanto, que en los últimos años ha disminuido el grado de dilución que sufre la heroína en la cadena de distribución, especialmente en el paso de kilogramo a dosis.

En cuanto a la cocaína, se observa una tendencia general ascendente en la razón de pureza kilogramo/gramo entre los años 2000 y 2022, lo que indica una mayor dilución de la sustancia en este período. Algo parecido ha sucedido con la razón kilogramo/dosis y con la razón gramo/dosis (tabla 4.4.2).

Tabla 4.4.2.

Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 2000-2022.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*	2022*
Decomisos de heroína																
Razón kg/dosis	2,56	2,04	2,23	2,09	2,04	2,14	1,97	1,86	2,00	1,84	1,73	1,80	1,76	2,05	1,95	1,75
Razón kg/gramo	2,00	1,56	1,69	1,50	1,42	1,43	1,33	1,26	1,30	1,25	1,24	1,35	1,31	1,36	1,43	1,35
Razón g/dosis	1,28	1,31	1,32	1,39	1,44	1,50	1,47	1,48	1,53	1,47	1,40	1,33	1,35	1,50	1,36	1,29
Decomisos de cocaína																
Razón kg/dosis	1,64	1,65	1,79	1,66	1,78	1,95	1,91	1,91	1,96	1,91	1,90	1,84	1,90	2,21	2,11	2,06
Razón kg/gramo	1,40	1,42	1,47	1,38	1,45	1,27	1,57	1,54	1,56	1,62	1,55	1,57	1,54	1,61	1,53	1,53
Razón g/dosis	1,18	1,16	1,21	1,20	1,22	1,25	1,21	1,24	1,25	1,18	1,23	1,17	1,23	1,37	1,38	1,34

* Segundo semestre.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

4.5. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2022

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

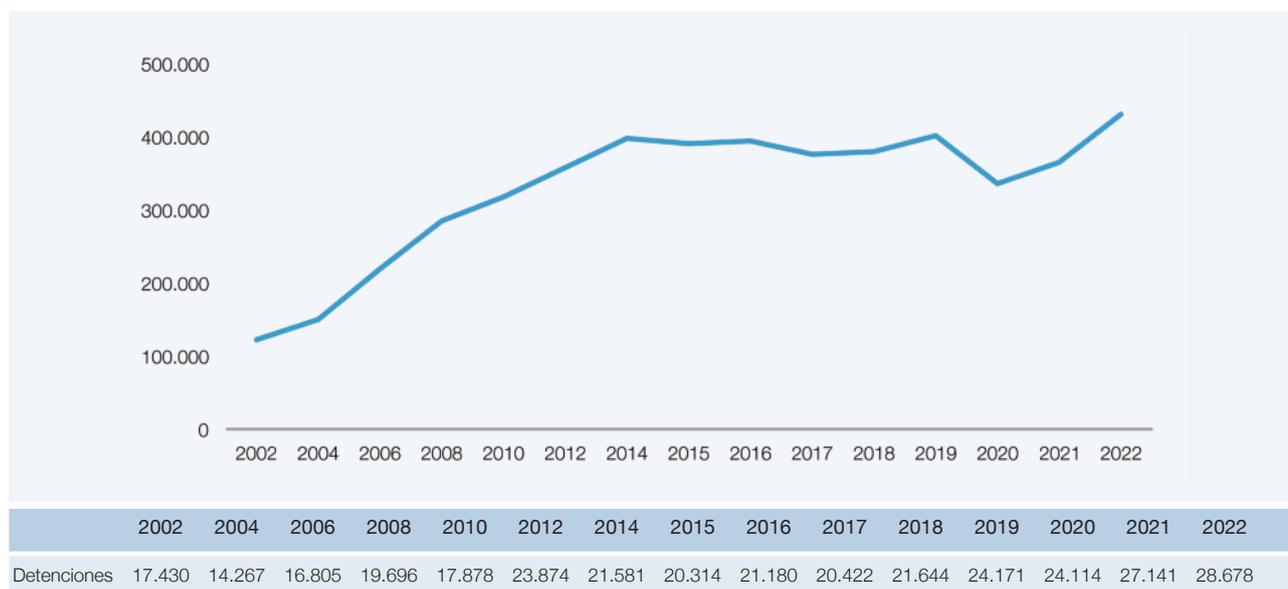
Las detenciones realizadas desde 2002 presentan una tendencia ascendente siendo 2022 el año con mayor número de detenciones por tráfico de drogas de toda la serie (28.678).

En el caso de las denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas y la Ley Orgánica 4/2015, que deroga la anterior, se observa un progresivo aumento en el número de denuncias anuales desde 2002 hasta 2014, año a partir del cual se estabiliza en torno a las 390.000-400.000 denuncias por año hasta 2019. Posteriormente, el confinamiento llevado a cabo para controlar la pandemia de Covid-19 se asoció a un notable descenso en las denuncias en 2020, que después volvieron a aumentar hasta llegar a las 430.975 registradas en 2022 (figuras 4.5.1 y 4.5.2).

Como en años anteriores, en 2022 la mayor parte de las detenciones y de las denuncias estuvieron relacionadas con los derivados del cannabis (55,7% y 80,8%, respectivamente). Importante porcentaje alcanzan también las detenciones por tráfico de cocaínicos (23,5%) (figuras 4.5.3 y 4.5.4 y tablas 4.5.1 y 4.5.2).

Figura 4.5.1.

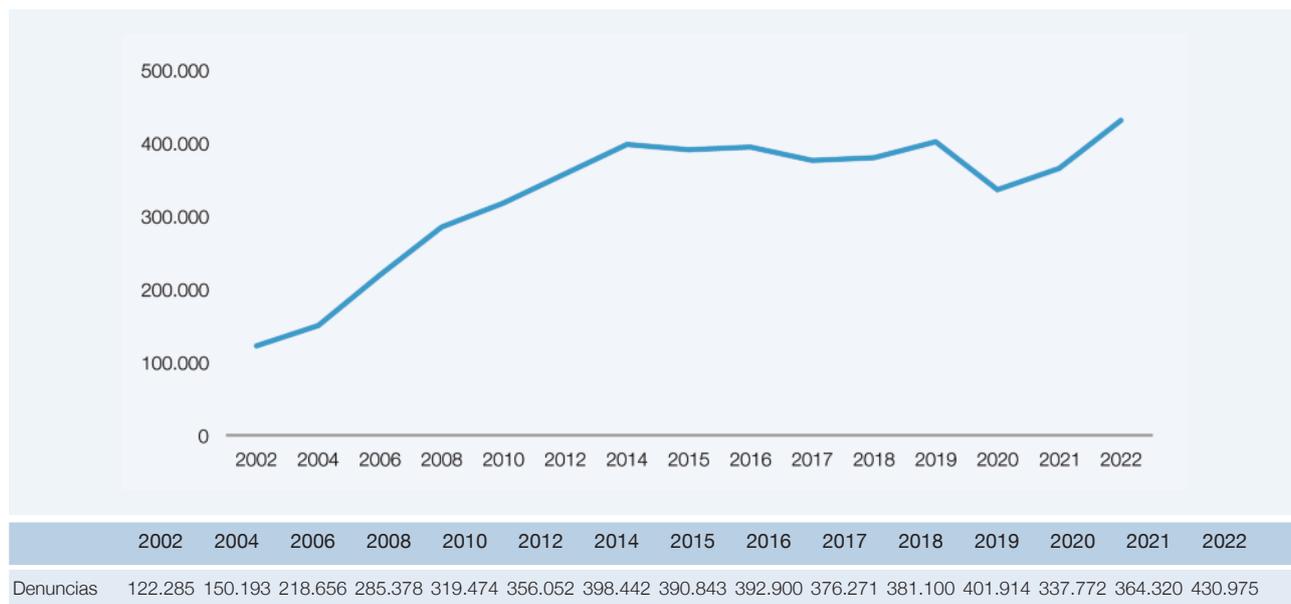
Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2002-2022.



FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Figura 4.5.2.

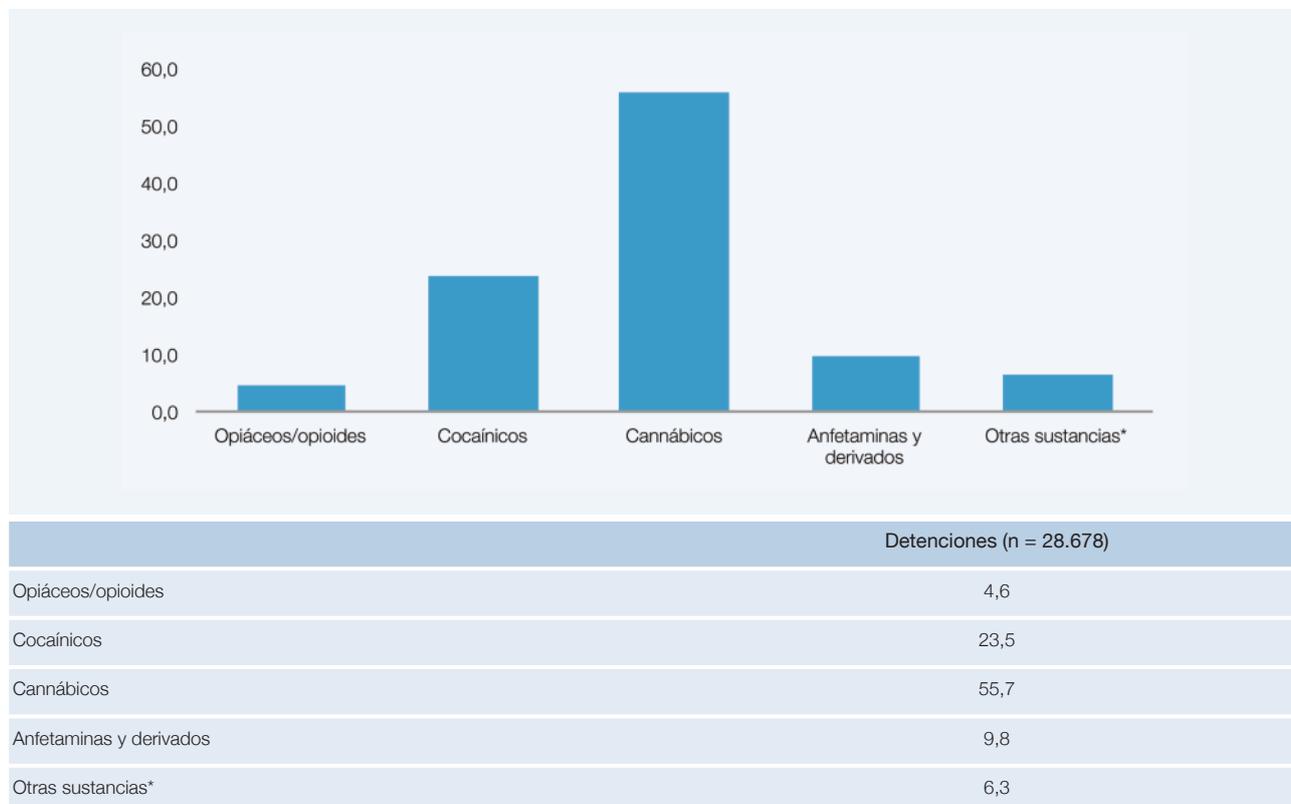
Denuncias por tenencia y consumo de drogas en lugar público basadas en las Leyes Orgánicas 1/1992 y 4/2015 (números absolutos). España, 2002-2022.



FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Figura 4.5.3.

Distribución de las detenciones por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2022.



