

INFORME 2025

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

GESTIÓN, ANÁLISIS Y REDACCIÓN

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)

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

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

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

Noelia LLORENS

RESPONSABLES EN LAS COMUNIDADES/CIUDADES AUTÓNOMAS

Andalucía

Rosario BALLESTA

Ara MILLÁN

Mónica TENA

Lara FORNOVI

Antonio SUÁREZ

Aragón

Carmen BARANGUAN

Marta SARTO

Asturias

Jose Antonio GONZÁLEZ

Luisa María GONZÁLEZ

Baleares

Rut SUÁREZ

Elena TEJERA

Canarias

Nicolás PERDOMO

Ángel RODRÍGUEZ

María del Mar VELASCO

Amelia María HERNÁNDEZ

Cantabria

María del Carmen DIEGO

María Antonia RUEDA

Castilla-La Mancha

Carlos ALONSO

Carmen DE PEDRO

Castilla y León

Susana REDONDO

Mónica ELÍAS

Alexander VELÁZQUEZ

Cataluña

Pere MILLÁN

Irene LANA

Pol ROVIRA

Dolores RUIZ

Natàlia ALMATÓ

Extremadura

Catalina CUELLO DE ORO

José Antonio SANTOS

Nerea SÁNCHEZ

Galicia

Silvia SUÁREZ

Sara CERDEIRA

Mercedes LIJÓ

María TAJES

Sergio VEIGA

Madrid

Piedad HERNANDO

Nelva MATA

Andrea TANJALA

Murcia

Mónica BALLESTA

M^a Dolores CHIRLAQUE

Daniel RODRÍGUEZ

Navarra

Raquel GONZÁLEZ

Esther FIGUERAS

País Vasco

Elena ALDASORO

Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA

La Rioja

María FERNÁNDEZ

M^a Gemma CESTAFE

Comunidad Valenciana

M^a Jesus MATEU

Francesc J. VERDÚ

Noelia SELLES

Begoña RODRIGO

Ceuta

Miguel Ángel MANCILLA

Ana POSTIGO

Cleopatra R'KAINA

Melilla

Luisa Fernanda HERMOSO

Natalia MARTÍNEZ

CONTACTO

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

Teléfono: 91 822 00 00

Correo electrónico: cendocupnd@sanidad.gob.es

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

EDITA Y DISTRIBUYE

© MINISTERIO DE SANIDAD

Centro de Publicaciones

© SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 133-24-119-2

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

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

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, Formación Profesional y Deportes.
- 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-Moruco, 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 Unibersitate); 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)..
- 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.

Presentación

Un año más, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) presenta su informe anual, que recoge de forma rigurosa y sistemática la información procedente de múltiples fuentes y sistemas de datos sobre el consumo de drogas, sus consecuencias y las intervenciones dirigidas tanto a la reducción de la demanda como al control de la oferta. La continuidad de esta publicación, junto con la solidez y comparabilidad de sus series temporales, representa uno de los principales activos de esta Delegación del Gobierno. Todas las personas que han estado al frente de esta institución han trabajado para asegurar su permanencia y calidad.

En esta edición, se presentan los resultados detallados de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2024, además del análisis de los principales indicadores relativos a las admisiones a tratamiento, urgencias hospitalarias y mortalidad asociada al consumo de drogas, con tendencias actualizadas hasta 2023. También se incluyen datos sobre el consumo problemático, las infecciones relacionadas y otras consecuencias sanitarias. El informe dedica capítulos específicos al funcionamiento del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) frente a nuevas sustancias psicoactivas, así como a estudios innovadores como los análisis de aguas residuales y residuos en jeringas, afianzando su papel como herramientas emergentes de vigilancia. Igualmente, se abordan aspectos clave relacionados con la oferta de drogas y las medidas adoptadas para su control.

La continuidad y el rigor de los informes elaborados por el OEDA permiten ofrecer un diagnóstico global y fiable de la situación de las drogas en España, contribuyendo a fundamentar políticas públicas eficaces y basadas en la evidencia. Este ejercicio no solo resulta esencial para la toma de decisiones informadas, sino que también refuerza la transparencia y proporciona a la ciudadanía y a los distintos actores sociales una visión clara y documentada de esta realidad.

Este informe no sería posible sin la colaboración de las numerosas personas e instituciones que cada año participan en su elaboración. A todas ellas, mi más sincero agradecimiento. De manera especial, quiero destacar la profesionalidad y compromiso del equipo técnico del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, cuyo esfuerzo diario hace posible que este valioso recurso esté disponible para toda la sociedad.

Joan R. Villalbí

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES



INFORME 2025

ALCOHOL, TABACO Y DROGAS ILEGALES EN ESPAÑA

Índice

Presentación	4
Introducción	10
1 Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas	12
1.1. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2024	13
1. Introducción	13
2. Objetivos	13
3. Metodología	14
3.1. Universo y marco muestral	15
3.2. Muestra	15
3.3. Cuestionario y trabajo de campo	16
3.4. Análisis	17
4. Resultados	18
4.1. Caracterización sociodemográfica de la muestra	18
4.2. Prevalencia de consumo de drogas	19
4.2.1. Evolución temporal	19
4.2.2. Edad media de inicio en el consumo y diferencias en el consumo por sexo y edad	22
4.2.3. Diferencias en el consumo (de alcohol, tabaco y cannabis) por comunidad autónoma	28
4.3. Consumo por tipo de droga	35
4.3.1. Bebidas alcohólicas	35
4.3.2. Bebidas energéticas	44
4.3.3. Tabaco	45
4.3.4. Hipnosedantes	49
4.3.5. Analgésicos opioides	51
4.3.6. Cannabis	53
4.3.7. Cocaína	57

4.3.8. Éxtasis	60
4.3.9. GHB	61
4.3.10. Anfetaminas	61
4.3.11. Metanfetaminas	62
4.3.12. Alucinógenos	63
4.3.13. Setas mágicas	64
4.3.14. Heroína e inhalables volátiles	65
4.4. Policonsumo	66
4.5. Nuevas sustancias psicoactivas	68
4.6. Percepciones y opiniones de la población ante las drogas	69
4.6.1. Percepción de riesgo	69
4.6.2. Percepción de disponibilidad	71
4.6.3. Percepción de la importancia del problema de consumo de drogas y visibilidad del problema	72
4.6.4. Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas	74
4.6.5. Percepción sobre el estado de salud	76
4.7. Salud mental	76
1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2025	78

2 Problemas relacionados con las drogas **79**

2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2023	80
1. Introducción	80
2. Metodología	80
3. Resultados	81
3.1. Resultados generales. Drogas ilegales	81
3.2. Resultados por tipo de droga	91
3.2.1. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína	97
3.2.2. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína	97
3.2.3. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis	100
3.2.4. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes	100
3.2.5. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de estimulantes distintos de la cocaína: anfetaminas, metanfetaminas y éxtasis	103
3.2.6. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alucinógenos	104
3.2.7. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de otras sustancias	104
3.2.8. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol	106
3.3. Resultados por comunidades/ciudades autónomas	106

2.2. Indicador Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2023 . . .	108
1. Introducción	108
2. Metodología	108
3. Resultados	109
4. Nuevo protocolo año 2020	117
2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2023	122
1. Introducción	122
2. Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)	122
2.1. Metodología	122
2.2. Resultados	124
2.3. Información sobre sustancias psicoactivas	128
3. Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas	131
3.1. Evolución del consumo de sustancias y de la edad de los fallecidos	131
4. Registro General de Mortalidad	132
4.1. Metodología	132
4.2. Resultados	132
5. Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad	133
5.1. Metodología	133
5.2. Resultados	134
6. Vigilancia del impacto de cambios en el mercado de drogas opioides en la mortalidad	135
2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2023	136
1. Introducción	136
2. Metodología	136
3. Resultados	137
3.1. Notificación nacional sobre infección VIH y sida	137
3.2. Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	139
3.3. Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan vía inyectada	141
2.5. Consumo problemático de drogas, 2000-2024	147
1. Introducción	147
2. Estimación del consumo problemático/de riesgo de alcohol	148
2.1. Metodología	148
2.2. Resultados	149
3. Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis	151
3.1. Metodología	151
3.2. Resultados	153

4.	Estimación del consumo problemático/de riesgo de cocaína	156
4.1.	Metodología	156
4.2.	Resultados	156
5.	Estimación del consumo problemático/de riesgo de heroína	158
5.1.	Metodología	158
5.2.	Resultados	159
6.	Estimación del consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada	160
6.1.	Metodología	160
6.2.	Resultados	161
2.6.	Hospitalizaciones relacionadas con el consumo de drogas, 2016-2023	162
2.7.	Consumo de medicamentos prescritos, 2024	166
1.	Ansiolíticos	166
2.	Hipnóticos y sedantes	167
3.	Opioides	168
4.	Financiación de principios activos psicofármacos a fecha de diciembre 2024	168
5.	DHD	171
3	Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT), 2014-2024	173
1.	Introducción	174
2.	Funcionamiento	174
3.	Actividad del SEAT	175
4.	Legislación sobre sustancias psicoactivas	181
4	Oferta de drogas y medidas de control	183
4.1.	Ventas de alcohol, 2015-2024	184
4.2.	Ventas de tabaco, 2005-2024	191
4.3.	Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2024	196
4.4.	Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2024	199
4.5.	Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2024	203
5	Análisis de aguas residuales y de jeringas	206
5.1.	Estudio de sustancias de abuso en España mediante el análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos, 2024	207
5.2.	Análisis de residuos en jeringas obtenidas de muestras de conveniencia, 2024	226

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 2025*, 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 ante las drogas desde 1995 hasta 2024. La fuente de información es la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) en sus sucesivas ediciones. EDADES 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 Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), ya que los últimos datos disponibles, al cierre de este informe, corresponden al año 2023 y ya han sido publicados en el Informe y Estadísticas 2024 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 2023. 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 2024, e información sobre ventas de tabaco, decomisos, precio y pureza de drogas ilegales, detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, desde 1998 hasta 2023. La información procede del Ministerio del Interior y del Ministerio de Hacienda.

El **capítulo 5** presenta, en primer lugar, 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. A continuación, 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>

1

Consumo,
percepciones
y opiniones
ante las drogas

1.1

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

1. INTRODUCCIÓN

El Programa de Encuestas sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES) está dirigido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y cuenta con la colaboración de las comunidades autónomas. Este programa, que se realiza cada dos años, comenzó en 1995 y en la actualidad están disponibles los resultados de quince encuestas (1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015, 2018, 2020, 2022 y 2024), lo que permite observar la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes, opiáceos y drogas psicoactivas de comercio ilegal. Se extrae información sobre otros aspectos relacionados con el consumo de drogas, como los perfiles de los consumidores, la percepción de riesgo que tiene la población ante determinadas conductas de consumo, la percepción de disponibilidad de distintas sustancias psicoactivas, la visibilidad del problema y otros aspectos. Adicionalmente, las últimas ediciones han ido incorporando algunos contenidos relacionados con las adicciones sin sustancia o comportamentales, preferentemente sobre los problemas asociados a los juegos de azar y al uso de las nuevas tecnologías de comunicación, en línea con la inclusión de esta área en la Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024 del Plan Nacional sobre Drogas; esta información se publica en el *Informe de Adicciones Comportamentales*. Por otra parte, el cuestionario y la metodología que se emplean para este Programa son bastante similares a los utilizados en otros países de la Unión Europea y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones internacionales.

En este informe se describen los objetivos, la metodología, y los principales resultados de la encuesta EDADES en su edición de 2024.

2. OBJETIVOS

El objetivo general de estas encuestas es conseguir información que permita diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y otras adicciones y los problemas asociados a estas conductas.

Los objetivos concretos y comunes a toda la serie de encuestas han sido los siguientes:

- a) Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas y otras conductas relacionadas.
- b) Conocer las características sociodemográficas de los consumidores.
- c) Conocer los patrones de consumo de sustancias psicoactivas.
- d) Conocer la disponibilidad de drogas percibida por la población y el riesgo percibido ante diversas conductas de consumo.
- e) Conocer la visibilidad de los problemas de drogas en el lugar donde viven los encuestados.
- f) Conocer la opinión de la población acerca de la importancia de los problemas del uso de drogas y las medidas para reducirlos.
- g) Conocer la evolución temporal (desde 1995) de los aspectos antes expuestos.

3. METODOLOGÍA

A continuación se presenta una tabla resumen con los principales aspectos metodológicos:

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	EDADES. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España.
Descripción de la encuesta	Encuesta en población general residente en hogares (15-64 años), realizada en el domicilio.
Responsable de la encuesta	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad.
ÁMBITO DE LA ENCUESTA	
Ámbito geográfico	La encuesta se realiza en todo el territorio nacional. Los resultados son representativos a nivel nacional.
Ámbito poblacional	Universo: Población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive.
Ámbito temporal. Periodicidad.	EDADES se lleva a cabo cada 2 años desde 1995. El trabajo de campo se ha realizado entre el 12 de febrero y el 21 de junio de 2024.
DISEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. PONDERACIÓN	
Marco muestral	Población urbana y rural (municipios menores de 2.000 habitantes) de todas las CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, residente en hogares familiares.
Procedimiento de muestreo	Para el diseño muestral se tuvieron en cuenta los últimos datos publicados en el momento del diseño de la investigación que eran de 2022. Muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución. Las unidades de primera etapa son las secciones censales (36.372), correspondientes a 8.131 municipios. En esta edición se seleccionaron 2.655 secciones censales correspondientes a 1.052 municipios. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares (hogares). En la tercera etapa, se seleccionó un individuo dentro de cada hogar.
Ponderación	La ponderación para el análisis de resultados se realiza en función de la comunidad autónoma (19 grupos), tamaño del municipio (7 grupos), y sexo y edad (14 grupos) para corregir la desproporcionalidad de la muestra con respecto al universo.
Tamaño de la muestra	26.878 cuestionarios válidos.
Error muestral	Error muestral máximo (nivel de confianza del 95% para $p=0,5$) del $\pm 0,61\%$, oscilando entre el $\pm 2,00\%$ para la Comunidad de Madrid y el $\pm 4,03\%$ para Ceuta.
TRABAJO DE CAMPO. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN	
Método de recogida. Cuestionarios	Entrevista personal en el domicilio. El entrevistador permanece presente durante todo el proceso y recoge el cuestionario una vez finalizado. El cuestionario consta de dos partes: cuestionario del entrevistador y cuestionario autoadministrado. El cuestionario se cumplimenta por escrito (lápiz y papel). Cuestionario disponible en las lenguas oficiales del Estado español.
Tasa de respuesta	La tasa efectiva de respuesta en 2024 fue del 34,21%.
NOVEDADES	
Módulo específico	Módulo sobre alcohol (incluye la escala AUDIT), módulo sobre cannabis (incluye la escala CAST), módulo sobre nuevas sustancias, módulo sobre analgésicos opioides, módulo sobre juego (incluye la escala DSM-5), módulo sobre internet (incluye la escala CIUS), módulo sobre salud mental y módulo sobre pornografía que se ha incluido por primera vez esta edición.

3.1. Universo y marco muestral

El universo o población de referencia a la que se pretenden extrapolar los resultados es la población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive. La base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra incluye todas las poblaciones independientemente de su tamaño, incluyendo así la población de zonas rurales (municipios menores de 2.000 habitantes) y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Sin embargo, incluye sólo a la población residente en hogares familiares, quedando fuera de marco la pobla-

ción que reside en instituciones (cuarteles, conventos, cárceles, residencias de estudiantes o de ancianos, etc.), la población que vive en establecimientos colectivos (hoteles, pensiones, etc.) y la población sin techo.

3.2. Muestra

Este año se han realizado 26.878 encuestas, de las cuales 19.921 corresponden a la muestra nacional y 6.957 a las ampliaciones que han realizado algunas comunidades autónomas.

Tabla 1. Evolución del tamaño de muestra válida de la encuesta EDADES en la población de 15 a 64 años (número de personas). España, 1995-2024.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2022	2024
Nº de encuestas	8.888	12.304	12.234	14.113	12.033	27.934	23.715	20.109	22.128	23.136	22.541	21.249	17.899	26.344	26.878

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

La distribución de la muestra por comunidad autónoma es desproporcional a su población en todas las encuestas realizadas en el período 1995-2024, para sobrerrepresentar a las comunidades más pequeñas. Además, 12 comunidades autónomas y 2 ciudades autónomas han financiado una ampliación de la muestra que correspondía a su territorio (Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, Comunidad de Madrid, Región de Murcia, Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla).

El tamaño de la muestra final por comunidades osciló entre 615 encuestados en Melilla y 2.494 en la Comunidad de Madrid, siendo la muestra entre 1.000 y 2.000 en 9 comunidades y de más de 2.000 casos en 4 comunidades. La distribución por edad fue también desproporcional, sobrerrepresentando en la muestra a la población joven (15-39 años), para posibilitar un análisis más detallado en este grupo de edad, que es el más expuesto a las conductas adictivas consideradas. Se realizó un muestreo por conglomerados trietápicos sin sustitución:

- En la primera etapa se seleccionaron 2.655 secciones censales, correspondientes a 1.052 municipios, de forma aleatoria. Previamente, se realizó una estratificación de las secciones por comunidad autónoma según tamaño de hábitat, dividido en ocho categorías:

menos de 2.000 habitantes, de 2.001 a 10.000 habitantes, de 10.001 a 20.000, de 20.001 a 50.000 habitantes, de 50.001 a 100.000 habitantes, de 100.001 a 400.000 habitantes, de 400.001 a 1.000.000 habitantes, y más de 1.000.000 habitantes. Esta operación se realizó de forma centralizada utilizando un programa informático.

- En la segunda etapa se seleccionaron hogares siguiendo un procedimiento aleatorio sistemático. Esta operación fue realizada por los propios trabajadores de campo. Para ello, utilizaron como instrumentos la hoja de ruta y el callejero de la sección censal. Se consideró que un hogar estaba habitado y era vivienda habitual cuando alguna persona de 15-64 años había vivido en él al menos 8 de los últimos 12 meses, o pensaba vivir en él al menos durante 8 meses. No se consideraron hogares las residencias colectivas (cuarteles, conventos, residencias de estudiantes o de ancianos, hoteles, etc.), las segundas residencias que no eran viviendas habituales, las oficinas, las empresas, y los hogares deshabitados (confirmado por tercera persona).
- Finalmente, en la tercera etapa, tras anotar los datos del hogar seleccionado en la hoja de contacto, se seleccionó un individuo dentro de cada hogar.

Tabla 2. Distribución de la muestra válida de la encuesta EDADES por comunidad autónoma (número de personas). España, 2024.

CCAA	DGPNSD*	Ampliación	Válidas	Error muestral (±)
Andalucía	2.224		2.224	2,12%
Aragón	854	439	1.293	2,78%
Asturias	738	525	1.263	2,81%
Islas Baleares	838		838	3,45%
Canarias	1.159	500	1.659	2,46%
Cantabria	567	429	996	3,17%
Castilla y León	1.136	627	1.763	2,38%
Castilla-La Mancha	1.081	508	1.589	2,51%
Cataluña	2.111		2.111	2,18%
Comunidad Valenciana	1.717	507	2.224	2,12%
Extremadura	780		780	3,58%
Galicia	1.210	510	1.720	2,41%
Comunidad de Madrid	1.985	509	2.494	2,00%
Murcia	955	528	1.483	2,60%
Navarra	607	528	1.135	2,97%
País Vasco	1.104		1.104	3,01%
La Rioja	419	550	969	3,21%
Ceuta	217	398	615	4,03%
Melilla	219	399	618	4,02%
Total	19.921	6.957	26.878	0,61%

* DGPNSD: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

3.3. Cuestionario y trabajo de campo

Respecto a los cambios que ha sufrido el cuestionario a lo largo de la serie, el utilizado por primera vez en el año 1995 es algo diferente al empleado en los años posteriores, entre 1997-2003, cuando se utilizó un mismo cuestionario estándar, siendo el de 2005 prácticamente similar al utilizado entre 1997 y 2003. Posteriormente, a partir del año 2007, se han introducido modificaciones con el fin de converger con el modelo propuesto por la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA).

En cuanto al modo de administrar el cuestionario, a partir de 1997 las preguntas sobre consumo de drogas y otras conductas adictivas han figurado en un cuadernillo aparte para ser autocumplimentadas por el encuestado con papel y lápiz. Para garantizar la confidencialidad durante este pro-

ceso, el trabajador de campo debía mantenerse alejado del encuestado y, finalizada la misma, podía introducir el cuadernillo en un sobre en presencia del encuestado junto al resto del cuestionario. La conexión entre las dos partes del cuestionario se aseguraba cumplimentando en ambas los datos del hogar. No obstante, la información de las personas que rechazaron la autocumplimentación o tenían problemas para autocumplimentar el cuadernillo (ciegos, discapacitados para escribir, analfabetos, etc.) se obtuvo mediante entrevista cara a cara.

El cuestionario incluye preguntas de clasificación sociodemográficas, salud, percepción de riesgo, disponibilidad percibida, visibilidad del fenómeno, y opiniones y respuestas frente al problema de las drogas. En general, las preguntas del cuestionario carecen de la opción no sabe/no contesta con la intención de forzar la respuesta del encuestado.

La sección sobre consumo de **alcohol** incluyó, entre otras, preguntas sobre el número de días de consumo y de borracheras alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días y, referido a los últimos 7 días, el consumo de diferentes tipos de bebidas alcohólicas (vino/champán, cerveza/sidra, vermú/jerez/fino, combinados/cubatas, licores de frutas y licores fuertes) y el consumo de riesgo de alcohol (escala AUDIT). El cuestionario incluye desde 2015 una serie de preguntas sobre el consumo de **bebidas energéticas** en el marco temporal de los últimos 30 días tanto si se han bebido mezclándolas con alcohol como si no.

En el ámbito de los **hipnosedantes**, se explora el consumo sin receta médica incluyendo determinadas preguntas relacionadas con la mezcla con otras sustancias así como la forma de obtención. En cuanto al consumo de hipnosedantes en general, además de explorarse su prevalencia en diferentes marcos temporales, se ahonda en el modo del consumo, así como en la pauta prescrita por el médico.

En la edición de 2019 se incluyó el consumo de **analgésicos opioides** con y sin receta siguiendo un patrón de preguntas similar al de hipnosedantes.

En cuanto a las preguntas sobre drogas de comercio ilegal (cannabis, cocaína en polvo, cocaína base, heroína, alucinógenos, éxtasis, anfetaminas, inhalables volátiles, GHB, metanfetaminas y setas mágicas) se refieren a la edad de inicio del consumo, y a los consumos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días.

Siguiendo con el cuestionario, en 2011 se introdujo un módulo específico de **“nuevas sustancias psicoactivas”** que se ha mantenido hasta la actualidad. Respecto al módulo de cannabis, incluye variables que permiten elaborar un indicador de consumo problemático (escala CAST). Finalmente, cabe indicar que en 2015 se añadió un módulo sobre **juego** (juego online y presencial, tipos de juego, cantidad mayor gastada en un día y escala DSM-5 para valorar el juego problemático y el trastorno del juego), un módulo sobre el **uso de internet** (escala CIUS) y otro sobre salud mental.

Por último, como novedad de este año se ha incluido un módulo sobre el uso de pornografía.

En 2024, la **tasa de respuesta** sobre la muestra seleccionada inicialmente fue de un 34,2%. Las no respuestas se distribuyeron como sigue: negativas de hogar, incluyendo no apertura de puerta y negativa a que nadie del hogar sea entrevistado (20,7%), ausencia de todos los miembros del hogar (25,1%), negativas de la persona seleccionada (1,1%), ausencia de la persona seleccionada (0,9%) y otros motivos (18,3%). Según el protocolo de trabajo de campo, antes de

clasificar a un hogar o a una persona como ausente y pasar a seleccionar otro hogar, el trabajador de campo debía realizar al menos tres visitas en momentos diferentes.

3.4. Análisis

Debido a que el diseño muestral inicial contemplaba una distribución no proporcional por edad y comunidad autónoma, no es posible agregar directamente los resultados ya que sobrerrepresentaríamos o infrarrepresentaríamos algunos grupos. Por ello, y con objeto de devolver a la muestra su representatividad se ha procedido a ponderar los resultados al universo real publicado por el INE en su última revisión del Padrón Municipal de habitantes (1 de enero de 2022). De esta forma, los resultados de cada encuesta se han ponderado por comunidad autónoma (19 grupos), tamaño de municipio (7 grupos), edad (7 grupos) y sexo (2 grupos). Ello obligó a asignar individualmente 1.260 coeficientes de ponderación diferentes. La ponderación por comunidad autónoma y edad se justifica por la desproporción de la muestra según estas variables derivada del propio diseño muestral y la ponderación por sexo se realizó para equilibrar la posible desproporción de la muestra derivada de la mayor probabilidad de ausencia en el hogar de los hombres. Finalmente, se tuvo también en cuenta el tamaño de hábitat para eliminar cualquier posible sesgo que se pudiera producir en la tasa de respuesta (ya que es posible que en tamaños de hábitat menores sea más difícil encontrar a algunos tramos de edad).

El análisis que se presenta a continuación se ha basado principalmente en el cálculo de la prevalencia de consumo de las diferentes drogas psicoactivas utilizando cuatro indicadores temporales: alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días previos a la encuesta y a diario en los 30 días previos a la encuesta. Los resultados se presentan para el conjunto de la población de 15-64 años, y posteriormente desagregados por sexo y por edad. Todos los cálculos se han efectuado excluyendo del numerador y del denominador los sujetos con valores desconocidos para las variables que intervienen en cada tabulación cruzada. Este proceder conduce a resultados algo superiores a los de aquellos análisis que asignan a los valores desconocidos un valor negativo o computan como una categoría más el “no sabe/no contesta”. Al igual que otros años en esta edición de 2024 la proporción de valores desconocidos para las preguntas sobre el consumo de drogas en general ha sido residual.

En el caso de las bebidas alcohólicas se realizó un análisis más complejo, estimándose indicadores de consumo de diversas categorías de bebidas alcohólicas en la última semana. También se han obtenido indicadores como la pre-

valencia de borracheras alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y a diario en los últimos 30 días y prevalencia de personas que han consumido en la misma ocasión 5 o más bebidas alcohólicas para los hombres y 4 o más en el caso de las mujeres durante los últimos 30 días —binge drinking— así como la prevalencia de personas que han hecho botellón en el último año.

Se realizaron los cálculos del error muestral asumiendo un muestreo aleatorio simple; así, el error muestral máximo para un nivel de confianza del 95% para $p=q=0,5$ fue del $\pm 0,61\%$, para la población de 15 a 64 años, oscilando entre un error del $\pm 2,00\%$ en la Comunidad de Madrid y un $\pm 4,03\%$ en Ceuta.

En este sentido, hay que resaltar que la muestra está diseñada para obtener resultados con una precisión aceptable para el conjunto de España. Si se obtienen resultados por comunidad autónoma, los intervalos de confianza de las drogas menos prevalentes en las comunidades autónomas pequeñas pueden ser demasiado amplios, lo que significa que dichas estimaciones estarán muy afectadas por el azar y pueden generar dientes de sierra y líneas de tendencia engañosas.

La muestra utilizada permite obtener resultados con una precisión aceptable por comunidad autónoma para la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco, cannabis, hipnosedantes y cocaína, así como para el análisis de la percepción de riesgo, la importancia y visibilidad del problema de las drogas, la disponibilidad de drogas, las acciones para resolver el problema de las drogas o la percepción sobre el estado de salud. Sin embargo, no permite obtener estimaciones exac-

tas para el consumo de drogas con prevalencias menores (como éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, metanfetaminas, setas mágicas, GHB, heroína e inhalables volátiles).

4. RESULTADOS

4.1. Caracterización sociodemográfica de la muestra

La muestra está equitativamente distribuida por sexos. En cuanto a la edad, un tercio de la muestra (32,3%) tiene entre 15 y 34 años, el 45,2% se sitúa en el intervalo de 35 y 54 años, perteneciendo el 22,5% restante al grupo de 55 a 64 años.

En relación al estado civil, más de la mitad de los individuos están casados (51,1%).

Respecto al nivel de estudios, dos tercios de los ciudadanos tienen finalizados los estudios secundarios (68,7%), el 22,6% cuentan con título universitario y sólo el 8,7% restante son aquellos que o bien no cuentan con estudios o cuentan con estudios primarios.

Por nacionalidad, vemos que la mayoría de la muestra son españoles (84,3%).

Finalmente, en relación a las personas con las que se convive, lo más habitual es vivir con su propia familia (60,1%) seguido de los individuos que viven con su familia de origen (23,4%). Por último, también cabe destacar que existe un 14,3% de la población que vive sola.

Tabla 3. Distribución de la muestra de la población de 15-64 años de la encuesta EDADES según sexo, edad, estado civil, nivel de estudios y nacionalidad (%). España, 2024.

		Total	Hombres	Mujeres
SEXO	Hombre	50,2	100	0
	Mujer	49,8	0	100
EDAD	15 a 24 años	15,5	16,0	15,1
	25 a 34 años	16,8	16,9	16,7
	35 a 44 años	21,4	21,1	21,6
	45 a 54 años	23,8	23,6	24,0
	55 a 64 años	22,5	22,4	22,6
ESTADO CIVIL	Soltero/a	37,7	41,3	34,1
	Casado/a	51,1	49,3	52,9
	Separado/a - Divorciado/a	9,1	8,0	10,3
	Viudo/a	2,0	1,4	2,7

		Total	Hombres	Mujeres
NIVEL DE ESTUDIOS	Sin estudios / estudios primarios	8,7	9,6	7,9
	Estudios secundarios	68,7	69,9	67,4
	Estudios universitarios	22,6	20,5	24,7
NACIONALIDAD	Española	84,3	86,3	82,4
	Extranjera	15,7	13,7	17,6
CON QUIEN VIVE	Solo	14,3	17,1	11,4
	Familia propia	60,1	55,1	65,3
	Familia de origen	23,4	25,6	21,2
	Otros	1,5	1,5	1,5

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

4.2. Prevalencia de consumo de drogas

4.2.1. EVOLUCIÓN TEMPORAL

El 92,9% de la población de 15 a 64 años manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida lo que

convierte al **alcohol** en la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo. Evolutivamente, este indicador es muy similar al obtenido en la anterior edición (93,2%).

Por detrás del alcohol, el **tabaco** es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en España. El 66,6% declara

Tabla 4. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2024.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2022	2024
Tabaco	-	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0	71,7	73,1	72,5	69,7	70,0	69,6	66,6
Alcohol	-	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2	90,9	93,1	93,5	91,2	93,0	93,2	92,9
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	8,7	15,4	13,4	19,5	22,2	18,7	20,8	22,5	23,5	27,4
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,7	4,1	3,0	3,1	3,6	4,8
Opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,5	15,2	15,8	15,2
Opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,7	1,5	2,5
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3	32,1	27,4	30,4	31,5	35,2	37,5	40,9	43,7
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3	4,9	3,6	4,3	3,6	3,6	5,0	5,1	5,1
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8	3,7	2,9	3,8	3,8	4,5	5,5	5,4	5,6
Anfetaminas	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8	3,7	3,3	3,8	3,6	4,0	4,3	4,6	4,5
Cocaína (polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	8,3	10,2	8,8	10,3	9,1	10,3	11,2	12,0	13,3
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2	8,8	10,2	8,9	10,0	10,9	11,7	13,0
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9	0,9	1,0	0,8	1,3	1,4	1,7	1,8
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	2,4	1,9	2,0	2,4	3,5	3,3	3,2
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,5	0,6	1,2	1,2	1,3	1,3
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,6	0,5	0,9	0,7	0,8
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7	0,6	0,7
Inhalables volátiles	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1	0,6	0,8	0,6	0,5	0,6	0,8	0,9	1,1

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

haber fumado tabaco alguna vez en la vida, dato que presenta un ligero descenso con respecto al año 2022 (69,6%).

En cuanto a los **hipnosedantes** con o sin receta médica vemos que su prevalencia de consumo alguna vez en la vida se sitúa en el 27,4% lo que supone un aumento de casi 3 puntos porcentuales con respecto al dato de la anterior encuesta, siguiendo así con la tendencia ascendente iniciada en 2018.

En lo que respecta a las drogas ilegales, el **cannabis** es, con diferencia, la que está más extendida en España, habiendo sido consumida alguna vez en la vida por el 43,7% de la población. Evolutivamente continúa el aumento que lleva experimentando esta prevalencia desde 2013.

En lo referente al consumo en el último año, el 76,5% de la población reconoce haber consumido alguna bebida alco-

hólica, volviendo así a destacar como la sustancia psicoactiva más extendida. En cuanto a las prevalencias del resto de drogas de consumo legal, el 36,8% declara haber fumado tabaco, mostrando también en este plazo temporal una menor extensión de esta sustancia respecto a 2022 (39,0%).

Por su parte, el 12,0% ha consumido hipnosedantes, ya sea con o sin receta, siendo una cifra algo menor que la de 2022, invirtiéndose en este caso la situación que veíamos para el plazo de alguna vez en la vida donde la prevalencia de esta sustancia había crecido.

Analizando el consumo de drogas ilegales, el 12,6% de los individuos de 15 a 64 años reconoce haber consumido cannabis alguna vez en los últimos 12 meses, proporción 2 puntos porcentuales superior a la registrada en la anterior medición.

Tabla 5. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2024.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2022	2024
Tabaco	-	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,7	42,8	40,2	40,7	40,2	40,9	39,4	39,0	36,8
Alcohol	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7	76,6	78,3	77,6	75,2	77,2	76,4	76,5
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	5,1	8,6	7,1	11,4	12,2	12,0	11,1	12,0	13,1	12,0
Hipnosedantes sin receta	12,3	2,3	2,3	2,8	3,1	1,2	1,3	1,9	1,2	1,2	2,3	1,3	1,3	1,3	1,8
Opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,7	7,1	6,8	6,6
Opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,6	1,0
Cannabis	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6	9,2	9,5	11,0	10,5	10,6	12,6
Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,1	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,9	0,8	0,7
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,6	0,4	0,6	0,6	0,6
Anfetaminas	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,7	0,6	0,4
Cocaína polvo y/o base	-	-	-	-	-	-	3,1	2,7	2,3	2,2	2,0	2,2	2,5	2,4	2,5
Cocaína en polvo	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6	2,2	2,1	1,9	2,0	2,5	2,3	2,3
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,2	0,4	0,2	0,4	0,4	0,4
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,2
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Heroína	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

El consumo de alcohol en los últimos 30 días se sitúa en el 63,5%, prevalencia que no supera a la obtenida en la anterior oleada.

Respecto al tabaco, vemos que también en el plazo de los últimos 30 días se observa la menor extensión de su consumo manifestada en los plazos anteriores, viéndose redu-

cida su prevalencia en más de 3 puntos porcentuales respecto a 2022.

Respecto al cannabis, el 10,5% de la población declara haberlo consumido en el último mes, cifra que supera en cerca de 2 puntos porcentuales el dato de 2022, situación que también veíamos al analizar su consumo dentro de los últimos 12 meses.

Tabla 6. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2024.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2022	2024
Tabaco	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8	39,4	37,6	38,3	38,5	38,8	36,8	37,2	33,9
Alcohol	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60,0	63,3	62,3	64,4	62,1	62,7	63,0	64,5	63,5
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	3,7	5,9	5,2	8,3	8,9	8,1	7,5	8,6	9,7	8,0
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,6	0,9	0,7	0,5	0,6	0,8
Opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,9	3,6	4,0	3,9
Opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,3	0,7
Cannabis	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6	7,0	6,6	7,3	9,1	8,0	8,6	10,5
Éxtasis	0,3	0,2	0,8	0,4	0,6	0,6	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Alucinógenos	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
Anfetaminas	0,2	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1
Cocaína polvo y/o base	-	-	-	-	-	-	1,3	1,1	1,0	0,9	1,1	1,2	1,4	1,4
Cocaína en polvo	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2	1,1	1,0	0,9	1,1	1,1	1,3	1,3
Cocaína base	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Heroína	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Inhalables volátiles	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

En esta edición, el 25,8% de la población de entre 15 y 64 años manifiesta consumir tabaco de manera diaria, porcentaje que ha descendido notablemente con respecto al dato obtenido en 2022. En el lado opuesto, el consumo diario de alcohol, aunque ligeramente, se ha incrementado en esta oleada,

situándose en un 10,5%. Respecto al cannabis, a pesar de las mayores prevalencias registradas en los plazos temporales de alguna vez en la vida, últimos 12 meses y último mes, cuando ponemos el foco en su consumo diario vemos que el dato es similar al registrado en la encuesta anterior (2,5%).

Tabla 7. Prevalencia de consumo diario de sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2024.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2022	2024
Tabaco	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8	30,4	30,8	30,8	34,0	32,3	33,1	25,8
Alcohol	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0	10,2	9,8	9,3	7,4	8,8	9,0	10,5
Cannabis	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,6	2,0	1,7	1,9	2,1	2,1	2,9	2,8	2,5
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	3,1	2,7	4,6	6,8	6,0	5,9	6,4	7,2	4,5
Opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1	1,9	2,1

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

4.2.2. EDAD MEDIA DE INICIO EN EL CONSUMO Y DIFERENCIAS EN EL CONSUMO POR SEXO Y EDAD

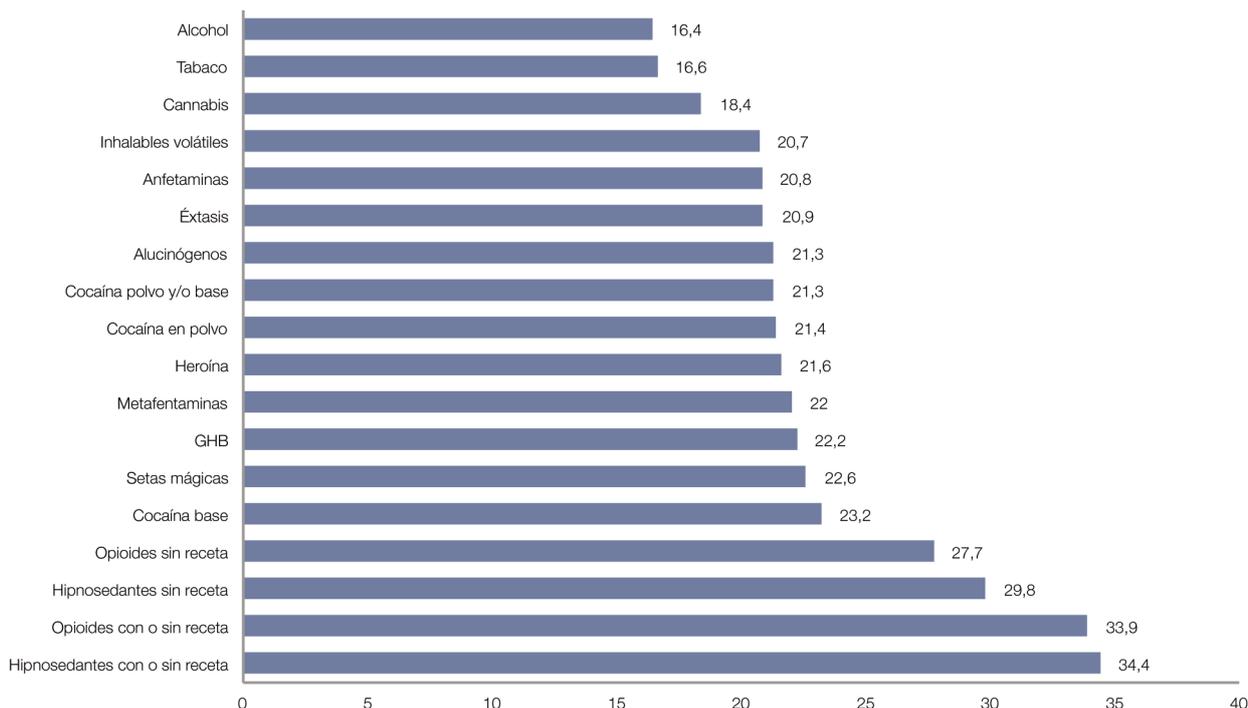
Edad de inicio en el consumo

El alcohol y el tabaco son las sustancias que empiezan a consumirse de manera más temprana (16,4 y 16,6 años, respectivamente). Respecto a las drogas ilegales, el cannabis es la sustancia que empieza a consumirse a una edad

más temprana (18,4 años). En el lado opuesto, los hipnosedantes con o sin receta médica son las sustancias psicoactivas que comienzan a consumirse a una edad más avanzada, 34,4 años.

En función del sexo del individuo, se aprecia que son los hombres los que comienzan a consumir antes la mayoría de las sustancias psicoactivas. No obstante, son las mujeres las que empiezan a consumir antes los hipnosedantes y los opioides.

Figura 1. Edad media (años) de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años. España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Tabla 8. Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años, según sexo (años). España, 2024.

	Hombres	Mujeres
Tabaco	16,4	16,8
Alcohol	15,9	16,9
Cannabis	18,1	19,0
Inhalables volátiles	20,2	21,7
Anfetaminas	20,6	21,1
Alucinógenos	21,0	21,1
Cocaína en polvo	21,0	22,2
Éxtasis	20,8	21,1
Cocaína polvo y/o base	21,2	21,8
Setas mágicas	22,1	23,9
GHB	21,9	23,0
Heroína	21,5	22,1
Metanfetaminas	21,2	23,9
Cocaína base	23,1	23,4
Hipnosedantes sin receta	30,4	29,1
Hipnosedantes con o sin receta	34,5	34,3
Opioides con o sin receta	34,0	33,8
Opioides sin receta	29,3	26,0

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Tabla 9. Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años (años). España, 1995-2024.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2022	2024
Tabaco	15,9	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4	16,5	16,5	16,5	16,4	16,4	16,6	16,6	16,6	16,6
Alcohol	-	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7	16,7	16,6	16,6	16,7	16,5	16,4
Cannabis	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6	18,6	18,7	18,6	18,3	18,4	18,5	18,3	18,4
Inhalables volátiles	17,7	19,0	18,1	17,5	17,5	17,8	19,7	19,2	19,7	19,4	20,5	20,1	21,5	19,8	20,7
Anfetaminas	19,2	19,4	19,2	18,8	19,6	19,2	19,7	20,1	20,2	20,8	20,2	20,4	20,6	20,1	20,8
Alucinógenos	19,3	19,0	19,3	18,9	19,9	19,0	19,9	19,7	20,5	20,9	20,3	20,9	21,2	21,0	21,3
Cocaína en polvo	21,4	21,3	21,8	20,4	20,9	20,6	20,9	20,9	21,0	21,3	20,9	21,1	21,1	21,1	21,4
Éxtasis	21,1	20,0	20,7	20,2	20,3	20,1	20,8	20,5	20,8	21,1	20,7	21,1	20,7	20,5	20,9
Cocaína polvo y/o base	-	-	-	-	-	-	-	20,9	21,0	21,3	20,8	21,1	21,1	21,1	21,3
Heroína	20,3	20,1	19,0	20,7	22,0	20,2	21,7	22,9	20,7	21,5	22,2	22,7	22,6	21,2	21,6
Cocaína base	21,8	20,6	20,1	19,6	20,1	20,8	21,4	23,1	22,4	23,2	20,7	23,2	21,8	21,0	23,2
Hipnosedantes sin receta	35,2	28,7	29,2	29,5	30,0	-	29,1	29,5	27,8	31,3	32,5	31,6	30,6	30,8	29,8
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	33,8	34,5	34,5	35,2	35,6	34,4	34,4	35,0	34,4
Opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32,6	35,3	33,9
Opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27,7	25,6	27,7

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Diferencias en el consumo por edad

Analizando las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en función de la edad en base a dos grupos, de 15 a 34 años y de 35 a 64 años, las mayores diferencias se observan para el tabaco, los hipnosedantes con o sin receta, lo opioides con o sin receta y el cannabis.

En el caso de los hipnosedantes vemos que el 17,5% de los ciudadanos de 15 a 34 años ha consumido hipnose-

dantes con o sin receta médica en alguna ocasión, proporción que se incrementa por encima del 30% entre los de 35 a 64 años. Para los opioides, la prevalencia entre los de 35 a 64 años duplica la registrada entre los de 15 a 34 años (9,0%).

La situación contraria se da en el caso del cannabis, donde la prevalencia de consumo se sitúa en el 47,7% entre los de 15 a 34 años, reduciéndose hasta el 41,8% entre la población mayor de 35 años.

Tabla 10. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1999-2024.

	1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2018		2020		2022		2024	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	65,2	64,7	69,4	67,6	69,2	68,7	67,9	70,7	66,6	69,8	70,1	78,3	67,8	74,2	68,5	75,6	65,4	76,2	62,3	73,4	63,9	72,9	62,4	73,1	59,6	70,0
Alcohol	87,4	87,2	89,3	88,8	88,9	88,3	93,2	94,1	87,7	88,3	92,2	95,5	89,5	91,7	92,2	93,7	91,2	94,7	88,8	92,4	91,5	93,6	90,3	94,6	90,3	94,1
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12,1	24,1	13,4	27,0	10,8	22,8	12,4	25,0	13,1	27,0	13,7	28,2	17,5	32,2
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,3	2,5	2,3	2,8	2,6	4,8	2,5	3,2	2,8	3,2	2,9	3,9	4,2	5,1
Opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,1	18,1	8,8	19,2	9,0	18,2
Opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5	1,8	1,4	1,6	2,1	2,6
Cannabis	28,1	12,3	34,3	15,3	39,0	21,0	39,4	20,4	37,5	20,2	42,4	25,2	36,9	21,6	40,2	25,0	38,8	27,8	42,0	31,8	45,0	34,0	47,2	37,9	47,7	41,8
Éxtasis	4,4	0,7	7,7	1,0	8,3	1,6	7,6	1,9	7,2	2,2	8,4	2,6	5,7	2,3	6,2	3,2	4,7	3,0	4,1	3,3	5,4	4,8	6,3	4,6	6,0	4,7
Alucinógenos	2,9	1,0	4,6	1,3	4,7	1,6	5,4	1,9	5,9	2,3	5,7	2,4	4,4	2,0	5,0	3,1	4,5	3,4	4,7	4,3	6,0	5,3	5,8	5,2	5,5	5,7
Anfetaminas	3,1	1,3	4,6	1,5	4,7	1,9	5,2	2,0	5,6	2,6	5,7	2,4	4,6	2,4	4,9	3,2	4,3	3,3	4,1	3,9	4,2	4,3	4,2	4,8	3,8	4,8
Cocaína en polvo	4,7	1,8	7,7	2,4	8,9	3,6	10,4	4,4	11,4	5,5	13,5	7,9	11,0	7,4	11,6	9,4	9,3	8,8	9,9	10,0	10,5	11,1	10,4	12,3	10,4	14,2
Cocaína base	0,6	0,2	0,7	0,3	0,7	0,3	0,7	0,6	2,3	1,5	0,9	0,9	0,8	1,0	0,9	1,1	0,6	1,0	1,0	1,4	1,1	1,6	1,3	1,9	1,4	2,0
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,3	1,2	3,2	1,1	3,0	1,6	3,1	2,1	4,4	3,1	3,9	3,0	3,2	3,2
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	0,5	0,7	0,4	0,9	0,5	1,5	1,0	1,3	1,1	1,7	1,1	1,4	1,2
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,5	0,7	0,6	0,6	0,4	0,8	1,0	0,8	0,6	0,9	0,8
Heroína	0,6	0,3	0,7	0,5	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	1,0	0,4	0,6	0,4	0,6	0,3	0,9	0,2	0,9	0,2	0,7	0,2	1,0	0,1	0,9	0,2	0,9
Inhalables volátiles	0,9	0,4	1,5	0,2	1,7	0,5	1,2	0,5	1,7	0,8	1,1	0,4	1,1	0,6	0,7	0,5	0,4	0,5	0,6	0,6	0,9	0,7	1,2	0,8	1,6	0,8

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Atendiendo al plazo temporal de los últimos 12 meses, la mayor diferencia en las prevalencias de consumo en ambos grupos de edad se da en el cannabis. El 9,4% del grupo de 35 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez en el último año, proporción que aumenta hasta el 19,4% entre los menores de 35 años.

En el consumo de los hipnosedantes y los opioides con o sin receta observamos, de nuevo, como el consumo de

estas sustancias está mucho más extendido entre la población mayor de 35 años. Cuando se comparan las prevalencias entre ambos grupos de edad en los últimos 30 días se acotan aún más las diferencias para el consumo de alcohol y tabaco en ambos grupos de edad.

Por su parte, el consumo de hipnosedantes y opioides sigue estando más presente entre los mayores de 35 años también en este plazo temporal.

Tabla 11. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1999-2024.

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022	2024															
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64														
Tabaco	49,5	40,6	52,0	41,2	52,8	43,8	47,3	38,8	46,2	38,8	45,3	41,1	43,8	37,9	43,4	39,2	40,8	39,9	41,5	40,6	41,9	38,1	39,5	38,8	37,2	36,6		
Alcohol	79,0	71,8	81,5	75,2	79,5	74,2	79,4	74,7	76,9	71,1	80,1	77,7	79,1	75,1	81,3	76,7	79,2	76,7	77,2	74,3	79,3	76,2	78,9	75,3	78,5	75,5		
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,3	14,5	6,4	15,5	6,3	15,0	6,5	13,4	6,7	14,6	7,2	16,0	6,9	14,5
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	1,2	1,1	1,3	1,4	2,7	1,2	1,3	1,3	1,2	1,3	1,4	1,9	1,8
Opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,3	8,5	3,6	8,3	3,7	8,0
Opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,7	0,5	0,6	0,9	1,0
Cannabis	12,6	2,2	16,7	3,3	20,1	4,2	19,8	4,7	18,9	3,9	19,4	4,6	17,0	5,1	17,0	4,8	17,1	5,5	18,3	7,4	19,1	6,4	19,1	6,6	19,4	9,4		
Éxtasis	1,6	0,1	3,7	0,2	2,9	0,1	2,4	0,4	2,4	0,4	1,8	0,2	1,4	0,2	1,5	0,2	1,3	0,2	1,2	0,4	1,6	0,6	1,8	0,3	1,4	0,3		
Alucinógenos	1,2	0,2	1,3	0,2	1,1	0,2	1,5	0,1	1,4	0,1	1,1	0,1	0,9	0,1	0,8	0,1	1,1	0,3	0,9	0,2	1,1	0,3	1,1	0,3	0,9	0,4		
Anfetaminas	1,3	0,2	2,2	0,2	1,6	0,2	1,9	0,3	1,7	0,2	1,4	0,1	1,1	0,3	1,2	0,3	1,0	0,3	0,9	0,3	1,1	0,5	1,1	0,3	0,6	0,4		
Cocaína en polvo	2,8	0,5	4,5	0,9	4,8	0,9	5,2	1,3	5,3	1,3	4,3	1,5	3,5	1,4	3,2	1,5	3,0	1,3	2,7	1,7	3,1	2,2	3,1	2,0	2,9	2,0		
Cocaína base	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,6	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	0,1	0,5	0,1	0,7	0,2	0,5	0,1	0,7	0,2	0,7	0,2	0,5	0,3
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,4	0,1	0,5	0,2	0,5	0,2	0,3	0,1
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0
Heroína	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	
Inhalables volátiles	0,1	0,1	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,4	0,0	0,5	0,1	0,5	0,1

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

Tabla 12. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1999-2024.

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022	2024															
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64														
Tabaco	43,7	36,9	46,3	37,5	47,2	39,5	42,3	35,5	42,2	36,3	40,9	38,4	40,4	35,9	40,2	37,2	38,4	38,6	38,5	39,0	38,1	36,2	36,8	37,5	33,5	34,2		
Alcohol	64,4	59,4	65,7	62,1	65,8	62,7	66,3	63,4	61,7	59,4	63,1	63,3	63,7	61,5	65,4	63,9	61,6	62,4	62,7	62,8	63,4	62,8	65,6	63,9	63,5	63,5		
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,4	11,3	3,4	12,0	3,3	10,6	3,4	9,6	3,6	10,9	4,2	12,3	3,9	10,0
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,8	0,4	0,6	0,7	1,0	0,5	0,7	0,5	0,5	0,6	0,9	0,8	
Opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6	4,6	1,6	5,1	1,9	4,9
Opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	0,3	0,3	0,6	0,7
Cannabis	7,9	1,5	11,5	2,3	13,4	2,9	15,4	3,6	13,5	2,8	14,1	3,2	12,5	3,7	12,2	3,5	12,9	4,4	14,6	6,3	14,2	5,1	15,1	5,5	15,6	8,1		
Éxtasis	0,5	0,0	1,5	0,2	0,7	0,0	1,1	0,2	0,8	0,2	0,8	0,1	0,6	0,1	0,4	0,1	0,5	0,1	0,3	0,1	0,6	0,2	0,5	0,1	0,5	0,0		
Alucinógenos	0,3	0,1	0,4	0,1	0,4	0,0	0,5	0,1	0,2	0,0	0,4	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,4	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1		
Anfetaminas	0,5	0,1	1,1	0,1	0,4	0,1	0,8	0,1	0,5	0,1	0,7	0,1	0,5	0,1	0,5	0,1	0,4	0,1	0,5	0,2	0,4	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1		
Cocaína en polvo	1,5	0,3	2,4	0,5	1,9	0,4	2,8	0,7	2,9	0,7	2,0	0,7	1,7	0,8	1,2	0,9	1,3	0,6	1,3	1,0	1,2	1,1	1,7	1,1	1,6	1,2		
Cocaína base	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,0	0,2	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	
Heroína	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0		
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0		

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

Entre las sustancias ilegales, la única sustancia para la que se observan nuevamente diferencias notables entre ambos grupos de edad es el cannabis. La extensión de su consumo entre la población menor de 35 años es 7,5 puntos porcentuales superior.

Diferencias en el consumo por sexo

En el marco temporal de alguna vez en la vida, entre los hombres se registran mayores prevalencias de consumo para todas las sustancias psicoactivas, a excepción de los hipnosedantes con o sin receta y los analgésicos opioides con o sin receta, sustancias que son consumidas en mayor

medida entre las mujeres. En cuanto al resto de drogas legales, se da una mayor diferencia en la prevalencia de consumo del **tabaco** (70,9% vs. 62,4% entre las mujeres) que de **alcohol** (94,1% vs. 91,7% entre las mujeres), cuyo consumo dentro de este plazo temporal es ampliamente mayoritario en ambos sexos.

En lo referente a las sustancias ilegales, es en el consumo del **cannabis** donde se obtiene la mayor diferencia de prevalencias entre ambos sexos: el 51,3% de los hombres ha consumido cannabis alguna vez en la vida frente al 36,0% de mujeres, lo que supone una diferencia de casi 16 puntos porcentuales.

Tabla 13. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2011-2024.

	2011		2013		2015		2018		2020		2022		2024	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	77,6	65,7	77,5	68,6	77,1	67,9	74,8	64,5	74,9	65,1	74,4	64,8	70,9	62,4
Cigarrillos electrónicos	-	-	-	-	7,3	6,3	9,6	8,1	12,0	8,9	13,6	10,7	20,3	17,7
Alcohol	94,0	87,7	95,0	91,3	95,3	91,7	93,6	88,8	95,5	90,4	94,9	91,4	94,1	91,7
Hipnosedantes con o sin receta	13,7	25,4	16,8	27,6	13,6	23,9	15,9	25,6	18,3	26,8	19,0	28,0	23,5	31,4
Hipnosedantes sin receta	2,1	2,6	2,6	2,8	3,3	4,9	2,8	3,2	3,0	3,1	3,6	3,6	5,1	4,4
Opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	13,1	16,0	14,1	16,2	14,7	16,9	14,0	16,4
Opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8	1,5	1,7	1,3	2,6	2,3
Cannabis	35,4	19,2	37,9	22,7	40,1	22,8	43,6	26,8	46,3	28,7	48,8	32,9	51,3	36,0
Éxtasis	5,1	2,0	6,3	2,2	5,3	1,8	5,3	1,9	7,5	2,4	7,4	2,9	7,3	3,0
Alucinógenos	4,4	1,4	5,8	1,8	5,7	1,8	6,6	2,3	8,2	2,8	7,7	3,1	8,0	3,3
Anfetaminas	4,8	1,7	5,7	1,8	5,4	1,9	5,8	2,1	6,5	2,0	6,9	2,3	6,5	2,5
Cocaína polvo y/o base	12,8	4,7	15,0	5,4	13,4	4,7	14,6	5,9	16,4	5,9	17,4	6,6	18,8	7,7
Cocaína en polvo	12,7	4,7	14,9	5,4	13,3	4,6	14,3	5,7	16,1	5,7	17,1	6,3	18,5	7,4
Cocaína base	1,5	0,3	1,7	0,3	1,4	0,3	1,8	0,7	2,1	0,8	2,5	0,9	2,6	1,0
Setas mágicas	3,5	1,2	2,9	0,8	3,0	1,0	3,8	1,1	5,3	1,7	4,6	1,9	4,4	2,0
Metanfetaminas	1,2	0,3	0,8	0,1	1,0	0,2	1,9	0,5	1,8	0,5	2,0	0,6	1,8	0,8
GHB	-	-	0,9	0,2	1,0	0,2	0,7	0,2	1,5	0,3	1,1	0,3	1,1	0,5
Heroína	0,9	0,2	1,2	0,2	1,0	0,3	0,8	0,3	1,2	0,3	1,1	0,2	1,0	0,3
Inhalables volátiles	1,1	0,4	0,9	0,3	0,7	0,2	0,9	0,3	1,2	0,3	1,4	0,4	1,4	0,7

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Atendiendo al tramo temporal de los últimos 12 meses, vemos que al igual que ocurría para los consumos de alguna vez en la vida, el consumo de sustancias psicoactivas está más extendido entre los hombres que entre las mujeres. La

excepción se da en el caso de los **hipnosedantes** y los **analgésicos opioides** con o sin receta, registrándose para los hipnosedantes una prevalencia entre las mujeres superior en 5,4 puntos porcentuales respecto a los hombres (14,7%

frente a 9,3%), y de 1,9 puntos porcentuales en el caso de los opioides (7,6% frente a 5,7%).

La diferencia más notable se registra para el consumo de **alcohol**, pues el 81,7% de los hombres declara haber consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses, proporción que se reduce hasta el 71,2% en el caso de las mujeres. Respecto al tabaco sucede algo similar observán-

dose una mayor prevalencia de consumo entre los hombres (40,9%) que entre las mujeres (32,7%).

El consumo de **cannabis** también está más extendido entre el sector masculino, situándose la diferencia porcentual en los 6,8 puntos respecto al dato de las mujeres, diferencia muy similar a la que se registró en la anterior encuesta.

Tabla 14. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2011-2024.

	2011		2013		2015		2018		2020		2022		2024	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	44,2	36,0	44,2	37,2	44,4	36,0	46,0	35,8	44,4	34,2	44,0	34,0	40,9	32,7
Alcohol	83,2	69,9	83,2	73,4	82,9	72,1	81,3	69,2	82,7	71,6	82,1	70,8	81,7	71,2
Hipnosedantes con o sin receta	7,6	15,3	8,5	16,0	8,3	15,8	8,1	14,1	9,4	14,7	10,3	16,0	9,3	14,7
Hipnosedantes sin receta	1,1	1,2	1,1	1,3	1,6	2,9	1,2	1,4	1,3	1,2	1,4	1,3	2,0	1,7
Opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	5,9	7,4	6,2	8,1	5,8	7,9	5,7	7,6
Opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,7	0,7	0,5	0,9	1,0
Cannabis	13,6	5,5	12,9	5,4	13,3	5,6	15,4	6,6	14,6	6,3	14,4	6,8	16,0	9,2
Éxtasis	1,0	0,4	1,0	0,3	0,9	0,3	1,0	0,3	1,4	0,4	1,0	0,5	0,9	0,4
Alucinógenos	0,6	0,2	0,5	0,1	0,8	0,3	0,7	0,2	1,0	0,2	0,7	0,4	0,7	0,5
Anfetaminas	0,9	0,3	0,8	0,4	0,8	0,3	0,8	0,2	0,9	0,4	0,8	0,3	0,5	0,4
Cocaína (polvo y/o base)	3,6	0,9	3,3	1,0	3,1	0,9	3,4	1,0	4,1	1,0	3,6	1,1	3,7	1,3
Cocaína en polvo	3,6	0,9	3,3	0,9	2,9	0,9	3,2	0,8	4,0	0,9	3,5	1,0	3,5	1,2
Cocaína base	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,4	0,2	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,2
Setas mágicas	0,6	0,2	0,3	0,1	0,5	0,2	0,4	0,1	0,6	0,1	0,5	0,3	0,4	0,3
Metanfetaminas	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,1	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	0,1
GHB	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
Heroína	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Inhalables volátiles	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Finalmente, en lo que se refiere al consumo en los 30 días previos a la realización de la encuesta, y al igual que ocurría para el tramo temporal de los últimos 12 meses, la mayor diferencia entre hombres y mujeres se registran de nuevo en el **alcohol** (70,9% frente a 56,0%) y en el **tabaco** (37,9% frente a 30,0%). Evolutivamente, vemos que la menor extensión en el consumo de alcohol y del tabaco que veíamos a nivel general para este tramo temporal se da de manera más acentuada entre los hombres que entre las mujeres.

El 13,4% de los hombres reconoce haber consumido **cannabis** en el último mes, proporción que se reduce notablemente entre las mujeres (7,6%). En términos evolutivos se observa en ambos sexos unas prevalencias de consumo superiores a las registradas en la anterior encuesta. En cuanto a los **hipnosedantes** con o sin receta se registra una mayor prevalencia de consumo en el último mes, de nuevo, entre las mujeres. Tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, el consumo en el último mes ha descendido con respecto al anterior dato registrado.

Tabla 15. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2011-2024.

	2011		2013		2015		2018		2020		2022		2024	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	41,4	33,7	41,7	34,8	42,6	34,3	43,8	33,8	41,5	32,0	42,2	32,3	37,9	30,0
Alcohol	73,2	51,2	73,4	55,3	71,3	52,8	71,5	54,0	72,0	53,9	73,1	55,7	70,9	56,0
Hipnosedantes con o sin receta	5,2	11,4	5,8	12,1	5,4	10,8	5,4	9,7	6,5	10,7	7,3	12,1	6,2	9,9
Hipnosedantes sin receta	0,6	0,8	0,6	0,5	0,8	1,1	0,5	0,8	0,6	0,4	0,5	0,6	0,8	0,8
Opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	2,3	3,4	3,0	4,3	3,1	4,8	3,3	4,6
Opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,2	0,3	0,2	0,7	0,7
Cannabis	10,2	3,8	9,8	3,4	10,7	3,9	12,9	5,3	11,4	4,7	12,0	5,2	13,4	7,6
Éxtasis	0,4	0,2	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,6	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1
Alucinógenos	0,2	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
Anfetaminas	0,4	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1
Cocaína (polvo y/o base)	1,8	0,5	1,7	0,4	1,5	0,3	1,8	0,4	2,0	0,3	2,1	0,6	2,1	0,7
Cocaína en polvo	1,8	0,5	1,7	0,4	1,4	0,3	1,8	0,4	1,9	0,3	2,0	0,6	2,0	0,6
Cocaína base	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Setas mágicas	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Metanfetaminas	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
GHB	-	-	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Heroína	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

4.2.3. DIFERENCIAS EN EL CONSUMO (DE ALCOHOL, TABACO Y CANNABIS) POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

Edad de inicio en el consumo

El alcohol y el tabaco son las sustancias psicoactivas que comienzan a consumirse de manera más temprana en todas las comunidades autónomas de España.

El primer consumo de alcohol entre la población se sitúa entre los 15,7 de la Comunidad Valenciana y los 17,7 años de Melilla.

En el caso del tabaco, este rango va desde los 15,8 años de Extremadura donde se empieza a consumir el tabaco de manera más precoz, a la edad de 17,3 años registrada en Melilla.

Tabla 16. Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (años). España, 2024.

	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 bebidas alcohólicas	Edad media inicio en el consumo de cannabis
Andalucía	2.224	16,7	18,6	16,6	18,1
Aragón	1.293	17,2	18,3	16,3	18,7
Asturias	1.263	16,1	17,7	15,9	18,6
Baleares	838	17,0	19,2	16,4	19,0
Canarias	1.659	16,8	18,2	16,7	18,5
Cantabria	996	16,0	18,4	15,9	18,4
Castilla y León	1.763	16,3	18,0	16,0	19,0
Castilla-La Mancha	1.589	16,5	18,1	16,2	17,7
Cataluña	2.111	16,8	18,7	16,4	18,3
C. Valenciana	2.224	16,0	18,6	15,7	18,8
Extremadura	780	15,8	18,2	16,5	17,9
Galicia	1.720	16,7	18,7	16,5	18,5
Madrid	2.494	17,0	19,0	16,8	18,3
Murcia	1.483	16,6	18,2	16,5	18,4
Navarra	1.135	16,0	18,0	15,8	18,7
País Vasco	1.104	16,4	17,7	16,2	18,4
La Rioja	969	16,3	17,2	16,1	18,3
Ceuta	615	17,3	17,7	16,9	18,8
Melilla	618	17,2	18,7	17,7	18,9
Media España	26.878	16,6	18,5	16,4	18,4

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

Consumo de bebidas alcohólicas

La prevalencia de consumo del alcohol alguna vez en la vida se sitúa en la mayoría de las comunidades autónomas por encima del 90%. La Comunidad Valenciana es la que registra una mayor prevalencia (97,0%), obteniéndose el dato más bajo en la ciudad de Melilla (63,9%).

Tanto en el marco temporal de los últimos 12 meses como de los últimos 30 días, la comunidad en la que se aprecia

una mayor prevalencia es la Comunidad Valenciana, mientras que las comunidades que tienen una menor prevalencia son Melilla y Ceuta a causa de la fuerte influencia que tienen ambas ciudades de la cultura musulmana que tradicionalmente limita el consumo de alcohol.

Según el sexo, en todos los tramos temporales y en todas las comunidades autónomas, a excepción de las Islas Baleares para el tramo de alguna vez en la vida, la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas es mayor en los hombres que en las mujeres.

Tabla 17. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2024.

	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	88,9	87,6	90,2	69,7	67,8	71,6	56,9	54,9	59,0
Aragón	93,4	92,1	94,8	83,0	80,9	85,0	72,1	69,7	74,6
Asturias	97,5	96,6	98,4	82,9	80,9	85,0	74,8	72,4	77,2
Baleares	94,0	92,4	95,6	80,0	77,3	82,7	64,3	61,0	67,5
Canarias	93,5	92,3	94,6	74,7	72,6	76,8	59,0	56,6	61,4
Cantabria	95,4	94,1	96,7	77,1	74,5	79,7	62,0	59,0	65,0
Castilla y León	95,7	94,7	96,6	78,6	76,7	80,5	67,1	64,9	69,3
Castilla-La Mancha	92,7	91,5	94,0	68,5	66,2	70,8	57,4	55,0	59,8
Cataluña	92,5	91,4	93,6	77,8	76,0	79,5	64,3	62,2	66,3
C. Valenciana	97,0	96,3	97,7	89,1	87,8	90,4	76,8	75,0	78,5
Extremadura	94,2	92,5	95,8	73,1	70,0	76,3	61,2	57,7	64,6
Galicia	92,4	91,2	93,7	76,9	74,9	78,9	61,7	59,4	64,0
Madrid	93,9	92,9	94,8	73,5	71,8	75,2	60,6	58,6	62,5
Murcia	90,9	89,5	92,4	76,4	74,2	78,6	62,3	59,8	64,7
Navarra	89,9	88,1	91,6	74,3	71,7	76,8	62,2	59,4	65,0
País Vasco	95,2	93,9	96,5	80,5	78,1	82,8	68,0	65,2	70,7
La Rioja	92,3	90,7	94,0	77,3	74,7	79,9	67,5	64,6	70,5
Ceuta	73,1	69,6	76,6	57,2	53,3	61,1	40,0	36,1	43,9
Melilla	63,9	60,1	67,7	49,0	45,1	53,0	35,6	31,9	39,4
Media España	92,9	92,6	93,2	76,5	76,0	77,0	63,5	62,9	64,1

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Tabla 18. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años por CCAA según sexo. España, 2024.

	ALGUNA VEZ EN LA VIDA		ÚLTIMOS 12 MESES		ÚLTIMOS 30 DÍAS	
	H	M	H	M	H	M
Andalucía	90,7	87,0	77,1	62,3	66,6	47,2
Aragón	94,0	92,9	85,7	80,1	76,2	67,8
Asturias	98,3	96,7	87,0	78,9	81,0	68,7
Baleares	93,8	94,2	83,6	76,3	68,8	59,6
Canarias	95,1	91,8	79,0	70,3	64,6	53,4
Cantabria	97,0	93,8	84,7	69,6	71,1	53,0
Castilla y León	96,9	94,4	84,8	72,2	75,3	58,7
Castilla-La Mancha	94,2	91,2	74,1	62,6	65,8	48,5
Cataluña	92,6	92,3	82,0	73,4	70,5	58,0
C. Valenciana	97,9	96,1	92,0	86,2	82,5	71,0
Extremadura	96,7	91,6	85,4	60,6	75,3	46,7
Galicia	93,8	91,0	83,6	70,3	69,9	53,7
Madrid	95,5	92,3	78,4	68,8	68,2	53,2
Murcia	92,9	88,8	82,4	70,1	70,4	53,7
Navarra	91,1	88,7	77,6	70,9	69,1	55,1
País Vasco	96,1	94,3	82,9	78,0	73,2	62,7
La Rioja	95,3	89,3	83,2	71,3	75,8	59,1
Ceuta	75,1	71,0	59,3	55,0	41,7	38,3
Melilla	70,7	56,8	54,3	43,6	39,5	31,0
Media España	94,1	91,7	81,7	71,2	70,9	56,0

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Atendiendo a los últimos 30 días, las CCAA que superan en mayor medida la media nacional de consumo de alcohol son la Comunidad Valenciana, Asturias y Aragón.

Consumo de alcohol últimos 30 días Media nacional 63,5%



■ < media España ■ = media España ■ > media España

ALCOHOL ÚLTIMOS 30 DÍAS

Andalucía	56,9
Aragón	72,1
Asturias	74,8
Baleares	64,3
Canarias	59,0
Cantabria	62,0
Castilla y León	67,1
Castilla-La Mancha	57,4
Cataluña	64,3
C. Valenciana	76,8
Extremadura	61,2
Galicia	61,7
Madrid	60,6
Murcia	62,3
Navarra	62,2
País Vasco	68,0
La Rioja	67,5
Ceuta	40,0
Melilla	35,6
Media España	63,5

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

BORRACHERAS ÚLTIMOS 12 MESES

Andalucía	13,2
Aragón	15,3
Asturias	17,1
Baleares	15,4
Canarias	20,6
Cantabria	14,3
Castilla y León	26,4
Castilla-La Mancha	14,1
Cataluña	12,6
C. Valenciana	11,9
Extremadura	18,9
Galicia	19,6
Madrid	9,3
Murcia	14,3
Navarra	19,8
País Vasco	23,8
La Rioja	21,6
Ceuta	8,3
Melilla	13,9
Media España	14,7

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

En los últimos 12 meses, la comunidad autónoma que supera en mayor medida la media nacional de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) es Castilla y León.

Intoxicaciones etílicas (borracheras) últimos 12 meses Media nacional 14,7%



■ < media España ■ = media España ■ > media España

Tabla 19. Prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2024.

	BORRACHERAS ÚLTIMOS 12 MESES		
	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	13,2	11,8	14,6
Aragón	15,3	13,3	17,3
Asturias	17,1	15,0	19,1
Baleares	15,4	13,0	17,9
Canarias	20,6	18,6	22,5
Cantabria	14,3	12,1	16,5
Castilla y León	26,4	24,4	28,5
Castilla-La Mancha	14,1	12,4	15,8
Cataluña	12,6	11,2	14,0
C. Valenciana	11,9	10,6	13,2
Extremadura	18,9	16,1	21,6
Galicia	19,6	17,8	21,5
Madrid	9,3	8,2	10,4
Murcia	14,3	12,6	16,1
Navarra	19,8	17,5	22,1
País Vasco	23,8	21,2	26,3
La Rioja	21,6	19,0	24,2
Ceuta	8,3	6,1	10,5
Melilla	13,9	11,2	16,6
Media España	14,7	14,3	15,2

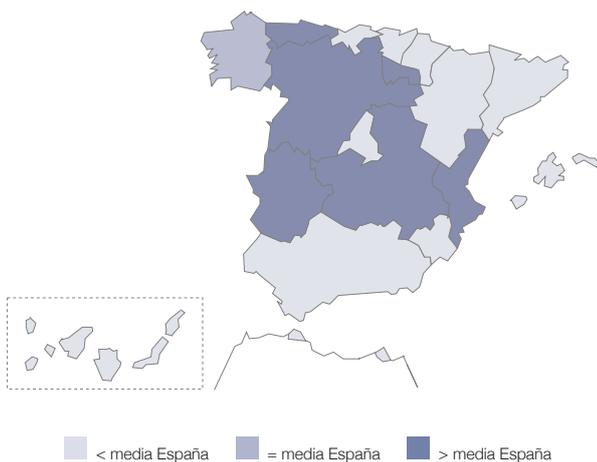
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Consumo de tabaco

En relación al consumo de tabaco, las comunidades que recogen un mayor porcentaje de personas que han fumado tabaco alguna vez en la vida son Asturias y Comunidad Valenciana.

En cuanto a la prevalencia de consumo diario de tabaco en los últimos 30 días, la comunidad con mayor prevalencia de consumo es Extremadura, seguida por la Comunidad Valenciana.

Consumo de tabaco a diario últimos 30 días Media nacional 25,8%



TABACO A DIARIO ÚLTIMOS 30 DÍAS

Andalucía	23,0
Aragón	23,8
Asturias	27,7
Baleares	24,0
Canarias	25,0
Cantabria	18,5
Castilla y León	28,6
Castilla La Mancha	30,7
Cataluña	24,3
C. Valenciana	36,4
Extremadura	41,7
Galicia	25,2
Madrid	22,3
Murcia	23,9
Navarra	19,7
País Vasco	20,3
La Rioja	28,9
Ceuta	12,7
Melilla	16,2
Media España	25,8

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Según el sexo, en todos los tramos temporales y en todas las comunidades autónomas la prevalencia de consumo de tabaco es mayor en los hombres que en las mujeres. Las diferencias más acusadas se dan en Extremadura, que destaca en todos los plazos temporales, y en La Rioja para los últimos 30 días y consumo diario de tabaco.

Tabla 20. Prevalencia de consumo de tabaco entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2024.

	ALGUNA VEZ EN LA VIDA			ÚLTIMOS 12 MESES			ÚLTIMOS 30 DÍAS			A DIARIO ÚLTIMOS 30 DÍAS		
	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	57,9	55,8	59,9	33,3	31,4	35,3	30,7	28,8	32,7	23,0	21,2	24,7
Aragón	69,5	67,0	72,0	37,4	34,8	40,1	32,9	30,3	35,5	23,8	21,4	26,1
Asturias	81,0	78,8	83,2	40,0	37,3	42,7	37,5	34,8	40,1	27,7	25,3	30,2
Baleares	65,9	62,7	69,1	32,7	29,6	35,9	29,9	26,8	33,0	24,0	21,1	26,9
Canarias	66,8	64,6	69,1	39,4	37,1	41,8	36,9	34,5	39,2	25,0	23,0	27,1
Cantabria	74,2	71,5	76,9	32,9	29,9	35,8	30,4	27,6	33,3	18,5	16,1	20,9
Castilla y León	71,3	69,2	73,4	38,5	36,2	40,8	36,5	34,2	38,7	28,6	26,5	30,7
Castilla-La Mancha	67,6	65,3	69,9	41,9	39,5	44,3	40,1	37,7	42,5	30,7	28,5	33,0
Cataluña	62,2	60,2	64,3	34,9	32,8	36,9	31,7	29,8	33,7	24,3	22,5	26,1
C. Valenciana	78,0	76,3	79,7	45,4	43,3	47,4	42,2	40,1	44,3	36,4	34,4	38,4
Extremadura	75,6	72,6	78,6	51,0	47,5	54,5	48,8	45,3	52,3	41,7	38,3	45,2
Galicia	66,7	64,5	69,0	35,3	33,0	37,6	32,0	29,8	34,2	25,2	23,2	27,3
Madrid	66,0	64,2	67,9	33,8	32,0	35,7	31,4	29,6	33,2	22,3	20,7	24,0
Murcia	66,1	63,7	68,5	38,9	36,4	41,4	36,4	33,9	38,8	23,9	21,7	26,1
Navarra	67,5	64,7	70,2	31,8	29,1	34,5	29,1	26,5	31,8	19,7	17,4	22,1
País Vasco	75,4	72,8	77,9	35,4	32,5	38,2	29,6	26,9	32,3	20,3	18,0	22,7
La Rioja	61,4	58,4	64,5	39,3	36,2	42,4	36,4	33,3	39,4	28,9	26,1	31,8
Ceuta	41,7	37,8	45,6	24,6	21,2	28,0	23,8	20,4	27,2	12,7	10,1	15,4
Melilla	46,8	42,8	50,7	24,1	20,8	27,5	22,1	18,8	25,4	16,2	13,3	19,1
Media España	66,6	66,1	67,2	36,8	36,3	37,4	33,9	33,4	34,5	25,8	25,2	26,3

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

Tabla 21. Prevalencia de consumo de tabaco en la población de 15-64 años por CCAA según sexo. España, 2024.

	ALGUNA VEZ EN LA VIDA		ÚLTIMOS 12 MESES		ÚLTIMOS 30 DÍAS		A DIARIO ÚLTIMOS 30 DÍAS	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Andalucía	62,2	53,6	35,7	30,9	32,9	28,5	24,1	21,9
Aragón	73,9	65,0	42,8	31,9	37,0	28,7	27,3	20,2
Asturias	84,9	77,1	43,1	36,9	40,3	34,7	31,3	24,3
Baleares	68,2	63,5	35,5	29,9	32,3	27,4	25,8	22,2
Canarias	70,7	63,0	44,3	34,6	41,5	32,2	28,7	21,5
Cantabria	78,0	70,4	37,3	28,4	35,6	25,3	21,8	15,3
Castilla y León	75,0	67,6	41,4	35,4	39,4	33,5	30,8	26,5
Castilla-La Mancha	69,7	65,4	43,9	39,8	42,7	37,5	33,0	28,5
Cataluña	67,1	57,3	40,6	28,9	36,9	26,4	28,5	20,0
C. Valenciana	80,9	75,1	49,3	41,4	46,7	37,7	41,0	31,8
Extremadura	85,1	65,9	58,7	43,0	56,4	40,9	49,1	34,2
Galicia	70,7	62,8	37,5	33,1	33,4	30,6	27,1	23,4
Madrid	71,7	60,5	39,5	28,5	37,3	25,7	26,9	18,1
Murcia	69,3	62,8	43,2	34,4	40,1	32,5	26,5	21,3
Navarra	72,1	62,7	35,8	27,8	32,9	25,3	22,9	16,6
País Vasco	78,1	72,6	38,1	32,6	32,3	26,9	21,2	19,5
La Rioja	68,0	54,7	46,9	31,5	44,4	28,2	36,4	21,5
Ceuta	46,8	36,3	28,4	20,6	27,4	20,0	14,6	10,9
Melilla	55,8	37,3	28,1	20,1	25,8	18,2	19,7	12,7
Media España	70,9	62,4	40,9	32,7	37,9	30,0	28,9	22,6

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

Consumo de cannabis

Extremadura es, con diferencia, la comunidad autónoma donde encontramos mayores consumidores de cannabis en todos los plazos temporales. En todas las CCAA el consumo es mayor en los hombres que en las mujeres. En lo que res-

pecta a alguna vez en la vida, las mayores diferencias se dan en Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana, en torno a 20 puntos porcentuales, y para los últimos 12 meses en País Vasco y Canarias, donde el consumo de cannabis entre los hombres es superior en más de 9 puntos porcentuales al de las mujeres.

Tabla 22. Prevalencia de consumo de cannabis entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2024.

	ALGUNA VEZ EN LA VIDA			ÚLTIMOS 12 MESES		
	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	27,1	25,2	28,9	10,0	8,8	11,3
Aragón	45,9	43,2	48,6	15,6	13,7	17,6
Asturias	51,8	49,0	54,6	14,5	12,5	16,4
Baleares	52,4	49,0	55,8	14,9	12,5	17,3
Canarias	44,9	42,5	47,2	16,1	14,3	17,9
Cantabria	56,8	53,7	59,9	13,8	11,6	15,9
Castilla y León	43,1	40,8	45,4	10,9	9,4	12,4
Castilla-La Mancha	44,7	42,2	47,1	10,5	9,0	12,0
Cataluña	52,7	50,6	54,9	14,3	12,8	15,8
C. Valenciana	60,5	58,5	62,5	14,2	12,8	15,7
Extremadura	48,7	45,2	52,3	23,1	20,1	26,0
Galicia	40,4	38,1	42,8	13,0	11,4	14,6
Madrid	35,9	34,0	37,7	9,7	8,5	10,8
Murcia	36,8	34,4	39,3	12,5	10,8	14,2
Navarra	45,7	42,8	48,6	10,8	9,0	12,6
País Vasco	54,9	52,0	57,9	14,1	12,1	16,2
La Rioja	43,6	40,5	46,7	13,7	11,6	15,9
Ceuta	30,0	26,4	33,6	8,2	6,0	10,4
Melilla	28,3	24,8	31,9	9,4	7,1	11,7
Media España	43,7	43,1	44,3	12,6	12,2	13,0

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

Tabla 23. Prevalencia de consumo de cannabis en la población de 15-64 años por CCAA según sexo. España, 2024.

	ALGUNA VEZ EN LA VIDA		ÚLTIMOS 12 MESES	
	H	M	H	M
Andalucía	33,1	20,9	12,8	7,2
Aragón	53,6	37,8	18,3	12,9
Asturias	61,4	42,4	18,7	10,3
Baleares	60,9	43,6	18,8	10,9
Canarias	52,5	37,1	20,7	11,5
Cantabria	66,1	47,6	17,6	9,9
Castilla y León	50,9	35,1	12,4	9,3
Castilla-La Mancha	54,4	34,4	13,4	7,5
Cataluña	59,5	45,8	18,4	10,0
C. Valenciana	70,1	50,8	18,5	9,8
Extremadura	57,6	39,6	27,3	18,7
Galicia	44,9	36,0	14,4	11,7

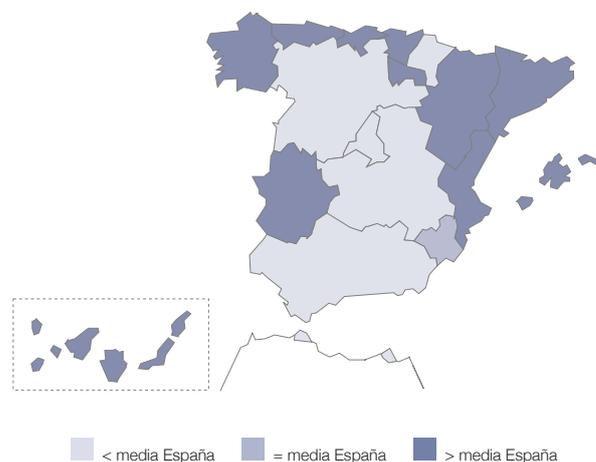
	ALGUNA VEZ EN LA VIDA		ÚLTIMOS 12 MESES	
	H	M	H	M
Madrid	44,2	27,9	12,6	6,9
Murcia	45,6	27,6	16,2	8,7
Navarra	53,0	38,1	13,4	8,2
País Vasco	62,3	47,4	19,0	9,2
La Rioja	52,4	34,6	17,3	10,2
Ceuta	38,7	20,8	11,6	4,6
Melilla	32,2	24,2	10,7	8,0
Media España	51,3	36,0	16,0	9,2

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

CANNABIS ÚLTIMOS 12 MESES	
Andalucía	10,0
Aragón	15,6
Asturias	14,5
Baleares	14,9
Canarias	16,1
Cantabria	13,8
Castilla y León	10,9
Castilla-La Mancha	10,5
Cataluña	14,3
C. Valenciana	14,2
Extremadura	23,1
Galicia	13,0
Madrid	9,7
Murcia	12,5
Navarra	10,8
País Vasco	14,1
La Rioja	13,7
Ceuta	8,2
Melilla	9,4
Media España	12,6

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Cannabis últimos 12 meses
Media nacional 12,6%



4.3. Consumo por tipo de droga

4.3.1. BEBIDAS ALCOHÓLICAS

En el año 2024, el 92,9% de la población de 15 a 64 años declara haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida. Históricamente, desde el año 2009, la prevalencia para este tramo temporal supera el 90%.

Analizando el consumo de alcohol en el último año, algo más del 76% declara haber bebido alcohol en alguna ocasión durante los últimos 12 meses previos a la realización de la encuesta, cifra similar a la registrada en 2022.

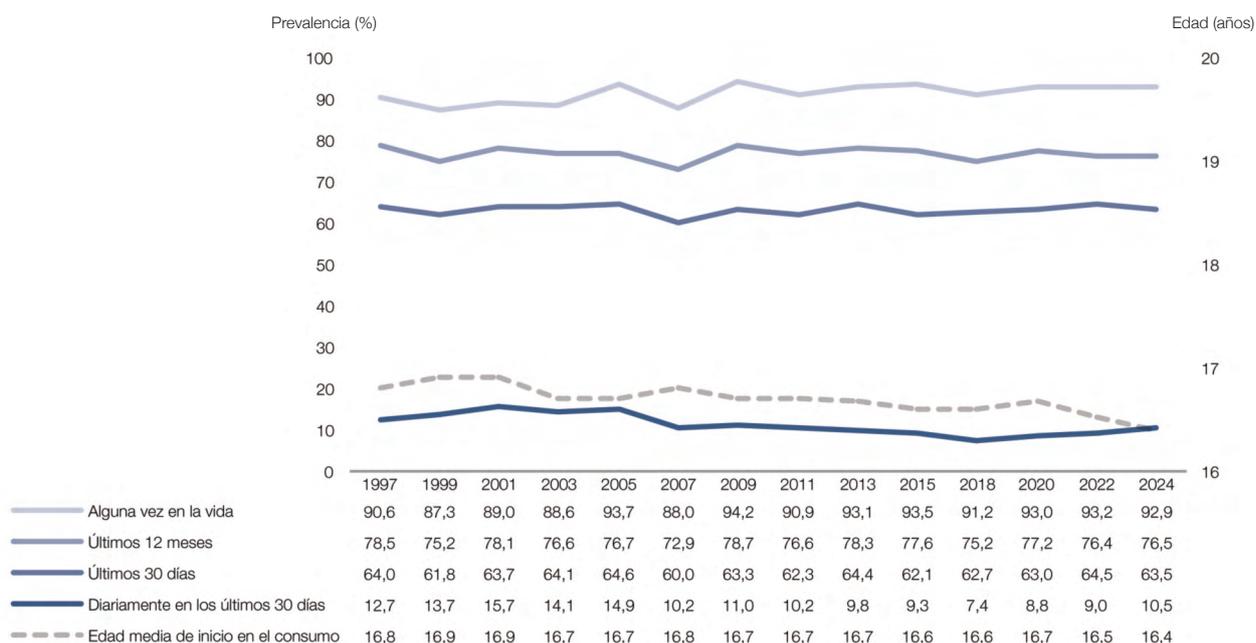
La prevalencia de consumo de alcohol en el último mes se sitúa en el 63,5%, habiendo descendido un punto porcentual con respecto a la anterior medición.

Finalmente, el consumo diario de alcohol en los últimos 30 días se sitúa en el 10,5% para la población de España de 15 a 64 años, cifra superior en 1,5 puntos porcentuales a la de 2022 y que mantiene el ascenso detectado desde 2020 de este indicador.

Atendiendo al sexo, con independencia del tramo temporal y del grupo de edad, el consumo de alcohol está más extendido entre los hombres que entre las mujeres.

Por edad, las mayores prevalencias para el consumo referido a los últimos 30 días las encontramos entre los 25 y los 34 años, con independencia del sexo del individuo. Si bien, en el caso de consumo a diario vemos que éste aumenta a medida que lo hace la edad, siendo así en el tramo de mayores de 55 años en donde encontramos el mayor número de consumidores, tanto para hombres como para mujeres.

Figura 2. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas (%) y edad media en el inicio de consumo de bebidas alcohólicas (años) en la población de 15-64 años. España, 1997-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

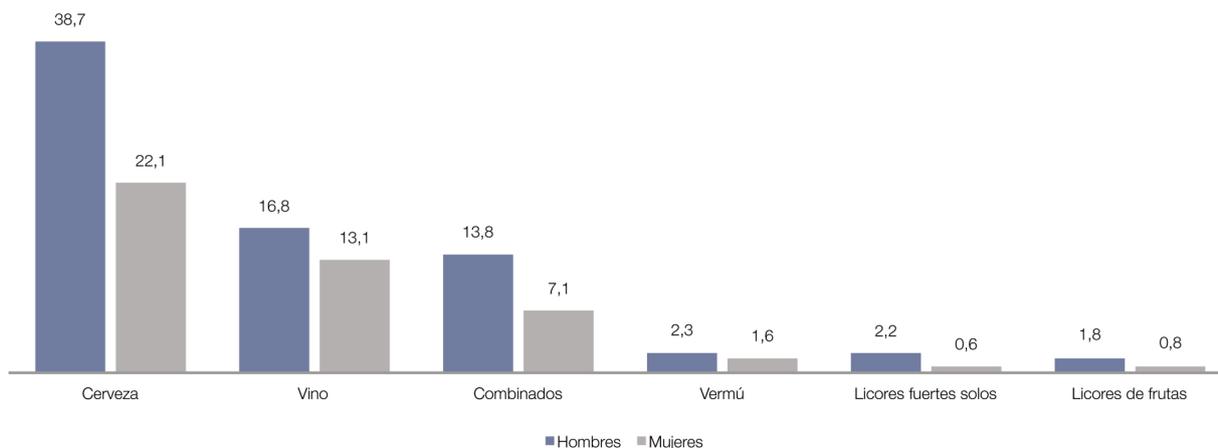
Tabla 24. Prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2024.

