

# INFORME 2019

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, CONSUMO  
Y BIENESTAR SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SERVICIOS SOCIALES

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.

## RESPONSABLES EN LAS COMUNIDADES/CIUDADES AUTÓNOMAS

### Andalucía

Fernando ARENAS  
Rosario BALLESTA  
Izaskun BILBAO  
Pedro Manuel SEJO  
Mercedes SUÁREZ

### Aragón

Carmen BARANGUAN  
Francisco Javier FALO  
Laura JOSÉ

### Asturias

Rafael COFIÑO  
José Antonio GONZÁLEZ  
José Ramón HEVIA

### Baleares

Francisca BIBILONI  
Rut SUÁREZ  
Juana María VANRELL

### Canarias

Nicolás AMADOR  
Marcos GASPAS  
Concepción María GIL  
Luz Marina MORENO

### 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

### Cataluña

Mª Teresa BRUGAL  
Joan COLOM  
Xavier MAJO  
Regina MUÑOZ

### Extremadura

Mercedes CORTÉS  
Mª Pilar MORCILLO

### Galicia

Sara CERDEIRA  
Jaime FRAGA  
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 NUIÑ

### País Vasco

Elena ALDASORO  
Juan José AURREKOETXEA  
Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA

### La Rioja

Cristina NUEZ  
Enrique RAMALLE

### Comunidad Valenciana

Inmaculada CLEMENTE  
Ofelia JIMENO  
Mª Jesús MATEU  
Francisco VERDÚ

### Ceuta

Miguel Ángel MANCILLA  
Cleopatra R'KAINA

### Melilla

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, Cultura y Deporte 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: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>

## EDITA Y DISTRIBUYE

© MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL  
Centro de Publicaciones

© SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES  
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 731-19-091-2

*Como cada año se presenta el informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, que recopila información de las diferentes fuentes y sistemas de información sobre aspectos de reducción de la demanda y, también, sobre control de la oferta.*

*En estas páginas se incluyen los resultados pormenorizados de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) en su edición 2017/18, junto con el análisis de los indicadores de admisiones a tratamiento, urgencias y mortalidad relacionada con las drogas, y sus tendencias hasta el año 2017. Se podrá encontrar también información sobre otros problemas relacionados, como las infecciones en consumidores o el consumo problemático, así como capítulos específicos dedicados al Sistema Español de Alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas o la oferta de drogas y medidas de control.*

*La solidez y trayectoria de la información aquí reflejada permite establecer un diagnóstico global del estado de situación de las drogas y las consecuencias de su consumo a nivel nacional. Es este un ejercicio de gran importancia, ya que va a permitir orientar políticas y actuaciones y servirá de gran apoyo a la toma de decisiones.*

*Este informe no habría sido posible sin la colaboración de todas las personas e instituciones que, con su trabajo, contribuyen anualmente en su edición, a los que quiero mostrar mi reconocimiento. Y, en especial, al equipo del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, sin cuya profesionalidad y dedicación nunca hubiera sido posible.*

María Azucena Martí Palacios  
Delegada del Gobierno para el  
Plan Nacional sobre Drogas

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones

INFORME 2019

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

# ÍNDICE

Presentación .....	3
Introducción .....	8
<b>Resumen ejecutivo</b> .....	<b>9</b>
Principales fuentes de información del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones .....	10
Sistema Español de Alerta Temprana .....	20
<b>1. Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas</b> .....	<b>21</b>
<b>1.1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2017</b> .....	<b>22</b>
Introducción .....	22
Objetivos .....	22
Metodología .....	23
Resultados .....	27
• <b>Caracterización sociodemográfica de la muestra</b> .....	<b>27</b>
• <b>Prevalencia de consumo de drogas</b> .....	<b>29</b>
Evolución temporal .....	29
Edad media de inicio en el consumo .....	32
Diferencias en el consumo por sexo y edad .....	34
Diferencias en el consumo (alcohol, tabaco y cannabis) por comunidad autónoma .....	40
• <b>Consumo por tipo de droga</b> .....	<b>51</b>
Bebidas alcohólicas .....	51
Bebidas energéticas .....	68
Tabaco .....	69
Hipnosedantes .....	76
Analgésicos opioides .....	83
Cannabis .....	87
Cocaína .....	100
Éxtasis .....	105
GHB .....	107
Anfetaminas .....	107

Metanfetaminas .....	109
Alucinógenos .....	110
Setas mágicas .....	112
Heroína e inhalables volátiles .....	113
• Policonsumo .....	114
• Nuevas sustancias psicoactivas .....	121
• Percepciones y opiniones de la población ante las drogas .....	129
Percepción de riesgo .....	129
Percepción de disponibilidad .....	134
Percepción de la importancia del problema de consumo de drogas y visibilidad del problema .....	135
Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas .....	137
Percepción sobre el estado de salud .....	139
• Problemas derivados del consumo de drogas y prevalencia de problemas médicos .....	141
<b>1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2018 .....</b>	<b>143</b>

## **2. Problemas relacionados con las drogas 144**

<b>2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2017 .....</b>	<b>145</b>
Introducción .....	145
Metodología .....	145
Resultados .....	146
• Resultados generales. Drogas ilegales .....	146
• Resultados por tipo de droga .....	155
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína .....	158
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína .....	159
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis .....	161
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes .....	162
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos .....	163
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol .....	164
• Resultados por Comunidades/Ciudades Autónomas .....	166
<b>2.2. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1996-2017 .....</b>	<b>167</b>
Introducción .....	167
Metodología .....	167
Resultados .....	168
<b>2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2017. Mortalidad relacionada con drogas .....</b>	<b>175</b>
Introducción .....	175
Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas) .....	176
Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas .....	183
Registro General de Mortalidad .....	184
Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad .....	186
<b>2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2017 .....</b>	<b>190</b>
Introducción .....	190
Metodología .....	190
Resultados .....	191

• Notificación nacional sobre infección VIH y sida .....	191
• Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de de sustancias psicoactivas .....	192
• Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan vía inyectada .....	194
<b>2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2017 .....</b>	<b>200</b>
Introducción .....	200
Estimación del consumo problemático/de riesgo de alcohol .....	201
Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis .....	204
• Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (escala CAST) .....	204
• Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (frecuencia de consumo) .....	208
Estimación del consumo problemático/de riesgo de cocaína .....	210
Estimación del consumo problemático/de riesgo de heroína .....	212
Estimación del consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada .....	214
<b>3. Sistemas de alerta temprana .....</b>	<b>217</b>
<b>3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS-Early Warning System) .....</b>	<b>218</b>
Objetivo y funcionamiento .....	218
Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa .....	222
<b>3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) .....</b>	<b>225</b>
Normativa, objetivo y funcionamiento .....	225
Actividad del SEAT. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en España .....	229
<b>4. Oferta de drogas y medidas de control .....</b>	<b>235</b>
<b>4.1. Ventas de tabaco, 2005-2018 .....</b>	<b>236</b>
<b>4.2. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2018 .....</b>	<b>240</b>
<b>4.3. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2018 .....</b>	<b>244</b>
<b>4.4. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2018 ..</b>	<b>247</b>
<b>Información complementaria .....</b>	<b>250</b>
Páginas web de interés .....	251

# 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, drogas ilegales y nuevas sustancias), nuevas adicciones 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.

Este documento *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Informe 2019*, se publica junto con otro documento *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2019*, que incluye una selección de tablas y gráficos que aportan información complementaria.

El presente informe se estructura en cuatro 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 2017. 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 ESTUDES, ya que los últimos datos disponibles, al cierre de este informe, corresponden al año 2016 y ya han sido publicados en el *Informe y Estadísticas 2018. 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 2017. 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 relativa al consumo problemático de drogas e información relacionada con las infecciones en consumidores 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 divisiones del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

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 desde 1998 hasta 2018 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. La información procede del Ministerio del Interior y del Ministerio de Hacienda.

En la página web del Plan Nacional sobre Drogas pueden consultarse los informes que se han ido publicando periódicamente desde 1998: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/home.htm>

# RESUMEN EJECUTIVO

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

Este Resumen Ejecutivo contiene, de manera abreviada, los principales y más relevantes datos de la información contenida en el *Informe 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. La información se encuentra agrupada en los siguientes epígrafes:

- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. ESTUDES, 2016.
  
- Encuesta sobre alcohol y drogas en España. EDADES, 2017.
  
- Tratamiento por consumo de drogas. España, 2017.
  
- Urgencias hospitalarias en consumidores de drogas. España, 2017.
  
- Mortalidad relacionada con drogas. España, 2017.
  
- Infecciones en consumidores de drogas. España, 2017.
  
- Consumo problemático de drogas. España 2017.
  
- Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

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

# ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA ESTUDES, 2016

Las drogas más consumidas por los jóvenes (14-18 años) son las legales (alcohol y tabaco), seguidas del cannabis y de los hipnosedantes con o sin receta médica.

El consumo de drogas legales está más extendido entre las mujeres y el consumo de todas las drogas ilegales está más extendido entre los hombres (excepto para los hipnosedantes sin receta médica).

La edad media de inicio en el consumo se sitúa entre los 13 y los 16 años y las prevalencias de consumo aumentan con la edad.

En 2016, el 76,9% de los jóvenes de 14 a 18 años había consumido **alcohol** alguna vez, el 75,6% en el último año y el 67% en el último mes. En 2016, se iniciaron en el consumo de alcohol 323.900 estudiantes de 14 a 18 años.

Aunque el consumo de alcohol sigue estando en niveles elevados, se observa un descenso en las prevalencias de consumo que proviene principalmente de los estudiantes de menor edad (14, 15 y 16 años) y coincide con un incremento en el porcentaje de alumnos que advierte un mayor riesgo ante el consumo de alcohol.

El consumo intensivo, borracheras y *binge drinking*, a pesar de presentar una tendencia global descendente, continúa con prevalencias elevadas, asociándose a un mayor uso de drogas ilegales (policonsumo). En este patrón de consumo aumenta la presencia de las mujeres a las edades más tempranas (14, 15 y 16 años). Aproximadamente la mitad de los estudiantes de 16 años se ha emborrachado en el último año.

El patrón de consumo de alcohol en atracción (*binge drinking*) es similar al de las borracheras. Una cuarta parte de los jóvenes de 15 años ha hecho *binge drinking* en el último mes. Se hace más *binge drinking* al aumentar la edad. A los 14 y 15 años, el porcentaje de mujeres que hace *binge drinking* es mayor que el de hombres.

El 52% de los jóvenes de 14 a 18 años afirma haber realizado botellón en el último año. Esta práctica aumenta con la edad: el 28% de los de 14 años y el 68,1% de los de 18 años han hecho botellón en el último año.

Los menores obtienen alcohol con mucha facilidad, principalmente de supermercados (37,3%) y bares/pubs (34,8%). Además, es la sustancia psicoactiva percibida como menos peligrosa entre los estudiantes.

En 2016, el 38,5% fumó **tabaco** alguna vez en la vida, el 34,7% en el último año y el 27,3% lo hizo en los últimos 30 días. En este año han empezado a consumir tabaco 184.600 estudiantes de 14 a 18 años (47.400 más que en 2014).

## Características de los consumidores de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días

Prevalencia de consumo	67%
Sexo	50,3% son mujeres
Grupo de edad con mayor consumo	93,2% son menores de edad
Tipos de bebida en fin de semana	Combinados = 55,2%, Cerveza = 39,3%, Vino = 21,4%

## Características de los consumidores de tabaco en los últimos 30 días

Prevalencia de consumo	27,3%
Sexo	52,5% son mujeres
Grupo de edad con mayor consumo	88% son menores de edad
Tipo	Cigarrillos de cajetilla = 45,6% Tabaco de liar = 10,2% Ambos tipos = 44,2%

En 2016, se observa una tendencia estable del consumo de tabaco, tras una fase de descenso del consumo iniciada en 2004 que coincidió con 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.

La percepción de riesgo ante el consumo diario de tabaco se ha estabilizado y la mayoría (91,8%) de

los jóvenes opinan que puede producir muchos problemas de salud. El aumento de la percepción de riesgo coincide con un descenso de las prevalencias de consumo.

El **cannabis** es la droga ilegal más consumida por los jóvenes. En 2016 el 31,1% había consumido cannabis alguna vez en la vida, el 26,3% en el último año y el 18,3% en el último mes. El consumo diario sigue siendo elevado y se sitúa en el 2% (2,7% en chicos y 1,3% en chicas).

En 2016, han empezado a consumir cannabis 170.000 estudiantes de 14 a 18 años.

Prevalencia de consumo	18,3%
Sexo	57% son hombres
Grupo de edad con mayor consumo	88,2% son menores de edad
Tipo	Marihuana = 51,1%; Hachís = 12,2% Hachís + marihuana = 36,7% Cannabis + tabaco = 82,4%

Se observa en el año 2016 un ligero repunte de las prevalencias, tras una tendencia descendente iniciada en 2004, y se advierte una estabilización en el consumo de cannabis en el último mes y un descenso en el consumo problemático de cannabis.

Los jóvenes tienen una baja percepción del riesgo asociado al consumo de cannabis, siendo tras el alcohol y el tabaco, la sustancia psicoactiva más disponible para esta población.

Prevalencia de consumo	5,9%
Sexo	62,2% son mujeres
Grupo de edad con mayor consumo	90% son menores de edad

Los **hipnosedantes** son la sustancia que mayor proporción de estudiantes consumen después del alcohol, el tabaco y el cannabis. En 2016, el 17,9% de los jóvenes de 14 a 18 había consumido hipnosedantes (con o sin receta) alguna vez en la vida, el 11,6% en el último año y el 5,9% en el último mes. El consumo es más prevalente entre las mujeres (mujer/hombre=1,5).

Se observa una tendencia más o menos estable en el consumo de hipnosedantes entre los jóvenes de 14 a 18 años.

En 2016, el 3,2% de la población de 14 a 18 años ha consumido **cocaína** (polvo y/o base) alguna vez, el 2,5% en el último año y el 1% en el último mes. Se observa una tendencia descendente en el consumo, iniciada en 2004.

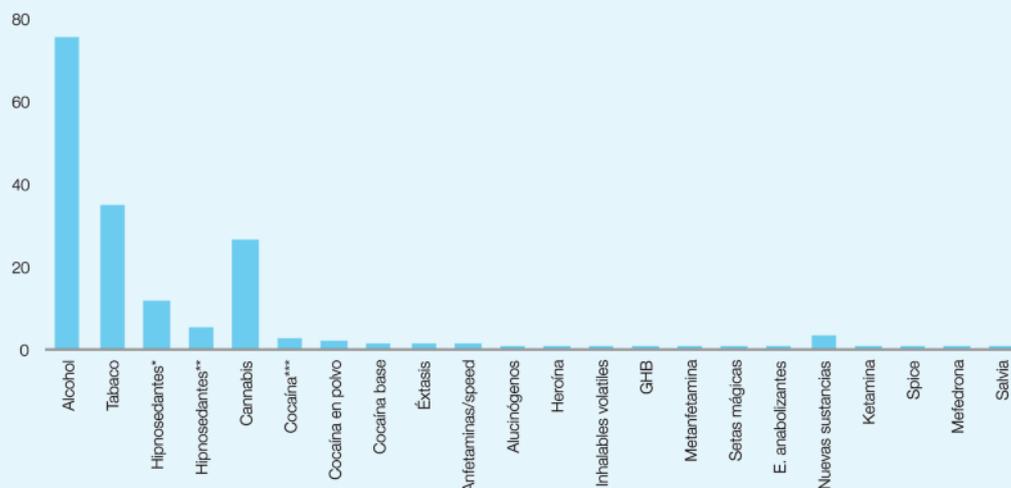
El 96,4% de los estudiantes de 14 a 18 años piensa que consumir cocaína en polvo de manera habitual puede ocasionar bastantes/muchos problemas, percepción de riesgo que permanece estable desde 1994, al igual que permanece estable la disponibilidad percibida de cocaína.

Prevalencia de consumo	1%
Sexo	73,6% son hombres
Grupo de edad con mayor consumo	84% son menores de edad
Tipo	Mayoritariamente cocaína polvo

En 2016, en los últimos 12 meses, ha consumido **éxtasis** el 1,6% de los jóvenes de 14 a 18 años, anfetaminas el 1,2% y alucinógenos el 1%. El porcentaje de usuarios de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos se mantiene en niveles bajos, aunque en 2016 se ha producido un repunte en las prevalencias tras un descenso continuado desde el año 2002.

Las **nuevas sustancias psicoactivas** son, en términos generales, sustancias con prevalencias de consumo más bajas que las drogas clásicas. En 2016, el 4,5% de los estudiantes de 14 a 18 años ha consumido alguna nueva sustancia psicoactiva (alguna vez en la vida). El 0,9% ha probado spice alguna vez en su vida, el 0,6% ketamina, el 0,6% salvia y el 0,5% mefedrona. Es remarcable que el 46,3% no ha oído hablar nunca de este tipo de sustancias.

Porcentaje de consumidores, en los últimos 12 meses,  
entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2016.



\* Tranquilizantes/sedantes y/o somníferos con o sin receta. \*\* Tranquilizantes/sedantes y/o somníferos sin receta. \*\*\* Cocaína polvo y/o base.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). ESTUDES, 2016.

El 31,3% de los jóvenes de 14 a 18 años se encuentra perfectamente informado en el tema de drogas. Las principales vías por las que reciben información son el centro educativo (84,9%) y la familia (68,4%). El 71,1% ha recibido información sobre los efectos y problemas asociados a drogas legales (tabaco, alcohol, hipnosedantes) y el 65,7% sobre los efectos y problemas asociados a drogas ilegales (hachís/marihuana, cocaína, drogas de síntesis...).

## ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL EN ESPAÑA EDADES, 2017

En 2017, las drogas con mayor prevalencia de consumo en la población española de 15-64 años, en los últimos 12 meses, son el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, seguidos del cannabis y la cocaína. La edad de inicio en el consumo se mantiene estable. Las sustancias que se empiezan a consumir a una edad más temprana son el tabaco y el alcohol, seguidas del cannabis. La sustancia que se suele empezar a consumir a edades más tardías son los hipnosedantes.

Las prevalencias de consumo (último año) son mayores en el grupo de 15 a 34 años, salvo en el caso de los hipnosedantes y la cocaína base, donde las mayores prevalencias se dan en los grupos de edad más avanzada. En 2017, los datos confirman un mayor consumo entre los hombres (excepto para los hipnosedantes). Estas diferencias se acentúan en el caso del alcohol, el tabaco y el cannabis.

El **alcohol** sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida. El 75,2% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 62,7% en los últimos 30 días y el 7,4% diariamente en los últimos 30 días.

La prevalencia de consumo de alcohol mantiene una tendencia estable y en niveles altos desde la década de los noventa. Destaca la tendencia descendente de los bebedores diarios desde 2001 y que alcanza en 2017 el valor mínimo de toda la serie histórica.

El 18,6% de los españoles de 15 a 64 años se ha emborrachado en el último año.

El consumo en atracón de alcohol (*binge drinking*) mantiene en general una tendencia ascendente desde 2009. Así, en 2017, el 15,1% ha consumido alcohol en forma de atracón en los últimos 30 días. Tanto las borracheras como los atracones de alcohol se encuentran más extendidos en el grupo masculino y se concentran entre los 15 y los 34 años.

Prevalencia de consumo	62,7%
Sexo	57,1% son hombres
Grupo edad con mayor consumo	25,1% (35-44 años)
Tipo de bebida (en los últimos 7 días)	Cerveza: 36% Vino: 19,5% Combinados: 13%

El 40,9% de la población de 15 a 64 años ha consumido **tabaco** en el último año, el 38,8% en el último mes y el 34% diariamente. Respecto a 2015, el dato se ha incrementado notablemente, pasando de 30,8% al 34,0%, obteniendo el dato más alto de la serie desde el año 2005 y retornando a las cifras que se registraban en 1997.

Prevalencia de consumo	38,8% y 34% (diariamente)
Sexo	56,6% son hombres
Grupo de edad con mayor consumo	51,5% (35-54 años)
Tipo	Cigarrillos de cajetilla: 77% Tabaco de liar: 15,4% Ambos tipos: 7,6%.

En 2017, el 8,8% de la población de 15 a 64 años ha probado los **cigarrillos electrónicos** y el 6,2% ha usado cigarrillos electrónicos con nicotina (81%). El uso de estos dispositivos es más elevado en el grupo de 15-24 años.

En cuanto a los **hipnosedantes**, se estima que 630.000 personas empezaron a consumirlos en 2017; el mayor inicio de consumo tiene lugar entre las mujeres de 35 a 54 años. El 20,8% de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes alguna vez, superando la barrera del 20% por segunda vez en toda la serie histórica. El 11,1% los ha consumido en el último año, el 7,5% en el último mes y el 5,9% diariamente en el último mes.

Prevalencia de consumo	11,1%
Sexo	63,2% son mujeres
Grupo de edad con mayor consumo	80,6% (35-64 años)

Se estima que, en 2017, 223.000 personas de 15 a 64 años empezaron a consumir **cannabis**, el mayor inicio de consumo tiene lugar entre los hombres menores de 25 años, habiendo empezado a consumir 106.000 menores de 15 a 17 años. Se confirma la tendencia ascendente de personas que empiezan a consumir.

Prevalencia de consumo	9,1%
Sexo y edad	71% son hombres
Grupo de edad con mayor consumo	53,4% (15-34 años)
Tipo	Marihuana: 48,3%; Hachís: 21,9% Hachís + marihuana: 29,8%; Cannabis + tabaco: 92,9%

El 35,2% de la población de 15 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez, el 11% en el último año, el 9,1% en el último mes (para ambos tramos la prevalencia ha aumentado ligeramente respecto al dato de 2015) y el 2,1% diariamente en el último mes, proporción que se mantiene estable respecto a las últimas mediciones.

#### Características de los consumidores de cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses

Prevalencia de consumo	2,2%
Sexo y edad	77,7% son hombres
Grupo de edad con mayor consumo	58,1% (25-44 años)
Tipo	Mayoritariamente en polvo

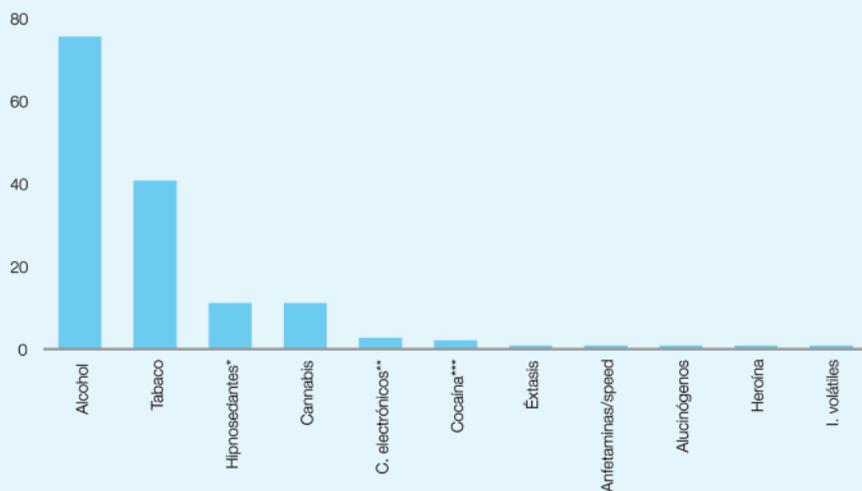
Se estima en 85.000 las personas (15 a 64 años) que consumieron **cocaína** (cocaína y/o base) por primera vez en 2017, el mayor inicio de consumo tiene lugar entre los hombres menores de 25 años, habiendo empezado a consumir 14.000 menores de 15 a 17 años, este dato se confirma con el aumento de consumo de cocaína detectado en los diferentes indicadores.

El 10% de la población de 15 a 64 años ha consumido cocaína en polvo alguna vez, el 2% en el último año y el 1,1% en los últimos 30 días. La prevalencia de consumo de cocaína muestra un aumento respecto a 2015 rompiendo la tendencia descendente iniciada en 2007.

En 2017 el 0,6% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez **heroína**, el 0,1% en el último año y el 0,1% en el último mes. La edad media de inicio es de 22,7 años y el perfil del consumidor sería el de un hombre mayor de 45 años. El consumo de heroína está estabilizado desde mediados de los años noventa.

En 2017 el 4,5% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez **alucinógenos**, el 4% anfetaminas y el 3,6% éxtasis. La prevalencia en el último año y último mes se sitúa para todas estas sustancias en valores inferiores al 1%.

#### Porcentaje de consumidores, en los últimos 12 meses, entre la población de 15 a 64 años. España, 2017



\* Hipnosedantes con o sin receta médica. \*\* Cigarrillos electrónicos (con o sin nicotina). \*\*\* Cocaína polvo y/o base.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). EDADES, 2017.

La mayoría de la población desconoce la existencia de estas **nuevas sustancias**. El 73,8% de la población manifiesta que nunca ha oído hablar de sustancias de este tipo.

Cuando se pregunta de manera genérica por el consumo de este tipo de sustancias (alguna vez en la vida) la prevalencia se sitúa en el 1,1% para el conjunto de la población de 15 a 64 años. Por tipo de sustancias el 0,4% ha probado spice alguna vez en su vida, el 0,5% ketamina, el 0,1% mefedrona y el 0,2% salvia.

Como viene siendo habitual, el consumo de las sustancias se encuentra más extendido en los hombres que en las mujeres. Encontramos la mayor prevalencia de éstos, en el grupo de edad de 25 a 34 años, donde el 3,3% de los hombres dice haber probado alguna vez estas sustancias. Se trata de un fenómeno minoritario en España, aunque se lleva a cabo vigilancia activa a través del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

Cerca del 41,2% de las personas de 15 a 64 años ha consumido dos o más drogas legales o ilegales en los últimos 12 meses (28,3% - 2 drogas, 10,1% - 3 drogas, 2,8% - 4 drogas o más drogas).

El policonsumo se encuentra más extendido en hombres y especialmente en el rango de 25 a 34 años.

La percepción de riesgo es mayor para consumos frecuentes, en las mujeres y para sustancias como heroína, cocaína, éxtasis o alucinógenos.

El cannabis se posiciona como la sustancia ilegal más accesible (63,3% opina que podría adquirirlo fácilmente).

## TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS ESPAÑA, 2017

En 2017, se registraron 46.799 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales, más de la mitad de éstas (52,6%) eran admisiones por primera vez en la vida.

En cuanto al peso que cada droga ha representado en el total de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, en 2017 la **cocaína** se mantiene como **la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento** (43,1% del total), seguida del cannabis (27,6%) y los opioides (24,9%).

Entre los admitidos a tratamiento **por primera vez en la vida** (primeras admisiones), el cannabis venía siendo la sustancia que más primeras admisiones a tratamiento generaba, sin embargo, en 2017, la cocaína supera en número de admisiones al cannabis, situándose como la sustancia ilegal que mayor número de primeras admisiones a tratamiento causó (43,8%), seguida del cannabis (38,4%) y de los opioides (12%).

Siguiendo las tendencias que venían observándose, en 2017, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (83,6%). La edad media fue de 35 años para el conjunto de las admisiones, sin claras diferencias según el sexo y similar a la de años anteriores. La edad media entre las primeras admisiones a tratamiento fue de 32 años. El 10,6% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, no encontrándose diferencias según el sexo.

En España, la gran mayoría (86,2%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales vivía en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos), el 9,4% vivía en instituciones y el 3,3% tenía un alojamiento precario o inestable. El modelo más frecuente de convivencia es la familia de origen (con sus padres) o la familia propia (cónyuge y/o hijos).

Más de la mitad (55,8%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron estimulados por sus parientes o amigos, aunque una tercera parte de los admitidos (28,7%) fueron remitidos por médicos de atención primaria, hospitales, servicios sociales u otros servicios de tratamiento de drogodependencias.

En 2017, **5.946 admitidos a tratamiento**, por cualquiera de las sustancias consideradas, se había **inyectado alguna vez en la vida**, confirmando la tendencia descendente desde que se inició su registro en los años noventa.

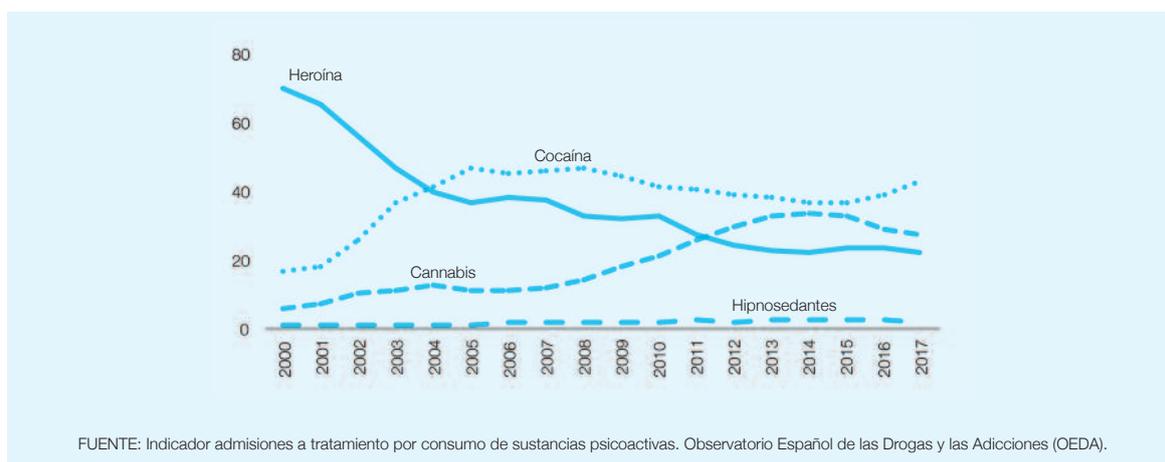
En 2017 se han registrado 20.168 admisiones a tratamiento por cocaína, de las cuales 17.566 eran por cocaína polvo y 2.600 por cocaína base. Como se ha comentado anteriormente, se ha registrado un repunte en el número de primeras admisiones a tratamiento por cocaína (10.393), volviendo a datos similares a los del 2013, que posiciona a la cocaína como **la sustancia responsable de mayor número de primeras admisiones a tratamiento**, superando al

cannabis que desde 2012 era la sustancia responsable de mayor número de primeras admisiones a tratamiento. Por otro lado, sigue registrándose un mayor número de primeras admisiones por cocaína que de personas con tratamiento previo (por cocaína).

El número total de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en el año 2017 fue de 12.932, cifra ligeramente inferior a las registradas en los años anteriores. La reciente tendencia descendente del número de admitidos a tratamiento por cannabis se debe principalmente a la disminución del número de personas que han acudido a recibir tratamiento por primera vez, manteniéndose relativamente estable el número de personas que acuden habiendo recibido tratamiento por esta sustancia previamente. Es importante **señalar el peso del cannabis entre los menores de edad que acuden a tratamiento** por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España. Así, el 96,3% de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas ilegales en 2017 en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis.

El número de admitidos a tratamiento por consumo de heroína fue de 10.384 en 2017, confirmándose la tendencia descendente iniciada en 2010. Esta tendencia se justifica tanto por la disminución del número de personas admitidas a tratamiento que ya habían sido tratadas anteriormente por esta sustancia (7.775 personas), como por los admitidos por primera vez (2.259 personas).

Evolución del peso de cada sustancia en el total de admisiones a tratamiento por drogas ilegales (porcentaje). España, 2000-2017.



## URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE DROGAS ESPAÑA, 2017

En 2017 se notificaron 4.293 episodios de urgencias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. Tendencia relativamente estable desde 2011.

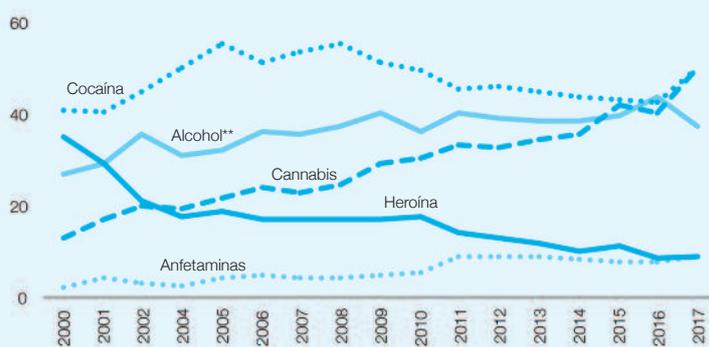
Se aprecia una tendencia ascendente de la edad media de las personas atendidas en urgencias, pasando de 27,8 años (1996) a 34,6 años (2017), aumento que podría estar en relación con el elevado número de urgencias relacionadas con la cocaína (edad media 36,4 años). El análisis por sustancias muestra que aquéllos que acuden a urgencias por el consumo de opioides e hipnosedantes tienen una edad más avanzada, mientras que los que acuden por consumo de éxtasis, alucinógenos, anfetaminas y cannabis son más jóvenes.

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, aproximadamente el 71,1% en 2017. La resolución de la urgencia no varía de manera destacable en función de la sustancia, si bien se puede observar mayor porcentaje de

ingresos en las urgencias por hipnosedantes, anfetaminas, y cannabis. Los traslados a otros centros en las urgencias son más frecuentes en las urgencias relacionadas con hipnosedantes (5,9%) y hay más altas voluntarias entre los consumidores de sustancias volátiles (15%) y éxtasis (13,6%).

En 2017, el 50,3% de las urgencias se relacionó con el cannabis que junto con la cocaína (50,2%) son las sustancias ilegales con mayor presencia en este indicador. El 10,3% se relacionó con otros opioides, entre los que se detectan metadona, fentanilo, tramadol y codeína. La heroína se sitúa en cuarto lugar (9%). Se han notificado 2 urgencias relacionadas con la mefedrona. Actualmente el seguimiento de las nuevas sustancias psicoactivas en España se realiza a través del Sistema Español de Alerta Temprana. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

Evolución del peso de cada sustancia en el total de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas (porcentaje). España\*, 2000-2017.



\* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

\*\* El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

FUENTE: Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

## MORTALIDAD RELACIONADA CON DROGAS ESPAÑA, 2017

En 2017, se notificaron al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas 696 defunciones. De éstas se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de sustancia en 632.

En 2017, la edad media de los fallecidos se sitúa en los 44,5 años, mostrando una tendencia ascendente desde 2003. Esta tendencia podría estar en relación con el hecho de que en la mayoría de las defunciones están presentes los opioides y es conocido el envejecimiento de la cohorte de los consumidores de esta droga. Así, en 2017 más de la mitad de los fallecidos superaron los 40 años (69,3%).

En 2017, el 78,1% de las defunciones fueron en hombres, predominio masculino que ha estado presente a lo largo de toda la serie histórica. Alrededor del 20% mostraron evidencias de suicidio, estabilizándose los fallecidos con evidencia de suicidio en los últimos 3 años.

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que el perfil más frecuente de muerte por reacción aguda a sustancias psicoactivas es el de un varón 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 y opioides). Este perfil se viene manteniendo estable en los últimos años.

Evolutivamente, se observa una estabilización de la presencia de hipnosedantes, que se detecta en el 68% de los fallecidos y de la cocaína que aparece en el 53,2% de los casos. Los opioides pierden presencia entre los fallecidos, detectándose en el 58% de los casos notificados, valor más bajo desde que se registra el indicador de mortalidad y confirmando la tendencia descendente que venía mostrando. La presencia del alcohol entre los fallecidos aumenta en 2017 (hay que recordar que tan sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia), alcanzando su valor más alto desde el inicio de la serie histórica (44%). Por último, el cannabis se detecta en el 20,7% de los fallecidos mostrando cierta tendencia descendente.

Los **hipnosedantes** en 2017 aparecen junto con otras sustancias, generalmente opioides, cocaína y alcohol. Sólo en 2% de los fallecidos los hipnosedantes son la única sustancia detectada y, en todos ellos, se trata de casos notificados como suicidios.

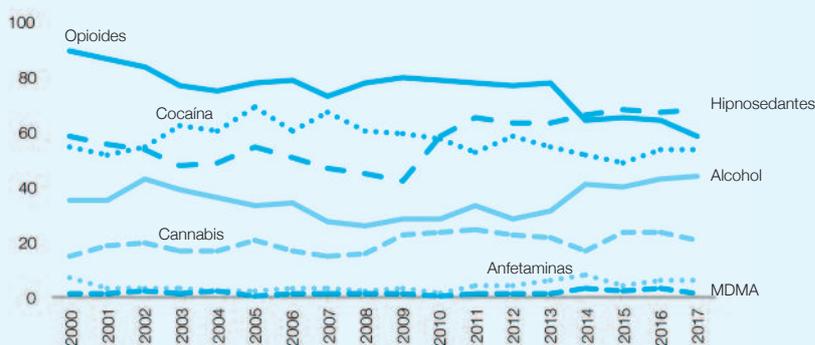
En 2017 se detectan **opioides** en el 58% de las muertes por reacción aguda a drogas. La metadona ha estado presente en el 30,2% de los fallecidos en 2017, siendo en el 18,4% de los casos el único opioide, independientemente de que se identificasen otras sustancias de otros grupos. Los opioides, identificados como sustancia única en los fallecidos, vienen manteniendo una tendencia general descendente que se ha estabilizado en el 3% en los últimos años.

La **cocaína** está presente en 2017 en el 53,2% de las muertes por reacción aguda a drogas. Entre los fallecidos en los que se identifica cocaína, los opioides están presentes en el 52%. Sólo en el 6,5% de los fallecidos en los que se detecta cocaína, ésta es la única sustancia detectada.

Se puede afirmar que los opioides continúan teniendo una presencia muy significativa entre los fallecidos, especialmente en combinación con otras sustancias. También se puede afirmar un aumento evidente del número de fallecidos en los que se detecta cocaína, la evolución temporal sugiere un aumento de la presencia de cocaína entre los fallecidos sin necesidad de que desempeñe un papel de acompañante de los opioides.

El **cannabis** está presente en 2017 en el 20,7% de las muertes por reacción aguda a drogas. En 2017 se notificaron 131 defunciones en las que el cannabis estaba presente. 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.

Porcentaje de fallecidos en los que se detecta cada sustancia respecto al número total de defunciones (con información toxicológica) por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España\*, 2000-2017.



\* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador y los casos en los que se ha detectado alguna sustancia.  
Fuente: Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Según análisis de la mortalidad utilizando el Registro General de Mortalidad, en 2017 se produjeron 424.523 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 seleccionados, 437 defunciones. En relación con estas 437 defunciones, a lo largo del periodo 1999-2017 se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica (en 2017 el 79,6% son hombres). La distribución de las defunciones en función de la edad muestra una tendencia ascendente de la edad media de los fallecidos (en 2017 el 80,1% tenía 35 o más años).

## INFECCIONES EN CONSUMIDORES DE DROGAS ESPAÑA, 2017

En 2017, se diagnosticaron en España 3.381 nuevos casos de VIH (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 8,82/100.000 habitantes). El mecanismo de transmisión más frecuente fueron las relaciones sexuales de riesgo de hombres con hombres (54,5%) y las relaciones sexuales de riesgo entre heterosexuales (30,7%), siendo mucho menos frecuente la infección como consecuencia del uso de drogas por vía parenteral (3%). En los últimos 6 años, el uso de drogas inyectadas ha representado un porcentaje bajo respecto a otros mecanismos de transmisión de la infección por VIH.

En 2017, la prevalencia de infección, entre el total de admitidos a tratamiento (46.799), es del 4,1% para el VIH, del 7,5% para el virus de la hepatitis C y del 0,7% para el virus de la hepatitis B (HBsAg positivo-portador crónico).

Entre aquéllos que se habían inyectado en los últimos 12 meses previos a la admisión a tratamiento (2.691):

- El 70% conocía su estado serológico frente a VIH y de éstos el 32,1% estaba infectado por el VIH.
- El 69,5% conocía su estado serológico frente a hepatitis C y de éstos el 63,1% tenía serología positiva para el virus de la hepatitis C.
- El 30,1% conocía su estado serológico frente a hepatitis B y de éstos el 8% tenía serología positiva para hepatitis B (HBsAg positivo-portador crónico).

## CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS ESPAÑA, 2017

En 2017, el 5,1% de la población de 15 a 64 años (1.600.000 aproximadamente) han tenido un consumo de riesgo, valor que aumenta al 7,1% entre los que han tomado **bebidas alcohólicas** en el último año (AUDIT  $\geq 8$  puntos), siendo entre los **consumidores de riesgo** del último año mayor el porcentaje entre los hombres (9,7%) que entre las mujeres (3,%) y con valores superiores a la media en el grupo de 15 a 24 años (9,9%). El perfil del consumidor de riesgo es el de un varón, soltero, de 38 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando. El 34,7% ha consumido drogas ilegales en el último mes.

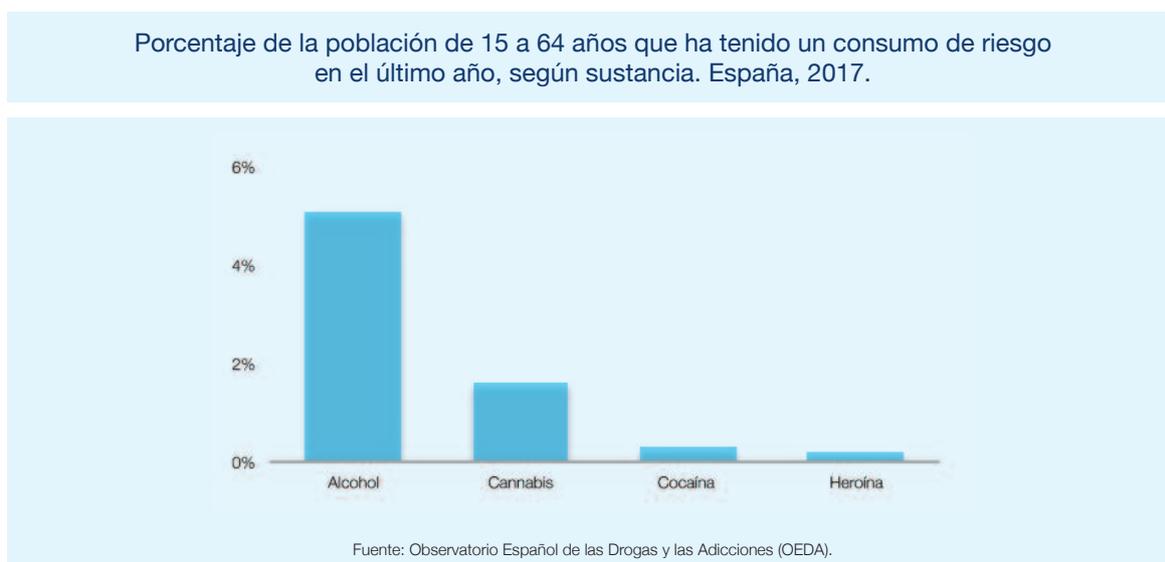
Consumidores problemáticos España, 2017				
	Alcohol	Cannabis	Cocaína	Heroína
N.º de consumidores problemáticos de 15 a 64 años	1.583.000	496.828	92.536	71.111
% respecto a toda la población de 15 a 64 años	5,1%	1,6%	0,3%	0,2%

En 2017, aproximadamente 497.000 personas de 15 a 64 años hacen un **consumo problemático de cannabis** (puntuación  $\geq 4$  puntos en la escala CAST), lo que se corresponde con el 1,6% de toda la población de 15 a 64 años, siendo mayor el porcentaje entre los hombres (2,5%) que entre las mujeres (0,7%) y entre los menores de 34 años.

El perfil del consumidor de riesgo es de un varón, de 33 años, soltero, con estudios secundarios y que se encuentra trabajando.

Entre los estudiantes, se estima que 43.844 de 14 a 18 años hacen un consumo problemático, lo que representa el 2,8% de la población en este rango de edad y el 13,3% de los que han consumido en el último año. El perfil del consumidor de riesgo entre los estudiantes es de un varón, de 16 años, que empezó a consumir a los 14, es repetidor, y consumidor de otras sustancias.

Respecto a la cocaína, en 2017 se estima que 93.000 personas de 15 a 64 años hacen un **consumo problemático de cocaína** (criterios de frecuencia del EMCDDA), lo que se corresponde con el 0,3% de toda la población en este rango de edad y el 14,9% de los que han consumido cocaína en los últimos 12 meses. El perfil es el de un varón de 39 años, con estudios secundarios finalizados, soltero y trabajando.



El número estimado de **consumidores problemáticos de heroína** en España en 2017 es de 71.111 (15-64 años), lo que corresponde al 0,2% de la población en este rango de edad. Las estimaciones realizadas muestran que en 2017 se estabilizan los datos, frenándose la tendencia descendente iniciada en 2012.

## SISTEMA ESPAÑOL DE ALERTA TEMPRANA (SEAT)

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

En 2018, se han detectado en España a 5 nuevas sustancias psicoactivas, que pertenecen al grupo de los opioides, al grupo de las catinonas, al grupo de plantas y extractos, al grupo de los cannabinoides y al grupo de las triptaminas (indolalquilaminas).

Consumo,  
percepciones  
y opiniones  
ante las drogas



# 1.1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2017

## 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 doce encuestas (1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015 y 2017), lo que permite observar la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes y drogas psicoactivas de comercio ilegal. Se extrae también 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 otras. 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 de actuación en la Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024 del Plan Nacional sobre Drogas.

Por otra parte, el cuestionario y la metodología que se emplean para este Programa son 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 2017.

## 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:

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

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 (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS).
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. En 2017 el periodo de recogida de información fue del 5 de febrero al 27 de abril de 2018.
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	Muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución. Las unidades de primera etapa son las secciones censales (36.215 en 2017), correspondientes a 8.125 municipios en 2017. En 2017 se seleccionaron 2.147 secciones censales correspondientes a 953 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), edad (7 grupos) y sexo (2 grupos) para corregir la disproporcionalidad de la muestra con respecto al universo.
Tamaño de la muestra	21.249 cuestionarios válidos.
Error muestral	Error muestral máximo (nivel de confianza del 95% para $p=0,5$ ) del 0,8%, oscilando entre el 2,1% en Andalucía y el 4,7% en La Rioja.
TRABAJO DE CAMPO. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN	
Método de recogida	Entrevista personal en el domicilio. El entrevistador permanece presente durante todo el proceso y recoge el cuestionario una vez finalizado.
Cuestionarios	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 2017 fue del 50,6%.
NOVEDADES	
Módulos específicos	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-V) y módulo sobre internet (incluye la escala CIUS).

Las modificaciones metodológicas introducidas en 1997 (muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución, autoadministración de todas las preguntas relacionadas con el consumo de drogas) se han mantenido en las sucesivas encuestas, lo que facilita la comparación directa entre las encuestas y elimina el posible impacto de las variaciones metodológicas sobre los resultados.

En cualquier caso, para la encuesta realizada en 1995 se mantiene la comparabilidad para los indicadores esenciales, como las prevalencias de consumo, la percepción del riesgo o la disponibilidad percibida.

## 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 población 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.

## Muestra

El tamaño de la muestra ha ido modificándose a lo largo de los años, superando las 20.000 personas en las encuestas realizadas a partir de 2005. En concreto para esta edición se han realizado 21.696 encuestas, de las cuales 20.205 corresponden a la muestra nacional y 1.491 a las ampliaciones que han realizado algunas CCAA (Cantabria, Castilla-La Mancha, Ceuta y Melilla). Para el análisis se ha tenido en cuenta una muestra válida de 21.249 cuestionarios.

Tabla 1.1.1.

**Evolución del tamaño de muestra de la encuesta EDADES en la población de 15 a 64 años. España, 1995-2017.**

1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
8.888	12.304	12.234	14.113	12.033	27.934	23.715	20.109	22.128	23.136	22.541	21.249

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 1995-2017, para sobrerrepresentar a las comunidades más pequeñas.

El tamaño de la muestra final por comunidades osciló entre 428 encuestados en La Rioja y 2.188 en Andalucía, siendo la muestra superior a 2.000 en 2 comunidades, y entre 1.000 y 2.000 en 7 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 2.147 secciones censales, correspondientes a 953 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 100.001 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 entre 15 y 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, utilizando tablas de números aleatorios *ad hoc* que permitían aumentar la probabilidad de los jóvenes de 15-39 años de ser seleccionados.

Tabla 1.1.2.

Distribución de la muestra de la encuesta EDADES por comunidad/ciudad autónoma. España, 2017.

CCAA	PNSD	Ampliación	Realizadas	Error muestral (±)
Andalucía	2.188		2.188	2,1%
Aragón	846		846	3,4%
Asturias	763		763	3,5%
Islas Baleares	803		803	3,5%
Canarias	1.129		1.129	2,9%
Cantabria	576	408	984	3,1%
Castilla y León	1.155		1.155	2,9%
Castilla-La Mancha	1.067	507	1.574	2,5%
Cataluña	2.053		2.053	2,2%
Comunidad Valenciana	1.701		1.701	2,4%
Extremadura	805		805	3,5%
Galicia	1.240		1.240	2,8%
Comunidad de Madrid	1.940		1.940	2,2%
Murcia	929		929	3,2%
Navarra	613		613	4,0%
País Vasco	1.122		1.122	2,9%
La Rioja	428		428	4,7%
Ceuta	214	273	487	4,4%
Melilla	224	265	489	4,4%
Total	19.796	1.453	21.249	0,8%

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

No se admitieron sustituciones ni de hogares ni de individuos. Para cubrir las entrevistas irrealizables (negativas a abrir la puerta, ausencia prolongada del hogar, negativa del seleccionado, etc.) se sobredimensionó inicialmente la muestra.

## 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 y 2003, cuando se utilizó un mismo cuestionario es-

tándar, siendo el de 2005 prácticamente igual 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 el Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones.

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 proceso, el trabajador de campo debía mantenerse alejado del encuestado y, finalizada la misma, debía 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 sociodemográfica, sobre salud, percepción de riesgo, disponibilidad percibida, visibilidad del fenómeno, y opiniones y posibles 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/finó, combinados/cu-batas, licores de frutas, licores fuertes) y el consumo de riesgo de alcohol (escala AUDIT).

En el ámbito de los hipnosedantes, se explora el consumo sin receta médica incluyendo determinadas preguntas relacionadas con las razones del consumo y la forma de obtención, así como el consumo de hipnosedantes en general. 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 al 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” que se ha mantenido hasta 2017. Respecto al módulo de cannabis, incluye variables que permiten elaborar un indicador de consumo problemático (escala CAST). Finalmente, cabe indicar que en 2017 se ha añadido en el cuestionario un módulo sobre analgésicos opioides, un módulo sobre juego (juego *online* y presencial), tipos de juego, cantidad mayor gastada en un día y escala DSM-V para valorar el juego problemático y el trastorno del juego) y un módulo sobre el uso de internet (escala CIUS). Los resultados sobre juego y uso de internet se presentan en un informe separado monográfico, accesible en la web de la DGPNSD (<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>).

En 2017, la **tasa de respuesta** sobre la muestra seleccionada inicialmente fue de un 50,6%. Las no respuestas se distribuyeron como sigue: negativas de hogar, incluyendo no apertura de puerta y negativa a que nadie del hogar sea entrevistado (20,2%), ausencia de todos los miembros del hogar (27,9%), negativas de la persona seleccionada (0,7%), ausencia de la persona seleccionada (0,3%) y otros motivos (0,3%). 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 al hogar inicialmente seleccionado en horarios distintos.

En EDADES 2017, el trabajo de campo se realizó entre el 5 de febrero y el 27 de abril de 2018. Por lo que respecta a la supervisión, se ha supervisado al 100% de los entrevistadores y un 26% de las entrevistas (un 21% de forma telefónica y un 5% personalmente con visita a los hogares).

## 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 estratos. 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 2016). 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 1.246 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 todos los días 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”. En 2017 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 prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses, 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 +0,8%, para la población de 15 a 64 años, oscilando entre un error del +2,1% en Andalucía y un +4,7% en La Rioja.

En este sentido, hay que resaltar que la muestra está diseñada para obtener resultados con una precisión aceptable para el conjunto de España. De esta manera, al analizar los 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.

Así, la muestra utilizada, permite obtener resultados con una precisión aceptable por comunidad autónoma para la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco, cannabis e hipnosedantes, 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 fiables por CCAA para el consumo de drogas con prevalencias menores (como cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, metanfetaminas, GHB, heroína e inhalables volátiles).

## Resultados

### Caracterización sociodemográfica de la muestra

Atendiendo al sexo, la muestra se distribuye de manera prácticamente simétrica entre hombres (50,3%) y mujeres (49,7%). En cuanto a la edad, un tercio de la muestra (33,3%) tiene entre 15 y 34 años, el 48,0% se sitúa en el intervalo de 35 y 54 años, perteneciendo el 18,7% restante al estrato de 55 a 64 años.

En relación al estado civil, cerca del 50% de los individuos (49,0%) están casados mientras que el 40,4% declara encontrarse soltero. El 10,6% restante se reparte entre separado/a o divorciado/a (8,3%) y viudo/a (2,3%).

Respecto al nivel de estudios, dos tercios de los ciudadanos cuentan con estudios secundarios (67,7%). El tercio restante se divide entre aquéllos que cuentan con estudios universitarios (19,2%) y aquéllos que o bien no cuentan con estudios o cuentan con estudios primarios (13,2%).

La práctica totalidad de la muestra es de nacionalidad española (87,7%).

Finalmente, en relación a las personas con las que se convive, lo más habitual es vivir con su cónyuge o pareja (56,6%) seguido de vivir con sus hijos (39,8%). También cabe destacar que existe un 12,6% de la población que vive sola.

**Tabla 1.1.3.**

**Distribución de la muestra de la población de 15-64 años de la encuesta EDADES según sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, nacionalidad y situación de convivencia (%). España, 2017.**

		Porcentaje
SEXO	Hombre	50,3
	Mujer	49,7
EDAD	15 a 24 años	14,6
	25 a 34 años	18,7
	35 a 44 años	24,5
	45 a 54 años	23,5
	55 a 64 años	18,7
ESTADO CIVIL	Soltero/a	40,4
	Casado/a	49,0
	Separado/a - Divorciado/a	8,3
	Viudo/a	2,3
NIVEL DE ESTUDIOS	Sin estudios / estudios primarios	13,2
	Estudios secundarios	67,7
	Estudios universitarios	19,2
NACIONALIDAD	Española	87,7
	Extranjera	12,3
CONVIVENCIA	Solo/a	12,6
	Cónyuge / pareja	56,6
	Padre	16,5
	Madre	21,6
	Hijos	39,8
	Hermanos	11,3
	Abuelos	1,1

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

### Evolución temporal

#### Consumo alguna vez en la vida

El 91,2% 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. En términos evolutivos, este indicador se mantiene estable respecto al dato de 2015, registrándose un ligero descenso pero manteniéndose por encima del 90% como viene ocurriendo desde 2009.

Por detrás del alcohol, el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en España. El 69,7% declara haber fumado tabaco alguna vez en la vida. Evolutivamente, se registra un descenso de 2,8 puntos porcentuales respecto al dato de 2015, siendo la primera vez desde 2007 que se obtiene una prevalencia de consumo alguna vez en la vida inferior al 70%.

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 20,8% lo que supone un repunte de 2,1 puntos porcentuales respecto al dato de 2015, momento en el que se registró un freno histórico en la tendencia ascendente que se venía registrando para esta sustancia desde 2009. No obstante, parece que la tendencia de los consumos habituales sí registra un freno con respecto a ediciones anteriores.

**Tabla 1.1.4.**

**Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.**

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Tabaco	-	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0	71,7	73,1	72,5	69,7
Alcohol	-	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2	90,9	93,1	93,5	91,2
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	8,7	15,4	13,4	19,5	22,2	18,7	20,8
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,7	4,1	3,0
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
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
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
Anfetaminas/speed	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8	3,7	3,3	3,8	3,6	4,0
Cocaína (polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	8,3	10,2	8,8	10,3	9,1	10,3
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
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
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	2,4	1,9	2,0	2,4
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,5	0,6	1,2
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,6	0,5
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
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

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

Respecto al consumo de drogas ilegales, el cannabis es la que está más extendida en España. En términos evolutivos, continúa la tendencia creciente de consumo iniciada desde el 2013, obteniéndose en 2017 el máximo valor de la serie histórica (35,2%) y superando en 3,7 puntos porcentuales al dato obtenido en 2015.

La cocaína en polvo es la siguiente droga ilegal más consumida. El 10,0% de la población de 15 a 64 años reconoce haberla consumido alguna vez en la vida, indicador que se ha visto incrementado en 1,1 puntos porcentuales respecto al registrado en 2015 volviendo así a niveles similares a los de 2013.

Como viene ocurriendo en los últimos años, las prevalencias de consumo alguna vez en la vida de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos se mantienen por debajo del 5%. Por su parte, el consumo de heroína, inhalables volátiles y cocaína base sigue siendo residual entre la población.

### Consumo últimos 12 meses

Por lo que respecta al consumo en el último año, el 75,2% de la población ha consumido alguna bebida alcohólica volviendo así a destacar como la sustancia psicoactiva más extendida también dentro de este tramo temporal. En lo que se refiere al resto de drogas legales, el 40,9% declara haber fumado tabaco y el 11,1% haber consumido hipnosedantes con o sin receta médica, ya sea con o sin receta, en el último año. En términos evolutivos predomina la estabilidad para estos indicadores registrándose un descenso de 2,4 puntos en el caso del alcohol respecto al dato de 2015.

En cuanto al consumo de drogas ilegales, el 11,0% de los individuos de 15 a 64 años reconoce haber consumido cannabis alguna vez en los últimos 12 meses, proporción que se ha incrementado en 1,5 puntos respecto a la obtenida en 2015. La prevalencia de consumo de cocaína en polvo en este tramo temporal se mantiene alrededor del 2% como viene siendo habitual en las últimas mediciones. El resto de drogas ilegales tienen un consumo muy residual, por debajo del 1%, dentro de este tramo temporal.

**Tabla 1.1.5.**

**Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.**

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Tabaco	-	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,7	42,8	40,2	40,7	40,2	40,9
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
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	5,1	8,6	7,1	11,4	12,2	12,0	11,1
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
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
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
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
Anfetaminas/speed	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5
Cocaína polvo y/o base	-	-	-	-	-	-	3,1	2,7	2,3	2,2	2,0	2,2
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
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
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,2	0,4	0,2
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,1	0,1	0,2
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,0
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
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

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

## Consumo últimos 30 días

El consumo de alcohol en los últimos 30 días se sitúa en un 62,7%, prevalencia muy similar a la que se obtuvo en 2015 (62,1%). También se observa relativa estabilidad para el consumo de tabaco. En esta ocasión, el 38,8% de la población entre 15 y 64 años ha fumado tabaco en el mes previo a la realización de la encuesta (38,5% en 2015).

El 7,5% de los españoles de entre 15 y 64 años declara haber consumido hipnosedantes con o sin receta médica en el último mes, prevalencia que ha descendido ligeramente respecto al dato de 2015 (8,1%).

Respecto al consumo de cannabis el 9,1% de la población declara haberlo consumido en el último mes. Esto supone un incremento respecto al dato de 2015 de 1,8 puntos, obteniéndose en 2017 el valor máximo de la serie histórica.

**Tabla 1.1.6.**

**Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2017.**

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

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

## Consumo diario

En 2017, el 34,0% de la población de entre 15 y 64 años manifiesta consumir tabaco de manera diaria. Esto supone un incremento de 3,2 puntos respecto a la prevalencia registrada en 2015 y la vuelta a niveles de consumo similares a los que se registraban en 1997.

En cuanto al consumo diario de alcohol, en esta edición se registra el menor porcentaje de la serie histórica (7,4%) continuando así con la tendencia descendente que comenzó en el año 2011.

El consumo diario de hipnosedantes con o sin receta, después de que en el año 2013 la prevalencia alcanzase el máximo histórico de la serie (6,8%) y de que en 2015 se corrigiese ligeramente bajando hasta el 6%, se mantiene estable situándose en el 5,9%.

Por último, un 2,1% de la población consume cannabis de manera diaria, porcentaje idéntico al obtenido en la edición de 2015.

**Tabla 1.1.7.**

**Prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2017.**

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

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

### Edad media de inicio en el consumo

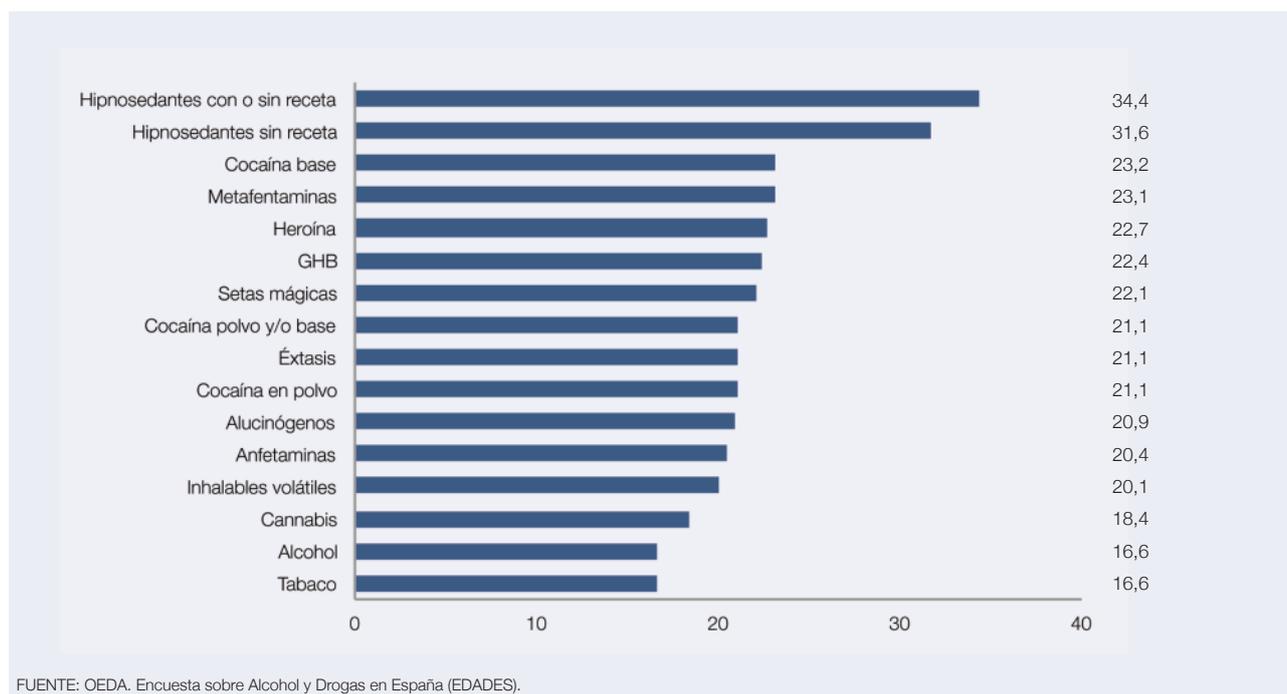
El alcohol y el tabaco son las sustancias que empiezan a consumirse de forma más precoz, 16,6 años para ambas sustancias, manteniéndose las cifras estables a lo largo de toda la serie histórica.

En cuanto a las drogas ilegales, el cannabis es la sustancia que empieza a consumirse a una edad más temprana (18,4 años). La edad de inicio de consumo se ha mantenido entre los 18 y los 19 años a lo largo de toda la serie histórica.

En el lado opuesto, los hipnosedantes con o sin receta médica son las sustancias psicoactivas que, por término medio, comienzan a consumirse a una edad más avanzada, 34,4 años, siendo ligeramente inferior la edad media de inicio en el consumo de hipnosedantes sin receta (31,6 años).

**Figura 1.1.1.**

**Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años (años). España, 2017.**



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

Analizando la edad media de inicio en el consumo de las diferentes drogas en función del sexo del individuo, se aprecia que son los hombres los que comienzan a consumir antes aquellas sustancias psicoactivas que registran mayores prevalencias (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína). Incluso en el caso de los hipnosedantes, para los que se registra mayor prevalencia de consumo entre las mujeres, los hombres empiezan a consumirlos con menor edad que las mujeres.

**Tabla 1.1.8.**

**Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años, según sexo. España, 2017.**

	H	M
Tabaco	16,3	16,8
Alcohol	15,9	17,3
Cannabis	18,0	19,1
Inhalables volátiles	20,2	19,8
Anfetaminas	20,4	20,4
Alucinógenos	20,4	22,1
Cocaína en polvo	20,8	21,7
Éxtasis	21,0	21,4
Cocaína polvo y/o base	20,9	21,8
Setas mágicas	21,7	23,3
GHB	22,8	20,7
Heroína	22,7	22,4
Metanfetaminas	23,0	23,5
Cocaína base	22,6	25,4
Hipnosedantes sin receta	30,1	33,0
Hipnosedantes con o sin receta	33,6	34,9

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

**Tabla 1.1.9.**

**Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años. España, 1995-2017.**

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
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
Alcohol	-	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7	16,7	16,6	16,6
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
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
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
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
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
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
Cocaína polvo y/o base	-	-	-	-	-	-	-	20,9	21,0	21,3	20,8	21,1
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
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
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
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	33,8	34,5	34,5	35,2	35,6	34,4

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

## Diferencias en el consumo por sexo y edad

### Diferencias en el consumo por sexo

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

Tabla 1.1.10.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2011-2017.

	2011		2013		2015		2017	
	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
Alcohol	94,0	87,7	95,0	91,3	95,3	91,7	93,6	88,8
Hipnosedantes con o sin receta	13,7	25,4	16,8	27,6	13,6	23,9	15,9	25,6
Hipnosedantes sin receta	2,1	2,6	2,6	2,8	3,3	4,9	2,8	3,2
Cannabis	35,4	19,2	37,9	22,7	40,1	22,8	43,6	26,8
Éxtasis	5,1	2,0	6,3	2,2	5,3	1,8	5,3	1,9
Alucinógenos	4,4	1,4	5,8	1,8	5,7	1,8	6,6	2,3
Anfetaminas/speed	4,8	1,7	5,7	1,8	5,4	1,9	5,8	2,1
Cocaína polvo y/o base	12,8	4,7	15,0	5,4	13,4	4,7	14,6	5,9
Cocaína en polvo	12,7	4,7	14,9	5,4	13,3	4,6	14,3	5,7
Cocaína base	1,5	0,3	1,7	0,3	1,4	0,3	1,8	0,7
Setas mágicas	3,5	1,2	2,9	0,8	3,0	1,0	3,8	1,1
Metanfetaminas	1,2	0,3	0,8	0,1	1,0	0,2	1,9	0,5
GHB	-	-	0,9	0,2	1,0	0,2	0,7	0,2
Heroína	0,9	0,2	1,2	0,2	1,0	0,3	0,8	0,3
Inhalables volátiles	1,1	0,4	0,9	0,3	0,7	0,2	0,9	0,3

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

En primer lugar cabe destacar que el alcohol es la sustancia que obtiene una mayor prevalencia tanto entre los hombres (93,6%) como entre las mujeres (88,8%), habiendo sido consumida alguna vez en la vida por la gran mayoría de la población de ambos sexos.

Es el cannabis la sustancia para la que se obtiene la mayor diferencia de prevalencias entre ambos sexos (el 43,6% de los hombres han consumido cannabis alguna vez en la vida frente al 26,8% de mujeres), lo que se traduce en una diferencia de casi 17 puntos porcentuales. Evolutivamente, en esta edición se ha registrado en ambos sexos el máximo histórico de consumo de cannabis desde el año 2011.

Otra diferencia considerable es la registrada para el consumo de tabaco, siendo de más de 10 puntos porcentuales la diferencia entre la prevalencia de los hombres y de las mujeres (74,8% y 64,5%, respectivamente). Esta diferencia se ha mantenido bastante estable a lo largo de los años.

Históricamente, en comparación con las mujeres, también se registra un mayor porcentaje de hombres que ha consumido alguna vez en su vida cocaína polvo y/o base. Alrededor del 15% de hombres manifiesta haberla consumido frente

al 5,9% de las mujeres. En 2017, respecto a 2015, se ha visto incrementado el consumo de esta sustancia psicoactiva tanto entre hombres como entre mujeres.

Finalmente, como ya se ha mencionado anteriormente, los hipnosedantes son consumidos por una mayor proporción de mujeres que de hombres, siendo la diferencia entre ambos sexos de alrededor de 10 puntos porcentuales: 1 de cada 4 mujeres ha consumido alguna vez en su vida hipnosedantes, frente al 15,9% de los hombres que manifiestan haberlos consumido alguna vez.

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

**Tabla 1.1.11.**

**Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1995-2017.**

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2017	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	-	-	55,0	38,7	50,3	39,2	51,5	40,5	53,0	42,6	47,2	37,5	46,0	37,6	48,4	37,0	44,2	36,0	44,2	37,2	44,4	36,0	46,0	35,8
Alcohol	79,3	58,0	86,4	70,5	83,2	67,2	85,2	70,9	84,5	68,4	84,0	69,2	80,4	66,4	84,4	72,7	83,2	69,9	83,2	73,4	82,9	72,1	81,3	69,2
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,5	6,7	6,8	11,5	4,6	9,3	7,6	15,3	8,5	16,0	8,3	15,8	8,1	14,1
Hipnosedantes sin receta	8,2	1,6	2,3	2,4	2,3	2,4	2,5	3,1	2,9	3,3	1,1	1,3	1,2	1,4	1,9	1,9	1,1	1,2	1,1	1,3	1,6	2,9	1,2	1,4
Cannabis	10,7	4,4	10,7	4,7	9,6	4,3	13,0	5,5	16,2	6,3	15,7	6,6	13,6	6,6	14,8	6,2	13,6	5,5	12,9	5,4	13,3	5,6	15,4	6,6
Éxtasis	1,9	0,7	1,2	0,5	1,2	0,5	2,8	0,7	2,0	0,8	1,8	0,6	1,6	0,5	1,4	0,3	1,0	0,4	1,0	0,3	0,9	0,3	1,0	0,3
Alucinógenos	1,1	0,4	1,4	0,4	0,8	0,4	1,2	0,2	0,9	0,3	1,1	0,4	0,9	0,3	0,7	0,2	0,6	0,2	0,5	0,1	0,8	0,3	0,7	0,2
Anfetaminas/speed	1,3	0,7	1,4	0,4	1,0	0,4	1,6	0,6	1,1	0,5	1,4	0,5	1,3	0,3	1,0	0,3	0,9	0,3	0,8	0,4	0,8	0,3	0,8	0,2
Cocaína (polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,7	1,6	4,2	1,0	3,6	0,9	3,3	1,0	3,1	0,9	3,4	1,0
Cocaína en polvo	2,7	1,0	2,6	0,6	2,3	0,8	3,8	1,3	4,1	1,2	4,6	1,3	4,4	1,5	4,2	1,0	3,6	0,9	3,3	0,9	2,9	0,9	3,2	0,8
Cocaína base	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,7	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,4	0,2
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,2	0,3	0,1	0,5	0,2	0,4	0,1
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,1
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Heroína	0,8	0,3	0,4	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
Inhalables volátiles	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0

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

La diferencia más notable se registra para el consumo de alcohol (12,1 puntos), pues el 81,3% de los hombres declara haber consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses, proporción que se reduce hasta el 69,2% en el caso de las mujeres que, además, han registrado en 2017 un descenso de 2,9 puntos de prevalencia con respecto a la cifra de 2015.

También en el caso del tabaco se observan mayores prevalencias de consumo entre los hombres (46,0%) que entre las mujeres (35,8%). En términos evolutivos, este diferencial ha aumentado en 1,3 puntos con respecto a 2015, debido a un incremento de 1,6 puntos en la proporción de hombres que habían fumado en el último año y a un ligero descenso en la proporción de mujeres consumidoras que además registra el mínimo de la serie histórica para este colectivo (35,8%).

El consumo de cannabis también está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, situándose el diferencial en los 8,8 puntos. Evolutivamente, esta diferencia es similar a la que se viene observando desde 2009, si bien se ha visto incrementada en 1,1 respecto al dato de 2015 ya que, aun habiendo aumentado la prevalencia de consumo en ambos sexos en 2017, este incremento ha sido el doble entre los hombres (de 13,3% en 2015 a 15,4% en 2017) que entre las mujeres (de 5,6% a 6,6% en 2017).

El consumo de cocaína en polvo destaca por su carácter residual entre las mujeres (0,8%), encontrándose más extendido entre los varones (3,2%). Respecto a 2015 se produce un ligero incremento para ambos sexos.

En el caso de los hipnosedantes, la prevalencia de consumo está más extendida entre las mujeres que entre los hombres, situándose el diferencial en los 6 puntos (14,1% frente a 8,1%). En términos evolutivos, el consumo entre las mujeres se ha visto reducido en 1,7 puntos respecto al dato de 2015, manteniéndose estable en el caso de los hombres (8,3% en 2015), lo que ha supuesto una reducción de la diferencia entre ambos sexos de 1,5 puntos respecto al obtenido en las dos ediciones anteriores.

De nuevo, para los consumos realizados 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, el mayor diferencial entre hombres y mujeres se registra para el alcohol. El 71,5% de los varones reconoce haber consumido alguna bebida alcohólica durante este periodo, reduciéndose esta proporción hasta el 54,0% en el caso de las mujeres.

Tabla 1.1.12.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1997-2017.

	1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2017	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	51,4	34,4	45,0	35,2	46,5	36,3	47,9	37,9	43,1	33,6	42,6	34,3	44,7	34,0	41,4	33,7	41,7	34,8	42,6	34,3	43,8	33,8
Alcohol	75,8	52,1	74,4	49,1	76,4	50,9	75,8	52,1	76,0	52,9	71,3	52,8	74,0	52,2	73,2	51,2	73,4	55,3	71,3	52,8	71,5	54,0
Hipnosedantes con/sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	2,3	5,1	5,4	10,8	3,2	7,0	5,2	11,4	5,8	12,1	5,4	10,8	5,4	9,7
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,8	0,6	0,5	0,8	1,1	0,5	0,8
Cannabis	6,7	2,5	6,2	2,8	9,4	3,4	11,3	3,9	12,5	4,7	10,0	4,2	11,0	4,0	10,2	3,8	9,8	3,4	10,7	3,9	12,9	5,3
Éxtasis	0,5	0,1	0,3	0,2	1,3	0,3	0,5	0,2	0,9	0,3	0,6	0,2	0,5	0,2	0,4	0,2	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1
Alucinógenos	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0
Anfetaminas/speed	0,4	0,1	0,4	0,2	0,9	0,2	0,4	0,1	0,6	0,2	0,4	0,1	0,4	0,2	0,4	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1
Cocaína (polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,5	0,8	2,0	0,4	1,8	0,5	1,7	0,4	1,5	0,3	1,8	0,4
Cocaína en polvo	1,5	0,2	1,3	0,4	2,2	0,5	1,6	0,5	2,5	0,7	2,5	0,8	2,0	0,4	1,8	0,5	1,7	0,4	1,4	0,3	1,8	0,4
Cocaína base	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Heroína	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Inhalables volátiles	0,1	0,0	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	0,0	0,0

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

También el consumo de tabaco se encuentra más extendido entre los hombres que entre las mujeres, situándose la diferencia entre ambos sexos en los 10 puntos porcentuales (43,8% entre los hombres y 33,8% entre las mujeres).

El 12,9% de los hombres reconoce haber consumido cannabis en el último mes, proporción que se reduce a más de la mitad entre las mujeres (5,3%). En términos evolutivos cabe destacar que, en ambos grupos, se ha mantenido la tendencia creciente de consumo iniciada en 2015 y que registra en 2017 las cifras más elevadas de la serie histórica.

En cuanto a los hipnosedantes con o sin receta se registra mayor prevalencia de consumo en el último mes entre las mujeres (9,7%) que entre los hombres (5,4%). En el caso de los hombres el consumo se ha mantenido estable desde 2011, con porcentajes situados por encima del 5% pero siempre por debajo del 6%. Sin embargo, entre las mujeres, continúa el descenso del porcentaje de consumidoras iniciado en 2015 y que da lugar en 2017 a la cifra de prevalencia más baja para este grupo desde 2011.

### 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 y el cannabis.

En el caso del tabaco, vemos que el 62,3% de los ciudadanos de 15 a 34 años ha fumado tabaco en alguna ocasión, proporción que se incrementa hasta el 73,4% entre los de 35 a 64 años. Esta gran diferencia entre los dos grupos de edad se viene observando desde el año 2009, y se ha ido incrementando desde el año 2013 alcanzándose en esta edición el máximo histórico.

**Tabla 1.1.13.**

**Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1995-2017.**

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2017	
	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	-	-	72,7	66,9	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
Alcohol	-	-	91,4	89,9	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
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12,1	24,1	13,4	27,0	10,8	22,8	12,4	25,0
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,3	2,5	2,3	2,8	2,6	4,8	2,5	3,2
Cannabis	22,9	6,1	32,4	14,4	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
Éxtasis	3,5	0,5	4,8	0,4	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
Alucinógenos	3,3	0,9	4,7	1,3	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
Anfetaminas/speed	3,7	1,0	4,2	1,3	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
Cocaína en polvo	5,4	1,4	5,5	1,6	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
Cocaína base	0,5	0,1	0,7	0,2	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
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,3	1,2	3,2	1,1	3,0	1,6	3,1	2,1
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	0,5	0,7	0,4	0,9	0,5	1,5	1,0
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,5	0,7	0,6	0,6	0,4
Heroína	1,4	0,2	0,9	0,3	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
Inhalables volátiles	1,1	0,3	1,3	0,3	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

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

La situación inversa se da en el caso del cannabis, siendo una sustancia con mayor prevalencia de consumo entre la población menor de 35 años (el 42% reconoce haber consumido cannabis alguna vez en la vida) que entre los de 35 a 64 años, para los que el indicador se reduce en 10,2 puntos (31,8%). Aunque a lo largo de toda la serie histórica se observa que el consumo de cannabis se encuentra más extendido entre la población más joven, destaca en 2017 que la prevalencia de consumo en el grupo de 35 a 64 años ha superado el 30% por primera vez desde 2005 (31,8%).

Al comparar las prevalencias de consumo del resto de drogas ilegales en ambos grupos de edad se registran las menores diferencias de la serie histórica, sin superarse en ningún caso el punto porcentual. En el caso del éxtasis, en 2009 la prevalencia de consumo en el grupo de los más jóvenes superaba en 5,8 puntos la registrada entre los de 35 a 64 años (8,4% frente a 2,6%), mientras que en 2017 la diferencia entre ambas es de 0,8 puntos (4,1% frente a 3,3%).

Algo similar se observa para el caso de la cocaína en polvo, pues mientras en 2009 se registraba el mayor diferencial en el indicador entre ambos colectivos, ya que la prevalencia entre los de 15 a 34 años (13,5%) superaba en 5,6 puntos la registrada entre los de 35 a 64 años (7,9%), en 2017 esta diferencia se ve reducida, siendo incluso superior en una décima el porcentaje de consumidores de esta sustancia en el grupo de 35 a 64 años (10% frente a 9,9% entre los de 15 a 34 años).

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 caso del cannabis. El 7,4% del colectivo de 35 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez en el último año, proporción que aumenta hasta el 18,3% entre los menores de 35 años. En términos evolutivos, sin embargo, esta diferencia se ha reducido ligeramente con respecto a 2015 debido a un repunte de 1,9 puntos en el consumo de esta sustancia en el grupo de 35 a 64 años.

Tabla 1.1.14.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1995-2017.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2017	
	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	-	-	54,5	39,9	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
Alcohol	72,9	64,1	82,5	74,9	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
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,3	14,5	6,4	15,5	6,3	15,0	6,5	13,4
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	1,2	1,1	1,3	1,4	2,7	1,2	1,3
Cannabis	12,7	2,3	14,2	1,8	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
Éxtasis	2,4	0,1	1,8	0,0	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
Alucinógenos	1,3	0,2	1,8	0,1	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
Anfetaminas/speed	1,8	0,2	1,8	0,1	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
Cocaína en polvo	3,1	0,5	2,9	0,5	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
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	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
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	0,1	0,5	0,1	0,7	0,2	0,5	0,1
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,4	0,1
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Heroína	0,9	0,1	0,4	0,1	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
Inhalables volátiles	0,2	0,1	0,4	0,0	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

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

En el caso del tabaco, su consumo en los últimos 12 meses está extendido de modo similar en ambos grupos de edad (41,5% en el de 15 a 34 años y 40,6% en el de 35 a 64 años). En términos evolutivos, ha de destacarse que esta diferencia ha pasado de ser de 9 puntos en 2005 a no superar el punto porcentual en 2017 debido, sobre todo, al progresivo descenso del porcentaje de consumidores de tabaco en el grupo de 15 a 34 años. La diferencia se mantiene en niveles similares a los observados en 2015.

En el caso de la cocaína en polvo en los 12 últimos meses, la diferencia entre los dos grupos de edad se ha reducido ligeramente respecto al dato de 2015. Se ha experimentado un ligero descenso de su consumo en el grupo de 15 a 34 años, de 3,0% en 2015 a 2,7% en 2017, alcanzándose así el mínimo histórico de la serie para este grupo de edad, y un discreto incremento en el grupo de los mayores de 34 años, de 1,3% en 2015 a 1,7% en 2017.

En cuanto al éxtasis, entre los de 35 a 64 años su prevalencia de consumo continúa manteniéndose por debajo del 0,5%, tal y como viene ocurriendo a lo largo de toda la serie histórica. Por su parte, entre los de 15 a 34 años continúa el descenso iniciado en 2001 y se alcanza así en 2017 la menor prevalencia de consumo para este grupo (1,2%).

Cuando se comparan las prevalencias entre ambos colectivos en los últimos 30 días se observa que el consumo de alcohol es muy similar en ambos estratos (62,7% entre los de 15 a 34 años y 62,8% entre los de 35 a 64 años).

**Tabla 1.1.15.**

**Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según grupo de edad (%). España, 1997-2017.**

	1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015		2017	
	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	49,6	36,9	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
Alcohol	66,7	61,6	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
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,4	11,3	3,4	12,0	3,3	10,6	3,4	9,6
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,8	0,4	0,6	0,7	1,0	0,5	0,7
Cannabis	8,5	1,1	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
Éxtasis	0,6	0,0	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
Alucinógenos	0,4	0,0	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
Anfetaminas/speed	0,5	0,0	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	0,5	0,1	0,4	0,1
Cocaína en polvo	1,6	0,2	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
Cocaína base	0,1	0,0	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	0,1	0,1	0,1	0,1
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,0	0,2	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Heroína	0,2	0,1	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	0,1	0,1	0,0	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,0	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

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

También el consumo de tabaco está igualmente extendido entre ambos colectivos, situándose su diferencial en 0,5 puntos (38,5% entre los menores de 35 años y 39,0% entre los de 35 a 64 años). Históricamente, sí se han registrado diferencias importantes entre ambos grupos, llegándose a registrar, en 1997, una prevalencia de consumo entre los menores de 35 años 12,7 puntos mayor que la registrada en el grupo de 35 a 64 años. Sin embargo, el progresivo descenso de la extensión de consumo de tabaco en el estrato de menor edad ha hecho que este diferencial se haya ido atenuando hasta verse reducido a 0,2 puntos en 2015 y 2017.

Entre las sustancias ilegales, la única sustancia para la que se observan diferencias entre ambos colectivos es en el cannabis. La extensión de su consumo entre la población menor de 35 años es de 14,6% reduciéndose a más de la mitad en el estrato de mayor edad (6,3%). Esta diferencia se mantiene estable respecto a lo observado en las últimas mediciones, si bien, respecto al 2015 se registra un incremento de 1,7 puntos en su prevalencia de consumo dentro del grupo de 15 a 34 años y de 1,9 puntos en el colectivo de mayor edad, registrándose así el máximo de la serie histórica para el grupo de 35 a 64 años.

## Diferencias en el consumo (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.

En la edad media de inicio de consumo de tabaco, la Región de Murcia es la comunidad autónoma que registra la menor edad (15,9 años); en el lado opuesto, en la ciudad autónoma de Melilla, el primer consumo de tabaco ronda los 18 años por término medio.

**Tabla 1.1.16.**

**Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2017.**

	Tamaño muestra	Edad media inicio consumo tabaco	Edad media inicio consumo tabaco diario	Edad media inicio consumo bebidas alcohólicas	Edad media inicio consumo cannabis
Andalucía	2.188	16,9	18,5	16,9	18,2
Aragón	846	16,3	17,9	16,0	18,2
Asturias	763	16,5	18,5	16,4	19,5
Baleares	803	17,5	18,5	16,8	18,9
Canarias	1.129	16,7	17,9	17,1	17,9
Cantabria	984	16,1	17,7	16,3	18,2
Castilla y León	1.155	16,2	18,4	16,3	19,1
Castilla-La Mancha	1.574	16,2	18,3	16,6	18,4
Cataluña	2.053	16,7	18,6	16,7	18,5
C. Valenciana	1.701	16,4	19,2	16,1	18,5
Extremadura	805	16,3	18,1	17,2	18,8
Galicia	1.240	16,8	20,0	16,5	18,5
Madrid	1.940	16,5	18,3	16,6	18,2
Murcia	929	15,9	18,0	16,2	17,8
Navarra	613	17,3	20,4	16,7	18,8
Pais Vasco	1.122	16,3	18,1	16,2	18,1
La Rioja	428	17,0	19,4	16,7	19,6
Ceuta	487	17,1	18,6	17,3	18,6
Melilla	489	17,9	19,8	17,8	18,1
Media España	21.249	16,6	18,6	16,6	18,4

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

En cuanto a la edad de inicio del consumo diario se aprecia una mayor diferencia entre las comunidades (entre 17,7 años y 20,4 años), siendo Cantabria la comunidad autónoma en la que se inicia este hábito de forma más temprana (17,7 años) y Navarra en la que se registra una edad de inicio de consumo diario de tabaco más tardía (20,4 años).

El primer consumo de alcohol entre la población se sitúa entre los 16 y los 18 años. La comunidad autónoma en la que más precozmente se inicia el consumo del alcohol es Aragón (16 años), mientras que la edad de inicio más tardía se registra en Melilla (17,8 años).

### Consumo de bebidas alcohólicas

La prevalencia de consumo del alcohol alguna vez en la vida se sitúa en la mayoría de las comunidades por encima del 90%, siendo Asturias y Baleares las que registran una mayor prevalencia (96,6%), mientras que Melilla obtiene la menor de las prevalencias en España (37,7%).

En el marco temporal de los últimos 12 meses, al igual que ocurría alguna vez en la vida, Baleares es la comunidad en la que se aprecia una mayor prevalencia (89,3%), mientras que de nuevo la comunidad que tienen una menor prevalencia es Melilla (29,7%).

Comunidad Valenciana, Baleares y Asturias son las comunidades autónomas que registran una mayor prevalencia en los últimos 30 días (en torno al 70%). Por el contrario, las proporciones de consumo menores se encuentran en Canarias, Ceuta y Melilla (inferiores al 50%).

**Tabla 1.1.17.**

**Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2017.**

	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	C95% inferior	C95% superior	Prevalencia	C95% inferior	C95% superior
Andalucía	85,8	84,3	87,3	69,1	67,2	71,0	57,5	55,4	59,6
Aragón	89,3	87,2	91,4	75,7	73,9	78,5	64,0	60,8	67,2
Asturias	96,6	95,3	97,9	84,3	82,7	86,8	69,0	65,7	72,3
Baleares	96,6	95,3	97,8	89,3	88,1	91,5	70,4	67,2	73,6
Canarias	94,2	92,8	95,5	62,7	60,7	65,5	47,8	44,9	50,7
Cantabria	96,3	95,1	97,4	78,9	77,2	81,5	58,9	55,9	62,0
Castilla y León	96,2	95,1	97,3	83,9	82,3	86,0	68,8	66,1	71,4
Castilla-La Mancha	89,7	88,2	91,2	63,9	61,9	66,2	53,4	51,0	55,9
Cataluña	91,0	89,7	92,2	76,0	74,2	77,8	64,1	62,0	66,2
C. Valenciana	94,2	93,1	95,3	81,7	80,0	83,5	71,1	68,9	73,3
Extremadura	90,3	88,3	92,3	69,4	67,5	72,6	55,6	52,2	59,1
Galicia	94,4	93,1	95,7	80,2	78,6	82,4	66,0	63,4	68,6
Madrid	91,0	89,7	92,2	75,7	73,9	77,6	65,5	63,4	67,6
Murcia	92,0	90,2	93,7	73,8	71,9	76,6	59,3	56,2	62,5
Navarra	92,0	89,8	94,1	77,1	75,3	80,4	63,7	59,9	67,5
País Vasco	93,9	92,5	95,3	81,8	80,2	84,0	65,3	62,6	68,1
La Rioja	89,7	86,8	92,6	76,8	75,0	80,8	68,2	63,8	72,6
Ceuta	73,0	69,0	76,9	62,6	60,6	66,9	45,1	40,6	49,5
Melilla	37,7	33,4	42,0	29,7	27,8	33,8	22,0	18,3	25,7
Media España	91,2	90,8	91,6	75,2	73,4	75,8	62,7	62,1	63,4

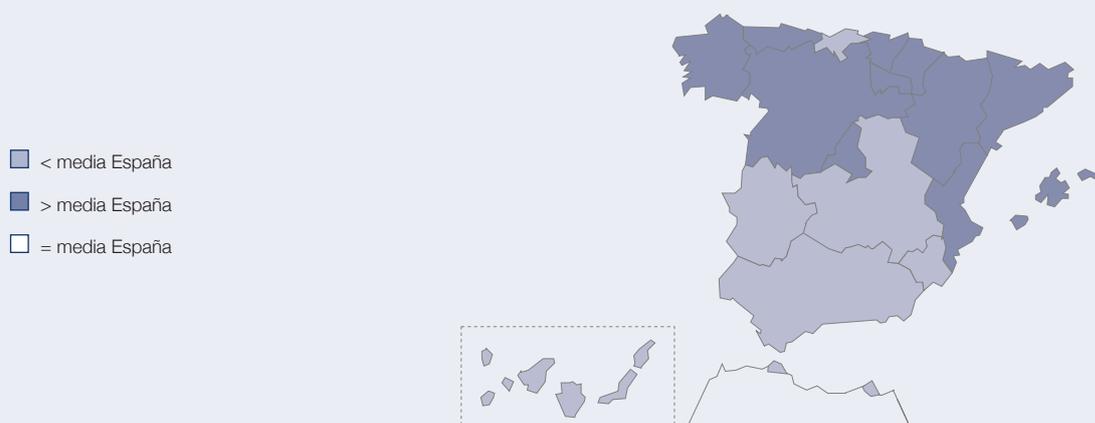
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.18.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2017.

	Últimos 30 días
Andalucía	57,5
Aragón	64,0
Asturias	69,0
Baleares	70,4
Canarias	47,8
Cantabria	58,9
Castilla y León	68,8
Castilla-La Mancha	53,4
Cataluña	64,1
C. Valenciana	71,1
Extremadura	55,6
Galicia	66,0
Madrid	65,5
Murcia	59,3
Navarra	63,7
País Vasco	65,3
La Rioja	68,2
Ceuta	45,1
Melilla	22,0
Media España	62,7

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS ÚLTIMOS 30 DIAS



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

En los últimos 12 meses, las comunidades autónomas que superan en mayor medida la media nacional de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) son Navarra, Asturias y Castilla y León.

En relación a la prevalencia de **borracheras** en los últimos 30 días, cabe destacar que Navarra es la comunidad autónoma que registra un mayor porcentaje de personas que se han emborrachado en el último mes, mientras que Melilla registra el menor porcentaje (inferior al 1%).

En cuanto al **binge drinking**, considerado como el consumo de 5 o más bebidas alcohólicas (si eres hombre) o 4 o más bebidas alcohólicas (si eres mujer) en una misma ocasión durante los últimos 30 días, se observan mayores prevalencias en Navarra, Extremadura, La Rioja y Castilla-La Mancha. Las comunidades que más se alejan por debajo de la media, son Melilla, Ceuta y Canarias.

Finalmente, las comunidades que cuentan con las mayores prevalencias para el **botellón** en los últimos 12 meses son Ceuta, Baleares, Extremadura y Castilla La Mancha, registrando las cifras más bajas en Melilla, Asturias y Cataluña, con porcentajes por debajo al 6%.

**Tabla 1.1.19.**

**Prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2017.**

	Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	Prevalencia	C95% inferior	C95% superior	Prevalencia	C95% inferior	C95% superior
Andalucía	18,9	17,2	20,5	7,4	6,3	8,5
Aragón	14,8	12,4	17,2	4,7	3,3	6,2
Asturias	21,2	18,3	24,1	7,3	5,4	9,1
Baleares	20,6	17,8	23,4	5,2	3,7	6,7
Canarias	15,0	12,9	17,1	5,8	4,4	7,2
Cantabria	20,8	18,2	23,3	7,9	6,2	9,6
Castilla y León	21,1	18,7	23,4	6,0	4,7	7,4
Castilla La Mancha	17,5	15,7	19,4	6,5	5,3	7,8
Cataluña	16,5	14,9	18,1	7,7	6,6	8,9
C. Valenciana	19,3	17,4	21,2	8,0	6,7	9,3
Extremadura	20,3	17,6	23,1	6,8	5,1	8,5
Galicia	15,9	13,8	17,9	5,9	4,6	7,2
Madrid	19,3	17,6	21,1	7,0	5,9	8,2
Murcia	18,8	16,2	21,3	5,9	4,4	7,4
Navarra	36,5	32,7	40,3	18,3	15,3	21,4
País Vasco	20,4	18,1	22,8	5,6	4,2	6,9
La Rioja	17,6	14,0	21,2	7,3	4,9	9,8
Ceuta	16,1	12,8	19,3	5,0	3,1	6,9
Melilla	4,5	2,7	6,4	0,8	0,0	1,6
Media España	18,6	18,1	19,1	7,1	6,7	7,4

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

Tabla 1.1.20.

Prevalencia de borracheras en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2017.

	Últimos 30 días
Andalucía	7,4
Aragón	4,7
Asturias	7,3
Baleares	5,2
Canarias	5,8
Cantabria	7,9
Castilla y León	6,0
Castilla-La Mancha	6,5
Cataluña	7,7
C. Valenciana	8,0
Extremadura	6,8
Galicia	5,9
Madrid	7,0
Murcia	5,9
Navarra	18,3
País Vasco	5,6
La Rioja	7,3
Ceuta	5,0
Melilla	0,8
Media España	7,1

PREVALENCIA DE BORRACHERAS ÚLTIMOS 30 DIAS



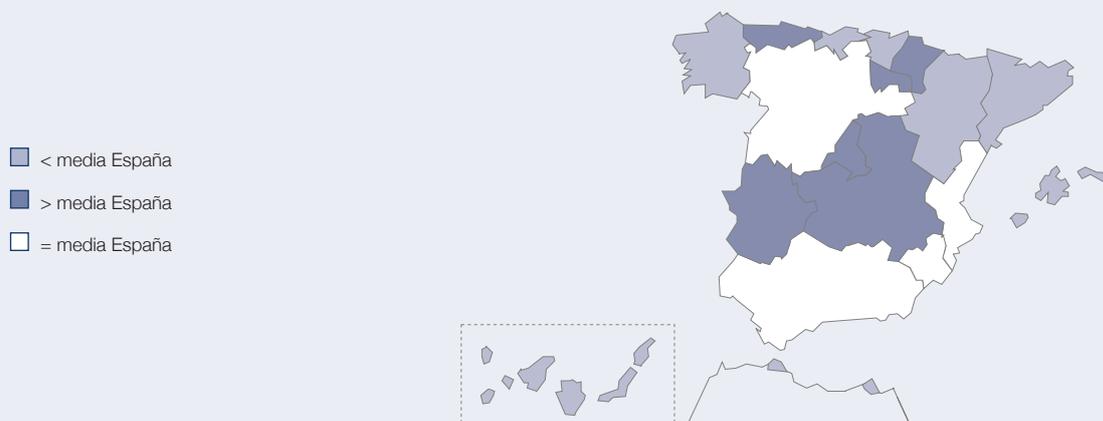
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.21.

Prevalencia de binge drinking en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2017.