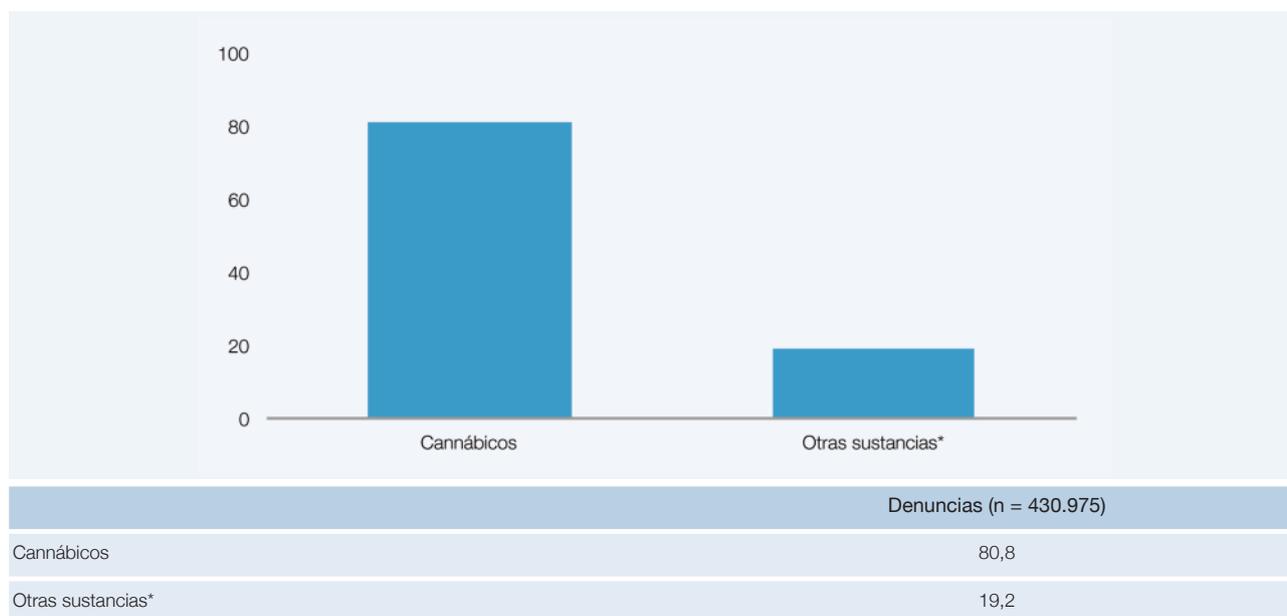
* Otras sustancias incluye: depresores, sedantes, tranquilizantes, alucinógenos y otros.

Nota: las detenciones por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Figura 4.5.4.

Distribución de las denuncias por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2022.



* Otras sustancias incluye: opiáceos, cocaínicos, estimulantes y otros.

Nota: las denuncias en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Tabla 4.5.1.

Evolución de las detenciones por familia de drogas (números absolutos y % sobre el total). España, 2006-2022.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total detenciones (n)	20.094	24.069	22.139	23.874	21.581	20.314	21.180	20.422	21.664	24.171	24.114	27.141	28.678
Cannábicos (%)	46	50	50	56	56	54	53	58	53	55	60	62	56
Cocaínicos (%)	39	36	35	30	28	29	28	28	29	26	25	21	24
Opiáceos (%)	6	7	7	5	7	7	7	6	7	6	6	4	5
Estimulantes tipo anfetamínico (%)	6	5	5	4	6	7	7	6	7	8	7	7	10
Otras sustancias (%)	3	3	3	4	3	3	5	2	2	5	5	5	6

Nota: las detenciones por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Tabla 4.5.2.

Evolución de las denuncias por familia de drogas (números absolutos y % sobre el total). España, 2006-2022.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total denuncias (n)	225.909	295.185	326.776	372.419	398.422	390.843	392.900	376.271	381.100	401.914	337.772	364.320	430.975
Cannábicos (%)	77	80	84	87	87	86	84	83	83	82	74	84	81
Otras sustancias (cocaínicos, opiáceos, estimulantes, otras) (%)	23	20	17	12	13	14	16	17	17	18	26	16	19

Nota: las denuncias en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).



Análisis de aguas residuales

Autores: miembros de la Red ESAR-Net (www.esarnet.es)¹,

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos al aplicar el análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos para el seguimiento del abuso de sustancias en diversas localidades en un total de 10 CCAA (tabla 5.1). Estos resultados se han obtenido en el marco de un proyecto de investigación financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas², por la red ESAR-Net³, en colaboración con la red RIAPAd⁴, y se incorporan por segundo año al informe anual del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, si bien ya es un indicador que se lleva empleando por parte del Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones (EMCDDA) durante más de 10 años⁵.

Metodología

En este estudio se tomaron muestras de agua residual en diferentes estaciones depuradoras de aguas residuales (EDAR) españolas durante una semana completa (generalmente empezando un martes y finalizando un lunes) en la primera mitad de cada año entre 2021 y 2023 (por lo general en primavera), garantizando que cada muestra fuese representativa de un día completo (muestra compuesta de 24 horas) en un total de 27-28 EDAR en función del año (ver tabla 5.1). Además, en 10-11 EDAR (ver tabla 5.1) se llevó a cabo una segunda campaña análoga durante una semana en la segunda mitad de cada año (otoño). Se procuró que las semanas donde se tomó muestra no hubiese eventos especiales (por ejemplo, fiestas) o fuese temporada alta de vacaciones y turismo, para intentar establecer el consumo de fondo.

La concentración de sustancias ilícitas o de sus metabolitos (caso de la cocaína, donde se mide benzoilecgonina, o del THC, donde se mide carboxi-THC) se determinó en cada una de las muestras mediante extracción en fase sólida seguida de cromatografía de líquidos acoplada a espectrometría de masas en tándem (LC-MS/MS). En el caso de la nicotina y etanol, se midieron sus metabolitos (cotinina e hidróxicotinina para nicotina, y sulfato de etilo para el etanol) mediante un método de inyección directa en el sistema LC-MS/MS. Posteriormente, las concentraciones se convirtieron en masa de metabolito excretada por día y normalizada a 1.000 habitantes, empleando para ello el caudal de agua residual recibido por cada EDAR durante el día muestreado y la población servida por la misma (carga diaria normalizada). Esta

1. 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 Deseñificación, 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-Moreno, 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-Mozas (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 Ríos-Quintero (Universidad de Cádiz); Sergio Santana-Viera (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria); Manuel Isorna (Universidade de Vigo, RIAPAd); Unax Lertxundi (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud).

2. Este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración de todas las entidades y ayuntamientos responsables de la gestión de las depuradoras de aguas residuales, imprescindible para llevar a cabo estos estudios, y al proyecto "Exploración de las aguas residuales como indicador complementario, rápido y objetivo sobre el consumo de sustancias de abuso" financiado en la convocatoria 2020 de proyectos de investigación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (nº exp. 2020I009)".

3. La red ESAR-Net (www.esarnet.es) cuenta con financiación básica para reuniones y jornadas proporcionada por la Agencia Estatal de Investigación (AEI/10.13039/501100011033), Ref. RED2022-134363-T.

4. El equipo de la Universidad de Santiago de Compostela quiere agradecer también la financiación de la red RIAPAd (<https://riapad.es/>, ref. RD21/0009/0012) a través de la convocatoria de redes RICORS del Instituto de Salud Carlos III – NexGenerationEU – PRTR.

5. https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

carga diaria normalizada se transforma finalmente en consumo estimado de sustancia pura conociendo el metabolismo de la sustancia y su(s) vía(s) de excreción. En el caso del THC existen varios factores que contribuyen a la incertidumbre de los valores obtenidos, por lo que deben considerarse con precaución y prestar más atención a tendencias temporales y/o geográficas que al valor de consumo estimado de THC en sí mismo. En el caso de la nicotina, al medirse dos metabolitos, el resultado de consumo estimado se obtiene a través de la media de la estimación proveniente de ambos.

Por otro lado, con las muestras del fin de semana se obtuvo una mezcla compuesta (incluyendo alícuotas de viernes a domingo) que fue empleada para realizar un análisis cualitativo (cribado) sobre la presencia de otras nuevas sustancias psicoactivas (NPS, fundamentalmente catinonas) y ketamina.

Tabla 5.1.

Listado codificado de las EDAR analizadas y número de semanas muestreadas en cada caso entre 2021 y 2023.

Código	Semanas muestreadas	Tamaño	Código	Semanas muestreadas	Tamaño
AND-1	3	G	CVA-5	3	G
BAL-1	3	G	CVA-6	3	P
CAN-1	3	G	CYL-1	3	M
CAT-1	6	MG	CYL-2	3	MP
CAT-2 ^a	4	MG	EUS-1	6	G
CAT-3	3	MP	EUS-2	6	MG
CAT-4	6	M	EUS-3	3	MP
CAT-5	3	M	GAL-1	3	MP
CAT-6	3	M	GAL-2	6	M
CLM-1	3	M	MAD-1	3	MG
CVA-1	3	P	MAD-2	6	MG
CVA-2	3	M	MAD-3	3	G
CVA-3	6	M	MAD-4	6	G
CVA-4 ^b	6	MG			

Código: corresponde a las iniciales de la Comunidad Autónoma seguida de un número seleccionado aleatoriamente. AND: Andalucía, BAL: Baleares, CAN: Canarias, CAT: Cataluña, CLM: Castilla La Mancha, CVA: Comunidad Valenciana, CYL: Castilla y León, EUS: País Vasco, GAL: Galicia, MAD: Comunidad de Madrid. NOTAS: a CAT-2, esta EDAR se comenzó a muestrear en 2022. CVA-4 corresponde realmente a 2 EDAR, que al estar conectadas deben evaluarse en conjunto.

Tamaño de población servido por la EDAR: MP < 10.000 habitantes; 10.000 < P < 50.000 habitantes; 50.000 < M < 200.000 habitantes; 200.000 < G < 500.000 habitantes; MG > 500.000 habitantes.

Para más información sobre la metodología del análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos, sus puntos fuertes y limitaciones, se pueden consultar las referencias^{6,7,8}. Los laboratorios participantes en el análisis realizan cada año un ejercicio interlaboratorio para garantizar el buen funcionamiento de los métodos analíticos empleados y la comparabilidad de los resultados obtenidos⁹. La red ESAR-Net había llevado a cabo un estudio piloto en 2018^{10,11,12} que incluía 17 EDAR de 7 CCAA muestreadas durante una semana en primavera de ese año. También desde ESAR-Net se contribuyó a la edición 2023 de este informe¹³. Por ello, algunas cuestiones como el estudio de los patrones de consumo semana laborable/fin de semana que se abordaban en dicho informe no se discutirán otra vez en detalle, siendo el etanol, y las sustancias estimulantes ilegales, particularmente MDMA y cocaína, las que presentan un claro incremento de consumo durante el fin de semana.

A continuación, en la mayoría de los casos, se presentan los valores de la mediana (de los siete días de la semana) de consumo estimado para cada sustancia en la primera campaña de 2023 (primavera), al ser la más reciente que considera todas la EDAR. Además, se hace una estimación de la evolución del consumo en el período 2021-2023, pero en este caso se consideran sólo las 10 EDAR analizadas en las 6 campañas (ver tabla 5.1). Se presenta la mediana en lugar de la media para evitar el sesgo que produce el diferente patrón de consumo de los fines de semana respecto a los días laborables en varias de las sustancias consideradas y mitigar el efecto de posibles datos aberrantes.

Análisis por sustancias

Cocaína

El consumo de cocaína ha sido detectado en todas las EDAR en ambas campañas. Los valores de la mediana semanal oscilan entre 0,7 y 5,7 g/(día 1.000 hab.), estando la mediana global en 2,2 g/(día 1.000 hab) (figura 5.1). Estos datos confirman que la cocaína es una de las sustancias ilegales más consumidas a nivel nacional, sin excesivas diferencias geográficas en comparación con otros estimulantes.

En cuanto a su evolución temporal en los últimos 3 años, como se aprecia en la figura 5.2, si se tiene en cuenta la mediana global de las EDAR que han sido analizadas en las 6 campañas, se puede concluir que no ha habido cambios significativos en la cantidad de cocaína consumida en el período de estudio, estando la mediana global siempre en el entorno de los 2 g/(día 1.000 hab).

6. Bijlsma et al. Análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos: aplicaciones a la estimación del consumo de sustancias de abuso y en salud pública en general. Red española ESAR-Net. Revista Española de Salud Pública., 2018, 92: 20 de agosto e201808053.

