



Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía
**CONSEJERÍA DE IGUALDAD, POLÍTICAS SOCIALES
Y CONCILIACIÓN**

Informe sobre el indicador mortalidad por reacción aguda a sustancias
psicoactivas. 2015

Fecha: 30/03/2019



EQUIPO DE TRABAJO

COORDINACIÓN

Fernando Arenas Domínguez

Carmen Álvarez Villanueva

Rosario Ballesta Gómez

RESPONSABLES PROVINCIALES DEL REGISTRO DEL INDICADOR:

IML Almería:

Juan Luis Sánchez Blánquez

IML Huelva:

Manuel López Alcaraz

IML Cádiz:

Estefanía Barrera Pérez

IML Jaén:

M^a Isabel Plaza Quirantes

IML Córdoba:

René J. Palacios Granero

IML Málaga:

Fernando Martín Cazorla

IML Granada:

Inmaculada Martínez Téllez

IML Sevilla:

Mario Blanco Rodríguez

INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES:

Teresa Soriano Ramón

Esperanza Moreno Bernal

ANÁLISIS Y REDACCIÓN

Izaskun Bilbao Acedos

Mario Blanco Rodríguez

Ana Isabel Real Gil



INDICE

1. Introducción	4
2. Método	7
2.1 Población.....	7
2.2 Instrumentos.....	8
2.3 Procedimiento para el registro y análisis del indicador.....	9
2.4 Limitaciones.....	11
3. Resultados	12
3.1 Características de las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas.....	12
3.1.1 Número de personas fallecidas.....	12
3.1.2 Características sociodemográficas.....	15
3.1.3. Información clínica y contexto del fallecimiento.....	17
3.2 Sustancias psicoactivas consumidas inmediatamente antes de la muerte.....	20
3.2.1 Sustancias detectadas en las personas fallecidas.....	20
3.2.2 Sustancias detectadas según la edad de las personas fallecidas.....	27
3.2.3 Sustancias detectadas según la provincia donde se registra el fallecimiento.....	28
3.2.4 Sustancias detectadas según la procedencia del cadáver.....	29
3.3 Personas fallecidas con tratamiento por consumo de drogas en la Red Pública de Atención a las Adicciones.....	30
4. Principales resultados	33
Referencias	36

1. INTRODUCCIÓN

El indicador de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas o muertes RASUPSI se define como el número de muertes producidas por reacción aguda tras el consumo intencional y no médico de sustancias psicoactivas, en personas de 10 a 64 años, en un área geográfica determinada. El objetivo es registrar aquellas muertes inducidas o provocadas directamente por el consumo reciente, siendo este consumo la causa directa y fundamental de la muerte.

Este análisis forma parte de un término más amplio: la mortalidad relacionada con las drogas (*Drug Related Deaths*), que incluye todas aquellas muertes en las que se encuentra implicado el consumo de drogas. Desde el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2009; 2011), se considera que dicho término engloba dos situaciones:

- Por una parte, incluye aquellas muertes en las que se detecta consumo de sustancias pero que no están causadas directamente por los efectos agudos de las drogas, como serían: las muertes por enfermedades causadas por el consumo (p.e. cirrosis, enfermedades cardiovasculares, VIH por inyección de drogas) o las muertes accidentales bajo los efectos de las drogas (p.e. accidentes de tráfico).
- Por otra parte, también engloba aquellas muertes que están directamente causadas por los efectos agudos del consumo de drogas. A este tipo de muertes se las considera “muertes inducidas por drogas” (Drug-Induced Deaths) debiendo haberse producido el consumo en un corto periodo de tiempo anterior a la muerte.

Además, el Observatorio Europeo se plantea también como objetivo de estudio las muertes entre consumidores “problemáticos” de drogas¹. En este sentido, existe consenso sobre el hecho de que la mortalidad entre consumidores problemáticos y entre quienes demandan tratamiento por consumo de

¹ El Observatorio Europeo (EMCDDA, 2009) define uso problemático de drogas como “el uso inyectado o regular/de larga duración de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas” (p. 7). Además, indica que esta definición también incluye a quienes consumen metadona u opiáceos bajo prescripción.

drogas es muy superior a la encontrada en su población de referencia (p.e. Merrall, Bird y Hutchinson, 2013; Muhuri y Groferer, 2011). En Europa, se estima que la mortalidad entre los consumidores problemáticos de drogas es entre 10 y 20 veces superior a la que se produce en la población de la misma edad y género (EMCDDA, 2011).

La mortalidad relacionada con el consumo es un reflejo importante del impacto sanitario y social del uso de estas sustancias. El conocimiento de este fenómeno es, pues, relevante para diseñar políticas y programas destinados a reducir los problemas relacionados con el consumo de drogas. En este sentido, disponer de información epidemiológica de calidad permite identificar necesidades y factores de riesgo, y evaluar la relación coste-beneficio de las políticas públicas diseñadas para dar respuesta a estas necesidades (Pereiro, Bermejo, Fernández y Tabernero, 2003).

En Andalucía, el indicador mortalidad tiene cobertura total sobre la Comunidad Autónoma desde 2009. Dada la complejidad del registro de este tipo muertes, se ha establecido un circuito que se caracteriza por el papel activo del personal médico forense (MF) en la detección y registro de los casos RASUPSI, apoyado por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. En cada una de las provincias se ha establecido un médico o una médica forense responsable, que coordina el registro de los casos RASUPSI. Además, el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses facilita las pruebas complementarias solicitadas desde los Institutos de Medicina Legal y realiza un seguimiento paralelo de todos los fallecimientos en los que detecta presencia de drogas, que posteriormente son cruzados con el registro realizado desde los IMLs para garantizar la total cobertura del Indicador.

El mantenimiento de este Indicador y su alto nivel de calidad en Andalucía sólo es posible gracias a la participación de las personas que en cada uno de los Institutos de Medicina Legal y en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses trabajan cada día para recabar los datos que lo componen. Gracias a todas ellas por su dedicación e implicación en esta tarea conjunta.

2. MÉTODO

2.1. POBLACIÓN

La población de estudio está compuesta por personas fallecidas durante el año 2015 con edades comprendidas entre los 10 y los 64 años, cuya causa de muerte es la reacción aguda a sustancias psicoactivas en Andalucía. Los **criterios de inclusión** para que una muerte sea considerada RAPUPSI son los siguientes:

- a) Deben existir evidencias de consumo reciente de alguna de las sustancias psicoactivas mencionadas en la clasificación Pompidou.
- b) Presencia de análisis toxicológicos positivos para alguna de las sustancias de la clasificación Pompidou.
- c) Existencia de un diagnóstico forense de muerte por reacción aguda a alguna sustancia psicoactiva de la clasificación Pompidou.
- d) Hallazgos anatomopatológicos de autopsia compatibles con muertes por consumo reciente de alguna de las sustancias de la clasificación Pompidou.²

No se registran los casos en los que aparecen algunos de los siguientes **criterios de exclusión**:

- e) Muertes en personas menores de 10 años o superiores a 64 años.
- f) Muertes en las que la causa básica o fundamental no es el consumo de sustancias psicoactivas.
- g) Muertes indirectamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas (p.e. accidentes, patologías infecciosas, homicidios, etc.).
- h) Muertes por exposición o ingestión involuntaria o no intencional de sustancias psicoactivas.

² Este criterio no será necesario cuando el médico o la médica forense considere que los criterios anteriores son suficientes para considerar la muerte como RASUPSI

- i) Muertes por reacciones adversas a medicamentos o productos farmacéuticos debidamente prescritos y administrados (sí se registran las muertes con sustitutivos opiáceos, a pesar de que puedan estar debidamente prescritas y administradas).
- j) Muertes causadas exclusivamente por uso de sustancias volátiles, productos domésticos o cáusticos. Sí se registrará muerte RASUPSI cuando se usen por vía inhalada o esnifada y no haya evidencias de que se trate de un suicidio (debiendo cumplirse los criterios de inclusión).
- k) Muertes causadas por una enfermedad crónica relacionada con el consumo de sustancias.

