

**Objetivo 12**

**Reducción de los daños  
derivados del alcohol, las drogas  
y el tabaco**

**12**

## Objetivo 12. Reducción de los daños derivados del alcohol, las drogas y el tabaco

### *Objetivos Estratégicos de la OMS en la Región de Europa*

**6. Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo para problemas de salud asociados al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, a dietas no saludables, a inactividad física y a prácticas sexuales de riesgo.**

#### **Tabaco**

El actual marco de acción regional es la Estrategia Europea para el Control del Tabaco ('ESTC'). Se basa en las lecciones aprendidas de los tres planes de acción europeos y los principios de la Declaración de Varsovia para una Europa Libre de Tabaco, que fue adoptada por el Comité Regional de la OMS para Europa en 2002.

La red mundial de control del tabaco hace especial hincapié en la transformación de los datos recogidos en políticas y programas.

#### **Alcohol**

Desde 1992 hasta 2005 el Plan de Acción Europeo sobre Alcohol sirvió de base para el desarrollo e implementación en los Estados Miembros de políticas y programas sobre el alcohol. Fue complementada en 2001 por la Declaración de Estocolmo sobre Jóvenes y Alcohol. La Declaración sigue siendo la principal declaración de política de la Región Europea de la OMS sobre el tema. El marco de la OMS para la política de alcohol en la Región Europea sustituyó el Plan de Acción Europeo sobre Alcohol en el año 2006.

En particular, se está avanzando en el desarrollo de una estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Los Estados Miembros europeos también se basan en las estrategias europeas sobre enfermedades no transmisibles y sobre la salud de la infancia y adolescencia y el Plan de Acción de Salud Mental para Europa. También hay un renovado enfoque en la relación entre el alcohol y las lesiones y la violencia.

#### **Drogas ilegales**

El enfoque de las drogas ilegales en la OMS / Europa se centra en el desarrollo de políticas y estrategias para reducir la demanda de drogas. La prevención es una parte muy importante y costo-efectiva de dichas estrategias, pero el trabajo principal de la OMS es apoyar a los Estados miembros en la prestación de programas de tratamiento efectivos para los usuarios de drogas, incluidas las medidas de reducción de daños, para evitar la propagación de enfermedades transmisibles como el VIH y la hepatitis.

Parte de este trabajo se lleva a cabo en estrecha colaboración con otros programas dentro de la Oficina Regional de la OMS -el Proyecto de Salud en las Prisiones y el programa de VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual y hepatitis viral.

**Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa**

## **12.1. Consumo de tabaco en adultos**

- 12.1.1. Prevalencia y distribución por sexo y edad
- 12.1.2. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco
- 12.1.3. Exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco

## **12.2. Consumo de alcohol en adultos**

## **12.3. Consumo de otras sustancias psicoactivas**

- 12.3.1. Consumo de cannabis
- 12.3.2. Consumo de cocaína
- 12.3.3. Consumo de éxtasis
- 12.3.4. Consumo de otras sustancias psicoactivas

## **12.4. Repercusiones en la salud**

- 12.4.1. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas
- 12.4.2. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

## **12.5. Opiniones y actitudes ante las drogas**

## **12.6. Conclusiones**

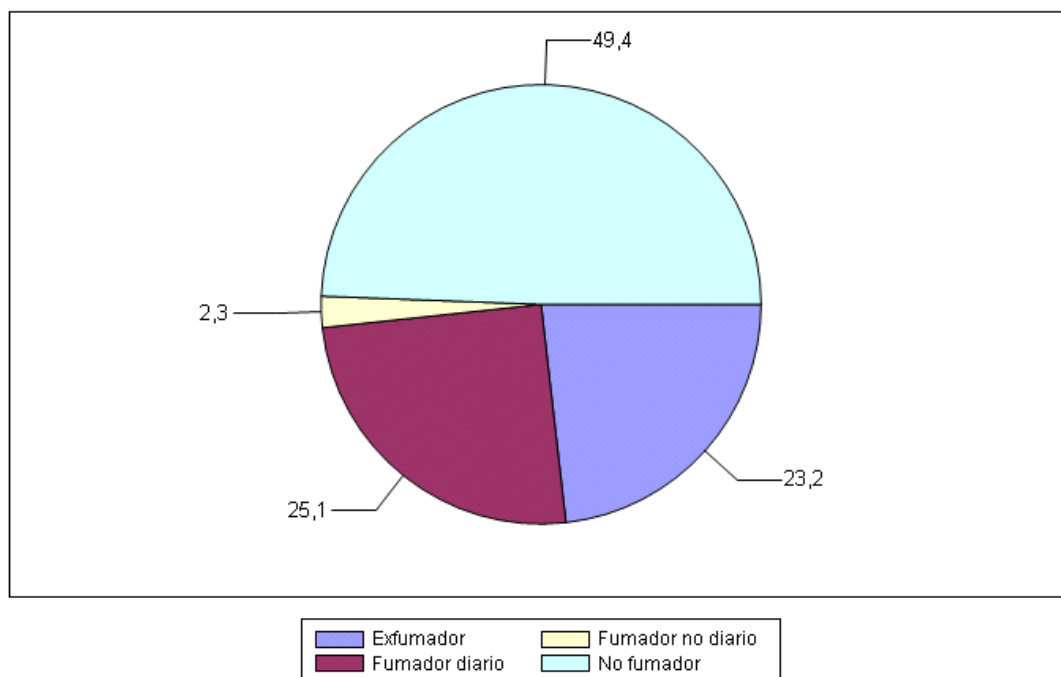
## 12.1 Consumo de tabaco en adultos

### 12.1.1. Prevalencia y distribución por sexo y edad

De acuerdo con el Sistema de Información de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), en el año 2013 el 27,4% de la población de 18 a 64 años eran fumadores habituales (un 25,1% diarios y un 2,3% ocasionales) (Figura 12.1), lo que representa una disminución del 3,2% respecto a 2011; el 49,4% no fumaban y el 23,2% eran exfumadores.

**Figura 12.1. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2013.**

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



Como se ha venido observando durante los últimos años, las diferencias entre hombres y mujeres son pequeñas. Sin embargo, en 2013 estas diferencias aumentaron a favor de los hombres, con una prevalencia de consumo habitual de 29,3% frente a 25,6% las mujeres.

Por edad, en 2013, la prevalencia de fumadores fue superior en el grupo de 45 a 64 años, con un 28,4% de fumadores actuales, frente al 27,2% y 26,1% en los grupos de 30 a 44 y 18 a 29 años, respectivamente.

La proporción de abandono, definida como la proporción de exfumadores del total de sujetos que fuman o han fumado (fumadores y exfumadores), fue 45,8%. El 25,4% de los fumadores diarios había realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año.

## 12.1.2. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco

Respecto a la evolución, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros (1995/1996), el descenso de fumadores fue del 35,5% en los hombres y del 28,8% en las mujeres (Figura 12.2). Esta tendencia descendente, registrada desde el comienzo del periodo, se debe en parte al incremento en la proporción de exfumadores, que ha venido aumentando también desde 1995/1996. En concreto, en el periodo 1995/1996-2012/2013, la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó un 51,5% en hombres y un 96,3% en mujeres.

En los hombres (Figura 12.2), se observa una tendencia descendente del tabaquismo desde 1987, que continúa en la actualidad, si bien en 2012 no varió la prevalencia respecto al año anterior y en 2013 aumentó un 3,9% respecto a 2012. En las mujeres, la máxima prevalencia se alcanzó entre 1995 y 2000, disminuyendo a partir de entonces con una pendiente similar a la observada en los hombres. En 2013 la prevalencia continuó descendiendo (8,9 % respecto a 2012). Como ya se ha comentado en el apartado anterior, en 2013 vuelve a ser superior la prevalencia en hombres (3,7 puntos porcentuales en términos absolutos).

**Figura 12.2. Evolución de la prevalencia de fumadores según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2013.**

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo. SIVFRENT-A, 1995-2013. Servicio de Epidemiología.



Por edad, en los hombres el descenso fue bastante constante en todos los grupos de edad (Figura 12.3). En las mujeres la disminución de la prevalencia fue también bastante constante en las jóvenes y en las edades intermedias, mientras que en las de 45 a 64 años se registró un aumento sostenido, debido al efecto de la llegada a estas edades de las cohortes de las jóvenes fumadoras de las décadas de 1980 y 1990. Los hombres y mujeres con mayor nivel de estudios son los que presentan el mayor descenso de consumo de tabaco, mientras las mujeres con el menor nivel educativo presentan una tendencia ascendente en la prevalencia de tabaquismo; nivel en el que los hombres, aunque presentan un descenso absoluto entre 1995 y 2012, éste es inferior al presentado en los niveles socioeconómicos superiores. (Figura 12.4).

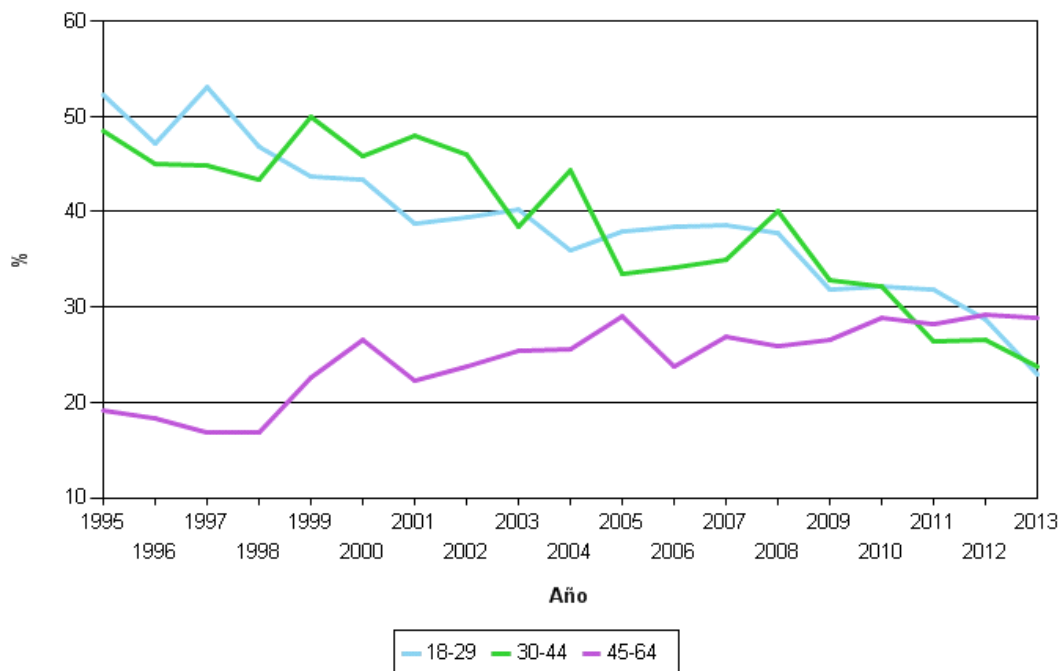
**Figura 12.3. Evolución de la prevalencia de fumadores por grupos de edad (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2013.**

