

INFORME 2020

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

**INDICADOR MORTALIDAD
POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS,
1983-2018**



MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA GENERAL
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. Noelia LLORENS. Fernando MÉNDEZ. Marta MOLINA. Eva SÁNCHEZ. Silvia TORTAJADA.

RESPONSABLES EN LAS COMUNIDADES/CIUDADES AUTÓNOMAS

Andalucía

Rosario BALLESTA
Izaskun BILBAO
Pedro Manuel SEJO

Aragón

Carmen BARANGUAN
Francisco Javier FALO
Laura JOSÉ

Asturias

José Antonio GONZÁLEZ
José Ramón HEVIA
Mario MARGOLLES

Baleares

Francisca BIBILONI
Rut SUÁREZ
Juana María VANRELL

Canarias

José Juan ALEMÁN
Nicolás AMADOR
Marcos GASPAS
Luz Marina MORENO
Nicolás PERDOMO
Ángel RODRÍGUEZ
María del Mar VELASCO

Cantabria

Mª Carmen DIEGO
Ángela HIGUERA
Paloma NAVAS
Antonia RUEDA

Castilla-La Mancha

Carlos ALONSO
Juan José CAMACHO
Carmen DE PEDRO

Castilla y León

Susana REDONDO
Ana SÁNCHEZ
Esperanza VÁZQUEZ
Alexander VELÁZQUEZ

Cataluña

Joan COLOM
Mercè GOTSSENS
Xavier MAJO
Regina MUÑOZ
Josep M. OLLÉ

Extremadura

Mercedes CORTÉS
Mª Pilar MORCILLO
José Antonio SANTOS

Galicia

Sara CERDEIRA
Mercedes LIJÓ
María TAJES
Sergio VEIGA
Raquel ZUBIZARRETA

Madrid

Carmen Yolanda FUENTES
Mª Angeles GUTIÉRREZ
Ana RUIZ

Murcia

Mónica BALLESTA
Mª Dolores CHIRLAQUE
Juan Francisco CORREA
Purificación ROS
José Carlos VICENTE

Navarra

Raquel GONZÁLEZ
Miguel MARTÍNEZ
Mª Ángeles NUIN

País Vasco

Elena ALDASORO
Juan José AURREKOETXEA
Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA

La Rioja

Cristina NUEZ
Enrique RAMALLE

Comunidad Valenciana

Inmaculada CLEMENTE
Ofelia GIMENO
Mª Jesús MATEU
Francesc J. VERDÚ

Ceuta

Miguel Ángel MANCILLA
Cleopatra R'KAINA

Melilla

Celia BUENO
Luisa Fernanda HERMOSO

AGRADECIMIENTOS

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

- Coordinadores de los departamentos autonómicos de drogas, los trabajadores de los sistemas de información sobre drogas en las Comunidades Autónomas; así como a todas las instituciones y personas que aportan rutinariamente información al sistema, en particular a los centros de tratamientos de drogas, los servicios de urgencia hospitalarios, los institutos de medicina legal, las unidades de tratamiento de Instituciones Penitenciarias, los laboratorios de toxicología y los centros educativos de enseñanzas secundarias.
- Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado. Ministerio del Interior.
- Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Hacienda.
- Ministerio de Educación y Formación Profesional y Departamentos de Educación de las Comunidades Autónomas.
- Integrantes del Sistema Español de Alerta Temprana, entre los que se incluyen el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado, el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, los Servicios de Aduanas e Impuestos Especiales, el Instituto de Toxicología del Ministerio de Defensa, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, el Centro del Control de Alertas y Emergencias Sanitarias, el Plan Nacional sobre Sida, el Centro Nacional de Epidemiología, responsables en las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas y Organizaciones No Gubernamentales, especialmente Energy Control, Ai Laket y Cruz Roja Española.

CONTACTO

Dirección: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plaza de España, 17 - 28008 Madrid
Teléfono: 91 822 00 00 - Fax: 91 822 61 08
Correo electrónico: cendocupnd@mscbs.es
Internet: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>

EDITA Y DISTRIBUYE

© MINISTERIO DE SANIDAD
Centro de Publicaciones

© SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 133-20-029-8

ÍNDICE

2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2018. Mortalidad relacionada con drogas	4
Introducción	4
Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)	5
Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas	15
Registro General de Mortalidad	16
Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad	18

2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2018. Mortalidad relacionada con drogas

Introducción

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es relevante porque es un reflejo importante del impacto social y sanitario del uso de dichas sustancias. Sin embargo, la recogida de información no es una tarea fácil pues las defunciones son, en ocasiones, difíciles de clasificar.

En los sistemas de información rutinarios y con una base geográfica amplia es complicado recoger información sobre las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas porque en estos casos la muerte suele ser el resultado de una compleja interacción de varios factores, entre ellos el consumo de drogas, siendo difícil identificar el más relevante, y porque en algunos tipos de muerte la presencia de estas sustancias no se investiga de forma sistemática. Una posibilidad es monitorizar sólo algunos tipos de muerte bien definidos para los que la relación entre el consumo de sustancias y la muerte pueda establecerse con una validez razonable (por ejemplo, en las muertes por reacción aguda tras el consumo de estas sustancias).

En España, tras la epidemia de consumo de heroína de finales de los setenta y principios de los ochenta, se desarrolló un sistema para recoger las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína a partir de fuentes forenses y toxicológicas, y que actualmente incluye otras sustancias. Un sistema de estas características tiene además la ventaja de que el diagnóstico de la causa de la muerte es establecido por un profesional especializado con herramientas adecuadas para realizarlo y de que existe, habitualmente, documentación escrita suficiente y accesible sobre el caso.

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)¹ notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones (EMCDDA)² y a la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (ONUDD)³ los datos de este indicador, lo que permite realizar comparaciones a nivel internacional.

España dispone, en la actualidad, fundamentalmente de dos fuentes de información que permiten recabar datos sobre mortalidad secundaria a consumo de drogas: el Registro Específico de Mortalidad por reacción a aguda a drogas (OEDA) y el Registro General de Mortalidad (INE)⁴.

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.

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

2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones (EMCDDA): <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (ONUDD) <https://www.unodc.org/unodc/es/index.html>

4. INE. Instituto Nacional de Estadística (INE): <http://www.ine.es/>

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

Metodología

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 y ciudades autónomas, que incluye también el Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y el Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

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

La fuente primaria de información procede de los Institutos Anatómicos Forenses, Médicos Forenses, Instituto Nacional de Toxicología e Institutos de Medicina Legal que notifican los datos a su comunidad autónoma y éstas envían la base de datos al Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).

Este indicador empezó a funcionar sistemáticamente en 1990, aunque se dispone de información parcial desde 1983. Se comenzó recogiendo información sobre defunciones por reacción aguda a opioides y cocaína, pero, actualmente, se notifican además otras muchas sustancias psicoactivas.

La cobertura poblacional a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2018 notificaron, por primera vez desde que se inició la recogida de este indicador, todas las CCAA. Y todas, a excepción de Aragón, la Comunidad Valenciana e Islas Canarias notificaron todos los partidos judiciales. Con lo que se estima que la cobertura de este indicador en 2018 es del 90,3% de la población española (85,5% en 2017).

Debido a que a lo largo de la serie histórica las comunidades/ciudades autónomas que declaran anualmente al Indicador Mortalidad no siempre son las mismas todos los años, se analizan dos series de datos: en la primera se incluyen los datos procedentes de las CCAA que declaran al indicador cada año y, en la segunda los datos de 6 ciudades españolas que declaran de manera constante, lo que aporta homogeneidad a los datos. Estas 6 ciudades se corresponden con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza.

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. La descripción detallada, así como la ficha de recogida de datos puede consultarse en la página web del Plan Nacional sobre Drogas⁵.

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 y permanece bastante estabilizada en los últimos años. No obstante, la globalización del fenómeno de las drogas y la rapidez de los cambios que se registran en cuanto a las sustancias consumidas y a los patrones de consumo en el ámbito internacional obligan a seguir muy de cerca la implementación del indicador y los resultados obtenidos.