2.2 INSTRUMENTOS

La información que se registra sobre este Indicador es común para toda España y se define por el Observatorio Español sobre Drogas. Concretamente, las variables registradas analizadas en el presente informe han sido las siguientes:

- ***Variables sociodemográficas:*** edad y sexo.
- ***Datos de información clínica:*** procedencia de la persona fallecida, existencia de evidencias de consumo reciente, indicios de suicidio, existencia de una patología previa complicada por el consumo de sustancias psicoactivas, anticuerpos VIH.
- ***Información analítica.*** Este tipo de información recoge las sustancias psicoactivas o metabolitos detectados en los análisis toxicológicos, el tipo de muestra biológica y los resultados cuantitativos en miligramos/litro, excepto el alcohol en gramos/litro y el cannabis en nanogramos/litro. Considerando esta información, el médico o la médica forense (MF) valora qué sustancias psicoactivas estuvieron implicadas en la muerte.³

³ La presencia de metabolitos no permite conocer la droga específica consumida por la persona fallecida, sino su grupo farmacológico. Por este motivo, el análisis sobre las sustancias consumidas se ha realizado según los grupos farmacológicos que distingue la clasificación elaborada por el Grupo Pompidou del Consejo de Europa. No obstante, para mayor comodidad en la lectura, a lo largo de este informe nos referiremos a estos grupos farmacológicos como “sustancias”.

A partir de 2012 el registro de la *hoja de registro individual de muerte por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas*⁴ se lleva a cabo a través del **Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA)**. El SIPASDA es una aplicación Web informatizada con base de datos única, que permite disponer de los datos recogidos en tiempo real. Esto permite realizar el tratamiento de datos de una forma más ágil y el desarrollo de un sistema rápido de información. Además, la aplicación diseñada para el registro de este Indicador posibilita incluir casos en los que se sospecha muerte RASUPSI y realizar un seguimiento hasta su confirmación o no, facilitando así la labor del personal médico forense responsable del Indicador en cada provincia.

2.3 PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR

La inclusión de los fallecimientos como muertes RASUPSI es, en ocasiones, compleja, debido a la posible falta de evidencias que constaten que la causa principal es una reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. Por ello, en Andalucía se ha establecido un procedimiento que implica a los Institutos de Medicina Legal (IML) de las ocho provincias andaluzas y al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF) de Sevilla, siendo realizado el diagnóstico de muerte RASUPSI por un médico o una médica (MF) del IML de la provincia donde se produce el fallecimiento.

En la figura 1 se ofrece un esquema del procedimiento. La investigación médico legal de la muerte se inicia con la diligencia de inspección ocular y levantamiento de cadáver. Tal y como establece la Ley de Enjuiciamiento Criminal (artículo 340) la autopsia médico-legal debe realizarse en aquellos casos en que la muerte sea por causa violenta o sospechosa de criminalidad. Este tipo de muertes se definen por ser

⁴ Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/morta.pdf>

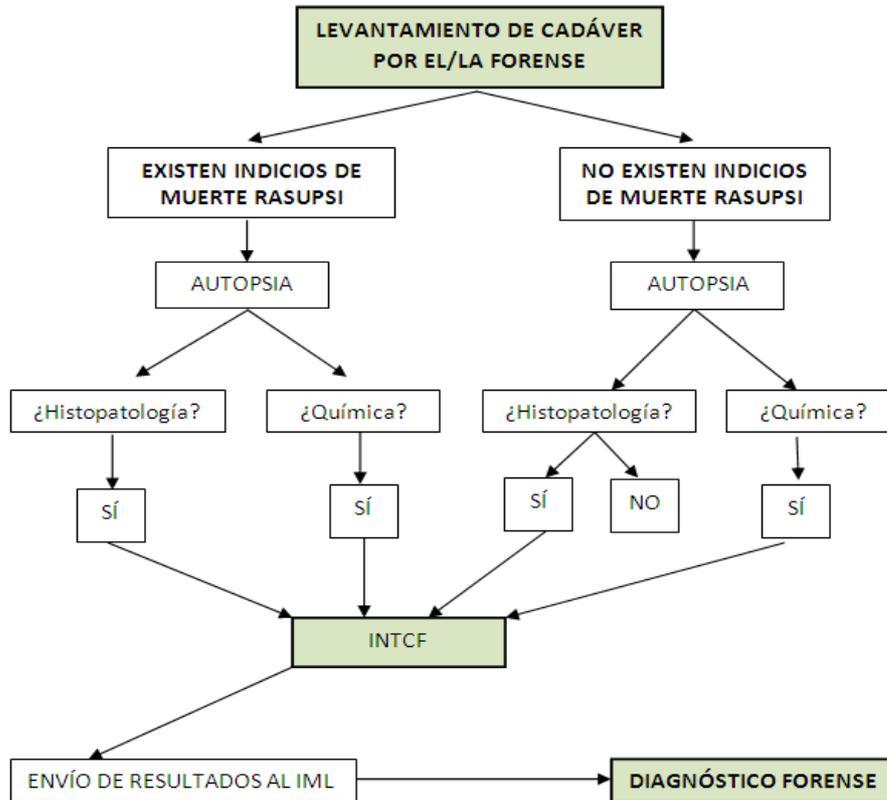
de causa no natural, de naturaleza exógena, y de etiología de tipo violenta, es decir, homicida, suicida o accidental (Galtés y Galarraga, 2001). Además, estas autopsias se realizan también en aquellas muertes en que no se ha expedido certificado de defunción o aquellas en que se reclame una responsabilidad profesional sanitaria.

En aquellas personas fallecidas a quienes se les realiza autopsia médico legal pueden presentarse indicios de muerte RASUPSI o no (figura 1). En el primer caso, el o la MF solicita al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF) estudios histopatológicos (siempre que el estado de conservación del cadáver lo permita) y análisis químico-toxicológico. En el segundo caso, el de los fallecimientos en los que inicialmente no se aprecian indicios de muerte RASUPSI no siempre se solicita estudio histopatológico, si bien la solicitud de análisis químico-toxicológico sí que está incluida en el protocolo para este tipo de fallecimientos.

En ambos casos, una vez que el o la MF recibe los resultados de las pruebas complementarias solicitadas al INTCF y junto con los datos obtenidos del levantamiento del cadáver y la autopsia practicada, valora si la muerte ha podido ser causada o no por una reacción aguda a sustancias psicoactivas. En caso afirmativo, se registran los datos correspondientes en el SIPASDA y se confirma el fallecimiento como RASUPSI.

Por último, para homogeneizar el registro e incrementar la fiabilidad del procedimiento de recogida de datos se han tomado distintas medidas. Por una parte, en cada uno de los ocho IMLs se ha establecido un o una MF responsable que coordina el registro de los casos RASUPSI. Por otra parte, los listados de análisis químico-toxicológicos realizados por el INTCF son cotejados con los casos registrados por los y las MF en el SIPASDA.

Figura 1. Procedimiento para el registro de muertes RASUPSI



2.4 LIMITACIONES

A pesar de utilizar un procedimiento estandarizado para la validación de muertes RASUPSI, en ocasiones es difícil determinar si la causa de un fallecimiento es reacción aguda a drogas o no. Esta dificultad se debe, fundamentalmente, a la complejidad del fenómeno en estudio, es decir, existen amplias familias de sustancias, cuya metabolización y mecanismos de acción difieren unos de otros. Además, dado que el consumo de las personas fallecidas incluye en la mayoría de los casos dos o más sustancias, las interacciones entre éstas añaden aún más incertidumbres a estos mecanismos y formas de metabolización. Por otra parte, la necesidad de pruebas complementarias para la determinación de las muertes RASUPSI, requiere de un periodo de tiempo prolongado, lo que impide analizar los datos correspondientes a cada año al finalizar el mismo, existiendo siempre una cierta demora.