	15-64			15-24			25-34			35-44			45-54			55-64		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	92,9	94,1	91,7	86,8	87,5	86,1	93,6	94,1	93,0	93,1	94,2	92,0	94,5	95,5	93,4	94,8	97,3	92,3
Últimos 12 meses	76,5	81,7	71,2	76,9	78,7	74,9	80,1	84,3	75,7	76,6	81,8	71,4	77,4	82,7	72,2	72,4	80,5	64,3
Últimos 30 días	63,5	70,9	56,0	60,1	62,1	58,0	66,7	73,5	59,7	63,7	70,9	56,7	65,2	72,7	57,8	61,5	73,4	49,5
Diariamente en los últimos 30 días	10,5	15,4	5,7	5,4	6,6	4,1	7,3	10,3	4,2	9,2	13,4	5,1	12,3	18,1	6,6	15,9	24,4	7,3
Nunca	7,1	5,9	8,3	13,2	12,5	13,9	6,4	5,9	7,0	6,9	5,8	8,0	5,5	4,5	6,6	5,2	2,7	7,7

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 3. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 7 días en la población de 15-64 años, según tipo de bebida alcohólica consumida y según sexo (%). España, 2024.

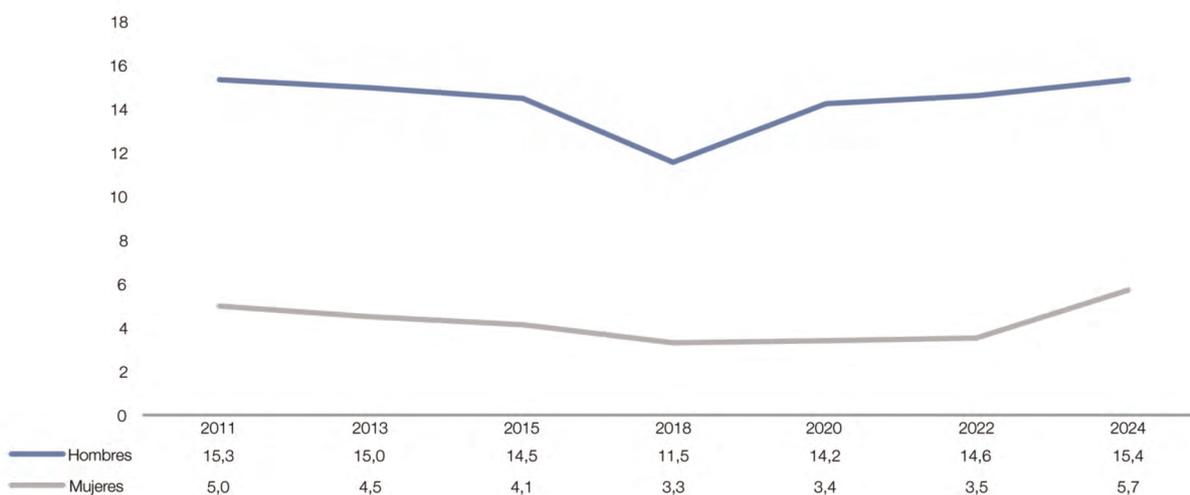


FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Observamos cómo a lo largo de toda la serie histórica, encontramos mayor presencia de consumidores diarios entre los hombres que entre las mujeres. Evolutivamente vemos

en ambos sexos un ligero aumento en la prevalencia de consumo diario respecto a 2022, siendo ésta más acusada entre las mujeres.

Figura 4. Prevalencia de consumo diario de alcohol en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2011-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

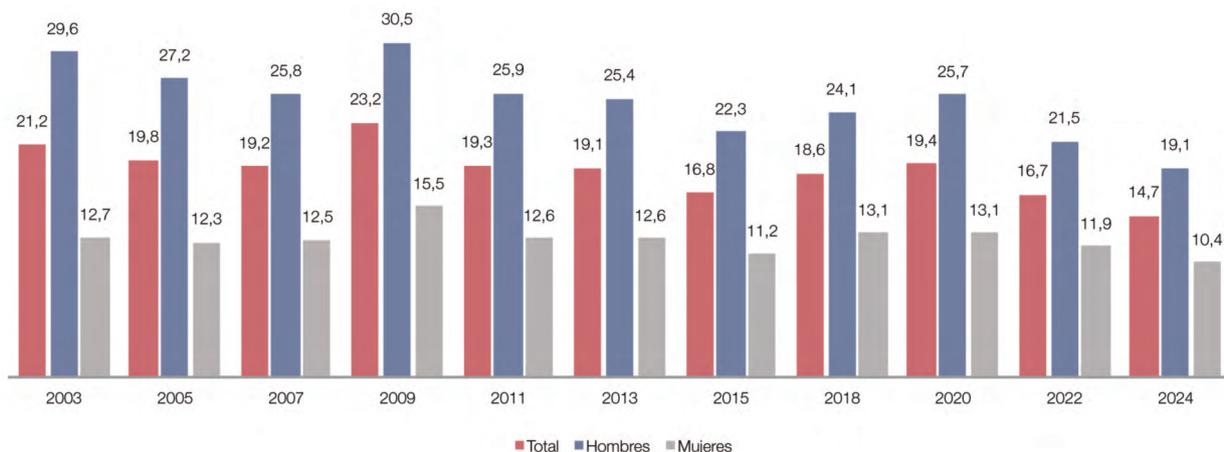
Intoxicaciones etílicas agudas (borracheras)

La prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas en los últimos 12 meses se sitúa este 2024 en el 14,7%. Evolutivamente se registra un descenso respecto al dato de 2022 lo que permite mantener su tendencia descendente a nivel general y también entre hombres y mujeres.

Atendiendo al sexo, con independencia del tramo de edad, las borracheras tienen una mayor prevalencia entre los hombres que entre las mujeres.

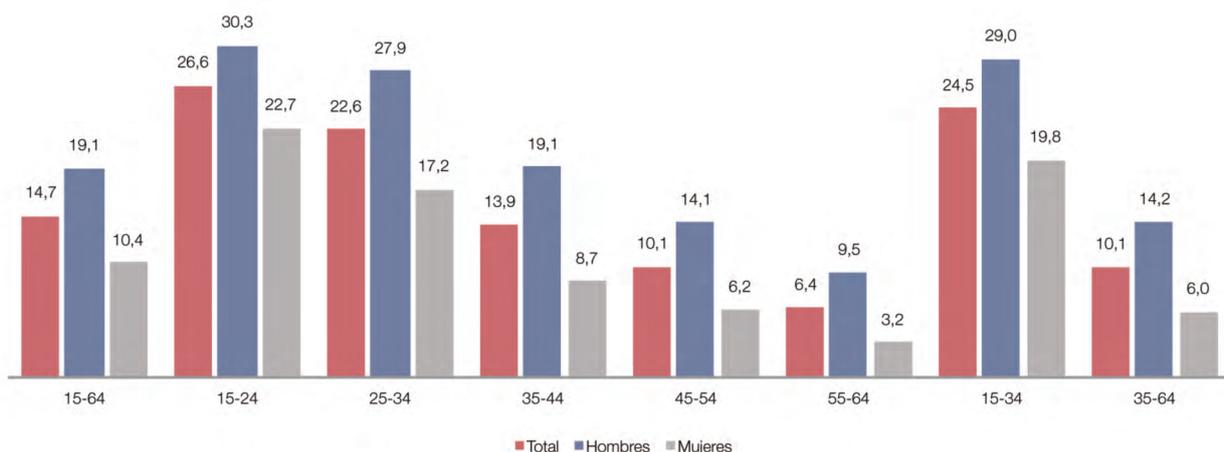
En función de la edad, y con independencia del sexo, se observa que a medida que ésta aumenta la prevalencia disminuye.

Figura 5. Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2003-2024.



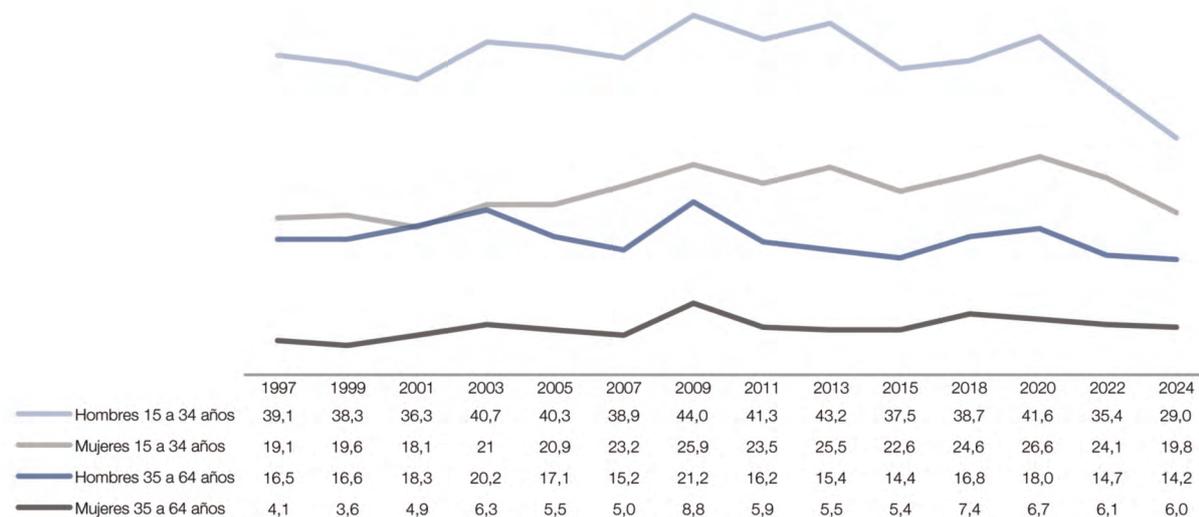
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Figura 6. Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Figura 7. Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 1997-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Atendiendo al periodo temporal de los últimos 30 días, el 4,6% de la población de 15 a 64 años reconoce haber sufrido alguna intoxicación etílica aguda durante los 30 días previos a la realización de la encuesta.

El 6,2% de los hombres reconoce haberse emborrachado en el último mes, dato que se reduce a menos de la mitad entre las mujeres (3,0%). Con independencia del tramo de edad, y tal y como ocurre para el plazo temporal del último

año, la prevalencia es superior entre los hombres. En lo que respecta a la edad, observamos que las intoxicaciones etílicas agudas son más habituales entre los más jóvenes y van descendiendo a medida que lo hace la edad. Esta situación se da entre los hombres y entre las mujeres, si bien entre los hombres la caída más destacada se da a partir de los 35 años, mientras que entre las mujeres el mayor descenso se da a partir de los 25 años.

Tabla 25. Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2024.

	15-64			15-24			25-34			35-44			45-54			55-64		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Últimos 30 días	4,6	6,2	3,0	9,0	10,7	7,2	7,5	10,3	4,7	4,2	6,0	2,5	2,6	3,5	1,7	1,9	2,8	0,9

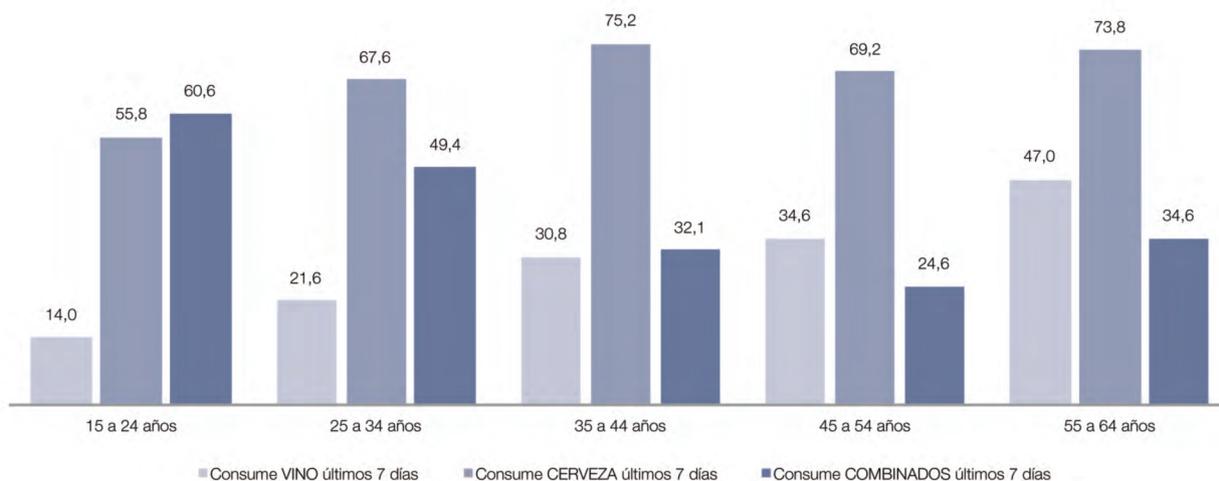
T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Respecto al tipo de bebidas consumidas en los últimos 7 días entre aquellos que se emborracharon en los últimos 30 días, se observan diferentes patrones de consumo en función de la edad. El porcentaje de consumidores de **vino** aumenta con la edad alcanzando una prevalencia de 47,0%

en el grupo de 55 a 64 años. En la prevalencia de los **combinados/cubatas** encontramos la mayor prevalencia en el grupo de edad más joven. Finalmente, en la **cerveza**, apreciamos un incremento en el consumo hasta los 44 años, manteniéndose más estable a partir de entonces.

Figura 8. Prevalencia de consumo de vino, cerveza y combinados en los últimos 7 días en la población de 15 a 64 años que se ha emborrachado en los últimos 30 días, según edad (%). España, 2024.



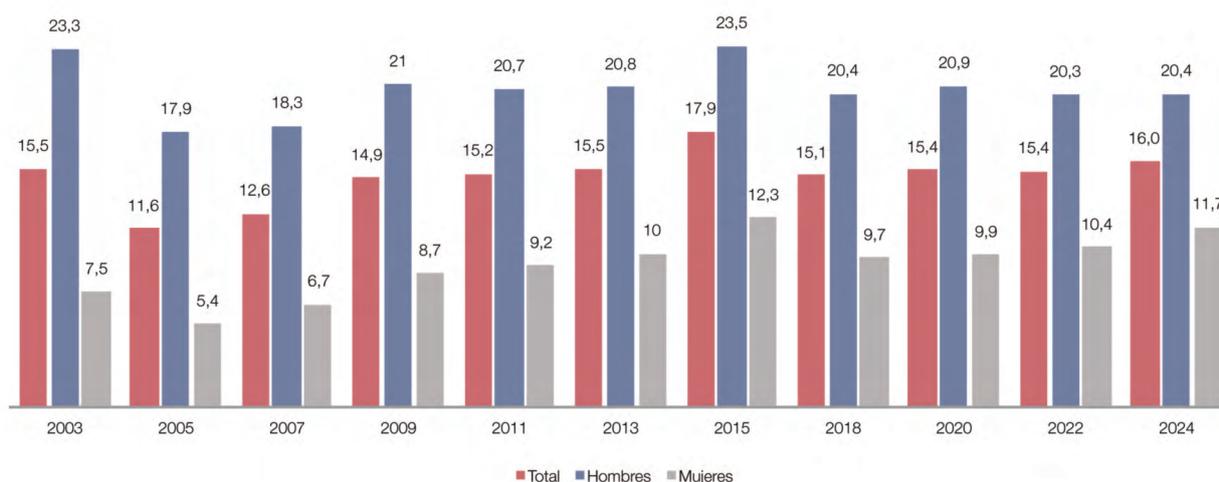
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Binge drinking (consumo de alcohol en atracón)

Se considera binge drinking el consumo de 5 o más bebidas alcohólicas (si es hombre) y 4 o más bebidas alcohólicas (si es mujer) en la misma ocasión, es decir, seguidas o en un intervalo de dos horas. La encuesta EDADES mide el binge drinking en el tramo temporal del último mes.

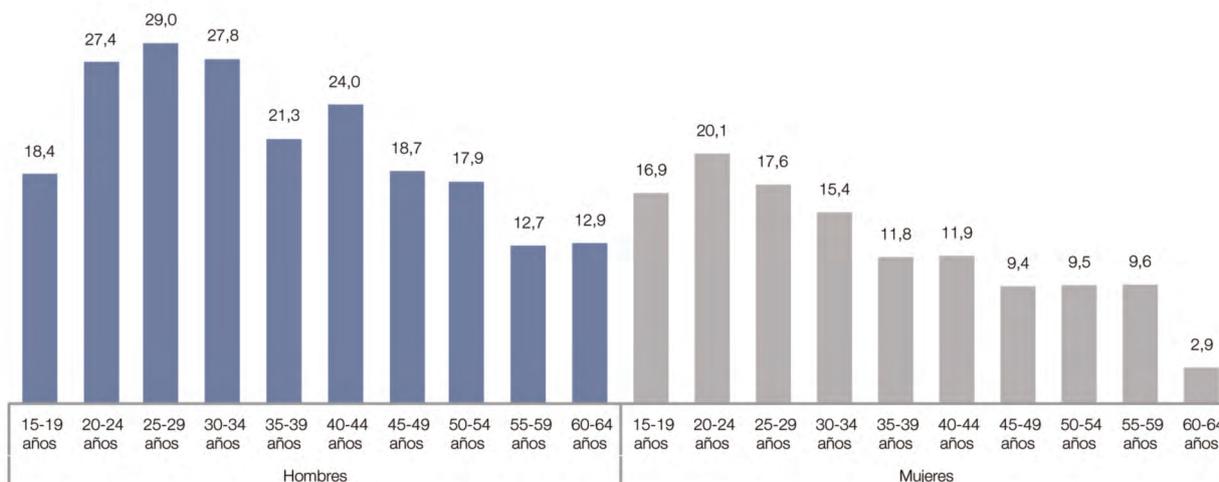
En el 2024, se ha registrado un dato similar al obtenido en la anterior encuesta, observándose un ligero aumento de la prevalencia entre las mujeres manteniéndose así la tendencia positiva para este indicador iniciada el pasado 2020 entre las mujeres. A pesar de este aumento, el consumo de alcohol en atracón sigue estando más extendido entre los hombres que entre las mujeres en todos los tramos de edad.

Figura 9. Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol en atracón o binge drinking en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2003-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 10. Prevalencia de consumo de alcohol en atracón (binge drinking) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2024.

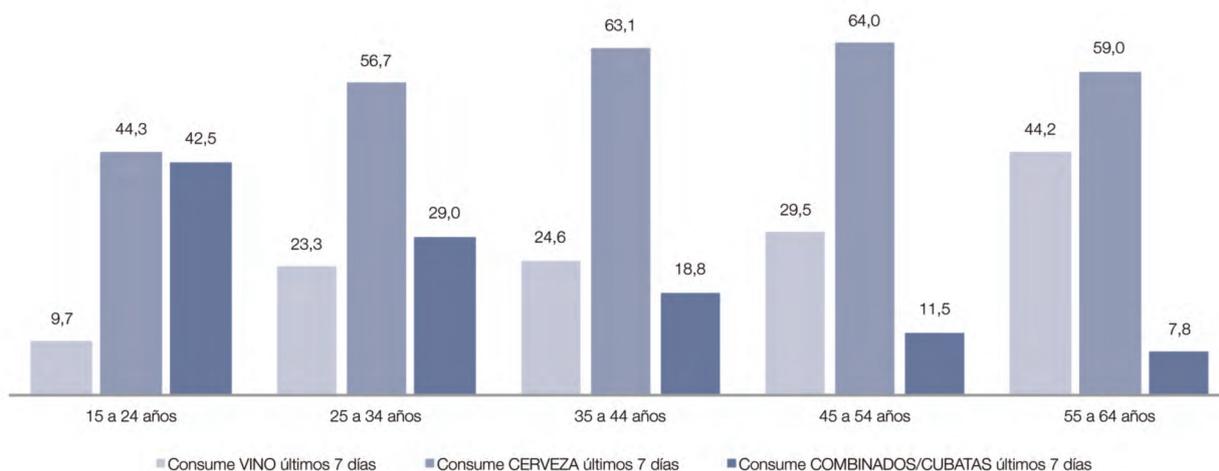


FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Al igual que ocurría entre aquellos que se habían emborrachado, observamos que la prevalencia de consumo de **vino** se va incrementando según aumenta la edad de los individuos que han consumido alcohol en atracón en el último mes, ocurriendo lo contrario para el consumo de los com-

binados y cubatas. En términos comparativos, la **cerveza** es, en todos los tramos de edad, la bebida cuyo consumo está más extendido entre aquellos que reconocen haber realizado binge drinking en los últimos 30 días.

Figura 11. Prevalencia de consumo de vino, cerveza y combinados en los últimos 7 días entre los que han consumido alcohol en atracón (binge drinking) en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según edad (%). España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Botellón

La práctica del botellón está fuertemente influenciada por la edad. Prueba de ello es que, en el grupo de 15 a 24 años, algo más de una tercera parte (30,8%) reconoce haber realizado esta práctica en el último año, siendo ésta prácticamente residual entre los de 55 a 64 años (0,6%). Atendiendo al **sexo**, en todos los grupos de edad la prevalencia de bo-

tellón en los últimos 12 meses es superior en los hombres que en las mujeres a excepción del grupo de 15-17 años en el que es ligeramente superior en las mujeres. En el grupo de 55-64 la prevalencia de consumo en ambos sexos es la misma, tratándose de una práctica muy residual (0,6%). Evolutivamente la práctica de botellón ha disminuido a lo largo de los años.

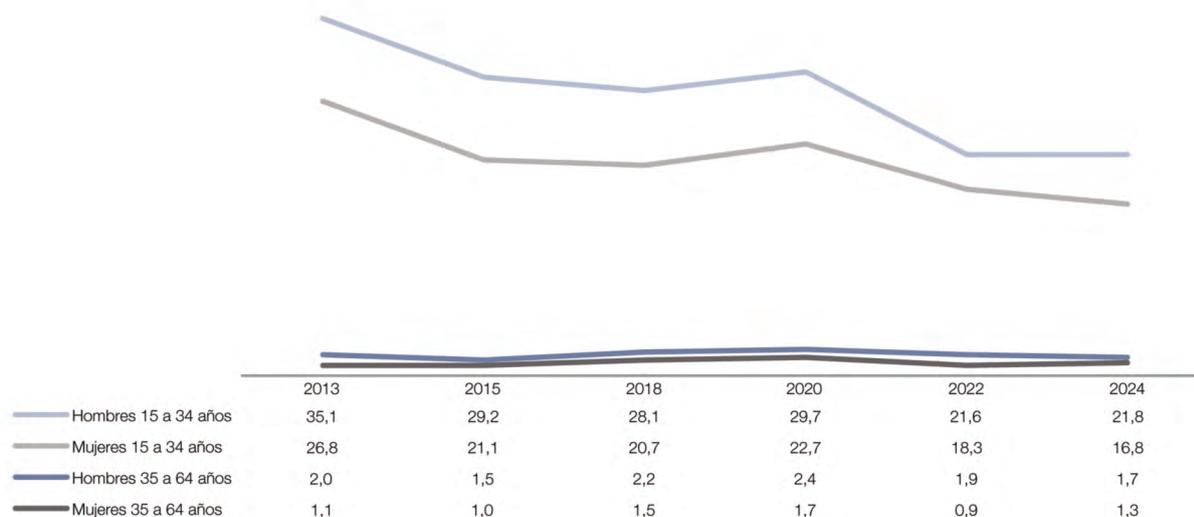
Tabla 26. Prevalencia de botellón, en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2024.

	15-24			25-34			35-44			45-54			55-64			15-17		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Últimos 12 meses	30,8	33,7	27,8	8,7	10,5	6,9	2,7	2,9	2,5	1,3	1,7	0,8	0,6	0,6	0,6	25,0	24,8	25,1

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Figura 12. Prevalencia de botellón, en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y grupo de edad (%). España, 2013-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

Razones por las que se consume alcohol

En cuanto a las razones por las que los individuos consumen bebidas alcohólicas, más de la mitad de los consumidores de alcohol lo hacen porque es divertido y anima las fiestas

(52,8%), siendo el motivo más mencionado tanto entre los hombres (51,6%) como entre las mujeres (54,1%). En segundo lugar, el 35,1% de los individuos justifica la ingesta de alcohol porque les gusta cómo se sienten después de beber.

Tabla 27. Razones para el consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2018-2024.

	2018			2020			2022			2024		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Es divertido y anima las fiestas	56,1	58,4	53,2	56,2	55,6	56,8	51,2	49,9	52,7	52,8	51,6	54,1
Le gusta cómo se siente después de beber	44,0	48,5	38,6	32,7	37,0	27,7	37,3	41,4	32,6	35,1	37,6	32,2
Cree que es saludable o forma parte de una alimentación equilibrada	17,2	18,6	15,4	14,8	16,1	13,3	18,3	19,7	16,8	14,0	14,8	13,2
Por encajar en un grupo o no sentirse excluido	19,6	21,1	17,8	17,4	16,9	18,1	13,1	12,6	13,7	13,6	13,5	13,7
Le ayuda a olvidarse de todo	12,6	14,3	10,5	3,3	3,8	2,8	4,8	4,9	4,6	5,1	5,4	4,8
Solo por emborracharse	12,0	14,4	9,1	2,0	2,5	1,4	1,7	2,1	1,3	3,0	3,3	2,6

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

Actitudes ante determinadas políticas sobre el consumo de alcohol

A continuación, se muestran los resultados disponibles sobre las actitudes de la población de 15 a 64 años con respecto a determinadas políticas en materia de consumo de alcohol.

En primer lugar, cabe destacar que existe un consenso en que todas las medidas analizadas serían adecuadas para

luchar contra el consumo del alcohol; no obstante, la más popular es la de incluir advertencias en los envases sobre los daños que el consumo puede producir en el organismo, estando con esto de acuerdo 7 de cada 10 individuos.

Atendiendo al **sexo**, se aprecia que las mujeres están más concienciadas que los hombres con la validez de las políticas contra el consumo de alcohol, situación que se lleva observando desde 2018.

Tabla 28. Actitudes ante las políticas en materia de alcohol entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2018-2024.

	2018			2020			2022			2024		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Envases con advertencias sobre daños	78,4	75,2	81,7	82,7	80,6	84,8	73,3	69,4	77,2	73,5	70,4	76,6
Patrocinio de deportistas prohibido	64,9	60,4	69,4	74,8	71,5	78,1	64,0	59,1	68,9	64,4	61,0	67,9
Prohibir la publicidad	59,9	54,7	65,0	71,5	68,2	74,7	57,7	53,3	62,2	59,9	56,3	63,6

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Consumo de riesgo de alcohol (AUDIT)

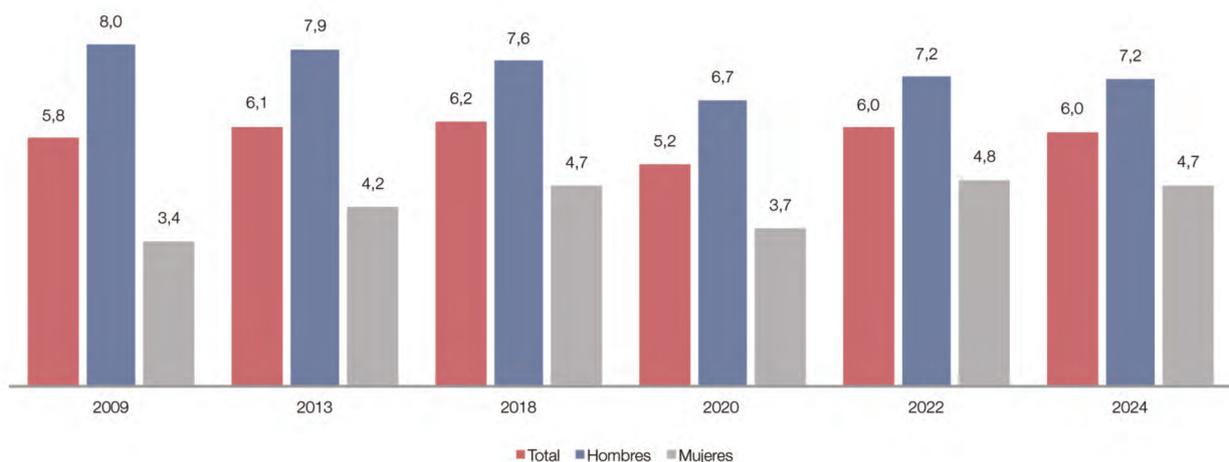
Ante la necesidad de evaluar de manera precoz el consumo de riesgo del alcohol, en 1982 la Organización Mundial de la Salud pidió a un grupo de investigadores que desarrollaran un instrumento de cribado simple, capaz de detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol. Este instrumento es el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)¹.

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 al comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7

a la 8 a reacciones adversas y las dos últimas 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. Este instrumento ha sido validado en nuestro país por diferentes investigadores².

El cuestionario AUDIT se introdujo por primera en la encuesta EDADES 2009, con el objetivo de conocer el alcance del consumo problemático de alcohol en la población general (15-64 años). Se establecieron como puntos de corte el 8 y el 20, considerándose “consumo de riesgo” una puntuación igual o superior a 8 en los hombres e igual o mayor de 6 en las mujeres.

Figura 13. Evolución de la prevalencia del consumo de riesgo de alcohol (AUDIT≥8 en hombres y AUDIT≥6 en mujeres) en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2009-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

1. 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.

2. 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.

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.

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.

En 2024, la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol se sitúa en el 6,0%, 7,2% entre los hombres y 4,7% entre las mujeres, cifras muy similares a las registradas en 2022.

Entre la población de 15 a 64 años que ha contestado la escala AUDIT, aquellos que mostraron un consumo de riesgo

registraron una mayor prevalencia de intoxicaciones éticas agudas en el último mes (62,5% frente a 14,7%). En la misma línea, vemos que la prevalencia de consumo de alcohol en atracción (binge drinking) en los últimos 30 días, entre los consumidores de riesgo, es hasta 3 veces superior a la que se obtiene entre los que no presentan un consumo problemático (50,0% frente a 16,0%).

Tabla 29. Prevalencia de consumos intensivos de alcohol en la población de 15 a 64 años, según hayan tenido consumo de riesgo de alcohol (AUDIT≥8 en hombres y AUDIT≥6 en mujeres) (%). España, 2024.

	Total nacional	Consumidores de riesgo de alcohol (AUDIT≥8 en hombres y AUDIT≥6 en mujeres)
Borracheras últimos 30 días	14,7	62,5
Binge drinking últimos 30 días	16,0	50,0
Botellón últimos 12 meses	7,3	26,3

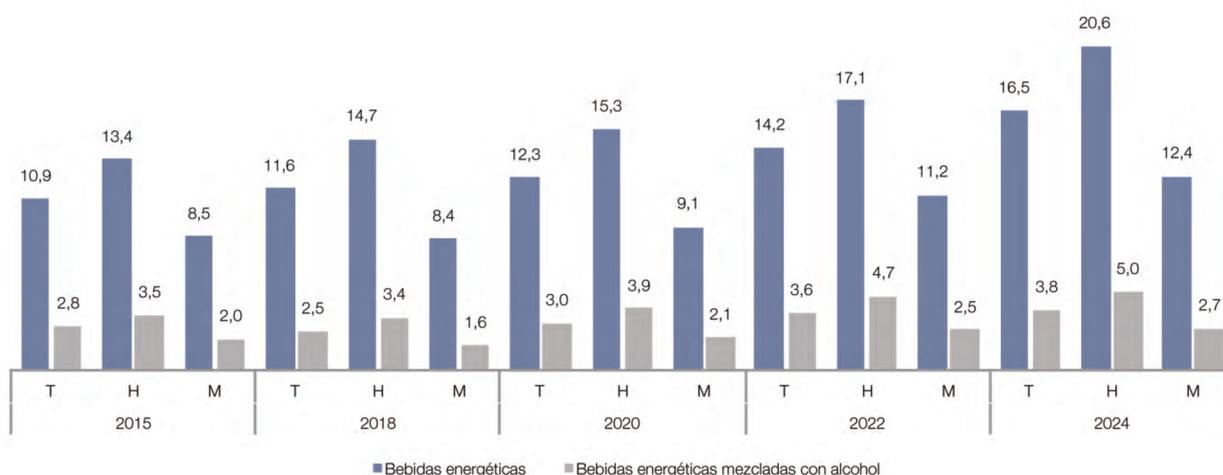
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

4.3.2. BEBIDAS ENERGÉTICAS

La prevalencia de consumo de bebidas energéticas en los 30 días previos a la realización de la encuesta se sitúa este 2024 en el 16,5% en la población de España de 15 a 64 años. Evolutivamente vemos que continúa aumentando el consumo de este tipo de bebidas en nuestro país, aumen-

tando en concreto en 2,3 puntos porcentuales el dato que se registró en 2022. El consumo de este tipo de bebidas está más extendido entre los hombres que entre las mujeres con independencia de la edad, así como entre los más jóvenes donde la prevalencia de consumo en el último mes supera el 50% entre los hombres de 15 a 24 años, decreciendo su consumo a medida que aumenta la edad.

Figura 14. Prevalencia de consumo de bebidas energéticas y de bebidas energéticas mezcladas con alcohol en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2015-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

4.3.3. TABACO

Por detrás del alcohol, el tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida en España entre la población de 15 a 64 años con una prevalencia de consumo alguna vez en la vida del 66,6%, dato inferior al obtenido en la encuesta de 2022.

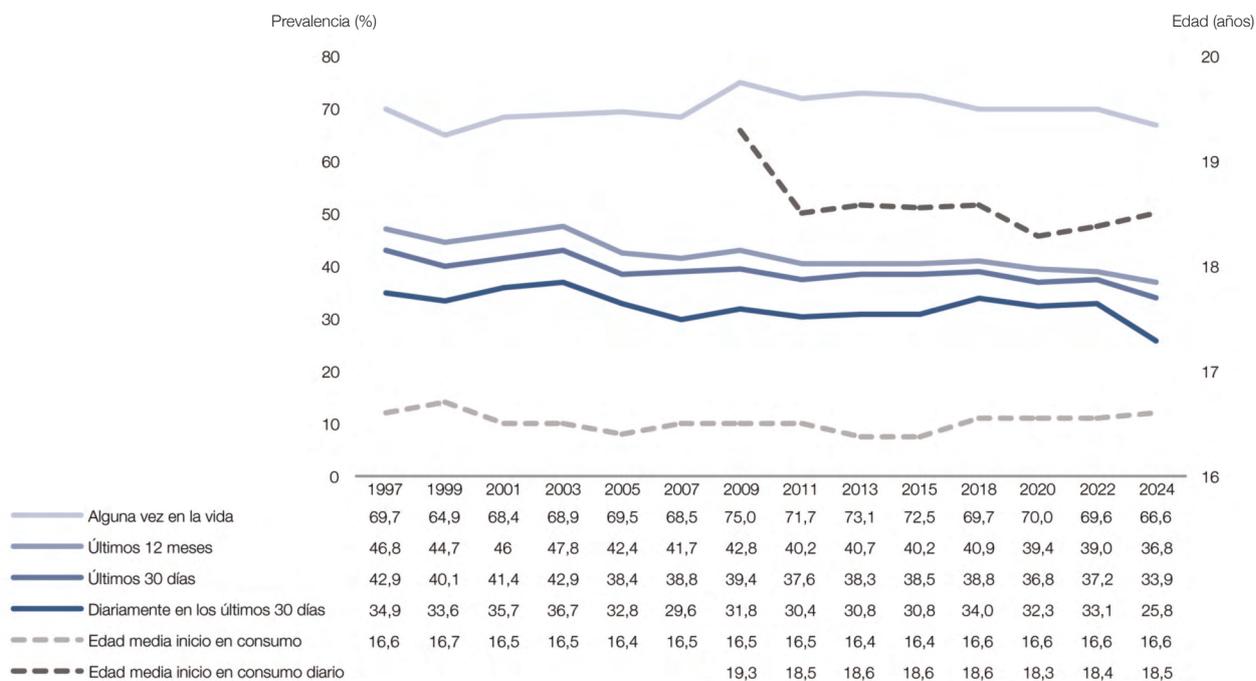
El consumo en los últimos 12 meses también ha descendido con respecto a la última medición, registrándose el dato más bajo de toda la serie histórica (36,8%).

En relación a la prevalencia del consumo diario de tabaco, el 25,8% de las personas reconoce haber fumado tabaco a diario en los últimos 30 días, dato que ha descendido nota-

blemente con respecto al dato de 2022 (33,1%). Así, parece que ha descendido tanto el consumo esporádico del tabaco como el hábito de fumar en nuestra sociedad.

Además, la encuesta EDADES incluye un indicador que permite medir la **incidencia del consumo** de algunas sustancias psicoactivas, esto quiere decir, el porcentaje de la población que sin haber consumido previamente dicha sustancia ha comenzado a consumirla en los últimos 12 meses. En el caso del tabaco, aproximadamente unas 266.000 personas iniciaron su consumo durante el último año, siendo muy similar la proporción entre hombres y mujeres, y que representa un descenso de 18.000 personas respecto al dato de 2022 siendo algo mayor esta caída entre las mujeres.

Figura 15. Prevalencia de consumo de tabaco (%) y edad media de inicio en el consumo (años) en la población de 15-64 años. España, 1997-2024.

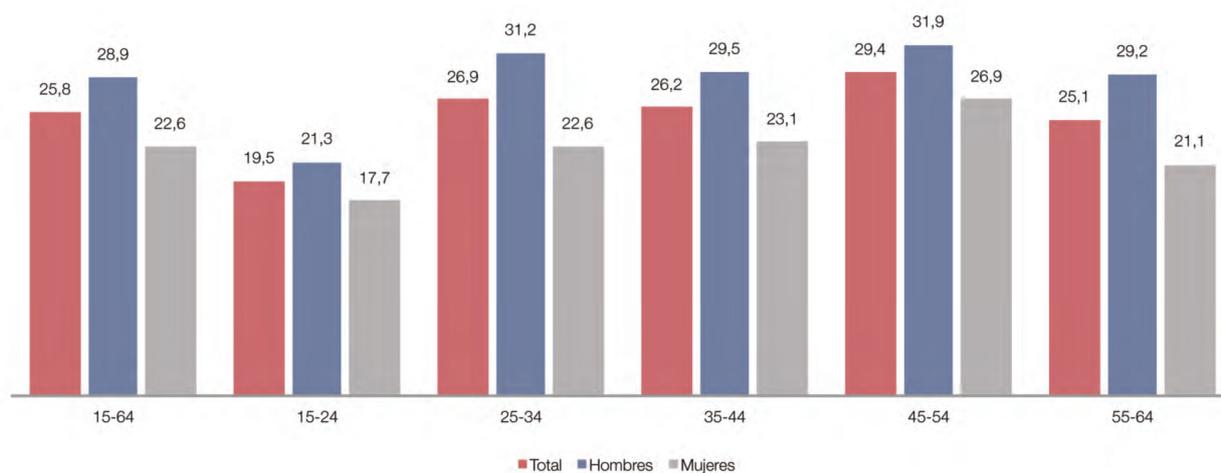


FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

El **consumo diario de tabaco** es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, con independencia de la edad de los individuos. En 2024 se ha producido un des-

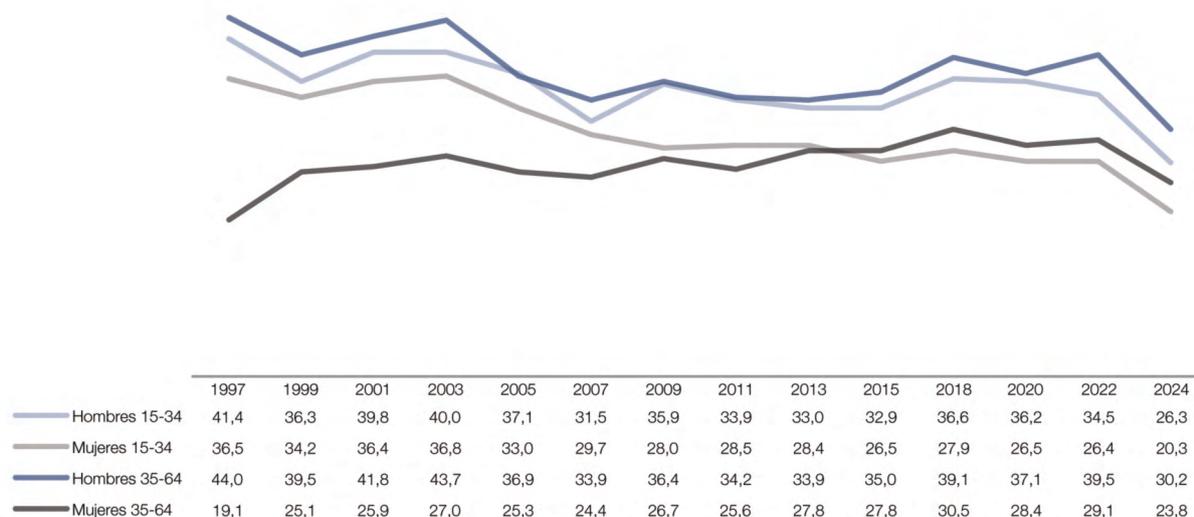
censo en la prevalencia del consumo diario de tabaco, en ambos sexos y en todos los grupos de edad, siendo éste más acusado entre los hombres mayores de 35 años.

Figura 16. Prevalencia de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Figura 17. Prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 1997-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Según el **tipo de cigarrillos** consumidos, puede afirmarse que la mayoría de los fumadores continúan siendo fieles a los cigarrillos de cajetilla (73,1%), frente a un 16,1% que declara consumir tabaco de liar; finalmente el 10,8% restante declara fumar cigarrillos tanto de liar como de cajetilla.

Diferenciando por sexo, se observa que, dentro de las similitudes, las mujeres consumen en mayor medida que los hombres cigarrillos de cajetilla. Por su parte, atendiendo a la edad, hay que destacar que es entre los más jóvenes donde se encuentran los mayores consumos de tabaco de liar.

Entre los **consumidores de tabaco a diario**, un 67,7% se ha planteado dejar de fumar. Por sexo, se observa, una vez más, que las mujeres se lo han planteado en mayor medida. Cuando se hace foco en los que además de plantárselo lo han intentado, el porcentaje general se reduce hasta el 44,1%, manteniéndose una mayor presencia entre las mujeres que entre los hombres. Evolutivamente, continúa creciendo entre los fumadores la presencia de aquellos que se han planteado dejarlo e incluso de aquellos que lo han intentado en los que dicha tendencia se observa desde 2020.

Tabla 30. Prevalencia de consumo de tabaco durante los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según el tipo de cigarrillos que ha fumado, sexo y edad (%). España, 2024.

	15-64			15-24			25-34			35-44			45-54			55-64		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Cigarrillos de cajetilla	73,1	71,8	74,7	59,4	60,3	58,4	65,6	63,5	68,5	72,4	71,2	74,0	79,1	76,4	82,1	80,7	80,5	81,0
Tabaco de liar	16,1	16,4	15,7	21,3	21,5	21,0	20,9	20,9	20,8	17,8	17,7	17,8	12,1	13,0	11,1	12,4	12,5	12,2
Los 2 tipos	10,8	11,8	9,5	19,3	18,3	20,6	13,6	15,6	10,7	9,8	11,1	8,2	8,8	10,6	6,8	6,9	6,9	6,8

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

Tabla 31. Porcentaje de personas que se han planteado dejar de fumar entre los que han fumado a diario en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2018-2024.

	2018			2020			2022			2024		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Se han planteado dejar de fumar	66,6	64,8	68,9	61,1	59,5	63,2	64,2	62,7	66,1	67,7	65,0	71,0

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

Tabla 32. Porcentaje de personas que se han planteado de dejar de fumar y lo han intentado entre los que han fumado a diario en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2018-2024.

	2018			2020			2022			2024		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Se han planteado dejar de fumar y lo han intentado	45,4	43,7	47,5	38,2	36,9	39,9	41,9	40,2	44,1	44,1	41,7	47,1

T = total; H = hombres; M = mujeres.

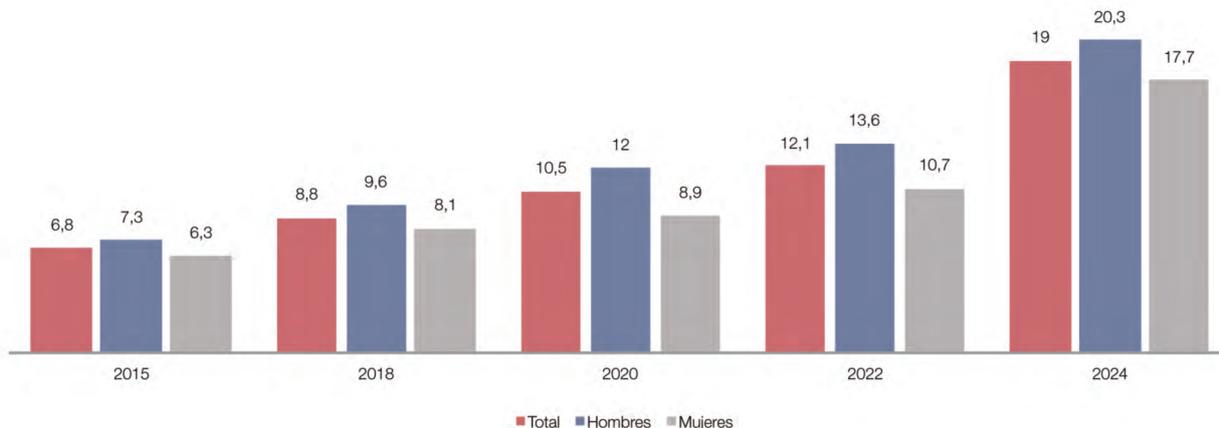
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

Cigarrillos electrónicos

Evolutivamente, continúa extendiéndose el consumo de este tipo de cigarrillos habiéndose incrementado casi 7 puntos porcentuales su prevalencia de consumo para el plazo temporal de alguna vez en la vida con respecto al dato de 2022. Este incremento se observa tanto entre los

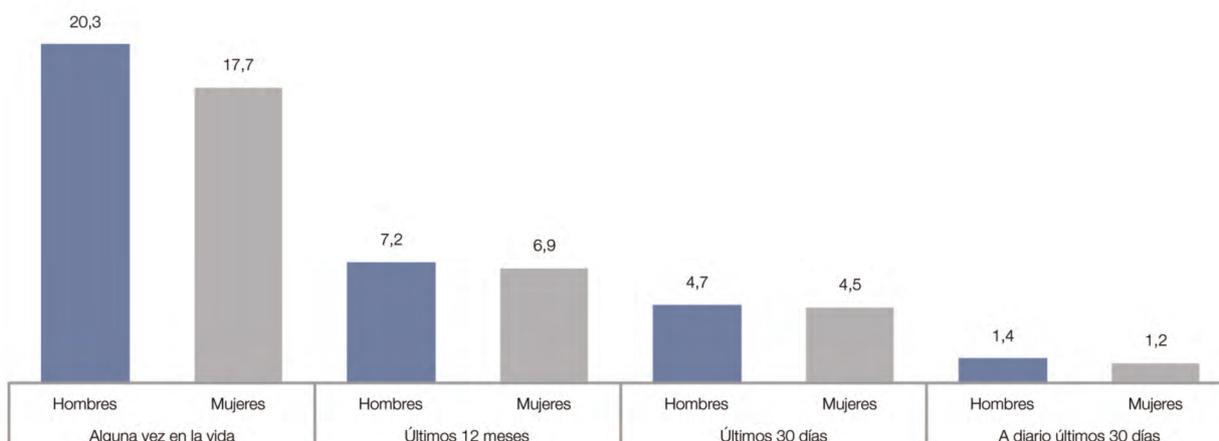
hombres como entre las mujeres. Atendiendo al **sexo**, observamos que la prevalencia de esta sustancia sigue siendo superior entre los hombres para consumos esporádicos si bien en consumos recientes la prevalencia de consumo es mayor en mujeres. Y se consume mayoritariamente con nicotina o sin nicotina y sin cannabis.

Figura 18. Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2015-2024.



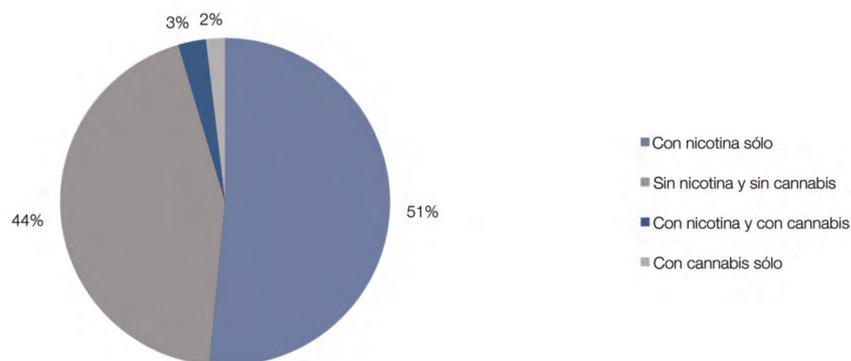
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Figura 19. Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Figura 20. Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos en la población de 15-64 años entre los que han consumido cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, según la composición de la recarga (%). España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

4.3.4. HIPNOSEDANTES

Hipnosedantes con o sin receta

Continúa la tendencia creciente en el consumo de hipnosedantes alguna vez en la vida, registrando este año el máximo de la serie histórica (27,4%). Sucede al contrario con los consumos en el resto de tramos temporales considerados (últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario) que registran un descenso en los niveles de prevalencia.

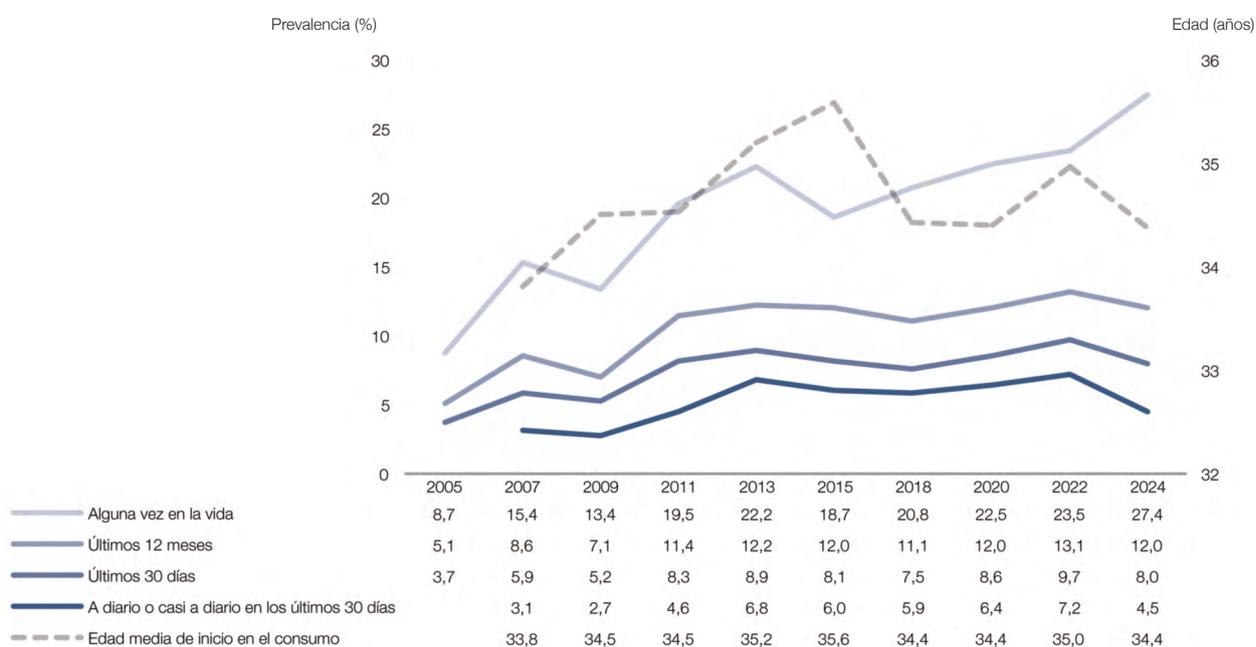
La encuesta EDADES incluye un indicador que permite medir la **incidencia de consumo** de determinadas sustan-

cias, es decir, el porcentaje de personas que, sin haber consumido previamente la sustancia, ha empezado a consumirla durante el último año.

Así, aproximadamente 456.000 personas iniciaron el consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses, siendo esta cifra inferior en 257.000 personas a la que se registró en 2022.

Por sexo y edad, se observa que, con independencia del tramo temporal analizado, el consumo de estas sustancias está mucho más extendido entre las mujeres y que éste aumenta a medida que lo hace la edad.

Figura 21. Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta (%) y edad media de inicio en el consumo (años) en la población de 15-64 años. España, 2005-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Tabla 33. Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2024.

	15-64			15-34			35-64		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez	27,4	23,5	31,4	17,5	15,1	20,0	32,2	27,6	36,8
Último año	12,0	9,3	14,7	6,9	5,3	8,6	14,5	11,3	17,7
Último mes	8,0	6,2	9,9	3,9	2,8	5,1	10,0	7,9	12,2
A diario	4,5	3,5	5,6	1,8	1,3	2,3	5,9	4,5	7,2

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

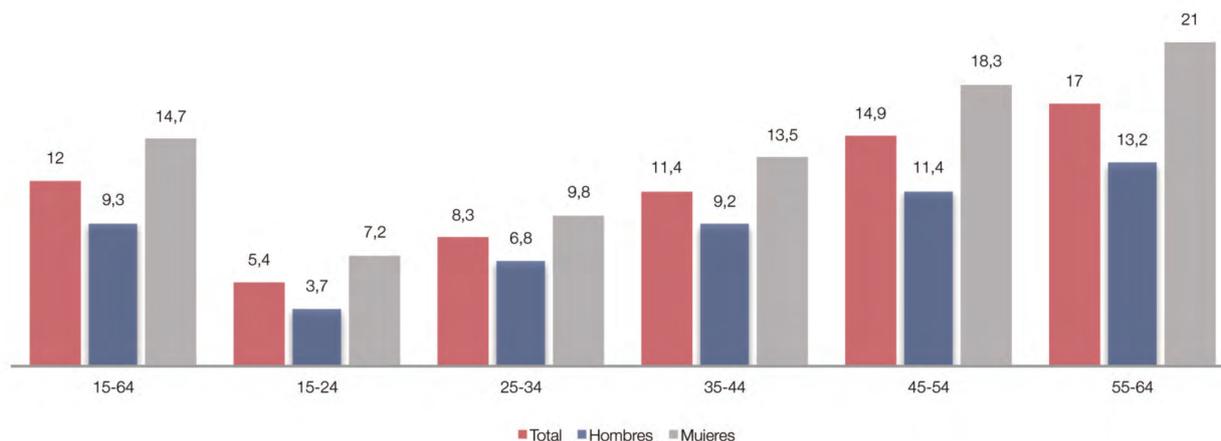
El consumo de hipnosedantes con o sin receta para el marco temporal de los últimos 12 meses aumenta según se incrementa la edad de la población.

Aproximadamente ocho de cada diez de los que han consumido hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida

indica que, en términos generales, siguen con exactitud las indicaciones del médico sobre su consumo (78,6%).

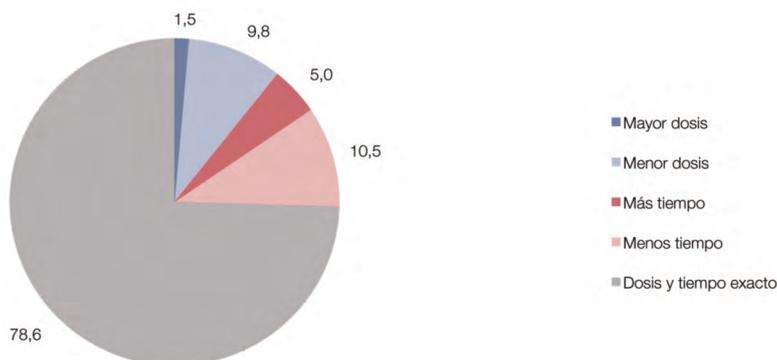
Por su parte, el 5,0% indica haber excedido su consumo en tiempo y el 1,5% en número de dosis, por lo que mayoritariamente se hace un consumo exacto o menor al pautado.

Figura 22. Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 23. Modos en los que la población de 15-64 años toma hipnosedantes con o sin receta (%). España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Hipnosedantes sin receta

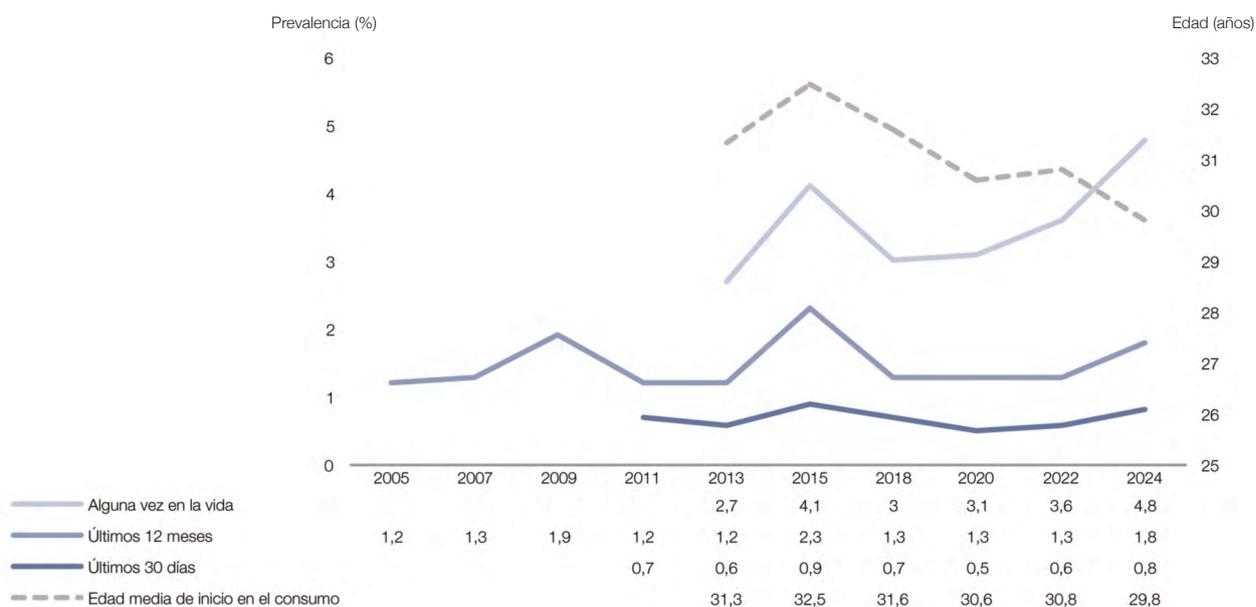
El 4,8% de la población de España de entre 15 y 64 años admite haber consumido hipnosedantes sin receta médica alguna vez en su vida, situándose la edad media del primer consumo en los 29,8 años.

Por otra parte, el 1,8% de la población de 15 a 64 años reconoce haberlos consumido sin receta en los últimos 12 meses y, finalmente, menos del 1% de la población general

de 15 a 64 años admite haber consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días. En todos los tramos temporales se supera la cifra registrada en 2022.

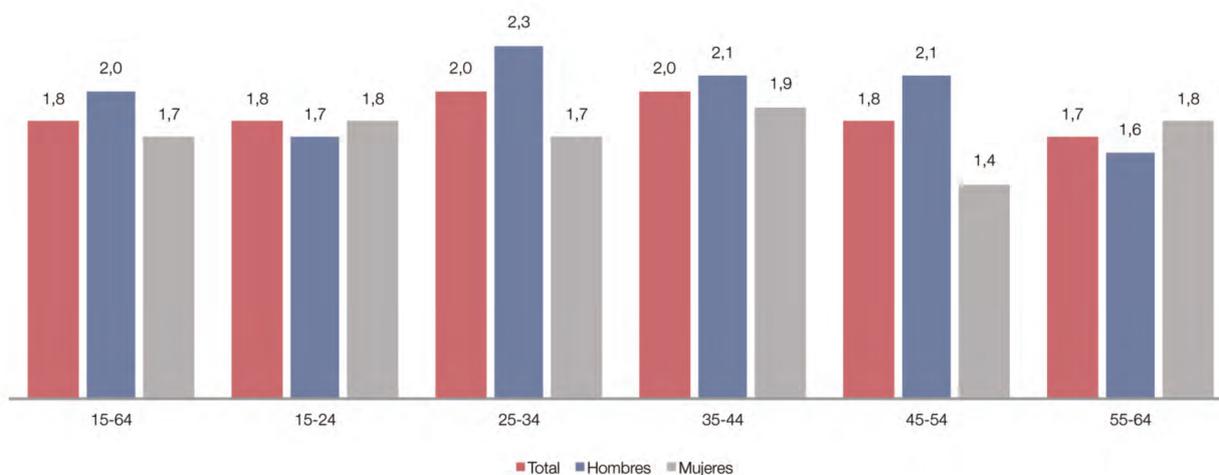
A diferencia del consumo de hipnosedantes con o sin receta, la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta es muy similar para todos los grupos de edad. Por sexo, destaca como se invierte la situación y la prevalencia del consumo sin receta es algo superior entre los hombres que entre las mujeres.

Figura 24. Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en la población de 15-64 años (%) y edad media de inicio en el consumo (años). España, 2005-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 25. Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

4.3.5. ANALGÉSICOS OPIOIDES

El 15,2% de la población de España de 15 a 64 años reconoce haber consumido analgésicos opioides con o sin receta en alguna ocasión. De la misma manera que sucede con los hipnosedantes, el consumo de estas sustancias está más extendido entre las mujeres que entre los hombres.

Evolutivamente, en todos los tramos temporales se obtiene una cifra inferior a la registrada en 2022. En el caso de las

mujeres este descenso se da en todos los tramos temporales, mientras que en el caso de los hombres se da para el consumo alguna vez en la vida y en el último año, no así en el último mes donde se supera la prevalencia de 2022.

La **codeína** y el **tramadol** son los analgésicos que presentan una mayor prevalencia de consumo entre los consumidores de este tipo de sustancias. Evolutivamente cabe destacar el descenso en el consumo de tramadol y de fentanilo, este último volviendo a niveles similares a los de 2020.

Tabla 34. Evolución de la prevalencia de consumo de analgésicos opioides en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2018-2024.

	2018			2020			2022			2024		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	14,5	13,1	16,0	15,2	14,1	16,2	15,8	14,7	16,9	15,2	14,0	16,4
Últimos 12 meses	6,7	5,9	7,4	7,1	6,2	8,1	6,8	5,8	7,9	6,6	5,7	7,6
Últimos 30 días	2,9	2,3	3,4	3,6	3,0	4,3	4,0	3,1	4,8	3,9	3,3	4,6

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Tabla 35. Prevalencia de consumo de analgésicos opioides alguna vez en la vida en la población de 15-64 que ha consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida, según sexo (%). España, 2018-2024.

	2018			2020			2022			2024		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Tramadol	35,5	34,8	36,2	50,0	47,3	52,3	46,0	46,5	45,6	37,0	35,4	38,4
Codeína	69,2	69,9	68,7	54,6	54,4	54,9	59,9	58,8	60,9	56,0	56,7	55,3
Morfina	14,7	15,2	14,3	13,9	16,0	11,9	6,9	7,5	6,4	7,9	7,7	8,0
Fentanilo	1,9	2,5	1,4	3,6	4,4	2,9	14,0	14,7	13,4	5,5	5,3	5,8
Otros*	6,1	6,2	6,1	14,2	14,9	13,6	14,4	17,0	12,2	10,7	12,1	9,4

* En 2018 otros analgésicos opioides fueron: oxicodona, hidromorfona, petidina, tapentadol, metadona y buprenorfina.

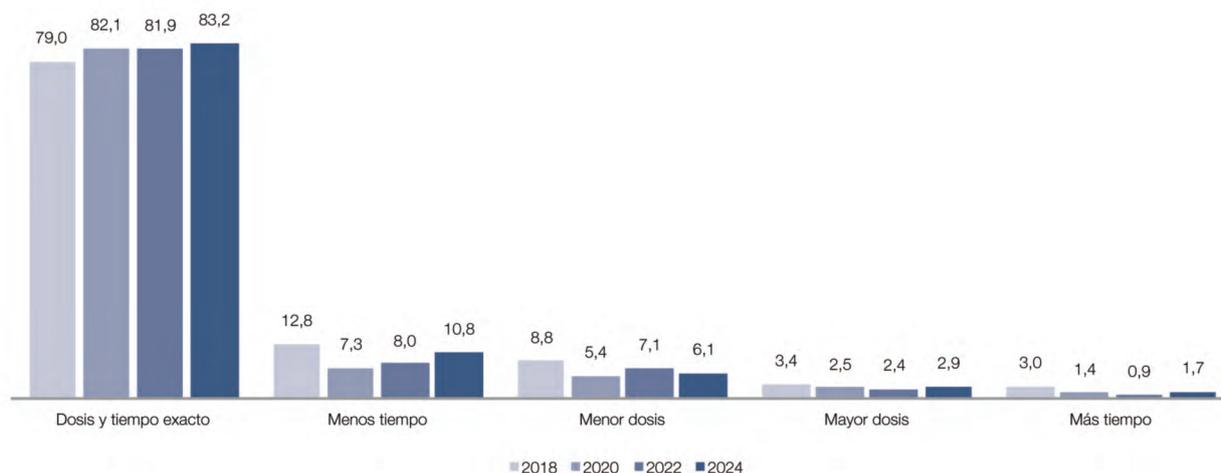
T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Ocho de cada diez de los que han consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida indican que, en términos generales, siguen con exactitud las indicaciones del médico sobre su consumo (83,2%). Por otra parte, el 10,8% declara haber consumido estos medicamentos en menor tiempo al

indicado por su médico y un 6,1% un menor consumo en función de la dosis. Así, es muy discreta la presencia de aquellos que se han excedido de la pauta de consumo marcada en tiempo (1,7%) o en cantidad (2,9%).

Figura 26. Modo de consumo realizado entre la población de 15 a 64 años que ha consumido analgésicos opioides con o sin receta alguna vez en la vida (%). España, 2018-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

También se analizan las **razones que motivaron el inicio de consumo** de los opioides, destacando cómo intentar mi-

tigar un dolor agudo causó el inicio de consumo en dos de cada tres consumidores.

Tabla 36. Razones por las que la población de 15-64 años que ha consumido analgésicos opioides empezó a tomar analgésicos opioides, según sexo (%). España, 2018-2024.

	2018			2020			2022			2024		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Dolor agudo	61,4	62,7	60,4	57,4	55,4	59,1	56,5	56,1	56,8	66,2	65,5	66,7
Dolor crónico	16,1	13,5	18,1	27,5	29,7	25,5	25,0	21,6	28,0	23,7	28,0	20,2
Después de una operación	16,9	19,9	14,5	20,5	18,6	22,2	23,7	27,8	20,1	25,1	23,7	26,2
Otras razones	1,6	2,6	0,8	10,3	12,5	8,4	11,4	12,2	10,7	11,7	11,9	11,5

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Analgésicos opioides sin receta

En cuanto al consumo de los analgésicos opioides sin receta, un 2,5% reconoce haberlos consumido alguna vez en la vida sin prescripción médica (2,6% entre los hombres y 2,3% entre las mujeres), situándose la edad media de inicio

en los 27,7 años. Evolutivamente se observa un crecimiento en comparación con los años anteriores. En el resto de tramos temporales el consumo de estos analgésicos sigue siendo residual, aunque al igual que ocurre para el consumo alguna vez en la vida, en todos los casos se supera la prevalencia registrada en 2022 y 2020.

Tabla 37. Prevalencia de consumo de analgésicos opioides sin receta (%) y edad media de inicio en el consumo (años) en la población de 15-64 años, según sexo. España, 2020-2024.

	2020			2022			2024		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	1,7	1,8	1,5	1,5	1,7	1,3	2,5	2,6	2,3
Últimos 12 meses	0,6	0,6	0,7	0,6	0,7	0,5	1,0	0,9	1,0
Últimos 30 días	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,7	0,7	0,7
A diario en últimos 30 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Edad media de inicio en el consumo	27,7	28,5	26,5	25,5	26,2	24,5	27,7	29,3	26,0

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

4.3.6. CANNABIS

En lo relativo a las sustancias ilegales, se observa que el cannabis es la droga con mayor prevalencia de consumo en España en la población de 15 a 64 años. En 2024, el 43,7% reconoce haber consumido cannabis alguna vez en la vida, continuando así con la tendencia creciente iniciada en 2013 y alcanzando en esta edición el valor máximo de la serie his-

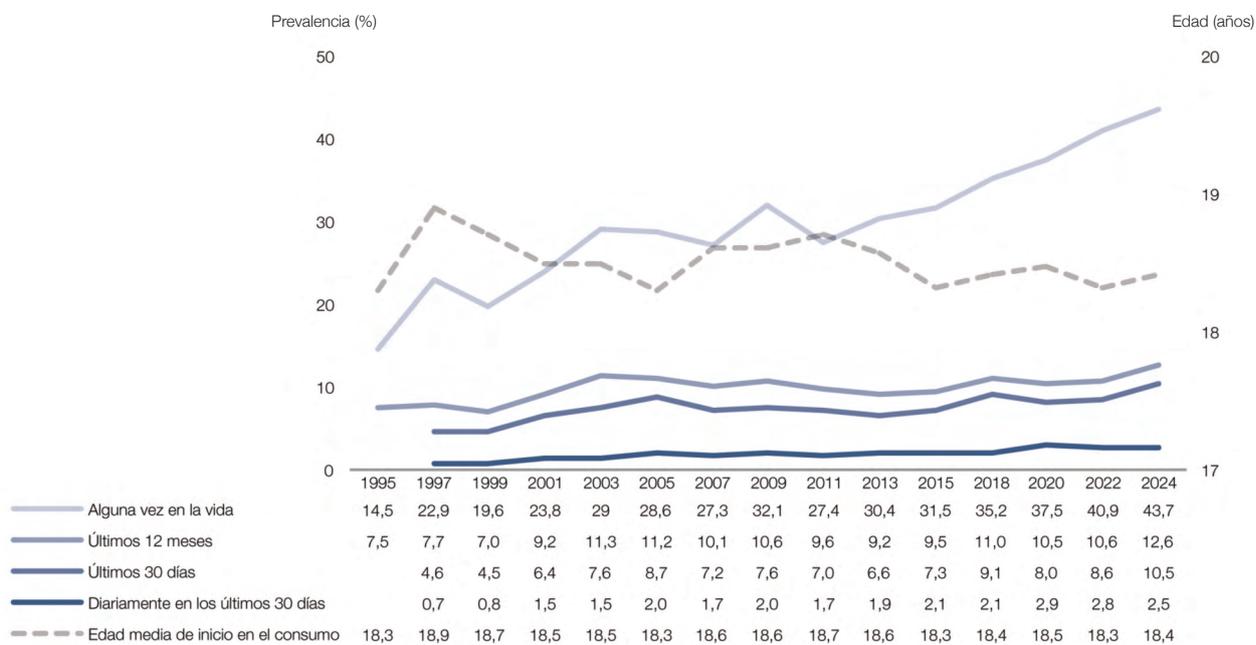
tórica. La edad media de inicio de consumo se sitúa ligeramente por encima de los 18 años, manteniéndose estable a lo largo de todas las ediciones.

Respecto al consumo en el último año, vemos que la prevalencia es del 12,6%, situándose en el 10,5% cuando se analiza el consumo en el último mes. En ambos escenarios se vuelve a ver una cifra superior a la registrada en 2022.

Finalmente, el 2,5% de la población reconoce haber consumido cannabis diariamente en el último mes. Evolutivamente, vemos que al contrario de lo que ocurre en el resto

de plazos temporales, esta cifra no supera la que se registraba hace dos años.

Figura 27. Prevalencia de consumo de cannabis (%) y edad media de inicio en el consumo de cannabis (años) en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2024.

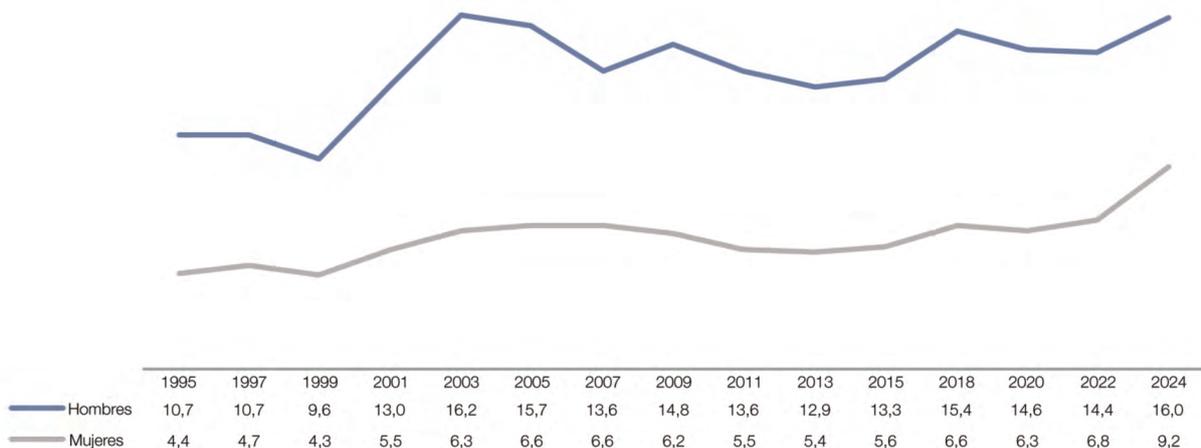


FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

En función del **sexo**, el consumo de esta sustancia es más común entre los hombres que entre las mujeres, con independencia de la edad. Analizando las prevalencias en base a la **edad** de los individuos, vemos que el consumo de can-

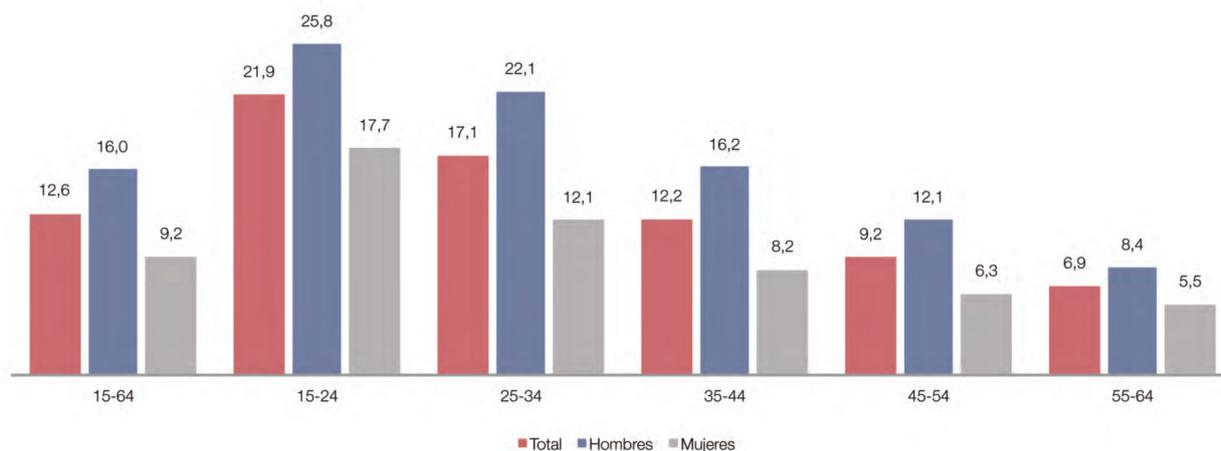
nabis disminuye según aumenta la edad de los mismos. Esto sucede tanto para el consumo en los últimos 12 meses como en los últimos 30 días, y tanto en hombres como en mujeres.

Figura 28. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1995-2024.



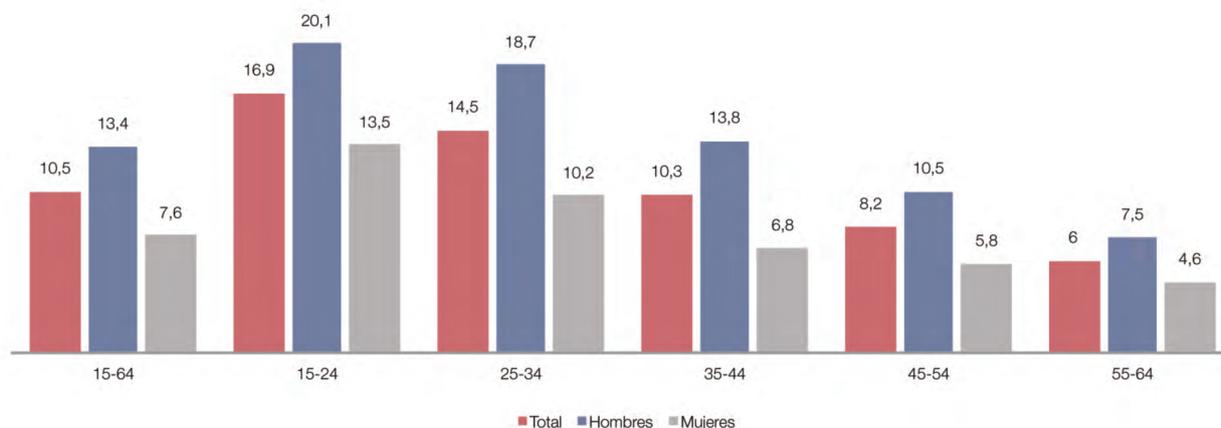
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Figura 29. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Figura 30. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Características del consumo de cannabis

Atendiendo al tipo de cannabis, históricamente la marihuana está más extendida que el hachís entre aquellos que han consumido cannabis en los últimos 30 días. El 53,8% indica haber fumado principalmente marihuana, porcentaje que se reduce notablemente para aquellos que han consumido principalmente hachís (21,7%). Entre las mujeres que han consumido destaca todavía más la predilección por la marihuana.

Como viene siendo habitual, la gran mayoría de los consumidores de cannabis en el último mes reconoce haberlo consumido mezclándolo con tabaco (90,6%). El número medio de porros consumidos en un mismo día es de 2,6 porros, siendo esta cifra algo superior entre los hombres (2,8) que entre las mujeres (2,1). La mayoría (98,8%) consumen cannabis en forma de porros, y en mucha menor proporción usando pipas de agua (3,9%), por vía oral (1,3%) o usando vapers (0,4%).

Tabla 38. Características del consumo de cannabis en la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2015-2024.

	2015			2018			2020			2022			2024		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Consumo cannabis últimos 30 días															
Principalmente marihuana	52,7	50,5	59,3	48,3	47,7	50,0	48,7	48,9	48,0	49,0	47,9	51,9	53,8	51,3	59,7
Principalmente hachís	17,0	17,7	15,1	21,9	20,5	25,9	20,6	19,2	24,5	21,9	21,8	22,3	21,7	22,2	20,5
De los dos tipos	30,3	31,9	25,7	29,8	31,8	24,2	30,8	31,9	27,5	29,1	30,4	25,8	24,5	26,5	19,9
Consumo cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días															
Sí	89,5	90,1	87,7	92,9	92,9	92,9	86,9	87,4	85,6	88,1	88,7	86,8	90,6	91,5	88,7
No	10,5	9,9	12,3	7,1	7,1	7,1	13,1	12,6	14,4	11,9	11,3	13,2	9,4	8,5	11,3
Media de porros consumidos al día	2,5	2,6	2,1	2,7	2,7	2,6	2,9	2,9	2,8	2,7	2,8	2,5	2,6	2,8	2,1

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Consumo problemático de cannabis (CAST)

La gran 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, desarrollar dependencia, obtener peor rendimiento académico o laboral, etc.

Es necesario introducir métodos que permitan identificar el uso problemático de cannabis. Con este fin, y en el seno de un proyecto de colaboración con la EUDA (Agencia de la Unión Europea sobre Drogas), 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.

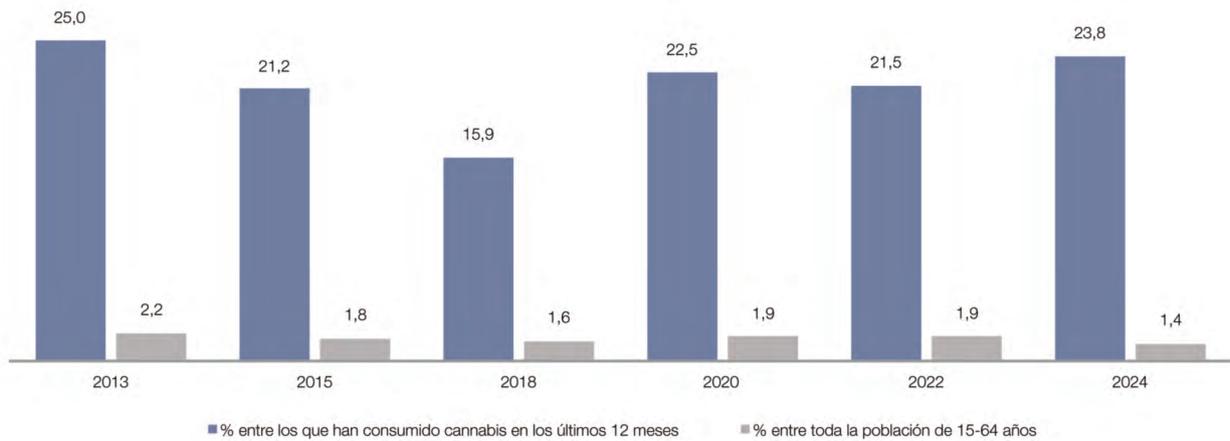
Después de evaluar la utilidad y adecuación de diferentes escalas, se optó por utilizar la escala CAST, Cannabis Abuse Screening Test (Legleye et al. 2007), que fue la que, desde un punto de vista psicométrico, produjo los resultados más robustos con respecto al resto de escalas evaluadas. Esta escala se ha introducido en las encuestas ESTUDES 2006,

2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019, 2021 y 2023 y EDADES 2013, 2015, 2018, 2020, 2022 y 2024, lo que ha permitido establecer una tendencia temporal.

La escala CAST es un instrumento de cribaje que consiste en 6 preguntas que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año. Se considera que un sujeto manifiesta un consumo problemático cuando se obtiene una puntuación de 4 o más en el indicador.

En 2024 la prevalencia de consumo problemático de cannabis en la población de 15 a 64 años fue del 1,4%, dato que aumenta hasta el 23,8% si se tiene en cuenta únicamente a aquellos que han consumido cannabis en el último año y que supera en más de 2 puntos porcentuales la registrada en 2022. En función del sexo, el consumo problemático de cannabis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres que consumen (25,8% frente a 19,1%), aunque en términos evolutivos se observa cómo la prevalencia de consumo problemático ha aumentado más entre las mujeres (+3,7 puntos porcentuales) que entre los hombres (+1,6 puntos porcentuales) en los dos últimos años.

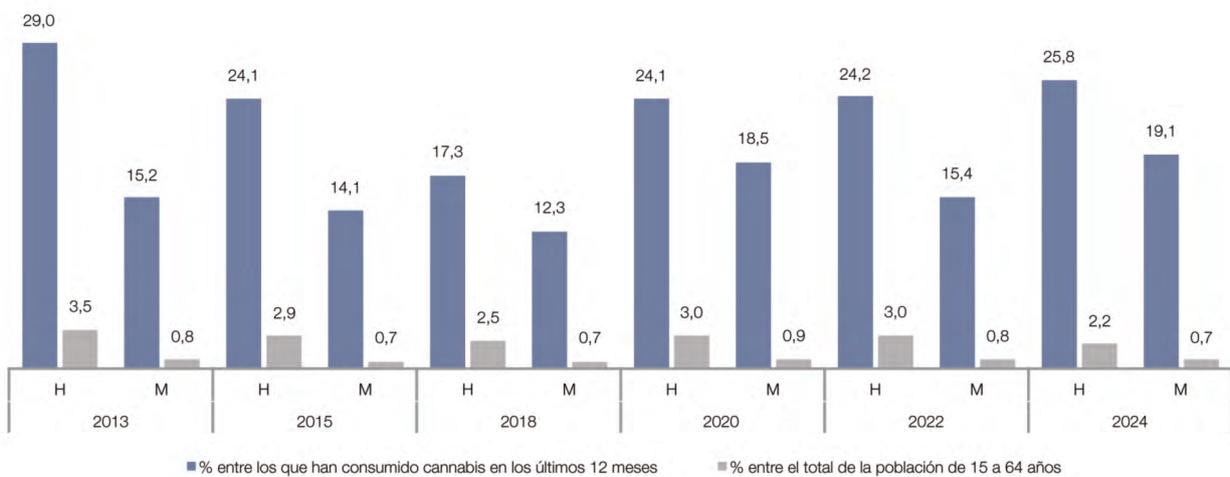
Figura 31. Prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥ 4) entre el total de la población de 15 a 64 años y entre los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses (%). España, 2013-2024.



CAST: Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Figura 32. Prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥ 4) entre el total de la población de 15 a 64 años y entre los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses (%), según sexo. España, 2013-2024.



CAST: Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

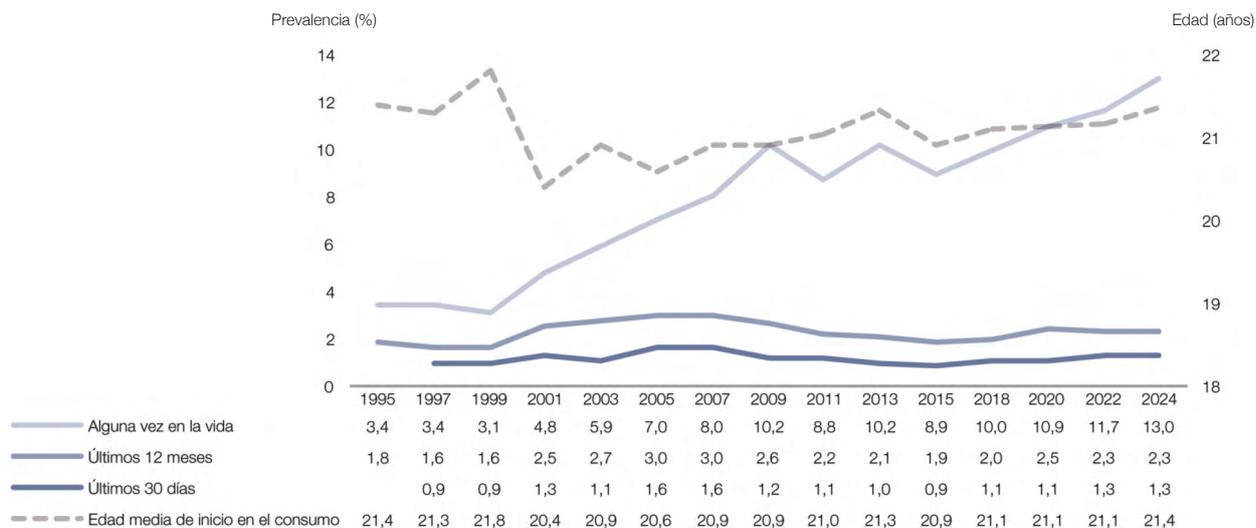
4.3.7. COCAÍNA

Cocaína en polvo

El 13,0% de los individuos de 15 a 64 años reconoce haber consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida, porcentaje que vuelve a incrementarse una edición más alcanzando así el máximo de la serie histórica. La edad media de inicio de consumo se sitúa en los 21,4 años.

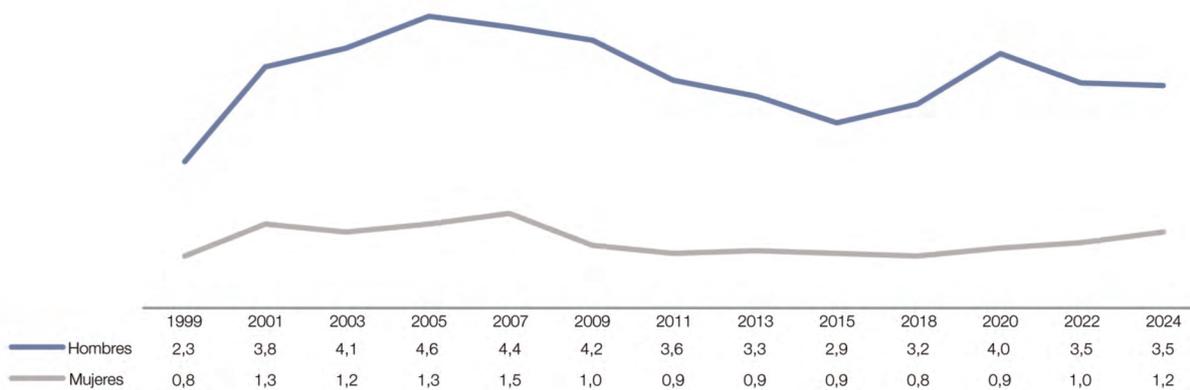
Cuando se analiza el consumo en los últimos 12 meses, la prevalencia se reduce hasta el 2,3%, y hasta el 1,3% cuando se analiza el consumo en los 30 días previos a la realización de la encuesta, manteniéndose en ambos tramos temporales las cifras registradas en 2022. Atendiendo al sexo, el consumo de cocaína en polvo está más extendido entre los hombres que entre las mujeres.