7. Pocurull et al. El análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos: presente y futuro en España. Revista Española de Drogodependencias, 2020, 45, 91-103.

8. https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

9. van Nuijs et al. Multi-year interlaboratory exercises for the analysis of illicit drugs and metabolites in wastewater: development of a quality control system. Trends in Analytical Chemistry, 2018, 103, 34-43.

10. Bijlsma et al. The embodiment of wastewater data for the estimation of illicit drug consumption in Spain. Science of the Total Environment, 2021, 772: 144794.

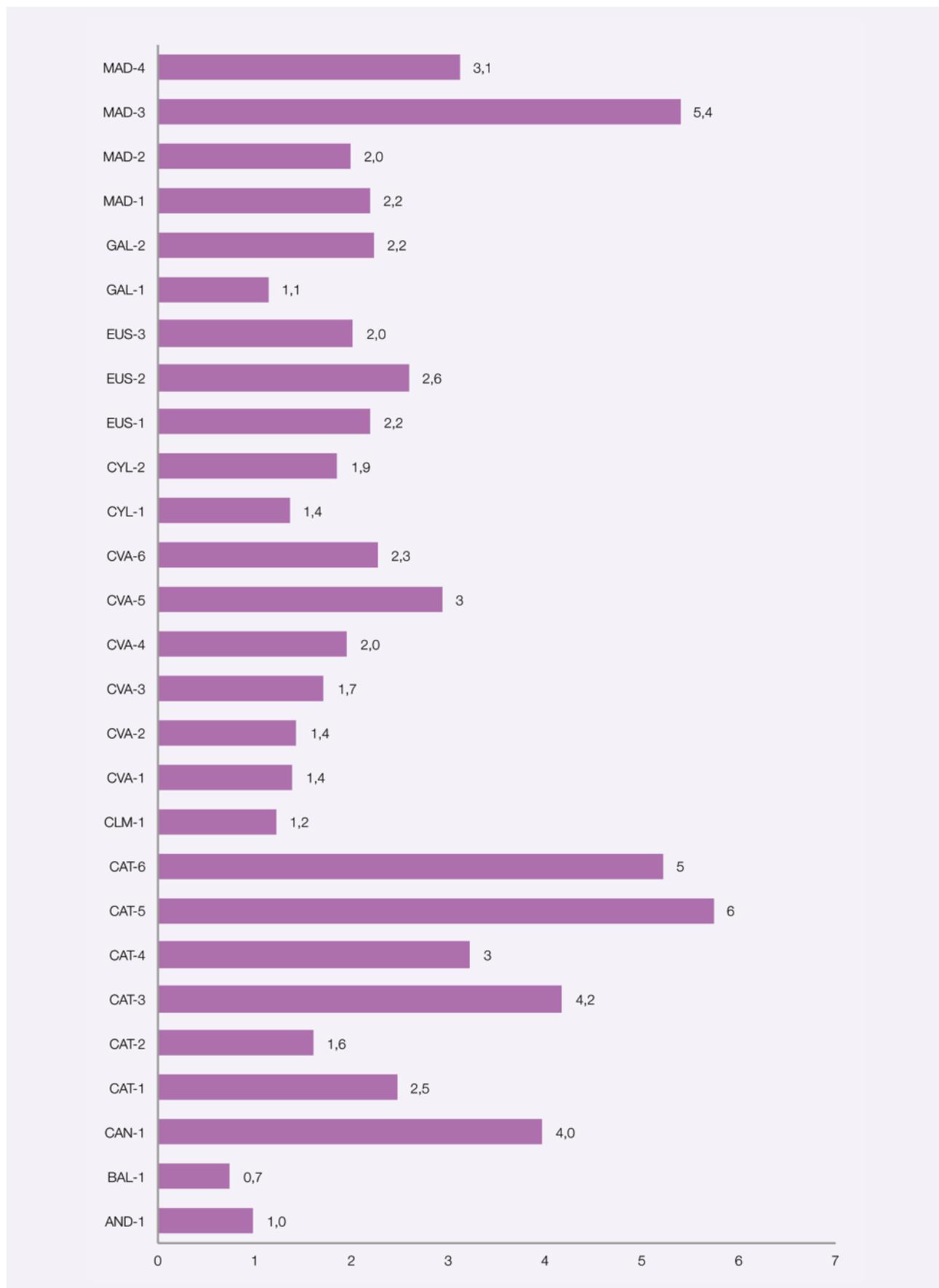
11. Montes et al. First nation-wide estimation of tobacco consumption in Spain using wastewater-based epidemiology. Science of the Total Environment, 2020, 741: 140384.

12. López-García et al. Assessing alcohol consumption through wastewater-based epidemiology: Spain as a case study. Drug and Alcohol Dependence, 2020, 215: 108241.

13. Informe 2023 - Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España - CAPÍTULO 5: Análisis de aguas residuales. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2023.

Figura 5.1.

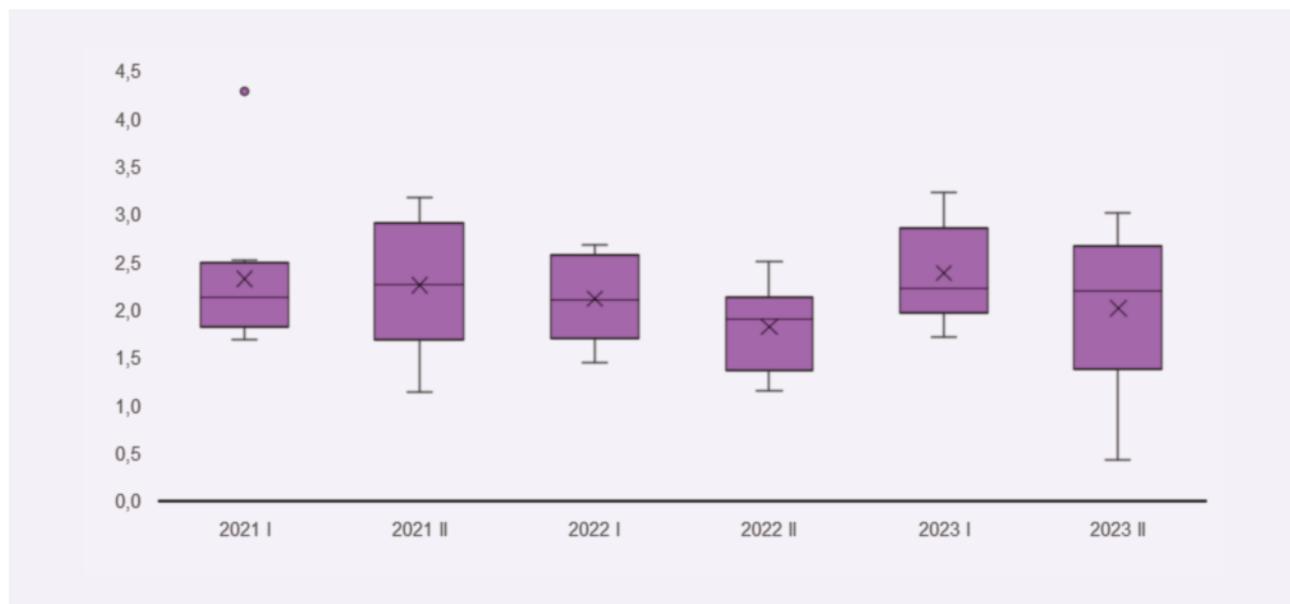
Representación del valor de la mediana de consumo estimado de cocaína en las EDAR estudiadas en la primera campaña (primavera) de 2023.



FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 5.2.

Valores de las medianas de consumo de cocaína estimado a lo largo de 2021-2023 en las EDAR que fueron analizadas en las 6 campañas (tabla 5.1).



I = campaña de primavera; II = campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

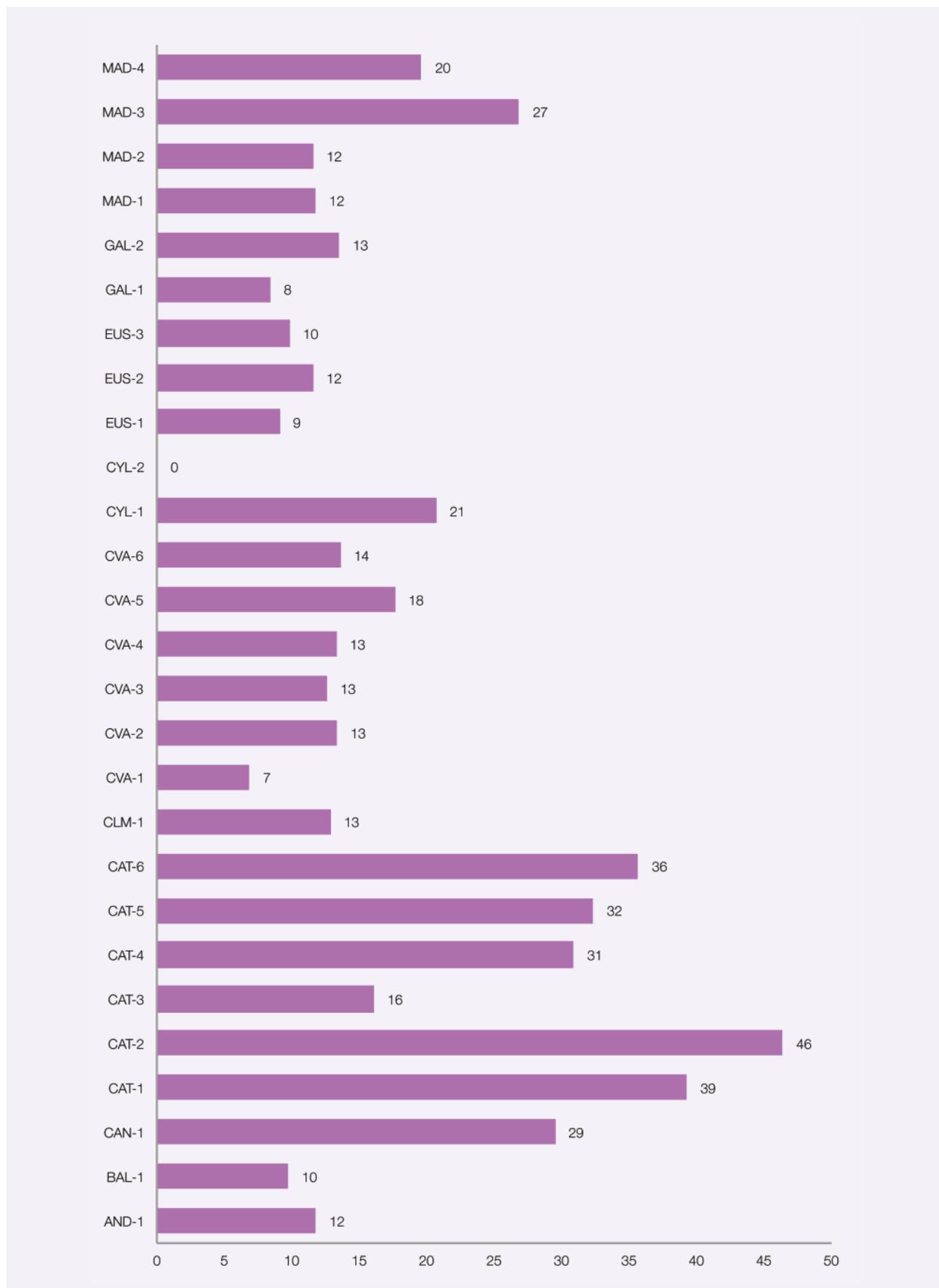
Cannabis

La figura 5.3 presenta el uso de cannabis como consumo estimado de su principal constituyente psicoactivo, el THC. Como se ha mencionado en la sección metodológica, dichos valores deben tomarse con cautela, pudiendo ser hasta 5 veces inferiores debido a la posible conversión del metabolito hidroxí-THC en carboxi-THC en el agua residual. Incluso con esta incertidumbre, es evidente que el consumo estimado de THC es alto, mediana global: 13 g/(día 1.000 hab.), estando presente su metabolito en todas las localidades menos una (CYL-2, que corresponde a una localidad de menos de 10.000 habitantes y donde sí se había podido detectar en el resto de campañas).