3. RESULTADOS

3.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUERTES POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

3.1.1 Número de personas fallecidas

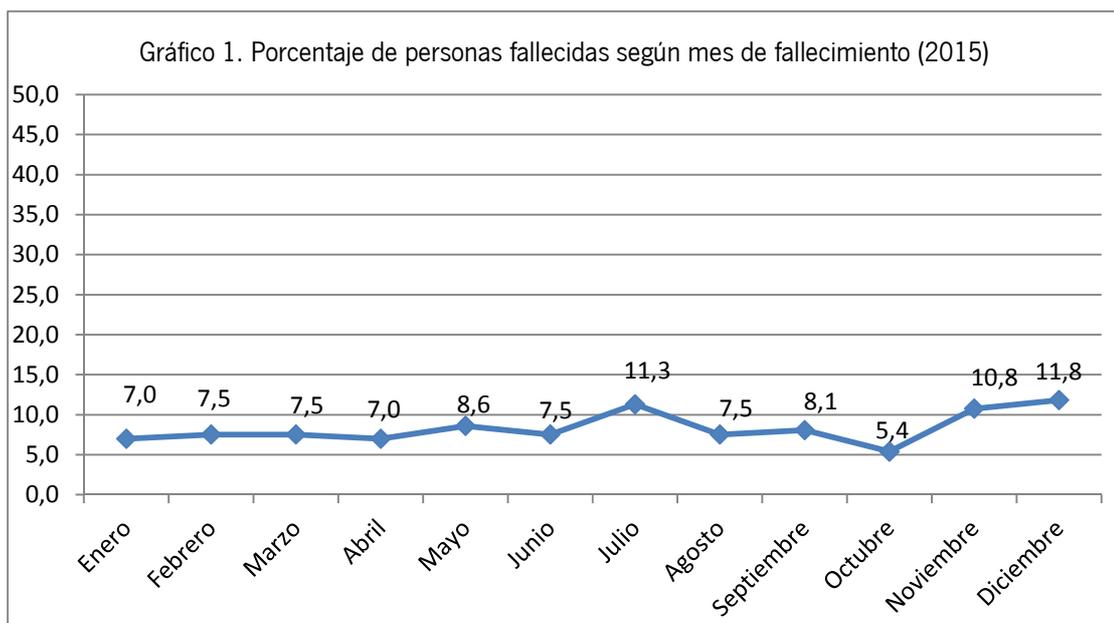
Durante el año 2015 se confirmaron en Andalucía 186 casos de muerte por reacción aguda a sustancias psicoactivas (RASUPSI). En la tabla 1 se muestran las muertes producidas entre los años 2011 y 2015, según la provincia donde se registra el fallecimiento. La mayoría de las muertes, en 2015, se produjeron en las provincias de Sevilla (33,9%) y Málaga (18,3%).

Con objeto de valorar el dato del número de muertes producidas con respecto a la población, se han calculado las ratios de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas por cada 100.000 habitantes, utilizando como referencia la población registrada en cada provincia con edades de 10 a 64 años. La fuente para el cálculo ha sido el Anuario Estadístico de Andalucía 2014, elaborado por el Instituto de Cartografía y Estadística de Andalucía. Para el conjunto de la Comunidad Autónoma Andaluza la ratio por cada 100.000 habitantes es en 2015 de 3,0. Por provincias, las ratios más elevadas corresponden a Sevilla (4,4) y Cádiz (3,3) (ver Tabla 1). Las provincias con ratios inferiores a la del conjunto de la Comunidad Autónoma son Jaén (1,9), Almería (1,9), Huelva (2,1), Córdoba (2,3) Málaga (2,8) y Granada (2,8).

Tabla 1. Provincia en que se registra el fallecimiento

					2015		
	2011	2012	2013	2014	Nº	%	Ratio
Almería	9	16	15	11	10	5,4	1,9
Cádiz	38	48	33	30	30	16,1	3,3
Córdoba	20	11	9	14	13	7,0	2,3
Granada	20	19	24	17	19	10,2	2,8
Huelva	9	9	13	9	8	4,3	2,1
Jaén	11	11	9	9	9	4,8	1,9
Málaga	32	35	42	40	34	18,3	2,8
Sevilla	47	45	51	51	63	33,9	4,4
Total	186	194	196	181	186	100,0	3,0

En la figura 2 es posible observar el porcentaje de fallecimientos por reacción aguda a sustancias psicoactivas en los diferentes meses de 2015. Los mayores porcentajes corresponden a los meses de diciembre (11,8%), julio (11,3%) y noviembre (10,8%). Al contrario, los menores porcentajes se detectan en el mes de octubre (5,4%).



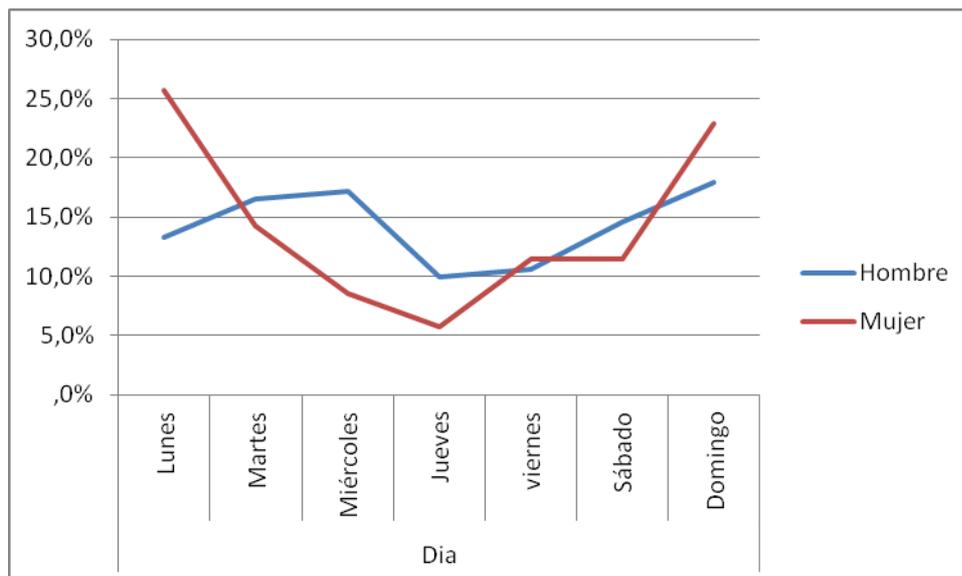
Por otro lado, se ha analizado el porcentaje de fallecimientos según se hayan producido en días laborales (entre lunes y jueves) o en fines de semana (entre viernes y domingo). En 2015 el 43% de los fallecimientos se produjeron en fines de semana, frente al 57% en días laborales. Entre 2011 y 2013 se produjo un descenso progresivo del porcentaje de fallecimientos ocurridos en fines de semana, que desde 2014 parece haberse estabilizado.

Tabla 2. Día de la semana del fallecimiento (%)

	2011	2012	2013	2014	2015		
	Total	Total	Total	Total	Total	Hombres	Mujeres
Fin de semana	60,8%	52,1%	39,8%	43,1%	43,0%	42,4%	45,7%
Día laboral	39,2%	47,9%	60,2%	56,9%	57,0%	57,6%	54,3%
Total	100,0%						

Un análisis más pormenorizado sobre el día concreto de la semana en que se produjeron los fallecimientos, revela diferencias entre hombres y mujeres que la agrupación en días de fin de semana y laborales no había mostrado.

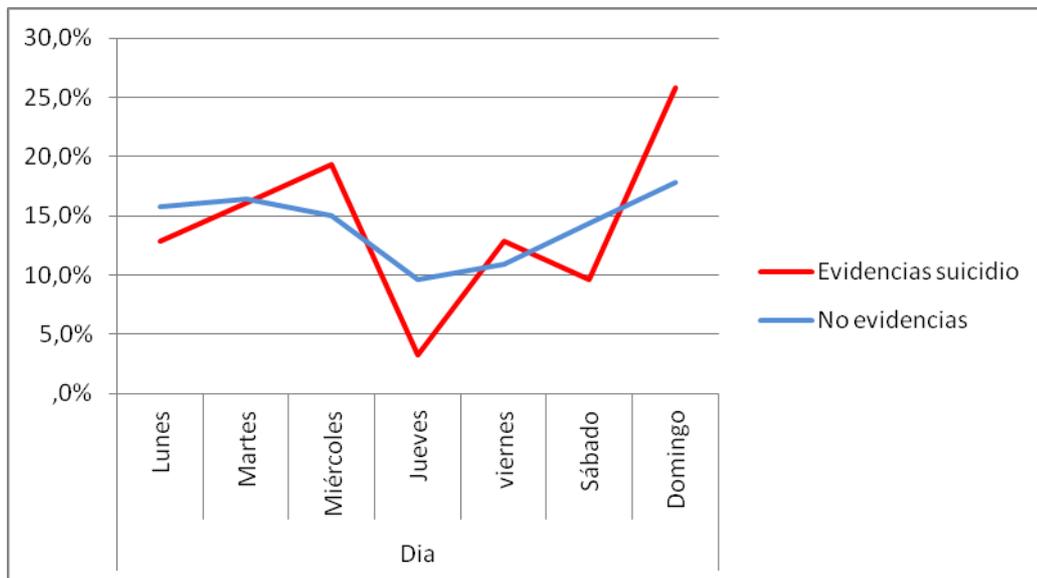
Gráfico 2. Fallecimientos según día de la semana y sexo de la persona fallecida



Tal como refleja el gráfico anterior, en el caso de las mujeres casi el 50% de los fallecimientos se produjeron entre el domingo y el lunes. Sin embargo, en el caso de los hombres, se observa una tendencia levemente ascendente a lo largo de los primeros días de la semana hasta el miércoles y tras la caída del jueves, la tendencia repunta a partir del viernes hasta el domingo.