Figura 33. Prevalencia de consumo de cocaína en polvo (%) y edad media de inicio en el consumo de cocaína en polvo (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2024.



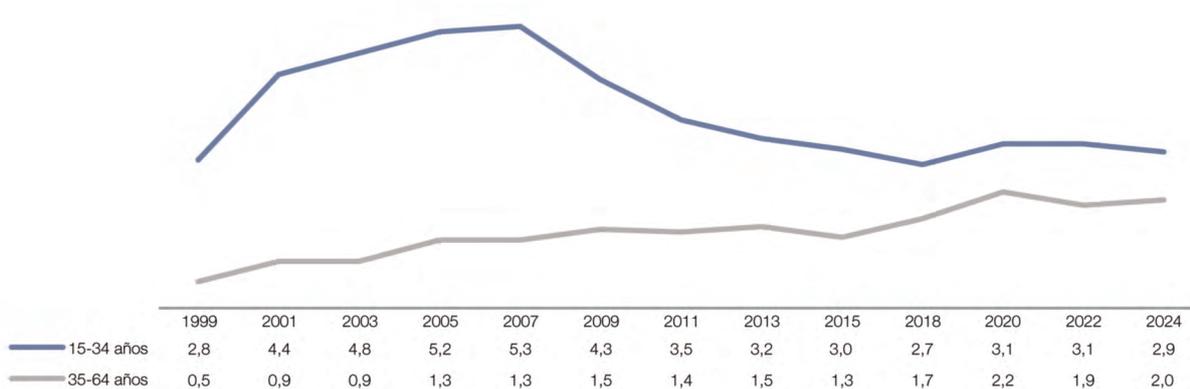
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Figura 34. Prevalencia de consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1999-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Figura 35. Prevalencia de consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según edad (%). España, 1999-2024.



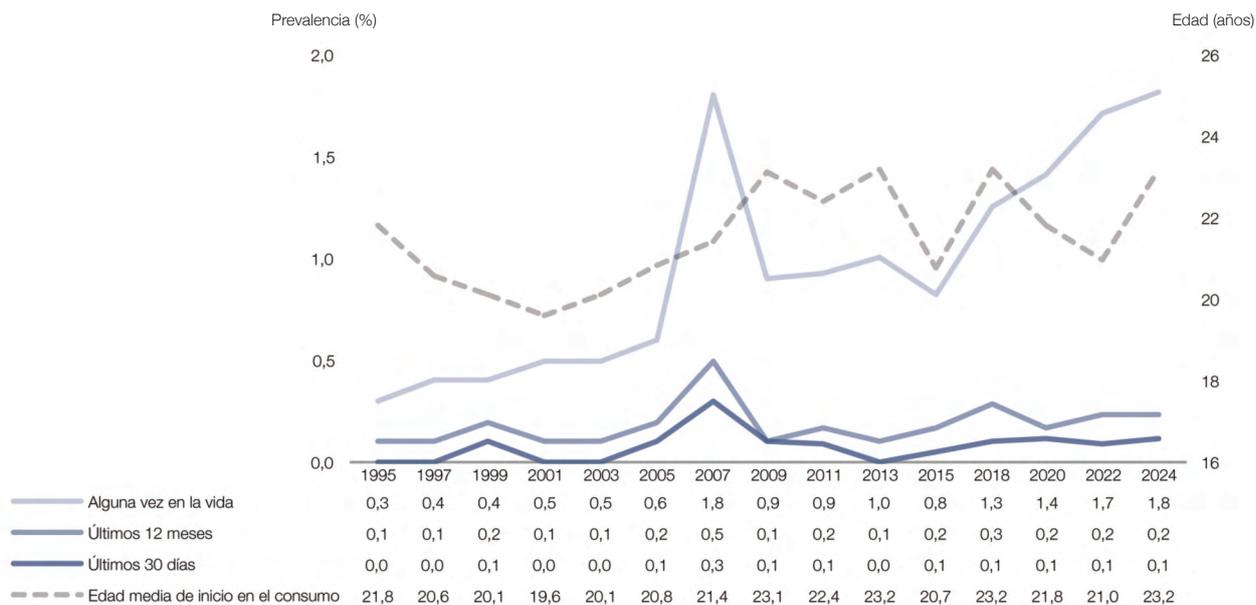
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Cocaína en forma de base

La cocaína base tiene un consumo mucho menor que la cocaína en polvo en la población de España de 15 a 64 años. El 1,8% admite haberla consumido en alguna ocasión, proporción que ha ido aumentando en los últimos años y que

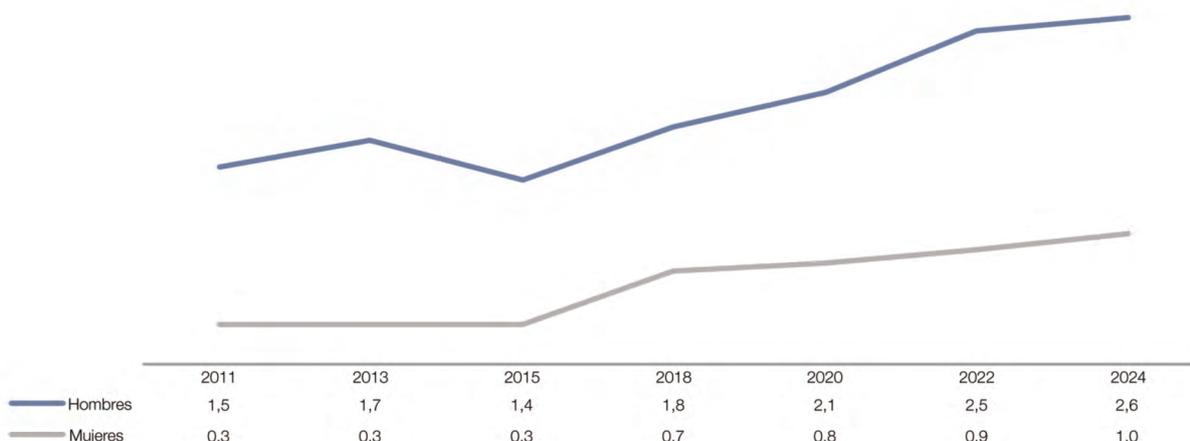
en 2024 iguala el máximo histórico alcanzado en 2007. Su consumo se vuelve muy residual para el plazo temporal del último año (0,2%) y del último mes (0,1%). En función del **sexo**, los hombres consumen cocaína en forma de base en mayor medida que las mujeres. Esto viene sucediendo a lo largo de toda la serie histórica.

Figura 36. Prevalencia de consumo de cocaína base (%) y edad media de inicio en el consumo de cocaína base (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Figura 37. Prevalencia de consumo de cocaína base alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2011-2024.



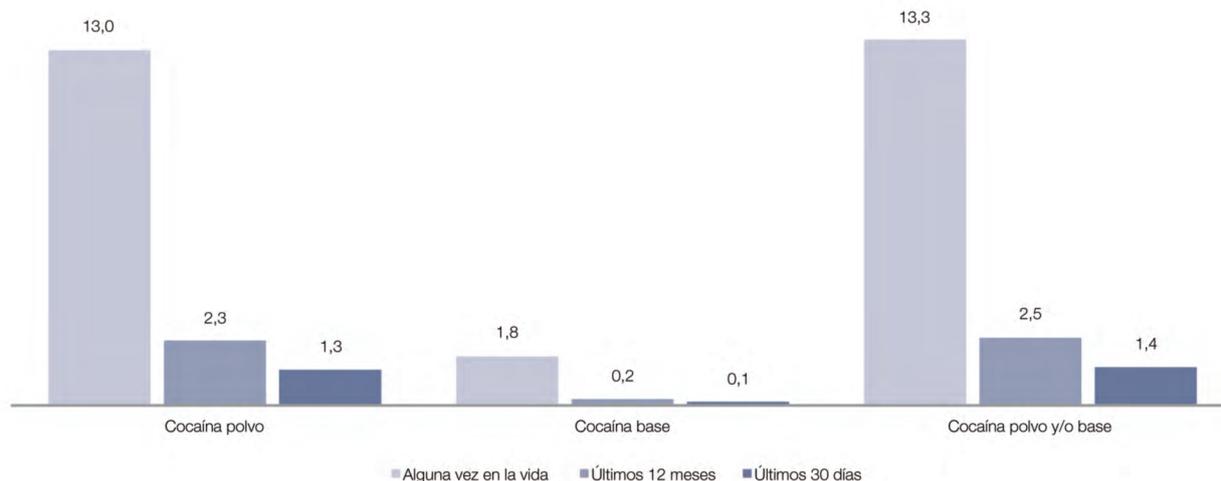
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES).

Cocaína polvo y/o base

Teniendo en cuenta el consumo de la cocaína en general, es decir, tanto en polvo como en base, su prevalencia de consumo alguna vez en la vida se sitúa este 2024 en el 13,3%.

Analizando el consumo en los últimos 12 meses, el 2,5% de la población reconoce haberla consumido dentro de ese plazo temporal, disminuyendo esta proporción hasta el 1,4% en el periodo temporal del último mes.

Figura 38. Prevalencia de consumo de cocaína según forma de presentación (polvo, base, polvo y/o base) en la población de 15-64 años (%). España, 2024.



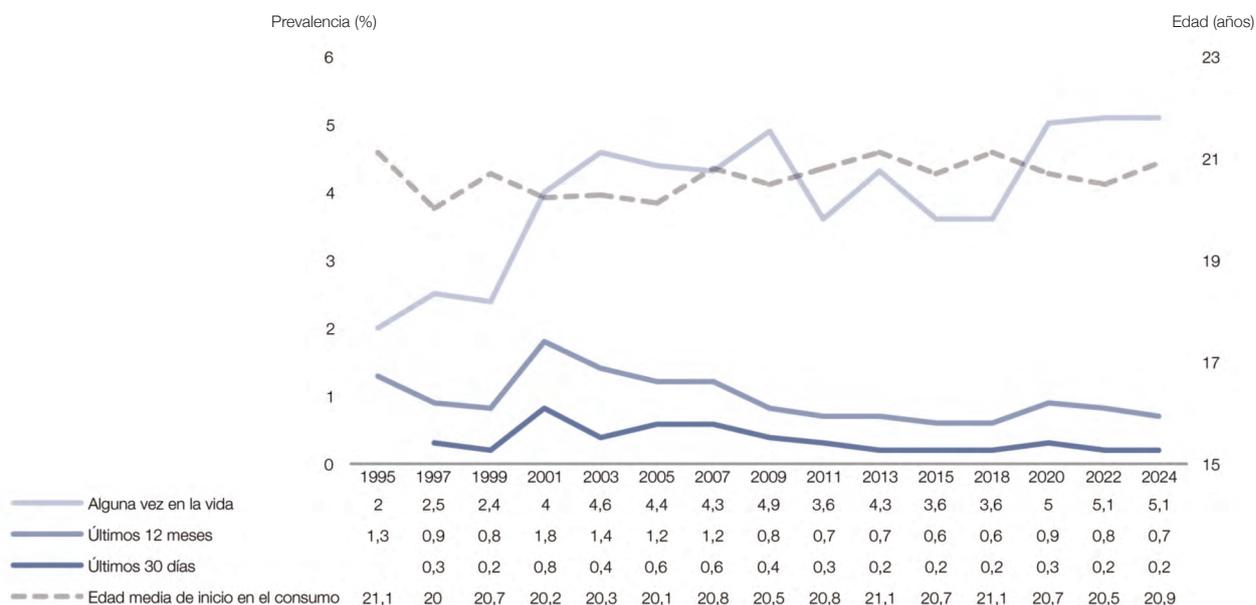
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

4.3.8. ÉXTASIS

El porcentaje de personas que han consumido éxtasis alguna vez en su vida se sitúa este 2024 en el 5,1%, mante-

niéndose así el máximo de la serie histórica alcanzado el pasado 2022. En los marcos temporales de los últimos 12 meses y los últimos 30 días, la prevalencia de consumo es del 0,7% y 0,2%, respectivamente.

Figura 39. Prevalencia de consumo de éxtasis (%) y edad media de inicio en el consumo de éxtasis (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2024.

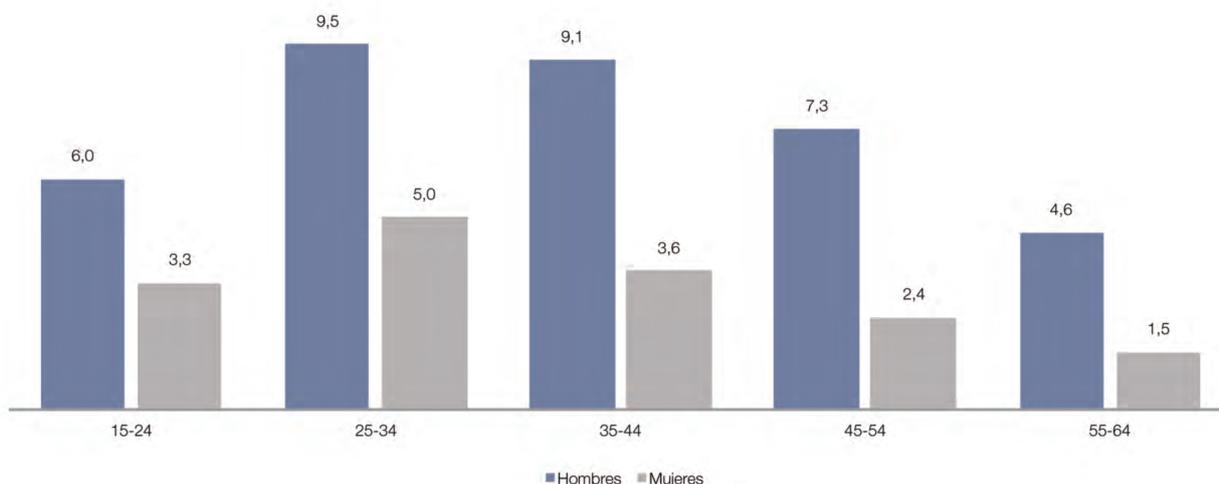


FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

En función del **sexo**, se observa que el éxtasis es consumido en mayor medida entre los hombres que entre las mujeres, y

respecto a la edad se obtiene el máximo valor de la prevalencia en el grupo de 25 a 34 años y luego comienza a disminuir.

Figura 40. Prevalencia de consumo de éxtasis alguna vez en la vida, en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

4.3.9. GHB

La prevalencia de consumo de GHB alguna vez en la vida se ha mantenido estable a lo largo de la serie histórica, re-

gistrando siempre porcentajes de consumo inferiores al 1,0% para el total de la población. Respecto al consumo según el **sexo** se observa que son los hombres los que consumen esta sustancia en mayor medida.

Tabla 39. Prevalencia de consumo de GHB alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2013-2024.

	2013			2015			2018			2020			2022			2024		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	0,6	0,9	0,2	0,6	1,0	0,2	0,5	0,7	0,2	0,9	1,5	0,3	0,7	1,1	0,3	0,8	1,1	0,5
Últimos 12 meses	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0
Últimos 30 días	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	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0

T = total; H = hombres; M = mujeres.

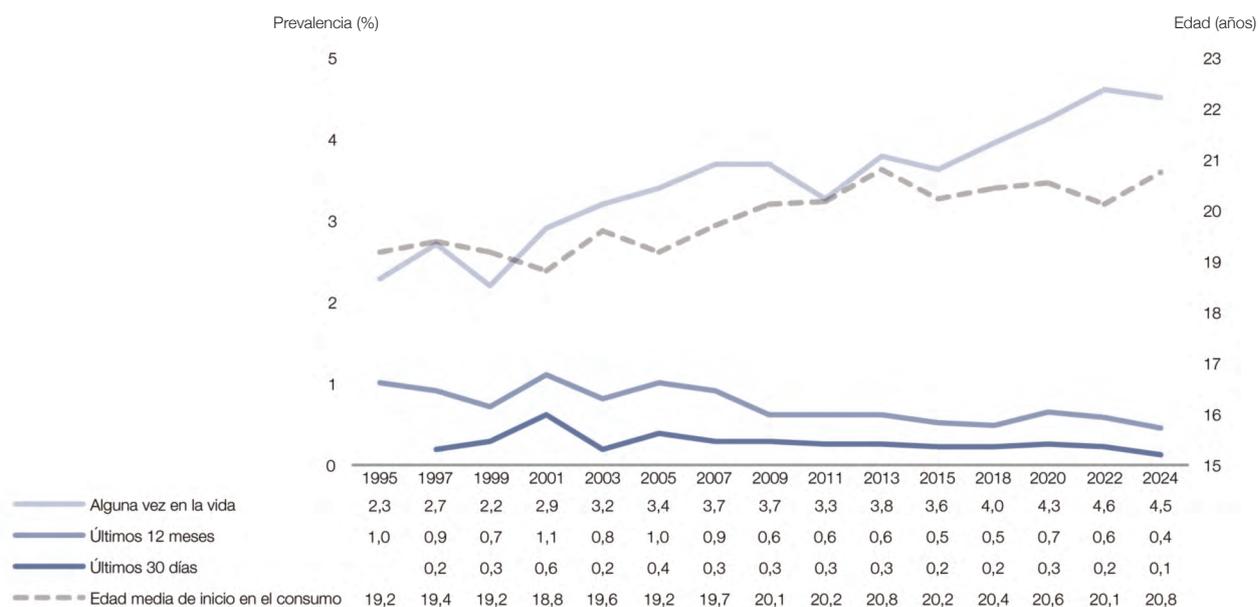
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

4.3.10. ANFETAMINAS

La prevalencia de consumo de anfetaminas alguna vez en la vida se sitúa en el 4,5%, en el 0,4% cuando se limita su

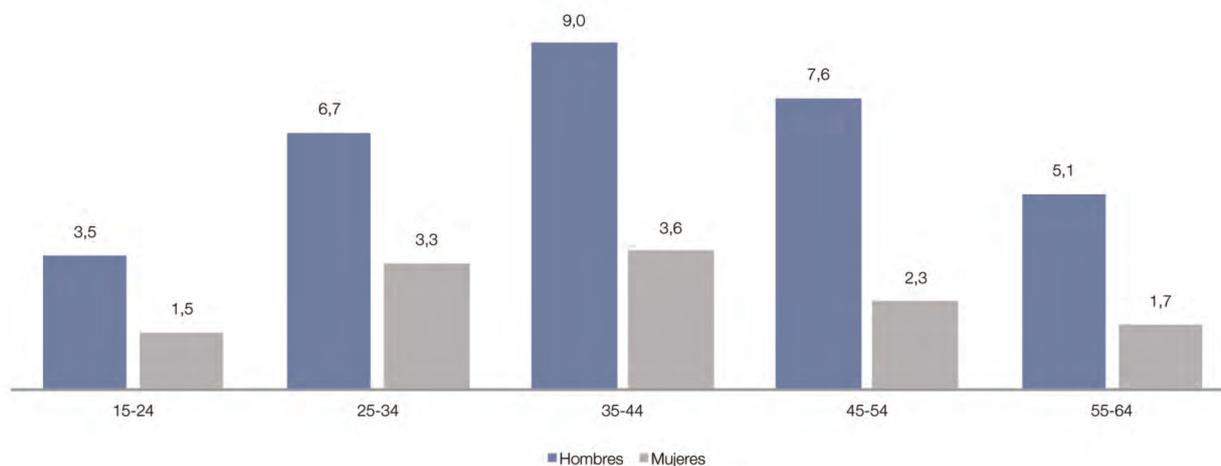
consumo a los últimos 12 meses y en el 0,1% al último mes. En todos los plazos temporales se obtienen, dentro de la estabilidad, cifras inferiores a las registradas en 2022.

Figura 41. Prevalencia de consumo de anfetaminas (%) y edad media de inicio en el consumo de anfetaminas (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 42. Prevalencia de consumo de anfetaminas alguna vez en la vida, en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2024.



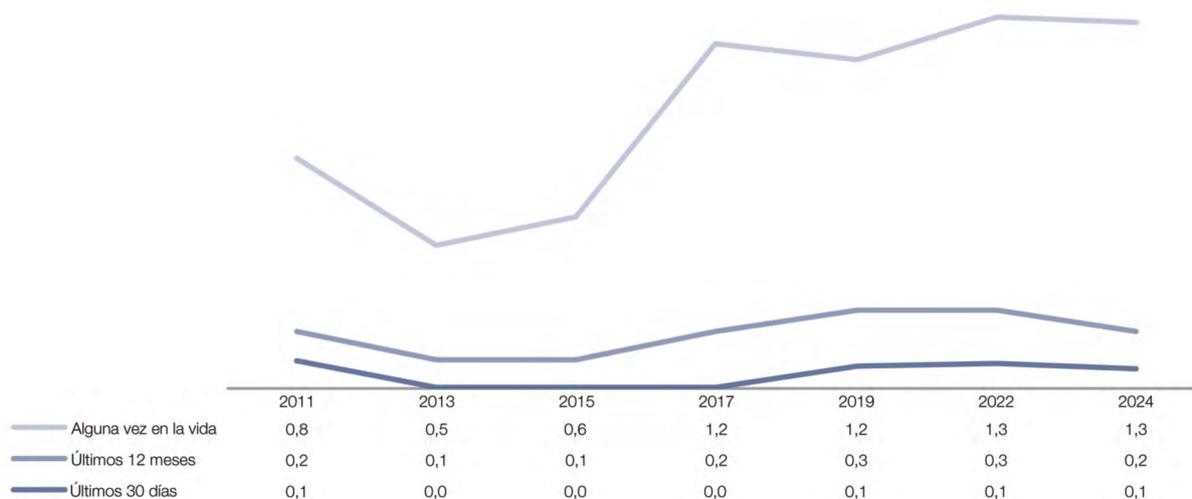
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

4.3.11 METANFETAMINAS

En esta edición, el consumo de metanfetaminas alguna vez en la vida entre la población de 15 a 64 se sitúa en un 1,3%, manteniéndose así su consumo estable desde 2017.

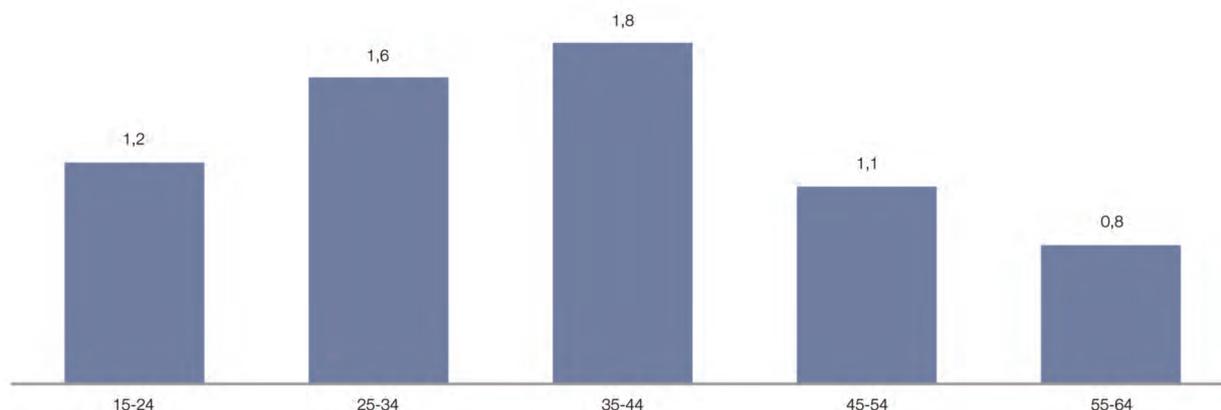
Diferenciando el consumo entre ambos sexos, una vez más se observa que su consumo está algo más extendido entre los hombres que entre las mujeres. Por edad, vemos que su prevalencia alcanza el máximo entre los de 35 a 44 años.

Figura 43. Prevalencia de consumo de metanfetaminas en la población de 15-64 años (%). España, 2011-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 44. Prevalencia de consumo de metanfetaminas alguna vez en la vida, en la población de 15-64 años, según edad (%). España, 2024.



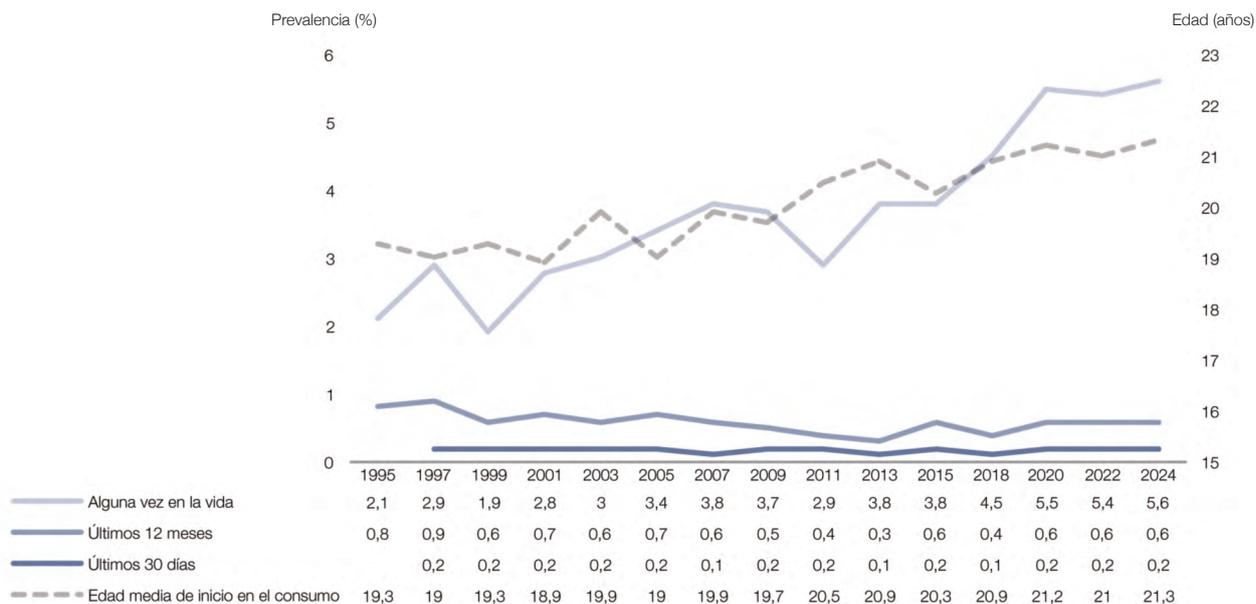
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

4.3.12. ALUCINÓGENOS

La prevalencia de consumo de alucinógenos, que incluye también la ketamina y las setas mágicas, alguna vez en la vida se sitúa en el 5,6%. Se supera así la cifra obtenida en 2022 y se alcanza el máximo valor de la serie histórica. Dicha cifra se reduce hasta el 0,6% y 0,2% cuando se limita el con-

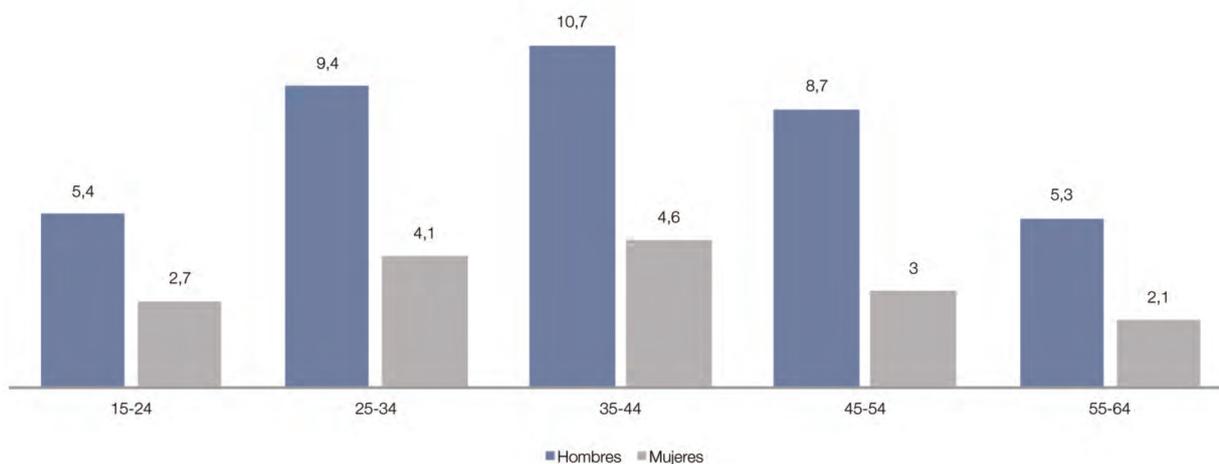
sumo a los últimos 12 meses y a los últimos 30 días, manteniéndose estable respecto a los últimos años. Entre los consumidores de esta sustancia, la edad media de primer consumo se sitúa en los 21,3 años, muy en línea con los datos obtenidos en las anteriores mediciones. Respecto a la edad, las mayores prevalencias de consumo se observan entre los 25 y los 44 años.

Figura 45. Prevalencia de consumo de alucinógenos (%) y edad media de inicio en el consumo de alucinógenos (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Figura 46. Prevalencia de consumo de alucinógenos alguna vez en la vida, en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2024.



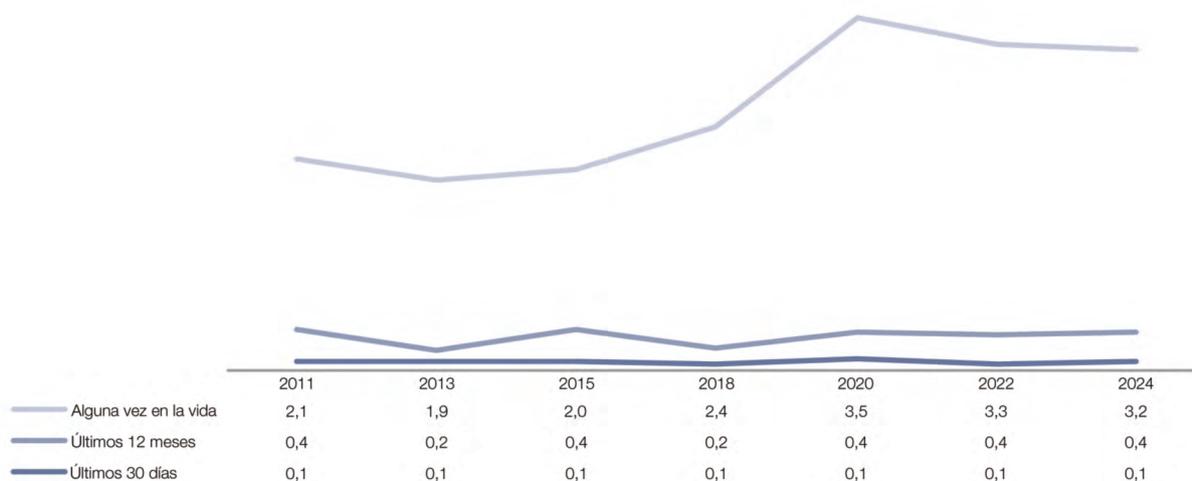
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

4.3.13. SETAS MÁGICAS

En lo referente al consumo de setas mágicas, el 3,2% de la población declara haberlas probado alguna vez en su vida.

Por **sexo**, destaca cómo su consumo está más extendido entre los hombres (4,4%) que entre las mujeres (2,2%). Evolutivamente, la presencia de consumidores en todos los plazos temporales se ha mantenido estable.

Figura 47. Prevalencia de consumo de setas mágicas en la población de 15-64 años (%). España, 2011-2024.



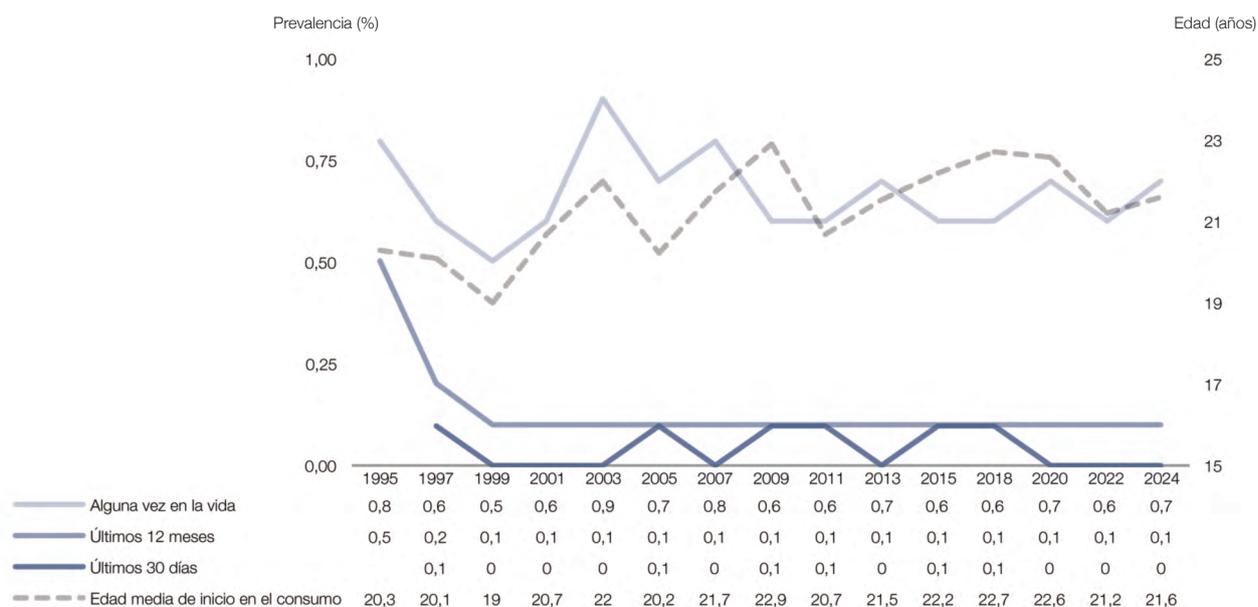
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

4.3.14. HEROÍNA E INHALABLES VOLÁTILES

La prevalencia de la heroína y de los inhalables volátiles no alcanza el 1% en ninguno de los tramos temporales analiza-

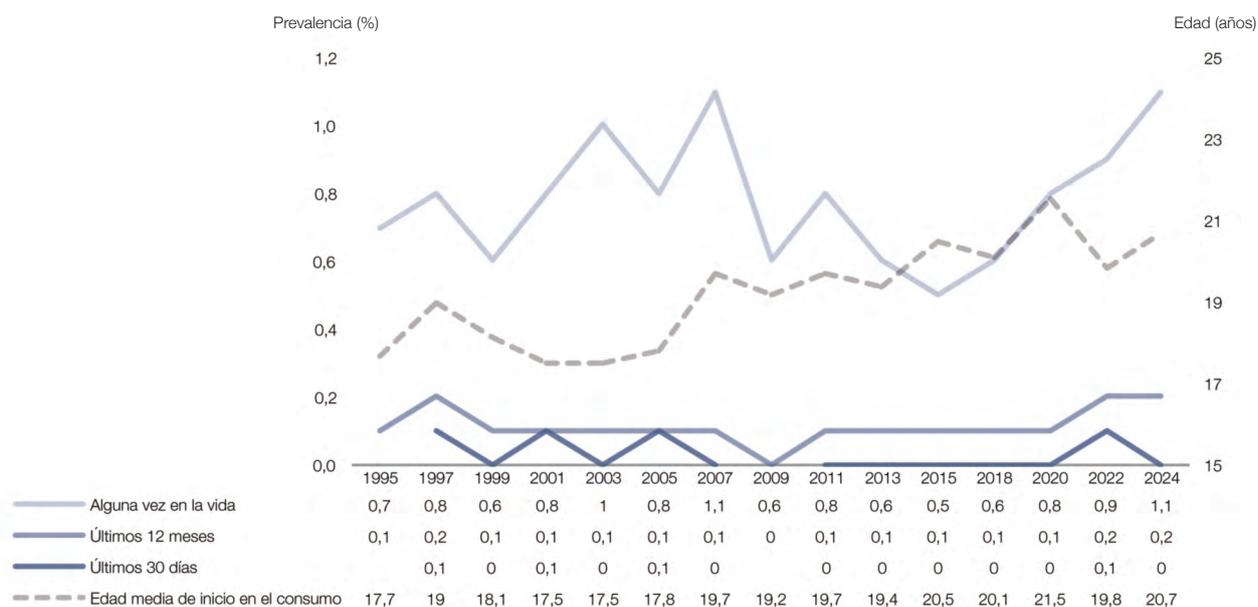
dos. Respecto a 2022, vemos que en ambos casos se supera la prevalencia de consumo para alguna vez en la vida.

Figura 48. Prevalencia de consumo de heroína (%) y edad media de inicio en el consumo de heroína (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 49. Prevalencia de consumo de inhalables volátiles (%) y edad media de inicio en el consumo de inhalables volátiles (años) en la población de 15-64 años. España, 1995-2024.



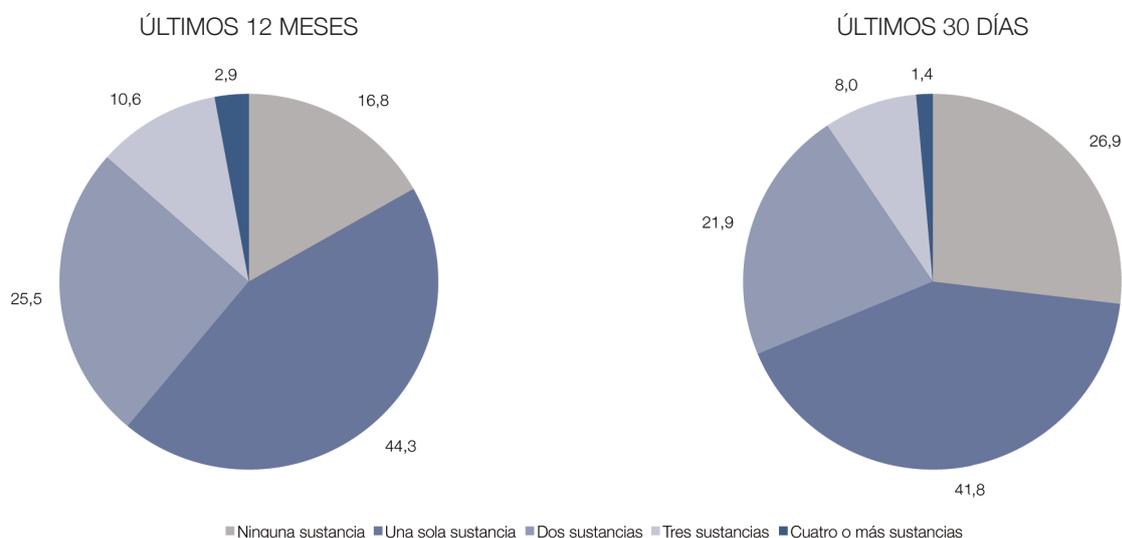
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

4.4. Policonsumo

El policonsumo hace referencia al consumo de dos o más sustancias psicoactivas en un mismo periodo de tiempo. Este patrón aumenta los riesgos del consumo de drogas, potenciando los efectos de unas sobre otras, reforzando la adicción, interfiriendo en el diagnóstico y dificultando el tratamiento.

En el marco temporal de los últimos 12 meses, el 39,0% de la población consumió dos o más sustancias psicoactivas diferentes, es decir realizó policonsumo, dato similar al registrado en la anterior edición. Por otro lado, el 44,3% de los individuos consumieron solamente una sustancia mientras que el 16,8% restante pertenece a aquellos que no han consumido ninguna sustancia durante este periodo.

Figura 50. Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días de una sola o más sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* en la población de 15-64 años (%). España, 2024.



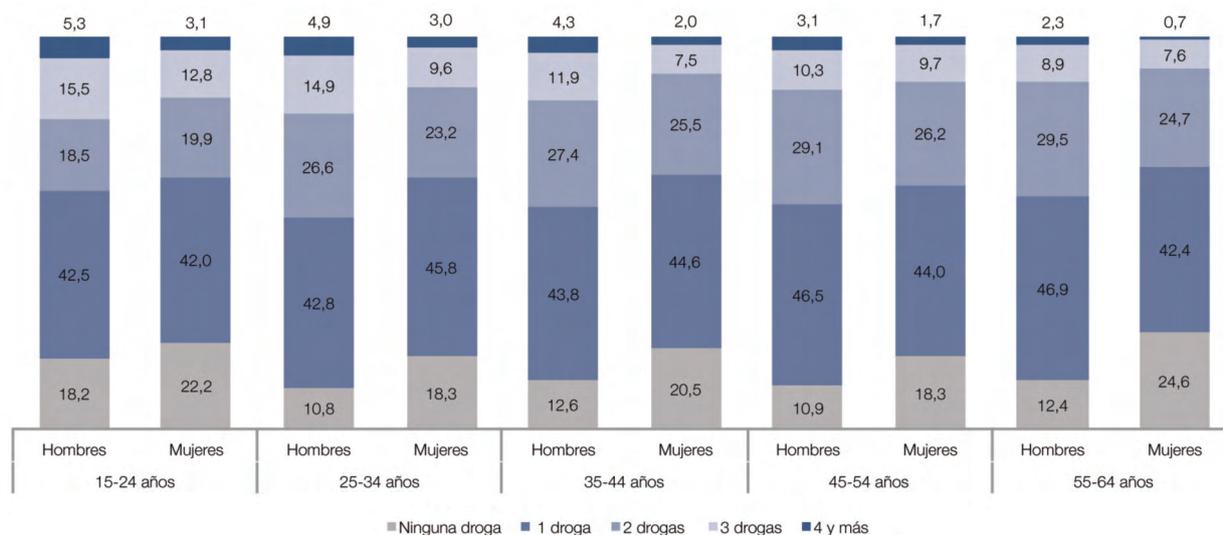
* Sustancias psicoactivas legales e ilegales (alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles).

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Cuando se analiza el consumo en el último mes, el porcentaje de personas que ha consumido dos o más sustancias psicoactivas diferentes es de un 31,3%, siendo un 26,9% los que manifiestan no haber consumido ninguna sustancia en el último mes. Por **sexo**, el policonsumo se encuentra más

extendido entre los hombres que entre las mujeres en todos los tramos de edad. Por **edad**, en el caso de los hombres, el porcentaje más elevado de policonsumo se encuentra entre los de 25 y 34 años, mientras que en el caso de las mujeres éste alcanza su máximo en el tramo de 45 a 54 años.

Figura 51. Prevalencia de consumo de diferentes sustancias psicoactivas* en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2024.



* Sustancias psicoactivas legales e ilegales (alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles)
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Prevalencia de consumo de diferentes sustancias psicoactivas en función del número de sustancias psicoactivas consumidas

Considerando el tramo temporal de los últimos 12 meses, se mide la prevalencia de consumo de las diferentes sustancias psicoactivas en función del número de sustancias psicoactivas consumidas.

Entre las personas que consumieron **una única sustancia psicoactiva**, el alcohol es la sustancia con una mayor prevalencia de consumo con gran diferencia (87,2%), seguida del tabaco (8,0%) y de los analgésicos opioides con o sin receta (5,6%).

En el grupo de los individuos que consumieron **dos sustancias psicoactivas** diferentes en los últimos 12 meses, prácticamente todos consumieron alcohol (93,5%) y una gran mayoría además fumaron tabaco (77,5%). En este caso son

los hipnosedantes con o sin receta la tercera sustancia con más prevalencia de consumo (18,4%). El consumo de las drogas ilegales sigue estando menos extendido, siendo el cannabis la sustancia más consumida con un 9,0%.

Entre los individuos que han consumido **tres sustancias psicoactivas** en el último año, además del tabaco y el alcohol, que lo consumen prácticamente todos, destaca con el 63,1% la prevalencia de consumo del cannabis. En este grupo también ganan peso los hipnosedantes con o sin receta pues el 36,2% de las personas de este grupo reconocen que los consumieron en los 12 meses previos a la realización de la encuesta.

Finalmente, en el colectivo que consumió **cuatro o más sustancias psicoactivas** durante el último año, además del alcohol, el tabaco y el cannabis con prevalencias superiores al 90%, destaca que casi la mitad de los individuos han consumido cocaína en polvo (46,8%).

Tabla 40. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas*, según el número de sustancias psicoactivas consumidas en los últimos 12 meses (%). España, 2024.

	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Alcohol	87,2	93,5	98,1	99,8
Tabaco	8,0	77,5	96,5	98,2
Cannabis	0,6	9,0	63,1	93,2
Éxtasis	0,0	0,1	0,7	17,8
Hipnosedantes con o sin receta	4,2	18,4	36,2	60,2
Hipnosedantes sin receta	0,4	2,7	5,0	18,1
Opioides con o sin receta	5,6	8,8	10,6	16,0
Opioides sin receta	0,8	1,2	1,6	2,4
Cocaína en polvo	0,0	0,6	3,9	46,8
Cocaína base	0,0	0,2	0,2	4,1
Anfetaminas/speed	0,0	0,4	0,2	9,1
Alucinógenos	0,0	0,3	0,9	9,6
Heroína	0,0	0,0	0,0	2,3
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,3	6,2

* Sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles).

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

4.5. Nuevas sustancias psicoactivas

Se consideran nuevas sustancias psicoactivas (NSP) aquellas que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis...). Estas nuevas sustancias (keta, spice, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética, miao miao, flakka, superman, catinonas, mefedrona, derivados de los fentanilos, metoxetamina, NBOMe, ayahuasca, kratom...) se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc.

En lo que respecta al consumo de estas nuevas sustancias en el marco temporal de alguna vez en la vida, únicamente

un 2,4% de la población de 15 a 64 años manifiesta haberlas consumido. Como viene siendo habitual, se encuentra también mayor presencia de aquellos que, al menos, las han probado entre los hombres (3,2%) que entre las mujeres (1,6%).

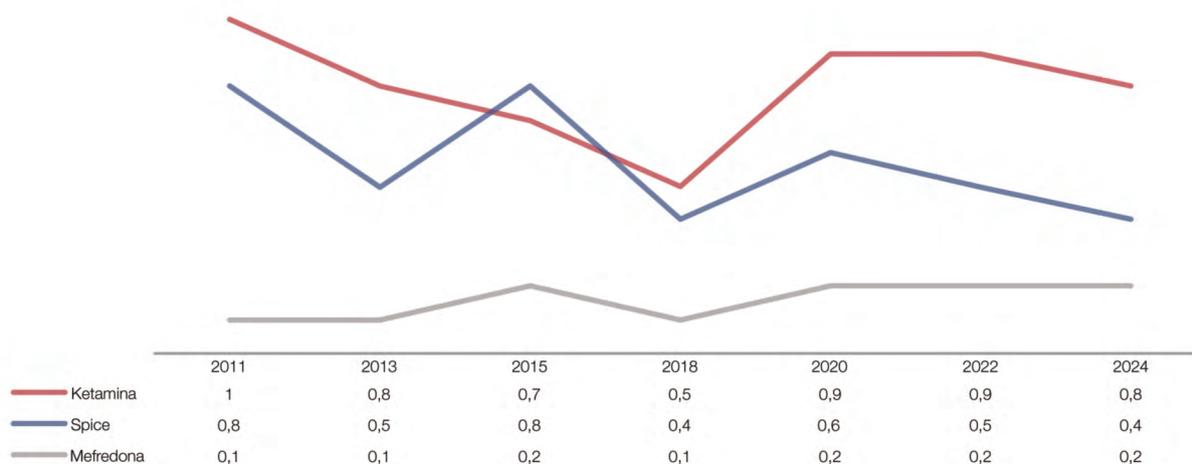
Analizando los resultados para cada una de las denominadas nuevas sustancias psicoactivas (ketamina, spice, mefedrona, ayahuasca, cocaína rosa, flakka, óxido nitroso y fentanilo), vemos que la **ketamina** y la **cocaína rosa** son las sustancias que han obtenido una mayor prevalencia de consumo en el marco temporal de alguna vez en la vida (0,8% y 0,7%, respectivamente). El resto de sustancias registran prevalencias aún mucho más residuales.

Tabla 41. Prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2024.

	Total	Hombres	Mujeres
Nuevas sustancias	2,4	3,2	1,6
Ketamina	0,8	1,1	0,5
Spice	0,4	0,6	0,2
Mefedrona	0,2	0,2	0,1
Ayahuasca	0,3	0,4	0,1
Cocaína rosa	0,7	0,9	0,5
Flakka	0,1	0,1	0,0
Óxido nitroso	0,3	0,4	0,2
Fentanilo	0,3	0,4	0,3

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Figura 52. Prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, (%). España, 2011-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

4.6. Percepciones y opiniones de la población ante las drogas

4.6.1. PERCEPCIÓN DE RIESGO

La percepción de riesgo contempla en qué medida las personas piensan que determinadas conductas relacionadas con el consumo de drogas pueden ocasionar problemas. En este sentido, considerar que el consumo de sustancias psicoactivas conlleva un riesgo y puede ser problemático supone un freno al consumo.

La opinión de la población es generalizada cuando se opina sobre el consumo de la **cocaína u otras drogas ilegales**: el 93,4% manifiesta que consumir estas sustancias una vez o menos al mes puede producir muchos o bastantes problemas de salud, dato muy similar al obtenido en la percepción de riesgo de **fumar un paquete de tabaco diario** (92,7%).

Respecto al consumo de alcohol de manera habitual (**consumo de 5-6 copas/cañas el fin de semana**) es percibido como un riesgo por algo más de la mitad de la población (51,0%), ligeramente inferior a la proporción de individuos que cree que **beber 1-2 copas/cañas** cada día es muy perjudicial para la salud.

En relación al **consumo habitual de cannabis** (una vez por semana o más), el 83,6% de la población considera que es un comportamiento que ocasiona bastantes/muchos problemas para la salud.

De manera general, las percepciones de riesgo son mayores entre las mujeres, dándose las mayores diferencias respecto al consumo de alcohol ya sea a diario o en fin de semana, y en el consumo esporádico de cannabis, es decir, una vez o menos al mes.

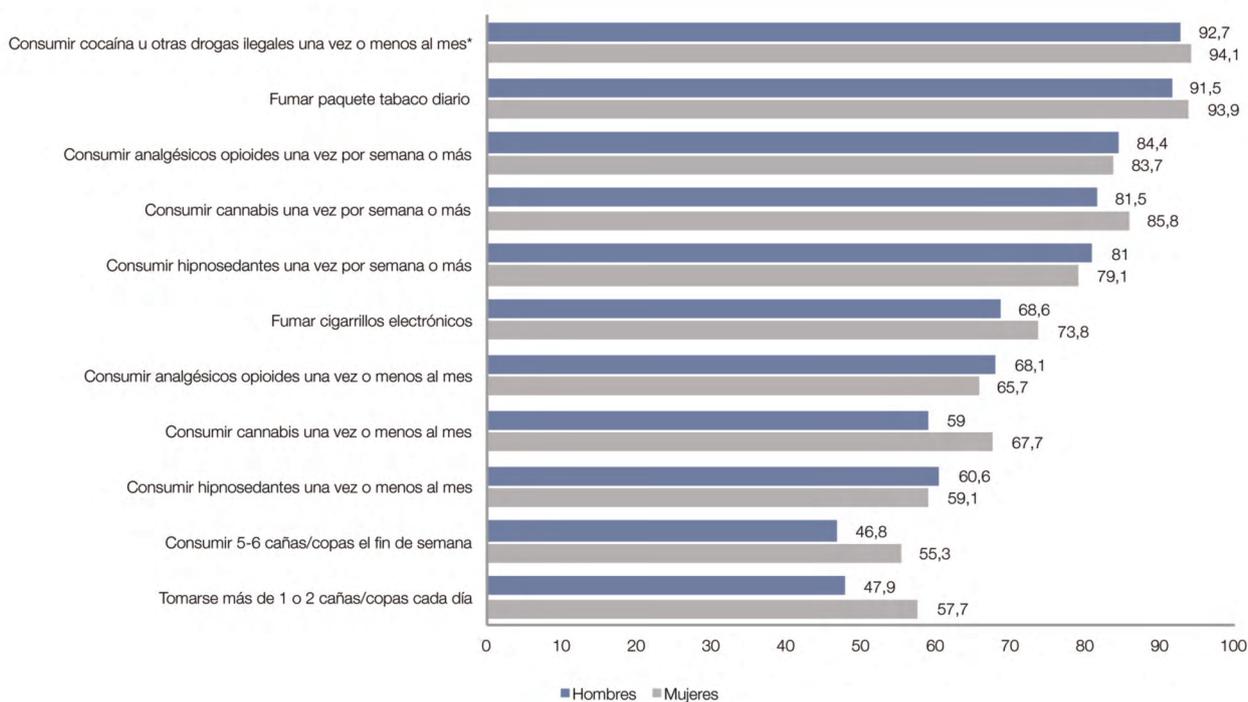
Tabla 42. Riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas). España, 1997-2024.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022	2024
Consumir cocaína u otras drogas ilegales una vez o menos al mes	93,5	95,4	93,3	93,1	95	95,8	94,6	94,5	93,8	94,6	97,0	93,4	93,3	93,4
Consumir hipnosedantes una vez por semana o más	81,4	86,8	84,8	85,4	81,8	79,7	79,7	79,9	78,5	78,8	79,6	83,5	80,4	80,1
Consumir hipnosedantes una vez o menos al mes	60,4	70,1	66,7	65,3	62,3	62,2	60,1	62,5	57,6	58,0	62,1	65,3	60,0	59,9
Consumir analgésicos opioides una vez o menos al mes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70,6	66,8	66,9

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022	2024
Consumir analgésicos opioides una vez por semana o más	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85,7	84,2	84,1
Consumir cannabis una vez por semana o más	84	87,6	83,1	79,2	80,8	83,0	81,6	85,5	82,4	79,8	81,5	85,3	83,9	83,6
Consumir cannabis una vez o menos al mes	68,9	74,8	67,9	62,0	64,2	68,5	62,7	69,4	61,2	62,5	66,1	66,3	63,7	63,4
Consumir 1-2 cañas/copas cada día	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48,3	50,4	52,8
Consumir 5-6 cañas/copas el fin de semana	45,6	49,2	44,2	41,8	43,6	46,6	45	49,3	43,5	45,8	49,1	50,2	50,4	51,0
Fumar paquete tabaco diario	79,7	82,4	83,6	84,6	87,1	87,1	89,4	89,1	88,7	91,6	93,0	92,2	92,1	92,7

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 53. Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según sexo. España, 2024.



* Otras drogas ilegales incluido en 2019.

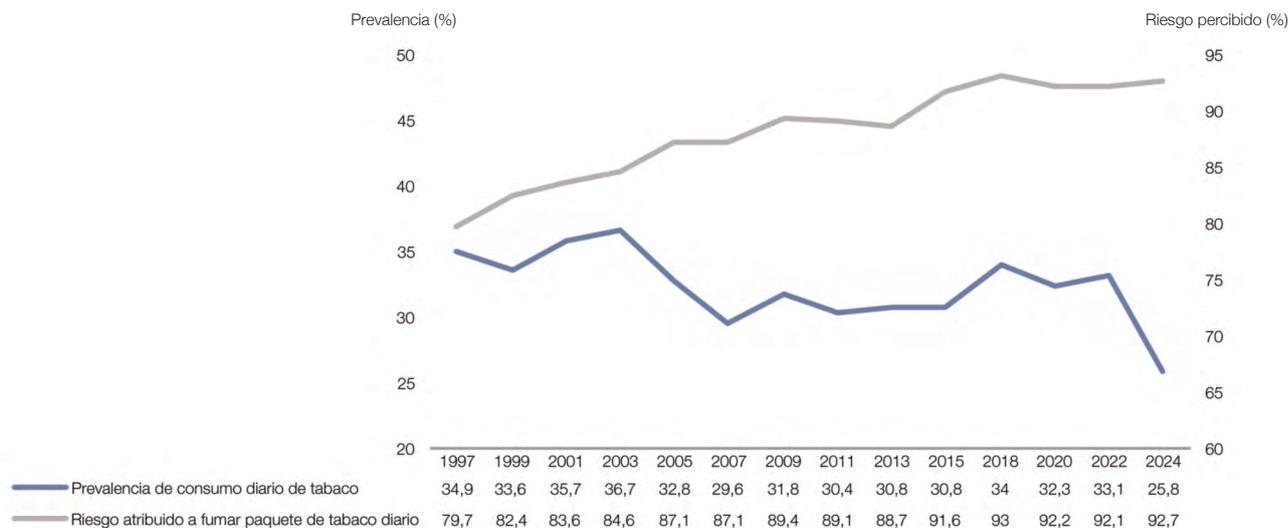
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Consumo diario de tabaco: prevalencia y percepción de riesgo

A continuación, se analiza la evolución que ha seguido la prevalencia del consumo diario de tabaco junto con la per-

cepción de riesgo asociada a consumir un paquete de tabaco al día. Como ya hemos comentado anteriormente, se observa cómo la prevalencia de consumo de tabaco de manera diaria ha descendido en el año 2024, en línea con el aumento del riesgo atribuido al consumo del mismo.

Figura 54. Evolución de la percepción del riesgo de fumar un paquete de tabaco diario (proporción de personas que piensa que esa conducta puede causar muchos o bastantes problemas) y de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

4.6.2. PERCEPCIÓN DE DISPONIBILIDAD

Además de conocer el consumo de las sustancias psicoactivas, es importante determinar en qué medida los ciudadanos consideran que es fácil o no adquirir las mismas.

Observando las diferentes sustancias psicoactivas, el **cannabis** destaca sobre el resto de sustancias en lo que a ac-

cesibilidad se refiere. El 59,0% piensa que le sería fácil o muy fácil conseguir esta sustancia en 24 horas. Por detrás del cannabis, la **cocaína en polvo** es la sustancia ilegal que más personas perciben como fácil o muy fácil de obtener en 24 horas (40,6%), seguido del **éxtasis** (32,6%) y la **cocaína en forma de base** (29,3%).

Figura 55. Percepción de disponibilidad de drogas (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad (%). España, 1995-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

En relación con las sustancias psicoactivas legales, el 30,9% de los individuos de España reconocen que les resultaría sencillo conseguir **hipnosedantes sin receta** en 24 horas. Cuando se trata de conseguir **analgésicos opioides sin receta médica**, la percepción de disponibilidad es similar, aunque inferior a la de los hipnosedantes (26,6%). Con respecto a 2022, destaca un ligero aumento en la percepción de

disponibilidad de las diferentes sustancias, destacando sobre todo en el caso del éxtasis y de la cocaína base.

Por **sexo**, se puede apreciar que existe una mayor percepción de disponibilidad por parte de los hombres que por parte de las mujeres. Esta diferencia alcanza sus valores máximos en el caso del cannabis y la cocaína en polvo.

Tabla 43. Percepción de disponibilidad de distintas sustancias psicoactivas (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil) entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2024.

	Hombres	Mujeres
Cannabis	64,9	53,0
Éxtasis	35,1	30,0
Cocaína polvo	45,5	35,4
Cocaína base	31,3	27,3
Heroína	23,7	18,7
Hipnosedantes sin receta	32,6	29,2
Analgésicos opioides sin receta	28,1	25,1

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

4.6.3. PERCEPCIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA DEL CONSUMO DE DROGAS Y VISIBILIDAD DEL PROBLEMA

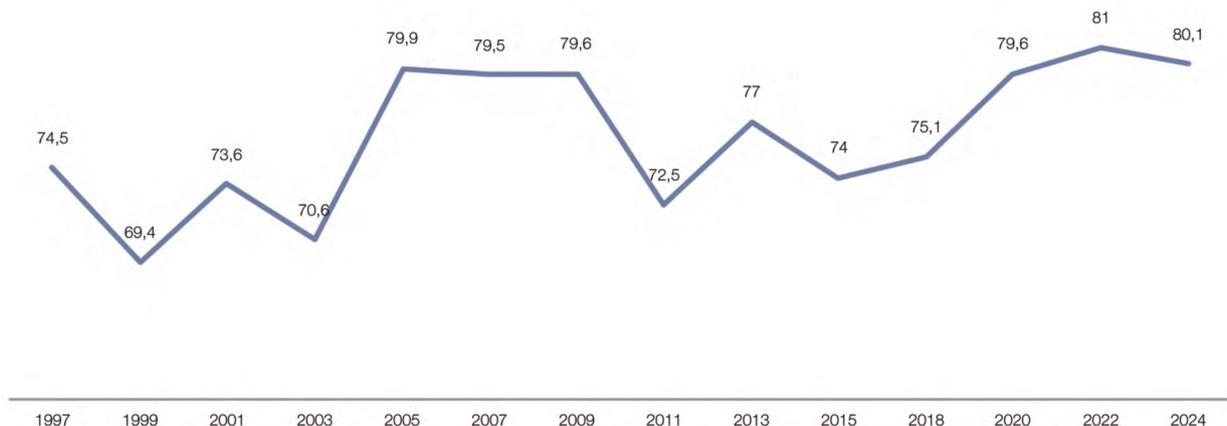
En el año 2024, hay un 44,5% de personas que cree que hay un importante problema con las drogas ilegales en su lugar de residencia, siendo un porcentaje ligeramente superior al registrado en la anterior encuesta.

En línea con el aumento de personas que concede mucha importancia al problema de las drogas en su lugar de resi-

dencia, se ha producido un aumento en el número de personas que han visualizado algunas escenas relacionadas con las drogas, como por ejemplo personas inyectándose droga o esnifándola por la nariz. En el lado opuesto, vemos que hay menos visibilidad de gente fumando porros, haciendo botellón o borracha.

Por sexo no se observan diferencias reseñables en ninguna de las situaciones.

Figura 56. Importancia concedida por la población de 15-64 años al problema de las drogas ilegales en el lugar donde vive (%). España, 1997-2024.



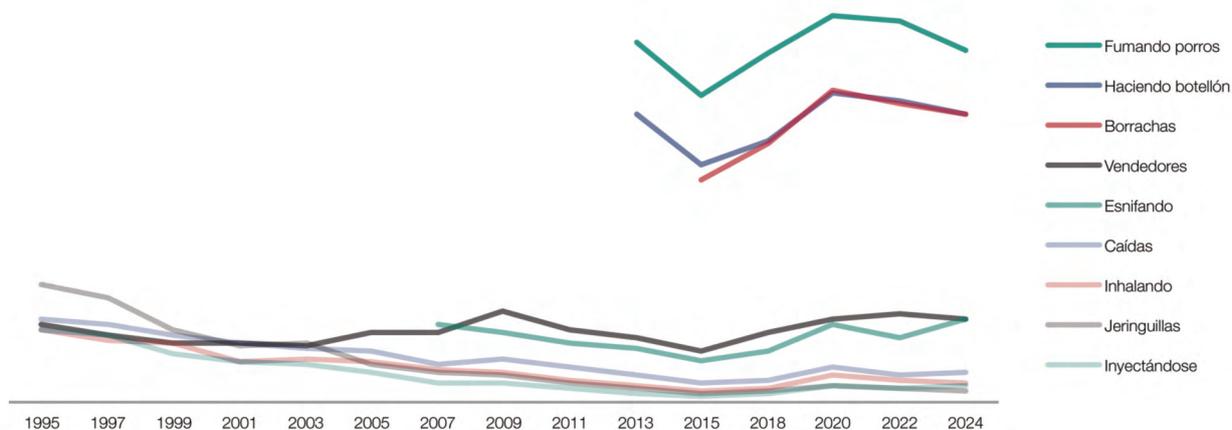
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Tabla 44. Importancia concedida por la población de 15-64 años al problema de las drogas ilegales en el lugar donde vive (%). España, 1997-2024.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2022	2024
Nada importante	19,6	22,3	19,1	20,9	14,8	20,5	20,4	27,5	23,0	26,0	24,9	20,4	19,0	19,9
Algo importante	28,1	32,1	34,3	34,3	27,9	29,7	30,7	32,5	37,8	37,7	40,0	33,5	38,2	35,6
Muy importante	46,4	37,3	39,3	36,3	52,0	49,8	48,9	40,0	39,2	36,3	35,1	46,1	42,8	44,5

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Figura 57. Visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (porcentaje de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuentemente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Tabla 45. Visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (porcentaje de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuentemente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2024.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2022	2024
Jeringuillas en el suelo	17,3	15,2	10,7	8,4	8,5	5,7	4,2	3,8	2,9	2,0	1,1	1,7	2,6	2,1	1,6
Personas inyectándose drogas	10,7	9,9	7,3	5,9	5,5	4,3	2,8	2,9	2,1	1,3	0,8	1,2	2,3	1,9	2,4
Personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio (fumando chinos)	10,6	9,2	8,5	6,1	6,2	6,1	4,6	4,4	3,3	2,4	1,6	2,1	4,1	3,0	2,8
Personas drogadas caídas en el suelo	12,3	11,5	9,7	8,7	7,8	7,4	5,6	6,2	5,2	3,8	2,6	3,1	5,0	4,0	4,5
Vendedores que ofrecen drogas	11,4	10,0	8,6	8,8	8,2	10,1	10,2	13,5	10,7	9,4	7,3	10,1	12,1	13,1	12,2
Personas esnifando drogas por la nariz	-	-	-	-	-	-	11,6	10,4	8,6	7,9	6,1	7,5	11,3	9,5	12,0
Personas fumando porros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52,9	45,1	51,2	56,7	55,9	51,9
Personas haciendo botellón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42,4	34,9	38,3	45,3	44,1	42,6
Personas borrachas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32,7	38,1	45,9	44,1	42,4

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Tabla 46. Visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas legales e ilegales (porcentaje de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuentemente cada situación en el lugar donde vive), según sexo. España, 2020-2024.

	2020		2022		2024	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Personas fumando porros	57,8	54,3	57,1	54,7	52,7	51,0
Personas haciendo botellón	46,2	43,4	45,0	43,2	43,0	42,1
Personas borrachas	46,3	44,5	45,2	43,0	42,8	41,9
Vendedores que ofrecen drogas	13,0	10,6	14,3	12,0	12,0	12,4
Personas esnifando drogas por la nariz	12,7	9,3	10,7	8,3	12,4	11,6
Personas drogadas caídas en el suelo	4,9	4,9	4,0	4,1	3,7	5,4
Personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio (fumando chinos)	4,4	3,7	3,2	2,8	2,7	2,9
Jeringuillas en el suelo	2,3	2,7	2,2	2,0	1,6	1,6
Personas inyectándose drogas	2,3	2,3	1,8	1,9	2,1	2,7

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

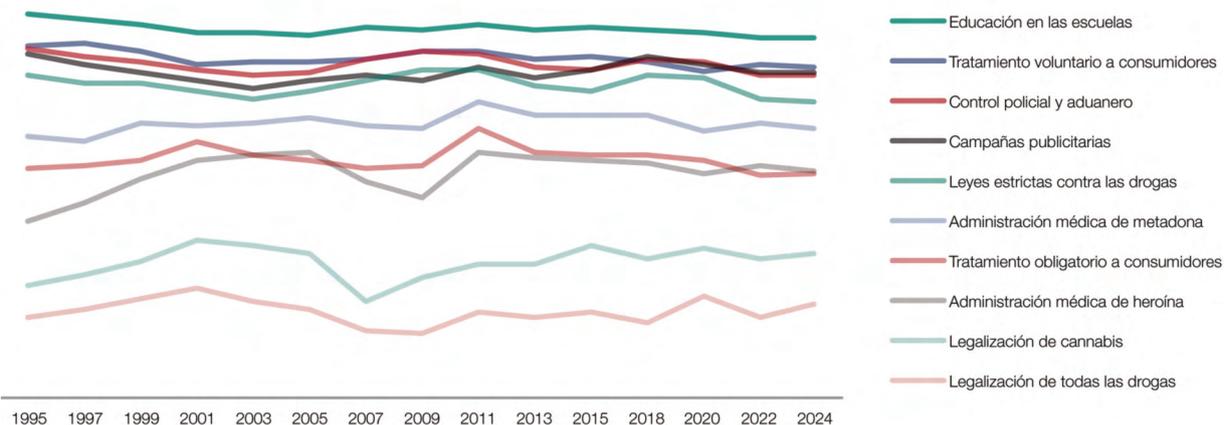
4.6.4. VALORACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE DIVERSAS ACCIONES PARA INTENTAR RESOLVER EL PROBLEMA DE LAS DROGAS

Se propone a los encuestados valorar una serie de acciones para solventar el problema del consumo de drogas entre la población. La medida que cuenta con un mayor nivel de popularidad es la **educación en las escuelas**, ya que cerca del 90% de la población piensa que esta medida es muy importante para resolver el problema de las drogas en nuestro país. A lo largo de la serie histórica, esta acción siempre ha sido la que ha contado con un mayor número de apoyos.

El **tratamiento voluntario a los consumidores** es la segunda acción más apoyada para solucionar el problema del consumo de drogas entre la población. Finalmente, otras acciones que también son consideradas como muy importantes para resolver el problema de las drogas son las **campañas publicitarias** y el **control policial y aduanero** (79,7% y 79,3%, respectivamente).

Evolutivamente sólo se observa un ligero incremento en la confianza que tiene la población en la legalización de todas las drogas y la legalización del cannabis como medidas para atajar el problema de las drogas.

Figura 58. Valoración como “muy importantes” de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (%). España, 1995-2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Tabla 47. Valoración como “muy importantes” de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (%). España, 1995-2024.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2022	2024
Educación en las escuelas	94,3	93,1	91,8	89,4	89,5	88,8	90,6	90,4	91,8	90,4	90,8	90,0	89,2	88,3	88,3
Tratamiento voluntario a consumidores	86,3	87,1	84,8	81,6	82,7	82,4	83,2	85,1	84,9	83,2	83,8	82,3	80,1	81,6	81,3
Control policial y aduanero	85,8	83,7	82,1	80,5	78,8	79,8	83,3	84,7	84,2	81,2	80,4	83,1	82,6	78,9	79,3
Campañas publicitarias	84,5	81,5	79,8	77,6	75,6	77,7	79,1	77,7	81	78,7	80,7	83,6	81,5	79,6	79,7
Leyes estrictas contra las drogas	79,3	77	76,9	75,5	73,2	75,3	77,9	80,6	80,3	76,6	74,9	79,1	78,5	73,5	72,4
Administración médica de metadona	63,8	62,9	67,5	66,6	67,1	68,4	66,8	65,8	72,4	69,3	69,3	69,1	65,7	67,6	65,9
Tratamiento obligatorio a consumidores	56,2	57,2	57,9	62,8	59,7	58,2	56,3	57,2	65,7	59,9	59,4	59,8	58,1	54,6	55,0
Administración médica de heroína	43,3	47,5	53,9	58,2	59,3	59,9	52,8	48,9	60,2	59,1	58,1	57,3	55,2	56,9	55,7
Legalización de cannabis	27,3	30,2	33,3	38,5	37,1	35,2	23,4	29,6	32,7	33,1	37,4	33,8	36,5	33,8	35,5
Legalización de todas las drogas	19,8	21,5	24,6	27,1	23,5	21,4	16,6	15,6	20,9	19,6	21,0	18,1	24,8	19,7	23,1

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

Por sexo, en general, las mujeres confían más en las diversas acciones, dándose las mayores diferencias en la admi-

nistración médica de heroína, el tratamiento obligatorio a consumidores y la educación en las escuelas.

Tabla 48. Valoración como “muy importantes” de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2024.

	Hombres	Mujeres
Educación en las escuelas	86,7	90,0
Tratamiento voluntario a consumidores	80,1	82,4
Control policial y aduanero	79,3	79,3
Campañas publicitarias	78,8	80,7
Leyes estrictas contra las drogas	71,7	73,0
Administración médica de metadona	65,2	66,6
Tratamiento obligatorio a consumidores	52,7	57,2
Administración médica de heroína	53,8	57,6
Legalización de cannabis	36,1	35,0
Legalización de todas las drogas	22,8	23,5

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

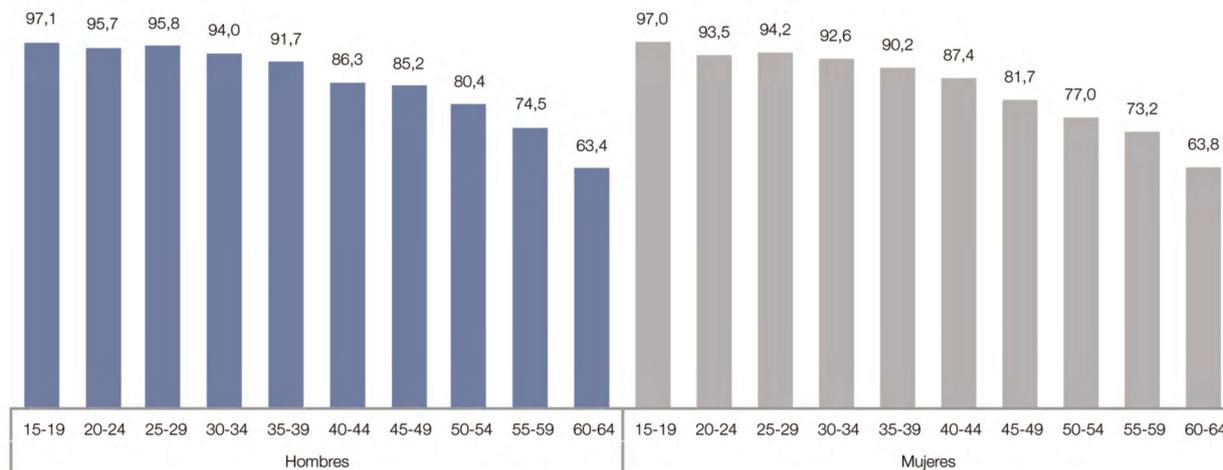
4.6.5. PERCEPCIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD

Analizando la percepción que tienen los propios individuos acerca de su estado de salud, tal y como cabía esperar, a medida que aumenta la edad disminuye la proporción de personas que consideran que su estado de salud es bueno

o muy bueno. A partir de los 60 años de edad, se hace más relevante la presencia de aquellos que consideran mejorable su estado de salud.

Los hombres tienen mejor percepción sobre su estado de salud que las mujeres.

Figura 59. Percepción del estado de salud de la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

4.7. Salud mental

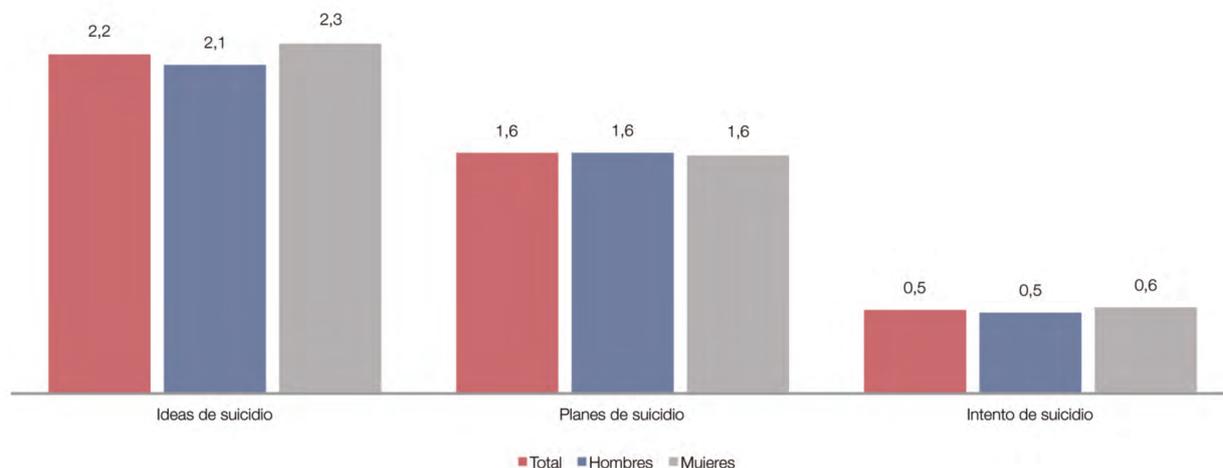
En 2022 se incorporó en el cuestionario de EDADES una serie de preguntas con el objetivo de conocer el nivel de riesgo de suicidio que hay entre la población de 15 a 64 años.

A nivel general, se observa que el 2,2% de la población reconoce haber tenido ideas de suicidio, el 1,6% ha tenido planes de suicidio y el 0,5% ha llegado a intentarlo. En fun-

ción del **sexo**, se observa que entre las mujeres existe ligeramente una mayor predisposición al suicidio. Por **edad**, los individuos que cuentan con 34 años o menos tienen más riesgo de suicidio en lo referente a ideas o planes que los que tienen 35 años o más.

Al hacer el análisis por edad y sexo, en el tramo de 15 a 34 años se observa una ligera mayor prevalencia de riesgo de suicidio entre las mujeres, mientras que en el de 35 a 64 años no se aprecian diferencias por sexo.

Figura 60. Prevalencia de riesgo de suicidio en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años (%). España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Tabla 49. Prevalencia de riesgo de suicidio en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (%). España, 2024.

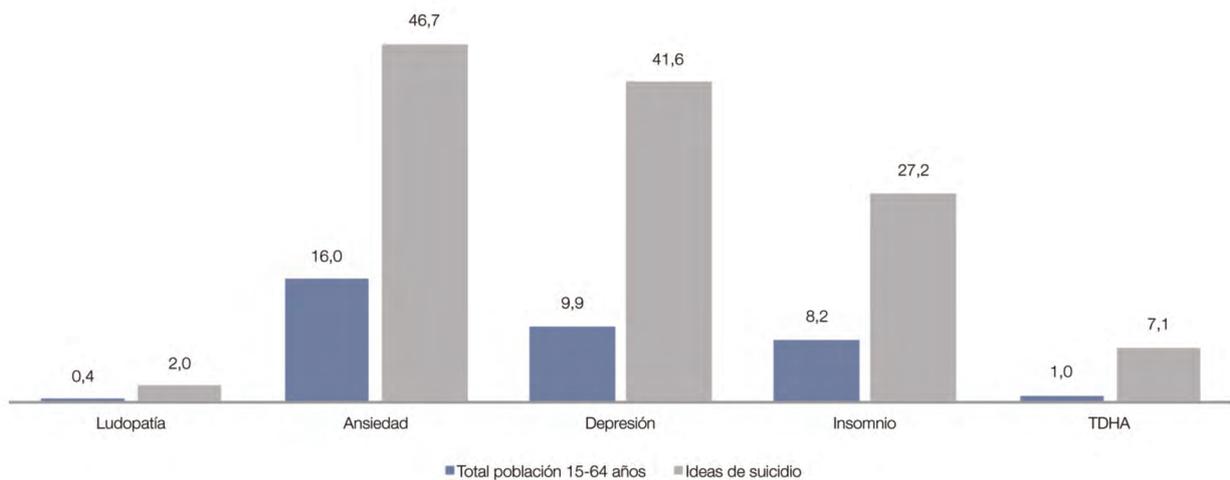
	15-64 AÑOS			15 -34 AÑOS			35-64 AÑOS		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Ideas de suicidio	2,2	2,1	2,3	2,5	2,3	2,8	2,1	2,1	2,1
Planes de suicidio	1,6	1,6	1,6	1,7	1,6	1,9	1,5	1,5	1,4
Intento de suicidio	0,5	0,5	0,6	0,7	0,5	0,8	0,5	0,5	0,4

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

Se aprecia claramente cómo existe una correlación entre la idea de suicidio y el diagnóstico de todas las patologías analizadas.

Figura 61. Prevalencia autodeclarada de distintas patologías en la población general de 15 a 64 años y en la población con riesgo de suicidio (%). España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

1.2

Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2025

En 2025, siguiendo con la serie de periodicidad bienal iniciada en 1994, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, ha llevado a cabo la decimosexta edición de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

El objetivo general de la misma es conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas y otras adicciones entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias (Enseñanza Secundaria Obligatoria —ESO—, Bachillerato, Ciclos de Formación Profesional Básica y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional), 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 1994) de los aspectos antes expuestos.

Al cierre de este informe los resultados de ESTUDES 2025 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 2023, pueden consultarse en la página web del Plan Nacional sobre Drogas:

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm

2

Problemas
relacionados
con las drogas

2.1

Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2023

1. 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 a la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA)² 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.

2. 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.

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

2. Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA). https://www.euda.europa.eu/index_en

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.

3. 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 (2023), 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, alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Por último, se presenta información sobre las admisiones a tratamiento según comunidad/ciudad autónoma.

3.1. Resultados generales. Drogas ilegales

En 2023, se registraron en España 48.635 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco). Esto supone un aumento del 6,07% respecto al 2022, pero sin llegar a alcanzar las cifras anteriores a los años previos a la pandemia por Covid-19 (figura 1).

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 2023 la cocaína se mantiene como la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (50% del total), seguida del cannabis (26,1%) y los opioides (17,4%) (figura 2). La proporción de los admitidos a tratamiento por cocaína y opioides es más elevada en hombres que en mujeres (51,5% versus 43,7% en cocaína; 17,9% versus 15,3% en opioides). Por otro lado, la proporción de admitidos a tratamiento por cannabis es mayor entre las mujeres (32,3%) que entre los hombres (24,6%), al igual que ocurre con los hipnosedantes (5,2% en mujeres, 1,7% en hombres) (figura 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 2023. En este año, la cocaína es la sustancia ilegal que mayor número de primeras admisiones a tratamiento causó (49,6%), seguida del cannabis (33,1%) y de los opioides (9%) (figura 3).

Hay una mayor proporción de admisiones a tratamiento por primera vez por cocaína entre los hombres (51,6%) que entre las mujeres (41,8%). Por el contrario, el porcentaje de admitidos a tratamiento por primera vez por cannabis e hipnosedantes es mayor entre las mujeres (39,1% y 6,6%, respectivamente) que entre los hombres (31,6% y 2,2%). En el caso de los admitidos a tratamiento por primera vez por opioides, hombres y mujeres presentan porcentajes muy similares (figura 4).

Como viene ocurriendo en años anteriores, entre los menores de 18 años, el cannabis se mantiene como la sustancia que más admisiones genera (93,7%) (figura 3). En 2023, la proporción de menores de 18 años admitidos a tratamiento por cannabis, es similar en ambos sexos (figura 4).

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 2023 la cocaína es la sustancia que más admisiones a tratamiento genera (42,2%), seguida por el cannabis (30,1%)

3. Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

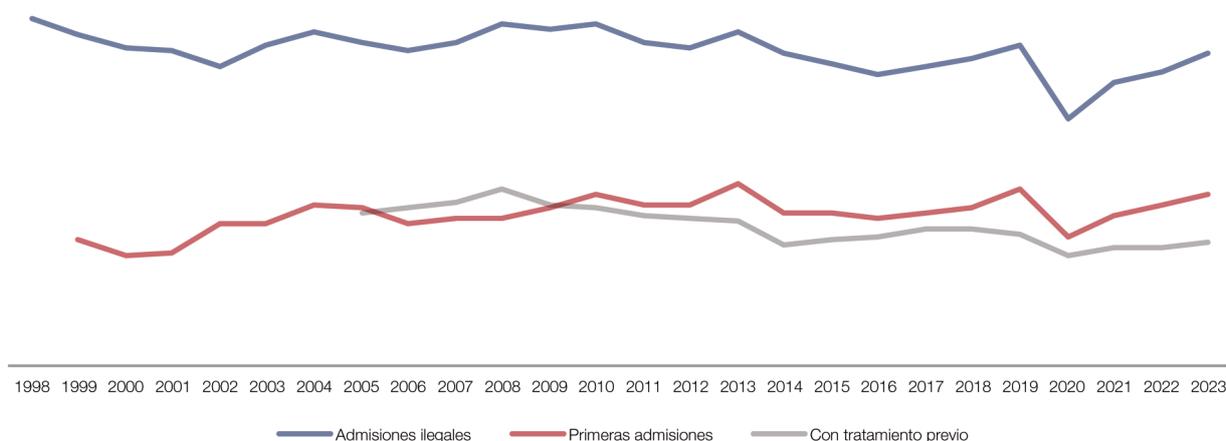
y el peso de los opioides confirma su tendencia descendente (figura 3), no detectándose grandes diferencias entre sexos en ninguna de las sustancias (figura 4).

En 2023, más de la mitad (55,1%) 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 2023 la mayoría de los pacientes

admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (81,4%).

La **edad media** de los admitidos a tratamiento fue de 37,3 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 2023 se sitúa en los 34,9 años,

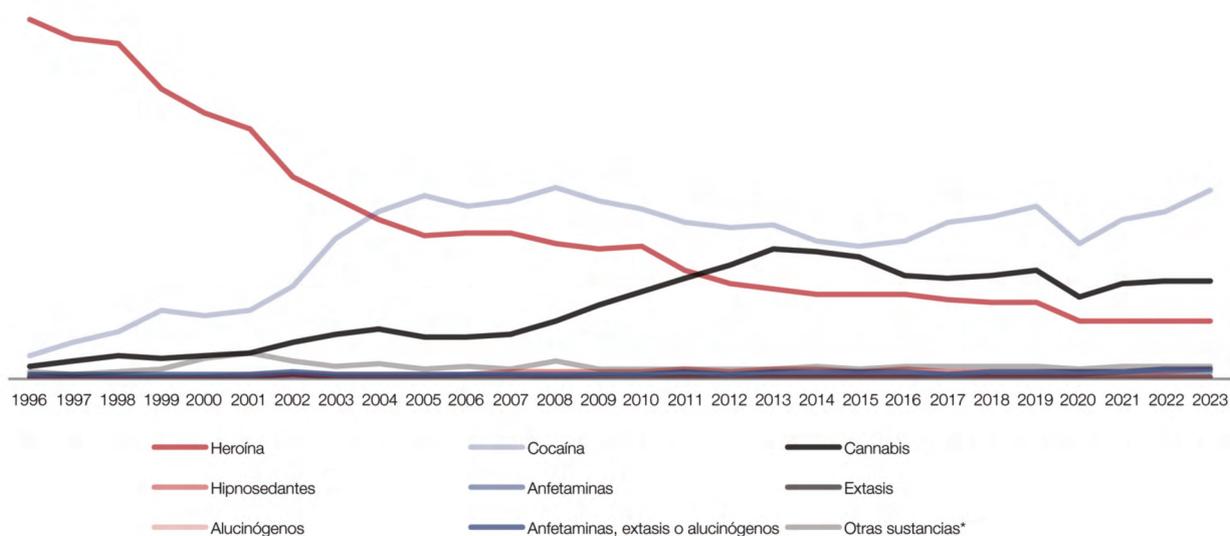
Figura 1. Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales. España, 1998-2023.



	Admisiones ilegales	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
2023	48.635	26.779	19.163

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2. Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales. España, 1996-2023.

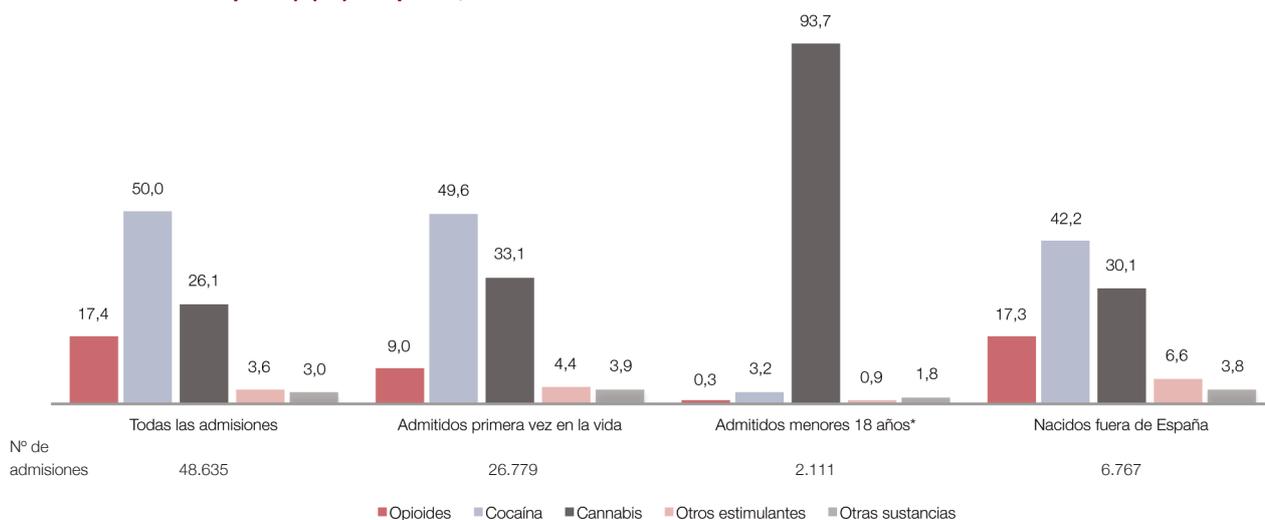


	Heroína	Cocaína	Cannabis	Hipnosedantes	Anfetaminas	Extasis	Alucinógenos	Otras sustancias*
1996	46.635	2.980	1.613	168	319	226	74	875
1997	44.089	4.647	2.214	263	323	237	85	582
1998	43.598	6.154	2.879	346	347	154	62	798
1999	37.417	8.978	2.826	331	339	135	50	1.406
2000	34.563	8.272	2.895	381	288	240	64	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
2023	7.513	24.323	12.671	1.129	1.085	158	196	1.560

* Otras sustancias incluye: metadona, otros opiáceos y otras sustancias sin especificar.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 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, 2023.