Si se observa la tendencia en el período 2021-2023 (figura 5.4) se puede apreciar que las medianas son más variables que en el caso de la cocaína, en parte debido a su mayor incertidumbre analítica, con valores de mediana global en general estables, 13-16 g/(día 1.000 hab.), aunque la última campaña apunta a una cierta reducción, mediana global 8,3 g/(día 1.000 hab.), pero que debería ser confirmada en campañas posteriores.

Figura 5.3.

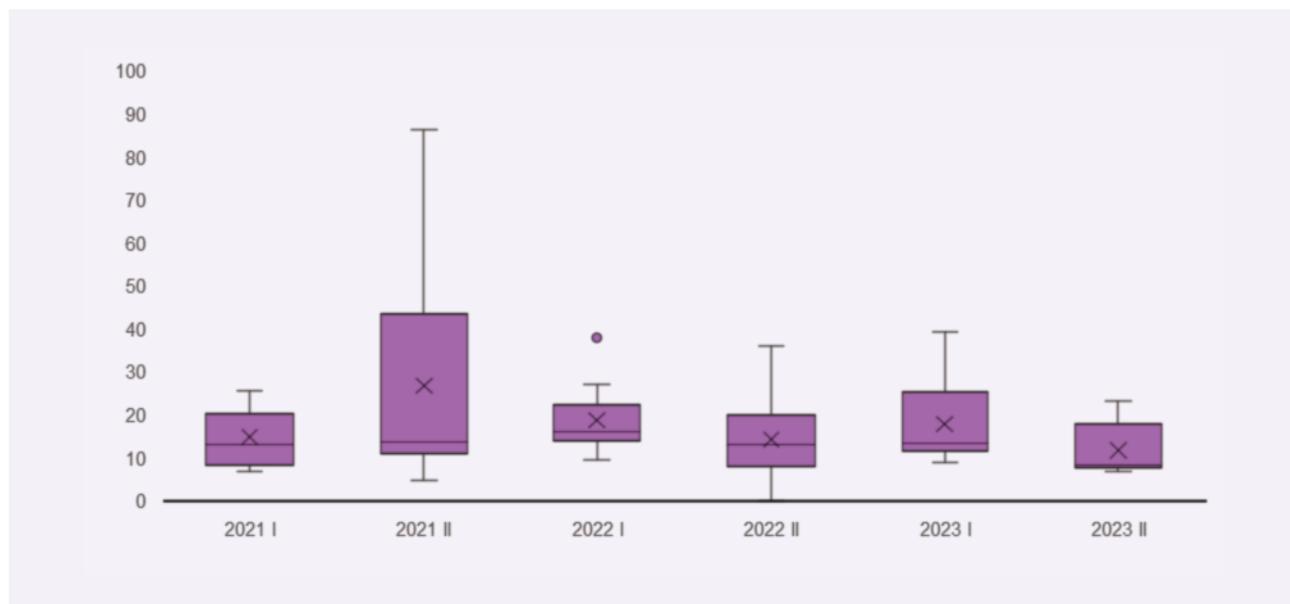
Representación del valor de la mediana de consumo estimado de cannabis, como THC, en las EDAR estudiadas en la primera campaña (primavera) de 2023.



FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 5.4.

Valores de las medianas de consumo de cannabis, como THC, estimado a lo largo de 2021-2023 en las EDAR que fueron analizadas en las 6 campañas (tabla 5.1).



I = campaña de primavera; II = campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

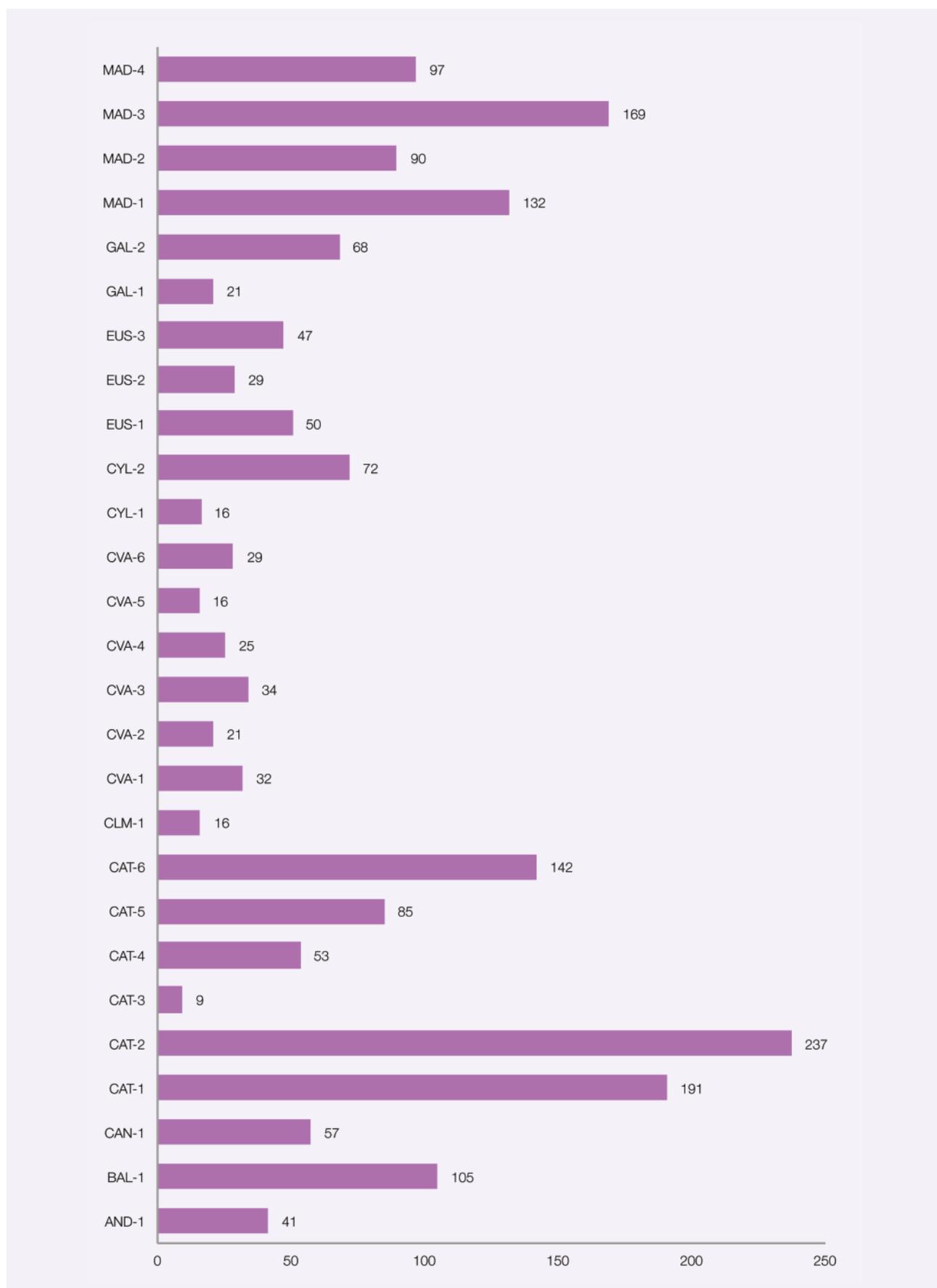
Éxtasis (MDMA)

Como se aprecia en la figura 5.5, el MDMA se ha detectado en todas las EDAR. Sin embargo, si comparamos su consumo con el de la cocaína y el cannabis, este es claramente inferior, con un valor de mediana global de 50 mg/(día 1.000 hab.), es decir unas 40-50 veces inferior al de cocaína. También se observa que su consumo normalizado es, por lo general, superior en las localidades más grandes de Cataluña y la Comunidad de Madrid.

Si se evalúa la evolución de su consumo en los últimos 3 años (figura 5.6) no se observa ninguna tendencia clara, con valores de mediana global que oscilan entre 48 y 76 mg/(día 1.000 hab.).

Figura 5.5.

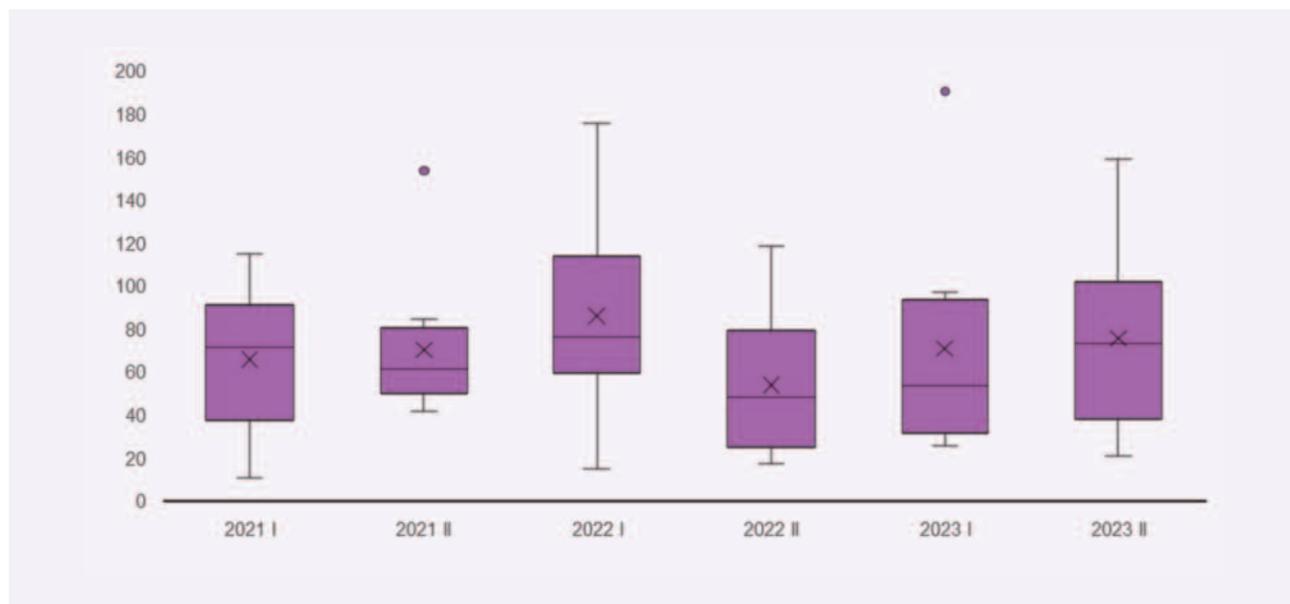
Representación del valor de la mediana de consumo estimado MDMA en las EDAR estudiadas en la primera campaña (primavera) de 2023.



FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 5.6.

Valores de las medianas de consumo de MDMA estimado a lo largo de 2021-2023 en las EDAR que fueron analizadas en las 6 campañas (tabla 5.1).