Por otra parte, tal como puede observarse en el siguiente gráfico, más del 25% de de fallecimientos con evidencias de suicidio se concentraron en domingo. Es preciso tener en cuenta que, tal como se verá más adelante en este informe, el 37,1% de las muertes de mujeres presentaban evidencias de suicidio, pudiendo existir una relación entre la distribución observada de los fallecimientos a lo largo de la semana en el caso de las mujeres y ese elevado porcentaje de fallecimientos por suicidio.

Gráfico 3. Fallecimientos según día de la semana y sexo de la persona fallecida



3.1.2 Características sociodemográficas

La distribución de las personas fallecidas según sexo (tabla 3) muestra que la mayoría son hombres (81,2%). Las mujeres representan en 2015 el 18,8%, un punto por debajo del último dato analizado en

2014 (19,9%). Entre los años 2011 y 2014 se observó un incremento constante del porcentaje representado por las muertes producidas en mujeres, pasando del 10,2% a 19,9%. Esa tendencia parece haber estabilizado.

La asimetría en la distribución según sexo se detecta también en los otros dos indicadores de morbilidad asistida del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. En el caso del Indicador Tratamiento el porcentaje de hombres asciende al 83,5% (OAD, 2015a) mientras que para el Indicador Urgencias Hospitalarias es del 70,9% (OAD, 2015b).

Tabla 3. Número y porcentaje de fallecimientos según sexo

	2011		2012		2013		2014		2015	
	Nº	%								
Hombres	167	89,8%	167	86,1%	163	83,2%	145	80,1%	151	81,2%
Mujeres	19	10,2%	27	13,9%	33	16,8%	36	19,9%	35	18,8%
Total	186	100,0%	194	100,0%	196	100,0%	181	100,0%	186	100,0%

La media de edad de las personas fallecidas (tabla 4) fue de 43 años. La persona de menor edad tenía 23 años en el momento de fallecer, mientras que la de mayor edad tenía 64 años (hay que considerar que este indicador no incluye personas mayores de 64 años). El 25% más joven de las personas fallecidas tenía 36 años o menos, mientras el 25% de personas de mayor edad tenía 50 o más años en el momento de fallecer. La media de edad de las mujeres (42,1) es un año menor que la de los hombres fallecidos (43,2).

Tabla 4. Edad de las personas fallecidas (2015)

	Total	Hombres	Mujeres
Media (DT)	43,0 (9,5)	43,2 (9,5)	42,1 (9,8)
Rango	23-64	23-64	23-62
Percentil 25	36	36	36
Percentil 50	43	44	39,5
Percentil 75	50	50	51

Por otro lado, esta información ha sido también analizada según grupos de edad. Como puede observarse en la tabla 5, desde 2011 se venía apreciando un incremento del porcentaje de fallecimientos con edades superiores a los 45 años. Sin embargo, en 2015, al producirse un aumento del porcentaje de fallecimientos con edades desconocidas, se reducen los porcentajes de mayores de 45 años. No se ha producido ningún fallecimiento en el grupo de 10 a 19 años y aumentan levemente los porcentajes de los grupos de edad entre 20 y 39 años.

Tabla 5. Porcentaje de personas fallecidas según grupos de edad y sexo

	2011	2012	2013	2014	2015		
	T	T	T	T	T	H	M
10-19 años	0,0%	,6%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%
20-24 años	5,6%	3,0%	0,6%	1,7%	2,2%	1,3%	5,7%
25-29 años	10,6%	6,1%	6,8%	3,9%	5,4%	6,6%	0,0%
30-34 años	10,6%	8,5%	15,4%	9,8%	10,8%	9,9%	14,3%
35-39 años	19,6%	14,5%	9,9%	12,2%	19,4%	17,2%	28,6%
40-44 años	22,8%	18,8%	17,3%	13,8%	13,4%	14,6%	8,6%
45-49 años	19,6%	24,8%	19,1%	26,0%	17,7%	19,2%	11,4%
50-64 años	11,2%	23,6%	29,0%	30,4%	26,3%	25,8%	28,6%
Desconocido	-	-	1,9%	1,1%	4,8%	5,3%	2,9%
Total	100%	100%	100%	100%	100,0%	100,0%	100,0%

3.1.3 Información clínica y contexto del fallecimiento

El lugar más frecuente donde se localizó a las personas fallecidas (tabla 6) fue en el domicilio (70,4%). Un 8,1% de los fallecimientos fueron localizados en la vía pública.

El porcentaje de fallecimientos en prisión, que desde 2011 venía reduciéndose hasta el 0,6% en 2014, representa en 2015 el 3,2% del total de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Aumenta también con respecto a 2014 el porcentaje de fallecimientos localizados en centros sanitarios, otros lugares no especificados y desconocidos.

Tabla 6. Lugar de localización de las personas fallecidas (%)

	2011	2012	2013	2014	2015		
	Total	Total	Total	Total	Total	Hombres	Mujeres
Domicilio	69,4%	70,1%	73,0%	79,6%	70,4%	69,5%	74,3%
Hotel o pensión	2,2%	3,1%	1,0%	1,1%	2,7%	2,6%	2,9%
Vía pública	9,1%	9,3%	10,7%	12,2%	8,1%	8,6%	5,7%
Establecimiento público	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	2,2%	2,6%	0,0%
Centro sanitario	2,7%	4,6%	5,1%	3,8%	5,4%	5,3%	5,7%
Prisión	9,1%	6,2%	5,1%	0,6%	3,2%	3,3%	2,9%
Otro lugar	3,2%	5,7%	3,1%	2,7%	6,5%	6,0%	8,6%
Desconocido	4,3%	1,0%	0,5%	0,0%	1,6%	2,0%	0,0%
Total	100,0%						

En el 67,7% de los casos existían evidencias de consumo reciente de la persona fallecida, tales como material de administración de las sustancias próximo a la persona fallecida, restos de la sustancia visibles, signos de venopunción u otras evidencias (tabla 7). En el 28% no se encontraron estas evidencias, mientras que en el 4,3% se desconoce esta información.

Tabla 7. Evidencias de consumo reciente (%)

	2011	2012	2013	2014	2015		
	Total	Total	Total	Total	Total	Hombres	Mujeres
Si	75,3%	50,5%	68,4%	68,5%	67,7%	64,9%	80,0%
No	9,1%	33,5%	21,4%	26,0%	28,0%	29,8%	20,0%
Desconocido	15,6%	16,0%	10,2%	5,5%	4,3%	5,3%	0,0%
Total	100,0%						

Respecto a la posibilidad de que se haya producido una ingesta de sustancias psicoactivas voluntaria para provocar la muerte (tabla 8), en 2015 se han encontrado indicios que hacen sospechar que el 16,7% de los casos se trataban de suicidios. Desde 2013 se estaba realizando una la inclusión más exhaustiva de este tipo de fallecimientos, lo que se traducía en un aumento del porcentaje que representaban. Como puede observarse, en 2015 el porcentaje de casos con evidencias de suicidio se ha estabilizado.