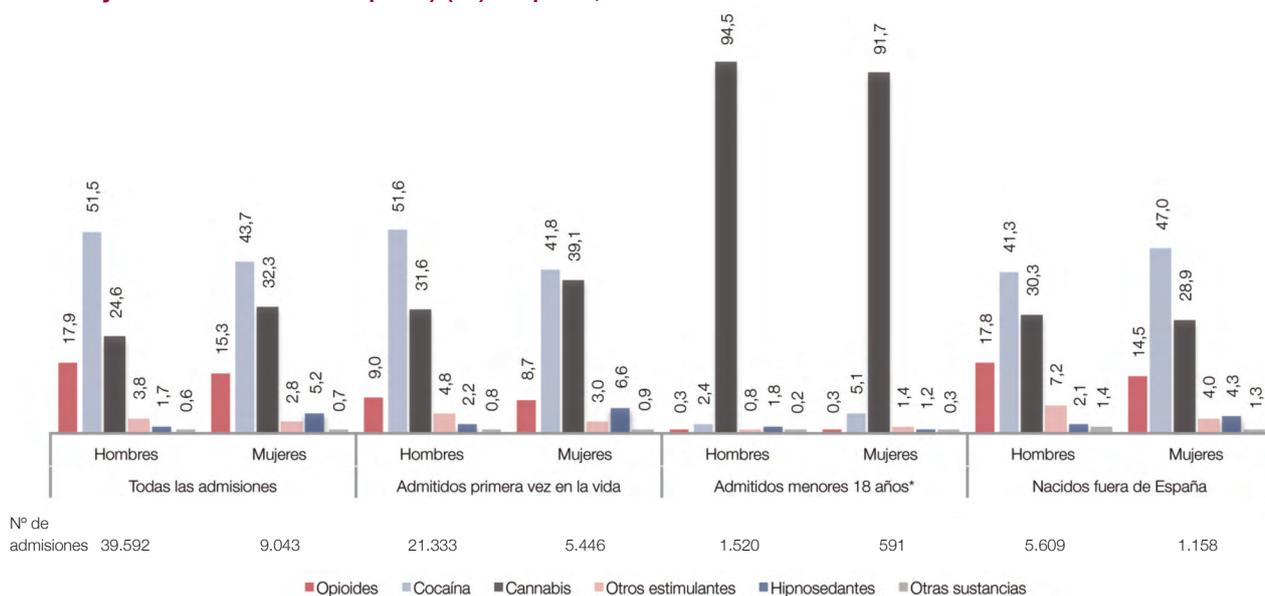


* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años.

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.

Figura 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, 2023.



* 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.

El 14,1% del conjunto de admitidos a tratamiento **nacieron fuera de España**, valor más alto de la serie histórica (tabla 1).

En cuanto a la **residencia habitual** de los admitidos, en España, la gran mayoría (87,2%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales vivían en hogares familiares

(casas, pisos o apartamentos). En 2023, la proporción de personas admitidas a tratamiento que vivía en instituciones (prisiones, centros de internamiento para menores y otras) era del 8,4% y el 3,4% 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 **fuerza que derivó a los pacientes a tratamiento**, más de la mitad (55,2%) 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 a más de un cuarto de los admitidos (27,6%). La principal **vía de admisión**

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 2023, entre todos los admitidos a tratamiento, la vía predominante es la pulmonar (46,0%) seguida de la intranasal o esnifada (44,2%); la vía intravenosa es minoritaria (2,2%) y se concentra entre los admitidos a tratamiento por heroína, que utilizan esta vía en el 9,0% de los casos.

Tabla 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, 2023.

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombre	Mujer
Total	48.635	19.163	26.779	39.592	9.043
Tratamiento previo					
Sí	41,7	100	0,0	43,0	36,2
No	58,3	0,0	100	57,0	63,8
Edad	37,3	40,6	34,9	37,4	36,8
Sexo					
Hombre	41,7	100	0,0	43,0	36,2
Mujer	158,3	0,0	100,0	57,0	63,8
Máximo nivel de estudios*					
Sin estudios	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Primaria**	50,4	53,6	48,3	51,6	45,1
Secundaria	42,3	40,1	43,5	41,5	45,6
Ha finalizado estudios superiores ISCED 5 a 8	6,7	5,5	7,5	6,2	8,7
Situación laboral					
Trabajo	41,4	37,7	44,1	43,5	31,9
Parado no trabajado antes	6,3	6,3	6,1	6,0	7,3
Parado habiendo trabajado antes	36,2	40,5	33,5	35,5	39,6
Otras	16,1	15,5	16,3	15,0	21,2
Fuente de referencia principal					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	4,2	7,8	1,6	4,1	4,4
Médico general, Atención Primaria de Salud	14,7	11,0	17,2	14,7	14,7
Hospitales u otros servicios de salud	8,8	7,1	10,0	7,8	13,4
Servicios Sociales	4,9	3,4	5,9	3,8	9,8
Prisión, centro de reforma o de internamiento para menores	5,1	7,4	3,1	5,6	2,6
Servicios legales o policiales	5,7	5,0	6,3	6,1	4,2
Empresas o empleador	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Familiares y amigos	11,4	7,4	14,5	11,7	9,7
Iniciativa propia	43,8	50,0	39,6	44,8	39,4
Servicios de educación	0,6	0,3	0,8	0,6	1,0
Otra	0,7	0,5	0,8	0,7	0,9
Convivencia					
Solo/a	17,5	20,7	15,4	17,9	15,6
Únicamente con pareja	11,9	11,5	12,2	11,2	15,2
Únicamente con hijos/as	2,7	2,3	3,0	1,2	9,2
Con la pareja e hijos/as	16,5	15,3	17,4	17,2	13,2
Con padres o familia de origen	38,1	34,6	40,6	38,9	34,4
Con amigos/as	4,8	5,0	4,7	4,7	5,3
Detenido (Ej. centro penitenciario, centro de inserción social)	5,0	6,9	3,4	5,6	2,6
En instituciones no detenido (Ej. albergue)	3,5	3,9	3,3	3,3	4,4
Otros	0,9	0,8	0,8	0,8	1,1

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombre	Mujer
Lugar vive					
Casas, pisos, apartamentos	87,2	82,9	90,6	86,6	89,5
Prisión, centro de reforma o de internamiento para menores	5,8	8,0	3,8	6,5	2,9
Otras instituciones	2,6	3,2	2,2	2,4	3,1
Pensiones, hoteles, hostales	0,4	0,5	0,3	0,4	0,4
Alojamiento inestable/ precarios	3,4	4,8	2,4	3,4	3,4
Otros lugares	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7
Español o extranjero					
Español	85,9	88,2	84,4	85,6	87,0
Extranjero	14,1	11,8	15,6	14,4	13,0
Droga principal por la que es admitido a tratamiento (%)					
Opioides	17,4	29	9,0	17,9	15,3
Heroína	15,4	27,3	7,0	16,2	12,1
Metadona	0,6	0,8	0,5	0,6	0,7
Otros opioides	1,3	1,0	1,5	1,0	2,5
Cocaína	50,0	50,9	49,6	51,5	43,7
CLH Cocaína	43,8	43,6	44,2	45,2	37,6
Cocaína base	6,1	7,0	5,2	6,1	5,8
Estimulantes sin cocaína	3,6	2,6	4,4	3,7	2,7
Anfetaminasy metanfetaminas	2,3	2,1	2,4	2,2	2,2
MDMA y derivados	0,3	0,1	0,5	0,3	0,3
Hipnosedantes	2,3	1,2	3,1	1,7	5,2
Alucinógenos	0,4	0,3	0,5	0,4	0,4
Inhalables volátiles	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Cannabis	26,1	15,9	33,1	24,6	32,3
Alcohol	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otras sustancias	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	20,6	20,1	20,9	20,2	22,1
Frecuencia de consumo de la droga principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	45,6	42,9	47,4	44,8	49,2
4-6 días/semana	9,1	8,5	9,4	9,3	8,1
2-3 días/semana	15,3	14,1	16,1	15,8	13,3
1 día/semana	5,4	5,1	5,7	5,5	4,7
Menos de 1 día/semana	6,9	7,2	6,7	7,0	6,4
No consumió	17,7	22,3	14,6	17,6	18,3
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)					
Oral	6,9	5,6	7,8	6,1	10,3
Pulmonar	46,0	46,6	45,4	45,3	48,9
Intranasal	44,2	43,5	44,8	45,5	38,6
Parenteral	2,2	3,4	1,4	2,4	1,4
Otras	0,8	0,8	0,7	0,7	0,9
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	8,9	15,4	4,3	9,5	6,2
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	3,2	4,7	2,1	3,5	1,7
Prevalencia VIH Mínima	3,0	4,3	2,3	3,2	2,4
Prevalencia VIH Máxima	9,1	9,3	8,7	9,6	7,2
Prevalencia Hepatitis C Mínima	3,6	6,7	1,5	3,8	3,0
Prevalencia Hepatitis C Máxima	11,3	15,0	6,1	11,8	9,4
Prevalencia Hepatitis B Mínima	0,4	0,5	0,2	0,4	0,4
Prevalencia Hepatitis B Máxima	1,7	1,9	1,3	1,6	1,9

* 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 y al redondeo.

** Primaria incluye personas que no han finalizado la Educación Primaria Obligatoria y las que sí la han terminado.

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).

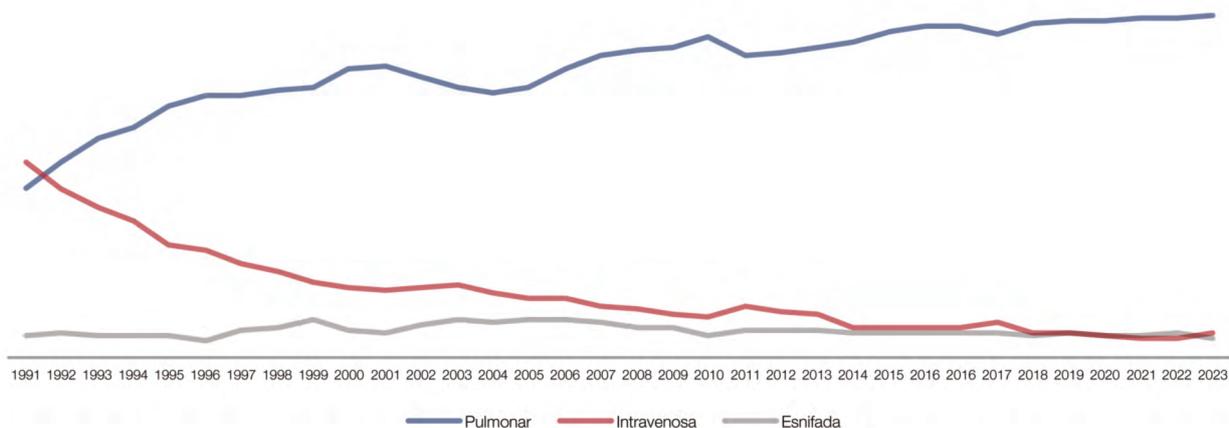
- Prevalencia máxima: positivos entre los casos con información (incluye positivos y negativos); en Hepatitis B, portador crónico entre portador crónico más inmune, más no inmune.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Entre los admitidos por primera vez a tratamiento por **consumo de heroína**, en 2023, la vía de administración predominante es la pulmonar (87,7%), seguida de la intravenosa

(6,0%) y la esnifada (5,0%). Ha habido un ligero repunte de los casos de la vía intravenosa respecto a años anteriores (figura 5).

Figura 5. Porcentaje de admisiones a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de heroína, según la vía principal de administración de esta droga. España, 1991-2023.



	Pulmonar	Intravenosa	Esnifada
1991	43,4	50,3	5,8
1992	50,0	42,9	6,4
1993	56,1	38,1	5,3
1994	59,2	35,0	5,3
1995	64,5	29,1	5,9
1996	67,0	27,5	4,3
1997	67,2	23,8	7,0
1998	68,3	21,8	7,9
1999	69,3	19,4	9,5
2000	74,1	17,7	6,7
2001	74,9	17,5	6,5
2002	71,8	18,1	8,1
2003	69,3	18,5	9,5
2004	68,0	16,4	9,0
2005	69,0	15,1	9,7
2006	73,8	15,5	9,6
2007	77,4	12,8	8,9
2008	78,5	12,4	7,7
2009	79,7	11,3	7,5
2010	82,0	10,6	5,9
2011	77,7	12,8	7,1
2012	78,3	11,6	6,7
2013	79,6	11,0	6,8
2014	80,6	7,4	6,0
2015	83,7	7,6	6,6
2016	84,7	7,9	6,2
2016	84,7	7,9	6,2
2017	83,0	9,3	6,5
2018	85,8	6,4	5,8
2019	86,1	6,2	6,3
2020	86,1	5,9	5,6
2021	87,1	5,0	5,6
2022	87,2	4,9	6,0
2023	87,7	6,0	5,0

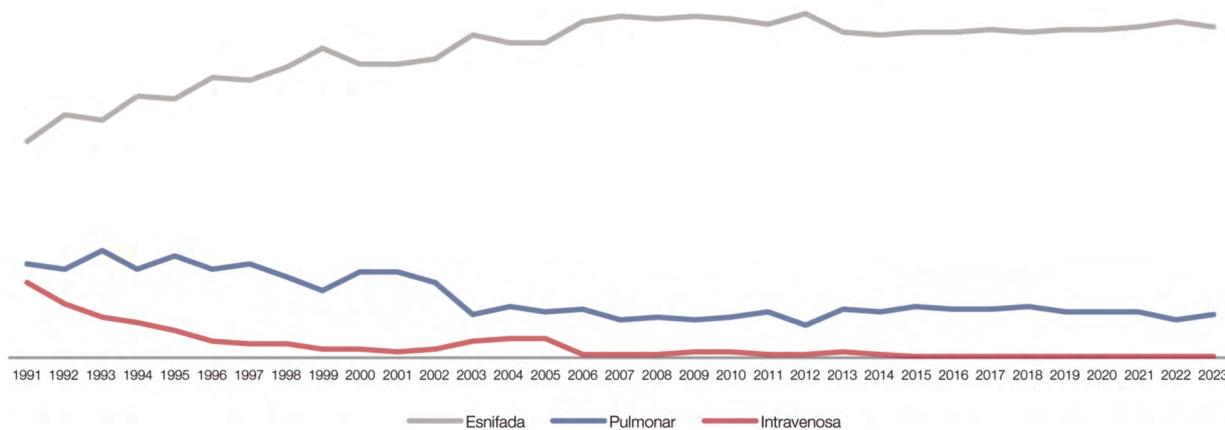
Nota: El sumatorio puede no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable vía de administración y la existencia de otras vías de administración.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

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 (84,7%), seguida

de la pulmonar (11,0%) y de la intravenosa (0,3%), manteniéndose estable respecto a años anteriores (figura 6).

Figura 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, 1991-2023.



	Esnifada	Pulmonar	Intravenosa
1991	55,4	24,4	19,2
1992	62,7	22,5	13,9
1993	60,8	27,7	10,7
1994	67,4	22,5	9,2
1995	66,5	25,8	6,7
1996	71,7	22,6	4,5
1997	71,0	24,2	3,3
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
2023	84,7	11,0	0,3

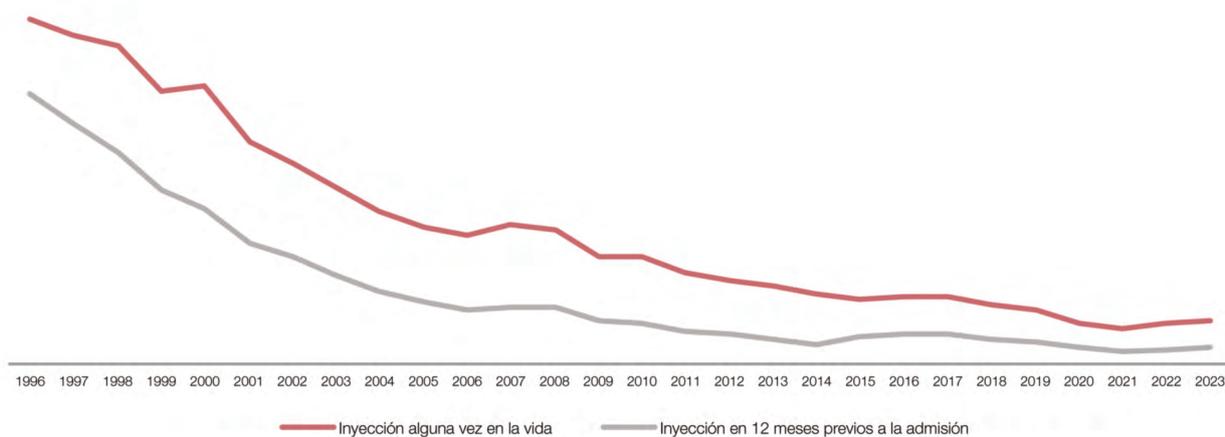
Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable vía de administración y la existencia de otras vías de administración.
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto a los **inyectores** admitidos a tratamiento por cualquiera de las sustancias consideradas, la figura 7 refleja, de manera clara cómo el número de inyectores ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años noventa. En 2023, 3.825 admitidos a tratamiento refirieron haberse inyectado alguna vez en la vida y 1.370 en el último año.

El porcentaje de **admitidos a tratamiento** que refieren haberse **inyectado** alguna de las sustancias consideradas al-

guna vez en la vida, ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años noventa, alcanzando en el 2023 la cifra más baja de la serie histórica (8,9%). 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 2023 el valor más bajo desde que se registra este dato (3,2%) (tabla 1).

Figura 7. Número de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total admitidos a tratamiento) que utilizan la vía intravenosa. España, 1996-2023.



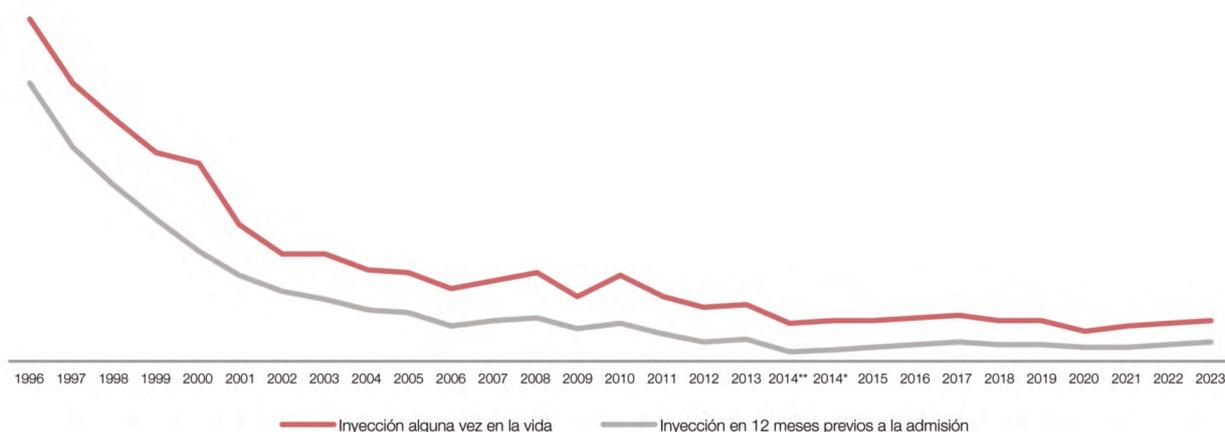
	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión
1996	31.046	24.224
1997	29.419	21.605
1998	28.527	18.910
1999	24.520	15.562
2000	24.941	13.955
2001	19.988	10.898
2002	17.950	9.583
2003	15.806	7.966
2004	13.605	6.516
2005	12.252	5.620
2006	11.601	4.892
2007	12.487	5.055
2008	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
2023	3.825	1.370

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

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 2023, pero sin alcanzar los valores del año 2017 y anteriores, tanto en los que se inyectaron alguna vez en la vida (1.065) como en los que lo hicieron en los últimos 12 meses (522).

Figura 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, 1996-2023.



	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión
1996	8.801	7.132
1997	7.154	5.488
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**	974	242
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
2023	1.065	522

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

3.2. Resultados por tipo de droga

El número total de admisiones por drogas legales (excepto tabaco) e ilegales en 2023 es de 76.789, situándose el alcohol (36,7%) en primer lugar, seguido de la cocaína

(31,7%), el cannabis (16,5%) y los opioides (11,0%). 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-19, en 2023 se observa un aumento sin alcanzar los datos del 2019.

Tabla 2. Número y porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal. España, 2019-2023.

	2019		2020		2021		2022		2023	
	Nº	%								
Cocaína	22.345	28,9	17.490	29,9	20.741	29,8	21.818	29,9	24.323	31,7
Cocaína polvo	19.627	25,4	15.357	26,2	17.989	25,9	19.314	26,5	21.290	27,7
Cocaína base	2.710	3,5	2.122	3,6	2.719	3,9	2.429	3,3	2.947	3,8
Opioides	11.170	14,5	8.502	14,5	8.518	12,3	8.553	11,7	8.467	11,0
Heroína	9.904	12,8	7.652	13,1	7.419	10,7	7.585	10,4	7.513	9,8
Metadona (mal uso)	461	0,6	289	0,5	335	0,5	352	0,5	316	0,4
Otros opioides	805	1,0	560	1,0	764	1,1	616	0,8	638	0,8
Cannabis	14.202	18,4	10.587	18,1	12.350	17,8	12.574	17,2	12.671	16,5
Hipnosedantes	992	1,3	824	1,4	1.077	1,5	1.079	1,5	1.129	1,5
Estimulantes	1.086	1,4	950	1,6	1.368	2,0	1.470	2,0	1.739	2,2
Anfetaminas/metanfetamina	839	1,1	709	1,2	996	1,4	951	1,3	1.085	1,4
Éxtasis y derivados	96	0,1	72	0,1	91	0,1	122	0,2	158	0,2
Otros estimulantes	151	0,2	166	0,3	281	0,4	397	0,5	496	0,6
Alucinógenos	127	0,2	112	0,2	127	0,1	131	0,2	196	0,3
Inhalantes volátiles	35	0,0	20	0,0	68	0,1	19	0,0	25	0,0
Otras drogas ilegales	78	0,1	59	0,1	98	0,1	209	0,3	85	0,1
Alcohol	27.209	35,2	20.017	34,2	25.140	36,2	27.042	37,1	28.143	36,7
Total drogas ilegales	50.035	–	38.544	–	44.347	–	45.853	–	48.635	–
Total drogas ilegales y alcohol	77.244	–	58.561	–	69.487	–	72.895	–	76.789	–

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Atendiendo a la variable **sexo**, en la tabla 3 se puede observar que, entre las mujeres, las admisiones por alcohol (45,5%) y cannabis (17,6%) tienen un mayor peso que entre los hombres (alcohol: 34,2%, cannabis: 16,2%); por otro lado, el peso de las admisiones por cocaína y opioides es mayor entre los hombres (33,8% y 11,8% respectivamente) que entre las mujeres (cocaína: 23,8%, opioides: 8,4%).

Conviene destacar que entre los admitidos a tratamiento está firmemente establecido el patrón de **policonsumo de drogas**. Aproximadamente el 60% de los admitidos en 2023 había consumido otras drogas (drogas secundarias) distintas de la que había motivado el tratamiento durante los 30

días previos a la admisión: el 33,6% refirió consumir una sola droga, además de la droga principal por la que fue admitido a tratamiento; el 18,7% había consumido dos drogas; el 7,3% admitió consumir tres drogas y el 2,1% 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 38,2% 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 4).

Tabla. 3. Número y proporción de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal por sexo). España, 2023.

	Hombres		Mujeres	
	Nº	%	Nº	%
Cocaína	20.373	33,8	3.950	23,8
Cocaína polvo	17.888	29,7	3.402	20,5
Cocaína base	2.418	4,0	529	3,2
Opioides	7.081	11,8	1.386	8,4
Heroína	6.419	10,7	1.094	6,6
Metadona (mal uso)	252	0,4	64	0,4
Otros opioides	410	0,7	228	1,4
Cannabis	9.751	16,2	2.920	17,6
Hipnosedantes	655	1,1	474	2,9
Estimulantes	1.488	2,4	251	1,5
Anfetaminas/metanfetamina	882	1,4	203	1,2
Éxtasis y derivados	127	0,2	31	0,2
Otros estimulantes	479	0,8	17	0,1
Alucinógenos	160	0,3	36	0,2
Inhalantes volátiles	20	0,0	5	0,0
Otras drogas ilegales	64	0,1	21	0,1
Alcohol	20.599	34,2	7.544	45,5
Total drogas ilegales	39.592	–	9.043	–
Total drogas ilegales y alcohol	60.194	–	16.595	–

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 (45,7 años) que los admitidos por cannabis (28,7 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 2023, el 52,7% de los admitidos a tratamiento por cocaína polvo y cerca del 49,9% de los admitidos por cannabis tenían como mínimo estudios secundarios completos, pero sólo el 31,9% de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína habían completado como mínimo los estudios secundarios.

Atendiendo a la variable sexo, se observa que, entre los admitidos a tratamiento por cocaína polvo, el nivel de es-

tudios secundarios terminados es mayor entre las mujeres que entre los hombres (57,1% y 51,8% respectivamente), ocurriendo lo mismo con el cannabis (54,7% y 48,5% respectivamente) y con el resto de las sustancias analizadas (tabla 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 (54,2%) fue mucho más alta que la proporción de empleados entre los tratados por heroína (22,7%) y, aun tratándose de una población bastante más joven, la proporción de empleados entre los tratados por cannabis (34,2%) superó a la proporción de empleados entre los tratados por heroína (tabla 4). Atendiendo a la variable sexo, entre los tratados por cocaína polvo, el porcentaje de empleados es mayor entre los hombres (56,7%) que entre las mujeres (40,8%); también ocurre en el caso de los atendidos por cannabis (35,6% de hombres frente a 29,6% de mujeres) y heroína (23,6% de hombres frente a 17,1% de mujeres) (tabla 5).

Tabla 4. Características sociodemográficas y consumo de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según la droga principal que motiva el tratamiento. España, 2023.

	Alcohol	Cocaína polvo	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes	Otros opioides	Metadona
Total	28.143	21.290	12.671	7.513	2.947	1.129	1.739	638	316
Tratamiento previo (%)									
Si	38,3	41,4	25,5	73,7	48,8	22,1	30,1	31,2	53,7
No	61,7	58,6	74,5	26,3	51,2	77,9	69,9	68,8	46,3
Sexo (%)									
Hombre	73,2	84,0	77,0	85,4	82,0	58,0	85,6	64,3	79,7
Mujer	26,8	16,0	23,0	14,6	18,0	42,0	14,4	35,7	20,3
Edad media (años)									
	47,4	38,6	28,7	45,7	39,5	42,3	36,6	47,1	48,1
Máximo nivel de estudios (%)									
Sin estudios	0,6	0,4	0,5	1,5	1,4	0,9	0,0	1,2	0,7
Primaria	40,1	46,9	49,5	66,6	58,0	43,8	24,1	43,7	71,3
Secundaria	46,2	45,9	44,1	28,9	36,7	41,9	50,7	40,1	25,9
Estudios Superiores	13,1	6,8	5,8	3,0	3,9	13,4	25,2	15,1	2,0
Situación laboral (%)									
Trabajando	49,4	54,2	34,2	22,7	26,9	32,9	52,7	27,9	21,8
Parado no trabajado antes	2,5	3,5	9,0	8,3	8,3	9,2	4,4	5,2	13,8
Parado habiendo trabajado antes	30,0	33,6	29,6	51,0	51,7	32,2	33,1	29,7	41,3
Otras	18,1	8,7	27,1	18,0	13,1	25,7	9,8	37,2	23,2
Español o extranjero (%)									
Español	81,8	88,7	83,7	86,4	83,3	85,1	74,0	81,3	83,8
Extranjero	18,2	11,3	16,3	13,6	16,7	14,9	26,0	18,7	16,2
Fuente de referencia principal (%)									
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	2,2	3,0	1,5	11,1	4,8	1,7	4,9	7,1	16,8
Médico general, Atención Primaria de Salud	28,1	16,1	16,3	5,1	12,1	28,3	16,3	28,7	7,1
Hospitales u otros servicios de salud	15,0	7,3	12,7	3,2	7,0	20,5	14,7	19,9	4,8
Servicios Sociales	4,9	3,4	9,4	2,5	4,3	4,8	3,5	1,4	2,9
Prisión, centro de reforma o de internamiento para menores	1,2	3,6	4,6	10,2	6,7	4,5	3,1	2,2	7,7
Servicios legales o policiales	1,7	4,3	10,4	3,4	5,5	2,0	5,3	1,1	1,6
Empresas o empleador	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Familiares y amigos	10,6	13,4	12,1	6,2	10,8	9,1	8,8	4,8	3,5
Iniciativa propia	34,9	47,9	30,0	57,7	48,0	28,2	41,4	33,5	55,2
Servicios de educación	0,5	0,3	1,7	0,1	0,2	0,6	0,3	0,5	0,0
Otra	0,6	0,5	1,2	0,6	0,5	0,3	1,5	0,6	0,3
Número de hijos									
	1,2	1,0	0,5	1,1	1,1	1,0	0,4	1,1	1,1
Convivencia más prolongada en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Solo/a	23,2	16,3	12,3	24,4	20,8	21,2	25,8	19,1	21,1
Únicamente con pareja	16,9	13,3	8,6	11,7	10,4	14,0	13,7	20,3	19,4
Únicamente con hijos/as	5,2	3,1	1,9	2,0	2,0	6,7	1,6	6,1	2,8
Con la pareja e hijos/as	22,8	22,5	11,7	11,8	10,1	13,8	6,9	22,8	14,2
Con padres o familia origen	22,7	35,1	50,4	28,8	35,9	30,6	31,6	21,6	24,9
Con amigos/as	4,0	3,6	4,4	5,7	6,2	5,1	13,2	5,1	4,5
Detenido (ej. centro penitenciario, centro de inserción social)	1,2	3,8	3,4	10,5	8,4	3,7	3,6	1,5	5,5
En instituciones no detenido (ej. albergue)	3,1	1,6	6,2	4,0	4,2	4,4	2,8	2,7	6,6
Otros	0,9	0,6	0,9	1,3	2,0	0,5	0,7	0,8	1,0

	Alcohol	Cocaína polvo	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes	Otros opioides	Metadona
Alojamiento principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Casas, pisos, apartamentos	92,4	92,1	89,0	72,9	77,9	88,3	89,2	89,8	76,5
Prisiones, centros de reforma o internamiento de menores	1,4	4,3	3,9	12,9	9,2	3,8	4,2	2,1	11,1
Otras instituciones	2,4	1,3	4,2	3,2	3,2	2,7	1,9	2,4	4,9
Pensiones, hoteles, hostales	0,4	0,3	0,3	0,6	0,6	0,6	0,5	1,0	1,6
Alojamientos inestables/precarios	2,9	1,7	1,9	8,8	7,3	3,9	3,9	3,9	4,2
Otros lugares	0,5	0,3	0,7	1,6	1,9	0,6	0,3	0,8	1,6
Otras sustancias psicoactivas consumidas en los últimos 30 días (%)									
Opioides	3,1	2,2	2,8	9,6	16,9	8,5	2,0	14,3	27,1
Cocaína	67,6	0,5	43,6	43,8	5,6	32,4	27,1	33,3	31,6
Estimulantes sin cocaína	5,4	6,2	12,3	1,9	4,7	13,1	19,2	5,8	1,3
Hipnosedantes	6,0	4,9	8,8	11,5	12,8	0,0	24,7	27,0	9,7
Alucinógenos	0,8	1,1	2,4	0,4	0,7	1,2	7,9	0,0	1,3
Sustancias Volátiles	0,1	0,1	0,6	0,1	0,1	0,5	2,7	0,5	0,0
Cannabis	49,0	48,9	0,0	54,7	64,1	51,9	38,0	40,2	49,7
Alcohol	0,0	71,8	67,8	33,1	49,6	47,9	40,2	28,0	41,3
Otras sustancias psicoactivas*	0,4	0,4	1,2	0,1	0,3	0,9	1,1	1,6	0,0
Edad de inicio droga principal	18,4	20,9	15,9	22,7	21,9	29,5	26,3	35,8	29,6
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Todos los días	57,8	25,8	70,6	56,2	43,8	79,8	24,4	76,0	86,6
4-6 días a la semana	7,5	12,9	5,0	5,3	11,1	3,1	11,4	3,3	2,0
2-3 días a la semana	11,7	24,5	5,6	6,4	16,1	4,5	23,2	4,2	1,0
1 día a la semana	3,9	8,7	1,5	2,0	6,0	1,5	10,4	1,1	0,3
Menos de 1 día a la semana	4,6	10,5	3,0	3,1	6,4	2,5	14,4	1,1	1,0
No consumió	14,5	17,7	14,2	27,0	16,6	8,5	16,2	14,2	9,1
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Oral	99,5	4,3	1,4	1,0	0,4	97,6	17,6	61,1	86,7
Pulmonar o fumada	0,4	0,4	97,8	83,9	96,4	1,2	17,5	16,4	7,8
Intranasal o esnifada	0,1	94,0	0,5	5,3	2,0	0,8	51,1	3,5	5,2
Parenteral o intravenosa	0,0	0,6	0,0	9,0	0,3	0,1	13,4	6,1	0,3
Otras	0,1	0,7	0,2	0,7	0,8	0,4	0,4	12,9	0,0
Se inyectó drogas (%)									
Alguna vez en la vida	2,1	2,5	1,4	35,4	8,7	3,4	23,4	19,4	49,2
Últimos 12 meses	0,3	1,0	0,3	10,9	1,8	0,8	19,7	8,2	7,3
Últimos 30 días	0,1	0,7	0,1	7,6	1,0	0,4	14,2	6,7	4,2
Prevalencia mínima VIH (%)	0,9	1,2	0,9	7,6	2,2	3,8	19,8	4,2	10,4
Prevalencia máxima VIH (%)	2,7	3,8	4,0	15,9	5,5	12,1	38,8	12,2	26,2
Prev. mínima Hepatitis C (%)	1,3	1,0	0,8	14,6	3,0	2,3	8,2	6,4	13,9
Prev. máxima Hepatitis C (%)	4,1	3,4	3,7	31,0	7,9	7,7	17,9	19,7	33,8
Prev. mínima Hepatitis B (%)	0,4	0,2	0,2	0,9	0,3	0,8	0,5	0,0	1,9
Prev. máxima Hepatitis B (%)	1,7	1,2	1,2	3,0	1,0	3,8	1,8	0,0	6,7

* Estimulantes sin 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% o el sumatorio puede no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables y al redondeo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

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 2023, tener un alojamiento precario o inestable fue más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína (8,8%) o por cocaína base (7,3%) que entre los admitidos por cannabis (1,9%) o cocaína polvo (1,7%) (tabla 4). También es más frecuente tener un alojamiento precario entre las mujeres admitidas a tratamiento por heroína (9,8%), cocaína polvo (2,2%) y cocaína base (7,9%) que entre los hombres (8,6%, 1,6% y 7,1% respectivamente) (tabla 5).

En 2023, 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 he-

roína (26,3%) que entre los admitidos por alcohol (61,7%), cocaína polvo (58,6%), cannabis (74,5%) o hipnosedantes (77,9%) (tabla 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 estimulantes sin cocaína 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 62,8% y entre los hombres 61,3%, como por cocaína polvo, donde la proporción de primeras admisiones entre las mujeres es del 62,7% y entre los hombres 57,9%; siendo también mayor la proporción de primeras admisiones por cannabis entre las mujeres (77,4%) que entre los hombres (73,6%) y de hipnosedantes (79,2% entre las mujeres frente a 77,0% entre los hombres) (tabla 5).

Tabla 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, 2023.

	Alcohol		Cocaína polvo		Cannabis		Heroína		Cocaína base		Hipnosedantes		Estimulantes sin cocaína	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Total	20.599	7.544	17.888	3.402	9.751	2.920	6.419	1.094	2.418	529	655	474	1.488	251
Tratamiento previo (%)														
Si	38,7	37,2	42,1	37,3	26,4	22,6	74,0	72,2	48,8	48,9	23,0	20,8	29,5	33,2
No	61,3	62,8	57,9	62,7	73,6	77,4	26,0	27,8	51,2	51,1	77,0	79,2	70,5	66,8
Edad media (años)														
	47,3	47,7	38,5	39,3	28,9	28,3	46,0	43,9	39,7	38,4	38,8	47,1	36,8	35,4
Máximo nivel de estudios (%)														
Sin estudios	0,6	0,4	0,4	0,6	0,6	0,2	1,4	1,8	1,4	1,6	1,0	0,9	0,0	0,0
Primaria	43,5	30,7	47,8	42,3	50,9	45,0	67,8	59,7	59,4	51,7	48,7	37,0	22,7	32,5
Secundaria	45,4	48,5	45,6	47,5	43,3	47,1	27,9	34,9	35,6	41,3	38,2	47,0	50,1	54,7
Estudios superiores	10,5	20,4	6,2	9,6	5,2	7,6	2,9	3,7	3,6	5,5	12,1	15,1	27,3	12,8
Situación laboral (%)														
Trabajando	50,8	45,7	56,7	40,8	35,6	29,6	23,6	17,1	28,5	19,4	32,1	34,1	55,7	35,3
Parado, no habiendo trabajado antes	2,3	3,2	3,3	5,0	9,3	8,2	7,9	10,8	7,8	10,4	10,7	7,1	3,6	8,8
Parado, habiendo trabajado antes	29,0	32,6	32,0	42,1	29,1	31,4	50,5	53,8	50,4	57,8	34,4	29,2	32,1	38,6
Otras situaciones	18,0	18,4	8,0	12,1	26,0	30,8	18,0	18,4	13,3	12,4	22,8	29,6	8,5	17,3
Español o extranjero (%)														
Español	82,8	78,9	89,2	86,2	82,3	88,4	86,2	87,7	83,0	84,8	82,1	89,2	72,7	81,5
Extranjero	17,2	21,1	10,8	13,8	17,7	11,6	13,8	12,3	17,0	15,2	17,9	10,8	27,3	18,5
Fuente de referencia principal (%)														
Otro servicio de tratamiento de drogodependencias	2,1	2,4	2,9	3,9	1,6	1,2	10,8	13,4	4,8	5,0	2,0	1,3	4,4	7,6
Médico general o Atención Primaria	28,6	26,9	16,3	15,2	17,0	14,0	5,0	5,4	12,0	12,5	25,9	31,6	16,6	14,4
Hospitales u otros servicios de salud	13,9	17,9	6,6	11,0	11,7	16,1	3,0	4,1	5,5	14,0	16,7	25,8	13,9	19,2
Servicios Sociales	4,3	6,6	2,4	9,0	7,7	15,0	2,2	4,2	3,3	8,7	5,1	4,3	3,1	5,6
Centro penitenciario, de reforma o internamiento menores	1,6	0,3	4,0	1,8	5,3	2,3	10,9	6,2	7,5	3,3	7,1	0,9	3,1	3,6

	Alcohol		Cocaína polvo		Cannabis		Heroína		Cocaína base		Hipnosedantes		Estimulantes sin cocaína	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Servicios legales o policiales	2,0	0,9	4,5	3,3	11,5	6,8	3,6	1,9	5,8	4,0	3,2	0,2	5,0	7,2
Empresa o empleador	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0
Familiares o amigos/as	11,2	9,1	14,0	10,3	12,7	10,3	6,0	7,0	10,8	10,6	8,6	9,7	8,4	11,2
Iniciativa propia	35,1	34,3	48,6	44,0	29,8	30,7	57,8	56,9	49,5	41,3	30,2	25,3	43,2	30,8
Servicios de educación	0,4	0,7	0,3	0,6	1,6	2,0	0,1	0,2	0,2	0,4	0,8	0,4	0,3	0,4
Otra	0,6	0,6	0,4	0,9	1,2	1,3	0,5	0,7	0,6	0,2	0,3	0,2	1,8	0,0
Número de hijos	1,2	1,3	1,0	1,3	0,5	0,7	1,1	1,5	1,0	1,3	0,8	1,4	0,3	0,7
Convivencia más prolongada en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)														
Solo/a	23,5	22,3	16,4	15,6	12,5	11,6	25,2	19,5	21,2	19,1	21,3	21,0	26,8	20,0
Únicamente con pareja	16,2	18,8	13,1	14,1	7,7	11,8	9,8	22,4	9,4	15,4	12,6	15,9	13,4	15,5
Únicamente con hijos/as	2,4	13,0	1,4	12,7	0,8	5,7	1,2	6,3	0,9	7,1	1,9	13,5	0,6	7,3
Con la pareja e hijos/as	23,9	19,8	23,5	17,0	12,1	10,4	12,2	9,0	11,0	5,7	10,3	18,8	6,8	7,3
Con padres o familia de origen	24,6	17,5	36,1	29,6	50,9	48,6	30,1	20,8	36,9	31,7	36,6	22,1	31,1	34,7
Con amigos/as	3,9	4,3	3,4	5,2	4,5	4,2	5,4	7,1	5,8	7,9	6,2	3,5	14,3	6,9
Detenido (Ej. Centro penitenciario o inserción social)	1,6	0,3	4,2	1,8	4,1	1,3	11,0	7,4	9,0	5,5	5,0	1,8	3,7	2,9
En instituciones, no detenido (Ej. albergue)	3,2	3,1	1,3	2,9	6,4	5,5	3,7	5,8	3,9	5,5	5,3	3,1	2,5	4,9
Otros	0,8	1,0	0,5	1,1	0,9	1,0	1,3	1,6	1,9	2,2	0,8	0,2	0,8	0,4
Alojamiento principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)														
Casas, pisos, apartamentos	91,6	94,8	92,0	93,0	88,0	92,3	72,7	74,0	77,4	80,0	84,0	94,2	89,8	85,3
Prisión, centro de reforma o de internamiento para menores	1,7	,4	4,7	1,9	4,6	1,6	13,6	8,8	9,9	5,8	5,5	1,5	4,3	3,6
Otras instituciones	2,4	2,4	1,1	2,2	4,4	3,8	2,9	4,9	3,1	3,6	3,2	1,9	1,7	3,2
Pensiones, hoteles, hostales	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,6	0,4	0,5	1,2	0,8	0,4	0,5	0,4
Alojamiento inestable/ precarios	3,3	1,7	1,6	2,2	2,0	1,6	8,6	9,8	7,1	7,9	5,5	1,7	3,3	7,6
Otros lugares	0,6	0,4	0,3	0,3	0,7	0,6	1,5	2,1	2,0	1,5	0,9	0,2	0,3	0,0
Otras sustancias psicoactivas consumidas en los últimos 30 días (%)														
Opioides	3,1	3,1	2,0	3,3	3,0	2,0	9,3	11,5	16,8	17,5	9,0	7,0	2,0	1,6
Cocaína	69,5	59,6	,5	,5	44,6	39,1	42,9	49,6	6,0	3,0	34,1	27,8	26,9	28,5
Estimulantes sin cocaína	5,0	6,8	6,2	6,1	11,9	14,3	1,8	2,3	4,9	3,8	14,8	8,7	20,9	8,1
Hipnosedantes	5,0	9,9	4,6	6,7	8,8	8,7	11,5	11,7	13,1	11,0	0,0	0,0	27,7	5,7
Alucinógenos	0,7	1,0	1,1	1,2	1,9	4,0	0,4	0,4	0,7	0,8	1,3	0,9	8,9	1,6
Sustancias Volátiles	0,1	0,3	0,1	0,4	0,5	0,9	0,1	0,0	0,1	0,0	0,3	0,9	3,0	0,8
Cannabis	49,7	45,9	49,4	46,1	0,0	0,0	55,7	49,0	64,7	60,5	57,9	35,7	36,5	47,2
Alcohol	0,0	0,0	72,5	67,4	68,5	64,9	34,1	26,8	50,1	46,4	45,3	54,8	36,5	64,2
Otras sustancias psicoactivas	0,3	0,5	0,5	0,2	1,4	0,4	0,1	0,0	0,3	0,4	1,0	0,9	1,3	0,0
Edad de inicio droga principal														
	17,4	20,9	20,5	23,2	15,7	16,5	22,4	24,3	21,5	23,9	27,6	32,2	27,0	22,4
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)														
Todos los días	59,2	54,0	26,0	24,6	71,0	69,1	56,2	55,7	44,2	42,0	77,7	82,8	22,6	34,7
4-6 días a la semana	7,1	8,5	13,1	11,6	4,9	5,4	5,3	4,9	11,0	11,9	3,3	2,8	10,9	14,3
2-3 días a la semana	11,3	12,9	24,6	23,7	5,6	5,6	6,5	5,8	16,0	16,6	5,2	3,7	24,0	18,4
1 día a la semana	3,7	4,4	8,7	8,8	1,5	1,5	2,0	2,0	5,9	6,4	1,6	1,3	11,0	6,9
Menos de 1 día a la semana	4,2	5,8	10,3	11,3	3,0	3,2	3,2	2,7	6,3	6,7	3,4	1,3	15,6	7,3
No consumió	14,5	14,3	17,2	20,0	13,9	15,1	26,7	28,8	16,6	16,4	8,9	8,0	15,8	18,4

	Alcohol		Cocaína polvo		Cannabis		Heroína		Cocaína base		Hipnosedantes		Estimulantes sin cocaína	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)														
Oral	99,5	99,4	4,4	3,8	1,5	1,2	1,1	0,9	0,3	0,6	96,3	99,4	16,7	23,2
Pulmonar o fumada	0,4	0,4	0,5	0,2	97,7	98,3	84,0	83,8	96,7	95,4	2,0	0,0	18,3	12,6
Intranasal o esnifada	0,1	0,1	93,8	94,7	0,6	0,4	5,0	6,9	1,8	2,8	0,9	0,6	49,0	63,4
Parenteral o intravenosa	0,0	0,0	0,6	0,5	0,0	0,0	9,2	7,9	0,4	0,0	0,2	0,0	15,5	0,8
Otras	0,0	0,1	0,7	0,7	0,2	0,1	0,8	0,5	0,8	1,1	0,6	0,0	0,4	0,0
Se inyectó drogas (%)														
Alguna vez en la vida	2,3	1,6	2,6	2,3	1,5	1,2	36,1	31,2	9,1	6,8	5,3	0,9	26,4	4,5
Últimos 12 meses	0,4	0,2	1,0	1,0	0,3	0,3	11,5	7,3	1,9	1,1	1,4	0,0	22,5	2,7
Últimos 30 días	0,2	0,1	0,7	0,6	0,1	0,1	8,1	5,1	1,2	0,4	0,7	,0	16,4	0,9
Prev. mínima VIH (%)	1,0	0,6	1,2	1,3	0,9	0,8	7,3	9,5	2,0	3,0	6,3	0,4	22,4	4,0
Prev. máxima VIH (%)	3,0	1,8	3,8	3,8	4,2	3,3	15,3	19,6	5,1	7,3	17,8	1,6	42,3	10,3
Prev. mínima Hepatitis C (%)	1,4	1,2	1,0	1,1	0,9	0,7	14,4	15,4	3,0	3,0	3,7	0,4	9,3	1,6
Prev. máxima Hepatitis C (%)	4,2	3,6	3,3	3,5	3,9	2,8	30,7	32,6	7,9	7,6	11,3	1,6	19,5	4,6
Prev. mínima Hepatitis B (%)	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,9	0,8	0,2	0,4	0,9	0,6	0,5	0,4
Prev. máxima Hepatitis B (%)	1,7	1,5	1,1	1,4	1,1	1,5	3,0	3,0	0,9	1,4	4,1	3,4	1,7	1,9
* Estimulantes sin 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% o el sumatorio puede no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables y al redondeo.														
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.														

3.2.1. ADMISIONES A TRATAMIENTO POR ABUSO O DEPENDENCIA DE HEROÍNA

El número de admitidos a tratamiento por consumo de heroína fue de 7.513 en 2023 (figura 9), un valor ligeramente inferior al del año anterior pero inferior al de 2019 (último año previo a la pandemia por Covid-19), 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 45,7 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 10,2% ha vivido los 30 días previos en prisión u otro centro de internamiento. Suelen presentar un consumo diario de la sustancia. El 56,4% refiere consumir otras sustancias, principalmente cannabis, cocaína y alcohol. La vía más frecuente de consumo es la pulmonar o fumada (tabla 4).

El 67,5% de los admitidos a tratamiento 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 (86,9%). La buprenorfina viene mostrando una mayor presencia en los tratamien-

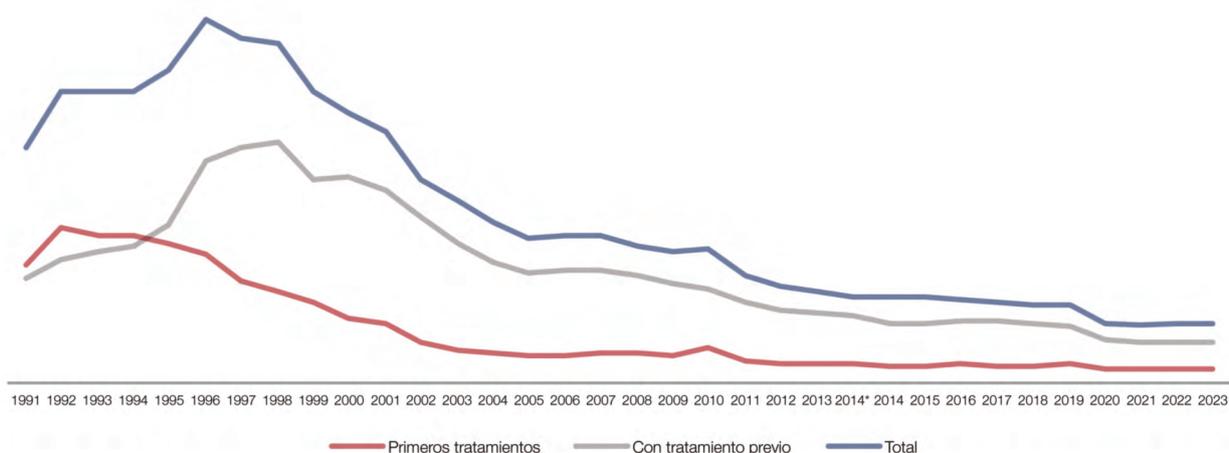
tos sustitutivos, pero a mucha distancia de la metadona, presentándose como sustancia de elección en el 12,2% de los tratamientos sustitutivos referidos en 2023.

3.2.2. 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-19, se ha producido un aumento paulatino en el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína alcanzando en 2023 24.323 casos (figura 10), de las que 21.290 son por cocaína polvo, 2.947 por cocaína base y en 86 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 des-

Figura 9. Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína. España, 1991-2023.



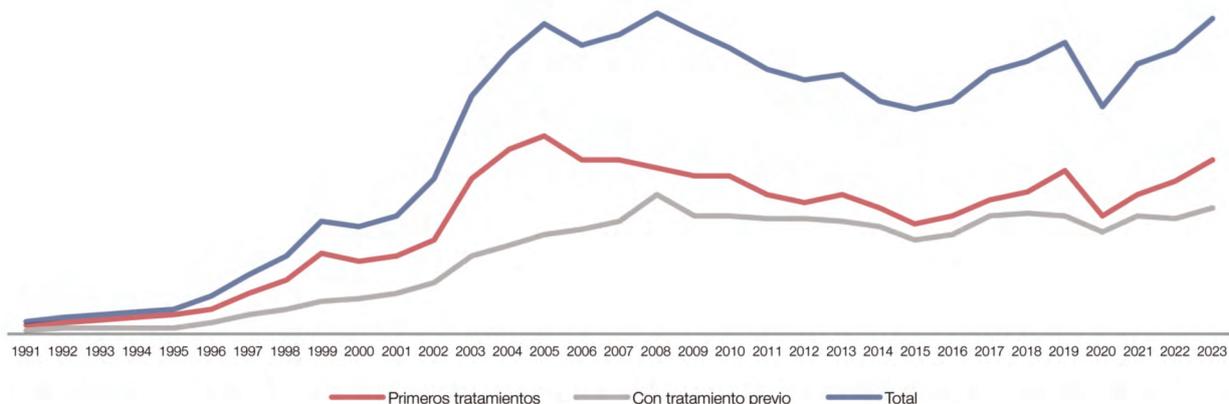
	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1991	15.277	13.296	30.146
1992	20.017	15.956	37.239
1993	18.977	16.703	37.188
1994	18.770	17.526	37.225
1995	17.878	20.369	40.007
1996	16.647	28.382	46.635
1997	12.993	30.173	44.089
1998	11.867	30.756	43.598
1999	10.473	26.031	37.417
2000	8.151	26.412	34.563
2001	7.461	24.844	32.305
2002	5.051	21.162	26.213
2003	4.337	17.867	23.225
2004	3.836	15.617	20.532
2005	3.604	14.005	18.653
2006	3.318	14.502	18.803
2007	3.672	14.331	18.904
2008	3.840	13.616	17.456
2009	3.412	12.750	16.989
2010	4.526	12.166	17.325
2011	2.951	10.391	13.898
2012	2.555	9.302	12.238
2013	2.572	8.940	11.756
2014*	2.356	8.555	10.911
2014	2.073	7.531	10.911
2015	2.202	7.713	10.978
2016	2.353	7.907	10.807
2017	2.259	7.775	10.384
2018	2.223	7.530	10.086
2019	2.384	7.177	9.904
2020	1.771	5.594	7.652
2021	1.820	5.083	7.419
2022	1.920	5.202	7.585
2023	1.862	5.224	7.513

* 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.

Figura 10. Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína (en general). España, 1998-2023.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1991	681	262	943
1992	932	367	1.299
1993	1.146	431	1.577
1994	1.265	491	1.756
1995	1.415	516	1.931
1996	1.892	932	2.824
1997	3.129	1.402	4.531
1998	4.174	1.838	6.012
1999	6.126	2.576	8.702
2000	5.499	2.773	8.272
2001	5.977	3.046	9.023
2002	7.125	3.893	11.904
2003	11.851	5.893	18.359
2004	14.126	6.747	21.646
2005	15.258	7.562	23.746
2006	13.463	8.036	22.242
2007	13.429	8.753	23.037
2008	12.847	10.786	24.680
2009	12.142	9.107	23.132
2010	12.130	9.095	22.087
2011	10.637	8.889	20.335
2012	10.142	8.855	19.497
2013	10.734	8.726	19.848
2014	9.683	8.182	17.864
2015	8.445	7.248	17.327
2016	9.052	7.678	17.889
2017	10.393	9.025	20.168
2018	10.871	9.226	20.981
2019	12.491	8.989	22.345
2020	9.092	7.744	17.490
2021	10.647	9.004	20.741
2022	11.753	8.944	21.818
2023	13.281	9.752	24.323

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.

cedente 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-19, se produjo una brusca disminución en estas admisiones, que se recuperó en 2021 y que sigue aumentando en 2023.

La cocaína se mantiene en 2023 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 87,5% del total de las admisiones por cocaína, mientras que el 12,1% son admitidos por cocaína base, mostrando ambas un perfil diferente.

El **perfil del admitido a tratamiento por cocaína** polvo es el de un varón de 38,6 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 56,9% 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 (39,5 años) que no 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 61,3% refiere consumir otras sustancias, principalmente cannabis, alcohol y opioides. El 12,7% ha recibido un tratamiento sustitutivo con opiáceos alguna vez en la vida, mayoritariamente con metadona.

3.2.3. ADMISIONES A TRATAMIENTO POR ABUSO O DEPENDENCIA DE CANNABIS

El número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis fue de 12.671 en 2023 (figura 11), dato algo superior al obtenido durante el año 2022 (12.574 admitidos a tratamiento), observándose una ligera recuperación, pero sin alcanzar las cifras de admisiones previas a la pandemia por Covid-19.

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-19 iniciada en 2020 supuso un descenso en el número de admisiones, iniciándose una recuperación en los sucesivos años. En 2023, 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 93,7% de todos los menores de 18 años que han sido admitidos a tratamiento por consumo de drogas ilegales en 2023 en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis (figura 3).

El **perfil de los admitidos a tratamiento** por cannabis es el de un varón de 28,7 años con educación primaria o secundaria, que acude por primera vez a tratamiento por esa sustancia. Acude por iniciativa propia o derivado 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 39,6% refiere consumir otras sustancias, principalmente alcohol y cocaína.

3.2.4. ADMISIONES A TRATAMIENTO POR ABUSO O DEPENDENCIA DE HIPNOSEDANTES

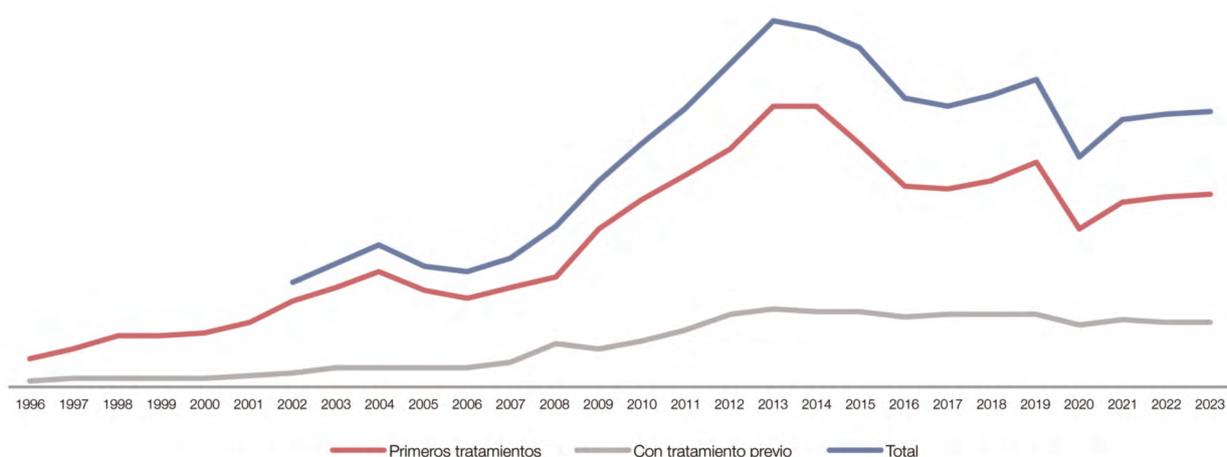
En 2023, el número de admisiones a tratamiento por consumo de hipnosedantes (tranquilizantes, sedantes o somníferos) fue de 1.129. Las admisiones por estas sustancias estaban más o menos estabilizadas en los últimos 10 años, en un rango entre 900 y 1.100 admisiones al año (figura 12). Como ocurre con 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-19.

El porcentaje de mujeres entre los admitidos a tratamiento por hipnosedantes es mucho más elevado que en el resto de sustancias, situándose en el 42,0% 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 38,8 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 y está parado. El 52,9% refiere consumir otras sustancias, principalmente cannabis, alcohol y cocaína (drogas secundarias).

Figura 11. Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1996-2023.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1996	1.300	230	-
1997	1.768	387	-
1998	2.412	407	-
1999	2.335	418	-
2000	2.487	408	-
2001	2.966	540	-
2002	3.972	665	4.772
2003	4.613	871	5.711
2004	5.319	928	6.500
2005	4.426	844	5.524
2006	4.125	941	5.304
2007	4.619	1.114	5.936
2008	5.058	2.055	7.419
2009	7.273	1.705	9.503
2010	8.639	2.101	11.192
2011	9.736	2.603	12.873
2012	10.982	3.402	14.869
2013	12.912	3.585	16.914
2014	12.968	3.510	16.478
2015	11.185	3.448	15.676
2016	9.278	3.208	13.304
2017	9.122	3.314	12.932
2018	9.485	3.386	13.459
2019	10.372	3.306	14.202
2020	7.334	2.893	10.587
2021	8.529	3.160	12.350
2022	8.803	3.003	12.574
2023	8.869	3.039	12.671

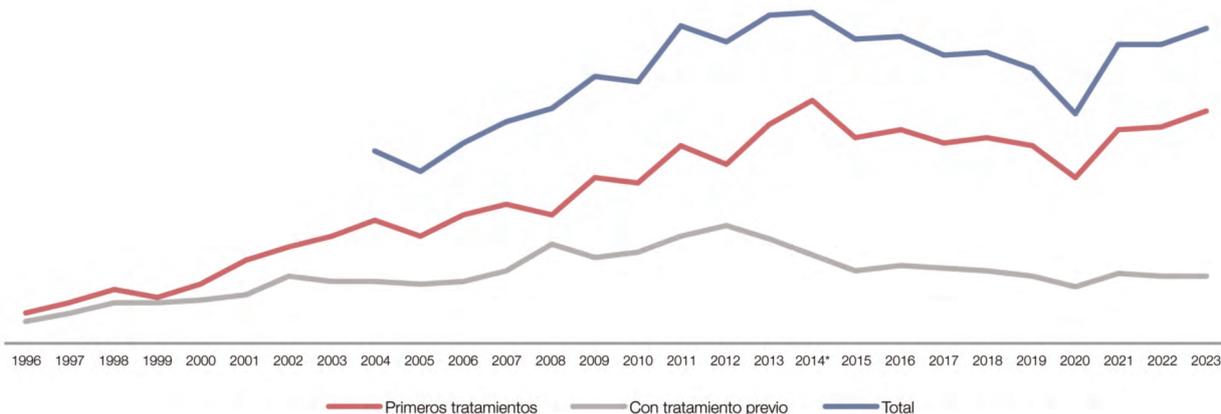
Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En el caso de las **mujeres**, se trata de una mujer de 47,1 años, con estudios secundarios, que acude por primera vez a tratamiento, referida por el médico de Atención Primaria o por iniciativa propia, que vive con sus padres o familia de

origen o sola y está parada, aunque es remarkable que el 5,1% se dedica a las tareas del hogar. La mayoría no consume otras sustancias (70,0%), entre las mujeres que además de los hipnosedantes consumen otras sustancias, éstas son el alcohol y cannabis.

Figura 12. Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes. España, 1996-2023.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1996	109	77	-
1997	144	111	-
1998	197	143	-
1999	165	147	-
2000	214	154	-
2001	299	170	-
2002	350	242	-
2003	382	225	-
2004	441	224	693
2005	383	209	618
2006	466	223	717
2007	503	261	795
2008	463	352	845
2009	598	312	963
2010	580	323	944
2011	709	386	1.143
2012	648	421	1.083
2013	787	374	1.175
2014*	871	321	1.192
2015	742	256	1.098
2016	772	282	1.105
2017	721	269	1.032
2018	744	261	1.050
2019	715	242	992
2020	595	201	824
2021	768	252	1.077
2022	775	246	1.079
2023	837	237	1.129

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

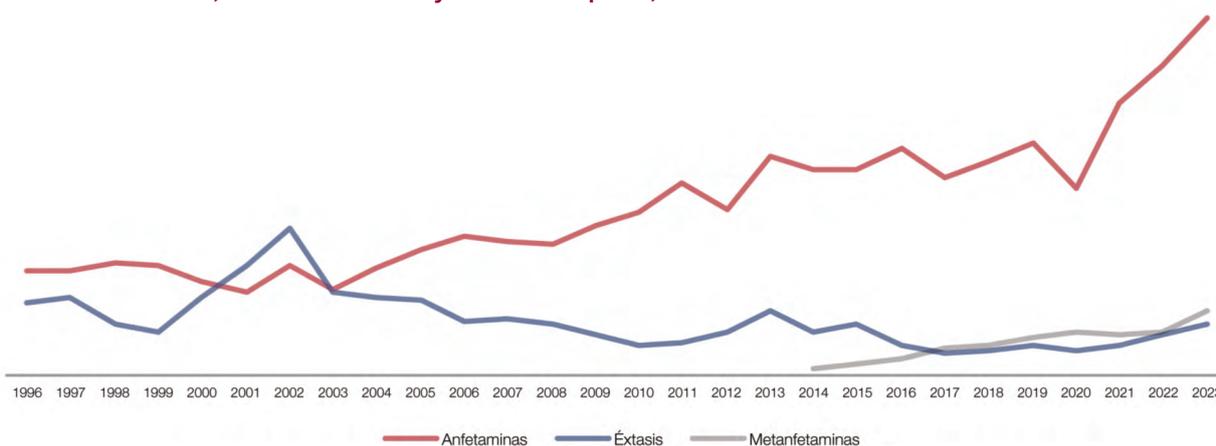
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

3.2.5. 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 2023 el 3,6% 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 13. Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de estimulantes distintos de la cocaína: anfetaminas, metanfetaminas y éxtasis. España, 1998-2023.



	Anfetaminas	Éxtasis	Metanfetaminas
1996	319	226	-
1997	323	237	-
1998	347	154	-
1999	339	135	-
2000	288	240	-
2001	255	335	-
2002	342	452	-
2003	266	254	-
2004	330	236	-
2005	386	229	-
2006	426	165	-
2007	415	172	-
2008	400	155	-
2009	461	127	-
2010	501	93	-
2011	595	102	-
2012	512	134	-
2013	671	201	-
2014	635	133	20
2015	636	157	38
2016	699	89	55
2017	608	68	81
2018	662	72	93
2019	716	96	119
2020	580	72	129
2021	837	91	127
2022	951	122	131
2023	1.105	158	196

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 13). Las admisiones a tratamiento por anfetaminas muestran un importante incremento respecto a años anteriores. Los admitidos a tratamiento por éxtasis aumentan ligeramente respecto a años anteriores situándose en niveles similares a 2015.

El **perfil de los admitidos a tratamiento por anfetaminas** se mantiene como en años previos: varón de 37,5 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. El 57,7% refieren consumir también alcohol, cannabis y/o cocaína.

El **perfil de los admitidos a tratamiento por metanfetamina** es el de un varón de 37,3 años que acude por primera vez a tratamiento, con educación secundaria, trabajando, 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 78,1% refiere consumir otras sustancias, principalmente hipnosedantes y alcohol.

El **perfil de los admitidos a tratamiento por éxtasis** es el de un varón de 28,9 años que acude por primera vez a

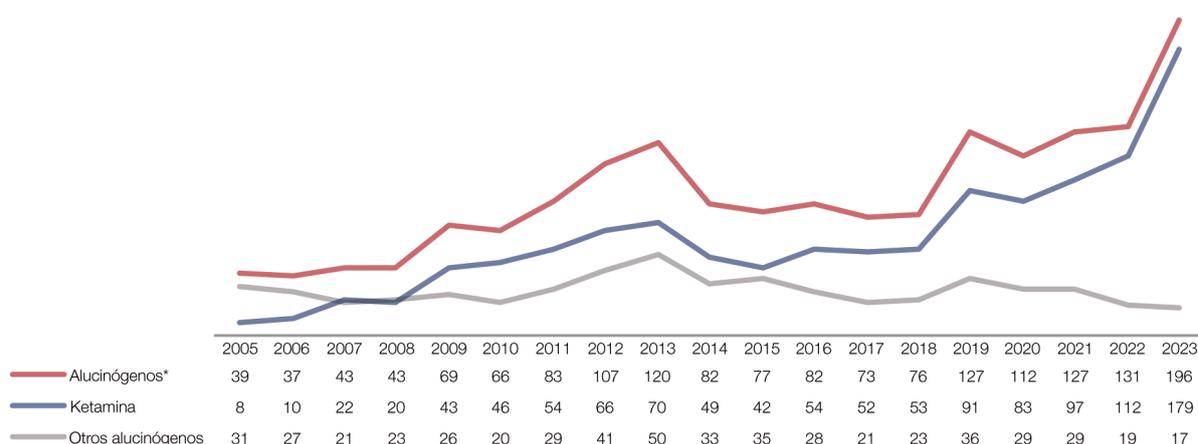
tratamiento, con educación secundaria, trabajando, acude a tratamiento por iniciativa propia y vive con su familia de origen. Llegan a tratamiento consumiendo de dos a tres días a la semana, por vía oral. El 70,3% refieren consumir también otras sustancias, principalmente cannabis y alcohol.

3.2.6. 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 en 2012, 2013, 2019, 2020, 2021 y 2022. En 2023 vuelve a superar los 100 casos, notificándose 196 casos, de ellos el 91,3% son por ketamina, que es la responsable de 179 admisiones en 2023 (figura 14).

El **perfil de los admitidos a tratamiento por alucinógenos** es el de un varón de 31,3 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 73,4% refiere consumir también, cannabis, cocaína y alcohol.

Figura 14. Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alucinógenos (ketamina u otros alucinógenos). España, 2005-2023.



* Alucinógenos incluye ketamina y otros alucinógenos.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

3.2.7. 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 ca-

tegorías genéricas o inespecíficas que, en parte, justifican la tendencia ascendente que se aprecia en la figura 15.

La evolución del número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas no tradicionales en España entre 2014 y 2023 refleja un patrón creciente de diversificación del consumo de sustancias. Aunque las drogas clásicas como el alcohol, la cocaína y la heroína siguen generando admisiones a tratamiento, estas nuevas sustancias psicoactivas representan un reto adicional para los servicios de salud y prevención.

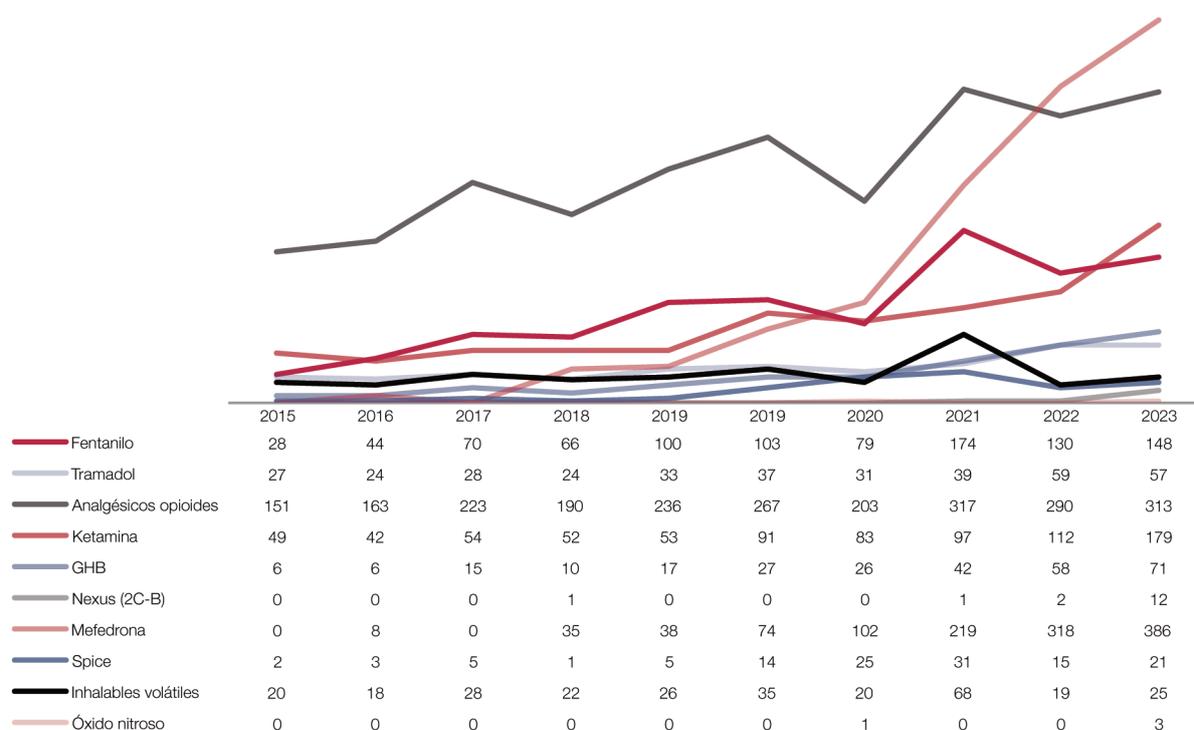
Los **analgésicos opioides**, que incluyen fármacos como la oxicodona o la morfina, muestran un crecimiento sostenido. Pasaron de 151 admisiones en 2014 a 313 en 2023, con un incremento especialmente significativo entre 2018 y 2021. El caso del **fantanilo**, un opioide sintético de alta potencia, es particularmente notable, aunque todavía en números poco elevados. Las admisiones relacionadas con esta sustancia se quintuplicaron en el periodo: de 28 en 2014 a 148 en 2023, con un repunte en 2021 (174). El **tramadol**, otro opioide con uso médico extendido, presenta

una evolución más estable, con cifras moderadas pero persistentes: alrededor de 24–59 admisiones anuales. La **ketamina**, anestésico disociativo con uso recreativo, especialmente en contextos de fiesta, ha incrementado significativamente sus cifras de tratamiento: de 49 casos en 2014 a 179 en 2023. El **GHB** muestra también una curva ascendente: de tan sólo 6 admisiones en 2014 a 71 en 2023, con repuntes notables desde 2020. Su presencia en entornos de chemsex y consumo combinado agrava su peligrosidad.

La **mefedrona** es, sin duda, el fenómeno más llamativo de la tabla. De 0 admisiones en 2014, pasó a 386 en 2023, con un crecimiento especialmente en alza desde 2019. Este patrón sugiere un cambio en la disponibilidad, consumo y potencial adictivo percibido de esta sustancia.

Los datos muestran una diversificación del patrón de consumo en España, con mayor presencia de drogas sintéticas, psicodélicas y opioides de prescripción médica. Este aumento en la proporción de personas que requieren tratamiento por nuevas sustancias psicoactivas implica nuevas demandas clínicas y terapéuticas.

Figura 15. Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de diferentes sustancias como droga principal. España, 2014-2023.



FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

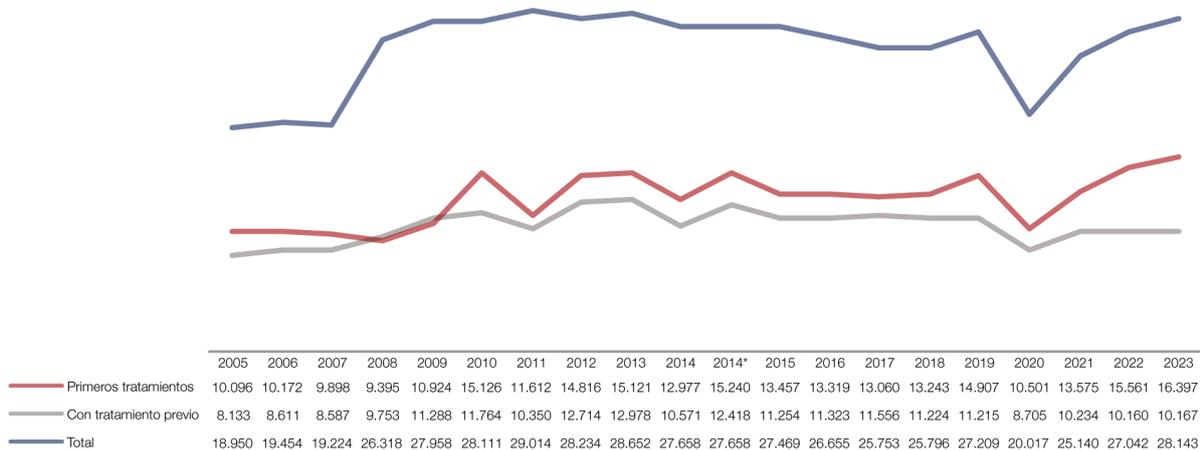
3.2.8. ADMISIONES A TRATAMIENTO POR ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL

En 2023, el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol fue de 28.143 (figura 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.

El alcohol es responsable, en 2023, del 36,7% 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 47,4 años que vive solo o con su familia propia (pareja y/o hijos) o de origen, que acude por iniciativa propia o derivado por su médico de cabecera y que consume alcohol todos los días. La mayoría (67,9%) no consume otras drogas. Entre los que sí consumen otras sustancias, destaca el uso de cocaína y cannabis (drogas secundarias).

Figura 16. Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol. España, 2005-2023.



Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

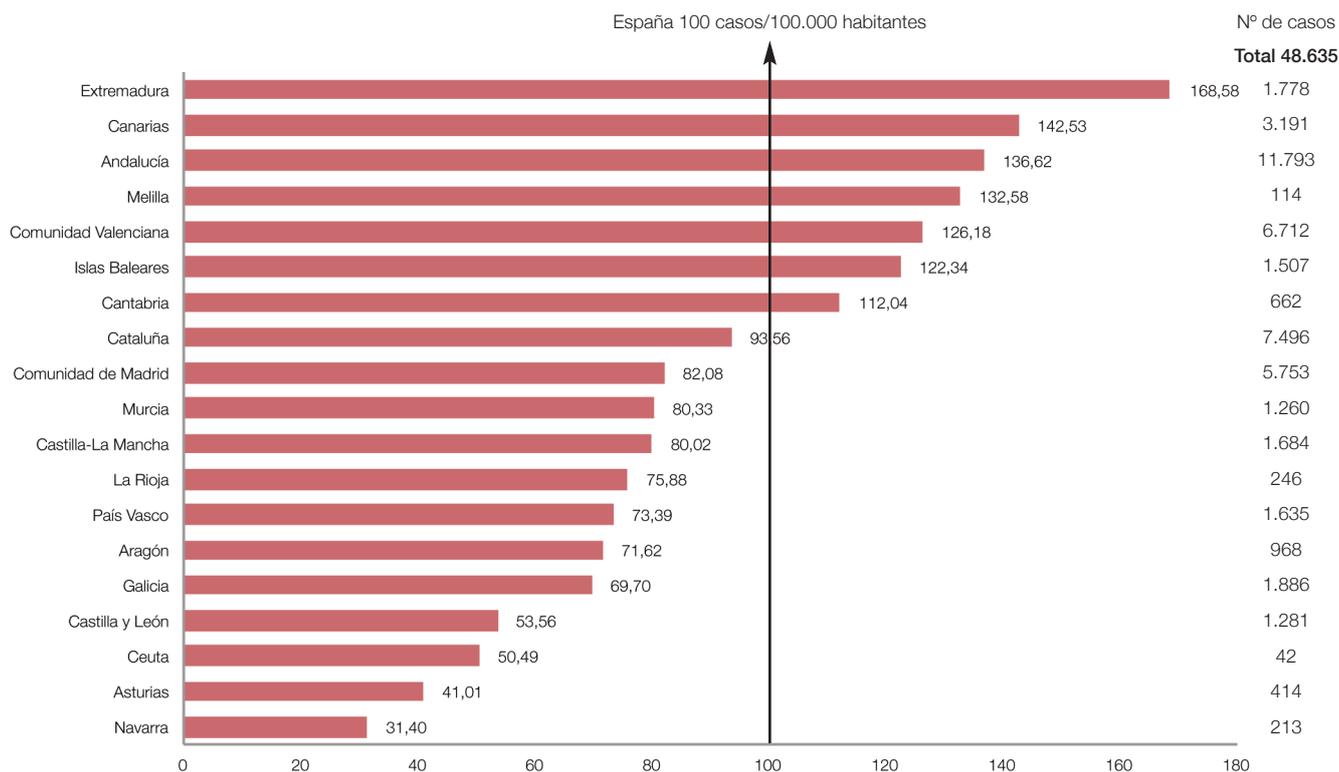
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

3.3. 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 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 17. Número de casos y tasas por 100.000 habitantes de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según comunidad/ciudad autónoma. España, 2023.



Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2023.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

2.2

Indicador Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas, 1987-2023

1. 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.

2. 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 2023, notificaron al indicador 16 de las 19 CCAA (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 **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; 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 Drogas.

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 presentaran datos sin estos episodios y en la segunda parte del capítulo se analizaran las urgencias con estos episodios incorporados.

3. RESULTADOS

En 2023 se notificaron al indicador 7.974 episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga (tabla 1).

En la figura 1 se muestra la evolución desde 1996 de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas según el tipo de droga.

En 2023, de los 7.974 episodios de urgencias relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas, las sustancias que más presencia tienen son la cocaína que se relacionó con el 49,1% los episodios de urgencia y el cannabis, que se relaciona con el 46,3% 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 1).

La situación de pandemia vivida en el país a raíz del Covid-19 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 se produjo un leve aumento del peso de la cocaína y el alcohol. En 2023 se observa un aumento de los episodios de urgencias por cocaína, cannabis e hipnosedantes, así como una disminución de los episodios por alcohol.

En las tablas 2, 3 y 4 se muestran algunas características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas en 2023 y a lo largo de la serie histórica.

La proporción de **mujeres** ha venido mostrando cierta tendencia ascendente. En 2022 alcanzó su proporción más alta, con un el 32,2% de las urgencias (tabla 2); sin embargo, en 2023 disminuye hasta el 28.0%.

Se aprecia una tendencia ascendente de la **edad media** de las personas atendidas en urgencias, pasando de 30,3 años (2000) a 36,3 años (2023). El análisis por sustancias muestra que aquellos que acuden a urgencias por el consumo de opioides, hipnosedantes y cocaína tienen una edad más avanzada, mientras que los que acuden por consumo de éxtasis, anfetaminas y cannabis son más jóvenes (tabla 3).

Tabla 1. Número de episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas y porcentaje según tipo de droga. España, 1996-2023.

	Nº de episodios	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Hipnóticos y sedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opiodes	MDMA y derivados	Alucinógenos	Inhalables volátiles
1996	2.585	19,9	12,4	6,2	23,6	56,1	2,2	13,5	1,3	2,1	0,2
1997	1.932	25,0	15,2	6,6	18,9	50,9	2,9	17,4	2,2	1,8	0,1
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
2023	7.974	49,1	42,2	46,3	31,5	5,0	7,0	7,7	4,0	2,1	0,5

* El alcohol y los hipnosedantes sólo se registran cuando aparece acompañados de otra sustancia

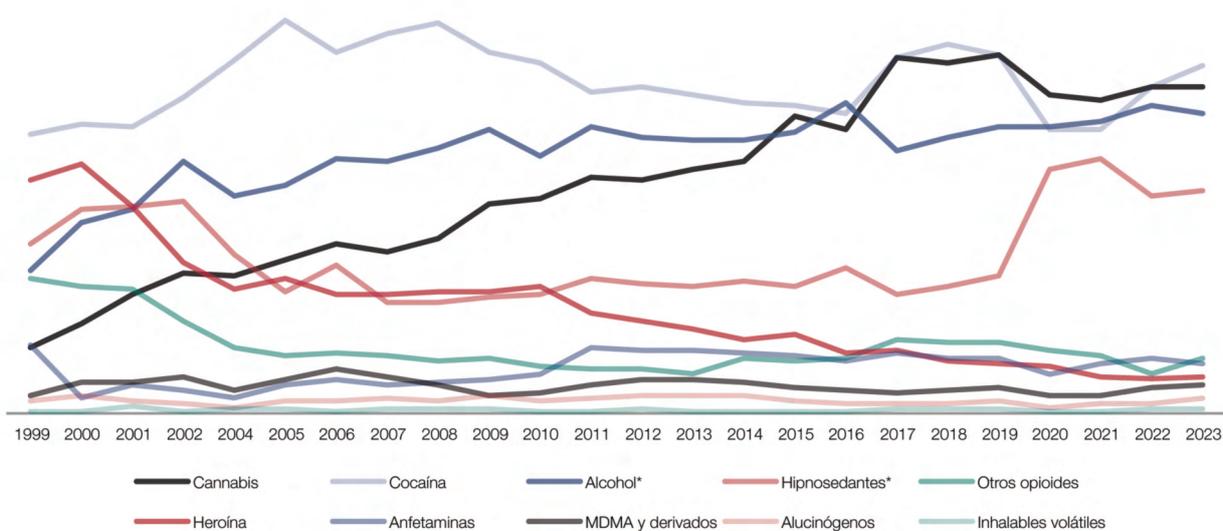
FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactiva

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 (75,6% en 2023).

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 8,3% en 2000 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 el 2023 en el 12,7%. 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 heroína u otros opiodes.

Figura 1. Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según el tipo de droga. España* 1999-2023.



	Cannabis	Cocaína	Alcohol*	Hipnosedantes*	Otros opioides	Heroína	Anfetaminas	MDMA y der.	Alucinógenos	Inhalables volátiles
1999	9,3	39,4	20,0	23,8	18,9	33,0	9,8	2,4	1,7	0,1
2000	12,8	40,9	26,8	28,9	18,0	35,3	2,2	4,5	2,7	0,3
2001	16,9	40,5	29,0	29,2	17,4	29,2	4,2	4,4	1,9	0,9
2002	19,9	44,7	35,4	30,1	13,1	21,4	3,4	5,3	1,3	0,2
2004	19,3	50,0	30,7	22,3	9,1	17,5	2,3	3,2	0,8	0,6
2005	21,7	55,5	32,3	17,0	8,3	19,0	4,2	4,7	1,7	0,5
2006	23,9	51,1	36,0	21,0	8,5	16,9	4,7	6,4	1,7	0,4
2007	22,9	53,8	35,7	15,8	8,1	16,9	4,2	5,0	2,0	0,5
2008	24,7	55,1	37,3	15,6	7,5	17,2	4,4	4,2	1,6	0,5
2009	29,5	51,1	40,2	16,5	7,6	17,1	4,6	2,4	2,6	0,5
2010	30,5	49,5	36,3	16,7	6,7	17,8	5,5	2,9	1,7	0,4
2011	33,3	45,2	40,4	18,9	6,2	14,2	9,2	3,9	2,1	0,3
2012	33,0	46,0	39,0	18,3	6,1	13,0	8,9	4,6	2,5	0,5
2013	34,6	44,9	38,7	17,8	5,7	11,9	9,0	4,8	2,6	0,4
2014	35,5	43,7	38,7	18,5	7,6	10,3	8,6	4,5	2,5	0,3
2015	42,1	43,4	39,7	18,0	7,4	11,2	8,0	3,7	1,6	0,3
2016	40,1	42,5	43,9	20,5	7,7	8,6	7,5	3,2	1,5	0,3
2017	50,3	50,2	37,1	16,9	10,3	9,0	8,7	2,8	1,5	0,5
2018	49,4	52,0	39,0	17,9	10,1	7,4	7,6	3,4	1,4	0,5
2019	50,6	50,7	40,3	19,5	9,9	7,0	7,8	3,8	1,8	0,5
2020	44,9	39,9	40,6	34,6	8,9	6,7	5,7	2,6	0,8	0,4
2021	44,4	40,2	41,3	35,8	8,1	5,0	7,2	2,7	1,3	0,2
2022	46,2	46,1	43,4	30,7	5,6	4,9	7,7	3,8	1,4	0,5
2023	46,3	49,1	42,2	31,5	7,7	5,0	7,0	4,0	2,1	0,5

* El alcohol y los hipnosedantes sólo se registran cuando aparece acompañados de otra sustancia

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Tabla 2. Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. España, 2000-2023.

	2000	2002	2004	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Número de episodios	2.328	2.673	5.828	7.089	7.822	5.567	5.279	5.715	5.238	4.565	4.293	5.027	5.352	4.657	6.209	6.627	7.974
Edad media (años)	30,3	29,8	31,0	30,7	32,0	33,0	32,7	33,0	34,1	34,3	34,6	34,8	34,1	36,5	36,1	35,8	36,3
Sexo (%)																	
Mujeres	27,4	27,4	28,0	25,0	23,4	21,6	24,7	26,1	22,6	22,6	22,7	25,3	25,7	29,3	30,6	32,2	28,0
Sustancias psicoactivas relacionadas (%)																	
Heroína	35,3	21,4	17,5	19,0	16,9	17,1	14,2	11,9	11,2	8,6	9,0	7,4	7,0	6,7	5,0	4,9	5,0
Otros opioides	18,0	13,1	9,1	8,3	8,1	7,6	6,2	5,7	7,4	7,7	10,3	10,1	9,9	8,9	8,1	5,6	7,7
Cocaína	40,9	44,7	50,0	55,5	53,8	51,1	45,2	44,9	43,5	42,5	50,2	52,0	50,7	39,9	40,3	46,1	49,1
Anfetaminas	2,2	3,4	2,3	4,2	4,2	4,6	9,2	9,0	8,0	7,5	8,7	7,6	7,8	5,7	7,3	7,7	7,0
MDMA y derivados	4,5	5,3	3,2	4,7	5,0	2,4	3,9	4,8	3,7	3,2	2,8	3,4	3,8	2,6	2,8	3,8	4,0
Hipnosedantes	28,9	30,1	22,3	17,0	15,8	16,5	18,9	17,8	18,1	20,5	16,9	17,9	19,5	34,6	35,9	30,7	31,5
Cannabis	12,8	19,9	19,3	21,7	22,9	29,5	33,3	34,6	42,2	40,1	50,3	49,4	50,6	44,9	44,5	46,2	46,3
Alucinógenos	2,7	1,3	0,8	1,7	2,0	2,6	2,1	2,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,8	0,8	1,3	1,4	2,1
Inhalables volátiles	0,3	0,2	0,6	0,5	0,5	0,5	0,3	0,4	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5	0,4	0,2	0,5	0,5
Alcohol	26,8	35,4	30,7	32,3	35,7	40,2	40,4	38,7	39,8	43,9	37,1	39,0	40,3	40,6	41,4	43,4	42,2
Resolución urgencia (%)																	
Alta médica	78,7	82,1	81,4	79,1	79,1	80,9	75,4	72,8	72,2	71,6	71,1	72,7	73,0	70,4	73,4	77,0	75,6
Alta voluntaria	8,5	7,4	5,3	6,7	7,8	8,2	8,5	9,4	8,2	8,2	8,3	8,4	8,8	7,9	7,5	6,3	7,8
Ingreso hospitalario	8,3	6,3	8,0	8,4	9,0	8,1	12,5	14,8	16,0	17,0	17,1	15,2	15,1	17,3	14,3	12,9	12,7
Muerte en urgencias	0,7	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,3
Traslado otro centro	3,7	4,0	5,3	5,7	4,1	2,8	3,6	2,9	3,6	3,1	3,5	3,7	3,1	4,3	4,7	3,8	3,7

* El alcohol y los hipnosedantes sólo se registran cuando aparece acompañados de otra sustancia

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Además, en 2023 se observan más traslados a otros centros en las urgencias relacionadas con anfetaminas (6,5%) y hay más altas voluntarias entre los consumidores de heroína (11,0%) (tabla 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 4 presenta la distribución por sustancias de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas en 2023, 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 4).