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 comunidades/ciudades autónomas y por mejoras en el registro y/o modificaciones de los partidos judiciales que notifican

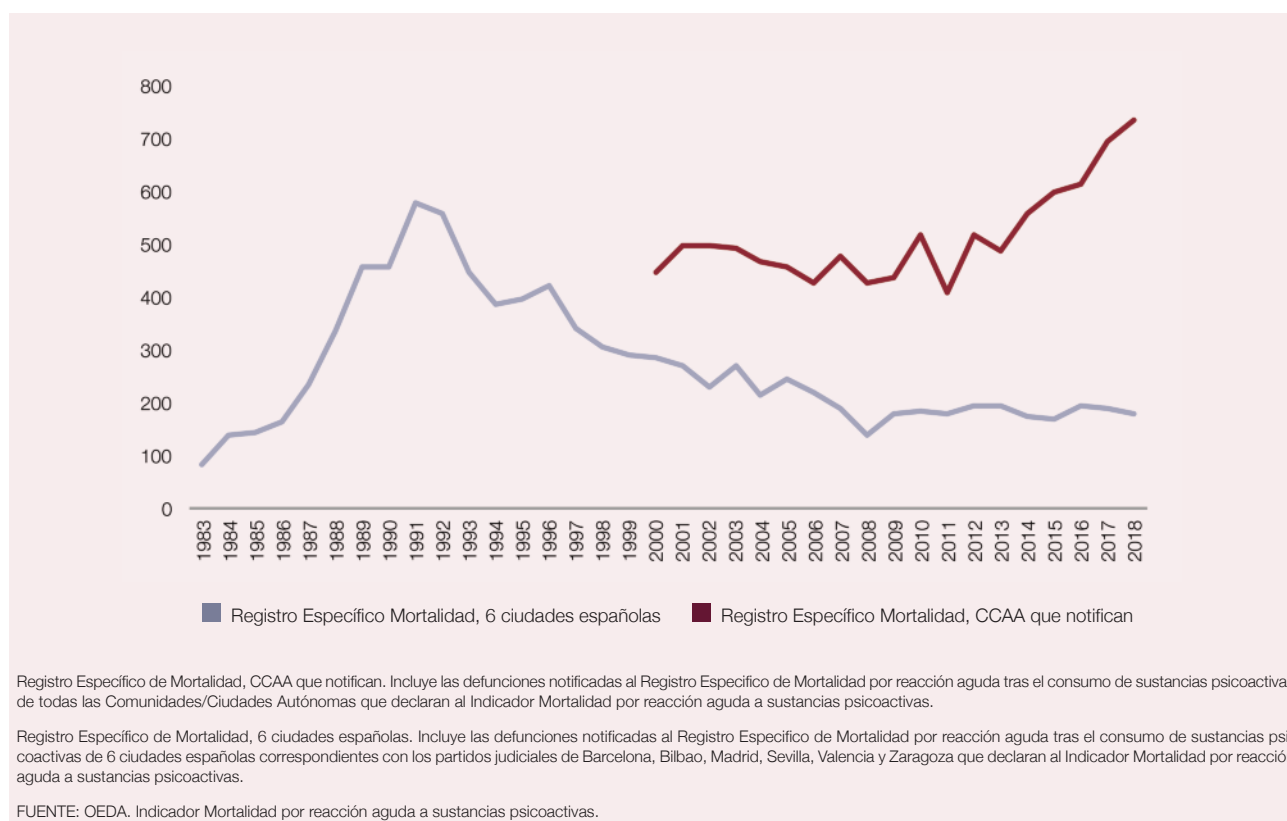
5. <http://www.pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

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.

El Indicador de Mortalidad de las 6 ciudades españolas incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza. La notificación de estas 6 ciudades constituyó el punto de partida de la notificación al Indicador de Mortalidad y no ha sufrido modificaciones relevantes, por lo que se dispone de información desde 1983. A partir de los resultados obtenidos, este indicador permite confirmar la tendencia estable de la mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas en España en los últimos 6 años (figura 2.3.1).

Figura 2.3.1.

Número de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2018.



En 2018, a nivel nacional, se notificaron 732 defunciones (de éstas en 657 se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de droga).

El 81,6% de los fallecidos fueron varones frente a un 18,4% de mujeres. La edad media de los fallecidos fue de 44,9 años, manteniéndose estable desde 2014. En 2018, al igual que venía ocurriendo en los últimos años, más de la mitad de los fallecidos superaron los 40 años (72,3%). En cuanto al estado civil, se mantuvo el predominio de las personas solteras (62,9%). En la mayoría de los cadáveres hubo evidencia de consumo reciente de drogas (80,4%) y el 11,3% de los fallecidos mostró signos de venopunción. En el 31% de los fallecidos, la muerte se debió a una patología previa agravada por el consumo de sustancias y la serología frente a VIH fue positiva en el 25,8% de los casos.

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que, en 2018, el perfil de las personas fallecidas por reacción aguda a sustancias psicoactivas es el de un hombre mayor de 44 años, soltero, que no fallece debido al agravamiento de patología previa en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, que ha consumido recientemente alguna sustancia pero que no muestra signos de venopunción, y en cuyo análisis toxicológico aparece más de una sustancia psicoactiva (preferentemente, hipnosedantes, cocaína y opioides). Este perfil se viene manteniendo estable en los últimos años (tabla 2.3.1).

Tabla 2.3.1.

Características de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 2003-2018.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Número de fallecidos	493	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613	696	732
Casos analizados	490	466	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518	501	632	657
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
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
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
Grupo de edad (años)																
15-19 años	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
20-24 años	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
25-29 años	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
30-34 años	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
35-39 años	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
40-44 años	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
≥45 años	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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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

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

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

La mayor parte de las defunciones (81,6%) no mostraron **evidencias de suicidio**, estabilizándose los fallecidos con evidencia de suicidio en los últimos 3 años. En 2018 se identificaron 117 casos con evidencia de suicidio, en su mayoría hombres (63,2%), mayores de 40 años (77,8%), solteros (46,7%), con evidencia de consumo reciente (91,7%), sin signos recientes de venopunción (92,1%) y que en el 80,2% no se consideró que la muerte fuera causada por una patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas. Las sustancias detectadas en estos casos fueron fundamentalmente hipnosedantes (presentes en el 66,7% de estos casos), opioides (32,5%) y alcohol (41,9%). El análisis pormenorizado de este grupo de fallecidos no ha mostrado diferencias en cuanto a sus características en relación con 2017, aunque se mantiene una vigilancia estrecha sobre los datos en fallecidos con este perfil.