	Últimos 30 días
Andalucía	15,5
Aragón	13,8
Asturias	17,0
Baleares	13,8
Canarias	10,8
Cantabria	11,7
Castilla y León	15,1
Castilla-La Mancha	18,8
Cataluña	11,5
C. Valenciana	15,1
Extremadura	21,3
Galicia	13,9
Madrid	18,3
Murcia	14,4
Navarra	24,7
País Vasco	14,4
La Rioja	19,2
Ceuta	6,9
Melilla	2,8
Media España	15,1

PREVALENCIA DE BINGE DRINKING ÚLTIMOS 30 DIAS



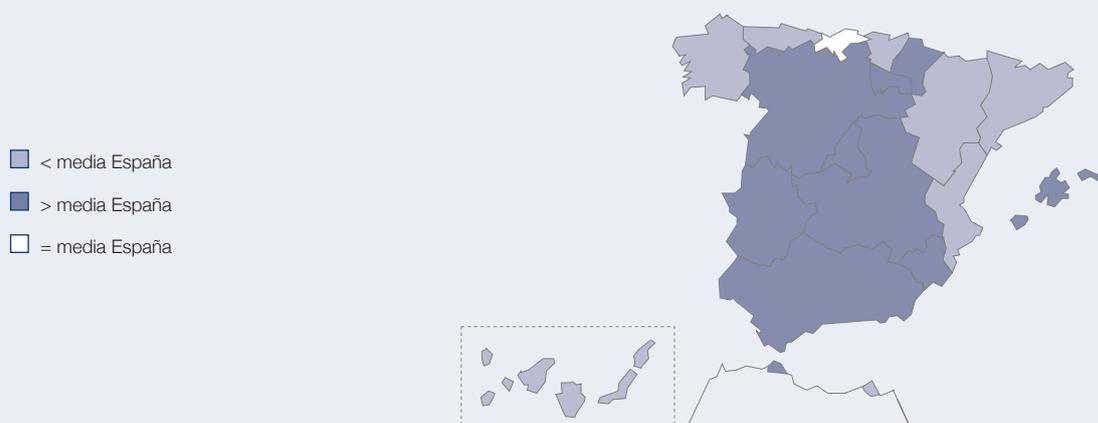
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.22.

Prevalencia de botellón en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2017.

	Últimos 12 meses
Andalucía	10,4
Aragón	6,0
Asturias	4,5
Baleares	16,1
Canarias	8,9
Cantabria	9,6
Castilla y León	9,8
Castilla-La Mancha	12,1
Cataluña	5,4
C. Valenciana	8,1
Extremadura	14,3
Galicia	8,4
Madrid	11,4
Murcia	13,9
Navarra	11,0
País Vasco	9,9
La Rioja	10,8
Ceuta	19,4
Melilla	2,6
Media España	9,4

PREVALENCIA DE BOTELLÓN ÚLTIMOS 12 MESES



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

## Consumo de tabaco

En relación al consumo de tabaco, las comunidades que registran mayores porcentajes de personas que han fumado tabaco alguna vez en la vida son Baleares, Castilla y León y Asturias. A su vez, Asturias también registra la mayor prevalencia de consumo de esta sustancia, tanto en los últimos 30 días como en consumo a diario.

Las comunidades donde la población que ha fumado alguna vez en la vida representa un menor porcentaje son La Rioja, Ceuta y Melilla.

Comunidad Valenciana, Asturias, Cantabria y Aragón son las comunidades que tienen las prevalencias más altas en el marco temporal de los últimos 12 meses. Estas cuatro comunidades también registran prevalencias superiores a la media nacional en el consumo de tabaco en los últimos 30 días y en el consumo a diario.

Respecto al consumo a diario, en línea con lo visto en los demás tramos temporales, son Ceuta, Melilla y La Rioja las comunidades que obtienen las prevalencias más bajas de consumo.

**Tabla 1.1.23.**

**Prevalencia de consumo de tabaco entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2017.**

	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	58,1	56,0	60,2	39,1	37,1	41,2	37,3	35,3	39,3	33,0	31,0	35,0
Aragón	69,5	66,4	72,6	43,5	40,2	46,9	42,0	38,7	45,4	36,8	33,5	40,0
Asturias	78,0	75,0	80,9	46,3	42,8	49,9	45,4	41,8	48,9	42,1	38,5	45,6
Baleares	88,1	85,9	90,3	43,0	39,6	46,5	38,9	35,5	42,2	34,3	31,0	37,6
Canarias	72,2	69,6	74,8	36,9	34,0	39,7	35,4	32,6	38,2	31,2	28,5	33,9
Cantabria	69,2	66,3	72,1	43,6	40,5	46,7	40,9	37,8	43,9	33,9	30,9	36,8
Castilla y León	78,5	76,2	80,9	39,4	36,5	42,2	36,4	33,6	39,2	33,1	30,4	35,8
Castilla-La Mancha	68,0	65,7	70,3	40,6	38,2	43,1	38,4	36,0	40,8	34,7	32,4	37,1
Cataluña	70,1	68,1	72,0	40,5	38,4	42,6	38,3	36,2	40,4	32,9	30,9	34,9
C. Valenciana	77,1	75,1	79,1	47,1	44,7	49,5	45,2	42,9	47,6	38,9	36,6	41,2
Extremadura	72,3	69,2	75,4	43,2	39,8	46,6	41,6	38,2	45,0	39,1	35,8	42,5
Galicia	77,9	75,6	80,2	38,9	36,2	41,6	36,2	33,5	38,9	30,9	28,3	33,4
Madrid	65,5	63,4	67,6	40,2	38,0	42,4	38,6	36,4	40,7	33,7	31,6	35,8
Murcia	76,6	73,9	79,3	43,4	40,2	46,6	40,5	37,3	43,6	34,7	31,7	37,8
Navarra	64,1	60,3	67,9	36,5	32,7	40,3	32,6	28,9	36,3	24,2	20,8	27,5
País Vasco	76,1	73,6	78,6	40,6	37,7	43,5	38,4	35,5	41,2	34,3	31,5	37,1
La Rioja	55,7	51,0	60,4	31,4	27,0	35,8	30,0	25,6	34,3	24,3	20,3	28,4
Ceuta	51,9	47,5	56,4	34,2	30,0	38,4	32,5	28,3	36,7	20,4	16,8	24,0
Melilla	29,5	25,4	33,5	21,0	17,4	24,6	20,5	16,9	24,1	19,8	16,3	23,3
Media España	69,7	69,1	70,3	40,9	40,2	41,6	38,8	38,2	39,5	34,0	33,3	34,6

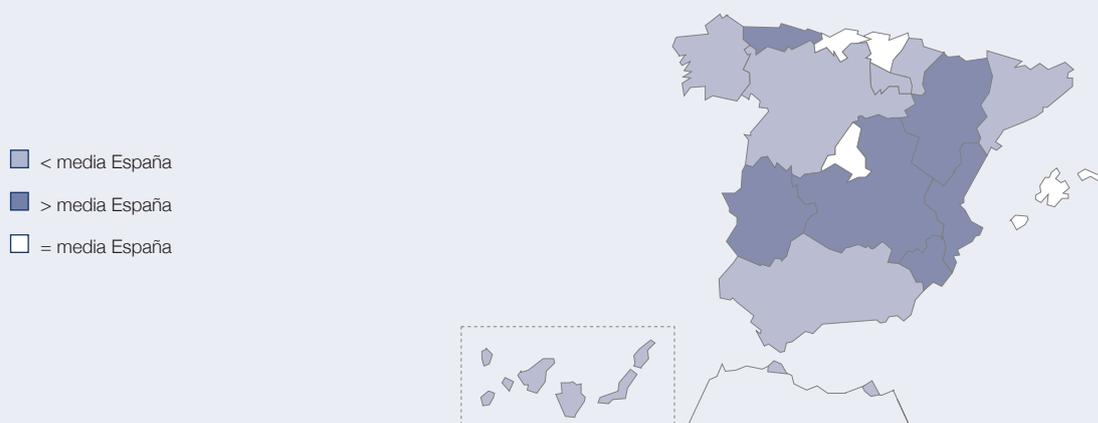
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.24.

Prevalencia de consumo de tabaco diario entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2017.

	Últimos 30 días
Andalucía	33,0
Aragón	36,8
Asturias	42,1
Baleares	34,3
Canarias	31,2
Cantabria	33,9
Castilla y León	33,1
Castilla-La Mancha	34,7
Cataluña	32,9
C. Valenciana	38,9
Extremadura	39,1
Galicia	30,9
Madrid	33,7
Murcia	34,7
Navarra	24,2
País Vasco	34,3
La Rioja	24,3
Ceuta	20,4
Melilla	19,8
Media España	34,0

PREVALENCIA DE TABACO DIARIO



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

## Consumo de cannabis

Las comunidades autónomas en las que encontramos mayores porcentajes de consumidores de cannabis alguna vez en sus vidas son Baleares, País Vasco y Asturias, todas con prevalencias iguales o superiores al 40%. En el lado opuesto, el consumo se encuentra algo menos extendido en las ciudades autónomas de Melilla y Ceuta, con unas prevalencias menores del 20%.

En el marco temporal de los últimos 30 días, las comunidades que registran unas prevalencias de consumo de cannabis superiores a la media nacional son Cataluña, Comunidad Valenciana, Canarias, Baleares y Madrid. Las menores prevalencias las tenemos en La Rioja, Melilla y Castilla y León, con porcentajes inferiores al 6%.

**Tabla 1.1.25.**

**Prevalencia de consumo de cannabis entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2017.**

	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	C95% inferior	C95% superior	Prevalencia	C95% inferior	C95% superior
Andalucía	28,2	26,3	30,1	8,8	7,6	10,0	7,0	6,0	8,1
Aragón	34,8	31,6	38,0	9,6	7,6	11,6	8,4	6,6	10,3
Asturias	40,0	36,5	43,5	9,8	7,7	11,9	7,4	5,5	9,2
Baleares	48,3	44,8	51,7	14,3	11,9	16,8	10,5	8,4	12,7
Canarias	31,3	28,6	34,0	11,3	9,5	13,2	10,6	8,8	12,4
Cantabria	36,4	33,4	39,4	10,3	8,4	12,2	9,0	7,2	10,8
Castilla y León	37,5	34,7	40,3	7,6	6,0	9,1	5,7	4,3	7,0
Castilla-La Mancha	28,9	26,6	31,1	7,8	6,4	9,1	6,7	5,5	8,0
Cataluña	39,9	37,8	42,0	14,5	12,9	16,0	11,9	10,5	13,3
C. Valenciana	39,4	37,1	41,8	12,7	11,1	14,3	11,0	9,5	12,4
Extremadura	28,4	25,2	31,5	10,0	8,0	12,1	7,8	6,0	9,7
Galicia	32,8	30,2	35,4	9,3	7,7	10,9	7,0	5,5	8,4
Madrid	34,7	32,6	36,8	12,0	10,5	13,4	10,1	8,8	11,5
Murcia	34,6	31,6	37,7	10,5	8,5	12,4	8,9	7,1	10,7
Navarra	39,8	36,0	43,7	10,9	8,4	13,4	8,2	6,1	10,4
País Vasco	44,8	41,9	47,7	11,1	9,2	12,9	9,1	7,4	10,7
La Rioja	27,5	23,3	31,7	6,4	4,1	8,7	4,9	2,9	7,0
Ceuta	17,7	14,3	21,1	7,4	5,1	9,8	6,4	4,2	8,6
Melilla	10,0	7,4	12,7	5,5	3,4	7,5	5,3	3,3	7,3
Media España	35,2	34,6	35,8	11,0	10,6	11,4	9,1	8,7	9,5

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

Tabla 1.1.26.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2017.

	Últimos 30 días
Andalucía	7,0
Aragón	8,4
Asturias	7,4
Baleares	10,5
Canarias	10,6
Cantabria	9,0
Castilla y León	5,7
Castilla-La Mancha	6,7
Cataluña	11,9
C. Valenciana	11,0
Extremadura	7,8
Galicia	7,0
Madrid	10,1
Murcia	8,9
Navarra	8,2
País Vasco	9,1
La Rioja	4,9
Ceuta	6,4
Melilla	5,3
Media España	9,1

CONSUMO DE CANNABIS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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



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

## Consumo por tipo de droga

### Bebidas alcohólicas

En 2017, el 91,2% de la población de 15 a 64 años declara haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, dato que confirma la extensión del consumo de esta sustancia en la población española. En términos evolutivos, desde 2009, la prevalencia para este tramo temporal supera el 90%. De media, la edad en la que se consume alcohol por primera vez se sitúa en los 16,6 años, habiéndose mantenido estable a lo largo de toda la serie histórica.

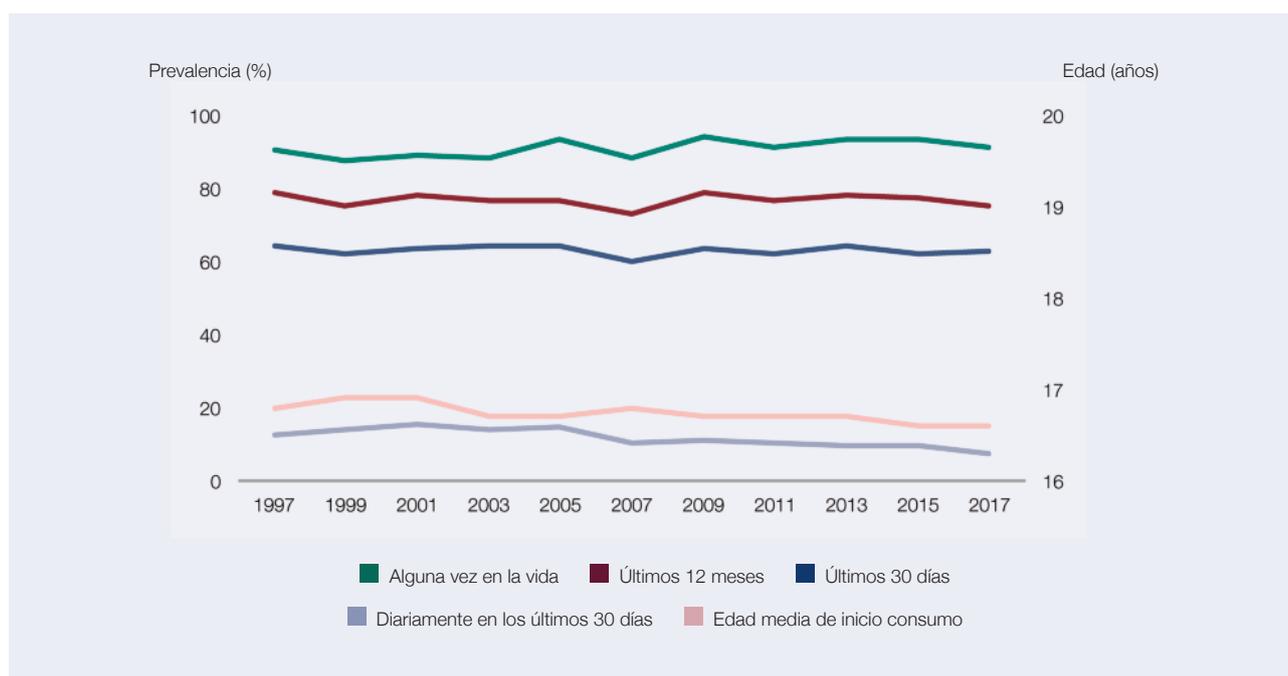
Analizando el consumo de alcohol en el último año, tres de cada cuatro personas (75,2%) declaran haber bebido alcohol en alguna ocasión durante los últimos 12 meses previos a la realización de la encuesta, cifra que ha experimentado un leve descenso con respecto al dato registrado en 2015 (77,6%).

La prevalencia de consumo de alcohol en el último mes se sitúa en el 62,7%, manteniéndose en niveles similares a los del año 2015 (62,1%).

El 7,4% de la población de España declara mantener un hábito de consumo diario de alcohol. En términos evolutivos, esta proporción ha descendido en 1,9 puntos con respecto a la que se registraba en la pasada edición (9,3% en 2015), continuando así con la tendencia descendente para este indicador que se inició en 2011 y que alcanza en 2017 el valor mínimo de toda la serie histórica.

Figura 1.1.2.

Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y edad media en el inicio de consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2017.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Alguna vez en la vida	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2	90,9	93,1	93,5	91,2
Últimos 12 meses	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7	76,6	78,3	77,6	75,2
Últimos 30 días	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60,0	63,3	62,3	64,4	62,1	62,7
Diariamente en los últimos 30 días	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0	10,2	9,8	9,3	7,4
Edad media de inicio en el consumo	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7	16,7	16,6	16,6

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

Atendiendo al **sexo**, con independencia del tramo temporal y del estrato de edad, el consumo de alcohol está más extendido entre los hombres que entre las mujeres. Las mayores diferencias de consumo en función del sexo se dan en el grupo de 55 a 64 años en todos los tramos temporales. A medida que se reduce el tramo temporal de consumo, las diferencias de consumo entre hombres y mujeres se hacen más evidentes en todos los tramos de edad.

El 93,6% de los hombres han consumido alcohol alguna vez en la vida, registrándose la máxima prevalencia para este tramo temporal entre los de 55 a 64 años (96,9%). Por su parte, entre las mujeres esta prevalencia se sitúa en el 88,8%, elevándose esta proporción hasta el 91,1% en el estrato de 45 a 54 años.

Para los consumos en los últimos 12 meses, la prevalencia entre los hombres se sitúa en el 81,3%, alcanzando su máximo en el grupo de varones de 25 a 34 años (84,0%). Entre las mujeres, la prevalencia se reduce en 12,1 puntos (69,2%), elevándose hasta el 72,8% en el grupo de 15 a 24 años. En el caso de las mujeres, se reduce la proporción de consumidoras a medida que aumenta la edad, disminuyendo así las cifras hasta el 63% en el grupo de 55 a 64 años.

El 71,5% de los hombres declara haber ingerido alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días, proporción que se reduce hasta el 64,4% entre los de 15 a 24 años y se mantiene por encima del 70% en el resto de grupos de edad. En el caso de las mujeres, este porcentaje se reduce hasta el 54%, estando por debajo del 50% sólo en el grupo de 55 a 64 años.

Finalmente, el 11,5% de los hombres declara consumo diario de alcohol, siendo esta proporción 3,5 veces superior a la que se da entre las mujeres (3,3%). Tanto en hombres como en mujeres se trata de un patrón de consumo que se hace más presente a medida que aumenta la edad (25,7% entre los hombres y 7,6% entre las mujeres de 55 a 64 años) y que podría corresponderse con el hábito, en este grupo de edad, de consumir bebidas alcohólicas a diario con las comidas.

**Tabla 1.1.27.**

**Prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.**

	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
Alguna vez en la vida	91,2	93,6	88,8	85,1	86,8	83,4	91,6	94,3	89,0	91,7	93,8	89,5	92,8	94,5	91,1	93,0	96,9	89,1
Últimos 12 meses	75,2	81,3	69,2	76,0	79,1	72,8	78,1	84,0	72,1	75,8	82,2	69,2	75,0	80,5	69,5	71,5	80,2	63,0
Últimos 30 días	62,7	71,5	54,0	59,7	64,4	54,8	65,0	73,2	56,8	64,0	73,9	53,8	64,3	72,4	56,4	59,2	71,0	47,7
Diariamente																		
en los últimos 30 días	7,4	11,5	3,3	1,3	1,8	0,7	3,3	5,3	1,2	5,3	8,1	2,4	9,6	15,2	4,0	16,5	25,7	7,6
Nunca	8,8	6,4	11,2	14,9	13,2	16,6	8,4	5,7	11,0	8,3	6,2	10,5	7,2	5,5	8,9	7,0	3,1	10,9

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

### Intoxicaciones etílicas agudas (borracheras)

En 2017 la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas en los últimos 12 meses se sitúa en el 18,6%, registrándose un ligero repunte respecto al dato de 2015, año en el que se obtuvo el dato más bajo de la serie histórica (16,8%).

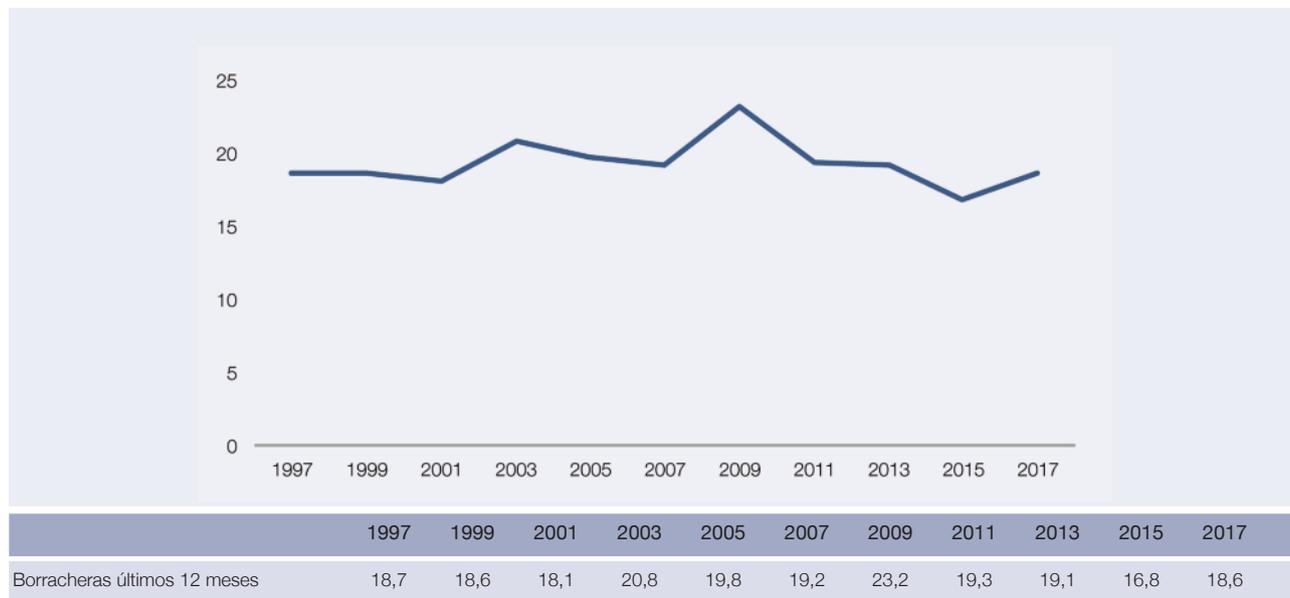
Atendiendo al **sexo**, con independencia del tramo de edad, las borracheras tienen una mayor prevalencia entre los hombres que entre las mujeres. En función de la **edad**, y con independencia del sexo, se observa que a medida que ésta aumenta la prevalencia disminuye.

Es preciso subrayar que el indicador borracheras o intoxicaciones etílicas agudas adolece de diferencias subjetivas e individuales en lo que respecta a la percepción de embriaguez. Por ello, desde la edición 2015 de EDADES se ha introducido una pregunta que pretende registrar si se han experimentado síntomas físicos concretos como consecuencia

de un consumo intensivo de alcohol que pudiera tener correspondencia objetiva con un estado de embriaguez (sensación de inestabilidad o dificultad para hablar). Así, el 16,7% de la población de 15 a 34 años ha experimentado una sensación de inestabilidad o dificultades para hablar en los últimos 12 meses, porcentaje muy similar aunque algo inferior al obtenido cuando se ha consultado directamente por las borracheras en ese mismo periodo.

Figura 1.1.3.

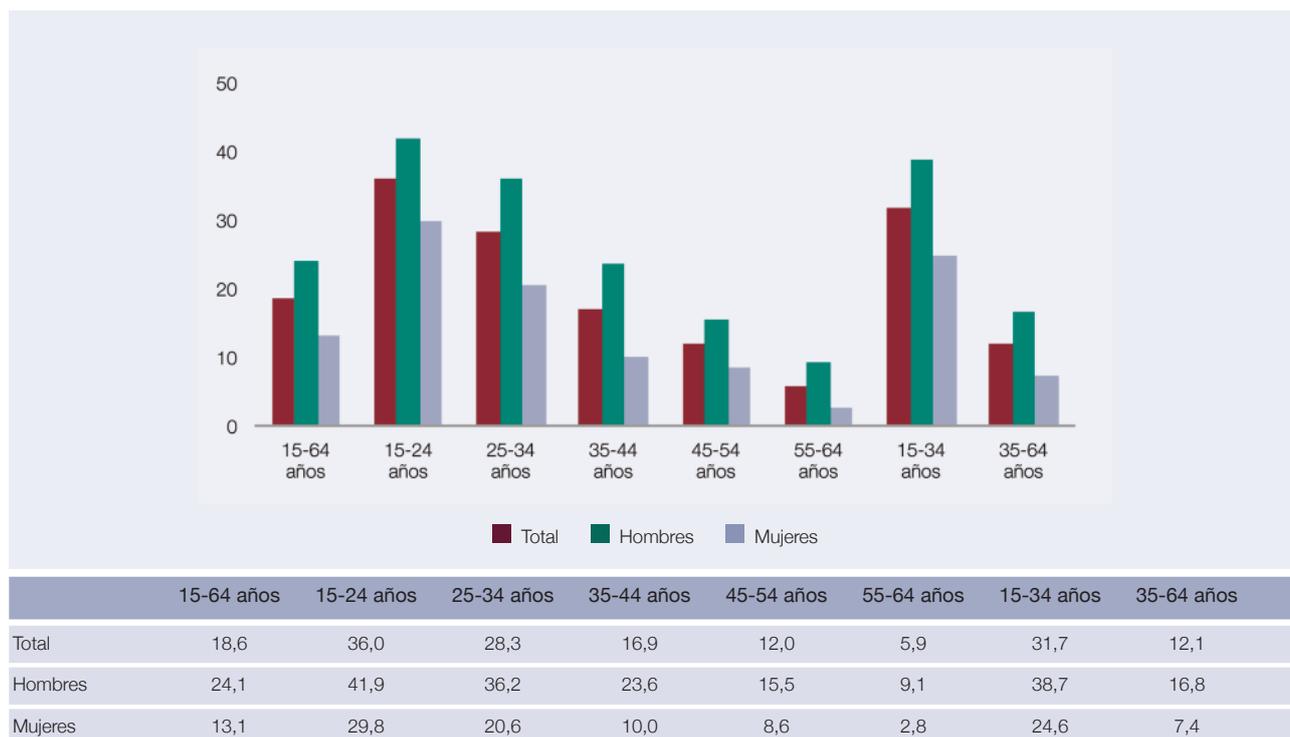
Evolución de la prevalencia de intoxicaciones étlicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2017.



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

Figura 1.1.4.

Prevalencia intoxicaciones étlicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.



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

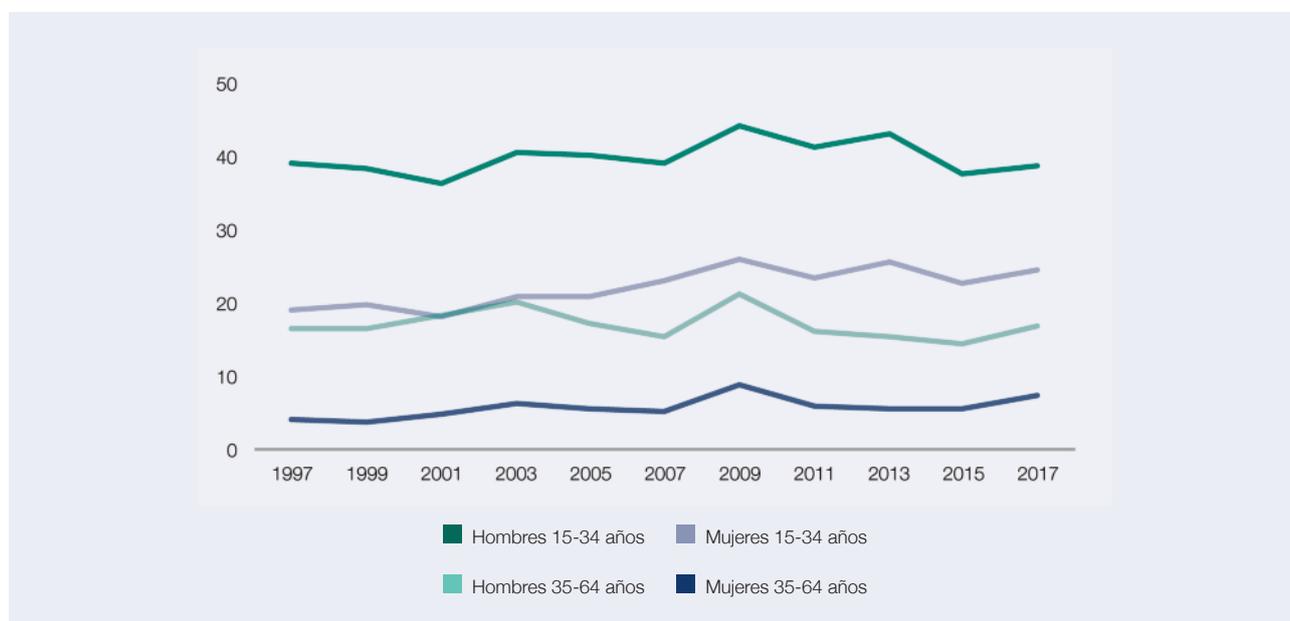
En cuanto a la evolución de la prevalencia de las intoxicaciones etílicas agudas en los 12 últimos meses diferenciando por el sexo y la edad en base a dos grupos (15 a 34 años y 35 a 64 años), se observa que para los cuatro estratos se da un ligero repunte respecto al dato registrado en 2015.

Con independencia del sexo, las intoxicaciones etílicas agudas están más extendidas en el grupo de menor edad, es decir, de 15 a 34 años. Así, los hombres de 15 a 34 años constituyen el estrato donde se da una mayor extensión de las borracheras, reconociendo el 38,7% de los varones menores de 35 años haberse emborrachado en el último año. En el mismo grupo de edad, entre las mujeres, la prevalencia se encuentra 14,1 puntos por debajo, registrando un 24,6%.

En el grupo de edad de 35 a 64 años, el 16,8% de los hombres reconoce haberse emborrachado en los últimos 12 meses. Por su parte, las mujeres mayores de 34 años constituyen el colectivo con menor prevalencia de borracheras dentro del último año (7,4%).

Figura 1.1.5.

Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 1997-2017.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Hombres 15-34 años	39,1	38,3	36,3	40,7	40,3	38,9	44,0	41,3	43,2	37,5	38,7
Mujeres 15-34 años	19,1	19,6	18,1	21,0	20,9	23,2	25,9	23,5	25,5	22,6	24,6
Hombres 35-64 años	16,5	16,6	18,3	20,2	17,1	15,2	21,2	16,2	15,4	14,4	16,8
Mujeres 35-64 años	4,1	3,6	4,9	6,3	5,5	5,0	8,8	5,9	5,5	5,4	7,4

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

Atendiendo al plazo temporal del último mes, el 7,1% 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 9,6% de los hombres reconoce haberse emborrachado en el último mes, proporción que se reduce a más de la mitad entre las mujeres (4,5%). 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.

Con independencia del sexo, las borracheras están más extendidas entre los jóvenes de 15 a 24 años, duplicándose la prevalencia entre los hombres en este grupo de edad (18,4%), y casi triplicándose en el caso de las mujeres (12,1%).

**Tabla 1.1.28.**

**Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.**

	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
Intoxicaciones etílicas en los últimos 30 días	7,1	9,6	4,5	15,3	18,4	12,1	10,3	14,3	6,2	6,0	9,1	2,9	4,5	5,9	3,2	2,0	3,1	1,0

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

Al analizar la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas entre las personas que consumieron alcohol en el último mes, se observa que la proporción aumenta hasta el 11,3%. Tanto para hombres como para mujeres, a medida que aumenta la edad, disminuye la prevalencia de las borracheras.

**Tabla 1.1.29.**

**Prevalencia intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años que ha consumido alcohol en los últimos 30 días, según sexo y edad (%). España, 2017.**

	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
Intoxicaciones etílicas en los últimos 30 días	11,3	13,5	8,5	25,9	28,8	22,3	15,9	19,7	11,0	9,5	12,4	5,4	7,1	8,2	5,7	3,5	4,4	2,1

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

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, alcanzándose así su máximo en el grupo de 55 a 64 años (el 52,5% de los que se emborracharon en el último mes reconocen haber consumido vino en la última semana).

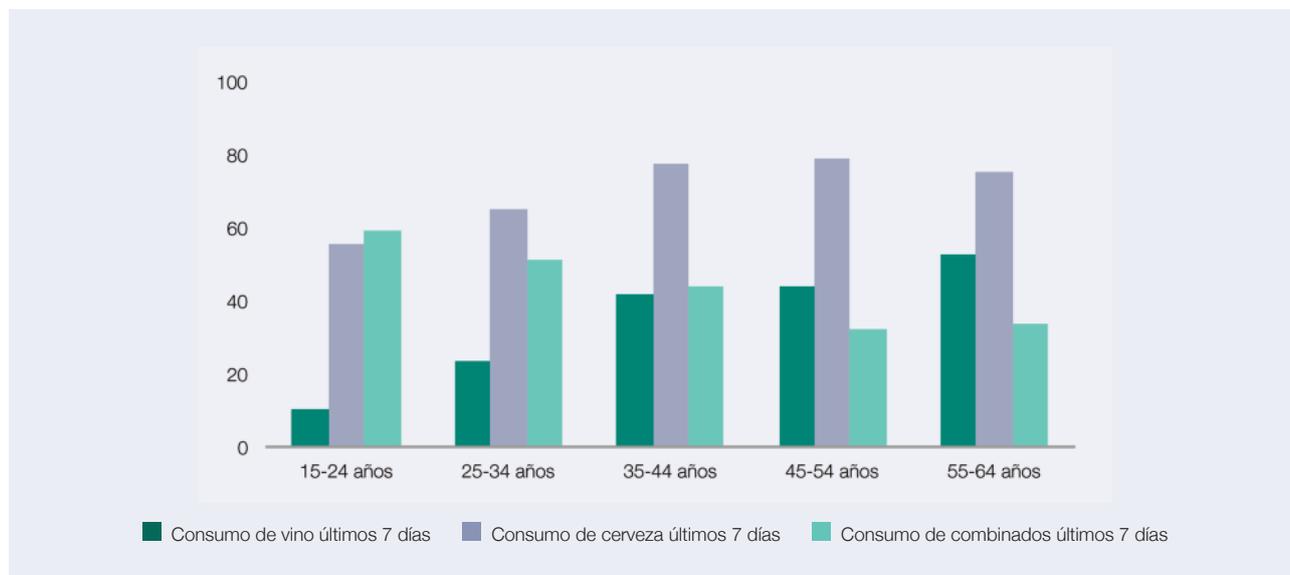
En el lado opuesto, la prevalencia de los **combinados/cubatas** disminuye de forma progresiva a medida que aumenta la edad de aquellos que se emborracharon. Su consumo está más extendido entre los más jóvenes: el 59,3% de los consumidores de 15 a 24 años que declararon haberse emborrachado alguna vez en el último mes reconoció haber ingerido combinados/cubatas en los 7 días previos a ser encuestado.

En cuanto a la **cerveza**, el 80% de los consumidores de entre 35 y 54 años que se emborracharon en el último mes reconoció haber consumido cerveza en los 7 días previos a ser encuestado, reduciéndose el porcentaje hasta el 75,1% entre los de 55 a 64 años y hasta el 55,5% entre los del grupo de 15 a 24 que reconocen haber sufrido una intoxicación etílica aguda en el último mes.

No obstante, si se compara el consumo de los diferentes tipos de bebidas alcohólicas dentro de cada grupo de edad, se comprueba que, en todos ellos, la cerveza es la bebida más extendida (excepto en el grupo de 15 a 24 años donde hay mayor consumo de combinados), seguida muy de cerca por el vino en el colectivo de 55 a 64 años.

Figura 1.1.6.

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, 2017.



	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Consumo de VINO últimos 7 días	10,4	23,2	41,6	44,1	52,5
Consumo de CERVEZA últimos 7 días	55,5	65,1	77,4	79,0	75,1
Consumo de COMBINADOS últimos 7 días	59,3	51,4	44,2	32,2	33,6

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

Respecto a la **percepción de riesgo**, las personas que han experimentado una intoxicación etílica aguda recientemente, es decir, en los últimos 30 días, perciben en menor medida el riesgo que lleva asociado el consumo de alcohol. Así, el 28,9% de los que se emborracharon piensa que tomar 5 o 6 cañas/copas el fin de semana puede acarrear muchos o bastantes problemas, proporción que se eleva hasta el 50,8% entre aquéllos que no se han emborrachado en el último mes. Sin embargo, con respecto a 2015, la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol en fin de semana se ha incrementado en 9,9 puntos entre aquéllos que se han emborrachado.

En cuanto al consumo diario de alcohol parece que, con independencia de haberse emborrachado o no en el último mes, la práctica totalidad de la sociedad reconoce los muchos o bastantes problemas que lleva consigo consumir diariamente 5 o 6 cañas/copas. No obstante, entre los que no se han emborrachado, el porcentaje de personas que asocian riesgo a este tipo de consumo es más elevado entre los que no se han emborrachado (91,8%) que entre los que reconocen haberlo hecho (82,1%). Además, en términos generales, la percepción de riesgo para el consumo diario ha aumentado con respecto a ediciones anteriores.

Tabla 1.1.30.

Riesgo percibido ante el consumo de bebidas alcohólicas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según se haya emborrachado en los últimos 30 días o no (%). España, 2017.

	Se ha emborrachado en los últimos 30 días	No se ha emborrachado en los últimos 30 días
Tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana	28,9	50,8
Tomarse 5 o 6 cañas/copas cada día	82,1	91,8

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

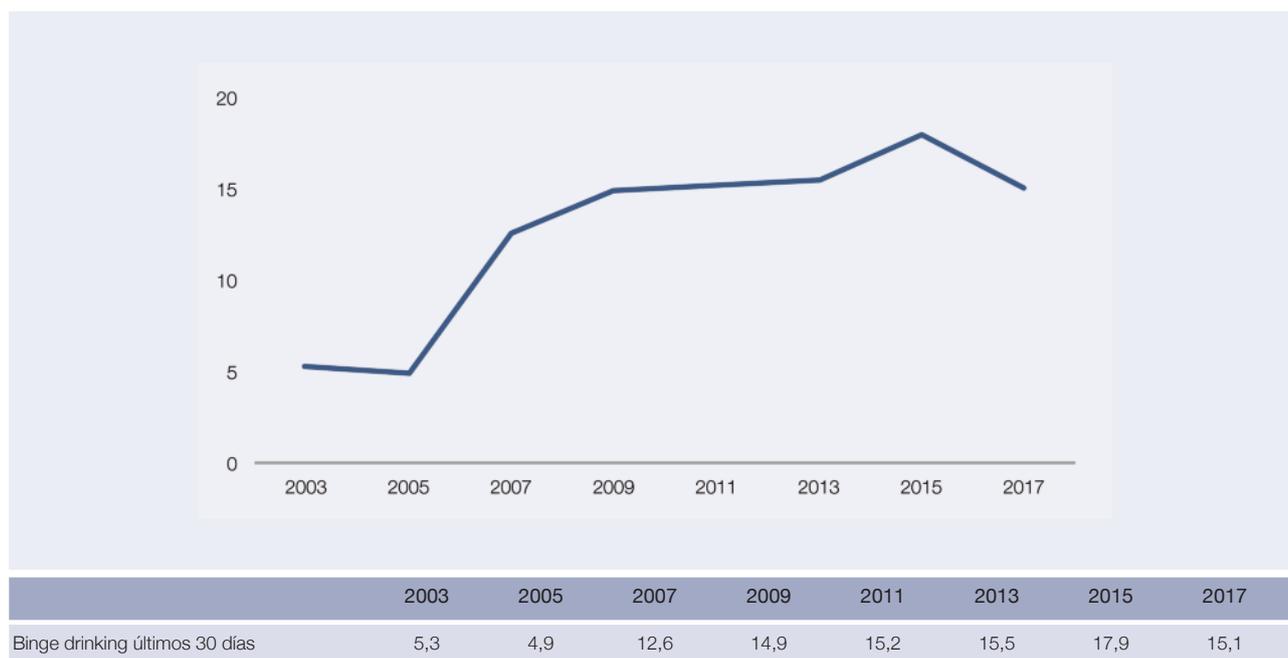
## Binge drinking (consumo de alcohol en atracón)

Se considera *binge drinking* el consumo de 5 o más bebidas alcohólicas (si es hombre) o 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.

Históricamente la prevalencia de *binge drinking* ha ido aumentando a lo largo de la serie histórica hasta alcanzar en 2015 su máximo histórico (17,9%). En 2017 se ha corregido el repunte de la pasada oleada, volviendo así a las cifras que se venían registrando en 2011 y 2013 (15,1% en 2017).

Figura 1.1.7.

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 (%). España, 2003-2017.



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

El consumo de alcohol en atracón está más extendido entre los hombres que entre las mujeres para todos los tramos de edad, registrándose la mayor diferencia entre sexos en el colectivo de 25 a 29 años (30,0% de prevalencia entre los hombres y 16,2% entre las mujeres).

También se observa que es un patrón de consumo que se da más en los grupos de menor edad. En el caso de los hombres, la máxima prevalencia se registra en el grupo de 25 a 29 años (30,0%). Entre las mujeres la mayor prevalencia se registra en el grupo de 20 a 24 años.

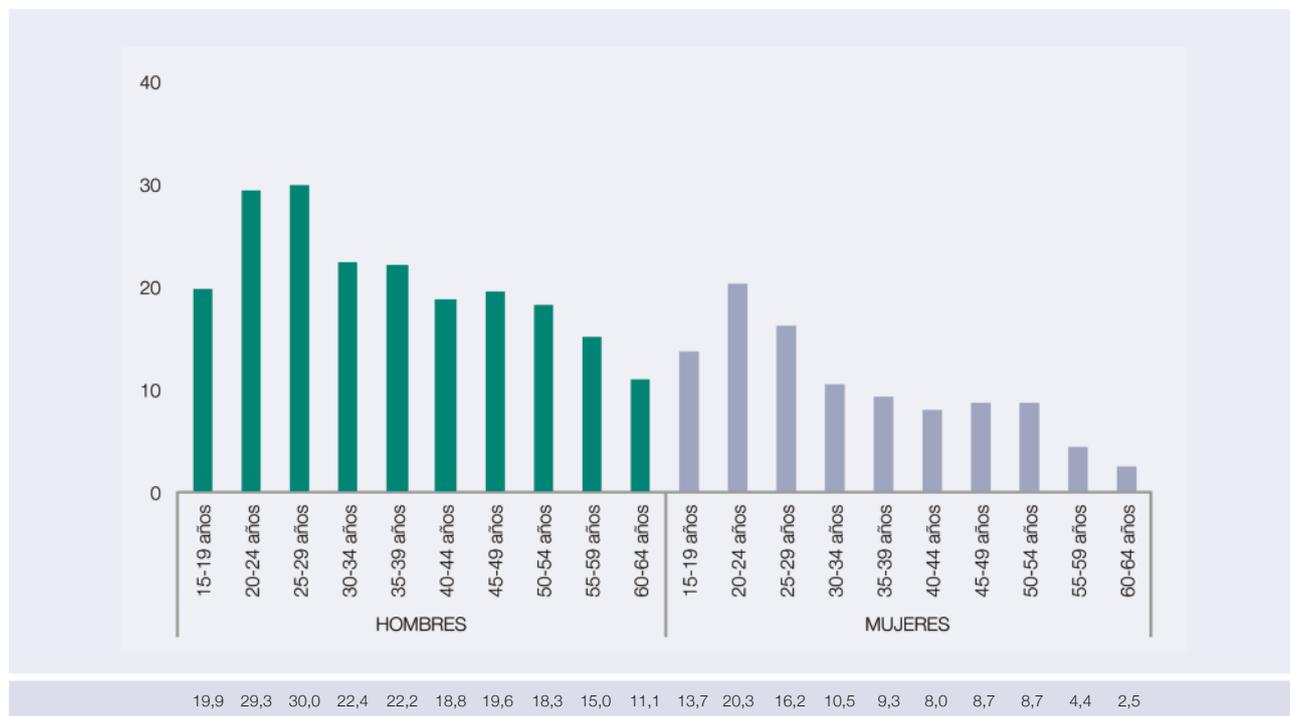
Con independencia del tramo de edad, la **cerveza** es la bebida cuyo consumo está más extendido entre aquéllos que reconocen haber consumido alcohol en atracón en los últimos 30 días, alcanzando su máxima prevalencia entre los de 35 a 44 años (81,1%) y entre los de 45 a 54 años (81,0%).

El porcentaje de consumidores de **vino** entre aquéllos que hicieron *binge drinking* en el último mes aumenta a medida que lo hace la edad (10,7% en el grupo de 15 a 24 años y 48,1% en el grupo de 55 a 64 años).

Esta situación se invierte en el caso de los **combinados o cubatas**, para los que la prevalencia de consumo disminuye progresivamente a medida que aumenta la edad. Así, más de la mitad de los jóvenes de 15 a 24 años que hicieron *binge drinking* en el último mes han consumido estas bebidas de alta graduación en la última semana (55,5%), decreciendo esta proporción a la mitad entre los de 55 a 64 años (27,7%).

Figura 1.1.8.

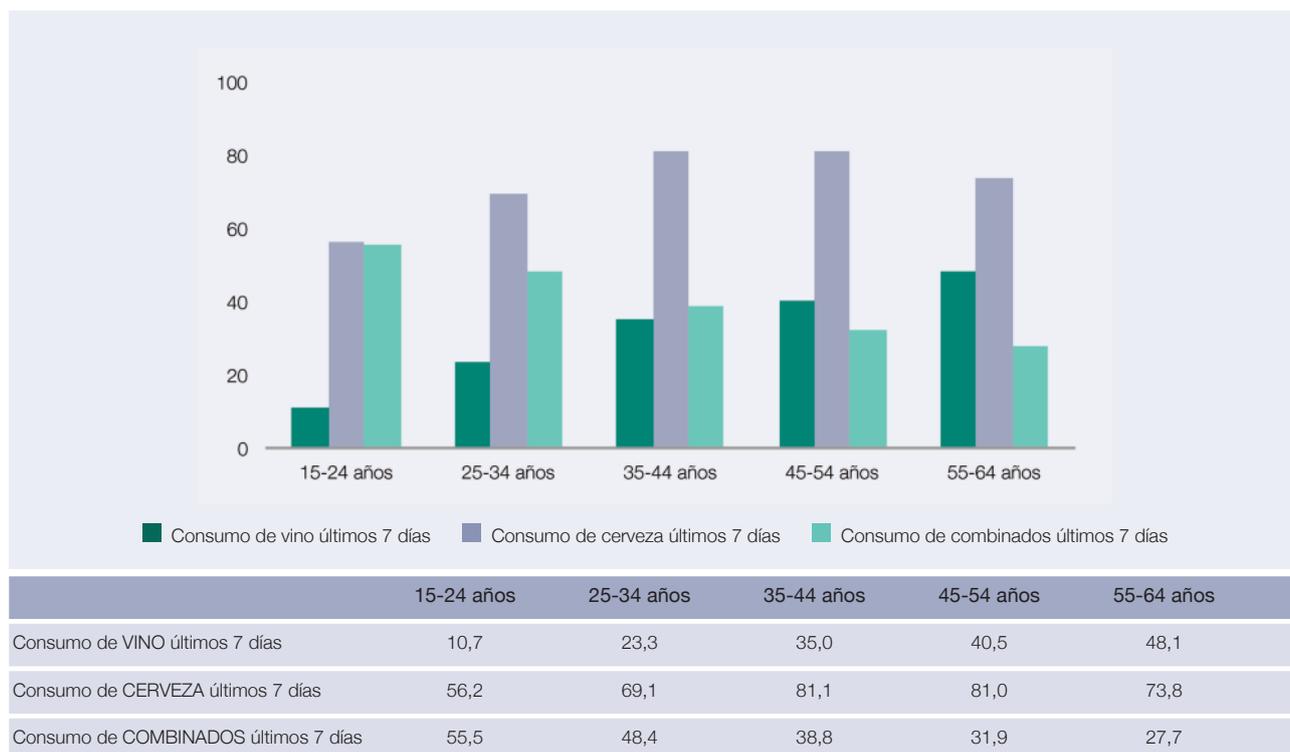
Prevalencia de consumo de alcohol en atracón (binge drinking) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.



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

Figura 1.1.9.

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, 2017.



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

En relación a la **percepción de riesgo** asociada al consumo de alcohol en atracón, mientras el 53,4% de los que no hicieron *binge drinking* en el último mes opinan que tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana puede producir muchos o bastantes problemas, la cifra desciende hasta el 25,6% entre los que reconocieron haber hecho *binge drinking* en el último mes.

En cuanto al riesgo asociado al consumo diario de alcohol, también la percepción de riesgo está más extendida entre los que no consumieron alcohol en atracón que entre aquellos que lo hicieron en los últimos 30 días (92,7% frente a 81,9%), si bien se puede afirmar que ambos grupos muestran una elevada percepción de riesgo frente a este patrón de consumo de alcohol.

**Tabla 1.1.31.**

**Riesgo percibido ante el consumo de alcohol (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según hayan hecho *binge drinking* en los últimos 30 días o no (%). España, 2017.**

	Ha hecho <i>binge drinking</i> en los últimos 30 días	No ha hecho <i>binge drinking</i> en los últimos 30 días
Tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana	25,6	53,4
Tomarse 5 o 6 cañas/copas cada día	81,9	92,7

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

## Botellón

En base a las prevalencias obtenidas en los diferentes grupos de edad, la prevalencia de botellón en el último año es más elevada entre los más jóvenes, alcanzando cifras del 38,8% entre los de 15 a 24 años, frente al 0,8% registrado entre los de 55 a 64 años.

Atendiendo al **sexo**, en todos los grupos de edad la prevalencia de botellón en el último año es superior entre los hombres que entre las mujeres, registrándose la mayor diferencia en el colectivo de edad de 15 a 24 años (42,9% entre los hombres y 34,5% entre las mujeres).

En el grupo de 15 a 18 años, algo más de un tercio (36,8%) reconoce haber realizado esta práctica en el último año. Entre los hombres este porcentaje se eleva a 39,9% quedándose en el 33,3% entre las mujeres.

**Tabla 1.1.32.**

**Prevalencia del botellón en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.**

	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
Hacer botellón	38,8	42,9	34,5	13,2	16,3	10,1	2,7	3,4	2,0	1,8	1,9	1,7	0,8	1,0	0,6	36,8	39,9	33,3

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

Al igual que ocurría en el caso de las intoxicaciones etílicas agudas y del *binge drinking*, aquellos que han hecho botellón en el último año perciben en menor medida el riesgo asociado al consumo de alcohol.

Respecto al colectivo de 15 a 24 años, por ser en el que más extendida está esta práctica, la proporción de aquéllos que reconocen los muchos o bastantes problemas que acarrea consumir 5 o 6 cañas en el fin de semana entre los que han hecho botellón se sitúa en el 36,6%, elevándose 21,3 puntos entre los que no han hecho botellón (57,9%).

También en relación con la percepción de riesgo asociada al consumo diario de alcohol el porcentaje que percibe riesgo sigue siendo más elevado entre los que no han hecho botellón que entre los que sí. Así, el 12,0% de las personas que hicieron botellón en el último año no advierte un peligro ante el consumo de 5 o 6 cañas/copas cada día, mientras que entre los que no realizaron botellón esta proporción es del 6,2%.

**Tabla 1.1.33.**

**Riesgo percibido ante el consumo de alcohol (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según hayan hecho botellón en el último año o no (%). España, 2017.**

	15-64 años		15-24 años	
	Ha hecho botellón en el último año	No ha hecho botellón en el último año	Ha hecho botellón en el último año	No ha hecho botellón en el último año
Tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana	33,3	50,6	36,6	57,9
Tomarse 5 o 6 cañas/copas cada día	86,7	91,4	88,0	93,8

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

El análisis de la prevalencia de **policonsumo** de sustancias psicoactivas en el último año entre aquéllos que han hecho botellón y los que no, se observa que el consumo de dos o más sustancias está claramente más extendido entre aquéllos que hicieron botellón en el último año que entre los que no.

Así, el 59,7% de las personas que han hecho botellón en el último año han realizado policonsumo en dicho periodo, porcentaje 20 puntos porcentuales superior al registrado entre los individuos que no han realizado botellón en los últimos 12 meses (39,4%).

**Tabla 1.1.34.**

**Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas\* en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años, según haya hecho botellón en el último año o no (%). España, 2017.**

	Ha hecho botellón en el último año	No ha hecho botellón en el último año
Ningún consumo	0,0	18,0
Una sustancia	40,3	42,5
Dos sustancias	26,9	28,6
Tres sustancias	23,3	8,7
Cuatro o más sustancias	9,5	2,1

\* Alcohol, tabaco, hipnosedantes con o sin receta, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

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

### Razones por las que se consume alcohol

En cuanto a las razones por las que los individuos consumen bebidas alcohólicas, con independencia del sexo, alrededor del 20% de los consumidores de alcohol lo hacen siempre o casi siempre porque es divertido y anima las fiestas. En segundo lugar, el 13,7% de los individuos consumen alcohol casi o casi siempre porque les gusta cómo se sienten después de beber.

Cabe destacar que, según va aumentando la edad de los individuos, son menos los que beben alcohol debido a que es divertido y anima las fiestas y más los que beben porque creen que es saludable o forma parte de una alimentación equilibrada (casi el 5% de los consumidores de alcohol).

**Tabla 1.1.35.**

**Razones para el consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.**

	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
Le gusta cómo se siente después de beber	13,7	15,0	12,2	16,8	17,3	16,1	14,2	15,1	13,2	13,4	14,8	11,8	13,5	15,3	11,4	11,1	12,8	9,0
Es divertido y anima las fiestas	19,2	20,0	18,3	29,3	30,0	28,5	22,4	24,0	20,6	18,6	20,0	16,8	15,7	16,6	14,7	12,7	11,8	13,9
Sólo por emborracharse	1,1	1,3	1,0	3,0	3,5	2,4	1,2	1,4	0,9	0,7	0,6	0,8	1,0	1,2	0,8	0,4	0,3	0,5
Por encajar en un grupo o no sentirse excluido	3,2	3,2	3,3	5,9	6,2	5,5	3,2	3,7	2,5	3,0	2,8	3,2	2,3	2,2	2,4	2,7	1,9	3,7
Le ayuda a olvidarse de todo	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	1,0	0,7	0,8	0,7	1,0	0,8	1,0	0,6	0,6	0,5	0,8
Cree que es saludable o forma parte de una alimentación equilibrada	4,8	5,3	4,3	1,1	1,3	1,0	2,2	2,0	2,3	3,9	4,0	3,9	6,3	6,6	6,0	10,0	12,0	7,5

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

### 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, y con independencia del sexo y de la edad de los individuos, la afirmación en la que existe un mayor grado de acuerdo es en la importancia de que exista una correcta educación e información para reducir los daños relacionados con el alcohol. En segundo lugar, también existe un alto grado de acuerdo en la necesidad de mostrar en los envases de las bebidas alcohólicas las advertencias sobre los daños que el consumo puede ocasionar.

Por sexo se aprecian algunas diferencias: la proporción de mujeres que cree que prohibir la publicidad de las bebidas alcohólicas (65%) y que éstas patrocinen a deportistas o equipos/eventos deportivos importantes (69,4%) es casi 10 puntos superior a la de los hombres que opinan lo mismo (54,7% y 60,4% respectivamente).

Por el contrario, el porcentaje de personas que opina que el alcohol debe considerarse un bien sin restricción alguna es siempre mayor entre los hombres que entre las mujeres (35,4% frente a 30,8%), sin importar el intervalo de edad.

Tabla 1.1.36.

Actitudes ante las políticas en materia de alcohol entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.

	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
Sin restricción	33,1	35,4	30,8	37,3	39,1	35,5	32,1	34,1	30,2	32,6	34,2	31,0	31,5	33,1	29,8	33,7	38,6	29,1
Personas deben autoprotgerse	70,5	71,5	69,6	72,1	72,3	71,8	70,6	70,9	70,3	69,9	70,6	69,1	70,0	70,6	69,5	70,6	73,6	67,8
Los poderes públicos deben proteger	73,7	72,5	74,8	72,6	72,4	72,7	72,7	71,2	74,2	73,9	72,8	75,0	74,2	74,0	74,4	74,5	71,7	77,3
Educación e información lo más importante	89,3	88,7	89,9	88,5	87,5	89,4	88,4	87,3	89,5	90,0	89,8	90,3	90,0	89,9	90,0	89,1	87,9	90,2
Prohibir la publicidad	59,9	54,7	65,0	51,6	47,6	55,6	58,2	53,4	63,0	58,8	53,6	64,2	62,5	58,2	66,9	66,0	59,1	72,7
Envases con advertencias sobre daños	78,4	75,2	81,7	76,7	73,8	79,7	77,0	74,1	79,9	78,6	76,0	81,3	77,4	74,1	80,8	82,2	77,9	86,3
Padres deben decidir la edad de consumo de los hijos	61,7	61,6	61,7	61,3	62,5	60,0	58,1	58,4	57,7	62,4	61,2	63,6	62,2	62,8	61,7	63,8	63,3	64,4
Patrocinio de deportistas prohibido	64,9	60,4	69,4	59,3	55,9	62,7	63,7	59,6	67,9	64,8	59,3	70,4	67,1	63,4	70,7	68,0	62,7	73,1

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<sup>1</sup> 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).

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 investigadores<sup>2</sup>.

El cuestionario AUDIT se introdujo por primera vez en la encuesta EDADES 2013, 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 un AUDIT con puntuación igual o superior a 8 “consumo de riesgo” y con puntuación igual o superior a 20 “posible dependencia”.

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.

Considerando a la población que ha contestado la escala AUDIT, en 2017 el 5,1% presenta un patrón de consumo de riesgo de alcohol, encontrando que tiene mayor alcance entre los varones y que disminuye a medida que aumenta la edad.

Entre los individuos de 15 a 24 años, vemos que el 7,2% de los que contestaron la escala AUDIT mostraron un consumo de riesgo, con una prevalencia entre el colectivo masculino (9,8%) el doble de la que se registra entre las mujeres (4,5%) siendo, además, el porcentaje más alto de entre todos los grupos de sexo y edad.

Por su parte, registrar una posible dependencia al alcohol (AUDIT  $\geq 20$ ) también es más frecuente entre los hombres, que muestran la prevalencia más elevada en el segmento de 35 a 44 años y de 55 a 64 años (0,4%).

**Tabla 1.1.37.**

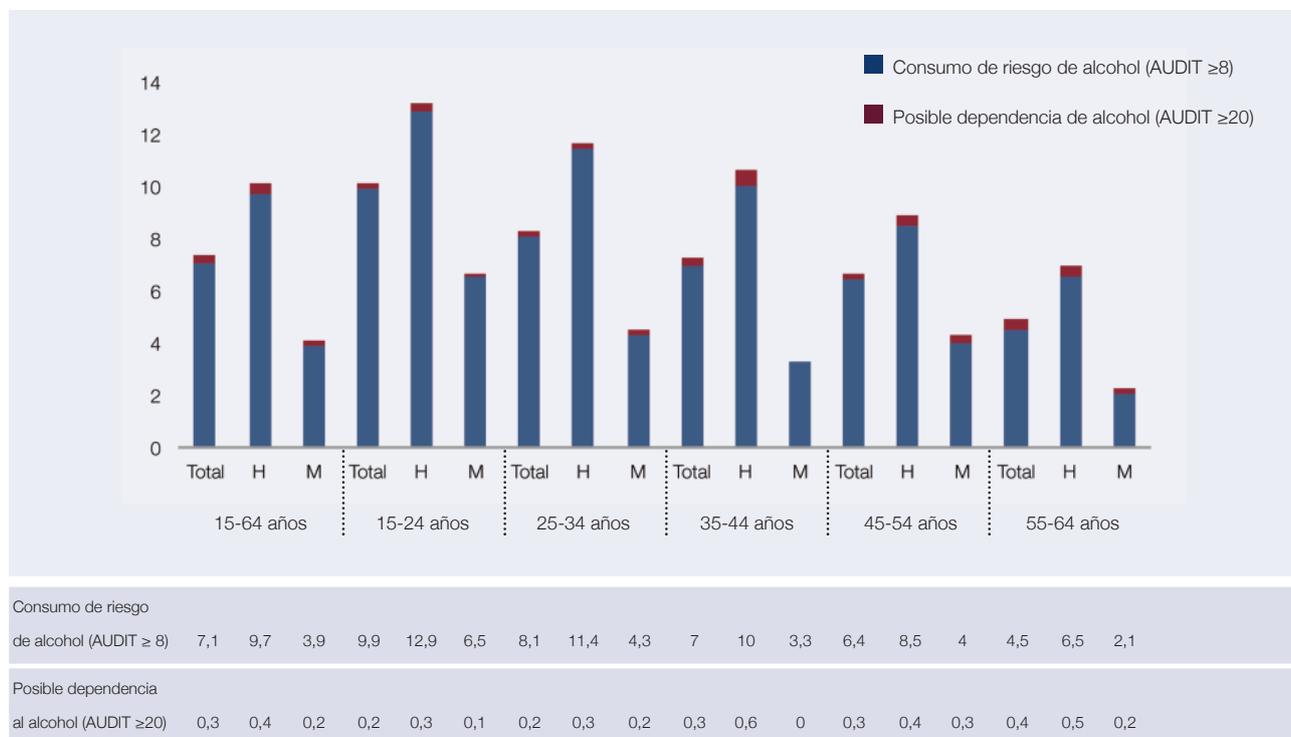
**Prevalencia del consumo de riesgo de alcohol (AUDIT  $\geq 8$ ) y de posible dependencia al alcohol (AUDIT  $\geq 20$ ), entre la población de 15 a 64 años que ha contestado la escala AUDIT, según sexo y edad (%). España, 2017.**

	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
Consumo de riesgo de alcohol (AUDIT $\geq 8$ )	5,1	7,6	2,6	7,2	9,8	4,5	6,1	9,3	3,0	5,2	8,0	2,2	4,6	6,6	2,7	3,1	5,0	1,3
Posible dependencia al alcohol (AUDIT $\geq 20$ )	0,2	0,3	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,4	0,0	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,1

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

**Figura 1.1.10.**

**Prevalencia del consumo de riesgo de alcohol (AUDIT  $\geq 8$ ) y de posible dependencia al alcohol (AUDIT  $\geq 20$ ), entre la población de 15 a 64 años que ha contestado la escala AUDIT, según sexo y edad (%). España, 2017.**



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

Entre la población de 15 a 64 años que ha contestado la escala AUDIT, aquéllos que mostraron un consumo de riesgo registraron una prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas en el último mes sustancialmente más elevada (46,4%

frente a 6,7%). En la misma línea, vemos que la prevalencia de consumo de alcohol en atracción en los últimos 30 días entre los consumidores de riesgo es superior en 4,5 veces a la que se obtiene entre los que no presentan un consumo problemático (73,8% frente a 16,2%).

**Tabla 1.1.38.**

**Prevalencia de consumos intensivos de alcohol en la población de 15 a 64 años, según hayan tenido consumo de riesgo de alcohol (AUDIT  $\geq 8$ ) o no (AUDIT  $< 8$ ) (%). España, 2017.**

	Consumidores de riesgo de alcohol (AUDIT $\geq 8$ )	No consumidores de riesgo de alcohol (AUDIT $< 8$ )
Borracheras últimos 30 días	46,4	6,7
Binge drinking últimos 30 días	73,8	16,2
Botellón últimos 12 meses	29,4	11,3

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

Analizando las **percepciones de riesgo** vemos que, en todos los casos, los consumidores de riesgo en función de la puntuación obtenida en la escala AUDIT ( $\geq 8$ ) son menos conscientes de los muchos o bastantes problemas que pueden causar estas conductas de consumo.

**Tabla 1.1.39.**

**Riesgo percibido ante el consumo de drogas (proporción de personas que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), en la población de 15-64 años que ha contestado la escala AUDIT, según presenten un consumo de riesgo de alcohol (AUDIT  $\geq 8$ ) o no (AUDIT  $< 8$ ) (%). España, 2017.**

	Consumidores de riesgo de alcohol (AUDIT $\geq 8$ )	No consumidores de riesgo de alcohol (AUDIT $< 8$ )
Fumar un paquete de tabaco diario	86,8	92,9
Fumar de 1 a 5 cigarrillos diarios	48,3	58,8
Fumar cigarrillos electrónicos	44,0	54,2
Tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana	24,6	43,6
Tomarse 5 o 6 cañas/copas cada día	77,4	90,7
Tomar 1 o 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas cada día	40,0	58,9
Fumar hachís o marihuana (cannabis) una vez o menos al mes	41,1	62,7
Fumar hachís o marihuana (cannabis) una vez por semana o más	59,4	80,2
Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos una vez o menos al mes	50,1	59,0
Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos una vez por semana o más	71,7	78,7
Consumir analgésicos opioides una vez o menos al mes	59,7	68,3
Consumir analgésicos opioides una vez por semana o más	75,5	83,0
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	90,6	96,3
Consumir cocaína una vez o menos al mes	89,2	97,0
Consumir heroína una vez o menos al mes	95,5	98,5
Consumir alucinógenos una vez o menos al mes	92,8	97,9
Consumir GHB una vez o menos al mes	94,9	98,2
Consumir anfetaminas o speed una vez o menos al mes	92,3	97,8
Consumir setas mágicas una vez o menos al mes	89,8	97,0
Consumir ketamina una vez o menos al mes	95,1	98,3

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

En este sentido, y como cabía esperar, en el caso del alcohol se registran importantes discrepancias. Así, en referencia a la ingesta de 5/6 cañas/copas en fin de semana, tan sólo el 24,6% piensa que puede conllevar problemas, estando cerca de duplicarse este porcentaje entre aquéllos que contestando la escala AUDIT no presentaron un patrón de riesgo (43,6%).

Además del alcohol, también destaca la diferencia de opinión en relación a fumar cannabis. Esta situación se da tanto en relación con el consumo mensual, el 41,1% de los que obtuvieron una puntuación en AUDIT  $\geq 8$  piensa que puede conllevar problemas, elevándose este porcentaje hasta el 62,7% entre los que no presentan un patrón de riesgo; como con el semanal, la presencia de aquéllos que están de acuerdo con los muchos o bastantes problemas que acarrea su consumo entre los que obtienen una puntuación en AUDIT  $< 8$  supera en 20,8 puntos a la que se registra entre los consumidores de riesgo de alcohol (80,2% frente a 59,4% entre los consumidores de riesgo).

Analizando ahora la **visibilidad de ciertas conductas de consumo** en función de la puntuación obtenida en la escala AUDIT, vemos que las personas que presentan un patrón de consumo de riesgo de alcohol están más expuestas a ver situaciones relacionadas con el consumo de drogas que las que no. Las mayores diferencias se dan en relación a ver a personas esnifando drogas, fumando porros, vendiendo drogas y borrachas o haciendo botellón, superándose en todos los casos la diferencia de 10 puntos porcentuales. A la vista de los resultados, parece que los consumidores de riesgo se encuentran en entornos sociales más expuestos al consumo de drogas que los que han contestado a la escala AUDIT y no presentan un problema.

**Tabla 1.1.40.**

**Visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (porcentaje que se encuentra frecuente o muy frecuente cada situación en el lugar donde vive), en la población de 15-64 años que ha contestado la escala AUDIT, según se presente un consumo de riesgo de alcohol (AUDIT  $\geq 8$ ) o no (AUDIT  $< 8$ ), (%). España, 2017.**

	Consumidores de riesgo de alcohol (AUDIT $\geq 8$ )	No consumidores de riesgo de alcohol (AUDIT $< 8$ )
Jeringuillas tiradas en el suelo	3,5	1,4
Personas inyectándose drogas	2,0	1,0
Personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio	4,4	2,0
Personas drogadas caídas en el suelo	6,0	2,9
Vendedores que ofrecen drogas	21,1	9,6
Personas esnifando drogas por la nariz (ej. en el baño de bares o discotecas, portales, coches, etc.)	22,5	7,2
Personas fumando porros	66,3	52,8
Personas haciendo botellón	49,9	39,4
Personas borrachas	52,3	38,7

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

Por otro lado, el **consumo de drogas ilegales** se encuentra más presente en los consumidores de riesgo de alcohol que entre las personas que no registran dicho patrón. En este sentido, la prevalencia de cannabis en el último mes entre los consumidores de riesgo de alcohol es más del triple de la que se registra entre el colectivo que no es consumidor de riesgo (30,3% frente a 9,6%). En el mismo sentido, vemos en el caso de la cocaína donde el 10,7% de los consumidores de riesgo de alcohol reconoce haber consumido esta sustancia en el último mes siendo esta prevalencia residual entre los que han contestado a la escala AUDIT obteniendo una puntuación inferior a 8 (0,7%).

Tabla 1.1.41.

Prevalencia de consumo de drogas ilegales en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según hayan tenido consumo de riesgo de alcohol (AUDIT $\geq$ 8) o no (%). España, 2017.

	Consumidores de riesgo de alcohol (AUDIT $\geq$ 8)	No consumidores de riesgo de alcohol (AUDIT <8)
Cannabis	30,3	9,6
Cocaína	10,7	0,7
Éxtasis	2,0	0,1
Anfetaminas	2,4	0,1
Alucinógenos	1,1	0,1
Heroína	0,8	0,0
Inhalables volátiles	0,2	0,0
GHB	0,1	0,0
Metanfetamina	0,6	0,0
Setas mágicas	0,6	0,0

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

Si comparamos el **perfil de los consumidores de riesgo de alcohol** y el de los que contestando a la escala AUDIT no registran un patrón de consumo problemático de alcohol, encontramos que entre los primeros hay una mayor presencia masculina, situación que se repite en todos los tramos de edad.

Atendiendo al nivel de estudios, vemos que entre los consumidores de riesgo de alcohol hay una mayor presencia de personas con estudios primarios a la vez que la presencia de universitarios está infrarrepresentada, sobre todo a partir de los 35 años.

En cuanto a la situación laboral, en el segmento de riesgo hay una mayor presencia de parados hasta los 34 años y también entre los de 45 a 54 años. Por último, atendiendo al estado civil, vemos que entre los que presentan un patrón problemático llama la atención como, a partir de los 25 años, se observa una menor presencia de personas casadas.

Siguiendo con la caracterización pero centrándonos esta vez en las pautas de consumo intensivo de alcohol, vemos que, como cabía esperar por su propia definición de consumidor de riesgo, las borracheras, en los últimos 12 meses y en el último mes, y el *binge drinking* está mucho más extendido entre los que obtuvieron en la escala AUDIT una puntuación igual o superior a 8. Entre los consumidores de riesgo observamos que la prevalencia de las borracheras en ambos plazos temporales va disminuyendo a medida que aumenta la edad, permaneciendo, sin embargo, estable la extensión del *binge drinking* en los diferentes tramos de edad definidos.

Atendiendo al número de días en los que se consume alcohol, llama la atención cómo aumenta la frecuencia a medida que lo hace la edad del consumidor de riesgo. Así, la mitad del colectivo de 55 a 64 años que obtuvo una puntuación en la escala AUDIT igual o superior a 8 reconoce haber consumido alcohol diariamente en el último mes (50,8%), mientras que esta proporción sólo representa el 3,9% en el grupo de riesgo de 15 a 24 años.

Tabla 1.1.42.

Caracterización por sexo, situación laboral, nivel de estudios, estado civil, frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días, prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, prevalencia de binge drinking en los últimos 30 días, de posible dependencia al alcohol y percepción de riesgo entre la población de 15 a 64 años que ha contestado la escala AUDIT según exista un consumo de riesgo de alcohol (AUDIT  $\geq$ 8) o no (AUDIT  $<$ 8) (%). España, 2017.

	15-24 años		25-34 años		35-44 años		45-54 años		55-64 años	
	Consumidores riesgo*	No consumidores riesgo**								
Sexo										
Hombre	69,6	51,6	75,9	52,0	78,8	53,6	70,7	52,2	79,5	54,5
Mujer	30,4	48,4	24,1	48,0	21,2	46,4	29,3	47,8	20,5	45,5
Situación laboral										
Trabajando	22,2	24,7	66,9	71,7	77,7	78,0	60,9	70,9	42,9	42,0
Parado	22,7	12,8	21,3	15,5	14,8	13,1	20,5	13,5	8,8	10,1
Nivel de estudios										
Primarios	10,7	9,7	11,6	5,3	9,6	5,4	21,9	9,4	24,6	24,1
Secundarios	81,3	80,3	62,7	66,0	73,9	67,8	64,0	69,3	69,0	59,2
Universitarios	8,0	10,0	25,7	28,7	16,5	26,8	14,1	21,3	6,4	16,7
Estado civil										
Soltero/a	97,2	96,1	77,3	69,2	45,0	31,6	31,5	19,2	16,3	10,2
Casado/a	2,4	3,7	19,6	28,6	42,8	58,7	41,5	64,6	55,9	70,7
Separado/a - Divorciado/a	0,4	0,2	3,2	2,2	12,2	9,7	27,0	16,2	27,8	19,1
Nº de días que ha consumido alcohol en los últimos 30 días										
Entre 1-3 días	23,1	40,7	15,5	35,2	8,4	31,3	10,0	27,1	1,2	22,2
Entre 4-9 días	45,5	27,4	36,8	30,7	31,4	29,5	16,6	28,9	15,7	21,5
Entre 10-19 días	18,4	6,7	21,9	10,6	24,1	12,8	21,4	12,7	20,0	9,8
Entre 20-29 días	5,4	1,4	11,6	2,5	9,3	4,7	12,0	5,6	9,0	7,4
30 días	3,9	1,3	11,4	3,5	23,0	5,9	33,6	11,5	50,8	22,3
No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días	3,7	22,6	2,8	17,5	3,8	15,8	6,4	14,2	3,2	16,9
Borracheras										
Se ha emborrachado en los últimos 12 meses	86,8	43,8	77,6	33,2	67,5	19,1	63,2	13,0	50,5	6,4
Se ha emborrachado en los últimos 30 días	60,0	16,1	54,9	9,7	41,2	5,4	40,2	3,8	27,5	1,7
Binge drinking										
Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	76,5	22,6	74,3	21,0	72,5	15,7	71,2	15,0	75,7	8,2
AUDIT										
Consumo de riesgo	97,9	-	97,6	-	95,3	-	95,5	-	91,6	-
Posible dependencia	2,1	-	2,4	-	4,7	-	4,5	-	8,4	-
Percepción de riesgo										
% que opina que tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana puede causar bastantes o muchos problemas										
	27,3	42,7	26,2	39,2	26,1	43,0	21,0	43,6	20,0	49,5
% que opina que tomarse 5 o 6 cañas/copas cada día puede causar bastantes o muchos problemas										
	82,7	91,3	79,4	90,1	79,0	91,1	71,4	90,3	71,6	90,6

\* AUDIT  $\geq$ 8

\*\* AUDIT  $<$ 8

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

## Bebidas energéticas

La prevalencia de consumo de bebidas energéticas en los 30 días previos a la realización de la encuesta se sitúa en el 11,6% en la población española de 15 a 64 años.

El consumo de este tipo de bebidas está más extendido entre los hombres que entre las mujeres (14,7% entre los hombres y 8,4% entre las mujeres) para todos los grupos de edad. Su consumo disminuye a medida que aumenta la edad, estando así más extendido entre los más jóvenes, donde la prevalencia de consumo en el último mes alcanza el 29,9% (36,9% en hombres y 22,5% en mujeres).

Tabla 1.1.43.

Prevalencia del consumo de bebidas energéticas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (%). España, 2017.

	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
Bebidas energéticas	11,6	14,7	8,4	29,9	36,9	22,5	16,9	22,1	11,7	9,3	11,8	6,7	5,6	7,1	4,1	2,5	3,0	1,9

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

Dos de cada diez de los que consumieron bebidas energéticas en el último mes reconocen haberlas **mezclado con alcohol** (21,2%). En cuanto al sexo y a la edad, se repite el mismo patrón que para el consumo de bebidas energéticas en general; es decir, el consumo de bebidas energéticas mezcladas con alcohol muestra mayor extensión entre los hombres que entre las mujeres que tomaron este tipo de bebidas en el último mes, reduciéndose su prevalencia a medida que aumenta la edad.

Por lo que respecta al grupo de menores, de 15 a 17 años, que no tienen acceso legal a bebidas alcohólicas se observa que la prevalencia de consumo se atenúa muy ligeramente (19,9%).

Tabla 1.1.44.

Prevalencia del consumo de bebidas energéticas mezcladas con alcohol en los últimos 30 días en la población de 15-64 años que consumió bebidas energéticas en los últimos 30 días (%). España, 2017.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			15-17 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Bebidas energéticas mezcladas con alcohol	21,5	22,9	19,0	26,7	28,0	24,5	24,2	26,6	19,7	15,8	16,8	14,1	10,6	11,5	9,2	19,9	19,3	20,9

Nota: se excluye de la base el segmento de 55 a 64 años por presentar una base reducida.

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

La prevalencia de consumo de bebidas energéticas en el último mes es superior entre aquéllos que han consumido en el mismo período otras sustancias psicoactivas. La única excepción la constituyen los hipnosedantes. En este sentido, destaca lo extendido que está el consumo de bebidas energéticas entre aquéllos que se han emborrachado en el último mes (28,8%), entre aquéllos que han consumido cannabis (25,0%) y, sobre todo, entre aquéllos que han tomado cocaína (31,1%).

Asimismo, el consumo de bebidas energéticas mezcladas con alcohol está igualmente más extendido entre los que consumieron sustancias psicoactivas que entre los que no. La mitad de los que se han emborrachado y han consumido bebidas energéticas en el último mes reconocen haber tomado este tipo de bebidas mezcladas con alcohol (50,5%), proporción que supone más del triple de la que se registra entre los que no se han emborrachado (15,0%). Por su parte, el 60,2% de los que han consumido cocaína y bebidas energéticas en el último mes declararon haberlas tomado junto con alcohol.

**Tabla 1.1.45.**

Prevalencia de consumo de bebidas energéticas en los últimos 30 días, entre la población de 15 a 64 años, según hayan consumido diferentes sustancias psicoactivas en los últimos 30 días (%). España, 2017.

	Alcohol		Borracheras		Binge drinking		Tabaco		Hipnosedantes		Cannabis		Cocaína	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Ha consumido bebidas energéticas	13,3	8,6	28,8	10,2	20,6	9,9	14,3	9,8	7,4	11,9	25,0	10,2	31,1	11,3

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

**Tabla 1.1.46.**

Prevalencia del consumo de bebidas energéticas mezcladas con alcohol en los últimos 30 días en la población de 15-64 años que consumió bebidas energéticas según hayan consumido diferentes sustancias psicoactivas en los últimos 30 días (%). España, 2017.

	Alcohol		Borracheras		Binge drinking		Tabaco		Hipnosedantes		Cannabis		Cocaína	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Bebidas energéticas mezcladas con alcohol	29,8		50,5	15,0	45,3	10,7	28,2	15,2	25,0	21,2	39,6	17,1	60,2	20,4

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

## 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 69,7%. Evolutivamente, no se registraba una prevalencia inferior al 70% desde el año 2007, cuando eran un 68,5% de las personas las que habían fumado tabaco alguna vez en la vida.

Al contrario que el consumo de tabaco alguna vez en la vida, el consumo en los últimos 12 meses se ha visto incrementado ligeramente frente a los datos obtenidos en 2015, pasando de 40,2% a 40,9%. En el tramo temporal de los últimos 30 días, el dato parece mostrarse estable (38,8%), manteniéndose entre el 38% y el 39% en las tres últimas ediciones del estudio.

En relación a la prevalencia del consumo diario de tabaco, el 34% de las personas han fumado tabaco a diario en los últimos 30 días. Respecto a 2015, el dato se ha incrementado notablemente, pasando de 30,8% al 34,0%, obteniendo el dato más alto de la serie desde el año 2005 y retornando a las cifras que se registraban en 1997.

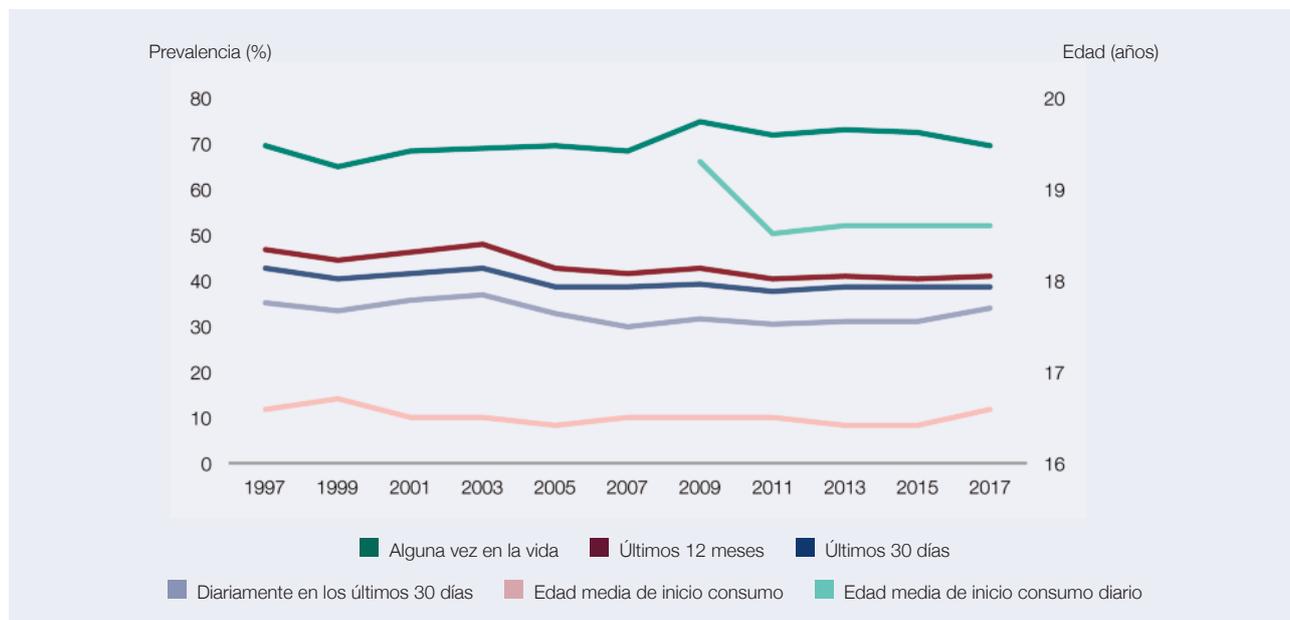
La edad media de inicio de consumo se sitúa en 2017 en los 16,6 años, habiéndose mantenido siempre entre 16,4 y 16,7 años desde el inicio de realización del estudio.

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 390.000 personas iniciaron su consumo durante el último año, siendo muy similar la proporción entre hombres y mujeres.

El **consumo de tabaco a diario** es más frecuente entre los hombres, con independencia de la edad de los individuos. El tramo de 25 a 34 años es el que registra mayor prevalencia entre los hombres (43,1%), mientras que la prevalencia más alta para las mujeres se anota en el grupo de 45 a 54 años (36%).

Figura 1.1.11.

Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco y edad media de inicio en el consumo (en años) en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2017.

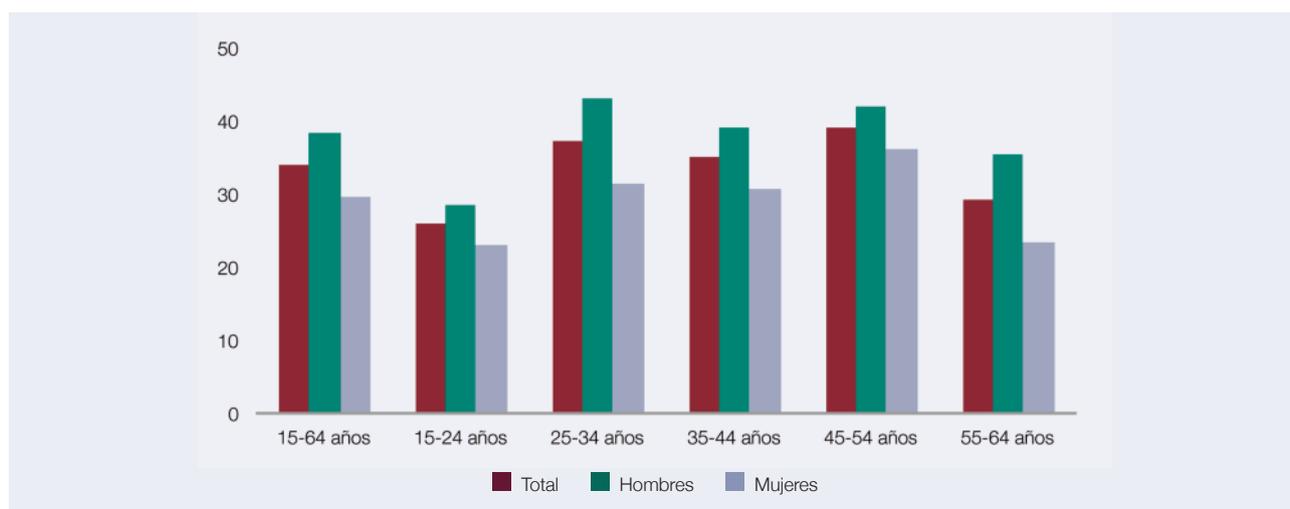


	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Alguna vez en la vida	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0	71,7	73,1	72,5	69,7
Últimos 12 meses	46,8	44,7	46	47,8	42,4	41,7	42,8	40,2	40,7	40,2	40,9
Últimos 30 días	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8	39,4	37,6	38,3	38,5	38,8
Diariamente en los últimos 30 días	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8	30,4	30,8	30,8	34,0
Edad media inicio en el consumo	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4	16,5	16,5	16,5	16,4	16,4	16,6
Edad media inicio consumo diario tabaco							19,3	18,5	18,6	18,6	18,6

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

Figura 1.1.12.

Prevalencia de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.



	15-64 años	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Total	34,0	25,9	37,2	34,9	38,9	29,4
Hombres	38,3	28,5	43,1	39,2	41,9	35,5
Mujeres	29,6	23,2	31,5	30,5	36,0	23,5

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

Respecto a la **cantidad de tabaco consumido**, aquéllos que han fumado en los últimos 30 días han consumido de media 12,5 cigarrillos al día, dato muy similar a los obtenidos en los años 2013 y 2015. Por sexo, son los hombres los que fuman mayor cantidad de cigarrillos al día, consumiendo de media alrededor de 2 cigarrillos más al día que las mujeres. Por edad, son los individuos de 45 a 54 años los que consumen mayor cantidad diaria de cigarrillos (13,9).

Tal y como se ha mencionado ya anteriormente y con independencia del sexo y de la edad, se ha producido un incremento en la prevalencia del consumo diario de tabaco en 2017 con respecto a 2015. Este incremento se aprecia especialmente entre los hombres (4 puntos de incremento).

En cuanto a la **evolución histórica**, en 2017 se ha registrado la mayor prevalencia de los últimos 10 años para los hombres de 15-34. Por el contrario, para las mujeres de este grupo de edad, la prevalencia es la segunda más baja de la serie.

Para los individuos de 35 a 64 años, la prevalencia de los hombres es la más alta registrada desde 2003, año en que el 43,7% de los hombres de este grupo de edad fumaba tabaco a diario.

Por otro lado, el consumo de tabaco a diario entre las mujeres de 35 a 64 años continúa mostrando la tendencia creciente que se inició en el año 2013, habiendo registrado en esta edición el máximo de la serie histórica (30,5%). Una vez más, el porcentaje de mujeres de 35 a 64 años que fuman a diario supera la cifra que se registra en el grupo de menor edad (15-34 años).

**Figura 1.1.13.**

**Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 1997-2017.**



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

Según el **tipo de cigarrillos** consumidos, puede afirmarse que la gran mayoría de los fumadores continúan siendo fieles a los cigarrillos de cajetilla (77,0%), frente al 15,4% que declara consumir tabaco de liar y el 7,6% restante que fuma cigarrillos tanto de liar como de cajetilla.

Diferenciando por sexo, son las mujeres las que en mayor medida fuman únicamente cigarrillos de cajetilla (79,2% de las mujeres frente a 75,2% de los hombres). Por el contrario, los hombres registran mayores porcentajes para el consumo de tabaco de liar (16,4% de los hombres frente a 14,2% de las mujeres).

Respecto a los datos obtenidos en el año 2015 en cuanto al tipo de cigarrillos consumidos (cajetilla, liar o ambos), el perfil del fumador es prácticamente igual en 2017. La prevalencia de los cigarrillos de cajetilla se incrementa según aumenta la edad de los individuos, por lo que no debe extrañar que los porcentajes más elevados de consumo de cigarrillos de liar se registren entre los menores de 35 años (alrededor del 20% tanto entre hombres como entre mujeres).

**Tabla 1.1.47.**

**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, 2017.**

	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
Cigarrillos de cajetilla	77,0	75,2	79,2	63,9	61,4	67,0	71,8	70,1	74,1	76,4	75,0	78,2	83,0	80,8	85,6	84,8	83,8	86,1
Tabaco de liar	15,4	16,4	14,2	20,7	21,8	19,3	18,4	19,0	17,4	16,5	17,4	15,3	12,1	13,4	10,6	11,4	12,2	10,2
Los 2 tipos	7,6	8,4	6,6	15,4	16,8	13,6	9,9	10,9	8,5	7,2	7,6	6,6	4,8	5,8	3,8	3,9	4,0	3,7

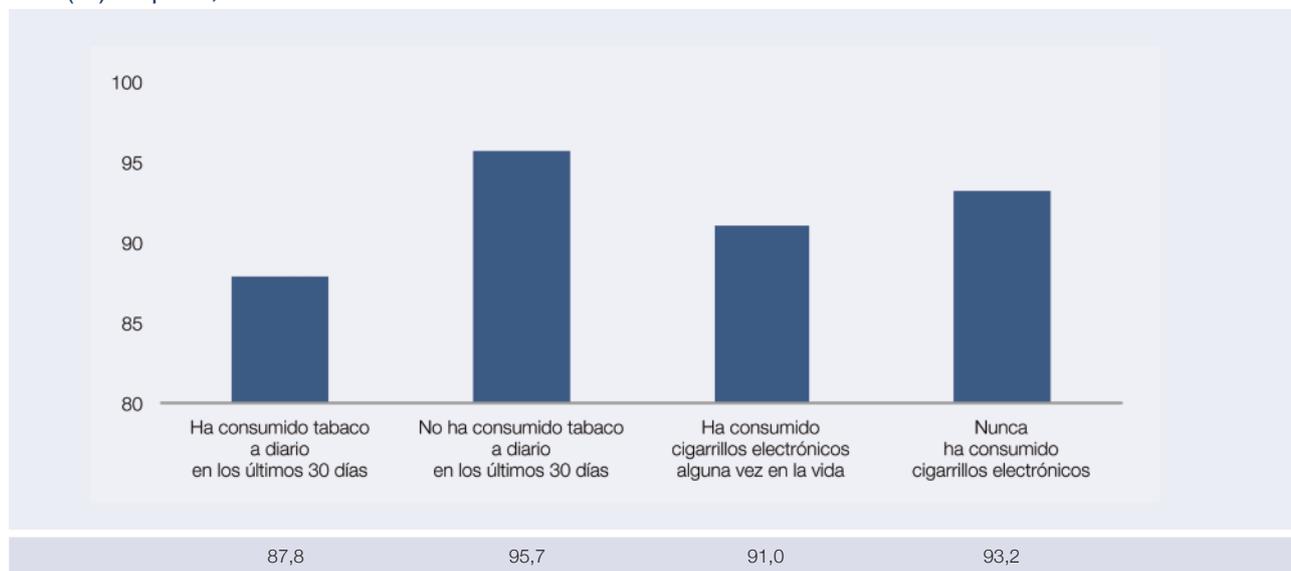
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Como es lógico, la **percepción de riesgo** del consumo de tabaco es mayor entre aquéllos que no han fumado diariamente en los últimos 30 días. El 95,7% de los que no que no fuman tabaco a diario opina que fumar un paquete de tabaco al día puede producir muchos problemas para la salud, frente al 87,8% entre los que fuman a diario.

Sin embargo, no se registran diferencias tan grandes con respecto al riesgo percibido ante el consumo de un paquete de tabaco al día entre los que han consumido cigarrillos electrónicos alguna vez en su vida (91,0%) y los que no lo han hecho (93,2%).

**Figura 1.1.14.**

**Riesgo percibido ante el consumo de un paquete diario de tabaco (porcentaje de la población de 15-64 años que piensa que esa conducta puede producir muchos o bastantes problemas), según haya o no fumado tabaco a diario en los últimos 30 días y según haya o no consumido cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida (%). España, 2017.**



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

Entre los **consumidores de tabaco a diario**, un 67,1% se ha planteado dejar de fumar. Cuando diferenciamos por sexo, son las mujeres las que en mayor medida se lo han planteado. Analizando los resultados por edad se aprecian grandes diferencias, en el tramo de 35 a 64 años se registran los porcentajes más altos, superando el 70% tanto entre los hombres como entre las mujeres.

**Tabla 1.1.48.**

**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 y edad (%). España, 2017.**

15-64 años			15-34 años			35-64 años		
T	H	M	T	H	M	T	H	M
67,1	65,4	69,3	55,2	52,7	58,5	72,6	71,3	74,3

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

Centrándonos en los consumidores habituales de tabaco que se han planteado dejar de fumar, vemos que el 65,4% de los hombres además de planteárselo también han intentado dejar de fumar, porcentaje muy similar aunque ligeramente inferior al obtenido entre las mujeres (66,3%). Por edad, se aprecian diferencias reseñables, registrándose los mayores porcentajes en el tramo de mayor edad (67,8% entre los individuos de 35 a 64 años frente al 59,1% en los de 15 a 34 años).

**Tabla 1.1.49.**

**Porcentaje de personas que han intentado dejar de fumar entre los que han fumado a diario en los últimos 30 días y se han planteado dejarlo, en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.**

15-64 años			15-34 años			35-64 años		
T	H	M	T	H	M	T	H	M
65,5	65,4	66,3	59,1	59,9	58,2	67,8	66,6	69,3

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

### Cigarrillos electrónicos

El 8,8% de la población de 15 a 64 años (9,6% de los hombres y 8,1% de las mujeres) ha consumido cigarrillos electrónicos (con o sin nicotina) alguna vez en la vida. La prevalencia de consumo es mayor en hombres para todos los tramos de edad, excepto en el tramo de 45 a 54 años, en el que las mujeres registran mayores porcentajes de consumo alguna vez en la vida (8,4% en mujeres frente a 7,0% en hombres).

Respecto a la edad, el grupo de 15 a 24 años es el que muestra las mayores prevalencias, tanto entre hombres como entre mujeres. A medida que aumenta la edad, los porcentajes de consumidores de cigarrillos electrónicos descienden (13,0% en el grupo de 15 a 24 años frente a 5,6% en el de 55 a 64 años). En el consumo en el último año, al igual que ocurría en el tramo de alguna vez en la vida, según aumenta la edad, desciende el consumo de cigarrillos electrónicos (7,1% entre los más jóvenes hasta un 1,2% entre los más mayores).

Finalmente en los tramos temporales de consumo más habitual, obtenemos unas prevalencias muy residuales con independencia del sexo y de la edad.

Tabla 1.1.50.

Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.