El porcentaje de presencia de indicios de suicidio entre las mujeres fallecidas es elevado (37,1%). Entre los hombres es notablemente inferior (11,9%). La inclusión de este tipo de fallecimientos de manera más sistemática desde 2013 puede haber influido parcialmente en el incremento porcentual de mujeres que venía observándose en el indicador y que en 2015 se encuentra ya estabilizado.

Tabla 8. Indicios de suicidio (%)

	2011	2012	2013	2014	2015		
	Total	Total	Total	Total	Total	Hombres	Mujeres
Sí	8,6%	8,2%	12,8%	16,6%	16,7%	11,9%	37,1%
No	79,0%	84,0%	84,7%	82,9%	78,5%	84,1%	54,3%
Desconocido	12,4%	7,8%	2,6%	0,5%	4,8%	4,0%	8,6%
Total	100,0%						

Otra de las posibles causas del fallecimiento es que el consumo de drogas haya agravado o complicado **patologías previas** de las personas fallecidas (tabla 9). En el 21,5% de los casos se ha dado esta circunstancia. En el 67,7% no existen indicios de que la muerte se relacione con una patología previa, mientras que en el 10,8% de los fallecimientos no se dispone de esta información. Entre los hombres el porcentaje de patología previa agravada es superior al detectado entre las mujeres (23,8% y 11,4% respectivamente).

Tabla 9. Patología previa agravada (%)

	2011	2012	2013	2014	2015		
	Total	Total	Total	Total	Total	Hombres	Mujeres
Si	24,8%	23,7%	26,5%	15,5%	21,5%	23,8%	11,4%
No	65,3%	71,2%	60,7%	65,2%	67,7%	65,6%	77,1%
Desconocido	9,9%	5,1%	12,8%	19,3%	10,8%	10,6%	11,4%
Total	100,0%						

3.2. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CONSUMIDAS INMEDIATAMENTE ANTES DE LA MUERTE

3.2.1 Sustancias detectadas en las personas fallecidas

En este apartado se ofrece un análisis de las diversas sustancias que, según el diagnóstico médico forense, contribuyeron a la muerte. En la tabla 10 puede observarse que en el 86% de los fallecimientos se detectaron dos o más sustancias implicadas en la muerte, es decir, en la mayoría de los casos, la atribución de la causa de muerte no se puede asignar a una sustancia concreta, sino que está ocasionada por la interacción entre las distintas drogas consumidas. Este porcentaje es similar al detectado en los años anteriores. En el 20,4% de fallecimientos se detectaron cuatro o más sustancias.

En concreto, la media de sustancias consumidas fue 2,7 (DT=1,1), siendo ligeramente más alta la media de sustancias detectadas entre los hombres que entre las mujeres (2,7 frente a 2,5).

Sólo en 23 casos (12,4%) se detectó una sola sustancia relacionada con el fallecimiento. En 12 de ellos la muerte se debió a una reacción aguda al consumo de cocaína, en 5 casos al alcohol, un caso se debió al consumo de metadona, otro caso al consumo de otros opiáceos, uno a cannabis, uno se relacionó con

el consumo de benzodiazepinas y el resto (2) a otras sustancias. El 10,6% de los hombres fallecidos había consumido una sola sustancia, siendo este porcentaje notablemente inferior al de las mujeres (20%).

Tabla 10. Número de sustancias implicadas en la muerte (%)

Nº de sustancias consumidas	2011	2012	2013	2014	2015		
	Total	Total	Total	Total	Total	Hombres	Mujeres
1 sustancia	26 (14,0%)	31 (16,0%)	32 (16,3%)	33 (18,2%)	23 (12,4%)	16 (10,6%)	7 (20,0%)
2 sustancias	67 (36,0%)	57 (29,4%)	64 (32,7%)	63 (34,8%)	53 (28,5%)	44 (29,1%)	9 (25,7%)
3 sustancias	62 (33,3%)	65 (33,5%)	57 (29,1%)	46 (25,4%)	69 (37,1%)	57 (37,7%)	12 (34,3%)
4 sustancias	26 (14,0%)	35 (18,0%)	36 (18,4)	30 (16,6%)	29 (15,6%)	25 (16,6%)	4 (11,4%)
5 sustancias	4 (2,2%)	6 (3,1%)	6 (3,1%)	6 (3,3%)	9 (4,8%)	7 (4,6%)	2 (5,7%)
6 sustancias	1 (0,5%)	0 (0,0%)	1(0,5%)	3 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Desconocido	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (1,6%)	2 (1,3%)	1 (2,9%)
Media (DT)	2,6 (1)	2,6 (1)	2,6 (1,1)	2,6 (1,2)	2,7 (1,1)	2,7 (1,1)	2.5 (1,2)
	186 (100%)	194 (100%)	196 (100%)	181 (100%)	186 (100%)	151 (100%)	35 (100%)

Se observa, por tanto, un patrón mayoritario de policonsumo entre las personas fallecidas. El policonsumo se define como el consumo concomitante o consecutivo de diferentes drogas (EMCDDA, 2009), siendo asociado a peores consecuencias para la salud debido a la interacción entre los efectos de las distintas sustancias (Earleywine et al., 1997; Schensul et al. 2005). Este patrón de policonsumo se observa también entre las personas que acuden a urgencias hospitalarias (OAD, 2015a) y las personas que demandan tratamiento (OAD, 2015b).

En cuanto al tipo de sustancias detectadas, en 2015 las benzodiazepinas pasan a ser las sustancias más presentes en las muertes por reacción aguda, encontrándose en el 60,8% de los fallecimientos. La cocaína deja de ser por tanto la sustancia con mayor presencia, encontrándose en 2015 en el 50% de los casos de muertes por reacción aguda a sustancias. En cuanto a la metadona, que desde 2011 (74,2%) venía reduciendo de forma progresiva su presencia en este tipo de fallecimientos, vuelve a

descender, si bien ya de forma más leve del 48,1% en 2014 al 45,2% en 2015.

La presencia combinada de metadona y benzodiazepinas (pudiendo haber consumido o no otras sustancias) se encuentra en el 31,7% de los fallecimientos por reacción aguda a sustancias psicoactivas notificados en 2015, siendo la combinación más prevalente.

En la tabla 11 se muestran las combinaciones de sustancias psicoactivas implicadas en las muertes. Las personas fallecidas que habían consumido cocaína (n=93, 50%) la combinaron, en la mayoría de los casos, con metadona (48,4%) y benzodiazepinas (47,3%). Además, en el 28% se detectó consumo de alcohol y en el 36,6% de opiáceos.

Los fallecimientos en los que se detectó consumo de benzodiazepinas (n=113, 60,8%) se caracterizan por una alta presencia concurrente de metadona (52,2%) y cocaína (38,9%), seguido de opiáceos (30,1%), alcohol (25,7%) y antidepresivos (27,4%).

En el 70,2% de los fallecimientos en que se detectó metadona (84) se descubrió también consumo de benzodiazepinas y en el 53,6% se encontró también presencia de cocaína. Por otra parte, el 27,4% había consumido alcohol y el 26,2% otros opiáceos. Además, la media de sustancias consumidas en los fallecimientos relacionados con metadona fue de 3,2 (DT=0,9).

En 2015 el porcentaje de fallecimientos en los que el alcohol está implicado se sitúa en el 30,6%. Entre las personas fallecidas que habían consumido alcohol, el 50,9% había consumido también benzodiazepinas, el 45,6% cocaína y el 40,4% metadona.

Por su parte, entre los fallecimientos con presencia de opiáceos (n=56, 30,1%), las sustancias más comúnmente detectadas fueron: cocaína (60,7%), benzodiazepinas (60,7%) y metadona (39,3%). En Andalucía el patrón más habitual de consumo de opiáceos se produce de manera combinada con cocaína, algo que se refleja en las admisiones a tratamiento en nuestra Comunidad (OAD, 2015) y que podría explicar los resultados encontrados entre las personas fallecidas. La mezcla de heroína y cocaína base es conocida como “rebujao” o “revuelto”, mientras que cuando está mezcla se realiza con

clorhidrato de cocaína y heroína es conocida como “speedball”.

En cuanto a las personas que habían consumido cannabis (n=26, 14,0%), se detectó también cocaína en el 53,8%, y el 61,5% utilizó benzodiazepinas de forma concurrente. Un 57,7% había consumido también metadona y el 34,6% alcohol. Entre estas personas el índice de policonsumo es elevado (3,5 sustancias consumidas de media).