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

**Hombres**



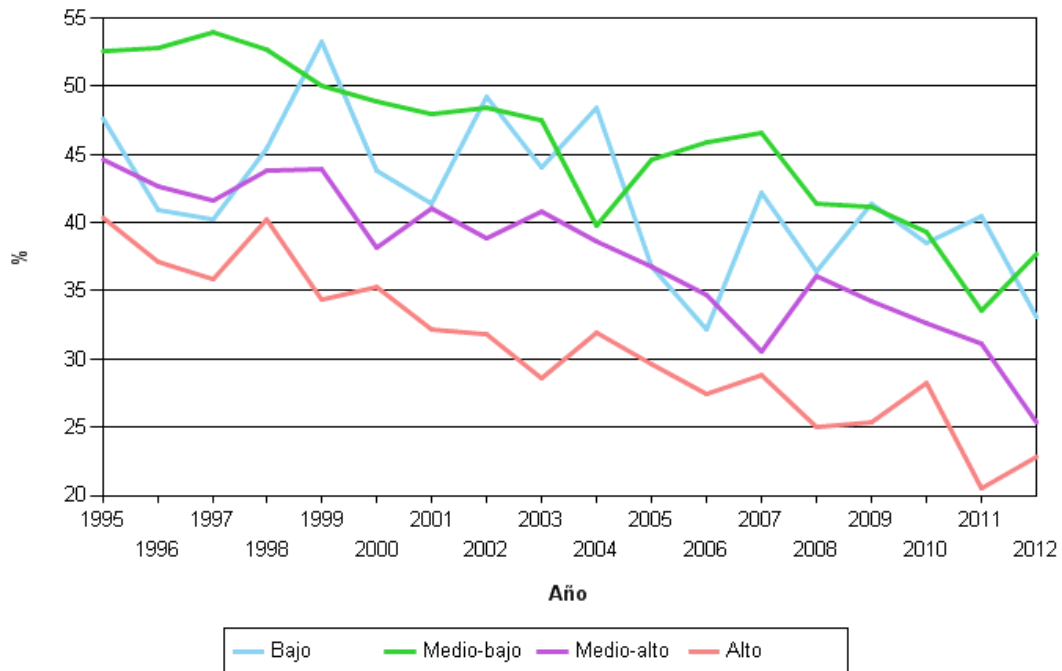
**Mujeres**



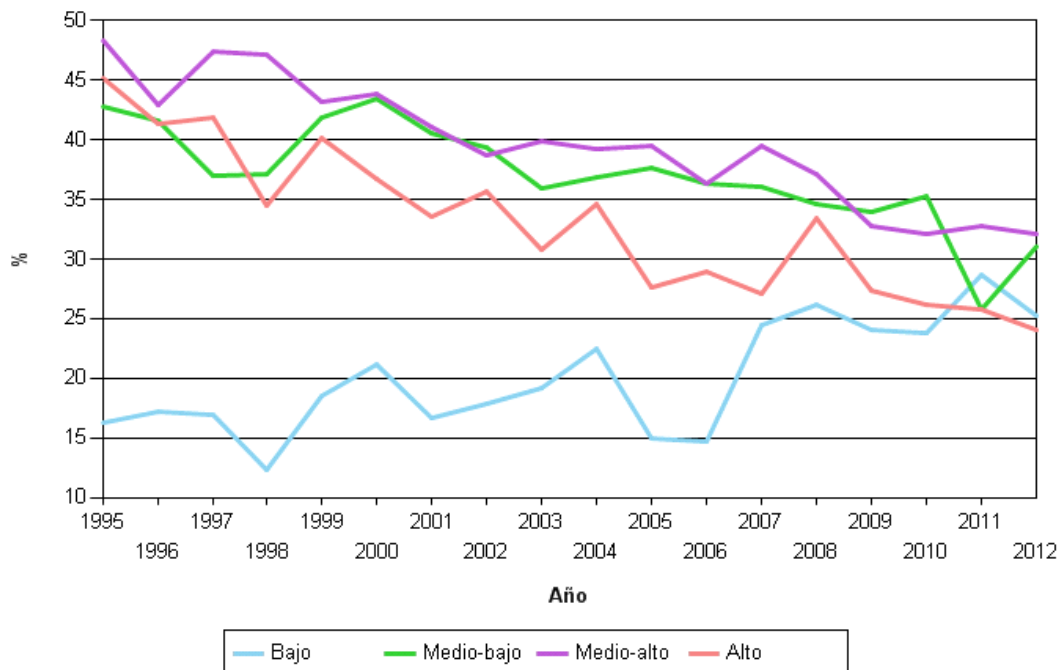
**Figura 12.4. Evolución de la prevalencia de fumadores por nivel de estudios (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2012.**

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

**Hombres**



**Mujeres**



### 12.1.3. Exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco

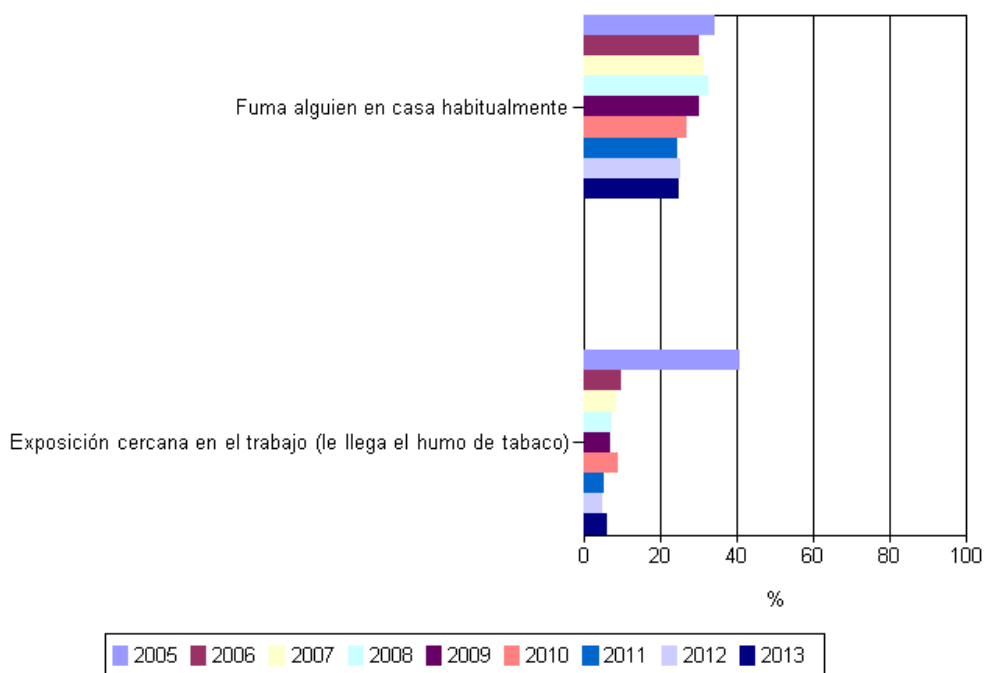
La exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco autodeclarada se vigila en la Comunidad de Madrid, a través del SIVFRENT, desde el año 2006.

Antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005, el 34,3% de los encuestados refería que al menos una persona de las que vivían en su hogar fumaba habitualmente en el interior del mismo. Tras la introducción de esa normativa, la prevalencia disminuyó ligeramente, hasta situarse en 2010 en un 26,9%. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010 se registró nuevamente un ligero descenso (24,3%), situándose en 2013 en el 24,8% (Figura 12.5).

En relación con la exposición en el entorno laboral, antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005, el 40,5% de las personas que trabajaban fuera de casa en espacios cerrados estaban expuestas al humo del tabaco. Esta proporción disminuyó drásticamente en 2006 hasta el 9,8%, tras la aplicación de la Ley. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010 se registró un nuevo descenso (5,1%), situándose en 2013 en el 6,1% (Figura 12.5).

**Figura 12.5. Prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar y en el lugar de trabajo. Comunidad de Madrid, 2005-2013. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.**

Fuente: Encuesta de Tabaco, 2005 y SIVFRENT-A, 2006-2013. Servicio de Epidemiología.



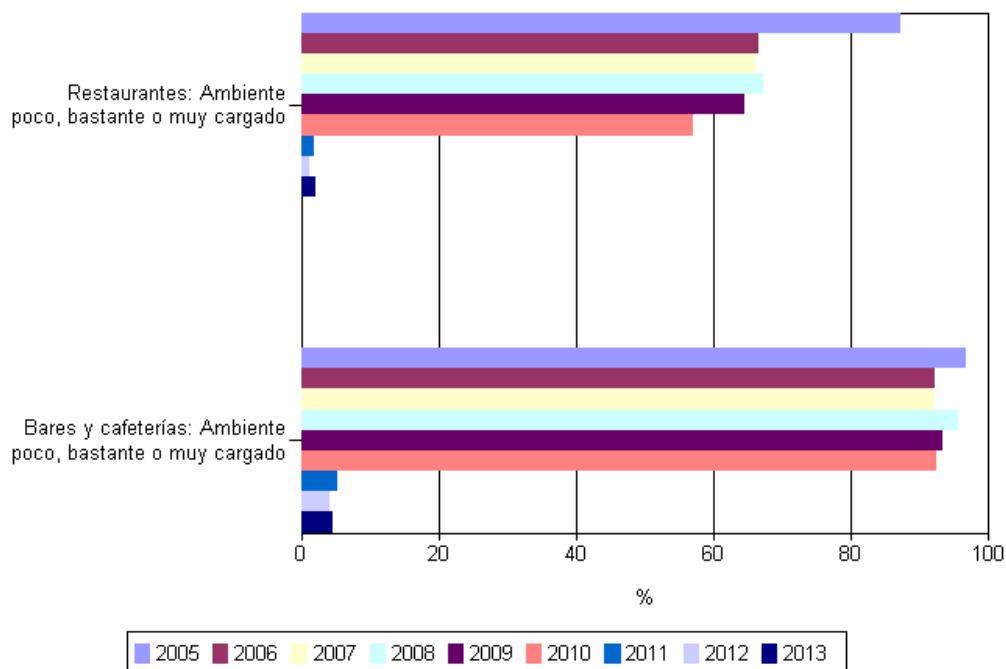
En cuanto a la exposición pasiva en bares y restaurantes, antes de la introducción de la Ley 28/2005, entre los encuestados que habían acudido a bares o cafeterías durante el último mes, un 96,8% describía el ambiente como cargado (poco, bastante o muy cargado), siendo un 65,8% los que lo encontraban bastante o muy cargado). Esta exposición descendió ligeramente tras la aplicación de la normativa, registrándose un 92,5% en 2010. Tras la introducción de la Ley 42/2010, esta exposición disminuyó drásticamente hasta el 5,2% en 2011. En 2013 sólo el 4,7% describió el ambiente como algo cargado, la mayoría de ellos poco cargado (4,0%). (Figura 12.6).