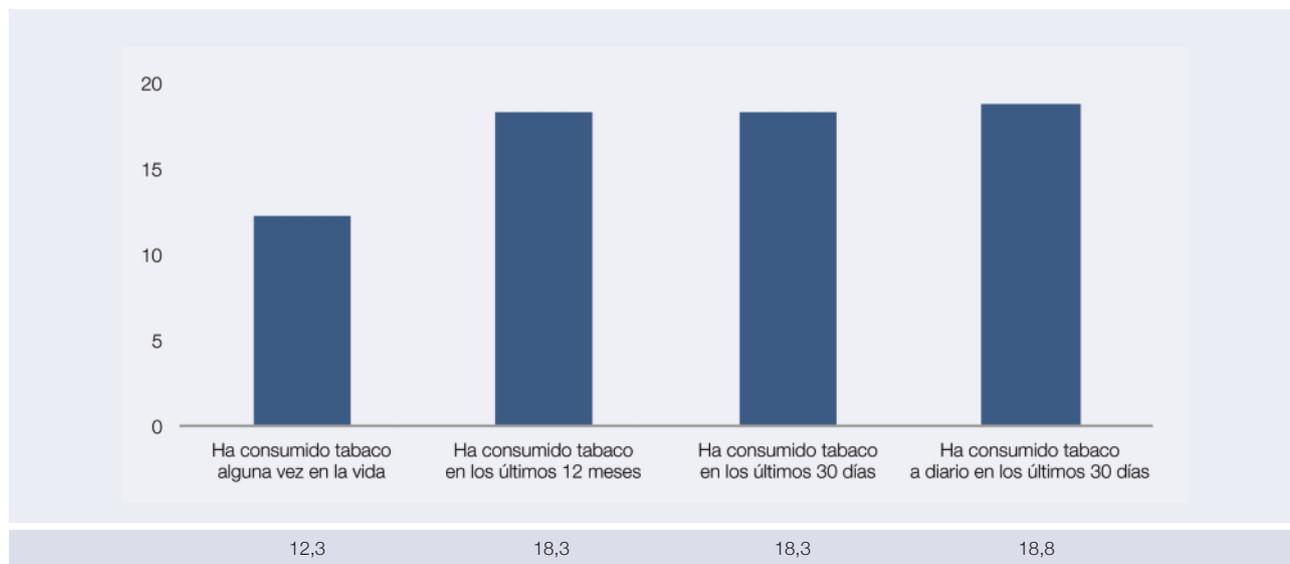
	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	8,8	9,6	8,1	13,0	15,1	10,9	11,5	13,2	9,8	7,9	9,0	6,9	7,7	7,0	8,4	5,6	5,6	5,5
Último año	3,0	3,5	2,4	7,1	8,9	5,3	4,0	5,1	2,9	2,2	2,8	1,6	1,9	1,9	1,9	1,2	0,9	1,5
Último mes	1,5	1,8	1,2	3,4	4,3	2,4	2,0	2,5	1,4	1,2	1,6	0,7	1,0	0,9	1,1	0,8	0,5	1,1
A diario	0,9	1,1	0,8	1,4	1,5	1,2	1,1	1,5	0,7	0,9	1,4	0,4	0,8	0,8	0,8	0,7	0,4	1,0

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

Entre los **consumidores de tabaco**, la prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos es mayor entre los que han fumado más recientemente (12,3% entre los que han fumado alguna vez en la vida y casi el 19% entre los que han fumado tabaco a diario en los últimos 30 días).

Figura 1.1.15.

Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos con o sin nicotina alguna vez en la vida, entre la población de 15-64 años según el marco temporal de consumo de tabaco (%). España, 2017.



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

Por otra parte, según si los **cartuchos usados contienen o no nicotina**, el 58,6% de los consumidores de cigarrillos electrónicos fumó cartuchos o líquidos que contenían nicotina, el 26,8% cartuchos o líquidos sin nicotina y el 14,5% restante, fumó cartuchos tanto con nicotina, como sin nicotina.

Con independencia de la edad, los cartuchos o líquidos con nicotina están algo más extendidos entre los hombres que entre las mujeres. Respecto al consumo de cigarrillos electrónicos sin nicotina, la prevalencia es notablemente mayor entre los jóvenes de 15 a 24 años, grupo en el que, con independencia del sexo, más del 40% de los individuos consume este tipo de productos sin nicotina.

Por otro lado, se ha analizado el tipo de consumo de cigarrillos electrónicos (con o sin nicotina) según se haya consumido tabaco o no (en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días).

Con independencia del periodo temporal, entre las personas que han consumido cigarrillos electrónicos y han fumado tabaco, hay una mayor prevalencia de cartuchos o líquidos con nicotina. Entre los no consumidores de tabaco, tenemos una mayor prevalencia de cigarrillos electrónicos sin nicotina que entre los que han fumado tabaco en cualquiera de los dos periodos temporales considerados.

**Tabla 1.1.51.**

**Consumo de cigarrillos electrónicos con o sin nicotina en la población de 15-64 años que ha consumido cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, según sexo y edad (%). España, 2017.**

	Total			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos con nicotina	58,6	58,0	59,3	45,3	48,4	41,0	61,0	63,0	58,2	63,3	63,9	62,5	62,5	57,6	66,5
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos sin nicotina	26,8	25,9	28,0	40,8	40,1	41,8	26,5	23,3	30,8	21,7	16,8	28,4	19,2	23,5	15,6
Los 2 tipos	14,5	16,1	12,7	13,9	11,5	17,2	12,6	13,7	11,0	15,0	19,3	9,2	18,3	18,9	17,9

Nota: se excluye de la base el segmento de 55 a 64 años por presentar una base reducida.

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

**Tabla 1.1.52.**

**Consumo de cigarrillos electrónicos con o sin nicotina en la población de 15-64 años que ha consumido cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida según se haya consumido tabaco en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días (%). España, 2017.**

	Consumo de tabaco en los últimos 12 meses		Consumo de tabaco en los últimos 30 días	
	Sí	No	Sí	No
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos con nicotina	62,0	39,8	62,1	44,6
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos sin nicotina	23,7	44,2	23,7	39,8
Los 2 tipos	14,3	16,0	14,3	15,7

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

En cuanto a la razón de consumo de los mismos, cuando diferenciamos por los cartuchos utilizados a la hora de recargar el cigarrillo electrónico, son los que lo consumen con nicotina los que en mayor medida lo utilizan como sustituto del tabaco. Teniendo en cuenta el sexo, con indiferencia del tipo de cartuchos empleados, son las mujeres las que más utilizan el cigarrillo electrónico como estrategia para reducir el consumo del tabaco o para dejar de fumar.

**Tabla 1.1.53.**

**Porcentaje de personas que utilizan los cigarrillos electrónicos como sustituto del tabaco, en la población de 15-64 años, según el tipo de cartuchos utilizados (%). España, 2017.**

Cartuchos con nicotina			Cartuchos sin nicotina		
T	H	M	T	H	M
61,7	58,8	65,2	39,3	34,8	44,3

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

## Hipnosedantes

### Hipnosedantes con o sin receta

Aunque la prevalencia del consumo de hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida descendió en 2015 (18,7%) con respecto a 2013 (22,2%), este año vuelve a registrarse un ligero aumento del porcentaje de personas que los han consumido en alguna ocasión (20,8%), superando la barrera del 20% por segunda vez en toda la serie histórica.

Sin embargo, los consumos en el resto de tramos temporales considerados (últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario) registran un pequeño descenso del porcentaje de consumidores que parece confirmar una ligera y lenta tendencia descendente de las prevalencias de consumo de hipnosedantes, que se inició en 2013. Aun así, el 7,5% de la población española de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes con o sin receta en los últimos 30 días, de los que la mayoría (aproximadamente el 80%) los consume a diario (5,9%)

Los hipnosedantes con o sin receta son las sustancias psicoactivas que empiezan a consumirse con mayor edad. En 2017, la edad media de inicio en el consumo es de 34,4 años, lo que supone un ligero adelanto con respecto al valor registrado en 2015 y que era superior a los 35 años.

Figura 1.1.16.

Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta y edad media de inicio en el consumo en la población de 15-64 años (%). España, 2005-2017.



	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Alguna vez en la vida	8,7	15,4	13,4	19,5	22,2	18,7	20,8
Últimos 12 meses	5,1	8,6	7,1	11,4	12,2	12,0	11,1
Últimos 30 días	3,7	5,9	5,2	8,3	8,9	8,1	7,5
A diario o casi a diario en los últimos 30 días	–	3,1	2,7	4,6	6,8	6,0	5,9
Edad media de inicio en el consumo	–	33,8	34,5	34,5	35,2	35,6	34,4

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

La encuesta EDADES incluye un indicador que permite medir la **incidencia de consumo** de determinadas sustancias, es decir, el porcentaje de personas que, sin haber consumido previamente la sustancia, ha empezado a consumirla durante el último año. Así, aproximadamente 630.000 personas iniciaron el consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses, siendo la incidencia notablemente mayor en las mujeres que en los hombres (390.000 y 240.000 personas respectivamente). Por edad, la incidencia más alta se registra en el grupo de 35 a 54 años (aproximadamente 150.000 personas).

Por sexo, el consumo está mucho más extendido entre las mujeres: más de un cuarta parte de las mujeres de 15 a 64 años han consumido hipnosedantes con o sin receta alguna vez en su vida (25,6%).

Por edad, ya se ha mencionado anteriormente que esta sustancia registra mayor peso entre las personas mayores de 35 años: el 25% de la población general de 35 a 64 años ha consumido hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida (31,1% entre las mujeres de este tramo de edad).

El análisis por sexo y por edad de las prevalencias de consumo en el resto de tramos temporales ofrece datos muy similares: prevalencias más elevadas en mujeres y en el grupo de mayor edad (35 a 64 años).

El consumo de hipnosedantes con o sin receta aumenta según va incrementándose la edad de la población, siendo este aumento más llamativo entre las mujeres. Así, para el consumo en los últimos 12 meses, se registra una diferencia de más de 15 puntos porcentuales entre el grupo de mujeres de 15 a 24 años (5,8%) y el de 55 a 64 años (21,6%).

**Tabla 1.1.54.**

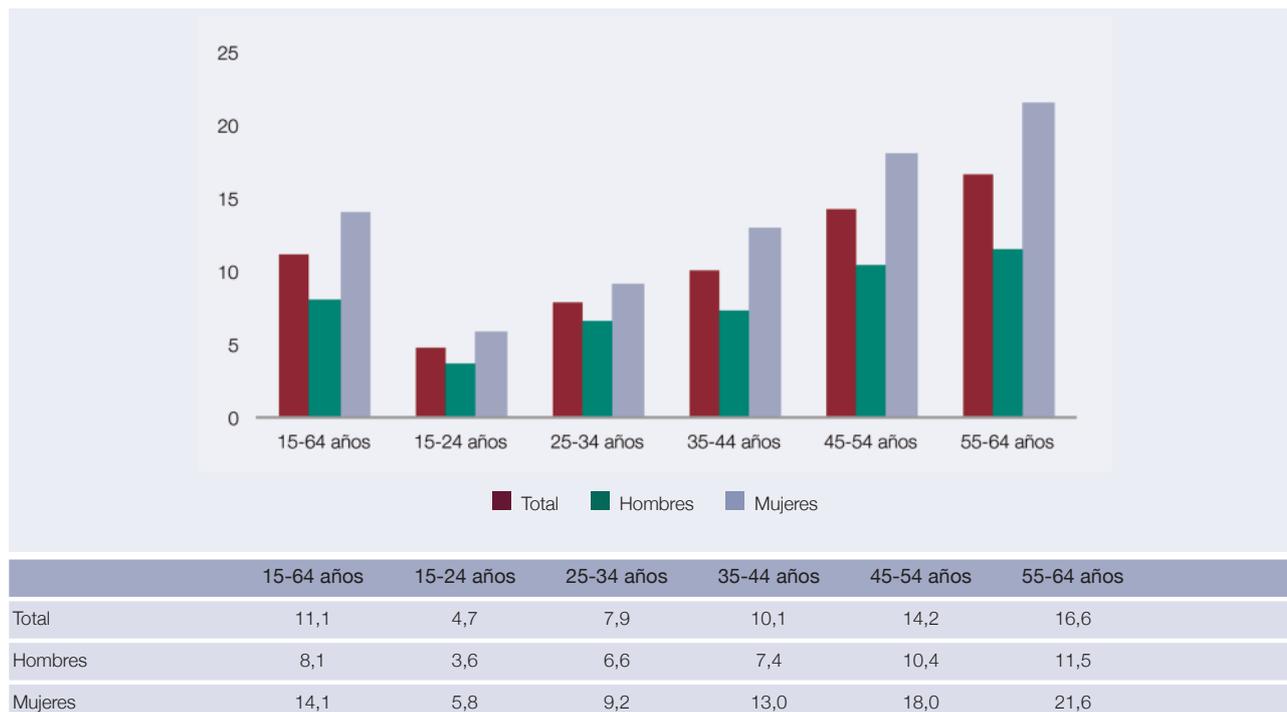
**Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.**

	15-64 años			15-34 años			35-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez	20,8	15,9	25,6	12,4	10,3	14,5	25,0	18,8	31,1
Último año	11,1	8,1	14,1	6,5	5,3	7,7	13,4	9,6	17,2
Último mes	7,5	5,4	9,7	3,4	2,8	4,0	9,6	6,7	12,4
A diario	5,9	4,0	7,9	2,4	2,0	2,9	7,7	5,1	10,4

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

**Figura 1.1.17.**

**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, 2017.**

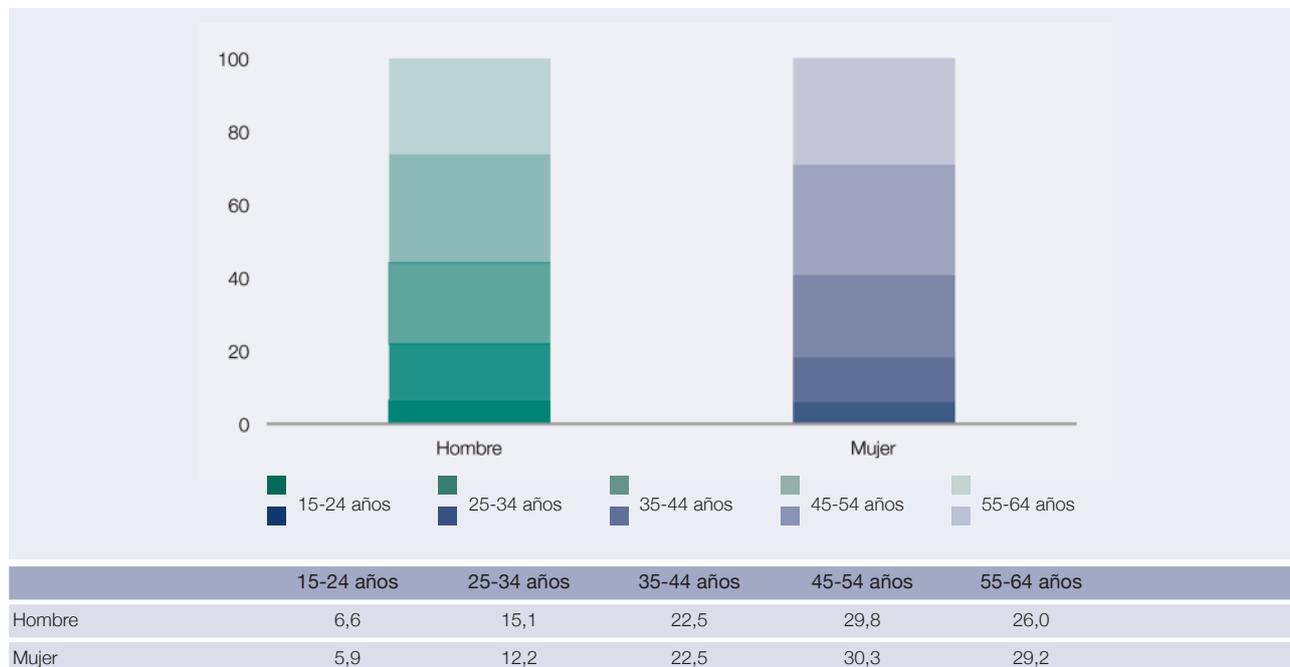


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Como ya se ha mencionado, los hipnosedantes con o sin receta son un grupo de sustancias consumido principalmente por personas de entre 35 y 64 años (el 78,3% de los consumidores hombres y el 82% de las consumidoras mujeres tienen entre 35 y 64 años).

Figura 1.1.18.

Distribución por edad y sexo de la población de 15-64 años que ha consumido hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses (%). España, 2017.

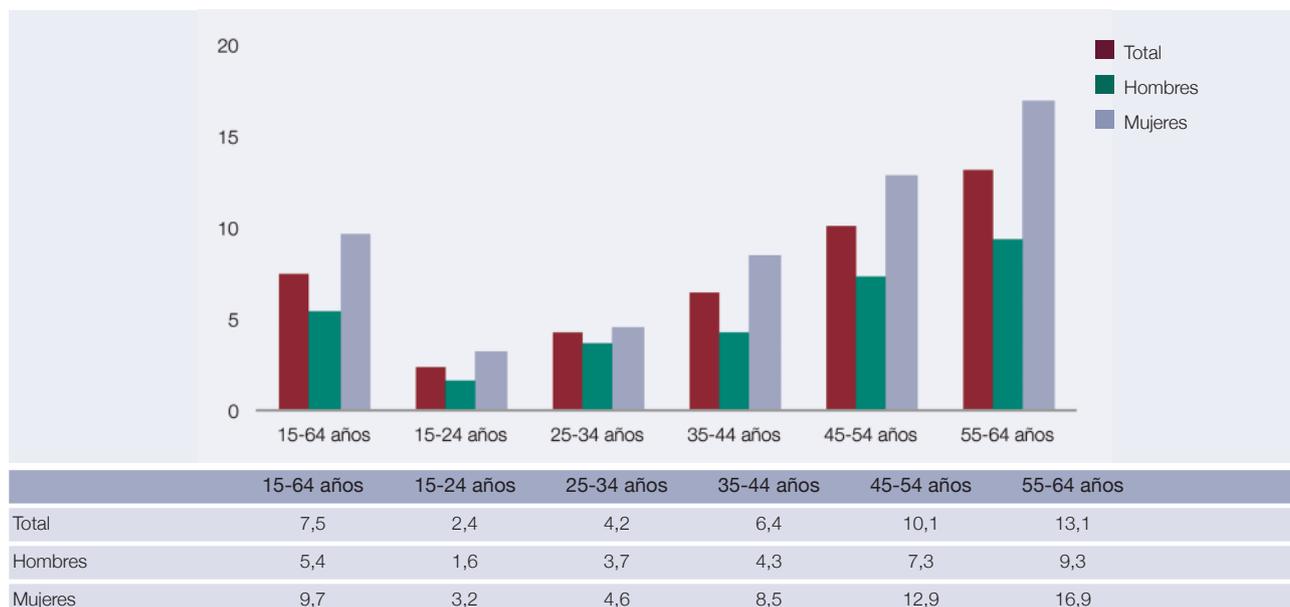


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

También para el consumo en los últimos 30 días se registran las mayores prevalencias en los grupos de mayor edad. Tanto entre hombres como entre mujeres, los mayores porcentajes de consumidores se identifican en el grupo de 55 a 64 años registrando, como hasta ahora, las cifras más elevadas entre las mujeres (16,9% frente al 9,3% entre los hombres).

Figura 1.1.19.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.

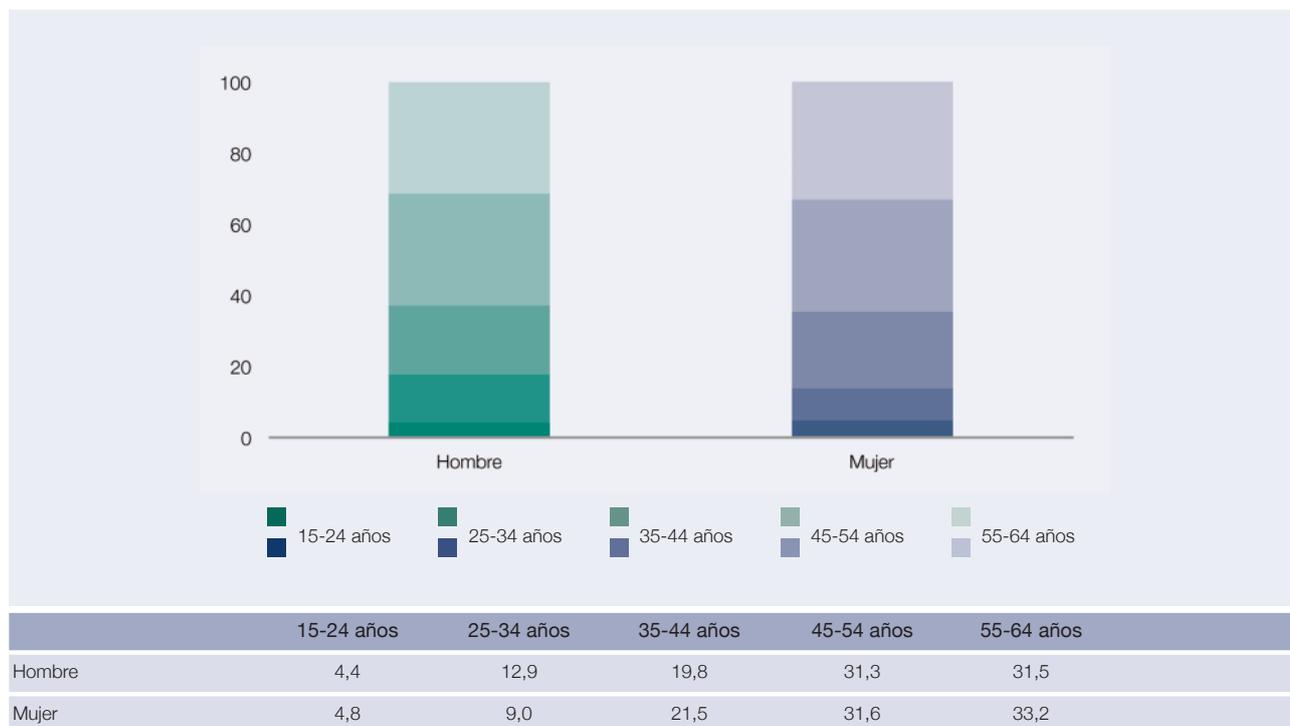


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

La distribución por sexo y edad de los consumidores de hipnosedantes con o sin receta revela que alrededor del 65% de las mujeres que han consumido este tipo de sustancias en los últimos 30 días tiene entre 45 y 64 años mientras que la proporción de hombres en este grupo de edad es ligeramente menor (62,8%). Al contrario, la proporción de hombres en el tramo de 25 a 34 años (12,9%) es algo mayor que la de mujeres para el mismo grupo etario (9%).

Figura 1.1.20.

Distribución por edad y sexo de la población de 15-64 años que ha consumido hipnosedantes con o sin receta en los últimos 30 días (%). España, 2017.



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

### Hipnosedantes sin receta

El 3,0% de la población 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 31,6 años. Con respecto a 2015, la proporción global de consumidores se ha visto reducida ligeramente en 2017, obteniendo niveles de consumo similares a los de 2013.

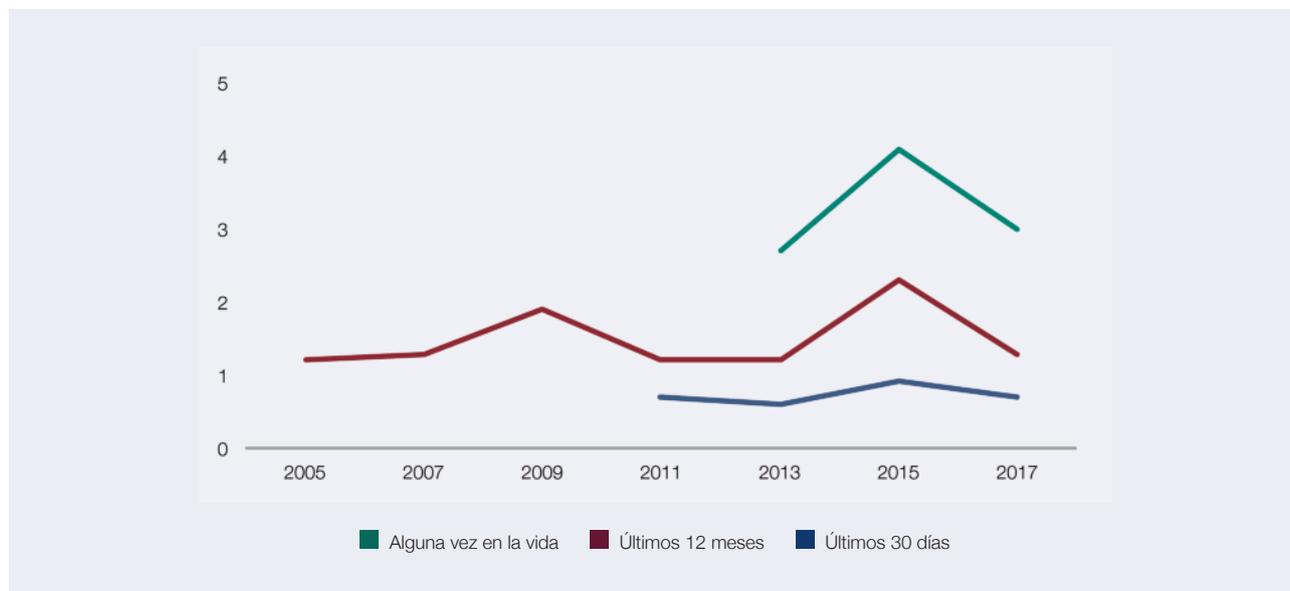
Por otra parte, el 1,3% de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses, cifra que también ha registrado un descenso con respecto a la edición 2015 (2,3%). Menos del 1% de la población general admite haber consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días.

Al igual que ocurría con los hipnosedantes en general, los hipnosedantes sin receta también son consumidos por una mayor proporción de mujeres que de hombres en términos generales. Esta diferencia es muy visible, por ejemplo, en el grupo de edad de 55 a 64 años (1,9% para el consumo en los últimos 12 meses en mujeres frente al 0,9% en hombres). Sin embargo, entre los 25 y los 44 años, son los hombres los que registran mayores prevalencias de consumo de hipnosedantes sin receta.

Es frecuente que el consumo de hipnosedantes pueda ir acompañado del consumo de otras sustancias psicoactivas y parece poder ser más probable si se trata de hipnosedantes sin receta médica: la práctica totalidad (92,3%) de los que admiten haber consumido hipnosedantes sin receta en el último año han consumido otras sustancias psicoactivas durante ese mismo periodo, mientras que la proporción de policonsumidores entre aquellos que no han consumido hipnosedantes sin receta no supera el 40%.

Figura 1.1.21.

Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en la población de 15-64 años (%). España, 2005-2017.

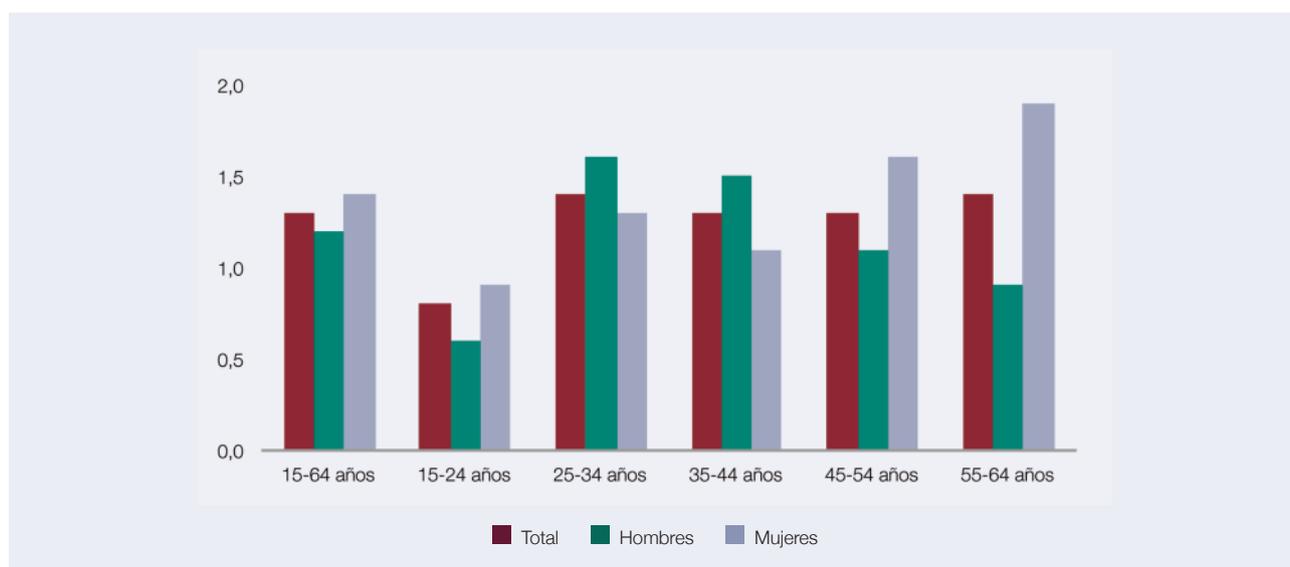


	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Alguna vez en la vida	-	-	-	-	2,7	4,1	3,0
Últimos 12 meses	1,2	1,3	1,9	1,2	1,2	2,3	1,3
Últimos 30 días	-	-	-	0,7	0,6	0,9	0,7

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

Figura 1.1.22.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.



	15-64 años	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Total	1,3	0,8	1,4	1,3	1,3	1,4
Hombres	1,2	0,6	1,6	1,5	1,1	0,9
Mujeres	1,4	0,9	1,3	1,1	1,6	1,9

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

En relación con esto, cabe destacar que el 20,2% de los que han consumido hipnosedantes sin receta en el último año lo han consumido mezclado sólo con alcohol, el 14,5% lo ha mezclado únicamente con drogas ilegales y casi el 15% de éstos han consumido los hipnosedantes junto con alcohol y con drogas ilegales al mismo tiempo. Diferenciando por sexo, observamos que, el hábito de mezclar los hipnosedantes con alcohol y/o con drogas ilegales es mucho más común en los hombres que en las mujeres.

**Tabla 1.1.55.**

**Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas\* en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años, según haya consumido hipnosedantes sin receta o no en los últimos 12 meses (%). España, 2017.**

	Ha consumido hipnosedantes sin receta	No ha consumido hipnosedantes sin receta
Ningún consumo	0,0	16,7
Una sustancia	7,8	42,7
Dos sustancias	30,7	28,3
Tres sustancias	26,0	9,9
Cuatro o más sustancias	35,6	2,4

\* Alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

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

**Tabla 1.1.56.**

**Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta o para uso no médico mezclados con alcohol y/o drogas ilegales entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2017.**

	Total	Hombres	Mujeres
Consumo de hipnosedantes sin receta y alcohol en los últimos 12 meses	20,2	32,0	9,5
Consumo de hipnosedantes sin receta y drogas ilegales en los últimos 12 meses	14,5	22,4	7,4
Consumo de hipnosedantes sin receta y alcohol y drogas ilegales en los últimos 12 meses	14,9	23,5	7,2

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

Con respecto a las posibles razones esgrimidas por los encuestados para el consumo de hipnosedantes sin receta, las dos razones señaladas por un mayor porcentaje de consumidores de este grupo de sustancias son “Sobrellevar las situaciones habituales del día a día” y “Afrontar algunos problemas vitales, como pueden ser un divorcio, un despido, la muerte de un familiar, etc.”, para las que no se registran diferencias llamativas por sexo.

No obstante, se identifica un 15% aproximadamente de hombres consumidores que reconocen haber utilizado estas sustancias para “colocarse” o para “incrementar o disminuir los efectos de otras drogas que habían tomado”.

Con independencia de la edad, la manera en que la mayoría de los consumidores consigue obtener los hipnosedantes sin receta es a través de un amigo o familiar (53,6% entre los hombres frente al 44,3% entre las mujeres) o través de una receta médica que les fue recetada con anterioridad (42,9% entre las mujeres frente al 28,1% entre los hombres). Además, casi uno de cada diez consumidores (8,3%) reconoce haberlo conseguido en la farmacia, pero sin receta.

**Tabla 1.1.57.**

Razones por las que se ha consumido hipnosedantes sin receta o para uso no médico la última vez que los tomó entre la población de 15-64 años que ha consumido hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida, según sexo y edad (%). España, 2017.

	Total			15-34 años			35-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Para sobrellevar las situaciones habituales del día a día	55,1	55,9	54,3	56,8	49,5	63,6	54,4	58,4	50,9
Para afrontar algunos problemas vitales (divorcio, muerte de un familiar, despidos...)	39,5	33,8	44,7	36,1	28,6	43,1	40,8	35,9	45,2
Para incrementar o disminuir los efectos de drogas que había tomado	9,8	15,6	4,6	13,0	24,8	1,9	8,6	12,1	5,6
Para colocarme	9,0	15,3	3,3	10,9	18,5	3,8	8,3	14,1	3,1
Para experimentar o probar lo que se sentía tomando ese medicamento	5,5	7,7	3,5	7,0	11,0	3,3	4,9	6,4	3,6

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

**Tabla 1.1.58.**

Medios por los que consiguió, la última vez que los tomó, hipnosedantes sin receta entre la población de 15-64 años que ha consumido hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida, según sexo y edad (%). España, 2017.

	Total			15-34 años			35-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
A través de un amigo o familiar	48,8	53,6	44,3	54,7	56,3	53,1	46,6	52,6	41,0
A través de una receta médica que me recetaron a mí	35,8	28,1	42,9	32,4	29,4	35,2	37,0	27,7	45,8
Lo compré en una farmacia sin receta	8,3	7,6	8,9	6,3	4,5	8,0	9,0	8,8	9,2
Lo conseguí de otra manera	3,9	4,4	3,4	3,5	3,3	3,6	4,0	4,8	3,3
A través de un traficante o a una persona desconocida	3,1	6,0	0,5	3,2	6,5	0,0	3,1	5,8	0,7
A través de internet	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0
A través de una receta médica falsa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

Por último, la encuesta EDADES 2017 incluye una pregunta sobre si los encuestados estarían dispuestos a conseguir hipnosedantes de manera ilegal en caso de no poder conseguirlos a través de una receta médica. Son un 36,7% de los consumidores de hipnosedantes los que estarían dispuestos a conseguirlos de manera ilegal. Por sexo, los porcentajes más altos se registran entre los hombres con independencia de la edad de los individuos.

**Tabla 1.1.59.**

Porcentaje de consumidores de hipnosedantes con o sin receta de 15-64 años que estarían dispuestos a conseguir hipnosedantes de manera ilegal, en caso de no poder obtenerlos a través de receta médica, según sexo y edad (%). España, 2017.

	Total			15-34 años			35-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Estaría dispuesto a conseguirlos de manera ilegal	36,7	48,4	26,4	49,0	58,5	39,2	31,5	43,6	21,5
No estaría dispuesto a conseguirlos de manera ilegal	63,3	51,6	73,6	51,0	41,5	60,8	68,5	56,4	78,5

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

## Analgésicos opioides

En los últimos años, el consumo de opiáceos se está convirtiendo en un problema de salud a escala mundial que encuentra su mayor exponente en Estados Unidos. Por ello, el cuestionario utilizado en EDADES 2017 ha incluido por primera vez un módulo específico para conocer la prevalencia y las características del consumo de analgésicos opioides en España.

El 14,5% de la población de España de 15 a 64 años reconoce haber consumido analgésicos opioides en alguna ocasión. El consumo de estas sustancias está más extendido entre las mujeres que entre los hombres, aumentando en ambos colectivos su prevalencia a medida que lo hace la edad. En el caso de las mujeres destaca el incremento que se produce en su consumo a partir de los 35 años.

Respecto al consumo en el último año vemos que la prevalencia de consumo de estas sustancias se sitúa en el 6,7%, reduciéndose al 2,9% cuando circunscribimos el consumo al último mes. En ambos tramos temporales, volvemos a ver una mayor presencia de consumidores entre las mujeres y también en los grupos de mayor edad, destacando el incremento que se produce a partir de los 35 años.

**Tabla 1.1.60.**

**Prevalencia de consumo de analgésicos opioides en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.**

	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
Alguna vez en la vida	14,5	13,1	16,0	7,6	6,6	8,6	11,4	11,4	11,4	15,9	13,6	18,3	17,3	15,1	19,6	17,6	16,6	18,6
Últimos 12 meses	6,7	5,9	7,4	3,7	3,2	4,3	5,9	5,9	5,9	7,1	6,2	8,0	7,6	6,3	8,8	7,9	7,0	8,8
Últimos 30 días	2,9	2,3	3,4	1,0	0,8	1,3	2,1	1,6	2,6	3,1	2,6	3,7	3,5	3,0	4,1	3,9	3,2	4,5

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

La **codeína** y el **tramadol** son los analgésicos que presentan una mayor prevalencia de consumo entre la población de 15 a 64 años con independencia del plazo temporal en el que se haya realizado el consumo. En el caso de la **codeína**, el 10,0% reconoce haberla consumido en alguna ocasión, situándose su prevalencia para el último año en el 4,2%, pasando a ser residual en el último mes (1,6%). Para el **tramadol**, la proporción de consumidores alguna vez en la vida es del 5,2%, reduciéndose casi a la mitad para el último año (2,3%) y al 1,1% en el último mes. El siguiente analgésico opioide que cuenta con mayor extensión de consumo es la **morfina** (2,1% de la población reconoce haberla tomado alguna vez en la vida), si bien su extensión en el último año es muy residual (0,7%).

Con independencia del tipo de analgésico del que se trate, la extensión de su consumo es mayor entre las mujeres que entre los hombres.

**Tabla 1.1.61.**

**Prevalencia de consumo de analgésicos opioides en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2017.**

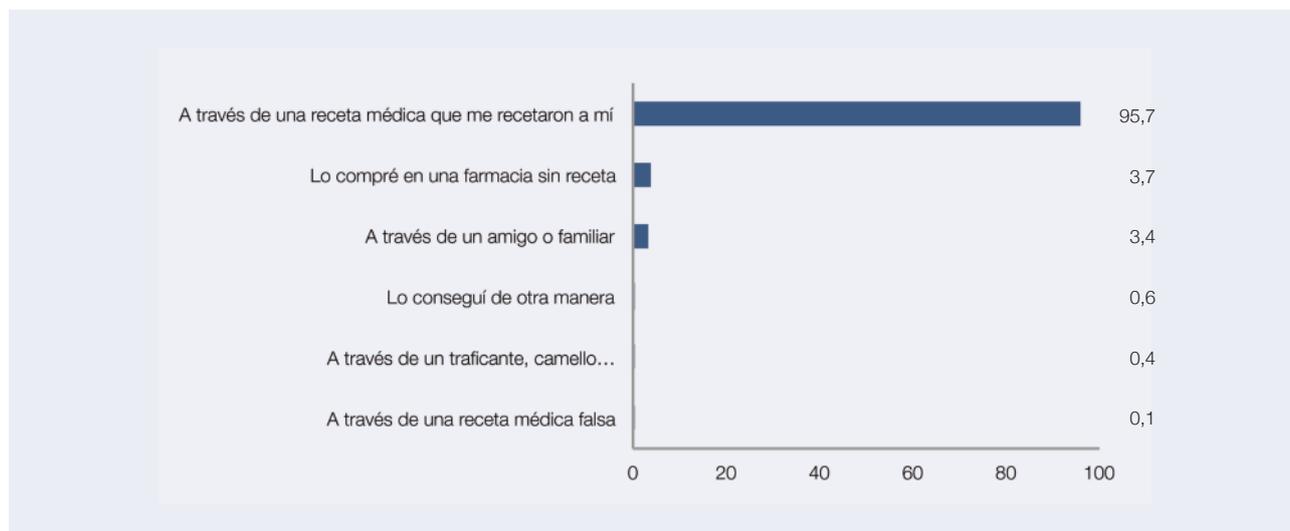
	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			últimos 30 días		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Tramadol	5,2	4,5	5,8	2,3	1,9	2,6	1,1	0,9	1,3
Codeína	10,0	9,1	11,0	4,2	3,8	4,7	1,6	1,2	1,9
Morfina	2,1	2,0	2,3	0,7	-	-	-	-	-

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

Cuando se consulta acerca de los **medios por los que se suele conseguir** este tipo de analgésicos opioides, destaca por encima del resto el hecho de adquirirlo a través de una receta médica que le hicieron al consumidor en cuestión (95,7% de los que han consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida). Por su parte, el 3,7% de los consumidores reconoce haberlos comprado en una farmacia sin receta y el 3,4% declara conseguirlos a través de un amigo o familiar.

**Figura 1.1.23.**

**Medios por los que consiguió analgésicos opioides entre la población de 15 a 64 años que ha consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida (%). España, 2017.**

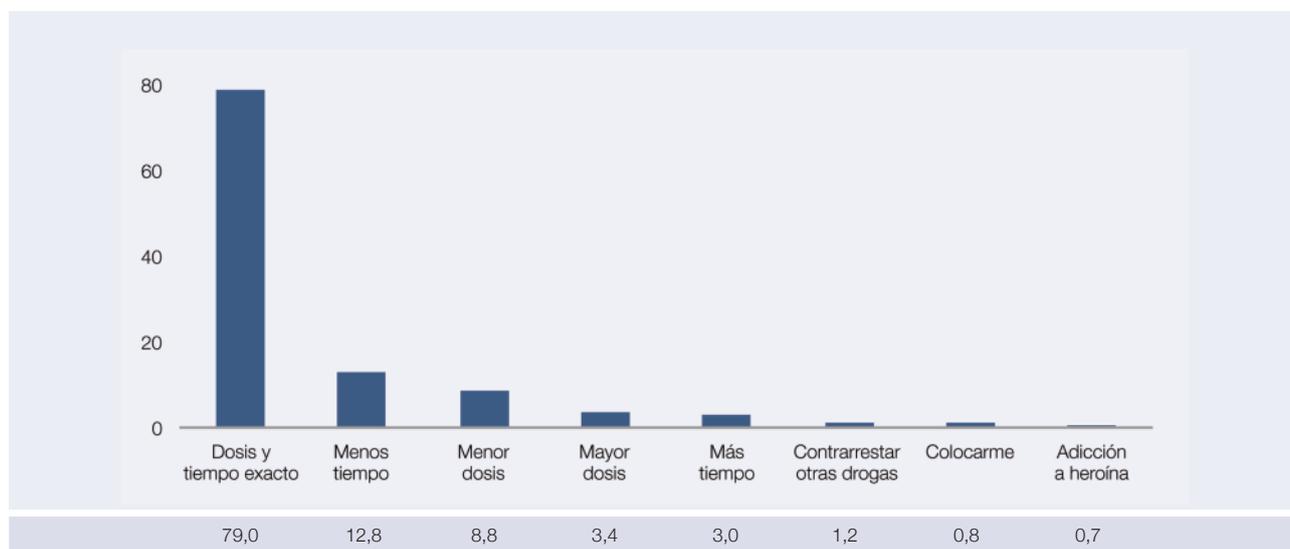


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

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 (79,0%). Por su parte, el 12,8% declara realizar un menor consumo del recomendado (menos tiempo) y un 8,8% un menor consumo en cuanto a la dosis.

**Figura 1.1.24.**

**Modo de consumo realizado entre la población de 15 a 64 años que ha consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida (%). España, 2017.**



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

También se han analizado las **razones que motivaron el inicio de consumo** de los analgésicos opioides, destacando cómo intentar mitigar un dolor agudo causó el inicio de consumo de la mayoría de los consumidores (el 65% de la población de 15 a 64 años que ha consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida declara que comenzó a tomarlos por este motivo). Tanto en hombres como en mujeres destaca como el principal motivo (65,7% entre los hombres y 64,4% entre las mujeres). Atendiendo a la edad, destaca el peso que adquiere esta razón en el grupo de 15 a 24 años (75,4%) para ir descendiendo a medida que aumenta la edad.

Comenzar a consumirlo después de una operación es la segunda razón más mencionada entre los consumidores: el 17,9% de los que han tomado estos analgésicos opioides reconoce que comenzó a consumirlos por este motivo. Entre los hombres este motivo tiene más peso que entre las mujeres (20,8% frente a 15,5%). Respecto a la edad destaca el protagonismo que adquiere esta razón a partir de los 25 años, registrándose su máximo en el grupo de 45 a 54 años (20,8%).

Hacer más llevadero un dolor crónico también destaca como causa de iniciación del consumo de los analgésicos opioides (el 17,0% de los que han consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida alude a ello como razón por la que comenzó su consumo). Este motivo adquiere mayor protagonismo entre las mujeres que entre los hombres (19,4% frente al 14,2% entre los hombres). A partir de los 34 años vemos cómo su peso aumenta en línea con la edad, representando entre los de 55 a 64 años el motivo por el que uno de cada cuatro (25,4%) comenzó a consumirlos.

**Tabla 1.1.62.**

**Razones por las que la población de 15-64 años que ha consumido analgésicos opioides empezó a tomar analgésicos opioides, según sexo y edad (%). España, 2017.**

	15-64 AÑOS			EDAD				
	T	H	M	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Dolor agudo	65,0	65,7	64,4	75,4	68,6	65,4	61,1	63,6
Después de una operación	17,9	20,8	15,5	9,0	19,3	18,1	20,8	16,2
Dolor crónico	17,0	14,2	19,4	9,6	8,8	12,1	21,0	25,4
Para tratar mi dolor porque no me funcionaban otros medicamentos	11,3	10,0	12,4	6,5	11,6	13,0	10,0	12,3
Para incrementar o disminuir los efectos de otras drogas que consumo	1,4	2,3	0,7	3,3	2,0	1,0	1,5	0,8
Para utilizar como tratamiento para mi adicción a la heroína	0,6	0,9	0,4	0,2	0,5	0,5	1,4	0,0

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

Durante el último año, entre la población que ha consumido analgésicos opioides, tenemos un 6,9% que lo ha mezclado con alcohol; por sexo, el porcentaje es notablemente superior entre los hombres (10,1% frente a 4,2%), y por edad son los individuos de 45-54 años los que en mayor medida han mezclado estos medicamentos con alcohol.

El porcentaje disminuye cuando las sustancias que se mezclan junto con los analgésicos opioides son drogas ilegales; en este caso el porcentaje de prevalencia es de un 3,2%, siendo de nuevo el porcentaje superior entre los hombres (5,3%).

Finalmente, tenemos un 2,1% de los consumidores de analgésicos opioides que en el último año lo han mezclado tanto con alcohol como con drogas ilegales a la hora de consumirlos. Por sexo y edad, las mayores prevalencias las recogemos entre los hombres de 25 a 34 años.

**Tabla 1.1.63.**

Prevalencia de consumo de alcohol, drogas ilegales o alcohol y drogas ilegales junto con analgésicos opioides en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años que ha consumido analgésicos opioides en los últimos 12 meses, según sexo y edad (%). España, 2017.

	15-64 AÑOS			EDAD				
	T	H	M	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Consumo de alcohol y analgésicos opioides	6,9	10,1	4,2	6,6	8,4	4,9	9,8	4,7
Consumo de drogas ilegales y analgésicos opioides	3,2	5,3	1,5	4,7	5,0	2,7	4,8	0,0
Consumo de alcohol y drogas ilegales, y analgésicos opioides	2,1	3,9	0,6	3,5	4,6	1,7	2,2	0,0

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

Únicamente un 1,8% de la población de 15 a 64 años estaría dispuesta a conseguir de manera ilegal analgésicos opioides si no pudiera conseguirlos por medios legales. Por sexo no se aprecian grandes diferencias, siendo ligeramente superior el porcentaje en los hombres. Por tramos de edad, y como ocurría en el caso de sexo, los porcentajes son muy similares, si bien parece que los individuos de 45 a 64 estarían ligeramente más dispuestos a obtener estos medicamentos de manera ilegal.

**Tabla 1.1.64.**

Porcentaje de la población de 15-64 años que estaría dispuesta a conseguir analgésicos opioides de manera ilegal, en caso de no poder obtenerlo a través de receta médica, según sexo y edad (%). España, 2017.

	15-64 AÑOS			EDAD				
	T	H	M	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Estaría dispuesto a conseguirlos de manera ilegal	1,8	2,0	1,7	1,1	1,7	1,8	2,1	2,1
No estaría dispuesto a conseguirlos de manera ilegal	98,2	98,0	98,3	98,9	98,3	98,2	97,9	97,9

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

Analizando las **prevalencias de algunas sustancias ilegales** en función del consumo o no de analgésicos opioides vemos que, en todos los casos, el consumo de estas drogas en los últimos 12 meses está más extendido entre los que han consumido analgésicos opioides que entre los que no lo han hecho.

Las mayores diferencias se dan en el caso del cannabis y la cocaína. Respecto al cannabis, vemos que su prevalencia de consumo en el último año desciende en casi 4 puntos entre los que no han tomado analgésicos opioides (14,6% entre los que han consumido y 10,8% entre los que no). En el caso de la cocaína vemos que el 4,2% de los que han consumido analgésicos opioides en los 12 últimos meses ha consumido también cocaína, reduciéndose esta prevalencia a menos de la mitad entre los que no han consumido este tipo de analgésicos (1,9%).

El resto de sustancias tienen en ambos colectivos tasas de consumo muy residuales; sin embargo, destaca en el caso del éxtasis y las anfetaminas su mayor extensión de consumo entre aquéllos que han tomado en el último año analgésicos opioides (éxtasis: 1,8% entre los que han consumido vs. 0,5% entre los que no han consumido analgésicos opioides; anfetaminas: 1,4% entre los que han consumido vs. 0,4% entre los que no han consumido analgésicos opioides).

Tabla 1.1.65.

Prevalencia de consumo de drogas ilegales en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según hayan consumido analgésicos opioides en los últimos 12 meses o no (%). España, 2017.

	Ha consumido analgésicos opioides en los últimos 12 meses	No ha consumido analgésicos opioides en los últimos 12 meses
Cannabis	14,6	10,8
Cocaína	4,2	1,9
Éxtasis	1,8	0,5
Anfetaminas	1,4	0,4
Alucinógenos	1,0	0,4

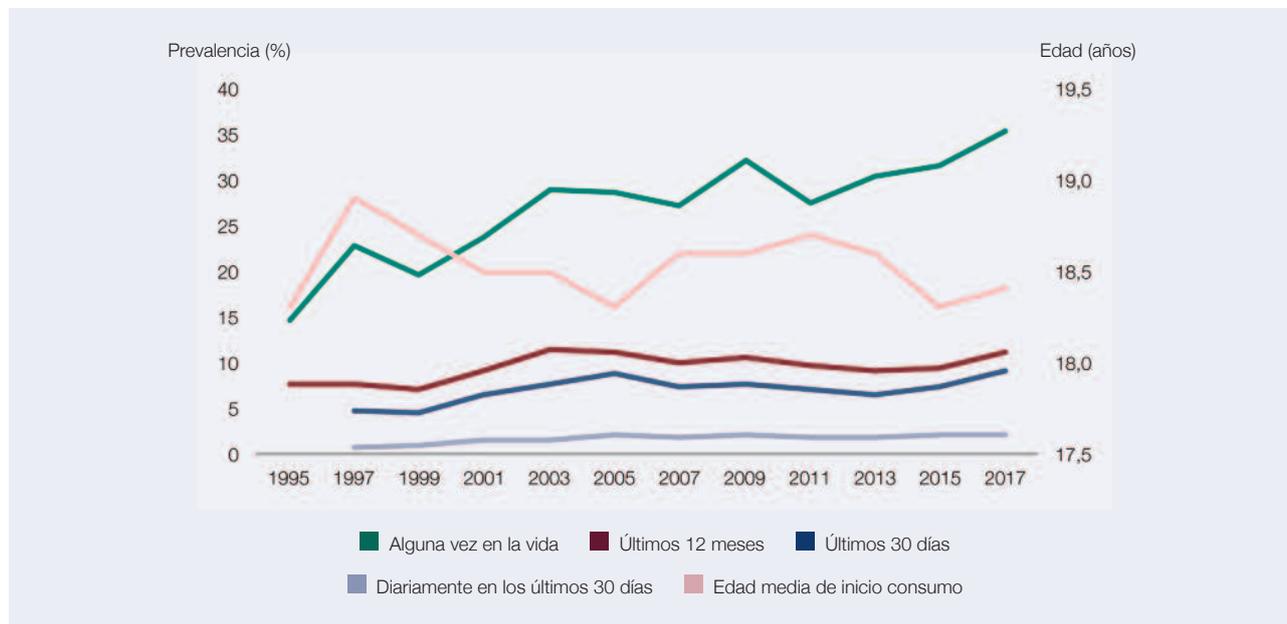
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

## Cannabis

En lo relativo a las sustancias ilegales, vemos que el cannabis es la droga con mayor prevalencia de consumo en España, en la población de 15 a 64 años. En 2017, el 35,2% reconoce haber consumido cannabis alguna vez en la vida, proporción que ha continuado la tendencia creciente iniciada en 2013 y que ha supuesto un incremento en 3,7 puntos respecto a la registrada en 2015 (31,5%) alcanzando el máximo de la serie histórica. La edad media de inicio de consumo se sitúa en los 18,4 años, manteniéndose estable a lo largo de todas las mediciones.

Figura 1.1.25.

Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis y edad media de inicio en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Alguna vez en la vida	14,5	22,9	19,6	23,8	29	28,6	27,3	32,1	27,4	30,4	31,5	35,2
Últimos 12 meses	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6	9,2	9,5	11,0
Últimos 30 días	-	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6	7,0	6,6	7,3	9,1
Diariamente en los últimos 30 días	-	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,7	2,0	1,7	1,9	2,1	2,1
Edad media de inicio consumo	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6	18,6	18,7	18,6	18,3	18,4

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

Centrándonos en su consumo en el último año, vemos que su prevalencia es del 11,0%, situándose en el 9,1% cuando se circunscribe el consumo al último mes. Para ambos tramos temporales, vemos como la prevalencia ha aumentado ligeramente respecto al dato de 2015 (9,5% y 7,3%, respectivamente).

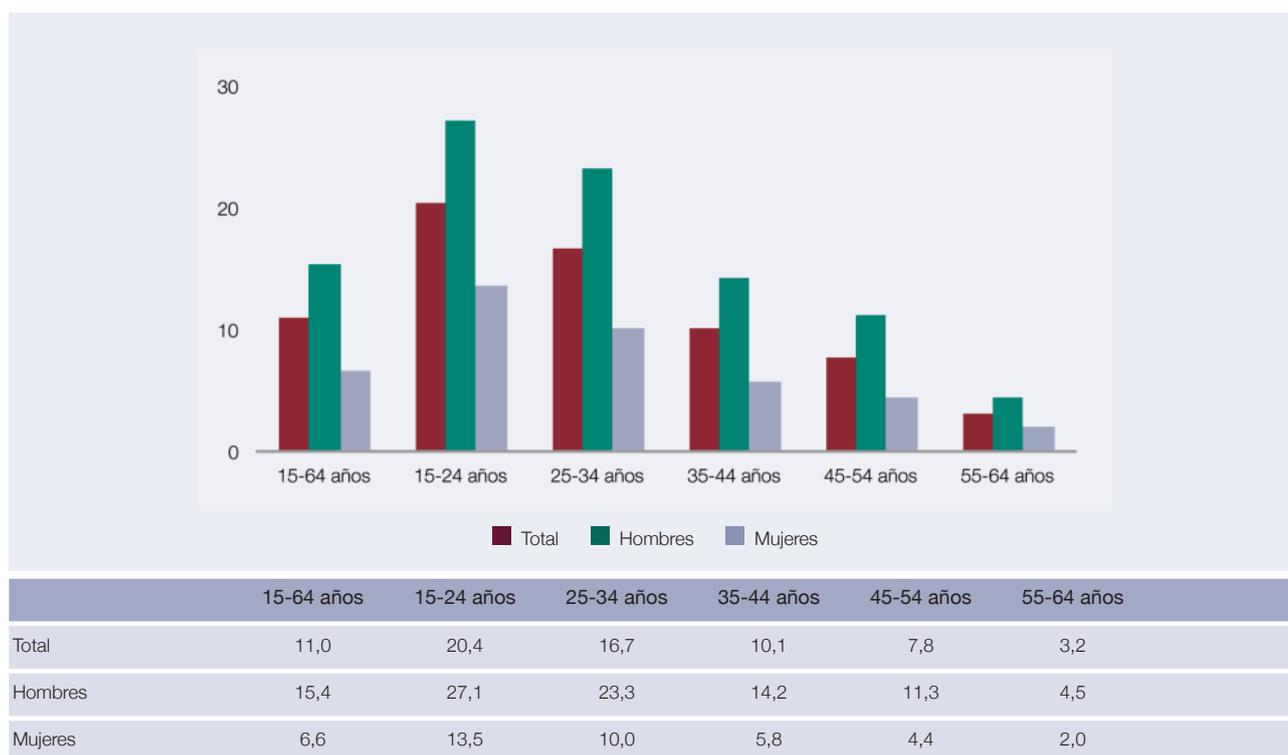
El 2,1% de la población reconoce haber consumido cannabis diariamente en el último mes, proporción que se mantiene estable respecto a las últimas mediciones.

Analizando la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en función del sexo y de la edad, el consumo de esta sustancia está más extendido entre los hombres que entre las mujeres (15,4% y 6,6%, respectivamente), situación que se repite en todos los tramos de edad.

En función de la **edad**, la prevalencia de consumo de cannabis disminuye a medida que aumenta la edad, situación que se da tanto en hombres como en mujeres. Así, la máxima prevalencia para ambos sexos se da en el colectivo de 15 a 24 años, donde el 20,4% reconoce haber consumido cannabis en el último año, proporción que se reduce hasta el 16,7% entre los de 25 a 34 años, situándose en el 10,1% entre los de 35 a 44 años y en el 7,8% entre los de 45 a 54 años, bajando por debajo del 5% entre los de 55 a 64 años (3,2%).

Figura 1.1.26.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.



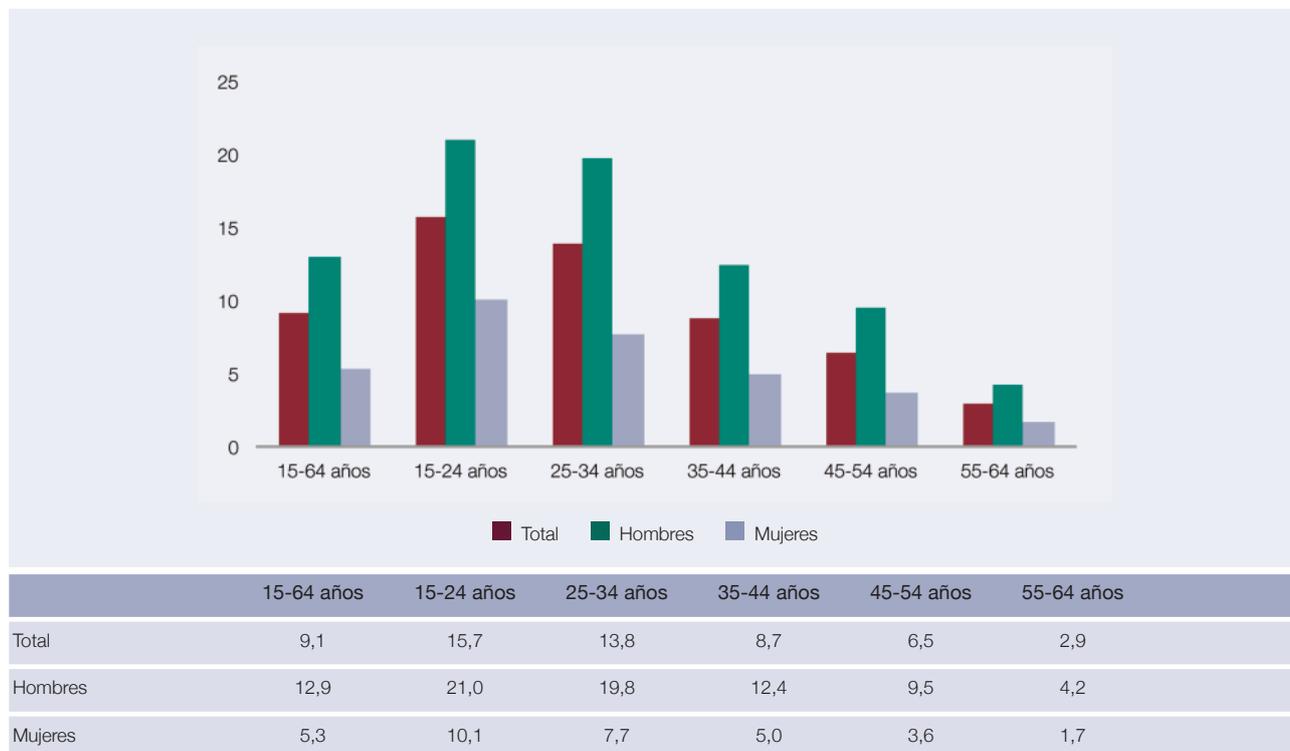
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Haciendo el mismo análisis pero, esta vez, circunscribiendo el consumo de cannabis al último mes, de nuevo existe una relación inversa entre la extensión de consumo de cannabis y la edad. Así, si para el total de la población de 15 a 64 años la prevalencia de consumo en los últimos 30 días se sitúa en el 9,1%, ésta aumenta hasta el 15,7% entre los de 15 a 24 años, disminuyéndose hasta estar por debajo del 3% en el colectivo de 55 a 64 años (2,9%). Esta situación se da tanto en hombres como en mujeres, aunque en el caso de las mujeres la disminución en el consumo es más progresiva, mientras que en el caso de los hombres se registra una importante disminución en el consumo a partir de los 35 años.

En función del **sexo**, entre los varones el consumo está más extendido que entre las mujeres. En todos los tramos de edad la proporción de varones que declara haber consumido cannabis es más del doble de la que se da entre las mujeres (figura 1.1.27).

Figura 1.1.27.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.



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

### Características del consumo de cannabis

Atendiendo al tipo de cannabis, la marihuana está más extendida que el hachís entre aquéllos que han consumido cannabis en los últimos 30 días. El 48,3% declara haber fumado principalmente marihuana, porcentaje que se reduce a menos de la mitad para aquéllos que han consumido principalmente hachís (21,9%). El 29,8% restante reconoce haber consumido de los dos tipos en una proporción similar.

La marihuana es el formato de cannabis más extendido entre aquéllos que han consumido en el último mes tanto entre hombres y mujeres, como entre los menores de 35 años y los de 35 a 64 años. Destaca su mayor relevancia entre los consumidores menores de 35 años, sobre todo entre las mujeres.

El hecho de fumar de ambos tipos (marihuana y hachís) está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, destacando sobre todo la diferencia que se da entre los consumidores de 15 a 34 años.

La práctica totalidad de los consumidores de cannabis en el último mes reconoce haberlo consumido mezclándolo con tabaco (92,9%).

El número medio de porros consumidos en un mismo día es de 2,7, manejándose la misma cifra en hombres y mujeres. Con independencia del sexo, el consumo diario de porros es mayor entre los de 35 a 64 años (3,0 en el caso de los hombres y 3,1 en el caso de las mujeres) que entre los menores de 35 (2,6 entre los hombres y 2,4 entre las mujeres).

**Tabla 1.1.66.**

Características del consumo de cannabis en la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo y edad (%). España, 2017.

	15-64 años			15-34 años			35-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Consumo cannabis últimos 30 días									
Principalmente marihuana	48,3	47,7	50,0	50,1	49,1	52,6	45,7	45,8	45,5
Principalmente hachís	21,9	20,5	25,9	19,2	17,5	23,6	25,8	24,6	29,7
De los dos tipos	29,8	31,8	24,2	30,7	33,3	23,8	28,5	29,6	24,8
Consumo cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días									
Sí	92,9	92,9	92,9	93,6	93,4	94,1	92,0	92,2	91,5
No	7,1	7,1	7,1	6,4	6,6	5,9	8,0	7,8	8,5
Media de porros consumidos al día	2,7	2,7	2,7	2,5	2,6	2,4	3,0	3,0	3,1

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

Con independencia del sexo, prácticamente la totalidad de los individuos consumen el cannabis en forma de porro o canuto. Asimismo, un 4,4% de los consumidores de esta droga la consumen usando pipas de agua, bongos o cachimbas.

**Tabla 1.1.67.**

Características del consumo de cannabis en la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2017.

	Total	Hombres	Mujeres
Consumo cannabis últimos 30 días			
En forma de porro o canuto	97,9	98,6	96,2
Usando pipas de agua, bongos, cachimbas, shishas	4,4	4,3	4,8
Por vía oral: pasteles, galletas...	2,6	2,1	3,9
Usando cigarrillos electrónicos	0,5	0,5	0,5

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

### Continuidad en el consumo de cannabis

Centrándonos en la continuidad del consumo de cannabis, vemos que tres de cada diez de los que habían consumido cannabis alguna vez en la vida han consumido cannabis en el último año (31,3%), proporción que se mantiene en niveles muy similares a los obtenidos en 2013 (30,3%) y 2015 (30,0%).

Por su parte, uno de cada cuatro de los que habían consumido cannabis alguna vez en la vida han consumido cannabis en el último mes (25,8%), proporción que es 2,5 puntos superior a la que se registraba en 2015.

Tomando como base aquéllos que han consumido cannabis en el último año, la amplia mayoría de ellos ha consumido esta sustancia en el último mes (82,5%). En términos evolutivos, esta proporción se ha incrementado en 5 puntos respecto a la registrada en 2015, alcanzándose así el valor más alto de la serie.

Entre los que nunca han consumido cannabis en su vida, un 2,4% de encuestados indica que consumiría cannabis si fuera una droga legal. Por edad, son los más jóvenes los que manifiestan que consumirían cannabis si fuera legal, aumentando hasta un 6,3% este porcentaje en los individuos de 15 a 17 años.

Figura 1.1.28.

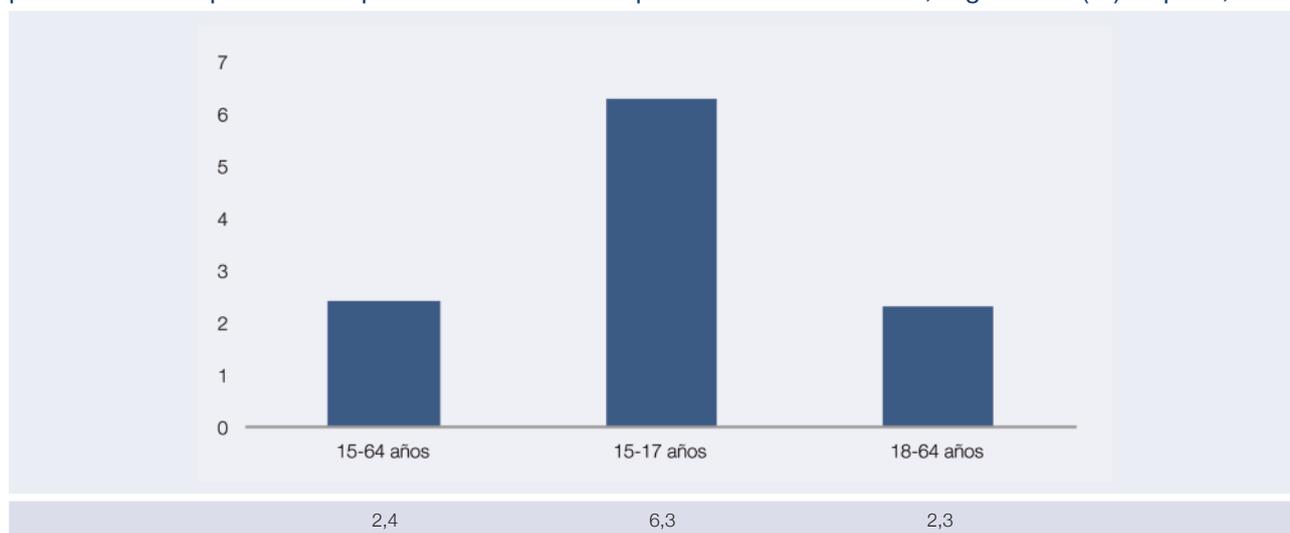
Prevalencia y continuidad en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.



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

Figura 1.1.29.

Porcentaje de personas que afirman que si fuese legal el consumo de hachís o marihuana lo probarían. Respuesta entre los que no la han probado nunca entre la población de 15-64 años, según edad (%). España, 2017.



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

## Problemas relacionados con el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas

A la vista de los resultados, cabe destacar cómo la presencia de problemas personales, de salud y/o psicológicos se hace más habitual a medida que se intensifica el consumo de cannabis.

Así, entre los que no han fumado cannabis nunca, las prevalencias de estos problemas son muy residuales, sin llegar a alcanzar en ningún caso el 1%. Entre los que han fumado cannabis en el último mes, aunque no diariamente, estas prevalencias aumentan, destacando sobre todo el 4,7% que reconoce haber tenido problemas con familiares y amigos a causa del consumo de drogas.

Centrándonos en la población que fuma 1 o 2 porros cada día, de nuevo se observa un incremento en la aparición de estos problemas, destacando en este caso cómo el 8,9% reconoce haber tenido problemas con familiares y amigos derivados del consumo.

Entre aquéllos que declaran fumar 3 o más porros cada día se observa que varios de estos problemas empiezan a tener relevancia. El 13,8% reconoce haber tenido problemas con familiares y amigos, el 8,8% problemas con la ley, el 7,1% dificultades económicas y el 6,8% y 6,3%, respectivamente, problemas de salud y psicológicos relacionados con el consumo de drogas.

**Tabla 1.1.68.**

**Prevalencia de problemas relacionados con el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas alguna vez en la vida entre la población de 15-64 años, según el consumo de cannabis en los últimos 30 días (%). España, 2017.**

	No ha fumado cannabis nunca	Fuma cannabis pero no diariamente	De 1 a 2 porros diarios	3 o más porros diarios
Problemas familiares y amigos	0,8	4,7	8,9	13,8
Problemas de salud física	0,9	2,8	3,4	6,8
Problemas psicológicos	0,7	2,4	2,7	6,3
Accidentes de tráfico	0,1	1,0	2,1	2,0
Problemas laborales	0,2	0,8	0,9	2,4
Problemas económicos	0,2	2,0	3,1	7,1
Problemas con la policía o la ley	0,1	1,9	3,7	8,8
Relaciones sexuales que en otras circunstancias no hubiera mantenido	0,1	1,7	3,2	3,6
Relaciones sexuales sin protección	0,1	2,1	3,4	5,9

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

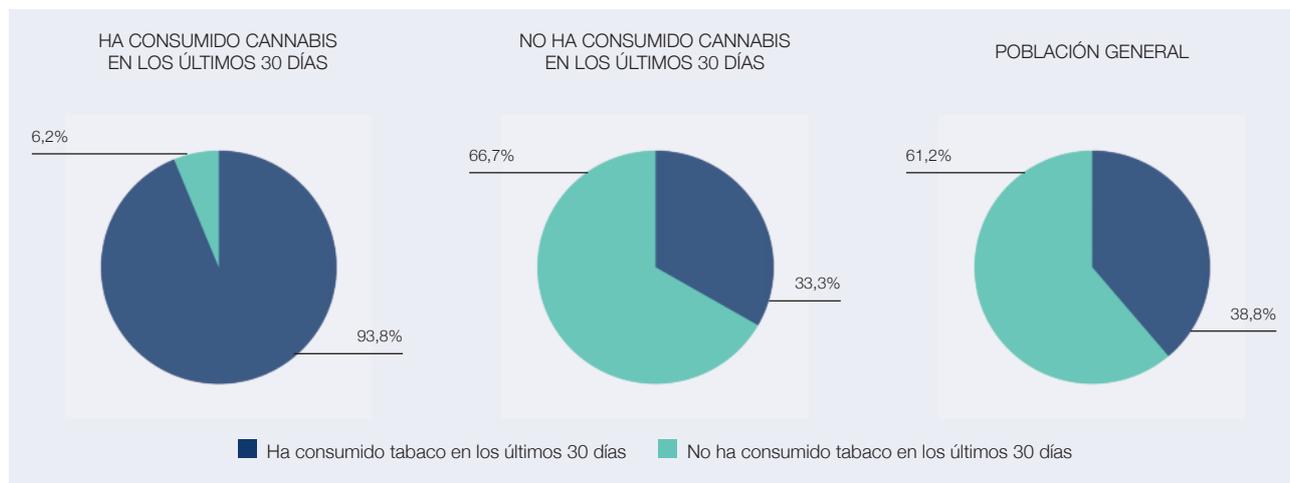
## Consumo de cannabis y tabaco

Nueve de cada diez personas que han consumido cannabis en el último mes reconocen haber consumido tabaco en este periodo (93,8%), reduciéndose esta proporción hasta el 33,3% entre los que no han consumido cannabis, lo que confirma la estrecha relación en términos de consumo que existe entre ambas sustancias (figura 1.1.30).

Realizando un análisis inverso, el 22,0% de los que han consumido tabaco en los últimos 30 días declara haber consumido cannabis en este plazo temporal frente al 0,9% que se obtiene entre los que no han fumado tabaco en el último mes (figura 1.1.31).

Figura 1.1.30.

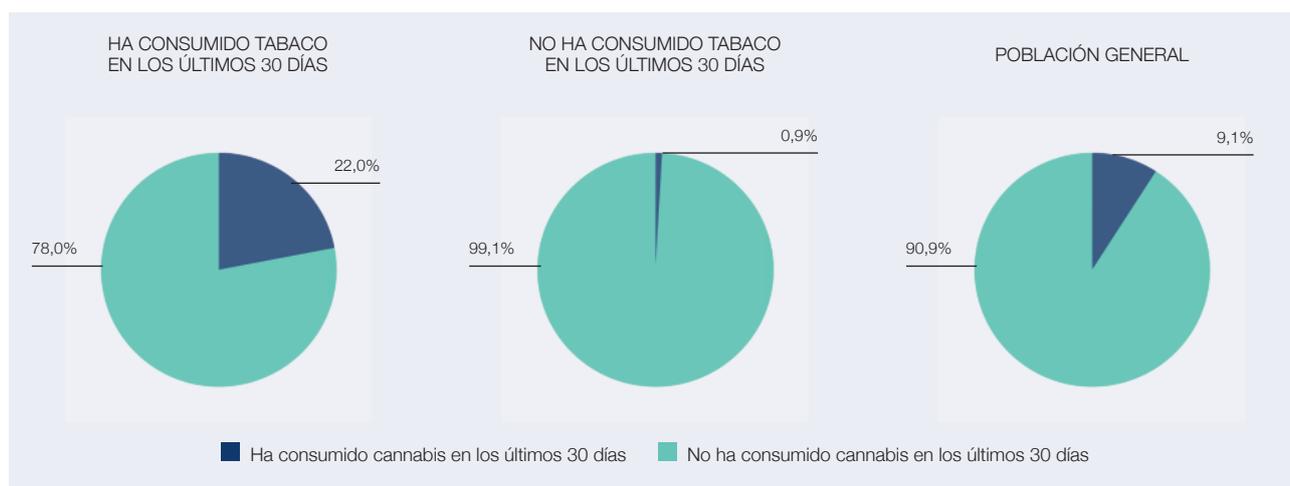
Prevalencia del consumo de tabaco en los últimos 30 días en función de que se haya consumido cannabis en los últimos 30 días o no y en la población general (%). España, 2017.



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

Figura 1.1.31.

Prevalencia del consumo de cannabis en los últimos 30 días en función de que se haya consumido tabaco en los últimos 30 días o no y en la población general (%). España, 2017.



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.<sup>3</sup>

3. Hall W., Solowij N. Adverse effects of Cannabis. Lancet 1998;352:1611-6.

Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. BMJ 2005; 331: 1371.

Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M et al. Psychological and social sequelae of Cannabis and other illicit drug use by young people: A systematic review of longitudinal, general population studies. Lancet 2004; 363: 1579-88.

Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. Lancet 2007; 370: 319-28.

Zammit S, Moore TH, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M et al. Effects of Cannabis use on outcomes of psychotic disorders: Systematic review. Br. J. Psychiatry 2008; 193: 357-63.

Aldington S, Williams M, Nowitz M, Weatherall M, Pritchard A, McNaughton A et al. Effects of Cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. Thorax 2007; 62: 1058-63.

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 el EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones), 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)<sup>4</sup>, 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 y 2016 lo que ha permitido establecer una tendencia temporal.

En 2013, por primera vez, se introdujo la escala CAST en la encuesta EDADES para poder determinar la prevalencia del consumo problemático de cannabis en la población general y, más concretamente, en el grupo de adultos de 15 a 34 años para el que se registraban mayores prevalencias de consumo de cannabis.

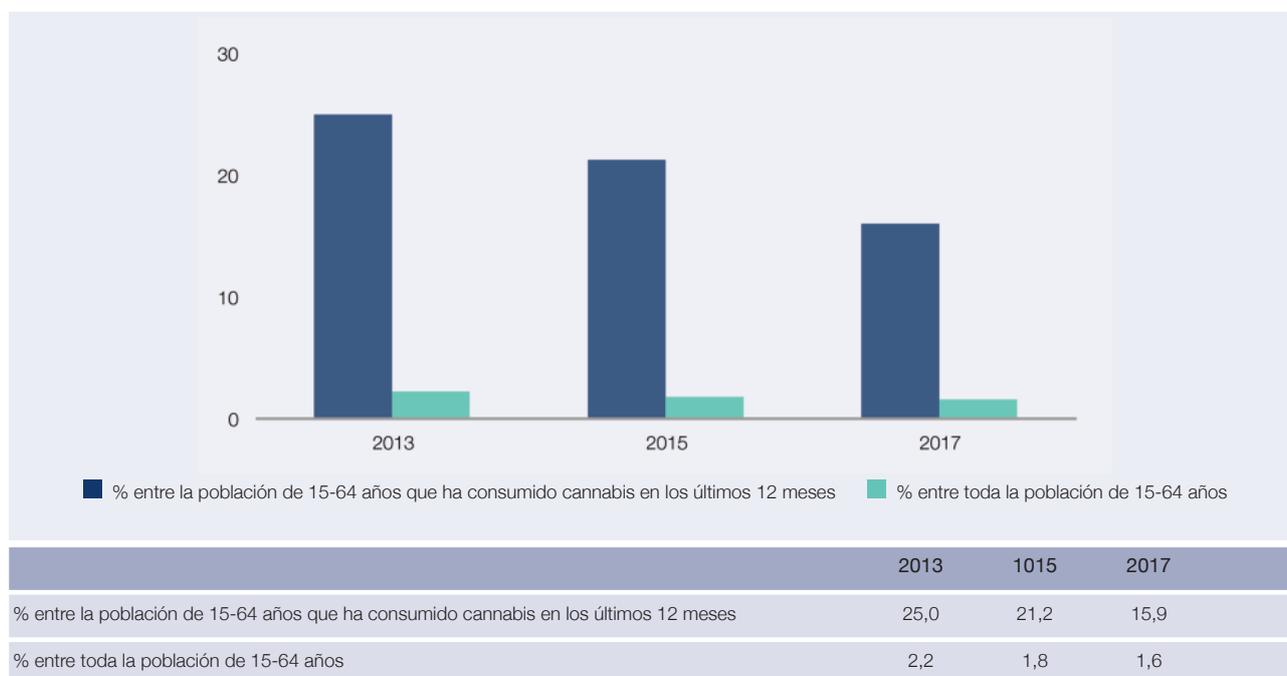
La escala CAST es un instrumento de cribado que consiste en 6 preguntas que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año. Se considera que un sujeto manifiesta un consumo problemático cuando se obtiene una puntuación de 4 o más en el indicador.

En 2017 la prevalencia de consumo problemático de cannabis en la población de 15 a 64 años es de 1,6%, representando aproximadamente a 496.000 personas<sup>5</sup>. Teniendo en cuenta a los individuos que han consumido cannabis en los últimos 12 meses que han contestado a la escala CAST, vemos que la prevalencia de consumo problemático se sitúa en el 15,9%.

En función del sexo, el consumo problemático de cannabis están más extendido entre los hombres que entre las mujeres (17,3% frente a 12,3%). Los datos evolutivos sobre CAST muestran una tendencia descendente de la prevalencia de consumo problemático desde el año 2013.

**Figura 1.1.32.**

**Evolución de la prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST  $\geq 4$ ) entre los que han contestado la escala CAST del cuestionario EDADES y entre los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años (%). España, 2013-2017.**



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

4. Journal of Substance Use. Volume 12, Issue 4, 2007. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. Legleye, L. Karilab, F. Beckc & M. Reynaudb. pages 233-242

5. Población de referencia: Padrón continuo 2017 INE

En términos de edad, el consumo problemático de cannabis tiene una dimensión similar en el grupo de 15 a 34 años y en el de 35 a 64 años (16,2% y 15,4%, respectivamente). Si nos centramos en las mujeres, la prevalencia del CAST es superior en 2,8 puntos en el grupo de consumidoras más jóvenes (13,4% frente a 10,6% en el de 35 a 64 años).

**Tabla 1.1.69.**

**Prevalencia de consumo problemático de cannabis en la población de 15-64 años que ha contestado la escala CAST, según sexo y edad (%). España, 2017.**

	15-64 años			15-34 años			35-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Consumidores problemáticos de cannabis entre los que han contestado al CAST (CAST $\geq$ 4)	15,9	17,3	12,3	16,2	17,4	13,4	15,4	17,3	10,6
Prevalencia consumidores de cannabis entre los que han contestado al CAST (CAST<4)	84,1	82,7	87,7	83,8	82,6	86,6	84,6	82,7	89,4

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

### Percepción de disponibilidad

Con independencia de que se presente un patrón de consumo problemático o no en función de la escala CAST (CAST $\geq$ 4), los consumidores de cannabis reconocen lo fácil que es para ellos acceder a esta sustancia. El 96,4% de los consumidores problemáticos y el 88,8% de los consumidores no problemáticos declaran que es fácil o muy fácil para ellos conseguir esta sustancia en un plazo de 24 horas, viéndose reducida esta proporción hasta el 63,3% para el total de la población.

**Tabla 1.1.70.**

**Percepción de disponibilidad de sustancias psicoactivas (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad según puntuación en escala CAST (%). España, 2017.**

	Consumo problemático de cannabis (CAST $\geq$ 4)	Consumo de cannabis CAST<4	Total población general
Cannabis	96,4	88,8	63,3
Heroína	45,3	34,2	30,3
Cocaína	77,6	61,7	42,3
Alucinógenos	55,1	44,1	31,4
Éxtasis u otras drogas de síntesis	59,7	44,1	30,6
GHB o éxtasis líquido	47,6	32,6	25,9
Anfetaminas o speed	55,8	44,7	30,5
Setas mágicas	49,0	37,8	26,6
Ketamina	44,0	32,5	25,4
Hipnosedantes con receta	71,1	62,4	58,5
Hipnosedantes sin receta	52,3	39,1	32,8
Analgésicos opioides con receta	64,5	58,4	53,7
Analgésicos opioides sin receta	49,5	35,7	30,4

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

En lo que respecta al resto de sustancias, la percepción de disponibilidad se encuentra más extendida entre los consumidores problemáticos de cannabis que entre aquéllos que han obtenido una puntuación en CAST inferior a 4. Las diferencias más acusadas se dan en el caso de la cocaína, el 77,6% de los consumidores problemáticos declara que podría adquirir fácilmente esta sustancia, mientras que entre los que no presentan un consumo problemático en función del CAST este porcentaje se sitúa en el 61,7%; y en el caso del éxtasis (el 59,7% de los consumidores problemáticos perciben facilidad en su adquisición frente al 44,1% que se registra entre los no problemáticos).

### Percepción de riesgo

Comparando las percepciones sobre el riesgo que llevan asociadas ciertas conductas de consumo, cabe destacar cómo en la población en general el 81,5% reconoce que fumar cannabis semanalmente (una vez por semana o más) puede causar muchos o bastantes problemas, reduciéndose esta proporción al 47,7% entre el grupo con una puntuación en la escala CAST <4 y hasta el 33,7% entre los que presentan un patrón de consumo problemático de esta sustancia (CAST ≥4).

En lo que respecta al consumo de alcohol, la percepción de riesgo sobre su consumo en el fin de semana está menos extendida entre los consumidores de cannabis que han contestado a la escala CAST, con independencia de la puntuación que hayan obtenido, de lo que lo está en la población general. Así, el 33,2% y 30,1% de los que respondieron la escala CAST con una puntuación ≥4 y <4, respectivamente, opinan que consumir en el fin de semana (5 o 6 cañas/copas) puede traer consigo muchos o bastantes problemas, elevándose esta proporción hasta el 49,1% en la población general.

Centrándonos exclusivamente en las personas que han contestado la escala CAST, las mayores diferencias se registran en relación a los problemas que lleva asociado el consumo semanal de hipnosedantes. El 65,6% de los consumidores problemáticos de cannabis (CAST ≥4) considera que esta conducta puede causar muchos o bastantes problemas, frente al 73,2% de los que obtienen en la escala CAST una puntuación por debajo de 4.

Para el resto de sustancias las diferencias en cuanto a la percepción de riesgo asociado a su consumo son más ajustadas, encontrando siempre que éstas son menores entre los que presentan un patrón de consumo problemático de cannabis que entre los que no.

**Tabla 1.1.71.**

**Riesgo percibido por la población de 15-64 años ante el consumo de sustancias psicoactivas (proporción de personas que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) según su puntuación en la escala CAST (%). España, 2017.**

	Consumo problemático de cannabis (CAST ≥4)	Consumo de cannabis CAST <4	Total población general
Fumar un paquete de tabaco diario	87,2	87,4	93,0
Tomarse 5 o 6 cañas/copas en fin de semana	33,2	30,1	49,1
Tomarse 5 o 6 cañas/copas cada día	82,8	85,8	90,9
Fumar cannabis una vez por semana o más	33,7	47,7	81,5
Tomar hipnosedantes una vez por semana o más	65,6	73,2	79,6
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	85,9	90,1	96,5
Consumir cocaína una vez o menos al mes	85,1	90,6	97,0
Consumir heroína una vez o menos al mes	97,0	96,8	98,5

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

## Consumo de sustancias psicoactivas

En relación con la mayor percepción de disponibilidad y con la menor percepción de riesgo asociada a su consumo, en general, en el colectivo de consumidores problemáticos de cannabis se registran mayores prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses que entre los consumidores de cannabis que obtienen una puntuación en la escala CAST inferior a 4 y, sobre todo, respecto al dato que se obtienen para el total de la población. Así, centrándonos en el consumo en los 12 últimos meses, destacan por encima del resto las diferencias que se registran en las prevalencias de consumo de cocaína y de hipnosedantes.

El 32,5% de los consumidores problemáticos de cannabis reconoce haber consumido cocaína en alguna ocasión en el último año, prevalencia que decrece en 22,1 puntos entre los consumidores con una puntuación en la escala CAST < 4 (10,4%), y cae hasta el 2,2% para el total de la población. En el caso de los hipnosedantes, su prevalencia de consumo se sitúa en el 27,7% entre los consumidores que obtienen una puntuación en la escala CAST  $\geq$  4, siendo ésta 2,3 veces superior a la que se da en el grupo que obtiene una puntuación en el indicador por debajo de 4 (12,1%).

Con independencia de la puntuación obtenida en la escala CAST, la práctica totalidad de los consumidores de cannabis han bebido alcohol y han fumado tabaco en el último año. En el caso del tabaco, destaca cómo la prevalencia de esta sustancia desciende más de 50 puntos entre la población general (40,9%), lo que confirma una vez más la estrecha relación que existe en el consumo de ambas sustancias (cannabis y tabaco).

Tabla 1.1.72.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años que ha contestado a la escala CAST, según su puntuación en la escala CAST (%). España, 2017.

	Consumo problemático de cannabis (CAST $\geq$ 4)	Consumo de cannabis CAST < 4	Total población general
Alcohol	87,5	93,3	75,2
Borracheras	57,6	50,6	18,6
Botellón	28,6	28,0	9,4
Tabaco	96,9	91,7	40,9
Hipnosedantes con o sin receta	27,7	12,1	11,1
Cocaína (polvo y/o base)	32,5	10,4	2,2

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

## Características sociodemográficas

Para caracterizar al grupo de consumidores de cannabis que presentan un patrón problemático de consumo (CAST  $\geq$  4) se han analizado sus características sociodemográficas y sus prevalencias de consumo para ciertas sustancias psicoactivas en diferentes tramos de edad, comparando sus resultados con los obtenidos en el grupo de consumidores de cannabis con puntuación de CAST inferior a 4 y con los de la población general.

En el grupo de los más jóvenes, de 15 a 24 años, encontramos entre los consumidores problemáticos de cannabis una mayor presencia de hombres (8 de cada 10 son hombres), de personas sin estudios o con estudios primarios y de parados de la que encontramos en la población en general. En cuanto a las conductas de consumo, cerca de la mitad del grupo de consumidores problemáticos (CAST  $\geq$  4) reconoce haber consumido cannabis diariamente (47,3%), proporción que se reduce hasta al 11,0% entre los consumidores con una puntuación en CAST inferior a 4 y hasta el 3,1% en la población en general de esta edad.

Tabla 1.1.73.

Distribución según sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, frecuencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días, prevalencia de binge drinking en los últimos 30 días y prevalencia de consumo de otras drogas ilegales en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años de edad que ha contestado a CAST según la puntuación obtenida, y entre la población general (%). España, 2017.

	15-24 años			25-34 años			35-64 años		
	CAST≥4	CAST<4	P. GRAL.	CAST≥4	CAST<4	P. GRAL.	CAST≥4	CAST<4	P. GRAL.
Sexo									
Hombre	79,1	66,5	51,2	71,4	70,7	50,2	81,5	71,3	50,1
Mujer	20,9	33,5	48,8	28,6	29,3	49,8	18,5	28,7	49,9
Estado civil									
Soltero/a	93,8	97,1	95,6	74,8	79,1	65,4	35,2	38,8	21,4
Casado/a	5,7	2,6	4,1	17,9	18,7	32,2	33,1	43,2	63,4
Separado/a - Divorciado/a	0,5	0,3	0,3	7,3	2,1	2,2	31,7	15,9	11,8
Viudo/a	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	2,1	3,4
Nivel de estudios									
Primarios	17,5	8,9	12,8	16,5	8,5	7,0	17,0	8,8	15,0
Secundarios	78,7	83,1	78,6	67,3	65,8	67,0	78,2	67,4	65,5
Universitarios	3,8	8,0	8,6	16,2	25,6	26,0	4,8	23,8	19,6
Situación laboral									
Trabajando	33,8	25,9	22,7	57,4	74,4	67,8	53,9	71,6	60,1
Parado	28,6	15,5	14,5	29,4	15,4	16,9	30,4	17,0	13,0
Jubilado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	2,7	8,5
Incapacitado permanente	0,4	0,0	0,1	3,1	0,1	0,4	7,7	3,1	3,3
Cursando algún estudio	36,7	57,0	60,1	6,8	7,4	7,5	0,0	0,8	0,3
Dedicado principalmente a labores del hogar									
(actividad no económica)	0,4	1,1	2,1	0,0	1,5	6,3	3,5	2,5	13,0
Otra situación sin ejercer actualmente									
actividad económica alguna	0,0	0,4	0,2	3,2	0,1	0,4	0,8	0,5	0,7
Cuántos días ha consumido cannabis, marihuana o hachís en últimos 30 días									
Entre 1-3 días	7,9	28,1	4,5	11,4	26,7	3,4	7,0	27,0	1,1
Entre 4-9 días	14,8	17,0	3,0	11,2	13,2	1,8	7,1	11,3	0,5
Entre 10-19 días	9,2	7,5	1,4	8,9	11,7	1,6	5,0	11,6	0,5
Entre 20-29 días	15,1	6,8	1,5	10,1	5,6	0,9	16,2	6,1	0,4
30 días	47,3	11,0	3,1	53,7	19,0	3,7	62,4	20,4	1,5
No ha consumido	5,7	29,6	86,5	4,8	23,8	88,5	2,3	23,7	96,0
Prevalencia binge drinking en los últimos 30 días									
Ha hecho binge drinking	53,0	44,5	21,0	45,0	41,0	19,5	49,7	34,6	12,5
No ha hecho binge drinking	47,0	55,5	79,0	55,0	59,0	80,5	50,3	65,4	87,5
Consumo de alguna droga ilegal sin cannabis: cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos en los últimos 12 meses									
Ha consumido	37,3	11,3	3,4	33,1	13,9	3,9	40,3	13,6	2,1
No ha consumido	62,7	88,7	96,6	66,9	86,1	96,1	59,7	86,4	97,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Por su parte, el 53% declara haber realizado *binge drinking* en los 30 días previos a la realización de la encuesta, prevalencia que se reduce a menos de la mitad entre la población general de este grupo (21,0%). En la misma línea, 2 de cada 3 consumidores problemáticos de cannabis (CAST $\geq$ 4) han consumido otras sustancias ilegales en los últimos 12 meses (37,3%), reduciéndose este indicador de forma destacada en los otros dos colectivos.

En el grupo de 25 a 34 años, destaca de nuevo la mayor presencia de hombres entre los consumidores problemáticos de cannabis. En cuanto al estado civil, en este caso, se observa mayor presencia de solteros y menor presencia de casados entre los que han obtenido una puntuación en CAST igual o superior a 4 de la que se da entre la población general para este tramo de edad. El peso de individuos con estudios universitarios en el colectivo de consumidores problemáticos (CAST $\geq$ 4) es inferior en cerca de 10 puntos del que se registra entre los consumidores no problemáticos y en la población general. Por su parte, la proporción de personas en paro es más elevada entre los que presentan un patrón de consumo problemático. En cuanto al consumo de cannabis, tal y como ocurría entre los de 15 a 24 años, más de la mitad de los que han obtenido una puntuación en CAST igual o superior a 4 han consumido cannabis diariamente en el último mes, siendo esta prevalencia muy superior a la que se registra en los otros dos colectivos. El consumo de alcohol en atracción o *binge drinking* también se encuentra notablemente más extendido en este grupo que en la población general (45,0% frente a 19,5%).

Entre los 35 y los 64 años, se subraya aún más el predominio del grupo masculino entre los consumidores con un patrón problemático. Como ya ocurría entre los de 25 a 34 años, se observa una menor presencia de casados (33,1%) muy inferior a la que se da en la población general para este tramo de edad (63,4%). También destaca la mayor presencia de personas en paro y la menor representación de individuos con estudios universitarios entre los consumidores problemáticos (CAST $\geq$ 4) de la que se registra entre los consumidores que obtienen una puntuación en CAST inferior a 4 y en la población general.

Respecto a los hábitos de consumo, en este grupo de edad, la mitad de los problemáticos hicieron *binge drinking* en el último mes, prevalencia 4 veces mayor que la registrada para el mismo grupo de edad en la población general.

Por último, el consumo diario de cannabis durante el último mes y de otras sustancias ilegales en el último año también está considerablemente más extendido en el grupo de consumidores problemáticos (CAST $\geq$ 4) que entre los que obtuvieron una puntuación menor a 4 en la escala CAST.

### Características del consumo de cannabis

Si caracterizamos el consumo de cannabis realizado en los últimos 30 días en función de la puntuación obtenida en la escala CAST, en cuanto al tipo de consumo, entre los consumidores problemáticos de cannabis (CAST $\geq$ 4) hay una mayor presencia de aquéllos que consumen principalmente hachís y de aquéllos que consumen indistintamente hachís y marihuana, siendo en ambos colectivos la marihuana el principal tipo de cannabis consumido. En cuanto al número medio de porros fumados al día, los que presentan un patrón problemático de consumo fuman al día algo más de un porro que aquéllos que han obtenido una puntuación en la escala CAST inferior a 4 (3,6 frente a 2,4).

Tabla 1.1.74.

**Características del consumo de cannabis en los consumidores problemáticos de cannabis (puntuación CAST $\geq$ 4) de la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días (%). España, 2017.**

	Consumo problemático de cannabis (CAST $\geq$ 4)	Consumo de cannabis CAST $<$ 4
Consumo cannabis últimos 30 días		
Principalmente marihuana	39,7	51,5
Principalmente hachís	26,0	19,9
De los dos tipos	34,3	28,6
Consumo cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días		
Sí	90,2	74,2
No	9,8	25,8
Media de porros consumidos al día	3,6	2,4

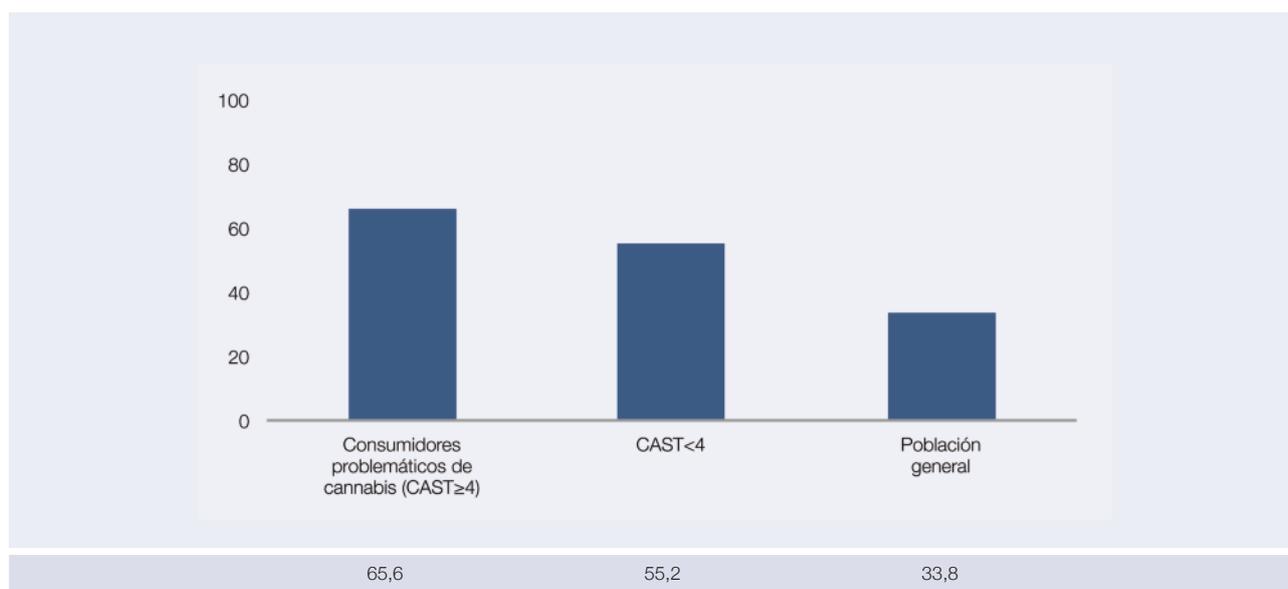
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

## Opinión sobre la legalización del cannabis para resolver el problema de las drogas ilegales

Dos de cada tres de aquéllos que presentan un consumo problemático de cannabis se muestran de acuerdo con que la legalización de esta sustancia es muy importante para resolver el problema de las drogas ilegales (65,6%). Es una proporción que está cerca de duplicar a la que se registra en la población general (33,8%).