Por otra parte, en el 23,7% de los fallecimientos se detecta ingesta de fármacos antidepresivos y en el 8,6% de hipnóticos y sedantes no benzodiazepínicos.

Tabla 11. Combinación de sustancias psicoactivas detectadas inmediatamente antes de la muerte (% por columna)

	Fallecimientos en los que se detecta cada sustancia	Cocaína	BZN	Metadona	Alcohol	Opiáceos	Cannabis	Media (DT) de sustancias
Cocaína	93 (50,0%)	100,0%	38,9%	53,6%	45,6%	60,7%	53,8%	2,9 (1,1)
Benzodiazepinas	113 (60,8%)	47,3%	100,0%	70,2%	50,9%	60,7%	61,5%	3,0 (0,9)
Metadona	84 (45,2%)	48,4%	52,2%	100,0%	40,4%	39,3%	57,7%	3,2 (0,9)
Alcohol	57 (30,6%)	28,0%	25,7%	27,4%	100,0%	25,0%	34,6%	3,0 (1,2)
Opiáceos	56 (30,1%)	36,6%	30,1%	26,2%	24,6%	100,0%	26,9%	3,2 (0,9)
Antidepresivos	44 (23,7%)	8,6%	27,4%	19,0%	22,8%	16,1%	7,7%	3,1 (0,9)
Cannabis	26 (14,0%)	15,1%	14,2%	17,9%	15,8%	12,5%	100,0%	3,5 (1,1)
Hipnosedantes no benzodiazepínicos	16 (8,6%)	6,5%	9,7%	4,8%	1,8%	7,1%	0,0%	3,3 (1,0)
Anfetaminas	1 (0,5%)	0,0%	0,9%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0 (0,0)
MDMA	4 (2,2%)	2,2%	0,9%	0,0	1,8%	0,0%	0,0%	2,3 (0,5)

A lo largo de los últimos años monitorizados se observan determinadas tendencias destacables en cuanto a las sustancias detectadas tras la muerte. La presencia de opiáceos diferentes a la metadona aumenta desde 2011 de manera continua, pasando su consumo del 14,4% al 30,1% de las personas fallecidas. Paralelamente se observa un descenso de la presencia de metadona, del 62,9% al 45,2%.

Si se consideran las diferencias según el sexo de las personas fallecidas (tabla 12), es destacable la mayor implicación de la cocaína, la metadona y el cannabis en los fallecimientos de los hombres. Así, la cocaína estuvo implicada en el 55,6% de los fallecimientos de los hombres frente al 25,7% de las mujeres y la metadona en el 47% de los fallecimientos de hombres y en el 37,1% de las mujeres. También el cannabis se encuentra más presentes en los fallecimientos de hombres (15,9%) que en los de las mujeres (5,7%).

En el caso del alcohol y otros opiáceos diferentes a la metadona, se observan mayores porcentajes entre los hombres, pero la diferencia es pequeña (alcohol: 31,1% en hombres y 28,6% en mujeres; opiáceos: 30,5% en hombres y 28,6% en mujeres).

Tabla 12. Sustancias psicoactivas implicadas en la muerte (%)

	2012	2013	2014	2015		
	Total	Total	Total	Total	Hombres	Mujeres
Benzodiazepinas	66,5%	65,3%	53,0%	60,8%	58,9%	68,6%
Metadona	62,9%	59,7%	48,1%	45,2%	47,0%	37,1%
Cocaína	57,2%	49,0%	53,6%	50,0%	55,6%	25,7%
Alcohol	29,9%	32,1%	41,4%	30,6%	31,1%	28,6%
Opiáceos	14,4%	15,3%	22,7%	30,1%	30,5%	28,6%
Cannabis	11,9%	9,2%	8,3%	14,0%	15,9%	5,7%
Antidepresivos	7,7%	21,4%	18,2%	23,7%	19,9%	34,3%
Hipnosedantes	6,2%	7,1%	7,2%	8,6%	6,0%	20,0%
MDMA	-	-	-	2,2%	2,6%	,0%
Anfetaminas	-	-	-	0,5%	,7%	,0%
Otras sustancias	-	-	-	7,5%	1,3%	,0%

En cuanto a las mujeres, se detecta un mayor porcentaje de implicación de benzodiazepinas (68,6% frente a 58,9%), antidepresivos (34,3% frente a 19,9%) e hipnosedantes no benzodiazepínicos (20% frente a 6%). Este patrón de consumo podría estar relacionado con la mayor presencia de suicidios que se ha encontrado en el caso de las mujeres: el 37,1% de los fallecimientos de mujeres presentaban evidencias de suicidio, frente al 11,9% entre los hombres.

Tal como puede verse en la siguiente tabla, en los fallecimientos con evidencias de suicidio, se detecta mayor presencia de benzodiazepinas, antidepresivos e hipnosedantes. En el caso de las mujeres, los opiáceos también se encuentran más presentes cuando hay evidencias de suicidio, aunque la diferencia no es tan notable.

La presencia de benzodiazepinas es mayor entre las mujeres que entre los hombres cuando no hay evidencias de suicidio (63,5% entre las mujeres y 55,9% en los hombres). Sin embargo, cuando se observaron evidencias de suicidio, el porcentaje de hombres que consumió benzodiazepinas previamente a la muerte supera incluso al de las mujeres.

Es decir, el mayor consumo de benzodiazepinas entre las mujeres fallecidas con respecto a los hombres no se debe a los casos con evidencias de suicidio, sino que es también mayor en los casos en los que no hay evidencias de suicidio. El suicidio sí que implica un mayor uso de antidepresivos y de hipnosedantes no benzodiazepínicos.

La presencia de consumo de alcohol y de cannabis se reduce drásticamente en los casos que presentan evidencias de suicidio. También es menor la presencia de consumo de cocaína y de metadona en los fallecimientos intencionados, especialmente entre las mujeres.

Tabla 13. Sustancias psicoactivas implicadas en la muerte según la presencia de evidencias de suicidio y sexo (%)

	Hombres		Mujeres		Total	
	Evidencias suicidio	SIN evidencias	Evidencias suicidio	SIN evidencias	Evidencias suicidio	SIN evidencias
Benzodiacepinas	83,3%	55,9%	76,9%	63,2%	80,6%	56,8%
metadona	27,8%	49,6%	,0%	63,2%	16,1%	51,4%
Cocaína	22,2%	60,6%	,0%	42,1%	12,9%	58,2%
Alcohol	11,1%	32,3%	7,7%	42,1%	9,7%	33,6%
Opiáceos	22,2%	32,3%	30,8%	26,3%	25,8%	31,5%
Cannabis	5,6%	18,1%	,0%	10,5%	3,2%	17,1%
Antidepresivos	55,6%	15,7%	53,8%	15,8%	54,8%	15,8%
Hipnosedantes	16,7%	4,7%	53,8%	,0%	32,3%	4,1%
MDMA	5,6%	2,4%	,0%	,0%	3,2%	2,1%
Anfetaminas	5,6%	,0%	,0%	,0%	3,2%	,0%
Otras sustancias	,0%	1,6%	,0%	,0%	,0%	1,4%

3.2.2 Sustancia detectadas según la edad de las personas fallecidas

En la tabla 14 se muestra el porcentaje de sustancias consumidas según el grupo de edad, así como el índice de policonsumo para cada grupo.

En 2015, se detectan los índices de policonsumo más elevados en los grupos etarios de 25 a 29 años (3,0) y de 35 a 39 años (3,14). Resultan destacables los altos porcentajes de presencia de benzodiacepinas en todos los grupos de edad, situándose por encima del 50% de los fallecimientos. La presencia de cocaína se concentra en las muertes producidas entre personas de 25 a 45 años, encontrándose esta sustancia en más del 50% de esas muertes.

La presencia de consumo de cannabis destaca en los fallecimientos con edades de 25 a 29 años (30%).