Un patrón similar muestran los restaurantes, sólo que en ellos el descenso fue mayor tras la aplicación en 2006 de la Ley 28/2005. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010, la exposición descendió de modo muy contundente hasta el 2,0%. En 2013 sólo el 2,2% describió el ambiente como algo cargado, la mayoría de ellos poco cargado (1,9%). (Figura 12.6).



**Figura 12.6. Prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en bares y restaurantes. Comunidad de Madrid, 2005-2013. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.**

Fuente: Encuesta de Tabaco, 2005 y SIVFRENT-A, 2006-2013. Servicio de Epidemiología.



## 12.2. Consumo de alcohol en adultos

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES) el alcohol fue la sustancia psicoactiva más consumida por la población en 2011. El consumo alguna vez en la vida presentó una prevalencia de 90,1% (en 2009: 94,5% ), el consumo en los últimos 12 meses fue referido por el 77,0% de la muestra (en 2009: 79,8% y España: 76,6%), y la prevalencia de consumo actual (últimos 30 días) fue del 63,7% (en 2009: 62,8% y España: 62,3%). En el consumo diario se situó tras el tabaco con una prevalencia del 6,3% (en 2009: 10,6% y España: 10,2%).

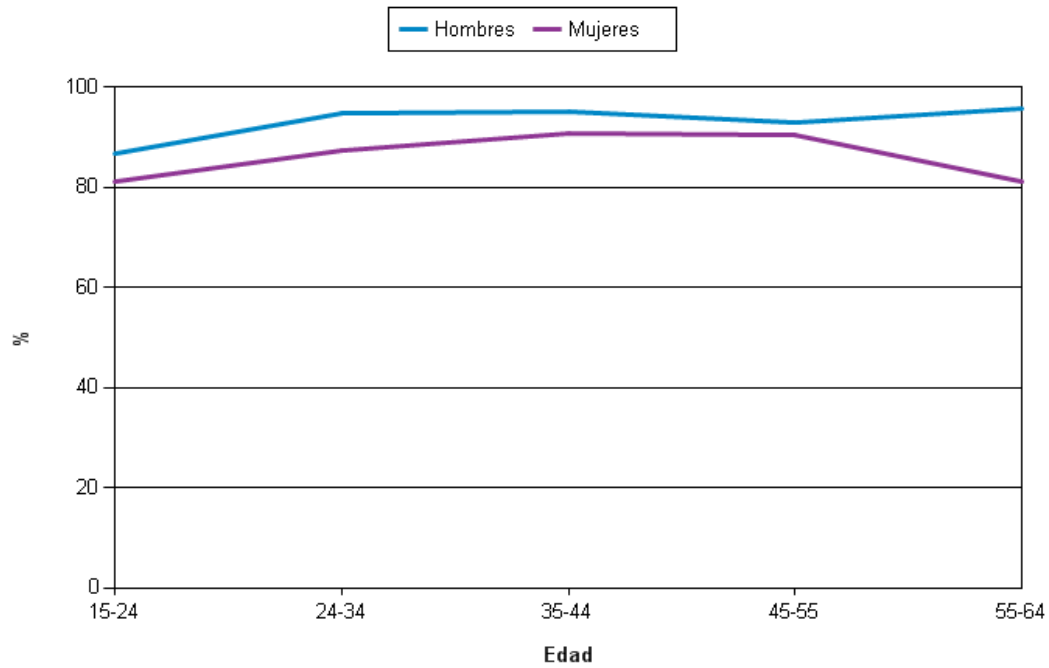
Las diferencias de consumo entre hombres y mujeres aumentaron con la edad, a favor de aquéllos, y en el grupo de 55 a 64 años es donde se observa mayor diferencia de consumo (Figura 12.7).

Un 19,3% de la muestra se ha emborrachado en alguna ocasión en los últimos doce meses: el 24,2% de los hombres y el 14,6% de las mujeres. En los más jóvenes, tanto hombres como mujeres, las proporciones son superiores a los de mayor edad. El 31,9% de los menores de 24 años se ha emborrachado en alguna ocasión en los últimos doce meses (Figura 12.8).

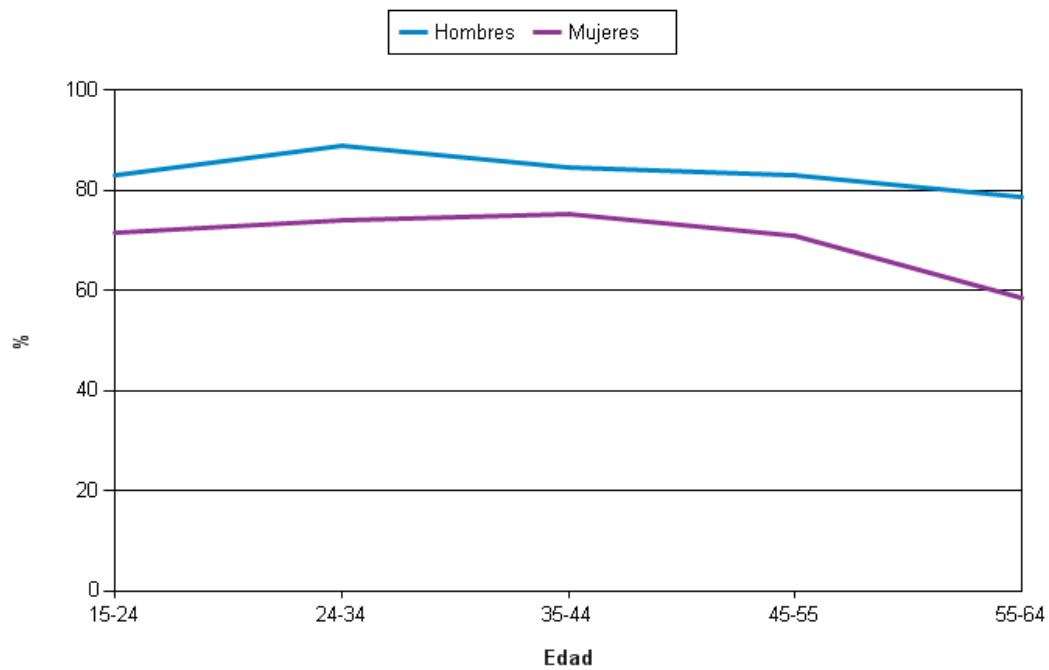
**Figura 12.7. Prevalencias de consumo de alcohol según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

**Alguna vez en la vida**



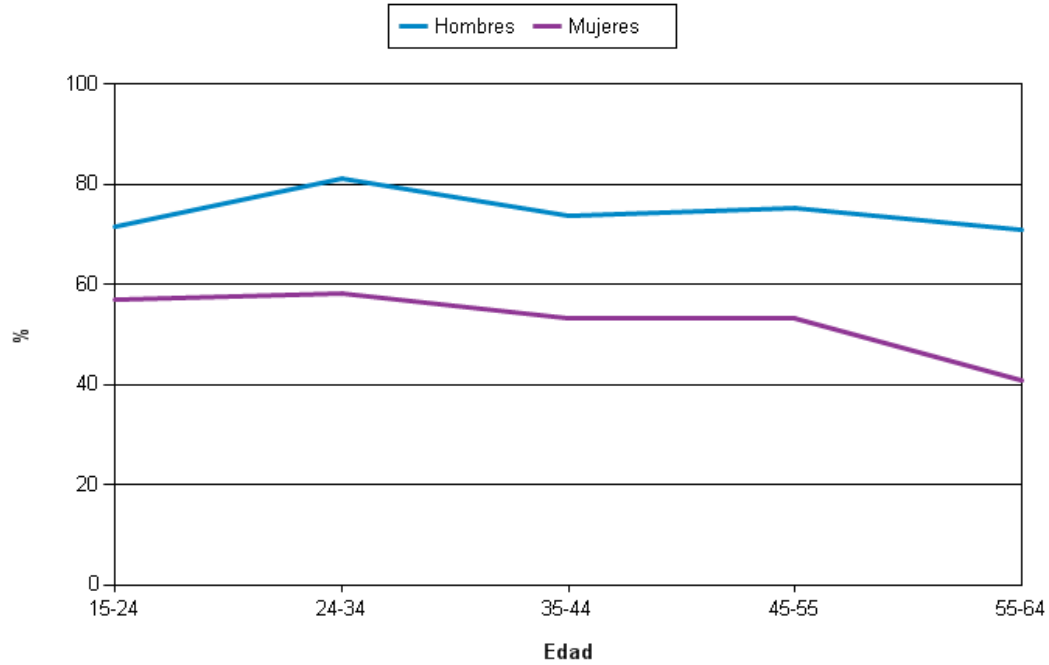
**En los últimos 12 meses**



**Figura 12.7 (continuación). Prevalencias de consumo de alcohol según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