Figura 1.1.33.

Proporción de personas que están de acuerdo con que la legalización del cannabis es muy importante para resolver el problema de las drogas ilegales en la población de 15 a 64 años según se trate de consumidores problemáticos de cannabis (puntuación CAST $\geq$ 4) o no y en la población general (%). España, 2017.



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

## Cocaína

### Cocaína en polvo

Uno de cada diez individuos de 15 a 64 años reconoce haber consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida (10,0%), manteniéndose dicha prevalencia similar a la que se viene observando desde 2009.

La edad media de inicio de consumo se sitúa en 2017 en los 21,1 años, situándose históricamente entre los 20 y los 22 años.

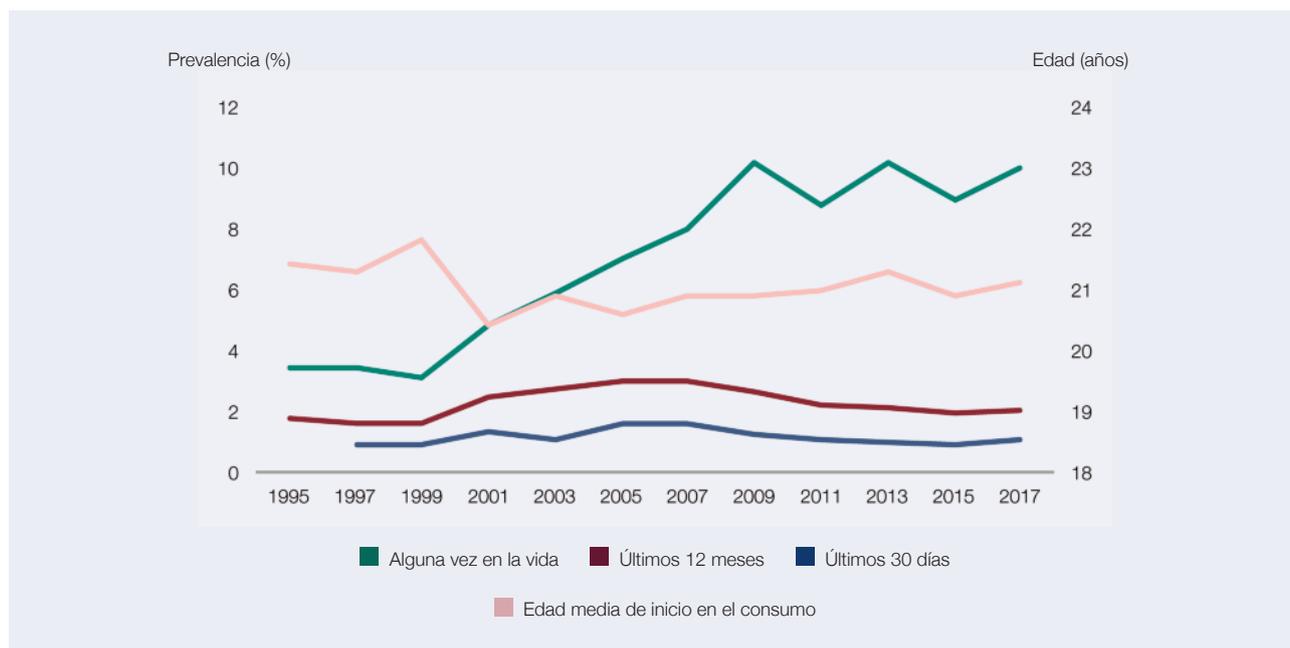
Circunscribiendo el consumo al último año, la prevalencia se sitúa en el 2,0%, continuando así la tendencia estable que comenzó en 2011.

Atendiendo al sexo, el consumo de cocaína en polvo dentro de este tramo temporal está más extendido entre los hombres que entre las mujeres (3,2% frente a 0,8%), manteniéndose en ambos colectivos en niveles similares a los que se vienen observando en las últimas ediciones de la encuesta.

Respecto al último mes, el 1,1% reconoce haber tomado cocaína en polvo en alguna ocasión en los 30 días previos a la realización de la encuesta; tendencia estable desde 2009.

Figura 1.1.34.

Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo y edad media de inicio en el consumo de cocaína en polvo en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.

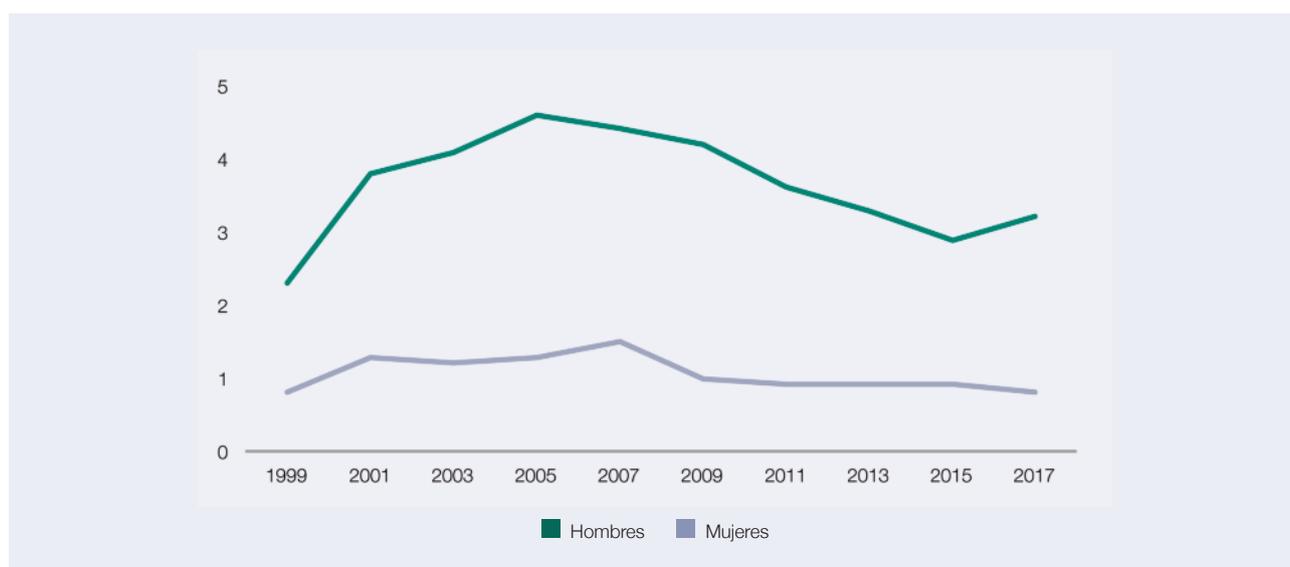


	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Alguna vez en la vida	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2	8,8	10,2	8,9	10,0
Últimos 12 meses	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6	2,2	2,1	1,9	2,0
Últimos 30 días	-	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2	1,1	1,0	0,9	1,1
Edad media de inicio en el consumo	21,4	21,3	21,8	20,4	20,9	20,6	20,9	20,9	21,0	21,3	20,9	21,1

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

Figura 1.1.35.

Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1999-2017.



	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Hombres	2,3	3,8	4,1	4,6	4,4	4,2	3,6	3,3	2,9	3,2
Mujeres	0,8	1,3	1,2	1,3	1,5	1	0,9	0,9	0,9	0,8

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

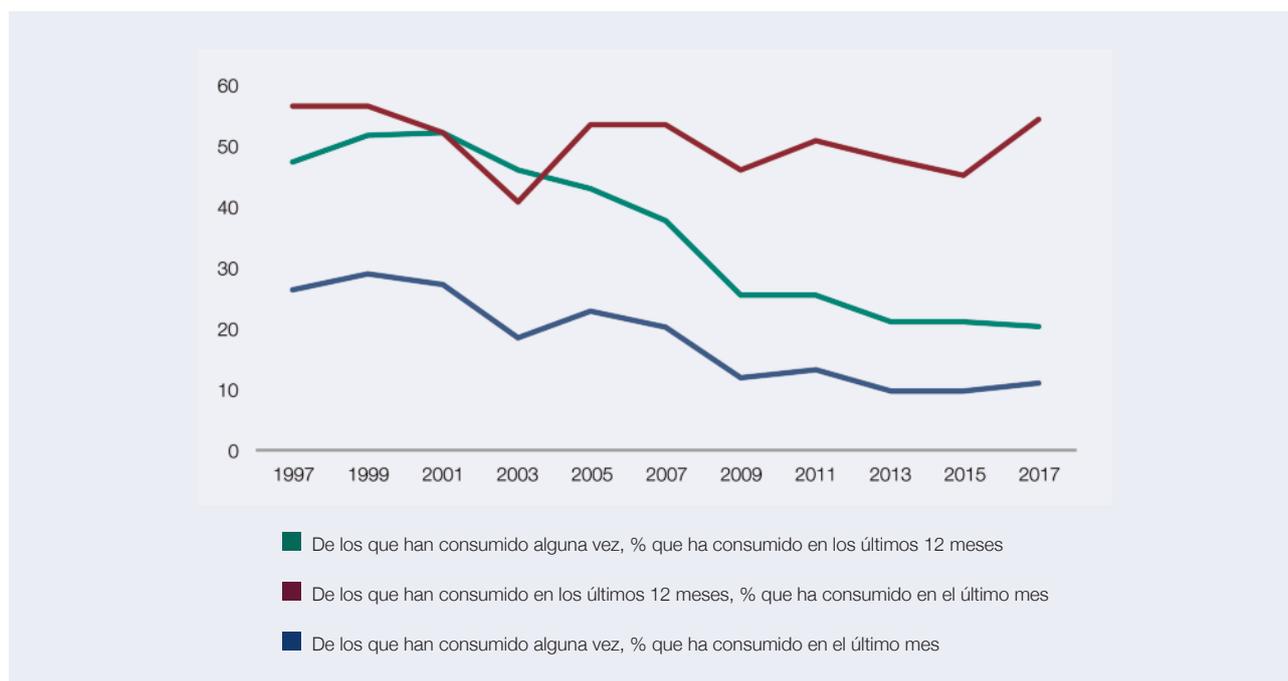
## Continuidad en el consumo

Cuando profundizamos en la continuidad del consumo, de cada 10 personas que reconocen haber consumido cocaína alguna vez en la vida, 2 declaran haberla consumido en los 12 últimos meses, proporción que no ha cambiado con respecto a los datos registrados desde el 2013.

Asimismo, el 54,4% de las personas que han consumido cocaína en polvo en el último año declara haber consumido cocaína en polvo en el último mes. Esta proporción aumentan en 9,2 puntos respecto al dato de 2015 (45,2%), siendo la cifra más alta desde el 2001.

Figura 1.1.36.

Prevalencia y continuidad en el consumo de cocaína en polvo en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2017.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Prevalencia alguna vez en la vida (%) (A)	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2	8,8	10,2	8,9	10,0
Prevalencia últimos 12 meses (%) (B)	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6	2,2	2,1	1,9	2,0
Prevalencia últimos 30 días (%) (C)	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2	1,1	1,0	0,9	1,1
B/A*100 (entre aquellos que han consumido alguna vez en la vida qué porcentaje registra un consumo en el último año)	47,1	51,6	52,1	45,8	42,9	37,5	25,5	25,6	20,9	21,2	20,3
C/B*100 (entre aquellos que han consumido en el último año qué porcentaje registra un consumo en el último mes)	56,3	56,3	52,0	40,7	53,3	53,3	46,2	50,9	47,6	45,2	54,4
C/A*100 (entre aquellos que han consumido alguna vez en la vida qué porcentaje registra un consumo en el último mes)	26,5	29,0	27,1	18,6	22,9	20,0	11,8	13,0	9,9	9,6	11,0

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

## Cocaína en forma de base

Al contrario de lo que ocurre con la cocaína en polvo que es, por detrás del cannabis, la sustancia ilegal más consumida, la cocaína base tiene un consumo muy residual en la población de España de 15 a 64 años.

El 1,3% reconoce haberla consumido en alguna ocasión, reduciéndose esta prevalencia hasta el 0,3% en el plazo temporal del último año y al 0,1% en el último mes.

En 2017, aquéllos que reconocen haber consumido en alguna ocasión esta sustancia señalan que, de media, el primer consumo se produjo con algo más de 23 años (23,2).

Figura 1.1.37.

Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína base y edad media de inicio en el consumo de cocaína base en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

### Cocaína polvo y/o base

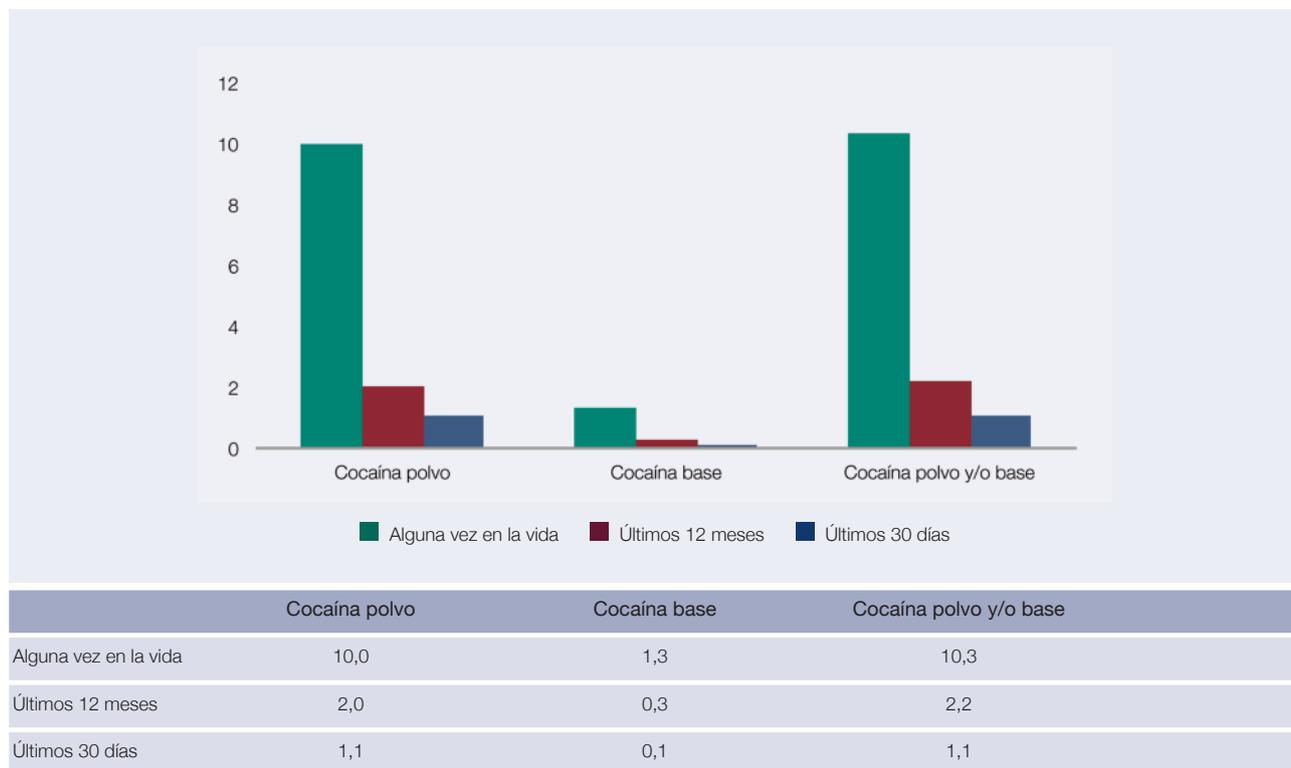
Teniendo en cuenta la cocaína en general, es decir, tanto en polvo como en base, su prevalencia de consumo alguna vez en la vida se sitúa en el 10,3%. Centrándonos en el último año, el 2,2% de la población reconoce haberla consumido dentro de ese plazo temporal, decreciendo esta proporción hasta el 1,1% en el periodo temporal del último mes.

Analizando la prevalencia de consumo de cocaína (polvo y/o base) en el último año en función del **sexo**, su consumo está más extendido entre los hombres que entre las mujeres (3,4% frente a 1,0%). Esta situación se mantiene en todos los tramos de edad, si bien las mayores diferencias entre sexos se dan para el tramo de 25 a 44 años con aproximadamente tres puntos y medio de diferencia.

Entre los hombres se observa un incremento en la prevalencia en el grupo de 25 a 34 años, se pasa de un 3,3% entre los de 15 a 24 años a un 4,9%. Se mantiene el nivel de consumo entre los de 35 a 44 años (4,6%), descendiendo a partir de entonces hasta situarse su prevalencia en el 1,1% entre los de 55 a 64 años.

Figura 1.1.38.

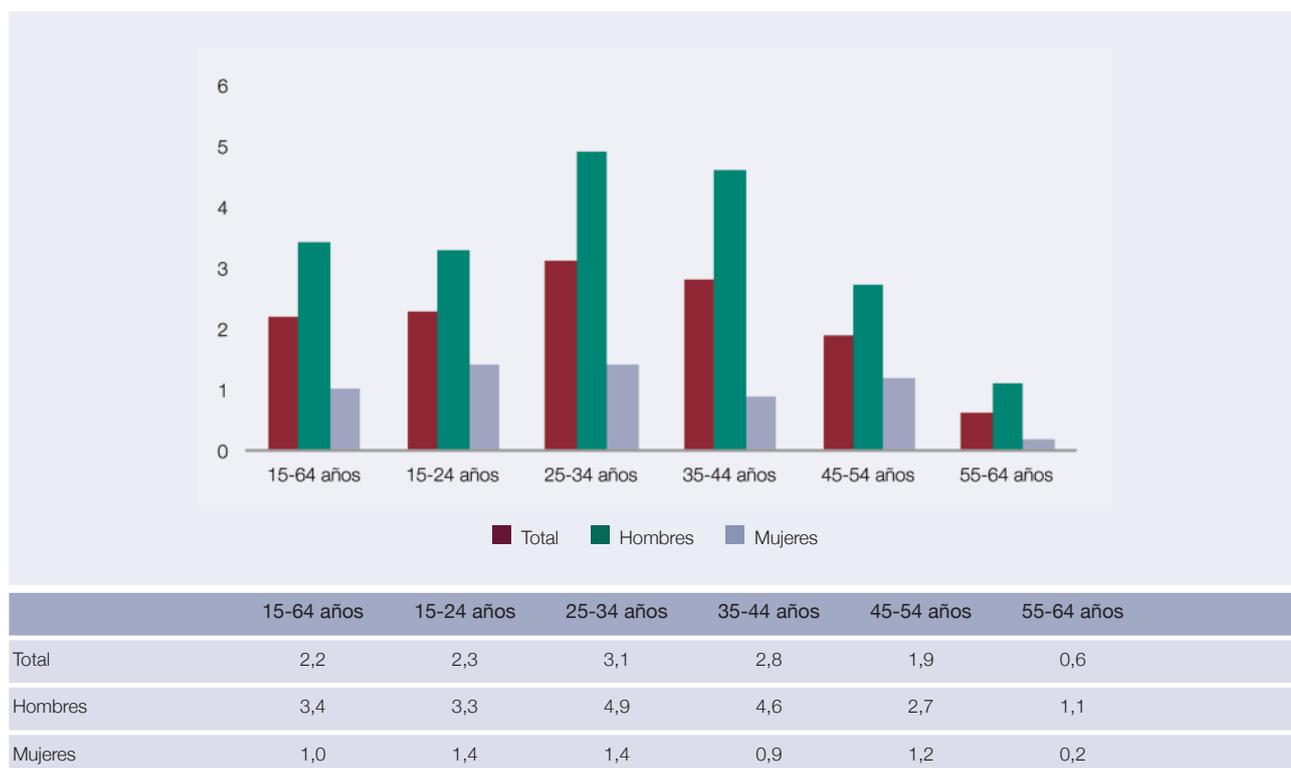
Prevalencia de consumo de cocaína según forma de presentación (polvo, base, polvo y/o base) en la población de 15-64 años (%). España, 2017.



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

Figura 1.1.39.

Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base en los últimos 12 meses, según sexo y edad (%). España, 2017.



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

Entre las mujeres, sin embargo, la máxima prevalencia se da en el grupo de 15 a 24 años, manteniéndose en el grupo de 25 a 34 años (1,4%) y descendiendo después hasta el 0,2% entre el grupo de mayor edad, de 55 a 64 años.

## Incidencia

A partir de los datos de la encuesta se construye un indicador para intentar medir la incidencia de consumo de determinadas drogas, es decir, el porcentaje de población que, sin haber consumido previamente la sustancia, ha empezado a consumirla en un periodo concreto (últimos 12 meses).

Así, en el caso de la cocaína en general, es decir, en polvo y/o en forma de base, aproximadamente 85.000 personas iniciaron su consumo en los últimos 12 meses (incidencia de la cocaína) siendo superior en hombres que en mujeres. En función de la edad, la mayor incidencia se encuentra en el segmento de 15 a 24 años.

## Éxtasis

Al igual que ocurrió en el año 2015, el porcentaje de personas que han consumido éxtasis alguna vez en su vida vuelve a ser inferior al 4,0%. Entre aquellos que consumen esta droga, la edad media de inicio de consumo se sitúa a los 21,1 años, dato algo superior al obtenido en 2015 (20,7 años), y similar al registrado en el año 2013.

En el marco temporal de los últimos 12 meses, desde el año 2009 la prevalencia de consumo de éxtasis se sitúa por debajo del 1,0%. Por otro lado, en el periodo de los últimos 30 días, el porcentaje se ha mantenido muy estable, registrando un 0,2% de prevalencia durante las últimas tres ediciones del estudio.

Figura 1.1.40.

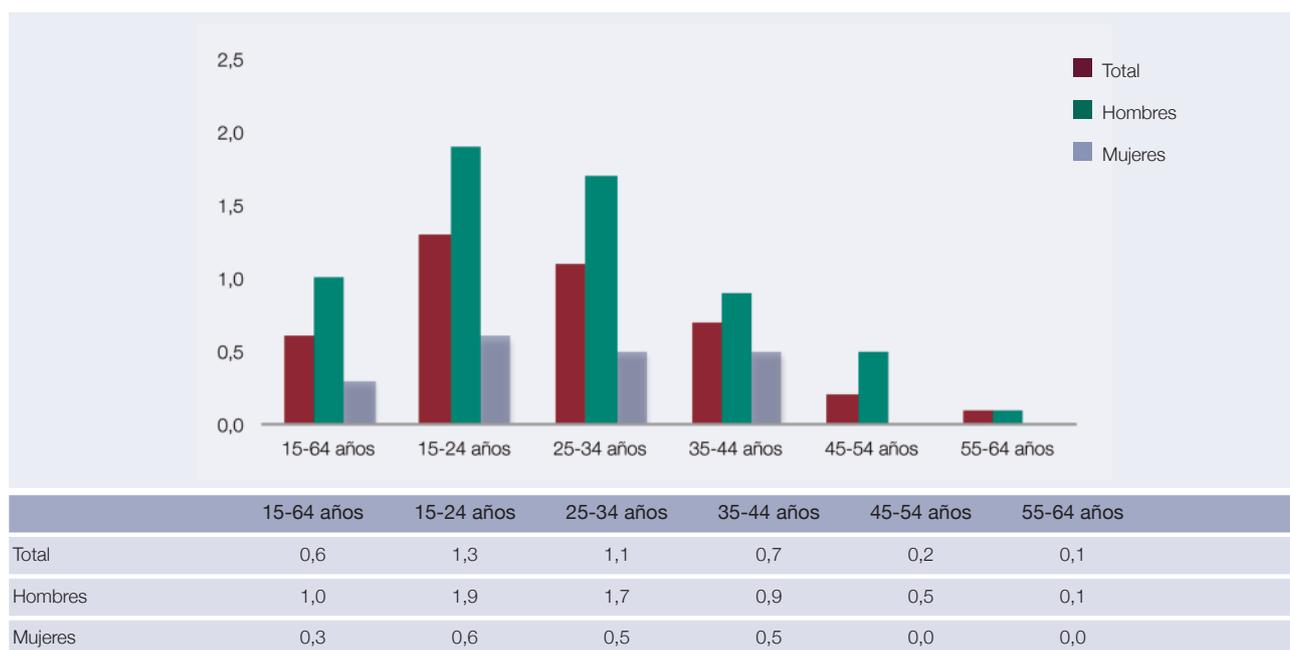
Evolución de la prevalencia de consumo de éxtasis y edad media de inicio en el consumo de éxtasis en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.



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

Figura 1.1.41.

Prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años según sexo y edad (%). España, 2017.



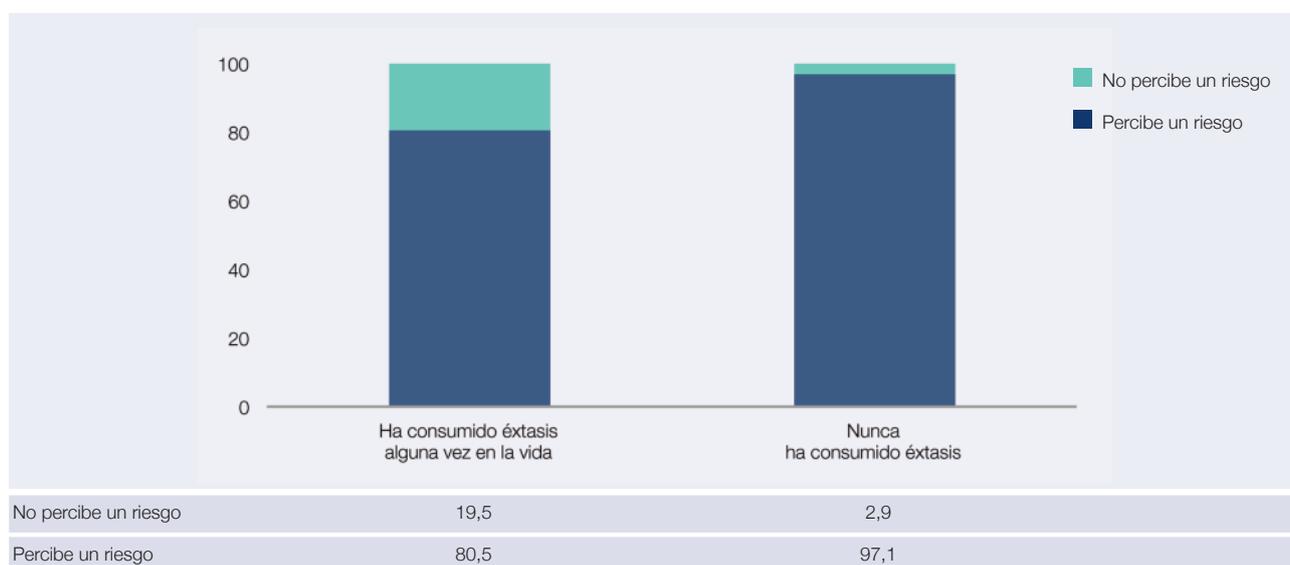
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Diferenciando por **sexo**, el consumo de éxtasis está algo más extendido entre los hombres que entre las mujeres. Por **edad**, el consumo de éxtasis va disminuyendo según aumenta la edad de los individuos. Es en el tramo temporal de 15 a 24 años, en el que se registran mayores porcentajes de prevalencia de la droga (1,9% entre los hombres y 0,6% entre las mujeres).

En cuanto a la **percepción de riesgo** de consumir una vez o menos al mes, se aprecia que el 97,1% de los que no han consumido la sustancia alguna vez en su vida opina que el consumo de esta droga puede producir muchos o bastantes problemas para salud, frente al 80,5% que lo piensan entre los que han consumido éxtasis.

Figura 1.1.42.

Percepción de riesgo ante el consumo una vez o menos al mes de éxtasis (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que esta conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) según se haya consumido éxtasis alguna vez en la vida o no (%). España, 2017.



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

La prevalencia de consumo de GHB alguna vez en la vida se ha mantenido estable a lo largo de la serie histórica, registrando siempre porcentajes de consumo inferiores al 1,0% entre el total de la población. Diferenciando por sexo, son los hombres los que consumen esta sustancia en mayor medida.

Tabla 1.1.75.

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 y edad (%). España, 2013-2017.

	2013			2015			2017		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Ha consumido GHB alguna vez en la vida	0,6	0,9	0,2	0,6	1,0	0,2	0,5	0,7	0,2
Ha consumido GHB en los últimos 12 meses	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Ha consumido GHB en los últimos 30 días	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0

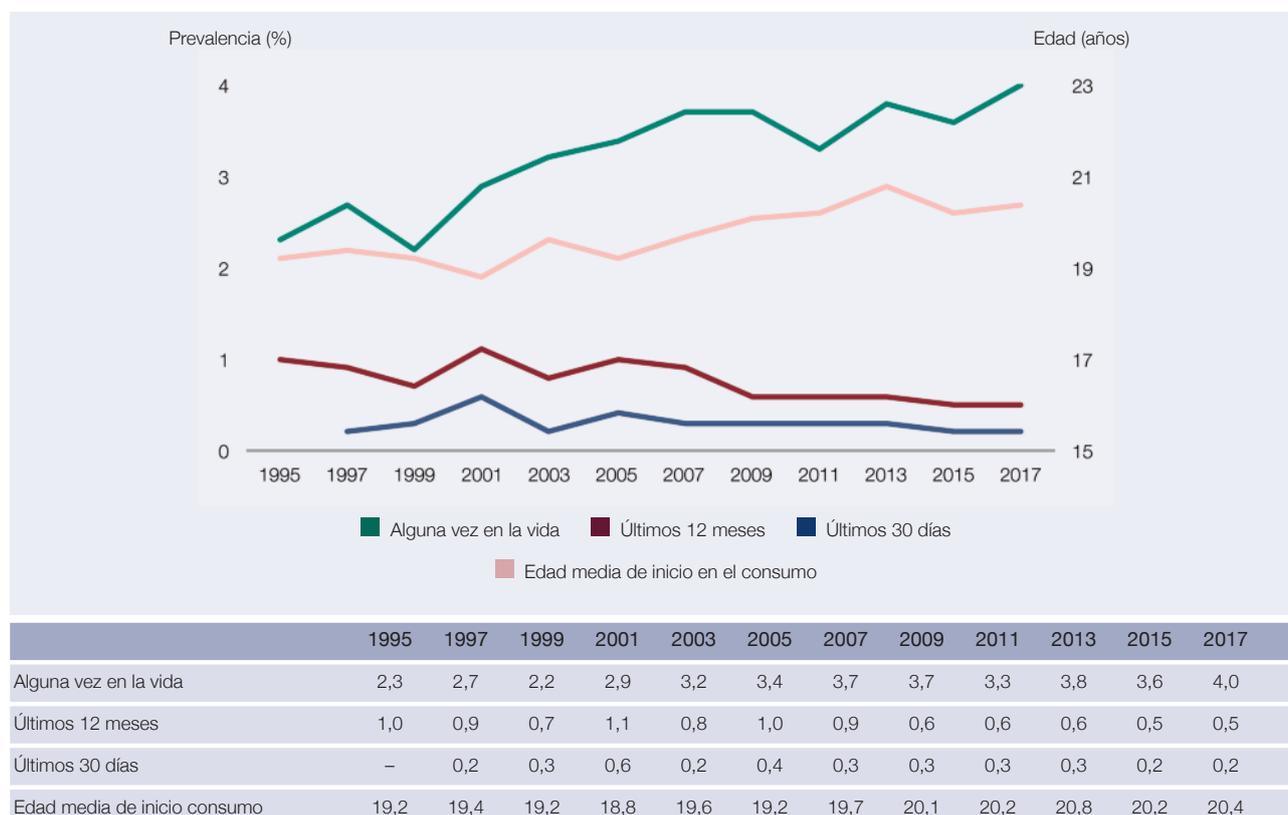
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

### Anfetaminas

La prevalencia de consumo de anfetaminas alguna vez en la vida se ha incrementado este año con respecto al año anterior, habiendo pasado del 3,6% registrado en 2015 al 4,0% en esta edición, siendo el dato de 2017 el máximo obtenido en la serie histórica desde el comienzo del estudio. Sin embargo, los porcentajes de consumo de esta sustancia, para los periodos de los últimos 12 meses y los últimos 30 días se han mantenido estables con consumos muy residuales (0,5% y 0,2% respectivamente).

Figura 1.1.43.

Evolución de la prevalencia de consumo de anfetaminas y edad media de inicio en el consumo de anfetaminas en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.



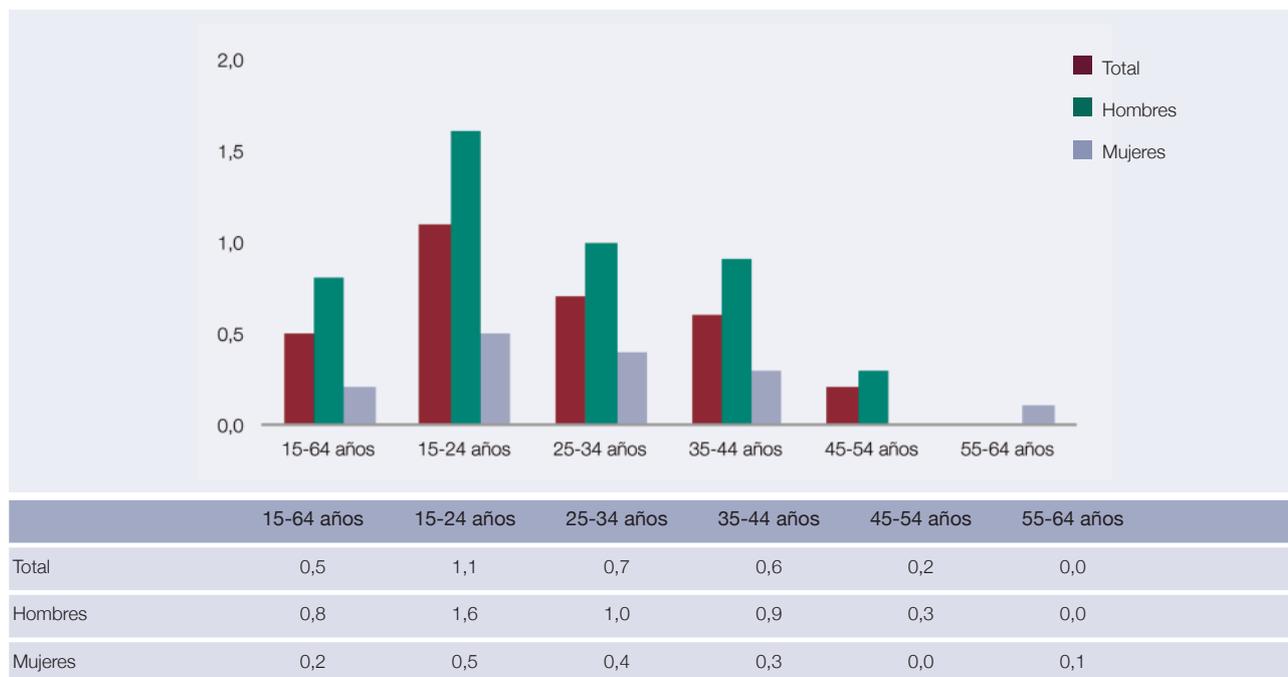
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

La edad media de inicio en el consumo se sitúa en 20,4 años, dato muy similar al obtenido en 2015.

Diferenciando por sexo y edad, las prevalencias más altas de consumo en los últimos 12 meses se obtienen en los hombres y en el tramo de edad de 15 a 24 años (1,6%).

Figura 1.1.44.

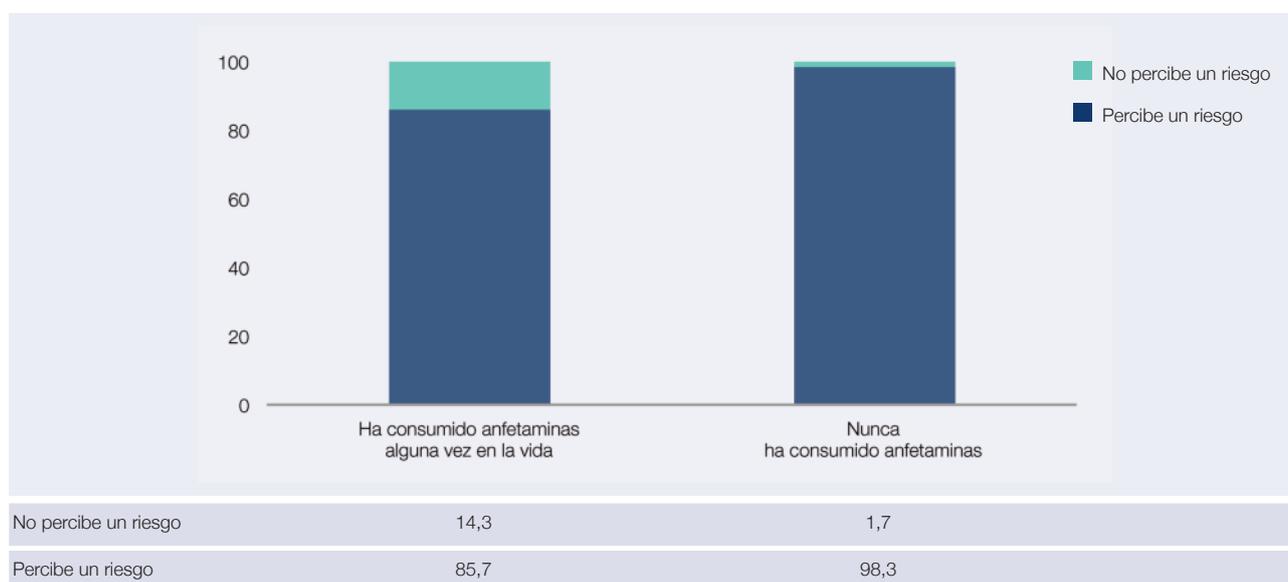
Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.



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

Figura 1.1.45.

Percepción de riesgo ante el consumo una vez o menos al mes de anfetaminas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que esta conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) según se haya consumido anfetaminas alguna vez en la vida o no (%). España, 2017.



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

En relación a los problemas que puede producir el consumo de esta sustancia una vez o menos al mes, la **percepción de riesgo** es menor entre aquéllos que han consumido anfetaminas alguna vez en la vida, siendo un 14,3% el porcentaje de éstos que no perciben riesgo. Por el contrario, entre las personas que no han consumido nunca esta sustancia, tan sólo un 1,7% piensa que el consumo de esta droga no produciría problemas importantes para la salud.

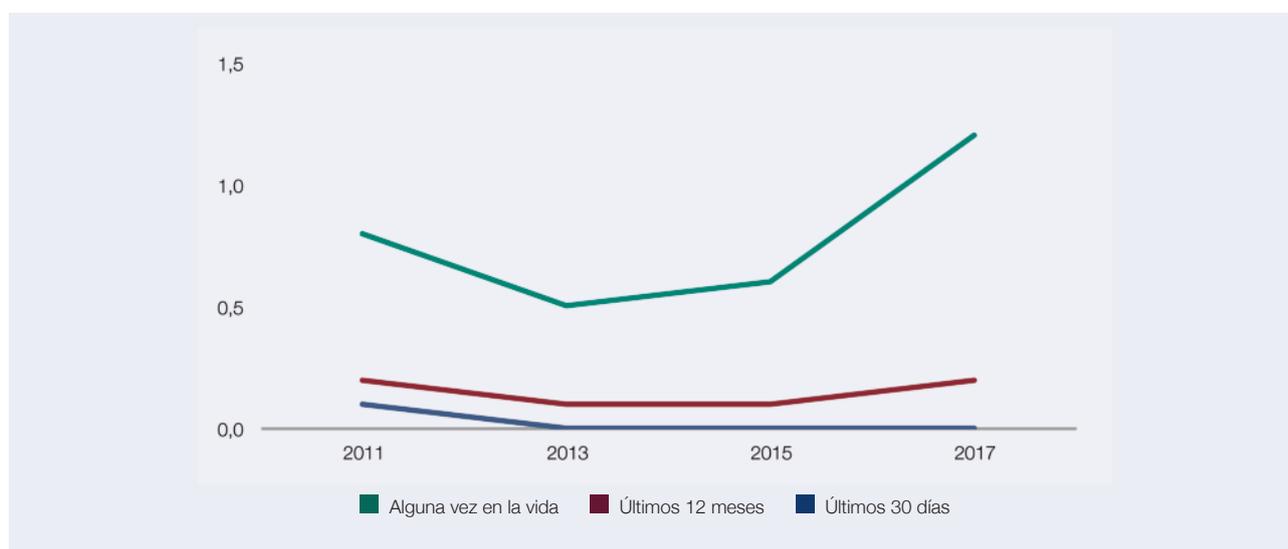
## Metanfetaminas

En el año 2017, el consumo de metanfetaminas alguna vez en la vida entre la población de 15 a 64 se sitúa en un 1,2%, superando por primera vez la barrera del 1,0% desde el año 2011. Este porcentaje aumenta entre los jóvenes de 25 a 34 años, donde la prevalencia de esta sustancia es de casi un 2,0%.

Diferenciando el consumo entre ambos sexos, los hombres tienen mayores prevalencias en todos los tramos de edad, destacando especialmente el dato registrado en los jóvenes de 25 a 34 años (3,0%) y en los individuos de 35 a 44 años (2,6%). La edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 23,1 años.

Figura 1.1.46.

Prevalencia de consumo de metanfetaminas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años (%). España, 2011-2017.



	2011	2013	2015	2017
Alguna vez en la vida	0,8	0,5	0,6	1,2
Últimos 12 meses	0,2	0,1	0,1	0,2
Últimos 30 días	0,1	0,0	0,0	0,0

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

Tabla 1.1.76.

Prevalencia de consumo de metanfetaminas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.

	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
Metanfetaminas alguna vez en la vida	1,2	1,9	0,5	0,9	1,3	0,5	1,9	3,0	0,9	1,5	2,6	0,4	1,1	1,8	0,3	0,4	0,5	0,2

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

## Alucinógenos

En primer lugar, debe mencionarse que el consumo de alucinógenos incluye también la ketamina y las setas mágicas que por su especificidad se estudian de forma independiente (ver siguiente apartado), mientras que la ketamina se incluye en el apartado sobre nuevas sustancias psicoactivas. Evolutivamente, la prevalencia de consumo de alucinógenos se ha incrementado llegando en esta edición hasta el 4,5%.

Para los marcos temporales de los últimos 12 meses y los últimos 30 días, el consumo de esta sustancia es bastante residual, siendo de 0,4% y 0,1% respectivamente.

Entre los consumidores de esta sustancia, la edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 20,9 años, dato algo superior al obtenido en 2015.

Figura 1.1.47.

Evolución de la prevalencia de consumo de alucinógenos y edad media de inicio en el consumo de alucinógenos en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.



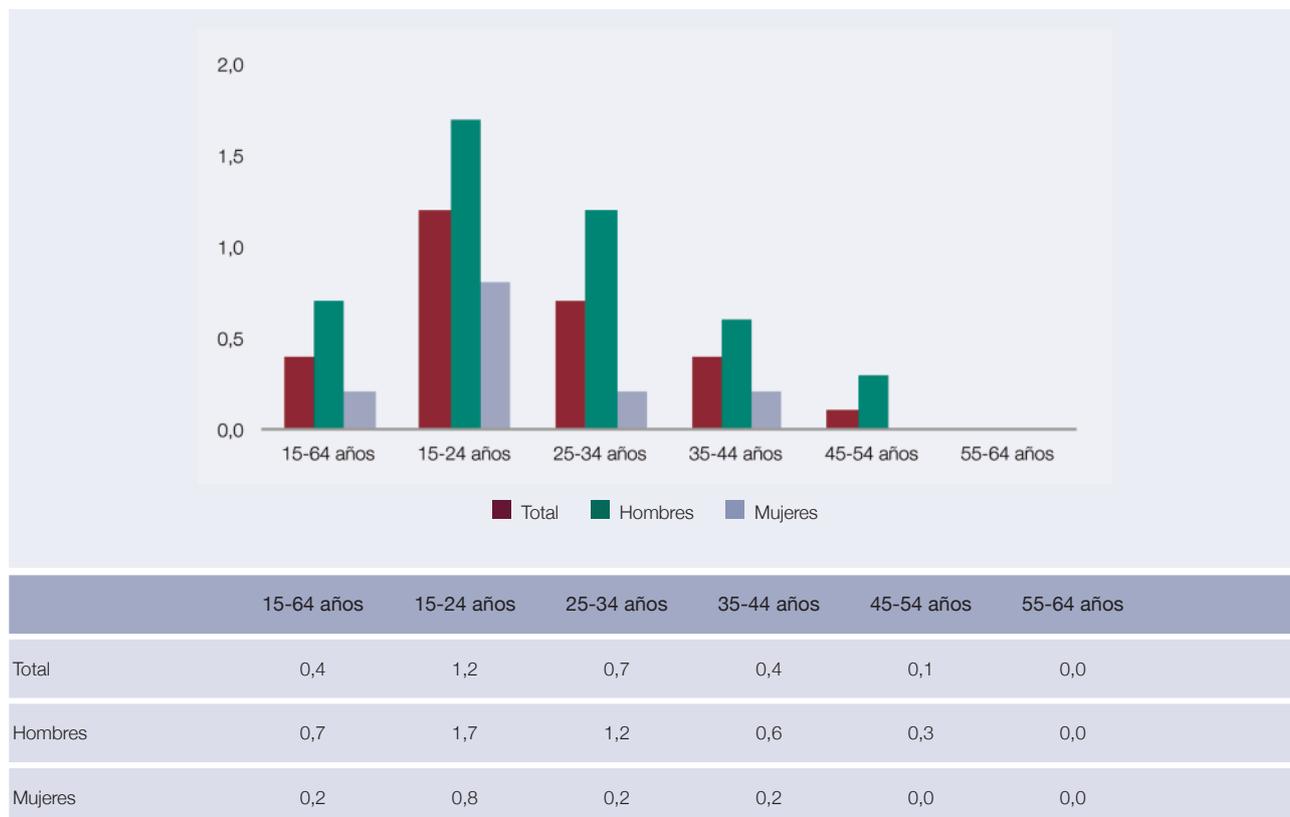
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Por sexo, en los últimos 12 meses y con independencia del tramo de edad en que nos fijemos, la prevalencia es mayor en los hombres que en las mujeres. Principalmente destacan los porcentajes registrados en los tramos de edad de 15 a 24 años y 25 a 34 años (1,7% y 1,2%, respectivamente).

De manera similar a lo observado para el resto de sustancias, la **percepción de riesgo** que registra el consumo de la sustancia una vez o menos al mes, es mayor entre las personas que nunca la han consumido: el 98,3% cree que puede resultar perjudicial para la salud tomar alucinógenos en dicha periodicidad. El porcentaje que piensa de este modo desciende más de 10 puntos porcentuales entre aquéllos que sí han consumido la droga (87,1%).

Figura 1.1.48.

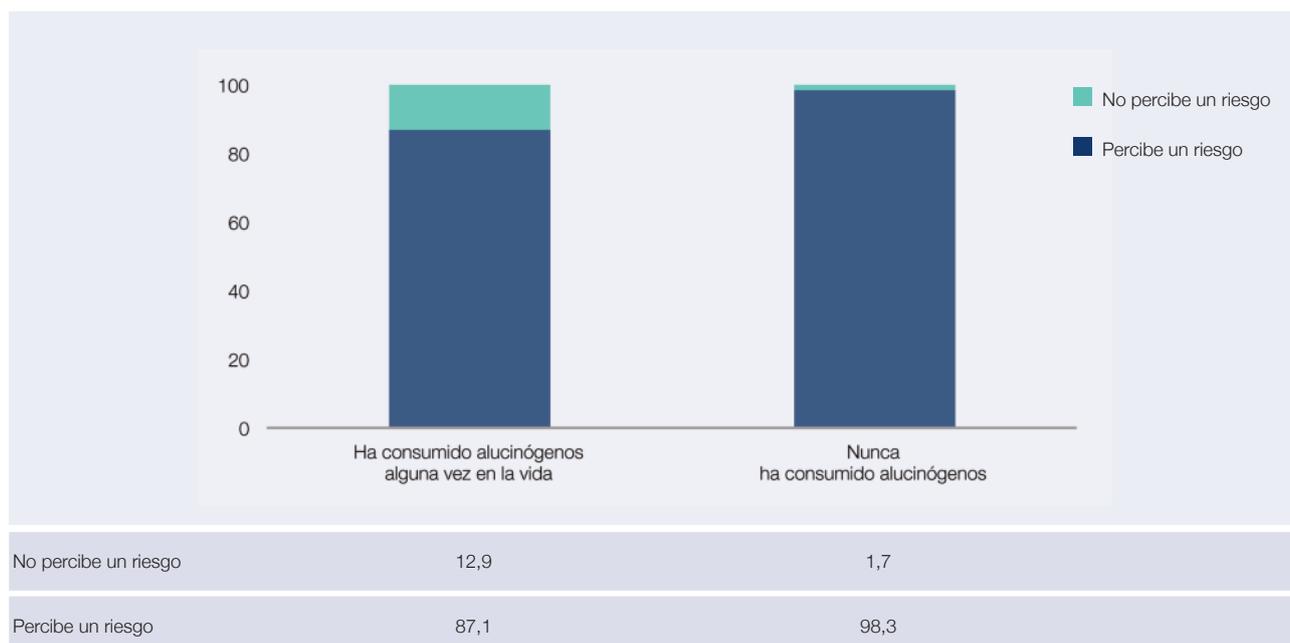
Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años según sexo y edad (%). España, 2017.



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

Figura 1.1.49.

Percepción de riesgo ante el consumo una vez o menos al mes de alucinógenos (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que esta conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) según se haya consumido alucinógenos alguna vez en la vida o no (%). España, 2017.



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

## Setas mágicas

En lo que respecta al consumo de setas mágicas, el 2,4% manifiesta haberlas probado alguna vez en su vida, siendo la proporción mayor entre los hombres (3,8% en hombres frente a un 1,1% en las mujeres). Evolutivamente, en 2017 se ha obtenido la prevalencia más elevada desde el año 2011.

Por edad, las prevalencias más elevadas se registran entre los individuos de 25 a 34 años (4,1%). La edad media de inicio entre los que han consumido esta sustancia se encuentra ligeramente por encima de los 22 años (22,1 años).

Figura 1.1.50.

Prevalencia de consumo de setas mágicas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años (%). España, 2011-2017.



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

Tabla 1.1.77.

Prevalencia de consumo de setas mágicas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.

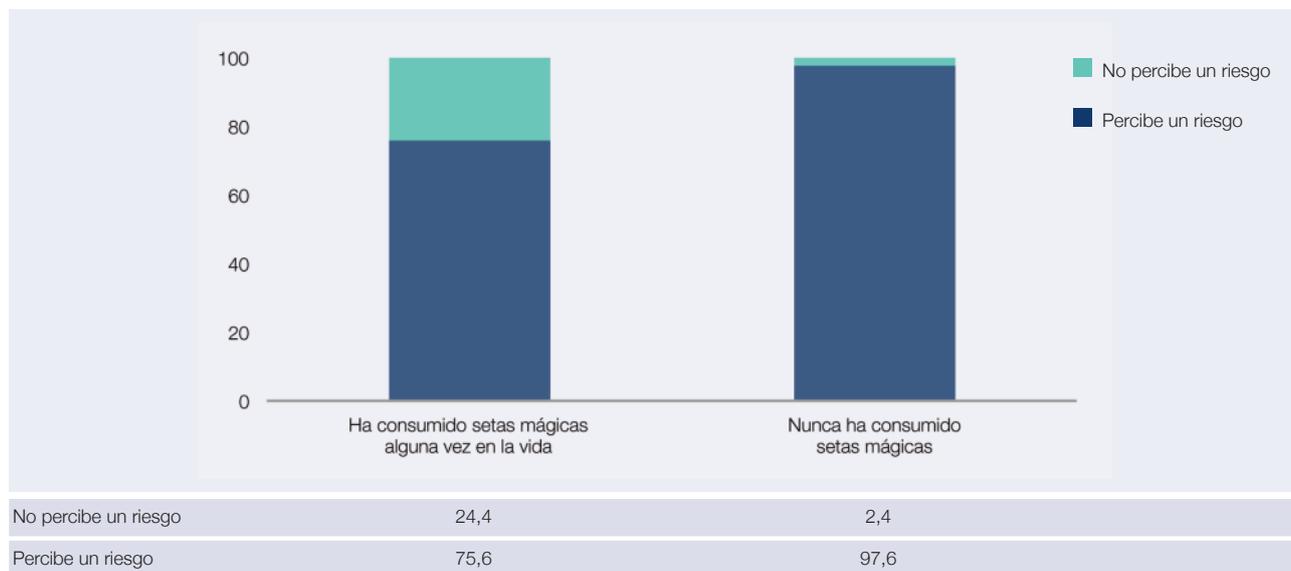
	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Setas mágicas alguna vez en la vida	2,4	3,8	1,1	1,9	2,7	1,1	4,1	6,4	1,8	3,5	5,5	1,4	1,7	2,6	0,9	0,8	1,2	0,4

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

Respecto a la **percepción de riesgo** relacionada con el consumo de setas mágicas, 1 de cada 4 consumidores (24,4%) piensa el consumo de esta sustancia una vez o menos al mes no le produciría problemas importantes para la salud, mientras que entre aquellos que no han consumido, únicamente un 2,4% opina lo mismo.

Figura 1.1.51.

Percepción de riesgo ante el consumo una vez o menos al mes de setas mágicas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que esta conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) según se haya consumido setas mágicas alguna vez en la vida o no (%). España, 2017.



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

## Heroína e inhalables volátiles

La prevalencia del consumo de heroína y de inhalables volátiles es muy residual para ambas sustancias, no alcanzando en ninguna de las dos el punto porcentual en el tramo temporal de alguna vez en la vida. Evolutivamente, el dato se ha mantenido muy estable en ambas sustancias durante los últimos años.

Figura 1.1.52.

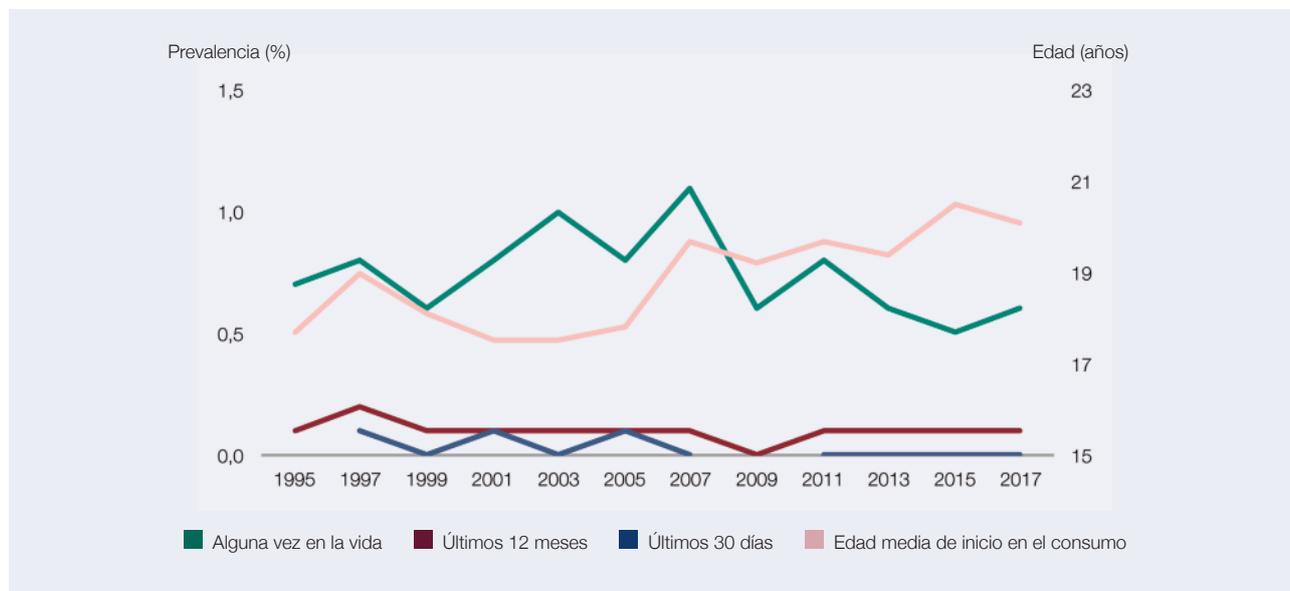
Evolución de la prevalencia de consumo de heroína y edad media de inicio en el consumo de heroína en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.



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

Figura 1.1.53.

Evolución de la prevalencia de consumo de inhalables volátiles y edad media de inicio en el consumo de inhalables volátiles en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Alguna vez en la vida	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1	0,6	0,8	0,6	0,5	0,6
Últimos 12 meses	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Últimos 30 días	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0
Edad media de inicio consumo	17,7	19,0	18,1	17,5	17,5	17,8	19,7	19,2	19,7	19,4	20,5	20,1

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

## Drogas inyectadas

La prevalencia de las drogas inyectadas, al igual que ocurrió en el año 2015 es muy residual, situándose el consumo de estas sustancias alguna vez en la vida en un 0,4% de la población.

## 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 41,2% de la población consumió dos o más sustancias diferentes, es decir realizó policonsumo, porcentaje muy similar al obtenido en 2015 (41,7%). Por otro lado, el 42,3% de los individuos consumió una única sustancia. Finalmente, el 16,5% restante pertenece a aquéllos que no han consumido ninguna sustancia durante este periodo.

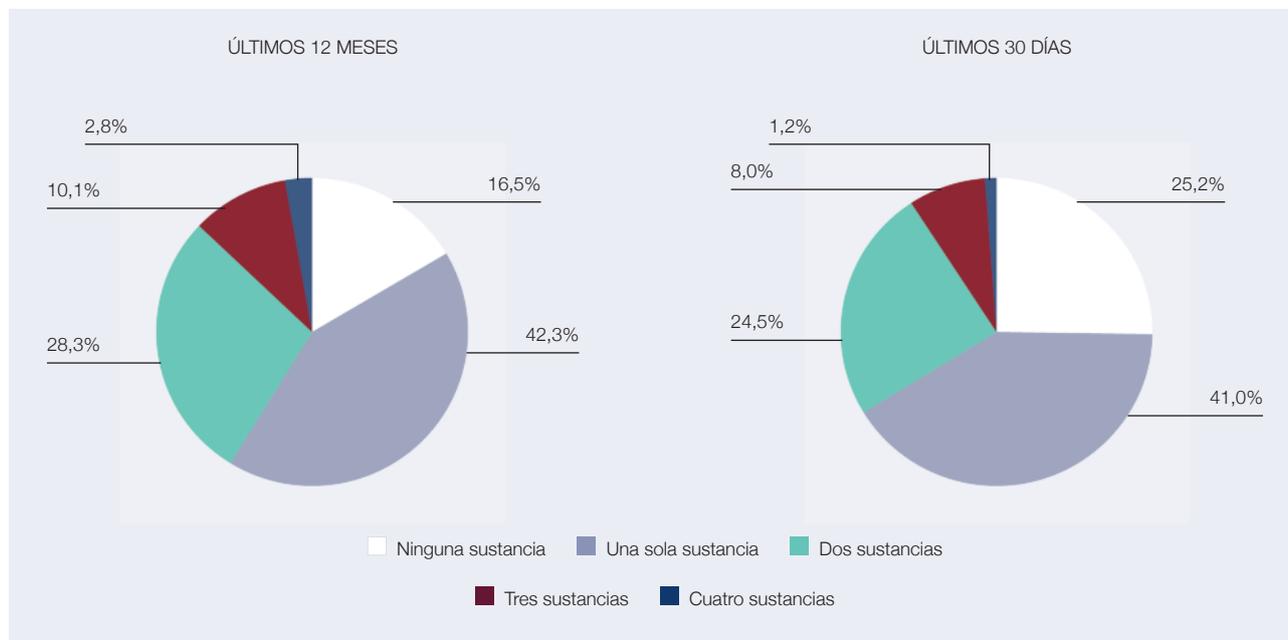
En el tramo temporal de los últimos 30 días, el porcentaje de personas que han consumido dos o más sustancias diferentes es de un 33,7%. Al igual que ocurría en el periodo de los últimos 12 meses, el porcentaje más alto es para los individuos que han consumido una única sustancia (41,0%). Finalmente, aproximadamente 1 de cada 4 personas no realizaron ningún consumo durante este periodo.

Por **sexo**, el policonsumo (consumo de dos o más sustancias psicoactivas) se encuentra más extendido entre los hombres que entre las mujeres en todos los tramos de edad. El tramo de edad de 25 a 34 años es en el que los hombres registran un mayor porcentaje de policonsumo: algo más de la mitad ha consumido dos o más sustancias durante el último año.

Sin embargo, es en el tramo de 45 a 54 años donde las mujeres obtienen el porcentaje más alto de policonsumo, tramo de edad en el que 4 de cada 10 mujeres han consumido dos o más sustancias diferentes durante los últimos 12 meses.

Figura 1.1.54.

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, 2017.



\* 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).

En relación al consumo de tres sustancias diferentes en los últimos 12 meses, las mayores prevalencias se registran en los jóvenes de 15 a 24 años, siendo notablemente superior el porcentaje de hombres que el de mujeres (19,1% y 10,6%, respectivamente).

Finalmente, la mayor prevalencia de consumo de cuatro o más sustancias en el último año, se registra en los hombres jóvenes de 25 a 34 años (6,2%).

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

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

Entre las personas que consumieron **una única sustancia**, el alcohol es la sustancia con una mayor prevalencia con mucha diferencia (85,1%), seguida del tabaco (10,6%) y de los hipnosedantes con o sin receta (3,9%). Entre éstos, el consumo de las drogas ilegales es muy residual, siendo el cannabis la única sustancia ilegal consumida en este periodo (0,3%).

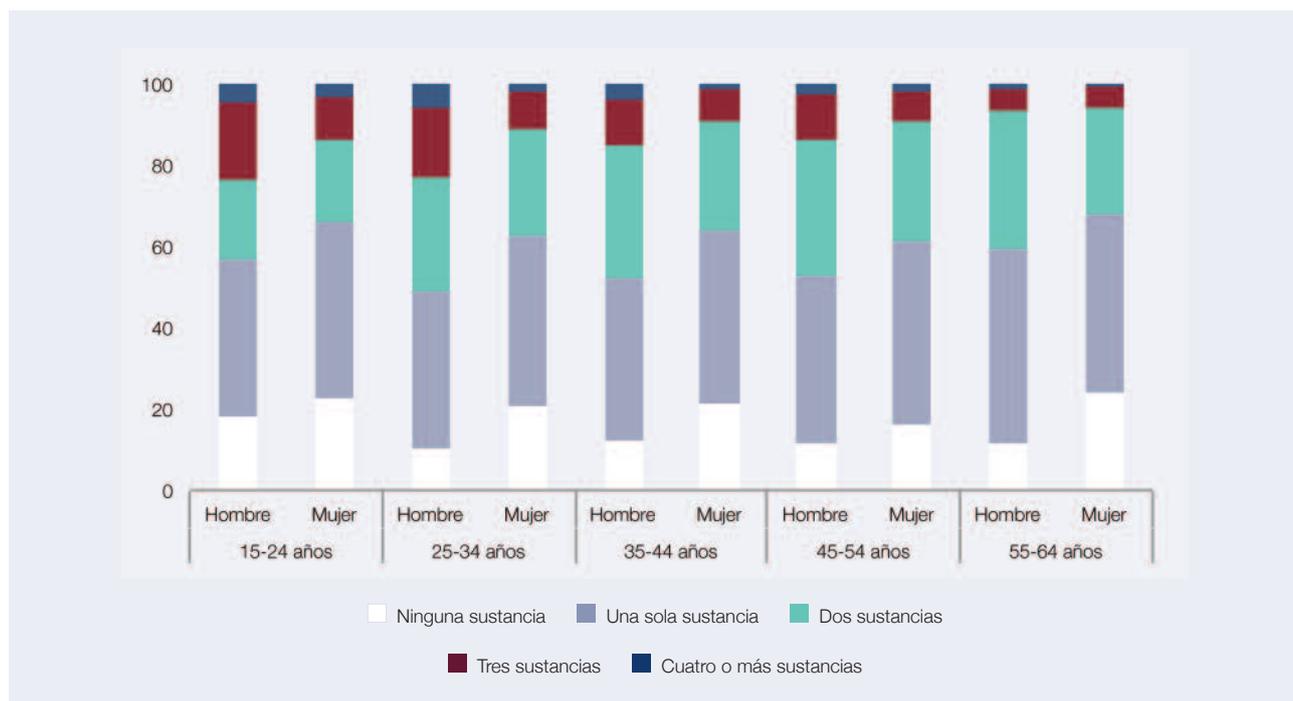
En segundo lugar, en el grupo de los individuos que consumieron **dos sustancias** diferentes en los últimos 12 meses, prácticamente todos consumieron alcohol (93,9%) y una gran mayoría además fumaron tabaco (83,6%). De nuevo son los hipnosedantes la tercera sustancia con más prevalencia (17,0%). El consumo de las drogas ilegales continúa siendo minoritario, siendo el cannabis la sustancia más consumida con un 4,8% y empiezan a aparecer consumos residuales de otras sustancias como la cocaína, las anfetaminas o el éxtasis.

Además del tabaco y el alcohol, que lo consumen prácticamente todos, destaca con el 68,9% la prevalencia del cannabis entre los individuos que han consumido **tres sustancias** en los últimos 12 meses. En este grupo también ganan peso los hipnosedantes, el 30,6% de las personas de este grupo los consumió en el último año.

Finalmente, en el colectivo que consumió **cuatro o más sustancias** durante el último año, además del alcohol, el tabaco y el cannabis, con prevalencias superiores al 90%, destaca que más de la mitad de los integrantes han consumido cocaína en polvo e hipnosedantes en dicho periodo. Asimismo, hay que señalar que existen consumos superiores al 10% de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos.

Figura 1.1.55.

Prevalencias de consumo de diferentes sustancias psicoactivas\* en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.



		Ninguna sustancia	Una sola sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
15-24 años	Hombre	18,2	38,3	19,7	19,1	4,7
	Mujer	23,0	43,2	20,2	10,6	3,1
25-34 años	Hombre	10,1	38,9	28,0	16,8	6,2
	Mujer	20,8	41,6	26,3	9,1	2,2
35-44 años	Hombre	12,1	40,1	32,6	11,1	4,2
	Mujer	21,4	42,7	26,5	8,0	1,4
45-54 años	Hombre	11,3	41,4	33,5	10,9	2,9
	Mujer	15,9	45,2	29,4	7,7	1,8
55-64 años	Hombre	11,4	47,7	34,3	5,3	1,3
	Mujer	24,2	43,5	26,7	5,0	0,6

\* 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).

Tabla 1.1.78.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas\*, según el número de sustancias consumidas en los últimos 12 meses (%). España, 2017.

	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Alcohol	85,1	93,9	98,1	98,9
Tabaco	10,6	83,6	98,4	98,6
Cannabis	0,3	4,8	68,9	90,6
Éxtasis	0,0	0,2	0,1	19,8
Hipnosedantes con o sin receta	3,9	17,0	30,6	53,5
Cocaína en polvo	0,0	0,4	3,2	55,4
Cocaína base	0,0	0,1	0,0	5,9
Anfetaminas/speed	0,0	0,0	0,4	15,6
Alucinógenos	0,0	0,0	0,3	14,3
Heroína	0,0	0,0	0,0	2,1
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,0	2,1

\* 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 diferentes sustancias psicoactivas entre los consumidores de cada una de ellas

Siguiendo con el policonsumo en los últimos 12 meses, se mide la prevalencia de consumo que tienen las diferentes sustancias psicoactivas entre los consumidores de cada una de ellas.

El consumo de **alcohol** se encuentra muy extendido entre los consumidores de todas las sustancias psicoactivas analizadas, registrándose una prevalencia superior al 90% entre los que consumieron cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas y alucinógenos. Esta prevalencia ronda el 84% entre los fumadores y los consumidores de hipnosedantes sin receta.

En cuanto al **tabaco**, 9 de cada 10 consumidores de cannabis fumaron tabaco en el último año. También, el consumo del tabaco recoge prevalencias muy elevadas entre los consumidores del resto de sustancias ilegales (alucinógenos, cocaína, anfetaminas y éxtasis).

Los **hipnosedantes con o sin receta**, registran los niveles más altos de consumo entre los que consumieron anfetaminas, cocaína y alucinógenos (29,4%, 28,9% y 28,6%, respectivamente).

En lo que respecta al consumo de **cannabis**, la mayor prevalencia de consumo es de 80,9%, obtenida entre aquéllos que consumieron alucinógenos en los últimos 12 meses.

Siguiendo con las drogas ilegales, los mayores porcentajes de prevalencia de consumo de **la cocaína, el éxtasis y los alucinógenos** se registran entre los que durante el último año consumieron anfetaminas.

Tabla 1.1.79.

Prevalencia de consumo de diferentes sustancias psicoactivas\* en los últimos 12 meses, según sustancia de consumo (% de fila). España, 2017.

	Alcohol	Tabaco	Hipnosedantes**	Hipnosedantes***	Cannabis	Cocaína en polvo	Cocaína base	Cocaína polvo y/o base	Éxtasis	Anfetaminas	Alucinógenos	Heroína	Inhalables volátiles	Nuevas sustancias
Alcohol	100,0	45,8	10,7	1,4	13,4	2,6	0,3	2,7	0,8	0,6	0,6	0,1	0,1	0,4
Tabaco	84,3	100,0	13,7	2,0	24,4	4,4	0,6	4,7	1,3	1,0	1,0	0,1	0,2	0,7
Hipnosedantes con o sin receta	73,1	50,5	100,0	11,6	13,9	5,2	0,9	5,7	1,5	1,3	1,1	0,3	0,2	1,1
Hipnosedantes sin receta	84,9	63,6	100,0	100,0	33,8	20,5	3,6	22,1	6,9	5,7	4,7	2,6	0,9	2,0
Cannabis	91,7	90,6	14,0	3,9	100,0	12,7	1,1	13,1	4,4	3,4	3,3	0,4	0,5	2,2
Cocaína polvo y/o base	94,4	87,3	28,9	13,0	65,8	92,9	13,0	100,0	19,9	15,4	11,7	2,5	1,4	8,1
Éxtasis	96,3	85,1	26,0	14,0	77,1	67,4	10,2	67,4	100,0	43,1	32,8	2,6	5,6	16,2
Anfetaminas	96,0	87,0	29,4	14,9	75,2	68,0	9,2	68,1	55,4	100,0	37,3	1,8	5,7	21,4
Alucinógenos	96,4	88,5	28,6	13,7	80,9	57,1	4,8	57,1	46,6	41,6	100,0	1,3	6,8	34,8

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

\*\* Hipnosedantes con o sin receta.

\*\*\* Hipnosedantes sin receta.

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

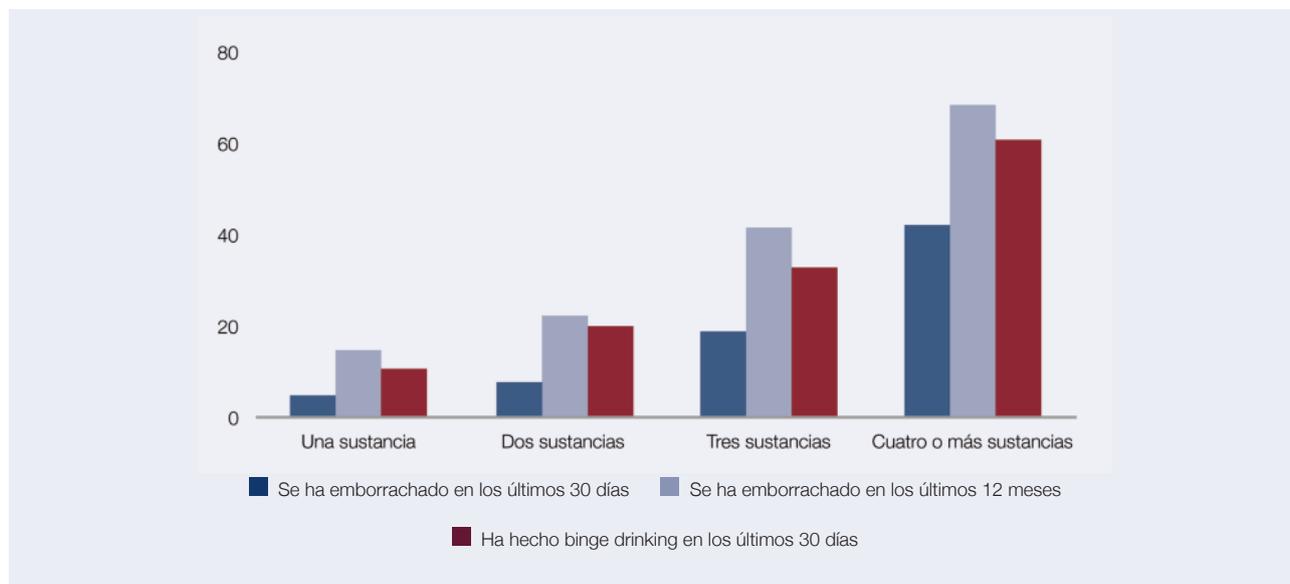
### Binge drinking, borracheras (intoxicaciones etílicas agudas) y consumo problemático de cannabis en función del número de sustancias consumidas

La prevalencia de las borracheras (intoxicaciones etílicas agudas) y del *binge drinking*, se van incrementando según va aumentado el número de sustancias diferentes consumidas por los individuos durante los últimos 12 meses.

Por otra parte, observamos que según la escala CAST, el mayor porcentaje de consumo problemático de cannabis se registra entre los que consumieron cuatro o más sustancias psicoactivas durante los últimos 12 meses.

Figura 1.1.56.

Prevalencia de binge drinking y de borracheras (intoxicaciones etílicas agudas) según el número de sustancias psicoactivas\* consumidas en los últimos 12 meses (%). España, 2017.



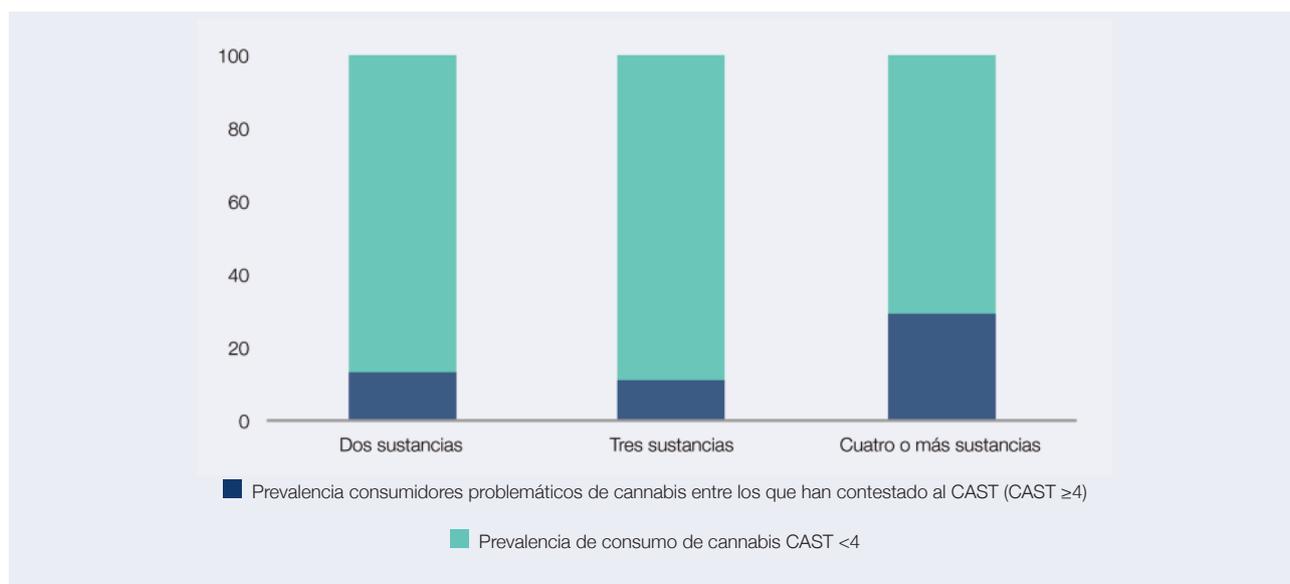
	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Se ha emborrachado en los últimos 30 días	4,6	7,4	18,6	42,1
Se ha emborrachado en los últimos 12 meses	14,5	22,1	41,7	68,6
Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	10,7	19,7	32,9	60,5

\* 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).

Figura 1.1.57.

Prevalencia de consumo problemático de cannabis en la población de 15-64 años que ha contestado la escala CAST según el número de sustancias psicoactivas\* consumidas en los últimos 12 meses (%). España, 2017.



	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Consumido problemático de cannabis(CAST≥4)	13,5	11,2	29,4
Prevalencia de consumo de cannabis CAST<4	86,5	88,8	70,6

\* 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).

## Percepción de riesgo ante el consumo de sustancias psicoactivas en función del número de sustancias consumidas

El estudio de la percepción de riesgo ante el consumo de sustancias psicoactivas en función del número de sustancias consumidas en los últimos 12 meses muestra que, en general, cuanto mayor es el número de sustancias consumidas, menor es la percepción de riesgo.

En el consumo del **alcohol** en fin de semana, se observan grandes diferencias de opinión entre los grupos. De cada 10 personas que no han consumido ninguna sustancia, 7 opinan que tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana conllevaría un problema para salud (73,1%), este porcentaje desciende hasta un 23,9% cuando los que opinan son aquéllos que han consumido durante el último año cuatro o más sustancias.

Otro claro ejemplo de diferencias de opinión entre grupos se identifica con respecto al riesgo asociado al consumo semanal de **cannabis**. En este caso, más del 90,0% de las personas que no han consumido ninguna sustancia piensan que el consumo de esta sustancia puede producir muchos o bastantes problemas para salud. Sin embargo, según aumenta el número de drogas consumidas, se va reduciendo esta percepción de riesgo hasta llegar a un 36,1% para el grupo de personas que han consumido cuatro o más sustancias.

Por otro lado, el **tabaco** es la sustancia con menos diferencias en la percepción de riesgo entre los diferentes grupos, siendo considerado como muy perjudicial para la salud el consumo de un paquete de tabaco al día para todos ellos.

Finalmente, la conducta percibida con riesgo para la mayoría de los grupos es el consumo de **heroína** una vez o menos al mes; dicho consumo podría producir muchos o bastantes problemas para más del 90,0% de la población.

**Tabla 1.1.80.**

**Percepción de riesgo (porcentaje que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) entre la población de 15 a 64 años según el número de sustancias psicoactivas\* consumidas en los últimos 12 meses (%). España, 2017.**

	Ningún consumo	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Fumar un paquete de tabaco diario	96,8	94,9	90,3	88,4	85,9
Tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana	73,1	51,2	41,0	32,2	23,9
Tomarse 5 o 6 cañas/copas cada día	95,9	91,9	89,1	87,4	79,7
Fumar cannabis una vez o menos al mes	84,0	73,0	61,4	37,3	15,4
Fumar cannabis una vez por semana o más	92,4	87,0	80,0	58,7	36,1
Tomar hipnosedantes una vez o menos al mes	77,9	64,0	56,5	49,7	39,5
Tomar hipnosedantes de una a tres veces por semana	88,0	81,3	76,4	72,4	61,2
Consumir analgésicos opioides una vez o menos al mes	82,8	71,3	67,3	61,8	52,1
Consumir analgésicos opioides una vez por semana o más	90,8	84,7	81,3	78,2	70,6
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	98,3	97,6	96,6	92,9	80,4
Consumir cocaína una vez o menos al mes	98,8	98,1	97,2	94,4	76,7
Consumir heroína una vez o menos al mes	99,1	98,6	98,6	98,0	92,5
Consumir alucinógenos una vez o menos al mes	99,0	98,3	98,1	96,7	85,7
Consumir GHB o éxtasis líquido una vez o menos al mes	99,2	98,6	98,0	97,6	91,5
Consumir anfetaminas o speed una vez o menos al mes	99,1	98,4	97,9	95,9	84,8
Consumir setas mágicas una vez o menos al mes	98,8	98,0	97,2	94,4	81,1
Consumir ketamina una vez o menos al mes	98,9	98,5	98,4	97,6	90,4

\* 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).

## Características sociodemográficas de los policonsumidores

Para terminar con el capítulo de policonsumo, se analizan las características demográficas de los individuos en función del número de sustancias psicoactivas que han consumido durante los últimos 12 meses.

En relación al **estado civil**, el porcentaje de personas solteras o separadas/divorciadas, se va incrementando según aumentan el número de sustancias consumidas. Así, el mayor porcentaje de personas casadas se registra entre las personas que no han realizado policonsumo en el último año.

En cuanto al **nivel de estudios**, el mayor porcentaje de individuos que cuenta con estudios universitarios lo encontramos en el grupo de las personas que han consumido una o ninguna sustancia, es decir que no han realizado policonsumo.

Finalmente, a medida que las personas manifiestan el consumo de un mayor número de sustancias, la **percepción de su propio estado de salud** va empeorando.

Tabla 1.1.81.

Estado civil, nivel de estudios y percepción del estado de salud entre la población de 15 a 64 años según el número de sustancias psicoactivas\* consumidas en los últimos 12 meses (%). España, 2017.

	No policonsumo (ninguna o una sustancia)	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Estado civil				
Soltero/a	37,9	37,7	56,4	62,7
Casado/a	53,4	48,9	30,8	20,9
Separado/a - Divorciado/a - Viudo/a	8,7	13,3	12,7	16,4
Nivel de estudios				
Primarios/sin estudios	14,2	11,6	11,6	12,4
Secundarios	65,3	71,1	71,9	69,5
Universitarios	20,4	17,2	16,5	18,1
Percepción sobre el propio estado de salud				
Buena/muy buena	87,2	84,4	83,1	78,3
Regular	11,1	13,4	13,5	15,5
Mala/muy mala	1,6	2,2	3,4	6,2

\* 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).

## Nuevas sustancias psicoactivas

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

En cuanto al conocimiento de estas nuevas sustancias psicoactivas, el 73,8% de la población indica que nunca ha oído hablar de las sustancias de este tipo. Por edad, el nivel más alto de desconocimiento se registra entre los más mayores, donde este porcentaje supera el 80%.

En el marco temporal de alguna vez en la vida, únicamente un 1,1% de la población de 15 a 64 años manifiesta haber consumido estas nuevas sustancias. Como viene siendo habitual, el consumo de las sustancias se encuentra más extendido en los hombres que en las mujeres. Encontramos la mayor prevalencia de éstos en el grupo de edad de 25 a 34 años, donde el 3,3% de los hombres dice haber probado alguna vez estas sustancias.

En el colectivo femenino, el consumo de alguna vez en la vida no alcanza el 1% en ninguno de los grupos de edad.

También se analizan los resultados obtenidos para las nuevas sustancias psicoactivas incluidas dentro del módulo de nuevas sustancias. Estas sustancias son: ketamina, spice, mefedrona, salvia divinorum y ayahuasca. La **ketamina** y el **spice** son las sustancias que han obtenido una mayor prevalencia de consumo en el marco temporal de alguna vez en la vida (0,5% y 0,4%, respectivamente). Evolutivamente, el consumo de estas nuevas sustancias se ha visto reducido en comparación con los datos obtenidos los años anteriores. Ambas sustancias son consumidas en mayor medida entre los individuos de 25 a 34 años.

La tercera nueva sustancia psicoactiva más consumida es la **salvia divinorum**, el 0,2% de la población ha probado esta sustancia alguna vez en su vida. La máxima prevalencia se registra entre los jóvenes de 15 a 24 años, donde dicha prevalencia asciende hasta un 0,3%. Al igual que ocurría con la ketamina y el spice, el consumo de la salvia divinorum también ha sufrido un descenso respecto al dato obtenido en el año 2015.

Finalmente, la **ayahuasca** y la **mefedrona** registran prevalencias similares, habiendo sido consumidas alguna vez en la vida por el 0,1% de la población.

En relación a la edad media de inicio en el consumo, oscila entre los 22,4 años (en el caso de la salvia divinorum) y los 27,6 años (obtenidos en el caso de la ayahuasca). La mefedrona y el spice registran edades de inicio de primer consumo muy similares (23,3 años y 23,6 años, respectivamente). En último lugar se encuentra la ketamina, cuya edad media de inicio de consumo de la sustancia se sitúa en los 25 años.

**Tabla 1.1.82.**

**Prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.**

	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
Nuevas sustancias	1,1	1,7	0,5	1,3	1,9	0,7	2,0	3,3	0,7	1,1	1,5	0,6	0,9	1,6	0,2	0,1	0,2	0,0
Ketamina	0,5	0,9	0,2	0,5	0,7	0,2	1,2	2,0	0,3	0,6	0,8	0,3	0,5	0,8	0,2	0,1	0,1	0,0
Spice	0,4	0,7	0,2	0,7	1,0	0,3	0,9	1,6	0,3	0,3	0,5	0,1	0,3	0,6	0,1	0,1	0,1	0,0
Mefedrona	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Salvia divinorum	0,2	0,3	0,1	0,3	0,3	0,2	0,2	0,4	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,4	0,0	0,1	0,1	0,0
Ayahuasca	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2	0,0

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

**Tabla 1.1.83.**

**Prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España, 2011-2017.**

	Alguna vez en la vida				Últimos 12 meses			
	2011	2013	2015	2017	2011	2013	2015	2017
Ketamina	1,1	0,8	0,7	0,5	0,8	0,1	0,1	0,1
Spice	1,1	0,5	0,8	0,4	0,8	0,1	0,1	0,1
Mefedrona	0,4	0,1	0,2	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0
Salvia divinorum	-	0,5	0,5	0,2	-	0,1	0,1	0,0
Ayahuasca	-	-	-	0,1	-	-	-	0,0

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

## Percepción de riesgo del consumo de ketamina

Con independencia de la edad y el sexo, existe una opinión generalizada sobre los grandes riesgos para la salud del consumo de ketamina una vez o menos al mes.

A pesar de la gran similitud de opiniones, un mayor porcentaje de mujeres percibe riesgo en comparación con los hombres (98,7% en las mujeres frente a un 97,8% en el caso de los hombres). El mayor porcentaje de percepción de riesgo lo obtenemos en el tramo de edad de 55 a 64 años, grupo en el que un 98,7% opina que el consumo mensual de la ketamina puede producir muchos o bastantes problemas.

Al analizar la percepción de riesgo entre los que han consumido la sustancia y los que no, se observa que únicamente un 16,3% de los consumidores no aprecia el riesgo de consumir de manera mensual esta sustancia.

En el lado opuesto, entre los no consumidores, prácticamente la totalidad opina que el consumo de la ketamina podría suponer un problema importante para el individuo.

**Tabla 1.1.84.**

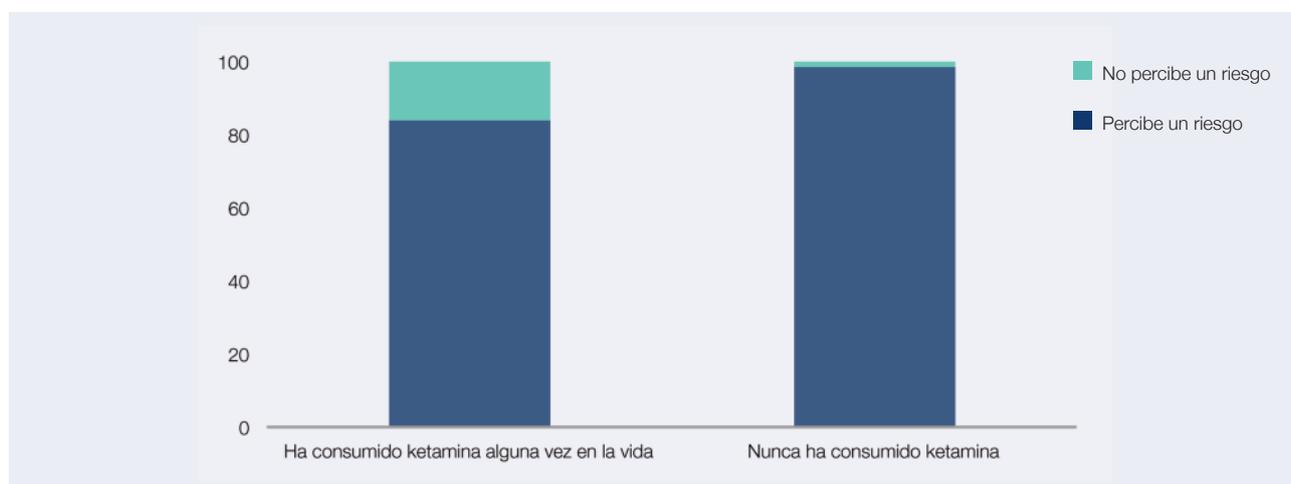
Riesgo percibido ante el consumo de ketamina una vez o menos al mes (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según sexo y edad. España, 2017.

	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
Ketamina una vez o menos al mes	98,3	97,8	98,7	98,3	98,0	98,7	98,2	97,8	98,6	97,9	97,4	98,5	98,3	97,7	98,8	98,7	98,2	99,1

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

**Figura 1.1.58.**

Percepción de riesgo ante el consumo una vez o menos al mes de ketamina (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que esta conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) según se hayan consumido alguna vez en la vida o no (%). España, 2017.



No percibe un riesgo

16,3

1,7

Percibe un riesgo

83,7

98,3

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

## Percepción de disponibilidad de ketamina

De manera general, la población opina que la ketamina es una sustancia difícil de conseguir, ya que únicamente 1 de cada 4 personas piensa que podría conseguirla de manera fácil o muy fácil en 24 horas.

La percepción de disponibilidad es algo mayor entre los hombres, destacando especialmente entre aquellos que tienen entre 25 y 34 años, donde el 35,2% de los individuos de este grupo piensa que le sería fácil conseguir ketamina con rapidez.

**Tabla 1.1.85.**

Disponibilidad percibida de ketamina (conseguirla en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.

	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
Ketamina	25,4	28,8	21,9	26,6	29,2	23,7	30,8	35,2	26,2	27,5	31,3	23,6	23,1	26,8	19,3	19,0	20,8	17,0

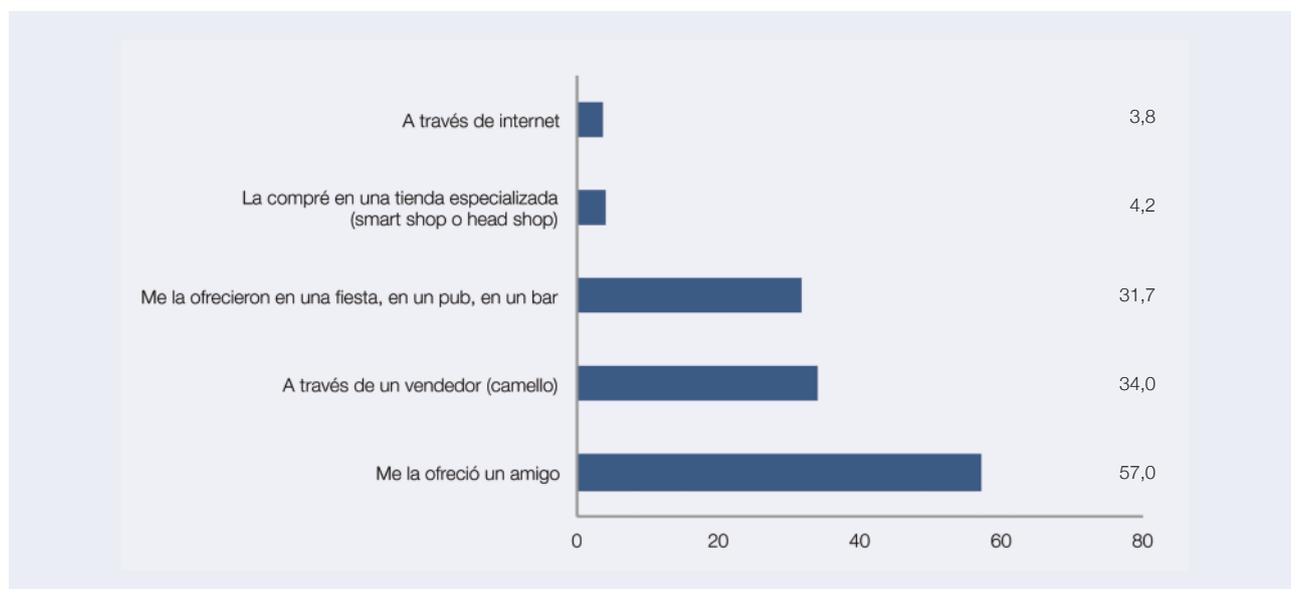
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

## Vías de obtención de nuevas sustancias psicoactivas

El medio de obtención de nuevas sustancias psicoactivas utilizado por aquellos que las han consumido en los últimos 12 meses es mayoritariamente a través de los amigos (57,0%). La siguiente vía a la que los consumidores recurren con más frecuencia son los camellos (34,0%), seguida muy de cerca por la obtención de estas sustancias en bares o fiestas (31,7%). Finalmente, los medios menos utilizados por los consumidores de estas sustancias son las tiendas especializadas (4,2%) e internet (3,8%).

**Figura 1.1.59.**

Lugar de obtención de nuevas sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años que ha consumido nuevas sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses (%). España, 2017.



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

## Policonsumo entre los consumidores de nuevas sustancias psicoactivas

Dentro del colectivo de personas que han consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, el consumo de otro tipo de sustancias psicoactivas está más extendido de lo que está a nivel general en la población de España de 15 a 64 años.

En el caso del **cannabis**, la práctica totalidad de los que han consumido nuevas sustancias psicoactivas en alguna ocasión reconocen haber consumido también cannabis (93,9%). Respecto al tipo de sustancia, se da la misma situación entre los consumidores de ketamina y de spice (95,4% y 97,6% es la prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida entre los que han consumido ketamina y spice respectivamente).

En la misma línea, entre la población que ha consumido nuevas sustancias psicoactivas en alguna ocasión, destaca la elevada prevalencia de la **cocaína** (polvo y/o base) (el 82,3% de los individuos la ha consumido alguna vez) y de los **alucinógenos** (el 78,1% declara haberlos consumido). Ambas sustancias tienen una prevalencia mayor entre los consumidores de ketamina que entre los consumidores de spice.

El 100% de los consumidores de ketamina reconoce haber tomado alucinógenos en alguna ocasión, mientras que el 92,6% declara haber, al menos, probado la cocaína (polvo y/o base).

Más del 65% del colectivo que ha consumido nuevas sustancias psicoactivas reconoce haber tomado **anfetaminas** o **éxtasis** en alguna ocasión (la prevalencia de consumo alguna vez en la vida se sitúa en el 68,3% en el caso de las anfetaminas y en el 65,3% en el caso del éxtasis). Por su parte, aproximadamente la mitad del grupo ha consumido hipnosedantes en alguna ocasión (46,2%).

En coherencia con estas altas prevalencias, el policonsumo está muy extendido entre la población que ha consumido nuevas sustancias psicoactivas (91,6%). La totalidad de los que han consumido ketamina declaran haber consumido cuatro o más sustancia psicoactivas a lo largo de su vida.

Tabla 1.1.86.