I = campaña de primavera; II = campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

Anfetamina

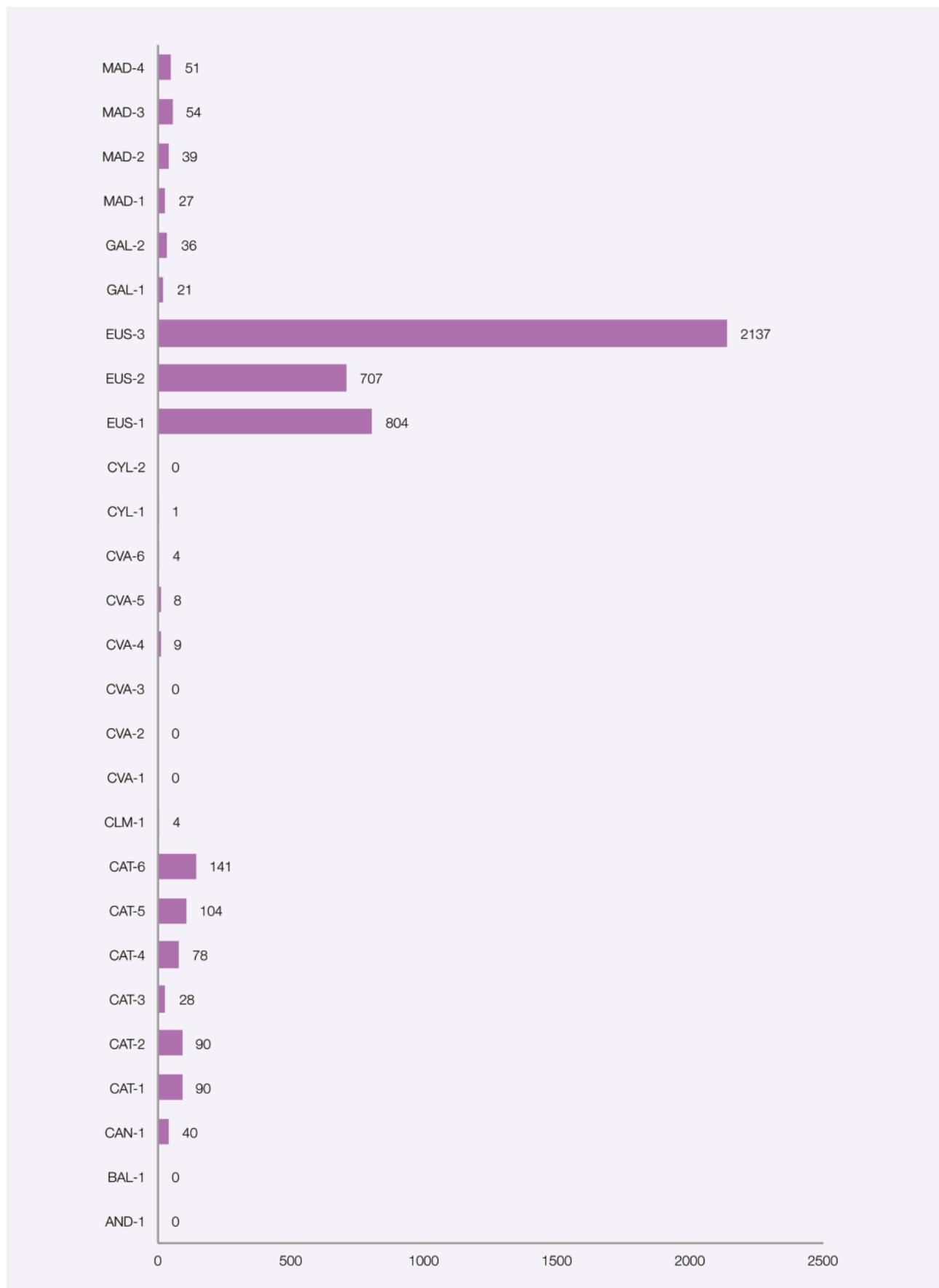
La anfetamina, popularmente conocida como “speed”, tiene claramente un nicho de mercado en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Como puede apreciarse en la figura 5.7, la mediana de consumo de anfetamina en Euskadi en primavera de 2023 osciló entre 700 y 2.100 mg/(día 1.000 hab.), lo cual implicaría un nivel de consumo próximo al de la cocaína. En el resto de CCAA, el uso de anfetamina sería inferior a 150 mg/(día 1.000 hab.), no siendo detectado en 6 EDAR y encontrándose a niveles marginales, menos de 10 mg/(día 1.000 hab.), en otras 5 EDAR. Por tanto, si excluimos Euskadi se puede concluir que el consumo de anfetamina es bajo, con una mediana global de 24 mg/(día 1.000 hab.). Hay que tener en cuenta que el consumo de lisdexanfetamina (un fármaco empleado para el tratamiento del TDAH), da lugar a excreción de anfetamina. La prescripción de este fármaco es limitada, pero en aquellas EDAR con consumos estimados de anfetamina inferiores a 10-20 mg/(día 1.000 hab.), la estimación del uso ilícito de droga puede estar influenciada por el uso lícito del fármaco¹⁴.

En el caso de la anfetamina tampoco se ha observado una evolución significativa en cuanto a su consumo en los tres últimos años (figura 5.8), con medianas globales para las EDAR muestreadas en todas las campañas que oscilan entre 42 y 71 mg/(día 1.000 hab.). En cuanto a las localidades vascas, el consumo fue superior en otoño de 2021 y primavera de 2022, reduciéndose de nuevo desde entonces y manteniéndose estable en el entorno de los 700-800 mg/(día 1.000 hab.) aproximadamente.

14. Estévez-Danta et al. Source identification of amphetamine-like stimulants in Spanish wastewater through enantiomeric profiling. Water Research, 2021, 206: 117719.

Figura 5.7.

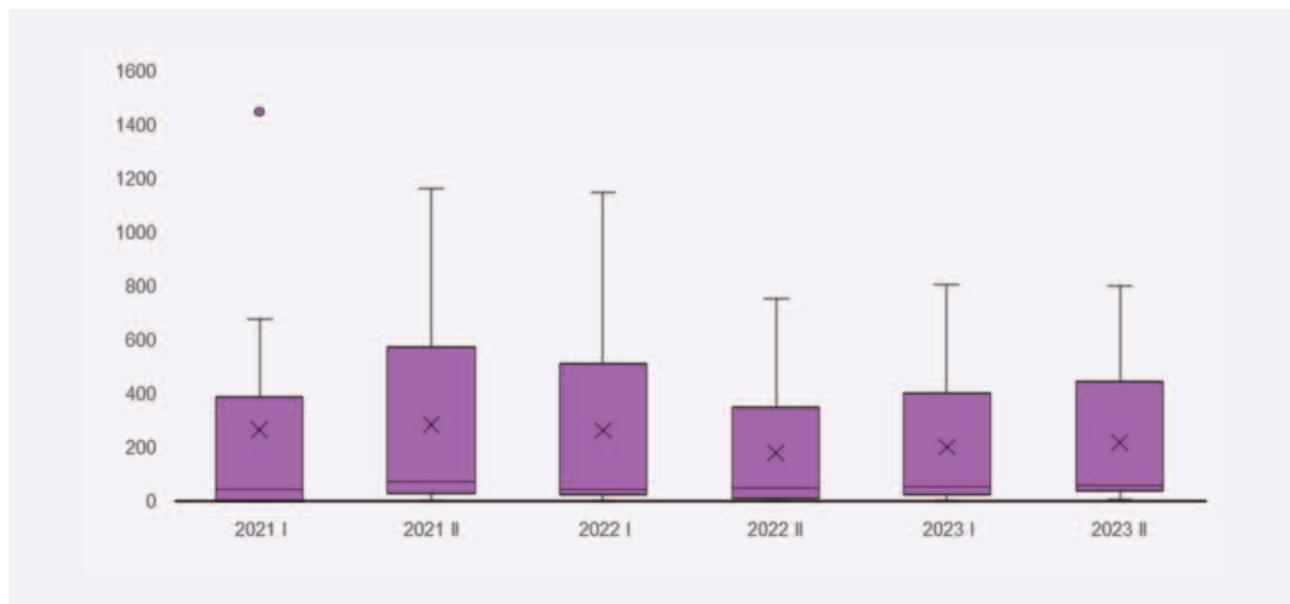
Representación del valor de la mediana de consumo estimado anfetamina en las EDAR estudiadas en la primera campaña (primavera) de 2023.



FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 5.8.

Valores de las medianas de consumo de anfetamina estimado a lo largo de 2021-2023 en las EDAR que fueron analizadas en las 6 campañas (tabla 5.1).



I = campaña de primavera; II = campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

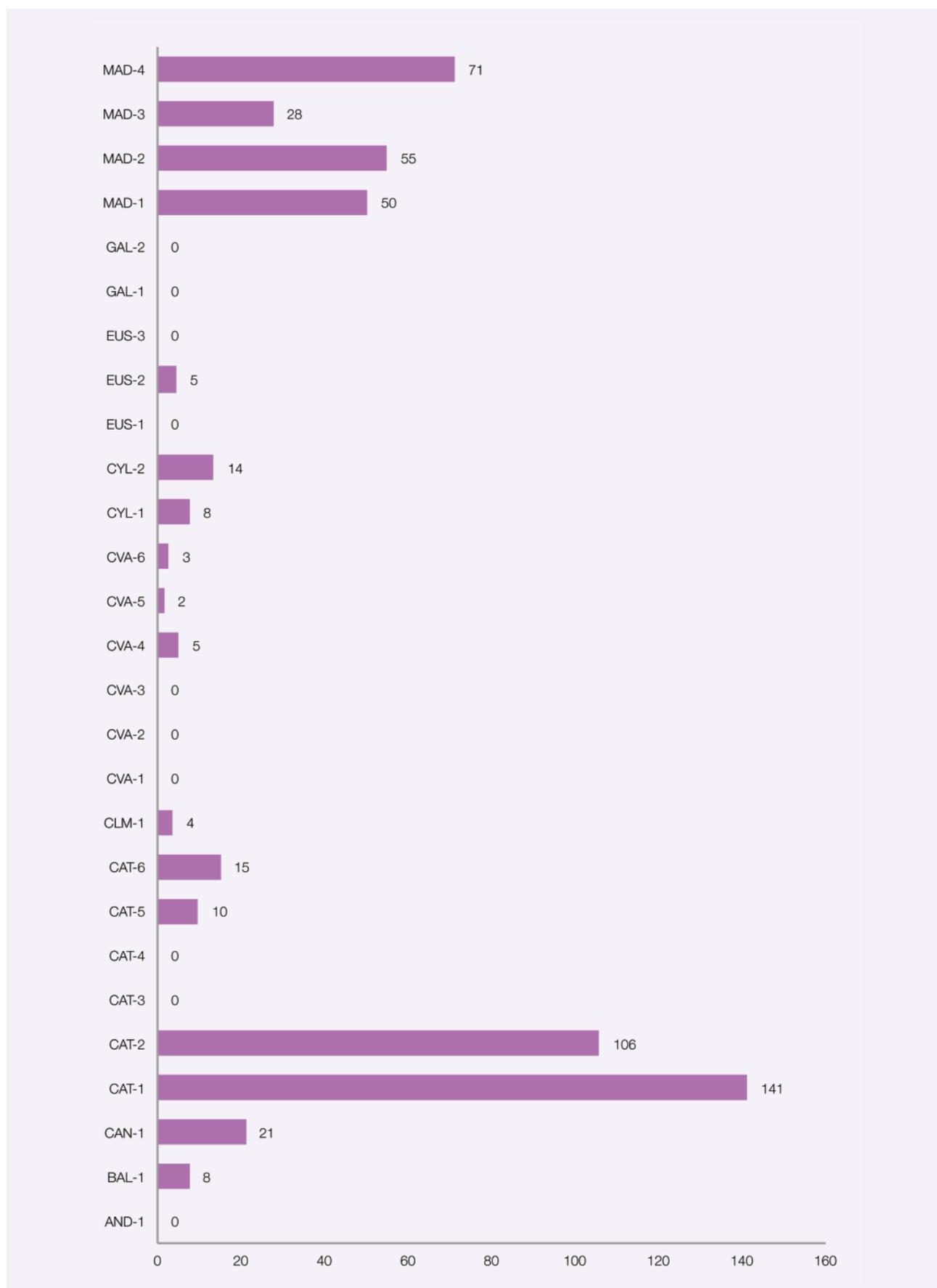
Metanfetamina

La metanfetamina es otra sustancia que muestra un claro perfil geográfico. Como se aprecia en la figura 5.9, el consumo de metanfetamina es mayor en las localidades más pobladas de Cataluña y la Comunidad de Madrid, con medianas en 2023 en el rango 28-141 mg/(día 1.000 hab.). Si excluimos estas CCAA, el uso de metanfetamina es, en general, marginal, con una mediana inferior a 5 mg/(día 1.000 hab.).