Tabla 14. Sustancias consumidas según grupo de edad (% por columna)

	10-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-64	Total
Metadona	50,0%	70,0%	30,0%	52,8%	52,0%	42,4%	43,8%	45,2%
Opiáceos	75,0%	40,0%	45,0%	22,2%	16,0%	27,3%	29,2%	30,1%
Benzodiazepina	75,0%	70,0%	65,0%	58,3%	52,0%	72,7%	60,4%	60,8%
Cocaína	25,0%	50,0%	60,0%	66,7%	56,0%	48,5%	33,3%	50,0%
Alcohol	25,0%	20,0%	25,0%	41,7%	12,0%	33,3%	33,3%	30,6%
Cannabis	,0%	30,0%	10,0%	19,4%	12,0%	15,2%	12,5%	14,0%
Antidepresivos	,0%	,0%	15,0%	36,1%	32,0%	21,2%	20,8%	23,7%
Hipnosedantes	,0%	,0%	,0%	13,9%	8,0%	15,2%	8,3%	8,6%
Media de sustancias consumidas (DT)	2,5 (0,58)	3,0 (1,05)	2,5 (1,05)	3,14(1,31)	2,48 (0,82)	2,85 (1,12)	2,44 (0,97)	2,5 (0,58)

3.2.3 Sustancias detectadas según la provincia donde se registra el fallecimiento

En la tabla 15 se muestra el consumo de sustancias implicadas en la muerte según la provincia donde se localizó a la persona fallecida.

Las benzodiazepinas aparecen en más del 50% de los fallecimientos en todas las provincias, siendo más reducida en Jaén (33,3%) y en Córdoba (46,2%). La presencia de cocaína es también alta en general y sobre todo en Málaga (70,6% de los fallecimientos) y Sevilla (54%).

En Granada se detecta una mayor presencia de cannabis (42,1%), al igual que en 2013 y 2014.

Tabla 15. Sustancias consumidas según provincia de registro del fallecimiento (% por columna)

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Total
Metadona	40,0%	43,3%	53,8%	52,6%	62,5%	11,1%	44,1%	46,0%	45,2%
Opiáceos	30,0%	23,3%	,0%	21,1%	37,5%	44,4%	29,4%	39,7%	30,1%
Benzodiazepina	60,0%	86,7%	46,2%	63,2%	75,0%	33,3%	61,8%	52,4%	60,8%
Cocaína	40,0%	46,7%	38,5%	36,8%	25,0%	33,3%	70,6%	54,0%	50,0%
Alcohol	10,0%	30,0%	15,4%	78,9%	25,0%	55,6%	29,4%	20,6%	30,6%
Cannabis	20,0%	6,7%	15,4%	42,1%	,0%	11,1%	11,8%	11,1%	14,0%
Antidepresivos	30,0%	30,0%	38,5%	26,3%	75,0%	11,1%	5,9%	17,5%	23,7%
Hipnosedantes	10,0%	6,7%	23,1%	5,3%	25,0%	,0%	,0%	11,1%	8,6%

3.2.4 Sustancias detectadas según la procedencia del cadáver

El consumo de sustancias en el momento anterior a la muerte ha sido también analizado según el lugar donde fue localizada la persona fallecida (tabla 16). La mayoría de las personas fallecidas fueron localizadas en un domicilio (70,4%). Esta proporcionalidad mayoritaria hace que la distribución de las sustancias detectadas en este grupo de fallecimientos coincida prácticamente con la descrita para el total de casos notificados.

Entre las personas localizadas en la vía pública (8,3%), cabe destacar la mayor presencia de alcohol (66,7%) y benzodiazepinas (86,7%) con respecto a la totalidad de las muertes notificadas en 2015.

En 2015 el porcentaje de personas fallecidas en prisión por reacción aguda a sustancias psicoactivas vuelve a aumentar del 0,6% en 2014 al 3,2% en 2015, dato que se mantiene muy por debajo del 9,1% alcanzado en 2011. Concretamente, en 2015 fueron 6 las personas que fallecieron por reacción aguda a sustancias psicoactivas en prisión. Un año más se constata que el perfil de consumo de las personas fallecidas en prisión presenta diferencias: el 100% había consumido benzodiazepinas. Llama la

atención que en el 66,7% de estas personas fallecidas se detectó consumo de opiáceos diferentes a la metadona. Precisamente, a diferencia de años anteriores, en 2015 el porcentaje de personas fallecidas en prisión que habían consumido previamente metadona es inferior al porcentaje que representa esta sustancia en el conjunto de los fallecimientos.

Tabla 16. Sustancias consumidas según procedencia del cadáver (% por columna)

	Domicilio	Hotel	Vía pública	Centro sanitario	Prisión	Otro lugar	Total
Metadona	46,6%	20,0%	73,3%	20,0%	33,3%	50,0%	45,2%
Opiáceos	28,2%	20,0%	40,0%	,0%	66,7%	25,0%	30,1%
Benzodiazepina	57,3%	60,0%	86,7%	40,0%	100,0%	58,3%	60,8%
Cocaína	50,4%	60,0%	40,0%	40,0%	16,7%	58,3%	50,0%
Alcohol	30,5%	20,0%	66,7%	30,0%	,0%	,0%	30,6%
Cannabis	13,7%	,0%	33,3%	10,0%	,0%	8,3%	14,0%
Antidepresivos	22,9%	,0%	26,7%	20,0%	16,7%	33,3%	23,7%
Hipnosedantes	9,2%	,0%	,0%	20,0%	,0%	16,7%	8,6%

3.3. PERSONAS FALLECIDAS EN TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS EN LA RED PÚBLICA DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

El Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA) consiste en una aplicación web que da cobertura a la totalidad de la Red Pública de Atención a las Adicciones en Andalucía. Contiene información clínica y social de las personas atendidas en la Red y permite llevar a cabo un seguimiento completo de su proceso terapéutico desde el inicio hasta el alta.

Se ha procedido a cruzar la base de datos de las personas que han realizado tratamiento por consumo abusivo o dependencia a drogas y la de los fallecimientos notificados en 2015, con objeto de conocer el

porcentaje de estas personas que en alguna ocasión había estado en contacto con la Red Pública de Atención a las Adicciones y si en el momento de su muerte se encontraban adscritas a un programa de tratamiento.

Durante el año 2015, un total de 58.225 personas realizaron tratamiento en la RPAA, de ellas el 84,8% eran hombres, frente al 15,2% de mujeres. 59 personas fallecidas por muerte RASUPSI en 2015 se encontraban realizando tratamiento en el momento de su muerte, de ellas el 20,3% eran mujeres.

Las personas fallecidas que estaban realizando tratamiento suponen el 31,7% de las 186 muertes RASUPSI notificadas en 2015. Este porcentaje es superior al de años anteriores, si bien hay que tener en cuenta que a partir de 2015 se introdujeron mejoras en las formas de identificación de las personas fallecidas, dirigidas especialmente a facilitar este cruce de datos, por lo que es probable que esas mejoras hayan motivado un incremento de las personas detectadas.

Como media, llevaban 9,1 años en tratamiento al producirse el fallecimiento. El 53,2% de las personas en tratamiento tenían como droga principal heroína o rebujao y el 49,2% estaban adscritas al programa de tratamiento con metadona.

Por otra parte, 27 personas habían realizado tratamiento anteriormente, si bien su episodio de tratamiento estaba cerrado cuando fallecieron. De ellas, el 66,6% había abandonado su tratamiento, el 11,1% finalizó con un alta voluntaria, el 14,8% había recibido un alta terapéutica y el 7,5% tienen notificada una salida de prisión como cierre de su episodio de tratamiento, se trata en concreto de dos hombres. Estas 27 personas representan el 14,5% de las personas fallecidas. El porcentaje de personas que alguna vez en su vida siguieron un tratamiento podría ser mayor, ya que algunos tratamientos pueden no constar en SIPASDA por haberse finalizado antes de 2003, año en que se implantó este Sistema de Información. También puede haber personas que hubieran realizado tratamiento fuera de la Red Pública Andaluza, en otras Comunidades Autónomas o en recursos privados.

Las personas fallecidas para las que no consta en el SIPASDA ningún tratamiento suponen el 53,8% de las muertes RASUPSI producidas en 2015. Entre ellas, el porcentaje de signos de venopunción reciente

es mayor que el de las personas en tratamiento (7% frente al 5,1%). También es notablemente superior el porcentaje de fallecimientos con indicios de suicidio (25%), que entre las mujeres sin tratamientos previos alcanza el 50%.