Tabla 3. Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. Total, según sexo y según droga. España, 2023.

	Sexo			Droga							
	Total	H	M	Cocaína	Cannabis	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y derivados	Alucinógenos	Inhalables volátiles
Número de episodios	7.974	5.733	2.236	3.728	3.511	380	529	585	305	158	41
Edad media (años)	36,3	36,4	36,2	37,9	32,5	41,5	33,4	41,6	29,1	35,8	31,3
Sexo (%)											
Mujeres	28,1			23,0	23,3	18,4	31,9	30,7	28,5	29,1	12,2
Resolución de la urgencia (%)											
Alta médica	75,6	74,7	77,9	75,7	74,9	67,8	74,4	72,1	78,8	74,5	80,0
Alta voluntaria	7,8	8,5	6,0	8,5	7,2	11,0	5,7	8,8	7,9	10,2	5,0
Ingreso hospitalario	12,7	13,0	11,9	12,5	13,9	16,9	13,4	16,7	9,3	12,1	5,0
Muerte en urgencias	0,3	0,2	0,4	0,4	0,3	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	3,7	3,6	3,9	2,9	3,7	4,3	6,5	1,9	4,0	3,2	10,0

* El alcohol y los hipnosedantes solo se registran cuando aparece acompañados de otra sustancia

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Tabla 4. Porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según sexo. España, 2023.

	Total	Hombres	Mujeres
Cocaína	49,1	52,5	40,6
Alcohol*	42,2	41,3	44,5
Cannabis	46,3	49,2	38,7
Hipnosedantes*	31,5	27,7	41,4
Otros opioides	5,0	5,7	3,3
Anfetaminas	7,0	6,6	8,0
Heroína	7,7	7,4	8,5
MDMA y derivados	4,0	4,0	4,1
Alucinógenos	2,1	2,0	2,2
Inhalables volátiles	0,5	0,7	0,2

* El alcohol y los hipnosedantes cuando aparecen acompañados de otra sustancia

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Teniendo esto en cuenta, se pueden establecer perfiles según 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 (77,0%), con una edad media de 37,9 años, cuyo episodio de urgencia termina mayoritariamente (75,7%) 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 3). Casi la mitad han consumido también alcohol (40.1%).

Tabla 5. Sintomatología que provoca la urgencia en función de las drogas que se relacionan (%). España, 2023.

	Heroína (pero sin otros opioides ni cocaína)	Otros opioides distintos a heroína (pero no cocaína)	Cocaína (pero no opioides)	Anfetaminas (pero no cocaína ni opioides)	Cannabis (sin opioides ni cocaína)	Opioides incluyendo heroína y no cocaína
Agitación, agresividad, irritabilidad	26,9	25,0	45,9	41,2	39,4	25,5
Alucinaciones, delirios o episodios psicóticos	11,5	6,9	16,9	26,6	16,9	8,0
Ansiedad	34,6	37,5	40,5	34,3	39,8	36,8
Coma, pérdida de conciencia o síncope	15,4	27,4	12,1	13,3	11,9	24,5
Dolor en el pecho	10,3		10,2	7,3		5,5
Palpitaciones, arritmias o taquicardias	10,3		10,9	12,4	7,6	5,8
Dolor abdominal	5,1	6,9			8,6	6,4
Vómitos o náuseas	7,7	14,9	6,3	7,7	15,6	13,2

* El alcohol y los hipnosedantes solo se registran cuando aparece acompañados de otra sustancia

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

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, se han aplicado 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 agitación, agresividad e irritabilidad (45,9%), ansiedad (40,5%), alucinaciones o episodios psicóticos (16,9%) o pérdida de conciencia, síncope o coma (12,1%) y en menor medida palpitations, arritmias o taquicardias (10,9%) y dolor en el pecho (10,2%).

El **perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de cannabis** es el de un hombre (76,7%) con una edad media de 32,5 años. El 74,9% de los episodios acaba con alta médica y el 13,9% con ingreso hospitalario. La edad media es más baja que la encontrada para otras sustancias, aunque ha mostrado una clara tendencia ascendente (tabla 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 ansiedad (39,8%), agitación, agresividad e irritabilidad (39,4%), alucinaciones o episodios psicóticos (16,9%), vómitos o náuseas (15,6%) o pérdida de conciencia, síncope o coma (11,9%) y, en menor medida, dolor abdominal (8,6%).

Los **opioides** se sitúan en tercer lugar (11,6%), 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 (5,0%) de las urgencias relacionadas con otros opioides (7,7%) en los que se detectan principalmente metadona, tramadol y morfina. En 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 2023 (figura 2).

Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el consumo de opioides y no han consumido cocaína, son principalmente ansiedad (36,8%), agitación, agresividad o irritabilidad (25,5%), pérdida de conciencia, síncope o coma (24,5%), vómitos o náuseas (13,2%) y, en menor medida, alucinaciones (8,0%) o dolor abdominal (6,4%).

Las **urgencias relacionadas con heroína** muestran una clara tendencia descendente desde 1997, con algunas variaciones interanuales, registrándose en 2023 en el 5,0% de los episodios. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de heroína es el de un hombre (81,6%) con una edad media de 41,5 años, cifra estabilizada en los últimos años. En el 67,8% la urgencia finaliza con el alta médica y en el 16,9% de los episodios en ingreso hospitalario (tabla 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 (34,6%), agitación, agresividad o irritabilidad (26,9%), disnea (16,7%), síncope o coma (15,4%), alucinaciones (11,5%), dolor en el pecho y arritmias (10,3%) y, en menor medida, mareos, desorientación (9,0%) y dolor abdominal (5,1%).

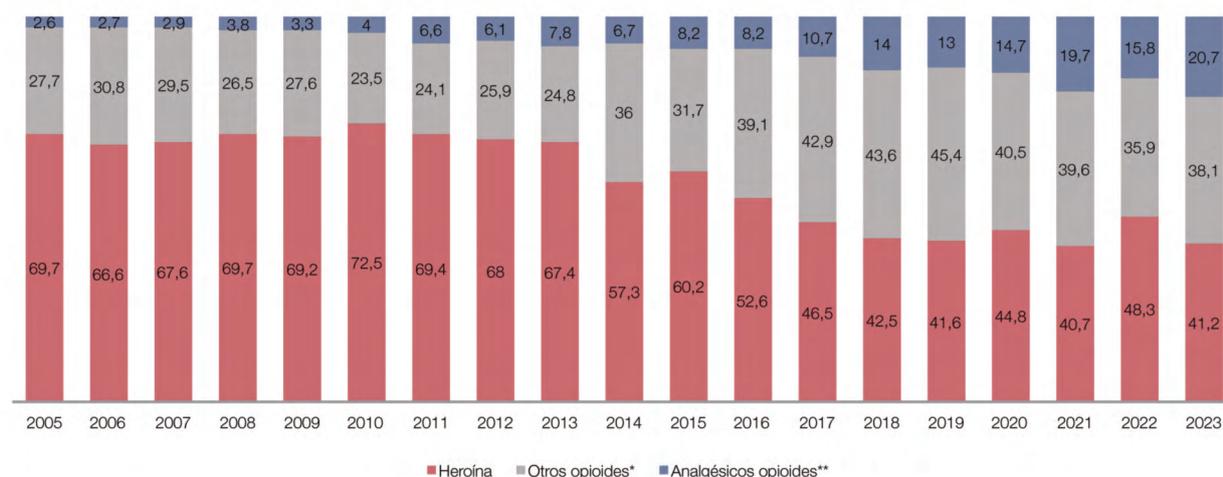
Por otro lado, podemos analizar el **perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de otros opioides distintos de la heroína**, en el que se observa una mayor presencia de mujeres (30,7%) y personas un poco más mayores que para el resto de sustancias (41,6 años). En cuanto a la resolución de la urgencia, el 72,1% finaliza con el alta médica y el 16,7% de los episodios en ingreso hospitalario (tabla 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 (37,5%), pérdida de conciencia, síncope o coma (27,4%), agitación, agresividad e irritabilidad (25,0%) y, en menor medida, vómitos o náuseas (14,9%).

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 desde 2005 (0,7% de los episodios) hasta el 2017 (2,0%). Desde 2017, los episodios por analgésicos opioides se mantienen entorno al 2%, siendo en 2023 (2,4%); de los cuales las principales sustancias implicadas fueron el tramadol (45,5%), la morfina (24,1%) y el fentanilo (8,9%).

El análisis evolutivo de los episodios de urgencias relacionados con opioides, muestran 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).

Figura 2. Proporción de urgencias por tipo de opioide notificado en el total de urgencias relacionadas con opioides. España, 2005-2023.



* 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 2023 estaban presentes en el 7,0% 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 (68,1%), con una edad media de 33,4 años. Los episodios de las urgencias se resuelven mayoritariamente con el alta médica (74,4%) y en 2023, un 13,4% de los episodios finalizó con el ingreso hospitalario (tabla 3). Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el consumo de anfetaminas y no han consumido cocaína ni opioides, son principalmente la agitación, agresividad e irritabilidad (41,2%), ansiedad (34,3%), alucinaciones o episodios psicóticos (26,6%), coma, pérdida de conciencia (13,3%) o palpitaciones, arritmias o taquicardias (12,4%).

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 hospi-

talarias 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 4, el MDMA se detectó en 2023 en el 3,7% de las urgencias, los alucinógenos en el 2,1% 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 2023, en la muestra recogida de urgencias, se detectaron 115 episodios relacionados con ketamina, 35 episodios relacionados con mefedrona, 20 episodios de urgencias hospitalarias por consumo de cannabinoides sintéticos y 25 episodios por nexus, detectándose 8 episodios de urgencias hospitalarias relacionados con una nueva sustancia psicoactiva (NPS sin especificar o piperazinas).

Tabla 6. Número de urgencias relacionadas con distintas nuevas sustancias psicoactivas (NSP). España, 2014-2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mefedrona	0	0	4	2	16	9	16	8	19	35
Cannabinoides sintéticos*	0	0	0	0	0	0	1	2	5	20
Ketamina	52	34	34	25	23	54	20	49	46	115
Nexus (2C-B)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	25
Óxido nítrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3

* De 2014 a 2022 se dan datos sobre spice únicamente.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

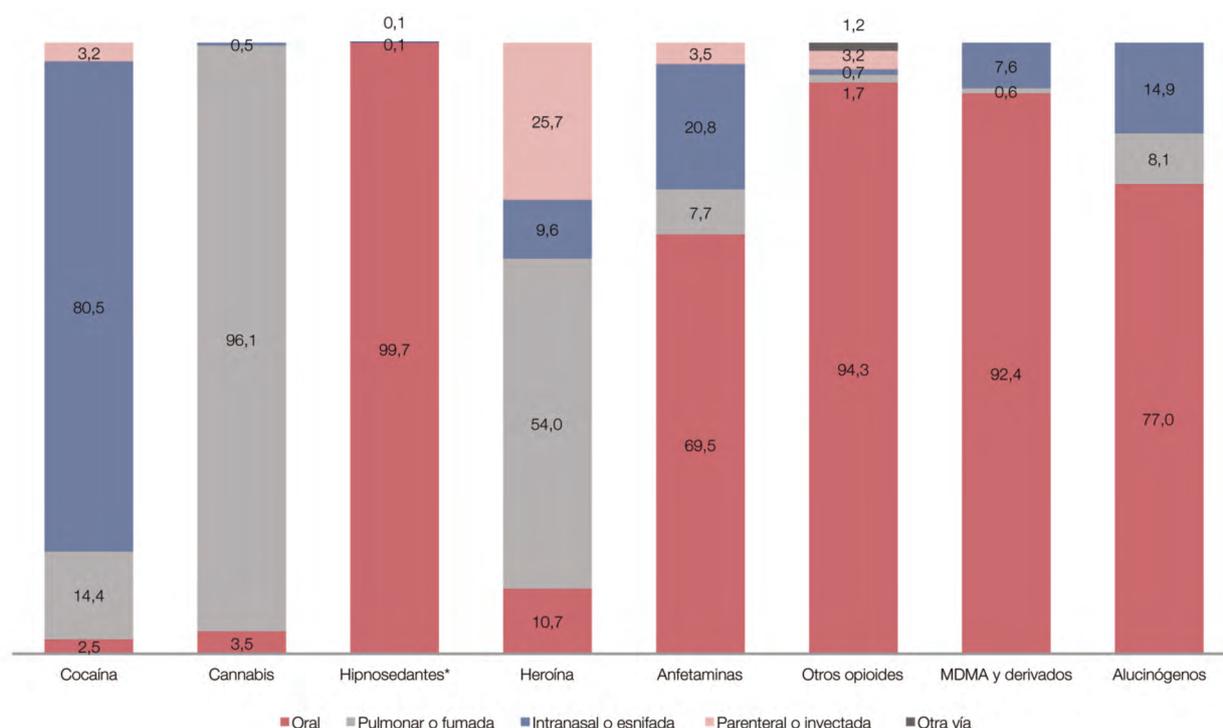
La detección de nuevas sustancias psicoactivas presenta dificultades de detección y clasificación y, por ello, debe tomarse esta información con cautela. Debido a las características de las urgencias relacionadas con este tipo de sustancias y a que en muchas ocasiones los usuarios no saben exactamente lo que han consumido, el registro de estas NSP es complicado con este indicador. Por ello, actualmente el seguimiento de las NSP en España se realiza a través del Sistema Español de Alerta Temprana (ver capítulo 3 de este informe).

Otra información relevante que nos da este indicador, son las **vías de administración** de las sustancias consumidas. En la figura 3 y en la tabla 7 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 2023, en las urgencias relacionadas con la **heroína**, la vía de administración predominante fue la pulmonar o fumada (54,0%), seguida de la parenteral o inyectada (25,7%). 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 la vía 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 (25,7%) que entre las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de esta droga (9,0%), 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.

Figura 3. Vía de administración de las drogas relacionadas con urgencias hospitalarias. España, 2023.



* El alcohol y los hipnosedantes sólo cuando aparece acompañados de otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

En las urgencias relacionadas con la **cocaína**, la vía predominante fue la vía intranasal o esnifada (80,5%) seguida de la pulmonar o fumada (14,4%). Evolutivamente se detecta una disminución considerable de la vía inyectada, que ha pasado de un 23,1% en 2012 a un 3,2% en 2023 (tabla 5).

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 (96,1%) pero evolutivamente se mantiene una pequeña proporción de vía oral (3,5%).

Tabla 7. Vía de administración (número y porcentaje) de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de drogas, según tipo de droga. España, 2013-2023.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Heroína											
Oral	0,2	1,5	1,5	2,2	2,7	9,0	5,3	9,6	8,0	7,4	10,7
Pulmonar o fumada	30,6	25,7	26,0	50,0	61,0	50,7	57,3	54,2	59,3	55,4	54,0
Intranasal o esnifada	9,5	5,2	5,3	6,7	5,1	11,9	13,6	8,5	9,9	8,4	9,6
Parenteral o inyectada	59,6	67,7	68,5	41,1	30,7	27,9	23,8	27,7	21,6	28,2	25,7
Otra vía	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	1,2	0,5	0,0
Otros opioides											
Oral	98,7	89,3	85,0	91,3	95,1	95,9	95,0	92,1	93,0	93,4	94,3
Pulmonar o fumada	0,4	1,8	3,2	1,7	1,4	0,8	1,5	4,4	1,7	1,7	1,7
Intranasal o esnifada	0,1	0,0	2,4	0,4	0,0	0,6	0,5	0,3	0,8	0,7	0,7
Parenteral o inyectada	0,5	7,7	7,3	6,1	1,6	1,1	1,5	2,2	3,1	2,6	3,2
Otra vía	0,2	1,2	2,0	0,4	1,9	1,6	1,5	1,0	1,4	1,7	1,2
Cocaína											
Oral	0,5	2,3	2,0	3,3	2,5	1,6	2,1	5,0	1,7	2,0	2,5
Pulmonar o fumada	18,5	10,4	18,4	17,9	11,1	11,8	14,1	13,4	9,8	12,2	14,4
Intranasal o esnifada	61,2	72,7	71,6	73,5	85,6	85,1	81,9	78,5	85,4	82,9	80,5
Parenteral o inyectada	19,6	14,4	10,0	8,6	3,3	1,5	1,7	2,5	3,2	2,9	3,2
Otra vía	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,7	0,0	0,0	0,0
Anfetaminas											
Oral	69,9	71,9	68,2	65,9	72,3	75,0	73,2	73,5	70,5	74,4	69,5
Pulmonar o fumada	10,6	4,5	7,1	4,8	9,9	2,4	3,0	2,4	4,4	3,9	7,7
Intranasal o esnifada	18,7	21,9	24,7	27,8	17,7	22,6	23,4	23,5	23,5	18,9	20,8
Parenteral o inyectada	0,4	1,7	0,0	1,6	0,0	0,0	0,4	0,6	1,6	2,8	3,5
Otra vía	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA											
Oral	98,6	95,3	92,1	98,1	100,0	96,2	96,2	93,7	88,9	93,9	92,4
Pulmonar o fumada	0,0	1,6	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	5,1	1,8	0,6
Intranasal o esnifada	0,0	2,4	4,8	1,9	0,0	3,8	3,8	3,8	6,1	4,4	7,6
Parenteral o inyectada	0,7	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otra vía	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hipnosedantes											
Oral	99,5	98,8	99,3	99,5	98,5	99,1	99,1	99,5	99,3	99,7	99,7
Pulmonar o fumada	0,2	0,8	0,2	0,3	0,7	0,6	0,6	0,2	0,4	0,1	0,1
Intranasal o esnifada	0,0	0,2	0,2	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2	0,1
Parenteral o inyectada	0,3	0,2	0,2	0,1	0,0	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0
Otra vía	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cannabis											
Oral	2,2	5,3	4,3	5,1	1,8	4,8	4,8	5,9	3,8	3,8	3,5
Pulmonar o fumada	97,3	93,5	95,5	94,8	98,1	94,8	94,8	93,7	95,3	95,8	96,1
Intranasal o esnifada	0,4	0,7	0,2	0,1	0,0	0,2	0,2	0,3	0,8	0,4	0,5
Parenteral o inyectada	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otra vía	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0
Alucinógenos											
Oral	54,8	37,1	76,1	82,8	77,8	86,6	86,6	96,0	75,7	80,6	77,0
Pulmonar o fumada	11,3	2,2	13,0	3,4	0,0	6,7	6,7	4,0	0,0	2,8	8,1
Intranasal o esnifada	17,7	16,9	2,2	13,8	22,2	6,7	6,7	0,0	13,5	16,7	14,9
Parenteral o inyectada	16,1	43,8	8,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,8	0,0	0,0
Otra vía	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

* El alcohol y los hipnosedantes sólo se registran cuando aparece acompañados de otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactiva.

4. NUEVO PROTOCOLO AÑO 2020

Añadiendo las urgencias por alcohol e hipnosedantes como sustancias únicas, en 2023 se notificaron al indicador

16.895 episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga (tabla 8).

Tabla 8. Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas (incluyendo alcohol e hipnosedantes como sustancias únicas). España*, 2020-2023.

	2020	2021	2022	2023
Número de episodios	9.239	12.476	12.924	16.895
Edad media (años)	38,2	36,8	36,9	37,3
Sexo (%)				
Mujeres	34,8	36,8	37,1	35,9
Sustancias psicoactivas relacionadas(%)				
Heroína	3,3	2,4	2,4	2,3
Otros opioides	4,4	3,9	2,8	3,5
Cocaína	20,0	19,3	22,9	22,6
Anfetaminas	2,9	3,5	3,8	3,2
MDMA y derivados	1,3	1,3	1,9	1,8
Hipnosedantes	33,6	33,5	29,0	29,7
Cannabis	22,5	21,3	22,9	21,3
Alucinógenos	0,4	0,6	0,7	1,0
Inhalables volátiles	0,2	0,1	0,2	0,2
Alcohol	54,0	55,5	58,2	58,2
Resolución urgencia (%)				
Alta médica	73,1	75,6	79,2	78,2
Alta voluntaria	8,5	8,7	7,1	8,0
Ingreso hospitalario	14,8	12,1	10,8	10,6
Muerte en urgencias	0,1	0,0	0,0	0,2
Traslado a otro centro	3,5	3,6	2,9	3,0

* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

De los 16.895 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 (29,7%), la cocaína (22,6%) y el cannabis (21,3%). La proporción de **mujeres** disminuye al 35,9% y la edad media se sitúa en los 37,3 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 9).

El **perfil** de los que acuden al hospital por una **urgencia relacionada con el consumo de alcohol** es el de un hombre (68,0%) con una edad media de 38,0 años. El 80,0% de los episodios acaba con alta médica, el 8,7% con ingreso hospitalario y el 9,0% con alta voluntaria. Los síntomas que pre-

sentan los que acuden a urgencias por el consumo de alcohol únicamente, son principalmente vómitos o náuseas (22,3%), pérdida de conciencia, síncope o coma (19,9%), agitación, agresividad e irritabilidad (16,2%), ansiedad (13,0%) y dolor abdominal (7,7%).

El **perfil** de los que acuden al hospital por una **urgencia relacionada con el consumo de hipnosedantes** es el de una mujer (52,3%) con una edad media de 37,8 años. El 76,3% de los episodios acaba con alta médica y el 12,4% con ingreso hospitalario.

Los síntomas que presentan los que acuden a urgencias por el consumo de hipnosedantes únicamente, son principalmente ansiedad (68,1%), o agitación, agresividad e irritabilidad (23,7%) y, en menor medida, pérdida de conciencia, síncope o coma (21,7%) (figura 4).

Tabla 9 Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. Total, según sexo y según droga. España*, 2023.

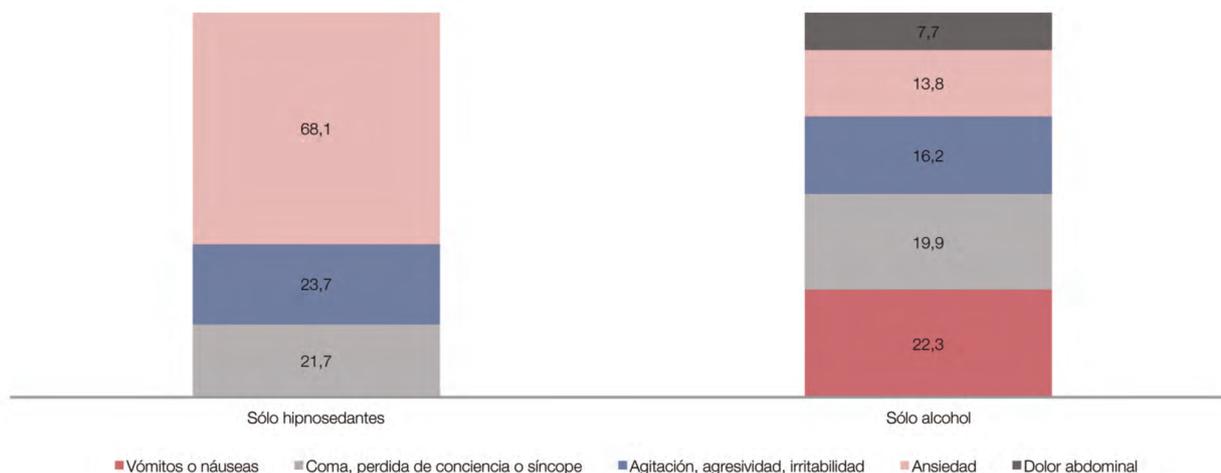
	Sexo		Droga										
	H	M	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Hipnosedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y derivados	Alucinógenos	Inhalables volátiles	
Número de episodios	16.895	10.824	6.060	3.728	9.605	3.511	4.905	380	529	585	305	158	41
Edad media (años)	37,3	38,0	35,9	37,9	38,0	32,5	37,8	41,5	33,4	41,6	29,1	35,8	31,3
Sexo (%)													
Mujeres	35,9	-	-	23,0	32,0	23,3	52,3	18,4	31,9	30,7	28,5	29,1	12,2
Resolución de la urgencia (%)													
Alta médica	78,2	76,4	81,4	75,7	80,0	74,9	76,3	67,8	74,4	72,1	78,8	74,5	80,0
Alta voluntaria	8,0	9,1	6,1	8,5	9,0	7,2	6,7	11,0	5,7	8,8	7,9	10,2	5,0
Ingreso hospitalario	10,6	11,3	9,3	12,5	8,7	13,9	12,4	16,9	13,4	16,7	9,3	12,1	5,0
Muerte en urgencias	0,2	0,2	0,3	0,4	0,1	0,3	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	3,0	3,0	3,0	2,9	2,2	3,7	4,1	4,3	6,5	1,9	4,0	3,2	10,0

* 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 4. Sintomatología que provoca la urgencia por alcohol solo o hipnosedantes solos (%). España, 2023.



* Se presentan los síntomas que aparecen al menos en un 5% de las urgencias.

** 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.

Al recoger las urgencias por hipnosedantes y alcohol como sustancias únicas, entre los hombres la sustancia que más urgencias genera es el alcohol (61,8%) a mucha distancia del resto de sustancias, seguida de la cocaína (27,2%);

mientras que, entre las mujeres, las sustancias que más urgencias generan son el alcohol (51,8%) y los hipnosedantes (43,2%) (tabla 10).

Tabla 10. Porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según sexo. España, 2023.

	Total	Hombres	Mujeres
Alcohol	58,2	61,8	51,8
Hipnosedantes	29,7	22,2	43,2
Cannabis	21,3	25,5	13,8
Cocaína	22,6	27,2	14,4
Otros opioides	3,5	3,8	3,0
Heroína	2,3	2,9	1,2
Anfetaminas	3,2	3,4	2,8
MDMA y derivados	1,8	2,1	1,5
Alucinógenos	1,0	1,1	0,8
Inhalables volátiles	0,2	0,3	0,1

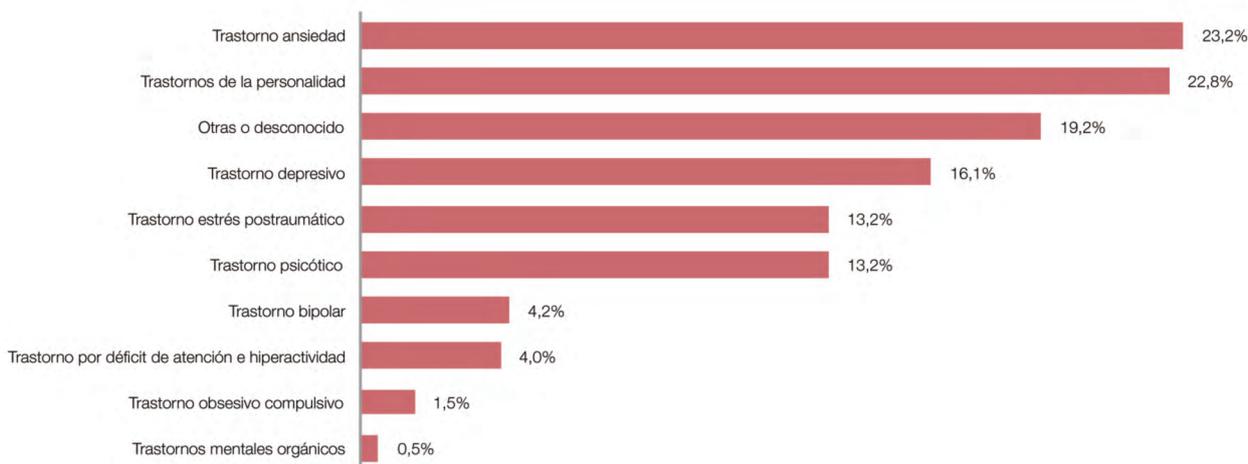
Nota: El alcohol y los hipnosedantes se registran también cuando son la única sustancia responsable de la urgencia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Con el nuevo protocolo, se ha recogido información sobre la **patología psiquiátrica** de las personas que acuden a urgencias, así como el tipo de consumo realizado. En 2023, el 34,1% del total de urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, la persona presenta una pato-

logía psiquiátrica previa (2021: 33.4%; 2022: 28.3%). Las principales patologías fueron trastornos de ansiedad (23,2%), trastornos de la personalidad (22,8%) o trastorno depresivo (16,1%) además de otras o desconocida (19,2%) (figura 5).

Figura 5. Principales patologías psiquiátricas asociadas a los episodios de urgencias (%). España, 2023.



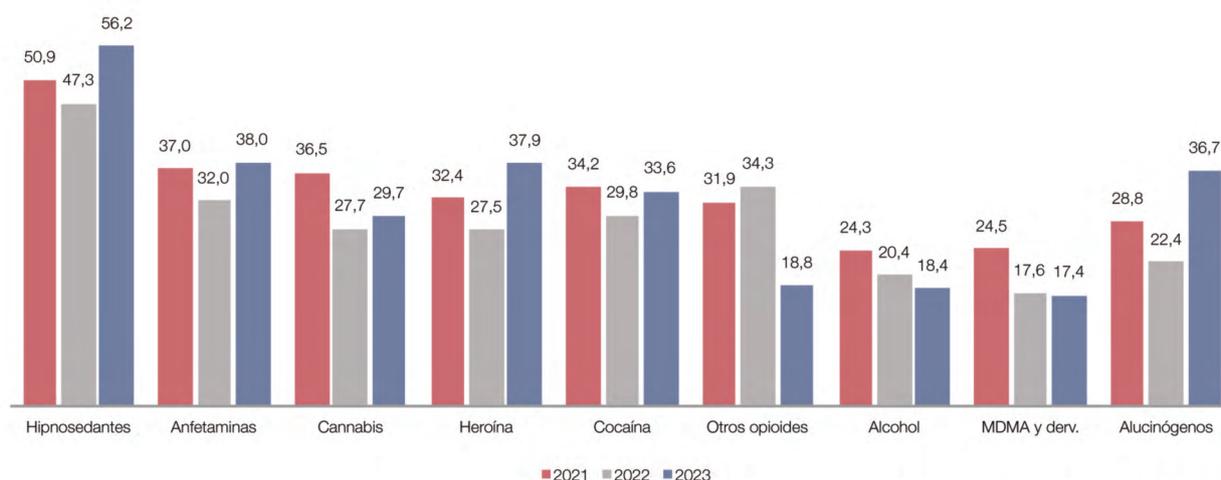
Nota: El alcohol y los hipnosedantes se registran también cuando son la única sustancia responsable de la urgencia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

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 el consumo de hipnosedantes (56,2%); anfetaminas (38,0%), heroína (37,9%), cocaína (33,6%) o cannabis (29,7%) (figura 6).

Figura 6. Prevalencia de patología psiquiátrica en los episodios de urgencias en los que se detecta únicamente una sustancia, en función de la sustancia detectada (%). España, 2021-2023.



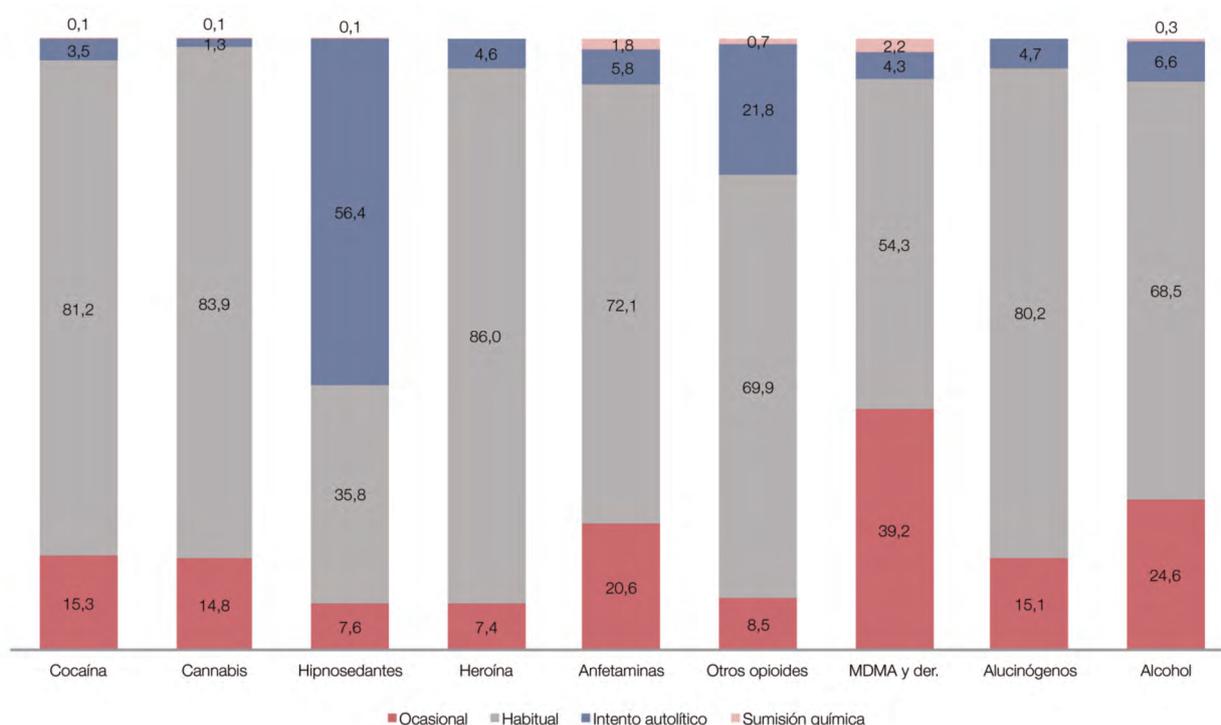
Nota: El alcohol y los hipnosedantes se registran también cuando son la única sustancia responsable de la urgencia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

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 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 2023 el 56,6% de los episodios ocasionados por el consumo de estas sustancias (figura 7).

Figura 7. Tipo de consumo de las drogas relacionadas con urgencias hospitalarias (%). España* 2023.



* 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, 1983-2023

1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es un indicador relevante para conocer la magnitud y el impacto sanitario y social de este importante problema de salud pública.

Este indicador contribuye a la evaluación de políticas nacionales en esta materia y al establecimiento de comparaciones internacionales, si bien estas comparaciones pueden presentar limitaciones por la variabilidad en la sistematización de los registros de los distintos países y por la variabilidad existente en las definiciones de los indicadores que consideran de forma diferente las muertes por enfermedades crónicas asociadas, sobredosis, suicidios o muertes accidentales.

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

El OEDA notifica anualmente a la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA) y a la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (ONUDD)³ los datos de este indicador, para facilitar la realización de comparaciones a nivel internacional.

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

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

2.1. Metodología

En España, tras la epidemia de consumo de heroína de finales de los setenta y principios de los ochenta, se desarrolló, en el marco del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA), un sistema para recoger las

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

2. INE. Instituto Nacional de Estadística

3. <https://unodc.org>

muerres por reacción aguda a opioides o cocaína a partir de fuentes forenses y toxicológicas. Este sistema comenzó a funcionar de forma sistemática en 1990 en determinadas áreas (municipios o partidos judiciales) de varias comunidades autónomas, incluyendo seis de las mayores ciudades españolas (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao). De estas ciudades se recogió en 1989, además, información retrospectiva para el período 1983-1989, utilizando los mismos criterios y definiciones. En el año 1996 se amplió el registro a las muertes por reacción aguda a cualquier sustancia psicoactiva (el alcohol sólo cuando aparecía junto con otra sustancia).

La recogida de este tipo de muertes no es fácil porque son muy heterogéneas y difíciles de clasificar y, en muchas ocasiones, la contribución del consumo de las sustancias psicoactivas al desenlace final es bastante difícil de probar y cuantificar, sobre todo cuando el consumo está alejado en el tiempo o existen otros factores causales concomitantes. Por ello, se decidió que el registro específico se 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 relacionadas con el consumo no médico de sustancias psicoactivas, el indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y el indicador Admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales. La información de estos indicadores ayuda a diseñar y evaluar, sobre la base del conocimiento, intervenciones relacionadas con el consumo de drogas y otras adicciones, y contribuye en último término a mejorar la salud de la población.

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

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

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

La **cobertura poblacional** a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2023 han notificado todos los partidos judiciales de todas las comunidades y ciudades autónomas (CCAA). La cobertura de este indicador alcanzó prácticamente el 100% de cobertura en 2022 y en 2023 se mantiene en el 100% de la población española.

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

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

Se dispone de un protocolo detallado donde quedan descritas las variables que incluye el registro, cómo se registra y los criterios de inclusión y exclusión que, así como la ficha de recogida de datos, puede consultarse en la página web del Plan Nacional sobre Drogas⁴.

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

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

2.2. Resultados

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

A partir del año 1997 la mortalidad asociada al consumo de drogas en España experimentó un considerable descenso llegando a registrarse la mitad de casos que en las décadas de los ochenta y noventa, probablemente por el cambio de

sustancias consumidas y la vía de administración, en especial por la disminución del consumo de heroína por vía intravenosa.

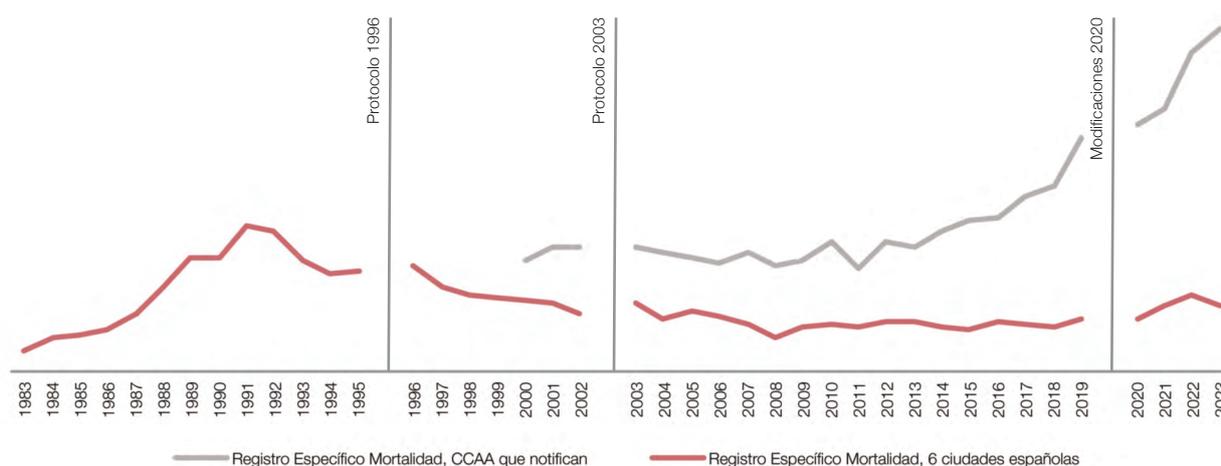
No obstante, la globalización del fenómeno de las drogas y la rapidez de los cambios que se registran en cuanto a las sustancias consumidas y a los patrones de consumo en el ámbito internacional obligan a seguir muy de cerca la implementación del indicador y los resultados obtenidos.

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

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

Las características metodológicas del indicador dan lugar a la identificación de algunos picos, según las sustancias y los años de notificación, que podrían justificarse más por variaciones en la notificación de algunas de las CCAA, modificaciones de los partidos judiciales que notifican, mejora de la precisión en el diagnóstico y por mejoras en el registro, que por un aumento real de fallecidos por el consumo de drogas. En este sentido, el indicador correspondiente a las 6 ciudades se utiliza como referencia de los cambios evolutivos (figura 1).

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



Registro Específico de Mortalidad, todas las CCAA. Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de todas las comunidades/ciudades autónomas que declaran al indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Ha sufrido diversas modificaciones:

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

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

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

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

El 78,5% de las personas fallecidas fueron hombres y el 21,5% mujeres. El porcentaje de hombres entre los fallecidos se ha mantenido más o menos estable desde el 2003, con valores cercanos al 80%, con pequeños repuntes puntuales que sitúan el porcentaje de mujeres por encima del

20%. La edad media de los fallecidos en 2023 fue de 48,1 años, manteniéndose desde 2016 por encima de los 44 años. Al igual que venía ocurriendo en los últimos años, en 2023 cerca del 80% de los fallecidos tenían más de 40 años (77,9%), (posiblemente justificado por el envejecimiento de las primeras cohortes de usuarios de heroína y consumidores de cocaína de muchos años y por la eliminación de los límites de edad en el indicador) confirmando el aumento de la edad media de los fallecidos. En la tabla 1 se recoge la evolución por grupos de edad en números absolutos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nº fallecidos	493	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613	696	732	920	974	1046	1266	1360
Casos analizados	490	466	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518	501	632	657	819	872	910	1037	1267
Sexo (%)																					
Varones	85,3	83,9	86,3	84,3	87,4	85,6	84,5	83,9	82,1	85,7	80,7	80,9	80,6	83,4	78,1	81,6	80,8	77,4	78	77,7	78,5
Mujeres	14,7	16,1	13,7	15,7	12,6	14,4	15,5	16,1	17,9	14,3	19,3	19,1	19,4	16,6	21,9	18,4	19,2	22,6	22	22,3	21,5
Edad media (años)																					
	35,3	37,0	36,1	37,2	38,2	38,1	38,3	39,8	40,2	42,0	42,7	44,3	43,6	44,1	44,5	44,9	44,4	45,5	46,7	46,8	48,1
Grupo de edad (años)																					
15-19	0,8	1,3	1,4	0,9	0,6	1,9	0,7	0,4	1,2	0,4	0,2	0,7	0,8	0,5	0,0	0,3	0,8	0,9	1,2	0,9	0,3
20-24	6,7	4,1	6,2	4,2	4,3	6,1	6,4	2,5	5,0	2,9	1,4	1,5	2,7	1,8	1,0	2,2	2,6	1,5	2,7	2,8	2,3
25-29	14,6	11,9	11,2	12,9	9,7	10,6	8,0	7,9	6,0	6,7	7,6	4,7	4,7	5,4	5,5	4,4	4,1	4,7	4,5	4,0	3,8
30-34	22,6	20,5	20,0	18,0	17,6	16,3	17,4	12,4	12,2	11,6	13,1	10,4	9,3	8,3	8,3	7,8	9,1	7,3	6,4	6,7	6,0
35-39	28,2	27,9	28,9	23,8	24,1	22,2	18,9	25,5	19,9	15,8	15,7	13,8	18,3	14,0	15,9	13,0	12,7	11,5	10,4	10,0	9,6
40-44	16,9	19,2	20,7	21,3	22,2	19,8	24,9	24,8	21,4	22,4	19,6	17,7	16,5	19,4	16,7	16,5	17,8	17,1	14,1	15,6	12,7
≥45	10,2	15,1	11,6	18,9	21,5	23,1	23,7	26,5	34,0	40,3	42,3	51,2	47,7	50,6	52,6	55,8	52,9	56,9	60,7	59,8	65,2
Estado civil (%)																					
Soltero	69,4	68,9	68,7	72,0	62,8	61,4	67,3	61,0	63,6	65,4	61,3	59,3	64,8	64,2	63,3	62,9	62,0	59,6	61,6	59,9	58,0
Casado	19,0	15,6	16,4	12,2	19,1	16,8	15,4	21,6	18,2	20,7	18,9	14,5	17,8	17,8	20,9	17,2	20,1	19,1	17,2	20,0	19,4
Separado/Divorciado	10,5	14,4	13,7	13,6	17,4	18,9	15,0	15,9	16,2	12,8	18,9	23,1	16,5	15,6	13,9	17,8	15,6	17,7	18,9	16,9	17,7
Viudo	1,0	1,1	1,1	2,2	0,7	2,9	2,3	1,5	2,0	1,1	1,0	3,1	0,9	2,5	1,9	2,1	2,4	3,6	2,3	3,1	4,9
Procedencia del cadáver (%)																					
Domicilio	54,5	55,2	58,1	52,3	60,6	60,0	61,9	64,3	68,6	69,6	71,7	74,4	72,6	68,5	71,9	68,7	70,6	69,4	70,6	70,4	71,7
Hotel-Pensión	5,3	5,1	6,2	5,8	4,6	3,9	5,9	4,3	2,8	2,0	2,1	2,4	3,3	3,8	4,0	2,6	3,6	4,7	2,7	3,8	2,9
Calle	18,5	17,4	13,5	20,1	13,1	15,8	11,8	14,0	11,1	12,3	9,1	10,1	8,2	8,2	6,1	7,5	9,1	9,4	10	10,6	8,5
Local público	1,8	1,3	2,5	4,8	2,4	1,7	2,8	2,6	2,6	1,2	2,5	0,9	2,1	2,1	3,0	2,6	2,2	1,8	2,3	1,5	2,7
Hospital	10,6	9,5	6,4	7,7	5,7	6,8	6,1	3,9	5,1	5,6	5,6	5,5	5,9	8,4	7,7	6,6	6,0	5,8	6,9	6,0	6,2
Cárcel	1,1	3,5	4,8	3,9	3,7	4,9	4,0	3,7	4,9	4,0	3,1	1,5	3,1	3,3	2,7	5,6	3,1	3,2	2,3	3,0	1,9
Otra	8,2	8,1	8,5	5,3	9,8	7,0	7,3	7,1	4,9	5,4	6,0	5,1	4,7	5,6	4,6	6,5	5,4	5,7	5,3	4,8	6,2
Evidencias de consumo reciente (%)																					
Sí	85,6	92,6	94,4	92,4	85,3	89,0	90,4	77,4	89,9	76,6	85,8	81,8	84,9	82,0	88,1	80,4	85,4	83,8	75	79,4	76,8
No	14,4	7,4	5,6	7,6	14,7	11,0	9,6	22,6	10,1	23,4	14,2	18,2	15,1	18,0	11,9	19,6	14,6	16,2	25	20,6	23,2
Evidencia de suicidio (%)																					
Sí	12,1	8,8	5,7	10,8	8,8	9,0	8,5	9,7	12,4	8,1	11,1	20,3	26,4	20,6	22,9	18,4	23,2	26,1	26,9	18,5	22,1
No	87,9	91,2	94,3	89,2	91,2	91,0	91,5	90,3	87,6	91,9	88,9	79,7	73,6	79,4	77,1	81,6	76,8	73,9	73,1	81,5	77,9
Signos recientes venopunción (%)																					
Sí	53,3	43,0	51,7	40,6	35,2	35,4	39,2	29,6	16,3	14,9	16,2	12,5	13,5	13,0	13,3	11,3	12,8	8,7	8,2	5,6	4,1
No	46,7	57,0	48,3	59,4	64,8	64,6	60,8	70,4	83,7	85,1	83,8	87,5	86,5	87,0	86,7	88,7	87,2	91,3	91,8	94,4	95,9
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)																					
Sí	35,4	32,6	35,5	28,6	20,4	26,6	30,9	31,4	37,2	37,4	36,0	35,4	27,0	31,5	38,2	31,0	27,9	35,7	36,0	32,7	37,8
No	64,6	67,4	64,5	71,4	79,6	73,4	69,1	68,6	62,8	62,6	64,0	64,6	73,0	68,5	61,8	69,0	72,1	64,3	64,0	67,3	62,2
Anticuerpos anti-VIH (%)																					
Positivo	42,7	40,6	42,8	36,9	37,4	40,7	41,1	34,4	39,2	37,8	31,5	27,2	26,2	21,4	22,1	25,8	18,0	17,4	18,3	14,7	11,2
Negativo	57,3	59,4	57,2	63,1	62,6	59,3	58,9	65,6	60,8	62,2	68,5	72,8	73,8	78,6	77,9	74,2	82,0	82,6	81,7	85,3	88,8

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

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

		Sexo	
		Hombre	Mujer
Sexo (n)	Hombre	1.065	–
	Mujer	–	292
Edad categorías (%)	Menor de 20	0,3	0,3
	Entre 20 y 24	2,5	1,4
	Entre 25 y 29	3,7	4,5
	Entre 30 y 34	6,3	4,8
	Entre 35 y 39	10,3	6,8
	Entre 40 y 44	12,8	12,7
	45 o más	64,1	69,5
Estado civil (%)	Soltero	62,9	41,6
	Casado	18,2	23,5
	Separado legalmente/Divorciado	15,8	24,2
	Viudo	3,2	10,7
Procedencia del cadáver (%)	Domicilio	68,8	82,4
	Hotel/Pensión	3,2	1,7
	Calle	9,4	5,2
	Establecimiento público	2,8	2,1
	Hospital	6,7	4,2
	Prisión	2,1	0,7
	Otro lugar	6,9	3,8
Evidencias de consumo reciente de sustancias psicoactivas (%)	Si	74,8	83,6
	No	25,2	16,4
Signos de autopsia compatible con muerte RASUPSI (%)	Si	77,0	74,5
	No	23,0	25,5
Diagnóstico forense de muerte (%)	Si	90,6	92,6
	No	9,4	7,4
Evidencias de suicidio (%)	Si	16,2	43,0
	No	83,8	57,0
Signos recientes de venopunciones (%)	Si	4,2	3,8
	No	95,8	96,2
Muerte cuya causa es una patología previa (%)	Si	38,8	34,9
	No	61,2	65,1
Anticuerpos del VIH (%)	Positivo	12,9	6,8
	Negativo	87,1	93,2

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

FALLECIDOS CON EVIDENCIAS DE SUICIDIO

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

Se observan algunas diferencias por sexo en los fallecidos que mostraban evidencias de suicidio, principalmente en el

estado civil, la edad, el porcentaje de fallecidos en los que se detecta cada sustancia o la procedencia del cadáver.

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

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

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

2.3. Información sobre sustancias psicoactivas detectadas

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

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

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

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

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

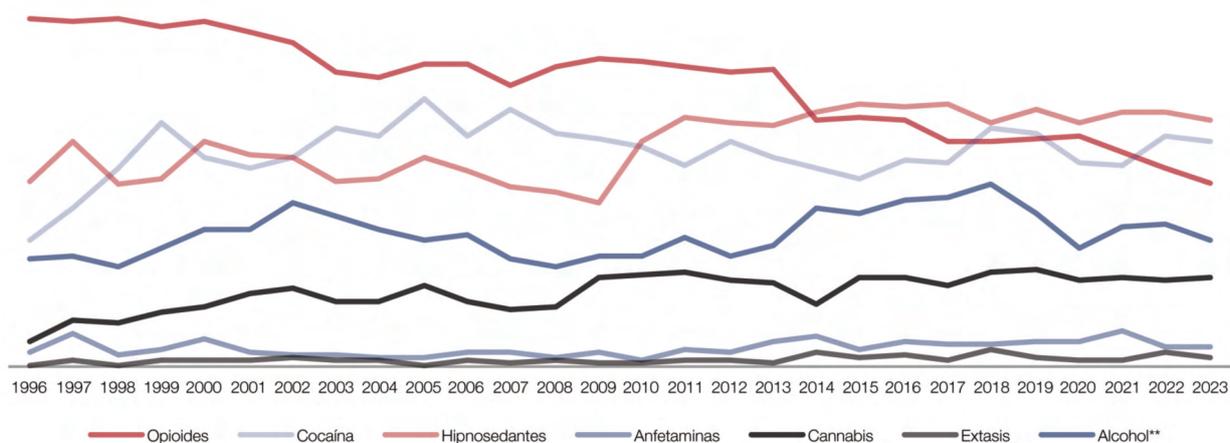
Tabla 4. Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España, 1996-2023.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Opioides	90,4	89,8	90,1	88,0	89,4	86,8	83,8	76,7	74,9	78,2	78,7	72,8	77,7	79,8
Cocaína	32,7	41,4	51,2	63,3	54,4	51,7	54,2	62,2	60,1	69,2	60,0	67,0	60,2	59,1
Hipnosedantes	47,7	58,6	47,4	48,8	58,5	55,2	54,0	48,0	48,7	54,1	50,7	46,9	45,1	42,2
Anfetaminas	4,0	8,6	2,8	4,5	6,9	3,4	2,9	3,1	2,6	2,6	3,6	3,6	2,2	3,5
Cannabis	6,5	12,2	11,3	14,3	15,2	18,7	20,0	16,7	16,7	20,9	16,8	14,6	15,6	22,8
Éxtasis	0,1	1,5	0,0	1,8	1,6	1,5	2,5	1,6	1,9	0,4	1,7	1,1	1,4	1,1
Alcohol*	27,7	28,6	26,2	30,5	35,5	35,3	42,5	39,0	35,8	33,0	34,3	27,8	25,9	28,8
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Opioides	79,1	77,9	76,6	77,3	64,0	64,7	63,9	58,1	58,6	59,0	59,5	55,7	51,2	47,6
Cocaína	57,3	52,2	58,6	54,1	51,7	48,8	53,7	53,2	61,6	60,3	52,9	52,4	59,9	58,2
Hipnosedantes	58,4	65,0	63,2	62,8	65,8	68,0	67,3	68,0	63,2	66,8	63,3	66,3	66,0	64,3
Anfetaminas	1,5	4,7	3,8	6,2	7,9	4,4	6,2	5,9	5,8	6,8	6,5	9,3	5,2	5,2
Cannabis	23,8	24,5	22,4	21,6	16,5	23,4	23,4	20,7	24,8	25,5	22,4	22,9	22,1	23,4
Éxtasis	0,8	1,7	1,7	1,1	3,5	2,3	2,8	1,7	4,3	2,3	1,9	1,9	3,6	2,2
Alcohol*	28,8	33,3	28,9	31,2	40,8	39,8	42,9	44,0	47,5	39,7	30,5	36,4	36,8	32,7

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

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

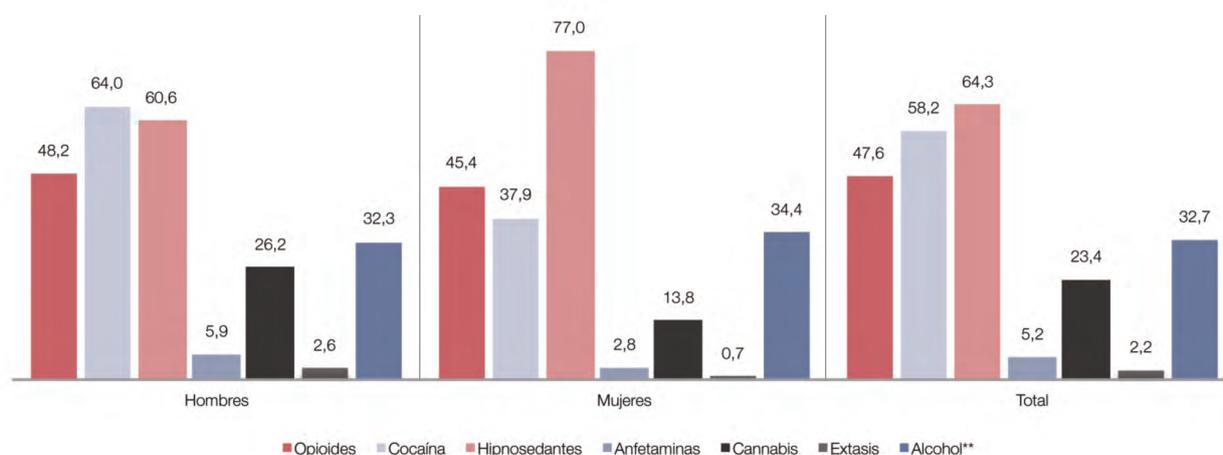
Figura 2. Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España, 1996-2023.



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

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

Figura 3. Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico en función del sexo. España, 2023.



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Evolutivamente, con respecto al total de fallecidos, la combinación de **opioides y cocaína**, entre ellas y con otras sustancias ha variado a lo largo de los años. En 2023, de las 1.267 defunciones con información toxicológica, 357 (28,2% de los casos), presentan la combinación de cocaína y opioides, independientemente de que aparezcan otras sustancias, detectándose la combinación de sólo opioides y cocaína, en 26 casos (2,1% de los casos).

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

Hasta 2017, era más elevado el porcentaje de fallecidos en los que se detectaban **opioides y no cocaína**. Durante 2018 y 2019, el porcentaje de fallecidos en los que se detectaba **cocaína y no opioides** (26,8% en 2018 y 26,0% en 2019) superó al porcentaje de fallecidos en los que se de-

tectaban opioides y no cocaína (23,7% en 2018 y 24,7% en 2019). Pero en 2020, los porcentajes se invirtieron, detectándose entre los fallecidos una mayor presencia de la combinación de opioides y no cocaína, situación que se mantuvo en 2021, pero que se invirtió en 2022 y que se mantiene en 2023, detectándose entre los fallecidos, en mayor medida, la combinación de cocaína y no opioides (23,6%).

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

El **cannabis** viene mostrando una presencia cada vez mayor entre los fallecidos de los últimos años, alcanzando su valor más alto en 2019, año en el que el cannabis se detectó en el 25,5% del total de fallecidos, apareciendo habitualmente en combinación con otras sustancias (hipnosedantes, opioides, cocaína y alcohol). En 2023 se ha detectado en 297 fallecidos, en 15 casos como sustancia única y, con independencia de la detección de otras sustancias, con hipnosedantes en el 62,3%, con opioides en el 56,9%, con cocaína en el 64,6% y con alcohol en el 24,9% de estos casos.

3. REGISTRO ESPECÍFICO DE MORTALIDAD: INDICADOR 6 CIUDADES ESPAÑOLAS

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

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el indicador 6 ciudades españolas del Registro Específico de Mortalidad se ha mantenido estable a lo largo de los años sin que se

hayan registrado modificaciones relevantes en la cobertura, aunque si se ha podido ver afectado por la mejora en la notificación de los suicidios y por la inclusión de los fallecidos de todas las edades. Esta estabilización en la cobertura permite su utilización como referencia con respecto a los posibles cambios registrados en la notificación nacional.

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

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

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

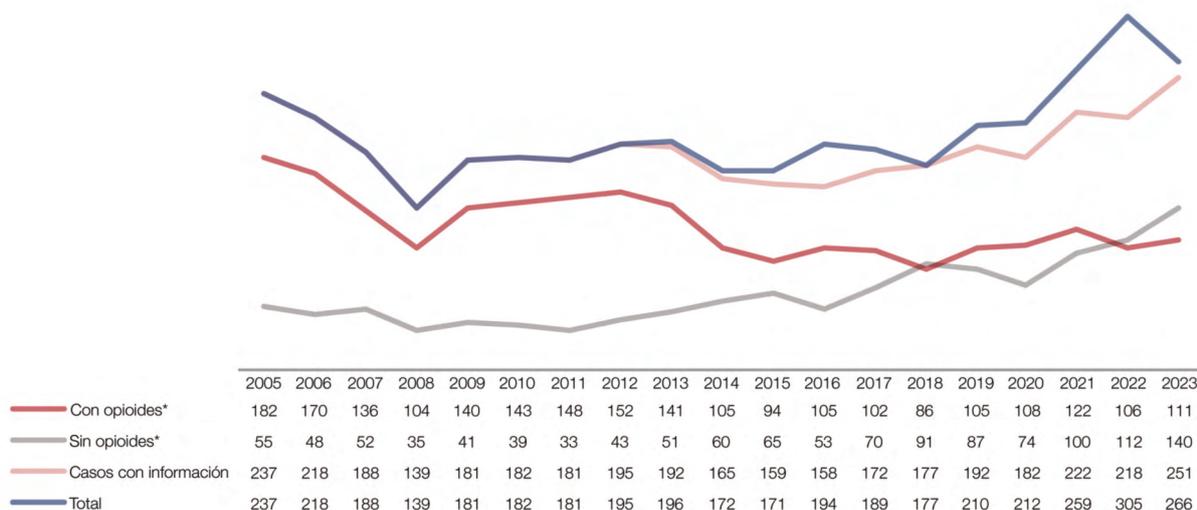
Registro Específico de Mortalidad: 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia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

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

El análisis evolutivo del tipo de sustancias identificadas muestra (figura 5) el porcentaje de fallecimientos en los que se detectan opioides, independientemente de la aparición de otras sustancias. Los datos venían mostrando una clara tendencia descendente desde el 2005, pasando de detectarse en el 76,8% de los fallecidos de ese año, a detectarse

en el 54,7% de los fallecidos del año 2019 (105 casos de 192 en los que se contaba con esta información), en 2020-2021, años de la pandemia, se observó un ligero aumento, que no se ha confirmado en los últimos 2 años. Los datos más recientes apuntan de nuevo la tendencia descendente que se observaba en años previos.

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



* Independientemente de la aparición o no de otras sustancias.

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

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

4. REGISTRO GENERAL DE MORTALIDAD

4.1. Metodología

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) dispone de un registro de defunciones clasificadas en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La última

base de datos de mortalidad disponible (al cierre de este informe) a nivel nacional es la del año 2023.

Para el análisis de la mortalidad utilizando el Registro General de Mortalidad y en base a las recomendaciones internacionales y las características propias de España se seleccionan los siguientes códigos de la CIE-10: F11, F12, F14, F15, F16, F19, X42, X44, X62, Y12 (tabla 6.).

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

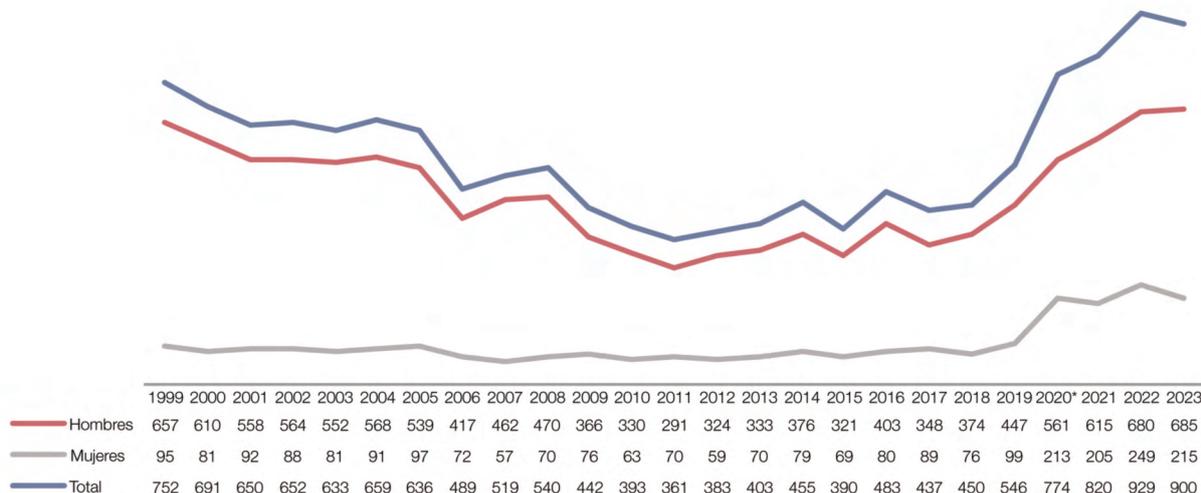
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opioides
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes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

4.2. Resultados

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

A lo largo del periodo 1999-2023, y al igual que se detectaba en el Registro Específico, se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica y que, en 2023, supone el 76,1% de las defunciones (figura 6).

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



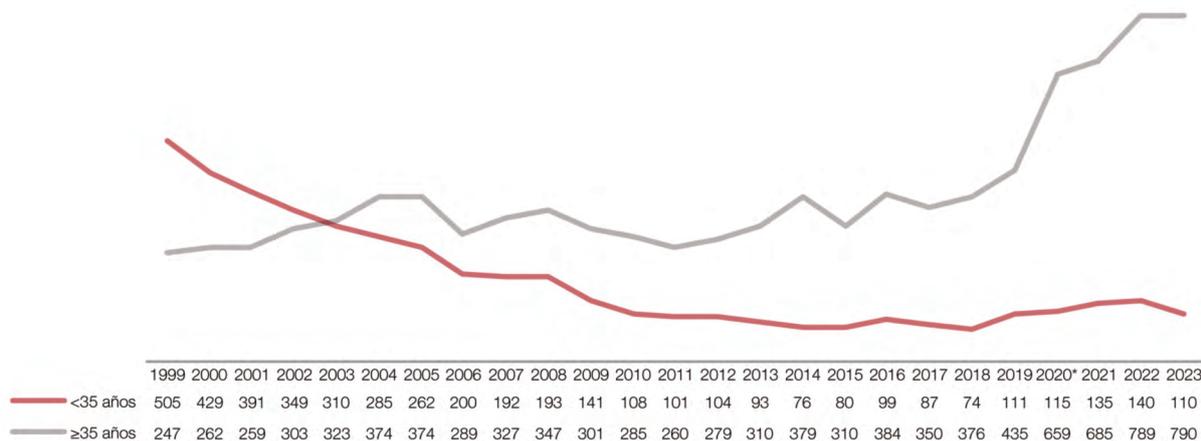
* En 2020 se ha ampliado el rango de edad a mayores de 10 años, sin límite de edad.

FUENTE: Registro General de Mortalidad.

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

En la década de los noventa, la mayoría de las muertes se producían en menores de 35 años, pero desde 2003, cambió la distribución por edad y, en 2023, los menores de 35 años suponen el 12,2% del total de los fallecidos por causas relacionadas con el consumo de sustancias (figura 7).

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



FUENTE: Registro General de Mortalidad.

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

5.1. Metodología

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

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

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

Por tanto, para **estimar el número de defunciones** por reacción aguda a sustancias psicoactivas a nivel nacional se

combina la especificidad del Registro Específico con la mayor cobertura del Registro General.

Se calcula un coeficiente de subregistro, que resulta del cociente entre las muertes notificadas por el Registro Específico y aquellas del Registro General de Mortalidad. Se seleccionan únicamente las defunciones en aquellas provincias/ciudades que declaran en ambos registros pues, si bien todas declaran al Registro General de Mortalidad del INE, la notificación al Registro Específico puede variar según los años.

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

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

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

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

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

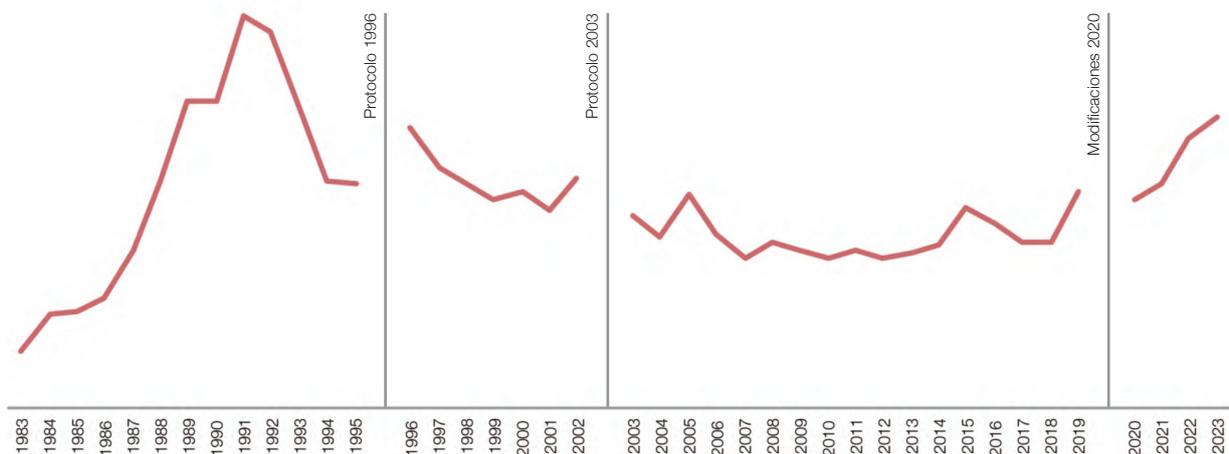
5.2. Resultados

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

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

La figura 9 muestra los datos procedentes de la estimación de defunciones por sustancias psicoactivas, a nivel nacional, desde el año 1983 hasta 2023. Se observa que, tras el pico de principio de la década de los noventa, asociado a la epidemia de consumo de heroína, se mantiene una tendencia descendente con repuntes puntuales. En 2019 la estimación mostraba un incremento de mortalidad que no se confirmó en 2020, año que, debido a la situación vivida por el Covid mostró un comportamiento inestable. En 2023 y tras una estabilización de la cobertura del indicador, se confirma la tendencia ascendente detectada desde 2019 (figura 9 y tabla 7), posiblemente debido a la mejora en la notificación de las muertes por suicidios y el aumento del rango de edad.

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



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

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

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

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

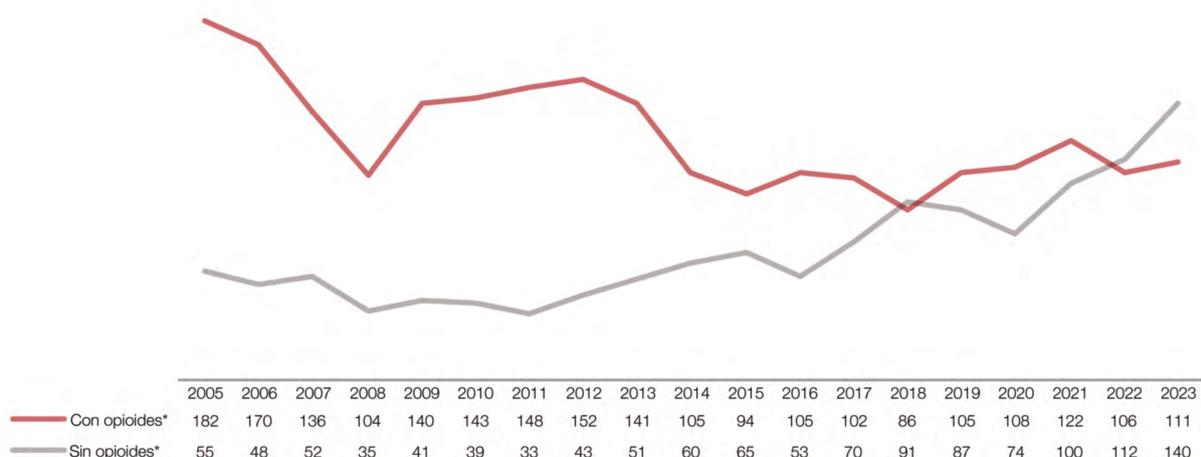
6. VIGILANCIA DEL IMPACTO DE CAMBIOS EN EL MERCADO DE DROGAS OPIOIDES EN LA MORTALIDAD

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

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

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

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



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

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

2.4

Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2023

1. 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 el 2023 se atribuyen a usuarios de drogas inyectadas el 1,7% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH y el 4,2% 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.

2. METODOLOGÍA

En este apartado se presentan, en primer lugar, algunos datos generales sobre la situación del VIH/sida provenientes del Plan Nacional sobre 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.

1. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2024: 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 2024.

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 de la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA)². 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.

3. RESULTADOS

3.1. Notificación nacional sobre infección VIH y sida

3.1.1. NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH

En 2023 se diagnosticaron en España 3.196 nuevos casos de VIH. La tasa estimada de nuevos diagnósticos tras ajuste por retraso de notificación es 6,65 por 100.000 habitantes. Las mujeres suponen el 13,9% de los nuevos diagnósticos de VIH y las tasas correspondientes para hombres y mujeres fueron 11,7 y 1,8/100.000 respectivamente. La mediana de edad al diagnóstico de VIH fue de 36 años, siendo más jóvenes los hombres (35 años) que las mujeres (42 años) (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de nuevos diagnósticos de infección por VIH por año de diagnóstico y sexo. España, 2013-2023. Datos no corregidos por retraso en la notificación.

Año de diagnóstico	Hombres		Mujeres	
	Nº	%	Nº	%
2013	3.758	85,3	650	14,7
2014	3.870	85,3	665	14,7
2015	3.691	85,7	617	14,3
2016	3.738	85,0	661	15,0
2017	3.680	85,2	639	14,8
2018	3.482	85,7	581	14,3
2019*	3.413	86,6	526	13,4
2020**	2.565	86,1	415	13,9
2021	2.698	85,5	457	14,5
2022	2.829	85,5	479	14,5
2023	2.751	86,1	445	13,9
Total	36.475	85,6	6.135	14,4

* 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.

En 2023, el 1,7% 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 res-

pecto a otros mecanismos de transmisión de la infección por VIH y su peso atribuible se mantiene relativamente estable (figura 1).

2. Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA) https://www.euda.europa.eu/index_en

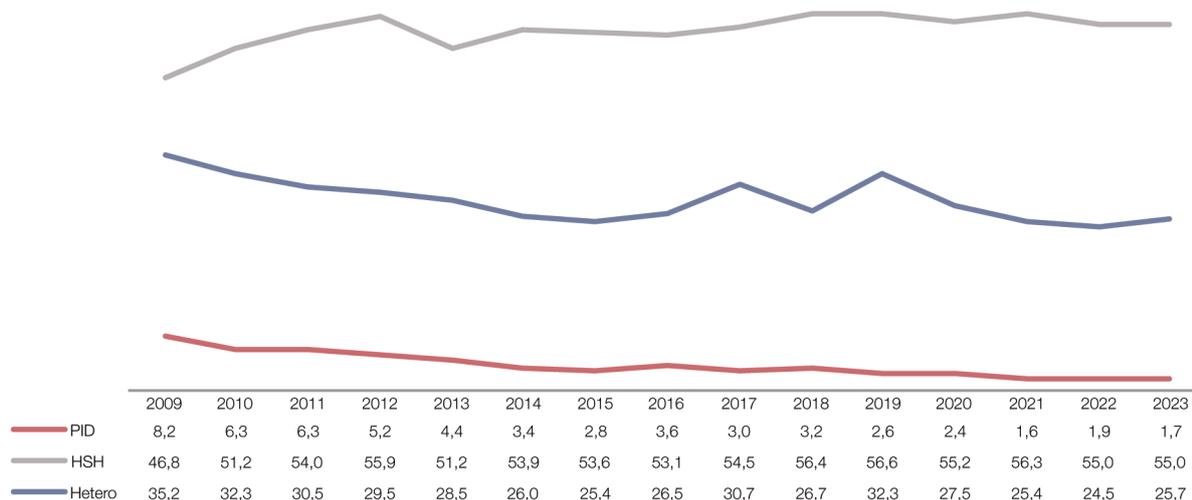
3. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

4. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2024: 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 2024.

Desglosando el modo de transmisión según el sexo, entre los hombres, la transmisión en HSH (hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres) supone el 55% de los

nuevos diagnósticos de VIH y la transmisión heterosexual el 15,5%. Entre las mujeres la transmisión heterosexual constituye el 10,2% de los nuevos diagnósticos.

Figura 1. Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH según categoría de transmisión. España, 2009-2023.



PID: personas que se inyectan drogas.

HSH: hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

Hetero: relaciones heterosexuales.

FUENTE: elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre Sida.

3.1.2. CASOS DE SIDA

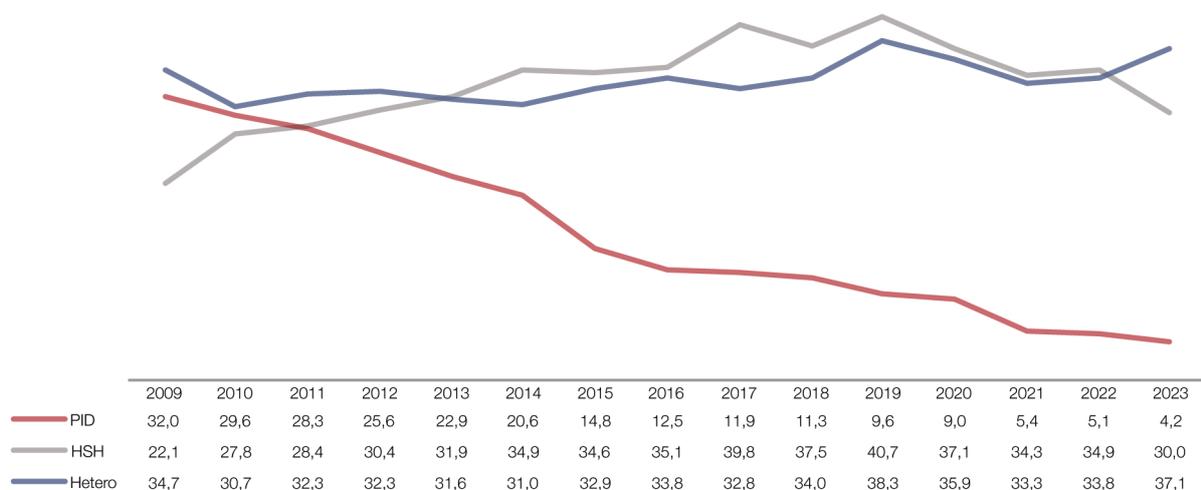
Los datos de sida incluyen los datos aportados por los registros autonómicos de sida, desde el año 1981 hasta la actualidad, presentando desde su inicio cobertura nacional. Por razones técnicas, no ha sido posible incorporar a la base de datos nacional los datos de la Comunidad Valenciana desde el 2014.

Teniendo en cuenta esto, en 2023 se identificaron 337 nuevos casos de sida (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 0,83/100.000 habitantes). El 80,7% de los nuevos casos de sida fueron hombres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 44 años, siendo similar en hombres y mujeres. En cuanto al modo de transmisión, para la mayoría de los nuevos casos diagnosticados en 2023 la infección se contrajo por HSH (30%) o por relaciones heterosexuales de

riesgo (37,1%). El porcentaje de personas diagnosticadas de sida en 2023 que contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas fue del 4,2%. La evolución temporal de la distribución de las diferentes vías de transmisión para los casos de sida diagnosticados entre 2009 y 2023 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 2023 similar el peso de la vía de HSH y la de relaciones heterosexuales de riesgo (figura 2).

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 3).

Figura 2. Porcentaje de nuevos casos de sida según categoría de transmisión. España, 2009-2023.



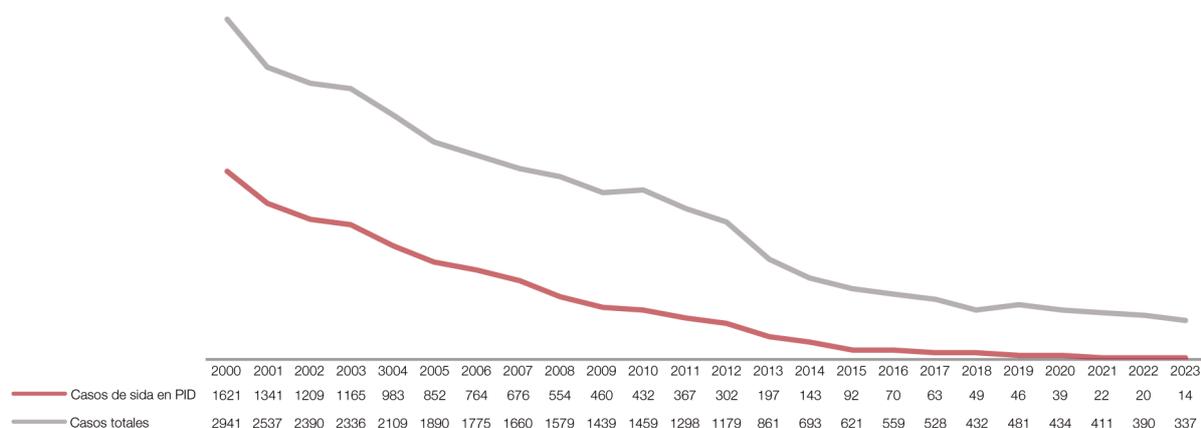
PID: Personas que se inyectan drogas.

HSH: Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

Hetero: Relaciones heterosexuales.

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre Sida.

Figura 3. Número de casos de sida en personas que se inyectan drogas y número de casos de sida total. España, 2000-2023. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



PID: Personas que se inyectan drogas.

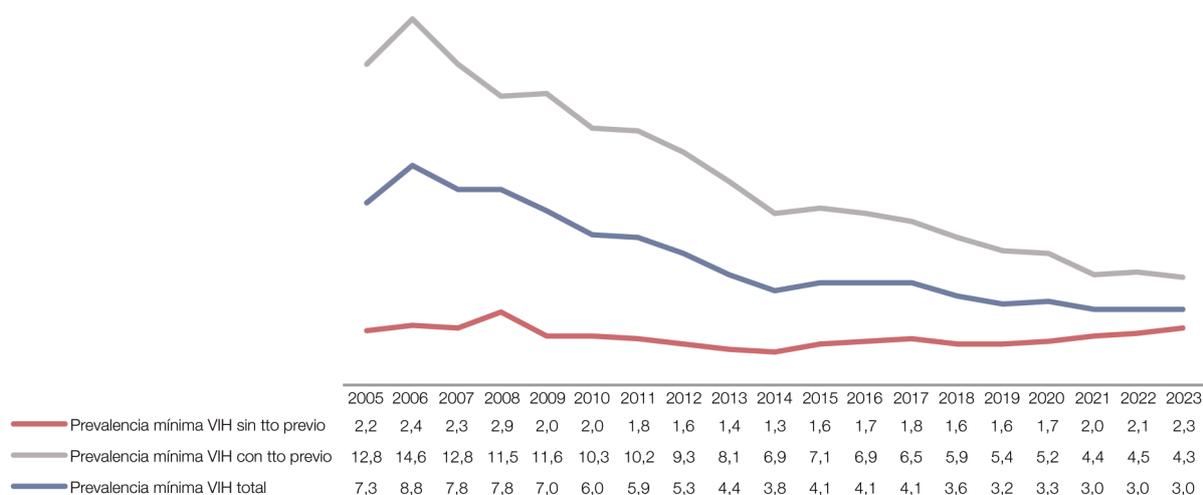
FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre Sida.

3.2. Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

En 2023 se registraron 48.635 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco). Entre ellas, 19.163 corresponden a personas que ya habían recibido tratamiento previo y 26.779 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 2023. Respecto a la infección por VIH, el 3,0% del total de admitidos a tratamiento presentaban VIH positivo, manteniendo el valor del año 2022, el más bajo de la serie histórica. Este porcentaje fue más elevado entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente (4,3%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (2,3%), y también más elevado entre los inyectores (20,7%) que entre los que no se habían inyectado nunca (1,4%) (figura 4 y tabla 2).

Figura 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 en el último año (%). España, 2005-2023.



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. Porcentaje de inyección y estado serológico para VIH, VHB y VHC para el total de los admitidos a tratamiento, en función del tratamiento previo y de ser o no inyector (números absolutos y %). España, 2023.

	Tratamiento previo			Inyección	
	Todos	Sí	No	Inyectores*	No inyectores*
Número de casos	48.635	19.163	26.779	3.825	39.207
Inyección de drogas					
Alguna vez en la vida	8,9	15,4	4,3	100	0,0
Últimos 12 meses	3,2	4,7	2,1	35,8	0,0
Últimos 30 días	2,2	3,1	1,6	24,8	0,0
Estado serológico. Prevalencia mínima**					
Prevalencia VIH Mínima	3,0	4,3	2,3	20,7	1,4
Prevalencia Hepatitis C Mínima	3,6	6,7	1,5	30,4	1,2
Prevalencia Hepatitis B Mínima	0,4	0,5	0,2	1,7	0,3

* 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 3).

En cuanto a la **infección por VHC**, en 2023 el 3,6% 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 (6,7%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (1,5%). Se registran diferencias considerables entre inyectores y no inyectores (30,4% frente a 1,2%) y en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tabla

2 y tabla 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 0,4% en 2023. 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 0,3%) (tabla 2). De nuevo, se observan grandes diferencias en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de inyección y estado serológico para VIH, VHB y VHC en función de la sustancia que genera la admisión a tratamiento (%). España, 2023.

Cocaína polvo	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes sin cocaína*	Otros opioides	Metadona	Alucinógenos*	Inhalables volátiles*
Inyección alguna vez en la vida									
2,5	1,4	35,4	8,7	3,4	23,4	19,4	49,2	3,8	0,0
Inyección últimos 12 meses									
1,0	0,3	10,9	1,8	0,8	19,7	8,2	7,3	1,9	0,0
Inyección últimos 30 días									
0,7	0,1	7,6	1,0	0,4	14,2	6,7	4,2	1,3	0,0
Prevalencia máxima de VIH									
3,8	4,0	15,9	5,5	12,1	38,8	12,2	26,2	11,6	33,3
Prevalencia máxima Hepatitis C									
3,4	3,7	31,0	7,9	7,7	17,9	19,7	33,8	9,1	25,0
Prevalencia máxima Hepatitis B									
1,2	1,2	3,0	1,0	3,8	1,8	0,0	6,7	0,0	0,0
Prevalencia mínima VIH									
1,2	0,9	7,6	2,2	3,8	19,8	4,2	10,4	5,1	12,0
Prevalencia mínima Hepatitis C									
1,0	0,8	14,6	3,0	2,3	8,2	6,4	13,9	3,6	8,0
Situación mínima Hepatitis B									
0,2	0,2	0,9	0,3	0,8	0,5	0,0	1,9	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.

3.3. Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan vía inyectada

En 2023 fueron admitidas a tratamiento 3.825 personas que se habían inyectado alguna vez en la vida, de las que 1.370 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 4). En 2023 se observa que se mantiene el repunte en el número de inyectores que se observó en 2022, 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 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, 2005-2023.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
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	3.825
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	2.469
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	32,1
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	1.370
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	915
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	34,1

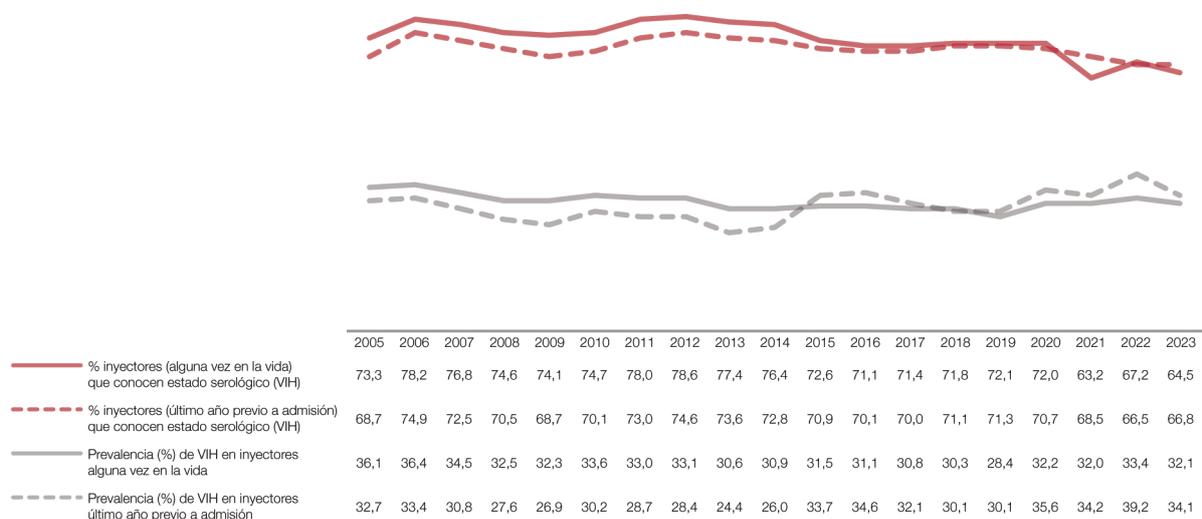
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

VIH-SIDA

Entre los inyectores admitidos a tratamiento en el año 2023 (tanto si se inyectaron alguna vez en la vida como en el último año), el 64,5% conocen su estado serológico para el VIH. Esta proporción se ha venido manteniendo estable con

pocas oscilaciones, mostrando un descenso de aproximadamente ocho puntos porcentuales en una década. En cuanto a la evolución histórica, hay un menor número de admitidos a tratamiento con respecto a hace una década, pero de éstos una proporción menor conocen su estado serológico (figura 5).

Figura 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, 2005-2023.



FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Entre aquellos que se habían inyectado alguna vez en la vida y conocen su estado serológico frente al virus VIH (2.469 personas), el 32,1% mostró serología positiva (793 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 (915 personas), el 34,1% mostró serología positiva (312 casos) (figura 5 y tabla 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 y la estabilización en 2023, situándose la prevalencia en el 32,1% (figura 5).