**En los últimos 30 días**



**A diario**

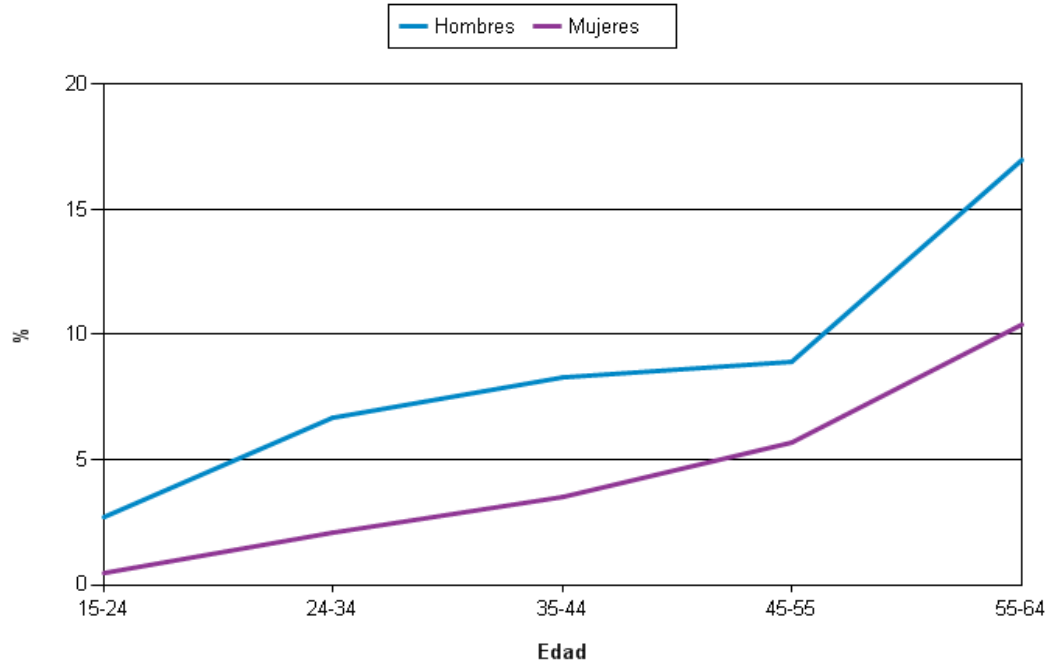
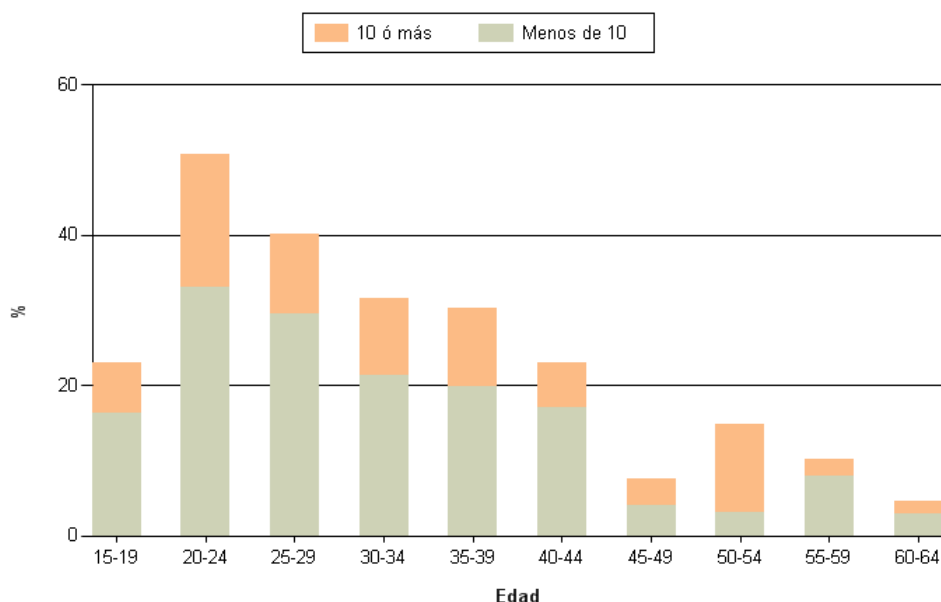


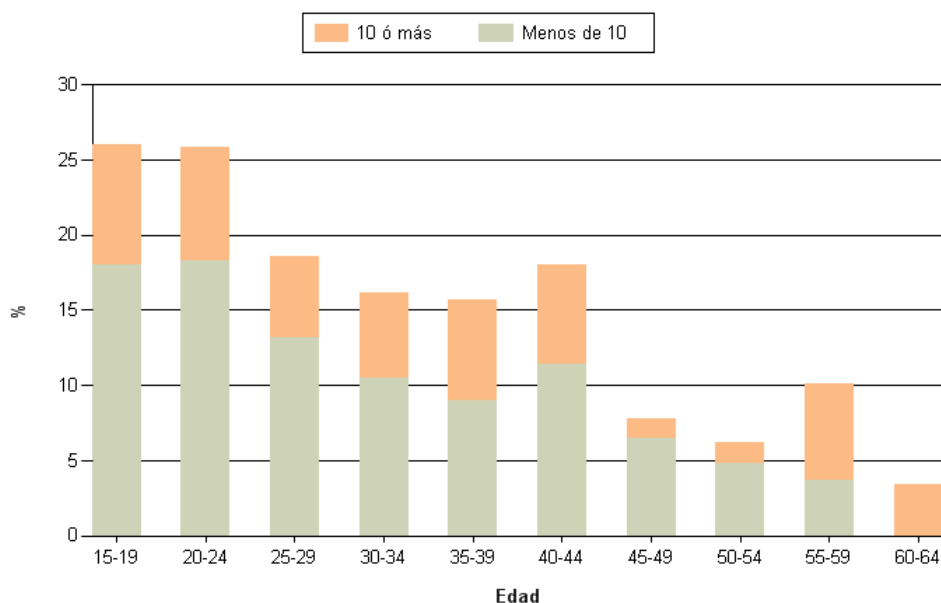
Figura 12.8. Prevalencia de borracheras en el último año según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

**Hombres**



**Mujeres**



Según el **SIVFRENT-A** el consumo medio per cápita semanal de alcohol en 2013 fue de 42,7 gramos (g), 60,9 g en hombres y 25,1 g en mujeres.

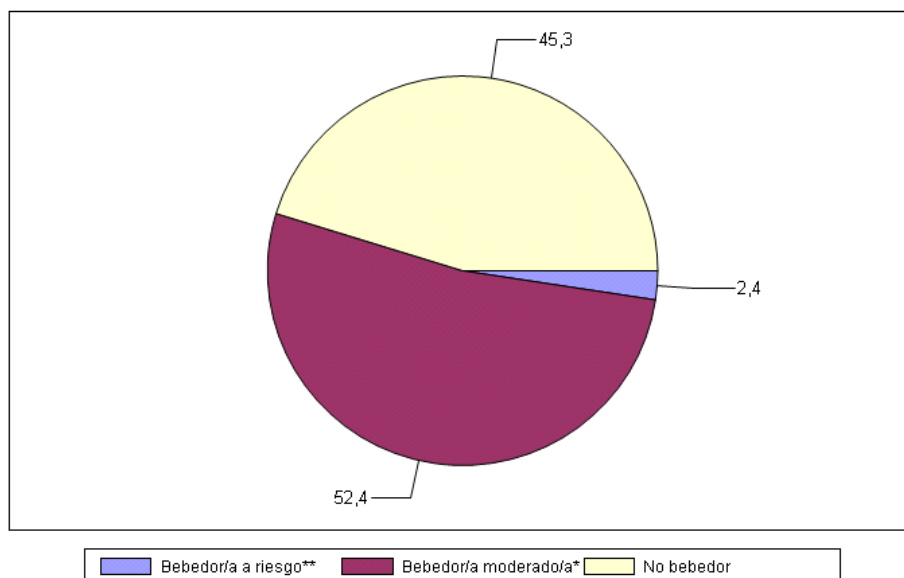
El 47,9% de los entrevistados son clasificados como bebedores habituales, que son definidos como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta proporción 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

La cantidad total de alcohol consumido por término medio al día se calcula a partir de la frecuencia de consumo y la cantidad consumida de diversas bebidas alcohólicas durante la última semana. Se considera bebedor/a moderado/a a aquella persona cuyo consumo diario es de 1-39 g/día en hombres y de 1-23 g/día en mujeres, y bebedor/a a riesgo a los hombres y mujeres con consumos  $\geq 40$ g/día y  $\geq 24$  g/día, respectivamente.

En 2013, un 2,4% de la población fue clasificada como bebedor a riesgo, un 52,4% como bebedores moderados y un 46,3% como no bebedores (Figura 12.9). Además, la proporción de personas con consumos promedio de riesgo fue 1,4 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

**Figura 12.9. Clasificación según la cantidad total de alcohol consumida por término medio al día. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2013.**

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



\* Consumo de alcohol de 1-39 g/día en hombres y 1-23 g/día en mujeres.

\*\* Consumo de alcohol de 40 g/día o más en hombres y 24 g/día o más en mujeres.

El 10,1% realizó al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de  $\geq 80$  g en hombres y  $\geq 60$  g en mujeres) (Tabla 12.1). Este consumo fue 2,1 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La frecuencia de este comportamiento aumentó al disminuir la edad, siendo 5 veces más frecuente en el grupo de 18 a 29 años en comparación con el de 45 a 64 años.

**Tabla 12.1. Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Comunidad de Madrid, 2013.**

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
<b>Bebedores habituales</b> <sup>(a)</sup>	47,9 ( $\pm 2,2$ )*	59,0 ( $\pm 3,1$ )	37,3 ( $\pm 3,0$ )	43,7 ( $\pm 4,7$ )	43,7 ( $\pm 3,5$ )	54,9 ( $\pm 3,6$ )
<b>Bebedores con consumo promedio de riesgo</b> <sup>(b)</sup>	2,4 ( $\pm 0,7$ )	2,6 ( $\pm 1,0$ )	2,1 ( $\pm 0,9$ )	4,5 ( $\pm 2,0$ )	1,4 ( $\pm 0,8$ )	2,2 ( $\pm 1,0$ )
<b>Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días</b> <sup>(c)</sup>	10,1 ( $\pm 1,3$ )	13,7 ( $\pm 2,2$ )	6,6 ( $\pm 1,5$ )	22,3 ( $\pm 4,0$ )	8,7 ( $\pm 2,0$ )	4,5 ( $\pm 1,5$ )
<b>Consumo de riesgo global</b> <sup>(d)</sup>	10,9 ( $\pm 1,4$ )	14,5 ( $\pm 2,2$ )	7,5 ( $\pm 1,6$ )	23,2 ( $\pm 4,0$ )	9,1 ( $\pm 2,0$ )	5,7 ( $\pm 1,7$ )
<b>Test CAGE positivo en bebedores habituales</b>	7,4 ( $\pm 1,3$ )	9,8 ( $\pm 2,1$ )	3,8 ( $\pm 1,5$ )	7,5 ( $\pm 2,6$ )	9,4 ( $\pm 2,4$ )	5,7 ( $\pm 2,0$ )
<b>Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días</b> <sup>(e)</sup>	1,9 ( $\pm 0,6$ )	3,3 ( $\pm 1,2$ )	0,5 ( $\pm 0,5$ )	3,5 ( $\pm 1,9$ )	1,5 ( $\pm 0,9$ )	1,4 ( $\pm 0,9$ )

\* Intervalo de confianza al 95%

(a) Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

(b) Consumo de alcohol de  $\geq 40$  g/día en hombres y  $\geq 24$  g/día en mujeres

(c) Consumo en un corto período de tiempo de  $\geq 80$  g en hombres y  $\geq 60$  g en mujeres

(d) Consumo medio diario de riesgo (ver b) y/o consumo excesivo en una misma ocasión (ver c)

(e) Entre los que han conducido un vehículo a motor en los últimos 30 días.