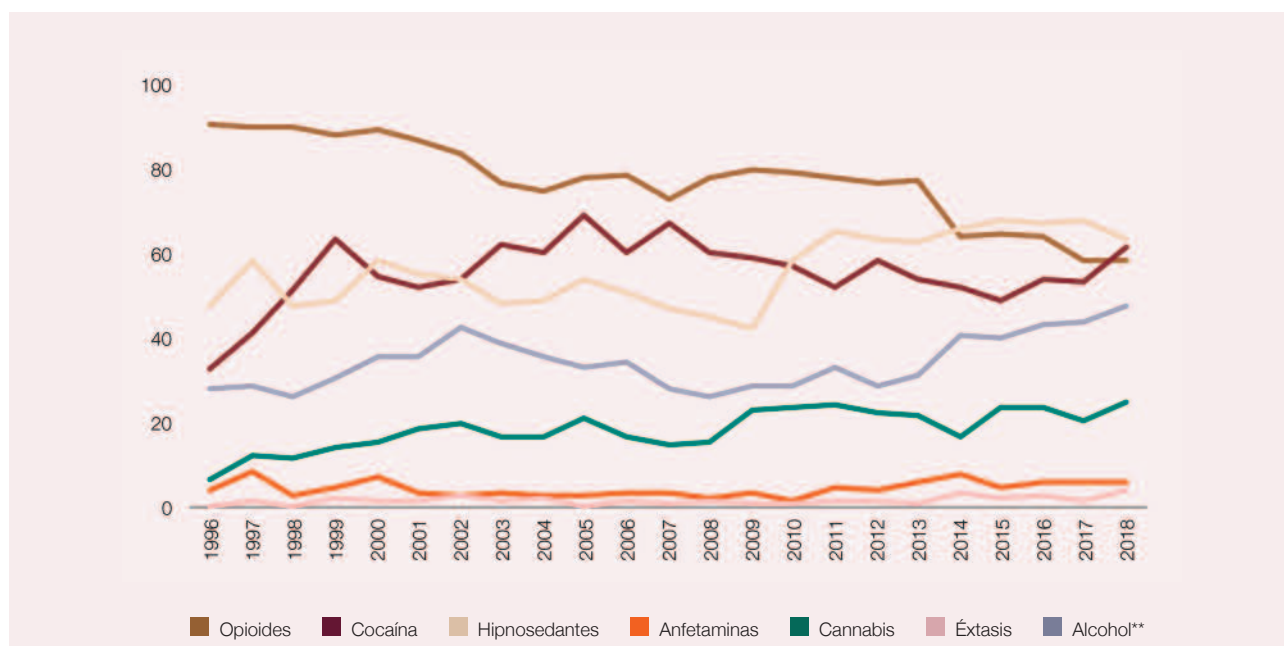
Los análisis del Indicador Mortalidad confirman que las **sustancias responsables de los fallecimientos** en 2018 son principalmente los hipnosedantes y la cocaína, seguidos de los opioides y el alcohol. En este punto se debe tener en cuenta, en primer lugar, que el alcohol sólo se registra cuando aparece junto con otra sustancia (tal y como se establece en el protocolo del indicador) y nunca cuando aparece como sustancia única. En segundo lugar, la mayoría de los fallecidos (90,1%) muestra más de una sustancia en su análisis toxicológico (592 casos de los 657 casos en los que se dispone de información toxicológica en 2018) y sólo en el 9,9% restante (65 casos en 2018) se identifica una sola sustancia toxicológica.

Evolutivamente, se observa una disminución de la presencia de hipnosedantes, que se detecta en el 63,2% de los fallecidos y un aumento de la cocaína que aparece en el 61,6% de los casos. Los opioides mantienen su presencia entre los fallecidos, detectándose en el 58,6% de los casos notificados. La presencia del alcohol entre los fallecidos aumenta en 2018, alcanzando su valor más alto desde el inicio de la serie histórica (47,5%). Por último, el cannabis se detecta en el 24,8% de los fallecidos mostrando una tendencia ascendente, siendo el valor más alto registrado de la serie histórica.

La siguiente figura 2.3.2 muestra los porcentajes de detección de cada sustancia respecto al total de fallecidos con información toxicológica, teniendo siempre en cuenta que es habitual detectar más de una sustancia/metabolito en las autopsias de los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas, por lo que la suma de los porcentajes es superior al 100%.

Figura 2.3.2.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 1996-2018.



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

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

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

Tabla 2.3.2.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 1996-2018.

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

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

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

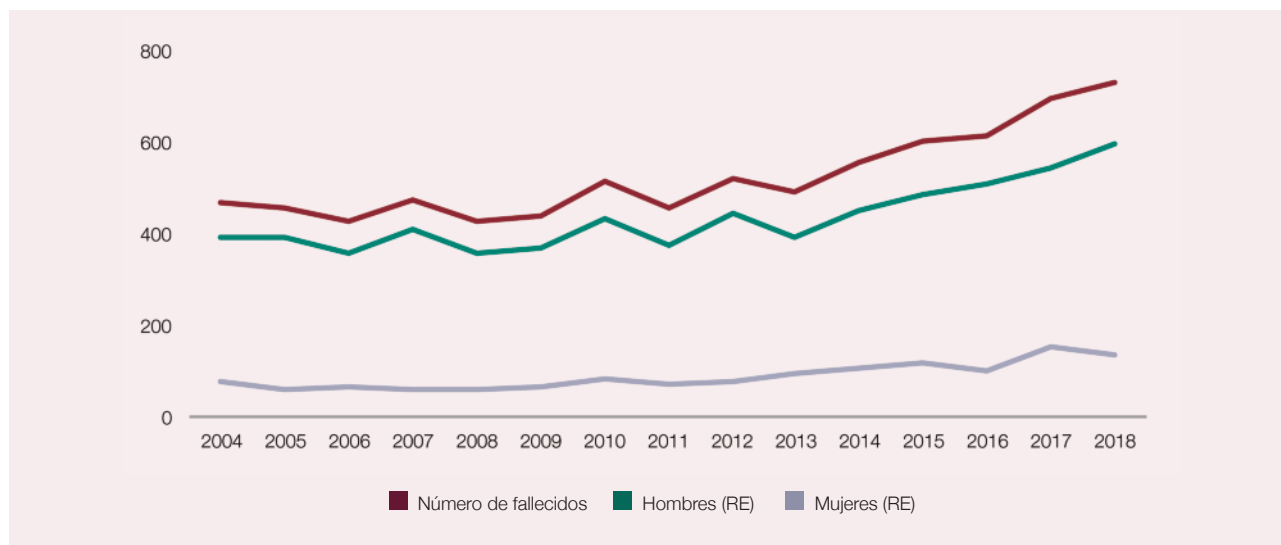
FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Información por sexo

A lo largo de la serie histórica los hombres suponen alrededor del 80% de los fallecidos por reacción aguda al consumo de sustancias (figura 2.3.3).

Figura 2.3.3.

Número de muertes por consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. España, 2004-2018.



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nº fallecidos	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613	696	732
Hombres (RE)	390	391	359	409	357	370	432	375	442	394	448	483	511	543	595
Mujeres (RE)	75	62	67	59	60	68	83	71	74	94	106	116	102	152	134

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

En la figura 2.3.3 se puede observar el número de casos notificados por sexo. Con el aumento de las notificaciones (asociado a la mejora del registro) han aumentado también el número de fallecidas mujeres, pero siempre manteniéndose su peso respecto al total de fallecidos notificados, representando un porcentaje inferior al 20% del total.

Comparando las características sociodemográficas de los fallecidos en función del sexo (tabla 2.3.3), encontramos que las mujeres son más mayores (44,6 frente a 46,3) y, a pesar de que en ambos sexos predominan los solteros, hay un mayor porcentaje de mujeres divorciadas que de hombres.

Tabla 2.3.3.

Características de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, por sexo. España*, 2018.

		Hombres	Mujeres
Número de fallecidos		595	134
Edad media (años)		44,6	46,3
Grupo de edad (años)	15-19 años	0,2	0,0
	20-24 años	2,0	3,0
	25-29 años	4,7	3,0
	30-34 años	8,3	6,0
	35-39 años	14,2	8,2
	40-44 años	15,9	18,7
	≥45 años	54,7	61,2
	Estado civil (%)	Soltero	68,7
Casado		17,3	16,0
Separado/Divorciado		13,3	33,3
Viudo		0,8	6,7
Procedencia del cadáver (%)	Domicilio	65,2	84,1
	Hotel-Pensión	2,7	2,3
	Calle	8,6	2,3
	Local público	2,9	1,5
	Hospital	7,3	3,8
	Cárcel	7,0	0,0
	Otra	6,4	6,1
Evidencias de consumo reciente (%)	Sí	77,6	92,2
	No	22,4	7,8
Evidencia de suicidio (%)	Sí	14,7	33,3
	No	85,3	66,7
Signos recientes venopunción (%)	Sí	12,8	4,7
	No	87,2	95,3
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)			
		Sí	27,7
		No	72,3
Anticuerpos anti-VIH (%)	Positivo	28,2	17,2
	Negativo	71,8	82,8

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

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

Respecto a la procedencia del cadáver, en ambos sexos predomina la procedencia del domicilio, aunque entre los hombres también encontramos casos que se localizan en la calle, hospital o cárcel, lugares de procedencia poco habituales entre las mujeres.