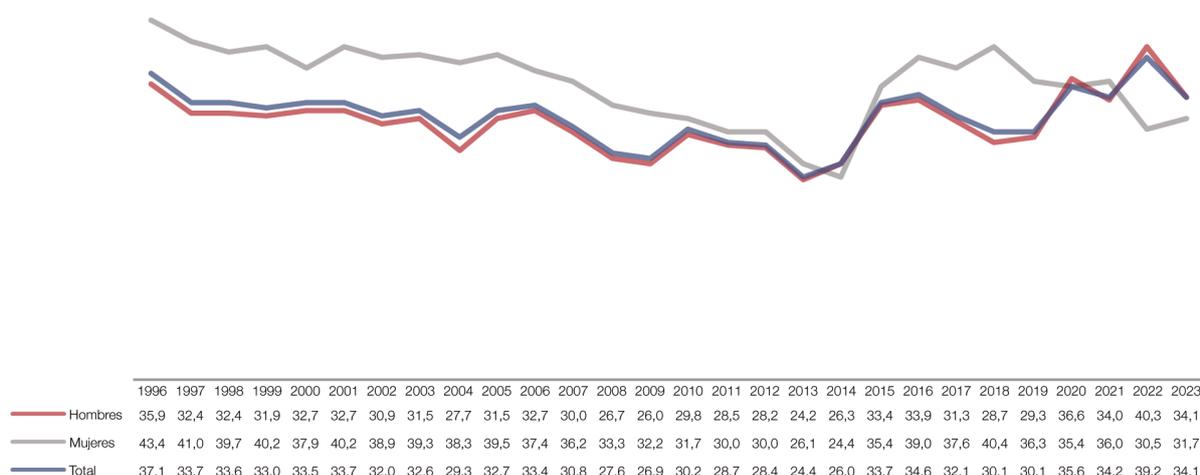
En cuanto a la prevalencia de VIH entre los inyectores en los últimos 12 meses que conocían su estado serológico, la serie histórica ha venido mostrando una tendencia general descendente con altibajos desde 1996 hasta 2014, año a

partir del cual se registra un repunte general en la prevalencia de VIH que además es especialmente notorio entre las mujeres (figura 6). A partir de 2014 se observa un aumento en la prevalencia de VIH en inyectores, y en 2022 se produce un pico máximo alcanzando el 39,2%, valor más alto de la serie histórica, a costa principalmente del aumento entre los hombres, retomando a valores previos en 2023.

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.

Por **sexo**, durante la mayor parte de la serie histórica, de 1996 a 2020 (salvo 2014) la prevalencia por VIH había sido mayor entre las mujeres admitidas a tratamiento que han utilizado la vía inyectada y conocían su estado serológico que entre los hombres, y se observa también que las tendencias entre hombres y mujeres han sido del mismo signo hasta 2017, año en el que se desacoplan (figura 6).

Figura 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, 1996-2023.



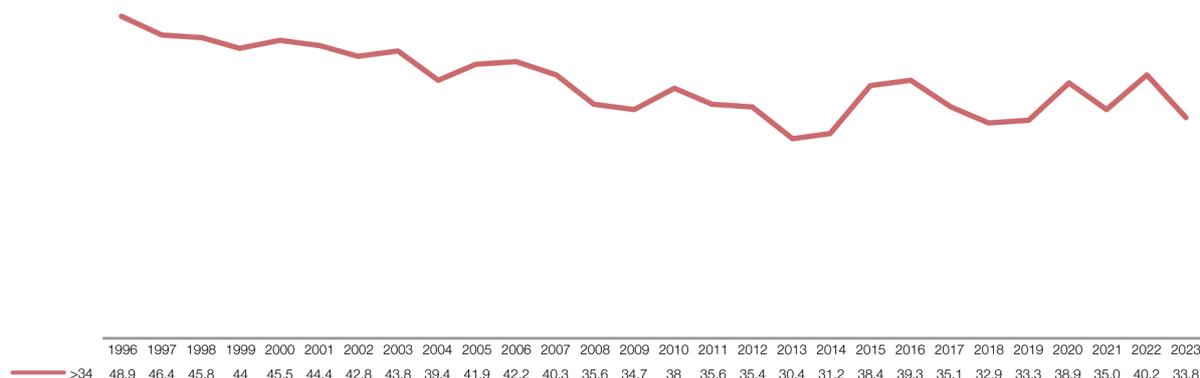
Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruce.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

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 2023 en el 33,8% (figura 7).

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 2023 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 5).

Figura 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, 1996-2023.



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.

Tabla 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 (nº absolutos y %). España, 2023.

	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 inyectores (nº)	3.825	1.370	3.825	1.370	3.825	1.370
Prevalencia de infección (%)	32,1	34,1	4,6	3,1	48,2	40,4
Conocen estado serológico (%)	64,5	66,8	37,8	41,8	63,0	64,7
Hombres inyectores (nº)	3.330	1.231	3.330	1.231	3.330	1.231
Prevalencia de infección (%)	32,1	34,3	4,2	3,1	48,0	40,8
Conocen estado serológico (%)	64,4	67,7	38,6	42,4	62,8	65,6
Mujeres inyectoras (nº)	495	139	495	139	495	139
Prevalencia de infección (%)	32,0	31,7	7,5	3,9	49,8	35,9
Conocen estado serológico (%)	65,7	59,0	32,3	36,7	64,4	56,1
Inyectores < 35 años (nº)	555	335	555	335	555	335
Prevalencia de infección (%)	29,2	35,0	1,7	2,3	31,9	26,0
Conocen estado serológico (%)	59,3	25,7	32,6	39,1	55,9	57,3
Inyectores ≥ 35 años (nº)	3.270	1.035	3.270	1.035	3.270	1.035
Prevalencia de infección (%)	32,6	33,8	5,0	3,4	50,6	44,4
Conocen estado serológico (%)	65,4	36,5	38,7	42,7	64,2	67,1
Inyectores consumidores de opioides (nº)	2.535	772	2.535	772	2.535	772
Prevalencia de infección (%)	29,4	23,0	5,6	4,6	54,3	46,2
Conocen estado serológico (%)	63,8	63,7	37,3	39,5	63,2	63,9
Inyectores no consumidores de opioides (nº)	1.290	598	1.290	598	1.290	598
Prevalencia de infección (%)	37,3	47,0	2,6	1,5	36,1	33,1
Conocen estado serológico (%)	66,0	70,7	38,7	44,8	62,6	65,7

Prevalencias calculadas sobre los casos que conocen el estado serológico.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En 2023, el 34,1% 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 (34,3% vs 31,7% en mujeres), entre las personas de 35 años o más (33,8% vs 35% en los menores de 35 años), y entre las que no consumen opioides (47% vs 23% en los consumidores).

HEPATITIS C (VHC)

Entre los admitidos a tratamiento en 2023 que se habían inyectado alguna vez en la vida, el 63,0% 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 (64,7%).

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 5).

En 2023, entre los que utilizaron la vía inyectada alguna vez en la vida y conocían su estado serológico (2.410 personas), el 48,2% mostró serología positiva para VHC (1.162 casos). Asimismo, entre los que se habían inyectado en los 12 meses previos a ser admitidos y conocían su estado serológico (886 personas) esta cifra alcanzó el 40,4% (358 casos), cifra inferior a la obtenida en años anteriores (tabla 6).

Entre las personas admitidas a tratamiento que se habían inyectado en los últimos 12 meses, las mujeres conocían su estado serológico frente al VHC con menor frecuencia que los hombres (65,6% en ellos vs 56,1% en ellas). La prevalencia de infección por hepatitis C es levemente dispar entre ambos sexos (40,8% en hombres y 35,9% 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 (tabla 5).

Tabla 6. 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 (nº absolutos y %). España, 2015-2023.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total inyectores último año previo a admisión (nº)	2.413	2.621	2.691	2.161	1.977	1.545	1.119	1.247	1.370
VHB									
Conocen su estado serológico frente a VHB (nº)	727	734	810	688	646	535	399	519	573
Casos positivos VHB (portador crónico) (nº)	89	72	65	59	48	34	16	18	18
Prevalencia de infección por VHB (%)	12,2	9,8	8,0	8,5	7,4	6,4	4,0	3,5	3,1
VHC									
Conocen su estado serológico frente a VHC (nº)	1.702	1.818	1.869	1.507	1.370	1.062	745	805	886
Casos positivos VHC (nº)	1.173	1.221	1.180	904	768	550	325	349	358
Prevalencia de infección por VHC (%)	68,9	67,2	63,1	60,0	56,1	51,8	43,6	43,4	40,4
Total inyectores alguna vez en la vida (nº)	5.904	6.117	5.946	5.223	4.877	3.692	3.161	3.719	3.825
VHB									
Conocen su estado serológico frente a VHB (nº)	2.002	1.993	1.955	1.791	1.706	1.292	1.253	1.493	1.445
Casos positivos VHB (portador crónico) (nº)	210	188	151	141	120	68	66	64	66
Prevalencia de infección por VHB (%)	10,5	9,4	7,7	7,8	7,0	5,3	5,3	4,3	4,6
VHC									
Conocen su estado serológico frente a VHC (nº)	4.212	4.265	4.217	3.695	3.414	2.587	1.977	2.454	2.410
Casos positivos VHC (nº)	2.802	2.749	2.588	2.177	1.878	1.387	908	1.241	1.162
Prevalencia de infección por VHC (%)	66,5	64,5	61,4	58,9	55,0	53,6	45,9	50,6	48,2

Prevalencias calculadas sobre los casos que conocen el estado serológico

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

HEPATITIS B (VHB)

Entre las personas admitidas a tratamiento en 2023, conocían su estado serológico frente al VHB el 37,8% de las que se habían inyectado alguna vez en la vida y el 41,8% 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 64% (tabla 5).

Entre aquellos que utilizaron la vía inyectada alguna vez en la vida y conocían su estado serológico frente al VHB (1.445 personas), el 4,6% mostró serología positiva para VHB (66 casos).

Asimismo, entre los que utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos a ser admitidos y conocían su estado serológico (573 personas), el 3,1% (18 casos) mostró serología positiva para VHB (tabla 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 (42,4% en ellos vs 36,7% en las mujeres), no es así en la prevalencia de infección por VHB, que es mayor entre ellas (3,9% vs 3,1% en los hombres) (tabla 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 (3,4% vs 2,3% en los menores de esa edad) (tabla 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 3 y tabla 5).

2.5

Consumo problemático de drogas, 2000-2024

1. 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 pasó 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 1).

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. https://www.euda.europa.eu/topics/problem-drug-use_en

2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. https://www.euda.europa.eu/topics/problem-drug-use_en

La información correspondiente a años previos, así como otras estimaciones realizadas, puede consultarse en los in-

formes anteriores del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)³.

Tabla 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	EDADES 2024: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)
Cannabis	Estimación basada en escala psicométrica CAST	ESTUDES 2023: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (14-18 años) EDADES 2024: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)
Cocaína	Estimación basada en la frecuencia de consumo	EDADES 2024: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)
Heroína	Estimación indirecta Método multiplicador	EDADES 2022: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años) Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 2023. Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides, 2023.
Inyección de drogas	Estimación indirecta Método multiplicador	EDADES 2022: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años) Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 2023. Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides, 2023.

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test. CAST: Cannabis Abuse Screening Test.

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

2. ESTIMACIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO/DE RIESGO DE ALCOHOL

2.1. 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.

3. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/home.htm>

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, 2022 y 2024 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.

2.2. Resultados

En 2024, de los 26.878 encuestados en la encuesta EDADES que reconocieron haber consumido alcohol en el último año, 18.551 contestaron las preguntas relativas a la escala AUDIT (69,1%). 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 2024 había aproximadamente 1.870.000 consumidores de alcohol de riesgo en España (1.125.000 hombres y 730.000 mujeres) (tabla 2).

Tabla 2. Número y porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo (AUDIT ≥6 mujeres y AUDIT ≥8 hombres), en la población de 15 a 64 años. España, 2009-2024.

Consumidores de alcohol de riesgo (AUDIT ≥6 mujeres y AUDIT ≥8 hombres)	Número de consumidores problemáticos de 15 a 64 años Total (hombres/mujeres)	Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años			Porcentaje entre 15-64 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
2024	1.870.000 (1.125.000/730.000)	6,0	7,2	4,7	8,6	9,7	7,4

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Considerando a la población que ha consumido alcohol en el último año, el 8,6% presenta un consumo de riesgo, valor que alcanza el 9,7% entre los hombres consumidores de alcohol y baja al 7,4% 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 2024, el 12,4% de los jóvenes de 15 a 24 años muestran un consumo de alcohol de riesgo frente al 7,1% de los mayores de 54 años (tabla 3). Entre los más jóvenes, la prevalencia de consumo de

alcohol de riesgo es similar entre mujeres y hombres (12,9% mujeres y 12,1% hombres) y, a medida que aumenta la edad, se marcan más las diferencias entre sexos, siendo mucho menor este tipo de consumo entre las mujeres que, sin embargo, mantiene una tendencia ascendente. 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 9,3% de los hombres y el 4,2% de las mujeres. En este último grupo de edad es donde se produce un mayor aumento con respecto a los años anteriores.

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.

Tabla 3. Porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo* entre los que han consumido en el último año, según edad y sexo. España, 2009-2024.

	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	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
2024	8,6	9,7	7,4	12,4	12,1	12,9	8,8	9,1	8,6	8,1	9,6	6,3	7,9	9,1	6,6	7,1	9,3	4,2

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 (EADAES)

Por último, según EDADES 2024, el perfil del consumidor más frecuente de riesgo de alcohol es el de un varón, soltero, de 39 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando. Respecto a patrones de riesgo que presenta, el 32,2% refiere haberse emborrachado en los últimos 30 días y el 50% refiere haber realizado binge drinking en el último mes; además el 38,3% señala haber consumido drogas ilegales en el mismo periodo (tabla 4).

Del total de personas de entre 15 y 64 años que presentan un consumo de riesgo de alcohol, el 39,4% son mujeres. El **perfil de las mujeres** que muestran este consumo de riesgo

es el de una mujer soltera, de 36,4 años, con estudios secundarios o universitarios y que se encuentra trabajando. El 26,8% se ha emborrachado en el último mes, el 38,9% ha hecho binge drinking en los últimos 30 días y el 29,9% ha consumido drogas ilegales en el mismo periodo.

El **perfil del hombre** que presenta consumo de alcohol de riesgo es el de un hombre de 40,6 años, soltero, con estudios secundarios y que se encuentra trabajando. Presenta patrones de riesgo en mayor medida que las mujeres, así el 35,7% se ha emborrachado en el último mes, el 58,2% ha hecho binge drinking en los últimos 30 días y el 43,7% ha consumido drogas ilegales en el mismo periodo.

Tabla 4. Características de los consumidores problemáticos/de riesgo de alcohol* en la población de 15 a 64 años. España, 2020-2024.

	2020			2022			2024		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Número de casos consumidores problemáticos/de riesgo	933	600	333	1592	957	636	1603	971	632
Edad media (años)	36,3	38,0	33,2	36,1	38,9	31,7	39,0	40,6	36,4
Grupos de edad (años)									
15 a 24 años	26,8	22,4	34,5	27,0	19,9	37,8	22,6	19,0	28,1
25 a 34 años	21,6	20,4	23,9	21,5	19,4	24,7	18,0	16,5	20,4
35 a 44 años	21,6	22,8	19,6	20,8	22,8	17,8	20,0	20,9	18,4
45 a 54 años	17,0	19,1	13,3	19,1	22,3	14,4	22,0	22,4	21,5
55 a 64 años	12,9	15,3	8,7	11,5	15,7	5,3	17,4	21,2	11,6
Nacidos fuera de España (%)	12,0	10,8	14,3	11,1	11,0	11,1	13,2	12,8	13,8

	2020			2022			2024		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Máximo nivel de estudios completado (%)									
Sin estudios/primarios	10,9	14,0	5,3	10,4	13,9	5,2	10,0	14,3	3,4
Estudios secundarios	68,6	66,9	71,6	70,0	71,0	68,2	72,4	72,3	72,5
Estudios universitarios	20,5	19,1	23,1	19,6	15,1	26,5	17,6	13,4	24,1
Situación laboral (%)									
Trabajando	51,2	55,3	43,7	58,0	63,2	50,3	59,7	60,9	57,8
Parado habiendo trabajado	15,8	16,1	15,4	10,2	11,2	8,8	11,7	12,8	10,0
Otras	33,0	28,6	40,9	31,8	25,6	40,9	28,6	26,3	32,3
Estado civil (%)									
Soltero/a	61,0	57,9	66,7	61,7	59,4	65,1	53,5	52,5	54,9
Casado/a	27,2	30,5	21,3	27,2	29,1	24,3	32,7	33,3	31,7
Separado/a – Divorciado/a- Viudo/a	11,8	11,7	12,0	11,1	11,5	10,5	13,8	14,2	13,4
Consumo de otras drogas (%)									
Drogas ilegales en los últimos 30 días	36,4	40,4	29,1	38,2	42,0	32,5	38,3	43,7	29,9
Otros consumos de riesgo (%)									
Borracheras últimos 12 meses	78,1	82,7	69,9	69,0	71,1	65,9	62,5	65,0	58,4
Borracheras últimos 30 días	43,7	46,5	38,8	40,7	44,9	34,2	32,2	35,7	26,8
Binge drinking últimos 30 días	81,6	84,6	76,0	77,1	82,2	69,5	50,0	58,2	38,9

* Personas (15-64 años) con AUDIT (≥8 hombres y ≥6 mujeres).

Drogas ilegales: Consumo de alguna droga ilegal según OEDA: cannabis, polvo, base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos en los últimos 30 días.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

3. 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 patologías 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.

3.1. 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, 2022 y 2024.

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 5) desarrollado en Francia¹¹ con el ob-

jetivo 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 fines^{12 13 14 15 16 17 18}.

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.

Tabla 5. CAST. Cannabis Abuse Screening Test.

Pregunta	Opciones de respuesta
1. ¿Ha fumado cannabis antes del mediodía?	
2. ¿Ha fumado cannabis estando solo/a?	Nunca
3. ¿Ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	Raramente
4. ¿Le han dicho los amigos o miembros de su familia que debería reducir el consumo de cannabis?	De vez en cuando
5. ¿Ha intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?	Bastante a menudo
6. ¿Ha tenido problemas debido a su consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, bajo rendimiento laboral)? ¿Cuáles?	Muy a menudo

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. 2009. DGPNSD y EMCDDA. http://www.pnsd.msrebs.gov.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.

13. 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.

14. 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.

15. 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

16. 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.

17. 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.

18. 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.

3.2. Resultados

3.2.1. EDADES (ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL EN ESPAÑA)

En 2024, se estima en 455.174 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 1,4% (2,2% en hombres y 0,7% en mujeres).

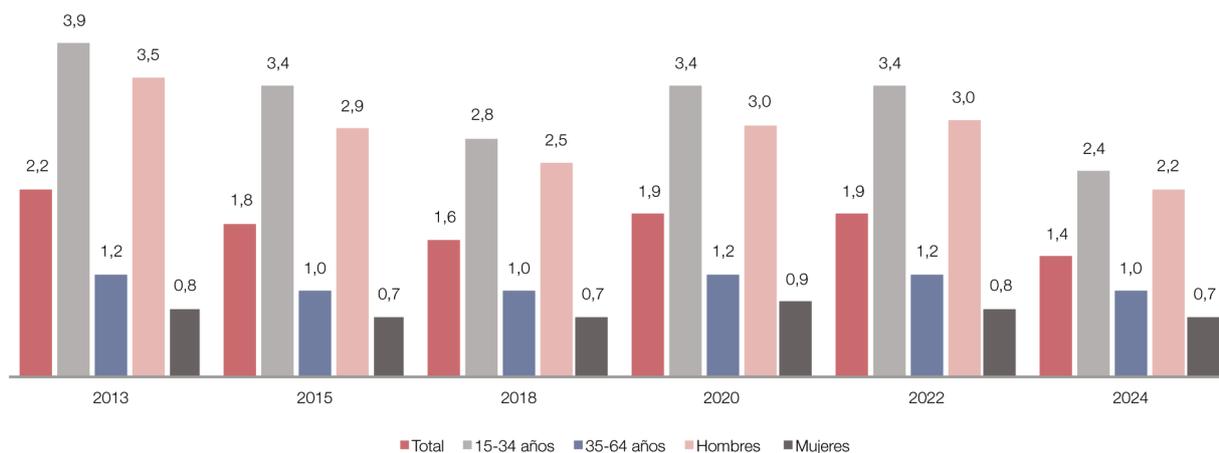
El grupo de población que presenta una mayor prevalencia de consumo problemático es el de edades comprendidas entre los 15 y los 34 años (figura 1).

Evolutivamente, entre 2013 y 2024 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 1,4% en 2024. En 2020 los datos muestran un repunte, aumentando el porcentaje de consumidores problemáticos al 1,9% de la población de 15 a 64 años, valor que se mantiene en 2022 y vuelve a disminuir en 2024 manteniendo la tendencia descendente previa a la pandemia de Covid-19, siendo este año el de menor consumo problemático registrado (tabla 6). La tendencia descendente en la prevalencia de consumo se mantiene entre los hombres, que pasa del 3% en 2022 a un 2,2% en 2024. 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 23,8% presenta consumo problemático (25,8% de los hombres y 19,1% de las mujeres), oscilando entre 18,8% y 30,2% en función del grupo de edad (figura 2).

Figura 1. Prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥ 4) en la población de 15 a 64 años, según edad y sexo (%). España, 2013-2024.



CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

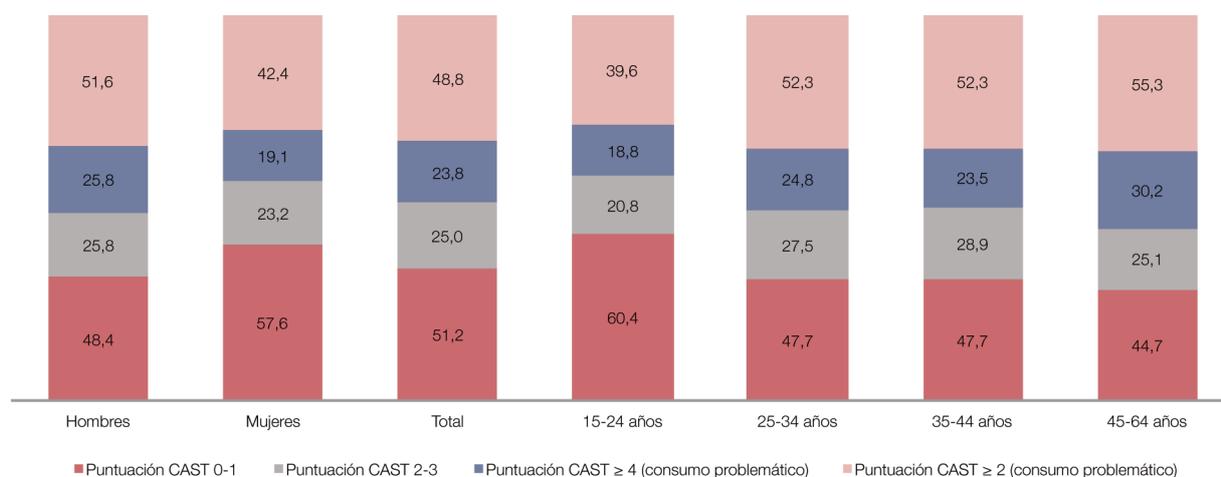
Tabla 6. Estimación de consumidores problemáticos de cannabis (CAST ≥ 4) entre la de 15 a 64 años. España, 2013-2024.

	2013	2015	2018	2020	2022	2024
Estimación de consumidores problemáticos cannabis (CAST ≥ 4)	687.233	558.549	496.828	591.798	603.497	455.174
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	23,8
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años (total)	2,2	1,8	1,6	1,9	1,9	1,4
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años (hombres)	3,5	2,9	2,5	3,0	3,0	2,2
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años (mujeres)	0,8	0,7	0,7	0,9	0,8	0,7

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).

Figura 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, 2024.



CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

Según los datos de EDADES 2024, el perfil del consumidor problemático de cannabis es el de un hombre soltero de entre 15 y 34 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando, que vive con la familia de origen, poli-consumidor de otras sustancias y que se inició en el consumo de cannabis a los 15,9 años.

3.2.2. ESTUDES (ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA)

Tal y como se observa en la tabla 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.

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

Tabla 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).

Tabla 8. Perfil de los estudiantes de 14 a 18 años que han realizado un consumo problemático de cannabis (CAST \geq 4), según sexo. España, 2019-2023.

	2019			2021			2023		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Número de casos CAST\geq4	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

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

* Alcohol, tabaco, hipnosedates e inhalables volátiles

** Cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o GHB

*** Ketamina, spice, mefedrona, salvia o ayahuasca

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

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 8). Si se incluyesen en este grupo, el óxido nítrico y el cloreto que se han incluido este año por primera vez en la encuesta ESTUDES, este valor se elevaría hasta 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 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 proble-

máticos. 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 7).

4. ESTIMACIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO/DE RIESGO DE COCAÍNA

4.1. 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 9).

4.2. Resultados

La encuesta EDADES 2024, nos informa de que el 13,3% de la población española de 15 a 64 años consumió cocaína —polvo y/o base— alguna vez en la vida, el 2,5% en el último año y el 1,4% en el último mes. Ello permite estimar que, en España, en 2024, más de 792.918 personas de 15-64 años habían consumido de cocaína en el último año. De estos consumidores se estima que al menos 126.867 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 0,40% de la población de 15 a 64 años y al 17,27% de los consumidores del último año. Se mantiene el aumento de este tipo de consumo ya observado desde el año 2017, que además se pone de manifiesto independientemente de los diferentes criterios utilizados (tabla 10) y que es coherente con los datos registrados por otras fuentes de información.

Tabla 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 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.

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).

Tabla 10. Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína (15-64 años). España, 2009-2024.

	Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad ¹	Estimación basada en frecuencia de consumo ²
2009	140.525 0,40% Población 15-64 años (16,5% consumidores 12M)	—
2011	130.537 0,40% Población 15-64 años (18% consumidores 12M)	118.889 0,40% Población 15-64 años (16,4% consumidores 12M)
2013	97.139 0,30% Población 15-64 años (13,8% consumidores 12 M)	92.406 0,30% Población 15-64 años (13,1% consumidores 12 M)
2015	76.956 0,30% Población 15-64 años (12,4% consumidores 12 M)	72.962 0,23% Población 15-64 años (11,7% consumidores 12 M)

	Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad ¹	Estimación basada en frecuencia de consumo ²
2017	101.610 0,33% Población 15-64 años (16,4% consumidores 12 M)	92.536 0,30% Población 15-64 años (14,9% consumidores 12 M)
2022	115.576 0,37% Población 15-64 años (16,1% consumidores 12 M)	104.851 0,33% Población 15-64 años (14,6% consumidores 12 M)
2024	158.584 0,50% Población 15-64 años (21,3% consumidores 12 M)	126.867 0,40% Población 15-64 años (17,27% 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 EUDA: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año.

La población española de 15 a 64 años a 1 de enero de 2024 era de 31.716.737 personas, según el Censo Anual de Población del INE. Instituto Nacional de Estadística.

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, 2024) es el de un varón de 40,3

años, con estudios secundarios finalizados o estudios universitarios, soltero y trabajando. El 99,6% ha consumido drogas legales en los últimos 30 días, el 91,6% ha consumido otras sustancias ilegales durante el mismo periodo. (tabla 11).

Tabla 11. Características de los consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína* en la población de 15 a 64 años. España, 2011-2024.

	2011	2013	2015	2017	2022	2024
Sexo (% hombres)	79,9	80,2	82,4	88,7	83,3	75,5
Edad media (años)	34,7	36,8	37,4	38,9	38,8	40,3
Grupos de edad (años)						
15 a 24 años	16,6	10,4	15	6,4	10,5	11,1
25 a 34 años	38,1	34,4	23,4	25,1	21,9	19,0
35 a 44 años	27	36,6	33,1	33,6	35,4	40,5
45 a 54 años	17,3	13,2	24,3	27,8	25,1	17,2
55 a 64 años	0,9	5,4	4,2	7,1	7,1	12,3
Máximo nivel de estudios completado (%)						
Sin estudios/primarios	26,6	17,7	21,5	12,1	27,8	11,8
Enseñanza secundaria/estudios universitarios	73,4	81,7	78,5	87,8	72,2	88,2
Situación laboral (%)						
Trabajando	45,8	39,3	51,3	62,1	62,2	64,0
Parado no habiendo trabajado	4,1	3	2,1	0	0,6	0,5
Parado habiendo trabajado	36	45	27	24,5	22,9	23,3
Otras	14,1	12,7	19,6	13,4	14,3	12,2
Estado civil (%)						
Soltero/a	71,1	59,8	61,2	56,7	55,8	46,7
Casado/a	16,5	32,4	13,2	21,7	20,7	25,2
Separado/a – Divorciado/a	11,2	6,2	23,8	21,5	21,8	26,9
Viudo/a	1,1	1,6	1,9	0	1,6	1,2
Consumo de otras drogas (%)						
Drogas legales en los últimos 30 días**	100,0	99,2	97,1	100	98,9	99,6
Drogas ilegales en los últimos 30 días***	68,7	72,6	91,9	93,4	90,8	91,6

* 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).

5. ESTIMACIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO/DE RIESGO DE HEROÍNA

5.1. 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 2025 y que se detalla a continuación.

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 2023 (7.513) del Indicador de Admisiones a Tratamiento, se obtienen la cifra estimada de consumidores problemáticos de heroína en 2023 (15.026).

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.

Tabla 12. Esquema de la estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2023.

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)	7.513
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)	15.026 (7.513/0,5)
4. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2). Personas en TMO (tratamiento de mantenimiento con opiáceos) y que están consumiendo heroína. (Hay 54.752 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)	21.901 (54.752x0,4)
5. Número mínimo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)	36.927 (21.901+36.927)

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)	140.904
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 15,4 % de los tratamientos en TDI son por heroína)	21.699 (140.904x0,154)
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)	43.398 (21.699/0,5)
5. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2). Personas en tratamiento de mantenimiento con opiáceos y que están consumiendo heroína. (Hay 54.752 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)	21.901 (54.752x0,4)
6. Número máximo de consumidores problemáticos de heroína (Suma de parte 1 y parte 2)	65.299 (43.398+21.901)

EDADES 2022: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2023: 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 2023 de la DGPNSD. Capítulo 3.1.3. Reducción de la Demanda: Atención integral.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en centros ambulatorios se obtienen de la Memoria 2023 de la DGPNSD. Figura 3.42. Evolución del número de usuarios atendidos en centros de metadona, centros ambulatorios, unidades de desintoxicación hospitalaria y comunidades terapéuticas. España, 2013-2023.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo problemático.

Asumiendo la cifra de 15,4% como el porcentaje de personas en TCA que son atendidas con motivo del consumo de heroína, se obtendría que 21.699 personas han recibido tratamiento por heroína en 2023 (140.904 en tratamiento por cualquier droga). De nuevo, aplicando el multiplicador, se obtendrían 43.398 consumidores problemáticos de heroína.

En todo caso, las estimaciones anteriores (15.026 y 43.398) corresponderían, en términos generales, a los consumidores de heroína que no están en tratamiento sustitutivo con opiáceos (TSO). Los datos disponibles informan que 54.752 personas se encontraban realizando TSO en 2023 (47.212 con metadona y 7.540 con buprenorfina + naloxona). Teniendo en cuenta que aproximadamente un 40% de los que están en TSO siguen consumiendo heroína, podría considerarse que 21.901 son también consumidores problemáticos, cifra que habrá que sumar a cada una de las estimaciones previas.

5.2. 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 2023, el número de consumidores de alto riesgo de heroína se encontraría en una horquilla entre 36.927 y 65.299 personas, con una estimación media de 51.113 consumidores problemáticos. Las estimaciones realizadas muestran que en 2023 se estabiliza 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 13).

Tabla 13. Estimación de consumidores problemáticos de heroína. España, 2009-2023.

	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)
2023	51.113	(36.927-65.299)	0,16	(0,12-0,21)

Población de 15 a 64 años a 1 de enero de 2023 (según INE): 31.381.037 personas.

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.

6. ESTIMACIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO/DE RIESGO DEL USO DE LA VÍA INYECTADA

6.1. 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 14 se resume la metodología utilizada en 2025 y que se detalla a continuación.

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 1.370 inyectores (inyección en los 12 meses previos a la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento en España en 2023 condujo a una estimación de 2.283 inyectores de drogas recientes en 2023, 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 4.509 inyectores. Para obtener esta cifra se asume que se ha inyectado en TAC el mismo porcentaje de usuarios que inician tratamiento (3,2%).

Tabla 14. Esquema de la estimación del número de inyectores de drogas recientes (último año). España, 2023.

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	1.370
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)	2.283 (1.370/0,60)
4. Número de inyectores en TMO (parte 2). (Hay 54.752 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 9,0% ha utilizado la vía inyectada (% inyección heroína últimos 30 días))	1.971 (54.752x0,40=21.900) (21.900x0,09=1.971)
5. Número mínimo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	4.254 (2.283+1.971)

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)	140.904
3. Número de inyectores en tratamiento en centros ambulatorios (se asume que se han inyectado en los últimos 12 meses en centros ambulatorios el mismo porcentaje que en TDI, el 3,2% de los admitidos a tratamiento se inyectó drogas en el último año)	4.509 (140.904x0,032)
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)	7.515 (4.509/0,60)
5. Número de inyectores en TMO (parte 2). (Hay 54.752 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 9,0% ha utilizado la vía inyectada (% inyección drogas av en TDI total))	1.971 (54.752x0,40=21.900) (21.900x0,09=1.971)
6. Número máximo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	9.486 (7.515+1.971)

EDADES 2022: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2023: 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 2023 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 2023 de la DGPNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador Consumo problemático.

En todo caso, las estimaciones anteriores (2.283 y 4.509) 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 1.971 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% ha utilizado la vía inyectada en 2023.

6.2. Resultados

En España en 2023, la cifra estimada de inyectores recientes (último año) se encontraría en la horquilla comprendida entre 4.254 y 9.486 personas, con una estimación media de 6.870 personas (tabla 15). Se observa una estabilización en el número estimado de inyectores, tras una tendencia descendente que viene observándose en los últimos años.

Tabla 15. Estimación del número de inyectores de drogas recientes (último año). España 2009-2023.

	Número de inyectores recientes Valor medio (valor mínimo y máximo)	Porcentaje de inyectores recientes en la población de 15 a 64 años. 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)
2023	6.870 (4.254-9.486)	0,022 (0,014-0,030)

Población de 15 a 64 años a 1 de enero de 2023 (según INE): 31.381.037 personas.

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.

2.6

Hospitalizaciones relacionadas con el consumo de drogas, 2016-2023

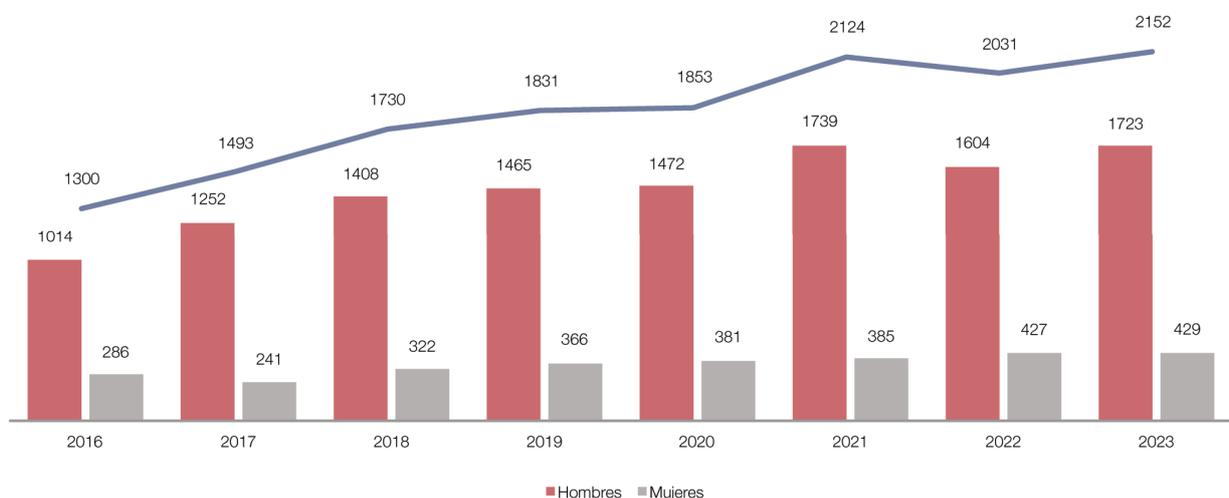
El Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE) contiene la información del conjunto mínimo básico de datos (CMBD). El CMBD fue definido en 1987 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) para el conjunto de hospitales del SNS y desde entonces, se ha consolidado como la principal base de datos de morbilidad atendida y del proceso de atención de los pacientes en los hospitales.

Con la entrada en vigor del Real Decreto 69/2015, que regula el registro de la actividad de la atención sanitaria especializada, el modelo de datos del CMBD evoluciona y amplía

su contenido a otras modalidades asistenciales. Además de datos de hospitalización, incorpora datos de cirugía mayor ambulatoria (CMA), hospital de día, hospitalización a domicilio, procedimientos ambulatorios de especial complejidad y urgencias. Progresivamente se trabaja en la inclusión de todos los centros, tanto públicos como privados.

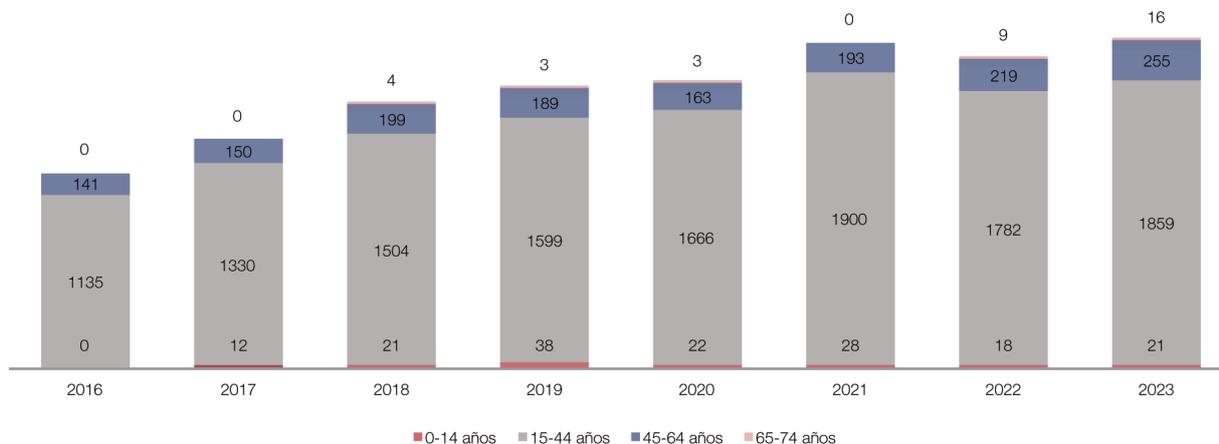
Según este indicador, en 2024 fueron hospitalizadas 2.152 personas por un **trastorno por consumo de cannabis**, fundamentalmente personas de entre 15 y 44 años. En los últimos 7 años estos ingresos prácticamente se han duplicado.

Figura 1. Número de personas hospitalizadas por un trastorno por consumo de cannabis, según sexo y total. España, 2016-2023.



FUENTE: RAE-CMBD.

Figura 2. Número de personas hospitalizadas por un trastorno por consumo de cannabis, según edad. España, 2016-2023.

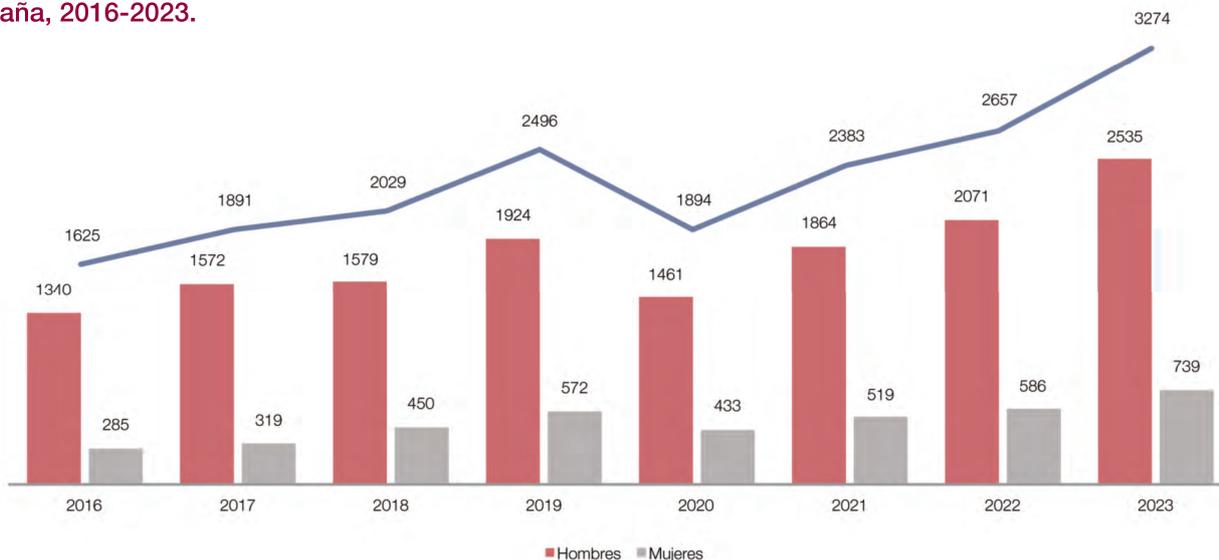


FUENTE: RAE-CMBD.

Según este indicador, en 2024 fueron hospitalizadas 3.274 personas por un **trastorno por consumo de cocaína**, fun-

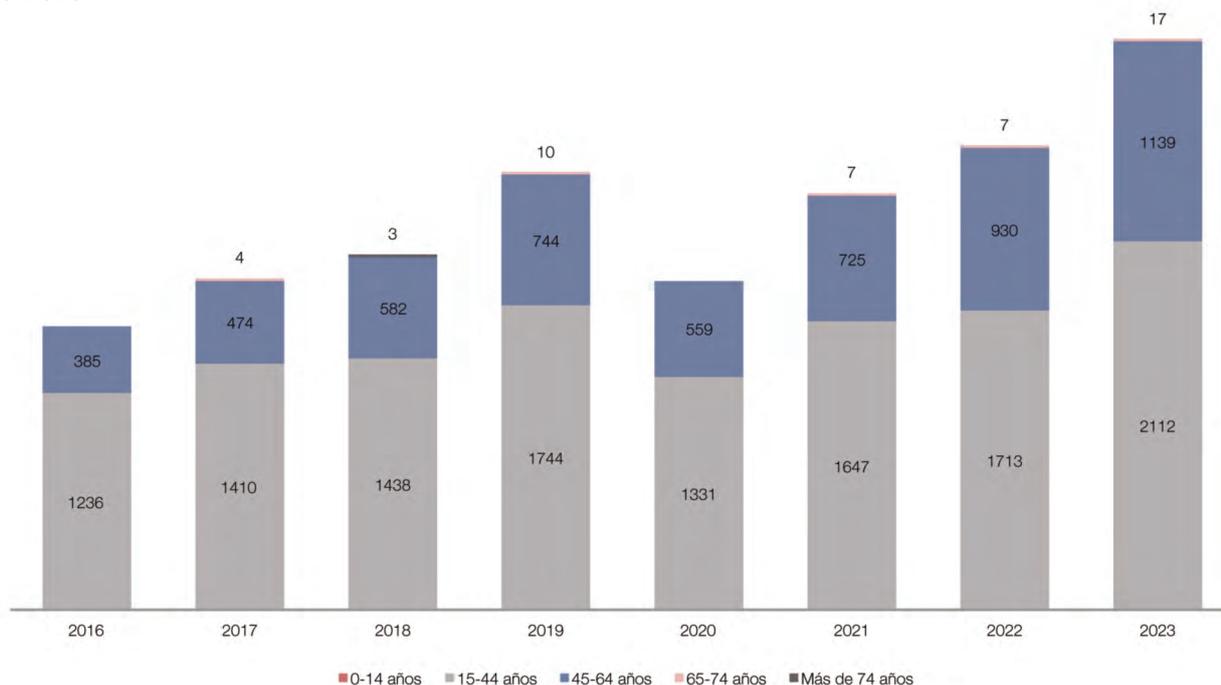
damentalmente personas de entre 15 y 44 años. En los últimos 7 años estos ingresos se han duplicado.

Figura 3. Número de personas hospitalizadas por un trastorno por consumo de cocaína, según sexo y total. España, 2016-2023.



FUENTE: RAE-CMBD.

Figura 4. Número de personas hospitalizadas por un trastorno por consumo de cocaína, según edad. España, 2016-2023.

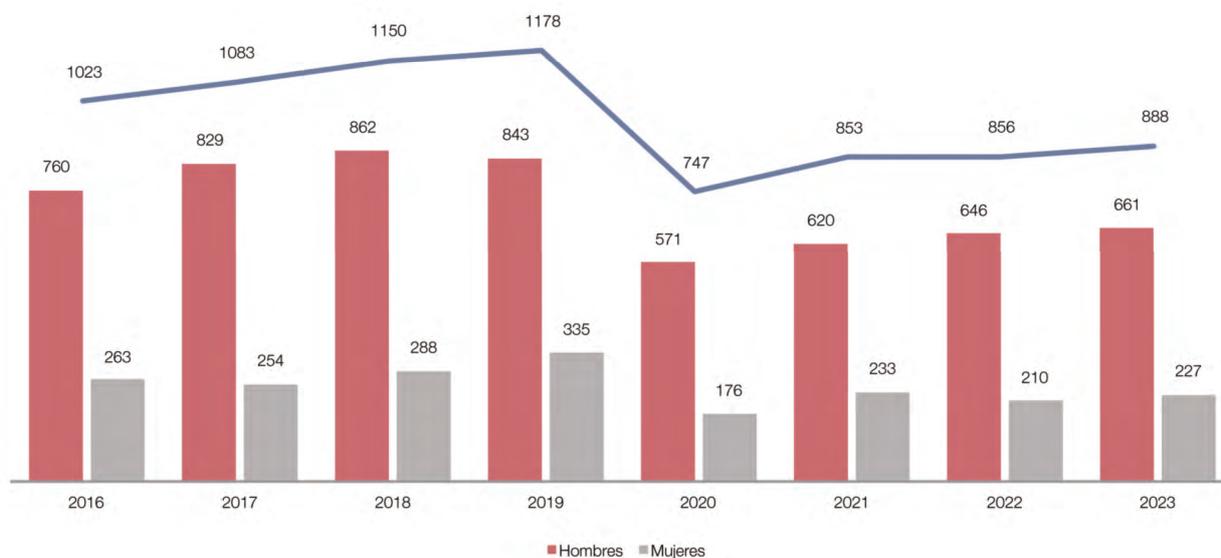


FUENTE: RAE-CMBD.

Según este indicador, en 2024 fueron hospitalizadas 888 personas por un **trastorno por consumo de opiáceos**, fundamentalmente personas de entre 45 y 64 años. En los úl-

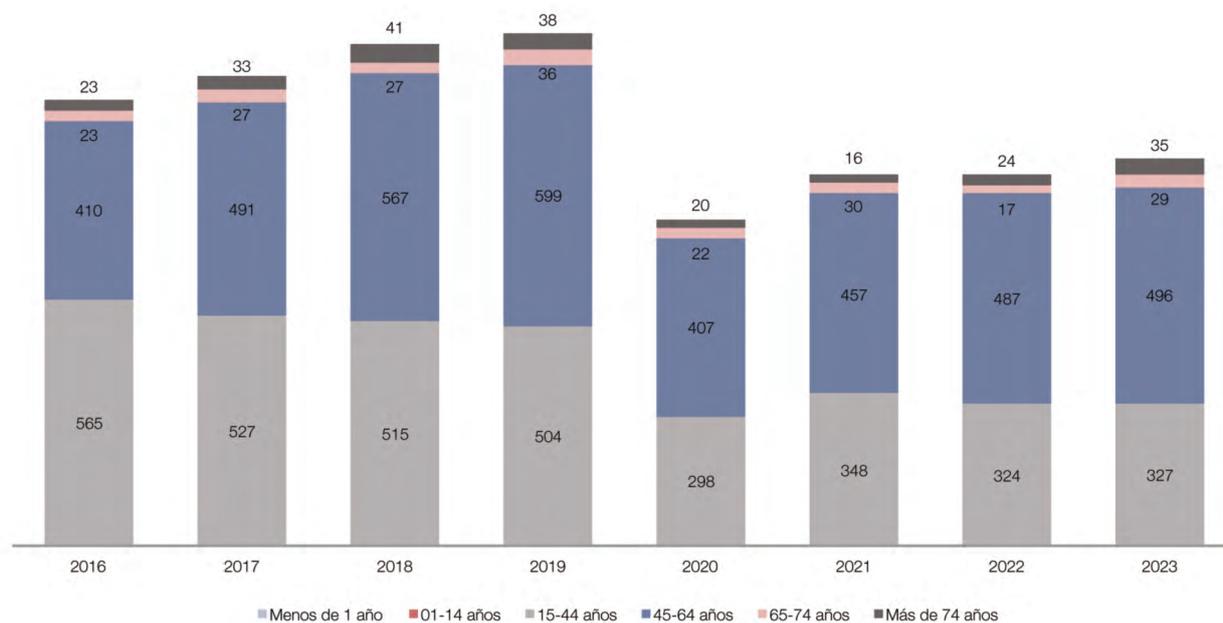
timos 7 años estos ingresos se han reducido aproximadamente un 15%.

Figura 5. Número de personas hospitalizadas por un trastorno por consumo de opiáceos, según sexo y total. España, 2016-2023.



FUENTE: RAE-CMBD.

Figura 6. Número de personas hospitalizadas por un trastorno por consumo de opiáceos, según edad. España, 2016-2023.



FUENTE: RAE-CMBD.

2.7

Consumo de medicamentos prescritos, 2024

En este capítulo se presentan los datos del consumo de los medicamentos psicofármacos ansiolíticos e hipnóticos y sedantes a través de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud (SNS) facturados en oficinas de farmacia.

Se han tenido en cuenta las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, que pueden ser dispensadas a través de oficinas de farmacia, pertenecientes a los siguientes subgrupos farmacológicos de acuerdo al Sistema de Clasificación Anatómica Terapéutica y Química de la OMS:

- N05B: Ansiolíticos
- N05C: Hipnóticos y sedantes
- N02A: Opioides

Los datos analizados provienen de los ficheros de facturación de recetas médicas del SNS que remiten a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia del Ministerio de Sanidad las CCAA, INGESA y Mutualidades (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

Se han utilizado como unidades de medida, el número de envases facturados en oficinas de farmacia con cargo al SNS y el indicador **DHD**: Dosis Diaria Definida por cada mil habitantes y día, parámetro que proporciona una estimación de cuántas personas de cada 1.000 están recibiendo al día

una Dosis Diaria Definida (DDD). La **DDD** se define como la dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento cuando se utiliza para su principal indicación, por una vía de administración determinada en adultos. Las DDD de los principios activos las establece la OMS y están publicadas en la web de WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology¹. Para el cálculo de la DHD se ha utilizado la población del Padrón a 1 de enero de cada año (Instituto Nacional de Estadística).

1. ANSIOLÍTICOS

Los fármacos ansiolíticos son medicamentos utilizados para el tratamiento de la ansiedad. En la ansiedad coexisten un sentimiento de aprensión, temor o angustia frente a algo que se valora como amenazante, un estado de irritabilidad que puede llegar a la pérdida de la capacidad de concentración y un conjunto de síntomas somáticos asociados variable entre los que destacan sudoración, palpitations, taquicardia, fatiga, micciones frecuentes, cefaleas, mialgias, insomnio o molestias digestivas, entre otros. El ansiolítico ideal es aquel que alivia o suprime el síntoma de la ansiedad sin producir sedación o sueño. Muchos de los fármacos actualmente empleados para tratar la ansiedad se desarrollaron, y aún se utilizan, para tratar otros trastornos, como la depresión, la epilepsia y la esquizofrenia².

1. <https://atcddd.fhi.no/>

2. Rang, H.P.; Dale, M.M.; Ritter J.M.; Flower R.J.; Henderson G. Ansiolíticos e hipnóticos en "Farmacología". 9ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2020. capítulo 45, 569-57.

Las benzodiazepinas se aproximan al ansiolítico ideal porque, aunque a dosis elevadas producen sedación y sueño, es posible manejarlas con eficacia y riesgo bajo. Las benzodiazepinas son medicamentos que facilitan la transmisión fisiológica de carácter inhibitor mediada por el ácido gamma-aminobutírico (GABA), mediante su unión a receptores específicos en varios lugares en el sistema nervioso central, potenciando los efectos de inhibición sináptica o presináptica mediada por el GABA o afectando directamente la acción potencial de los mecanismos de generación. Esto provoca una acción ansiolítica, aliviando la tensión subjetiva y los síntomas objetivos que denotan ansiedad como el sudor, las taquicardias, etc. También presentan acción miorrelajante de la musculatura esquelética a nivel del sistema nervioso central, acción anticonvulsivante y antiepiléptica tanto en convulsiones inducidas por agentes tóxicos como en convulsiones febriles o síndrome de abstinencia y acción hipnótica, por lo que se usan para el tratamiento del insomnio. Algunas benzodiazepinas fueron desarrolladas y aprobadas para tratar la ansiedad, mientras que otras se han aprobado para el tratamiento del insomnio o para otros propósitos.

Los principales efectos adversos de las benzodiazepinas son sedación, somnolencia, ataxia, incoordinación motora y la amnesia anterógrada, la cual significa que el individuo no recordará lo que haya pasado desde el momento en el que se administró el fármaco hasta que se disipe el efecto del medicamento (aunque debido precisamente a este efecto también se utilizan en la preparación de intervenciones quirúrgicas o maniobras diagnósticas). También es importante tener en cuenta que producen tolerancia farmacodinámica y dependencia psicológica y física, de modo que si se retira su administración de forma brusca puede desencadenarse un síndrome de abstinencia.

Las benzodiazepinas son activas por vía oral y difieren entre ellas, fundamentalmente en la duración de su acción. Las benzodiazepinas se clasifican según el valor de la semivida de eliminación como “de acción corta”, “de acción intermedia” o “de acción larga”. Los fármacos “de acción corta” (por ejemplo, lorazepam, semivida de 8-12 h) son metabolizados a compuestos inactivos y se emplean principalmente como hipnóticos. Algunos de los fármacos “de acción larga” (por ejemplo, diazepam) son convertidos a metabolitos activos de duración corta. Entre los más utilizados para tratar la ansiedad destacan el lorazepam, el alprazolam o el diazepam.

Las benzodiazepinas son relativamente seguras en caso de sobredosis, cuyo tratamiento se lleva a cabo mediante la administración de un antídoto, el flumazenilo, por vía intravenosa.

2. HIPNÓTICOS Y SEDANTES

Los medicamentos denominados hipnosedantes son un grupo de psicofármacos que actúan sobre el sistema nervioso central, potenciando la acción del neurotransmisor inhibitor GABA (ácido gammaaminobutírico) y provocando efectos hipnóticos, sedantes, ansiolíticos, anticonvulsivos y relajantes musculares. Entre los hipnosedantes encontramos sustancias activas como las benzodiazepinas (BZD) o los denominados fármacos Z (zolpiden y zopiclona).

Los medicamentos hipnosedantes incluidos en la prestación farmacéutica del SNS para su dispensación a través de oficinas de farmacia, están indicados principalmente para el tratamiento del insomnio a corto plazo. Este es el caso de los fármacos Z y las BZD incluidas en el grupo, a excepción del midazolam que, además de para el tratamiento del insomnio en su formulación oral, presenta otras indicaciones autorizadas para sus formulaciones bucales de liberación ultrarrápida (crisis convulsivas agudas y prolongadas en epilepsia). El clometiazol y el ácido glutámico, otros hipnosedantes incluidos en la prestación farmacéutica del SNS dispensados en oficina de farmacia, se pueden utilizar, además de en el insomnio, para tratamiento de la inquietud, agitación, estados confusionales o delirium tremens, bajo supervisión hospitalaria estricta.

El medicamento hipnótico ideal es aquel que induce el sueño de forma rápida, lo mantiene por un periodo de 7-8 horas de forma continua, evitando despertares nocturnos, y no altera la denominada arquitectura del sueño, que se debe preservar para obtener un sueño de calidad y reparador. Tanto las BZD como los hipnóticos Z están indicados en el tratamiento de trastornos del sueño al presentar un inicio de acción rápido, acortando el tiempo necesario para conciliar el sueño, y aumentando la duración total del mismo. Su mayor inconveniente es que reducen la proporción de fase REM, aunque en menor grado que otros hipnóticos disponibles, lo que puede generar un efecto rebote cuando finaliza el tratamiento. Para evitar este efecto rebote deben retirarse con una pauta de descenso gradual, nunca de forma brusca.

De acuerdo a las guías clínicas actuales, la primera línea del tratamiento del insomnio deben ser las medidas de higiene del sueño, reservando los hipnosedantes únicamente para cuando la intensidad de los síntomas es alta, limita la actividad del paciente o lo somete a una situación de estrés importante.

En general, los hipnosedantes son medicamentos seguros, efectivos y bien tolerados en tratamientos a corto plazo,

siempre que se usen bajo una prescripción médica y su tratamiento conlleve un seguimiento por parte del médico prescriptor para evitar superar los tiempos recomendados.

Actualmente, el mayor problema del uso de los hipnosedantes deriva de la duración del mismo. De acuerdo a las fichas técnicas autorizadas, la duración del tratamiento debe ser lo más corta posible, evaluada periódicamente por el profesional sanitario y con una duración máxima de 2-4 semanas en el caso del tratamiento del insomnio, incluyendo la retirada gradual del mismo. La continuación de los tratamientos más allá de estos periodos y su cronificación favorecerá la pérdida de su efecto beneficioso, la aparición de efectos adversos y la aparición de tolerancia y dependencia.

La tolerancia supone la pérdida gradual del efecto tras la administración repetida, debido a que el organismo se acostumbra al medicamento y se necesita cada vez una mayor dosis para ejercer el mismo efecto. Como consecuencia, con el uso prolongado el medicamento deja de ser beneficioso y el paciente puede desarrollar dependencia e, incluso, sufrir un síndrome de abstinencia al interrumpir la administración. Aproximadamente el 35% de los pacientes tratados con hipnosedantes durante más de 4 semanas desarrollan tolerancia y dependencia física. Para evitar el síndrome de abstinencia es importante retirar el hipnosedante de manera gradual, reduciendo la dosis de forma escalonada y cada cierto periodo de tiempo.

Además de la tolerancia y la dependencia, las reacciones adversas de los hipnosedantes suelen deberse a desajustes de dosis e incluyen somnolencia, confusión, falta de concentración, alteración de la coordinación, reducción de reflejos y debilidad muscular, aumentando el riesgo de caídas y fracturas en pacientes ancianos o con osteoporosis y generando un riesgo en el manejo de maquinaria pesada y en la conducción de vehículos.

En presencia de alcohol y otros psicofármacos potencian los efectos depresores del sistema nervioso central, especialmente cuando se combinan con barbitúricos, anestésicos u opioides, pudiendo dar lugar a una depresión respiratoria severa que puede poner en peligro la vida del paciente. La intoxicación medicamentosa más frecuente es la producida por la administración conjunta de BZD o fármacos Z con opioides, aumentando mucho el riesgo de sobredosis fatal.

3. OPIOIDES

Los analgésicos opioides son un grupo de medicamentos utilizados principalmente para el tratamiento del dolor moderado a intenso, actuando sobre el sistema nervioso central al unirse a los receptores opioides (μ , δ y κ), lo

que produce una disminución de la percepción del dolor y una sensación de bienestar.

En España, los opioides incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (SNS) para su dispensación en oficinas de farmacia abarcan desde opioides débiles como el tramadol hasta opioides mayores como la morfina, oxycodona, fentanilo o buprenorfina. Estos fármacos están indicados, bajo prescripción médica, para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio, dolor oncológico, y en algunos casos de dolor crónico no oncológico refractario a otros tratamientos.

Aunque los opioides son altamente efectivos cuando se utilizan correctamente, su uso conlleva riesgos importantes como tolerancia, dependencia física y psicológica, así como un potencial síndrome de abstinencia al cesar el tratamiento de forma brusca. Las guías clínicas recomiendan iniciar el tratamiento con la dosis mínima eficaz durante el menor tiempo posible, con revisiones periódicas para valorar su continuidad. El uso prolongado de opioides puede llevar a una pérdida de eficacia analgésica (hiperalgesia inducida por opioides), incremento progresivo de dosis y mayor riesgo de efectos adversos como somnolencia, estreñimiento, náuseas, depresión respiratoria o deterioro cognitivo, especialmente en población vulnerable como personas mayores. Además, la combinación de opioides con otros depresores del sistema nervioso central, como benzodicepinas o alcohol, aumenta significativamente el riesgo de sobredosis y muerte. Por ello, su prescripción debe realizarse con criterios de seguridad, individualización del tratamiento y seguimiento estrecho por parte del profesional sanitario.

Los opioides son medicamentos esenciales en el tratamiento del dolor intenso, especialmente en pacientes oncológicos y situaciones agudas, pero requieren un uso racional, individualizado y supervisado. Su creciente uso en patologías no oncológicas ha puesto de relieve la necesidad de reforzar la formación de los profesionales sanitarios en su manejo adecuado y de promover alternativas terapéuticas no farmacológicas para el control del dolor crónico, reservando el empleo de opioides para casos bien seleccionados y con seguimiento continuo.

4. FINANCIACIÓN DE PRINCIPIOS ACTIVOS PSICOFÁRMACOS A FECHA DE DICIEMBRE 2024

En el Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS del mes de diciembre 2024 se encuentran financiadas 269 presentaciones de medicamentos psicofármacos **ansiolíticos e hipnóticos y sedantes**, correspondientes a 21 principios activos, independientemente de su comer-

cialización. Todos los psicofármacos incluidos en este apartado corresponden a medicamentos sujetos a prescripción médica.

En marzo de 2024 en el grupo de los ansiolíticos se ha dado de baja en financiación la asociación diazepam/piridoxina (N05BA51).

Tabla 1. Financiación a través de receta de medicamentos psicofármacos ansiolíticos e hipnóticos y sedantes. Diciembre 2024.

ATC3	Descripción ATC3	Nº presentaciones financiadas	Nº presentaciones financiadas comercializadas	Nº de principios activos	PVPIVA medio (€)
N05B	Ansiolíticos	210	182	11	2,72
N05C	Hipnóticos y sedantes	59	55	10	11,13
Total		269	237	21	

FUENTE: Nomenclátor oficial de la Prestación Farmacéutica del SNS de diciembre 2024. Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Ministerio de Sanidad.

Los **ansiolíticos** tienen un precio medio más bajo que el resto de los psicofármacos, de 2,72 euros. Los principios activos alprazolam y diazepam son los que tienen un mayor

número de presentaciones financiadas, y ketazolam y pinazepam los que tienen un precio medio más alto, de 4,92 y 4,29 euros respectivamente.

Tabla 2. Financiación a través de receta de medicamentos ansiolíticos (N05B). Diciembre 2024.

ATC4	Descripción ATC4	ATC5	Desc ATC5 (Forma base)	Nº presentaciones financiadas	PVPIVA medio (€)
N05BA	Derivados de la benzodiazepina	N05BA01	Diazepam	58	2,08
		N05BA05	Clorazepato de potasio	8	1,62
		N05BA06	Lorazepam	22	1,58
		N05BA08	Bromazepam	11	1,16
		N05BA09	Clobazam	2	3,21
		N05BA10	Ketazolam	6	4,92
		N05BA12	Alprazolam	90	3,55
		N05BA14	Pinazepam	2	4,29
		N05BA51	Diazepam/Piridoxina/Sulpirida	1	2,76
			Diazepam/Sulpirida	1	2,5
N05BB	Derivados del difenilmetano	N05BB01	Hidroxizina	9	2,34
Total			11	210	2,72

FUENTE: Nomenclátor oficial de la Prestación Farmacéutica del SNS de diciembre 2024. Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Ministerio de Sanidad.

Los **hipnóticos y sedantes**, presentan un precio medio de 11,13 euros. El único principio activo con un precio muy superior al resto es el midazolam (74,78 €), debido a la financiación de las presentaciones con forma farmacéutica “solución bucal” de absorción oral muy rápida indicadas en el

tratamiento de crisis convulsivas en población pediátrica. Los principios activos lormetazepam y zolpidem son los que tienen un mayor número de presentaciones financiadas, con 25 y 20 respectivamente.

Tabla 3. Financiación a través de receta de medicamentos hipnóticos y sedantes (N05C). Diciembre 2024.

ATC4	Descripción ATC4	ATC5	Desc ATC5 (Forma base)	Nº presentaciones financiadas	PVPIVA medio (€)
N05CD	Derivados de la benzodiazepina	N05CD01	Flurazepam	1	3,75
		N05CD05	Triazolam	1	2,54
		N05CD06	Lormetazepam	25	2,19
		N05CD08	Midazolam	7	74,78
		N05CD09	Brotizolam	1	2,97
		N05CD11	Loprazolam	1	3,45
N05CF	Fármacos relacionados con las benzodiazepinas	N05CF01	Zopiclona	1	2,50
		N05CF02	Zolpidem	20	2,67
N05CM	Otros hipnóticos y sedantes	N05CM02	Clometiazol	1	8,27
		N05CM93	Glutamato magnésico bromhidrato	1	1,65
Total			10	59	11,13

FUENTE: Nomenclátor oficial de la Prestación Farmacéutica del SNS de diciembre 2024. Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Ministerio de Sanidad.

A fecha diciembre de 2024 hay 683 presentaciones de **analgésicos opioides** financiadas en España, con un precio medio de 33,76 €. El fentanilo es el más representado (212

presentaciones financiadas) y varias presentaciones que incluyen la hidromorfona y el tapentadol presentan precios más elevados.

Tabla 4. Financiación a través de receta de medicamentos opioides (N02A). Diciembre 2024.

ATC4	Descripción ATC4	ATC5	Desc ATC5 (Forma base)	Nº presentaciones financiadas	PVPIVA medio (€)
N02AA	Alcaloides naturales del opio	N02AA08	Dihidrocodeína	2	2,66
		N02AA03	Hidromorfona	4	72,44
		N02AA01	Morfina	21	15,08
		N02AA05	Oxicodona	24	25,14
		N02AA55	Oxicodona y naloxona	43	52,54
N02AB	Derivados de fenilpiperidina	N02AB03	Fentanilo	212	61,58
		N02AB02	Petidina	3	6,46
N02AE	Derivados de la oripavina	N02AE01	Buprenorfina	35	39,79
N02AJ	Opioides combinados con otros analgésicos	N02AJ06	Codeína y paracetamol	15	2,44
		N02AJ07	Codeína y ácido acetilsalicílico	4	2,19
		N02AJ08	Codeína e ibuprofeno	5	5,65
		N02AJ13	Tramadol y paracetamol	109	7,85
		N02AJ14	Tramadol y dexketoprofeno	6	7,10
N02AJ16			Tramadol y celecoxib	2	11,24
N02AX	Otros opioides	N02AX02	Tramadol	146	9,83
		N02AX06	Tapentadol	52	51,75
Total				683	33,76

FUENTE: Nomenclátor oficial de la Prestación Farmacéutica del SNS de diciembre 2024. Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Ministerio de Sanidad.

5. DHD

La dosis por habitante y día (DHD), parámetro que proporciona la estimación de cuántas personas de cada 1.000 están recibiendo al día una dosis diaria definida (DDD), ha pa-

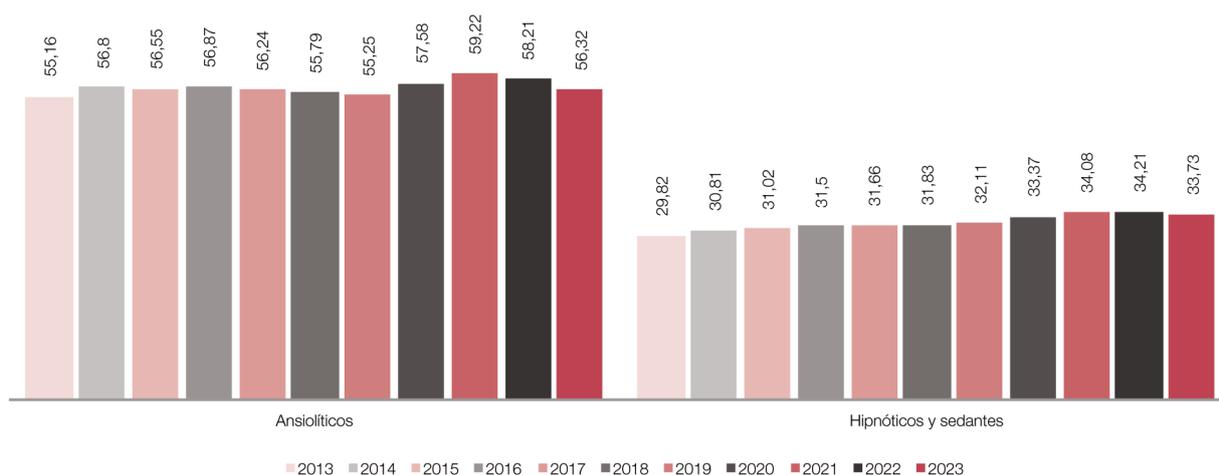
sado para los medicamentos **ansiolíticos** de 55,16 en 2013 a 56,32 en 2023 observándose una tendencia muy estable y para los medicamentos **hipnóticos y sedantes** de 29,82 en 2013 a 33,73 en 2023, observándose una tendencia ligeramente ascendente.

Tabla 5. Consumo de psicofármacos ansiolíticos e hipnóticos y sedantes en DHD. España, 2013-2023.

ATC3	Descripción ATC3	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
N05B	Ansiolíticos	55,16	56,80	56,55	56,87	56,24	55,79	55,25	57,58	59,22	58,21	56,32
N05C	Hipnóticos y sedantes	29,82	30,81	31,02	31,50	31,66	31,83	32,11	33,37	34,08	34,21	33,73

FUENTE DE INFORMACIÓN: Ficheros de facturación CCAA y Mutualidades. INE: Población Padrón Municipal a 1 de enero de cada año. Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Ministerio de Sanidad.

Figura 1. Consumo de ansiolíticos e hipnóticos y sedantes en DHD. España, 2013-2023.



FUENTE DE INFORMACIÓN: Ficheros de facturación CCAA y Mutualidades. INE: Población Padrón Municipal a 1 de enero de cada año. Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Ministerio de Sanidad.

El consumo de **opioides** en España se ha mantenido estable entre 2012 y 2023, salvo para el tramadol combinado con paracetamol, que casi ha triplicado su uso, convirtiéndose en el más consumido con diferencia. El tramadol sólo mantiene un consumo estable, con una cierta tendencia descendente en los últimos años, mientras que el fentanilo

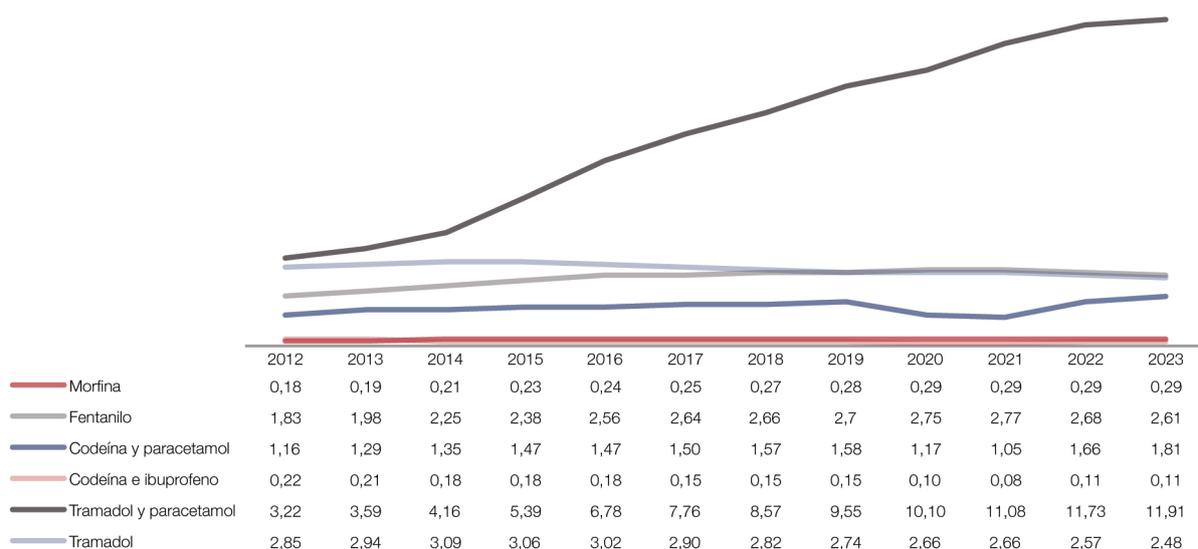
presenta un uso más moderado y con cierta tendencia descendente. Por su parte, la morfina sigue siendo uno de los opioides menos prescritos, con un consumo muy bajo y constante. En conjunto, estos datos reflejan una tendencia a la estabilización del uso de opioides.

Tabla 6. Consumo de opioides en DHD. España, 2013-2023.

ATC		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
N02A	OPIOIDES	11,66	12,99	14,67	16,42	17,84	18,88	19,98	20,11	21,10	22,26	22,34
N02AA	Alcaloides naturales del opio	0,65	0,77	0,84	0,93	0,99	1,01	1,01	1,03	1,04	1,03	1,02
N02AA01	Morfina	0,19	0,21	0,23	0,24	0,25	0,27	0,28	0,29	0,29	0,29	0,29
N02AA03	Hidromorfona	0,09	0,08	0,06	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04	0,05	0,05
N02AA05	Oxicodona	0,11	0,12	0,11	0,12	0,11	0,11	0,1	0,1	0,1	0,09	0,09
N02AA55	Oxicodona y naloxona	0,26	0,37	0,44	0,52	0,58	0,6	0,59	0,59	0,6	0,6	0,59
N02AB	Derivados de la fenilpiperidina	1,98	2,25	2,38	2,56	2,64	2,66	2,7	2,75	2,77	2,68	2,61
N02AB02	Petidina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N02AB03	Fentanilo	1,98	2,25	2,38	2,56	2,64	2,66	2,7	2,75	2,77	2,68	2,61
N02AE	Derivados de la oripavina	0,81	0,85	0,84	0,82	0,78	0,72	0,69	0,65	0,62	0,58	0,53
N02AE01	Buprenorfina	0,81	0,85	0,84	0,82	0,78	0,72	0,69	0,65	0,62	0,58	0,53
N02AJ	Opioides combinados con otros analgésicos	5,13	5,73	7,08	8,46	9,77	10,78	11,85	11,97	12,89	14,22	14,52
N02AJ06	Codeína y paracetamol	1,29	1,35	1,47	1,47	1,50	1,57	1,58	1,17	1,05	1,66	1,81
N02AJ07	Codeína y ácido acetilsalicílico	0,04	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02
N02AJ08	Codeína e ibuprofeno	0,21	0,18	0,18	0,18	0,15	0,15	0,15	0,10	0,08	0,11	0,11
N02AJ13l	Tramadol y paracetamol	3,59	4,16	5,39	6,78	7,76	8,57	9,55	10,10	11,08	11,73	11,91
N02AJ14	Tramadol y dextetoprofeno					0,33	0,46	0,54	0,58	0,66	0,70	0,67
N02AX	Otros opioides	3,10	3,39	3,53	3,66	3,67	3,70	3,73	3,72	3,79	3,74	3,67
N02AX02	Tramadol	2,94	3,09	3,06	3,02	2,90	2,82	2,74	2,66	2,66	2,57	2,48
N02AX06	Tapentadol	0,16	0,3	0,47	0,64	0,77	0,88	0,99	1,06	1,13	1,17	1,19

FUENTE DE INFORMACIÓN: Ficheros de facturación CCAA y Mutualidades. INE: Población Padrón Municipal a 1 de enero de cada año. Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Ministerio de Sanidad.

Figura 2. Consumo de opioides en DHD. España, 2012-2023.



FUENTE DE INFORMACIÓN: Ficheros de facturación CCAA y Mutualidades. INE: Población Padrón Municipal a 1 de enero de cada año. Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Ministerio de Sanidad.

3

Sistema Español
de Alerta Temprana
(SEAT), 2014-2024

1. INTRODUCCIÓN

La Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea (UE), actualmente derogada, requirió que cada Estado 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 al entonces Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones, antecesor de la actual Agencia Europea de las Drogas (EUDA) y a la Oficina Europea de la Policía (Europol).

El SEAT es un sistema de intercambio de información frente a la aparición de nuevas sustancias psicoactivas en nuestro país y de eventos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas que puedan generar un problema de salud pública o para la sociedad. 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 1961¹, modificada por el Protocolo de 1972, ni en el Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971², pero que puedan entrañar riesgos para la salud o sociales similares a aquellos que entrañan las sustancias contempladas en dicha Convención y Convenio”.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), perteneciente al Ministerio de Sanidad, es la responsable, a través del Observatorio Español de las

Drogas y las Adicciones (OEDA), del correcto funcionamiento del SEAT, así como del cumplimiento de lo establecido por la normativa europea vigente.

El OEDA es también el punto focal nacional para el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EU-EWS) y, como tal, centraliza la notificación que se envía al EU-EWS sobre las NSP detectadas en nuestro país. A su vez, informa a nivel nacional sobre las NSP que circulan en Europa y sus potenciales riesgos, así como cualquier información sobre NSP que considere relevante a nivel nacional.

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.).

2. FUNCIONAMIENTO

El SEAT se configura como una red de cobertura estatal en la que todos sus miembros se encuentran interrelacionados. 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 pueden notificar la presencia, ausencia de la sustancia en cuestión, o ampliar datos relacionados con la alerta comunicada en sus respectivos ámbitos de actuación. Posteriormente, la información recopilada es analizada por la DGPNSD (OEDA)

1. https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/1961_Convention.html

2. https://www.incb.org/incb/en/psychotropics/1971_convention.html

y, si se considera oportuno, se distribuye entre los integrantes de la red, resaltando algunos puntos como las fuentes de la información, si la alerta se considera finalizada o no, o alguna recomendación (vigilancia, puesta en marcha de medidas de respuesta o control, etc.).

En la práctica, 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. Posteriormente, el OEDA comunica esta información a la EUDA a través del EU-EWS. Para ello existen dos sistemas principales de notificación, aparte del correo electrónico:

2.1. 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.

2.2. 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.

Ambos sistemas de notificación no son excluyentes y todo lo notificado puntualmente durante el año mediante la plataforma EDND debe incluirse anualmente en el ASR.

3. ACTIVIDAD DEL SEAT

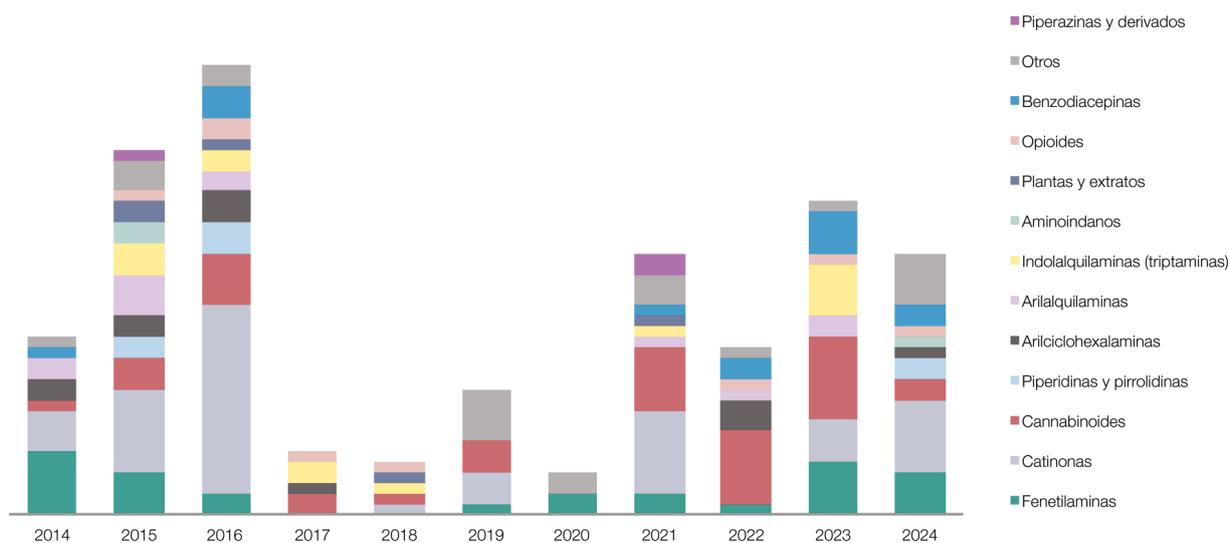
A continuación, se presentan datos sobre la actividad desarrollada por el SEAT, especialmente la correspondiente al año 2024.

A fecha de cierre de este capítulo (junio de 2025), en los registros del OEDA consta que en 2024 se detectaron por primera vez en España 25 NSP. Pertenecían a los siguientes grupos: catinonas (7), "otras sustancias" (5), fenetilaminas (4), cannabinoides (2), piperidinas y pirrolidinas (2), benzodiazepinas (2), arilciclohexalaminas (1), aminoindanos (1) y opioides (1) (figura 1).

Todas las sustancias han sido analizadas en laboratorios de referencia y con capacidad analítica para la identificación de este tipo de sustancias. Las muestras analizadas pueden ser de tres tipos principales, según su origen: algunas proceden de decomisos realizados por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado o por los Servicios de Vigilancia Aduanera, otras son muestras aportadas voluntariamente por consumidores anónimos en entornos de ocio públicos o privados, y otras son muestras biológicas tomadas en procedimientos con intervención judicial.

Recientemente también se dispone de alguna información procedente del análisis de muestras de aguas residuales, de los residuos que quedan en jeringas de inyección parenteral en usuarios de drogas y de análisis realizados a pacientes en centros hospitalarios.

Figura 1. Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España y notificadas al Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT). 2014-2024.



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

A mediados de la década de 2010 se registraba en España, y también en el conjunto de Europa, el mayor número anual de NSP detectadas por primera vez. Posteriormente, las medidas reguladoras a nivel internacional sobre derivados de fentanilo y cannabinoides sintéticos condujeron a una reducción de nuevas NSP detectadas en años siguientes, aunque de nuevo se adapta el mercado y cada año vuelven a surgir sustancias novedosas que no están sometidas a control.

El número y el tipo de NSP que se identifican por primera vez varía cada año en función de las medidas legislativas que se van imponiendo y de la capacidad de los productores para desarrollar y poner en circulación nuevas sustancias que burlen esas medidas de control. Pero también depende de otros factores, como la actividad de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, la de los laboratorios de análisis y de las entidades responsables de la notificación.

3.1. Notificación del Sistema Español de Alerta Temprana al EU-EWS a través de la EDND

A lo largo del año 2024 la red SEAT ha incorporado a la EDND un total de 579 informes de casos (*case reports*). Estos 579 *case reports* incluyen un total de 1.191 notificaciones de 123 NSP diferentes, pertenecientes a 12 grupos de sustancias según la clasificación EUDA. Estas notificaciones incluyen 23 eventos adversos graves y respecto a

las muestras analizadas, 939 proceden de incautaciones, 23 son muestras recibidas de usuarios y 32 son muestras biológicas.

Respecto a las NSP notificadas, las arilciclohexilaminas son las más frecuentes, representadas casi en exclusiva por la ketamina, que supone 469 de las 485 notificaciones del grupo. El segundo grupo con más notificaciones (277) es el de las catinonas. Este es el grupo más diverso, ya que se ha notificado la detección de 26 catinonas diferentes, siendo la 3-CMC y la 2-MMC las más frecuentes. Por último, merece destacar la notificación de cannabinoides, también con gran diversidad de sustancias: 140 notificaciones de 23 cannabinoides diferentes; y el grupo de “otras sustancias”, con 142 notificaciones de 15 sustancias distintas.

A continuación, se incluye un resumen con las sustancias notificadas en la EDND en 2024 (tabla 1).

Respecto al año anterior, en 2024 han aumentado notablemente las notificaciones de España en la EDND (1.191 frente a 582 en 2023). Especialmente se han incrementado las notificaciones de sustancias detectadas en muestras procedentes de incautaciones (939 frente a 446 en 2023). En cambio, se han notificado menos NSP de muestras recibidas de usuarios (23 frente a 122 en 2023). También se ha registrado un mayor número de sustancias diferentes: 123 NSP diferentes en 2024 frente a 92 notificadas el año anterior.

Tabla 1. Notificaciones del Sistema Español de Alerta Temprana al EU-EWS vía EDND, 2024, por grupo de sustancias.

Grupo EUDA	Nº de NSP detectadas	Nº de notificaciones	Nº NSP FIC*	NSP más notificadas (nº notificaciones)
Aminoindanos	1	2	1	N-methyl-2AI (2)
Arilalquilaminas	5	20		6-APB (9) y bk-MPA (5)
Arilciclohexilaminas	8	485	1	Ketamina (469) y 2-fluorodescloroketamina (7)
Benzodiazepinas	8	11	2	Bromazolam (2), Desalquilgidazepam (2), Norfludiazepam (2)
Cannabinoides	23	140	2	ADB-BUTINACA (21), Hexahidrocannabinol (HHC) (18)
Catinonas	26	277	7	3-CMC (3-clorometcatinona) (64), 2-metilmetcatinona (2-MMC) (59)
Indolalquilaminas (triptaminas)	10	17		5-MeO-DMT (4), DMT (3)
Opioides	3	9	1	ODT (5), Tramadol (3)
Otras sustancias	15	142	5	GHB (84), Poppers (23)
Fenilaminas	17	46	4	2C-B (25), 4-cloroamfetamina (4-CA) (3)
Piperidinas y pirrolidinas	4	12	2	4-fluorometilfenidato (4F-MPH) (8), Isopropilfenidato (2)
Plantas y extractos	3	30		Harina (25), Kratom (4)
Total, 12 grupos	123 NSP	1191 notificaciones	25 FIC	

* FIC: Primera detección en el país.

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

A la hora de interpretar estos datos es importante tener en cuenta que en el portal EDND no se notifica todo lo detectado en relación a las NSP, sino solamente lo que, a criterio del notificador, se considera de especial relevancia desde el punto de vista del riesgo potencial para la salud pública y para la sociedad. Por tanto, estos datos no informan tanto del volumen de circulación de NSP en el país, sino del potencial riesgo que supone el fenómeno de las NSP en nuestro entorno. Por otro lado, el aumento en la notificación también puede explicarse, en parte, por la incorporación de nuevos notificadores a la red SEAT, y a la mayor concienciación o disponibilidad de recursos de los colaboradores de la red.

3.2. Notificación del Sistema Español de Alerta Temprana al EU-EWS a través del *Annual Situation Report (ASR)*

En el ASR se notifica información agregada de todas las NSP detectadas (identificadas analíticamente) a lo largo de todo el año en el país, incluyendo el número de casos.

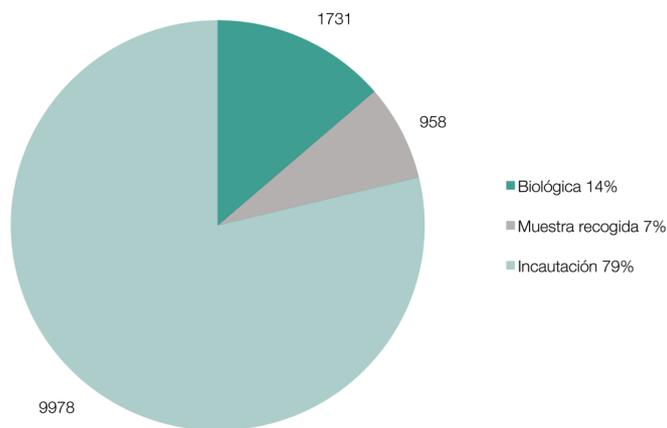
El ASR de 2024 incluyó un total de 12.662 casos. De ellos, 9.978 corresponden a incautaciones, 958 a muestras recogidas y 1.731 a muestras biológicas (incluyendo 653 casos de fallecidos) (figura 2).

Respecto al año anterior, en 2024 ha aumentado un 39,3% la notificación en España en el ASR (12.662 casos frente a 9.087 en 2023). Especialmente se ha incrementado la notificación de incautaciones, que es un 51,6% mayor en 2024 que en 2023. La notificación de muestras recogidas se ha mantenido prácticamente igual que el año anterior, con un ligero descenso del 3,8%, y la de muestras biológicas ha aumentado un 14,6% (con un 11,6% más de biológicas de fallecidos).

A la hora de interpretar los datos de notificación, y especialmente los cambios registrados en el tiempo, es importante tener en cuenta que la notificación no sólo refleja la dinámica del mercado de las drogas, sino que depende también, entre otras cosas, de la actividad desarrollada por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, así como de la amplitud de la red de notificadores, los recursos de los que disponen y la concienciación de la necesidad de notificar.

Los 12.662 casos notificados en el ASR de 2024 dan lugar a un total de 12.646 notificaciones de 188 sustancias diferentes que están en vigilancia por la EUDA, pertenecientes a 13 grupos distintos según la clasificación de la EUDA. De estas 188 sustancias, 12 se encuentran en vigilancia intensiva por parte de la EUDA y han originado 957 notificaciones (el 8% del total). Además, el ASR incluye 169 notificaciones de otras 40 sustancias que actualmente no son monitorizadas por la EUDA (tabla 2 y figura 3).

Figura 2. Número y porcentaje de casos notificados por España al EU-EWS en el Annual Situation Report de 2024, por tipo de muestra.