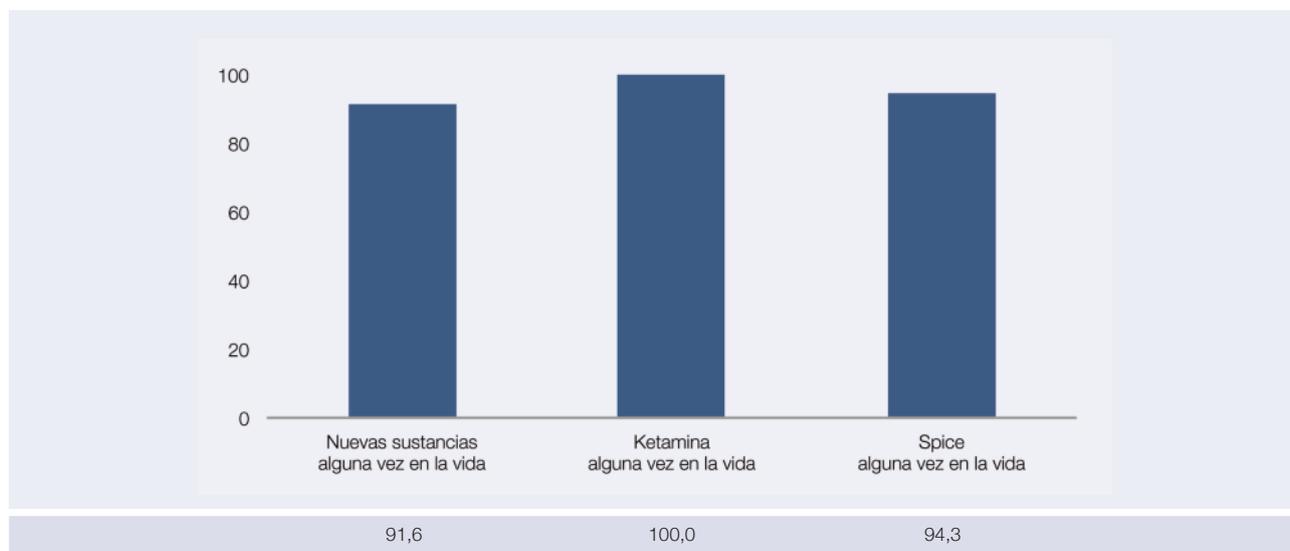
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida de otras sustancias psicoactivas entre las personas de 15-64 años que han consumido nuevas sustancias psicoactivas, ketamina o spice alguna vez en la vida (%). España, 2017.

	Nuevas sustancias psicoactivas	Ketamina	Spice
Alcohol	99,7	100	100
Tabaco	93,2	93,3	97,7
Anfetaminas/speed	68,3	83,7	75,1
Alucinógenos	78,1	100,0	70,9
Hipnosedantes con o sin receta	46,2	55,6	46,5
Cannabis	93,9	95,4	97,6
Éxtasis	65,3	78,5	70,2
Cocaína polvo y/o base	82,3	92,6	85,5

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

Figura 1.1.60.

Prevalencia de consumo de cuatro o más sustancias psicoactivas\* alguna vez entre la población de 15 a 64 años según se haya consumido en alguna ocasión nuevas sustancias psicoactivas, ketamina o spice (%). España, 2017.



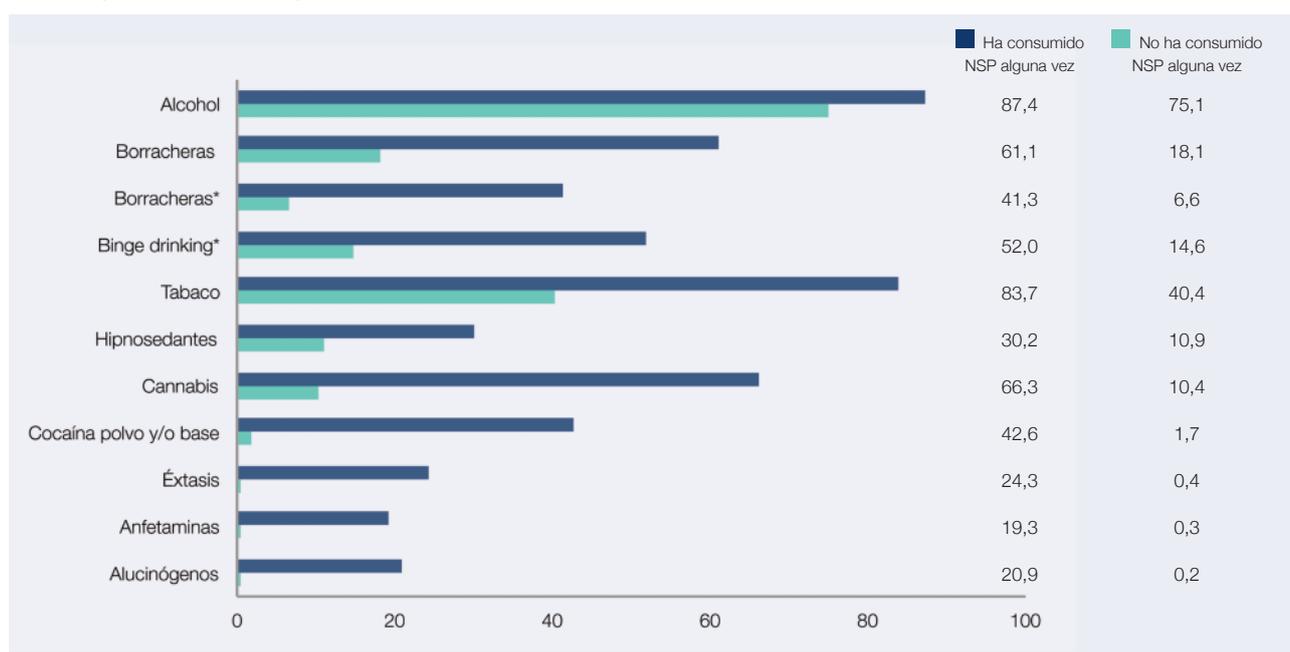
\* Sustancias psicoactivas legales e ilegales: alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

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

Comparando las prevalencias de consumo de drogas en el plazo temporal del último año entre el grupo que ha consumido nuevas sustancias psicoactivas en alguna ocasión y el que no, la mayor diferencia se registra en el caso del **cannabis**. El 66,3% de los que han consumido nuevas sustancias alguna vez en la vida reconoce haber consumido esta sustancia en los 12 meses previos a la realización de la encuesta, proporción que se reduce hasta el 10,4% entre los que nunca han tomado este tipo de sustancias.

Figura 1.1.61.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre las personas de 15-64 años que han consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida frente a los que no han consumido nuevas sustancias psicoactivas. España, 2017.



\* Últimos 30 días.

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

También se observa que el consumo de **alcohol** está más extendido en el grupo que, al menos, ha probado alguna de estas nuevas sustancias psicoactivas. El 61,1% de este colectivo declara haberse emborrachado en el último año, reduciéndose esta proporción hasta el 18,1% entre los que nunca han consumido nuevas sustancias psicoactivas.

Respecto al último mes, más de la mitad de este grupo reconoce haber consumido alcohol en atracón (*binge drinking*) en este período (52,0%), situándose su prevalencia en el 14,6% entre los que no han probado estas nuevas drogas.

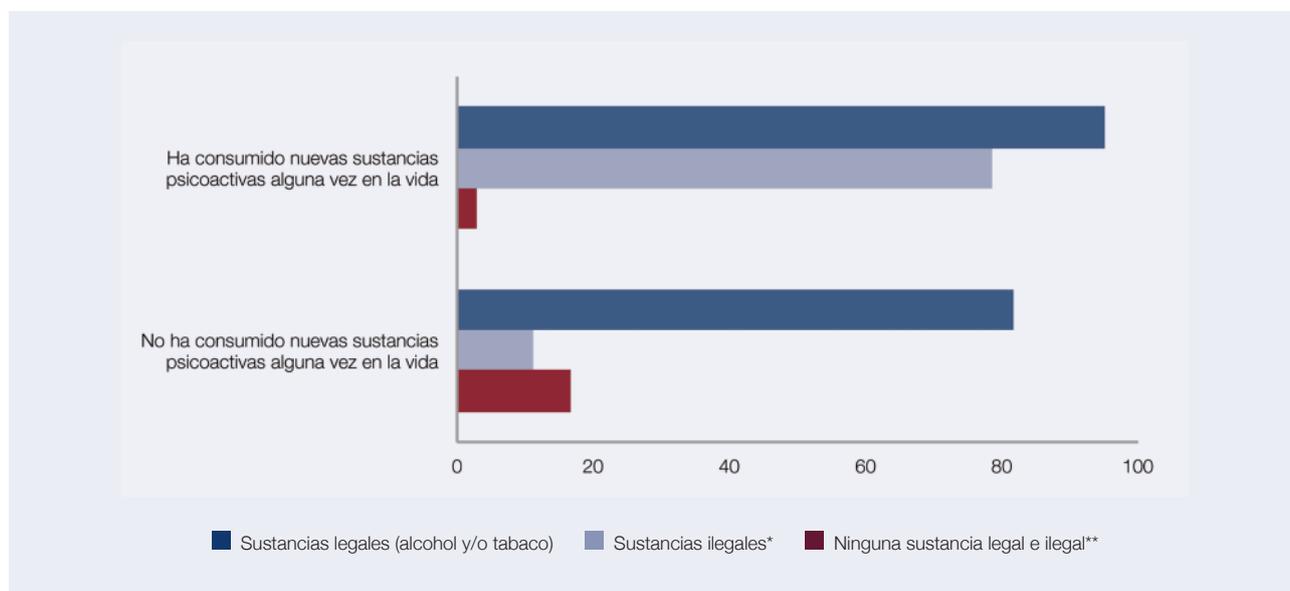
En el caso del **tabaco**, su prevalencia también resulta notablemente superior en este colectivo, de forma que el 83,7% recuerda haber fumado en el último año, reduciéndose esta proporción a menos de la mitad entre los que nunca han consumido ninguna de estas nuevas sustancias psicoactivas (40,4%).

Por su parte, la presencia de individuos que han consumido **cocaína (polvo y/o base)** en el último año es superior en 40,9 puntos en el grupo de los que han consumido nuevas sustancias en alguna ocasión (42,6%) que en el grupo de los que no lo han hecho (1,7%).

Continuando con el consumo de sustancias psicoactivas dentro del plazo temporal del último año, entre aquéllos que han consumido nuevas sustancias psicoactivas en alguna ocasión se observa que ocho de cada diez reconocen haber consumido alguna sustancia ilegal en los 12 meses previos a la realización de la encuesta (78,5%). Esto muestra lo generalizado que está el consumo de este tipo de drogas en este grupo.

Figura 1.1.62.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales en los últimos 12 meses en función de haber consumido o no nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida (%). España, 2017.



	Sustancias legales (alcohol y/o tabaco)	Sustancias ilegales*	Ninguna sustancia legal e ilegal**
Ha consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	95,1	78,5	2,9
No ha consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	81,5	11,2	16,7

\* Sustancias ilegales: cannabis, cocaína polvo y/o base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína.

\*\* Alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables.

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

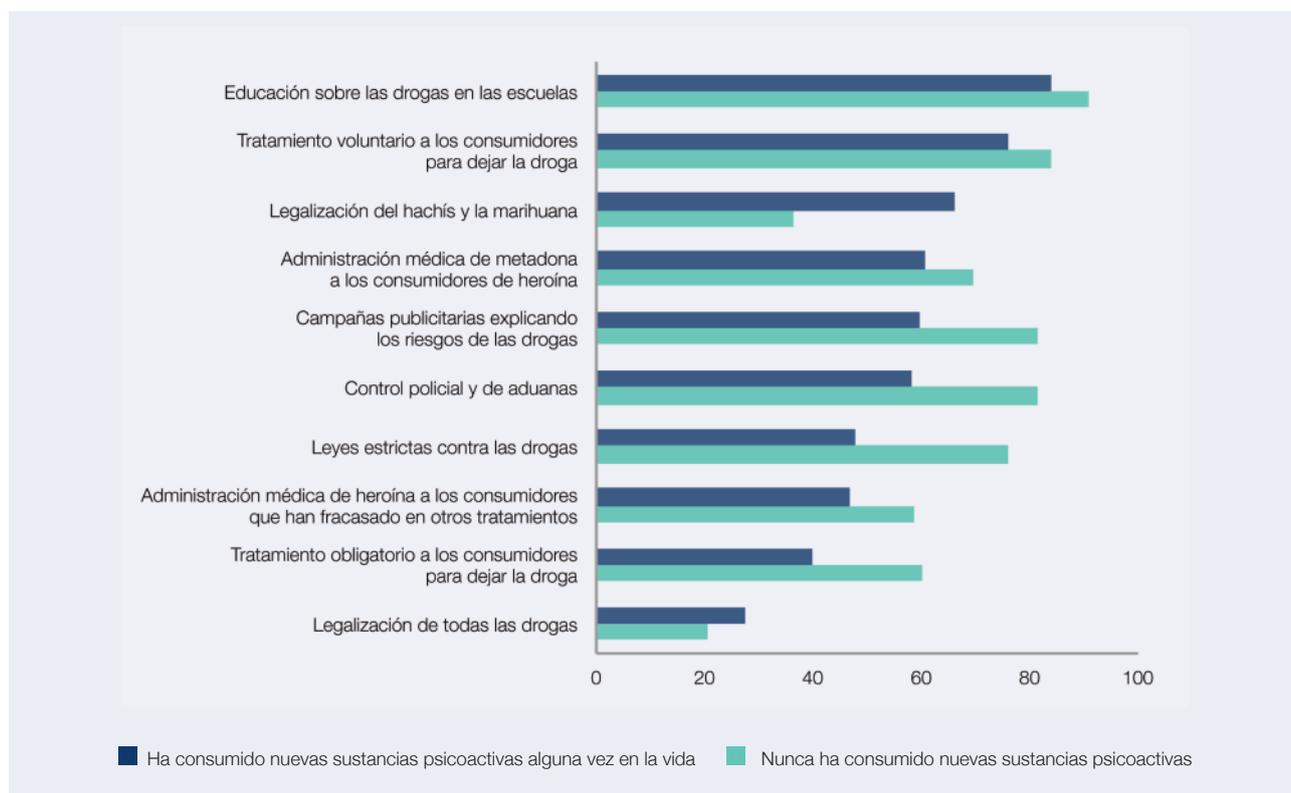
## Acciones para resolver el problema de las drogas

Además de las prevalencias de consumo, también se ha analizado la opinión acerca de las medidas que pueden ser efectivas para resolver el problema de las drogas entre los que han consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida y los que no.

En todos los casos, excepto en las medidas relativas a la legalización de las drogas, el grado de consenso que existe acerca de la importancia que tienen esas acciones para intentar solventar el problema de las drogas es menor entre los que han consumido nuevas sustancias psicoactivas que el que se registra en el resto de la población.

Figura 1.1.63.

Valoración de diversas acciones como “muy importantes” para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años según haya consumido alguna vez en la vida nuevas sustancias psicoactivas o no (%). España, 2017.



	Ha consumido NSP alguna vez en la vida	Nunca ha consumido NSP
Legalización de todas las drogas	26,0	18,0
Tratamiento obligatorio a los consumidores	44,4	59,9
Leyes estrictas contra las drogas	47,8	79,5
Administración médica de heroína	50,4	57,5
Legalización del hachís y la marihuana	58,6	33,5
Control policial y de aduanas	59,8	83,4
Administración médica de metadona	63,2	69,2
Campañas publicitarias	64,5	83,9
Tratamiento voluntario a los consumidores	74,1	82,5
Educación sobre las drogas en las escuelas	82,5	90,1

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

En este sentido, aparece una importante discrepancia en cuanto a la importancia que tiene contar con leyes estrictas contra las drogas pues sólo el 47,8% de los que han consumido nuevas sustancias psicoactivas piensa que es una medida muy importante para resolver el problema de las drogas, mientras que la amplia mayoría de los que nunca ha consumido estas nuevas sustancias psicoactivas la destacan como una medida relevante (79,5%).

En el caso de la legalización, seis de cada diez consumidores defienden la importancia de legalizar el cannabis (58,6%), reduciéndose esta proporción hasta el 33,5% entre los que nunca han consumido este tipo de drogas.

Con independencia de que se hayan consumido o no nuevas sustancias psicoactivas, la educación en las escuelas es la medida que registra un mayor grado de acuerdo en cuanto a su importancia para resolver este problema.

## Percepciones y opiniones de la población ante las drogas

### 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 las siguientes sustancias: **heroína, GHB, alucinógenos, cocaína y éxtasis**. Más del 95% manifiesta que consumir estas sustancias una vez o menos al mes, puede producir muchos o bastantes problemas de salud. El porcentaje de población que asocia riesgo al consumo de estas sustancias se ha visto incrementado en comparación con el dato de la edición anterior.

La percepción de riesgo sigue muy extendida respecto al hecho de **fumar un paquete de tabaco diario**: el 93% piensa que realizar dicho consumo produciría muchos o bastantes problemas para la salud. El dato obtenido es el más alto de la serie histórica, habiendo aumentado 1,4 puntos porcentuales respecto a 2015 y aproximadamente 13 puntos porcentuales en comparación con la percepción del año 1997.

Respecto al consumo del alcohol, 9 de cada 10 personas piensan que el **consumo de 5-6 copas/cañas al día** puede producir muchos problemas a la salud. Evolutivamente, el dato se ha mantenido muy estable durante los últimos años. Respecto a 2015, la percepción de riesgo ha aumentado casi 1 punto porcentual, volviendo a niveles similares a los registrados en el año 2013.

El consumo de alcohol de manera más esporádica (**consumo 5-6 copas/cañas el fin de semana**) es percibido como un riesgo por alrededor de la mitad de la población (49,1%).

En relación al **consumo habitual de cannabis** (una vez por semana o más), la percepción de riesgo ha aumentado cerca de 2 puntos porcentuales con respecto al dato obtenido al año 2015, estableciéndose en 81,5% el porcentaje de personas que piensan que consumir cannabis una vez por semana o más produciría bastantes/muchos problemas para la salud.

Con respecto al **consumo esporádico de cannabis** (una vez o menos al mes), a lo largo de la serie histórica la percepción de riesgo se ha situado entre el 62% y el 70%, a excepción del dato obtenido en el año 1999, cuando se registró el máximo histórico (74,8%). En 2017, el porcentaje de personas que opinan que consumir cannabis una vez o menos al mes ha aumentado 3,6 puntos porcentuales respecto al año 2015 (66,1% en 2017 frente al 62,5% en 2015).

Alrededor del 80% de la población cree que **consumir hipnosedantes una vez por semana o más** conlleva riesgo. Cuando hablamos de la percepción de riesgo de consumo de esta sustancia psicoactiva en el tramo temporal de una vez o menos al mes, se establece en 62,1%, volviendo a superar la barrera del 60%, tras dos ediciones consecutivas situándose por debajo (57,6% en 2013 y 58,0% en 2015).

Tabla 1.1.87.

Evolución del 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, 1997-2017.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	Diferencia 2017-2015	Diferencia 2017-1997
Consumir heroína una vez o menos al mes	97,6	98,5	96,7	97,4	97,9	98,7	97,5	98,0	97,2	97,3	98,5	1,2	0,9
Consumir cocaína 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	2,4	3,5
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	92,5	94,6	92,6	92,6	94,4	95,8	94,4	95,4	95,1	94,6	96,5	1,9	4,0
Consumir alucinógenos una vez o menos al me	96	97,4	95,5	96,3	97,1	97,4	96,1	96,6	94,4	96,5	97,8	1,3	1,8
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	0,8	-1,8
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	4,1	1,7
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	1,7	-2,5
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	3,6	-2,8
Consumir 5-6 cañas/copas cada día	89,2	90,7	86,1	83,3	87,3	89,2	91,4	91,7	90,7	90,0	90,9	0,9	1,7
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	3,3	3,5
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	1,4	13,3
Consumir GHB o éxtasis líquido una vez o menos al mes	-	-	-	-	-	-	-	97,8	97,2	96,9	98,2	1,3	-

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

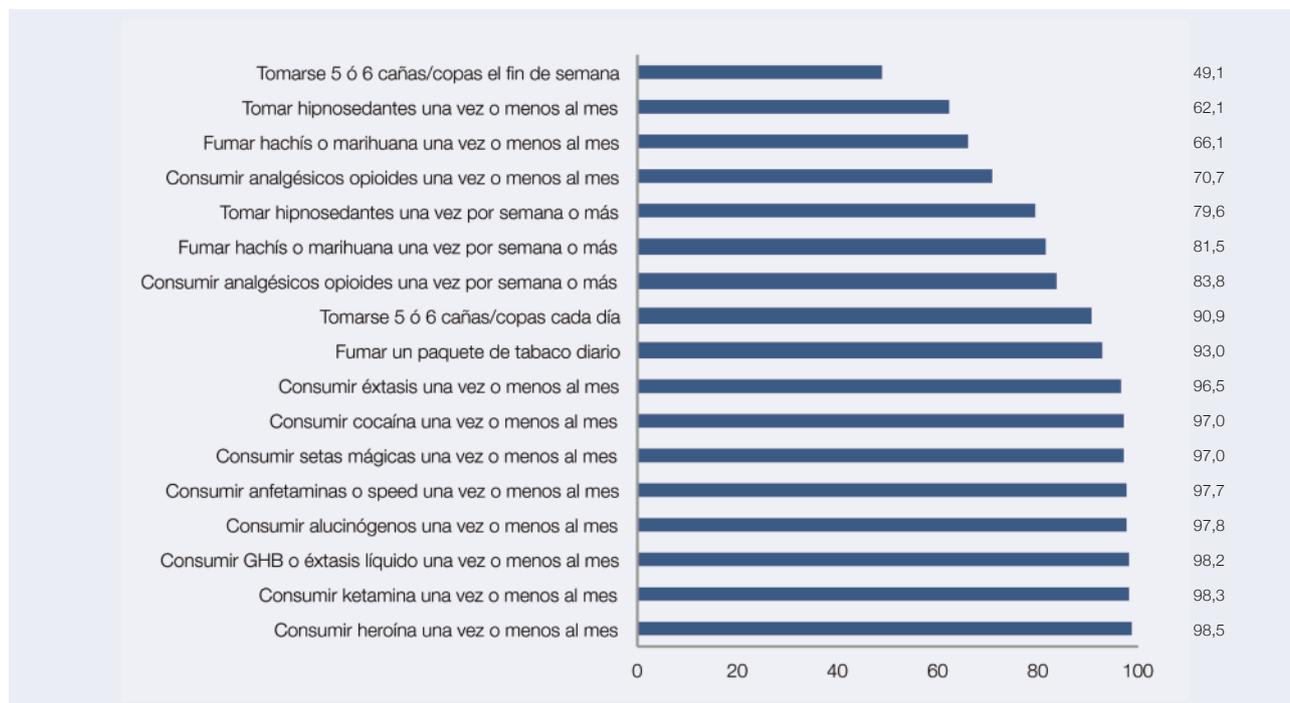
De la misma forma que ocurría con los hipnosedantes, la percepción de riesgo del **consumo de analgésicos opioides una vez por semana o más**, ronda el 80%.

En segundo lugar, **consumir analgésicos opioides una vez o menos al mes**, puede producir muchos o bastantes problemas para 7 de cada 10 personas (70,7%).

Finalmente, la percepción de riesgo de consumir una vez o menos al mes sustancias como las **anfetaminas** o las **setas mágicas**, también es muy alta (97,7% y 97,0% respectivamente).

Figura 1.1.64.

Riesgo percibido ante el consumo de drogas (porcentaje de población que piensa que cada conducta puede causar muchos o bastantes problemas). España, 2017.



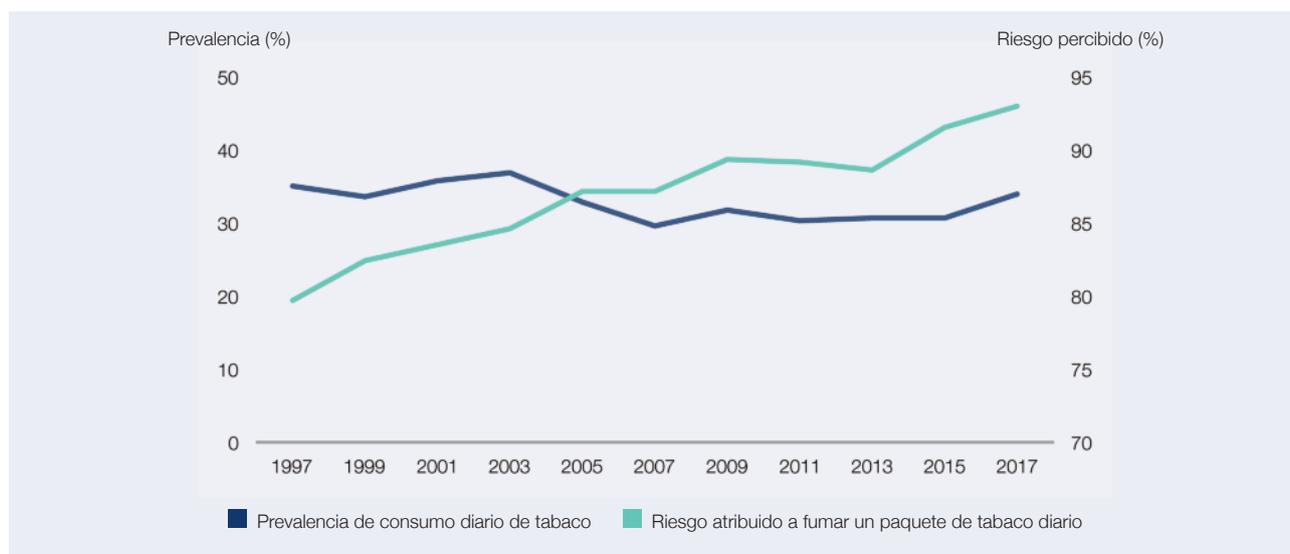
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

### 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 percepción de riesgo asociada a consumir un paquete de tabaco al día.

Figura 1.1.65.

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, 1997-2017.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Prevalencia de consumo diario de tabaco	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8	30,4	30,8	30,8	34,0
Riesgo atribuido a fumar paquete de tabaco diario	79,7	82,4	83,6	84,6	87,1	87,1	89,4	89,1	88,7	91,6	93,0

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

Se observa cómo a lo largo de la serie histórica, el riesgo asociado al consumo de un paquete de tabaco diario se ha ido incrementando año a año desde 1997, a excepción del año 2013, donde el riesgo percibido sufrió un leve retroceso. A día de hoy, el 93% de la población considera que el hecho de fumar un paquete al día supone un gran riesgo.

Sorprendentemente, este aumento en la percepción de riesgo no parece haber frenado en 2017 el consumo diario de tabaco, sino que se ha registrado un repunte que habrá de ser confirmado en las sucesivas ediciones de la encuesta EDADES.

### Diferencias en la percepción de riesgo según sexo

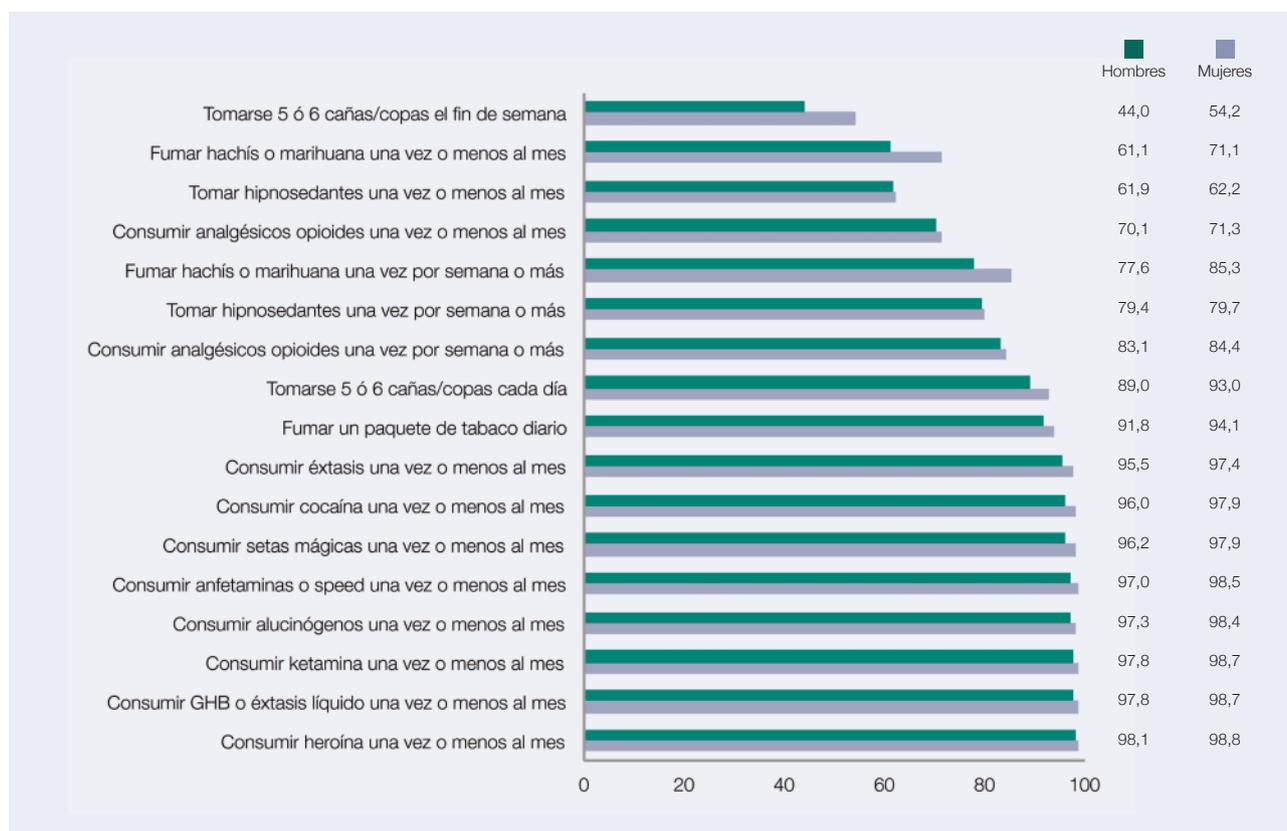
De manera general, la percepción de riesgo ante el consumo de drogas alcanza proporciones más elevadas entre las mujeres que entre los hombres. Comparativamente entre ambos sexos, las diferencias no son significativas respecto al consumo de ninguna sustancia, a excepción del consumo de alcohol y de cannabis.

En primer lugar, el **cannabis** es la sustancia en la que se registra una mayor diferencia entre el riesgo percibido declarado por hombres y mujeres. En el consumo de cannabis una vez o menos al mes, la diferencia entre hombres y mujeres es de 10 puntos porcentuales (71,1% entre las mujeres frente al 61,1% entre los hombres). Cuando se considera el consumo más frecuente de esta sustancia, la diferencia se ve reducida, pero sigue siendo significativa: el 85,3% de las mujeres piensa que consumir cannabis de manera frecuente produciría bastantes problemas, frente al 77,6% de hombres.

La mayor diferencia entre hombres y mujeres se registra en el riesgo del consumo de alcohol: el 54,2% de las mujeres opina que tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana podría producir un gran riesgo para la salud, frente a un 44,0% de los hombres, lo que lleva a registrar una diferencia superior a los 10 puntos porcentuales entre la percepción de riesgo de ambos sexos.

Figura 1.1.66.

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, 2017.



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

## Diferencias en la percepción de riesgo según edad

Desde otra perspectiva, también se ha analizado cómo cambia la percepción de riesgo de consumo, en función de la edad de los individuos.

En términos generales, el tramo de mayor edad (55 a 64 años) es el que opina, en una mayor proporción, que el consumo de sustancias conllevaría un grave problema para la salud. Sólo se identifica una excepción para el caso de los **hipnosedantes** y los **analgésicos opioides**. Al ser fármacos cuya prevalencia registra mayor extensión en el grupo de mayor edad, son los jóvenes de 15 a 24 años los que perciben en mayor proporción (y para cualquiera de las referencias temporales utilizadas) que el consumo de estas sustancias conlleva riesgo para la salud.

A la hora de opinar sobre el riesgo asociado a **fumar un paquete de tabaco cada día**, existe un amplio grado de acuerdo entre todos los grupos de edad: más del 90% opina que esta conducta es perjudicial para la salud. Algo similar ocurre con el **consumo diario de alcohol**, conducta sobre la que, en todos los tramos de edad, al menos 9 de cada 10 personas opina que puede producir bastantes/muchos problemas para la salud.

También se aprecian diferencias por edad en la percepción de riesgo del consumo del **cannabis**. El porcentaje se mantiene bastante estable entre los jóvenes de 15 a 34 años, aunque se aprecia un claro incremento según va avanzando la edad de las personas, alcanzando el máximo en el tramo de edad de 55 a 64 años.

Finalmente, el consumo esporádico (una vez o menos al mes) de **éxtasis, cocaína, heroína, alucinógenos, GHB, anfetaminas, setas mágicas y ketamina** se percibe como una conducta de riesgo para más del 95% de las personas, con independencia de la edad que tengan.

**Tabla 1.1.88.**

**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 edad. España, 2017.**

	Total	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Paquete tabaco diario	93,0	93,3	92,6	92,4	92,9	93,8
5-6 copas fin de semana	49,1	49,7	44,4	47,9	49,4	54,5
5-6 copas cada día	90,9	91,6	90,2	91,4	90,5	91,3
Cannabis una vez o menos al mes	66,1	58,9	59,1	64,7	69,4	76,8
Cannabis una vez por semana o más	81,5	77,9	77,7	79,7	83,5	88,0
Hipnosedantes una vez o menos al mes	62,1	60,8	58,4	58,5	55,3	57,9
Hipnosedantes una vez por semana o más	79,6	82,4	80,1	80,4	77,8	78,0
Analgésicos opioides una vez o menos al mes	70,7	72,9	69,4	71,0	69,3	71,7
Analgésicos opioides una vez por semana o más	83,8	85,8	84,1	84,0	81,5	84,6
Éxtasis una vez o menos al mes	96,5	96,0	95,7	95,7	96,9	98,1
Cocaína una vez o menos al mes	97,0	96,9	96,1	96,5	97,2	98,3
Heroína una vez o menos al mes	98,5	98,5	98,4	98,5	98,3	98,7
Alucinógenos una vez o menos al mes	97,8	97,3	97,4	97,7	97,8	98,9
GHB una vez o menos al mes	98,2	98,1	98,2	97,9	98,4	98,8
Anfetaminas una vez o menos al mes	97,7	97,4	97,3	97,4	97,9	98,8
Setas mágicas una vez o menos al mes	97,0	96,4	96,1	96,7	97,7	98,2
Ketamina una vez o menos al mes	98,3	98,3	98,2	97,9	98,3	98,7

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

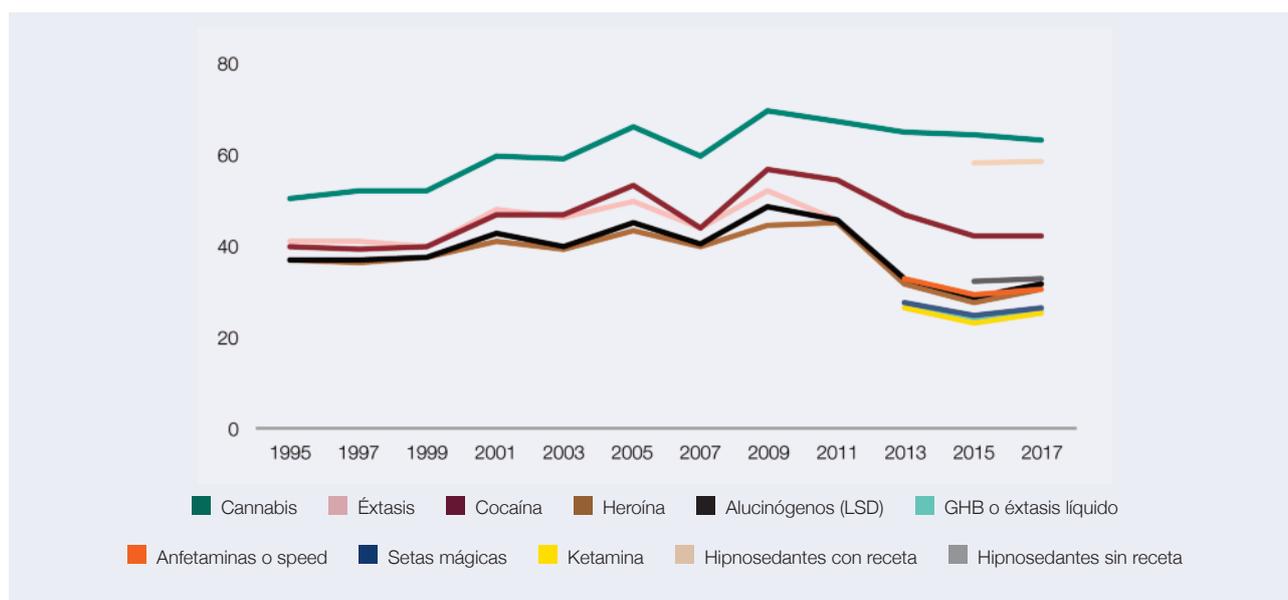
## Percepción de disponibilidad

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

Así, atendiendo a la percepción de disponibilidad, en 2015 se alcanzaron para muchas sustancias las cifras más bajas en lo que a percepción de disponibilidad se refiere, como consecuencia de una tendencia descendente iniciada en 2011. En 2017, han aumentado ligeramente las cifras, no superándose en ningún caso los datos de 2013, pero sí registrándose un ligero repunte respecto a las cifras de 2015.

Figura 1.1.67.

Evolución de la percepción de disponibilidad de drogas (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad (%). España, 1995-2017.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Cannabis	50,3	52,1	51,8	59,5	59,2	66,2	59,8	69,6	67,0	64,6	64,3	63,3
Éxtasis	41,1	40,9	39,9	48,2	46,1	49,7	43,8	51,9	45,6	32,7	28,5	30,6
Cocaína	39,5	39,2	39,9	46,7	46,5	53,3	43,8	56,7	54,4	46,9	42,0	42,3
Heroína	37,0	36,2	37,2	41,2	39,2	43,4	39,5	44,7	44,9	31,6	27,4	30,3
Alucinógenos	37,1	37,0	37,2	42,7	40,0	44,8	40,2	48,7	45,4	33,0	28,7	31,4
GHB o éxtasis líquido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27,5	24,2	25,9
Anfetaminas o speed	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32,6	29,2	30,5
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27,7	24,7	26,6
Ketamina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26,2	23,0	25,4
Hipnosedantes con receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58,1	58,5
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31,9	32,8

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

Observando las diferentes sustancias, el **cannabis** destaca sobre el resto de sustancias en lo que a accesibilidad se refiere. El 63,3% declara que le sería fácil o muy fácil conseguir esta sustancia en 24 horas, proporción muy similar a la que se registró en 2015 (64,3%). Desde 2009 viene registrándose un ligero descenso en la percepción de disponibilidad de esta sustancia aunque se mantiene más de 10 puntos por encima de la cifra que se manejaba antes del 2000 (51,8% en 1999).

Por detrás del cannabis, la **cocaína** es la sustancia ilegal que más personas perciben como fácil o muy fácil de obtener en 24 horas (42,3%). En términos evolutivos, se observa cómo este indicador ha ido descendiendo desde 2011, obteniéndose en 2015 y 2017 una percepción de disponibilidad de esta sustancia muy similar a la que se registraba a finales de los noventa (39,9% en 1999).

**Alucinógenos, éxtasis, anfetaminas y heroína** registran niveles de disponibilidad percibida similares y entre el 30% y 32% (3 de cada 10 individuos consideran que podrían adquirir estas sustancias de forma fácil o muy fácil en 24 horas).

Por su parte, **las setas mágicas, el GHB y la ketamina** son las drogas que se perciben como más difíciles de obtener con una percepción de disponibilidad que oscila entre el 25 y el 27%.

En relación con las sustancias legales, el 58,5% de los individuos de 15 a 64 años reconoce que le resultaría sencillo conseguir una receta médica con la que poder adquirir **hipnosedantes** en 24 horas, proporción muy similar a la que se registraba en 2015 (58,1%). Cuando se trata de conseguir **hipnosedantes sin receta médica**, la percepción de disponibilidad disminuye hasta el 32,8%, porcentaje también similar al de 2015 (31,9%).

En esta edición del estudio se ha incluido por primera vez una pregunta para conocer la impresión acerca de lo fácil o difícil que puede ser adquirir **analgésicos opioides con receta y sin receta** en un corto plazo de tiempo. Así, más de la mitad de la población reconoce que le sería fácil conseguir una receta con la que poder adquirir analgésicos opioides (53,7%). Esta proporción se reduce en 23,3 puntos si no se puede contar con receta médica (30,4%).

## Percepción de la importancia del problema de consumo de drogas y visibilidad del problema

En 2017 continúa la tendencia descendente iniciada en 2007 acerca de la importancia que tiene el problema de las drogas ilegales en el lugar de residencia, alcanzándose en esta ocasión el mínimo de la serie histórica (35,1% de la población opina que el problema de la drogas ilegales es muy importante).

**Tabla 1.1.89.**

**Evolución de la importancia concedida por la población de 15-64 años al problema de las drogas ilegales en el lugar donde vive (%). España, 1997-2017.**

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

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

En relación a la visibilidad que tienen ciertas escenas relacionadas con el consumo de drogas, se registra una situación similar a la ya descrita para la percepción de disponibilidad.

En línea con la tendencia descendente que históricamente ha mostrado esta visibilidad, en 2015 se alcanzó el mínimo de la serie para todas las escenas propuestas. Este 2017 se han mantenido los niveles bajos, sin superar las cifras registradas en 2013, aunque observándose un leve repunte respecto a los datos de 2015. Este repunte adquiere cierta relevancia en el caso de ver a personas fumando porros (45,1% en 2015 y 51,2% en 2017) y a personas borrachas (32,7% en 2015 y 38,1% en 2017) en el lugar donde vive. Asimismo, ver a gente haciendo botellón (38,3% en 2017) junto con las dos escenas anteriores son las que se refieren como visibles por una mayor proporción de la población.

Las escenas relacionadas con la inyección de drogas (encontrarse a personas inyectándose drogas y jeringuillas en el suelo) tienen una presencia muy residual en la actualidad y la proporción de personas que se encuentran frecuentemente

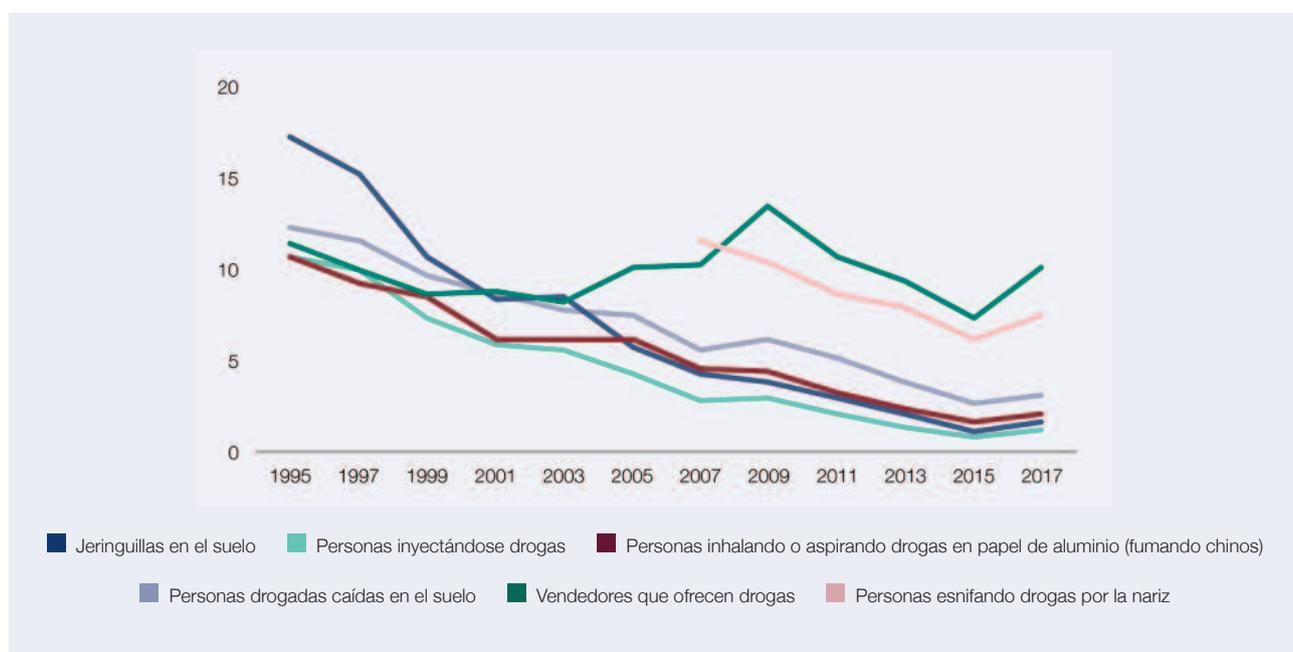
con esas situaciones en el lugar donde viven no alcanza el 2%. Históricamente se ha visto reducida de forma destacada la visibilidad de ambas escenas, mucho más frecuentes a finales de los noventa y comienzos de la década de los 2000.

De igual modo, observar a personas drogadas caídas en el suelo o ver a personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio son situaciones que también han perdido mucha visibilidad a lo largo de las distintas ediciones del estudio, siendo ahora muy poco frecuentes. En 2017, sólo el 3,1% de la población reconoce haber visto de forma frecuente en el lugar donde vive a personas drogadas caídas en el suelo y sólo el 2,1% declara haber visto a personas inhalando drogas.

La visibilidad de vendedores ofreciendo drogas ha tenido una evolución más irregular. En 2009 alcanzó el máximo de la serie histórica (13,5%), descendiendo desde entonces hasta alcanzar en 2015 la cifra más baja (7,3%) y registrar un repunte de 2,8 puntos porcentuales en 2017 (10,1%).

Figura 1.1.68.

Evolución de la 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 frecuente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2017.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
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
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
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
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
Vendedores que ofrecen drogas	11,4	10	8,6	8,8	8,2	10,1	10,2	13,5	10,7	9,4	7,3	10,1
Personas esnifando drogas por la nariz	-	-	-	-	-	-	11,6	10,4	8,6	7,9	6,1	7,5
Personas fumando porros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52,9	45,1	51,2
Personas haciendo botellón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42,4	34,9	38,3
Personas borrachas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32,7	38,1

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

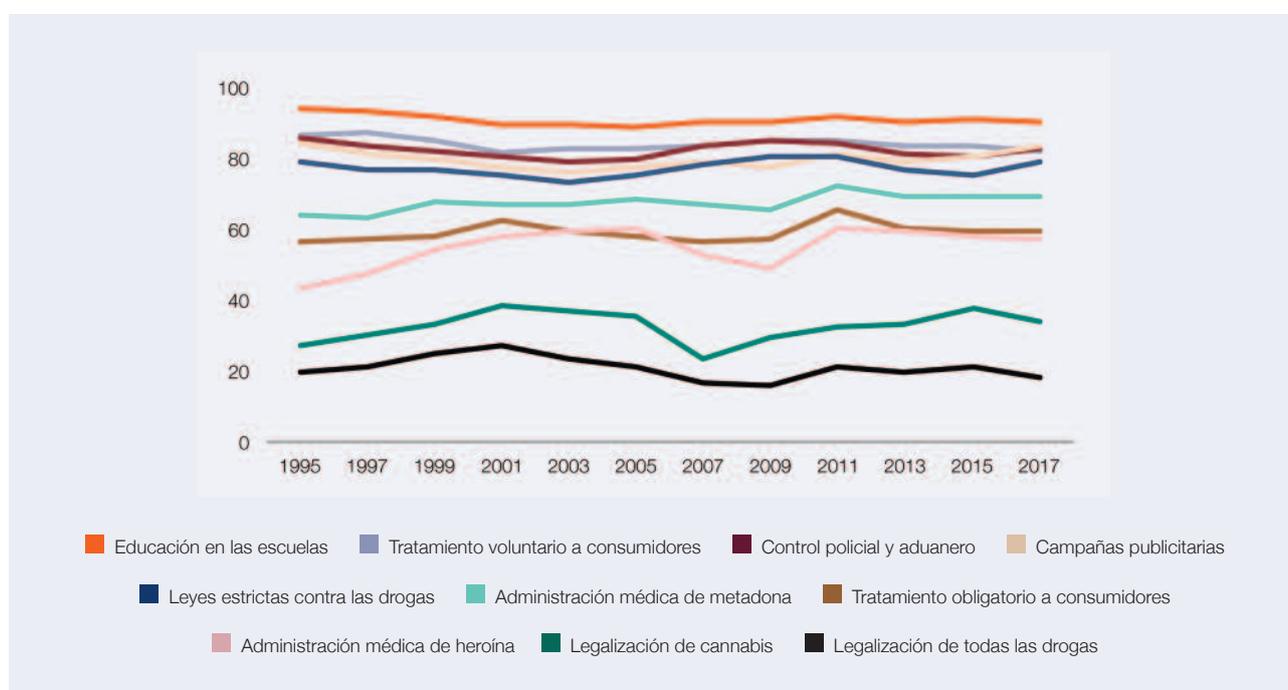
## Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas

Propuestas una serie de acciones para solventar el problema del consumo de drogas entre la población, la medida que cuenta con una mayor grado de apoyo es la **educación en las escuelas**, ya que el 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.

Las **campañas publicitarias**, son la segunda acción más apoyada para solucionar el problema del consumo de drogas entre la población. Respecto al año 2015, esta medida ha ganado adeptos, incrementando alrededor de 3 puntos porcentuales (80,7% en 2015 frente a 83,6% en esta edición).

Figura 1.1.69.

Evolución de la valoración como “muy importantes” de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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

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

Otras acciones que también son consideradas como muy importantes para resolver el problema de las drogas por una gran parte de la población (más del 80%) son el **control policial y aduanero** y el **tratamiento voluntario a los consumidores** (83,1% y 82,3%, respectivamente).

El establecimiento de **leyes estrictas contra las drogas** es la medida para la que se ha registrado un mayor incremento respecto a la edición anterior: 8 de cada 10 personas (79,1%) la consideran muy importante en 2017 frente al 74,9% obtenido en el año 2015.

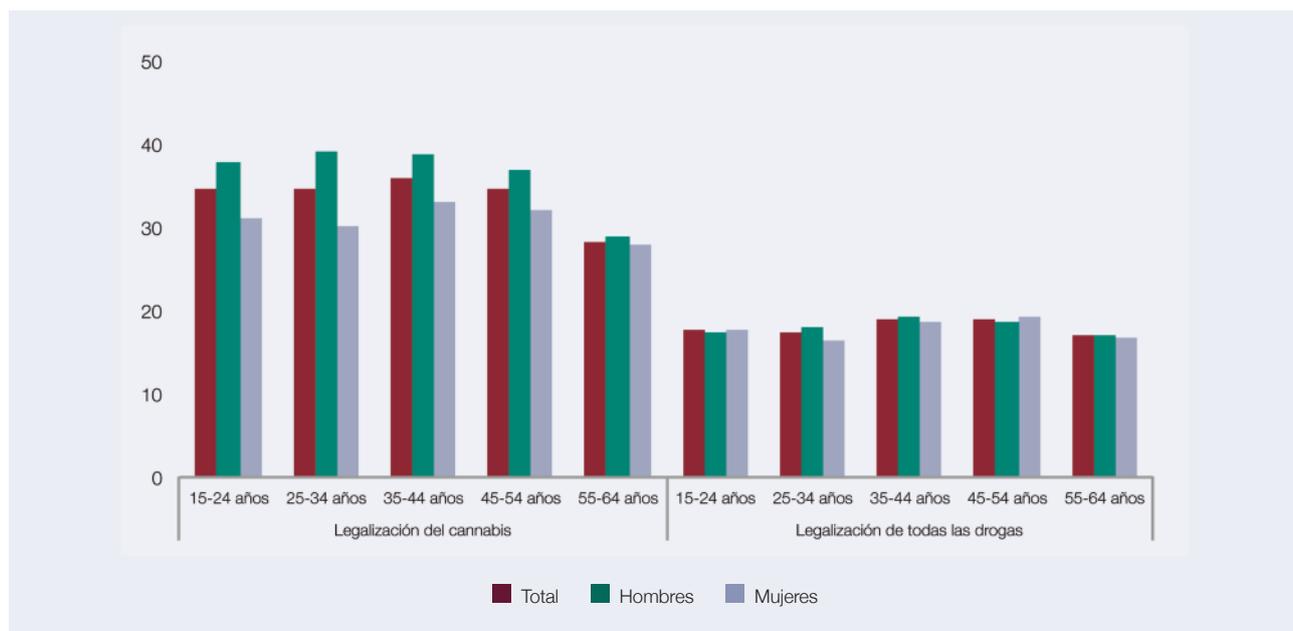
Finalmente, las acciones relacionadas con la legalización parecen ser importantes para una menor proporción de la población. El 33,8% de los individuos piensa que la **legalización del cannabis** sería una solución importante para resolver el problema de las drogas, registrándose un porcentaje bastante inferior cuando se pregunta sobre la opción de **legalizar todas las drogas** (18,1%).

Ambas medidas de legalización se encuentran más extendidas entre los hombres, en especial la referente a la **legalización del cannabis**. Por edad, es el tramo de edad de 35 a 44 años, el que más apoya estas dos medidas como la solución al problema de las drogas.

La consideración de que la **legalización de todas las drogas** es muy importante para resolver el problema de las drogas recibe apoyo minoritario y cuenta con una menor proporción que la relativa a la legalización del cannabis.

Figura 1.1.70.

Porcentaje de personas de 15 a 64 años que valoran como “muy importante” la legalización del cannabis y la legalización de todas las drogas para resolver el problema de las drogas, según sexo y edad (%). España, 2017.



		Total	Hombres	Mujeres
Legalización del cannabis	15-24 años	34,6	37,9	31,2
	25-34 años	34,8	39,1	30,3
	35-44 años	36,0	38,7	33,2
	45-54 años	34,5	36,9	32,1
	55-64 años	28,4	29,0	27,8
Legalización de todas las drogas	15-24 años	17,6	17,4	17,8
	25-34 años	17,3	18,1	16,5
	35-44 años	19,1	19,3	18,8
	45-54 años	19,1	18,7	19,4
	55-64 años	16,9	17,2	16,6

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

## 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 45 años, y especialmente a partir de los 60 años de edad, se hace más relevante la presencia de aquéllos que consideran su estado de salud mejorable. Ello se observa tanto en hombres como en mujeres. A partir de los 45 años y entre las mujeres, se registra menor proporción de personas que consideran su estado de salud bueno o muy bueno.

Figura 1.1.71.

Percepción del estado de salud (muy bueno y bueno) de la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017.



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

Si se analiza la percepción sobre el estado de salud en los diferentes grupos de edad y en función de determinadas pautas de consumo, se observa que, entre los más jóvenes, es decir, en el grupo de 15 a 34 años, el hecho de haber consumido alcohol en atracón (*binge drinking*), tabaco o cannabis en el último mes no interfiere apenas en la percepción propia de su salud. Así, más del 90% de los mismos consideran satisfactoria su salud con independencia de haber

consumido o no esas sustancias. Por el contrario, sí se aprecia una diferencia sustancial en la manera en que se percibe la salud propia en función de los **hipnosedantes** (el 96,1% de los que no los consumieron en los últimos 30 días considera que goza de buena salud, reduciéndose esta proporción hasta el 75,2% entre los que sí lo hicieron). Igualmente, entre los que han consumido **cocaína** en los últimos 30 días, la autopercepción de buena salud está menos extendida que entre los que no han realizado dicho consumo (83,5% frente a 95,5%).

En el grupo de **35 a 44 años**, las discrepancias sobre el estado de salud sólo superan el 5% en el caso del consumo de hipnosedantes (cerca de 7 de cada 10 de los que han consumido hipnosedantes consideran su estado de salud bueno o muy bueno, elevándose esta proporción a 9 de cada 10 en el caso de los que no los han consumido en el último mes).

Para el intervalo de **45 a 54 años**, aquéllos que consumieron tabaco o cannabis refieren en menor proporción gozar de buena salud (en el caso de tabaco 77,1% de los que fumaron en el último mes están satisfechos con su estado de salud, elevándose esta proporción hasta el 83,5% en el caso de los no fumadores; en el caso del cannabis el 74,3% de los que lo han consumido consideran bueno su estado de salud frente al 81,1% de los que no lo han consumido). En el caso de los hipnosedantes esta diferencia se hace mucho más evidente, reduciéndose en 35,6 puntos porcentuales el porcentaje de los que perciben su estado de salud como bueno o muy bueno (84,3% de los que no los han consumido y 48,7% de los que sí lo han hecho).

Entre los **mayores de 54 años**, los que han consumido alcohol en atracón en el último mes tienen una visión más positiva de su salud que los que no lo hicieron (73,6% frente a 68,6%). Por el contrario, sólo el 46,9% de los que han tomado hipnosedantes cree que disfruta de un buen estado de salud, elevándose esta presencia hasta el 72,4% entre los que no lo han hecho.

**Tabla 1.1.90.**

**Percepción del estado de salud entre la población de 15-64 años según se hayan consumido sustancias psicoactivas en los últimos 30 días o no (porcentajes fila). España, 2017.**

		15-34 años		35-44 años		45-54 años		55-64 años	
		Buena/Muy buena	Regular/Mala/Muy mala						
Ha hecho binge drinking	SI	95,9	4,1	91,9	8,1	78,2	21,8	73,6	26,4
	NO	95,2	4,8	90,1	9,9	80,7	19,3	68,6	31,4
Ha consumido tabaco	SI	93,4	6,6	87,7	12,3	77,1	22,9	69,9	30,1
	NO	96,6	3,4	92,2	7,8	83,5	16,5	68,6	31,4
Ha consumido hipnosedantes	SI	75,2	24,8	68,4	31,6	48,7	51,3	46,9	53,1
	NO	96,1	3,9	91,9	8,1	84,3	15,7	72,4	27,6
Ha consumido cannabis	SI	92,3	7,7	87,5	12,5	74,3	25,7	65,5	34,5
	NO	95,9	4,1	90,7	9,3	81,1	18,9	69,2	30,8
Ha consumido cocaína	SI	83,5	16,5	-	-	-	-	-	-
	NO	95,5	4,5	-	-	-	-	-	-

Nota: se excluyen de la tabla los grupos con menor base muestral.

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

## Problemas derivados del consumo de drogas y prevalencia de problemas médicos

Se presentan algunos de los problemas que las personas de 15 a 34 años han experimentado alguna vez en su vida debido al consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas.

De manera general, se observa que casi todos los problemas se encuentran más extendidos entre los grupos de personas que han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva con respecto a la población general, registrando en la mayoría de los casos los porcentajes más altos en los consumidores de las drogas con menor prevalencia: cocaína, éxtasis, anfetaminas y alucinógenos.

Tabla 1.1.91.

Problemas sufridos alguna vez en la vida a causa del consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas entre las personas de 15-34 años. Total y según sustancia consumida (%). España, 2017.

	Total (15-34 años)	Alcohol (últimos 30 días)	Binge drinking (últimos 30 d.)	Tabaco (últimos 30 días)	Hipnosedantes (últimos 30 d.)	Cannabis (últimos 30 días)	Cocaína (últimos 12 meses)	Éxtasis (últimos 12 meses)	Anfetaminas (últimos 12 m.)	Alucinógenos (últimos 12 m.)
Peleas o problemas con familiares, amigos, compañeros o vecinos	3,4	4,6	8,9	6,6	14,5	11,3	27,6	22,9	29,7	37,6
Problemas de salud física	1,6	1,8	3,3	2,9	12,6	3,7	13,3	8,8	10,1	11,9
Problemas psicológicos o psiquiátricos	1,2	1,3	2,5	2,5	13,9	4,0	15,9	11,1	10,2	12,9
Accidentes de tráfico	0,7	1,0	1,7	1,5	4,2	2,6	8,1	8,5	1,8	5,3
Problemas laborales	0,4	0,4	0,7	0,7	5,7	1,3	5,5	4,5	4,9	4,8
Problemas económicos	1,0	1,3	2,7	2,3	7,1	4,0	10,8	13,7	6,3	13,7
Problemas con la policía o la ley	1,3	1,7	3,8	3,2	7,2	5,6	21,0	16,1	11,6	20,4
Relaciones sexuales que en otras circunstancias no hubiera mantenido	1,2	1,8	3,7	1,9	4,6	2,9	11,6	7,2	9,0	10,4
Relaciones sexuales sin protección	1,4	1,9	4,2	2,4	4,6	4,1	12,9	6,3	14,7	14,0

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

Los **problemas de índole personal** (peleas o problemas con familiares, amigos, compañeros o vecinos) son los más habituales tanto entre la población general como entre los consumidores de cada una de las diferentes sustancias. El 3,4% de la población de 15 a 34 años ha sufrido este tipo de problemas alguna vez en su vida. Este porcentaje se incrementa según el tipo de sustancia que consumen hasta alcanzar casi un 38% entre los que han consumido alucinógenos en el último año. Cabe destacar también que el 14,5% de los consumidores habituales de hipnosedantes y el 11,3% de los consumidores habituales de cannabis ha sufrido alguna vez en su vida problemas de este tipo.

Entre los que han consumido **cannabis** en los últimos 30 días, el 5,6% refiere haber tenido problemas con la policía o la ley, dato que se ha visto reducido respecto al 9,1% registrado en 2015.

Por otro lado, entre las personas que en los últimos 30 días consumieron **hipnosedantes**, además de las peleas o problemas con familiares o amigos (14,5%), destacan los problemas psicológicos (13,9%) y los problemas relacionados con la salud física (12,6%).

Cuando se considera la población que refiere haber consumido **cocaína** en el último año, además del 27,6% que reconoce haber tenido problemas con familiares/compañeros/amigos, el 21,0% declara haber tenido problemas con la policía o la ley. En porcentaje, le siguen los problemas psicológicos o psiquiátricos (15,9%) y los problemas de salud física (13,3%).

Además de los problemas familiares (22,9%) y los problemas con la ley (16,1%) entre los que han consumido **éxtasis** en último año, destacan los problemas económicos (13,7%).

De igual manera que para el consumo de cocaína, los problemas con la ley también son el segundo problema con más peso (tras los problemas familiares/compañeros/amigos) para aquellos que consumieron **alucinógenos** en los últimos 12 meses (20%).

Finalmente, entre los consumidores de **anfetaminas** en los últimos 12 meses, además de los problemas habituales en los que coinciden con los consumidores del resto de sustancias, cabe destacar el 15% (14,7%) que declara haber tenido relaciones sexuales sin protección debido al consumo de las drogas.

## 1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2018

En 2018, siguiendo con la serie de periodicidad bienal iniciada en 1994, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, con la estrecha colaboración de las Comunidades y Ciudades Autónomas, ha llevado a cabo la décimo-tercera edición de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

El **objetivo general** de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) del año 2018 es conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas 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), a nivel estatal y autonómico, cuando sea posible, con la finalidad de obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas y otras adicciones.

Los **objetivos específicos** de dicha encuesta son:

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

El universo son los estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en España en régimen general. La muestra del año 2018 fue de 38.010 alumnos.

Al cierre de este informe los resultados de ESTUDES 2018 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 2016, pueden consultarse en la página web del Plan Nacional sobre Drogas: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas\\_ESTUDES.htm](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm)



Problemas  
relacionados con  
las drogas

## 2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2017

### 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)<sup>1</sup> notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)<sup>2</sup> los datos de este indicador, lo que permite realizar comparaciones a nivel europeo.

### 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 a este indicador.

La recogida de información sobre alcohol se realiza de manera sistemática, a nivel nacional, desde 2008; en años previos se disponía de información sobre alcohol sólo para algunas Comunidades/Ciudades Autónomas. Para interpretar los datos es preciso tener en cuenta que parte de los tratamientos por abuso o dependencia de alcohol se realizan en dispositivos diferentes de la red asistencial de drogas, por lo que este indicador informa sólo sobre parte de los tratamientos por consumo de alcohol que se llevan a cabo en el territorio nacional.

Se dispone de un protocolo detallado en el que quedan descritas las variables a incluir, las sustancias psicoactivas recogidas y los criterios de inclusión y exclusión. Esta información puede consultarse en la web del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)<sup>3</sup>.

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

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

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

## Resultados

A continuación, se presentan los principales resultados del Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. En primer lugar, se presenta una información general (drogas ilegales) que incluye datos sobre la tendencia en el número de tratamientos a lo largo del tiempo, la proporción de tratamientos por droga en el último año disponible (2017), las principales características sociodemográficas y la vía de administración de drogas predominante.

Seguidamente se presentan los resultados por tipo de droga (drogas legales e ilegales), se aporta información sobre las admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína, cocaína, cannabis, hipnosedantes, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y alcohol.

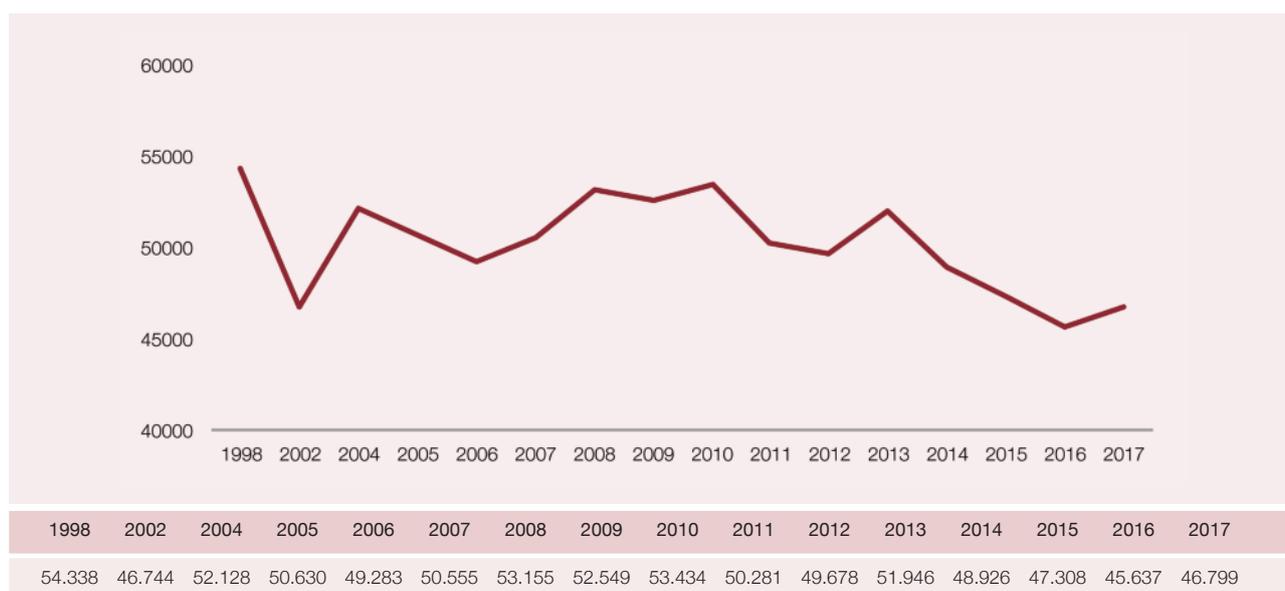
Por último, se presenta información sobre las admisiones a tratamiento según Comunidad/Ciudad Autónoma.

### Resultados generales. Drogas ilegales

En 2017, se registraron en España 46.799 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco) (figura 2.1.1), cifra superior (aumento del 3%) a la obtenida en 2016 (45.637). Asimismo, el número de admitidos a tratamiento por primera vez en la vida (primeras admisiones) también ha aumentado con respecto a 2016.

Figura 2.1.1.

Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales. España, 1998-2017.



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

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 demandas por heroína, en paralelo a un significativo aumento del número de demandas de admisión por cocaína que alcanzó su máximo en 2008. Por su parte, el cannabis entró con fuerza, mostrando un aumento de las admisiones que alcanzó su valor más alto en 2014.

En 2017 la cocaína se mantiene como la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (43,1% del total), seguida del cannabis (27,6%) y los opioides 24,9%.

Si se consideran sólo los datos referentes a las admisiones 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, en

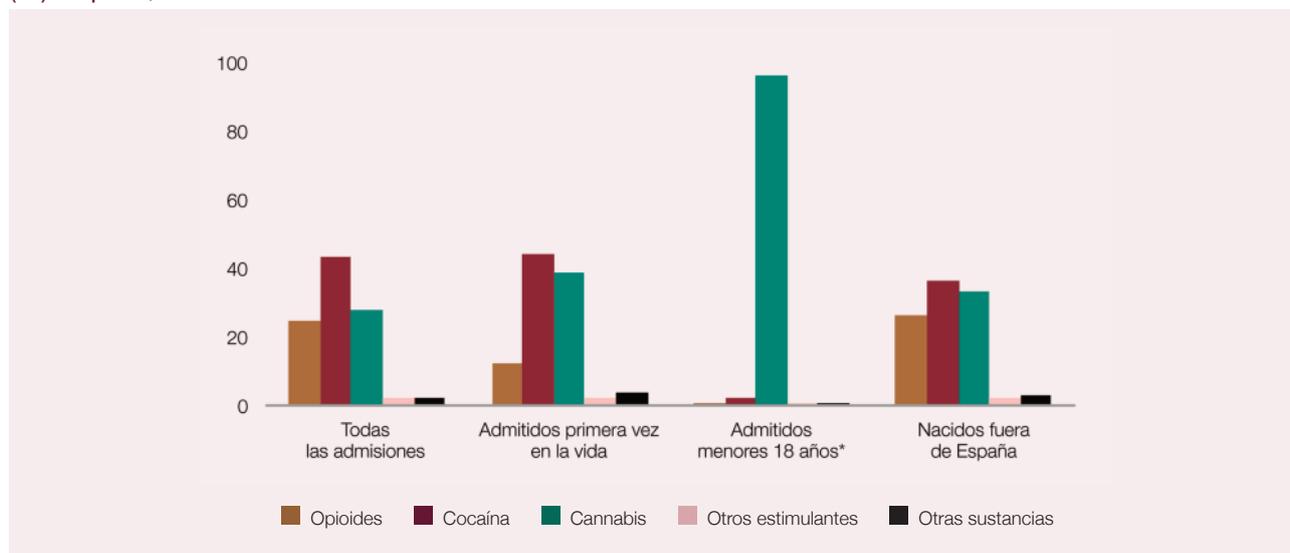
2017, la cocaína supera en número de admisiones al cannabis, situándose como la sustancia ilegal que mayor número de primeras admisiones a tratamiento causó (43,8%), seguida del cannabis (38,4%) y de los opioides (12%).

Como viene ocurriendo en años anteriores, entre los menores de 18 años, el cannabis se consolida como la droga que más admisiones a tratamiento causa entre esta población (96%).

Para los nacidos fuera de España, en 2017 el peso de las tres sustancias más consumidas se iguala y, aunque se mantiene el orden en las demandas de tratamiento, en 2017 las tres sustancias (cocaína, cannabis y opioides) se reparten casi en partes iguales las demandas en este subgrupo de la población. La cocaína es responsable del 36,6% de las demandas de tratamiento, el cannabis del 32,9% y los opioides del 25,9% de las demandas (figura 2.1.2).

**Figura 2.1.2.**

**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, 2017.**



	Todas las admisiones	Admitidos primera vez en la vida	Admitidos menores de 18 años*	Nacidos fuera de España
Opioides	24,9	12,0	0,2	25,9
Cocaína	43,1	43,8	2,5	36,6
Cannabis	27,6	38,4	96,3	32,9
Otros estimulantes	1,9	2,2	0,3	1,8
Otras sustancias	2,5	3,6	0,7	2,8
Número de admisiones	46.799	23.738	2.405	4.900

\* 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.

En 2017, más de la mitad (52,6%) de los admitidos a tratamiento por drogas psicoactivas en España recibieron tratamiento (por esa sustancia en concreto), por primera vez en su vida. Siguiendo las tendencias que venían observándose, en 2017 la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (83,6%).

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 35,6 años para el conjunto de las admisiones, manteniéndose la tendencia ascendente que se viene observando en los últimos años. La edad media para las primeras admisiones fue de 32,7 años. El 10,6% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, no encontrando diferencias en función del sexo (tabla 2.1.1).

Tabla. 2.1.1.

Características sociodemográficas y del consumo del total de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas ilegales y según hayan tenido tratamiento previo y según sexo (%). España, 2017.

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Total	46.799	21.353	23.738	39.065	7.688
Tratamiento previo					
Sí	47,4	100	0,0	48,6	41,2
No	52,6	0,0	100	51,4	58,8
Edad	35,6	38,8	32,7	35,6	35,7
Sexo					
Hombre	83,6	85,8	81,7	100	0,0
Mujer	16,4	14,2	18,3	0,0	100
Máximo nivel de estudios*					
Sin estudios	0,9	0,9	1,0	0,9	1,0
Primaria	55,5	57,3	54,2	56,6	49,7
Secundaria	38,8	37,5	39,7	38,0	42,7
Ha finalizado estudios superiores	4,8	4,2	5,2	4,4	6,6
Situación laboral					
Trabajo	32,8	30,7	34,3	34,3	25,0
Parado no trabajado antes	6,4	5,9	7,0	6,1	8,0
Parado habiendo trabajado antes	39,5	44,2	35,7	39,1	41,4
Otras	21,3	19,2	23,0	20,5	25,6
Fuente de referencia principal					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	6,3	11,3	1,9	6,1	7,3
Médico general, Atención Primaria de Salud	11,4	7,4	15,2	11,2	12,6
Hospitales u otros servicios de salud	7,7	5,7	9,4	6,8	12,3
Servicios Sociales	3,3	2,2	4,3	2,5	7,5
Prisión, centro de reforma o internamiento para menores	6,4	9,1	4,1	7,1	2,9
Servicios legales o policiales	6,1	5,1	7,2	6,6	3,7
Empresas o empleador	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Familiares y amigos	12,4	7,7	16,9	12,7	10,9
Iniciativa propia	43,4	49,2	37,4	44,2	39,2
Servicios de educación	0,6	0,2	0,8	0,5	0,9
Otra	2,4	2,0	2,7	2,3	2,7
Convivencia					
Solo/a	14,2	16,4	12,2	14,4	13,0
Únicamente con pareja	11,2	11,5	10,7	10,3	16,0
Únicamente con hijos/as	3,3	3,3	3,4	2,3	8,9
Con la pareja e hijos/as	17,1	16,3	18,1	17,4	15,7
Con padres o familia de origen	38,2	33,3	42,7	39,3	32,9
Con amigos/as	3,0	3,4	2,5	2,8	3,8
Detenido (ej. centro penitenciario, centro inserción social)	7,2	9,3	5,6	8,1	3,0
En instituciones no detenido (ej. albergue)	2,1	2,6	1,7	2,0	2,5
Otros	3,5	4,1	3,1	3,4	4,2

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Alojamiento principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	86,2	81,9	90,0	85,5	89,7
Prisión, centro de reforma o internamiento para menores	6,9	9,1	5,1	7,9	2,3
Otras instituciones	2,5	3,1	2,0	2,4	2,8
Pensiones, hoteles, hostales	0,4	0,6	0,3	0,4	0,4
Alojamiento inestable/precario	3,3	4,3	2,2	3,1	4,1
Otros lugares	0,7	0,9	0,5	0,7	0,7
Español o extranjero					
Español	89,4	91,0	88,0	89,4	89,2
Extranjero	10,6	9,0	12,0	10,6	10,8
Droga principal por la que es admitido a tratamiento (%)					
Opioides	24,9	39,4	12,0	25,1	23,5
Heroína	22,2	36,4	9,5	22,8	19,1
Metadona	0,9	1,1	0,8	0,9	1,2
Otros opioides	1,7	1,8	1,6	1,4	3,2
Cocaína	43,1	42,3	43,8	44,4	36,3
CLH Cocaína	37,5	36,1	38,9	38,8	31,3
Cocaína base	5,6	6,1	4,8	5,7	5,0
Cocaína Otras	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Estimulantes sin cocaína	1,9	1,4	2,2	1,8	2,2
Anfetaminas	1,3	1,1	1,5	1,2	1,6
Metanfetaminas	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2
MDMA y derivados	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1
Otros estimulantes	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Hipnosedantes	2,2	1,3	3,0	1,4	6,3
Alucinógenos	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Cannabis	27,6	15,5	38,4	26,9	31,1
Alcohol	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otras sustancias	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	19,8	19,6	19,9	19,4	21,8
Frecuencia de consumo de la droga principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	46,0	41,8	49,7	45,1	50,4
4-6 días/semana	8,7	7,5	9,7	9,0	7,3
2-3 días/semana	14,1	12,4	15,7	14,6	12,0
1 día/semana	5,5	5,1	6,0	5,6	5,2
Menos de 1 día/semana	6,9	7,4	6,5	7,0	6,6
No consumió	18,7	25,8	12,5	18,8	18,5
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)					
Oral	5,7	4,5	6,8	4,5	11,4
Pulmonar	51,1	50,4	51,9	50,9	52,4
Intranasal	38,1	36,9	39,2	39,3	32,1
Parenteral	4,4	7,6	1,3	4,6	3,1
Otras	0,7	0,7	0,8	0,7	0,9

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	14,6	24,6	5,4	15,0	12,5
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	6,6	11,1	2,2	6,9	5,1
Prevalencia VIH mínima	4,1	6,5	1,8	3,9	4,6
Prevalencia VIH máxima	9,8	11,9	6,1	9,7	10,5
Prevalencia Hepatitis C mínima	7,5	13,4	2,3	7,5	7,2
Prevalencia Hepatitis C máxima	18,7	25,1	7,8	19,0	17,2
Prevalencia Hepatitis B mínima	0,7	1,0	0,3	0,7	0,5
Prevalencia Hepatitis B máxima	2,8	3,6	1,9	3,0	2,1

\* El porcentaje puede no sumar 100% o el sumatorio puede no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables.

Prevalencia mínima: Positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocido)

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

Nota: Debido al redondeo algunos totales no suman

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

En cuanto a la residencia habitual de los admitidos, en España, la gran mayoría (86,2%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales vive en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos). En 2017, la proporción de personas admitidas a tratamiento que vivía en instituciones era del 9,4% (prisiones, centros de internamiento para menores y otras) y el 3,3% tenía un alojamiento precario o inestable. El modelo más frecuente de convivencia es la familia de origen (con sus padres) o la familia propia (con cónyuge y/o hijos).

Con respecto al servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento, más de la mitad (55,8%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron estimulados 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 drogo-dependencias) derivó a tratamiento aproximadamente un tercio de los admitidos (25,4%).

La principal vía de administración varía en función de la sustancia analizada, pero en todos los casos se mantiene estable la tendencia que se viene observando en los últimos años. En 2017, entre todos los admitidos a tratamiento, la vía predominante es la pulmonar (51,1%), seguida de la esnifada (38,1%); la vía inyectada es minoritaria (4,4%) y se concentra entre los admitidos a tratamiento por opioides (15,8%).

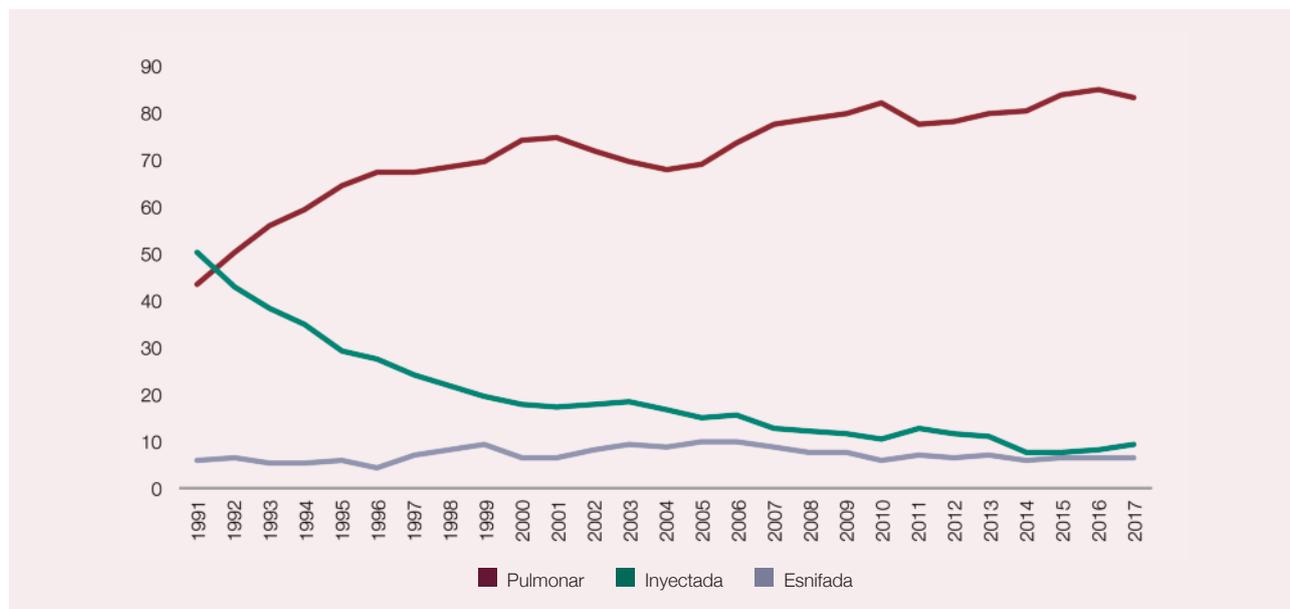
Entre los admitidos por primera vez a tratamiento por consumo de heroína, en 2017, la vía de administración predominante es la pulmonar (83%), seguida de la inyectada (9,3%) y la esnifada (6,5%). El porcentaje de utilización de la vía inyectada ha aumentado respecto al 2016, rompiendo la tendencia mantenida desde 2014 (situada en el 7%), aunque estos datos deben ser valorados con cautela debido a la existencia de casos sin información para algunas de las variables implicadas en el cálculo de esta cifra (figura 2.1.3).

Entre el total de admitidos a tratamiento por cocaína polvo por primera vez, la vía de administración predominante es la esnifada (92,9%), seguida de la pulmonar (2,6%) y de la oral (2,6%). La vía inyectada se mantiene estable alrededor del 1% del total de admitidos por esta sustancia (figura 2.1.4).

En cuanto a los inyectores admitidos a tratamiento, por cualquiera de las sustancias consideradas, la figura 2.1.5 refleja, de manera clara, cómo el número de inyectores ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años noventa, alcanzando la cifra más baja de la serie histórica en 2015 para la inyección alguna vez en la vida (5.904 inyectores) y similar a la observada en 2017 (5.946 inyectores). En la misma línea, el número de admitidos a tratamiento que refieren haberse inyectado en los últimos 12 meses se ha estabilizado en los últimos años, manteniéndose desde el 2012 en valores cercanos a 2.500 inyectores (2.691 en 2017). No obstante, las pequeñas variaciones interanuales en el número de inyectores han de ser valoradas con cautela debido a la existencia de casos sin información en esta variable, pero manteniendo una actitud vigilante que permita identificar un posible cambio de tendencia en un área de tanta relevancia como es ésta.

Figura 2.1.3.

Porcentaje de admisiones a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de heroína, según la vía principal de administración de esta droga. España, 1991-2017.



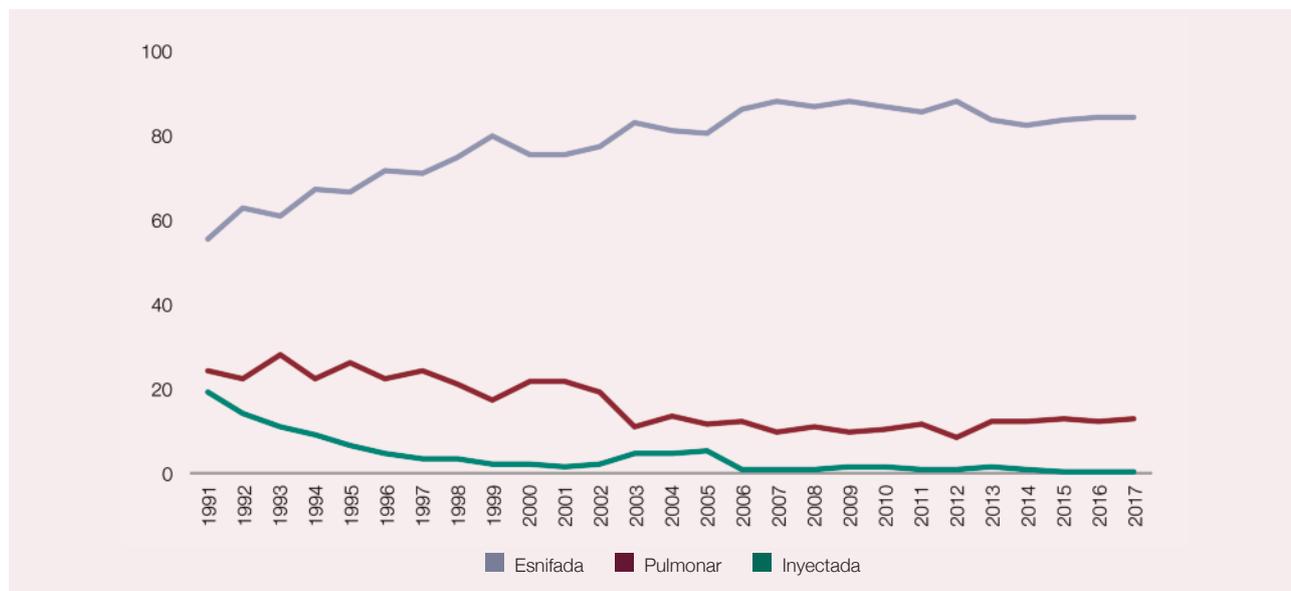
	Pulmonar	Inyectada	Esnifada
1991	43,4	50,3	5,8
1992	50,0	42,9	6,4
1993	56,1	38,1	5,3
1994	59,2	35,0	5,3
1995	64,5	29,1	5,9
1996	67,0	27,5	4,3
1997	67,2	23,8	7,0
1998	68,3	21,8	7,9
1999	69,3	19,4	9,5
2000	74,1	17,7	6,7
2001	74,9	17,5	6,5
2002	71,8	18,1	8,1
2003	69,3	18,5	9,5
2004	68,0	16,4	9,0
2005	69,0	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

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

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

Figura 2.1.4.

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, 1991-2017.



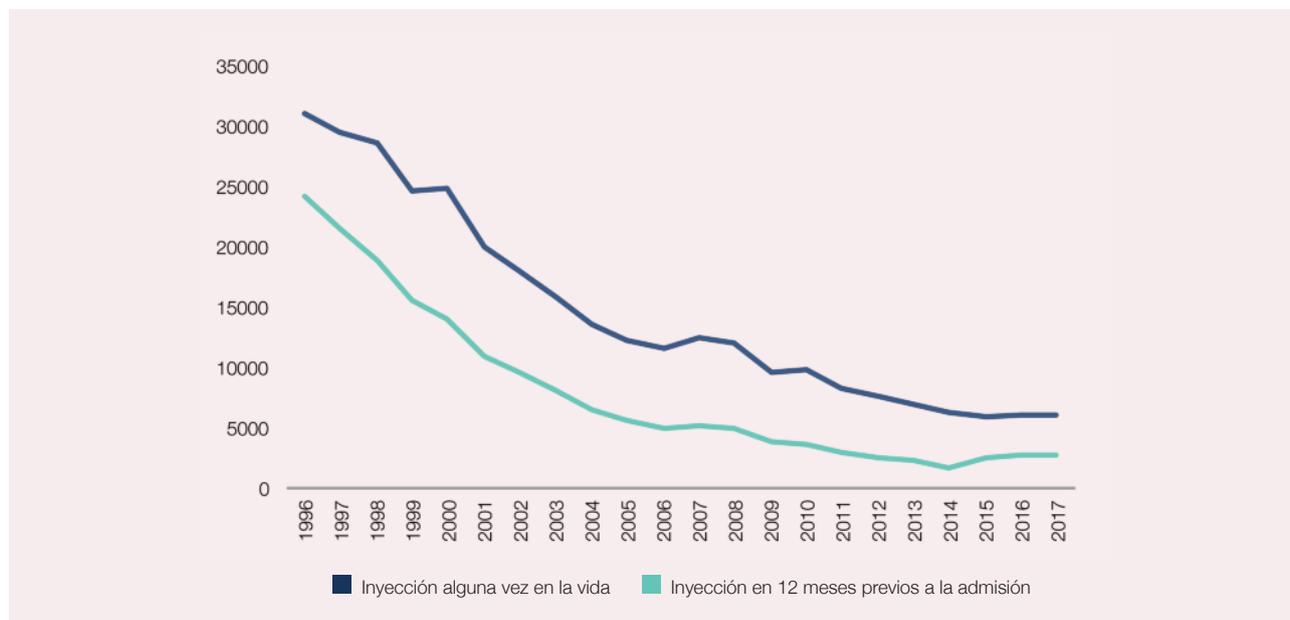
	Esnifada	Pulmonar	Inyectada
1991	55,4	24,4	19,2
1992	62,7	22,5	13,9
1993	60,8	27,7	10,7
1994	67,4	22,5	9,2
1995	66,5	25,8	6,7
1996	71,7	22,6	4,5
1997	71,0	24,2	3,3
1998	74,8	20,8	3,3
1999	79,5	17,4	2,1
2000	75,2	21,7	1,9
2001	75,2	21,9	1,6
2002	77,0	19,2	2,1
2003	83,0	11,2	4,4
2004	80,9	13,3	4,8
2005	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

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

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

Figura 2.1.5.

Número\* de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total admitidos a tratamiento). España, 1996-2017.



	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

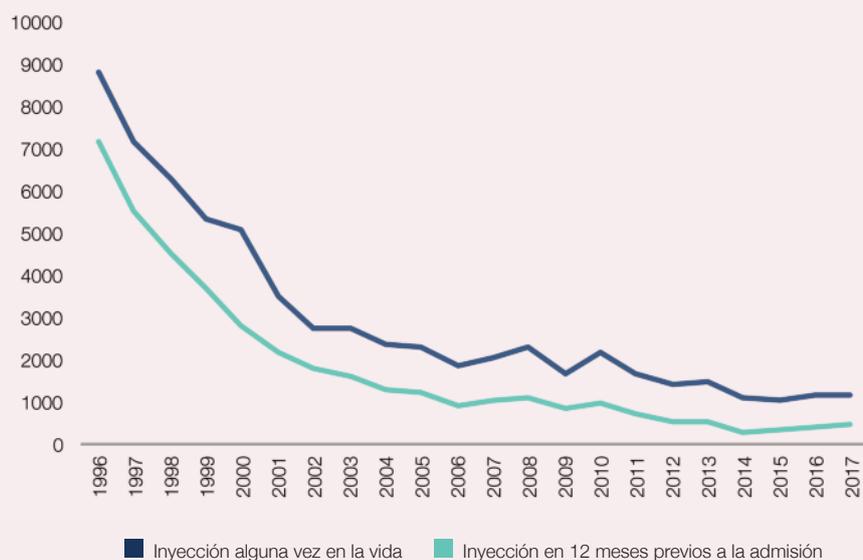
\* Para los datos de este gráfico se utiliza una estimación basada en los porcentajes válidos.

\*\* En 2014 varias CCAA no aportaron datos de inyección debido a la modificación del protocolo del indicador.

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

Figura 2.1.6.

Número\* de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (admitidos a tratamiento por primera vez). España, 1996-2017.



	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**	1.065	261
2015	1.038	367
2016	1.141	416
2017	1.150	471

\* Para los datos de este gráfico se utiliza una estimación basada en los porcentajes válidos.

\*\* En 2014 varias CCAA no aportaron datos de inyección debido a la modificación del protocolo del indicador.

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

## Resultados por tipo de droga

El número total de admisiones por drogas legales e ilegales (excepto tabaco) en 2017 es de 72.552, situándose el alcohol (35,5%) en primer lugar, seguido de la cocaína (27,8%), el cannabis (17,8%) y los opioides (16%) (tabla 2.1.2).

**Tabla 2.1.2.**

**Número y porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal. España, 2017.**

Droga principal por la que es admitido a tratamiento	Número de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones
Cocaína	20.168	27,8
Cocaína polvo	17.566	24,2
Cocaína base	2.600	3,6
Opioides	11.632	16,0
Heroína	10.384	14,3
Metadona (mal uso)	441	0,6
Otros opioides	807	1,1
Cannabis	12.932	17,8
Hipnosedantes	1.032	1,4
Estimulantes	867	1,2
Anfetaminas	689	0,9
Éxtasis y derivados	68	0,1
Otros estimulantes	110	0,2
Alucinógenos	73	0,1
Inhalantes volátiles	22	0,0
Otras drogas ilegales	73	0,1
Alcohol	25.753	35,5
<b>Total drogas ilegales</b>	<b>46.799</b>	<b>-</b>
<b>Total drogas ilegales y alcohol</b>	<b>72.552</b>	<b>-</b>

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

Conviene destacar que entre los admitidos a tratamiento está firmemente establecido el patrón de policonsumo de drogas. La mitad de los admitidos en 2017 había consumido otras drogas distintas de la que ha motivado el tratamiento (drogas secundarias) durante los 30 días previos a la admisión: el 32,5% refirió consumir, además de la droga principal por la que fue admitido a tratamiento, una sola droga; el 13,4% consumió dos drogas; el 3,6% admitió consumir tres drogas y el 0,7% 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 49,8% había consumido únicamente la droga por la que fue admitido a tratamiento.

El indicador de admisiones a tratamiento permite conocer algunas características de los admitidos a tratamiento según el tipo de droga (tabla 2.1.3).

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 hipnosedantes (43,5 años) que los admitidos por cannabis (27 años).

Tabla 2.1.3.

Características de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según la droga principal que motiva el tratamiento. España, 2017.