El consumo global de riesgo, es decir, la proporción de personas que realizaron alguno de los consumos de riesgo (consumo medio diario de riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión) fue del 10,9% (14,5% de los hombres y 7,5% de las mujeres). La máxima frecuencia se alcanza en los jóvenes, con casi uno de cada cuatro, debido, como se ha descrito anteriormente, a la frecuencia tan elevada del consumo excesivo en una misma ocasión.

De acuerdo con el resultado obtenido en el test de CAGE (test que estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica; la respuesta afirmativa en dos o más preguntas de las cuatro en que consiste el test indican presencia del síndrome), del total de bebedores habituales, en un 7,4% se detectó Síndrome de Dependencia Alcohólica (9,8% de los hombres y 3,8% de las mujeres).

Por último, un 1,9% de los entrevistados que habían conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo había hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. Este comportamiento se observó casi exclusivamente en los hombres, con un 3,3% frente al 0,5% de las mujeres, aumentando la frecuencia al disminuir la edad.

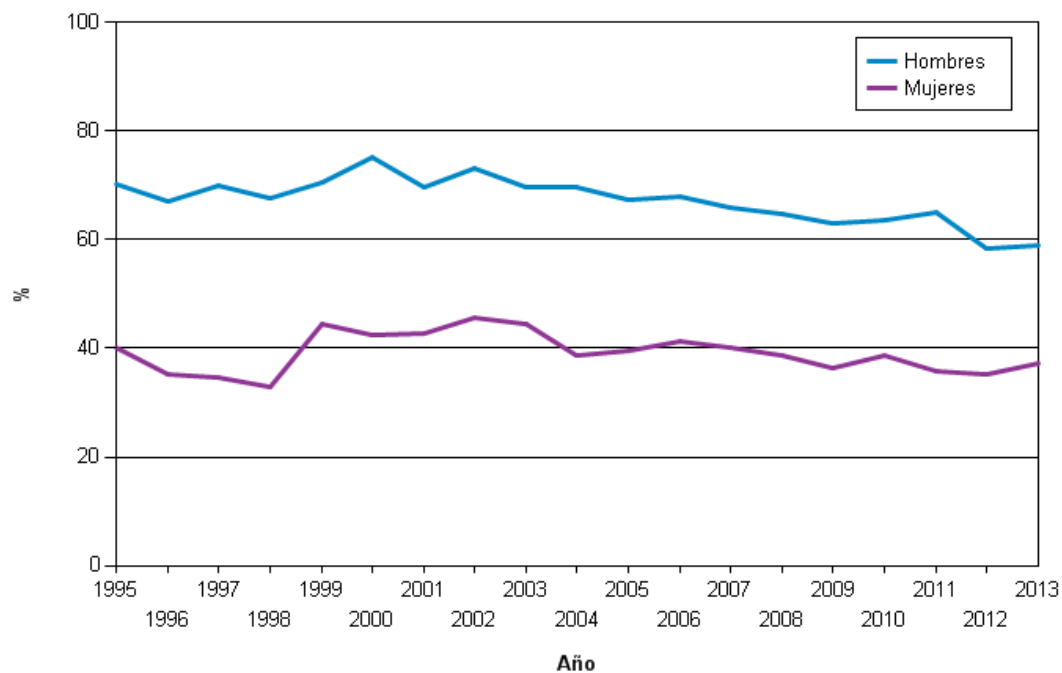
La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2012/2013, especialmente en los hombres (Figura 12.10). En ese periodo, la proporción de bebedores habituales se redujo un 14,4% en hombres y un 4,0% en mujeres, y la proporción de bebedores de riesgo disminuyó en hombres y mujeres un 72,1% y un 25,0%, respectivamente.

Durante ese mismo periodo, el consumo excesivo en una misma ocasión disminuyó en hombres un 18,8% mientras en mujeres aumentó un 22,1%, por lo que habrá que estar vigilantes. Por último, la proporción de personas que habían conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (Figura 12.10) se redujo en hombres (un 52,0%) y mujeres (51,9%), aunque como se ha señalado anteriormente, en términos absolutos, este comportamiento se observa principalmente en los hombres. En las mujeres, la frecuencia media de esta conducta en el periodo 1995-2013 fue 0,8%, habiendo superado el 1,0% tan sólo en cuatro ocasiones en estos diecinueve años.

**Figura 12.10. Evolución del consumo de alcohol en la población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.**

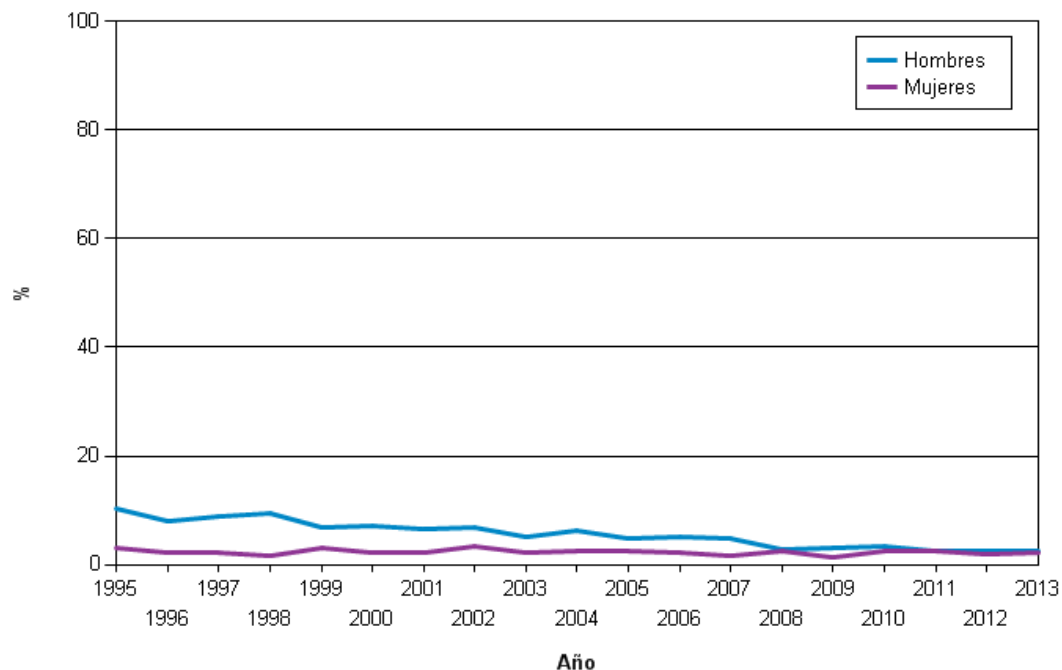
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

**Bebedores habituales\***



\* Bebedores habituales: Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

**Bebedores con consumo promedio de riesgo\***

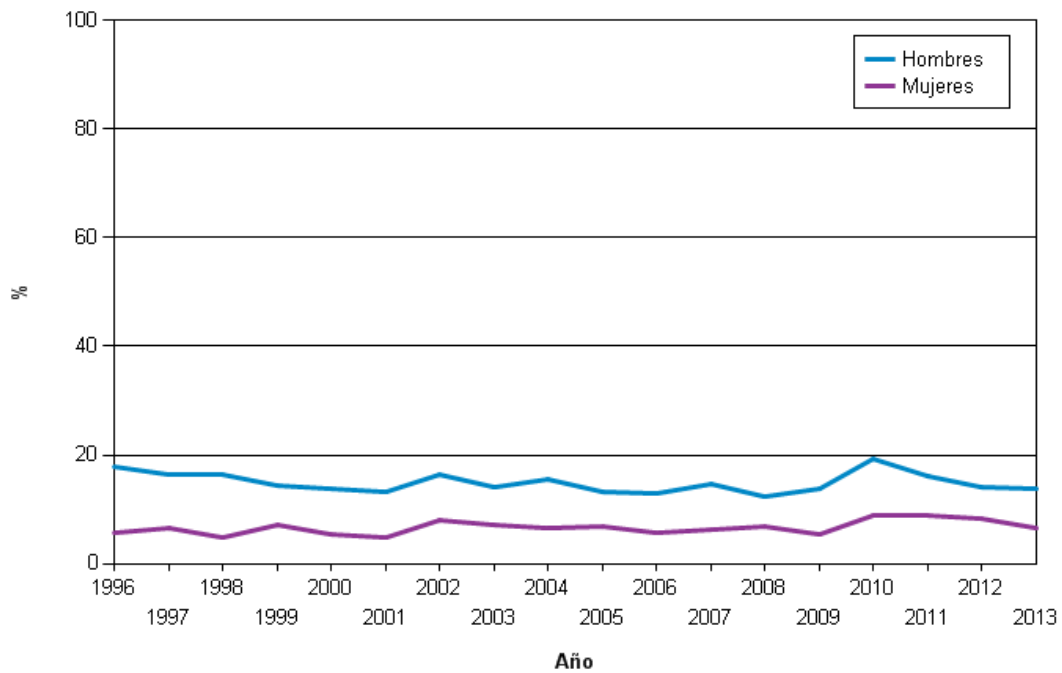


\* Consumo promedio de riesgo: Consumo diario de alcohol de 40 g/día o más en hombres y 24 g/día o más en mujeres

Figura 12.10 (continuación). Evolución del consumo de alcohol en la población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.