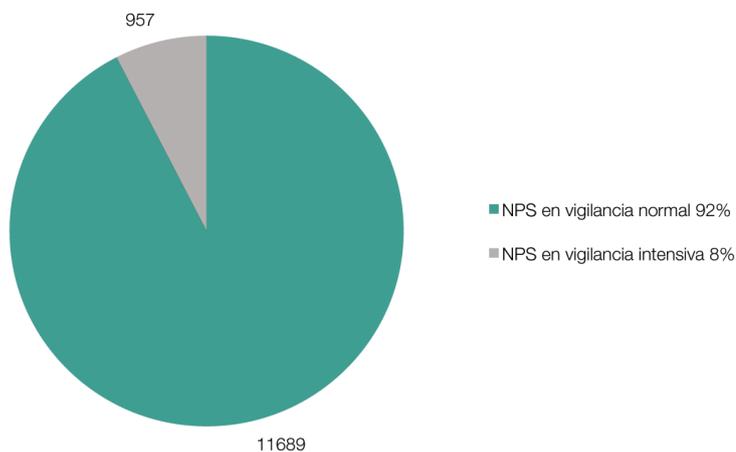
FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Tabla 2. Sustancias correspondientes a los 12667 casos notificados en el Annual Situation Report de 2024, según el estado de vigilancia por la EUDA.

Estado de vigilancia	Nº sustancias	Nº notificaciones
En vigilancia	188	12.646
Vigilancia estándar	176	11.689
Vigilancia intensiva	12	957
No vigiladas	40	169
Total	228	12.815

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

Figura 3. Notificación de sustancias en vigilancia intensiva en el ASR 2024.



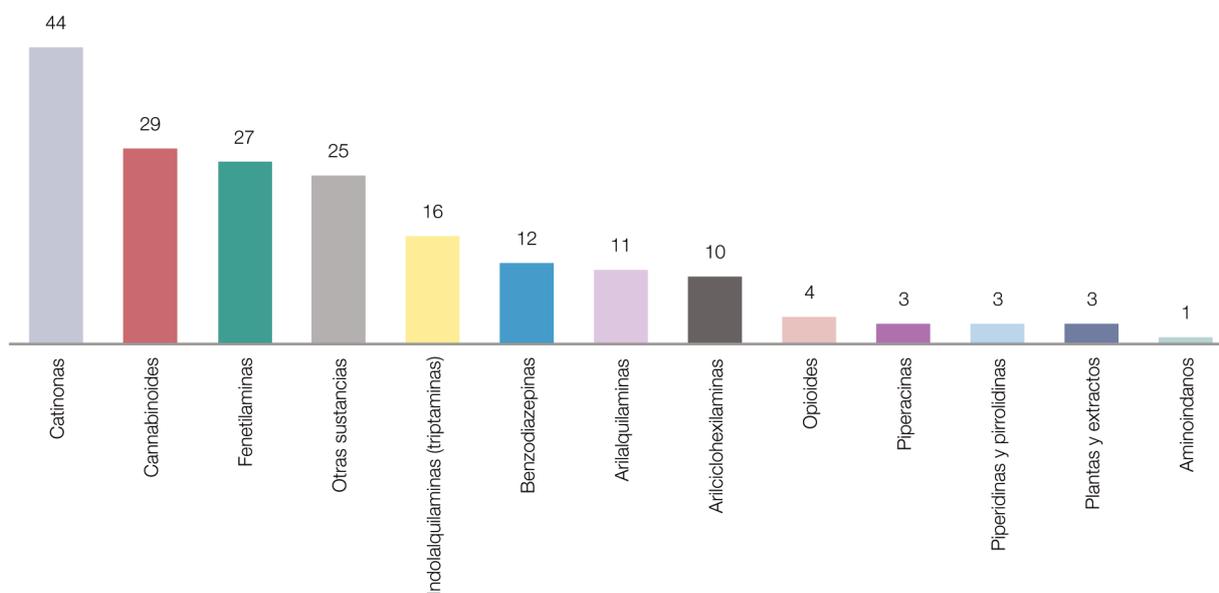
FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

La información incluida en el ASR permite una aproximación tanto a la diversidad como al volumen de circulación de NSP en España. A partir de ahora consideraremos únicamente las NSP que están en vigilancia por la EUDA y que, por tanto, constituyen el grueso de la notificación.

En cuanto a la **diversidad**, de las 188 NSP diferentes que

se han notificado en 2024, las catinonas constituyen el grupo más diverso, ya que se notifica la detección de 44 catinonas diferentes. Le siguen los cannabinoides, con 29 sustancias, las fenetilaminas, con 27, y el grupo de “otras sustancias”, con 25 NSP notificadas. La figura 4 muestra el número de NSP diferentes de cada grupo de sustancias notificadas en el ASR de 2024.

Figura 4. Número de sustancias notificadas por España al Sistema de Alerta Temprana de la UE a través del ASR de 2024.



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

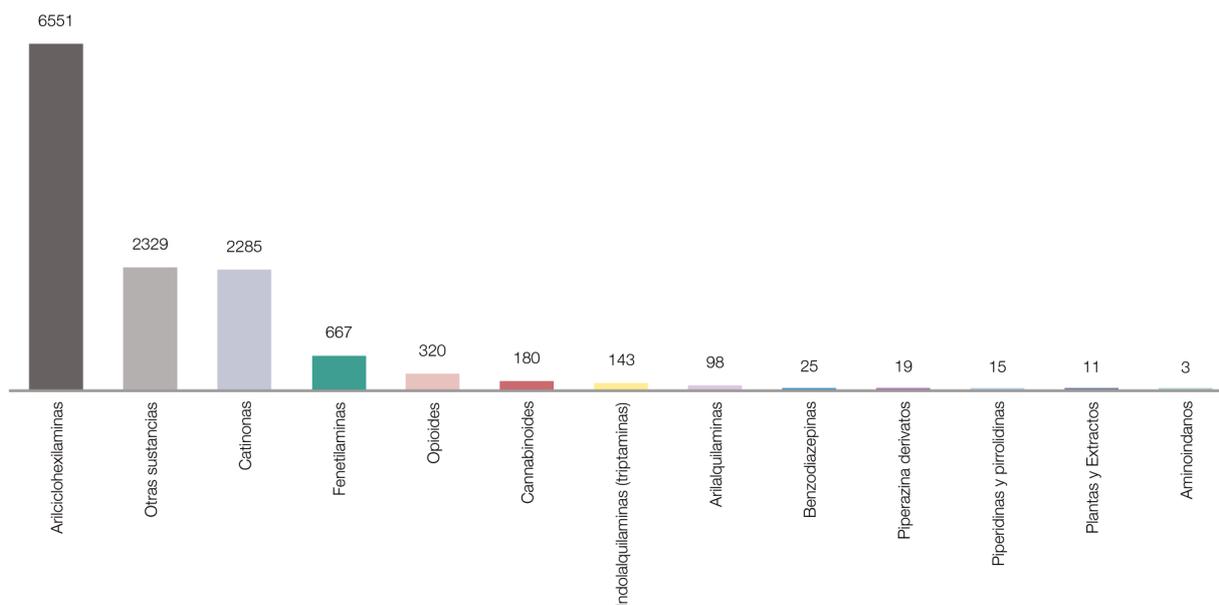
Respecto al **volumen de notificación**, por grupo de sustancias, destacan sobre todo las arliciclohexilaminas, que fueron el grupo con más notificaciones debido al gran predominio de la ketamina, que es la NSP más notificada del ASR (6.551 notificaciones). Le siguen en frecuencia las notificaciones del grupo de “otras sustancias” (2.329 notificaciones) y de catinonas (2.285 notificaciones). En el grupo de “otras sustancias” predominan las notificaciones de GHB/GBL (708) y las de pregabalina (680). En cuanto a las catinonas, las más notificadas, con diferencia, fueron la 3-CMC (3-clorometcatinona), con 571 casos, y la 2-MMC con 530 casos. La figura 5 muestra el número de casos notificados por España en el ASR de 2024.

Atendiendo específicamente a las **sustancias individuales**, la ketamina, es la más notificada, ya que con 6.489 casos constituye el 51% de todas las notificaciones del ASR. Con mucha diferencia, le siguen otras 5 sustancias con gran volumen de notificación: GHB/GBL, pregabalina, 3-CMC, 2C-B y 2-MMC, que suponen en conjunto un 24% de los casos

totales notificados en el ASR de 2024. Conviene destacar que una de estas sustancias, la catinona 2-MMC, está en vigilancia intensiva por la EUDA. El resto de las NSP notificadas suponen cada una de ellas menos del 4% de las notificaciones. La figura 6 presenta la distribución de las NSP notificadas en España en el ASR de 2024 según el volumen de notificación de cada sustancia. En concreto, se muestran las seis NSP más notificadas, que suponen en conjunto más del 75% del total de notificaciones.

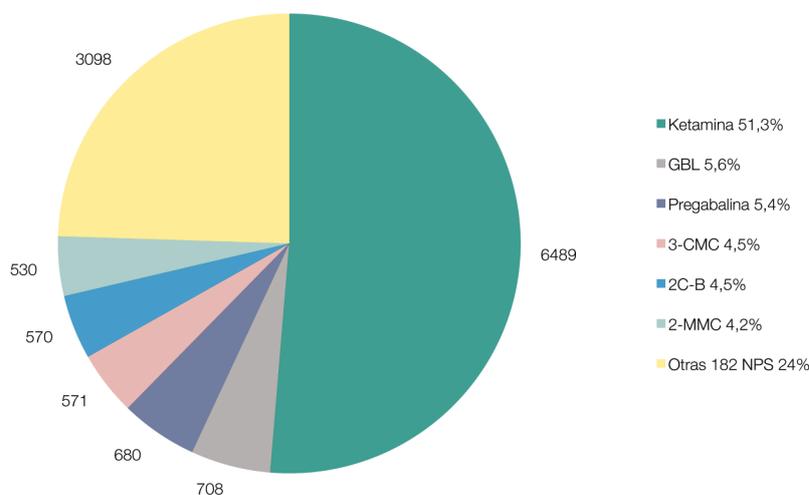
Por otro lado, las NSP notificadas como **sustancia principal en muestras biológicas de fallecidos** fueron principalmente el tramadol, reportado en 226 de los 653 casos de fallecidos, la pregabalina, con 138 notificaciones, y la venlafaxina, notificada en 130 casos. Nótese que, especialmente en las muestras biológicas, un mismo caso puede dar lugar a la notificación de varias sustancias, si en la muestra analizada se detecta más de una. En este resumen de los casos de fallecidos se ha considerado solamente la sustancia notificada como principal.

Figura 5. Número de notificaciones de España al Sistema de Alerta Temprana de la UE a través del ASR de 2024, por grupo de sustancias.



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

Figura 6. NPS más notificadas en el ASR de 2024 (número de notificaciones, % respecto al total).



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

Respecto a las **sustancias utilizadas en las prácticas de chemsex**, en el ASR de 2024 se ha notificado el análisis de residuos de 27 jeringuillas recogidas en un centro de atención a las adicciones relacionado con prácticas de chemsex. En estas muestras se detectó cocaína, metanfetamina y 4 NPS que están en vigilancia por la EUDA, todas ellas catrionas sintéticas: metilmetcatinona, clorometilcatinona, cloroetcatinona y metedrona (bk-PMMA) (el método de análisis utilizado no permitía distinguir isómeros posicionales de las catrionas). Cabe destacar que en la mayoría de las jeringas

analizadas se detectó más de una sustancia. Sólo en 6 de estas 27 jeringas se detectó una única sustancia, que era metilmetcatinona, o bien, clorometilcatinona.

Por último, la tabla 3 presenta un resumen de las notificaciones incluidas en el ASR de 2024 por grupo de sustancias, incluyendo el número de NPS detectadas y el número de casos en cada grupo, así como las dos NPS más frecuentes de cada grupo. Se han considerado sólo las sustancias que actualmente monitoriza la EUDA.

Tabla 3. Sustancias notificadas por España al EU-EWS en el Annual Situation Report de 2024.

Clasificación EUDA	Nº NSP* diferentes notificadas	Nº notificaciones / grupo	NSP más frecuentes (nº de notificaciones)
Aminoindanos	1	3	N-methyl-2AI (3)
Arilalquilaminas	11	98	6-APB (28), DPIA (28)
Arilciclohexilaminas	10	6551	Ketamina (6489), 2-fluorodescloroketamina (42)
Benzodiazepinas	12	25	Bromazolam (9), Desalquilgidazepam (3), Descloroetizolam (3)
Cannabinoides	29	180	HHC (42), ADB-BUTINACA (29)
Catinonas	44	2285	3-CMC (571), 2-MMC (530)
Indolalquilaminas (triptaminas)	16	143	DMT (76), 5-MeO-MiPT (11)
Opioides	4	320	Tramadol (314), ODT (4)
Otras sustancias	25	2329	GHB/GBL (708), Pregabalina (680)
Fenilaminas	27	667	2C-B (570), 2-FMA (16)
Piperazina derivados	3	19	mCPP (17), pFPP (1)
Piperidinas y pirrolidinas	3	15	4F-MPH (10), Isopropilfenidato (4)
Plantas y Extractos	3	11	Kratom (7), Harmine (3)

* Sustancias que están en la lista EUDA de NSP a notificar. Si no se especifica el isómero no se considera una NSP diferente.

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

4. LEGISLACIÓN SOBRE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

España tiene ratificados los tratados internacionales para el control de sustancias: la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes³, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971⁴ y la Convención de 1988 sobre tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de las Naciones Unidas⁵.

Además, tiene capacidad para fiscalizar sustancias a nivel nacional a través del 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 nacional⁶, y 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 dispensación⁷. Las competencias de fiscalización nacional corresponden a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

3. https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/1961_Convention.html

4. https://www.incb.org/incb/en/psychotropics/1971_convention.html

5. <https://www.incb.org/incb/en/precursors/1988-convention.html>

6. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/08/19/1194>

7. 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.

4.1. Últimas actualizaciones de la legislación

SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

Recientemente se ha llevado a cabo el proceso de fiscalización nacional de 12 cannabinoides sintéticos, que ha concluido con la inclusión de estas sustancias en la lista II del anexo 1 del Real Decreto 2829/1977. Este proceso se inició debido, entre otros factores, a la amplia disponibilidad de algunas de estas sustancias, que se han empezado a incluir en productos comestibles, así como a las intoxicaciones que se han registrado en relación con el consumo de estos productos. En el proceso de fiscalización nacional de estos cannabinoides sintéticos han colaborado con la AEMPS tanto la DGPNSD como la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).

Además de estos 12 cannabinoides, se han incorporado al anexo 1 del Real Decreto 2829/1977 otras 3 sustancias psicoactivas: dipentilona, 2-fluorodescloroketamina y bromo-

zolam. Estas 3 sustancias se incorporan a la legislación nacional conforme a actualización del Convenio de Naciones Unidas sobre sustancias psicotrópicas.

Estas modificaciones del anexo 1 del Real Decreto 2829/1977 quedan recogidas en la Orden SND/380/2025⁸, de 14 de abril, que establece lo siguiente:

1. En la lista II del anexo 1 se incluyen las sustancias:

- Hexahidrocannabinol (HHC)
- Acetato de hexahidrocannabinol (HHC-O; acetato de HHC)
- Hexahidrocannabiforol (HHCP)
- Acetato de hexahidrocannabiforol (HHCP-O; acetato de HHCP-O)
- Delta-8-tetrahidrocannabiforol (delta-8-THCP; JWH 091)
- Tetrahidrocannabiforol (delta-9-THCP; THCP)
- Acetato de tetrahidrocannabiforol (THCP-O; acetato de delta-9-THCP-O)
- Acetato de tetrahidrocannabinol (THC-O; acetato de delta-8-THC-O)
- Delta-8-tetrahidrocannabinol-C8 (delta-8-THC-C8)
- Delta-9-tetrahidrocannabinol-C8 (delta-9-THC-C8)
- Hidrocannabidiol (H4-CBD; tetrahidrocannabidiol)
- Ácido tetrahidrocannabinólico (delta-9-THCA; THCA)
- Dipentilona (bk-DMBDP; N,N-dimetilpentilona)
- 2-fluorodescloroketamina (2-FDCK)

2. En la lista IV del anexo 1 se incluyen las sustancias:

- Bromazolam

SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES

La última actualización del 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, tuvo lugar en 2021, mediante la Orden SND/561/2021, que declaraba estupefaciente en el ámbito nacional a la sustancia isotonitaceno⁹. Así, el isotonitaceno se suma al tapentadol, que ya era considerado estupefaciente desde la promulgación de este real decreto.

Posteriormente, en los años 2022-2024 la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas ha añadido algunas sustancias a la lista de estupefacientes de la Convención Única de 1961, que, según la Ley 17/1967 de Estupefacientes, quedan automáticamente fiscalizadas en España sin necesidad de ninguna acción legislativa adicional. Se trata de las siguientes sustancias:

- Brorfina y metonitazeno, sometidos a control internacional desde 2022.
- 2-methyl AP-237, etazeno, etonitazepino y protonitazeno, controlados desde 2023.
- Butonitazeno, bajo control desde 2024.

Se pueden consultar las listas de fiscalización permanentemente actualizadas (lista amarilla de estupefacientes y lista verde de sustancias psicotrópicas) en la página web de NNUU^{10,11}, así como la normativa nacional en las páginas web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas¹² y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios¹³.

8. <https://www.boe.es/eli/es/o/2025/04/14/snd380>

9. <https://www.boe.es/eli/es/o/2021/06/01/snd561>

10. <https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Yellowlist/yellow-list.html>

11. <https://www.incb.org/incb/en/psychotropics/green-list.html>

12. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/home.htm>

13. <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/estupefacientes-y-psicotropos/>

4

Oferta de drogas y
medidas de control

4.1

Ventas de alcohol, 2015-2024

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 Tributaria*¹. Estos informes ofrecen información sobre el nivel y la evolución anual del volumen de ventas de bebidas alcohólicas y sobre los ingresos tributarios derivados de los impuestos especiales que gestiona la Agencia Tributaria por cuenta del Estado, de las Comunidades Autónomas (CCAA) y de las Corporaciones Locales 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 el 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).

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."

1. VOLUMEN DE VENTAS DE ALCOHOL

La tabla 1 muestra en detalle la evolución de los millones de litros de volumen real y de alcohol puro, así como el porcentaje medio de alcohol por tipo de bebida desde 2015 hasta 2024.

El volumen total de ventas de bebidas alcohólicas efectuadas en 2024 se sitúa en 5.649 millones de litros, continuando la tendencia descendente que se observa desde 2022, año en que se registró el mayor volumen de ventas de la serie temporal estudiada (tabla 1 y figura 1). No obstante, los datos evolutivos apuntan a una tendencia general estable en

el consumo total de bebidas alcohólicas entre 2015 y 2024, sin tener en cuenta el marcado descenso que se registró en 2020 en relación con la pandemia de Covid-19.

Respecto a la distribución de las ventas totales por tipo de bebida alcohólica, los datos de 2024 muestran que la bebida con mayor volumen de ventas en España es la cerveza, que supone el 71,1% del total de ventas. El vino, incluyendo la sidra, se sitúa en segundo lugar y supone el 23,0% del volumen de ventas de bebidas alcohólicas. Las bebidas derivadas, que incluyen las espirituosas y los licores, suponen el 4,9% del volumen total de ventas. Los productos intermedios, que incluyen el vermú y el moscatel, suponen el 1,0% de las ventas totales (figura 2).

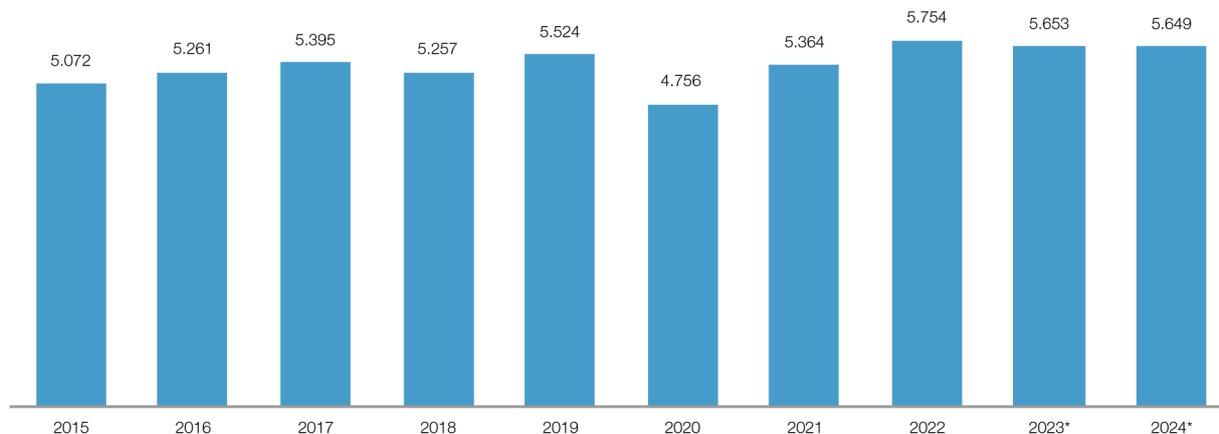
Tabla 1. Volumen real y volumen de alcohol puro (millones de litros) según tipo de bebida. España 2015-2024.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*	2024*
Consumo de bebidas derivadas (millones de litros)										
Volumen real (1)	264	281	264	266	296	206	256	295	282	277
Porcentaje medio de alcohol (2)	34,75	34,70	34,61	34,52	31,35	31,57	33,84	34,17	33,97	33,69
Alcohol puro (3) = (1) * (2) / 100	92	98	91	92	93	65	87	101	96	93
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	4.047	4.017
Porcentaje medio de alcohol (2)	4,68	4,69	4,72	4,76	4,75	4,77	4,81	4,81	4,81	4,82
Alcohol puro (3) = (1) * (2) / 100	166	171	179	182	189	170	184	195	195	194
Consumo de productos intermedios (millones de litros)										
Volumen real (1)	50	52	51	51	53	46	56	57	54	55
Porcentaje medio de alcohol (2)	14,26	14,27	14,28	14,29	14,30	14,30	14,29	14,29	14,29	14,30
Alcohol puro (3) = (1) * (2) / 100	7,1	7,5	7,3	7,3	7,6	6,6	8,0	8,1	7,7	7,8
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	1.300
Vinos tranquilos	1.052	1.092	1.115	938	996	793	1.078	1.174	1.100	1.128
Vinos espumosos	74	80	74	72	82	62	80	101	89	88
Bebidas fermentadas tranquilas	74	82	71	80	91	70	56	60	69	73
Bebidas fermentadas espumosas	22	23	26	22	19	16	15	14	13	11
Porcentaje medio de alcohol (2)										
Vinos tranquilos	12,03	12,01	11,96	11,95	11,83	11,76	12,00	13,07	12,95	13,03
Vinos espumosos	12,69	12,70	12,56	12,71	12,60	12,55	12,52	13,74	13,68	13,77
Bebidas fermentadas tranquilas	11,24	11,18	11,15	11,10	11,15	10,66	11,03	10,91	10,83	10,62
Bebidas fermentadas espumosas	5,69	5,72	6,08	5,86	5,51	5,51	5,68	5,74	5,78	5,77
Bebidas fermentadas espumosas	4,15	4,57	4,57	4,38	4,40	4,44	3,99	4,11	4,15	4,26
Alcohol puro (3) = (1) * (2) / 100										
Vinos tranquilos	147	153	154	133	140	111	148	176	165	169
Vinos espumosos	134	139	140	119	125	100	135	161	150	155
Bebidas fermentadas tranquilas	8	9	8	8	9	7	9	11	10	9
Bebidas fermentadas espumosas	4	5	4	5	5	4	3	3	4	4
Bebidas fermentadas espumosas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Total consumos (millones de litros)										
	5.072	5.261	5.395	5.257	5.524	4.756	5.364	5.754	5.653	5.649

* Datos provisionales.

FUENTE: Agencia Tributaria (tabla adaptada del cuadro 9.3 del Informe Anual de Recaudación Tributaria 2024).

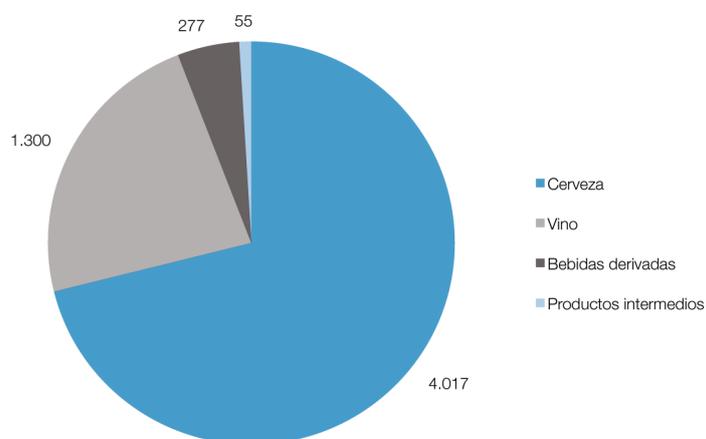
Figura 1. Volumen total de consumos de bebidas alcohólicas incluyendo cerveza, vino, bebidas derivadas y productos intermedios (millones de litros). España, 2015-2024.



* Datos provisionales.

FUENTE: Figura elaborada a partir de datos de la Agencia Tributaria (Informe Anual de Recaudación Tributaria 2024).

Figura 2. Distribución del porcentaje de ventas según el tipo de bebida (%). España, 2024*



* Datos provisionales.

FUENTE: Figura elaborada a partir de datos de la Agencia Tributaria (Informe Anual de Recaudación Tributaria 2024).

La distribución 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 de las ventas en millones de litros de cada uno de los tipos de bebidas alcohólicas, salvando los cambios relacionada con la pandemia de Covid-19,

entre 2015 y 2024 han aumentado las ventas de todos los tipos de bebidas alcohólicas, especialmente las de cerveza (+13,6%) y las de productos intermedios (+10,5%).

Recientemente, desde de los valores máximos registrados en 2022, el volumen de todas las bebidas ha disminuido ligeramente. En el último año destaca la subida de un 2,3% en las ventas de vino (tabla 2).

Tabla 2. Volumen de ventas de bebidas alcohólicas (millones de litros) y porcentaje de variación (%). España, 2015-2024.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*	2024*	% variación 2023-2024	% variación 2015-2024
Cerveza	3.537	3.652	3.793	3.828	3.988	3.563	3.823	4.052	4.047	4.017	-0,7	13,6
Vino	1.222	1.276	1.287	1.112	1.187	941	1.229	1.350	1.271	1.300	2,3	6,4
Bebidas derivadas	264	281	264	266	296	206	256	295	282	277	-1,8	5,0
Productos intermedios	50	52	51	51	53	46	56	57	54	55	1,7	10,5
Total	5.072	5.261	5.395	5.257	5.524	4.756	5.364	5.754	5.653	5.649	-0,1	11,4

* Datos provisionales.

FUENTE: Tabla elaborada a partir de datos de la Agencia Tributaria (Informe Anual de Recaudación Tributaria 2024).

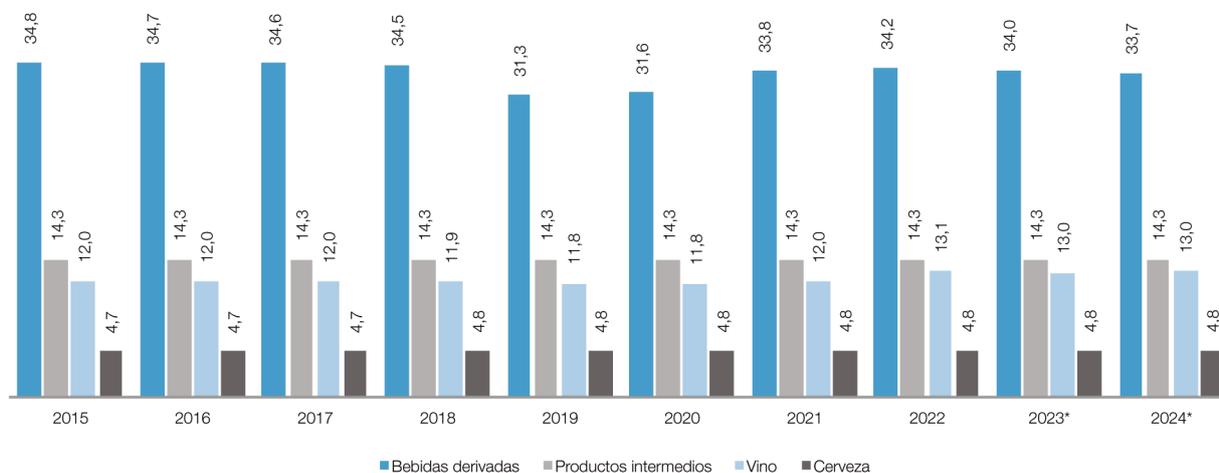
2. CONTENIDO DE ALCOHOL EN LAS BEBIDAS

Respecto al contenido de alcohol, los porcentajes de alcohol puro por tipo de bebida se han mantenido bastante estables entre 2015 y 2024. Cabe mencionar el incremento de un punto porcentual del contenido de alcohol en el vino desde el año 2022. Además, en las bebidas derivadas el contenido en alcohol bajó en los años 2019-2020 para después volver a subir hasta valores similares a los anteriores, situándose en 2024 en el 33,7% de alcohol (figura 3).

Respecto al volumen total de alcohol vendido, 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, seguido por un fuerte repunte después. Estos

cambios se explicarían por las medidas de restricción tomadas para controlar la pandemia de Covid-19. Obviando este inciso, entre 2015 y 2024 el volumen de alcohol procedente de la cerveza sigue una tendencia general ascendente hasta el año 2022, con una estabilización en los años siguientes. En cambio, para el vino se observa un cambio de tendencia en este período. El volumen total de alcohol procedente del vino disminuyó desde 2015 hasta llegar al valor mínimo en 2020 (110,7 millones de litros de alcohol puro), y a partir de entonces ha aumentado de forma notable, estabilizándose en los últimos dos años en torno a los 170 millones de litros de alcohol. Por último, el volumen de alcohol procedente de las bebidas derivadas y de los productos intermedios permanece en una situación relativamente estable en el período 2015-2024, salvando los cambios relacionados con la pandemia de Covid-19 (figura 4).

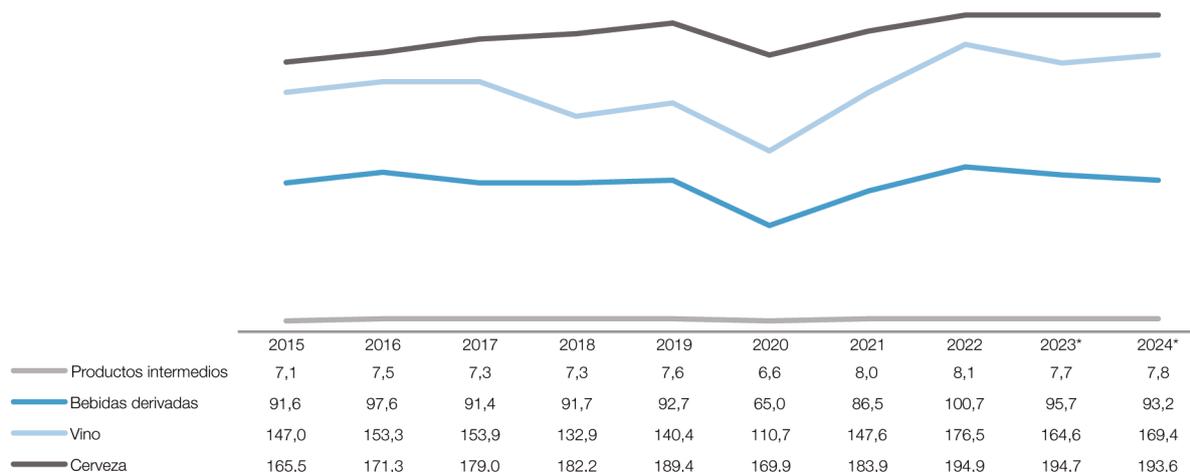
Figura 3. Porcentaje medio de alcohol según el tipo de bebida (%). España, 2015-2022.



* Datos provisionales.

FUENTE: Figura elaborada a partir de datos de la Agencia Tributaria (Informe Anual de Recaudación Tributaria 2024).

Figura 4. Volumen de alcohol puro por tipo de bebida alcohólica (millones de litros de alcohol puro). España, 2015-2024.



* Datos provisionales.

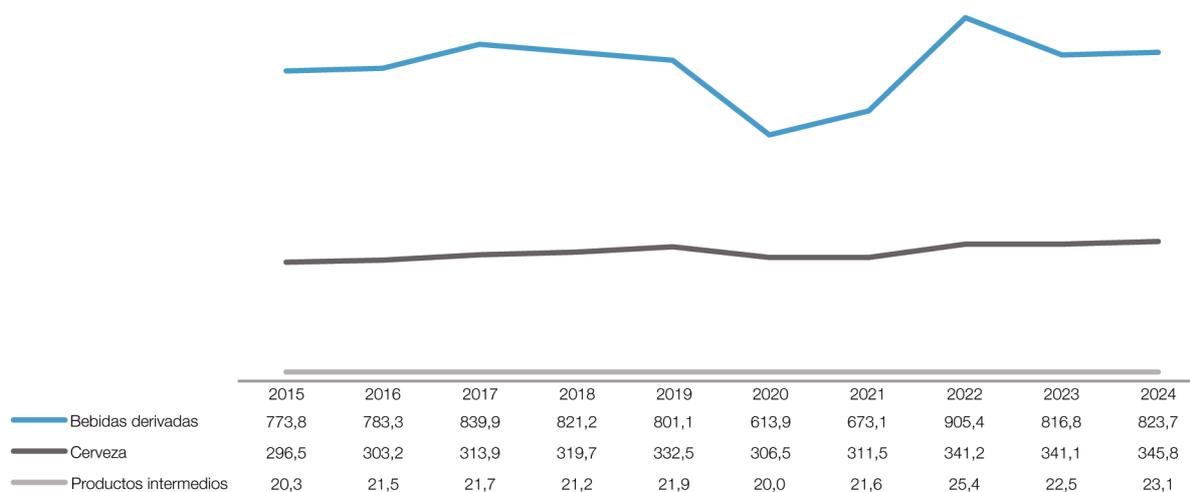
FUENTE: Figura elaborada a partir de datos de la Agencia Tributaria (Informe Anual de Recaudación Tributaria 2024).

3. INGRESOS TRIBUTARIOS POR LAS VENTAS DE ALCOHOL

Los ingresos por el impuesto especial sobre el alcohol, que se aplica a la cerveza, las bebidas derivadas y los productos intermedios, registraron un importante avance en el año

2022, tras los descensos motivados por la pandemia de Covid-19 que afectaron a la recaudación de los años 2020 y 2021. Al margen de estos cambios puntuales, en el período 2015-2024 se registra un aumento en los ingresos por el impuesto especial para los tres tipos de bebidas que tributan sobre el alcohol (figura 5).

Figura 5. Ingresos tributarios por tipo de bebida alcohólica (millones de euros). España, 2015-2024.



Nota: El vino no aparece en esta figura porque su impuesto especial es cero.

FUENTE: Figura elaborada a partir de datos de la Agencia Tributaria (Informe Anual de Recaudación Tributaria 2024).

4. PRECIO DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS

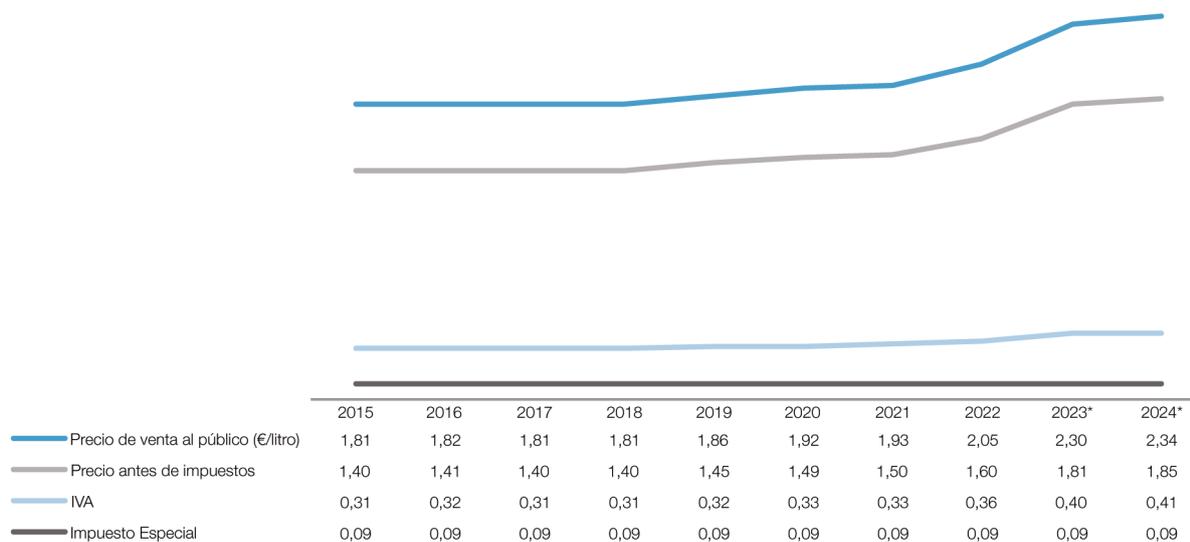
Respecto al precio de venta de las bebidas alcohólicas, se dispone de información para la cerveza (figura 6) y para las bebidas derivadas (figura 7). En 2024 el precio medio del litro de cerveza es de 2,34 euros, mientras que el de bebidas derivadas se sitúa en 13,74 euros.

Los precios medios de las bebidas alcohólicas siguen una tendencia al alza entre 2015 y 2024, con un aumento nota-

ble desde el año 2021. Para la cerveza, el precio de venta al público ha subido un 1,8% en el último año, y para las bebidas derivadas un 0,2%.

Sin embargo, comparando con el precio medio de 2021, en 2024 la cerveza se encareció un 21,7% y las bebidas derivadas costaban un 7,7% más. Estas subidas en el precio de venta al público se deben tanto a la subida del precio antes de impuestos como a la subida del IVA, ya que el impuesto especial sobre el alcohol se mantiene prácticamente sin cambios, sobre todo en la cerveza (tabla 3).

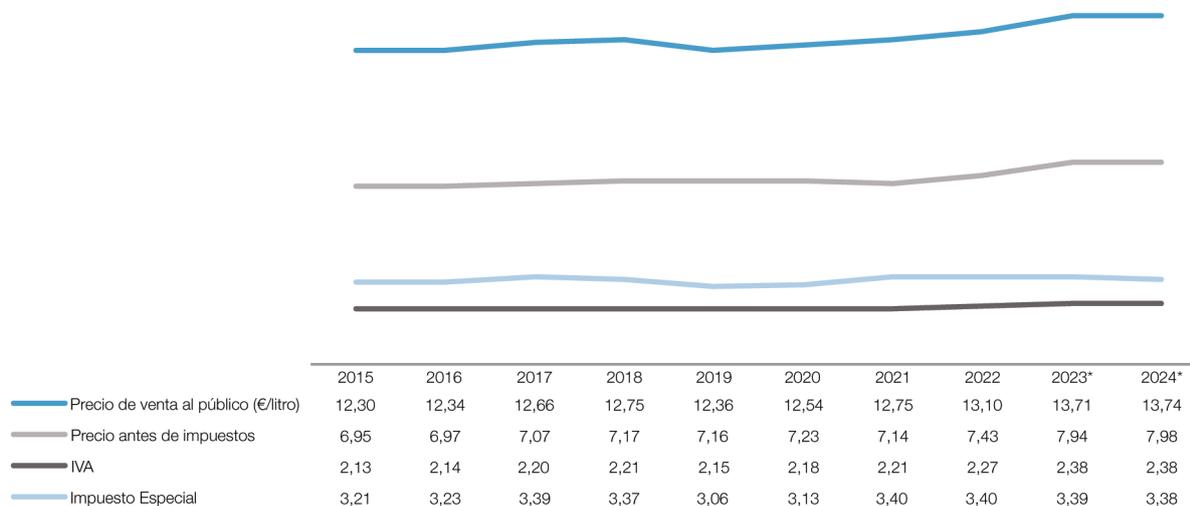
Figura 6. Precios de venta e impuestos de la cerveza (euros/litro). España, 2015-2024.



* Datos provisionales.

FUENTE: Figura elaborada a partir de datos de la Agencia Tributaria (Informe Anual de Recaudación Tributaria 2024).

Figura 7. Precios de venta e impuestos de las bebidas derivadas (euros/litro). España, 2015-2024.



* Datos provisionales.

FUENTE: Figura elaborada a partir de datos de la Agencia Tributaria (Informe Anual de Recaudación Tributaria 2024).

Como se observa en la tabla 3, las bebidas derivadas tributan a un tipo mucho más alto que la cerveza en el impuesto especial sobre el alcohol, por lo que generan mu-

chos más ingresos tributarios que ésta (figura 5), a pesar de contar con un volumen de ventas mucho menor (tabla 1 y figura 2).

Tabla 3. Precios de venta de la cerveza y las bebidas derivadas (euros). España, 2015-2024.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*	2024*
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	2,34
Precio antes de impuestos	1,40	1,41	1,40	1,40	1,45	1,49	1,50	1,60	1,81	1,85
IVA	0,31	0,32	0,31	0,31	0,32	0,33	0,33	0,36	0,40	0,41
Impuesto Especial	0,09	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	13,71	13,74
Precio antes de impuestos	6,95	6,97	7,07	7,17	7,16	7,23	7,14	7,43	7,94	7,98
IVA	2,13	2,14	2,20	2,21	2,15	2,18	2,21	2,27	2,38	2,38
Impuesto Especial	3,21	3,23	3,39	3,37	3,06	3,13	3,40	3,40	3,39	3,38

* Datos provisionales.

FUENTE: Tabla elaborada a partir de datos de la Agencia Tributaria (Informe Anual de Recaudación Tributaria 2024).

4.2

Ventas de tabaco, 2005-2024

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 2024.

Para una adecuada interpretación de los datos presentados a continuación es preciso realizar dos aclaraciones. La primera es que no se recogen las ventas de tabaco en Canarias, Ceuta y Melilla; y la segunda es 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.

1. INGRESOS POR LAS VENTAS DE 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 1) como en unidades físicas (tabla 3) son muy superiores a los del resto de las labores. De los 13.131,8 millones de euros de volumen de ventas de tabacos en 2024 (tabla 1), el 82,8% correspondió a los cigarrillos (tabla 2). Tras las ventas de cigarrillos se sitúan las de picadura de liar, cuya cuota de mercado ha aumentado desde el 1,7%, en el año 2005, al 10,2% en 2024. Desde el año 2011 las ventas de picadura de liar superan a las de cigarros puros, cuya participación en los ingresos se mantiene prácticamente estable en toda la serie temporal en torno al 4%. Las ventas de picadura de pipa venían siendo residuales sin llegar al 1,0% hasta 2018, pero su cuota de mercado aumenta de forma continuada, de modo que en 2024 la picadura de pipa supone ya el 3,0% del total de los ingresos por ventas de tabaco.

Tabla 1. Ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España*, 2005-2024.

	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Cigarrillos	10.243,6	11.147,6	11.719,6	12.061,5	10.217,1	10.312,2	10.311,2	10.122,3	10.167,0	10.201,2	9.338,2	9.543,8	10.076,9	10.349,7	10.874,5
Cigarros	467,2	443,8	412,2	427,6	513,0	509,6	496,3	483,9	478,2	470,2	438,3	453,1	484,9	517,3	524,7
Picadura de liar	182,5	209,4	395,4	486,6	1.088,7	1.030,2	1.000,7	975,1	1.002,6	1.038,4	1.074,2	1.082,0	1.161,7	1.258,3	1.338,7
Picadura de pipa	8,1	8,6	9,4	16,7	36,8	52,2	50,7	70,7	105,1	155,3	216,0	248,9	298,3	330,8	393,9
Total	10.891,5	11.809,4	12.536,7	12.992,4	11.855,6	11.904,1	11.860,0	11.652,0	11.753,0	11.865,1	11.067,2	11.327,8	12.021,9	12.456,2	13.131,8

* 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 2. Distribución de los ingresos por ventas de tabaco según tipo de labor (%). España*, 2005-2024.

	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
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	82,8
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	4,0
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	10,2
Picadura de 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	3,0
Total	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.

2. UNIDADES VENDIDAS

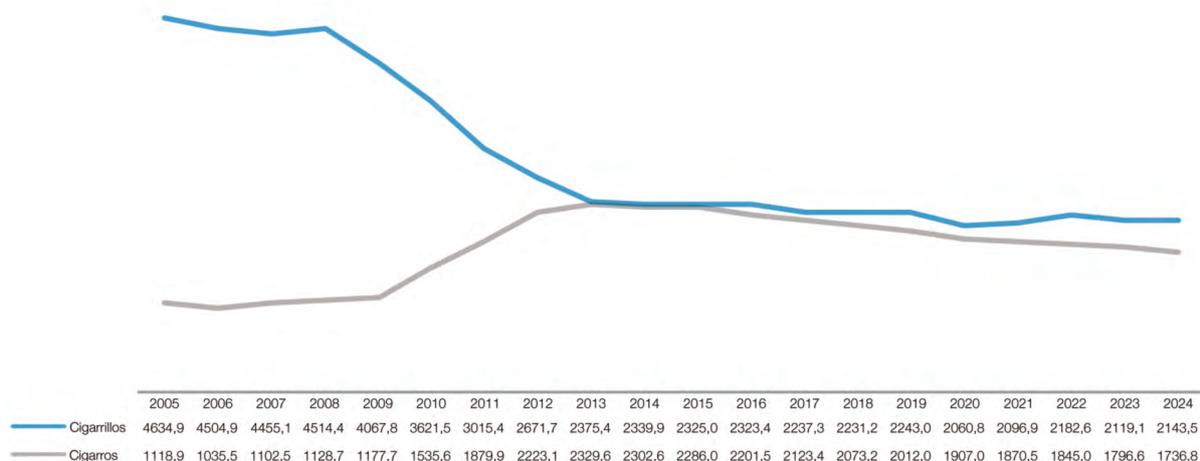
En cuanto a las unidades vendidas, los cigarrillos son el producto principal entre las labores de tabaco, con un volumen de ventas de 2.143,5 millones de cajetillas de 20 cigarrillos en 2024 (figura 1). Sin embargo, su venta ha venido disminuyendo progresivamente desde 2005, siendo especialmente notoria la caída en las ventas experimentada entre los años 2008 y 2013.

Como muestra la figura 1, entre los años 2005 y 2008 las ventas de **cigarrillos** se mantuvieron prácticamente estables, con una ligera tendencia a la baja (-2,6%). Sin embargo, en el periodo 2008-2013 el volumen de ventas cayó desde los 4.514,4 millones de cajetillas vendidas en 2008 a los 2.375,4 millones en 2013 (-47,4%). Posteriormente las ventas continuaron bajando, aunque de forma más mo-

derada (-13,2%), alcanzándose el mínimo histórico de la serie en el año 2020 con 2.060,8 millones de cajetillas vendidas. A partir de 2020 las ventas se mantienen relativamente estables, registrándose en 2024 2.143,5 millones de cajetillas vendidas, lo que supone un 1,2% más que en 2023 y un 4% por encima del mínimo histórico registrado en 2020 (figura 1).

Por comunidades autónomas (tabla 3), en todas ellas se ha producido un descenso importante en las ventas de **cigarrillos** a lo largo del periodo 2005-2024, siendo los más destacados los correspondientes a Baleares (-63,5%), Andalucía (-57,0%), Comunidad Valenciana (-56,4%) y Madrid (-55,6%). Atendiendo a los cambios experimentados en el último año, destaca el aumento de ventas observado en Navarra (8,2%), Cataluña (5,8%) y País Vasco (3,6%) y el descenso registrado en la Comunidad de Madrid (-2,6%).

Figura 1. Ventas de cigarrillos (millones de cajetillas) y de cigarros puros (millones de unidades). España*, 2005-2024.



* Península y Baleares.

FUENTE: Figura 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 3. Volumen de ventas de cigarrillos (millones de cajetillas de 20 cigarrillos) por comunidad autónoma*. España, 2005-2024.

	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2024*	% variación 2023-2024	% variación 2015-2024
Andalucía	843,0	812,0	738,0	509,0	357,3	361,3	353,8	361,0	355,6	360,6	362,2	-57,03	0,43
Aragón	134,0	132,0	124,0	94,0	75,4	73,8	70,8	71,0	66,4	65,9	65,6	-51,05	-0,48
Asturias	101,0	98,0	95,0	72,0	60,8	58,0	54,1	52,0	49,0	48,0	47,2	-53,32	-1,73
Baleares	196,0	179,0	143,0	107,0	86,9	88,1	89,3	87,0	61,1	71,4	71,6	-63,47	0,33
Cantabria	58,0	56,0	54,0	41,0	33,2	32,5	30,7	30,0	28,5	28,2	27,9	-51,96	-1,36
Castilla y León	226,0	221,0	213,0	160,0	130,5	125,5	118,2	116,0	111,2	108,8	108,8	-51,87	-0,04
Castilla-La Mancha	189,0	193,0	183,0	142,0	110,6	107,0	101,2	103,0	102,0	100,3	99,7	-47,26	-0,59
Cataluña	889,0	844,0	759,0	560,0	440,9	430,9	415,2	427,0	401,2	418,3	442,4	-50,23	5,78
Comunidad Valenciana	590,0	569,0	491,0	359,0	284,7	281,4	277,6	277,0	245,2	256,2	257,0	-56,44	0,32
Extremadura	107,0	107,0	104,0	81,0	62,5	59,2	54,4	53,0	51,6	51,2	50,5	-52,79	-1,27
Galicia	227,0	220,0	212,0	158,0	135,0	132,3	126,1	124,0	116,8	114,1	112,4	-50,46	-1,41
Madrid	548,0	530,0	496,0	385,0	316,0	304,9	290,2	283,0	265,0	250,0	243,4	-55,58	-2,64
Murcia	149,0	152,0	136,0	105,0	84,2	82,2	78,7	76,0	73,1	71,7	72,5	-51,31	1,20
Navarra	95,0	89,0	84,0	64,0	51,4	48,4	45,6	48,0	47,6	47,3	51,2	-46,09	8,19
País Vasco	256,0	228,0	212,0	158,0	129,3	122,9	115,4	118,0	107,5	112,2	116,2	-54,61	3,59
La Rioja	27,0	26,0	26,0	20,0	16,7	16,6	16,0	16,0	15,1	15,0	14,8	-45,02	-1,20
Total	4.635,0	4.455,0	4.068,0	3.015,0	2.375,4	2.325,0	2.237,3	2.243,0	2.096,9	2.119,1	2.143,5	-53,75	1,15

* 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.

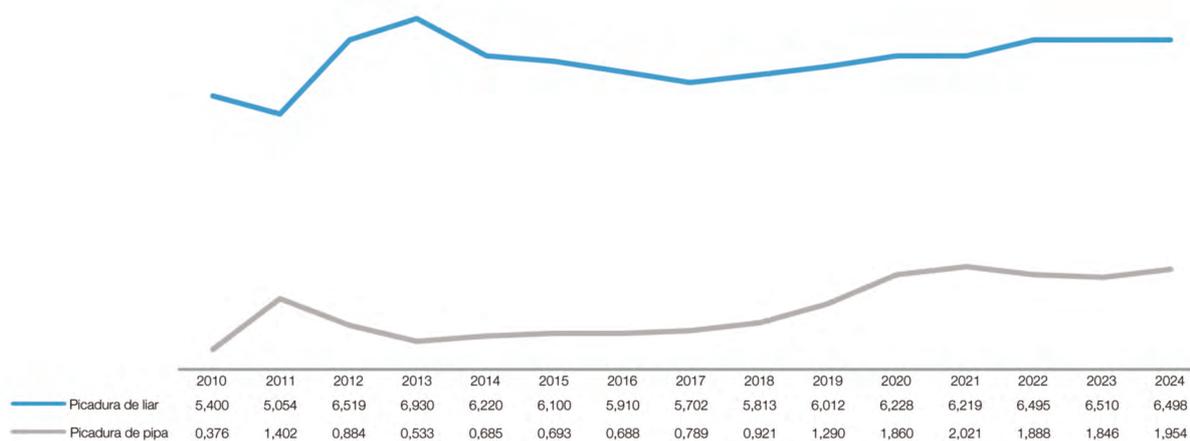
En las ventas de **cigarros puros**, se observó un ligero aumento en las unidades vendidas entre 2005 y 2009 (5,3%), que pasó a ser un fuerte incremento entre 2009 y 2013 (97,8%). Sin embargo, a partir 2013 se inicia una reducción continuada de las ventas que se mantiene en la actualidad, con un descenso acumulado de -25,4% entre 2013 y 2024, año en que se vendieron 1.736,8 millones de unidades (figura 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 2). Posteriormente, las ventas ex-

perimentan un descenso del -17,7% hasta 2017, para luego volver a subir un 14,0% hasta 2024. En este año se vendieron 6.498 millones de kilos de picadura de liar, lo que supone un 0,2% menos que el año anterior.

Por lo que respecta a la **picadura de pipa** (figura 2), las ventas descendieron de forma importante (-62,0%) entre 2011 y 2013. Posteriormente se inició un aumento continuado, 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 se han mantenido sin grandes cambios, con 1,95 millones de kilos vendidos en 2024.

Figura 2. Ventas de picadura de liar y de picadura de pipa (millones de kilos). España*, 2010-2024.



* Península y Baleares.

FUENTE: Figura 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.

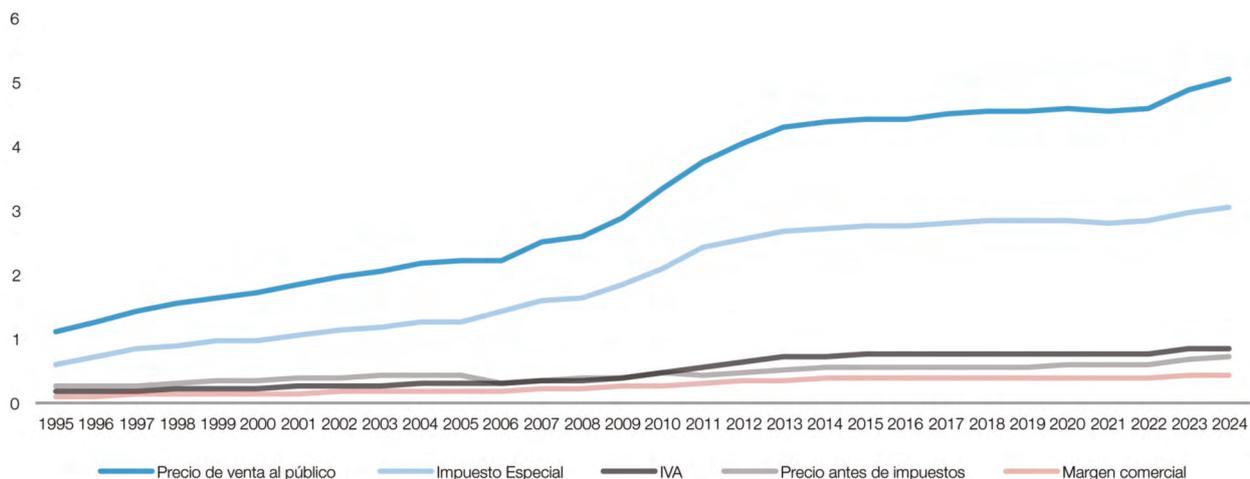
Las variaciones en las ventas de cigarros puros y de cigarrillos desde 2013 (figuras 1 y 2) parecen indicar que tales desplazamientos en los hábitos de consumo han cesado. No obstante, habrá que seguir observando cómo evolucionan los últimos registros en las diferentes labores de tabaco en los próximos años.

3. PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO

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. Atendiendo a la evolución temporal 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 y 2024. El aumento del precio de la cajetilla se debe fundamentalmente a un incremento del impuesto especial.

Figura 3. Precio de una cajetilla de cigarrillos (euros/cajetilla). España, 1995-2024.



* Península y Baleares.

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Informe anual de recaudación tributaria 2024 del Ministerio de Hacienda.

Tabla 4. Precio de una cajetilla de cigarrillos (euros/cajetilla). España, 2003-2024.

	2003	2004	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2024
Precio de venta al público	2,1	2,2	2,2	2,2	2,5	2,6	2,9	3,3	3,8	4,0	4,3	4,4	4,4
Impuesto Especial	1,2	1,2	1,3	1,4	1,6	1,6	1,8	2,1	2,4	2,6	2,7	2,7	2,8
IVA	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8
Precio antes de impuestos	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6
Margen comercial	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4

* Península y Baleares.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Informe anual de recaudación tributaria 2024 del Ministerio de Hacienda.

4.3

Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2024

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 1).

Tabla 1. Cantidades de drogas decomisadas en España, según tipo de droga. España, 2006-2024.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Heroína (kg)	472	548	233	282	244	256	253	524	251	234	178	238	199	321	136
Cocaína (kg)	49.650	27.981	25.241	20.754	21.685	21.621	15.629	40.960	48.453	37.868	36.948	49.159	58.334	118.325	124.040
Hachís (kg)	459.267	682.672	384.315	327.199	379.762	380.361	324.379	334.919	436.963	349.489	473.925	676.182	324.709	375.290	205.991
Éxtasis (nº pastillas)	481.583	534.906	634.628	279.652	558.867	134.063	346.848	348.220	300.571	267.632	1.561.311	636.847	484.757	837.994	471.151

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).

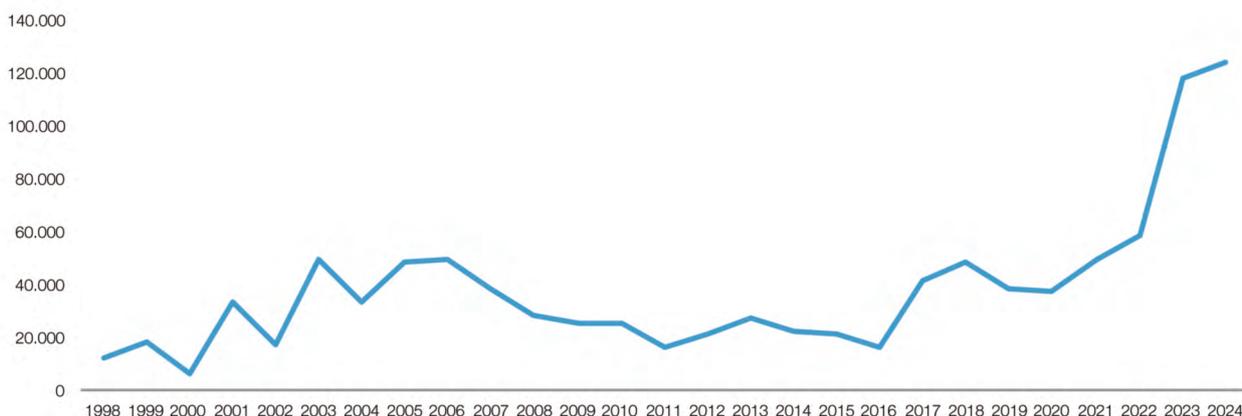
1. COCAÍNA

En base a los datos aportados por el Ministerio del Interior, en la figura 1 se presentan el volumen de cocaína incautada, año tras año, desde 1998 hasta 2024.

En la serie cronológica se pueden diferenciar tres periodos consecutivos en función 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 va incrementando el volumen 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 2024, en el que se registra un aumento exponencial de las cantidades incautadas hasta llegar al máximo de la serie histórica: 124.040 kg de cocaína incautados en 2024.

Figura 1. Cantidad de cocaína incautada (kg) en España, 1998-2024.



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).

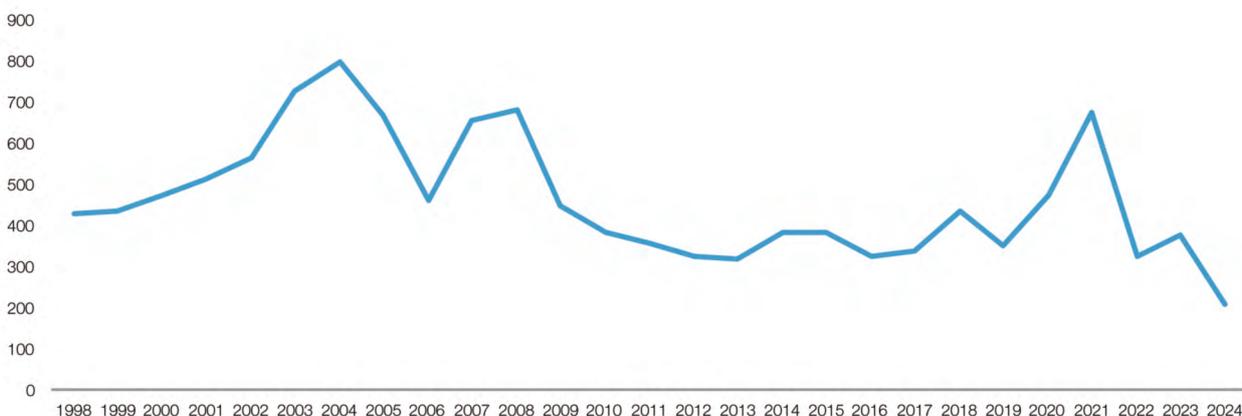
2. HACHÍS

En las cantidades incautadas de hachís entre 1998 y 2024 (figura 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, y salvando las grandes incautaciones realizadas en 2007 y 2008, se observa una tendencia general descendente en las cantidades de hachís incautadas hasta 2013,

año que presenta el menor volumen de incautación de toda la serie (319,3 toneladas).

Desde 2013 hasta 2021 las cantidades incautadas de esta sustancia han presentado una tendencia estable en torno a las 350-450 toneladas, salvo en el año 2021, que se registró un total de 676,2 toneladas de hachís incautado. A partir de 2021 se observa una tendencia descendente presentando en 2024 la cifra más baja de toda la serie histórica (205,9 toneladas).

Figura 2. Cantidad de hachís incautado (toneladas) en España, 1998-2024.



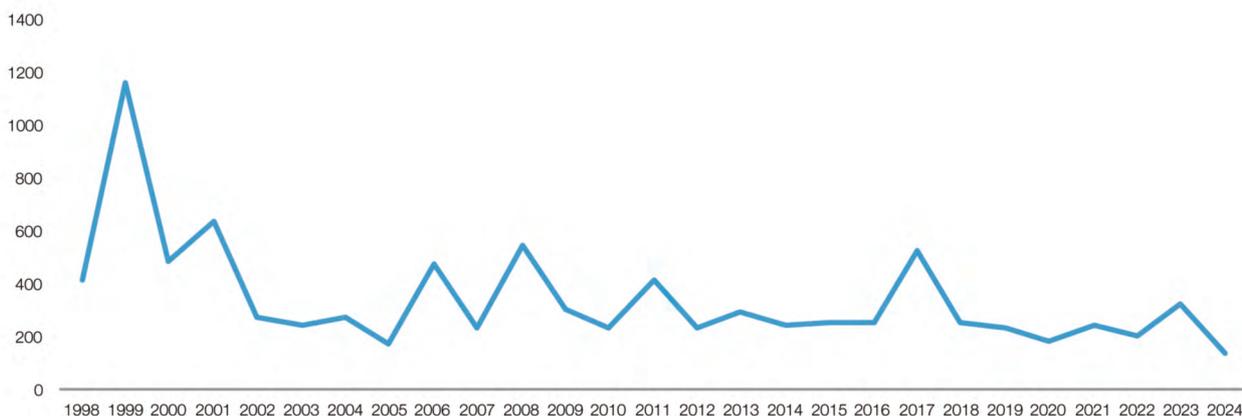
FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

3. HEROÍNA

La figura 3 presenta las cantidades de heroína incautadas entre 1998 y 2024. 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 mayor volumen en los años 2006 (472 kg), 2008 (548 kg), 2011 (413 kg) y 2017 (524 kg). Desde 2018 en adelante las cantidades de heroína incautadas se mantienen en torno a los 100-300 kg cada año.

Figura 3. Cantidad de heroína incautada (kg) en España, 1998-2024.



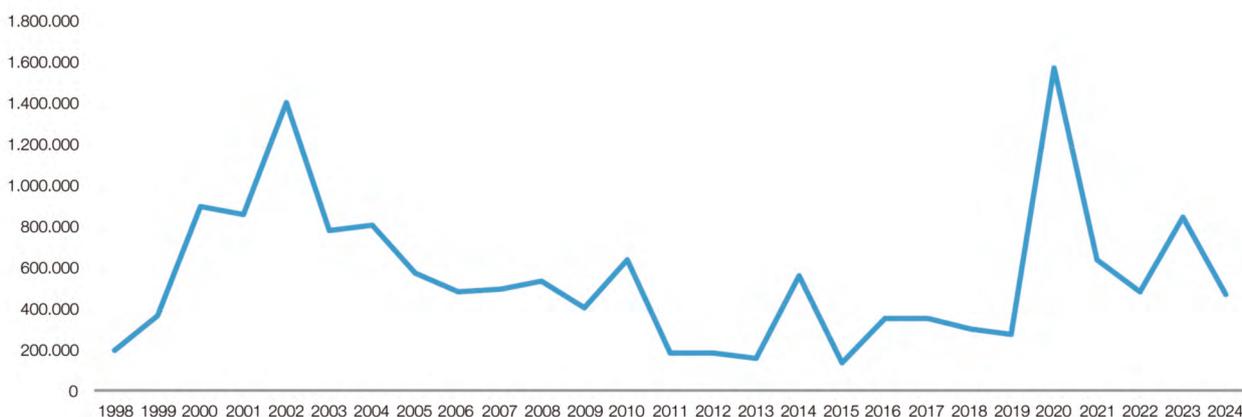
FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

4. ÉXTASIS (MDMA)

Las cantidades incautadas de éxtasis (MDMA) también están sometidas a altibajos entre 1998 y 2024, como queda de manifiesto en la figura 4. Más allá de las variaciones interanuales, hasta el año 2002 es notable la tendencia al incremento del número de pastillas incautadas, pasando de 194.527 pastillas en 1998 a 1.396.140 en 2002. Posteriormente se observa una clara tendencia descendente en el

éxtasis incautado a lo largo del periodo 2002-2015, con valores mínimos (que oscilan entre 100.000 y 200.000 pastillas al año) en 2011-2013 y 2015. A partir de entonces se registra un aumento general de la cantidad incautada, con un importante incremento puntual en 2019, año que registra el mayor volumen de éxtasis incautado en esta serie histórica: 1.561.311 pastillas. A partir del año 2020 se observa una tendencia descendente.

Figura 4. Cantidad de MDMA incautado (nº de pastillas) en España, 1998-2024.



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).

4.4

Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2024

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 en el año 2000 era de 3,87 euros y en el segundo semestre de 2024 llegó a 6,72 euros. Esto ha ocurrido también en el caso de la **grifa/marihuana** que, en el mismo periodo, ha pasado de 2,49 euros a 6,26 euros (segundo semestre) (figura 1).

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 59,59 euros en el segundo semestre de 2024 (figura 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. Posteriormente se ha incrementado algo, rondando los 60 euros por gramo en 2024 (figura 2).

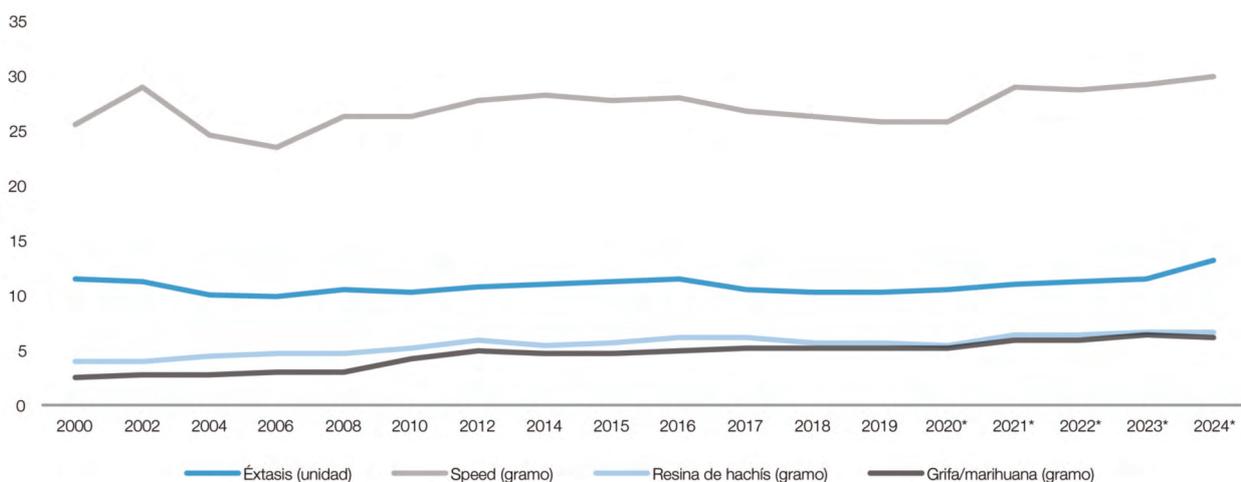
En cuanto al gramo de **anfetaminas en polvo (speed)**, obviando oscilaciones puntuales, su precio presenta una tendencia general ascendente a lo largo de la serie histórica, pasando de 25,52 euros/gramo en el año 2000 a 29,90 euros/gramo en el segundo semestre de 2024 (figura 1).

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, salvo en 2024 cuyo precio ascendió a 13,08 euros por unidad (figura 1).

En relación a la pureza media de las drogas decomisadas, se dispone de datos para la **heroína** y la **cocaína** (tabla 1). A lo largo de todo el período 2000-2024, 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 2024, la pureza de los grandes decomisos de **heroína** fue de un 43,0% (segundo semestre), mientras que la pureza de los decomisos del nivel de gramo fue del 30,0% (segundo semestre), y de los de nivel de dosis del 24,0% (segundo semestre). Para la **cocaína**, las cifras fueron, siguiendo el mismo orden, 73,0%; 47,0% y 35,0%.

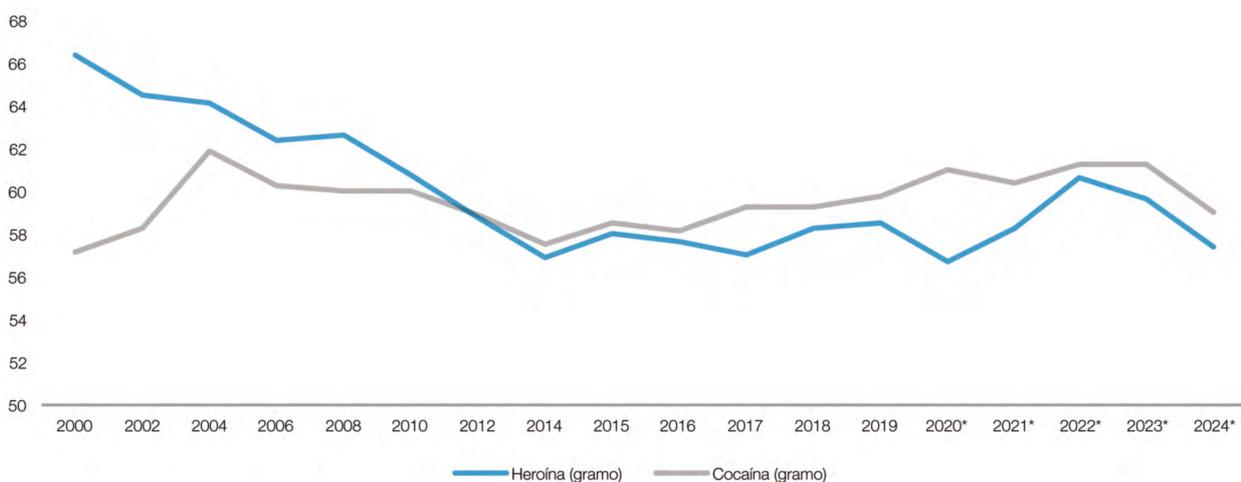
Figura 1. Precios medios de las drogas en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2024.



* 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 (SENDA).

Figura 2. Precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2024.



* 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 (SENDA).

Por lo que respecta a la evolución temporal, la pureza de la **cocaína** muestra una tendencia descendente desde el año 2000 hasta el año 2020, fundamentalmente a nivel de dosis, que fue especialmente notoria a partir de 2008 y desde 2022 se observa una estabilización en torno al 35%.

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 76,0% (segundo semestre del 2024), y la de la dosis del 40,5% en 2008 al 35,0% (segundo semestre del 2024). Las puranzas a nivel de kilogramo, du-

rante el segundo semestre de 2024 (73,0%), están en niveles del 2006.

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 a nivel de kilogramo, cuya pureza pasó del 64,0% en 2000 al 39,0% en 2014.

En el año 2024, a nivel de kilogramo las puranzas de la heroína en el segundo semestre (43,0%) están en niveles parecidos a los de los años previos: 43,0% en 2021 y en 2023 y 42,0% en 2022.

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 2014, situándose entre el 39,0% y el 43,0% (tabla 1).

Tabla 1. Purezas medias (%) de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito. España, 2000-2024.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*	2022*	2023*	2024*
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	24,0	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	31,0	30,0
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	43,0	43,0
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	35,0	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	46,0	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	72,0	73,0

* 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 2024 (segundo semestre), la razón de pureza kilogramo/dosis de **heroína** fue de 1,79, la razón kilogramo/gramo 1,43 y la razón gramo/dosis 1,25; mientras que para **cocaína** las cifras fueron 2,08, 1,55 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 2).

Si se observa la evolución temporal de estas razones a lo largo del período 2000-2024, se comprueba que, para la **heroína**, ha disminuido progresivamente la razón de pureza

kilogramo/gramo, pasando de 2,0 en 2000 a 1,43 en 2024, así como la razón pureza kilogramo/dosis que ha pasado de 2,56 a 1,79. La razón gramo/dosis volvió en 2024 al mismo valor (1,25), 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 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 descendente en la razón de pureza kilogramo/gramo entre los años 2000 y 2024, lo que indica una mayor dilución de la sustancia en este período. Algo que también se aprecia al observar la tendencia de las razones de pureza kilogramo/dosis y con la razón gramo/dosis (tabla 2).

Tabla 2. Purezas medias (%) de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito. España, 2000-2024.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*	2022*	2023*	2024*
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	1,79	1,79
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	1,39	1,43
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	1,29	1,25
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	2,06	2,08
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	1,57	1,55
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	1,31	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).

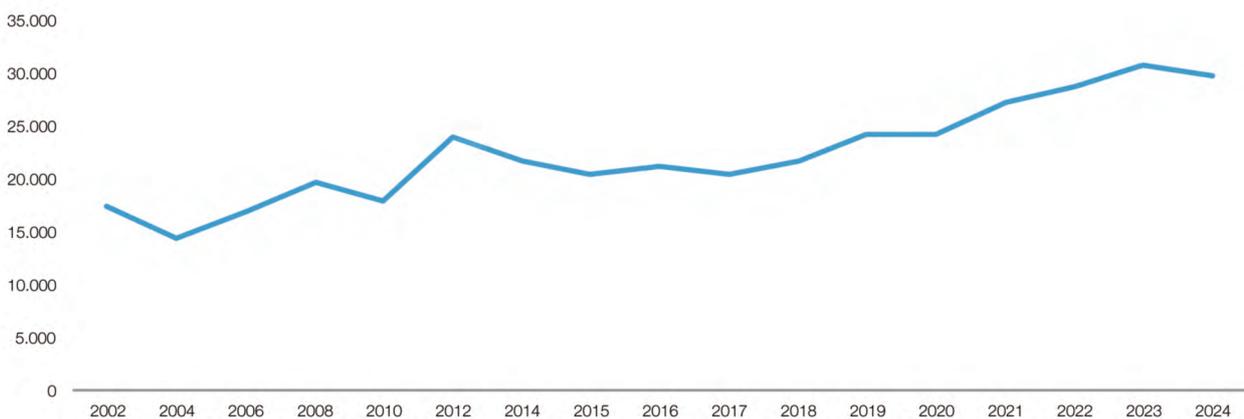
4.5

Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2024

En el año 2024 se registraron 29.693 **detenciones** por tráfico de drogas, conforme a los datos del Ministerio del Interior, frente a 30.814 en 2023. Por su parte, las **denuncias** por consumo o tenencia ilícita de drogas fueron 436.215 en 2024 frente a 446.816 en 2023.

Las **detenciones** realizadas desde 2002 presentan una tendencia ascendente, siendo 2023 el año con mayor número de detenciones por tráfico de drogas de toda la serie y disminuyendo ligeramente en 2024 (figura 1).

Figura 1. Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2002-2024.

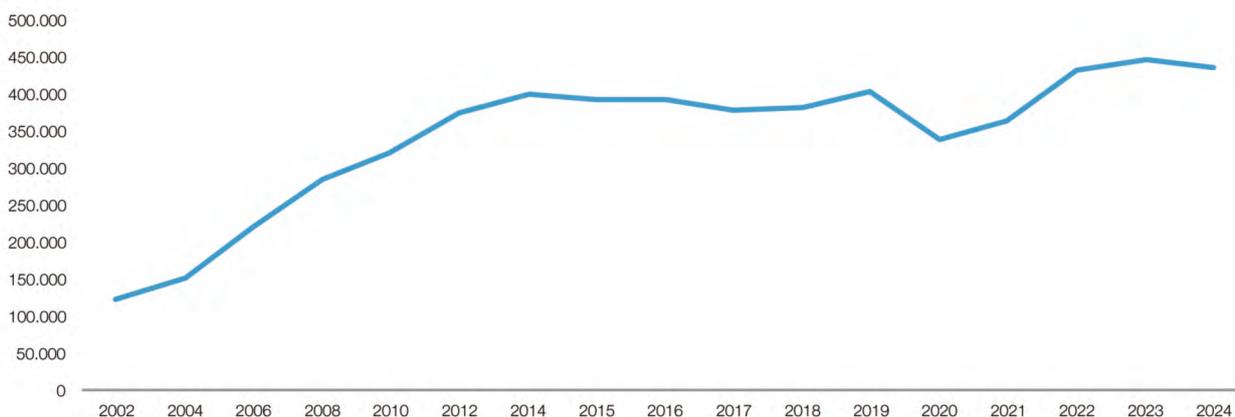


FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

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 446.816 registradas en 2023 (figura 2).

Figura 2. Denuncias por tenencia y consumo de drogas en lugar público basadas en las Leyes Orgánicas 1/1992 y 4/2015 (números absolutos). España, 2002-2024.



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).

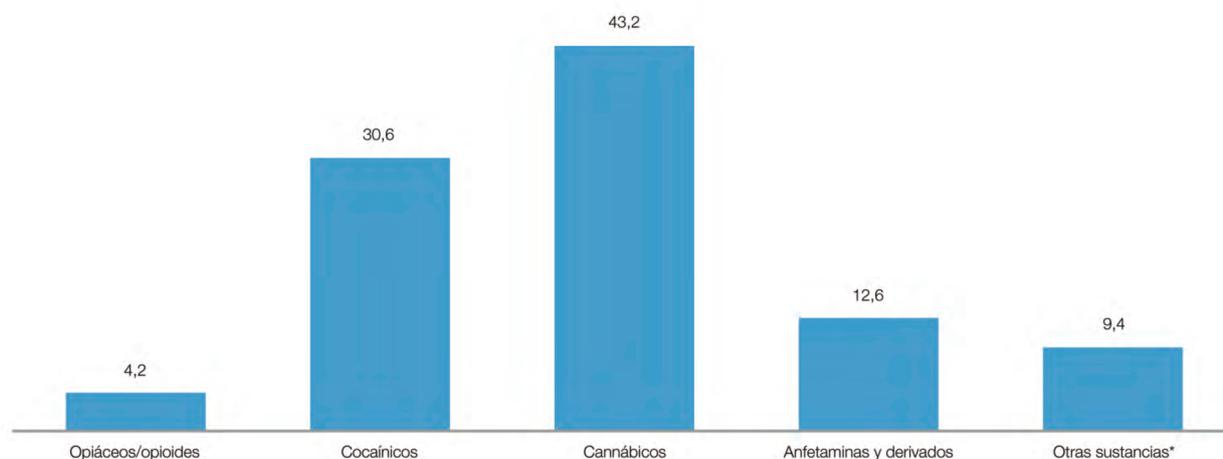
Como en años anteriores, en 2024 la mayor parte de las **detenciones** y de las **denuncias** estuvieron relacionadas con los derivados del cannabis (43,2% y 67,4%, respectivamente). Importante porcentaje alcanzan también las detenciones por tráfico de cocaínicos (30,6%) (figuras 3 y 4).

Respecto a la evolución temporal de las **detenciones** por tipo de sustancias, se observa una evolución opuesta en la proporción de las detenciones por cannábicos y por cocaí-

nicos: la proporción de detenciones por cannábicos aumentaba hasta el año 2021 y va descendiendo desde entonces, mientras que la proporción de detenciones por cocaínicos descendía cada año hasta el 2021 y ha aumentado después (tabla 1).

En cuanto a la evolución de la proporción de **denuncias** relacionadas con cannábicos, no se observa una clara tendencia a lo largo de la serie temporal estudiada (tabla 2).

Figura 3. Distribución de las detenciones por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2024.

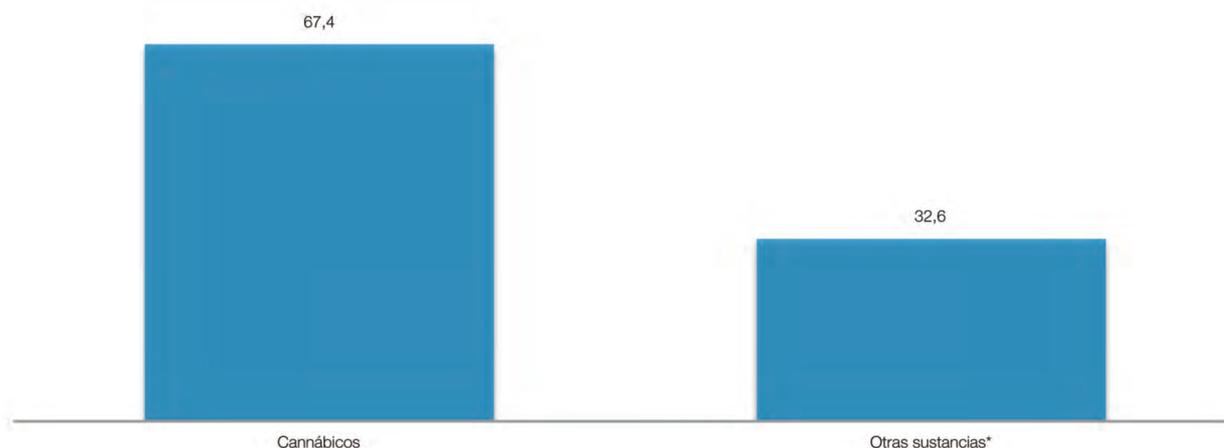


Nota 1: Las detenciones por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

Nota 2: El número de detenidos por tipo de droga no incluye datos de Policías Autonómicas, al ser aportados por estos Cuerpos únicamente el número total de detenidos y no desglosados por sustancias.

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).

Figura 4. Distribución de las denuncias por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2024.



* Otras sustancias incluye: opiáceos, cocaínicos, estimulantes, alucinógenos y otros.

Nota 1: Las denuncias por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

Nota 2: El número de denunciados por tipo de droga no incluye datos de Policías Autonómicas, al ser aportados por estos Cuerpos únicamente el número total de detenidos y no desglosados por sustancias.

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 1. Detenciones por familia de drogas (números absolutos y % sobre el total). España, 2006-2024.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
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	30.814	29.693
Cannábicos (%)	46	50	50	56	56	54	53	58	53	55	60	62	56	47	43
Cocaínicos (%)	39	36	35	30	28	29	28	28	29	26	25	21	24	31	31
Opiáceos (%)	6	7	7	5	7	7	7	6	7	6	6	4	5	5	4
Estimulantes tipo anfetamínico (%)	6	5	5	4	6	7	7	6	7	8	7	7	10	10	13
Otras sustancias (%)	3	3	3	4	3	3	5	2	2	5	5	5	6	7	9

Nota 1: Las detenciones por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

Nota 2: El número de detenidos por tipo de droga no incluye datos de Policías Autonómicas, al ser aportados por estos Cuerpos únicamente el número total de detenidos y no desglosados por sustancias.

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 2. Denuncias por familia de drogas (números absolutos y % sobre el total). España, 2006-2024.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total denuncias (n)	218.656	285.378	319.474	372.419	398.422	390.843	392.900	376.271	381.100	401.914	337.772	364.320	430.975	446.816	436.215
Cannábicos (%)	77	83	85	85	87	86	84	83	83	82	74	84	81	79	67
Otras sustancias (cocaínicos, opiáceos, estimulantes, alucinógenos y otras) (%)	23	17	15	15	13	14	16	17	17	18	26	16	19	21	33

Nota 1: Las denuncias por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

Nota 2: El número de denunciados por tipo de droga no incluye datos de Policías Autonómicas, al ser aportados por estos Cuerpos únicamente el número total de detenidos y no desglosados por sustancias.

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).

5

Análisis de
aguas residuales
y de jeringas

5.1

Estudio de sustancias de abuso en España mediante el análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos, 2024

Autores: miembros de la Red ESAR-Net (www.esarnet.es)¹

In memoriam

Este informe está dedicado a la memoria de la Profesora Yolanda Picó, Catedrática de la Universidad de Valencia, quien lamentablemente falleció en enero de 2025. Queremos agradecerle afectuosamente todo el trabajo dedicado dentro de la red ESAR-Net y el haber sido una excelente investigadora y una magnífica persona. D.E.P.

1. CONTEXTUALIZACIÓN

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 8 CCAA (tabla 1). Estos resultados se han obtenido en el marco de la red ESAR-Net², en colaboración con la red RIAPAd³, y ha contado con financiación adicional de pequeños contratos con alguna comunidad autónoma y/o proyectos de investigación⁴, contando además con la inestimable colaboración de todas las entidades encargadas de la gestión de las depuradoras de aguas residuales urbanas (EDAR).

Este capítulo da continuidad a los ya publicados en los informes del OEDA de 2023 y 2024^{5,6}.

2. METODOLOGÍA

2.1. Toma de muestras

En este estudio se tomaron muestras de agua residual en 9 EDAR españolas durante dos semanas completas (generalmente empezando un martes y finalizando un lunes); una en la primera y otra en la segunda mitad de cada año (en primavera y otoño, respectivamente). Además, en otras 3 EDAR (tabla 1) se realizó sólo una campaña de una semana en otoño.

En todos los casos se garantizó que cada muestra fuese representativa de un día completo (muestra compuesta de 24 horas) y que las semanas donde se tomó muestra no hubiese eventos especiales (por ejemplo, fiestas) o fuese temporada

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, Sergi Gregorio-Lozano, Victoria Bolos-Sánchez (Universitat Jaume I); Yolanda Picó, Vicente Andreu, Vasiliki Soursou, Julián Campo (Centro de Investigación sobre Desertificación, UV-CSIC-GV); Miren López de Alda, Rocio I. Bonansea, Nuria Riopedre (Instituto de Diagnóstico Ambiental y Estudios del Agua, CSIC), Yolanda Valcárcel, Judith Kalman (Universidad Rey Juan Carlos); Eva Pocerull, Rosa María Marcé, Núria Fontanals (Universitat Rovira i Virgili); Iria González-Mariño (Universidad de Salamanca); 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); Manuel Isorna (Universidade de Vigo, RIAPAd); Cristina Postigo (Universidad de Granada); Unax Lertxundi (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud).

2. 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.

3. Algunos de los autores pertenecen a la red RIAPAd (<https://riapad.es/>, ref. RD21/0009/0012, RD24/0003/0001 y RD24/0003/0020), financiada a través de la convocatoria de redes RICORS del Instituto de Salud Carlos III – NexGenerationEU – PRTR – FEDER.

4. Contratos menores con Gobiernos de La Rioja, Baleares y Galicia y Proyecto financiado en la convocatoria del Departamento de Salud Gobierno Vasco (2023111054).

5. 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.

6. INFORME 2024 - 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, 2024.

alta de vacaciones y turismo, para intentar establecer el consumo de fondo. Aún así, como se verá en los resultados, en

alguna EDAR esto parece no haberse conseguido plenamente y se intentará mejorar el plan de muestreo en el futuro.

Tabla 1. Listado codificado de las EDAR analizadas y número de semanas muestreadas en cada caso en 2024.

Código	Semanas muestreadas	Tamaño	Código	Semanas muestreadas	Tamaño
AND-2*	P, O	G	EUS-2	P, O	M, G
BAL-1	O	G	GAL-2	P, O	M
CAT-1*	P, O	MG	LRJ-1	O	M
CAT-2**	P, O	MG	LRJ-2	O	P
CAT-6	P, O	M	MAD-2	P, O	M, G
CVA-3	P, O	M	MAD-4	P, O	G

Código: corresponde a las iniciales de la comunidad autónoma seguida de un número seleccionado aleatoriamente. AND: Andalucía, BAL: Baleares, CAT: Cataluña, CVA: Comunidad Valenciana, EUS: País Vasco, GAL: Galicia, LRJ: La Rioja, MAD: Comunidad de Madrid.