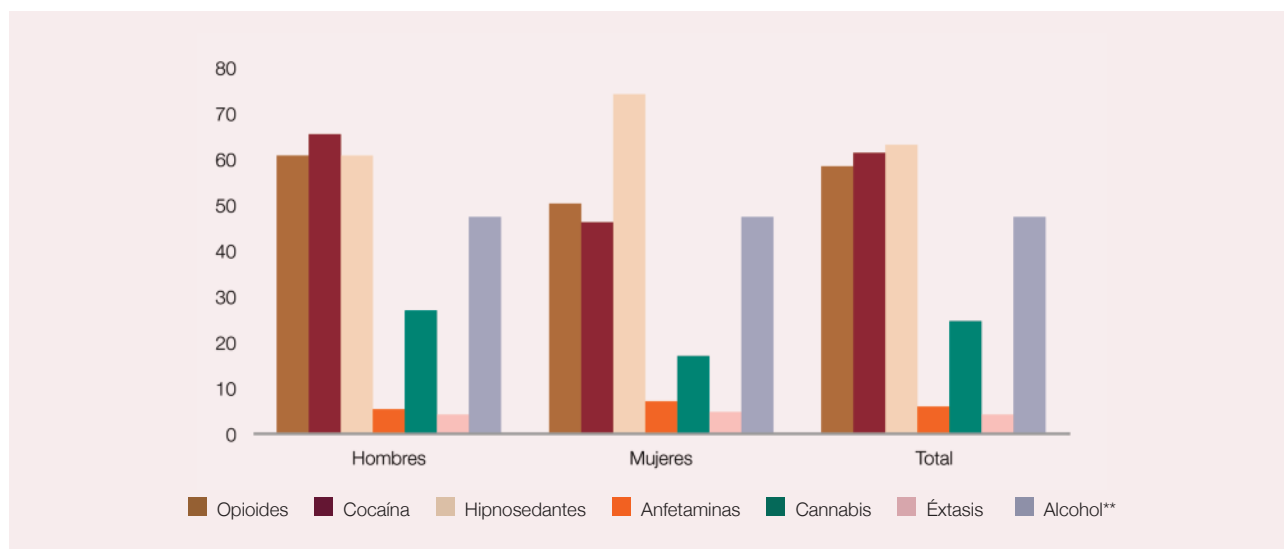
La evidencia de consumo reciente es mucho más prevalente entre las mujeres, mientras que los signos recientes de venopunción aparecen en muchos más casos de fallecidos hombres.

Por último, es interesante ver que, en una tercera parte de las mujeres, se registran evidencias de suicidio mientras que, entre los hombres, las evidencias de suicidio aparecen en menos del 15%.

Respecto a las sustancias detectadas en los fallecidos en función del sexo (figura 2.3.4), las más frecuentes entre las mujeres son los hipnosedantes seguidos de los opioides y el alcohol mientras que, entre los hombres, las sustancias que más aparecen son, por este orden, la cocaína, los opioides, los hipnosedantes y el alcohol.

Figura 2.3.4.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico en función del sexo. España*, 2018.



	Hombres	Mujeres	Total
Opioides	60,7	50,0	58,6
Cocaína	65,4	46,0	61,6
Hipnosedantes	60,7	74,2	63,2
Anfetaminas	5,5	7,3	5,8
Cannabis	26,8	16,9	24,8
Extasis	4,2	4,8	4,3
Alcohol**	47,3	47,6	47,5

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

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

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

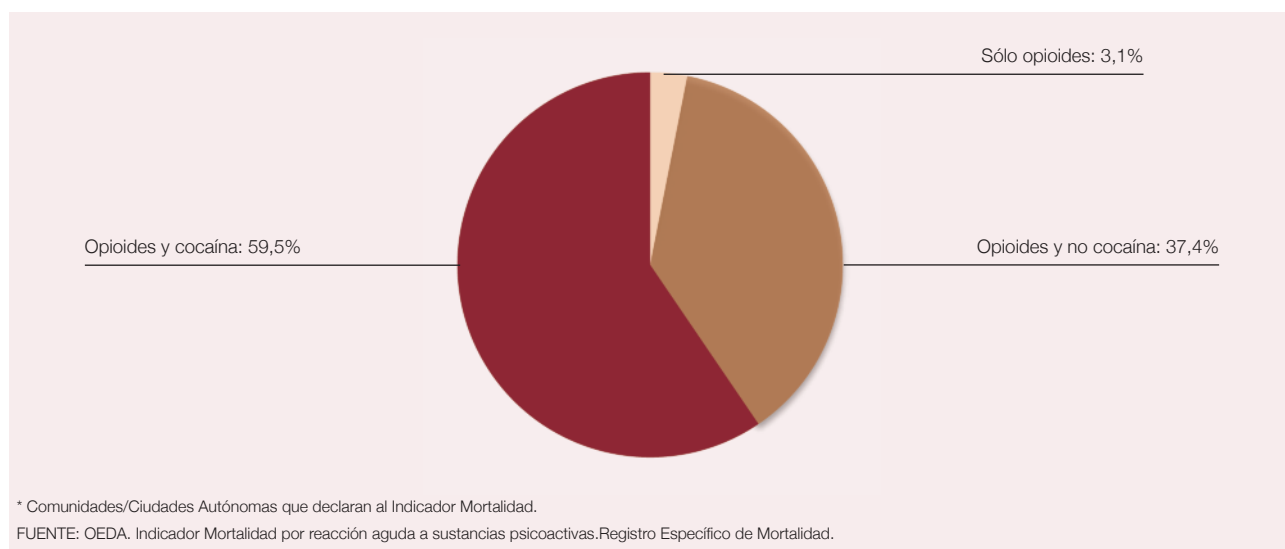
Información según grupos de sustancias

Históricamente, los **opioides** y la **cocaína** han sido las sustancias más relevantes en los fallecimientos por reacción aguda al consumo de sustancias y actualmente ambas sustancias siguen estando muy presentes en este indicador. Por ello es importante estudiar en mayor profundidad a los fallecidos en los que se detectan estas sustancias. Tal y como se observa en la figura 2.3.5, entre los fallecidos en 2018 en los que se detectan opioides, sólo en el 3,1% de los

casos se identifican éstos como sustancia única, detectándose junto con cocaína en el 59,5% de los casos (independientemente de que puedan identificarse otras sustancias de manera simultánea) y con sustancias diferentes a la cocaína en el 37,4% restante de los casos.

Figura 2.3.5.

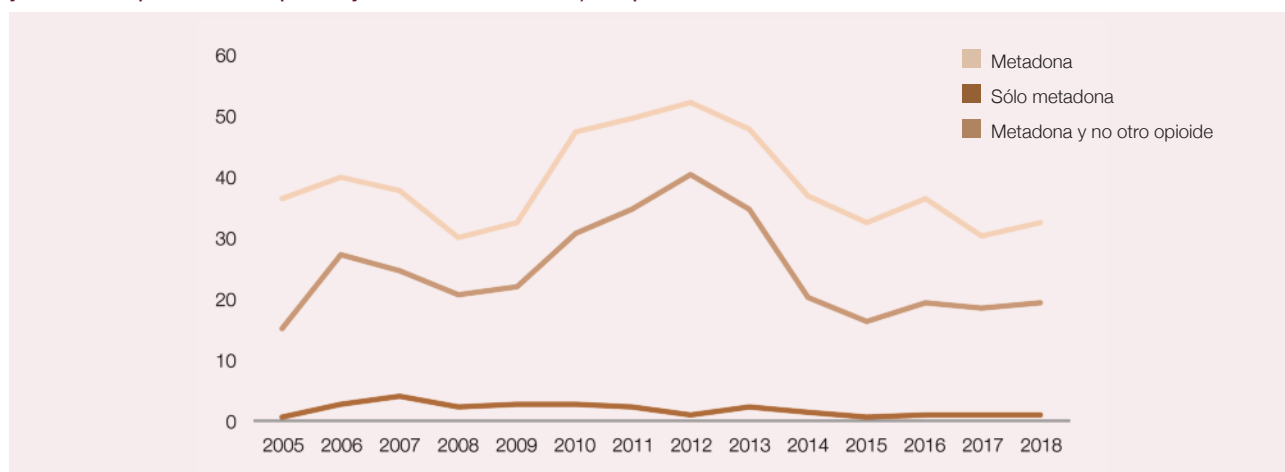
Distribución de los fallecidos en los que se detectan opioides en función de otras sustancias detectadas. España*, 2018.