Este patrón geográfico puede estar relacionado con nichos de población específicos en las localidades más grandes (por ejemplo, personas que practican Chemsex). Tampoco se observa ningún patrón temporal en los últimos 3 años en el uso de esta sustancia (figura 5.10), con medianas globales muy bajas en general y los valores más altos provenientes de las áreas más pobladas de Cataluña manteniéndose también estables en el entorno de aprox. 150 mg/(día 1.000 hab.).

Figura 5.9.

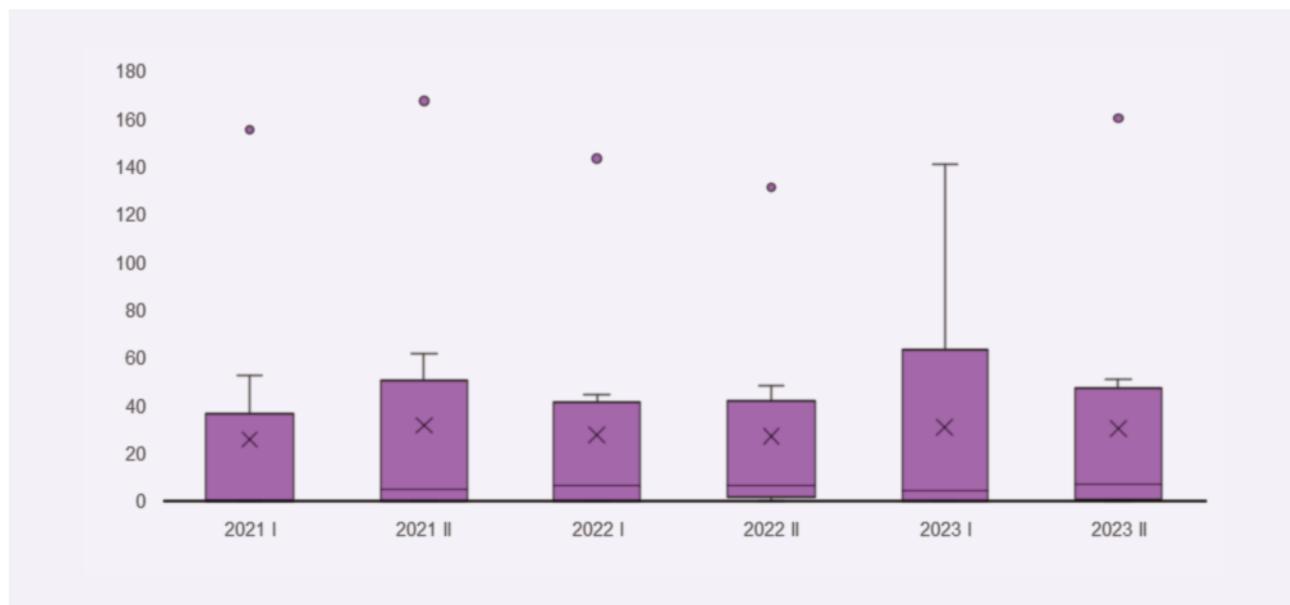
Representación del valor de la mediana de consumo estimado metanfetamina en las EDAR estudiadas en la primera campaña (primavera) de 2023.



FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 5.10.

Valores de las medianas de consumo de metanfetamina estimado a lo largo de 2021-2023 en las EDAR que fueron analizadas en las 6 campañas (tabla 5.1).



I = campaña de primavera; II = campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

NPS y ketamina

El análisis cualitativo de NPS y ketamina realizado sobre las muestras compuestas del fin de semana (tabla 5.2) permitió, en primer lugar, confirmar la elevada presencia de la ketamina, detectada en conjunto en el 93% de las muestras (106 de 114 analizadas).

En cuanto al resto de sustancias (tabla 5.2), las más detectadas, especialmente en las últimas campañas, son la dipentilona y metilona (9 y 6 detecciones, respectivamente). A estas 2 catinonas sintéticas habría que sumar la metilmetcatinona (MMC), detectada en un total de 7 muestras, principalmente muestras recogidas en otoño de 2021. El método empleado no permitió distinguir si se trataba de 4-MMC (mefedrona) o alguno de los otros dos isómeros (3-MMC o 2-MMC). Por último, se detectó una única vez 25-C-NBOMe (2-(4-iodo-2,5-dimetoxifenil)-N-[(2 metoxifenil)metil]etanamina), una feniletilamina.

Estos resultados deben ser tomados con cautela, ya que el mercado ilícito de NPS es altamente volátil, y podría haber sustancias no detectadas, por no estar incluidas en el método analítico empleado.

Tabla 5.2.

Frecuencia de detección de la ketamina y NPS en las muestras del fin de semana de las campañas realizadas en 2021-2023 (I: campaña de primavera; II: campaña de otoño).

	2021 I	2021 II	2022 I	2022 II	2023 I	2023 II
Ketamine	89%	100%	85%	100%	96%	100%
Metilmetcatinona (MMC)	n.d.	50%	n.d.	18%	n.d.	n.d.
Metilona	4%	n.d.	n.d.	9%	11%	9%
25-C-NBOMe (2-(4-iodo-2,5-dimetoxifenil)-N-[(2 metoxifenil)metil]etanamina)	4%	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dipentilona	n.d.	n.d.	n.d.	36%	14%	9%
Número de EDAR analizadas	27	10	27	11	28	11

I = campaña de primavera; II = campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

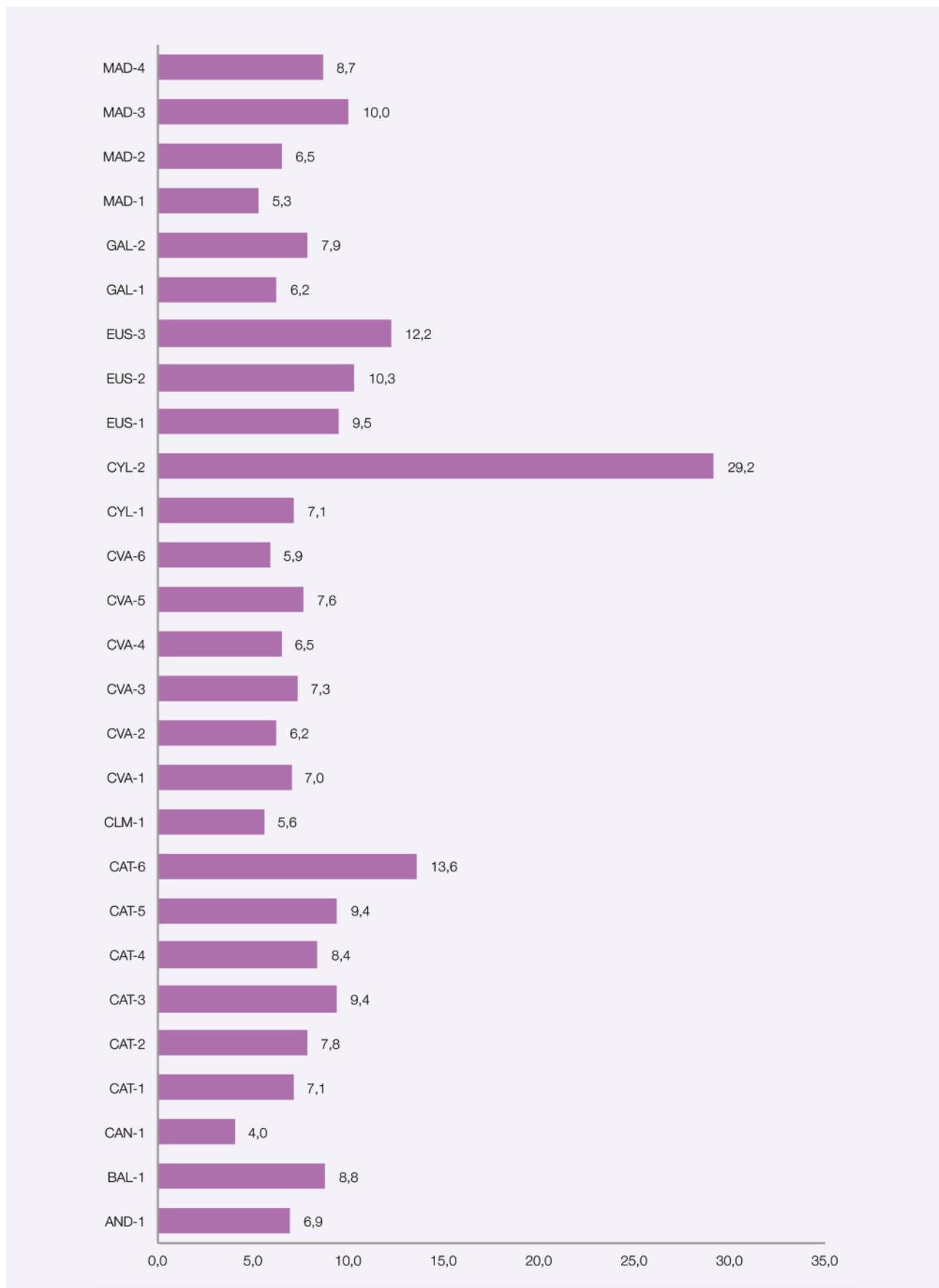
Alcohol

Como se aprecia en la figura 5.11, la mediana semanal de consumo de etanol en la primavera de 2023 en las diferentes localizaciones oscila entre 4,0 y 13,6 L/(día 1.000 hab.), si se excluye CYL-2, que se puede considerar un dato aberrante (en esta misma localidad la mediana de consumo en 2021 y 2022 estaba situada entre 10,9 y 12,1 L/(día 1.000 hab.)). La mediana global se situó a su vez en 7,6 L/(día 1.000 hab.).

Si se observa el patrón temporal en 2021-2023 (figura 5.12), hubo un cierto repunte de consumo de alcohol a finales de 2021, mediana global en dicha campaña: 13,6 L/(día 1.000 hab.), posiblemente ligado a la eliminación de las restricciones relacionadas con la pandemia. Sin embargo, este repunte se ha ido corrigiendo estando los valores de consumo estimado en las tres últimas campañas en valores próximos a los de primavera de 2021.

Figura 5.11.

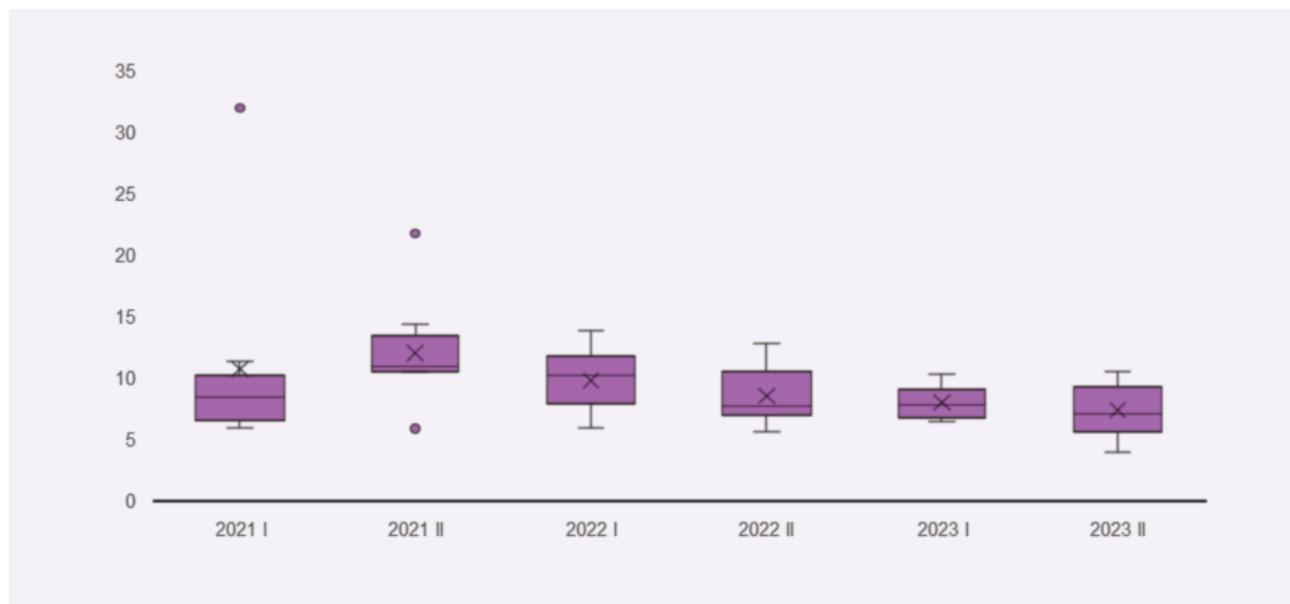
Representación del valor de la mediana de consumo estimado etanol en las EDAR estudiadas en la primera campaña (primavera) de 2023.



FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 5.12.

Valores de las medianas de consumo de etanol estimado a lo largo de 2021-2023 en las EDAR que fueron analizadas en las 6 campañas (tabla 5.1).



Nota: para mejorar la visualización se han obviado dos datos extremos (superiores a 20 L/(día 1000 hab.), uno en cada campaña de 2021.

I = campaña de primavera; II = campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

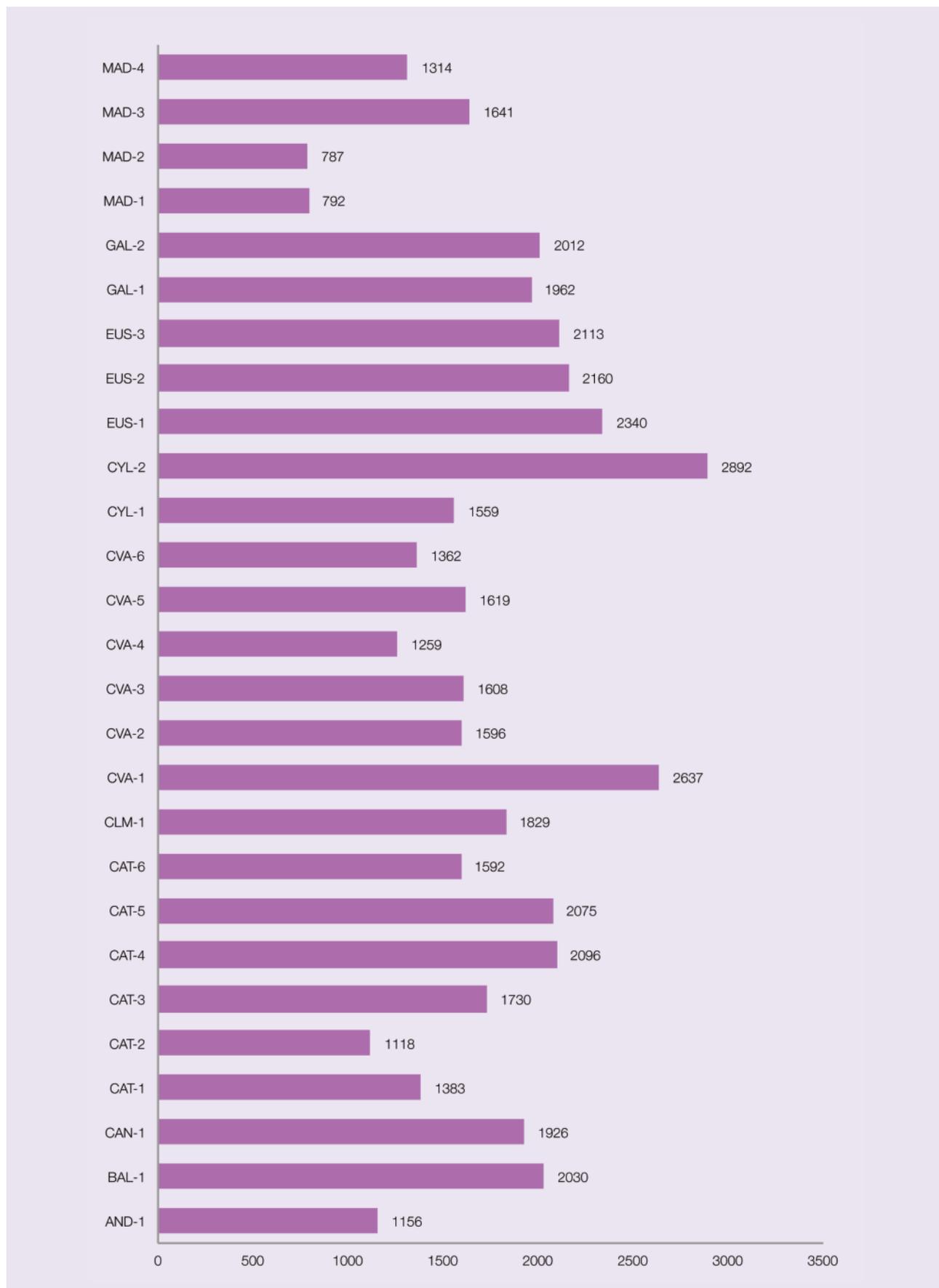
Nicotina

La figura 5.13 presenta la estimación de consumo de nicotina en las diferentes localizaciones en primavera de 2023. Como puede observarse, esta es la sustancia que presenta un consumo más homogéneo de entre todas las consideradas. La mediana global de consumo de nicotina se sitúa en 1641 mg/(día 1.000 hab.), con un rango que va entre los 787 y 2.892 mg/(día 1.000 hab.).

Si se estudia la tendencia en las 10 EDAR analizadas en todas las campañas de 2021-2023 (figura 5.14) se puede apreciar como el consumo estimado a principios de 2021 era ligeramente más alto (mediana global 1.979 mg/(día 1.000 hab.)) y que posteriormente se ha estabilizado en el entorno de los 1.300-1.600 mg/(día 1.000 hab.).

Figura 5.13.

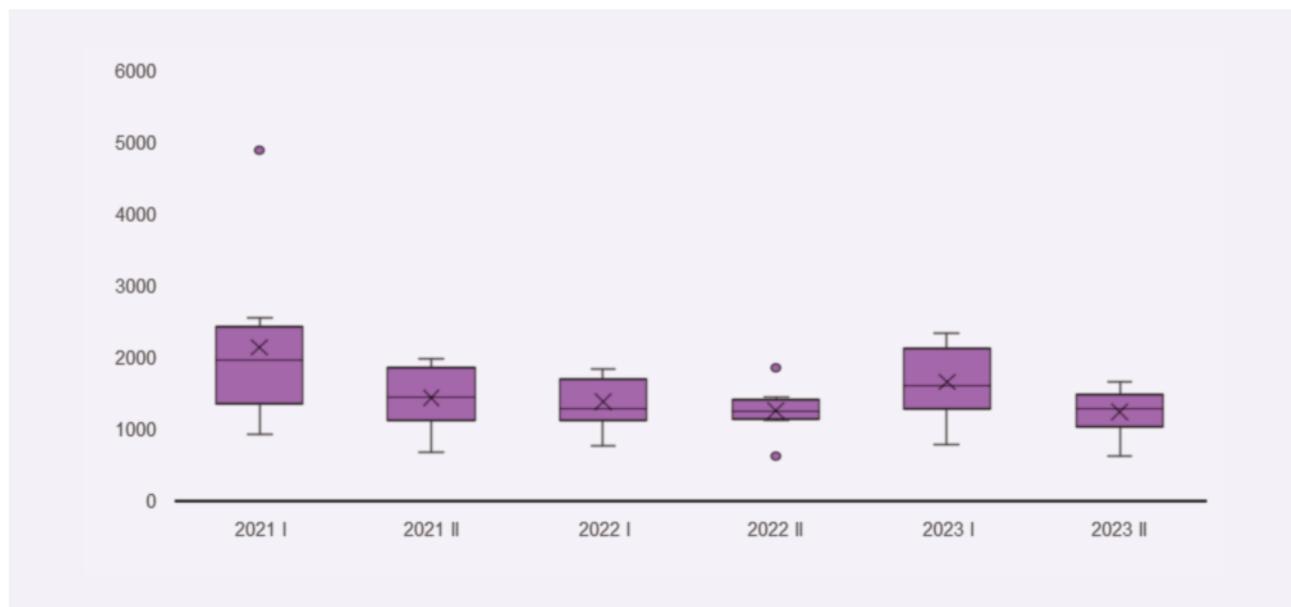
Representación del valor de la mediana de consumo estimado nicotina en las EDAR estudiadas en la primera campaña (primavera) de 2023.



FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 5.14.

Valores de las medianas de consumo de nicotina estimado a lo largo de 2021-2023 en las EDAR que fueron analizadas en las 6 campañas (tabla 5.1).



Nota: para mejorar la visualización se ha obviado un dato extremo (aprox. 5000 mg/(día 1000 hab.), en la campaña de primavera de 2021).

I = campaña de primavera; II = campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.



Análisis de residuos en jeringas

Autores: Rosa Montes^{1,2}, Carlos Pernas-Fraguela¹, Xiana González-Gómez^{1,2}, Andrea Estévez-Danta^{1,2}, Rosario Rodil^{1,2}, Ruth Olmos³, Unax Lertxundi⁴, María Gabriela Barbaglia^{1,2}, Amaia Garrido^{5,2}, Manuel Isorna^{6,2}, Joan Mestre^{7,2}, Marta Torrens^{6,2}, José Benito Quintana^{1,2}

En los últimos años, desde el Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones (EMCDDA) se han tratado de impulsar nuevos indicadores para la evaluación del consumo de drogas, como fuentes de datos complementarias a las encuestas y al resto de indicadores que tradicionalmente se han venido utilizando con este fin⁸. En concreto, la iniciativa ESCAPE fue impulsada en 2017 por el EMCDDA con el fin de identificar qué drogas se inyectan mediante el análisis químico del contenido residual de las jeringuillas usadas de distintas ciudades europeas. Aunque el uso de sustancias por vía inyectada presenta una tendencia a la disminución en Europa en los últimos años⁹ conocer qué sustancias se inyectan en una ciudad o país es fundamental para orientar las posibles estrategias de tratamiento. Además, resulta crucial la identificación de nuevas sustancias psicoactivas que se usan por vía inyectable, ya que el riesgo de sobredosis y muerte tras el uso por esta vía es mucho más elevado, especialmente en los últimos tiempos, puesto que han surgido nuevas tendencias, por ejemplo, el uso de nuevos opioides que son sustancias muy peligrosas, especialmente por vía inyectada¹⁰.

Normalmente el conocimiento de estas pautas de consumo se basa en datos recogidos de autoinformes o encuestas *ad hoc* realizados a los consumidores. Sin embargo, estos datos están disponibles con cierto retraso y pueden ser inexactos o estar sujetos a sesgos, ya que el propio consumidor puede desconocer exactamente la composición de las dosis. Sólo en los centros con programas de sustitutivos de la heroína, donde los usuarios reciben dosis terapéuticas prescritas, se sabe exactamente qué se inyectan en ese momento. Por otra parte, en muchas salas de consumo supervisadas por diferentes instituciones, las personas que inyectan drogas pueden llevar sus propias dosis y, por lo tanto, pueden ser ajenas a la composición de las sustancias que se inyectan. Por último, apenas se sabe nada de las drogas que se inyectan las personas que no utilizan estos servicios.

1. Aquatic One Health Research Center (iARCUS), Universidade de Santiago de Compostela, Constantino Candeira SN, edificio IIAA. 15782- Santiago de Compostela, Spain.

2. Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAD), Spain.

3. Instituto de Adicciones, Madrid-Salud, Madrid, Spain.

4. Bioaraba Health Research Institute, Vitoria-Gasteiz, Spain.

5. Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, 08023, Spain.

6. Departamento AIPSE, Universidad de Vigo, Vigo, 36310, Spain.

7. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM), Barcelona, 08003, Spain.