Semanas muestreadas: P: primavera, O: Otoño. Se han mantenido los códigos empleados en los informes de 2023 y 2024.

Tamaño de población servido por la EDAR: 10.000 < P < 50.000 habitantes; 50.000 < M < 200.000 habitantes; 200.000 < G < 500.000 habitantes; MG > 500.000 habitantes.

P: primavera; O: otoño. G: grande; M: mediana.

* En AND-2 no fue posible medir THC-COOH en ninguna de las dos campañas, ni sulfato de etilo en la campaña de primavera.

** En CAT-1 y CAT-2 no fue posible medir tramadol.

2.2. Sustancias analizadas

Las sustancias analizadas incluyen:

- Anfetamina
- Metanfetamina
- MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina, principal constituyente del éxtasis)
- Benzoilecgonina (metabolito de la cocaína)
- Carboxi-THC (metabolito del Δ^9 -tetrahydrocannabinol o THC)
- Sulfato de etilo (metabolito del etanol)

Además, se mejoró el método para incluir nuevas sustancias, de manera que en la campaña de otoño se midieron en la mayoría de las EDAR las siguientes sustancias adicionales:

- Ketamina
- EDDP (2-etlidene-1,5-dimetil-3,3-difenilpirrolidina, metabolito de la metadona)
- Morfina
- Tramadol
- Fentanilo

El objetivo fue incluir, por un lado, la ketamina por su incipiente entrada en el mercado de uso ilícito y, por otro lado,

4 opioides sintéticos de uso terapéutico con el fin de establecer los niveles basales de uso de cara a poder discernir tendencias en el futuro.

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 del sulfato de etilo (metabolito de etanol) se determinó mediante un método de inyección directa en el sistema LC-MS/MS.

2.3. Análisis de los datos

Las concentraciones determinadas se convirtieron en Masa Diaria Normalizada por Población (MDNP), empleando para ello el caudal de agua residual recibido por cada EDAR durante el día muestreado y la población servida por la misma (normalizándolo por 1000 habitantes).

Esta MDNP se puede transformar finalmente en consumo estimado de sustancia pura conociendo el metabolismo de la sustancia y su(s) vía(s) de excreción a través de factores de conversión (FCs), listados en la tabla 2. En el caso del THC existen varios factores que contribuyen a la incertidumbre de los valores obtenidos, siendo especialmente relevante la incertidumbre en el FC. Por ello se emplean dos valores de FC y los datos expresados como consumo deben con-

siderarse con especial precaución. Además, no se ha realizado el cálculo en el caso del fentanilo al estar la mayoría de las muestras por debajo del nivel detectable, ni tampoco en el caso de la morfina, al poder provenir esta sustancia del uso de heroína (es su metabolito mayoritario) y de fármacos

(destacando la propia morfina). En el caso del etanol, además de tener en cuenta el FC, que permitiría convertir MNDPs en consumo, se ha empleado la densidad para obtener valores de volumen/día y 1000 habitantes.

Tabla 2. FCs empleados en este trabajo, junto con el biomarcador empleado.

Sustancia a estimar el consumo	Biomarcador de partida	FC	Referencia
Anfetamina	Anfetamina	2,77	Gracia-Lor ¹
Metanfetamina	Metanfetamina	2,44	Gracia-Lor
MDMA (éxtasis)	MDMA (éxtasis)	4,40	Gracia-Lor
Cocaína	Benzoilecgonina	3,59	Castiglioni ²
THC (cannabis)*	Carboxi-THC *	36,4-182	Gracia-Lor, Bijlsma ³
Ketamina	Ketamina	5,0	Du ⁴
Etanol	Sulfato de etilo	3047	Rodríguez-Álvarez ⁵
Metadona	EDDP	2,0	Thai ⁶
Tramadol	Tramadol	3,4	Du ⁷

1. E. Gracia-Lor et al. Refining correction factors for back-calculation of illicit drug use. *Science of the Total Environment* 573 (2016), 1648-1659.

2. S. Castiglioni et al. Evaluation of Uncertainties Associated with the Determination of Community Drug Use through the Measurement of Sewage Drug Biomarkers. *Environmental Science and Technology* 47 (2013) 1452-1460.

3. 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

4. P. Du et al. A revised excretion factor for estimating ketamine consumption by wastewater-based epidemiology - Utilising wastewater and seizure data. *Environment International* 138 (2020) 105645.

5. T. Rodríguez-Álvarez et al. Alcohol and cocaine co-consumption in two European cities assessed by wastewater analysis. *Science of the Total Environment* 536 (2015) 91-98.

6. P.K. Thai et al. Refining the excretion factors of methadone and codeine for wastewater analysis — Combining data from pharmacokinetic and wastewater studies. *Environment International* 94 (2016) 307-314.

7. P. Du et al. Analysing wastewater to estimate fentanyl and tramadol use in major Chinese cities. *Science of the Total Environment* 795 (2021) 148838.

* En el caso del THC el cálculo presenta especial incertidumbre existiendo controversia además en el FC, por lo que los resultados expresados como consumo deben tomarse con especial cautela. En el caso del fentanilo y morfina no se ha realizado el cálculo, debido al gran número de muestras donde no se ha detectado el primero y al hecho de que la morfina puede provenir del uso de varias sustancias.

Para más información sobre la metodología del análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos, sus puntos fuertes y limitaciones, se pueden consultar las referencias^{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}, que incluía 17 EDAR de 7 CCAA muestreadas durante una semana en primavera de ese año. También desde ESAR-Net se contribuyó a las ediciones 2023 y 2024 de este informe, como ya se ha mencionado. Aunque en estos dos informes anteriores se había realizado la dis-

cusión de los resultados fundamentalmente a través de los consumos estimados, en esta nueva edición se ha optado por hacerlo fundamentalmente a través de MNDPs (aunque se dará una visión general del consumo). Los motivos para esta decisión son dos:

- La incertidumbre que existe en algunos FCs, particularmente en el caso del THC, que pueden llevar a interpretaciones erróneas.
- La posibilidad de comparar estos resultados directamente con los que publica la Agencia Europea sobre las Drogas (EUDA) en su web¹², que corresponden a datos de MNDPs.

7. 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.

8. Pocurrull et al. El análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos: presente y futuro en España. *Revista Española de Drogodependencias*, 2020, 45, 91-103

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. López-García et al. Assessing alcohol consumption through wastewater-based epidemiology: Spain as a case study. *Drug and Alcohol Dependence*, 2020, 215: 108241

12. https://www.euda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

En cuanto a los MNDPs, se presentan los valores de la mediana (de los siete días de la semana de cada campaña). Además, se presenta una estimación de la evolución del consumo en el período 2021-2024, pero en este caso se consideran sólo 6 EDAR que fueron analizadas en las 8 campañas (ver tabla 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.

3. RESULTADOS

3.1. Visión general de MNDPs y consumos estimados

La tabla 3 presenta una visión global de los biomarcadores de las sustancias medidas en términos de MNDPs, con el

valor de la mediana global y del rango. Estos valores nos dan una estimación del valor central de sustancia o metabolito presente en agua residual, así como de su homogeneidad, respectivamente, pero no de su consumo. Por ello, la tabla 4 presenta una estimación de la mediana global del uso de las sustancias, empleando los FCs recogidos en la tabla 2. En el caso del consumo estimado no se presenta el rango al derivarse este fácilmente de los MNDPs.

Como se aprecia en la tabla 4, la sustancia más consumida sería el etanol con una mediana global de consumo que se aproxima a 10-11 mL por persona y día. En cuanto a las sustancias ilícitas, a pesar de la incertidumbre en su cálculo, el THC (principal principio activo del cannabis) sería la sustancia más consumida, seguida de la cocaína. Posteriormente estarían MDMA, ketamina y anfetamina, aunque en algunos de los casos su uso es muy variable entre localidades, como se discutirá en las secciones siguientes.

Tabla 3. Resumen de MNDPs (mg/día y 1000 habitantes) calculados para cada una de las 2 campañas. España, 2024

Biomarcador	Primavera		Otoño	
	Mediana	Rango	Mediana	Rango
Anfetamina	26	<LOQ-694	38	<LOQ-1007
Metanfetamina	8	<LOQ-61	5	<LOQ-129
MDMA	34	5-159	32	2-192
Benzoilecgonina (cocaína)	704	298-1690	696	97-1767
THC-COOH (cannabis)	140	41-298	91	<LOQ-309
Sulfato de etilo (alcohol)	2573	1129-7372	2923	131-9651
Ketamina	na	na	43	<LOQ-198
Morfina	na	na	24	3-133
Tramadol	na	na	313	40-1271
Fentanilo	na	na	<LOQ	<LOQ-2
EDDP (metadona)	na	na	11	<LOQ-44

na = no analizado.

Tabla 4. Medianas de los consumos globales estimados en las dos campañas (mg/día y 1000 habitantes, excepto etanol: mL/día y 1000 habitantes).

	Primavera	Otoño
Sustancia	Mediana	Mediana
Etanol	9938	11289
THC (cannabis)*	5112-25558	3330-16648
Cocaína	2528	2499
MDMA	150	142
Anfetamina	73	106
Metanfetamina	20	13
Ketamina	na	216
Morfina	na	nc
Tramadol	na	1064
Fentanilo**	na	nc
EDDP (metadona)	na	23

na = no analizado; nc = no calculado.

* La mediana se presenta como un rango debido a la incertidumbre de su FC.

** nc: no calculado debido a las diferentes rutas de administración y sustancias relacionadas (morfina) o por estar la mediana por debajo del límite de cuantificación.

En cuanto a los opioides de uso terapéutico no se va a discutir su consumo, ya que como se ha mencionado el objetivo es usar este estudio como punto de partida, aunque sí se quiere destacar que el fentanilo sólo se detectó en 2 de las localizaciones estudiadas (GAL-1 y EUS-2) a niveles inferiores a 1 mg/día y 1000 habitantes. Esto implica que su uso es muy minoritario y provendrá fundamentalmente de uso terapéutico.

En cualquier caso, hay que tener en cuenta que la potencia de las diferentes sustancias de abuso es muy diversa, lo que implica que un menor uso (en mg) no implica necesariamente un menor riesgo.

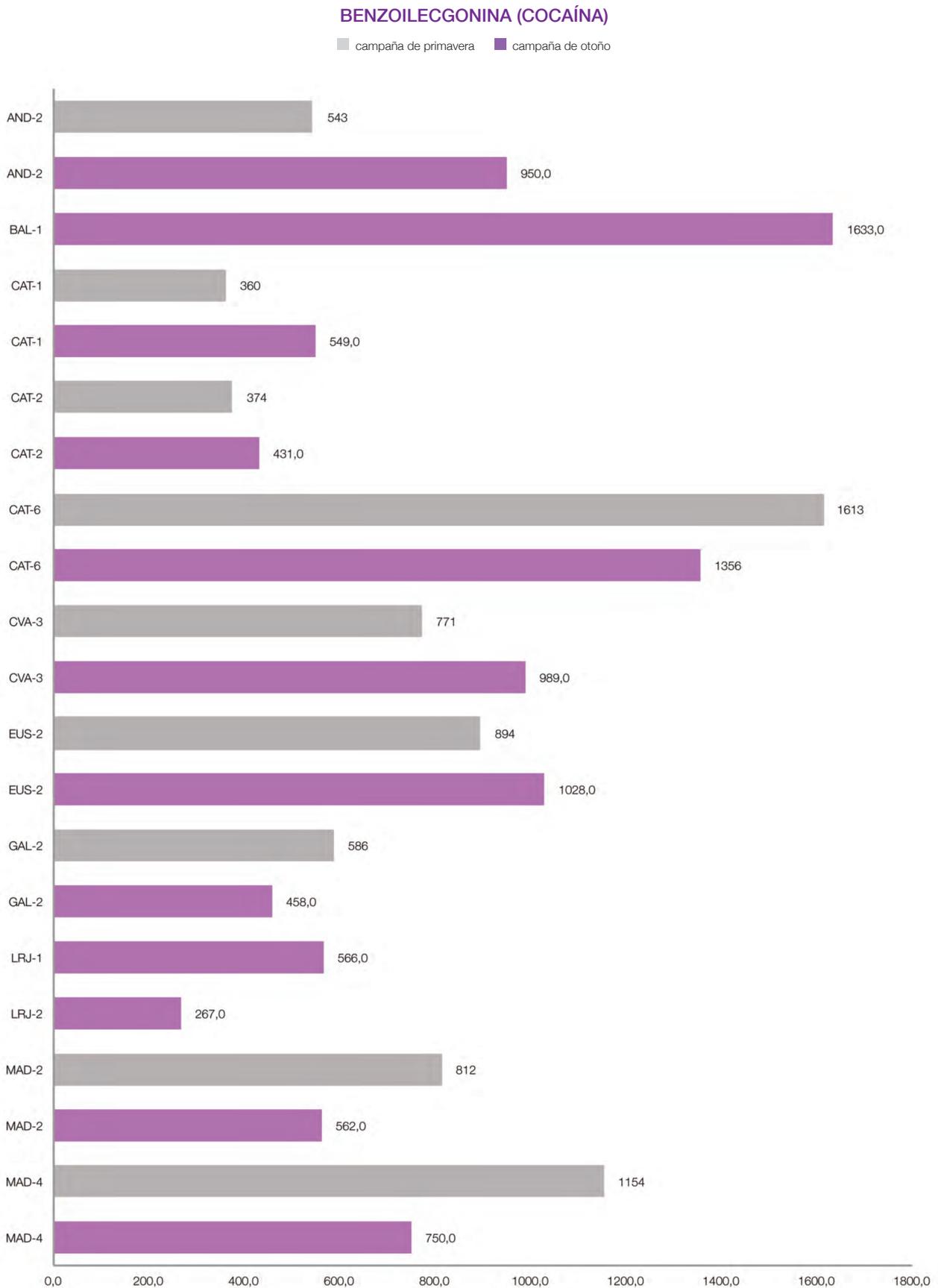
3.2. Cocaína

La figura 1 representa los valores de las medianas de los residuos de benzoilecgonina (metabolito de la cocaína) normalizados por población y día (es decir MNDPs). Como puede apreciarse, la presencia de este biomarcador es ubi-

cua en todas las EDAR y campañas analizadas, variando entre aproximadamente 270 y 1600 mg/día y 1000 habitantes los valores de las medianas en cada localización y campaña. Si ponemos estos valores en el contexto del último estudio de EUDA (que incluye algunas localidades españolas muestreadas en primavera de 2024), el valor medio de los días de la semana laborable (que es lo que más se asemeja a la mediana) de las 20 ciudades de mayor consumo es superior a 700 mg/día y 1000 habitantes. Por tanto, en el estudio que presentamos en este informe poco más del 50% de las semanas y localizaciones muestreadas superarían ese umbral, lo que implica un consumo elevado de cocaína en el contexto internacional.

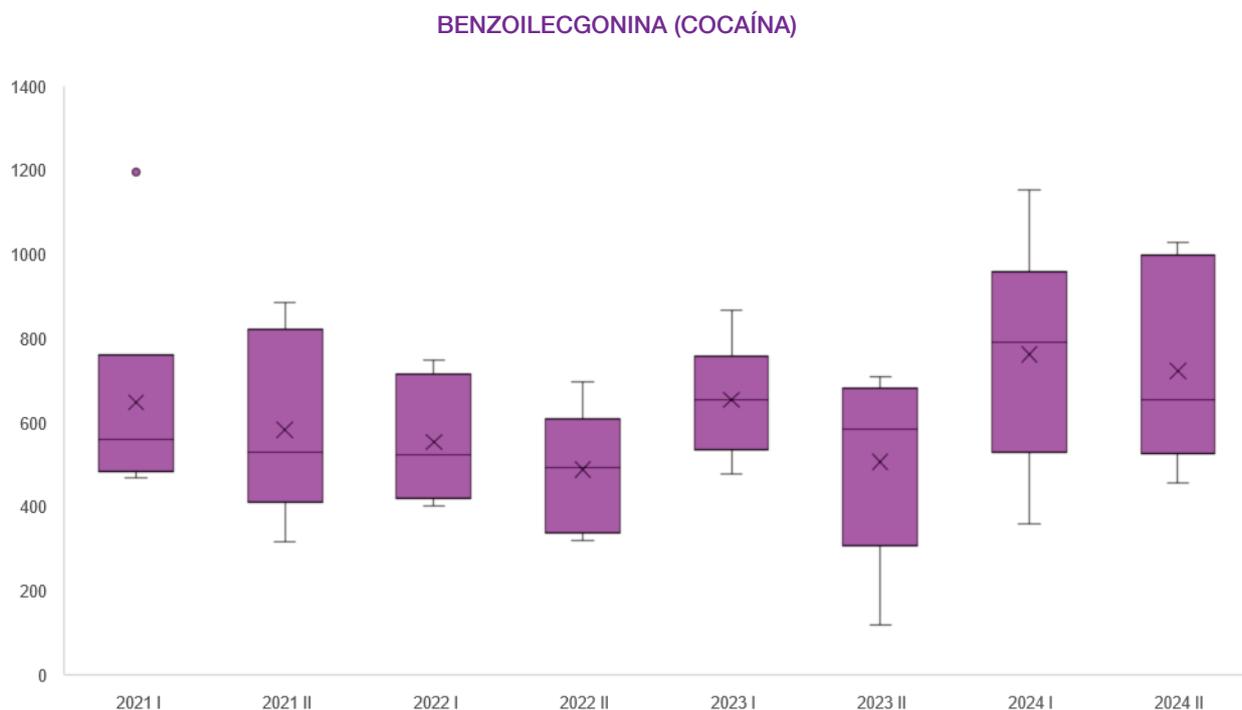
En cuanto a su evolución temporal en los últimos 3 años, como se aprecia en la figura 2, si se tiene en cuenta la mediana global de las 6 EDAR que han sido analizadas los últimos 4 años con la misma sistemática (dos semanas al año), se puede observar una posible tendencia al alza en 2024 (especialmente en la campaña de primavera).

Figura 1. Representación del valor de la mediana MNDPs de benzoilecgonina (metabolito de la cocaína) presentes en las aguas residuales de las EDAR analizadas en 2024.



FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 2. Valores de las medianas de MNDPs de benzoilecgonina a lo largo de 2021-2024 en las 6 EDAR que fueron analizadas en todas las campañas.



I = campaña de primavera; II = campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

3.3. Cannabis

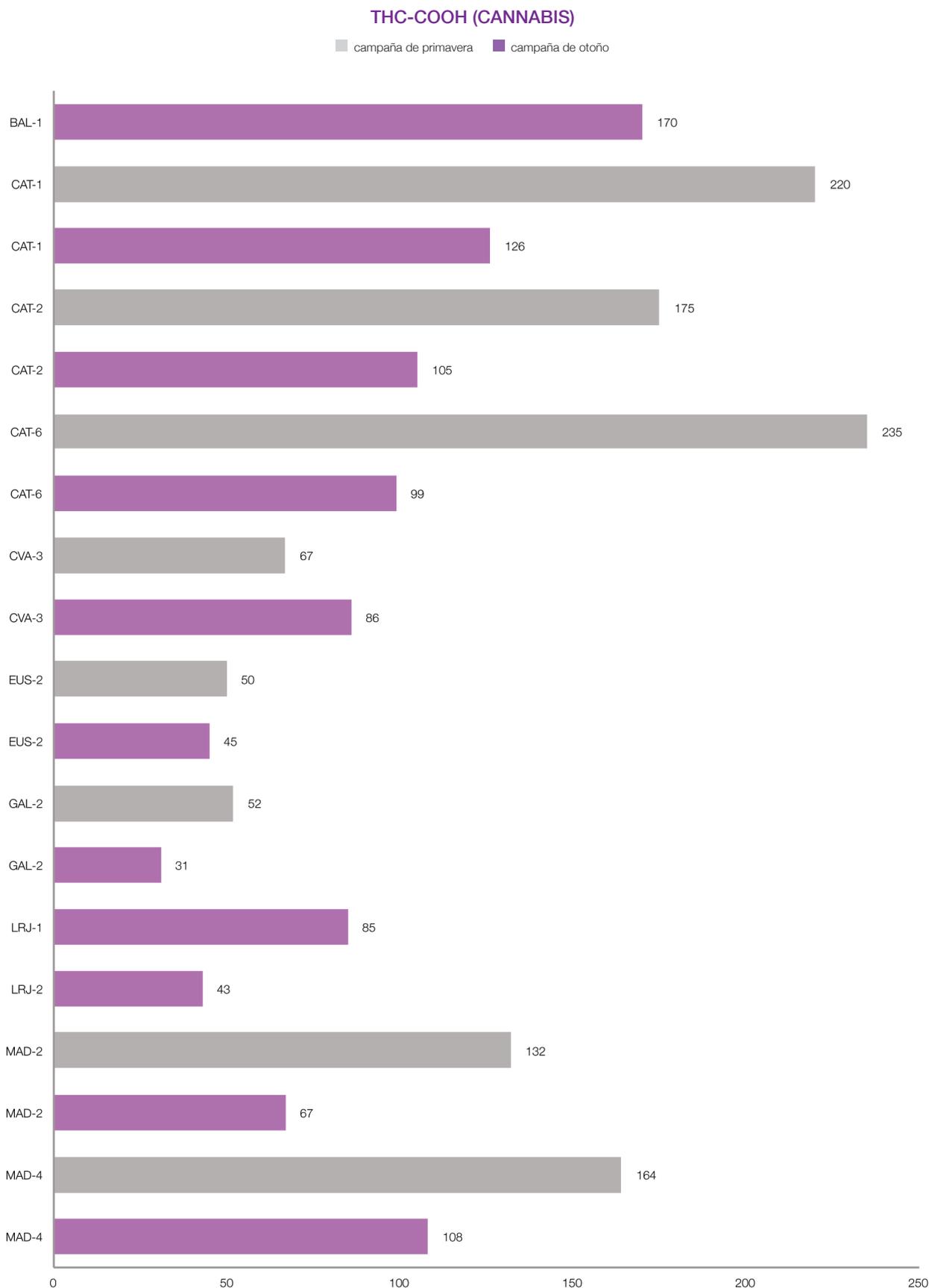
La figura 3 presenta los valores de las medianas de THC-COOH (metabolito del THC, principal principio psicoactivo del cannabis). De manera similar al metabolito de la cocaína, el THC-COOH ha sido detectado en todas las EDAR y campañas en valores de la mediana que oscilan entre 31 y 235 mg/día y 1000 habitantes, siendo los MNDPs más altos los que corresponden a Cataluña y Baleares. Sin embargo, hay que destacar que en el último caso sólo se dispone de datos de la semana de otoño y cuyas muestras corresponden a

finales de septiembre, por lo que podrían aún estar influidas por la actividad turística en esta comunidad.

Si se comparasen los MNDPs con el estudio del EUDA, aproximadamente un tercio de las semanas estudiadas estarían entre los 20 países de mayor consumo, lo que pone de manifiesto nuevamente el alto uso de cannabis en nuestro país.

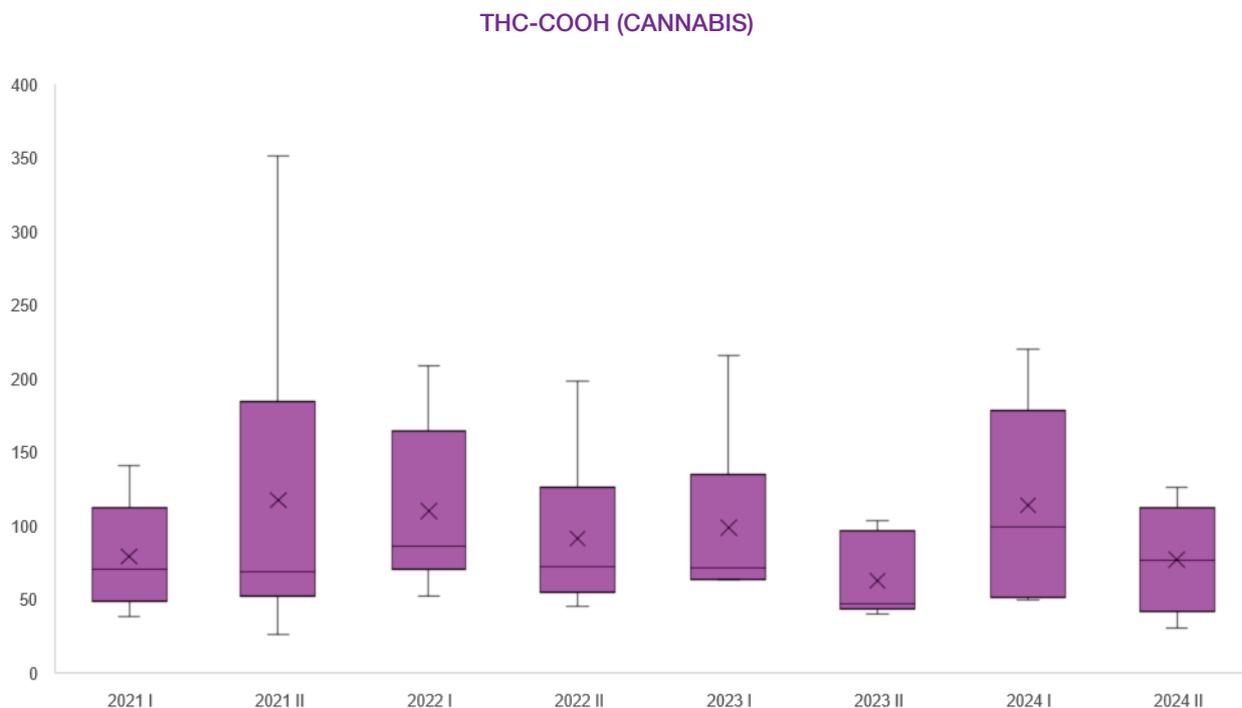
En cuanto a la tendencia en el período 2021-2024 (figura 4) se puede apreciar que las medianas son bastante variables.

Figura 3. Representación del valor de la mediana MNDPs de THC-COOH (metabolito del THC) presentes en las aguas residuales de las EDAR analizadas en 2024.



FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 4. Valores de las medianas de MNDPs de THC-COOH a lo largo de 2021-2024 en las 6 EDAR que fueron analizadas en todas las campañas.



I = campaña de primavera; II = campaña de otoño.

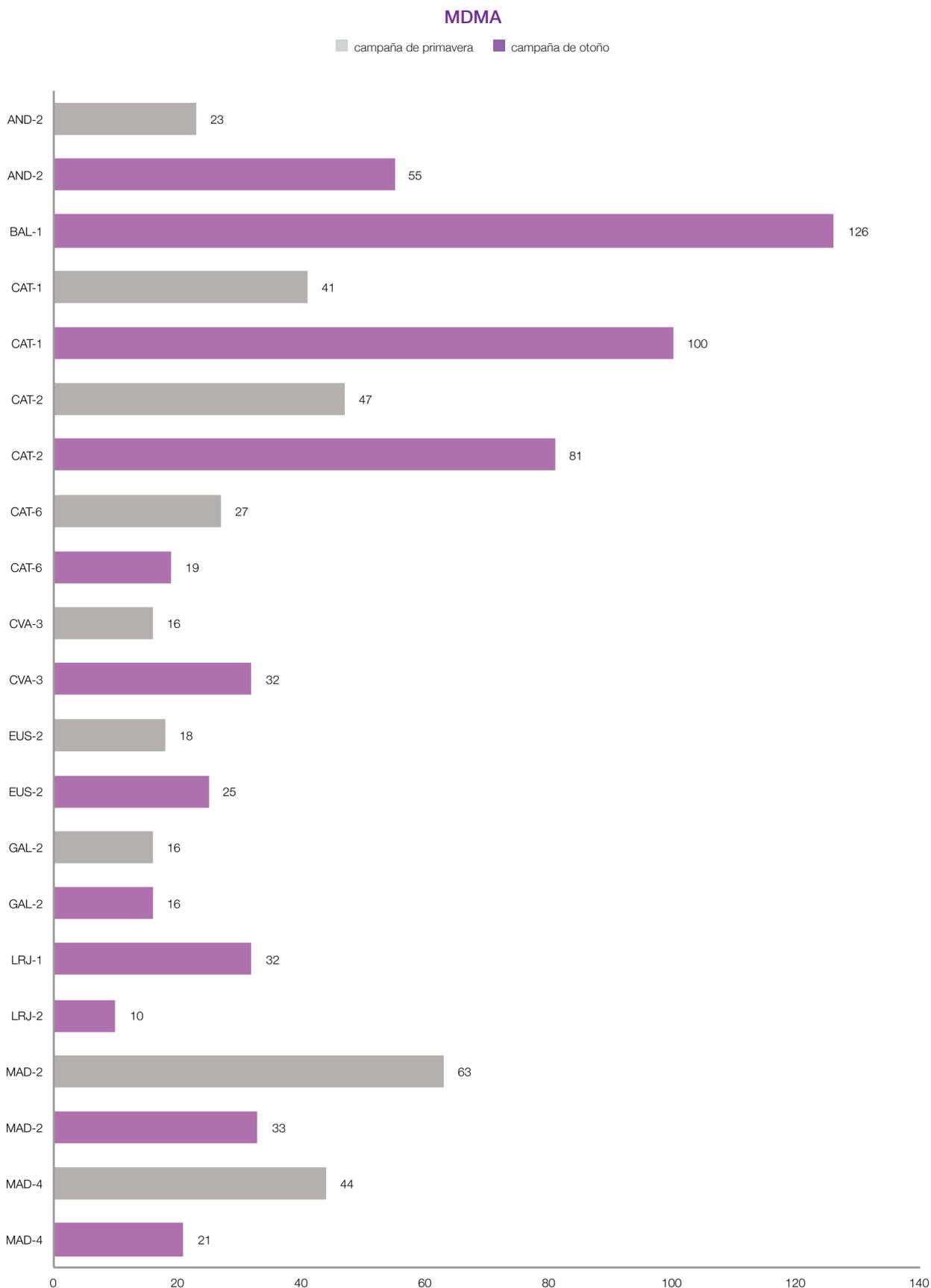
FUENTE: Red ESAR-Net.

3.4. Éxtasis (MDMA)

Como se aprecia en la figura 5, el MDMA se ha detectado también en todas las EDAR con los valores más altos correspondientes a otoño en Cataluña y Baleares. De manera similar a la benzoilecgonina (cocaína), los residuos de MDMA que superarían el umbral de los 20 países de mayor consumo del estudio de EUDA sería de algo más del 50% de las campañas. De nuevo esto pone de manifiesto que el uso de MDMA en España es elevado.

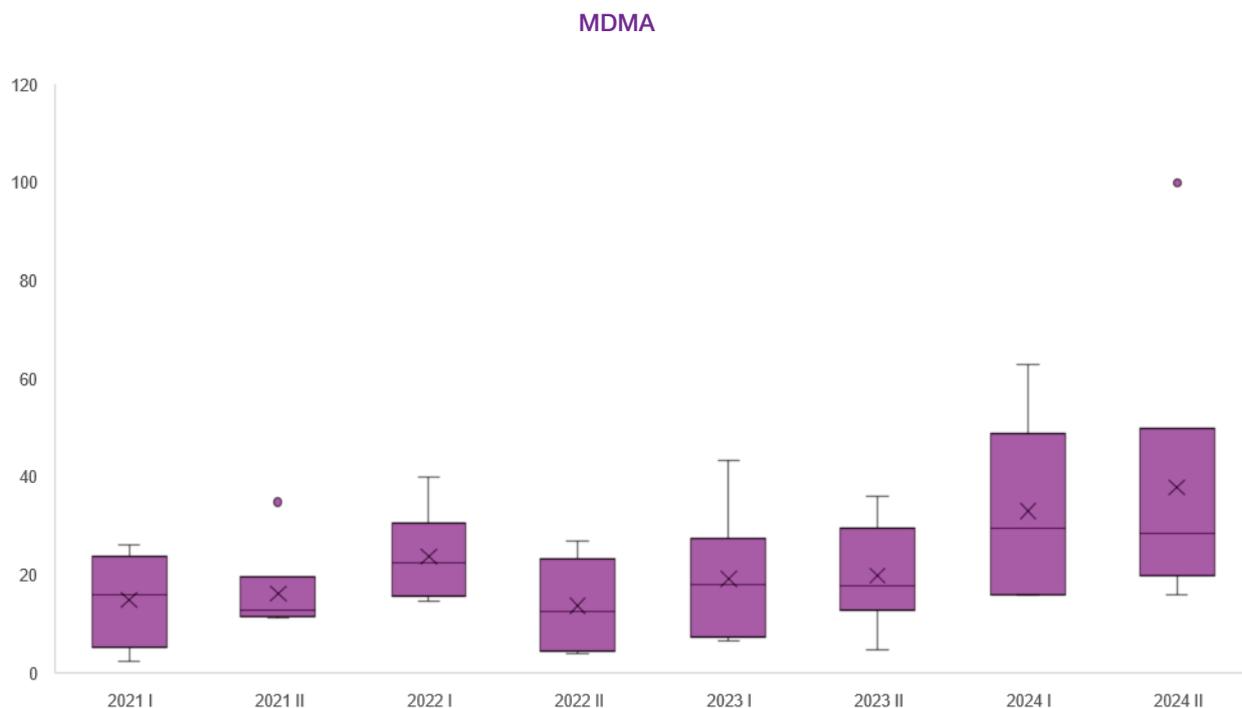
Si se evalúa la evolución de su consumo en los últimos 4 años (figura 6) parece observarse un claro aumento de los residuos de MDMA en las aguas residuales en ambas campañas de 2024, donde la mediana global de MNDPs se sitúa próxima a los 30 mg/día y 1000 habitantes, mientras que los 3 años anteriores se situaba entre 13 y 22 mg/día y 1000 habitantes, en las 6 EDAR para las que existen datos en las 8 campañas.

Figura 5. Representación del valor de la mediana MNDPs de MDMA presentes en las aguas residuales de las EDAR analizadas en 2024.



FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 6. Valores de las medianas de MNDPs de MDMA a lo largo de 2021-2024 en las 6 EDAR que fueron analizadas en todas las campañas.



I = campaña de primavera; II = campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

3.5. Anfetamina (speed)

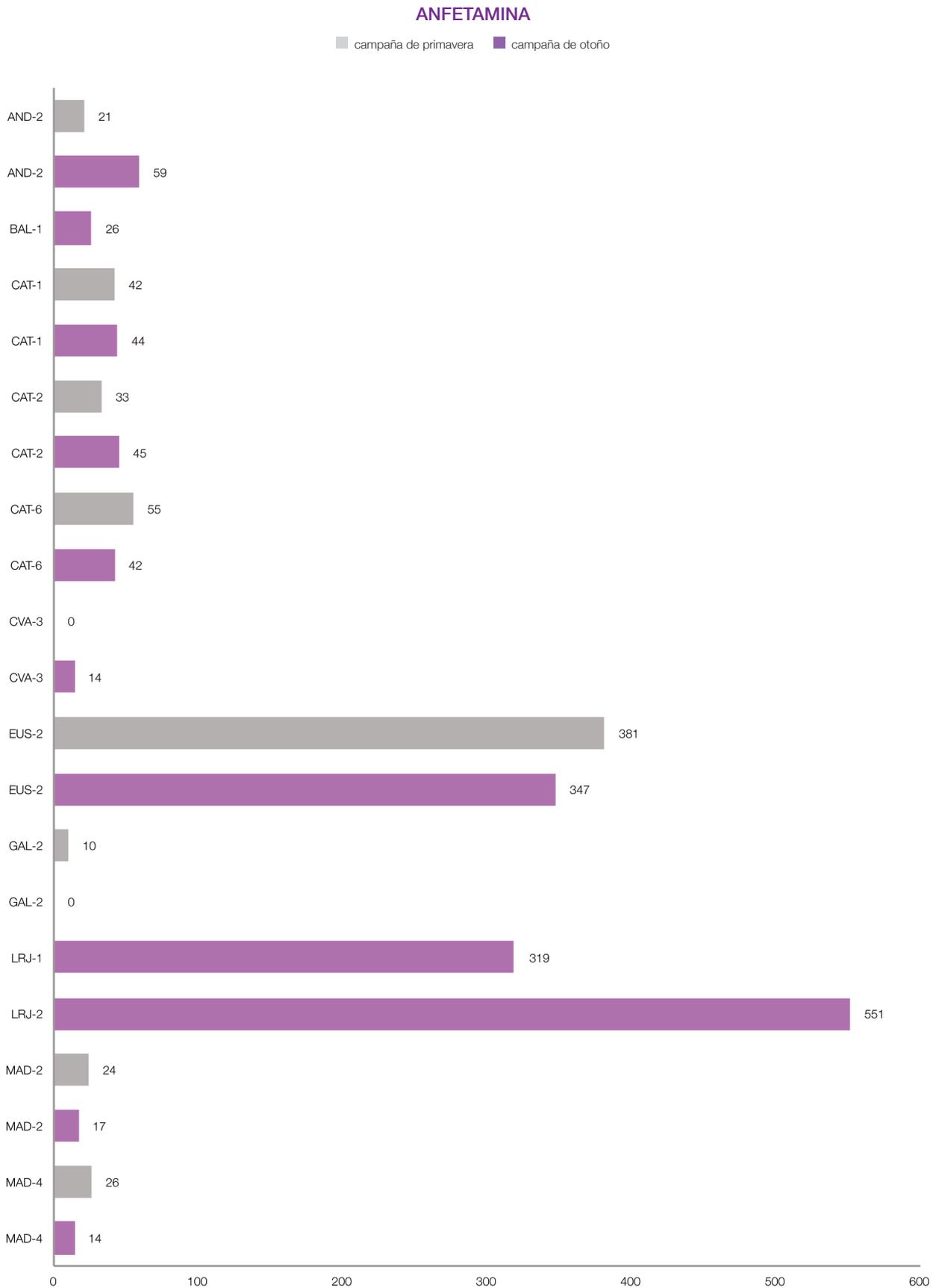
Ya se había visto cómo la anfetamina (popularmente conocida como "speed") tenía un nicho de uso ilícito en el País Vasco. Sin embargo, como puede apreciarse en la figura 7, la inclusión de muestras por primera vez de La Rioja indica que este perfil está extendido a esta comunidad autónoma. Dicho perfil podría darse también en otras CCAA limítrofes, por lo que sería interesante incluir dichas CCAA en el futuro.

Cuando se contrastan estos datos con los de EUDA mencionados anteriormente, las EDAR del País Vasco y La Rioja se situarían entre las 10 de mayores valores de MNDPs a nivel mundial, mientras que, por el contrario, los MNDPs en el resto de EDAR estarían claramente por debajo del umbral de los 20 países de mayor consumo que marcó en 2024

Helsinki (Finlandia) con 185 mg/día y 1000 habitantes. Además, como se mencionó en los informes de años anteriores, parte de los residuos de anfetamina donde estos valores son tan bajos pueden tener una contribución relevante debida a la prescripción de lisdexanfetamina (fármaco para el tratamiento de TDAH).

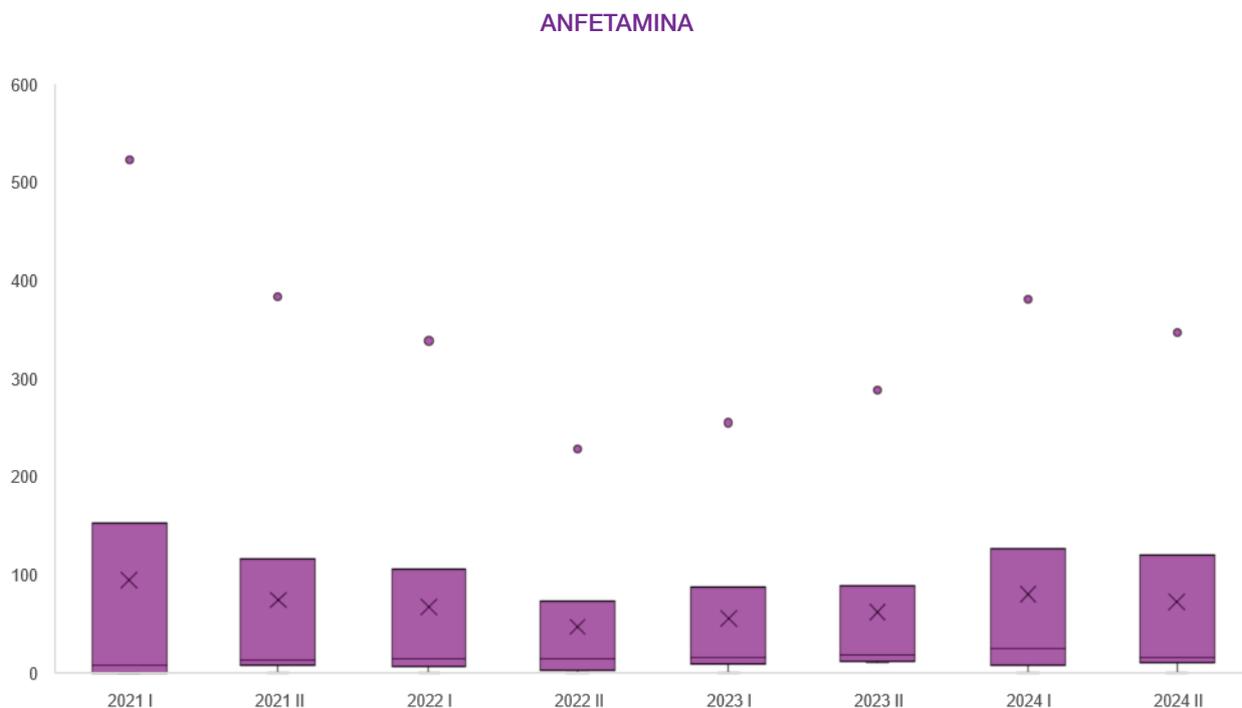
En cuanto a la evolución representada en la figura 8, habría que diferenciar el valor extremo de la figura en cada año, que corresponde a la EDAR EUS-2, donde se observa una disminución en el período 2021-2022, que podría estar repuntando ligeramente en los últimos 2 años. En el resto de EDAR el uso de anfetamina se mantiene estable a niveles muy bajos (medianas globales de MNDPs <25 mg/día y 1000 habitantes).

Figura 7. Representación del valor de la mediana MNDPs de anfetamina presentes en las aguas residuales de las EDAR analizadas en 2024.



FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 8. Valores de las medianas de MNDPs de anfetamina a lo largo de 2021-2024 en las 6 EDAR que fueron analizadas en todas las campañas.



I = campaña de primavera; II = campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

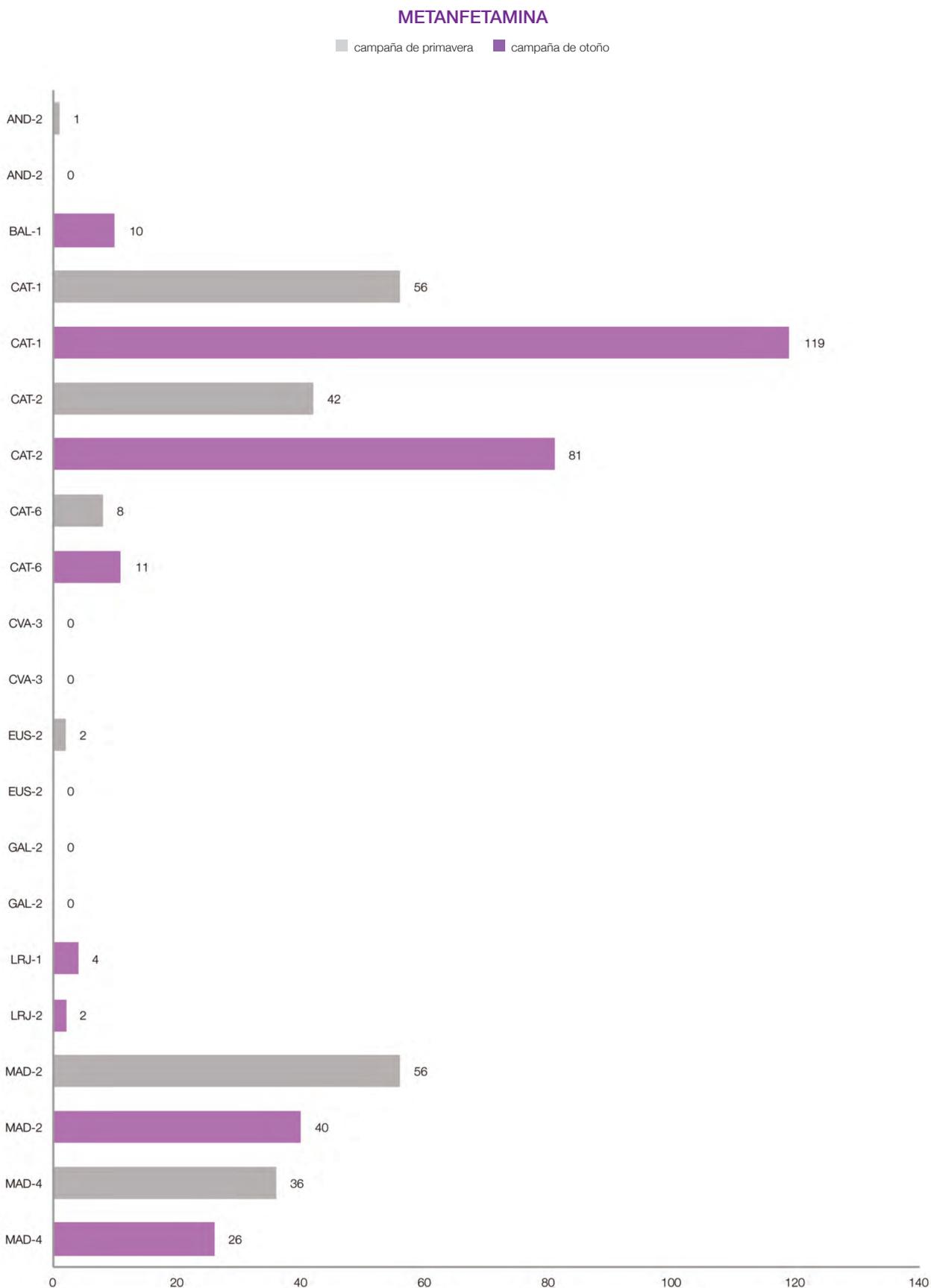
3.6. Metanfetamina

La metanfetamina presenta valores de MNDPs bajos en todas las EDAR, no siendo detectable en muchas de ellas (figura 9). Sin embargo, como ya se discutió en informes de años anteriores, existe un cierto nicho de uso en las áreas metropolitanas más pobladas de Cataluña. Este patrón podría estar relacionado con grupos de población específicos (por ejemplo, personas que practican chemsex, o ciertos grupos de personas provenientes de distintos países de Asia) más prevalentes en estas áreas. Aún en estas áreas

los residuos de MNDPs serían bajos si se comparan con los datos de EUDA a nivel mundial, donde el top-20 estaría marcado por los 175 mg/día y 1000 habitantes de Nüremberg (Alemania) en 2024. Esta sustancia es especialmente prevalente en cuanto a los residuos en agua residual en el Centro de Europa (Alemania del Este, República Checa y Eslovaquia), Oceanía y EEUU.

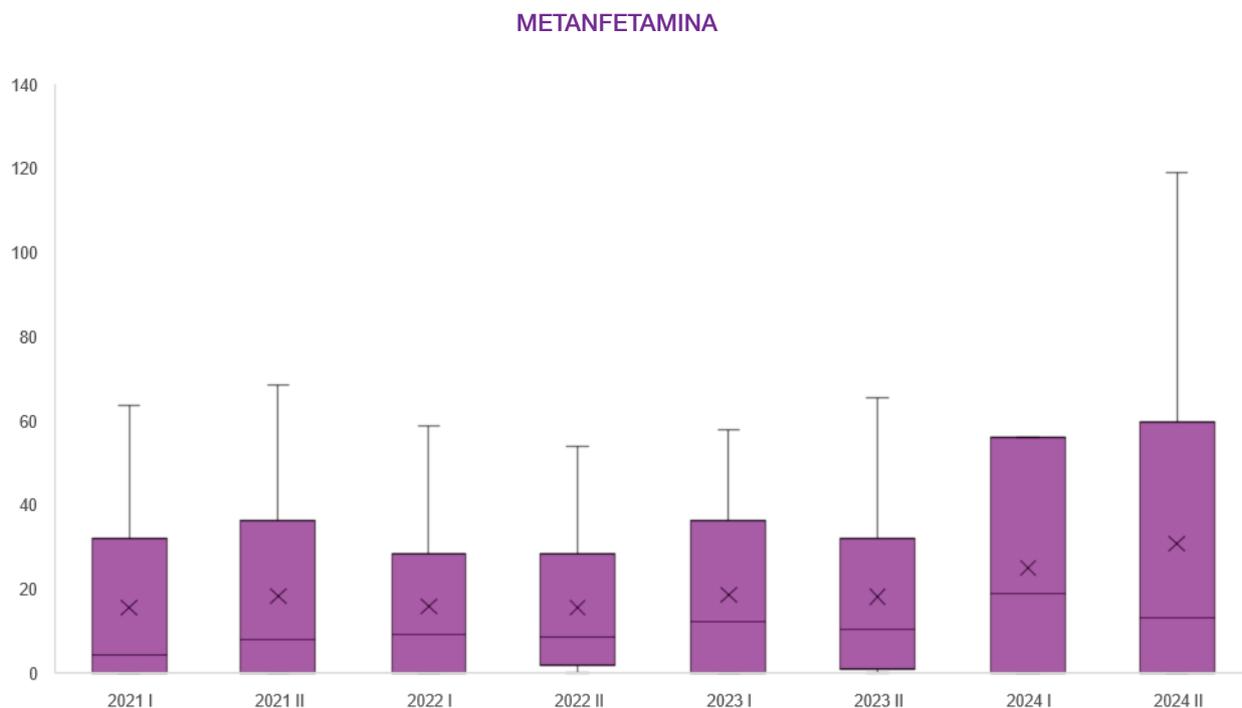
Con los bajos niveles presentes en agua residual no es fácil discernir un patrón temporal en los últimos 4 años (figura 10).

Figura 9. Representación del valor de la mediana MNDPs de metanfetamina presentes en las aguas residuales de las EDAR analizadas en 2024.



FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 10. Valores de las medianas de MNDPs de metanfetamina a lo largo de 2021-2024 en las 6 EDAR que fueron analizadas en todas las campañas.



I = campaña de primavera; II = campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

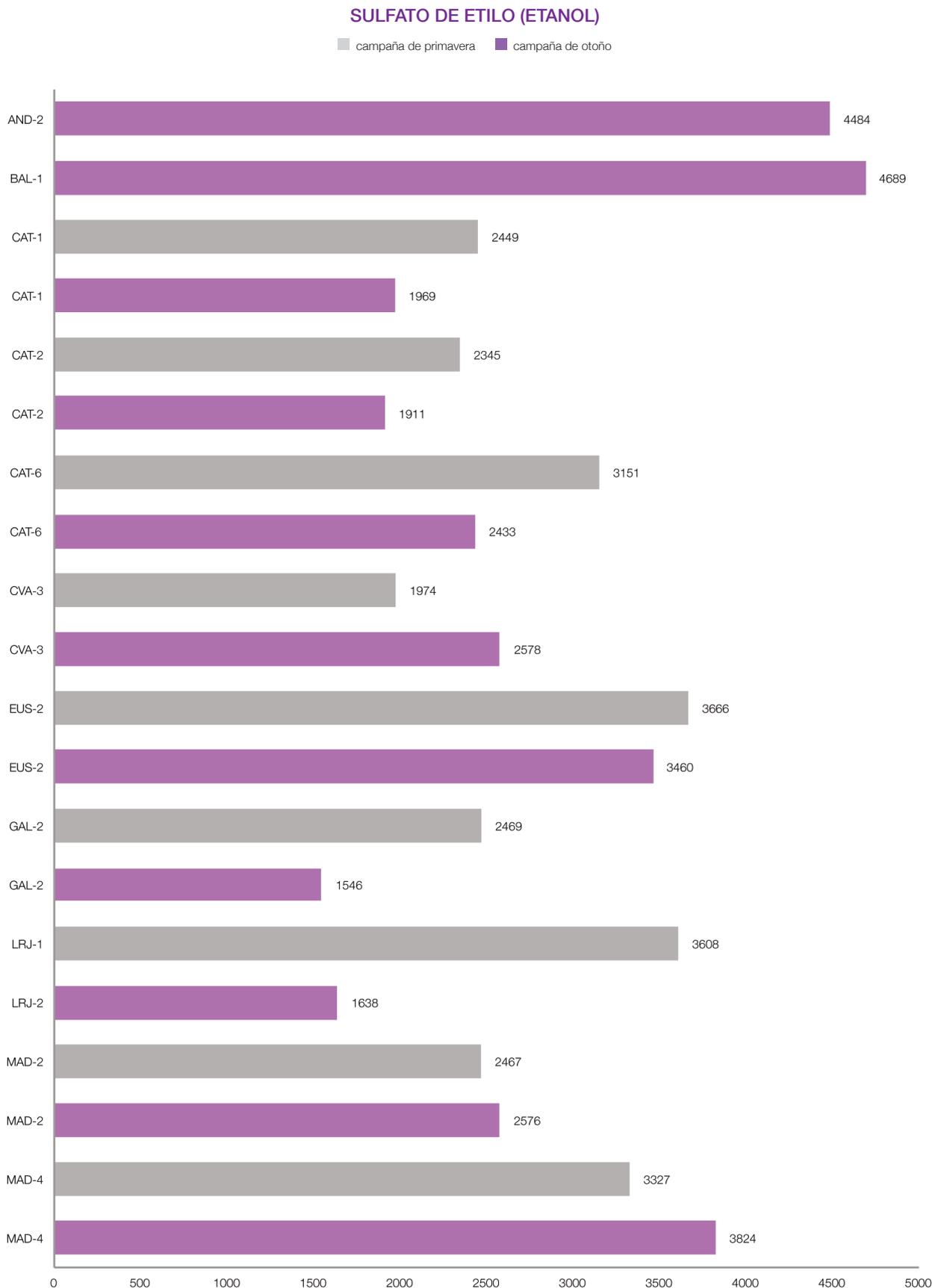
3.7. Etanol

Como se aprecia en la figura 11, al igual que pasa con las sustancias ilícitas más consumidas, los residuos normalizados de sulfato de etilo (metabolito del etanol estable en agua residual) son ubicuos y bastante homogéneos a lo largo de la geografía española, con valores de las medianas de MNDPs que oscilan entre aproximadamente 1600 y 4700

mg/día y 1000 habitantes. EUDA no proporciona datos para esta sustancia.

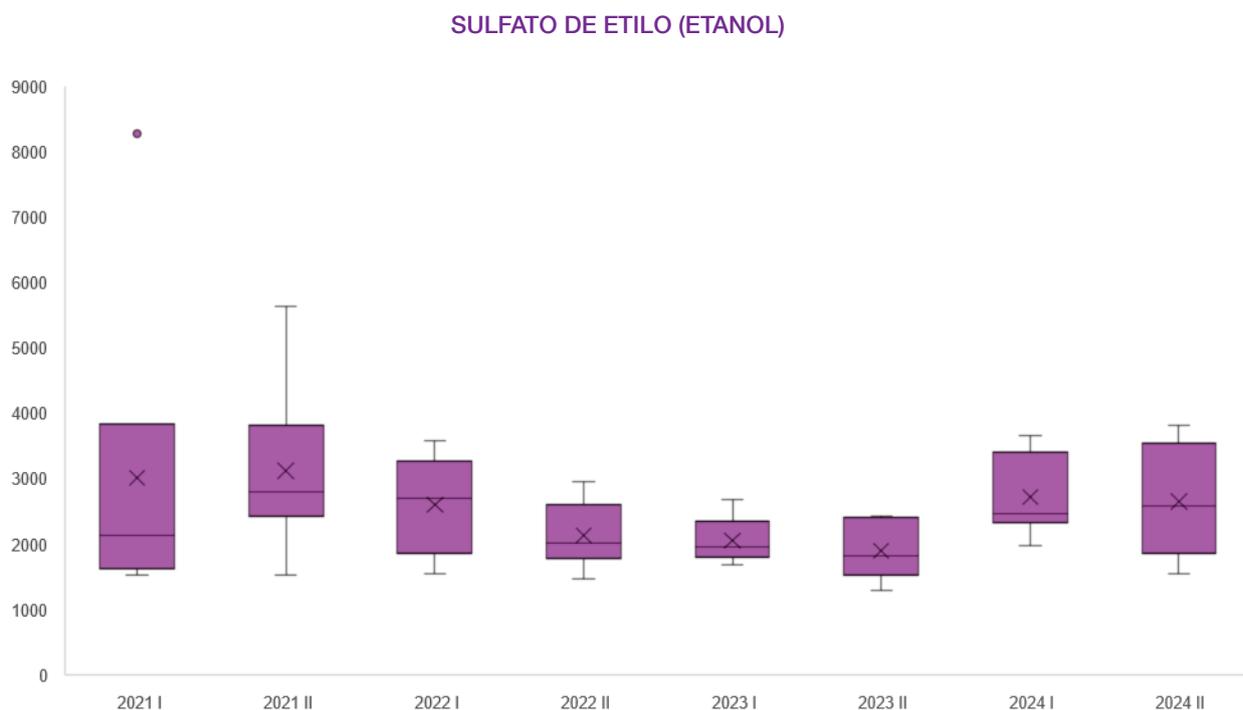
Si se observa el patrón temporal en 2021-2024 (figura 12), los residuos de sulfato de etilo parecen haber subido a lo largo de este último año en las 6 EDAR que disponen de datos para todas las campañas.

Figura 11. Representación del valor de la mediana MNDPs de sulfato de etilo (metabolito del etanol) presentes en las aguas residuales de las EDAR analizadas en 2024.



FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 12. Valores de las medianas de MNDPs de sulfato de etilo (metabolito del etanol) a lo largo de 2021-2024 en las 6 EDAR que fueron analizadas en todas las campañas.



I = campaña de primavera; II = campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

3.8. Ketamina

En los estudios realizados en los informes de los dos años anteriores sólo se disponía de datos puntuales de los fines de semana. Sin embargo, en este estudio hemos podido recabar datos de presencia de ketamina en las aguas residuales en un total de 12 EDAR correspondientes a 8 CCAA, aunque sólo en la campaña de otoño (figura 13).

Como puede apreciarse, los residuos MNDPs de esta sustancia (figura 13) son mucho más variables que los de MDMA o cocaína, aunque, al contrario que las anfetaminas, sí pudo detectarse en todas las EDAR. Si ponemos estos datos en el contexto europeo comparándolos con el estudio de EUDA, 7 de las 12 EDAR entrarían en el grupo de los 20 países de mayor consumo a nivel global. De todas maneras, hay que tener en cuenta que la ketamina tiene un uso terapéutico en España como anestésico y como antidepresivo,

y que el estudio de EUDA para la ketamina es menos exhaustivo que para otras sustancias.

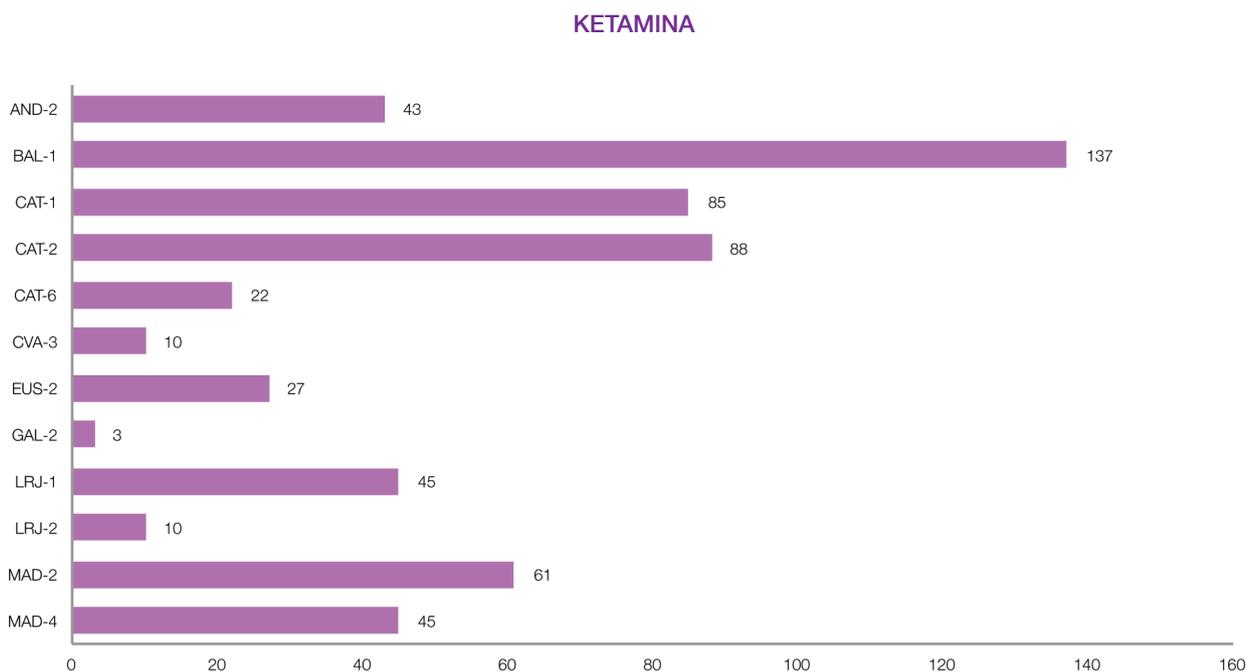
Dado que no se dispone de datos históricos con la misma metodología no se puede evaluar su evolución.

3.9. Opioides

Como se ha mencionado anteriormente, en otoño de 2024 se introduce por primera vez la determinación de 4 opioides con uso terapéutico, pero susceptibles de ser adictivos y de uso ilícito. En particular, en el caso de la morfina, este compuesto está también relacionado con el uso de heroína.

En las figuras 14 a 16 se presentan los MNDPs para EDDP (metabolito de la metadona), morfina y tramadol. No se ha producido un gráfico para el fentanilo, ya que como se explicó en el apartado 2.3, sólo fue detectado a niveles muy bajos en 2 EDAR.

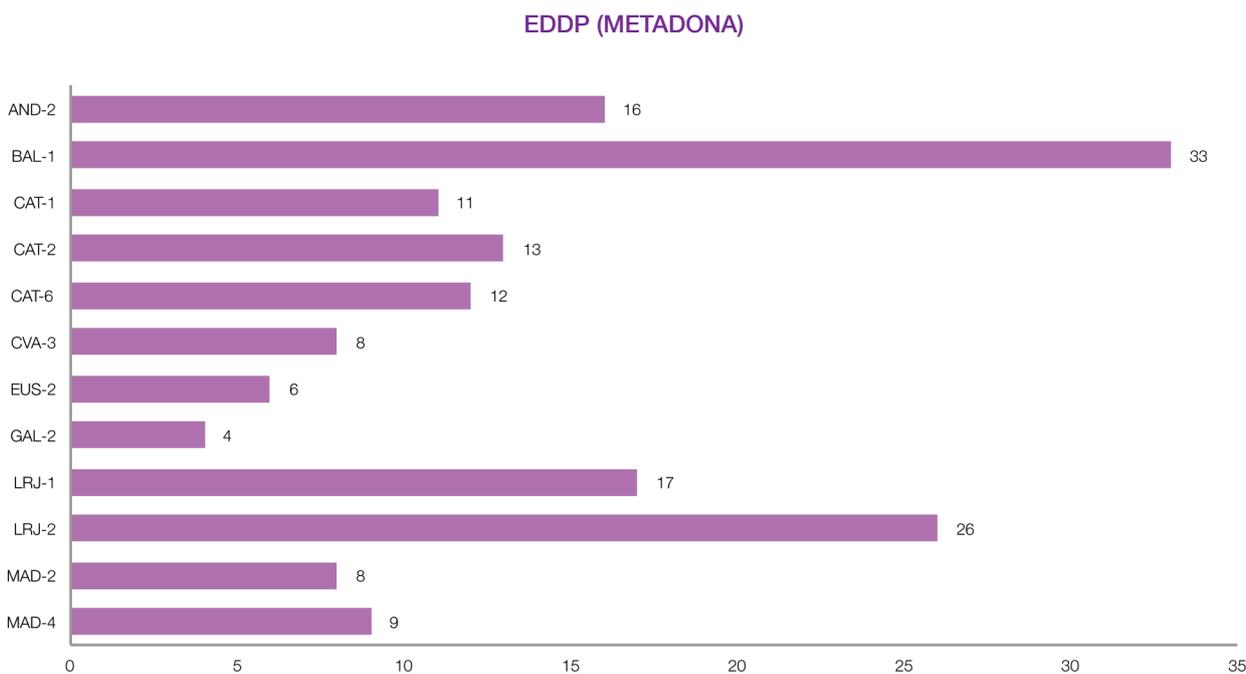
Figura 13. Representación del valor de la mediana MNDPs de ketamina presentes en las aguas residuales de las EDAR analizadas en 2024.



NOTA: sólo analizado en la campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

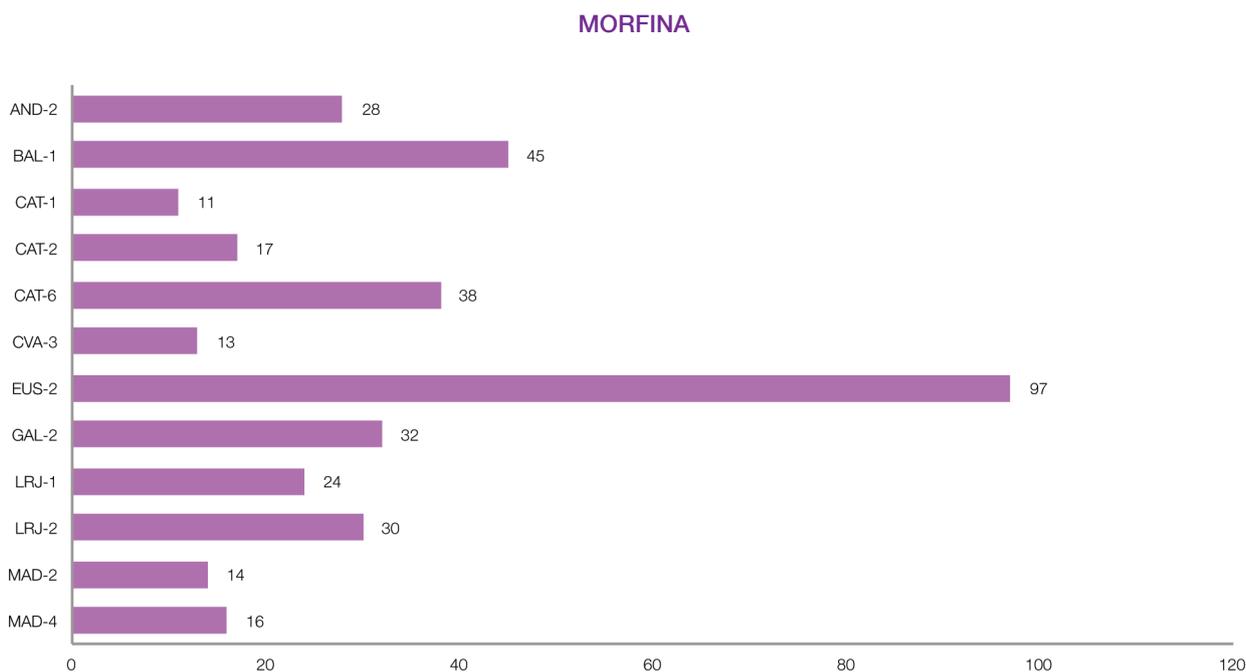
Figura 14. Representación del valor de la mediana MNDPs de EDDP (metabolito de la metadona) presentes en las aguas residuales de las EDAR analizadas en 2024.



NOTA: sólo analizado en la campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

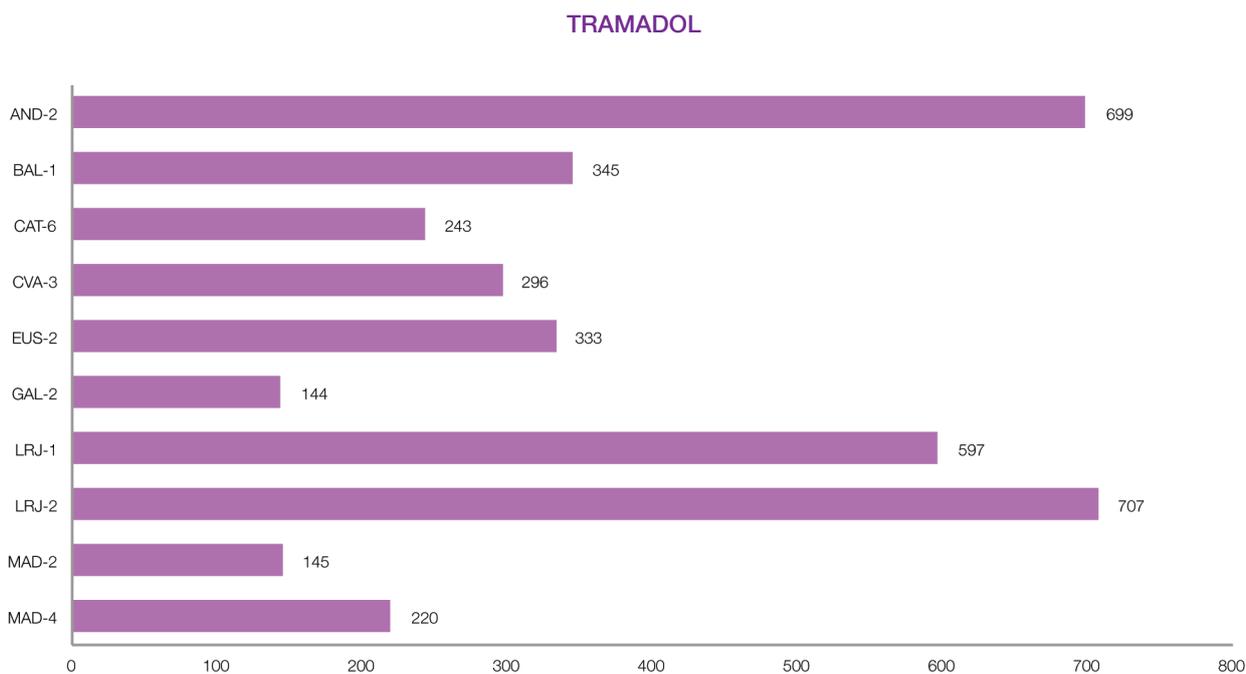
Figura 15. Representación del valor de la mediana MNDPs de morfina presentes en las aguas residuales de las EDAR analizadas en 2024.



NOTA: sólo analizado en la campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

Figura 16. Representación del valor de la mediana MNDPs de tramadol presentes en las aguas residuales de las EDAR analizadas en 2024.



NOTA: sólo analizado en la campaña de otoño.

FUENTE: Red ESAR-Net.

5.2

Análisis de residuos en jeringas obtenidas de muestras de conveniencia, 2024

Autores: Carlos Pernas-Fraguela^{1,2}, Andrea Estévez-Danta^{1,2}, Rosario Rodil^{1,2}, Ruth Olmos³, Unax Lertxundi⁴, María Gabriela Barbaglia^{5,2}, Amaia Garrido^{5,2}, Manuel Isorna^{6,2}, Joan Mestre^{7,2}, Marta Torrens^{6,2}, José Benito Quintana^{1,2}, Rosa Montes^{1,2,8}

El análisis de residuos de jeringas como herramienta para obtener información del consumo de drogas por vía intravenosa comenzó a utilizarse en 2015, a partir de la metodología propuesta por Tomás Néfau y colaboradores⁹. En línea con esta primera propuesta, la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA; anteriormente EMCDDA) impulsó en 2017 el proyecto ESCAPE (European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise). El objetivo de esta iniciativa conjunta consiste en identificar las sustancias consumidas por vía parenteral en diferentes países de Europa y de la cuenca mediterránea, como Líbano y Túnez.

El consumo de drogas por vía parenteral tuvo su auge en las décadas de los ochenta y noventa, aumentando de manera significativa simultáneamente la incidencia de diversas

infecciones de transmisión sexual como el VIH. Esto vino provocado, en gran parte, por el desconocimiento existente en la población sobre los riesgos y consecuencias de este tipo de prácticas. Con el aumento de la investigación e información ofrecida y la implementación de programas de reducción de daños, tratamiento y de rehabilitación se redujo notablemente el número de consumidores y de infecciones. Las estimaciones de 2023 de consumo de sustancias por vía intravenosa en Europa eran de unas 500.000 personas¹⁰. Para mayor seguridad de consumo (y en línea con lo desarrollado a finales de los noventa) hay organizaciones que, dentro de los programas de reducción de daños, presentan programas de intercambio de jeringas; de este modo, se les facilita a los usuarios que lo deseen jeringas nuevas y estériles. Es en estos puntos de intercambio, o en salas de con-

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. Los autores agradecen la financiación conseguida a través de diferentes convocatorias: la convocatoria de ayudas para el desarrollo de proyectos de investigación sobre adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Ref. 20221003; la red RIAPAD (<https://riapad.es/>, ref RD24/0003/0020) a través de la convocatoria de redes RICORS del Instituto de Salud Carlos III – Fondos FEDER; el Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes (FPU23/01870) y la Xunta de Galicia (ED481B-2025/042). Además debemos agradecer la colaboración de las personas usuarias y del personal perteneciente a todas las entidades que han participado en el muestreo: 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, Metzineres, Sidálava, Bizkaisida, Gizakia, Bizkaisida, ACLAD Coruña, Médicos del Mundo Galicia, Fundación Érguete, UMAD Santiago de Compostela.

9. Néfau, T., Charpentier, E., Elyasmino, N., Duplessy-Garson, C., Levi, Y., & Karolak, S. (2015). Drug analysis of residual content of used syringes: a new approach for improving knowledge of injected drugs and drug user practices. *International Journal of Drug Policy*, 26(4), 412-419.

10. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025/injecting-drug-use_en

sumo, donde pueden recogerse jeringas (previo consentimiento informado de los usuarios) en contenedores apropiados para su posterior análisis que permita conocer las sustancias que actualmente se están consumiendo en el territorio nacional.

Esta técnica resulta especialmente valiosa, ya que puede ayudar a detectar la aparición de nuevas sustancias psicoactivas (las denominadas NPS) como los nitazenos (con crisis notificadas en Irlanda¹¹) o el propio fentanilo antes de su incautación policial, la notificación por parte de servicios de urgencias o declaración en encuestas. Las sustancias autoinformadas por los consumidores en encuestas son la fuente tradicional de información para orientar las políticas de salud pública, pero presentan dos problemas fundamentales: el primero, la baja prevalencia del consumo de algunas sustancias puede hacer que no queden reflejadas si los usuarios no participan en el estudio. Por otro lado, está el sesgo de respuesta introducido por la propia persona consumidora, que puede desconocer la pureza o composición real de las sustancias que ha utilizado. Esto provoca que los resultados no sean del todo objetivos. A los previamente citados se pueden sumar otros problemas, como por ejemplo el tiempo necesario para el procesado de los datos. Estas limitaciones pueden solventarse con el análisis químico (comúnmente conocido por su nombre en inglés, *drug checking*), ofrecido por organizaciones a nivel nacional como Energy Control, las cuales analizan muestras proporcionadas por los usuarios y les comunican la composición química exacta de las mismas. Sin embargo, muchos usuarios son todavía reticentes a la utilización de este tipo de servicios ya que implica proporcionar parte de la dosis con la consecuente repercusión económica.

Dentro del consumo por vía intravenosa, hay que mencionar también el *slamming*. Esta es una práctica dentro del *chemsex* en la que se produce el consumo parenteral de drogas (principalmente estimulantes, incluyendo varias NPS) con el objetivo de potenciar la libido y prolongar las prácticas sexuales¹². El *slamming* se da casi exclusivamente entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH), independientemente de la orientación sexual autodeclarada, tal y como se observó en diversos estudios^{13,14}. En este contexto, el aná-

lisis de residuos en jeringas es especialmente útil, dado el amplio abanico de NPS implicadas, muchas de ellas catinonas sintéticas con estructuras químicas similares y efectos análogos en el cuerpo humano. Además, la continua síntesis e introducción en el mercado de nuevas moléculas, para evitar así las restricciones legales existentes sobre las catinonas ya caracterizadas, hace imprescindible su constante monitorización.

1. MÉTODOS

Es en este marco en el que se desarrolló el proyecto SYDRES durante los años 2023 y 2024, financiado por el Plan Nacional sobre Drogas en la convocatoria del año 2022 (Ref. 20221003), con el objetivo de desarrollar una metodología analítica que permita monitorizar el consumo por vía intravenosa a lo largo de la geografía española. Tras la campaña de 2023 (cuyos resultados se presentaron ya en el Informe 2024), en 2024 se han procesado un total de 527 muestras, recogidas por diversas entidades y ONGs que se dedican al intercambio de jeringas. Las muestras de cuatro comunidades autónomas se recogieron en diferentes puntos de intercambio de Barcelona (102 muestras en cuatro puntos de muestreo), Madrid (94 muestras en 3 puntos, de las cuales 27 corresponden a un punto de atención específica a usuarios de *slamming*), Galicia (143 jeringas repartidas en 3 puntos de Marín, A Coruña y Vigo) y País Vasco (188 muestras de 4 puntos localizados en Bilbao y Vitoria-Gasteiz).

El procedimiento de análisis en su totalidad se realizó en la Universidad de Santiago de Compostela siguiendo el procedimiento de extracción con metanol descrito en el protocolo del ESCAPE¹⁵. Una vez preparadas, estas muestras se inyectaron en un sistema de cromatografía de líquidos acoplado a espectrometría de masas de alta resolución para su posterior análisis de sospechosos. Con el objetivo de identificar las posibles sustancias, se creó una librería que contenía los espectros de más de 200 compuestos (incluyendo drogas ilícitas, metabolitos o productos de degradación y algunas NPS) y se realizó la búsqueda sobre los cromatogramas obtenidos de cada jeringa; además, siempre que fue posible, se hizo la confirmación con un patrón analítico.

11. <https://www.independent.ie/regionals/dublin/dublin-news/hse-issues-red-alert-for-strong-synthetic-opioid-being-sold-as-heroin-in-dublin-and-cork/a455965391.html>

12. Santoro, P., Rodríguez, R., Morales, P., Morano, A., & Morán, M. (2020). One "chemsex" or many? Types of chemsex sessions among gay and other men who have sex with men in Madrid, Spain: findings from a qualitative study. *International Journal of Drug Policy*, 82, 102790.

13. Guerras, J. M., García de Olalla, P., Belza, M. J., de la Fuente, L., Palma, D., Del Romero, J., & Hoyos, J. (2021). Sexualized drug injection among men who have sex with men in Madrid and Barcelona as the first episode of drug injecting. *Harm reduction journal*, 18, 1-11.

14. Ballesteros López, J., Molina, R., Rodríguez Salgado, B., Martín Herrero, J. L., & Dolengevich Segal, H. (2016). Mefedrona y chemsex: Análisis descriptivo de una muestra de pacientes en Madrid.

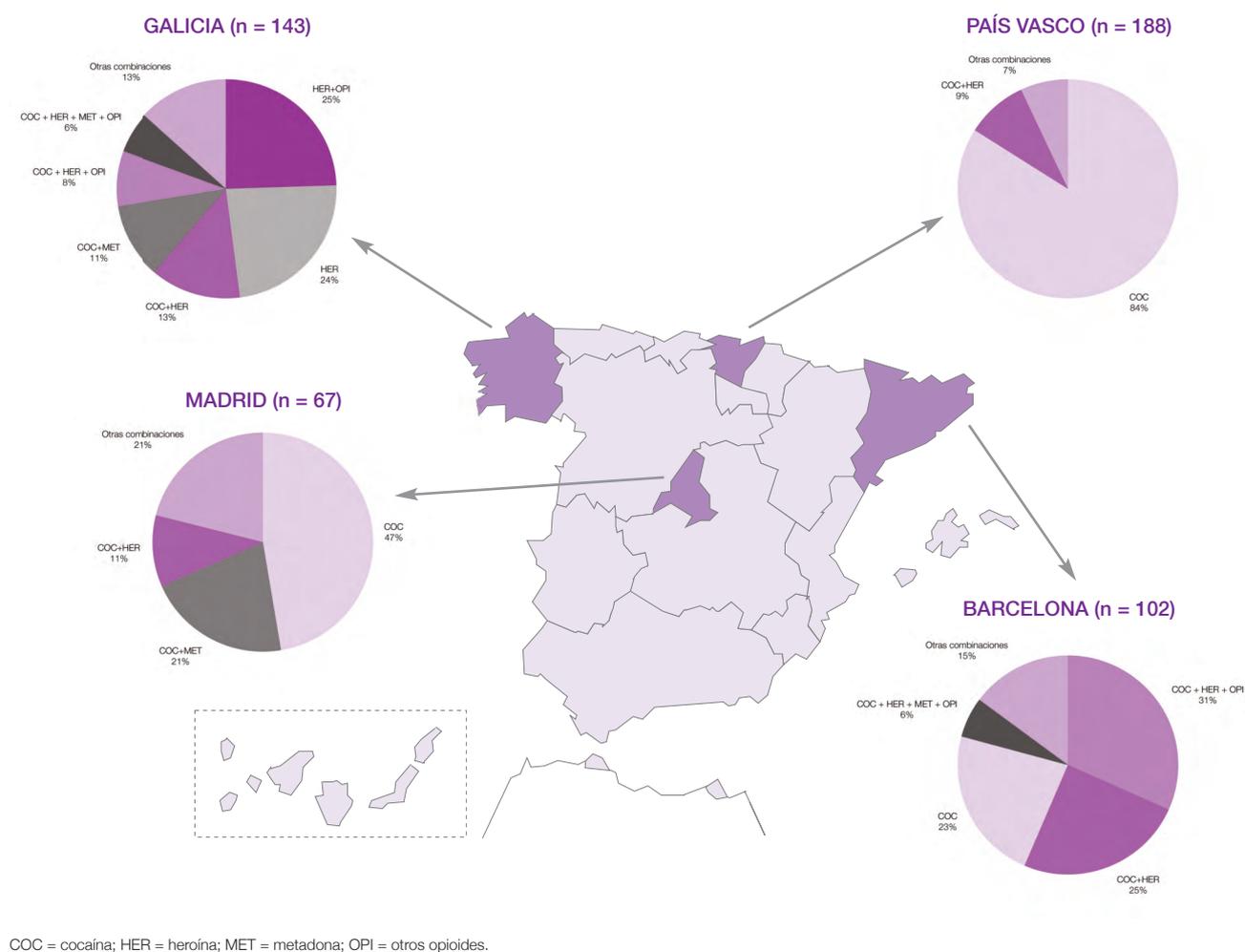
15. European Syringe Collection and Analysis Enterprise: Generic Protocol, EMCDDA (2021).

2. RESULTADOS EN JERINGAS OBTENIDAS DE USUARIOS DE DROGAS

Los resultados desglosados por región se muestran en la figura 1 donde se puede ver que el consumo de cocaína es mayoritario en **Madrid y País Vasco**, destacando en este último caso con más de un 80% de muestras que la contienen. En **Barcelona**, también destaca el consumo de cocaína, aunque en este caso suele aparecer en combinación con heroína y/o otros opioides, superando el 80% de los casos. La principal diferencia la presenta **Galicia**, donde la heroína es la sustancia mayoritaria, bien sea sola (23%), combinada con otros opioides (24%) y en menor medida con cocaína (13%). También resulta relevante la presencia de mezclas de cuatro o más sustancias en algunas mues-

tras, sobre todo en **Barcelona y Madrid**. Cabe destacar que durante esta campaña se detectó la presencia de fentanilo y alfentanilo por primera vez en España en una jeringa recogida en uno de los puntos de muestreo de Madrid, lo que parece un consumo puntual y tendrá que confirmarse la posible entrada de esta sustancia de manera más consistente en futuras campañas. Con respecto a los resultados de la campaña de 2023 ya presentados en el Informe de 2024, se puede constatar esta predominancia del consumo de heroína en la región de **Galicia**; sin embargo, en la campaña actual de manera generalizada se ha observado un mayor número de jeringas que presentaban combinaciones de varias sustancias en todos los puntos, lo que puede apuntar a un descenso generalizado en la pureza de la sustancia principal.

Figura 1. Resultados (% de detección) de las sustancias identificadas en los 14 puntos de muestreo de residuos en jeringas obtenidas de muestras de conveniencia de Madrid, Barcelona, Galicia y País Vasco. España, 2024.

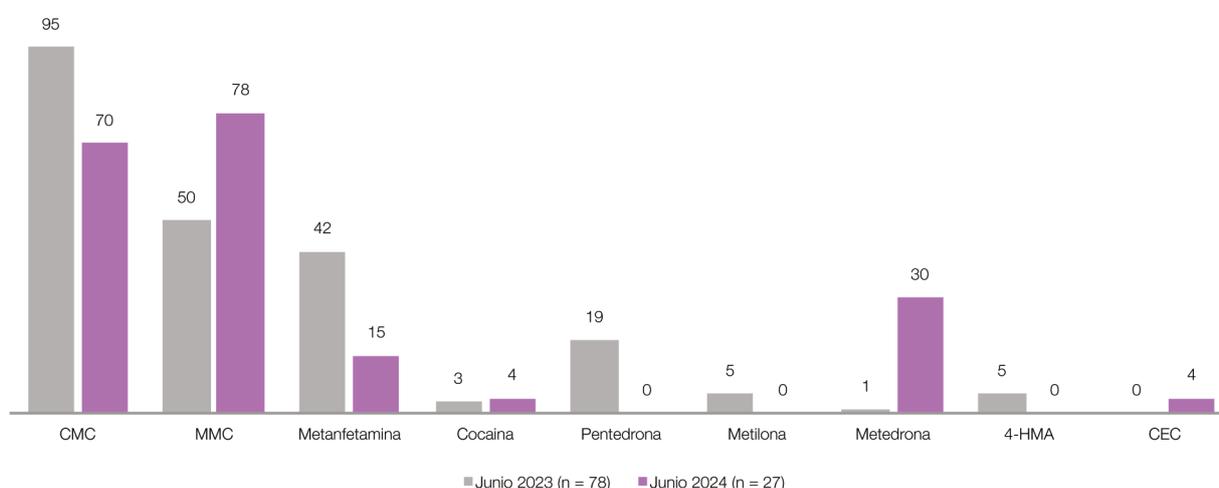


3. RESULTADOS EN JERINGAS OBTENIDAS DE USUARIOS DE CHEMSEX QUE PRACTICAN SLAMMING

En cuanto a las prácticas de *slamming* (27 muestras de Madrid), todas presentaban al menos una sustancia del grupo de las catinonas. En 22 muestras se identificaron únicamente catinonas, 2-metilmetcatinona y 3-clorometilcatinona (2-MMC y 3-CMC). En 4 jeringas se encontraron catinonas en combinación con metanfetamina; y en un caso en combinación con cocaína. En la figura 2 se muestran los resul-

tados obtenidos para este punto, comparados con los resultados obtenidos en el mismo punto de muestreo en el año 2023. Como se puede observar, las frecuencias de detección, así como las sustancias específicas inyectadas presentan variabilidad considerable, remarcando en este caso la volatilidad de las tendencias de consumo en este tipo de prácticas. Aunque las sustancias encontradas con mayor frecuencia siguen siendo CMC y MMC (aunque en diferentes formas isoméricas) podemos observar un incremento en la aparición de metedrona (metoxifedrina) y disminución de metanfetamina con respecto a la campaña de 2023.

Figura 2. Resultados obtenidos en las campañas de muestreo realizadas en los años 2023 y 2024 en jeringas de usuarios de chemsex que practican slamming. Madrid, 2023-2024.



Respecto a los **adulterantes**, se identificaron noscapina, acetaminofén, fenacetina, cafeína, papaverina y piracetam en más de 50 muestras; aunque en menor medida, también aparecen levamisol, procaína o lidocaína (entre otros). Es posible identificar un patrón regional de distribución de estos adulterantes. Como ejemplos, podemos destacar el piracetam y el dextrometorfano, sólo presentes en jeringas de Barcelona; o el acetaminofén y la papaverina con mayor presencia en Galicia que en el resto de las localizaciones.

Como se hizo con los datos correspondientes a la campaña del 2023, los resultados obtenidos para las ciudades de Madrid y Barcelona se han cargado en la base de datos de la

red ESCAPE¹⁶. Esta red, en su página web ha desarrollado un mapa interactivo a través del cual se podrán consultar los datos de sustancias identificadas y será posible observar las tendencias temporales de consumo que pueda haber en una determinada ciudad. También se podrán evaluar patrones geográficos de consumo. Esto último resulta muy interesante, pues los resultados españoles siguen un patrón similar al de otras ciudades de países de la cuenca mediterránea como Grecia, siendo cocaína y heroína las sustancias con mayor frecuencia de detección; esto contrasta con otras regiones, como los países bálticos, en donde hay una detección bastante elevada de anfetaminas y nitazenos¹⁷.

16. https://www.emcdda.europa.eu/publications/data-factsheet/syringe-residues-analysis-data-escape-project_en

17. https://www.euda.europa.eu/system/files/documents/2025-06/tai_systalde_uuring2024_210x297_eng_5.pdf