En el grupo de opioides, la **metadona** merece mención específica. La metadona ha estado presente en el 32,4% de los fallecidos en 2018, siendo en el 19,2% de los casos el único opioide, independientemente de que se identificasen otras sustancias de otros grupos. Desde 2012, año en el que se detectó la metadona en más del 50% de los fallecidos, esta sustancia mostró una tendencia descendente con pequeños repuntes, estabilizándose en los últimos años, apareciendo en alrededor del 30% de los fallecidos (figura 2.3.6).

Figura 2.3.6.

Evolución del porcentaje de fallecidos en los que se detecta metadona (metadona, sólo metadona, y metadona y no otro opioide, aunque haya otras sustancias). España*, 2005-2018.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sólo metadona	0,6	2,8	4,2	2,4	2,6	2,7	2,2	1,1	2,1	1,5	0,6	1,0	0,9	0,8
Metadona	36,5	39,8	37,5	30,0	32,4	47,4	49,7	52,2	47,8	36,9	32,4	36,3	30,2	32,4
Metadona y no otro opioide	15,1	27,4	24,4	20,6	21,9	30,7	34,6	40,2	34,8	20,0	16,4	19,2	18,4	19,2

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

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

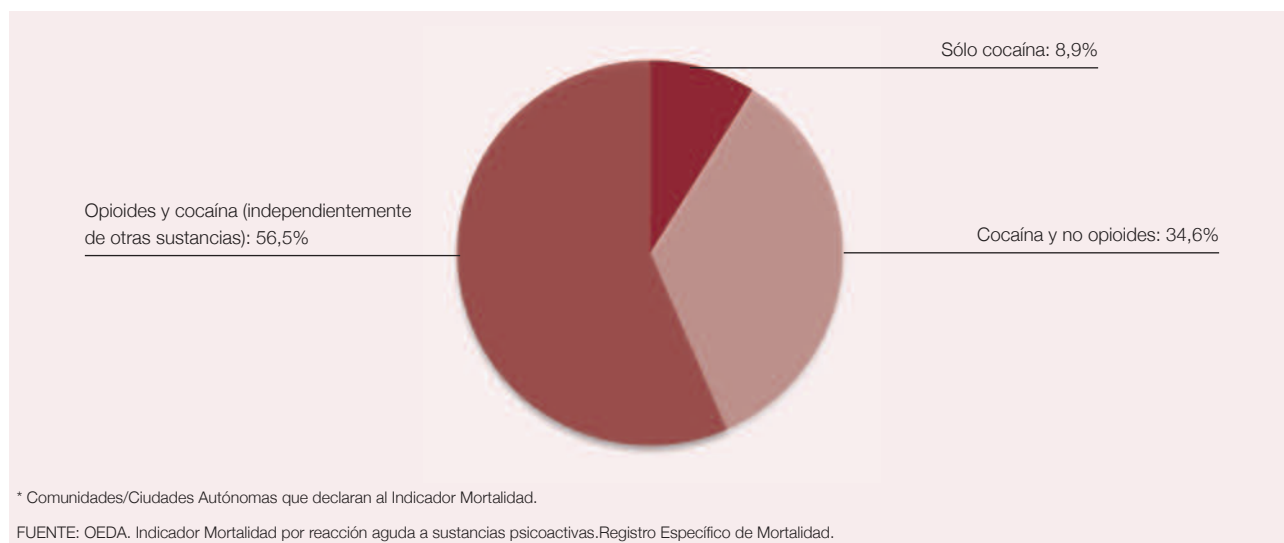
En relación a otros analgésicos opioides con uso terapéutico, en 2018 se han notificado 10 fallecidos con presencia de fentanilo (el mismo dato que en 2017) y 41 fallecidos con presencia de tramadol.

A pesar de que la presencia de estas sustancias es muy pequeña entre el total de fallecidos, desde el 2009, año en el que se inició el seguimiento de estas sustancias, el tramadol venía presentando una tendencia ascendente que parece haberse frenado en 2018 y será necesario vigilar.

Por lo que respecta a la **cocaína**, la distribución en 2018 se observa en la figura 2.3.7. Entre los fallecidos en los que se identifica cocaína, los opioides están presentes en el 56,5% de los casos. Sólo en el 8,9% de los fallecidos en los que se detecta cocaína, ésta es la única sustancia detectada.

Figura 2.3.7.

Distribución de los fallecidos en los que se detecta cocaína en función de otras sustancias detectadas. España, 2018.



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 (tabla 2.3.4), en 2018 la tercera parte de los fallecidos presentan la combinación de cocaína y opioides (independientemente de que aparezcan otras sustancias).

En el 4,1% de los fallecidos del 2018 se han detectado únicamente cocaína y opioides.

Los opioides, identificados como sustancia única en los fallecidos, vienen manteniendo una tendencia general descendente que se ha estabilizado en torno al 2% (1,8% en 2018). Mientras que la cocaína, como sustancia única, se muestra estabilizada en torno al 5% (5,5% en 2018). La evolución histórica de este indicador sugiere que la cocaína dejó de ser una sustancia acompañante de los opioides, teniendo actualmente identidad propia.

Además, en 2018, por primera vez desde que se registra este indicador, hay más fallecidos en los que se detecta cocaína y no opioides, que fallecidos en los que se detecta opioides y no cocaína, lo que confirma la disminución del peso de los opiáceos en los fallecidos por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.

Por último, aparte del alcohol que, como se ha comentado anteriormente, sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia, hay dos sustancias que tienen una importante presencia entre los fallecidos en 2018: hipnosedantes y cannabis.

Los **hipnosedantes**, en 2018, aparecen junto con otras sustancias, generalmente opioides, cocaína y alcohol. En el 4,6% de los fallecidos los hipnosedantes son la única sustancia detectada y, en todos ellos, se trata de casos notificados como suicidios.

El **cannabis** viene mostrando una presencia cada vez mayor entre los fallecidos de los últimos años, apareciendo habitualmente en combinación con otras sustancias (hipnosedantes, opioides, cocaína y alcohol) pero nada permite suponer que esta sustancia haya contribuido a la muerte.

En 2018 en 4 fallecidos el cannabis fue la única sustancia detectada. Como en años anteriores, la proporción de muertes en los que se detecta estimulantes diferentes de la cocaína es muy baja.

Tabla 2.3.4.

Número de fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico (cocaína, opioides y/o diferentes combinaciones de estas sustancias). España*, 2005-2018.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cocaína y no opioides (independientemente de otras sustancias, pero excluyendo sólo cocaína)	14,5	13,8	17,3	12,5	11,0	12,2	13,7	12,3	12,1	13,1	13,5	16,8	22,0	21,3
Cocaína y no opioides (independientemente de otras sustancias, incluye sólo cocaína)	20,4	18,5	25,1	18,9	16,4	18,0	17,2	19,0	19,7	17,7	18,0	20,0	25,5	26,8
Sólo cocaína	5,9	4,7	7,8	6,4	5,4	5,8	3,4	6,7	7,6	4,6	4,4	3,2	3,5	5,5
Opioides y no cocaína (independientemente de otras sustancias, pero excluyendo sólo opioides)	25,7	32,0	22,9	28,5	31,4	33,3	38,7	35,1	38,2	26,9	32,0	30,1	27,4	21,9
Opioides y no cocaína (independientemente de otras sustancias, incluye sólo opioides)	29,7	36,7	30,7	35,8	39,6	39,7	42,9	37,9	42,8	30,0	33,8	32,1	30,4	23,7
Sólo opioides	4,0	4,7	7,8	7,3	8,2	6,4	4,2	2,7	4,6	3,1	1,7	2,0	3,0	1,8
Opioides y cocaína (independientemente de otras sustancias, incluye sólo opioides y cocaína)	48,8	40,0	40,8	40,3	41,5	39,5	35,0	39,5	34,3	34,0	30,9	33,7	27,7	34,9
Opioides y cocaína (independientemente de otras sustancias, sin sólo opioides y cocaína)	39,6	29,4	29,3	26,4	31,9	33,5	31,1	34,7	29,3	29,0	27,2	29,3	24,2	30,7
Sólo opioides y cocaína	9,2	10,5	11,6	13,9	9,6	6,0	3,9	4,8	5,0	5,0	3,7	4,4	3,5	4,1
Número de defunciones con información toxicológica	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518	501	632	657
Número total de fallecidos	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613	696	732