	Alcohol	CLH Cocaína	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes*	Otros opioides	Metadona	Alucinógenos	Sust. volátiles
Nº de casos	25.753	17.566	12.932	10.384	2.600	1.032	867	807	441	73	22
Tratamiento previo											
Sí	46,9	45,5	26,6	77,5	53,3	27,2	36,1	50,1	54,2	31,3	20,0
No	53,1	54,5	73,4	22,5	46,7	72,8	63,9	49,9	45,8	68,7	80,0
Sexo											
Hombre	77,3	86,3	81,5	85,8	85,2	52,7	80,7	69,7	79,1	84,7	72,7
Mujer	22,7	13,7	18,5	14,2	14,8	47,3	19,3	30,3	20,9	15,3	27,3
Edad	46,8	36,4	27,0	42,6	38,0	43,5	35,0	45,3	44,4	32,0	30,2
Máximo nivel de estudios											
Sin estudios	1,0	0,7	0,7	1,6	1,2	1,3	0,1	0,5	2,2	0,0	0,0
Primaria	48,0	50,0	55,7	65,1	61,5	51,2	40,4	51,2	64,3	29,6	85,0
Secundaria	41,5	43,5	39,6	30,2	34,1	37,0	48,2	40,5	30,6	62,0	15,0
Finalizado estudios superiores	9,5	5,9	4,0	3,0	3,2	10,5	11,3	7,7	2,9	8,5	0,0
Situación laboral											
Trabajo	40,0	48,3	24,0	19,9	27,9	24,4	39,1	22,3	19,7	47,0	15,0
Parado no trabajado antes	2,7	3,6	9,8	7,2	5,8	6,8	5,2	4,4	9,5	10,6	10,0
Parado habiendo											
trabajado antes	35,9	38,0	30,4	50,5	50,0	40,8	40,3	39,3	50,0	31,8	35,0
Otras	21,4	10,1	35,8	22,4	16,4	28,0	15,4	34,0	20,9	10,6	40,0
Español o extranjero											
Español	87,3	91,2	87,3	88,9	89,7	92,7	85,7	87,4	89,3	90,3	38,1
Extranjero	12,7	8,8	12,7	11,1	10,3	7,3	14,3	12,6	10,7	9,7	61,9
Fuente de referencia principal											
Otros servicios tto. drogodep.	3,3	4,5	2,1	14,2	5,8	3,4	4,3	13,9	22,2	7,0	4,5
Médico general, At. Primaria	25,9	13,3	13,0	4,6	9,5	23,3	15,8	20,3	3,4	15,5	4,5
Hospitales/otros serv. salud	14,3	6,8	10,9	3,0	4,8	22,9	15,0	17,2	6,0	9,9	31,8
Servicios Sociales	5,2	2,4	6,4	1,5	2,5	3,0	3,1	1,4	0,9	1,4	13,6
Prisión, centro de reforma o internamiento para menores	1,7	3,8	5,1	12,2	8,0	5,5	5,3	4,3	11,7	0,0	9,1
Servicios legales o policiales	2,1	4,8	11,2	2,3	7,9	2,3	7,2	2,2	0,7	5,6	9,1
Empresas o empleador	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Familiares y amigos	11,4	14,2	16,3	5,9	11,3	8,4	13,0	3,9	3,2	12,7	0,0
Iniciativa propia	33,2	48,3	29,6	54,2	47,5	28,7	33,7	34,9	49,5	43,7	27,3
Servicios de educación	0,1	0,2	1,6	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0
Otra	2,4	1,7	3,8	1,8	2,6	2,3	2,2	1,6	2,1	4,2	0,0

	Alcohol	CLH Cocaína	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes*	Otros opioides	Metadona	Alucinógenos	Sust. volátiles
Numero de hijos	1,3	1,0	0,4	1,0	1,1	1,2	0,5	1,2	1,1	0,2	0,7
Convivencia											
Solo/a	21,1	13,4	9,8	19,2	16,2	17,0	19,6	17,9	20,5	19,4	22,7
Únicamente con pareja	15,5	12,9	7,2	12,4	12,0	15,9	11,1	17,2	13,5	13,9	9,1
Únicamente con hijos/as	5,5	3,9	2,9	2,4	2,5	8,7	3,9	5,3	3,3	5,6	0,0
Con la pareja e hijos/as	24,1	24,4	10,5	13,4	15,5	21,5	11,8	22,3	14,0	4,2	4,5
Con padres o familia origen	22,8	34,1	55,7	27,7	33,0	24,9	33,6	22,5	29,8	37,5	27,3
Con amigos/as	2,7	2,0	2,6	4,6	2,8	2,7	6,7	3,7	3,0	12,5	4,5
Detenido (ej. centro penitenciario o inserción social)	2,9	5,7	4,2	13,0	11,9	5,8	7,1	4,5	8,4	2,8	9,1
En instituciones no detenido (ej. albergue)	2,6	1,0	3,1	3,0	1,6	0,6	3,1	3,0	2,6	0,0	18,2
Otros	2,8	2,6	4,0	4,2	4,5	3,0	3,2	3,6	5,1	4,2	4,5
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)											
Casas, pisos, apartamentos	91,0	91,5	89,7	74,3	78,9	89,8	85,5	86,7	80,1	87,5	68,2
Prisiones, centros internamiento cerrado de menores	1,9	5,1	4,1	13,0	11,7	4,9	5,4	5,4	8,1	2,8	4,5
Otras instituciones	2,6	1,3	3,5	3,3	2,3	1,5	3,4	3,8	3,2	0,0	9,1
Pensiones, hoteles, hostales	0,6	0,3	0,3	0,7	0,4	0,7	0,5	0,5	1,6	1,4	0,0
Aloj. inestables/precarios	2,8	1,5	1,7	7,5	5,3	2,5	4,9	3,3	5,1	6,9	13,6
Otros lugares	1,2	0,4	0,6	1,2	1,3	0,7	0,3	0,3	1,9	1,4	4,5
Otras sustancias psicoactivas consumidas en los últimos 30 días (%)											
Opioides	4,5	3,1	2,3	10,0	22,2	8,9	1,7	10,9	17,7	4,2	0,0
Cocaína	64,0	,4	39,7	45,0	3,6	33,1	29,6	41,3	24,8	47,9	50,0
Estimulantes	4,0	5,5	9,7	1,6	3,3	5,8	7,3	2,5	,9	18,8	12,5
Hipnosedantes	8,0	4,9	5,1	15,4	13,5	0,0	7,1	16,9	14,2	6,3	12,5
Alucinógenos	0,5	1,1	1,7	0,5	0,8	0,3	4,4	0,9	0,4	0,0	0,0
Sustancias volátiles	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,0	0,4	0,6	0,0	0,0	0,0
Cannabis	49,5	49,0	0,0	52,6	60,3	52,5	52,9	43,4	53,1	54,2	75,0
Alcohol	0,0	72,8	72,0	35,6	50,3	57,4	48,3	38,1	44,7	33,3	62,5
Otras sust. psicoactivas	0,5	0,3	0,7	0,4	0,6	1,2	1,3	2,5	0,0	2,1	0,0
Edad de inicio droga principal	18,3	20,6	15,5	21,5	20,9	29,4	22,4	29,9	27,8	20,9	19,7
Frecuencia de consumo de la droga principal											
Todos los días	58,9	23,3	67,9	53,2	38,9	86,0	27,8	69,1	84,3	30,3	55,0
4-6 días a la semana	6,5	13,1	5,5	5,4	12,3	2,1	11,9	2,4	1,4	10,6	10,0
2-3 días a la semana	11,1	23,9	8,0	5,9	17,7	2,8	21,5	3,7	1,2	19,7	10,0
1 día a la semana	4,0	10,1	2,2	2,3	6,1	0,8	9,0	2,1	0,7	6,1	5,0
Menos de 1 día a la semana	4,8	11,8	3,8	3,6	6,3	1,3	11,0	2,2	0,9	15,2	15,0
No consumió	14,7	17,8	12,6	29,5	18,8	7,1	18,7	20,5	11,5	18,2	5,0

	Alcohol	CLH Cocaína	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes*	Otros opioides	Metadona	Alucinógenos	Sust. volátiles
Via de administración droga principal											
Oral	99,5	2,6	1,3	0,7	0,0	98,6	22,2	39,8	85,8	26,8	4,5
Pulmonar o fumada	0,3	2,6	98,1	75,8	94,7	1,1	10,8	32,9	10,3	9,9	36,4
Intranasal o esnifada	0,2	92,9	0,5	6,3	5,0	0,0	62,8	7,6	0,9	59,2	54,5
Inyectada o parenteral	0,0	1,0	0,0	16,5	0,1	0,2	3,8	13,1	3,0	4,2	0,0
Otras	0,1	0,8	0,2	0,7	0,2	0,1	0,3	6,5	0,0	0,0	4,5
Se inyectó drogas											
Alguna vez en la vida (%)	3,4	3,8	2,3	46,1	12,6	7,4	9,9	35,3	45,5	13,2	0,0
En los últimos 12 meses (%)	0,6	1,9	0,4	22,3	3,4	1,5	6,2	17,1	9,9	7,5	0,0
En los últimos 30 días (%)	0,5	1,7	0,3	20,3	2,1	0,9	5,8	15,7	6,1	7,5	0,0
Prevalencia VIH máxima	3,2	3,8	4,3	19,1	7,4	8,2	15,6	19,2	20,4	16,7	0,0
Prevalencia Hepatitis C máxima	8,3	5,2	6,2	41,6	13,2	13,9	11,6	32,1	37,9	12,5	0,0
Prevalencia Hepatitis B máxima	2,6	1,6	1,7	5,0	2,3	1,1	2,5	9,6	8,3	0,0	0,0
Prevalencia VIH mínima	1,1	1,5	1,2	11,2	3,7	3,4	7,2	9,3	10,4	6,8	0,0
Prevalencia Hepatitis C mínima	2,9	2,0	1,7	23,7	6,3	5,6	4,7	15,6	18,4	4,1	0,0
Prevalencia Hepatitis B mínima	0,5	0,4	,3	1,4	0,7	,3	0,7	2,7	2,0	0,0	0,0

\* Estimulantes sin cocaína.

Notas:

- Prevalencia mínima: positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocidos).
- Prevalencia máxima: positivos entre los casos con información (incluye positivos y negativos); en Hepatitis B, portador crónico entre portador crónico más inmune, más no inmune.
- El porcentaje puede no sumar 100% debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables.

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

El máximo nivel de estudios alcanzado de 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 2017, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína (66,7%) había finalizado como máximo estudios primarios, mientras que el 47,8% de los admitidos a tratamiento por cocaína y cerca del 43,6% de los admitidos por cannabis tenían como mínimo estudios secundarios completos.

Como ocurría en años anteriores, estas diferencias también se encuentran en la situación laboral; la proporción de empleados entre los tratados por cocaína polvo (48,3 %) fue mucho más alta que la proporción de empleados entre los tratados por heroína (19,9%) y, aun tratándose de una población bastante más joven, la proporción de empleados entre los tratados por cannabis (24%) superó a la proporción de empleados entre los tratados por heroína.

También se observan diferencias importantes en los modelos de convivencia y tipo de alojamiento según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2017, tener un alojamiento precario o inestable fue más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína (7,5%) o por cocaína base (5,3%) que entre los admitidos por cannabis (1,7%) o cocaína polvo (1,5%).

En 2017, 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. Según la sustancia por la que fueron admitidos, la proporción de primeras admisiones fue menor entre los admitidos por heroína (22,5%) que entre los admitidos por alcohol (53,1%), cocaína (53,5%), hipnosedantes (72,8%) o cannabis (73,4%).

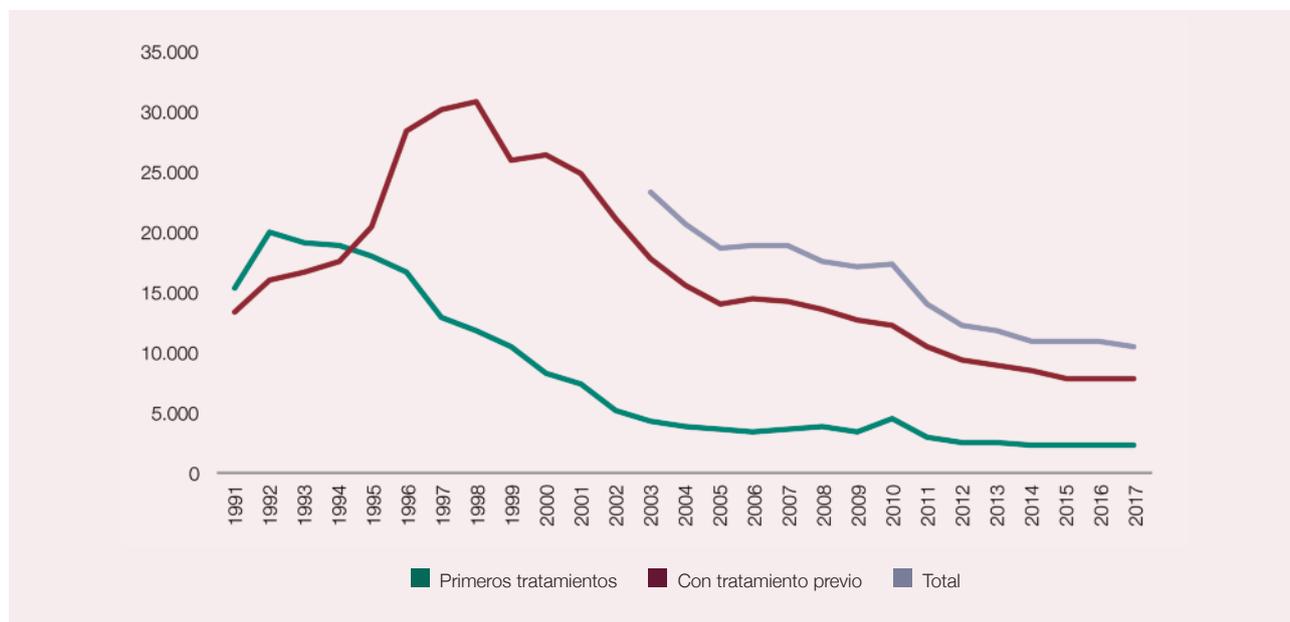
## Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína

El número de admitidos a tratamiento por consumo de heroína fue de 10.384 en 2017, confirmándose la tendencia descendente iniciada en 2010. Esta tendencia se justifica tanto por la disminución del número de personas admitidas a tratamiento que ya habían sido tratadas anteriormente por esta sustancia (7.775 personas), como por los admitidos por primera vez (2.259 personas) (figura 2.1.7).

El perfil de los admitidos a tratamiento por heroína se mantiene como en años previos: un varón de 42 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 13% ha vivido los 30 días previos en la prisión u otro centro de internamiento. Suelen presentar un consumo diario de la sustancia y ser consumidores de otras, principalmente cannabis, cocaína y alcohol.

Figura 2.1.7.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína. España, 1991-2017.



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

\* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

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

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

## Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína

Las admisiones por cocaína 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. En 2017 se han registrado 20.168 admisiones a tratamiento por cocaína, de las cuales 17.566 eran por cocaína polvo y 2.600 por cocaína base. 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 se 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).

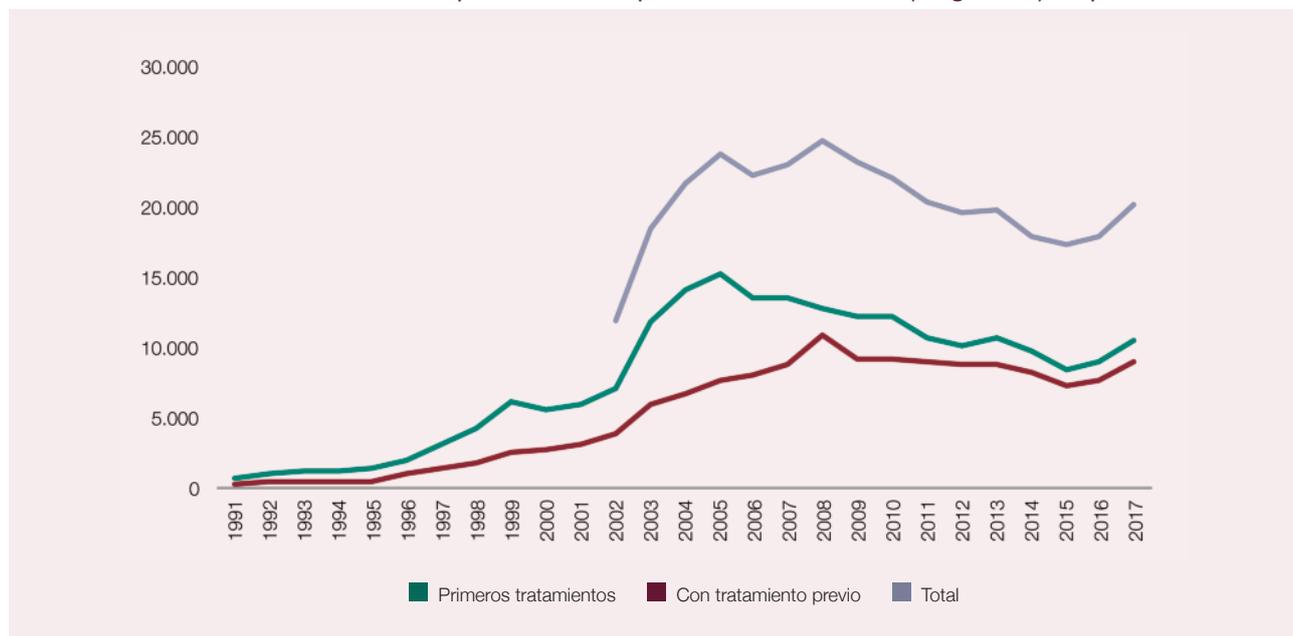
Desde 2005 hasta 2012, el número de primeras admisiones a tratamiento por esta droga ha experimentado un descenso, pasando de 15.258 en 2005 a valores cercanos a los 9.000. En 2017 se ha registrado un repunte (10.393), volviendo a datos similares a los del 2013, que posiciona a la cocaína como la sustancia responsable de mayor número de primeras admisiones a tratamiento (figura 2.1.8), superando al cannabis que desde 2012 era la sustancia responsable de mayor número de primeras admisiones a tratamiento. Por otro lado, sigue registrándose un mayor número de primeras admisiones que de personas con tratamiento previo por cocaína.

Dentro de la cocaína, la cocaína polvo supone el 87% del total de las admisiones por cocaína y el 13% son admitidos por cocaína base. Los perfiles de los admitidos por estas dos sustancias son diferentes.

El perfil del admitido a tratamiento por cocaína polvo es el de un varón de 36,4 años que nunca 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 no diario de la sustancia y ser consumidores de otras sustancias, principalmente alcohol y cannabis.

Figura 2.1.8.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína (en general). España, 1991-2017.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1991	681	262	-	2005	15.258	7.562	23.746
1992	932	367	-	2006	13.463	8.036	22.242
1993	1.146	431	-	2007	13.429	8.753	23.037
1994	1.265	491	-	2008	12.847	10.786	24.680
1995	1.415	516	-	2009	12.142	9.107	23.132
1996	1.892	932	-	2010	12.130	9.095	22.087
1997	3.129	1.402	-	2011	10.637	8.889	20.335
1998	4.174	1.838	-	2012	10.142	8.855	19.497
1999	6.126	2.576	-	2013	10.734	8.726	19.848
2000	5.499	2.773	-	2014*	9.683	8.182	17.864
2001	5.977	3.046	-	2015	8.445	7.248	17.327
2002	7.125	3.893	11.904	2016	9.052	7.678	17.889
2003	11.851	5.893	18.359	2017	10.393	9.025	20.168
2004	14.126	6.747	21.646				

\* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

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

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

El perfil del admitido a tratamiento por cocaína base es el de un varón, un poco más mayor (38 años), que ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria/secundaria, parado con trabajo previo y que acude principalmente por iniciativa propia. Suelen presentar un consumo diario de la sustancia y ser consumidores de otras sustancias, principalmente alcohol, cannabis y opioides.

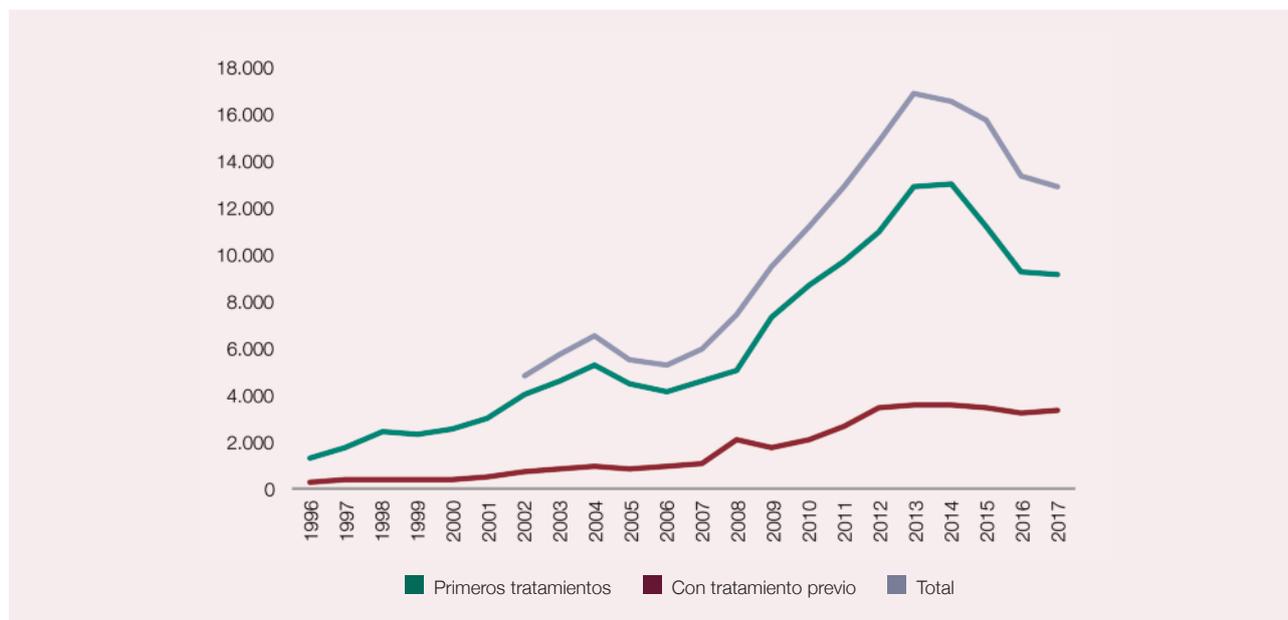
## Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis

El número total de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en el año 2017 fue de 12.932, cifra ligeramente inferior a las registradas en los años anteriores. Evolutivamente el número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis mostró una tendencia claramente ascendente hasta 2013, iniciando en 2014 una tendencia descendente que se confirma en 2017.

La reciente tendencia descendente del número de admitidos a tratamiento por cannabis se debe principalmente a la disminución del número de personas que han acudido a recibir tratamiento por primera vez, manteniéndose relativamente estable el número de personas que acuden habiendo recibido tratamiento por esta sustancia previamente (figura 2.1.9).

Figura 2.1.9.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1996-2017.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1996	1.300	230	-	2007	4.619	1.114	5.936
1997	1.768	387	-	2008	5.058	2.055	7.419
1998	2.412	407	-	2009	7.273	1.705	9.503
1999	2.335	418	-	2010	8.639	2.101	11.192
2000	2.487	408	-	2011	9.736	2.603	12.873
2001	2.966	540	-	2012	10.982	3.402	14.869
2002	3.972	665	4.772	2013	12.912	3.585	16.914
2003	4.613	871	5.711	2014*	12.968	3.510	16.478
2004	5.319	928	6.500	2015	11.185	3.448	15.676
2005	4.426	844	5.524	2016	9.278	3.208	13.304
2006	4.125	941	5.304	2017	9.122	3.314	12.932

\* 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.

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 96,3% de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas ilegales en 2017 en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis.

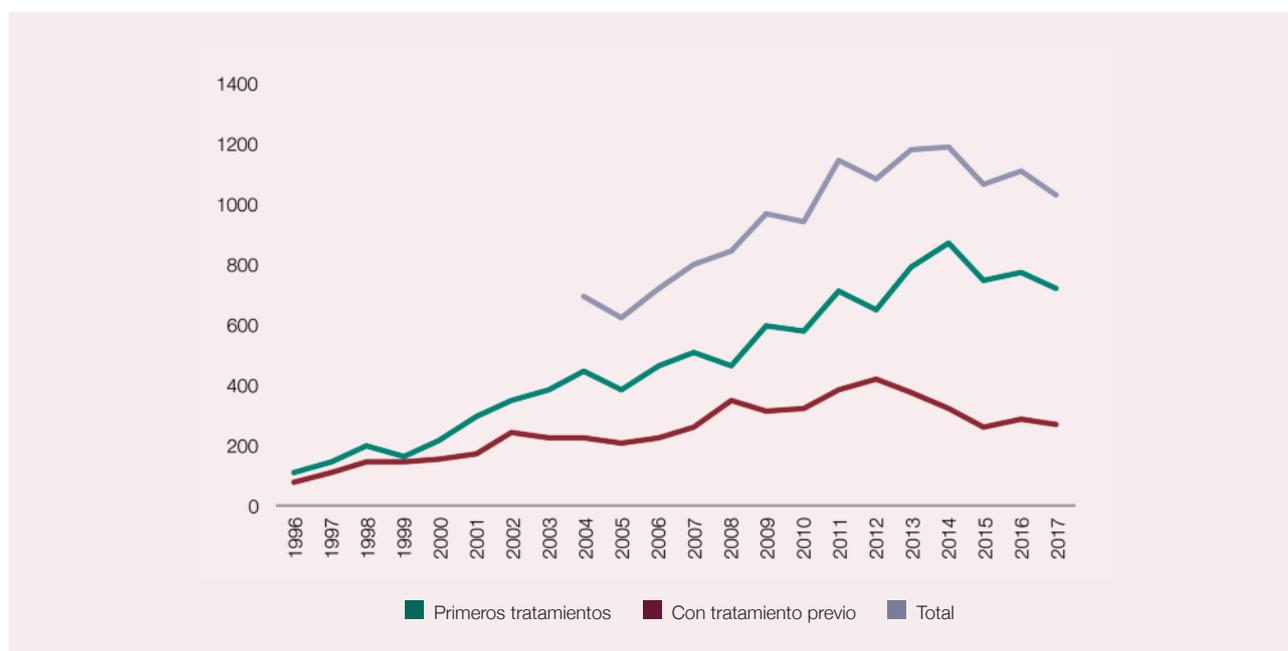
El perfil de los admitidos a tratamiento por cannabis es el de un varón de 27 años que acude por primera vez a tratamiento por esa sustancia. Acude por iniciativa propia (29,6%) o por presión familiar (16,3%), vive con familia de origen, suele presentar un consumo diario de la sustancia y ser consumidor de otras, principalmente alcohol (71,5%).

### Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes

En 2017, el número de admisiones a tratamiento por consumo de hipnosedantes (tranquilizantes, sedantes o somníferos) fue 1.032, confirmando la tendencia descendente iniciada en 2015, después de alcanzar el número máximo de admisiones a tratamiento en 2014 (figura 2.1.10).

Figura 2.1.10.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes. España, 1996-2017.



Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		
1996	109	77	-	2007	503	261	795
1997	144	111	-	2008	463	352	845
1998	197	143	-	2009	598	312	963
1999	165	147	-	2010	580	323	944
2000	214	154	-	2011	709	386	1.143
2001	299	170	-	2012	648	421	1.083
2002	350	242	-	2013	787	374	1.175
2003	382	225	-	2014*	871	321	1.192
2004	441	224	693	2015	742	256	1.068
2005	383	209	618	2016	772	282	1.105
2006	466	223	717	2017	721	269	1.032

\* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

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

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

El porcentaje de mujeres entre los admitidos a tratamiento por hipnosedantes es mucho más elevado que para el resto de admitidos por otras sustancias, superando el 47% del total de admisiones por hipnosedantes, siendo en 2017 el valor más elevado de la serie histórica.

Teniendo en cuenta el peso de las mujeres entre los admitidos por hipnosedantes, se pueden identificar dos perfiles claramente diferenciados:

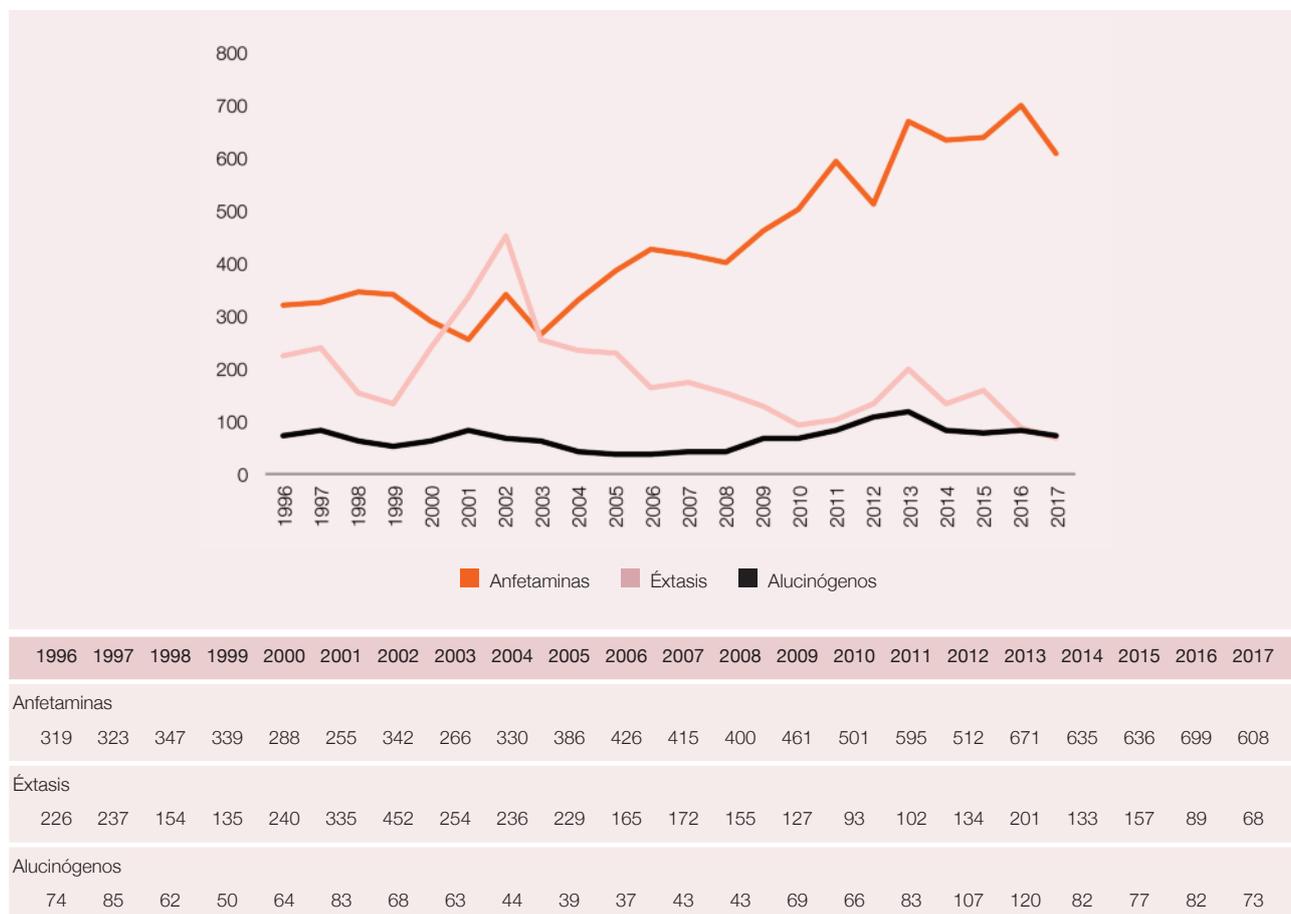
- El perfil de los hombres admitidos a tratamiento por hipnosedantes es el de un varón de 40 años que acude por primera vez a tratamiento, bien por iniciativa propia o bien derivado por el médico de Atención Primaria, y que vive con su familia de origen, está parado o es pensionista. Consume además cannabis, alcohol y cocaína (drogas secundarias).
- El perfil de las mujeres admitidas a tratamiento por hipnosedantes es el de una mujer de 47 años, que acude por primera vez a tratamiento, por iniciativa propia o referida por diferentes servicios de salud, y que vive con su pareja y/o hijos, está parada o es pensionista, es remarkable que el 6,5% se dedica a las tareas del hogar. Consume además alcohol (droga secundaria).

### Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos

Los estimulantes distintos a cocaína (anfetaminas, éxtasis y otros) representaron, en 2017, el 1,9% del total de admisiones de todas las drogas ilegales. Si se comparan estas cifras con las obtenidas para la cocaína, la heroína y el cannabis, se comprueba que, en España, el impacto de estas drogas en los servicios específicos de tratamiento de las drogodependencias es reducido.

Figura 2.1.11.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos. España, 1996-2017.



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. Esta sustancia venía mostrando una tendencia ascendente desde el inicio de la serie histórica, alcanzando su valor máximo en 2016 (699). En 2017 esta tendencia parece haberse frenado (608), pero será necesario ver cómo evoluciona en los próximos años.

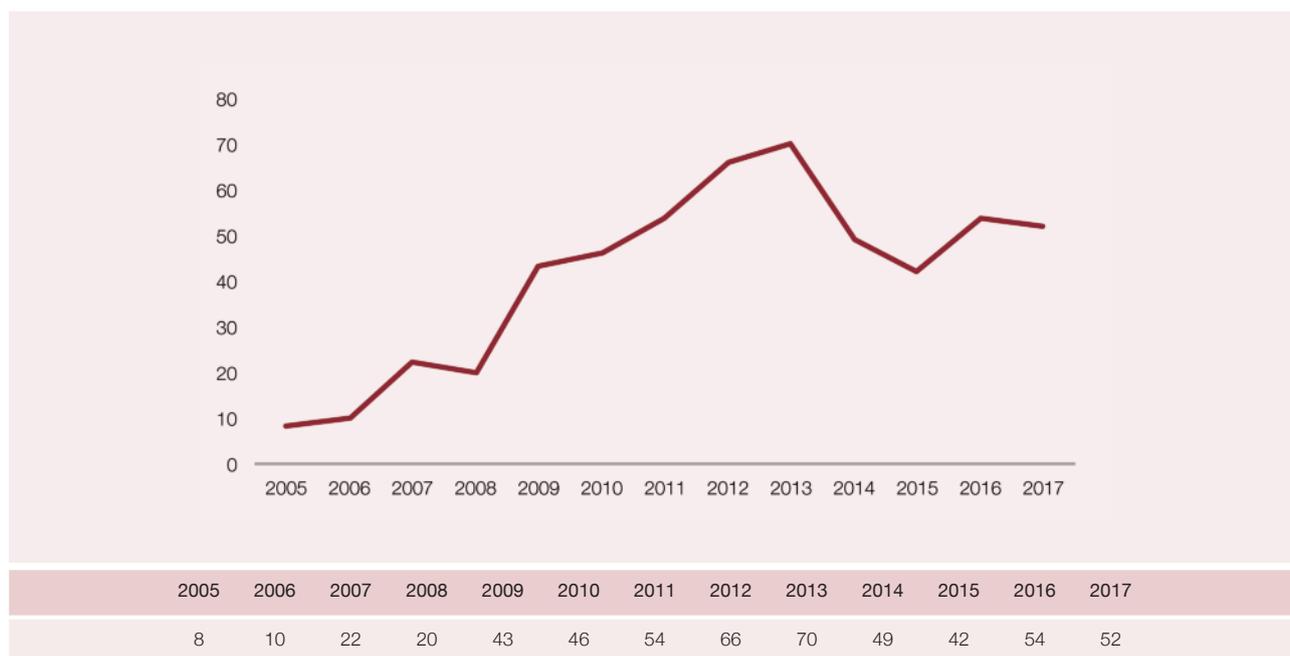
El perfil de los admitidos a tratamiento por anfetaminas se mantiene como en años previos: es un varón de 35 años que acude por primera vez a tratamiento, con educación secundaria o superior, acude a tratamiento por iniciativa propia, está desempleado y vive con su familia de origen.

El número de admitidos a tratamiento por éxtasis ha presentado altibajos desde el inicio de la serie histórica. En 2002 presentó el valor más alto y desde entonces ha mostrado una tendencia descendente con repuntes puntuales. En 2017 se notificaron 68 admisiones a tratamiento por esta sustancia, valor ligeramente inferior al registrado en 2016 (89 casos) (figura 2.1.11).

Desde el inicio de la serie histórica, las admisiones a tratamiento por alucinógenos, se han situado en niveles relativamente bajos (menos de 100 casos en toda España), superándose esta cifra sólo en 2012 y en 2013. En 2017 se han notificado 73 admisiones por alucinógenos, valor ligeramente inferior al registrado en 2016 y que no se corresponde con el número de admisiones a tratamiento por ketamina, que se mantienen estables respecto al año anterior, situándose en el 2017 con 52 casos (figura 2.1.12).

Figura 2.1.12.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de ketamina. España, 2005-2017.



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

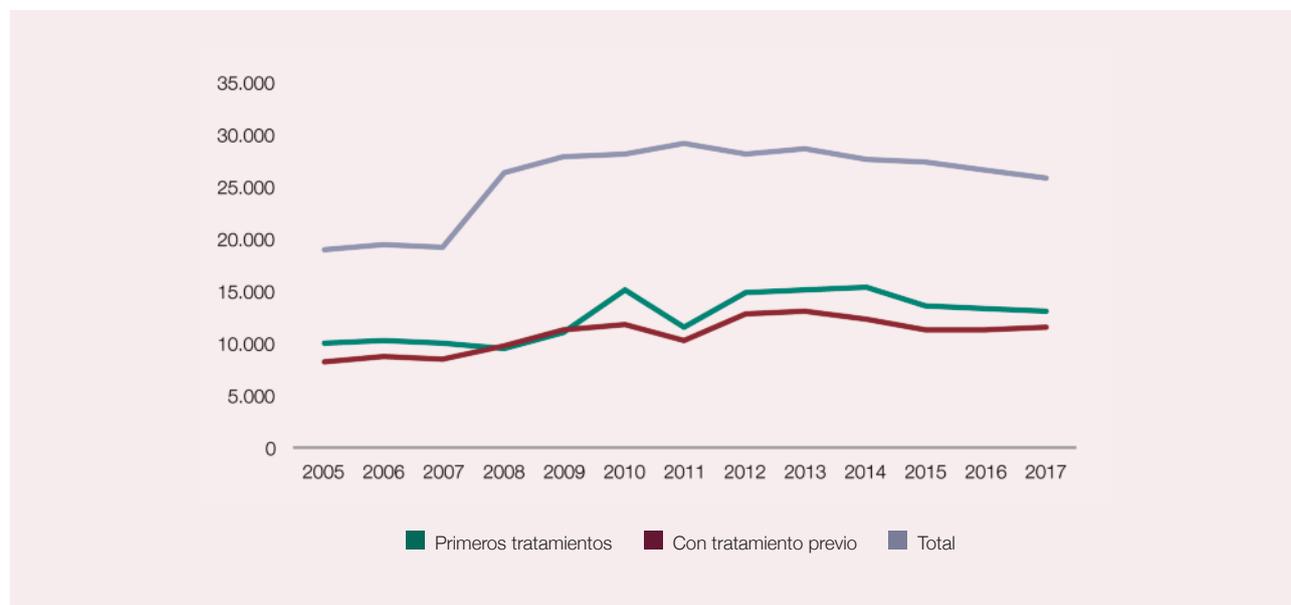
## Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol

En 2017, el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol fue de 25.753, cifra que mantiene cierta estabilidad desde 2008 (figura 2.1.13). 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 2017, del 35,5% de las admisiones a tratamiento. Además, se encuentra presente en gran parte de los patrones de policonsumo.

Figura 2.1.13.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol. España, 2005-2017.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
2005	10.096	8.133	18.950
2006	10.172	8.611	19.454
2007	9.898	8.587	19.224
2008	9.395	9.753	26.318
2009	10.924	11.288	27.958
2010	15.126	11.764	28.111
2011	11.612	10.350	29.014
2012	14.816	12.714	28.234
2013	15.121	12.978	28.652
2014*	15.240	12.418	27.658
2015	13.457	11.254	27.469
2016	13.319	11.323	26.655
2017	13.060	11.556	25.753

\* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

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

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

El perfil de los admitidos por alcohol es el de un varón de 46 años que vive con su familia propia (pareja y/o hijos) que acude por iniciativa propia o derivado por su médico de cabecera u otros centros de tratamiento y que consume alcohol todos los días. La mayoría (75,2%) no consume otras drogas. Entre los que sí consumen otra sustancia, destaca el uso de cocaína y cannabis (drogas secundarias).

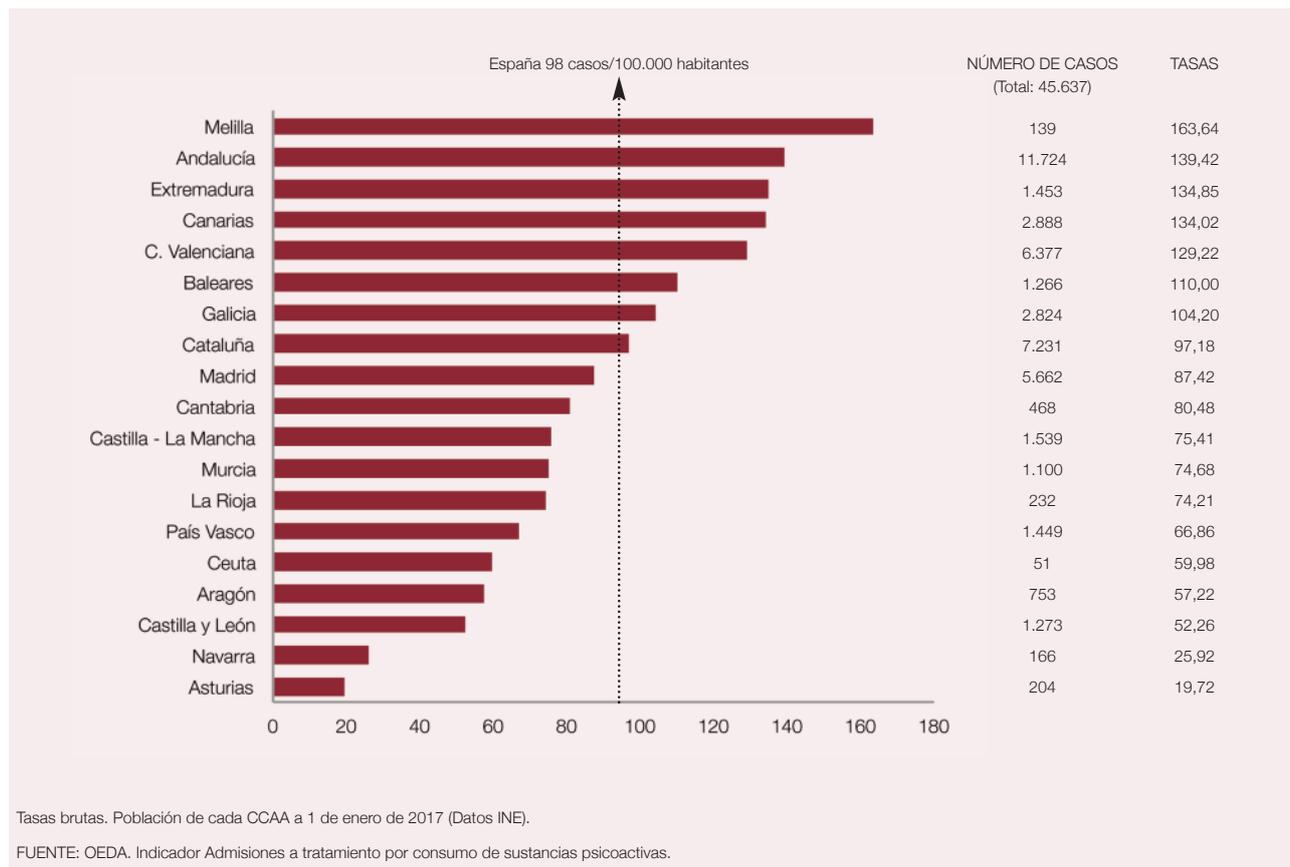
## Resultados por Comunidades/Ciudades Autónomas

Todas las Comunidades y Ciudades Autónomas notifican al indicador Admisiones a tratamiento, lo que permite obtener una visión global de la situación por Comunidad/Cuidad Autónoma (figura 2.1.14).

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 prevalencia de consumo y la distribución por edad de la población.

Figura 2.1.14.

Número y tasa (por 100.000 habitantes) de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según Comunidad/Ciudad Autónoma. España, 2017.



## 2.2. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1987-2017

### 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 y el Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

A continuación, se presenta la metodología y los principales resultados del indicador.

### Metodología

El objetivo de este indicador es la monitorización de las características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas en España.

En relación al mecanismo de recogida de datos, el personal responsable en cada Comunidad/Ciudad Autónoma recoge la información, a partir de una revisión de las historias clínicas de urgencias, de manera activa, sistemática, exhaustiva y retrospectiva. Se selecciona un área geográfica y se monitorizan los hospitales ubicados en dicha área (excluidas maternidades, hospitales pediátricos y hospitales monográficos). Se recoge la información de una semana de cada mes, seleccionada de forma aleatoria desde el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones; algunas CCAA, como Castilla y León y Murcia realizan una recogida continua en algunos hospitales.

Se dispone de información anual desde el año 1987. La cobertura geográfica ha ido incrementándose progresivamente. En 2017, notificaron al indicador 15 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas (todas salvo Cataluña, Galicia, Ceuta y Melilla).

Información más detallada sobre los criterios de inclusión y exclusión, así como la ficha de recogida de datos se pueden consultar en la página web del Plan Nacional sobre Drogas<sup>1</sup>.

1. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasinformacion/home.htm>

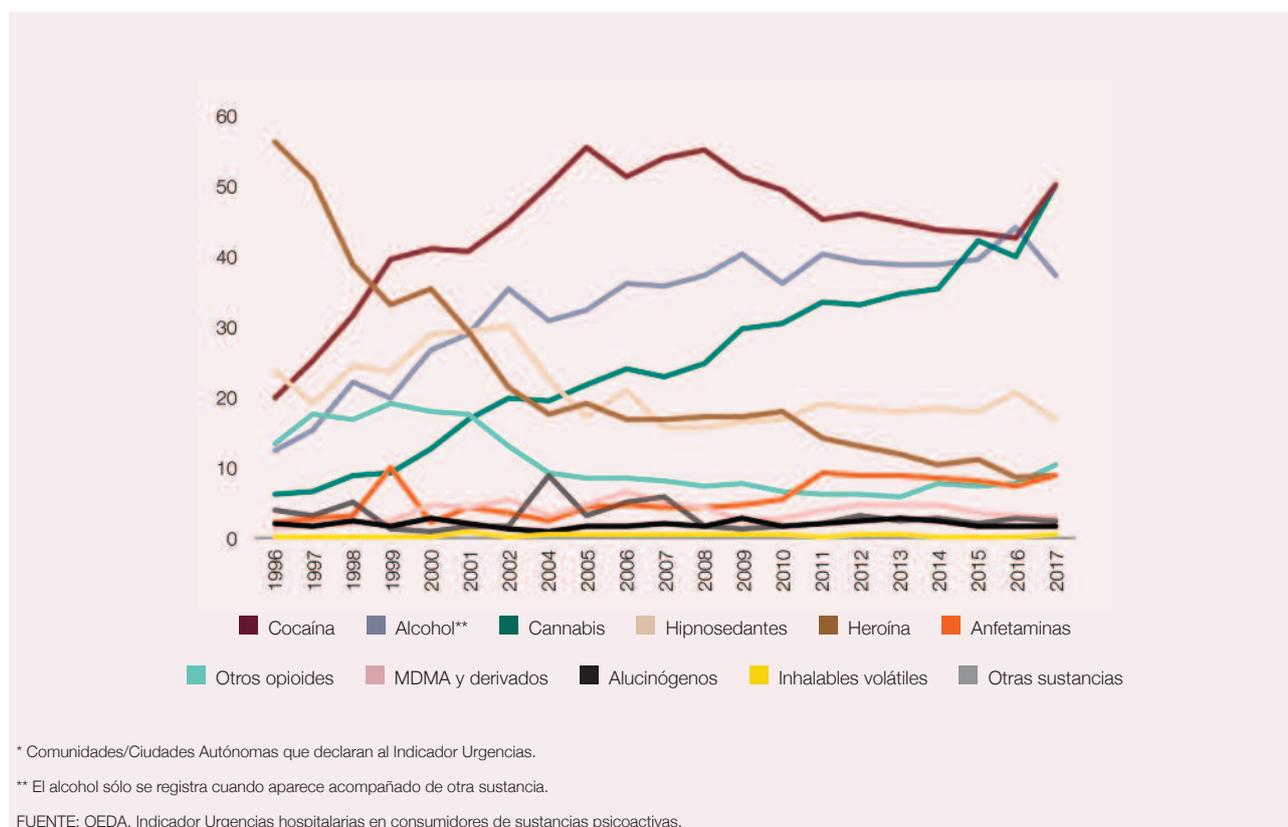
## Resultados

En 2017 se notificaron al indicador 4.293 episodios de urgencias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. Tendencia más o menos estable desde 2011 (tabla 2.2.1). Lo más habitual es que se relacione más de una sustancia con la urgencia; en 2017 en el 60,1% de los episodios notificados había al menos 2 sustancias relacionadas con la urgencia.

En la figura 2.2.1 y en la tabla 2.2.1 se muestra la evolución de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas desde 1996.

Figura 2.2.1.

Evolución de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según el tipo de droga. España\*, 1996-2017.



\* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

\*\* El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

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

En 2017, de los 4.293 episodios de urgencias relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas, en el 50,3% la urgencia se relacionó con el cannabis. Junto con la cocaína (50,2%) son las sustancias ilegales con mayor presencia. Las urgencias relacionadas con el cannabis presentan un considerable ascenso respecto a los años anteriores. Tal y como muestran los datos procedentes del resto de indicadores y de las encuestas nacionales, el cannabis ocupa una parcela importante en el ámbito de los consumos de drogas en España y su presencia se ha consolidado en los últimos años. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de cannabis es el de un hombre (78,5%), con una edad media de 31,4 años, que no llega detenido (96,6%) y en el 69,8% de los episodios, la urgencia termina con el alta médica. La edad media de los episodios en los que el cannabis está relacionado ha mostrado una clara tendencia ascendente, estabilizándose en los últimos años.

La cocaína ocupa el segundo lugar, pero muy cerca del cannabis, relacionándose con el 50,2% de los episodios de urgencias notificados. Tras el descenso iniciado en 2008 y la posterior estabilización en los últimos años, en 2017 se detecta un repunte que será necesario vigilar. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de cocaína es el de un hombre (79,2%) con una edad media de 36,4 años y que no llega detenido (97%). El 71,2% de

los episodios acaba con alta médica y el 15,6% con ingreso hospitalario. La edad media ha mostrado una clara tendencia ascendente, mostrando en 2017 la edad media más elevada de la serie histórica.

La heroína, en 2017, se sitúa en cuarto lugar (9%), superado por primera vez en la serie histórica por otros opioides (10,3%), entre los que se detectan metadona, fentanilo, tramadol y codeína. La serie histórica mostraba una clara tendencia descendente de la heroína desde 1996, detectándose una estabilización en los últimos años. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de heroína es el de un hombre (82,6%) con una edad media de 40,2 años, siendo ésta la edad más elevada de la serie histórica. El 5,5% llegan detenidos, en el 66,8% la urgencia finaliza con el alta médica y en el 19% de los episodios en ingreso hospitalario.

**Tabla 2.2.1.**

**Número total de episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas y porcentaje de urgencias en el que aparece cada sustancia. España\*, 1996-2017.**

	Nº de episodios	Cocaína	Alcohol**	Cannabis	Hipnóticos y sedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y derivados	Alucinógenos	Sustancias 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

\* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

\*\* El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

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

Tras el aumento del consumo de analgésicos opioides en EEUU y en el resto de Europa, se ha revisado 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 observa cierta tendencia ascendente, pasando de 50 episodios en 2005 a 88 en 2017, que será necesario vigilar. De manera específica, el tramadol se relacionó con 39 episodios, mostrando cierta tendencia ascendente respecto al 2016 (24). Y el fentanilo han presentado un repunte en 2017, pasando de 6 episodios en 2016 a 15 en 2017.

En 2017, las anfetaminas estaban presentes en el 8,7% de las urgencias relacionadas con drogas, mostrando una tendencia estable desde 2011.

El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de anfetaminas es el de un hombre (71%), con una edad media de 32,2 años, no suele llegar detenido (3,5% llegan detenidos) y la urgencia se resuelve con el alta médica (69,7%). La edad media ha mostrado una clara tendencia ascendente, alcanzándose en 2017 la edad media más elevada de la serie histórica.

El éxtasis ha presentado altibajos a lo largo de la serie histórica. En los últimos años se encontraba estabilizado en torno al 3%-4% con descenso progresivo, situándose en 2017 en el 2,8%.

Los alucinógenos se mantienen en niveles relativamente bajos (1,5% en 2017), con algunas variaciones interanuales.

El protocolo del Registro del Indicador de Urgencias Hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas incluye la detección de nuevas sustancias psicoactivas. En 2016 se detectaron 4 episodios en los que la sustancia relacionada fue la mefedrona, en 2017 esta sustancia se relacionó en 2 de los episodios de urgencia notificados.

Respecto a estos datos y al registro de nuevas sustancias en el indicador de urgencias, haya que tener en cuenta que, debido a las características de las urgencias relacionadas con estas sustancias y a que en muchas ocasiones los usuarios no saben exactamente lo que han consumido, el registro de estas nuevas sustancias es complicado con este indicador. Por ello, actualmente el seguimiento de las nuevas sustancias psicoactivas en España se realiza a través del Sistema Español de Alerta Temprana: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>.

Por lo que respecta a los episodios de urgencias relacionados con el consumo de alcohol, debe tenerse en cuenta que solamente se recoge información en este indicador en el caso de que el alcohol aparezca junto con otra sustancia, por lo que las cifras registradas para los episodios relacionados con el consumo de alcohol representan sólo datos parciales del impacto de su consumo en los servicios de urgencias. Es, en cualquier caso, la sustancia psicoactiva legal relacionada con el mayor número de episodios de urgencias, estando presente en más del 37% de las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, indicando este dato un cierto descenso respecto al año anterior.

En las tablas 2.2.2 y 2.2.3 se muestran algunas características de las urgencias hospitalarias relacionadas con drogas en 2017 y a lo largo de la serie histórica.

La proporción de mujeres se muestra estable a lo largo de la serie, situándose entre el 20% y el 28%. En general, no se observan diferencias en las sustancias consumidas en función del sexo, salvo para los hipnosedantes, que es superior entre las mujeres.

Se aprecia una tendencia ascendente de la edad media de las personas atendidas en urgencias, pasando de 27,8 años (1996) a 34,6 años (2017), aumento que podría estar en relación con el elevado número de urgencias relacionadas con la cocaína (edad media 36,4 años). No obstante, aunque su peso es menor en el total de las urgencias, el análisis por sustancias muestra que aquéllos que acuden a urgencias por el consumo de opioides e hipnosedantes tienen una edad más avanzada, mientras que los que acuden por consumo de éxtasis, alucinógenos, anfetaminas y cannabis son más jóvenes.

La condición legal de los pacientes también ha ido evolucionando, observándose el mayor porcentaje de detenidos en 1997 (22,4%), año a partir del cual se inició un descenso que alcanzó su valor más bajo en 2015 (2,7%); en 2017 llegaron detenidos el 3,4% de los episodios analizados.

Tabla 2.2.2.

Evolución de las características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. España\*, 1996-2017.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Número de episodios	2.585	1.932	2.099	2.141	2.328	2.145	2.673	5.828	7.089	7.042	7.822	6.431	5.567	5.626	5.279	5.999	5.715	6.441	5.238	4.565	4.293
Edad media (años)	27,8	28,1	29,1	29,4	30,3	29,8	29,8	31,0	30,7	31,6	32,0	32,4	33,0	32,6	32,7	32,8	33,0	33,2	34,1	34,3	34,6
Sexo (%) Mujeres	21,4	20,8	23,1	23,5	27,4	27,1	27,4	28,0	25,0	26,1	23,4	22,7	21,6	26,3	24,7	26,1	26,1	24,5	22,6	22,6	22,7
Sustancias psicoactivas mencionadas** (%)																					
Heroína	61,4	52,6	43,8	41,9	40,5	33,5	26,8	24,2	24,8	21,8	21,0	21,5	21,8	21,5	18,2	16,0	14,6	12,4	13,9	11,6	10,8
Otros opiáceos	17,3	26,2	23,3	23,4	20,9	21,9	17,7	14,0	13,6	13,7	15,0	14,7	14,0	12,6	11,3	10,9	11,0	11,1	11,1	11,0	11,7
Cocaína	27,3	29,9	37,2	48,1	45,3	44,4	49,0	58,5	63,4	59,2	62,4	63,7	61,3	58,6	56,2	56,5	54,4	54,1	52,6	53,0	53,5
Anfetaminas	3,1	3,3	3,4	2,7	2,6	4,6	3,8	3,0	4,8	5,4	4,8	5,2	5,6	7,5	11,6	10,8	11,4	11,4	10,0	10,2	9,6
MDMA y derivados	1,6	2,7	2,9	3,1	4,8	5,2	6,3	4,2	5,7	7,2	5,8	5,0	3,2	3,9	4,7	5,1	5,8	5,9	4,3	4,1	3,5
Hipnosedantes	25,7	21,6	26,1	25,1	30,6	32,0	34,1	27,7	24,6	28,3	23,5	21,3	20,8	22,6	23,9	21,6	22,9	24,1	22,5	26,5	20,3
Cannabis	7,4	7,3	11,3	12,2	14,8	19,1	22,8	25,1	27,9	30,9	30,3	33,6	38,5	39,3	44,9	43,2	22,9	48,8	53,2	52,7	53,9
Alucinógenos	2,7	2,2	2,9	2,1	2,9	2,4	1,4	1,2	2,0	2,4	2,3	2,0	3,2	2,6	2,8	3,2	22,9	3,3	2,1	2,3	2,1
Sustancias volátiles	0,3	0,1	0,5	0,1	0,3	0,9	0,3	0,7	0,5	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5	0,3	0,6	22,9	0,3	0,4	0,3	0,5
Alcohol	13,3	15,8	22,9	22,0	29,5	33,8	39,0	36,3	39,0	42,9	41,9	44,6	47,4	42,1	46,4	44,4	22,9	47,7	47,2	52,9	42,6
Otras sustancias	5,1	3,6	6,0	2,0	0,8	2,8	4,5	12,5	4,7	9,3	10,5	3,3	2,7	3,5	3,5	4,5	22,9	4,6	3,8	4,8	3,4
Sustancias psicoactivas relacionadas (%)**																					
Heroína	56,1	50,9	38,7	33,0	35,3	29,2	21,4	17,5	19,0	16,9	16,9	17,2	17,1	17,8	14,2	13,0	11,9	10,3	11,2	8,6	9,0
Otros opiáceos	13,5	17,4	16,8	18,9	18,0	17,4	13,1	9,1	8,3	8,5	8,1	7,5	7,6	6,7	6,2	6,1	5,7	7,6	7,4	7,7	10,3
Cocaína	19,9	25,0	31,6	39,4	40,9	40,5	44,7	50,0	55,5	51,1	53,8	55,1	51,1	49,5	45,2	46,0	44,9	43,7	43,5	42,5	50,2
Anfetaminas	2,2	2,9	3,0	9,8	2,2	4,2	3,4	2,3	4,2	4,7	4,2	4,4	4,6	5,5	9,2	8,9	9,0	8,6	8,0	7,5	8,7
MDMA y derivados	1,3	2,2	2,2	2,4	4,5	4,4	5,3	3,2	4,7	6,4	5,0	4,2	2,4	2,9	3,9	4,6	4,8	4,5	3,7	3,2	2,8
Hipnóticos y sedantes	23,6	18,9	24,3	23,8	28,9	29,2	30,1	22,3	17,0	21,0	15,8	15,6	16,5	16,7	18,9	18,3	17,8	18,5	18,1	20,5	16,9
Cannabis	6,2	6,6	8,9	9,3	12,8	16,9	19,9	19,3	21,7	23,9	22,9	24,7	29,5	30,5	33,3	33,0	34,6	35,5	42,2	40,1	50,3

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Alucinógenos	2,1	1,8	2,4	1,7	2,7	1,9	1,3	0,8	1,7	1,7	2,0	1,6	2,6	1,7	2,1	2,5	2,6	2,5	1,6	1,5	1,5
Sustancias volátiles	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,9	0,2	0,6	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5
Alcohol	12,4	15,2	22,2	20,0	26,8	29,0	35,4	30,7	32,3	36,0	35,7	37,3	40,2	36,3	40,4	39,0	38,7	38,7	39,8	43,9	37,1
Otras sustancias	4,1	3,2	4,9	1,3	0,8	1,6	1,8	8,7	3,3	4,9	6,0	1,8	1,2	1,8	2,2	3,3	2,5	2,6	2,1	2,7	2,4
Condición legal (%)																					
Detenido	14,4	22,4	11,7	9,4	6,4	5,7	5,2	4,1	4,9	3,7	3,8	4,4	4,9	4,2	3,7	4,1	3,8	4,3	2,7	3,7	3,4
Resolución urgencia (%)																					
Alta médica	80,5	82,0	81,2	80,9	78,7	79,1	82,1	81,4	79,1	76,2	79,1	80,0	80,9	79,6	75,4	75,9	72,8	69,8	72,2	71,6	71,1
Alta voluntaria	7,0	6,7	8,8	8,6	8,5	7,5	7,4	5,3	6,7	8,6	7,8	8,5	8,2	7,0	8,5	8,2	9,4	9,9	8,2	8,2	8,3
Ingreso hospitalario	7,6	7,2	6,0	6,5	8,3	7,8	6,3	8,0	8,4	8,8	9,0	7,8	8,1	10,2	12,5	12,5	14,8	15,9	16,0	17,0	17,1
Muerte en urgencias	0,1	0,1	0,0	0,2	0,7	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Traslado a otro centro	4,8	4,1	3,9	3,9	3,7	5,4	4,0	5,3	5,7	6,3	4,1	3,7	2,8	3,2	3,6	3,3	2,9	4,2	3,6	3,1	3,5

\* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

\*\* Incluye las sustancias consumidas habitual o esporádicamente y las sustancias relacionadas con la urgencia

\*\*\* Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia

El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia

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

Tabla 2.2.3.

Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. Total, según sexo y según droga. España\*, 2017.

	Total	Según sexo		Según droga									
		Hombres	Mujeres	Cocaína	Alcohol**	Cannabis	Hipnosedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y der.	Alucinogenos	I. volátiles
Número de episodios	4.293	3.309	972	2.151	1.587	2.153	723	384	374	442	122	63	20
Edad media (años)	34,6	34,9	33,6	36,4	35,1	31,4	37,8	40,2	32,2	42,6	30,6	29,4	28,9
Sexo (%) mujeres	22,7			20,8	20,2	21,5	27,1	17,4	29	27,8	25,4	17,7	10,0
Detenidos (%)	3,4	3,7	2,4	3,0	3,0	3,4	6,4	5,5	3,5	6,9	2,5	0,0	0,0
Resolución de la urgencia (%)													
Alta médica	71,1	70,5	73,1	71,2	73,7	69,8	63,2	66,8	69,7	67,2	78,0	79,0	85,0
Alta voluntaria	8,3	8,9	6,2	9,3	8,7	7,1	9,2	11,2	7,8	10,4	13,6	8,1	15,0
Ingreso hospitalario	17,1	17,2	16,5	15,6	14,4	19,5	21,7	18,9	21,4	18,0	6,8	11,3	0,0
Muerte en urgencias	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	3,5	3,3	4,0	3,8	3,2	3,5	5,9	2,9	1,1	4,4	1,7	1,6	0,0

\* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

\*\* El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

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

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 (71,1% en 2017). No obstante, se registra una tendencia ascendente a lo largo de los años del número de urgencias que precisan ingreso hospitalario (8,1% en 2009 al 17,1% en 2017). La resolución de la urgencia no varía de manera destacable en función de la sustancia, si bien se puede observar mayor porcentaje de ingresos en las urgencias por hipnosedantes, anfetaminas, y cannabis. Los traslados a otros centros en las urgencias son más frecuentes en las urgencias relacionadas con hipnosedantes (5,9%) y hay más altas voluntarias entre los consumidores de sustancias volátiles (15%) y éxtasis (13,6%).

La tabla 2.2.4 presenta la distribución por sustancias de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas en 2017, según sexo.

**Tabla 2.2.4.**

**Porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de algunas drogas ilegales, según sexo. España\*, 2017.**

	Total	Hombres	Mujeres
Cocaína	50,1	51,3	46,0
Alcohol**	37,0	38,1	32,9
Cannabis	50,2	51,0	47,4
Hipnosedantes	16,8	15,9	20,1
Heroína	8,9	9,6	6,9
Anfetaminas	8,7	8,0	11,1
Otros opioides	10,3	9,6	12,7
MDMA y derivados	2,8	2,8	3,2
Otras sustancias	2,4	2,1	3,3
Alucinógenos	1,5	1,5	1,1
Inhalables volátiles	0,5	0,5	0,2

\* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

\*\* El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

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

Tanto en hombres como en mujeres, las sustancias que más episodios de urgencias generan son el cannabis, la cocaína y el alcohol. Sin embargo, se observan algunas diferencias en función del sexo, tienen más peso las urgencias por hipnosedantes y anfetaminas entre las mujeres que entre los hombres y las urgencias de cocaína, cannabis y heroína tienen más peso entre los hombres que entre las mujeres.

La tabla 2.2.5 y la figura 2.2.2 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 2017, en las urgencias relacionadas con la heroína, la vía de administración predominante fue la pulmonar o fumada (61%), seguida de la inyectada (30,7%), lo que supone un cambio con respecto a años anteriores en que las urgencias relacionadas con el consumo de heroína registraban mayoritariamente el uso de la vía parenteral. Ya durante el 2016 se observó un cambio de vía aumentando la vía pulmonar y disminuyendo la inyectada, consolidándose esta tendencia durante el 2017.

El peso de la vía inyectada es mucho mayor entre los consumidores de heroína que acuden a urgencias que entre las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de esta droga, entre las que hay un predominio de la vía pulmonar. Ello pone de manifiesto el mayor riesgo de algunos problemas agudos (sobredosis e infecciones) entre los inyectores, que motivan la necesidad de acudir a los servicios de urgencias de los centros hospitalarios.

En las urgencias relacionadas con la cocaína, la vía predominante fue la vía intranasal o esnifada (85,6%), seguida de la pulmonar o fumada (11,1%); también se observa un aumento moderado en las urgencias relacionadas con el consumo de cocaína por la vía intranasal y un descenso en la vía fumada respecto a años anteriores (figura 2.2.2).

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 éxtasis, los hipnosedantes, las anfetaminas y los alucinógenos, la vía de administración es mayoritariamente oral. El consumo de otros opioides diferentes de la heroína se produce también, generalmente, por vía oral, aunque siempre aparecen algunos casos que señalan el uso de la vía parenteral. El cannabis se utiliza, predominantemente, por vía pulmonar (98,1%) pero evolutivamente se mantiene una pequeña proporción de vía oral (1,8%).

**Tabla 2.2.5.**

**Vía de administración de las drogas relacionadas con urgencias hospitalarias. España\*, 2017.**

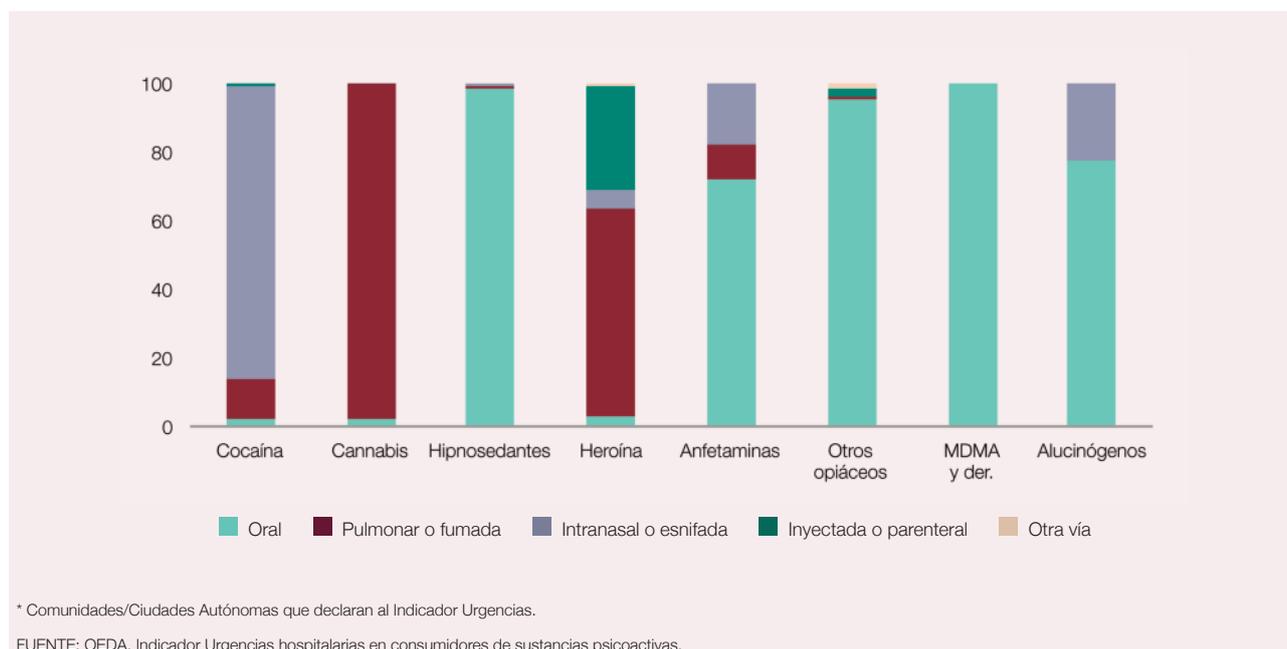
	Cocaína	Cannabis	Hipnosedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y der.	Alucinógenos
Oral	2,5	1,8	98,5	2,7	72,3	95,1	100,0	77,8
Pulmonar o fumada	11,1	98,1	0,7	61,0	9,9	1,4	0,0	0,0
Intranasal o esnifada	85,6	0,0	0,6	5,1	17,7	0,0	0,0	22,2
Parenteral o inyectada	3,3	0,1	0,0	30,7	0,0	1,6	0,0	0,0
Otra vía	0,1	0,0	0,1	0,5	0,0	1,9	0,0	0,0

\* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

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

**Figura 2.2.2.**

**Vía de administración de las drogas relacionadas con urgencias hospitalarias. España\*, 2017.**



\* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

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

## 2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2017. 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)<sup>1</sup> notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)<sup>2</sup> y a la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (ONUDD)<sup>3</sup> 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)<sup>4</sup>.

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 (OEDA): <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (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. 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/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 y Cátedras 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 2017 notificaron datos 18 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas (todas excepto Asturias). De las cuales, todas excepto Aragón, la Comunidad Valenciana e Islas Canarias notificaron todos los partidos judiciales. Con lo que se estima que la cobertura de este indicador en 2017 es del 85,5% de la población española.

Debido a que a lo largo de la serie histórica las Comunidades Autónomas que declaran anualmente al Indicador Mortalidad no 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 a incluir, la manera de hacerlo 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 Drogas<sup>5</sup>.

### 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 noti-

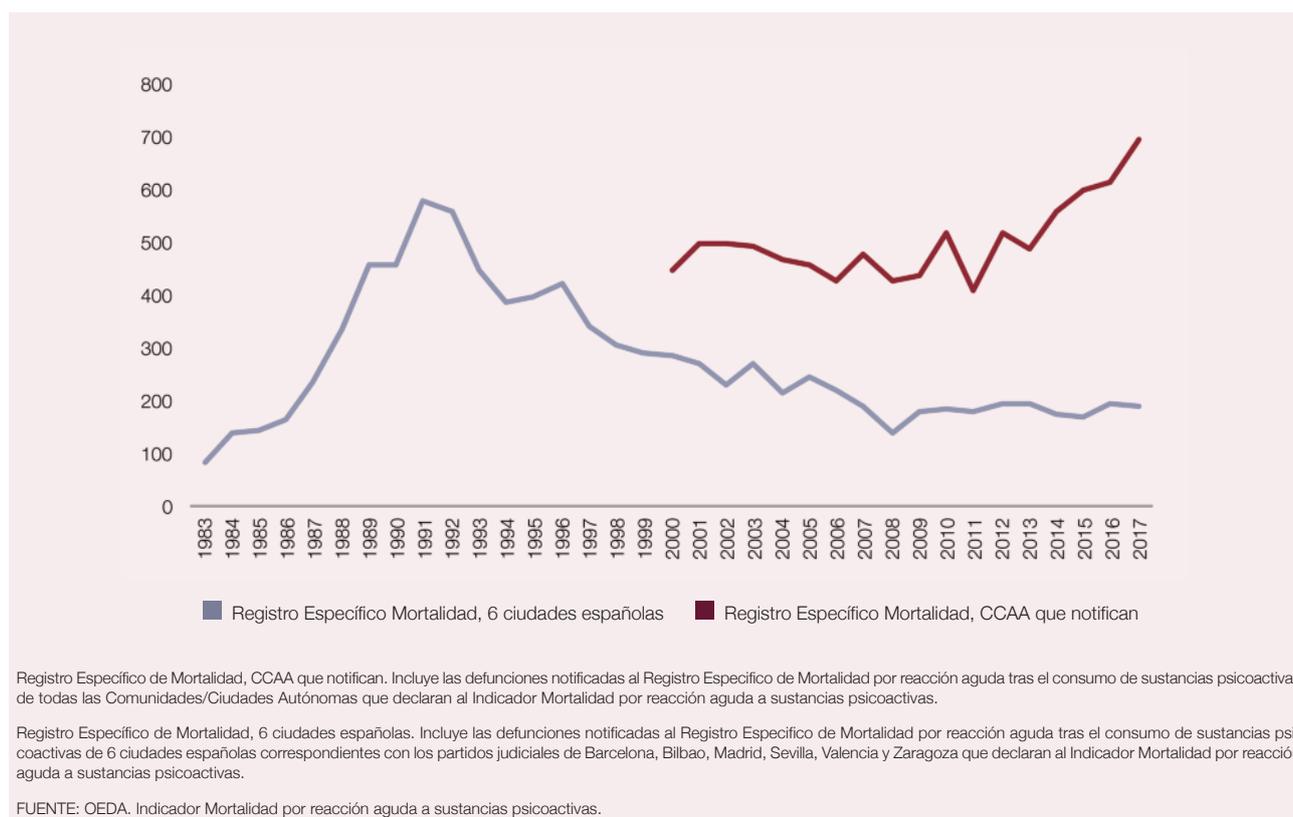
5. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

fican 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, 1983-2017.**



En 2017, a nivel nacional, se notificaron 696 defunciones (de éstas, en 632 se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de droga).

El 78,1% de los fallecidos fueron varones frente a un 21,9% de mujeres. La edad media de los fallecidos fue de 44,5 años, manteniéndose estable respecto a 2014, 2015, y 2016. En 2017, al igual que venía ocurriendo en los últimos años, más de la mitad de los fallecidos superaron los 40 años (69,3%). En cuanto al estado civil, se mantuvo el predominio de las personas solteras (63,3%). En la mayoría de los cadáveres hubo evidencia de consumo reciente de drogas (88,1%) y el 13,3% de los fallecidos mostró signos de venopunción. En el 38,2% 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 22,1% de los casos.

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que, en 2017, 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 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\*, 2003-2017.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Número de fallecidos	493	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613	696
Casos analizados	490	466	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518	501	632
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
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
Edad media (años)	35,3	37,0	36,1	37,2	38,2	38,1	38,3	39,8	40,2	42	42,7	44,3	43,6	44,1	44,5
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
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
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
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
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	15,9
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
≥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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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

\* 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 (77,1%) no mostraron evidencias de suicidio, estabilizándose los fallecidos con evidencia de suicidio en los últimos 3 años. No obstante, los cambios de las cifras de fallecidos con evidencia de suicidio parecen relacionarse más bien con una mejora de la notificación que con un aumento real de casos. A este respecto, en 2017 se identificaron 142 casos con evidencia de suicidio, en su mayoría hombres (61,3%), mayores de 40 años (76%), solteros (50%), con evidencia de consumo reciente (93,9%), sin signos recientes de venopunción (93,5%) y que en el 68,6% 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 78,2% de estos casos), opioides (43,7%) y alcohol (43,7%). El análisis pormenorizado de este grupo de fallecidos no ha mostrado diferencias en cuanto a sus características en relación con 2016, aunque se mantiene una vigilancia estrecha sobre los datos en fallecidos con este perfil.

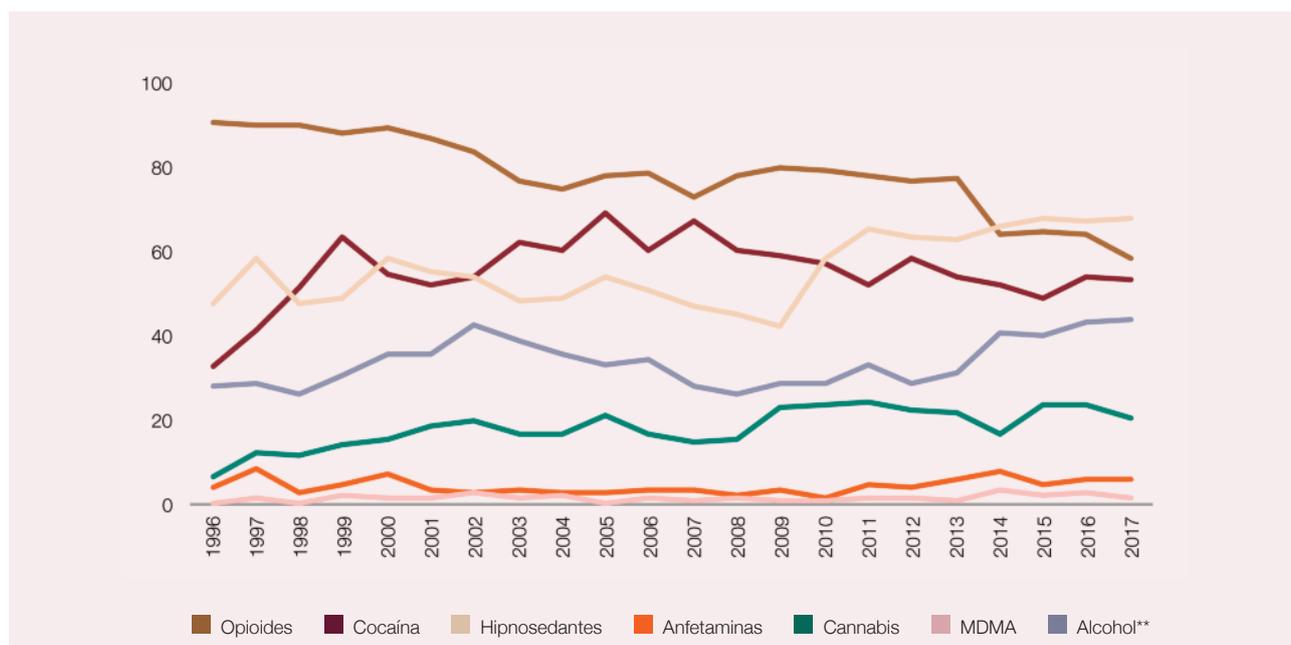
Los análisis del Indicador Mortalidad confirman que las sustancias responsables de los fallecimientos en 2017 son principalmente los hipnosedantes y los opioides, seguidos de la cocaína y el alcohol. En este punto se debe tener en cuenta, en primer lugar, que el alcohol sólo se registra cuando aparece 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 (92,6%) muestra más de una sustancia en su análisis toxicológico (585 casos de los 632 casos en los que se dispone de información toxicológica en 2017) y sólo en el 7,4% restante (47 casos en 2017) se identifica una sola sustancia toxicológica.

Evolutivamente, se observa una estabilización de la presencia de hipnosedantes, que se detecta en el 68% de los fallecidos y de la cocaína que aparece en el 53,2% de los casos. Los opioides pierden presencia entre los fallecidos, detectándose en el 58% de los casos notificados, valor más bajo desde que se registra el indicador de mortalidad, confirmando la tendencia descendente que venía mostrando. La presencia del alcohol entre los fallecidos aumenta en 2017, alcanzando su valor más alto desde el inicio de la serie histórica (44%). Por último, el cannabis se detecta en el 20,7% de los fallecidos mostrando cierta tendencia descendente.

La 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\*, 1996-2017.**



\* 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\*, 1996-2017.

	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
Opioides	72,8	77,7	79,8	79,1	77,9	76,6	77,3	64,0	64,7	63,9	58,1
Cocaína	67,0	60,2	59,1	57,3	52,2	58,6	54,1	51,7	48,8	53,7	53,2
Hipnosedantes	46,9	45,1	42,2	58,4	65,0	63,2	62,8	65,8	68,0	67,3	68,0
Anfetaminas	3,6	2,2	3,5	1,5	4,7	3,8	6,2	7,9	4,4	6,2	5,9
Cannabis	14,6	15,6	22,8	23,8	24,5	22,4	21,6	16,5	23,4	23,4	20,7
MDMA	1,1	1,4	1,1	0,8	1,7	1,7	1,1	3,5	2,3	2,8	1,7
Alcohol**	27,8	25,9	28,8	28,8	33,3	28,9	31,2	40,8	39,8	42,9	44,0

\* 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.

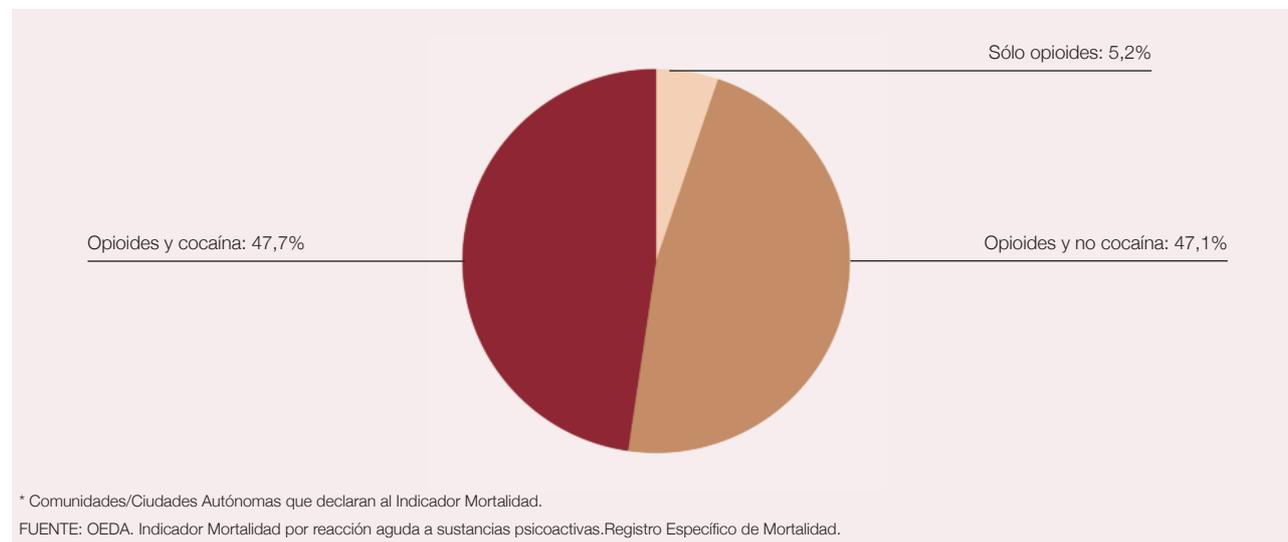
FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

### Información según grupos de sustancias

Tanto los opioides como la cocaína son sustancias muy presentes en este indicador. Tal y como se observa en la figura 2.3.3, entre los fallecidos en 2017 en los que se detectan opioides, sólo en el 5,2% de los casos se identifican éstos como sustancia única, detectándose junto con cocaína en el 47,7% de los casos (independientemente de que puedan identificarse otras sustancias de manera simultánea) y con sustancias diferentes a la cocaína en el 47,1% restante de los casos.

Figura 2.3.3.

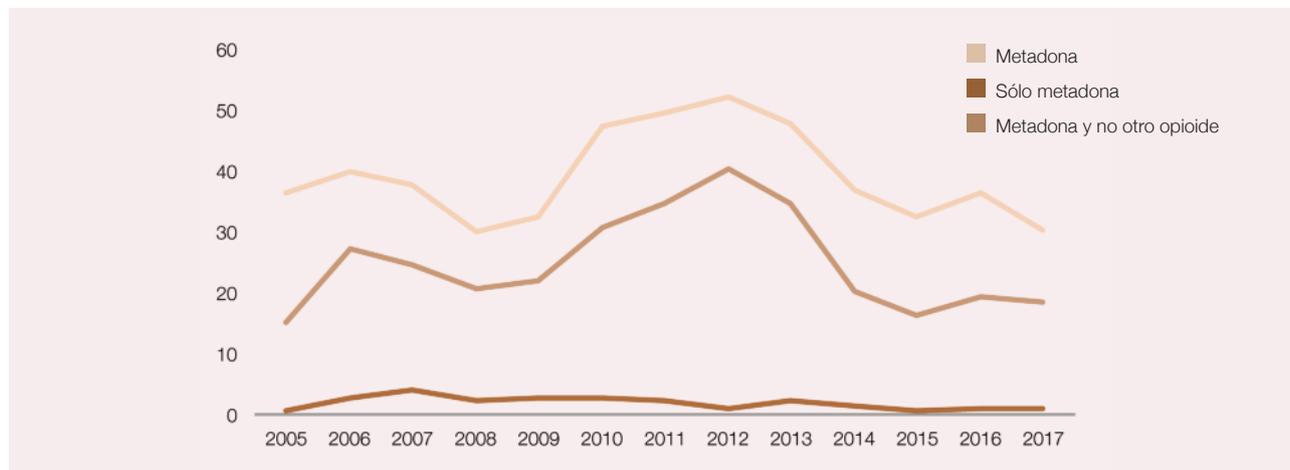
Distribución de los fallecidos en los que se detecta opioides en función de otras sustancias detectadas. España\*, 2017.



En el grupo de opioides, la metadona merece mención específica. La metadona ha estado presente en el 30,2% de los fallecidos en 2017, siendo en el 18,4% de los casos el único opioide, independientemente de que se identificasen otras sustancias de otros grupos. Desde el 2012, se venía observando un descenso de la presencia de metadona, que tras un pequeño repunte detectado en 2016, se confirma en 2017 (figura 2.3.4).

**Figura 2.3.4.**

**Evolución del porcentaje de fallecidos en los que se detecta metadona (metadona, sólo metadona, y metadona y no otro opioide, aunque haya otras sustancias). España\*, 2005-2017.**



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
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
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
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

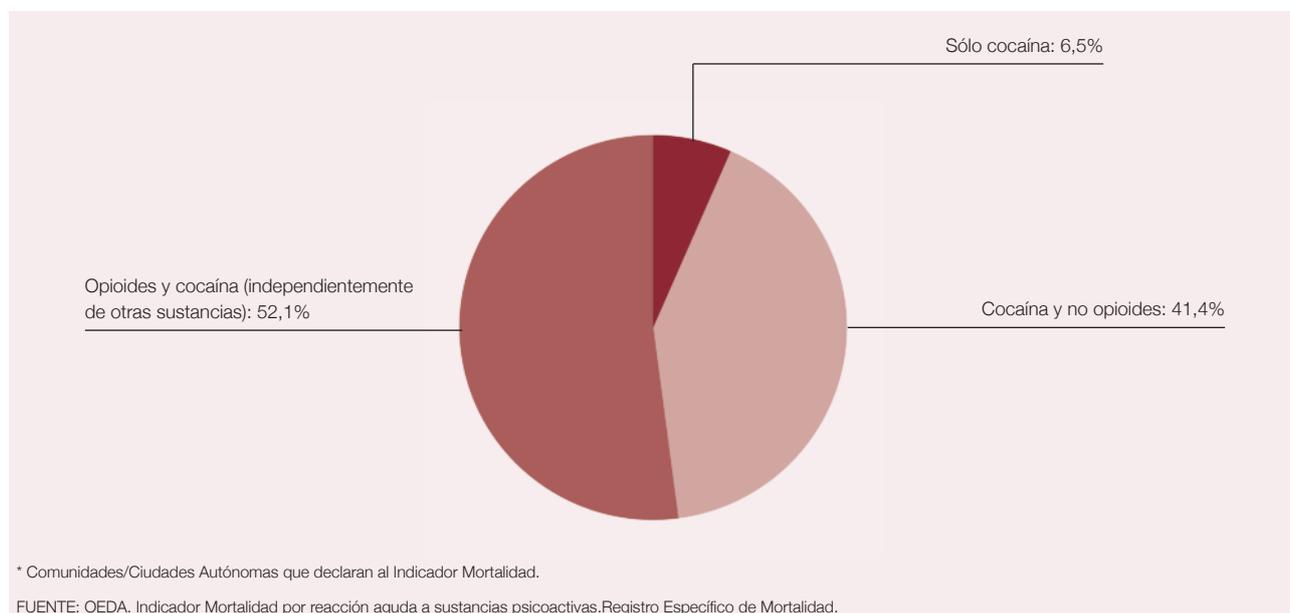
\* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

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

Por lo que respecta a la cocaína, la distribución en 2017 se observa en la figura 2.3.5. Entre los fallecidos en los que se identifica cocaína, los opioides están presentes en el 52% de los casos. Sólo en el 6,5% de los fallecidos en los que se detecta cocaína, ésta es la única sustancia detectada.

**Figura 2.3.5.**

**Distribución de los fallecidos en los que se detecta cocaína en función de otras sustancias detectadas. España, 2017.**



\* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

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

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 2.3.3), cerca de un cuarto de los fallecidos presentan la combinación de cocaína y opioides.

**Tabla 2.3.3.**

**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\*, 2005-2017.**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
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
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
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
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
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
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
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
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
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
Nº de defunciones													
con información toxicológica	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518	501	632
Número total de fallecidos	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613	696

\* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

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

Los opioides, identificados como sustancia única en los fallecidos, vienen manteniendo una tendencia general descendente que se ha estabilizado en el 3%.

Se mantiene el descenso entre los fallecidos en los que se detecta algún opioide y cocaína. De igual manera, también es relativamente estable, con ciertas variaciones interanuales, el peso de fallecidos en los que se detectan opioides solos o con otras sustancias diferentes de la cocaína. Por tanto, se puede afirmar que los opioides continúan teniendo una presencia muy significativa entre los fallecidos, especialmente en combinación con otras sustancias. También se puede afirmar un aumento evidente del número de fallecidos en los que se detecta cocaína, la evolución temporal sugiere un aumento de la presencia de cocaína entre los fallecidos sin necesidad de que desempeñe un papel de acompañante de los opioides.

Por último, aparte del alcohol que, como se ha comentado anteriormente, sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia, hay dos categorías de sustancias que tienen una gran presencia entre los fallecidos en 2017: hipnosedantes y cannabis.

Los hipnosedantes, en 2017, aparecen junto con otras sustancias, generalmente opioides, cocaína y alcohol. Sólo en el 2% 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. Como en años anteriores, la proporción de muertes en los que se detecta estimulantes diferentes de la cocaína es muy baja.

## 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 cuanto a las sustancias detectadas en este subgrupo de fallecidos (Indicador 6 ciudades españolas), se confirman los opioides como la categoría de sustancias con mayor presencia, mostrando una tendencia estable en los últimos años. Por otra parte, se venía registrando un aumento progresivo del número de fallecidos en los que no aparecen opioides sino otras sustancias, este aumento parece ser más pronunciado en 2017, dato que será necesario seguir para ver cómo evoluciona (figura 2.3.6).

Figura 2.3.6.

Número de fallecidos en las 6 ciudades españolas (casos con información toxicológica, fallecidos con y sin presencia de opioides). 2005-2017.



\* 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 2.3.4).

**Tabla 2.3.4.**

**Evolución de las edades de los fallecidos en 6 ciudades españolas\*. España, 2005-2017.**

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

\* 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 2017.

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 2.3.5).

**Tabla 2.3.5.**

**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 autoinflingido 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 2017 se produjeron 424.523 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 antes especificados, 437 defunciones, lo que supone un 0,1% del total.

A lo largo del periodo 1999-2017 se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica y que, en 2017, supone el 79,6% de las defunciones (figura 2.3.7).

**Figura 2.3.7.**

**Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales, según sexo. España, 1999-2017.**



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

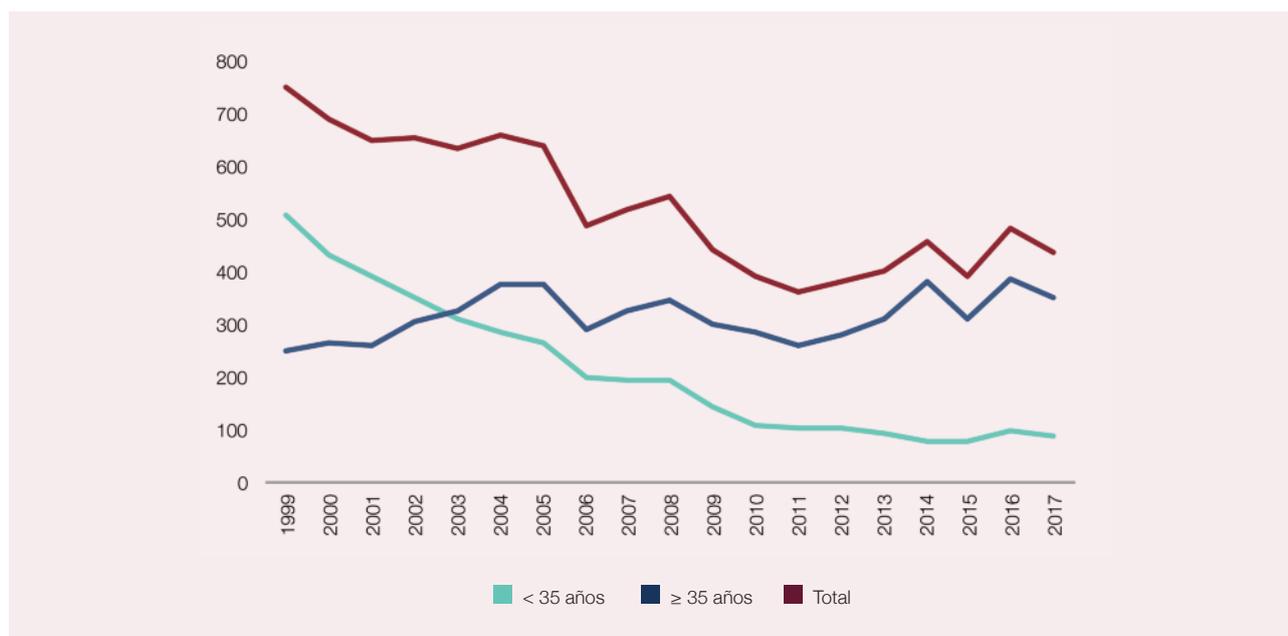
FUENTE: Gráfico elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística (INE).

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 2017, los menores de 35 años suponen menos del 20% del total de los fallecidos por causas relacionadas con el consumo de sustancias (figura 2.3.8).

Figura 2.3.8.

Evolución del número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, según edad. España, 1999-2017.



	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<35	505	429	391	349	310	285	262	200	192	193	141	108	101	104	93	76	80	99	87
≥35	247	262	259	303	323	374	374	289	327	347	301	285	260	279	310	379	310	384	350
Total	752	691	650	652	633	659	636	489	519	540	442	393	361	383	403	455	390	483	437

\* 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 a partir de estos dos registros.

El Registro Específico de Mortalidad aporta datos sobre defunciones procedentes de la declaración de las CCAA, pero no todas las CCAA declaran a este registro y, además, algunas de ellas no declaran datos de todos los partidos judiciales, sino de 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 en las CCAA que notifican, según el año.

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 2.3.9 se representa, esquemáticamente, cómo se lleva a cabo esta estimación.

Figura 2.3.9.

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.

## Resultados

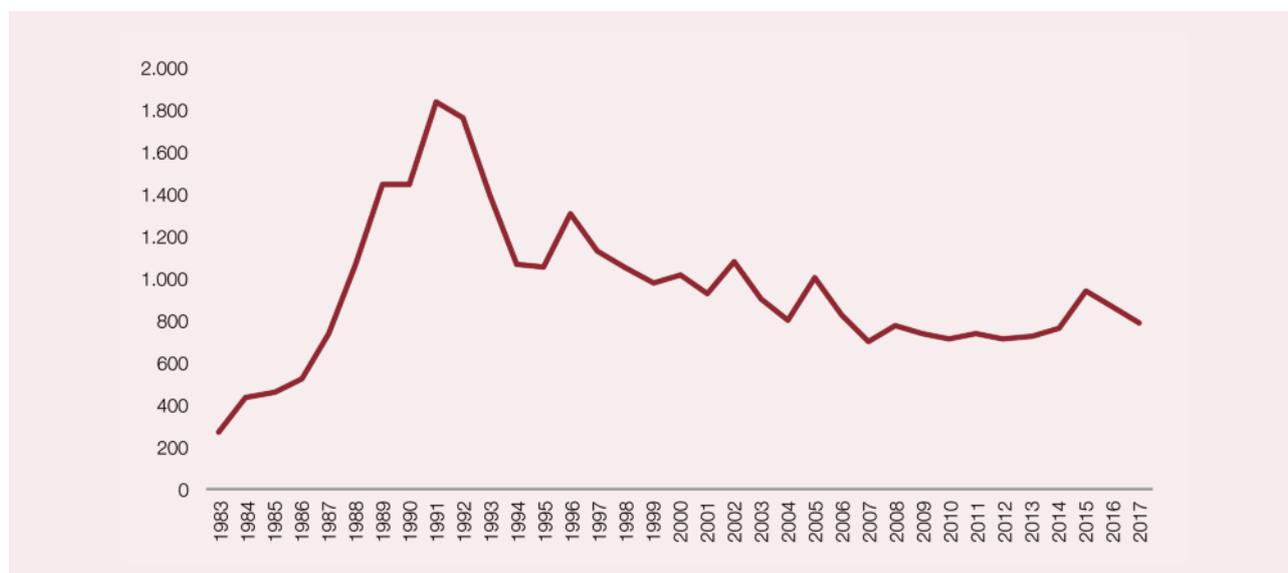
A partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad se estima que se produjeron 782 muertes por consumo de drogas ilegales en España en 2017. Este dato debe interpretarse como el mínimo número de defunciones por drogas; probablemente la cifra sea superior, ya que con este método no 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).