8. General Report of Activities (2023). EMCDDA. DOI:10.2810/317197.

9. Lower y col. "The characteristics of people who inject drugs in the United Kingdom: changes in age, duration, and incidence of injecting, 1980–2019, using evidence from repeated cross-sectional surveys". *Addiction* (2022). DOI:10.1111/add.15911.

10. Giraudon y col. "Nitazenes represent a growing threat to public health in Europe". *The Lancet Public Health* (2024). DOI: 10.1016/S2468-2667(24)00024-0.

El consumo de drogas inyectables también es más frecuente en hombres o mujeres que tienen conductas sexuales de riesgo, principalmente en la comunidad de hombres que tienen sexo con otros hombres. Estas prácticas se agrupan dentro del chemsex y en muchas partes del mundo esto ha dado lugar a un fenómeno conocido como «*slamming*», por el que se toman diferentes drogas por vía parenteral, antes o durante las sesiones de práctica sexual¹¹. En este caso se suelen utilizar sustancias de manera combinada para conseguir distintos efectos, con lo que el conocimiento de las sustancias específicas resulta crucial en las estrategias de reducción del daño, ya que los efectos perjudiciales para la salud pueden ser muy variados.

El proyecto SYDRES (Análisis de residuos de sustancias de abuso en jeringuillas para la detección y vigilancia del consumo por vía intravenosa), financiado en 2022 por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas¹², tiene por objetivo el desarrollo de metodología analítica para la identificación de sustancias en residuos de jeringas para proporcionar datos de prevalencia en distintas ciudades españolas¹³.

Durante el mes de junio de 2023 se recogieron 343 jeringas provenientes de dependencias de distintas entidades colaboradoras que cuentan con servicios de intercambio de jeringas y salas de consumo supervisado¹⁴. El análisis se llevó a cabo por parte del equipo investigador de la Universidad de Santiago de Compostela, mediante cromatografía (líquida y gaseosa) acoplada a espectrometría de masas de alta resolución. Finalmente se analizaron 119 jeringas en la ciudad de Barcelona (recogidas en 3 puntos de intercambio), 96 jeringas en la ciudad de Madrid (recogidas en 3 puntos de intercambio), 76 jeringas en Galicia (recogidas en 3 puntos localizados en Santiago, Vigo y Marín) y 52 jeringas en Euskadi (procedentes de 2 puntos de recogida localizados en Bilbao y Vitoria-Gasteiz). Tras un protocolo de preparación de muestras basado en extracción con disolvente orgánico¹⁵ las muestras se inyectaron en el sistema cromatográfico mediante un flujo de trabajo basado en el análisis de sospechosos y utilizando una biblioteca de espectros con más de 200 posibles sustancias.

Los resultados obtenidos se muestran en la figura 6.1. Como se puede observar, el consumo mayoritario en la mayoría de los casos corresponde a la mezcla heroína y cocaína, excepto en el caso de Galicia, donde el consumo de heroína de manera individual es mayor. Existe un co-consumo de heroína, cocaína y metadona de manera general, si bien es cierto que en la mayoría de las localizaciones se encontraron combinaciones específicas de consumo, destacando la aparición de anfetaminas (anfetamina y/o metanfetamina) en combinación con heroína y cocaína en Euskadi y Barcelona, benzodiazepinas y cocaína en un punto de Euskadi y catinonas con cocaína y metadona en Madrid.

En cuanto a los adulterantes identificados en las jeringas, mayoritariamente se ha encontrado cafeína, fenacetina, piracetam, papaverina, codeína, paracetamol, levamisol y noscapina, observándose también algunos patrones regionales de aparición de dichos adulterantes, probablemente relacionados con diferentes vías de distribución de droga.

Adicionalmente, se analizaron 33 jeringas recogidas en un punto específico de usuarios relacionados con la práctica de *slamming*. En este caso el perfil de sustancias identificadas es diferencial, ya que, aunque se ha encontrado cocaína en algunas de las jeringas combinada con otras sustancias, las que aparecen en mayor proporción pertenecen al grupo de las catinonas (principalmente 3-clorometilcatinona) y anfetaminas (metanfetamina).

Los resultados obtenidos en este estudio se incorporarán al explorador de datos de este indicador a través de la plataforma europea ESCAPE¹⁶, proporcionando información de las sustancias consumidas mayoritariamente, así como de los adulterantes encontrados, lo que facilitará la comparación internacional de los datos.

11. "Abordaje del fenómeno del Chemsex" Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad (2020) NIPO: 133-20-066-9.

12. Los autores agradecen la financiación conseguida a través de la convocatoria de ayudas para el desarrollo de proyectos de investigación sobre adicciones. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Ref. 20221003 y la red RIAPAd (<https://riapad.es/>, ref. RD21/0009/0012) a través de la convocatoria de redes RICORS del Instituto de Salud Carlos III – Nex-GenerationEU – PRTR.

13. <https://sydres.webnode.es/>

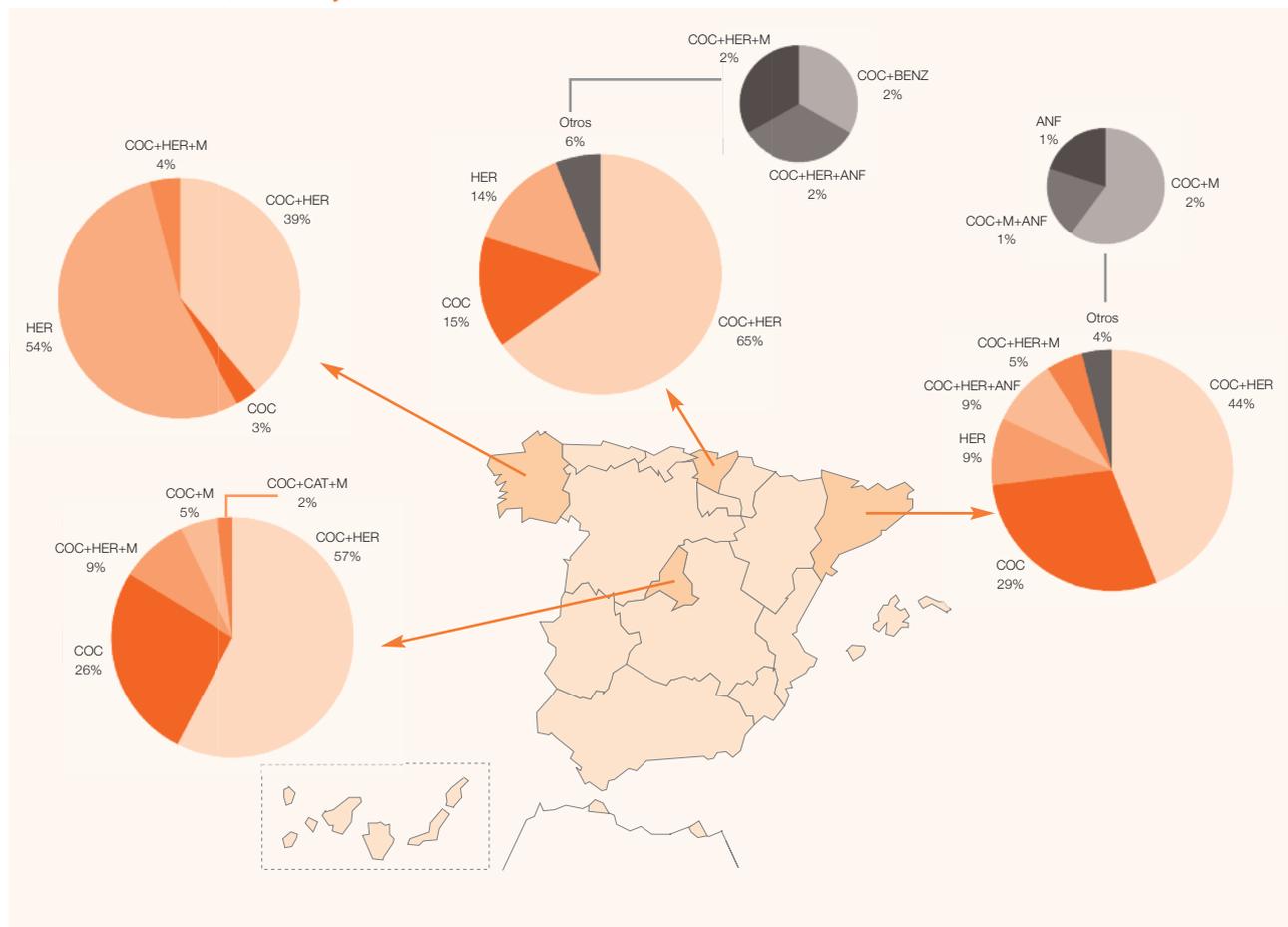
14. Fundación Salud y Comunidad, Arquisocial, MadridSalud, Grup ABD, Àmbit Prevenció Fundació- Equipo comunitario CRD Robador, Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM), Agència de Salut Pública de Barcelona - ASPB, Sidálava, Bizkaisida, Médicos del Mundo Galicia, Fundación Érguete, UMAD Santiago de Compostela.

15. European Syringe Collection and Analysis Enterprise: Generic Protocol, EMCDDA (2021).

16. https://www.emcdda.europa.eu/publications/data-factsheet/syringe-residues-analysis-data-escape-project_en

Figura 6.1.

Resultados (% de detección) de las sustancias identificadas en los 11 puntos de muestreo localizados en Madrid, Barcelona, Galicia y Euskadi.



Madrid (n = 96), Barcelona (n = 119), Galicia (n = 76) y Euskadi (n = 52).

COC = cocaína, HER = heroína, M = metadona, ANF = anfetaminas, CAT = catinonas, BENZ = benzodiazepinas.

Información complementaria

Páginas web de interés

MINISTERIO DE SANIDAD

<http://www.sanidad.gob.es/>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

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

Encuesta Nacional de Salud

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>

MINISTERIO DEL INTERIOR

<http://www.interior.gob.es/>

Dirección General de Tráfico

<http://www.dgt.es/es/>

MINISTERIO DE HACIENDA

<https://www.hacienda.gob.es/es-ES/Paginas/Home.aspx>

Comisionado para el Mercado de Tabacos

<https://www.hacienda.gob.es/es-ES/Areas%20Tematicas/CMTabacos/Paginas/hometabacos.aspx>

Informes Anuales de Recaudación Tributaria

https://sede.agenciatributaria.gob.es/Sede/datosabiertos/catalogo/hacienda/Informes_anuales_de_Recaudacion_Tributaria.shtml

MINISTERIO DE ECONOMÍA, COMERCIO Y EMPRESA

<https://portal.mineco.gob.es/es-es/Paginas/default.aspx>

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030

<https://www.mdsocialesa2030.gob.es/>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE)

<https://www.ine.es/>

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (ISCIII)

<https://www.isciii.es/Paginas/Inicio.aspx>

RED ESPAÑOLA DE ANÁLISIS DE AGUAS RESIDUALES

<https://www.esarnet.es/>

OFICINAS DE NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (ONUDD)
UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC)

<https://www.unodc.org/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

<http://www.who.int/es/>

JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES (JIFE)
INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB)

<https://www.incb.org/>

OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS (OEDT)
EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUGS ADDICTION (EMCDDA)

<http://www.emcdda.europa.eu/>

ENCUESTA ESCOLAR EUROPEA SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (ESPAD)
THE EUROPEAN SCHOOL SURVEY PROJECT ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS (ESPAD)

<http://www.espad.org/>

ENCUESTA EUROPEA SOBRE DROGAS: PATRONES DE USO
EUROPEAN WEB SURVEY ON DRUGS: PATTERNS OF USE (EWS)

https://www.emcdda.europa.eu/activities/european-web-survey-on-drugs_en

CONDUCTAS DE SALUD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR
HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

<http://www.hbsc.org/>

COMISIÓN EUROPEA. EUROBARÓMETRO
EUROPEAN COMMISSION. EUROBAROMETER

<https://europa.eu/eurobarometer/screen/home>

RED EUROPEA DE EPIDEMIOLOGÍA BASADA EN ANÁLISIS DE AGUAS RESIDUALES

<https://score-network.eu/>