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

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

Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas

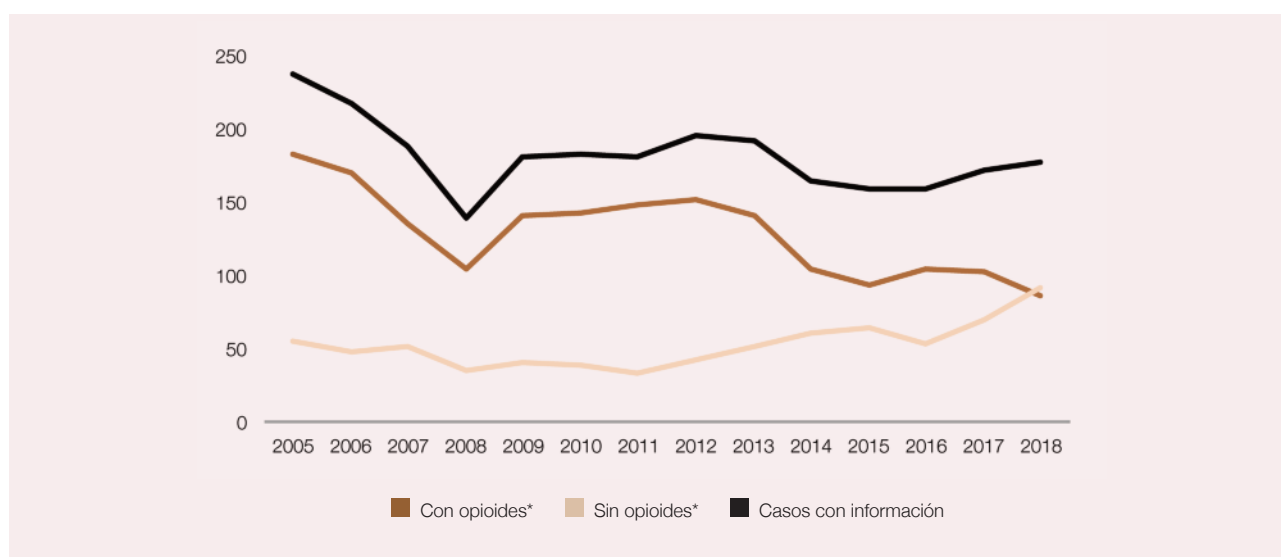
Evolución del consumo de sustancias y de la edad de los fallecidos

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el indicador 6 ciudades españolas del Registro Específico de Mortalidad se ha mantenido activo a lo largo de los años sin que se hayan registrado modificaciones relevantes en la cobertura y los criterios de notificación, lo que permite su utilización como referencia con respecto a los posibles cambios registrados en la notificación nacional.

En 2018 se notificaron 177 fallecidos en estas 6 ciudades. El análisis evolutivo de las sustancias identificadas en este subgrupo de fallecidos (6 ciudades españolas) muestra un aumento del número de fallecidos en los que no se detectan opioides, superando en 2018, por primera vez en la serie histórica, al número de fallecidos en los que se detectan opioides (figura 2.3.8).

Figura 2.3.8.

Número de fallecidos en las 6 ciudades españolas (casos con información toxicológica, fallecidos con y sin presencia de opioides). 2005-2018.



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

* 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.

Por lo que respecta a la edad de los fallecidos, se observa un desplazamiento hacia los grupos etarios de mayor edad al igual que ocurre en el total de los fallecidos incluidos en el Registro Específico de Mortalidad. Cada vez hay más fallecidos entre los mayores de 44 (entre los que los opioides registran una mayor presencia) (tabla 2.3.5).

Tabla 2.3.5.

Evolución de las edades de los fallecidos en 6 ciudades españolas*. España, 2005-2018.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<15 años		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
15-19 años	3	3	1	0	2	0	2	1	1	0	0	3	0	0
20-24 años	17	7	8	9	8	4	5	7	1	0	3	5	2	4
25-29 años	31	25	24	15	12	12	11	10	17	9	6	12	11	7
30-34 años	40	42	30	22	35	21	14	21	24	23	10	14	18	14
35-39 años	66	43	32	23	26	48	40	29	32	20	35	29	31	18
40-44 años	52	44	39	23	49	39	41	45	31	28	27	40	29	28
45-49 años	19	27	23	26	35	39	34	37	42	38	24	29	30	41
50-54 años	5	13	6	15	12	13	18	30	30	32	39	29	31	30
55-59 años	1	5	0	4	2	2	6	12	14	13	17	20	26	21
60-64 años	1	1	2	2	0	3	5	3	4	7	10	13	11	10
≥65 años	0	8	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Desconocida	2	0	23	0	0	0	5	0	0	2	0	0	0	3
Total fallecidos	237	218	188	139	181	182	181	195	196	172	171	194	189	177

* 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.

Registro General de Mortalidad

Metodología

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) dispone de un registro de defunciones clasificadas en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La última base de datos de mortalidad disponible (al cierre de este informe) a nivel nacional es la del año 2018.

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

Tabla 2.3.6.