La figura 2.3.10 y la tabla 2.3.6 muestran los datos procedentes de la estimación de defunciones por drogas ilegales, a nivel nacional, de 1983 a 2017. Se observa que, tras el pico de principio de la década de los noventa, se mantiene una tendencia descendente con repuntes puntuales, que parece haberse estabilizado. En 2016 se observó un descenso en la estimación del número de fallecidos, que se confirma en 2017.

La estimación de la mortalidad se inició ante la necesidad de tener datos nacionales superando las limitaciones de ambos registros (cobertura y especificidad). El coeficiente de infranotificación se ha mostrado más o menos estable a lo largo de los años (tabla 2.3.7), con algunos repuntes relacionados con las mejoras de cobertura y calidad de notificación en los dos registros implicados.

Figura 2.3.10.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales (estimación nacional). España, 1983-2017.



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

**Tabla 2.3.6.**

**Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales (estimación nacional). España, 1983-2017.**

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

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

**Tabla 2.3.7.**

**Evolución del índice de infranotificación (Registro General de Mortalidad-Registro Específico).**

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

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

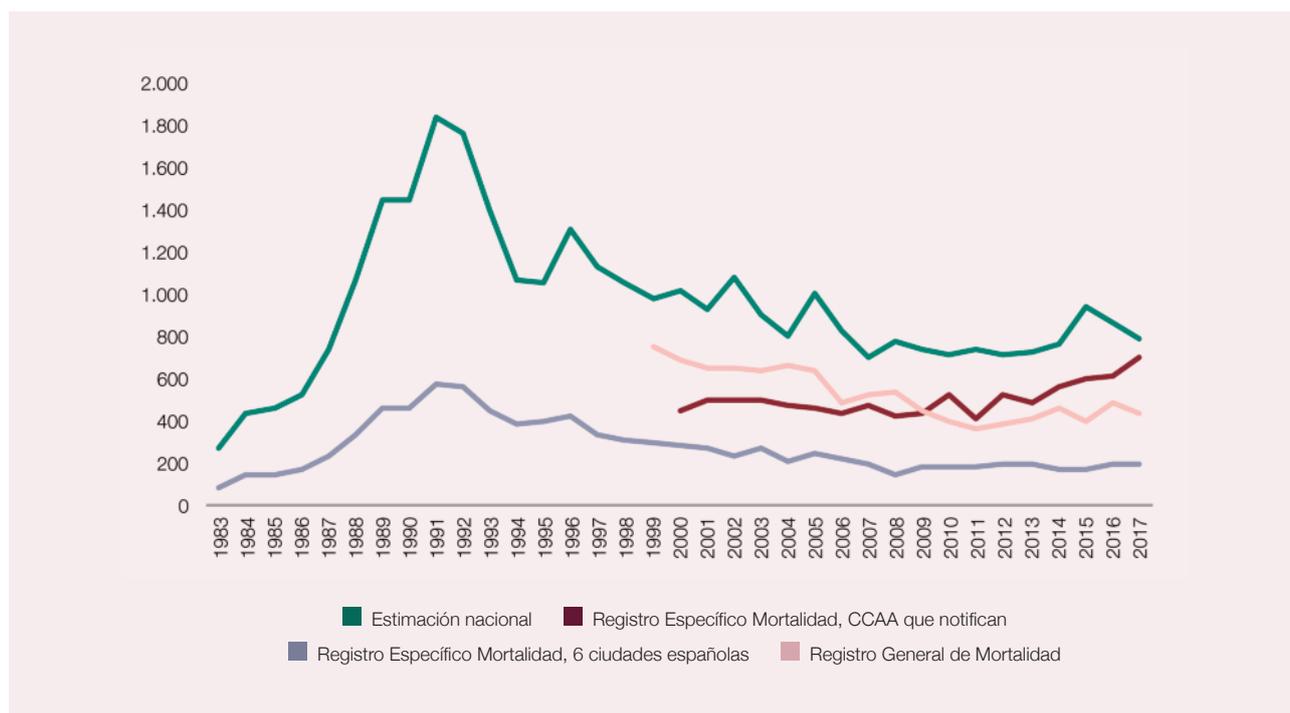
También es remarcable que, con el aumento de cobertura del Registro Específico de Mortalidad, cada vez se acercan más el número de casos notificados a este registro específico y la estimación realizada a nivel nacional.

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

En la figura 2.3.11 y en la tabla 2.3.8 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.

Figura 2.3.11.

Número de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2017.



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.

Tabla 2.3.8.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, en base a diferentes fuentes de información. España, 1983-2017.

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
Estimación nacional	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	
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	82	139	143	163	234	337	455	455	579	558	444	388	395	421	339	306	291	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Estimación nacional	1.012	923	1.079	900	796	1.004	820	703	773	739	706	736	707	727	767	936	866	782
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	444	496	496	493	468	455	428	475	424	438	517	408	519	489	556	600	613	696
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	284	268	229	270	212	242	218	188	139	181	182	181	195	196	172	171	194	189
Registro General de Mortalidad (INE)	691	650	652	633	659	636	489	519	540	442	393	361	383	403	455	390	483	437

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).

## 2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2017

### 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 2017 se atribuyen a usuarios de drogas inyectadas el 3,1% de los nuevos diagnósticos de VIH y el 12,6% de los casos de sida<sup>1</sup>.

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 aquéllos 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 B y C desde 2014.

### Metodología

En este capítulo se presentan, en primer lugar, algunos datos generales sobre la situación del VIH/sida provenientes del Plan Nacional sobre Sida y a continuación 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 de información relacionada con las enfermedades infecciosas (VIH/sida y hepatitis B/C) en usuarios de drogas, especialmente en el caso de las hepatitis.

Para obtener esta información, en 2014 se actualizó el protocolo del Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, adaptándose a la nueva versión del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. Desde entonces se ha trabajado en la implementación en los centros y se ha dado asistencia técnica a las diferentes Co-

1. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

municipalidades/Ciudades Autónomas. No obstante, la implementación del protocolo no ha sido completa ni homogénea en todo el territorio nacional, ya que ha requerido un enorme trabajo de adaptación en el proceso de recogida de datos en los centros de tratamiento, pero se espera optimizarla en los próximos años. Además, la recogida de información serológica resulta especialmente compleja. Todo ello implica que los datos obtenidos deben interpretarse con cautela debido a la presencia de valores desconocidos (*missing*).

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 Drogas<sup>2</sup>.

## Resultados

### Notificación nacional sobre infección VIH y sida

En 2017, se diagnosticaron en España 3.381 nuevos casos de VIH (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 8,82/100.000 habitantes). El 3,0% se infectaron como consecuencia del uso de drogas por vía parenteral<sup>3</sup>. En los últimos 7 años, el uso de drogas inyectadas ha representado un porcentaje bajo respecto a otros mecanismos de transmisión de la infección por VIH y su peso atribuible se mantiene relativamente estable en los últimos años (figura 2.4.1).

Figura 2.4.1.

Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH según categoría de transmisión. España, 2009-2017.



FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

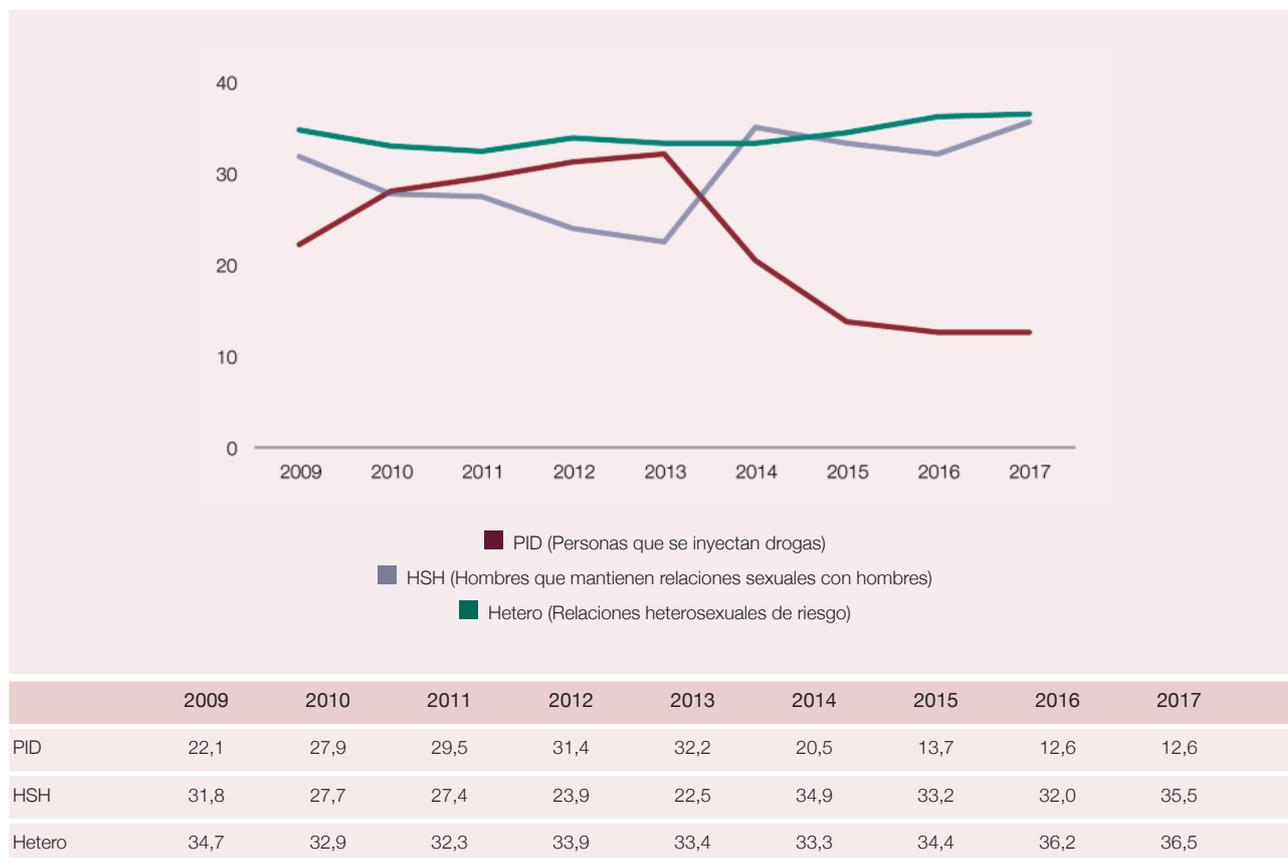
2. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>3.

3. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

En 2017, se identificaron 406 nuevos casos de sida (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 2/100.000 habitantes), siendo las relaciones heterosexuales de riesgo (36,5%) la principal causa de trasmisión de la infección, seguida de las relaciones de hombres con hombres (35,5%) y, por último, los usuarios de drogas inyectadas (12,6%) (figura 2.4.2).

Figura 2.4.2.

Porcentaje de nuevos casos de sida según categoría de transmisión. España, 2009-2017.



FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

En cuanto a la evolución temporal del número absoluto de nuevos casos de sida (diagnosticados año a año), durante los últimos 7 años se observa una tendencia descendente del número de los que son atribuibles al uso inyectado de drogas.

## Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

A continuación, se presentan los datos más relevantes de infecciones (VIH, hepatitis B y hepatitis C) en personas admitidas a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en 2017.

En 2017 se registraron 46.799 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco); el 4,1% del total de admitidos a tratamiento presentaban VIH positivo, valor idéntico al registrado en 2015 y 2016, siendo el porcentaje más elevado entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente (6,5%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (1,8%), también más elevado entre los inyectores (22%) que entre los que no se han inyectado nunca (1%) y mostrando diferencias considerables en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tabla 2.4.1 y figura 2.4.3).

4. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

Tabla 2.4.1.

Porcentaje de inyección y estado serológico para VIH, VHB y VHC para el total de los admitidos a tratamiento (sin alcohol), en función del tratamiento previo y de ser o no inyector (números absolutos y %). España, 2017.

	Total	Tratamiento previo	Sin tratamiento previo	Inyectores*	No inyectores*
Número de casos	46.799	21.353	23.738	5.946	34.779
Inyección de drogas					
Alguna vez en la vida	14,6	24,6	5,4	100,0	0,0
Últimos 12 meses	6,6	11,1	2,2	45,3	0,0
Últimos 30 días	5,9	10,0	1,9	40,4	0,0
Estado serológico					
Prevalencia VIH mínima	4,1	6,5	1,8	22,0	1,0
Prevalencia Hepatitis C mínima	7,5	13,4	2,3	43,5	1,8
Prevalencia Hepatitis B mínima	0,7	1,0	0,3	2,5	0,4

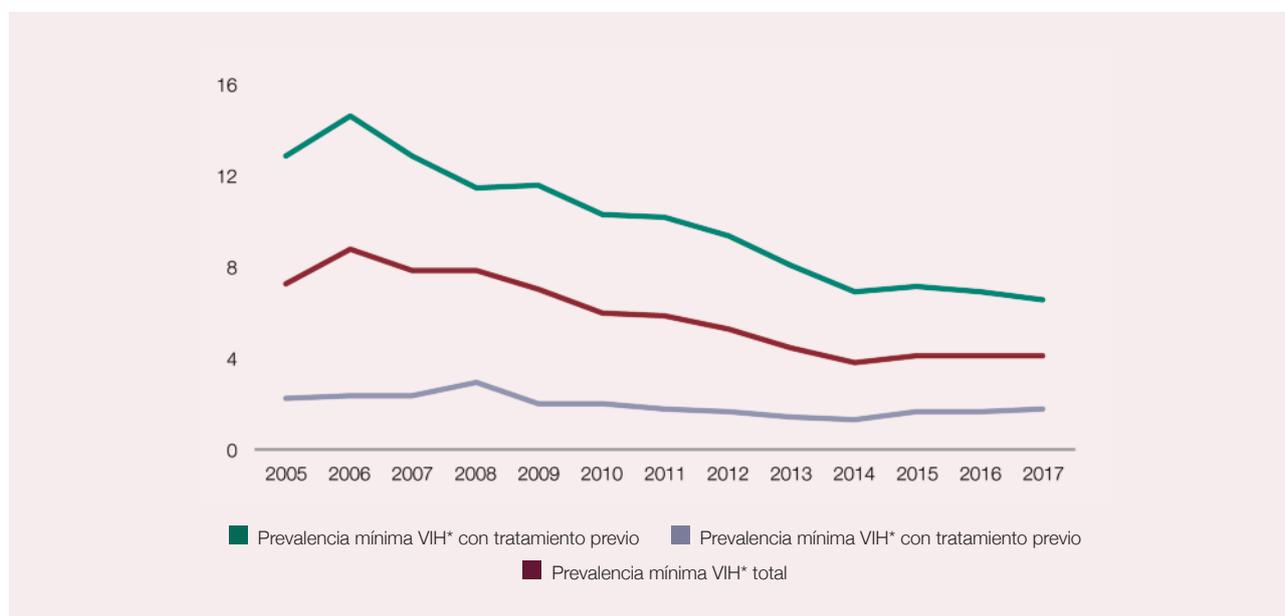
\* Inyectores: se han inyectado alguna vez en la vida. No inyectores: no se han inyectado nunca.

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.

Figura 2.4.3.

Prevalencia de infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total, admitidos con tratamiento previo, admitidos sin tratamiento previo) (%). España, 2005-2017.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Prevalencia mínima VIH* sin tto previo	2,2	2,4	2,3	2,9	2,0	2,0	1,8	1,6	1,4	1,3	1,6	1,7	1,8
Prevalencia mínima VIH* con tto previo	12,8	14,6	12,8	11,5	11,6	10,3	10,2	9,3	8,1	6,9	7,1	6,9	6,5
Prevalencia mínima VIH* total	7,3	8,8	7,8	7,8	7,0	6,0	5,9	5,3	4,4	3,8	4,1	4,1	4,1

\*\* 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.

En 2017, el 7,5% 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 (13,4%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (2,3%), registrándose diferencias considerables entre inyectores y no inyectores (43,5% frente a 1,8%) y mostrando, al igual que en el caso del VIH, notables diferencias en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tabla 2.4.1).

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 0,7% en 2017, registrándose notables diferencias en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento y cifras más elevadas entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente que entre los tratados por primera vez (1% vs 0,3%). De nuevo, se observan diferencias entre inyectores y no inyectores (tabla 2.4.1).

## Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan la vía inyectada

En 2017 fueron admitidas a tratamiento 5.946 personas que se habían inyectado alguna vez en la vida, de las que 2.691 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, estabilizándose alrededor de los 6.000 casos en los últimos años.

### VIH-SIDA

Entre los que se habían inyectado alguna vez en la vida y conocen su estado serológico frente al virus VIH (4.246), el 30,8% (1.307) mostró serología positiva. Asimismo, entre los que utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos a ser admitidos y conocían su estado serológico para el VIH (1.885), el 32,1% (605) mostró serología positiva.

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 (de 36,1% en 2005 a 30,8% en 2017), estabilizándose en los últimos años.

En cuanto al VIH entre los inyectores en los últimos 12 meses, la serie histórica ha venido mostrando altibajos desde el 2005, moviéndose en un rango entre el 24% y el 35%.

Tabla 2.4.2.

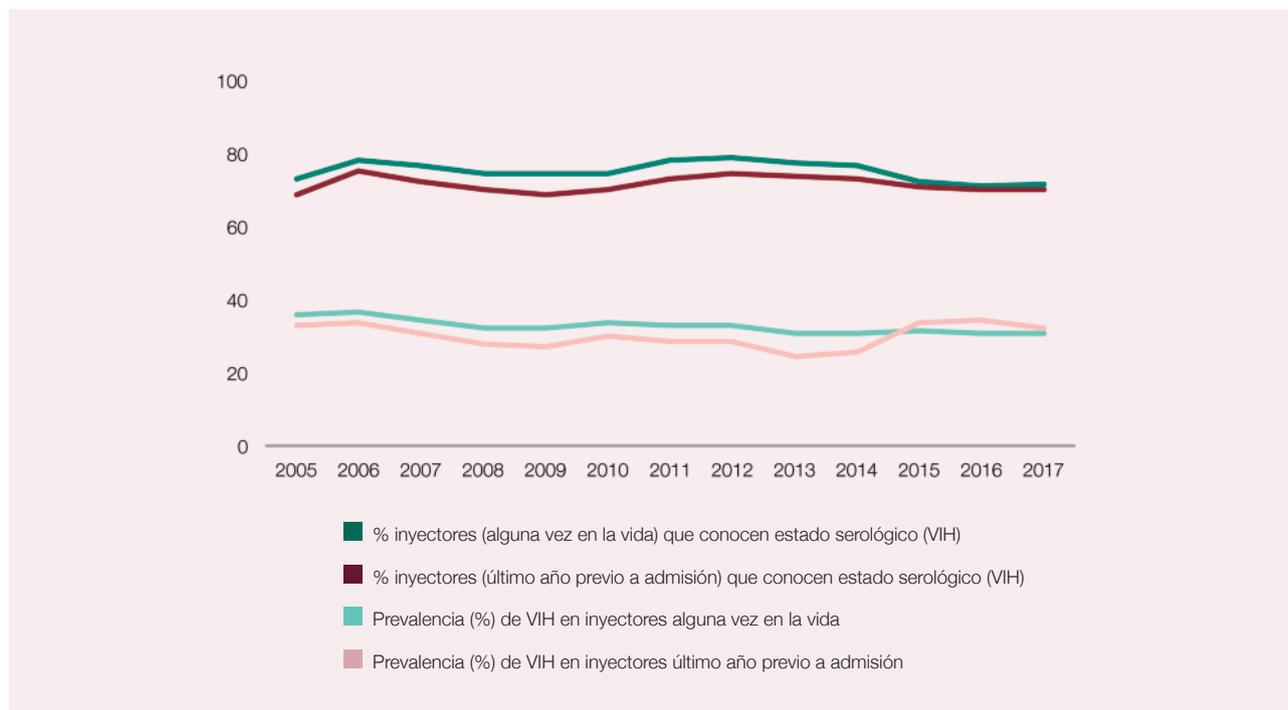
Prevalencia de infección y conocimiento de estado serológico sobre VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas que han utilizado la vía inyectada alguna vez en la vida o último año (números absolutos y %). España, 2005-2017.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
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
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
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
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
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
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

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

Figura 2.4.4.

Prevalencia de infección y conocimiento de estado serológico sobre VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas que han utilizado la vía inyectada alguna vez en la vida o último año (%). España, 2005-2017.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% inyectores (alguna vez en la vida) que conocen estado serológico (VIH)	73,3	78,2	76,8	74,6	74,1	74,7	78,0	78,6	77,4	76,4	72,6	71,1	71,4
% inyectores (último año previo a admisión) que conocen estado serológico (VIH)	68,7	74,9	72,5	70,5	68,7	70,1	73,0	74,6	73,6	72,8	70,9	70,1	70,0
Prevalencia (%) de VIH en inyectores alguna vez en la vida	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
Prevalencia (%) de VIH en inyectores último año previo a admisión	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

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

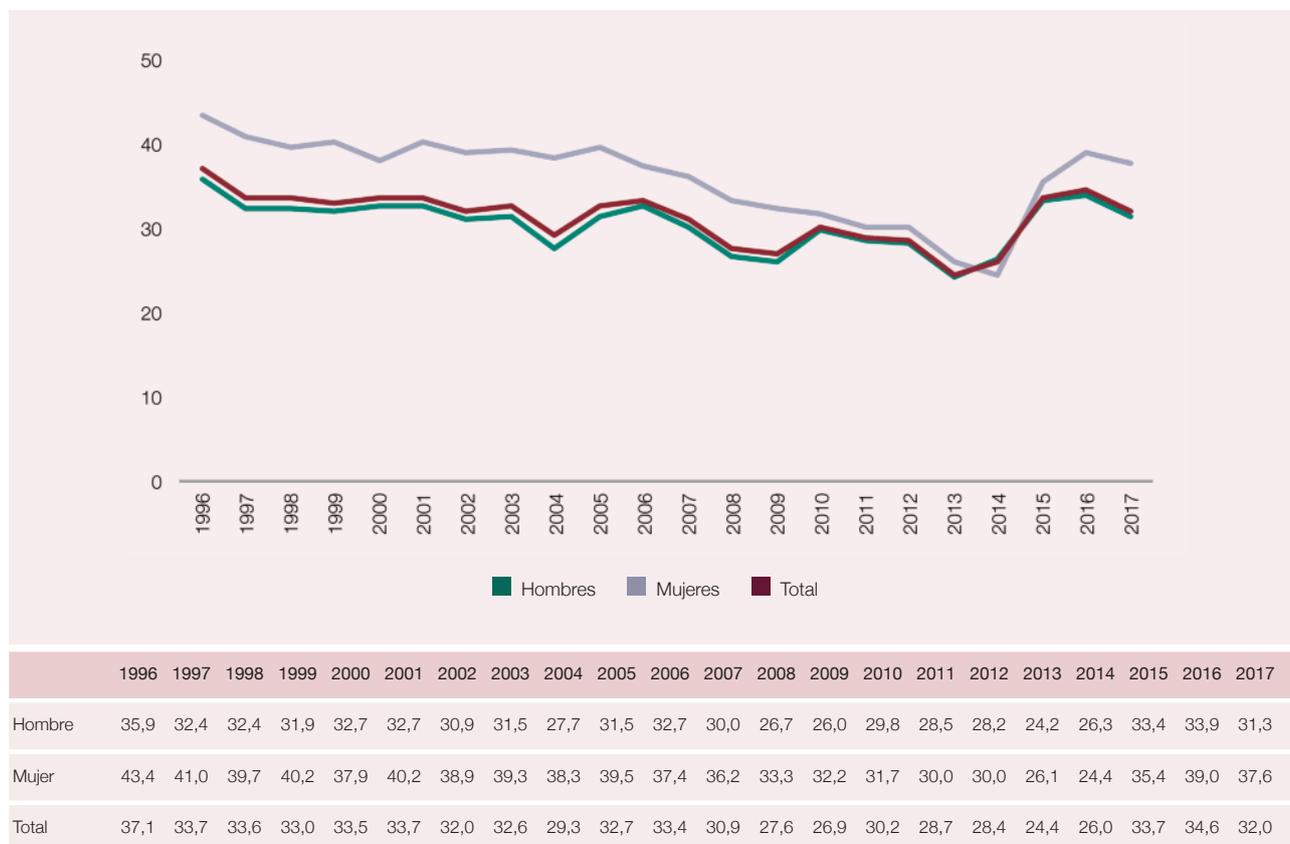
La cifra registrada en 2017 (32,1%) supone un pequeño descenso con respecto a 2016 (34,6%), que se confirma en ambos sexos, registrando un descenso del porcentaje de mujeres y hombres inyectores que conocen su estado serológico y son VIH positivos (mujeres 39% en 2016 frente a 37,6% en 2017; hombres 33,9% en 2016 frente a 31,3% en 2017) y un descenso también del porcentaje de inyectores que conocen su estado serológico y son VIH positivos entre los mayores de 34 años (39,3% en 2016 frente a 35,1% en 2017).

En cualquier caso, es conveniente interpretar las variaciones con cautela, ya que pueden verse influidas por cambios en el número absoluto de casos de las diferentes categorías consideradas y por la variación del número de personas que conocen su estado serológico.

En relación con el conocimiento o no del estado serológico entre los inyectores, aproximadamente 3 de cada 4 inyectores (alguna vez en la vida o último año) conocen su estado serológico para el VIH, proporción que se ha venido manteniendo estable durante los últimos años.

Figura 2.4.5.

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, 1996-2017.



Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruce. La proporción de inyectores admitidos a tratamiento que desconocía su estado serológico frente al VIH fue de 33,5% en 1997, 29,4% en 1999, 25,5% en 2001, 26,1% en 2003, 27,5% en 2004, 26,7% en 2005, 21,8% en 2006, 23,2% en 2007, 29,5% en 2008, 16,9% en el 2009, 18,1% en 2010, 18,3% en 2011, 18,6% en 2012, 26,4% en 2013, 27,2% en 2014, 29,1% en 2015, 30% en 2016 y 26,4% en 2017.

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

Además, se dispone también 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 2017, teniendo en cuenta la edad, el sexo, si se habían inyectado alguna vez en la vida o durante el año previo a ser admitidos a tratamiento y si eran o no consumidores de opioides (tabla 2.4.3).

En 2017, el 32,1% de los que se habían inyectado en los últimos 12 meses tenían serología positiva para VIH, localizándose las principales diferencias en función del sexo (31,3% en hombres y 37,6% en mujeres) y del grupo de edad: mayores prevalencias de infección en los mayores de 34 años (35,1%) frente a los de menor edad (18,7%).

## Hepatitis B (VHB)

En 2017, entre los que se habían inyectado alguna vez en la vida y conocían su estado serológico (1.955) el 7,7% mostró serología positiva para VHB (151). Asimismo, entre los que conocían su estado serológico y utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos a ser admitidos (810), el 8% (65) mostró serología positiva para VHB (tabla 2.4.4), cifra inferior a la de años anteriores.

Entre los admitidos a tratamiento que se inyectaron en los últimos 12 meses, la prevalencia de infección de VHB es superior entre los hombres que entre las mujeres (8,9% frente a 1,8%), siendo superior el porcentaje de mujeres que conocen su estado serológico (32,5% frente a 29,7%).

Tabla 2.4.3.

Prevalencia y conocimiento estado serológico sobre infección por VIH, hepatitis B (VHB) y hepatitis C (VHC) entre los inyectores (alguna vez en la vida y último año) admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (números absolutos y %). España, 2017.

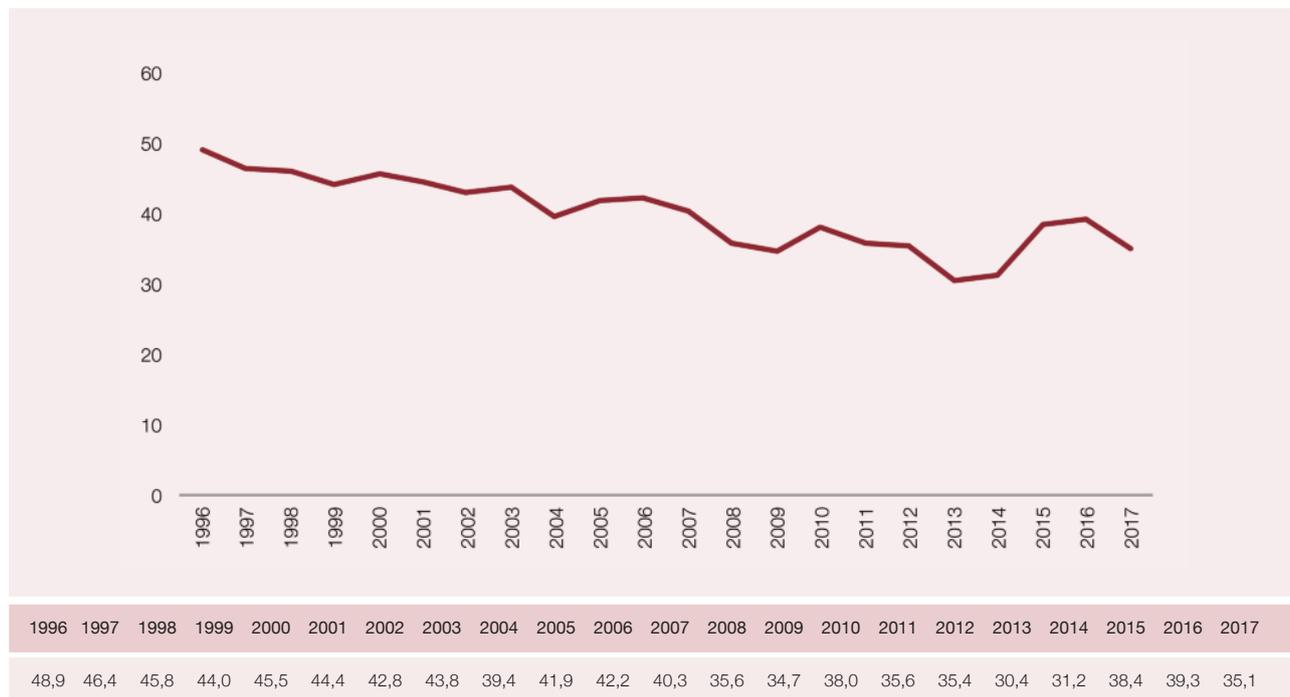
	VIH		Hepatitis B		Hepatitis C	
	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión
<b>TOTAL</b>						
Total inyectores (nº)	5.946	2.691	5.946	2.691	5.946	2.691
Prevalencia de infección (%)	30,8	32,1	7,7	8,0	61,4	63,1
Conocen estado serológico (%)	71,4	70,0	32,9	30,1	70,9	69,5
<b>SEXO</b>						
Hombres inyectores (nº)	5.115	2.350	5.247	2.232	5.247	2.232
Prevalencia de infección (%)	29,5	31,3	8,2	8,9	60,7	62,7
Conocen estado serológico (%)	71,4	70,3	32,9	29,7	70,9	69,8
Mujeres inyectoras (nº)	822	338	822	338	822	338
Prevalencia de infección (%)	39,1	37,6	4,2	1,8	65,1	66,2
Conocen estado serológico (%)	71,5	67,8	32,0	32,5	70,8	66,6
<b>EDAD</b>						
Inyectores < 35 años (nº)	786	551	786	551	786	551
Prevalencia de infección (%)	17,4	18,7	1,9	2,6	46,0	48,9
Conocen estado serológico (%)	63,0	62,3	26,2	27,4	64,8	64,1
Inyectores ≥ 35 años (nº)	5.160	2.140	5.160	2.140	5.160	2.140
Prevalencia de infección (%)	32,6	35,1	8,4	9,3	63,5	66,5
Conocen estado serológico (%)	72,7	72,1	33,9	30,8	71,9	70,7
<b>OPIÁCEOS</b>						
Inyectores consumidores de opiáceos (nº)	4.944	2.364	4.944	2.364	4.944	2.364
Prevalencia de infección (%)	31,1	32,1	7,9	8,4	63,5	66,1
Conocen estado serológico (%)	71,7	70,0	32,6	29,3	71,1	69,1
Inyectores no consumidores de opiáceos (nº)	1.002	327	1.002	327	1.002	327
Prevalencia de infección (%)	29,5	31,7	7,6,79	6,0	50,7	42,4
Conocen estado serológico (%)	70,1	70,3	34,1	35,8	70,3	72,2

Nota: la prevalencia se calcula sobre los casos que conocen el estado serológico.

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

Figura 2.4.6.

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, 1996-2017.



Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruce. La proporción de inyectores admitidos a tratamiento que desconocía su estado serológico frente al VIH fue de 33,5% en 1997, 29,4% en 1999, 25,5% en 2001, 26,1% en 2003, 27,5% en 2004, 26,7% en 2005, 21,8% en 2006, 23,2% en 2007, 29,5% en 2008, 16,9% en el 2009, 18,1% en 2010, 18,3% en 2011, 18,6% en 2012, 26,4% en 2013, 27,2% en 2014, 29,1% en 2015, 30% en 2016 y 26,4% en 2017.

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

En relación con la edad, tanto la prevalencia de infección como la proporción de los que conocen su estado serológico frente al VHB son más elevadas en el grupo de los mayores de 35 años. Al igual que ocurre para la infección por VIH, se registran diferencias en la prevalencia de infección por VHB según la droga principal que motivó la admisión a tratamiento, siendo más elevada entre los que consumen opioides (tabla 2.4.3), aunque estas diferencias no son tan marcadas como en el caso del VIH.

Con respecto al grado de conocimiento sobre su estado serológico frente a la infección por el virus de la hepatitis B, el 32,9% de los que se inyectaron alguna vez en la vida y el 30,1% de los que lo hicieron durante los 12 meses previos a ser admitidos referían conocer su estado serológico frente al VHB. Estos porcentajes son claramente inferiores a los que se obtienen para el grado de conocimiento serológico para el VIH, que ronda el 70%.

## Hepatitis C (VHC)

En 2017, entre los que conocían su estado serológico y utilizaron la vía inyectada alguna vez en la vida (4.217), el 61,4% (2.588) mostró serología positiva para VHC. Asimismo, entre los que se habían inyectado en los 12 meses previos a ser admitidos y conocían su estado serológico (1.869), esta cifra alcanzó el 63,1% (1.180) (tabla 2.4.4), cifra inferior a la obtenida en años anteriores.

Entre los admitidos a tratamiento que se inyectaron en los últimos 12 meses, la prevalencia de infección por hepatitis C es mayor entre las mujeres que entre los hombres (66,2% frente a 62,7%), siendo por contra ligeramente mayor la proporción de hombres que conocen su estado serológico frente al VHC (hombres 69,8% frente a mujeres 66,6%). Como ocurría para los virus VIH y VHB, tanto la prevalencia de infección como el conocimiento del estado serológico son más elevados entre aquéllos que tienen 35 o más años y entre los que han sido admitidos a tratamiento por consumo de opioides (tabla 2.4.3), e igual que ocurre con la Hepatitis B, las diferencias no son tan marcadas como en el VIH.

Con respecto al grado de conocimiento sobre su estado serológico frente a la infección por el virus de la hepatitis C, alrededor del 70% de los que se inyectaron alguna vez en la vida conocen esta información, cifra similar a la obtenida entre los que se inyectaron en los 12 meses previos a ser admitidos a tratamiento. Estos porcentajes son semejantes a los que se obtienen para el grado de conocimiento serológico para el VIH y muy superiores a los obtenidos para el VHB.

**Tabla 2.4.4.**

**Evolución del número de inyectores (alguna vez en la vida y último año) admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas: prevalencia y conocimiento de estado serológico para VHC y VHB (números absolutos y %). España, 2015-2017.**

	2015	2016	2017
<b>Total inyectores último año previo a admisión (nº)</b>	<b>2.413</b>	<b>2.621</b>	<b>2.691</b>
Conocen su estado serológico frente a VHB (nº)	727	734	810
Casos positivos VHB (portador crónico) (nº)	89	72	65
Prevalencia de infección por VHB (%).	12,2	9,8	8,0
Conocen su estado serológico frente a VHC (nº)	1.702	1.818	1.869
Casos positivos VHC (nº)	1.173	1.221	1.180
Prevalencia de infección por VHC (%).	68,9	67,2	63,1
<b>Total inyectores alguna vez en la vida (nº)</b>	<b>5.904</b>	<b>6.117</b>	<b>5.946</b>
Conocen su estado serológico frente a VHB (nº)	2.002	1.993	1.955
Casos positivos VHB (portador crónico) (nº)	210	188	151
Prevalencia de infección por VHB (%).	10,5	9,4	7,7
Conocen su estado serológico frente a VHC (nº)	4.212	4.265	4.217
Casos positivos VHC (nº)	2.802	2.749	2.588
Prevalencia de infección por VHC (%).	66,5	64,5	61,4

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

## 2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2017

### 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 EMCDDA<sup>1</sup> de 2013, 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 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 internacional<sup>2</sup> lo que permite realizar comparaciones y análisis conjuntos.

En 2019 se han llevado a cabo 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 Admisiones a Tratamiento. Se han utilizado el método multiplicador, la inclusión de escalas psicométricas en encuestas y la estimación a partir de la frecuencia de consumo sola o asociada a una potencial vulnerabilidad (tabla 2.5.1).

En este capítulo se presentan la metodología y los resultados de los estudios realizados en los últimos años. La información correspondiente a años previos puede consultarse en los informes anteriores del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)<sup>3</sup>.

1. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA): <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>

2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA): <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>. Observatorio Interamericano sobre Droga (OID): [http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/default\\_spa.asp](http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/default_spa.asp). European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): <http://www.espad.org/>

3. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/home.htm>

Tabla 2.5.1.

Estimaciones de consumo problemático de diferentes sustancias psicoactivas realizadas en España de 2006 a 2017.

Sustancia psicoactiva	Método	Fuente de información	Año de estimación
Alcohol	Estimación basada en escala psicométrica en encuesta en población general: AUDIT	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2009 2013 2017
Cannabis	Estimación basada en escalas psicométricas en estudiantes*: CAST, SDS, DSM-IV, M-CIDI	ESTUDES: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (14-18 años)	2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016
	Estimación basada en escalas psicométricas en población general: CAST	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2013 2015 y 2017
	Estimación basada en frecuencia de consumo en encuestas en población general	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2011, 2013 2015 y 2017
Cocaína	Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad en encuestas en población general	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2009, 2011 2013, 2015 y 2017
	Estimación basada en frecuencia de consumo en encuestas en población general	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2009, 2011 2013, 2015 y 2017
Heroína	Estimación indirecta Método multiplicador	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2007 2008 2009
		Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	2010 2011 2012
		Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides	2013 2014 2015 2016 y 2017
Inyección de drogas	Estimación indirecta Método multiplicador	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2007 2008 2009
		Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	2010 2011 2012
		Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides	2013 2014 2015 2016 y 2017

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test. CAST: Cannabis Abuse Screening Test. SDS: Severity of Dependence Scale. DSM-IV: American Psychiatric Association. M-CIDI: Munich Composite International Diagnostic Interview.

\* 2006: CAST, SDS, DSM-IV; 2008: CAST; 2010: CAST, SDS, M-CIDI; 2012: CAST; 2013: CAST; 2014: CAST; 2015: CAST; 2016: CAST; 2017: CAST.

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

## Estimación del consumo problemático/de riesgo de alcohol

### Metodología

Existen diferentes formas de consumo excesivo 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, 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 AUDIT<sup>4</sup>, 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.

La Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), en sus ediciones de 2009, 2013 y 2017 incluyó la escala AUDIT con el objetivo de conocer el alcance del consumo problemático de alcohol en la población general (15-64 años). Se consideró que tenían un consumo de alcohol de riesgo aquéllos que obtenían en la escala AUDIT una puntuación igual o superior a 8 puntos.

## Resultados

En 2017, de los 15.933 encuestados en la encuesta EDADES que reconocieron haber consumido alcohol en el último año, 15.425 contestaron las preguntas relativas a la escala AUDIT (97%).

La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol, medida a través del AUDIT, en la población española de 15 a 64 años se sitúa en 5,1% lo que permite estimar que en 2017 había aproximadamente 1.600.000 consumidores de alcohol de riesgo en España (1.200.000 hombres y 400.000 mujeres) (tabla 2.5.2).

**Tabla 2.5.2.**

**Número y porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo (AUDIT  $\geq$ 8), en la población de 15 a 64 años. España, 2009-2017.**

Consumidores de riesgo (AUDIT $\geq$ 8)	Número de consumidores problemáticos de 15 a 64 años Total (hombres/mujeres)	Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años	Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido alcohol en el último año
2009	1.550.000 (1.300.000/250.000)	4,8	6,5
2013	1.600.000 (1.300.000/300.000)	5,0	6,4
2017	1.600.000 (1.200.000/400.000)	5,1	7,1

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 7,1% mostró un consumo de riesgo, encontrando que tiene mayor alcance entre la juventud masculina y que disminuye con la edad. Es importante remarcar que el 9,9% de los jóvenes de 15 a 24 años muestra un consumo de riesgo (12,9% hombres, 6,5% mujeres) (tabla 2.5.3).

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.

**Tabla 2.5.3.**

Porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo\* entre los que han consumido en el último año, según edad y sexo. España, 2009, 2013 y 2017.

	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*	6,5	9,9	2,4	12,0	16,1	7,4	8,8	13,5	2,7	4,1	6,9	0,8	4,6	7,1	1,5	3,5	6,0	0,1
2013*	6,4	9,7	2,6	11,8	16,0	7,1	7,5	11,7	2,4	5,1	8,0	1,6	4,6	6,8	2,1	4,3	7,5	0,3
2017*	7,1	9,7	3,9	9,9	12,9	6,5	8,1	11,4	4,3	7,0	10,0	3,3	6,4	8,5	4,0	4,5	6,5	2,1

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

\* 2009, 2013 y 2017: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)  $\geq 8$ .

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Por último, según EDADES 2017, el perfil del consumidor de riesgo de alcohol es el de un varón, soltero, de 38 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando. El 34,7% ha consumido drogas ilegales en el último mes y el 7,4% ha consumido nuevas drogas alguna vez en la vida (tabla 2.5.4).

**Tabla 2.5.4.**

Características de los consumidores problemáticos/de riesgo de alcohol\* en la población de 15 a 64 años. España, 2017.

	2017
Sexo (% hombres)	74,7
Edad media (años)	37,5
Grupos de edad (años)	
15 a 24 años	20,4
25 a 34 años	22,3
35 a 44 años	24,7
45 a 54 años	21,2
55 a 64 años	11,4
Nacidos fuera de España (%)	9,8
Máximo nivel de estudios completado (%)	
Sin estudios/primarios	14,6
Enseñanza secundaria/estudios universitarios	85,4
Situación laboral (%)	
Trabajando	54,5
Parado no habiendo trabajado	2,3
Parado habiendo trabajado	15,7
Otras	27,5

	2017
Estado civil (%)	
Soltero/a	56,6
Casado/a	30,7
Separado/a – Divorciado/a	11,1
Viudo/a	1,6
Consumo de otras drogas (%)	
Drogas ilegales en los últimos 30 días	34,7
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	7,4
Otros consumos de riesgo	
Borracheras últimos 12 meses	70,9
Inestabilidad últimos 12 meses	63,8
Botellón últimos 12 meses	29,4
Borracheras últimos 30 días	46,4
Binge drinking últimos 30 días	73,8

\* Personas (15-64 años) con AUDIT $\geq$ 8.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de alcohol y drogas en España (EDADES).

## Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis

En los últimos años se ha venido dando mayor importancia a las posibles implicaciones del consumo de cannabis para la salud pública debido a varias razones, entre ellas, la extensión de su consumo entre la población española y europea en general, el incremento de las demandas de tratamiento por abuso o dependencia, 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 capítulo se presentan los resultados más importantes del cálculo de consumo problemático de cannabis, información que puede completarse con los resultados de las encuestas ESTUDES y EDADES.

## Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (escala CAST)

### Metodología

Uno de los posibles métodos para estimar el consumo problemático/de riesgo de cannabis es a través de la introducción de escalas psicométricas en encuestas de población.

En la encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España en población de 14 a 18 años (ESTUDES), se han incluido de manera periódica, desde 2006, diferentes escalas con el fin de conocer el consumo problemático de cannabis y de poder evaluar las propiedades psicométricas de estas escalas. En 2006, se utilizaron las escalas CAST (Cannabis Abuse Screening Test), SDS (Severity of Dependence Scale) y criterios de abuso del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV); en 2008, CAST; en 2010, CAST, SDS y M-CIDI (Munich Composite International Diagnostic Interview) y, en 2012, 2014 y 2016, CAST.

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 robustos<sup>5</sup>.

CAST (Cannabis Abuse Screening Test), es un cuestionario de 6 preguntas (tabla 2.5.5) desarrollado en Francia<sup>6</sup> con el objetivo de detectar el abuso 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<sup>7</sup>.

**Tabla 2.5.5.**

**CAST. Cannabis Abuse Screening Test.**

Pregunta	Opciones de respuesta
1. ¿Ha fumado cannabis antes del mediodía?	Nunca Raramente De vez en cuando Bastante a menudo Muy a menudo
2. ¿Ha fumado cannabis estando solo/a?	
3. ¿Ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	
4. ¿Le han dicho los amigos o miembros de su familia que debería reducir el consumo de cannabis?	
5. ¿Ha intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?	
6. ¿Ha tenido problemas debido a su consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, bajo rendimiento laboral)? ¿Cuáles?	

En España, se aplicó la escala de manera autoadministrada, durante 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 aquéllos que alcanzan una puntuación de 4 o más.

## Resultados

### EDADES (Encuesta sobre alcohol y drogas en España)

En 2017, se estima en 496.828 los consumidores de alto de riesgo de cannabis (CAST  $\geq 4$ ). La mayoría de ellos se encuentran entre la población de 15 a 34 años y son hombres. Éstos representan el 1,6% de la población general de 15 a 64 años (2,5% de los hombres y 0,7% de las mujeres). El grupo de población que presenta una mayor prevalencia de consumo de alto riesgo es el de 15-24 años, seguido del grupo de 25-34 años (figura 2.5.1).

Entre aquéllos que reconocen consumos en los últimos 12 meses, el 15,9% presenta consumo de alto riesgo (17,3% de los hombres y 12,3% de las mujeres), oscilando entre 9,6 y 17,3% en función del grupo de edad (figura 2.5.2). El porcentaje más elevado se registra en el grupo de 25-34 años.

5. Consumo problemático de cannabis en estudiantes de 14-18 años: validación de escalas. [http://www.pnsd.mspsi.es/eu/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/ConsProblematico\\_cannabis.pdf](http://www.pnsd.mspsi.es/eu/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/ConsProblematico_cannabis.pdf)

6. 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.

7. Legleye S, Piontek D, Kraus L: Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2011;113:229-235. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M: Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use* 2007;12: 233-242.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L: The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), 2009.

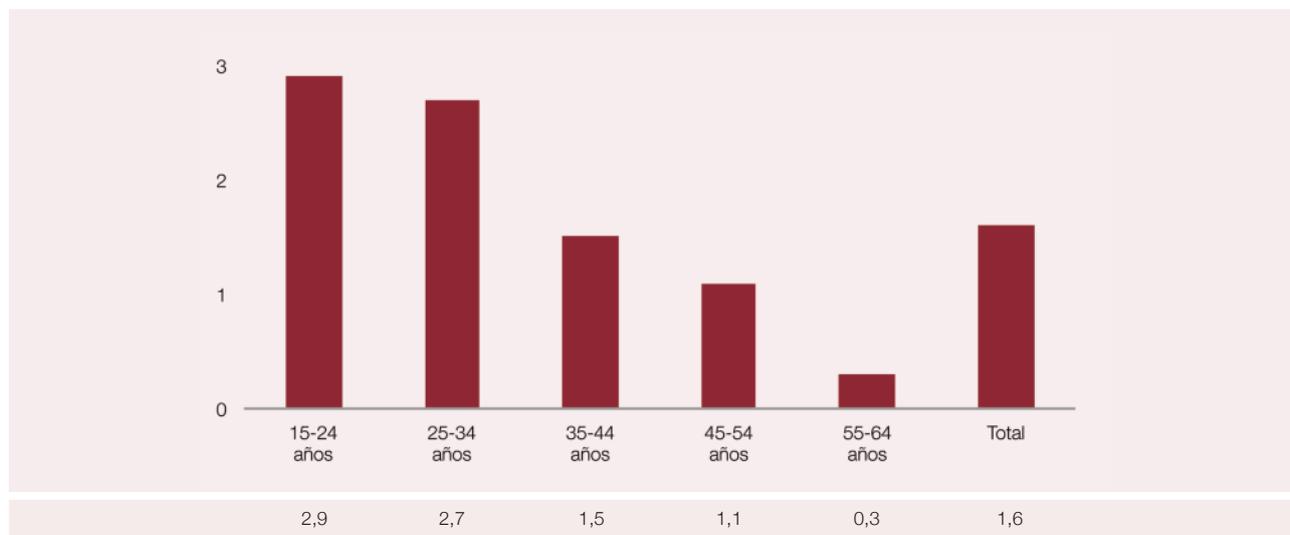
Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Bjarnason T, Balakireva O, Kokkevi A, Kraus L: The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Sweden, 2012 Cuenca-Royo AM, Sánchez-Niubó A, Forero CG, Torrens M, Selves JM, Domingo-Salvany A: Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addict Behav* 2012;37:709-715.

Fernandez-Artamendi S, Fernández-Hermida JR, Muñoz-Fernández J, Secades-Villa R, García-Fernández G (2012). Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-AS and CAST questionnaires. *Subst Abuse Treat Prev Policy*;7:1-10.

Legleye S, Piontek D, Kraus L, Morand E, Falissard B: A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *Int J Methods Psychiatr Res* 2013;22:16-26.

Figura 2.5.1.

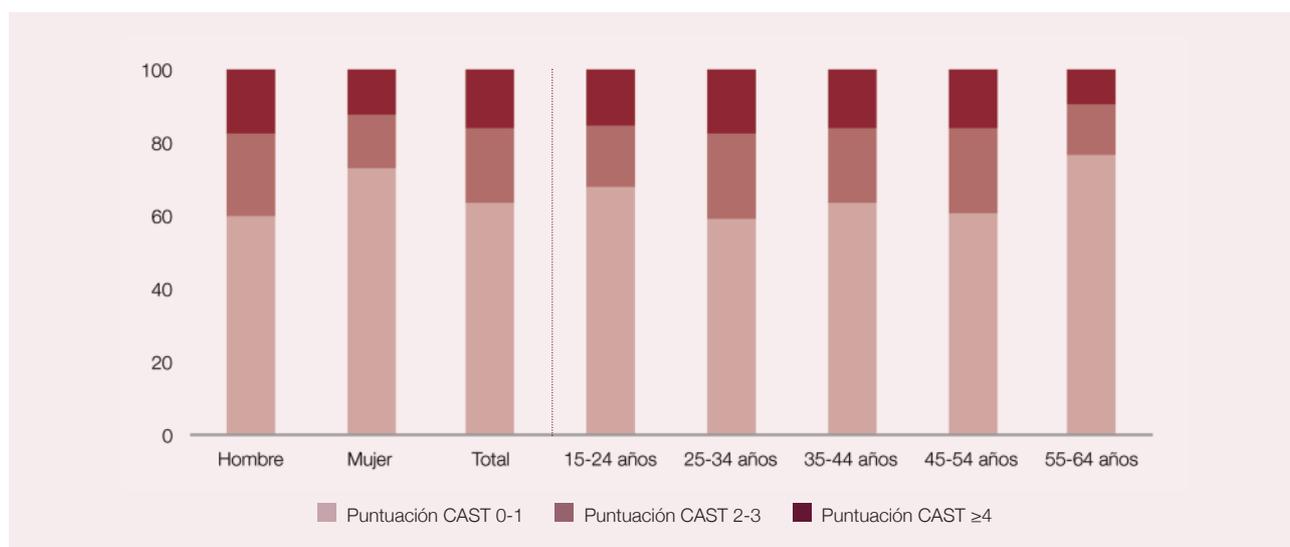
Prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST  $\geq 4$ ) en la población de 15 a 64 años, según edad (%). España 2017.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 2.5.2.

Categorización de resultados de la escala CAST entre los que han contestado el cuestionario en la población de 15 a 64 años por edad y sexo (%). España, 2017.



	Puntuación CAST 0-1	Puntuación CAST 2-3	Puntuación CAST $\geq 4$ (consumo problemático)	Puntuación CAST $\geq 2$ (consumo problemático)
Hombre	59,9	22,7	17,3	40,1
Mujer	72,8	15,0	12,3	27,2
Total	63,7	20,5	15,9	36,3
15-24 años	67,9	17,0	15,0	32,1
25-34 años	59,4	23,3	17,3	40,6
35-44 años	63,6	20,1	16,2	36,4
45-54 años	60,3	23,6	16,1	39,7
55-64 años	76,3	14,0	9,6	23,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

Evolutivamente se detecta una disminución del número y del porcentaje de consumidores problemáticos en población general de 15 a 64 años, pasando del 2,2% en 2013 al 1,6% en 2017 (tabla 2.5.6).

**Tabla 2.5.6.**

**Evolución de las estimaciones de consumidores de cannabis de alto riesgo (CAST  $\geq 4$ ) entre la población general. España, 2013-2017.**

	2013	2015	2017
Estimación de consumidores problemáticos cannabis (CAST $\geq 4$ )	687.233	558.549	496.828
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años	2,2	1,8	1,6
Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido cannabis en el último año	25,0	21,2	15,9

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).

### ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España)

Tal y como se observa en la tabla 2.5.7, en 2016 (último año disponible ya que, recordemos, esta encuesta se realiza cada dos años), el 2,8% de los estudiantes españoles de 14 a 18 años (2,9% hombres y 0,7% mujeres) podrían estar realizando un consumo problemático de cannabis, estimándose en 61.810 el número de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST  $\geq 4$ ) de 14 a 18 años.

**Tabla 2.5.7.**

**Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST  $\geq 4$ ) en la población de 14 a 18 años. España, 2006-2016.**

Consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST $\geq 4$ )	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Número de consumidores problemáticos de 14 a 18 años*	73.534	81.080	100.340	83.208	53.701	61.810
Porcentaje entre toda la población de 14 a 18 años	3,3	3,7	4,6	3,8	2,5	2,8
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

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

\* Estimación del número de consumidores problemáticos en el total de la población de 14 a 18 años (INE).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

La prevalencia de este tipo de consumo, calculada por medio de la escala CAST, muestra en España una tendencia ligeramente ascendente en el periodo 2006-2010, año en el que se produjo el valor más alto. Los datos de ESTUDES 2012 parecían indicar una ruptura de esta tendencia, que se confirmó con los datos obtenidos en 2014. En 2016, se registra cierto repunte, sin alcanzar las cifras registradas en 2012.

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/de riesgo entre aquéllos 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, aunque 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 lo hacía con un patrón de riesgo.

Sin embargo, en 2014 y también en 2016 se registra un descenso del porcentaje de consumidores problemáticos entre aquéllos que consumieron cannabis en el último año.

## Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (frecuencia de consumo)

### Metodología

Otro método empleado para conocer el número de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis es utilizar la frecuencia de consumo. Se aplican los criterios recomendados por el EMCDDA<sup>8</sup>, que considera consumidor problemático/de riesgo a aquel que ha consumido cannabis 20 o más días en el último mes.

Partiendo de los datos de la encuesta domiciliaria (Encuesta sobre alcohol y drogas en población general de 15 a 64 años - EDADES) se realizan los cálculos para los años 2011, 2013, 2015 y 2017. Con los datos de la encuesta escolar (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España - ESTUDES) se realizan los cálculos para 2014 y 2016.

### Resultados

#### EDADES (Encuesta sobre alcohol y drogas en España)

En 2017 se registran más de 860.000 consumidores de riesgo (consumo de 20 días o más en el último mes) de cannabis (15 a 64 años). Esta cifra equivale a un 2,8% de la población en este rango de edad. Si se consideran únicamente las personas que declaran en EDADES haber consumido cannabis en el último año, el porcentaje de consumidores de riesgo alcanza el 31,6%.

Las cifras muestran una tendencia estable en los últimos años (tabla 2.5.8) y son coherentes con las obtenidas mediante la aplicación de la escala CAST.

**Tabla 2.5.8.**

**Número y porcentaje de consumidores frecuentes de cannabis (han consumido cannabis 20 días o más en el último mes) en la población de 15 a 64 años. España, 2011-2017.**

	2011	2013	2015	2017
Número de consumidores frecuentes de 15 a 64 años.	803.229	817.859	806.793	863.639
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años.	2,5	2,5	2,6	2,8
Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido cannabis en el último año	26,0	27,4	27,7	31,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

8. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_218205\\_EN\\_PDU%20revision.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_218205_EN_PDU%20revision.pdf)

En 2017, el perfil de este tipo de consumidores (consumo de cannabis 20 días o más en el último mes), es el de un hombre español, soltero, de 34 años que ha finalizado la enseñanza secundaria y que trabaja o está en paro, habiendo trabajado antes (tabla 2.5.9). La mayoría (99,5%) consume drogas legales, casi 1 de cada 5 (17,7%) consume otras drogas ilegales y 1 de cada 10 han probado nuevas sustancias psicoactivas. En 2017 aumenta de nuevo, la edad media de estos consumidores frecuentes (pasando de 32 años en 2013 a 34 años en 2017) y también el porcentaje de ellos que trabajan.

**Tabla 2.5.9.**

**Características de los consumidores frecuentes de cannabis (han consumido cannabis 20 días o más en el último mes) en la población de 15 a 64 años. España, 2011-2017.**

	2011	2013	2015	2017
Sexo (% hombres)	76,3	78,4	80,2	80,8
Edad media (años)	31,1	32,0	32,9	34,0
Grupos de edad (años)				
15 a 24 años	31,4	27,6	25,7	24,0
25 a 34 años	35,4	37,5	33,7	31,2
35 a 44 años	22,5	20,7	25,0	23,6
45 a 54 años	7,3	11,1	11,5	16,2
55 a 64 años	3,3	3,1	4,1	5,0
Nacidos fuera de España (%)	5,0	9,4	9,2	8,7
Máximo nivel de estudios completado (%)				
Sin estudios	6,2	2,1	3,1	3,6
Enseñanza primaria	18,4	17,6	13,2	11,8
Enseñanza secundaria	67,6	73,0	71,5	76,7
Estudios universitarios	7,8	7,3	12,2	7,8
Situación laboral (%)				
Trabajando	54,0	31,6	48,7	54,7
Parado no habiendo trabajado	4,3	5,6	4,4	2,9
Parado habiendo trabajado	33,3	39,4	29,6	25,2
Otras	17,4	23,4	17,3	17,2
Estado civil (%)				
Soltero/a	70,5	72,7	70,5	64,8
Casado/a	22,1	20,0	22,3	23,7
Separado/a – Divorciado/a	7,3	6,8	7,2	11,5
Viudo/a	0,2	0,5	0,0	0,0
Consumo de otras drogas (%)				
Drogas legales en los últimos 30 días	97,4	98,1	96,5	99,5
Drogas ilegales en los últimos 30 días	19,7	17,7	15,6	17,7
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	34,9	27,8	29,7	11,5

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

## ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España)

Respecto a la población de 14 a 18 años, para el año 2016, se estima en 39.129 a los consumidores frecuentes de cannabis. Esta cifra equivale a un 1,8% de la población en este rango de edad. Si se tiene en cuenta únicamente las personas que declaran en ESTUDES haber consumido cannabis en el último año, este porcentaje se situaría en un 7,1%.

## Estimación del consumo problemático/de riesgo de cocaína

### Metodología

Para estimar el consumo problemático/de riesgo de cocaína, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones utiliza desde 2009 un método basado en la frecuencia de consumo y 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 (EADADES).

Posteriormente, el protocolo del EMCDDA (2013), estableció como consumidores problemáticos/de riesgo aquéllos que han consumido cocaína 26 o más días en el último año. Para adaptarnos a las posibilidades que ofrece la encuesta EADADES, en España los cálculos se estiman para aquéllos que han consumido 30 o más días en el último año (tabla 2.5.10).

**Tabla 2.5.10.**

### Criterios utilizados para estimar el consumo problemático/de riesgo de cocaína.

<b>Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad</b>
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.
<b>Estimación basada en frecuencia de consumo</b>
Criterios de inclusión: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.
<b>Estimación basada en frecuencia de consumo</b>
Criterios de inclusión: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año.

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

## Resultados

La encuesta EADADES 2017 nos informa de que el 10,3% de la población española de 15 a 64 años consumió cocaína —polvo y/o base— alguna vez en la vida, el 2,2% en el último año y el 1,1% en el último mes. Ello permite estimar que, en España, en 2017, más de 673.000 personas habían consumido cocaína en el último año. De estos consumidores se estima que al menos 92.536 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 0,30% de la población de 15 a 64 años y al 14,9% de los consumidores del último año. Se observa un repunte de este tipo de consumo con respecto a años anteriores, que además se pone de manifiesto independientemente de los diferentes criterios utilizados (tabla 2.5.11) y que es coherente con los datos registrados por otras fuentes de información.

Tabla 2.5.11.

Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína (15-64 años). España, 2009-2017.

	Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad <sup>1</sup>	Estimación basada en frecuencia de consumo <sup>2</sup>
2009		
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	140.525	–
% entre toda la población de 15-64 años	0,4	–
% entre la población de 16-64 años que ha consumido cocaína en el último año	16,5%	–
2011		
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	130.537	118.889
% entre toda la población de 15-64 años	0,4	0,4
% entre la población de 16-64 años que ha consumido cocaína en el último año	18	16,4
2013		
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	97.139	92.406
% entre toda la población de 15-64 años	0,3	0,3
% entre la población de 16-64 años que ha consumido cocaína en el último año	13,8	13,1
2015		
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	76.956	72.962
% entre toda la población de 15-64 años	0,3	0,23
% entre la población de 16-64 años que ha consumido cocaína en el último año	12,4	11,7
2017		
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	101.610	92.536
% entre toda la población de 15-64 años	0,33	0,30
% entre la población de 16-64 años que ha consumido cocaína en el último año	16,4	14,9

1. Criterios de inclusión: personas (15-20 años) que han consumido cocaína 10 o más días en el último año Y que han consumido cocaína de 1 a 3 días en el último mes MÁS personas (21 a 64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.

2. Criterios de inclusión EMCDDA: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Por otro lado, la encuesta EDADES permite conocer algunas de las características de esta población de riesgo (tabla 2.5.12). Los datos ponen de manifiesto que el perfil del consumidor problemático de cocaína (España, 2017) es el de un varón de 39 años, con estudios secundarios finalizados, soltero y trabajando. Todos han consumido drogas legales en los últimos 30 días, el 93,4% ha consumido otras sustancias ilegales durante el mismo periodo y casi 4 de cada 10 han probado nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, perfil similar al de años anteriores.

Tabla 2.5.12.

Características de los consumidores problemáticos/de riesgo\* de cocaína, en la población de 15 a 64 años. España, 2011-2017.

	2011	2013	2015	2017
Sexo (% hombres)	79,9	80,2	82,4	88,7
Edad media (años)	34,7	36,8	37,4	38,9
Grupos de edad (años)				
15 a 24 años	16,6	10,4	15,0	6,4
25 a 34 años	38,1	34,4	23,4	25,1
35 a 44 años	27,0	36,6	33,1	33,6
45 a 54 años	17,3	13,2	24,3	27,8
55 a 64 años	0,9	5,4	4,2	7,1
Nacidos fuera de España (%)				
Máximo nivel de estudios completado (%)				
Sin estudios/primarios	26,6	17,7	21,5	12,1
Enseñanza secundaria/estudios universitarios	73,4	81,7	78,5	87,8
Situación laboral (%)				
Trabajando	45,8	39,3	51,3	62,1
Parado no habiendo trabajado	4,1	3,0	2,1	0,0
Parado habiendo trabajado	36,0	45,0	27,0	24,5
Otras	14,1	12,7	19,6	13,4
Estado civil (%)				
Soltero/a	71,1	59,8	61,2	56,7
Casado/a	16,5	32,4	13,2	21,7
Separado/a – Divorciado/a	11,2	6,2	23,8	21,5
Viudo/a	1,1	1,6	1,9	0,0
Consumo de otras drogas (%)				
Drogas legales en los últimos 30 días	100,0	99,2	97,1	100,0
Drogas ilegales en los últimos 30 días	68,7	72,6	91,9	93,4
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	41,8	39,1	64,2	39,3

\* Personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año (Protocolo 2013 EMCDDA).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

## Estimación del consumo problemático/de riesgo de heroína

### Metodología

El método utilizado para estimar el número de consumidores problemáticos de heroína se basa en estimaciones indirectas aplicando el método multiplicador.

En la tabla 2.5.13 se resume la metodología utilizada en 2017 y que se detalla a continuación.

**Tabla 2.5.13.**

**Esquema de la estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2017.**

Estimación del número mínimo de consumidores problemáticos de heroína		
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2017 (de 678 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por dependencia 327, es decir el 48%)		48%
2. Número de personas admitidas a tratamiento por heroína a partir de TDI (personas que inician tratamiento por heroína en ese año)		10.384
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)		21.633 (10.384 / 0,48)
4. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2) Personas en TMO (tratamiento de mantenimiento con opiáceos) y que están consumiendo heroína (hay 59.857 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)		23.943 (59.857 x 0,4)
5. Número mínimo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)		45.576 (21.633 + 23.943)
Estimación del número máximo de consumidores problemáticos de heroína		
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2017 (de 678 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por dependencia 327, es decir el 48%)		48%
2. Número de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios (TCA)		140.150
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 24,9% de los tratamientos en TDI son por heroína)		34.897 (140.150 x 0,249)
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)		72.703 (34.897 / 0,48)
5. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2) Personas en tratamiento de mantenimiento con opiáceos y que están consumiendo heroína (hay 59.857 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)		23.943 (59.857 x 0,4)
6. Número máximo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)		96.646 (72.703 + 23.943)

EDADES 2017: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2017: 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 2017 de la DGPNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en Centros Ambulatorios se obtienen de la Memoria 2017 de la DGPNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo problemático.

En la encuesta EDADES 2017 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 2017, y que el 48% de los nominados habrían iniciado tratamiento. Aplicando este multiplicador a los admitidos a tratamiento por heroína en 2017 (10.384) del Indicador de Admisiones a Tratamiento, se obtienen la cifra estimada de consumidores problemáticos de heroína en 2017 (21.633).

Sin embargo, como es posible que esta cifra se halle infraestimada, entre otras razones porque es probable que los entrevistados confundan “iniciar tratamiento este año” con “estar en tratamiento actualmente, aun iniciado en años anteriores”, se ha realizado una estimación paralela aplicando el multiplicador al número de usuarios de heroína que están,

ese año, en Tratamiento en Centros Ambulatorios (TCA) en España. Asumiendo la cifra de 24,9% como el porcentaje de personas en TCA que son atendidas con motivo del consumo de heroína, se obtendría que 34.198 personas han recibido tratamiento por heroína en 2017 (140.150 en tratamiento por cualquier droga). De nuevo, aplicando el multiplicador, se obtendrían 72.703 consumidores problemáticos de heroína.

En todo caso, las estimaciones anteriores (21.633 y 72.703) corresponderían, en términos generales, a los consumidores de heroína que no están en tratamiento de mantenimiento con opioides (TMO). Los datos disponibles informan que 59.857 personas se encontraban realizando TMO en 2017 (53.753 con metadona y 6.104 con buprenorfina + naloxona). Teniendo en cuenta que aproximadamente un 40% de los que están en TMO siguen consumiendo heroína, podría considerarse que 23.943 son también consumidores problemáticos, cifra que habrá que sumar a cada una de las estimaciones previas.

## Resultados

Los datos históricos indican que el total de consumidores problemáticos de heroína (prevalencia) llegó a su máximo en España a principios de los años noventa con más de 150.000 consumidores y que, posteriormente, ha descendido.

En España, en 2017, el número de consumidores de alto riesgo de heroína se encontraría en una horquilla entre 45.576 y 96.646 personas, con una estimación media de 71.111. Las estimaciones realizadas muestran que en 2017 se frena la tendencia descendente iniciada en 2012. 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 5.2.14).

**Tabla 2.5.14.**

**Estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2009-2017.**

	Número de consumidores problemáticos de heroína Valor medio (valor mínimo y máximo)	% de consumidores problemáticos de heroína en la población de 15 a 64 años. 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	71.111 (45.576 - 96.646)	0,23 (0,15 - 0,31)

Tamaño población EDADES 2015: 31.030.473

Tamaño población EDADES 2017: 30.844.228

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo problemático y datos de población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

## Estimación del consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada

### Metodología

El método empleado para estimar el número de inyectores recientes de drogas (último año) es similar al utilizado para estimar el consumo problemático de heroína y se basa en estimaciones indirectas aplicando el método multiplicador.

En la tabla 2.5.15 se resume la metodología utilizada en 2017 y que se detalla a continuación.

**Tabla 2.5.15.**

**Esquema de la estimación del número de inyectores de drogas recientes (último año).**

Estimación del número mínimo de inyectores recientes (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2017 (de 688 inyectores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 444, es decir el 65%)	65%
2. Número de inyectores recientes (en el último año antes de la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento a partir del TDI	2.691
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)	4.140 (2.691 / 0,65)
4. Número de inyectores en TMO (parte 2) (hay 59.857 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 16,5% ha utilizado la vía inyectada)	3.951 (59.857 x 0,4 = 23.943 y 23.943 x 0,165 = 3.951)
5. Número mínimo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	8.091 (4.140 + 3.951)
Estimación del número máximo de inyectores recientes (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2017 (de 688 inyectores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 444 es decir el 65%)	65%
2. Número de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios (TCA)	140.150
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 6,6% de los admitidos a tratamiento se inyectó drogas en el último año)	9.250 (140.150 x 0,066)
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)	14.231 (9.250 / 0,65)
5. Número de inyectores en TMO (parte 2) (hay 59.857 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 16,5% ha utilizado la vía inyectada)	3.666 (59.857 x 0,4 = 23.943 y 23.943 x 0,165 = 3.951)
6. Número máximo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	18.182 (14.231 + 3.951)

EDADES 2017: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2017: 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 opioides se obtienen de la Memoria 2017 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 2017 de la DGPNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo problemático.

La encuesta EDADES 2017 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 688 inyectores nominados de los que, según los entrevistados, 444 (65%) habían iniciado un tratamiento por abuso o dependencia de drogas, lo que aplicado a los 2.691 inyectores (inyección en los 12 meses previos a la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento en España en 2017 condujo a una estimación de 4.140 (2.691/0,65) inyectores de drogas recientes en 2017, 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 9.250 inyectores. Para obtener esta cifra se asume que se ha inyectado el mismo porcentaje de usuarios que inician tratamiento (6,6%).

En todo caso, las estimaciones anteriores (4.140 y 9.250) 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 3.951 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 16,5% ha utilizado la vía inyectada en 2017.

## Resultados

En España en 2017, la cifra estimada de inyectores recientes (último año) se encontraría en la horquilla comprendida entre 8.091 y 18.182 personas, con una estimación media de 13.136 personas (tabla 2.5.16). Se observa un aumento del número estimado de inyectores respecto a las cifras de años anteriores, alcanzando valores similares a los de 2012 y confirmando el cambio de tendencia detectado en 2015.

**Tabla 2.5.16.**

**Estimación del número de inyectores de drogas recientes (último año). España. 2009-2017.**

	Número de inyectores recientes.		Porcentaje de inyectores recientes entre la población de 15 a 64 años.	
	Valor medio (valor mínimo y máximo)		Valor medio (valor mínimo y máximo)	
2009	18.549	(14.042 - 23.056)	0,043	(0,057 - 0,071)
2010	15.649	(12.902 - 18.397)	0,048	(0,040 - 0,057)
2011	14.863	(12.067 - 17.659)	0,046	(0,038 - 0,055)
2012	11.865	(9.669 - 14.061)	0,038	(0,030 - 0,044)
2013	9.879	(7.971 - 11.786)	0,030	(0,024 - 0,037)
2014	7.578	(5.634 - 9.522)	0,024	(0,018 - 0,030)
2015	11.048	(6.818 - 15.278)	0,035	(0,021 - 0,049)
2016	12.684	(7.698 - 17.671)	0,041	(0,025 - 0,057)
2017	13.136	(8.091 - 18.182)	0,042	(0,026 - 0,059)

Tamaño población EDADES 2013: 31.980.402

Tamaño población EDADES 2015: 31.030.473

Tamaño población EDADES 2017: 30.844.228

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo problemático y datos de población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

A large, dark teal number '3' is positioned on the right side of the page, partially overlapping the text. The background is a light teal color.

# Sistemas de alerta temprana

## 3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS-Early Warning System)

### Objetivo y funcionamiento

Las medidas adoptadas por los países europeos para prevenir la oferta de drogas se amparan en tres Convenios de las Naciones Unidas, que ofrecen un marco internacional para el control de la producción, el comercio y la posesión de más de 240 sustancias: Convención única de 1961 sobre estupefacientes (enmendada en 1972) y Convenio único sobre sustancias psicotrópicas de 1971 y Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

La rápida aparición de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) y la diversidad de productos disponibles han supuesto un reto para esos Convenios y para los responsables de la formulación de políticas y legisladores europeos.

El Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS)<sup>1</sup> fue creado en 1997 por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)<sup>2</sup> y la Oficina Europea de Policía (Europol)<sup>3</sup> en colaboración con los Estados Miembros de la Unión Europea (UE), en el marco de la Acción Común de 16 de junio de 1997 relativa al intercambio de información, la evaluación de riesgos y el control de las nuevas drogas de síntesis<sup>4</sup>. Cada Estado Miembro de la UE articula su sistema nacional en función de su organización interna<sup>5</sup>.

El EWS tiene como objetivo la notificación de NSP y ofrece un mecanismo de intercambio de información y de respuesta rápida frente a la aparición de “nuevas drogas” o “nuevas sustancias psicoactivas”, entendiéndose por éstas, sustancias sintéticas o naturales no controladas por el derecho internacional y a menudo producidas para que imiten los efectos de las drogas fiscalizadas. Asimismo, es posible también utilizar la red para dar una alerta relativa a eventos de importancia relacionados con drogas, por ejemplo, muertes o intoxicaciones asociadas con la adulteración o contaminación de las mismas.

En el ámbito de la UE, se ha revisado el marco jurídico que databa de 2005 (Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la UE, de 10 de mayo de 2005<sup>6</sup>), con el fin de establecer un sistema más rápido y eficaz. La nueva legislación mantiene la estrategia de tres pasos para responder a las NSP —alerta temprana, evaluación del riesgo y medidas de control—, reforzando los procesos existentes optimizando y acelerando los procedimientos de recopilación y evaluación de los datos.

1. EWS. Early Warning System. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system>

2. EMCDDA - European Monitoring Center for Drugs and Drug Addictions. <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Europol. <https://www.europol.europa.eu/>

4. Acción común de 16 de junio de 1997 adoptada por el Consejo sobre la base del artículo K.3 del Tratado de la Unión Europea, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas drogas sintéticas (DOL 167 de 25-6-97, p.1).

5. Early Warning System, National Profiles. EMCDDA, Lisbon, May 2012. <http://www.emcdda.europa.eu/thematic-papers/ews>

6. Decisión 2005/387/JAI del Consejo, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas (DOL127 de 20.5.2005, p. 32).

Esta nueva legislación está vigente en Europa desde el 23 de noviembre de 2018 y comprende:

- El Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicotrópicas<sup>7</sup>.
- La Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por la que se modifica la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicotrópicas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo<sup>8</sup>.

La Directiva establece que para que una sustancia sea considerada nueva sustancia psicotrópica (NPS) a nivel de la UE, es necesario que la CE adopte un Acto Delegado, que a su vez los Estados Miembros deberán recoger en su legislación nacional en el plazo de 6 meses. Con ello la sustancia tendrá la consideración legal de droga.

A su vez, el Reglamento incide en las diversas fases del procedimiento que tienen lugar desde el intercambio de información y alertas hasta la evaluación del riesgo. El nuevo procedimiento mantiene la estrategia en tres pasos o fases para dar respuesta: alerta temprana, evaluación del riesgo y medidas de control, pero introduce como novedad la aceleración y optimización de la fase de recopilación y evaluación de la información y reduce los plazos con respecto a los establecidos por la Decisión 2005/387/JAI (ver figura 3.1.1).

## Fase 1: Intercambio de información/alerta

Cuando una nueva sustancia psicoactiva se detecta por primera vez en uno o más Estados Miembros de la UE, éstos envían la información disponible correspondiente sobre su fabricación, tráfico y uso a la Oficina Europea de la Policía (Europol) en La Haya y al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) en Lisboa, a través de las Unidades Nacionales de Europol y de los Puntos Focales Nacionales de la Red Reitox<sup>9</sup> (formada por los 28 Estados Miembros de la UE, Noruega, Comisión Europea y países candidatos) teniendo en cuenta las respectivas competencias de dichos organismos.

En este sentido, cada Estado Miembro debe garantizar que se facilite oportunamente y sin dilaciones injustificadas la información disponible, que debe incluir datos relativos a la detección, la identificación, la utilización y las pautas de utilización, los riesgos potenciales y constatados, la producción, la extracción, la distribución y los métodos de distribución, el tráfico y el uso con fines comerciales, médicos o científicos y los riesgos tanto potenciales como identificados, que presentan esas sustancias.

Europol y el EMCDDA recopilan, cotejan, analizan y evalúan la información recibida y, posteriormente, se la comunican a las Unidades Nacionales de Europol, a los representantes de la Red Reitox del resto de los Estados Miembros y a la CE. Esto permite a la red identificar y analizar cualquier amenaza potencial, así como también identificar e implementar cualquier medida de respuesta que pueda ser necesaria. Este proceso también permite a los laboratorios forenses y de toxicología incluir la sustancia en su panel analítico.

Una vez que una NSP ha sido notificado formalmente, se somete a vigilancia a través del EWS para detectar señales de daño. Para ello, el EMCDDA utiliza diferentes fuentes de información como datos basados en eventos, vigilancia toxicológica o fuentes de acceso público. Dependiendo de la señal, las respuestas pueden incluir la vigilancia intensiva de las sustancias, la redacción de comunicados de riesgo y alertas y la producción de un informe inicial que puede derivar en un informe de evaluación de riesgo.

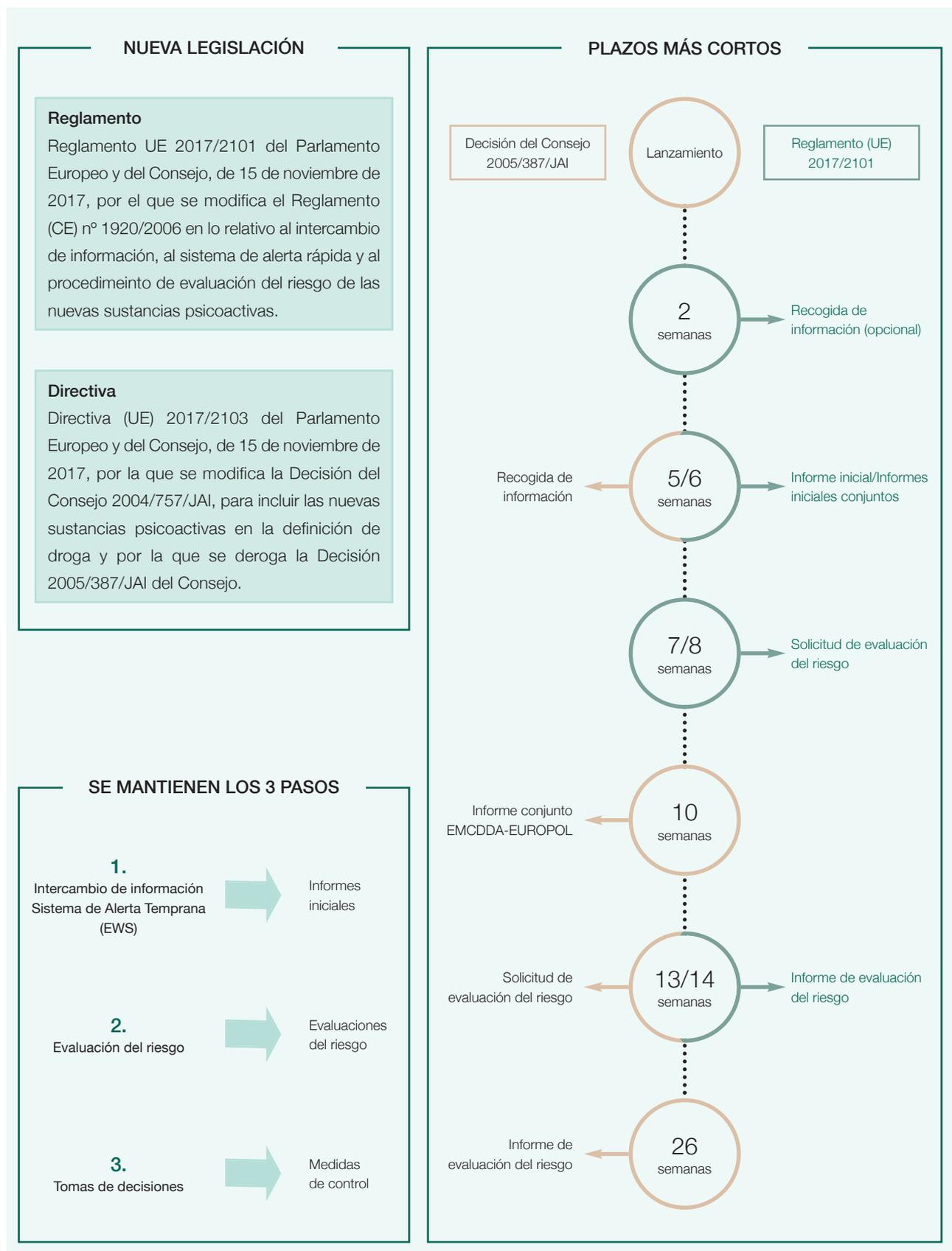
7. Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicotrópicas (DOL 305 de 21-11-2017, p. 1).

8. Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por la que se modifica la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicotrópicas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo (DOL 305 de 21-11-2017, p. 12).

9. Red REITOX [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/695/EMCDDA\\_brochure\\_ReitoxFAQs\\_EN\\_326619.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/695/EMCDDA_brochure_ReitoxFAQs_EN_326619.pdf)

Figura 3.1.1.

Fases de respuesta, ante una alerta, en el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea, en base al Reglamento UE 2017/2101 y la Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017.



FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de información del EMCDDA. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system>

## Fase 2: Informe inicial e informe de evaluación del riesgo

### Informe inicial<sup>10</sup>

---

Cuando el EMCDDA, la Comisión o la mayoría de los Estados miembros considere que la información así recabada suscita preocupación por los riesgos sociales o resulten en un riesgo para la salud en los países de la UE, el EMCDDA deberá redactar un informe inicial sobre la nueva sustancia psicotrópica.

Este informe tendrá una primera indicación de:

- Evaluar la naturaleza y magnitud de los incidentes que revelan problemas sociales o para la salud con los que pudiera estar relacionada la sustancia, incluidos el número de incidentes y las pautas de uso.
- La descripción química y física de la nueva sustancia psicotrópica y los métodos y precursores químicos utilizados para su producción o extracción.
- La descripción farmacológica y toxicológica de la nueva sustancia psicotrópica.
- La implicación de grupos delictivos en su producción o distribución.

Además, el informe inicial contendrá también:

- Información sobre su uso humano y veterinario, entre otros como principio activo de un medicamento de uso humano o veterinario si fuese el caso.
- Datos sobre los usos comerciales e industriales de la sustancia, el alcance de dicho uso y su empleo en la investigación y el desarrollo científicos.
- Información sobre si la sustancia está sujeta a medidas restrictivas en alguno de los Estados Miembros.
- Información sobre si la sustancia es actualmente o ha sido objeto de evaluación con arreglo al sistema establecido por las Naciones Unidas a través de sus Convenciones.
- Cualquier otra información disponible.

EL EMCDDA dispone de un plazo de 5 semanas desde la recepción de los distintos informes solicitados para elaborar el Informe Inicial y presentarlo a la CE.

El Reglamento recoge también la posibilidad de que el EMCDDA presente un informe inicial conjunto en el caso de recoger información sobre varias sustancias psicotrópicas de estructura química similar, siempre que las características de cada una de ellas estén claramente identificadas. En este caso, dispone de un periodo de 6 semanas desde la recepción de los informes antes reseñados para elaborar el Informe Inicial Conjunto y presentarlo a la CE.

### Procedimiento e informe de evaluación del riesgo<sup>11</sup>

---

La Comisión dispondrá de un plazo de 2 semanas desde la recepción del Informe Inicial para solicitar al EMCDDA que evalúe los riesgos potenciales de la sustancia, si de aquel se desprende que pudiese conllevar riesgos graves para la salud pública o riesgos sociales graves.

El plazo y los motivos son los mismos en el caso de que se haya realizado un Informe Inicial Conjunto.

---

10. Informes conjuntos disponibles en [http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system_en)

11. Informes de evaluación de riesgo: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16776EN.html>

Estos informes deberán contener la siguiente información:

- Los datos disponibles sobre las propiedades químicas y físicas de la nueva sustancia psicotrópica, así como los métodos y los precursores químicos utilizados en su producción o extracción.
- La información disponible sobre las propiedades farmacológicas y toxicológicas de la sustancia.
- Un análisis de los riesgos para la salud asociados, en particular con respecto a su toxicidad aguda y crónica, propensión al abuso, riesgo de producir dependencia y efectos a nivel físico, mental y comportamental.
- Un análisis de los riesgos sociales asociados a la nueva sustancia, en particular, su impacto sobre el funcionamiento de la sociedad, el orden público y las actividades delictivas, y la participación de la delincuencia organizada en la producción, distribución, métodos de distribución y tráfico de la sustancia.
- La información disponible sobre el alcance y los patrones de uso de la sustancia, su disponibilidad y su potencial de difusión dentro de la UE.
- La información disponible sobre los usos comerciales e industriales de la nueva sustancia, el alcance de dichos usos y su empleo en la investigación y el desarrollo científicos.
- Cualquier otra información pertinente de que disponga.

Para presentar un informe de evaluación del riesgo a la Comisión y a los Estados Miembros, el EMCDDA dispone de un plazo de 6 semanas a contar desde el momento de la solicitud del mismo por la Comisión.

### Fase 3: Toma de decisión

La legislación impone que, sobre la base de la evaluación del riesgo, la Comisión deberá adoptar sin dilaciones indebidas un Acto Delegado que suponga la inclusión de la nueva sustancia psicoactiva en el listado UE correspondiente, al tiempo que debe establecer que entraña riesgos graves para la salud pública y, en su caso, riesgos sociales graves a escala de la UE, y que quedan incluidas en la definición de droga. La Comisión dispone de un plazo de 6 semanas desde la recepción del informe de evaluación del riesgo para decidir si es necesaria o no la adopción de ese Acto Delegado y en este último caso deberá presentar un informe al Parlamento Europeo y al Consejo de la UE explicando sus razones.

La Comisión realizará consultas apropiadas y transparentes tanto con el Parlamento Europeo como con el Consejo. Éstos tienen un plazo de 2 meses para estudiar la propuesta de Acto Delegado presentado por la Comisión y, si no hay objeción al mismo, éste se publicará en el Diario Oficial de la UE. Los Estados Miembros tendrán un plazo de 6 meses para transponer la norma así adoptada a su legislación nacional.

El listado de las medidas de control adoptadas hasta la fecha está disponible en la web del EMCDDA<sup>12</sup>.

### Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa

Desde el EMCDDA se publica<sup>13</sup> información sobre las actividades del EWS y la situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa. A continuación, se resumen algunos de los datos más relevantes a partir del *Informe Europeo sobre Drogas 2019*<sup>14</sup>, en el que se reconoce que las NSP suponen un reto cambiante para la política sobre drogas.

A finales de 2018, el EMCDDA vigilaba más de 680 NSP identificadas en Europa. Se trata de sustancias que no están siendo objeto de control por los mecanismos internacionales de fiscalización y conforman un amplio abanico de drogas, como los cannabinoides sintéticos, los estimulantes, los opioides y las benzodiazepinas (ver figura 3.1.2).

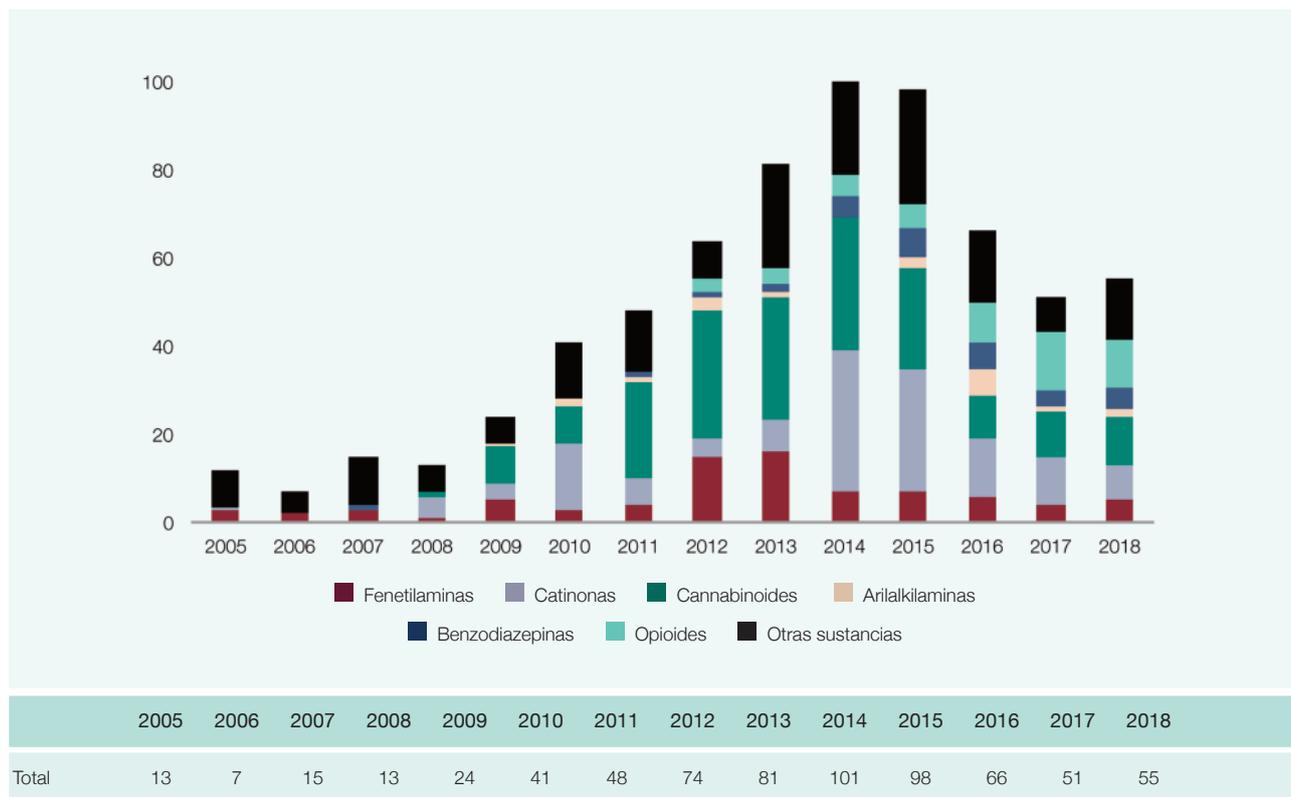
12. EMCDDA. Medidas de control: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16783EN.html>

13. Early Warning System on NPS [http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system_en)

14. *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. 2019*: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724\\_TDAT19001ESN\\_PDF.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ESN_PDF.pdf)

Figura 3.1.2.

Número y categorías de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea, 2005-2018.



FUENTE: EMCDDA, European Drug Report 2019.

Más de un 65% de las nuevas sustancias identificadas por el EWS se ha detectado en los últimos seis años. A lo largo de 2018 se notificaron por vez primera en Europa 55 de ellas. Se trata de una cifra ligeramente superior a la registrada en el 2017, aunque manteniendo un valor claramente inferior al de cualquiera de los cinco años anteriores, con niveles máximos alcanzados en 2014 y 2015 de aproximadamente 100 nuevas identificaciones al año. Aunque las causas de tal descenso no están claras, pueden deberse, en parte, a las medidas adoptadas por los gobiernos de Europa dirigidas a su prohibición, sobre todo, de su venta libre. Las medidas legislativas adoptadas por China contra los laboratorios que las producen, pueden también haber contribuido al descenso registrado.

A lo largo de 2017, se notificaron cerca de 64.160 incautaciones de NSP al Sistema de Alerta Temprana de la UE. De ellas, 39.115 incautaciones fueron notificadas por los veintiocho Estados Miembros. Se observa un significativo descenso en decomisos con respecto a los datos correspondientes al año 2016 (figura 3.1.3).

En Europa, los decomisos de NSP son mayoritariamente de cannabinoides sintéticos y catinonas. Sin embargo, en los últimos años se aprecia mayor diversidad, destacando otros grupos de sustancias, como opioides y benzodiazepinas.

### Nuevos opioides sintéticos

Se han detectado 49 nuevos opioides en el mercado europeo desde 2009, 11 de ellos por primera vez en 2018. La cifra total incluye 34 derivados del fentanilo, de ellos 6 en 2018. Aunque su relevancia en el mercado de drogas es limitada, muchos de estos nuevos opioides (especialmente los derivados del fentanilo) son sustancias muy potentes que plantean una grave amenaza para la salud pública e individual.

Durante el año 2017 se notificaron más de 300 incautaciones de carfentanilo en 2017 en Europa, que representan unos 250 mililitros en forma líquida y 4 kilos de droga en polvo. Parte de este polvo se vende como heroína o mezclado con esta droga.

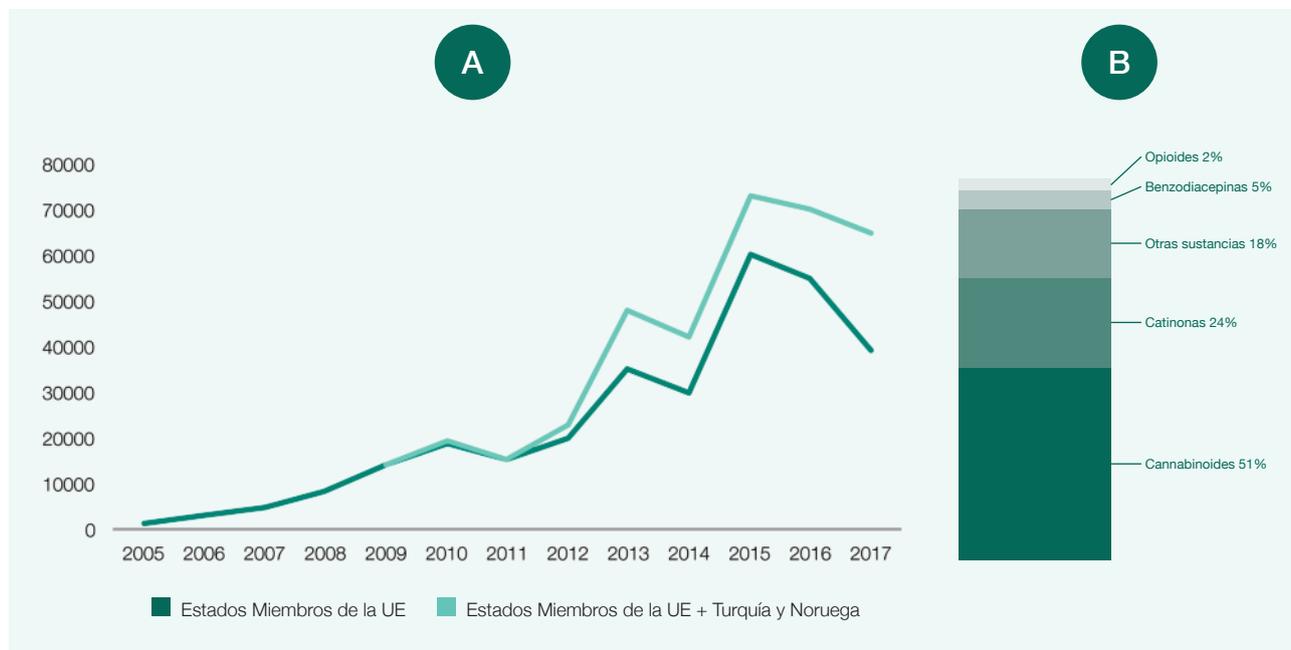
## Nuevas benzodiazepinas

Recientemente ha aumentado el número, tipo y disponibilidad de NSP pertenecientes a la clase de las benzodiazepinas, que no están controladas por las leyes internacionales de control de drogas. Algunas se venden como falsificaciones de medicamentos como alprazolam (Xanax) y diazepam, utilizando las redes de distribución existentes en el mercado de drogas ilegales. Otras se venden a través de internet, a veces con su propio nombre, como versiones “legales” de medicamentos autorizados.