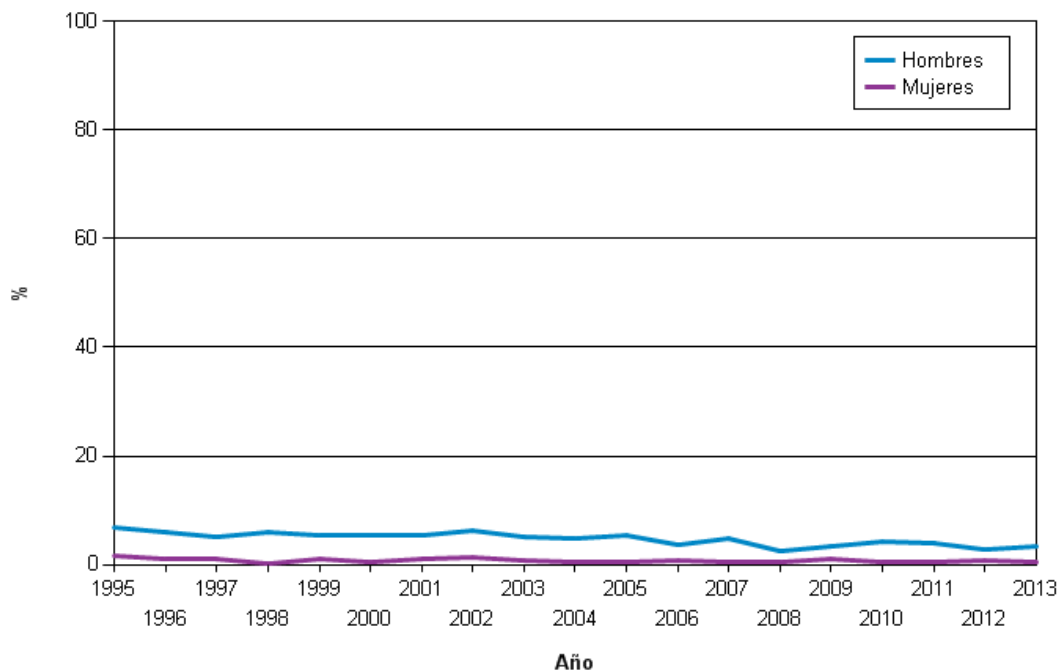
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días\*



\* Consumo excesivo en una misma ocasión: Consumo de alcohol de 80 g/día o más en hombres y 60 g/día o más en mujeres a lo largo de una tarde o una noche

Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días\*





## 12.3. Consumo de otras sustancias psicoactivas

El consumo de drogas de comercio ilegal es un fenómeno que se asocia a las edades más jóvenes y que según se observa en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES) presenta diferencias significativas entre los más jóvenes (15 a 34 años) y los adultos (35 a 64 años). En los más jóvenes es más frecuente el consumo de cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos y en los mayores el consumo de tranquilizantes y somníferos.

En EDADES 2011 se recogen por primera vez datos referidos a una serie de sustancias de reciente aparición. Las denominadas setas mágicas presentan las prevalencias de consumo experimental más elevadas, seguidas por la ketamina y el spice. Tanto el consumo en el último año como en el último mes tienen cifras muy bajas.

### 12.3.1. Consumo de cannabis

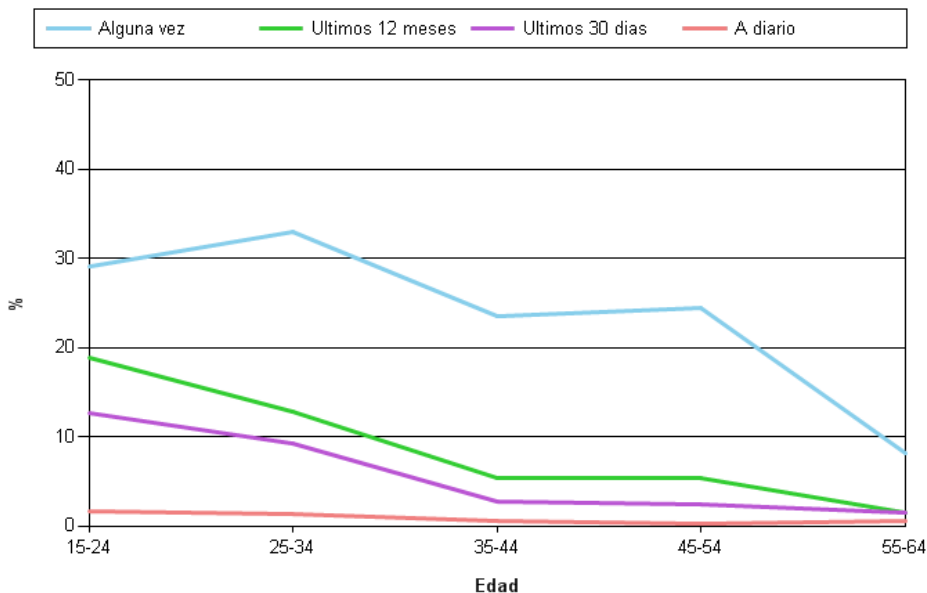
Como en años anteriores el cannabis continúa siendo la droga ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid, presentando una disminución importante respecto a la encuesta del año 2009. El 24,4% afirmó haberla probado alguna vez, cifra ésta inferior a la de 2009, que fue 36,7% (27,4% en España en 2011). Ha disminuido el consumo actual con respecto al anterior y es inferior al obtenido en España: la prevalencia de consumo en el último año fue del 8,4% (11,6% en 2009 y 9,6% España 2011), un 5,5% en el último mes (8,4% en 2009 y 7,0% España 2011), y el consumo de todos los días fue del 0,8% (2,1% en 2009 y 1,7% España 2011).

La prevalencia de consumo fue mayor en los hombres (37,7% alguna vez) que en las mujeres (18,3% alguna vez), así como para el consumo en el último año, último mes y el consumo de todos los días.

La prevalencia de consumo según grupos de edad, es mayor en los más jóvenes (Figura 12.11).

**Figura 12.11. Consumo de cannabis según edad. Comunidad de Madrid, 2011.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.



### 12.3.2. Consumo de cocaína

La cocaína fue la segunda sustancia psicoactiva de comercio ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid, tras el cannabis. También es el psicoestimulante cuyo consumo está más extendido en la población.

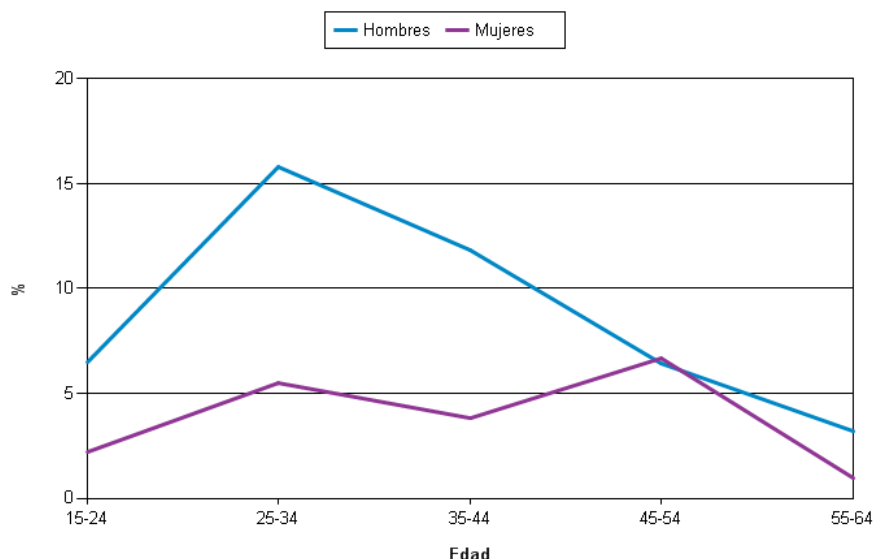
El consumo experimental ha disminuido ostensiblemente situándose en los niveles del 2007; el consumo en el último año también ha disminuido, manteniéndose estable el consumo reciente.

Un 6,8% ha experimentado con cocaína alguna vez en la vida (en 2009: 12,2%), el 1,7% la consumió en los últimos doce meses (en 2009: 1,9% y 2,3% España 2011) y el 0,7% refirió consumirla en los 30 días previos a la encuesta (en 2009: 0,7%).

Consumen cocaína en mayor proporción los hombres que las mujeres, el 9,6% de los hombres la han probado frente al 4,1% de las mujeres. La prevalencia de consumo por grupos de edad es mayor en el grupo de 15 a 24 años y ha venido disminuyendo desde el año 2005. La prevalencia de consumo alguna vez en la vida es más elevada en el grupo de 25 a 34 años (Figura 12.12).

**Figura 12.12. Consumo de cocaína alguna vez en la vida según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

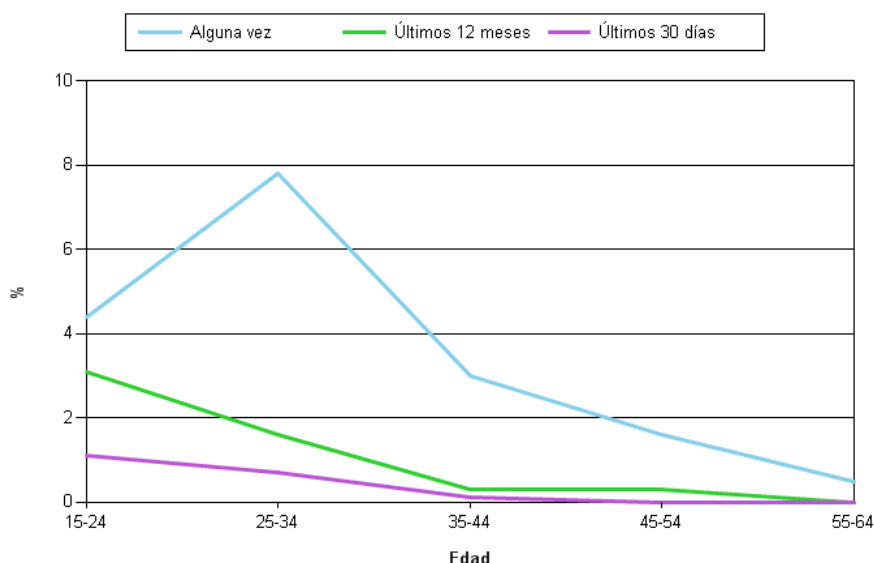


### 12.3.3. Consumo de éxtasis

La prevalencia de consumo de éxtasis disminuyó con respecto a 2009. La prevalencia fue de 3,7% para “alguna vez” (5,4% en 2009), 1,0% para el último año (0,8% en 2009 y 0,7% en España 2011) y 0,4% en el último mes (0,3 % en 2009). El mayor consumo se da en los hombres: un 5,0% “alguna vez” frente al 2,5% de las mujeres. Por grupos de edad, la mayor prevalencia es en el grupo de 25 a 34 años.(Figura 12.13).