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

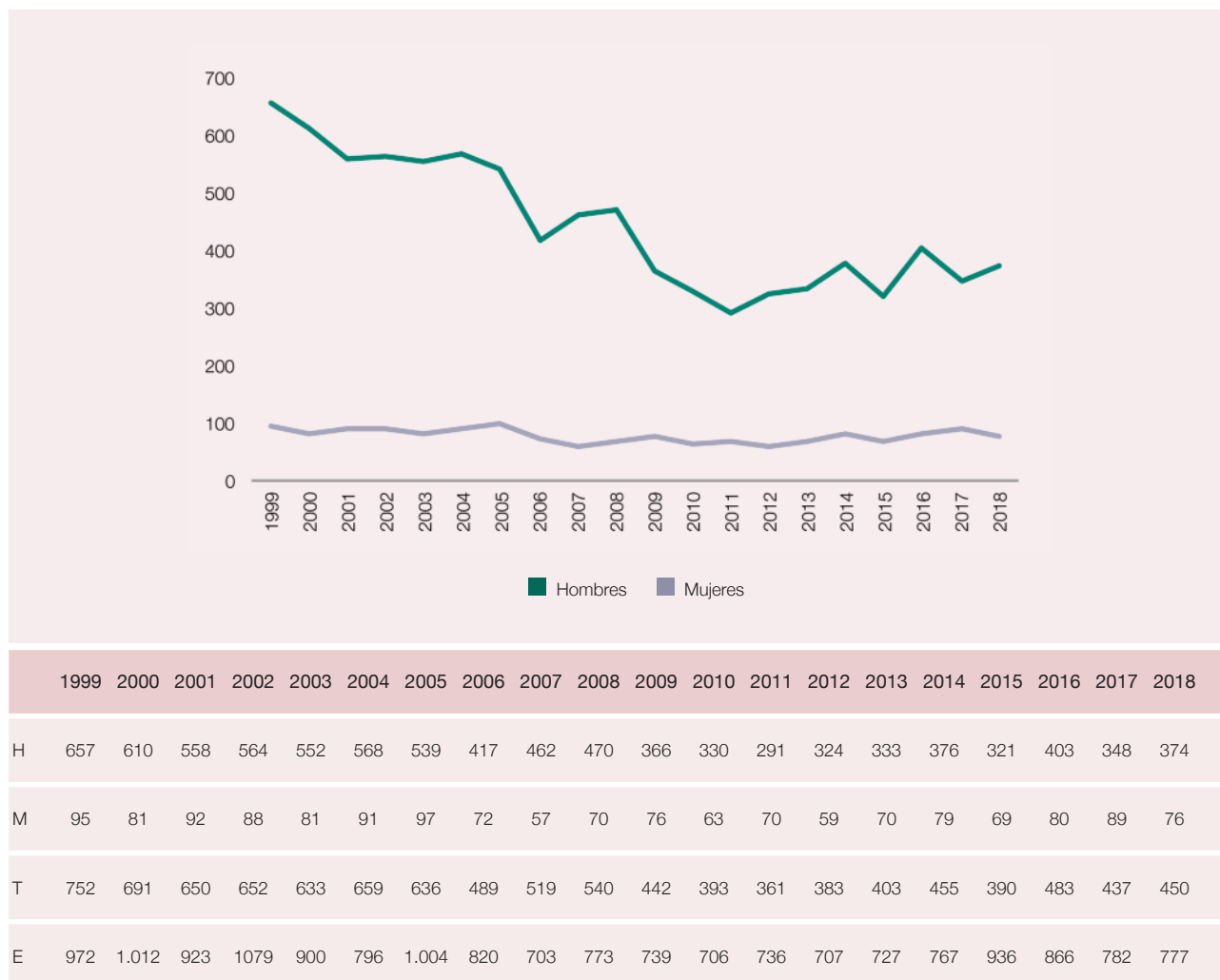
Resultados

En 2018 se produjeron 427.721 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 antes especificados, 450 defunciones, lo que supone un 0,1% del total por todas las causas.

A lo largo del periodo 1999-2018 se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica y que, en 2018, supone el 83,1% de las defunciones (figura 2.3.9).

Figura 2.3.9.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales, según sexo. España, 1999-2018.



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

Nota: Se incluyen los códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

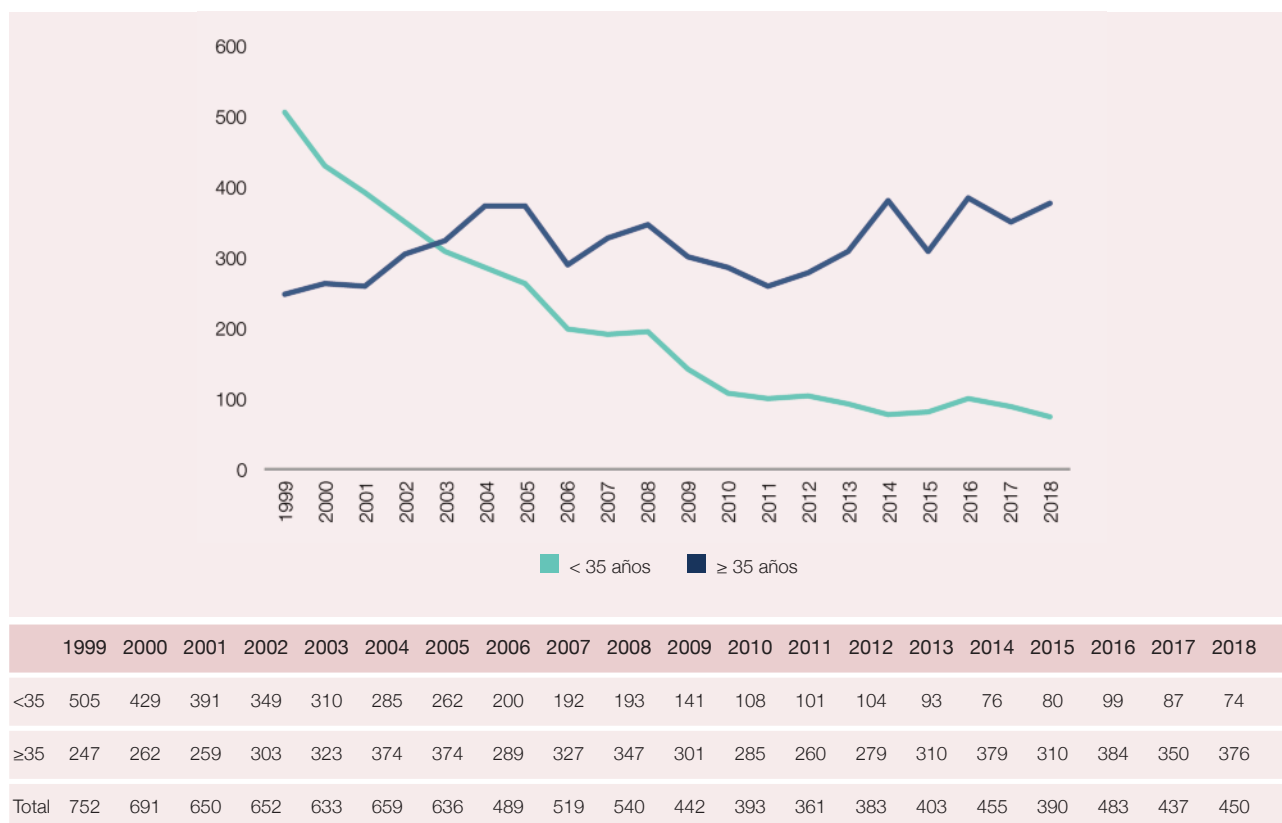
FUENTE: Gráfico elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística (INE).

La distribución de las defunciones en función de la edad muestra una tendencia ascendente de la edad media de los fallecidos, lo que se traduce en un predominio de fallecidos 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 y, en 2018, los menores de 35 años suponen menos del 17% del total de los fallecidos por causas relacionadas con el consumo de sustancias (figura 2.3.10).

Figura 2.3.10.

Evolución del número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, según edad. España, 1999-2018.



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

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

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

Metodología

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

El Registro Específico de Mortalidad aporta datos sobre defunciones procedentes de la declaración de las CCAA, pero no todas ellas han notificado a lo largo de todos los años o no han declarado datos de todos los partidos judiciales, sino sólo de algunas ciudades o determinados partidos judiciales, variables según los años. Se trata, por tanto, de un registro específico, pero sin cobertura completa a nivel nacional y con variaciones a lo largo de la serie.

El Registro General de Mortalidad sí tiene cobertura completa a nivel nacional y, 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 drogas a nivel nacional se combina la especificidad del Registro Específico con la mayor cobertura del Registro General.

Se calcula un coeficiente de subregistro, que resulta del cociente entre las muertes notificadas por el Registro Específico y aquellas del Registro General de Mortalidad. Se seleccionan únicamente las defunciones en aquellas provincias/ciudades que declaran en ambos registros pues, si bien todas declaran al Registro General de Mortalidad del INE, la notificación al Registro Específico puede variar según los años.

En la figura 2.3.11 se representa, esquemáticamente, cómo se lleva a cabo esta estimación.

Figura 2.3.11.