El EMCDDA vigila actualmente 28 nuevas benzodiazepinas, 23 de las cuales se detectaron por primera vez en Europa en los cinco últimos años, notificándose en 2017, cerca de 3.500 incautaciones al EWS. Con una cifra superior a los 2,4 millones de comprimidos, esta presentación representa la mayoría de las incautaciones con un gran incremento respecto al 2016 de medio millón de unidades, incremento que puede atribuirse a la incautación de grandes cantidades de etizolam, en un solo país.

Figura 3.1.3.

Incautaciones notificadas al Sistema de Alerta Temprana de la UE: tendencias en número total de incautaciones (A) y porcentajes de incautaciones por categoría (B) en 2017.



FUENTE: Elaboración propia a partir de EMCDDA, European Drug Report 2019.

## 3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)

### Normativa, objetivo y funcionamiento

#### Normativa

La Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea (UE) requirió que cada país miembro de la UE contase con un sistema nacional de intercambio de información y un sistema de recopilación de datos sobre nuevas sustancias para enviar informes al EMCDDA y Oficina Europea de la Policía (Europol).

La normativa comunitaria vigente está actualmente compuesta por<sup>1</sup>:

- El Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicotrópicas.
- La Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por la que se modifica la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicotrópicas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo.

En España, con objeto de implementar el marco legal del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) y proporcionar a su actividad la necesaria cobertura jurídica, se utilizaron tanto disposiciones normativas de carácter específico en materia de control y fiscalización estatales de sustancias estupefacientes y sustancias psicotrópicas, como también disposiciones normativas de carácter genérico en materia sanitaria o de protección de la salud pública (principalmente normas con preceptos o contenidos preventivos, incluyendo en este ámbito también las penales) que ya estaban vigentes. El nuevo marco normativo europeo para la actividad del EWS proporciona la cobertura necesaria para la actividad del SEAT al ser el Reglamento (UE) 2017/2101 de directa aplicación.

#### Objetivo

El objetivo general del SEAT es disponer de un sistema rápido de alerta temprana para la detección, intercambio de información, evaluación y respuesta frente a la aparición de nuevas sustancias, o de eventos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, que puedan generar un problema de salud pública. Se entiende por “nuevas sustancias psicoactivas” (NSP), sustancias sintéticas o naturales no controladas por el derecho internacional y a menudo producidas para que imiten los efectos de las drogas controladas.

1. Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicotrópicas (DOL 305 de 21-11-2017, p. 1).

Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por la que se modifica la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicotrópicas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo (DOL 305 de 21-11-2017, p. 12).

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

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

De manera concreta, se pueden identificar dos funciones:

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

## Funcionamiento

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), perteneciente al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, es la responsable del correcto funcionamiento del SEAT así como del cumplimiento de lo establecido por la normativa europea vigente y ha venido notificando al EWS desde su creación, como parte de las actividades de comunicación al EMCDDA.

El SEAT se configura como una red, en la que todos sus miembros se encuentran interrelacionados (figura 3.2.1). La red se activa en caso de alerta, independientemente de la procedencia de ésta y da lugar a un intercambio multidireccional de información entre sus miembros, que notifican la presencia o ausencia de datos relacionados con la alerta comunicada en sus respectivos ámbitos de actuación. Posteriormente, la información recopilada es analizada por la DGPNSD [Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)], que elabora un informe y lo distribuye entre todos los componentes de la red, resaltando las fuentes de la información, si la alerta se considera finalizada o no y los pasos a seguir (vigilancia, puesta en marcha de medidas de respuesta o control, etc.).

La red del SEAT, además de tener relaciones internacionales con instituciones europeas, también tiene cobertura estatal y trabaja a dos niveles: a nivel nacional, fundamentalmente a través de la Administración General del Estado (AGE), y a nivel autonómico. La colaboración de Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), es muy relevante para el SEAT y sus aportaciones resultan claves para la red al desarrollar su labor cerca de los usuarios.

A continuación, se describe brevemente el papel de cada uno de estos niveles.

### Administración General del Estado (AGE)

- **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)**, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) es el punto nodal de la Red, junto con el CITCO, centralizando la recogida, análisis y difusión de la información.

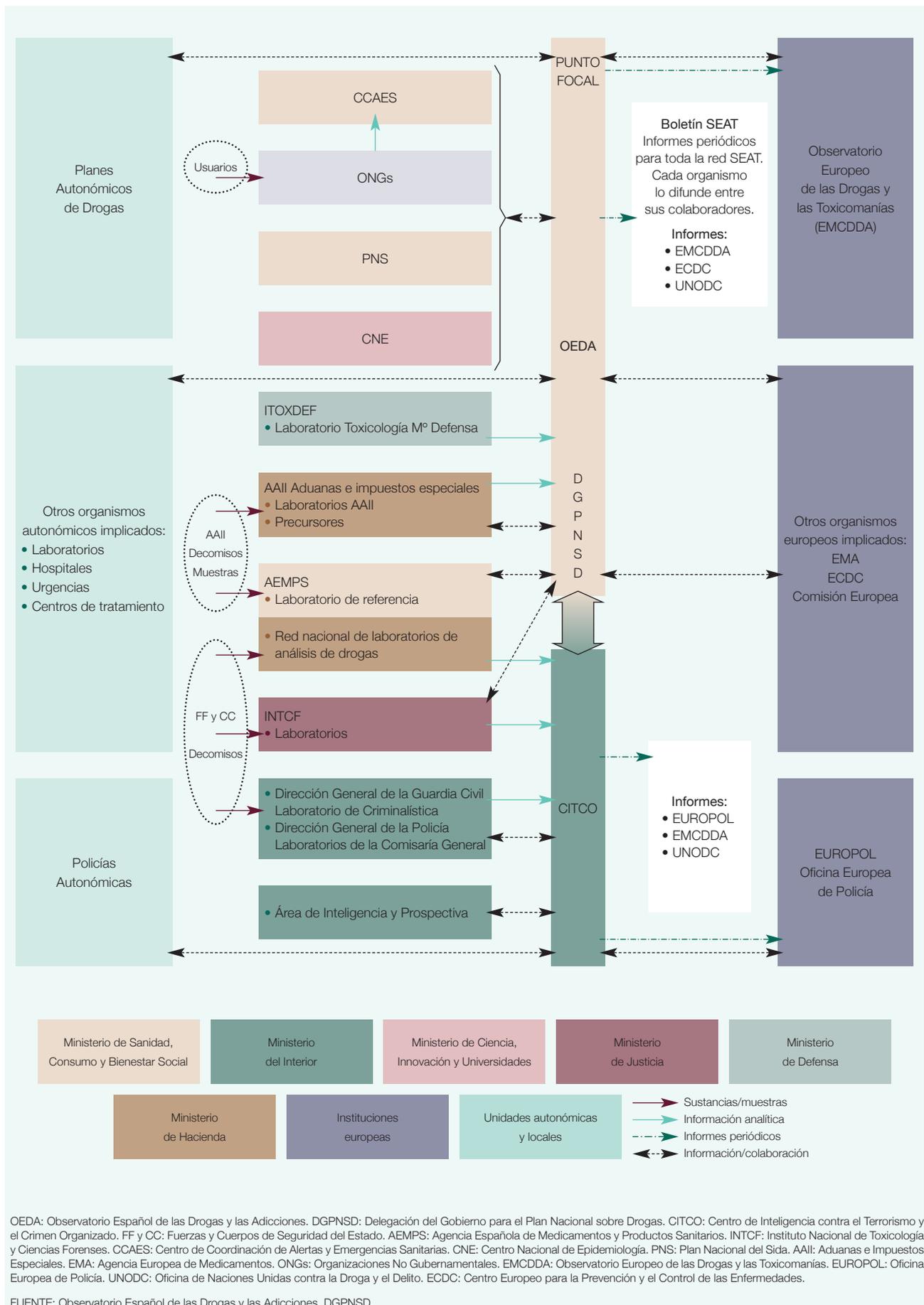
Entre sus actividades se incluyen la difusión a toda la red SEAT de información actualizada sobre la detección de NSP en España y en Europa<sup>2</sup>.

El OEDA es el interlocutor con el EWS a través del EMCDDA, notificando las NSP detectadas en España, así como eventos relacionados con el uso de las mismas.

2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT): <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

Figura 3.2.1.

Esquema del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).



- **Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO)**, del Ministerio del Interior. Junto con el OEDA, es el punto nodal de la red del Sistema Español de Alerta Temprana y el interlocutor con Europol.

El Área de Inteligencia y Prospectiva es responsable de recabar la información relacionada con la incautación y detección de nuevas sustancias que son analizadas por los diferentes laboratorios oficiales. El Área de Precursores es responsable de facilitar información relacionada con los precursores de drogas, entendidas como las sustancias químicas que se desvían de su curso legal y se utilizan para la elaboración de distintos tipos de drogas.

- **Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF)**, del Ministerio de Justicia, que une a su misión específica, la de informar a la Administración Pública y difundir información relativa a Ciencias Forenses. Dentro de los Servicios de Química y Drogas, se evalúan tanto muestras biológicas (procedentes de autopsias judiciales e individuos vivos) como muestras no biológicas (investigación de drogas tóxicas, estupefacientes y psicótopos).
- **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)**, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Es responsable de la recogida y notificación de incidencias relacionadas con el uso/abuso de medicamentos y productos sanitarios para uso humano, y el interlocutor con la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Notifica al CITCO información relativa a los análisis de drogas decomisadas que lleva a cabo en sus laboratorios.
- **Centro del Control de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES)**, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, es responsable de centralizar las alertas y emergencias que surgen en el ámbito general de la Salud Pública.
- **Plan Nacional sobre el Sida (PNS)**, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Se encarga de la recogida, análisis y notificación de información sobre NPS en el ámbito de sus competencias.
- **Centro Nacional de Epidemiología (CNE)**, del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, realiza estudios epidemiológicos de problemas emergentes, evaluaciones de riesgo de situaciones epidémicas y otros riesgos para la salud, además de intervenciones en el ámbito de la Salud Pública.
- **Servicios de Aduanas e Impuestos Especiales (AAII)**, del Ministerio de Hacienda, son responsables del registro y notificación de las incautaciones realizadas en el marco de su ámbito competencial, así como de los resultados de análisis realizados en sus laboratorios.
- **Instituto de Toxicología de la Defensa (ITOXDEF)**, de las Fuerzas Armadas, es responsable de la realización de los análisis correspondientes a los problemas de salud en su ámbito de actuación. El ITOXDEF cuenta con el laboratorio de referencia de drogas de las Fuerzas Armadas, en el que se realizan los análisis de drogas de abuso tóxicas, estupefacientes y psicótopos.

## Unidades Autonómicas y Locales

---

- **Planes Autonómicos de Drogas**, dirigidos por los Comisionados de Drogas de las respectivas Comunidades y Ciudades Autónomas, son responsables de la centralización y la diseminación de la información relativa al SEAT.

Asimismo, se encargan de la recogida de los datos e incidencias de los dispositivos sanitarios y sociales relacionados con el consumo de drogas y las drogodependencias (indicadores de problemas asociados al consumo de drogas: admisión a tratamiento por consumo de drogas, urgencias relacionadas con el consumo, mortalidad relacionada con el consumo de drogas, etc.) y su notificación a la DGPNSD.

En los municipios que cuentan con políticas y recursos asistenciales y sociales propios en materia de drogodependencias, la notificación se realiza a los Planes Autonómicos correspondientes y, desde éstos, a la DGPNSD.

- **Cuerpos de Policía Autonómica**, que desarrollan su labor en estrecha colaboración con el Cuerpo Nacional de Policía y la Guardia Civil.
- **Laboratorios de las Comunidades/Ciudades Autónomas**. En algunos casos, los análisis de las drogas se hacen en laboratorios dependientes de las Comunidades/Ciudades Autónomas.

## Organizaciones no gubernamentales y otras entidades

La DGPNSD promueve el desarrollo de numerosos programas de prevención, tratamiento y rehabilitación en el ámbito de las drogodependencias, que son implementados por ONGs, institutos de investigación y otras entidades, que forman parte activa del SEAT, notificando todas aquellas incidencias relevantes. Estas entidades pueden operar a nivel nacional o autonómico.

Entre las ONGs que participan más activamente en el SEAT se encuentran Energy Control<sup>3</sup>, Ai Laket<sup>4</sup> y Cruz Roja Española<sup>5</sup>.

## Organismos internacionales

Aunque los organismos internacionales no forman parte del SEAT, es transcendental que se encuentren presentes en el esquema general, dado la relación que mantienen con éste.

La comunicación con el EMCDDA se realiza a través de la DGPNSD (OEDA). Por su parte, el CITCO mantiene un contacto estrecho con Europol, y la AEMPS está en conexión permanente con la EMA.

## Actividad del SEAT. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en España

Las nuevas sustancias psicoactivas suponen un reto para la salud pública<sup>6</sup>. En 2018 se detectaron en España 5 NSP, de las que una fue primera detección a nivel europeo. Pertenecían los siguientes grupos: opioides (1), catinonas (1), triptaminas (indolalquilaminas) (1), cannabinoides (1) y plantas y extractos (1).

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

Tabla 3.2.1.

### Esquema de actividad del Sistema Español de Alerta Temprana, 2013-2018.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
NSP detectadas en España por primera vez y notificadas al EWS-UE	18	17	35	43	6	4
NSP detectadas en la Unión Europea + Noruega + Turquía por primera vez y comunicadas al SEAT	81	101	98	66	42	53
NSP detectadas en España y en Europa por primera vez	2	3	3	3	–	1
Alertas relacionadas con NSP emitidas por el EWS-UE (intoxicaciones no fatales, muertes u otras) y comunicadas al SEAT	–	16	17	15	2	3
Alertas relacionadas con NSP emitidas por el SEAT (intoxicaciones no fatales, muertes u otras) y comunicadas al EWS-UE y al SEAT	–	2	6	1	6	1

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

3. Energy Control : <http://energycontrol.org/>

4. Ai Laket: <http://www.aialaket.com/>

5. Cruz Roja Española: <https://www2.cruzroja.es/>

6. Las nuevas sustancias psicoactivas. Un reto para la salud pública. El Sistema Español de Alerta Temprana: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Nuevas\\_sustancias\\_espanol.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Nuevas_sustancias_espanol.pdf)

Tabla 3.2.2.

Sustancias detectadas por primera vez en España y notificadas al EWS-UE.

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
DOI	1-(2,5-dimethoxy-4-iodophenyl)-propan-2-amine	Fenetilaminas	20-01-2014
DOC	1-(4-chloro-2,5-dimethoxy-phenyl)propan-2-amine	Fenetilaminas	20-01-2014
5-EAPB	1-(1-benzofuran-5-yl)-N-ethylpropan-2-amine	Arilalquilaminas	21-01-2014
Alfa-PVP α-Pyrrolidinovalerophenone α pyrrolidinopentiophenone	1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone	Catinonas	07-02-2014
Metoxetamina	Metoxetamina	Arilciclohexilaminas	07-02-2014
Precursor de Alprazolam*	Benzodicepinas	Benzodicepinas	31-03-2014
AM-2233	(1-[(N-methylpiperidin-2-yl)methyl]-3-(2-iodobenzoyl)indole)	Cannabinoides sintéticos	01-09-2014
N-Ethyl-ketamine	2-(2-chlorophenyl)-N-(ethylamino)cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	03-09-2014
4 methyl-N, N-dimethylcathinone hydrochloride*	(4 methyl-N, N-dimethylcathinone hydrochloride)	Catinonas	12-09-2014
Allylescaline	4-Allyloxy-3,5-dimethoxyphenethylamine	Fenetilaminas	03-10-2014
Etilona: (RS)-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)- 2-(ethylamino) propan-1-one	2-ethylamino-1-(3,4-methylenedioxyphenyl) propan-1-one	Catinonas	03-10-2014
6-MAPB	1-(benzofuran-6-yl)-N-methylpropan-2-amine o 6-(2-metilaminopropano) benzofurano y 6-desoxi-MDMA	Arilalquilaminas	10-10-2014
Diphenidine	(±)-1-(1,2-Diphenylethyl)piperidine	Otros	17-11-2014
2 PEA	(2-phenethylamine)	Fenetilaminas	29-12-2014
Pentdrone	1-phenyl-2-(methylamino)pentan-1-one	Catinona	29-12-2014
2-chloro-4,5-MDMA*	2-chloro-4,5-MDMA	Fenetilaminas	29-12-2014
25N-NBOMe	2-(2,5-dimetoxi-4-nitrofenil)-N-(2-metoxibenzil) etanamina	Fenetilaminas	30-12-2014
PMMA	1-(4-Methoxyphenyl)-N-methyl-propan-2-amine o para-Methoxy-N-methylamphetamine o methyl-MA o 4-methoxy-N-methylamphetamine	Fenetilaminas	26-01-2015
4-F Ethcathinone**	2-(Ethylamino)-1-(4-fluorophenyl)propan-1-one)	Catinonas	02-02-2015
Kava Kava	Piper methysticum	Plantas y extractos	04-02-2015
2-Meo-diphenidine	1-(1-(2-methoxyphenyl)-2-phenylethyl)	Otros	04-02-2015
3-MMC	3-methylmethcathinone	Catinonas	19-02-2015
MDPBP	(RS)-1-(3,4-methylenedioxyphenyl)-2-(1-pyrrolidinyl)-1-butanone o 3,4-methylenedioxy-α-pyrrolidinobutyrophenone)	Catinonas	23-03-2015
4-BMC	RS)-1-(4-bromophenyl)-2-methylaminopropan-1-one o 4-Bromomethcathinone o Bephedrone	Catinonas	23-03-2015
4-CMC	4-chloromethcathinone 1-(4-chlorophenyl)-2-(Methylamino) propan-1-one (hydrochloride) o Clephedrone	Catinonas	23-03-2015
6-APB	6-(2-aminopropyl) benzofuran	Arilalquilaminas	24-03-2015
Deschloroketamine	2-(methylamino)-2-phenyl-cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	08-04-2015

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
AB-CHMINACA	N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl]-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	16-04-2015
4-HO-MET	3-(2-(ethyl(methyl)amino)ethyl)-1H-indol-4-ol	Triptaminas (Indolalquilaminas)	16-04-2015
5-Meo-MIPT	N-[2-(5-methoxy-1H-indol-3-yl)ethyl]-N-methylpropan-2-amine	Triptaminas (Indolalquilaminas)	16-04-2015
4-EEC	1-(4-ethylphenyl)-2-(ethylamino)propan-1-one (hydrochloride) o 4-ethylethcathinone	Catinonas	07-05-2015
2-MMC	1-(2-methylphenyl)-2-(methylamino)propan-1-one (hydrochloride) o 2-methylmethcathinone	Catinonas	07-05-2015
NM2AI	(N-methyl-2-aminoindane): 2,3-dihydro-N-methyl-1H-inden-2-amine	Aminoindanos	08-05-2015
TMA-6	(Trimethoxyamphetamine): 2,4,6-trimethoxyamphetamine	Fenetilaminas	08-05-2015
MPA-Methiopropamine	1-(thiophen-2-yl)-2-methylaminopropane (hydrochloride) o MPA, 2-thienomethamphetamine, methiopropamine,	Airilquilaminas	08-05-2015
Ethlynaphthdate**	(Ethyl 2-(naphthalen-2-yl)-2-(piperidin-2-yl)acetate (hydrochloride) o Ethlynaphthdate	Piperidinas/Pirrolidinas	03-06-2015
$\alpha$ -PVT	$\alpha$ -Pyrrolidinopentiothiophenone o $\alpha$ -PVT	Airilquilaminas	29-06-2015
5-MAPB	1-(benzofuran-5-yl)-N-methylpropan-2-amine o 5-MAPB	Airilquilaminas	29-06-2015
MDAI	6,7-dihydro-5H-cyclopenta(f)(1,3)benzodioxol-6-amine o 5,6-Methylenedioxy-2-aminoindane	Aminoindanos	29-06-2015
MDMB-CHMICA	(Methyl-2-(1-(cyclohexylmethyl)-1H-indole-3-ylcarbonylamino)-3,3-dimethylbutanoate)	Cannabinoides	16-07-2015
2,3 XP	1-(2,3-dichlorophenyl)piperazine o Dimethylalanine	Piperazinas y derivados	04-08-2015
AB-Pinaca	N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl]-1-pentyl-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	03-09-2015
3F-Phenmetrazine (Legal highs labelled "CHING")	2-(3-fluorophenyl)-3-methylmorpholine	Otros	03-09-2015
Ocfentanyl	N-(2-fluorophenyl)-2-methoxy-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl]acetamide	Opioides	02-10-2015
Ephenidine	(N-ethyl-1,2-diphenylethylamine o NEDPA)	Otros	05-10-2015
25I-NBF	2-(4-iodo-2,5-dimethoxyphenyl)-N-[(2-fluorophenyl)methyl]ethanamine	Fenetilaminas	06-10-2015
25C-NBF**	4-chloro-N-[(2-fluorophenyl)methyl]-2,5-dimethoxybenzeneethanamine	Fenetilaminas	06-10-2015
3-Meo-PCP	1-[1-(3-methoxyphenyl)cyclohexyl]-piperidine o 3-Methoxyphencyclidine	Airilciclohexilaminas	30-10-2015
Arecolina (Nuez de Betel)	N- Methyl-1,2,5,6-tetrahydropyridine-3-carboxylic acid, methyl ester	Plantas y extractos	30-10-2015
3,4-CTMP	Methyl-2-(3,4-dichlorophenyl)-2-[piperidin-2-yl]acetate o 3,4-dichlormethylphenidate	Piperidinas/Pirrolidinas	30-10-2015

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
4-AcO-DMT	4-acetoxy-N,N-dimethyltryptamine (maleate) o 4-AcO-DMT (maleate) o O-Acetylpsilocin (maleate);	Triptaminas (Indolalquilaminas)	07-12-2015
TH-PVP	2-(pyrrolidin-1-yl)-1-(5,6,7,8-tetrahydronaphthalen-2-yl)pentan-1-one	Catinonas	07-12-2015
4'-cloro- $\alpha$ -PPP	1-(4-chlorophenyl)-2-(1-pyrrolidinyl)propan-1-one	Catinonas	25-01-2016
U-47700	3,4-dichloro-N-[2-(dimethylamino)cyclohexyl]-N-methylbenzamide	Opioides	25-01-2016
EG-018	(naphthalen-1-yl)(9-pentyl-9H-carbazol-3-yl)methanone	Cannabinoides	03-02-2016
5-BDPi	(1-(2,3-dihidro-1H-inden-5-il)-2-(pirrolidin-1-il)hexan-1-ona)	Catinonas	07-03-2016
Khat	Catha edulis	Catinonas	07-03-2016
4MeTMP	4metil metilfenidato	Piperidinas/Pirrolidinas	07-03-2016
Dibutilona	(2-dimetilamino-1-(3,4-metilenedioxifenil)butan-1-ona	Catinonas	11-03-2016
Tiletamina***	2-etilamino-2-(2-tienil) clclohexanona	Arilciclohexilaminas	11-03-2016
6-EAPB	1-(benzofuran-6-yl)-N-ethylpropan-2-amine	Arilalquilaminas	18-03-2016
4-MeO PV9	1-(4-methoxyphenyl)-2-(pyrrolidin-1-yl)octan-1-one, monohydrochloride	Catinonas	29-03-2016
1p-LSD	(N,N-diethyl-7-methyl-4-propanoyl-6,6a,8,9-tetrahydroindolo [4,3-fg]quinoline-9-carboxamide)	Otros	29-03-2016
BK-2CB	2-amino-1-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl)ethan-1-one	Catinonas	29-03-2016
N-etil hexedrona	2-etilamino-1-fenilhexan-1-ona	Catinonas	27-05-2016
Flubromazolam	8-bromo-6-(2-fluorophenyl)-1-methyl-4H-[1,2,4]triazolo-[4,3a][1,4] benzodiazepine	Benzodiazepinas	06-07-2016
Diclacepam	7-chloro-5-(2-chlorophenyl)-1-methyl-1,3-dihydro-2H-1,4-benzodiazepin-2-one	Benzodiazepinas	06-07-2016
Flubromazepam	7-bromo-5-(2-fluorophenyl)-1,3-dihydro-2H-1,4-benzodiazepin-2-one	Benzodiazepinas	06-07-2016
2C-C	(4-chloro-2,5-dimethoxyphenethylamine)	Fenetilaminas	15-07-2016
ETH-LAD	(6aR,9R)-N,N-diethyl-7-ethyl-4,6,6a,7,8,9-hexahydroindolo-[4,3-fg]quinoline-9-carboxamide	Triptaminas (Indolalquilaminas)	15-07-2016
4-metil N-etil-norpentedrona	2-(ethylamino)-1-(4-methylphenyl)pentan-1-one	Catinonas	15-07-2016
ADB-CHMINACA	(N-[1-(aminocarbonyl)-2,2-dimethylpropyl]-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide o MAB-CHMINACA)	Cannabinoides	21-07-2016
Mexedrona	(3-methoxy-2-(methylamino)-1-(4-methylphenyl)propan-1-one (hydrochloride))	Catinonas	21-07-2016
4-Cloro-alfa-PVP	(4-chloro-alpha-pyrrolidinovalerophenone (hydrochloride))	Catinonas	21-07-2016
N-etil-norpentedrona	(2-(ethylamino)-1-phenyl-pentan-1-one) o también llamada alfa-etilaminopentiofenona	Catinonas	21-07-2016
4-CEC	1-(4-chlorophenyl)-2-(ethylamino)propan-1-one 4-chloro-N-ethylcathinone, 1-p-chlorophenyl-2-ethylamino-propanone 4-chloroethcathinone	Catinonas	28-07-2016
4-EMC (4-Etilmetcatinona)	(RS)-2-methylamino-1-(4-ethylphenyl)propane-1-one	Catinonas	13-09-2016

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
Mebroqualona	3-(2-bromophenyl)-2-methylquinazolin-4(3H)-one	Otros	19-09-2016
4-Fluoro-etil-fenidato	ethyl 2-(4-fluorophenyl)-2-(piperidin-2-yl)acetate	Piperidinas/Pirrolidinas	19-09-2016
BK-EBDP Efilona	1-(2H-1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(ethylamino)pentan-1-one	Catinonas	19-09-2016
2-FK***			
2-Fluoro-descloroketamina	2-(2-Fluorophenyl)-2-methylamino-cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	19-09-2016
4-Fluoro-metil-fenidato	methyl 2-(4-fluorophenyl)-2-(2-piperidyl)acetate	Piperidinas/Pirrolidinas	28-09-2016
3-CMC (3-Clorometcatinona)	1-(3-chlorophenyl)-2-(methylamino)-1-propanone	Catinonas	29-09-2016
3-MeO-PCE	N-Ethyl-1-(3-methoxyphenyl)cyclohexan-1-amine	Arilciclohexilaminas	30-09-2016
3-Metiletcatinona	(3-MEC) (2-(Ethylamino)-1-(3-methylphenyl)propan-1-one)	Catinonas	30-09-2016
4-Metil pentedrona	(2-(methylamino)-1-(p-tolyl)pentan-1-one)	Catinonas	30-09-2016
5-DBFPV	1-(2,3-dihydrobenzofuran-5-yl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one	Catinonas	05-10-2016
Furanilfentanilo	N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl]-furan-2-carboxamide	Opioides	10-10-2016
Kratom	Mitragyna speciosa	Plantas y extractos	07-12-2016
CUMYL-4CN-BINACA o SGT-78	1-(4-cyanobutyl)-N-(1-methyl-1-phenyl-ethyl)indazole-3-carboxamide	Cannabinoideos	07-12-2016
25I-NBOH	2-[[2-(4-iodo-2,5-dimetoxi-fenil) etilamino] metil]fenol	Fenetilaminas	09-12-2016
MET	(N-methyl-N-ethyltryptamine)	Triptaminas (Indolalquilaminas)	09-12-2016
MDA-19***	N-[(Z)-(1-hexyl-2-oxoindol-3-ylidene)amino]benzamide	Cannabinoideos	29-12-2016
5F-MDMB-PINACA / 5F-ADB	methyl-[2-(1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3-carboxamido)-3,3-dimethylbutanoate]	Cannabinoideos	01-12-2016
Descloro-N-etil-ketamina	2-(ethylamino)-2-phenyl-cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	24-03-2017
U-49900	(3,4-dichloro-N-(2-(diethylamino)cyclohexyl)-N-methylbenzamide)	Opioides	27-03-2017
5-HO-DMT	Bufofeninga	Triptaminas (Indolalquilaminas)	27-03-2017
5F-3,5-AB-PFUPPYCA o AZ-037	N-(1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(5-fluoropentyl)-5-(4-fluorophenyl)-1H-pyrazole-3-carboxamide	Cannabinoideos	28-06-2017
MMB-2201/5F-AMB-PICA/I-AMB	Methyl (1-(5-fluoropentyl)-1H-indole-3-carbonyl)-L-valinate	Cannabinoideos	10-07-2017
4-AcO-MET	4-Acetoxy-N-ethyl-N-methyltryptamine	Triptaminas (Indolalquilaminas)	11-10-2017
Ciclopropilfentanilo	N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl]cyclopropanecarboxamide	Opioides	05-04-2018
MD-PHP	(1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-pyrrolidin-1-yl-hexan-1-one)	Catinonas	08-06-2018
lbogaína	12-methoxybogaína	Planta y extractos	24-09-2018
ADB-FUBINACA	N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2,2-dimethylpropyl]-1-[(4-fluorophenyl)methyl]-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoideos	28-12-2018
EPT****	N-etil-N-propiltryptamina	Triptaminas (Indolalquilaminas)	28-12-2018

\* Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España en 2014 y que lo fueron también por primera vez en la Unión Europea.

\*\* Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España en 2015 y que lo fueron también por primera vez en la Unión Europea.

\*\*\* Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España en 2016 y que lo fueron también por primera vez en la Unión Europea.

\*\*\*\* Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España en 2018 y que lo fueron también por primera vez en la Unión Europea.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. DGPNSD.

En 2018, las sustancias ADB-CHMINACA y CUMYL-4CN-BINACA (ambos pertenecientes al grupo de los cannabinoides sintéticos), así como Ciclopropilfentanilo y Metoxiacetilfentanilo (ambos pertenecientes al grupo de los opioides sintéticos) han sido sometidos a evaluación por el EWS-EMCDDA y fiscalizadas a nivel de la UE mediante las siguientes Decisiones:

- Decisión del Consejo de la UE 2018/747 de 14 de mayo de 2018 por la que se somete a la N-(1-amino-3,3-dimetil-1-oxobutan-2-il)-1 (ciclohexilmetil)-1H-indazol-3-carboxamida (ADB-CHMINACA) a medidas de control, publicado en el Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE) el 22 de mayo de 2018.
- Decisión del Consejo de la UE 2018/748 de 14 de mayo de 2018 por la que se somete a la 1-(4-cianobutil)-N-(2-fenilpropan-2-il)-1H indazol-3-carboxamida (CUMIL-4CN-BINACA) a medidas de control, publicado en el DOUE el 22 de mayo de 2018.
- Decisión del Consejo de la Unión Europea 20187/1463 de 28 de septiembre de 2018 por la que se somete a la N-fenil-N-[1-(2-feniletil)piperidina-4-il]ciclopropanocarboxamida (Ciclopropilfentanilo) y 2-metoxi-N-fenil-N-[1-(2-feniletil)piperidina-4-il]acetamida (Metoxiacetilfentanilo) a medidas de control, publicado en el DOUE el 1 de octubre de 2018.

La Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, en su 61º periodo de sesiones adoptó, entre otras, las Decisiones 61/1, 61/2, 61/3, 61/4, 61/5, 61/6, 61/7, 61/8, 61/9, 61/10, 61/11 y 61/12<sup>7</sup>. Estas Decisiones establecen la inclusión de las sustancias Carfentanilo, Ocfentanilo, Acriloilfentanilo, 4 Fluoroiso-butilfentanilo (4-FIBF, Pfbif) y Tetrahidrofuranil fentanilo (THF-F) en la Lista I de la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes de la ONU (el Carfentanilo también a incluir en la Lista IV del citado Convenio), y la inclusión de AB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA (5F-ADB), AB-PINACA, UR-144, 5F-PB-22 y 4-Fluoroanfetamina (4-FA) en la Lista II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 de las ONU.

En cumplimiento de los compromisos adquiridos por España tras su adhesión al Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 de las Naciones Unidas, las siguientes NSP han sido sometidas a medidas de control en nuestro país:

- Orden SCB/387/2019, de 25 de marzo, por la que se incluyen nuevas sustancias en el anexo I 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 dispensación (BOE núm. 81, de 4 de abril de 2019).

Así, en su artículo único, establece la inclusión de las sustancias AB-CHMINACA (N-[(2S)-1-amino-3-metil-oxobutan-2-il]-1- (ciclohexilmetil)-1H-indazol-3-carboxamida), 5F-MDMB-PINACA (5F-ADB) ((2S)-2-[[1-(fluoropentil)-1H-indazol-3- carbonil] amino]-3,3-dimetilbutanoato de metilo), AB-PINACA (N-[(2S)-1-amino-3-metil-1-oxobutan-2-il]-1-pentil-1H-indazol-3-carboxamida), UR-144 (1-fentil-1H-indol-3-il) (2,2,3,3-tetrametilciclopropil)metanona), 5F-PB-22 (1-(5-fluoropentil)-1H-indol-3-carboxilato de quinolin-8-ilo) y 4-fluoroanfetamina (4-FA) (1-(4-fluorofenil)propan-2-amina) en la lista II del anexo 1 del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, así como sus variantes estereoquímicas, racematos y sales, siempre que su existencia sea posible, siéndoles de aplicación las medidas de control y sanciones penales previstas para las sustancias que integran dicha lista de control.

Se pueden consultar las listas de fiscalización permanentemente actualizadas en la página web de NNUU<sup>8,9</sup>, así como también la normativa nacional en las páginas web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas<sup>10</sup> y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios<sup>11</sup>.

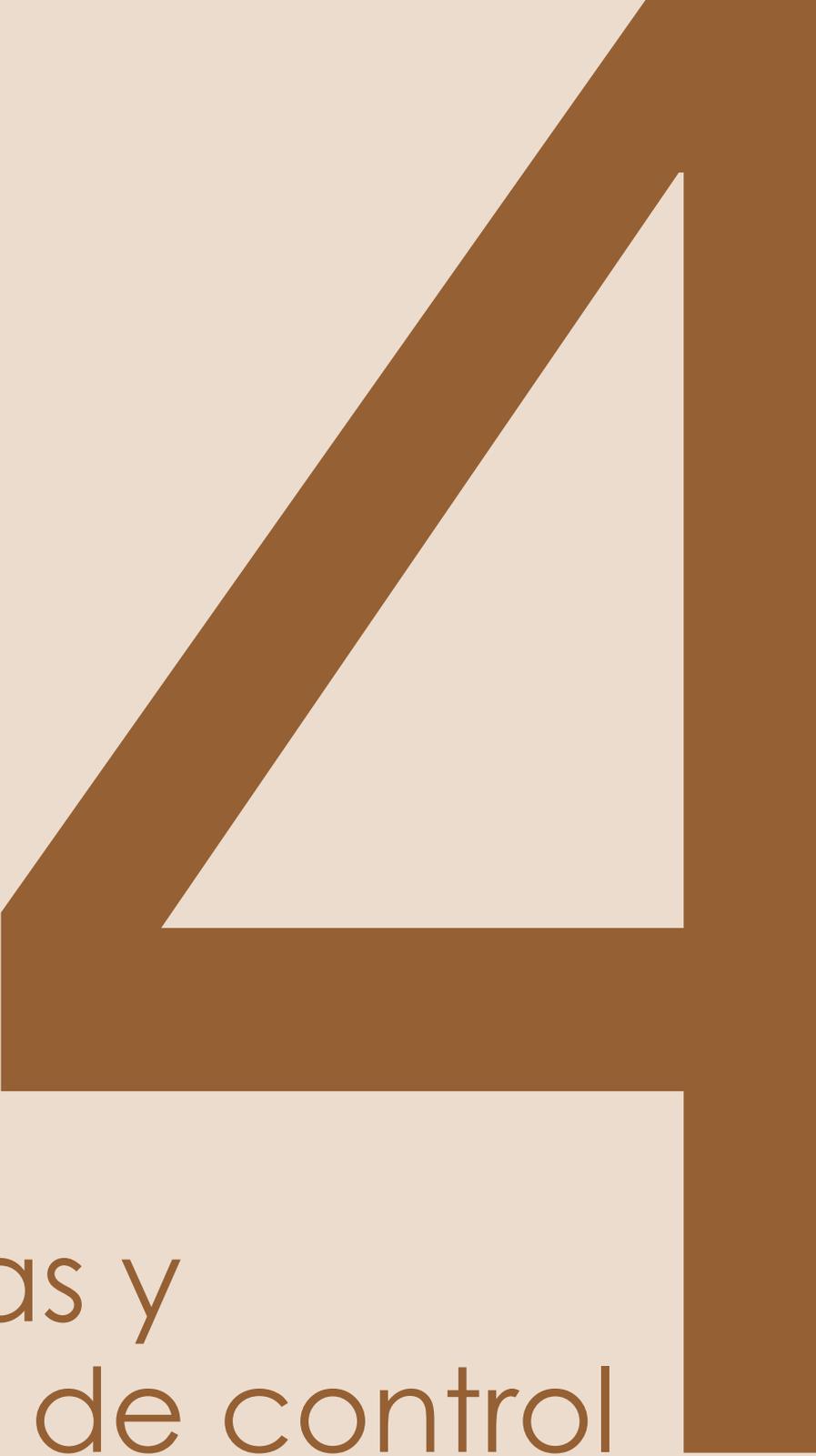
7. UNODC, Drug-related Resolutions and Decisions 2018: [https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Resolutions\\_Decisions/Resolutions-Decisions\\_2010-2019.html](https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Resolutions_Decisions/Resolutions-Decisions_2010-2019.html)

8. Listas de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972, a 24 de mayo de 2019 (lista amarilla): [http://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Yellowlist\\_Forms/yellow-list.html](http://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Yellowlist_Forms/yellow-list.html)

9. Listas del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, a 11 de noviembre de 2018 (lista verde): <http://www.incb.org/incb/en/psychotropics/green-list.html>

10. <http://www.pnsd.msobs.gob.es/pnsd/legislacion/home.htm>

11. <https://www.aemps.gob.es/legislacion/espana/medicamentosUsoHumano/estupefacientesPsicotropos.htm>



Oferta  
de drogas y  
medidas de control

## 4.1. Ventas de tabaco, 2005-2018

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 2018.

Para una adecuada interpretación de los datos presentados a continuación es preciso realizar dos aclaraciones. La primera, que no se recogen las ventas de tabaco en Canarias, Ceuta y Melilla; y la segunda, que los datos se refieren exclusivamente a la venta legal (la realizada en estancos y establecimientos o dispositivos expendedores autorizados), no incluyendo las ventas ilícitas procedentes del contrabando.

Por otra parte, hay que recordar que las variaciones de los ingresos por la venta de tabaco a lo largo del tiempo no sólo están relacionadas con el volumen de las unidades vendidas, sino también con los impuestos que en distintos momentos históricos ha soportado el tabaco.

Entre los tipos de labor de tabaco, los cigarrillos son la variedad que viene dominando el mercado año tras año, dado que sus volúmenes de ventas, tanto en valor monetario (tabla 4.1.1) como en unidades físicas (tabla 4.1.3) son infinitamente superiores a los del resto de las labores. De los 11.752,957 millones de euros de volumen de ventas de tabacos en 2018, el 86,5% correspondió a los cigarrillos. Tras las ventas de cigarrillos se situaron las de picadura de liar, cuya cuota de mercado viene aumentando en los últimos años, pasando del 1,7%, en el año 2005, al 8,5% en 2018 y desplazando, desde 2009, a las ventas de cigarros puros, cuya participación en los ingresos se mantiene prácticamente estable mostrando una ligera disminución en los últimos años (tabla 4.1.2). Las ventas de picadura de pipa, por su parte, continúan siendo muy residuales, no superando en ningún momento de la serie de datos el 1,0% (tabla 4.1.2).

**Tabla 4.1.1.**

**Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España\*, 2005-2018.**

Tipo de labor	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	Variación 2018/2005 (%)	Variación 2018/2017 (%)
Cigarrillos	10.243,640	11.147,600	11.719,617	12.061,477	10.217,073	10.312,166	10.311,177	10.122,349	10.166,996	-0,75	0,44
Cigarros	467,235	443,781	412,240	427,589	512,960	509,563	496,286	483,919	478,243	2,36	-1,17
Picadura liar	182,526	209,442	395,411	486,559	1.088,680	1.030,188	1.000,737	975,075	1.002,580	449,28	2,82
Picadura pipa	8,107	8,560	9,449	16,738	36,849	52,167	50,655	70,666	105,138	1.196,88	48,78
Total	10.891,510	11.809,380	12.536,716	12.992,363	11.855,562	11.904,084	11.859,990	11.652,008	11.752,957	7,91	0,87

\* Península y Baleares.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 4.1.2.

Distribución de los ingresos por ventas de tabaco según tipo de labor (%). España\*, 2005-2018.

Tipo de labor	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018
Cigarrillos	94,1	94,4	93,5	91,0	86,2	86,6	86,9	86,9	86,5
Cigarros	4,2	3,8	3,3	3,5	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1
Picadura de liar	1,7	1,8	3,2	5,1	9,2	8,7	8,4	8,4	8,5
Picadura de pipa	0,1	0,07	0,1	0,5	0,3	0,4	0,4	0,6	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* 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.

Aunque los cigarrillos son el producto principal entre las labores de tabaco, su volumen de ventas ha ido disminuyendo progresivamente desde 2011 hasta 2017, siendo especialmente notorio el descenso que se produjo entre ese año y 2013. En 2018 se ha frenado este descenso, observándose una estabilización en el volumen de ventas.

Como se puede apreciar en la figura 4.1.1, si bien entre los años 2005 y 2008 las ventas de cigarrillos se mantuvieron prácticamente estables, o acaso con una ligerísima tendencia a la baja (-2,8%), en el periodo 2009-2013 se redujeron en un 41,6%. A partir de 2013 las ventas han seguido descendiendo, pero muy moderadamente: -6,07% entre ese año y 2018 (figura 4.1.1 y tabla 4.1.3).

El descenso en las ventas de cigarrillos se ha producido en todas las Comunidades Autónomas, siendo los más destacados los correspondientes a Andalucía (-58,48%), Baleares (-55,10%), País Vasco (-54,30%) y Comunidad Valenciana (-53,05%) si consideramos el periodo 2005-2018. En 2018 se ha apreciado un ligero incremento respecto al año anterior en 5 CCAA; País Vasco, Cataluña, Cantabria, Navarra y Castilla-La Mancha. Los mayores descensos en las ventas entre 2017 y 2018 se han observado en Extremadura (-2,60%), Murcia (-2,19%) y Asturias (-2,11%) como se puede apreciar en la tabla 4.1.3.

Paralelamente al descenso de las ventas de cigarrillos, se produjo un aumento de las ventas de cigarros puros que, moderado entre 2005 y 2009 (+5,3%), se incrementó de forma importante entre 2009 y 2013 (+97,8%). Sin embargo, a partir 2013, se observa una mantenida reducción de las mismas: -11,0% entre 2013 y 2018 (figura 4.1.1). Es decir, a partir de 2013, las ventas de cigarros se mantienen más o menos estables, con una pequeña reducción.

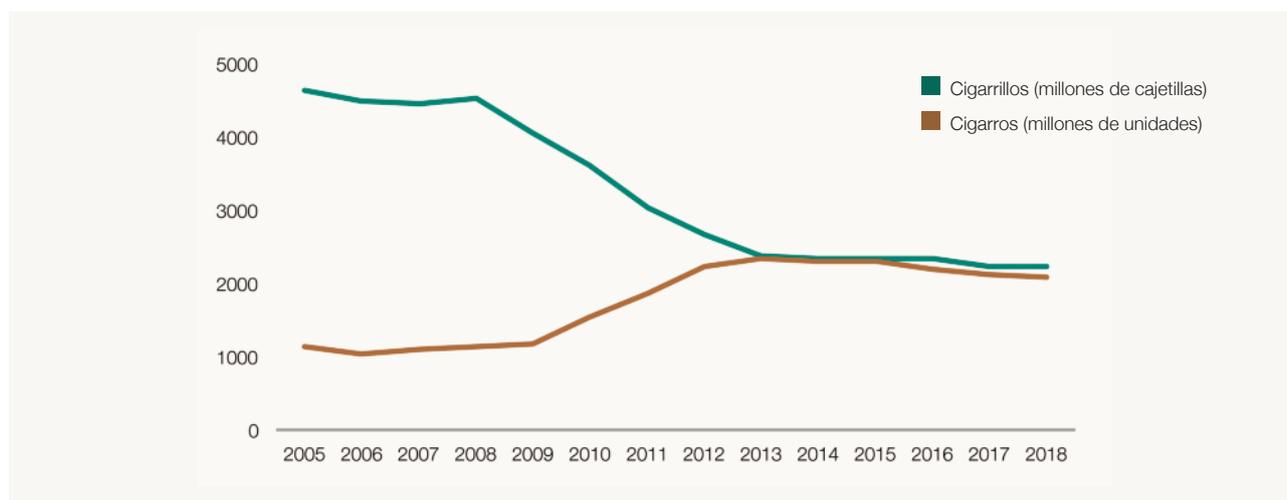
El volumen de ventas de picadura de liar se incrementó también considerablemente entre 2008 y 2013 (+67,7%), pero también éstas comenzaron a descender a partir de 2013, siendo en 2018 menores en un 16,1% respecto a ese año 2013 (figura 4.1.2).

Por lo que respecta a las ventas de picadura de pipa, también crecieron de forma importante entre 2008 y 2011, para posteriormente, y hasta 2013, descender un 62,01%, y volver a aumentar en el periodo 2013-2018 un 72,97%. Las ventas correspondientes a 2018 fueron superiores a las de 2017 en un 16,81% (figura 4.1.2).

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 que fue visible en todas las Comunidades Autónomas, dejó de ser tan evidente a partir de 2014. Los descensos en las ventas de cigarros puros y picadura de liar que se observan, al igual que en las de los cigarrillos, entre 2013 y 2018 (figuras 4.1.1 y 4.1.2) parecen indicar que tales desplazamientos en los hábitos de consumo han cesado.

Figura 4.1.1.

Evolución de las ventas de cigarrillos y de cigarros puros. España\*, 2005-2018.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Cigarrillos</b>														
(millones de cajetillas)	4.634,9	4.504,9	4.455,1	4.514,4	4.067,8	3.621,5	3.015,4	2.671,7	2.375,4	2.339,9	2.325,0	2.323,4	2.237,3	2.231,2
<b>Cigarros</b>														
(millones de unidades)	1.118,9	1.035,5	1.102,5	1.128,7	1.177,7	1.535,6	1.879,9	2.223,1	2.329,6	2.302,6	2.286,0	2.201,5	2.123,4	2.073,2

\* Península y Baleares.

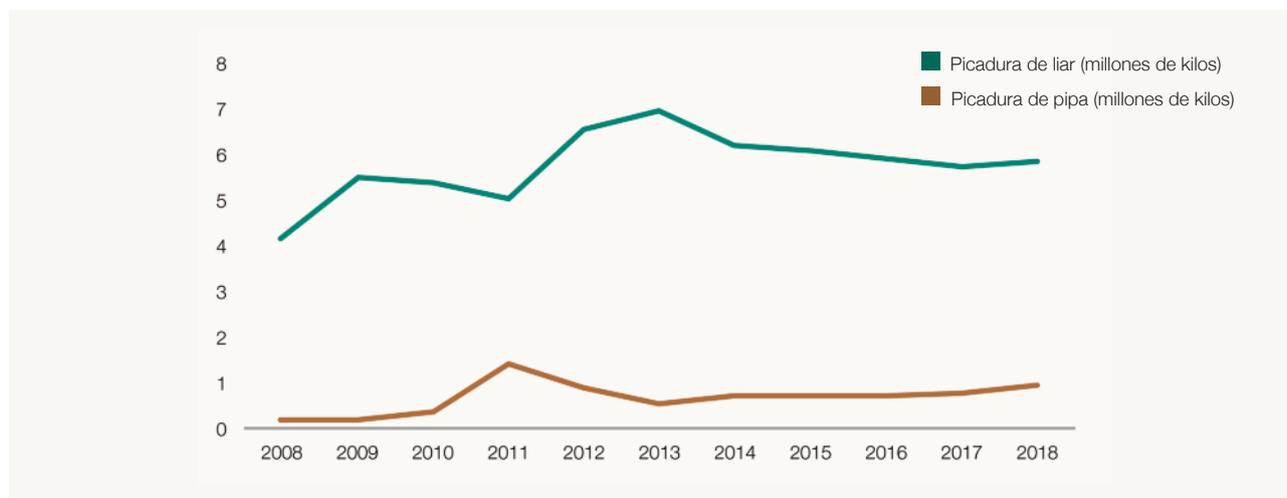
Variaciones ventas de cigarrillos: 2005-2008: -2,6%; 2009-2013: -41,6%; 2013-2018: -6,07%; 2017-2018: -0,3%.

Variaciones ventas de cigarros puros: 2005-2009: +5,3 %; 2009-2013: +97,8%; 2013-2018: -11,0%; 2017-2018: -2,4%.

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.

Figura 4.1.2.

Evolución de las ventas de picadura de liar y de picadura de pipa. España\*, 2008-2018.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Picadura de liar</b>											
(millones de kilos)	4,132	5,476	5,400	5,054	6,519	6,930	6,220	6,100	5,910	5,702	5.813
<b>Picadura de pipa</b>											
(millones de kilos)	0,15723	0,19683	0,37631	1,40234	0,88383	0,53265	0,68527	0,69305	0,68758	0,78872	0,92134

\* Península y Baleares.

Variaciones picadura de liar: 2008-2013: +67,7%; 2013-2018: -16,1%; 2017-2018: +1,94%; 2008-2018: +40,68%..

Variaciones picadura de pipa: 2008-2010: +139,3%; 2011-2013: -62,01%; 2013-2018: +72,97%; 2017-2018: +16,81%; 2008-2018: +485,98%.

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 4.1.3.

Evolución del volumen de ventas de cigarrillos (millones de cajetillas de 20 cigarrillos) por Comunidad Autónoma\*. España, 2005-2018.

	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	Variación 2018/2005 (%)	Variación 2018/2017 (%)
Castilla y León	226	221	213	160	131	126	126	118	118	-47,79	-0,14
Asturias	101	98	95	72	61	58	58	54	53	-47,52	-2,11
Navarra	95	89	84	64	51	48	48	46	46	-51,58	0,85
Extremadura	107	107	104	81	62	59	57	54	53	-50,47	-2,60
País Vasco	256	228	212	158	129	123	121	115	117	-54,30	1,35
Cantabria	58	56	54	41	33	32	32	31	31	-46,55	1,01
Galicia	227	220	212	158	135	132	132	126	126	-44,49	-0,05
Castilla-La Mancha	189	193	183	142	111	107	105	101	102	-46,03	0,76
Andalucía	843	812	738	509	357	361	368	354	350	-58,48	-1,06
La Rioja	27	26	26	20	17	17	17	16	16	-40,74	0,31
Aragón	134	132	124	94	75	74	73	71	71	-47,01	0,32
Murcia	149	152	136	105	84	82	82	79	77	-48,32	-2,19
Madrid	548	530	496	385	316	305	301	290	285	-47,99	-1,80
Cataluña	889	844	759	560	441	431	429	415	420	-52,76	1,16
C. Valenciana	590	569	491	359	285	281	284	278	277	-53,05	-0,22
Islas Baleares	196	179	143	107	87	88	91	89	88	-55,10	-1,46
Total	4.635	4.455	4.068	3.015	2.375	2.325	2.323	2.237	2.231	-51,73	-0,28

\* 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.

## 4.2. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2018

Las cantidades de drogas incautadas pueden ser indicadores indirectos de la disponibilidad de drogas en el mercado, siempre que se tenga en cuenta que su evolución suele estar afectada por diversos factores tales como la mayor o menor actividad de los servicios de control de la oferta y la proporción de droga que se dirige al mercado exterior, así como la ocurrencia de grandes decomisos, que pueden dar lugar a fluctuaciones interanuales importantes (tabla 4.2.1.).

**Tabla 4.2.1.**

**Evolución de las cantidades de drogas decomisadas en España, 2005-2018.**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Heroína (kg)	174	472	227	548	300	233	413	282	291	244	256	253	524	251
Cocaína (kg)	48.429	49.650	37.784	27.981	25.349	25.241	16.609	20.754	26.701	21.685	21.621	15.629	40.960	48.453
Hachís (kg)	669.704	459.267	653.651	682.672	444.581	384.315	355.904	327.199	319.257	379.762	380.361	324.379	334.919	436.963
Éxtasis														
(nº pastillas)	572.871	481.583	490.644	534.906	404.334	634.628	182.973	279.652	154.732	558.867	134.063	346.848	348.220	300.571

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

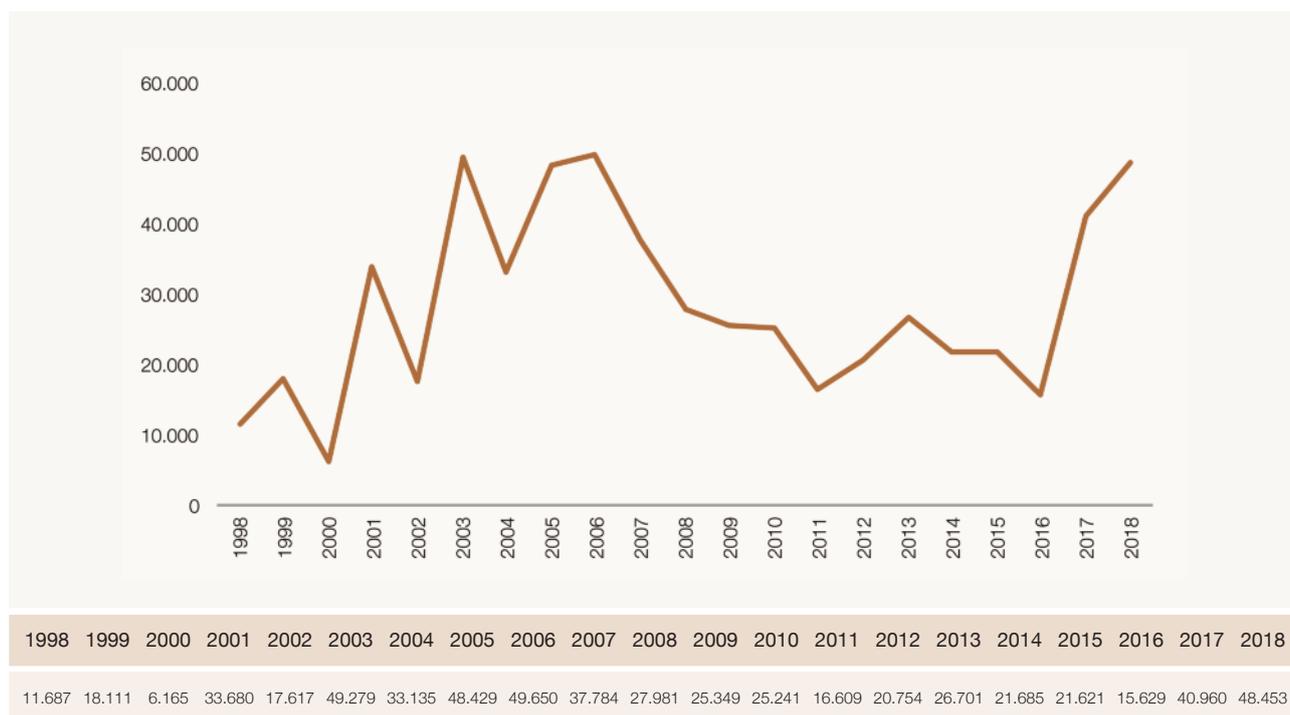
### Cocaína

En base a los datos aportados por el Ministerio del Interior, en la figura 4.2.1 se presentan los volúmenes de las incautaciones de cocaína realizadas, año tras año, en el espacio de tiempo comprendido entre 1998 y 2018.

En la serie cronológica se pueden diferenciar cuatro periodos consecutivos en función del mayor o menor volumen de las cantidades incautadas: un primer periodo, entre 1998 y 2002, que se caracteriza por contar con los menores volúmenes de incautación de toda la serie (al margen de la excepcional cifra del año 2001) y que presenta una ligera tendencia creciente; un segundo periodo, entre 2003 y 2006, en el que se incrementaron notablemente los volúmenes de las incautaciones, siendo los más elevados de toda la serie; un tercer periodo a partir de 2006 y hasta 2016, en el que se produce un importante descenso de las cantidades incautadas: en 2006 y 2007 se incautaron 49.650 kg y 37.784 kg, respectivamente, frente a los 27.981 kg incautados en 2008 y los 15.629 kg en 2016. Por último, se aprecia un cuarto periodo iniciado en 2017 y que continúa en 2018 en el que las cantidades incautadas aumentan considerablemente hasta valores similares a los de 2005 y 2006 (48.453 kg incautados en 2018).

Figura 4.2.1.

Evolución de la cantidad de cocaína incautada (kg) en España, 1998-2018.



FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

## Hachís

En las cantidades incautadas de hachís entre 1998 y 2018 (figura 4.2.2) se pueden distinguir tres periodos: un primero, entre 1998 y 2002, en el que se aprecia una moderada pero mantenida tendencia al alza de las cantidades incautadas (564,8 toneladas en 2002 frente a 428,2 toneladas en 1998); otro periodo, entre 2003 y 2008, en el que se produjo un crecimiento importante en los volúmenes de hachís incautados (que variaron entre las 796,8 toneladas de 2004 y las 459,2 toneladas de 2006); y un tercer periodo, en el que, tras un importante descenso de la cantidad incautada en 2009 (444,5 toneladas) respecto a los dos años anteriores (653,6 toneladas en 2007 y 682,6 toneladas en 2008), se ha caracterizado por su tendencia a la baja hasta 2013, año que presenta el menor volumen de incautación de toda la serie (319,2 toneladas).

A partir de 2013 las cantidades incautadas de esta sustancia han tendido a aumentar de forma moderada. En 2018 se incautaron 436,9 toneladas de hachís, lo que supone un incremento del 36,8% respecto de la cantidad incautada en 2013. Este incremento de las cantidades incautadas podría indicar el inicio de un cuarto periodo, aunque será necesario esperar a ver los volúmenes de incautaciones obtenidos en los próximos años para confirmarlo.

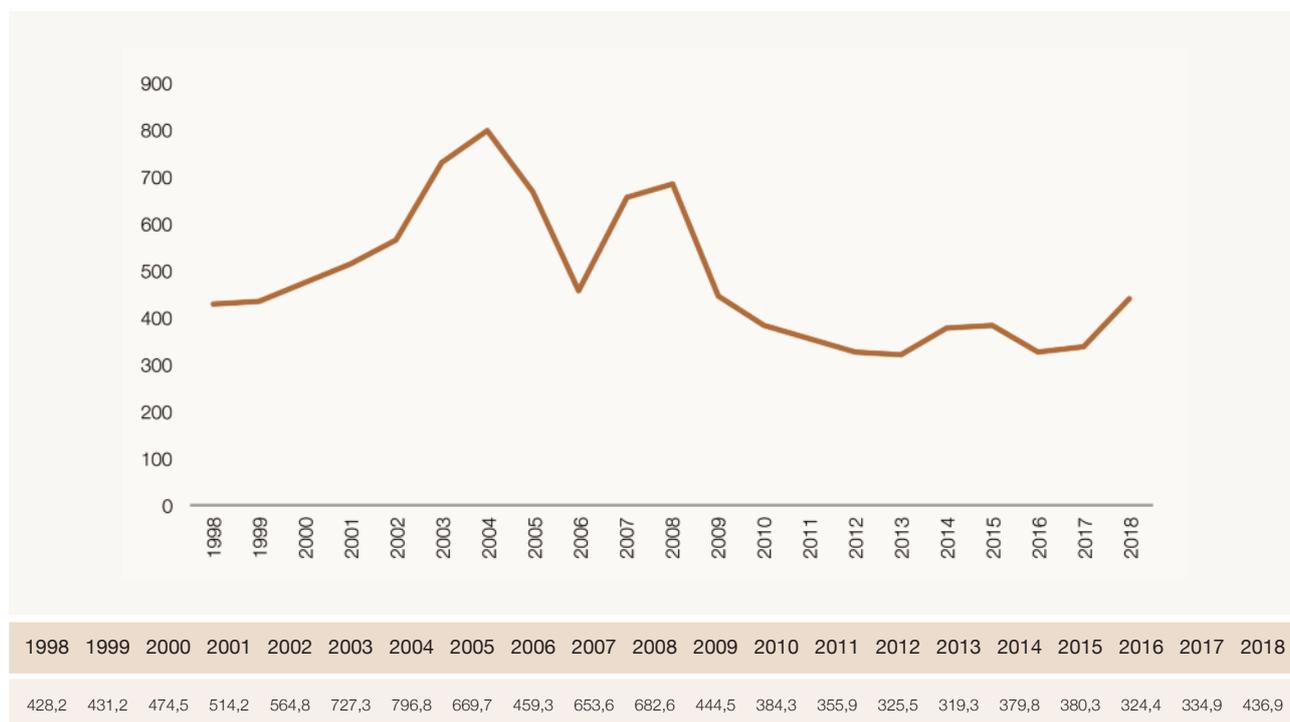
## Heroína

La figura 4.2.3 presenta las cantidades de heroína incautadas entre 1998 y 2018. En este caso, se pueden también distinguir tres periodos.

Entre 1998 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 2006, sin embargo, volvieron a crecer, iniciándose una tendencia al alza hasta 2008 (548 kg), año a partir del cual se vuelve a apreciar una tendencia descendente que abarca hasta 2018 (251 kg). En 2017 se observa un pico en las cantidades incautadas (524 kg) que vuelve a disminuir en 2018.

Figura 4.2.2.

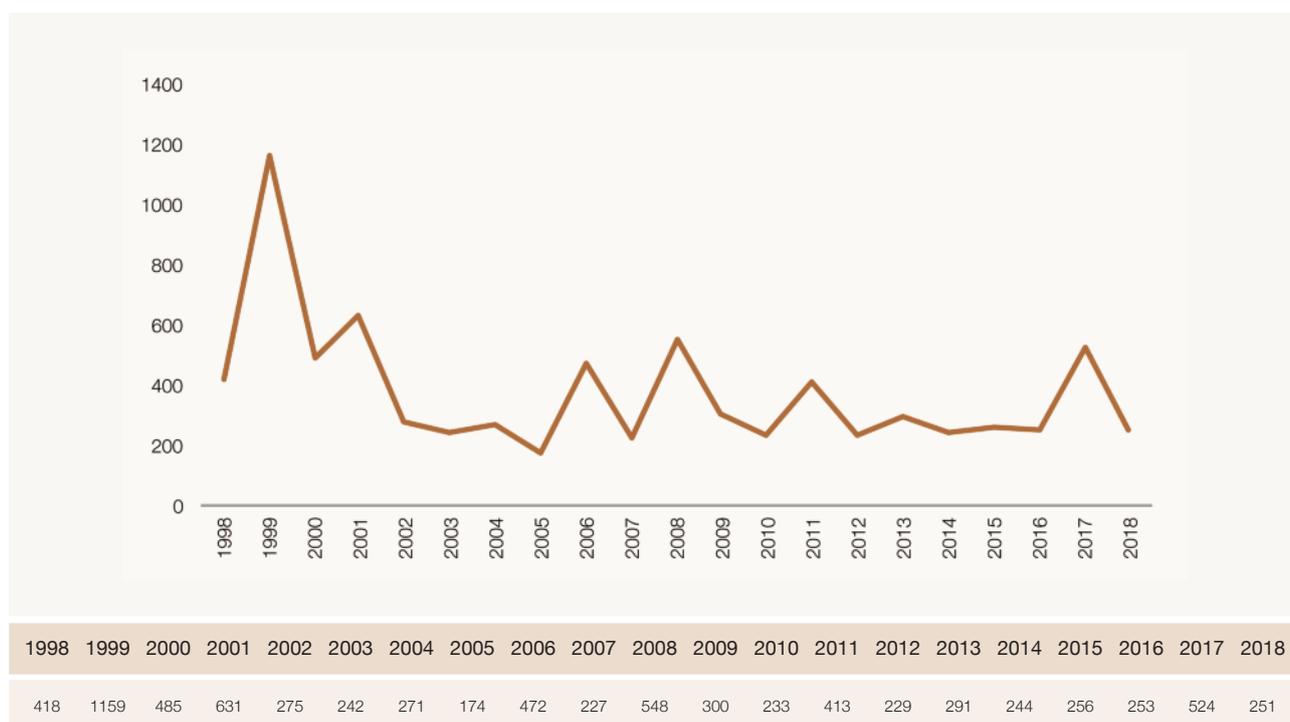
Evolución de la cantidad de hachís incautado (toneladas) en España, 1998-2018.



FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Figura 4.2.3.

Evolución de la cantidad de heroína incautada (kg) en España, 1998-2018.

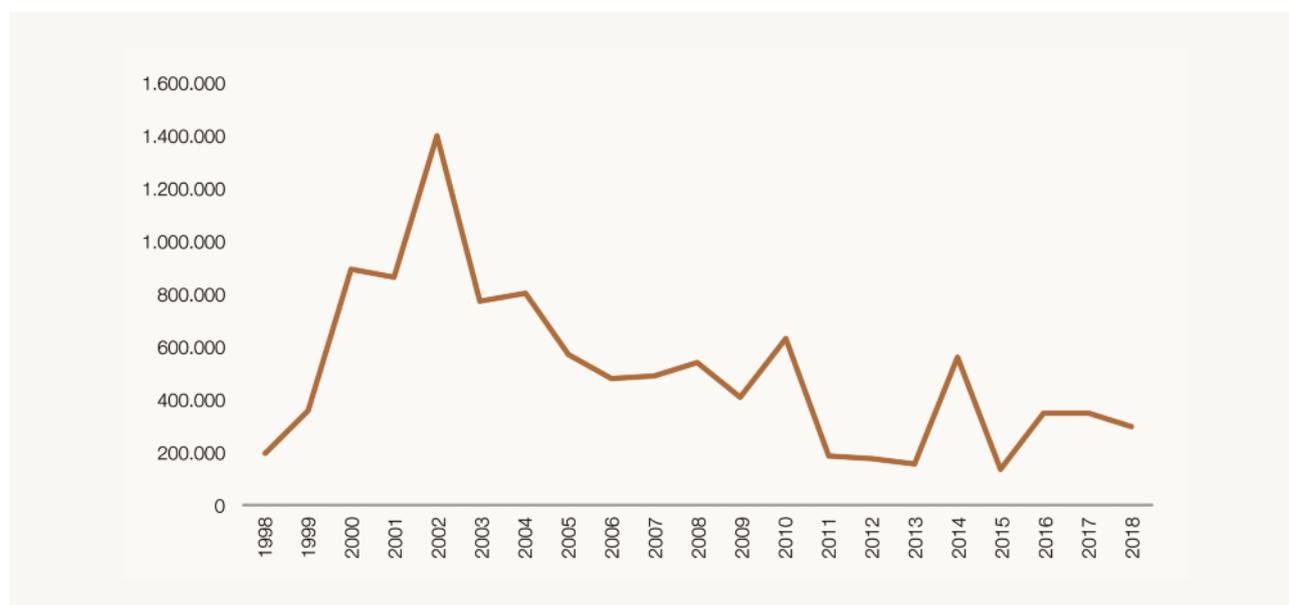


FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Las cantidades incautadas de éxtasis (MDMA) también están sometidas a altibajos periódicos entre 1998 y 2018, como queda de manifiesto en la figura 4.2.4. Más allá de las variaciones interanuales, hasta el año 2002 es apreciable la tendencia al incremento del número de pastillas incautadas, que en 1998 fue de 194.527 pastillas y en 2002 de 1.396.140, cantidad que, por otra parte, resulta muy excepcional. Al año siguiente, 2003 (con 771.875 pastillas decomisadas) comienza un periodo de tendencia decreciente, registrándose en 2015 el menor número de pastillas decomisadas de toda la serie (134.063). En 2018 se incautó un número considerablemente mayor de pastillas (300.571), respecto a 2015; aunque esta cifra, al situarse por debajo de las correspondientes a 2016 y 2017 (346.848 y 348.220 pastillas respectivamente), parece corroborar la tendencia a la baja de las cantidades incautadas iniciada en 2003.

**Figura 4.2.4.**

**Evolución de la cantidad de MDMA incautado (nº de pastillas) en España, 1998-2018.**



Nº de pastillas		Nº de pastillas	
1998	194.527	2008	534.906
1999	357.649	2009	404.334
2000	891.562	2010	634.628
2001	860.164	2011	182.973
2002	1.396.140	2012	175.381
2003	771.875	2013	154.732
2004	796.833	2014	558.867
2005	572.889	2015	134.063
2006	481.583	2016	346.848
2007	490.644	2017	348.220
		2018	300.571

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).

## 4.3. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2018

Los datos que se presentan en este apartado se refieren al precio medio nacional aplicable a las distintas drogas, ya que éste fluctúa en función de diversas circunstancias como la calidad y la pureza, el volumen de la transacción, la demanda de la población o el nivel de la oferta.

Analizando la evolución del precio de las distintas drogas en el mercado ilícito a medio plazo se puede observar una tendencia al alza del precio de la resina de hachís, que si en el año 2000 era de 3,87 euros en 2018 llegó a 5,59 euros; así también el de la grifa/marihuana, que en el mismo periodo ha pasado de 2,49 euros a 5,22 euros (figura 4.3.1). De igual modo, la cocaína, tras un periodo de descenso también hasta 2014, presenta actualmente una tendencia creciente teniendo el gramo de cocaína en 2014 un precio medio de 57,57 euros, incrementándose dicho precio medio de cocaína en 2018 hasta 59,21 euros. 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 dicho año el precio se ha estabilizado teniendo un valor aproximado en torno a los 58 euros desde 2015 hasta 2018 (figura 4.3.2). En cuanto al gramo de anfetaminas en polvo (speed), ha ido aumentando ligeramente el precio entre el año 2000 (25,5 euros/gramo) y 2016 (28,07 euros/gramo), año a partir del cual comienzan a descender alcanzando un valor de 26,19 euros el gramo de speed en 2018 (figura 4.3.1).

Respecto al precio del éxtasis, el precio aumentó desde 2006 hasta 2016 pasando de 9,88 euros la unidad en 2006 a 11,41 euros en 2016, precio éste muy similar al que alcanzó en el año 2000 (figura 4.3.1). En los últimos 2 años se observa un descenso del precio por unidad de éxtasis hasta los 10,29 euros en 2018, valor prácticamente igual al que presentaba en 2010 (10,30 euros) (figura 4.3.1).

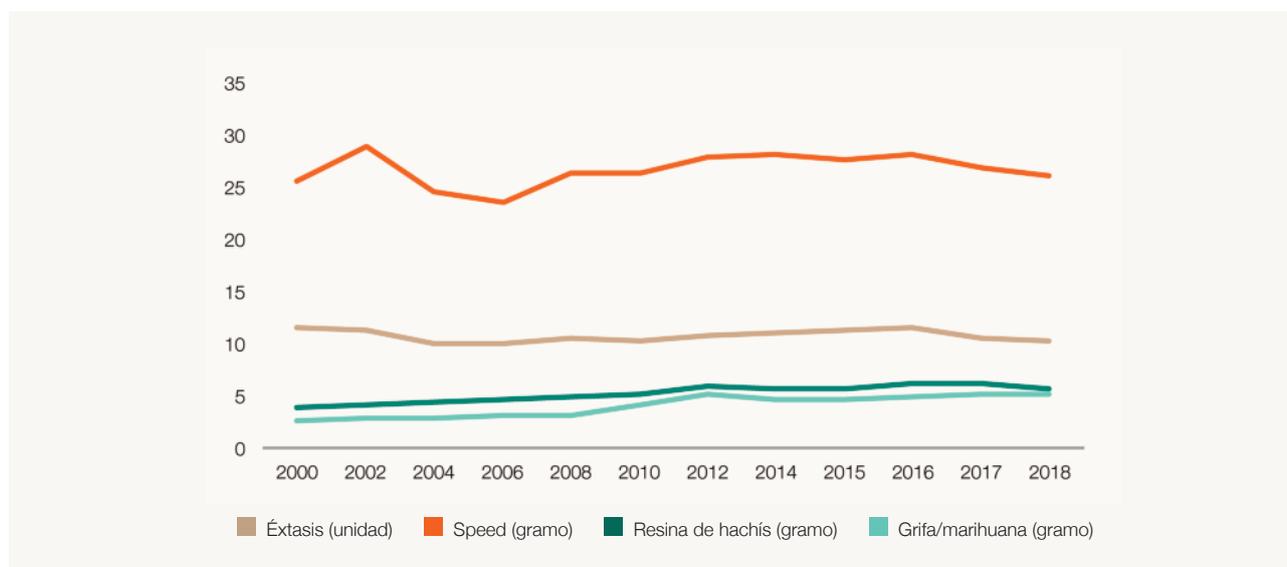
En relación a la pureza media de las drogas decomisadas, se dispone de datos para la heroína y la cocaína. A lo largo de todo el período 2000-2018, se puede observar que la pureza de los grandes decomisos (nivel de kilogramo) es bastante mayor que la pureza de los decomisos del nivel de gramo o de dosis. De hecho, en 2018, la pureza de los grandes decomisos de heroína fue de un 40,5%, de los decomisos del nivel de gramo fue del 30,0% y de los de nivel de dosis del 22,5% y, para la cocaína, las cifras fueron, respectivamente, 69,0%, 44,0% y 37,5%.

Por lo que respecta a la evolución temporal, la pureza de la cocaína muestra una tendencia descendente desde el año 2000 que es especialmente notoria a partir de 2008: en el mercado mayorista la pureza media del kilogramo ha pasado del 72% en 2008 al 69,0% en 2018; la del gramo, en ese mismo periodo, del 49,5% al 44,0%, y la de la dosis del 40,5% al 37,5%.

La misma tendencia al descenso se aprecia respecto a la pureza de la heroína, aunque, en este caso, esa tendencia fue más intensa hasta 2010 y sobre todo a nivel de kilogramo, cuya pureza pasó del 64% en 2000 al 45% en 2010 y, en menor medida, en el caso de la dosis que pasó del 25% al 21% y en el del gramo que pasó del 32% al 31,5%. A partir de 2010 las purezas del gramo y la dosis han mostrado tendencia a la estabilización, basculando entre el 21% y el 22,5%, en el caso de la dosis, y entre el 31% y el 31,5% en el caso del gramo (con excepción del año 2015 en que fue del 33%). Respecto a la pureza de la heroína en el mercado mayorista (kg) también se observa una estabilización a partir de 2014, (con excepción del año 2015 en que fue del 43%), situándose entre el 39,0% y el 40,5% (tabla 4.3.1).

Figura 4.3.1.

Precios medios de las drogas en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2018.

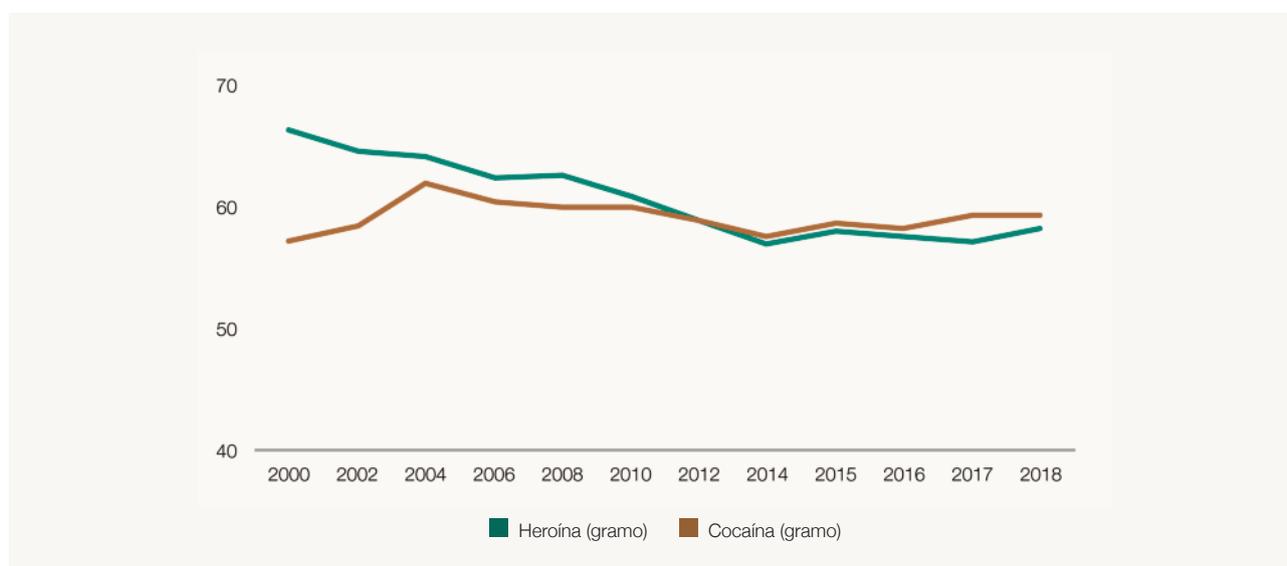


	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Éxtasis (unidad)	11,52	11,24	10,02	9,88	10,57	10,30	10,70	11,05	11,34	11,41	10,56	10,29
Speed (gramo)	25,52	28,83	24,55	23,46	26,35	26,38	27,74	28,09	27,70	28,07	26,86	26,19
Resina de hachís (gramo)	3,87	4,08	4,39	4,63	4,78	5,20	5,85	5,54	5,56	6,19	6,04	5,59
Grifa/marihuana (gramo)	2,49	2,86	2,86	2,99	3,09	4,10	5,02	4,68	4,58	4,96	5,16	5,22

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 4.3.2.

Precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2018.



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Heroína (gramo)	66,38	64,50	64,15	62,42	62,59	60,71	58,80	56,92	57,97	57,64	57,06	58,24
Cocaína (gramo)	57,16	58,30	61,85	60,28	60,03	59,98	58,95	57,57	58,55	58,15	59,30	59,21

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

**Tabla 4.3.1.**

**Purezas medias (%) de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito. España, 2000-2018.**

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Heroína</b>												
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
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
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
<b>Cocaína</b>												
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
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
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

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 kg/pureza dosis, pureza kg/pureza gramo y la razón de pureza gramo/pureza dosis. En 2018, la razón de pureza kg/dosis de heroína fue 1,80, la razón kg/gramo 1,35 y la razón gramo/dosis 1,33, mientras que para cocaína las cifras fueron 1,84, 1,57 y 1,17 respectivamente. La heroína sufre, pues, un menor grado de dilución a lo largo de la cadena de distribución que la cocaína (tabla 4.3.2).

Si se observa la evolución temporal de estas razones a lo largo del período 2000-2018, se comprueba que, para heroína, ha disminuido progresivamente la razón de pureza kg/gramo, pasando de 2,0 en 2000 a 1,35 en 2018, así como la razón pureza kg/dosis que ha pasado de 2,56 a 1,80. Por el contrario, la razón gramo/dosis ha tendido a aumentar pasando de 1,28 a 1,33 en el mismo periodo de tiempo (tabla 4.3.2). 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 y que este cambio se ha producido entre los eslabones de kilogramo y gramo, pero no en el eslabón gramo/dosis.

En cuanto a la cocaína, se observa que la razón de pureza kg/gramo mantuvo cierta estabilidad entre 2000 y 2002, dando comienzo en 2004 una tendencia al aumento de la misma. Algo parecido ha sucedido con la razón kg/dosis, aunque no así con la razón pureza gramo/dosis, que en los últimos años se ha mantenido relativamente estable en torno al 1,2 (tabla 4.3.2).

**Tabla 4.3.2.**

**Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 2000-2018.**

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Decomisos de heroína</b>												
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
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
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
<b>Decomisos de cocaína</b>												
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
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
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

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).

## 4.4. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2018

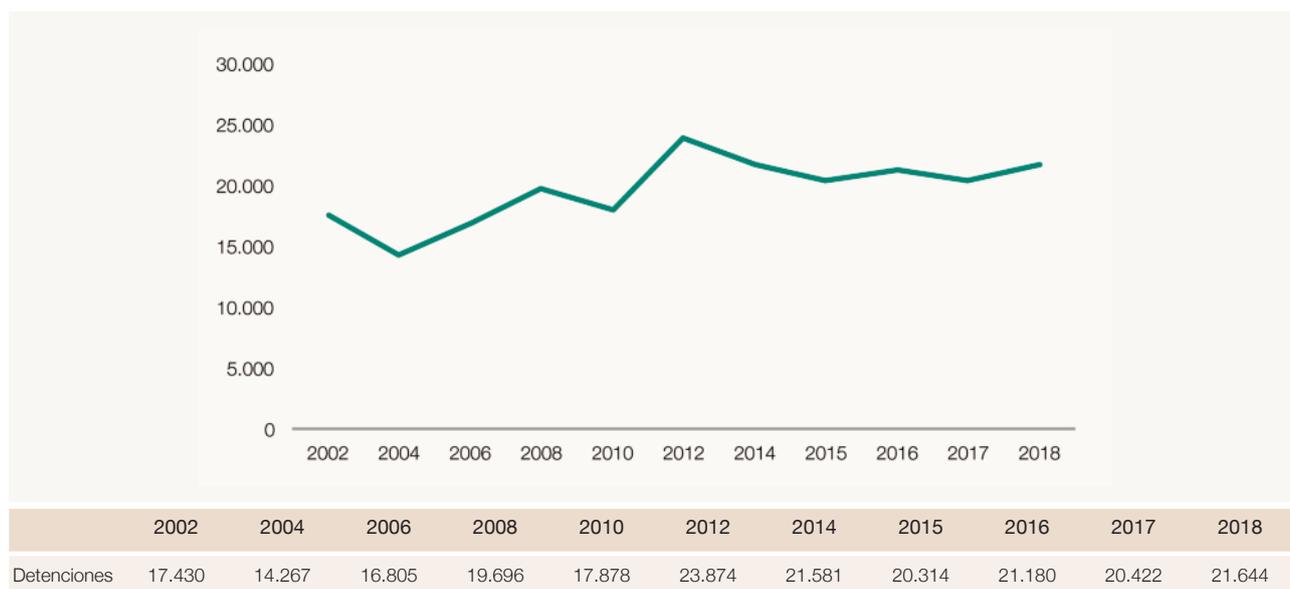
En el año 2018 se registraron 21.664 detenciones por tráfico de drogas conforme a los datos del Ministerio del Interior, frente a 20.422 en 2017. Por su parte, las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas fueron 381.100 en 2018 frente a 376.271 en 2017.

Desde 2006, y al margen de las diferencias interanuales de variación de las cifras, se observa una tendencia de estabilización de las detenciones realizadas tras un periodo de crecimiento hasta el año 2012. La misma tendencia de estabilización iniciada en el año 2014 hasta el año 2016 se observa 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. Desde el año 2017 se observa una tendencia descendente en las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas (figuras 4.4.1 y 4.4.2 y tablas 4.4.1 y 4.4.2).

Como en años anteriores, en 2018 la mayor parte de las detenciones y de las denuncias estuvieron relacionadas con los derivados del cannabis (53% y 83%, respectivamente). Importante porcentaje alcanzan también las detenciones por tráfico de cocaínicos (29%) (figuras 4.4.3 y 4.4.4 y tablas 4.4.1 y 4.4.2). Tanto los detenidos como los denunciados eran, en una gran mayoría, varones (86% y 94%, respectivamente).

Figura 4.4.1.

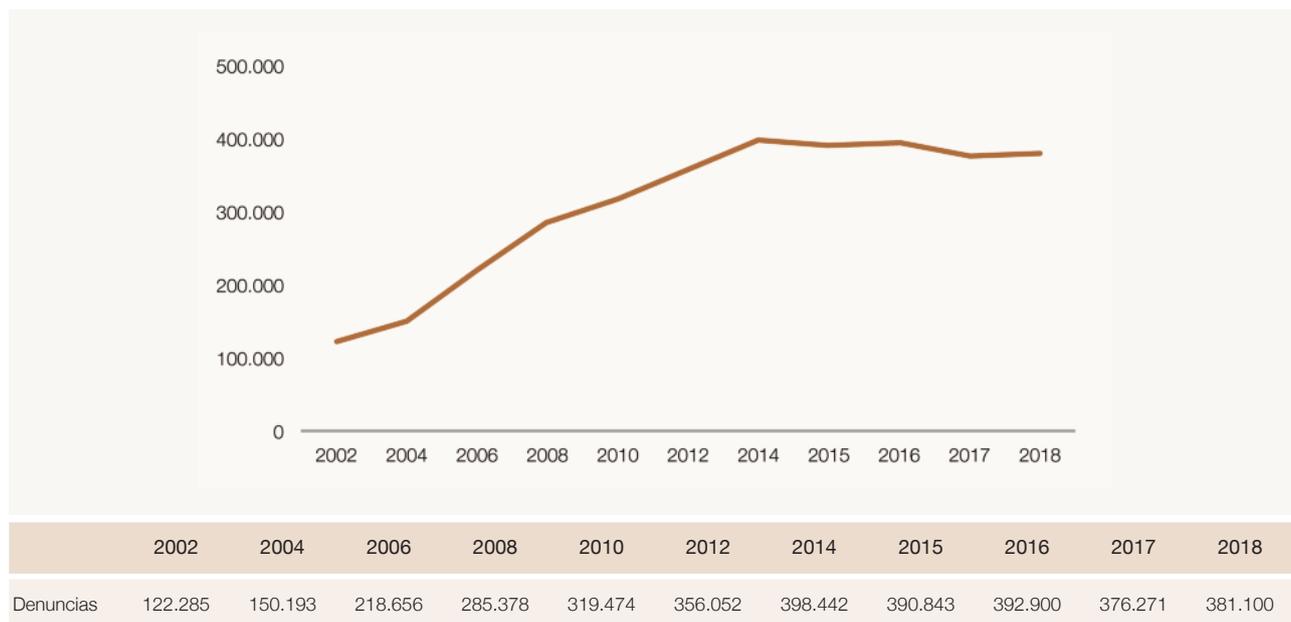
Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2002-2018.



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 4.4.2.

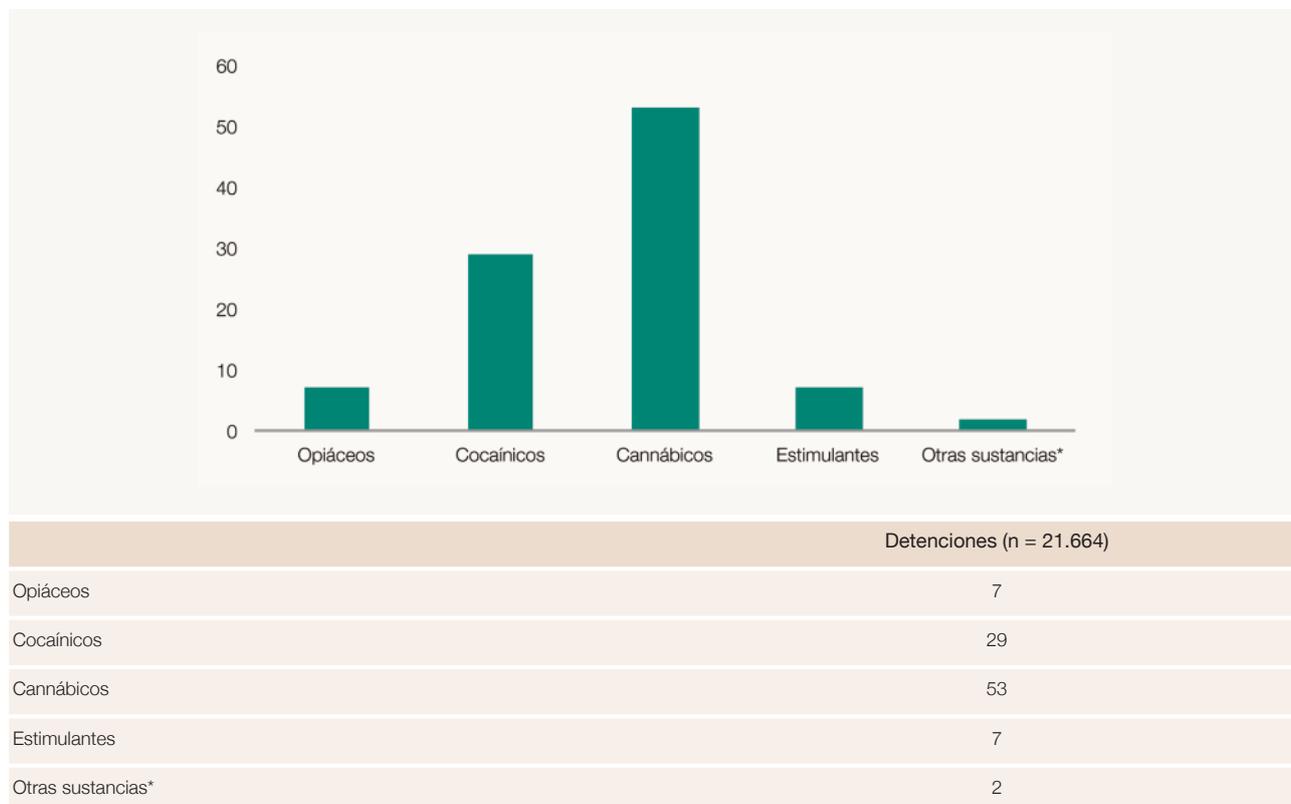
Denuncias por tenencia y consumo de drogas en lugar público basadas en las Leyes Orgánicas 1/1992 y 4/2015 (números absolutos). España, 2002-2018.



FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Figura 4.4.3.

Distribución de las detenciones por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2018.



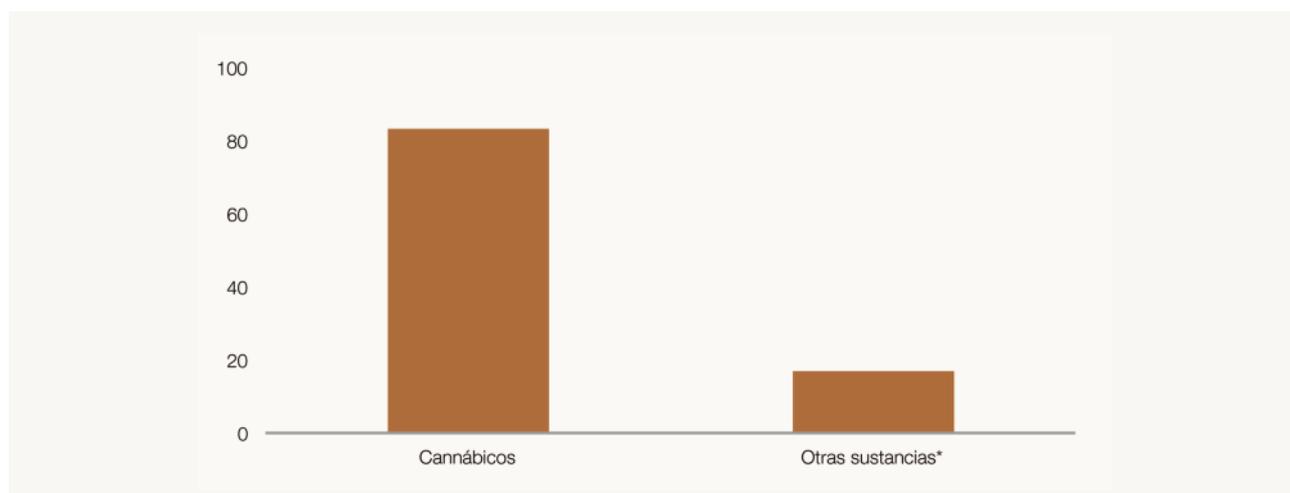
\* Otras sustancias incluye: depresores, sedantes, tranquilizantes, alucinógenos y otros.

Nota: las detenciones por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Figura 4.4.4.

Distribución de las denuncias por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2018.



Denuncias (n = 381.100)	
Cannábicos	83
Otras sustancias*	17

\* Otras sustancias incluye: opiáceos, cocaínicos, estimulantes y otros.

Nota: las denuncias en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Tabla 4.4.1.

Evolución de las detenciones por familia de drogas (números absolutos y % sobre el total). España, 2006-2018.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Total detenciones	20.094	24.069	22.139	23.874	21.581	20.314	21.180	20.422	21.664
Cannábicos	46	50	50	56	56	54	53	58	53
Cocaínicos	39	36	35	30	28	29	28	28	29
Opiáceos	6	7	7	5	7	7	7	6	7
Estimulantes tipo anfetamínico	6	5	5	4	6	7	7	6	7
Otras sustancias	3	3	3	4	3	3	5	2	2

Nota: las detenciones por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Tabla 4.4.2.

Evolución de las denuncias por familia de drogas (números absolutos y % sobre el total). España, 2006-2018.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Total denuncias	225.909	295.185	326.776	372.419	398.422	390.843	392.900	376.271	381.100
Cannábicos	77	80	84	87	87	86	84	83	83
Otras sustancias (cocaínicos, opiáceos, estimulantes, otras)	23	20	17	12	13	14	16	17	17

Nota: las denuncias en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

# Información complementaria

# Páginas web de interés

## **MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL**

<http://www.mscbs.gob.es/>

### **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas**

<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>

### **Encuesta Nacional de Salud**

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>

## **MINISTERIO DEL INTERIOR**

<http://www.interior.gob.es/>

### **Dirección General de Tráfico**

<http://www.dgt.es/es/>

## **MINISTERIO DE HACIENDA**

<http://www.hacienda.gob.es/es-ES/Paginas/Home.aspx>

### **Comisionado para el Mercado de Tabacos**

<http://www.hacienda.gob.es/es-ES/Areas%20Tematicas/CMTabacos/paginas/Default.aspx>

## **MINISTERIO DE ECONOMÍA Y EMPRESA**

<http://www.mineco.gob.es/portal/site/mineco/>

### **Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)**

<http://www.isciii.es/>

## **OFICINAS DE NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (ONUDD)**

**UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC)**

<https://www.unodc.org/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

<http://www.who.int/es/>

Abuso de sustancias psicoactivas. Management of Substance Abuse

[http://www.who.int/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/substance_abuse/en/)

JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES (JIFE)  
INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB)

<https://www.incb.org/>

OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS  
EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUGS ADDICTION (EMCDDA)

<http://www.emcdda.europa.eu/>

ENCUESTA ESCOLAR EUROPEA SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (ESPAD)  
THE EUROPEAN SCHOOL SURVEY PROJECT ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS (ESPAD)

<http://www.espad.org/>

REDUCING ALCOHOL RELATED HARMS (RARHA)  
REDUCCIÓN DE DAÑOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

<http://www.rarha.eu/>

CONDUCTAS DE SALUD EN NIÑOS (HBSC)  
HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

<http://www.hbsc.org/>

COMISIÓN EUROPEA. EUROBARÓMETRO  
EUROPEAN COMMISSION. EUROBAROMETER

<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/General/index>

CONSEJO EUROPEO. GRUPO POMPIDOU  
COUNCIL OF EUROPE. POMPIDOU GROUP

MedNET. MedSPAD SURVEYS

MedNET. ENCUESTAS MedSPAD

<https://www.coe.int/en/web/pompidou/mednet/medspad>