**Figura 12.13. Consumo de éxtasis según edad. Comunidad de Madrid, 2011.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.



### 12.3.4. Consumo de otras sustancias psicoactivas

Con relación a la prevalencia de consumo de tranquilizantes y somníferos sin receta en los últimos 12 meses, el 0,7% ha consumido tranquilizantes y 0,9% somníferos, cifras menos elevadas que las de 2009. Los hombres presentan un consumo menor y en ambos sexos la prevalencia va aumentando con la edad.

La prevalencia de consumo de anfetaminas para “alguna vez” es de 2,4%, inferior al 5,8% observado en el 2009, un 0,4% en el último año (1,1% en el 2009 y 0,6% en España 2011) y un 0,2% en el último mes (Tabla 12.2). El mayor consumo se observa en los hombres con un 3,3% “alguna vez” frente al 1,5% de las mujeres .

La prevalencia para el consumo de alucinógenos “alguna vez” es de 2,1% (5,4% en 2009), y de un 0,3% para el último año (0,9% en 2009 y 0,4% España 2011).

La prevalencia de consumo de heroína para “alguna vez” es de 0,2% (0,6% en 2009 y 0,6% España 2011), siendo prácticamente de “0” el resultado de la prevalencia para los otros periodos de tiempo considerados en este estudio. El consumo fue mayor en hombres (0,3% frente al 0,1% en las mujeres). El grupo de edad con mayor porcentaje es el de 35 a 44 años con un 0,5%.

La prevalencia de consumo para los inhalables volátiles es de un 1,0% para “alguna vez” (1,1% en el 2009). La prevalencia según sexo de consumo “alguna vez” fue superior en hombres (1,4% frente al 0,8% en mujeres). En el consumo en el último año también fue superior la prevalencia en hombres (0,4% frente al 0,1% en mujeres).

**Tabla 12.2. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, de diferentes drogas. Comunidad de Madrid, 2011.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
	%	%	%
<b>Anfetaminas</b>	2,40	0,40	0,20
<b>Alucinógenos</b>	2,10	0,30	0,10
<b>Heroína</b>	0,20	0,00	0,00
<b>Inhalables</b>	1,00	0,20	0,00

## 12.4. Repercusiones en la salud

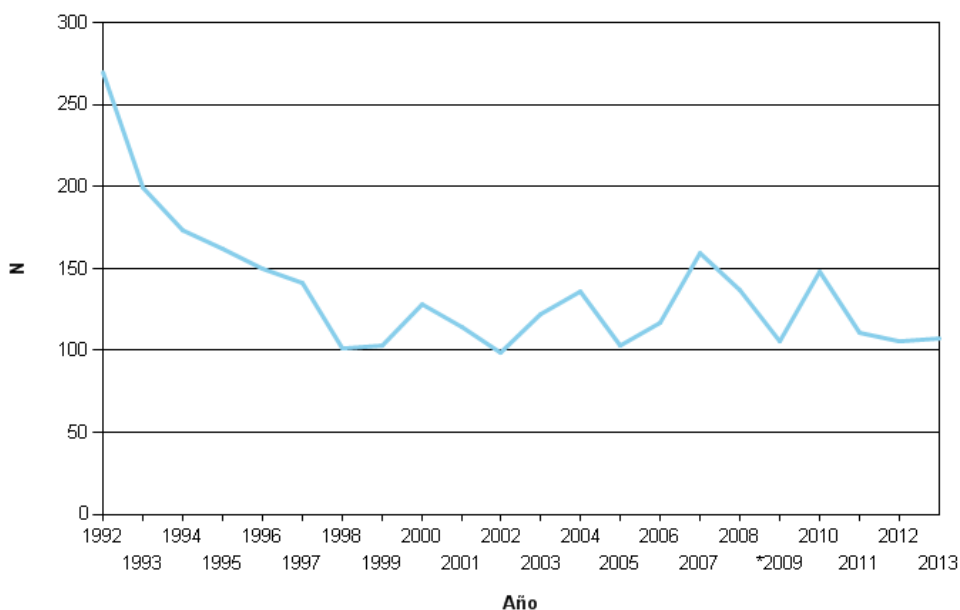
### 12.4.1. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas

A través de las notificaciones del Instituto Anatómico Forense de Madrid (Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas), la Agencia Antidroga elabora informes anuales sobre los fallecimientos por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

La evolución del número de episodios muestra que tras un fuerte descenso en los años 90, la cifra se ha estabilizado posteriormente con pequeñas oscilaciones sin una tendencia clara, si exceptuamos el año 2010 que existe un aumento del número de fallecimientos con respecto al año anterior y últimos tres años (Figura 12.14).

**Figura 12.14. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid 1992-2013.**

Fuente: Instituto Anatómico de Madrid. Elaboración Agencia Antidroga.

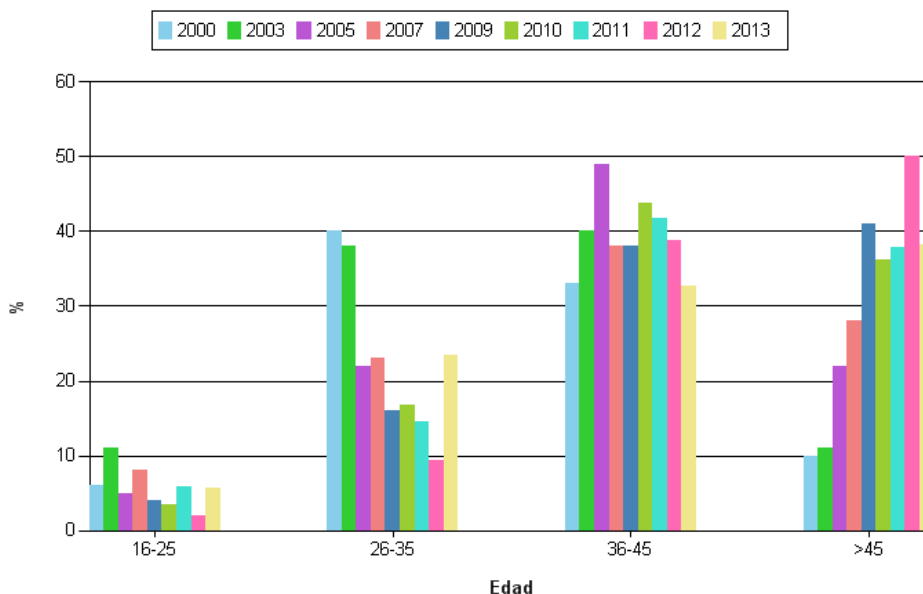


\*.- Infradeclaración en el 2º trimestre

En la distribución por edad de los fallecidos se observa con el paso de los años un desplazamiento de la curva hacia la derecha que refleja un aumento de la edad de los fallecidos. Los mayores de 45 años han ido adquiriendo mayor relevancia hasta convertirse en el grupo de edad más frecuente en los últimos años (38,3% en 2013) (Figura 12.15).

**Figura 12.15. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según la edad. Comunidad de Madrid, 2000-2013.**

Fuente: Instituto Anatómico de Madrid. Elaboración Agencia Antidroga.

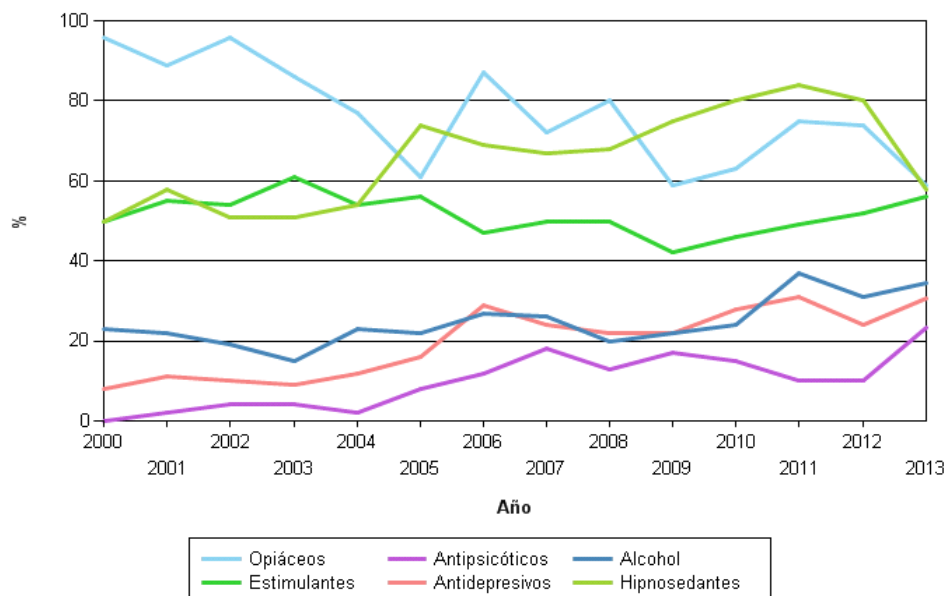


En cuanto a las sustancias encontradas (Figura 12.16), en los últimos años se observan oscilaciones en las tendencias. En el caso de las benzodiazepinas, que desde 2007 mantenían una tendencia ascendente, se observa un descenso en los últimos dos años. Los opiáceos disminuyeron de forma ostensible hasta 2005 (fundamentalmente a expensas de la heroína), a partir de entonces presentan

oscilaciones y se estabilizan en los últimos años. En 2013 se observa un incremento de la morfina, con descenso de la metadona. La cocaína en los dos últimos años rompe la tendencia descendente observada desde 2008, mientras que el alcohol y los antidepresivos experimentan un incremento en 2013 respecto al año anterior.

**Figura 12.16. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según las drogas encontradas. Comunidad de Madrid, 2000-2013.**

Fuente: Instituto Anatómico de Madrid. Elaboración Agencia Antidroga.



#### 12.4.2. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

El indicador de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas se puso en marcha en 1987 formando parte de un sistema de información desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas para monitorizar la evolución y características del consumo problemático de drogas psicoactivas.

Desde el año 2000 existe un sistema de vigilancia (Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas) que recoge datos de los episodios de urgencias ocurridos en trece grandes hospitales de la Comunidad de Madrid durante doce meses (una semana elegida al azar de cada mes del año), siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del protocolo del Sistema Estatal de Información de Toxicomanías (SEIT).