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



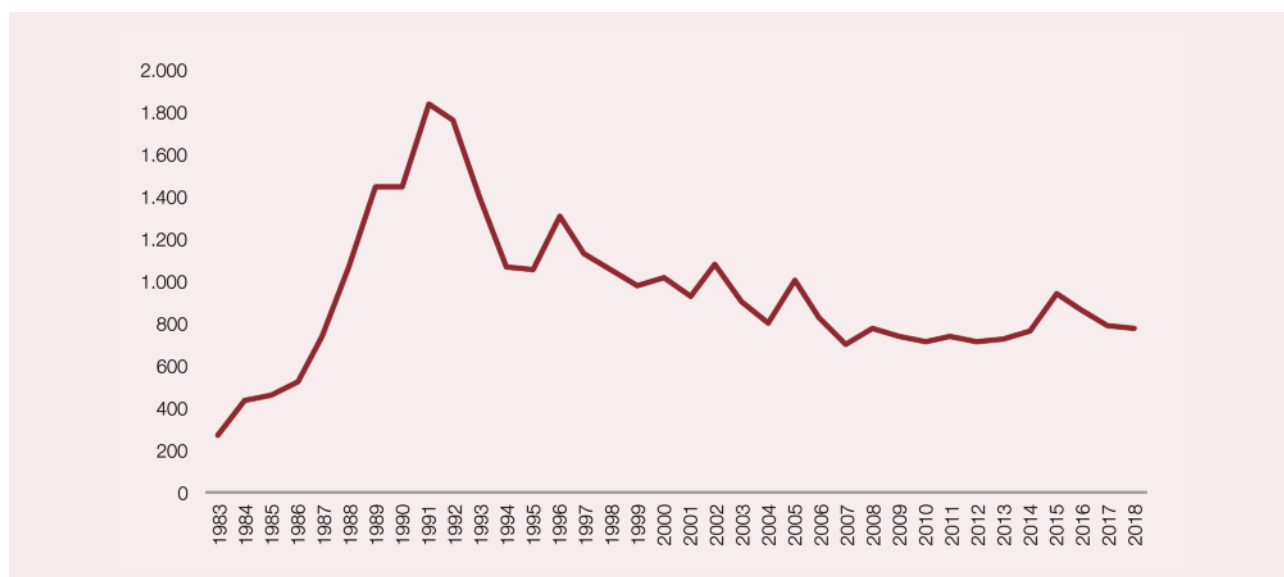
Resultados

Con esta metodología se estima que se produjeron 777 muertes por consumo de drogas ilegales en España en 2018. Este dato debe interpretarse como el mínimo número de defunciones por drogas; probablemente la cifra sea superior, ya que con este método no se incluyen algunas muertes que no hubieran ocurrido si no se hubiera consumido alguna droga (por ejemplo: infartos agudos de miocardio o accidentes de tráfico por consumo de cocaína) pero cuya causa de muerte es otra patología común y no ha sido necesaria la intervención judicial.

La figura 2.3.12 muestra los datos procedentes de la estimación de defunciones por sustancias psicoactivas, a nivel nacional, desde el año 1983 hasta 2018. 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, que parece haberse estabilizado en los últimos años. En 2016 se observó un descenso en la estimación del número de fallecidos, que continuó en 2017 y se confirma en 2018 (figura 2.3.12 y tabla 2.3.7).

Figura 2.3.12.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas (estimación nacional). España, 1983-2018.



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

Tabla 2.3.7.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales (estimación nacional). España, 1983-2018.

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

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).

Esta estimación global de la mortalidad permite disponer de datos nacionales superando las limitaciones de las dos fuentes de información existentes. Hay que tener en cuenta que el coeficiente de infranotificación muestra una tendencia descendente en los últimos años relacionada con las mejoras de cobertura y calidad de notificación en los dos registros implicados. De este modo, el progresivo aumento de la cobertura del Registro Específico de mortalidad que, en 2018, abarca las 19 CCAA y la mayoría de partidos judiciales del territorio nacional y cubre el 90,3% de la población, ha permitido acercar cada vez más el número de casos notificados a este Registro Específico y la estimación nacional realizada anualmente (tabla 2.3.8).

Tabla 2.3.8.

Evolución del índice de infranotificación (Registro General de Mortalidad-Registro Específico). España, 2005-2018.

Año	Índice de Infranotificación	Año	Índice de Infranotificación
2005	1,58	2012	1,85
2006	1,68	2013	1,80
2007	1,35	2014	1,69
2008	1,43	2015	2,40
2009	1,67	2016	1,79
2010	1,80	2017	1,79
2011	2,04	2018	1,76

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

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

En la tabla 2.3.9 y en la figura 2.3.13 se presentan los datos de mortalidad por drogas utilizando las diferentes fuentes de información antes descritas con el fin de facilitar una visión global de las mismas.

Tabla 2.3.9.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, en base a diferentes fuentes de información. España, 1983-2018.

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Estimación nacional	266	440	453	516	741	1.067	1.440	1.440	1.833	1.760	1.399	1.067
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	82	139	143	163	234	337	455	455	579	558	444	388
Registro General de Mortalidad (INE)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Selección B EMCDDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Estimación nacional	1.051	1.310	1.127	1.049	972	1.012	923	1.079	900	796	1.004	820
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	-	-	-	-	-	444	496	496	493	468	455	428
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	395	421	339	306	291	284	268	229	270	212	242	218
Registro General de Mortalidad (INE)	-	-	-	-	752	691	650	652	633	659	636	489
Selección B EMCDDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	316	204
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Estimación nacional	703	773	739	706	736	707	727	767	936	866	782	777
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	475	424	438	517	408	519	489	556	600	613	696	732
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	188	139	181	182	181	195	196	172	171	194	189	177
Registro General de Mortalidad (INE)	519	540	442	393	361	383	403	455	390	483	437	450
Selección B EMCDDA	217	165	160	163	150	144	114	117	105	154	107	118

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

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

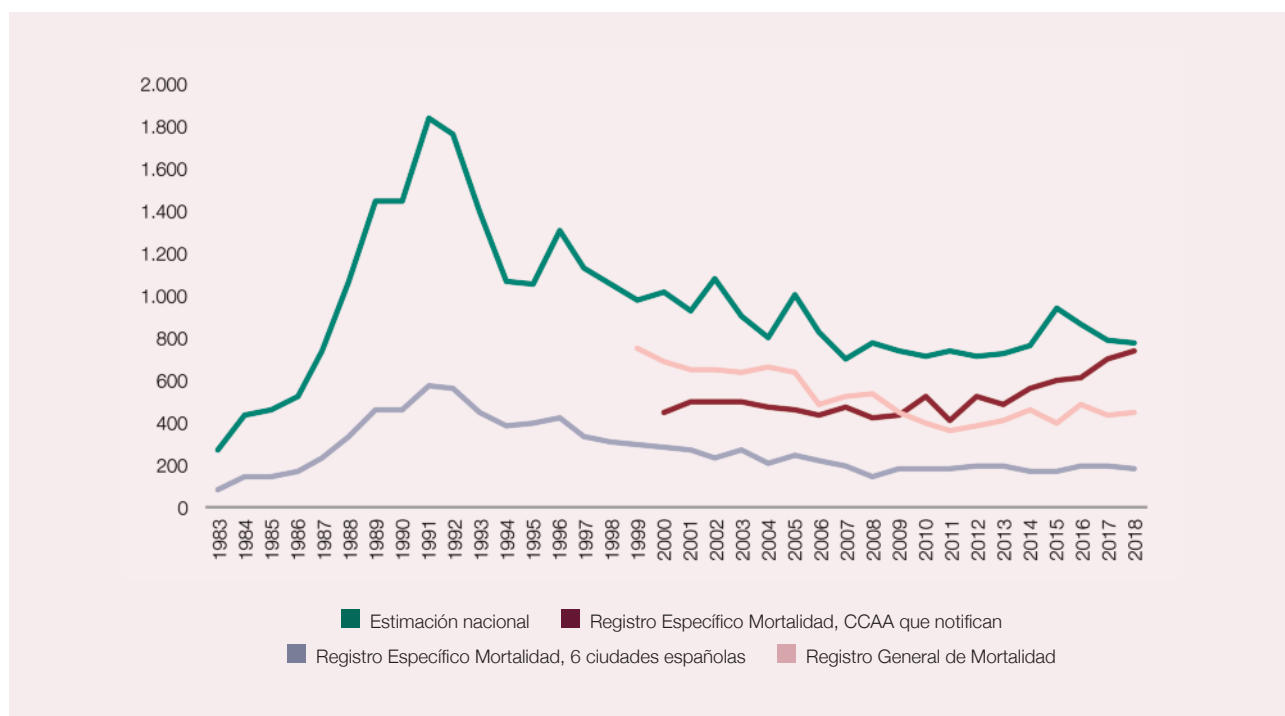
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas): Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla,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

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

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

Figura 2.3.13.

Número de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2018.



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

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

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

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