En la Comunidad de Madrid en el año 2010 se produjeron dos importantes novedades en el sistema de información de las urgencias por consumo de sustancias psicoactivas:

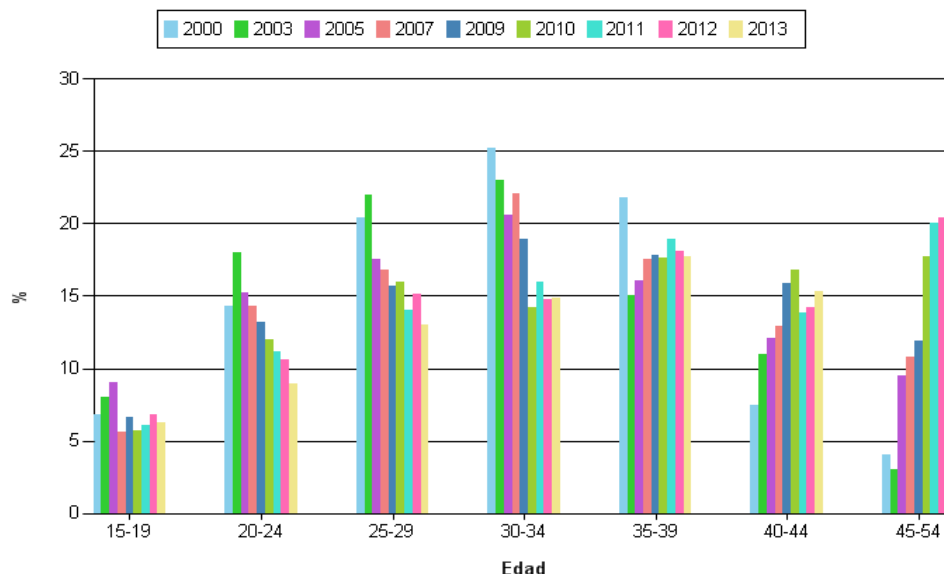
- Se rediseñó la muestra de hospitales atendiendo a los cambios en el mapa sanitario y teniendo en cuenta el aumento progresivo del número de centros hospitalarios. En función del número de urgencias atendidas y criterios demográficos se seleccionaron siete hospitales que atienden a cerca de la mitad de las urgencias de toda la Comunidad y casi las dos terceras partes de las relacionadas con el consumo de drogas.

- Se recogieron por primera vez las urgencias por consumo de drogas atendidas en el ámbito extrahospitalario

Según la información que aporta este sistema, los episodios de urgencia relacionados directamente con el consumo de sustancias psicoactivas muestran una tendencia estable. En la distribución por edad (Figura 12.17), respecto a los años anteriores el año 2013 presenta el porcentaje más bajo de episodios de urgencias entre los más jóvenes y el más alto entre los de mayor edad.

Figura 12.17. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual por edad. Comunidad de Madrid, 2000-2013.

Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Elaboración: Agencia Antidroga.



En cuanto a las sustancias consumidas, tanto las de consumo habitual como las que provocan la urgencia (Tabla 12.3), las benzodiazepinas (causa de 44,1% de las urgencias) son las de consumo más frecuente, seguidas de la cocaína (causa de 37,0% de las urgencias).

Tabla 12.3. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual según la sustancia de consumo habitual y según la sustancia que provoca la urgencia. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Elaboración: Agencia Antidroga.

	Sustancia de consumo habitual	Sustancia que provoca la urgencia
	%	%
<b>OPIÁCEOS</b>	15,3	9,3
Heroína	7,7	6,1
Metadona	6,3	2,1
Otros opiáceos	1,3	1,1
<b>ESTIMULANTES</b>	45,3	34,2
Cocaína	41,6	31,5
Anfetaminas	2,7	2,0
MDMA y otras drogas de diseño	1,1	0,7
Otros estimulantes (excl. Cafeína y nicotina)	0,0	0,0
<b>HIPNÓTICOS Y SEDANTES</b>	47,1	43,4
Benzodiazepinas	43,2	39,5
Antipsicóticos	2,9	2,9
Otros hipnosedantes	0,9	0,9
<b>ALUCINÓGENOS</b>	0,5	0,4
<b>SUSTANCIAS VOLÁTILES</b>	0,3	0,1
<b>CANNABIS</b>	37,2	22,3
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	6,0	5,9

Un sujeto puede haber consumido más de una droga.

Los porcentajes no son excluyentes, se realizan sobre el total de episodios relacionados directamente con la urgencia.

## 12.5. Opiniones y actitudes ante las drogas

En relación con la percepción del riesgo, en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2011 (EDADES), el consumo de heroína, cocaína y éxtasis fueron consideradas las sustancias que más problemas podrían producir. El consumo de 5/6 cañas/copas el fin de semana es percibido como de menor riesgo, seguido de consumo de tranquilizantes alguna vez y en tercer lugar con muy poca diferencia consumo de hachís alguna vez (Tabla 12.4).

**Tabla 12.4. Proporción (%) de personas que perciben problemas ante el consumo de las diferentes drogas, según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

Bastante y muchos problemas	Edad					Sexo		
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Total	Hombres	Mujeres
Consumo tabaco diario	87,3	87,2	87,2	90,2	88,3	88,0	86,9	89,0
Consumo 5/6 cañas/copas día	90,2	91,4	89,7	93,0	90,9	91,0	87,7	94,1
Consumo 5/6 cañas/copas el fin de semana	51,3	46,8	52,9	55,1	66,4	53,8	47,8	59,6
Consumo de hachís alguna vez	59,6	59,7	68,7	70,5	87,8	68,5	62,2	74,6
Consumo de hachís habitualmente	82,7	84,8	88,7	92,0	93,9	88,3	84,3	92,2
Consumo tranquilizantes alguna vez	67,4	62,7	64,8	64,9	68,5	65,2	63,2	67,1
Consumo tranquilizantes habitualmente	89,3	86,4	84,6	82,7	82,3	84,9	83,9	85,9
Consumo éxtasis alguna vez	90,4	91,7	95,0	96,0	97,0	94,1	92,0	96,1
Consumo éxtasis habitualmente	95,8	98,0	98,3	98,6	97,8	97,8	96,5	99,2
Consumo cocaína alguna vez	91,5	92,0	94,8	93,6	98,0	93,9	90,9	96,8
Consumo cocaína habitualmente	96,5	98,4	98,9	99,1	99,2	98,5	97,4	99,5
Consumo heroína alguna vez	96,3	98,4	99,0	98,3	99,2	98,3	97,0	99,7
Consumo heroína habitualmente	99,9	99,9	99,4	99,1	99,1	99,3	99,0	99,7

## 12.6. Conclusiones

Continúa la tendencia descendente en el consumo de tabaco, si bien se observa un repunte en hombres en 2013. En ese año el 27,4% de la población de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid era fumadora habitual. De los analizados, los únicos grupos de población en que el consumo de tabaco ha mantenido una tendencia ascendente desde los años noventa, contraria a la de los demás grupos, es el de mujeres de 45-64 años (debido a la llegada a estas edades de la cohorte de jóvenes fumadoras de las décadas de 1980 y 1990) y las mujeres de nivel de estudios bajo. Nos hallamos no obstante lejos todavía de los objetivos alcanzados por otros países de nuestro entorno en la reducción de la prevalencia del tabaquismo.

La exposición pasiva a humo de tabaco en el lugar de trabajo disminuyó drásticamente después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y ha continuado descendiendo hasta 2012, observándose no obstante un aumento en 2013 (6,1% de personas expuestas). La exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar también ha disminuido tras la publicación de las leyes de 2005 y 2010, casi un 30% desde 2005; sin embargo esta exposición se ha estabilizado en los últimos años en torno al 25%, cifra que debe ser considerada muy elevada. La exposición pasiva en bares y restaurantes disminuyó ligeramente tras la aparición de la primera norma y drásticamente tras la segunda, dirigida específicamente contra esta exposición; de los encuestados en 2013 sólo el 4,7% en bares y cafeterías y el 2,2% en restaurantes calificaron el ambiente como cargado.

En general los hombres presentan prevalencias de consumo más elevadas en todas las sustancias, excepto hipnosedantes. En 2011 el alcohol era la droga psicoactiva más consumida en los tres tipos de frecuencia (experimental, esporádico o reciente y habitual) en la Comunidad de Madrid, con una prevalencia de consumo actual del 63,7%. Las diferencias de consumo entre hombres y mujeres aumentan con la edad y la frecuencia de consumo. El 62,7% de la población consume alcohol los fines de semana, siendo más frecuente (69,8%) en la población de 19 a 35 años. La cerveza (48,4%) y los

Objetivo 12

*Reducción de los daños derivados del alcohol, 23/24  
las drogas y el tabaco*

combinados o cubalibres (25%) son los más consumidos. En 2013 se estimó en un 2,4% la población clasificada como bebedora a riesgo, 1,4 más veces hombres que mujeres. La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2012/2013, especialmente en los hombres y en los bebedores a riesgo.

Entre las drogas de comercio ilegal el cannabis sigue siendo la droga más consumida. En 2011 el 24,4% afirmó haberla probado alguna vez, siendo la prevalencia de consumo en el último mes de 5,5%. Desde el año 2001 ha experimentado un notable descenso en las tres frecuencias de consumo. El mayor consumo se produce entre los 15 y 24 años.

La cocaína fue en 2011 la segunda sustancia psicoactiva de comercio ilegal más consumida. El consumo experimental ha disminuido ostensiblemente situándose en los niveles de 2007; el consumo reciente se mantiene estable y el consumo en el último año también ha disminuido. La edad media de inicio del consumo es a los 22 años. El consumo habitual se da más entre los más jóvenes (15-24 años) y el consumo ocasional es mayor entre los 25 y 34 años.

El consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos doce meses ha disminuido de forma apreciable, así como el consumo experimental del resto de sustancias, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables, ha disminuido también. La heroína y los inhalables se mantienen a niveles inapreciables en los consumos en los últimos doce meses y 30 días.

En cuanto al impacto en salud del consumo de sustancias psicoactivas, se mantienen estables las urgencias hospitalarias y se acentúa la tendencia vista en años anteriores al aumento de la edad de los casos, siendo las benzodiacepinas (44% de urgencias) y la cocaína (37% de urgencias) las sustancias más a menudo consumidas e implicadas en la urgencia. La mortalidad provocada por estas sustancias mantiene una tendencia estable, con oscilaciones, en los últimos quince años.