Atendiendo al tipo de sustancias detectadas por los análisis toxicológicos, la metadona estaba presente en el 67,8% de las personas fallecidas que estaban en tratamiento. Concretamente, se detectó metadona en el 89,7% de las personas fallecidas que estaban adscritas a PTM, si bien tan solo una de ellas había consumido solamente metadona en el momento de su fallecimiento, mientras que en el resto de los casos se detectaron diversas sustancias que pudieron interaccionar como causa de la muerte. La mujer fallecida que únicamente había consumido metadona se encontraba en el momento de su fallecimiento realizando una pauta de reducción de su dosis de metadona, desde 60mg a 55mg que tenía prescritos en el momento de su muerte, lo que hace pensar que la muerte fue producida por la ingesta de una dosis superior a la prescrita, ya que en esa semana tenía prescrita una dosis inferior a la que venía teniendo anteriormente.

Por otro lado, se detectó metadona en el 46,7% de las personas que se encontraban en tratamiento en la Red pero no adscritas al programa de metadona. La presencia de metadona se detectó en menor medida entre quienes ya no estaban en tratamiento (33,3%) y entre quienes nunca lo habían realizado (35,0%). En todos estos casos, el origen de la sustancia fue sin duda de carácter ilícito, puesto que no se encontraban adscritos al programa de tratamiento.

Las benzodiacepinas aparecen en un porcentaje elevado de las personas fallecidas que habían realizado anteriormente tratamiento (63%), así como entre las que nunca habían realizado un tratamiento en la Red (62%) y entre quienes se encontraban en tratamiento en el momento de su muerte (57,6%). Las benzodiacepinas son psicofármacos que pueden tener tanto un origen lícito como fármacos prescritos, como ilícito como sustancia de abuso, no siendo posible aportar información en relación al origen del consumo de benzodiacepinas detectado en las personas fallecidas.

La cocaína se encontraba presente en el 50,8% de las personas que estaban realizando tratamiento, porcentaje inferior al detectado entre quienes habían realizado tratamiento anteriormente (55,6%) y

ligeramente superior al de quienes nunca lo habían realizado (48%).

El alcohol se encontró en aproximadamente el 30% de las personas fallecidas, independientemente de su relación con el tratamiento por adicciones.

En general, en cuanto al número de sustancias detectadas, las personas que estaban realizando tratamiento presentan la media ligeramente más alta (2,9 sustancias de media), lo cual podría deberse a la presencia de fármacos de tratamiento además de sustancias de abuso.

La media de edad más elevada la tienen las personas que nunca habían realizado un tratamiento de adicciones (44 años) y la más joven las que lo habían realizado anteriormente (39,2 años).

Tabla 16. Análisis en función de la realización o no de tratamiento para la drogodependencia

		Realizando tratamiento			No consta tratamiento			Tratamiento anteriormente		
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Nº		47	12	59	80	20	100	24	3	27
Sexo		79,7%	20,3%	100,0%	80,0%	20,0%	100,0%	88,9%	11,1%	100,0%
Media de edad (dt)		42,7 (8,2)	44,2 (9,5)	43,0 (8,4)	44,8 (10,2)	41,2 (10,4)	44,0 (10,3)	39,0 (8,9)	40,0 (8,0)	39,2 (8,6)
Media de años en el último tratamiento (dt)		9,7 (7,5)	6,9 (4,6)	9,1 (7,1)	-	-	-	3,2 (2,9)	3,0 (3,9)	3,2 (3,0)
Indicios de suicidio	Sí	2,1%	16,7%	5,1%	18,8%	50,0%	25,0%	8,3%	33,3%	11,1%
	No	89,4%	75,0%	86,4%	80,0%	45,0%	73,0%	87,5%	33,3%	81,5%
	Desconocido	8,5%	8,3%	8,5%	1,3%	5,0%	2,0%	4,2%	33,3%	7,4%
Signos recientes de venopunción	Sí	6,4%	,0%	5,1%	3,8%	20,0%	7,0%	8,3%	,0%	7,4%
	No	93,6%	100,0%	94,9%	96,3%	80,0%	93,0%	91,7%	100,0%	92,6%
Droga principal de tratamiento	Heroína/Rebujao	53,2%	33,3%	49,2%	-	-	-	41,7%	33,3%	40,7%
	Metadona	4,3%	,0%	3,4%	-	-	-	,0%	,0%	,0%
	Cocaína	19,1%	25,0%	20,3%	-	-	-	37,5%	,0%	33,3%
	MDMA	,0%	,0%	,0%	-	-	-	4,2%	,0%	3,7%
	Hipnosedantes	2,1%	8,3%	3,4%	-	-	-	4,2%	,0%	3,7%
	Cannabis	,0%	,0%	,0%	-	-	-	4,2%	,0%	3,7%
	Alcohol	21,3%	33,3%	23,7%	-	-	-	8,3%	66,7%	14,8%
Adscrito a PTM en momento de la muerte		53,2%	33,3%	49,2%	-	-	-	-	-	-
Tipo de último alta	Abandono	-	-	-	-	-	-	66,7%	66,6%	66,6%
	Alta voluntaria	-	-	-	-	-	-	8,3%	33,4%	11,1%
	Alta terapéutica	-	-	-	-	-	-	16,7%	0,0%	14,8%
	Salida de prisión	-	-	-	-	-	-	8,3%	0,0%	7,5%
Sustancias detectadas	Metadona	68,1%	66,7%	67,8%	37,5%	25,0%	35,0%	37,5%	,0%	33,3%
	Opiáceos	34,0%	33,3%	33,9%	23,8%	25,0%	24,0%	45,8%	33,3%	44,4%
	Benzodiazepinas	53,2%	75,0%	57,6%	60,0%	70,0%	62,0%	66,7%	33,3%	63,0%
	Cocaína	53,2%	41,7%	50,8%	55,0%	20,0%	48,0%	62,5%	,0%	55,6%
	Alcohol	31,9%	25,0%	30,5%	30,0%	30,0%	30,0%	33,3%	33,3%	33,3%
	Cannabis	14,9%	8,3%	13,6%	13,8%	5,0%	12,0%	25,0%	,0%	22,2%
	Hipnosedantes no benzodiazepínicos	6,4%	8,3%	6,8%	6,3%	25,0%	10,0%	4,2%	33,3%	7,4%
	Antidepresivos	23,4%	25,0%	23,7%	20,0%	40,0%	24,0%	12,5%	33,3%	14,8%
MDMA	,0%	,0%	,0%	5,0%	,0%	4,0%	,0%	,0%	,0%	
Nº medio de sustancias consumidas		2,9 (1,1)	2,8 (1,3)	2,9 (1,1)	2,5 (1,0)	2,4 (1,1)	2,5 (1,0)	2,9 (1,2)	1,7 (0,6)	2,7 (1,2)

4. PRINCIPALES RESULTADOS

- En 2015 se notificaron 186 muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en Andalucía, lo que supone una ratio del 3,0 por cada 100.000 habitantes. En las provincias de Sevilla y de Cádiz se detectan ratios superiores a la media de la Comunidad Autónoma (4,4 y 3,3 respectivamente).
- El porcentaje de mujeres entre las personas fallecidas fue del 18,8%, un punto por debajo del porcentaje detectado en 2014, lo que puede estar indicando una estabilización del incremento que venía observándose del porcentaje de mujeres entre 2011 y 2014, que pasó del 10,2% al 19,9%.
- La media de edad de las personas fallecidas fue de 43 años, 43,2 en el caso de los hombres y 42,1 en el de las mujeres. La persona más joven fallecida tenía 23 años y la mayor 64 (el rango incluido en el indicador es de 10 a 64 años).
- En cuanto al lugar de localización de las personas fallecidas, el 70,4% se encontraron en su domicilio. Este año el porcentaje de personas que fallecieron en prisión es del 3,2%, porcentaje que venía reduciéndose desde 2011 del 9,1% al 0,6%.
- En el 16,7% de los casos se han detectado indicios de suicidio, porcentaje que se eleva al 37,1% de las mujeres. Desde 2013 se viene realizando una inclusión más exhaustiva de este tipo de fallecimientos, lo que se tradujo en un incremento progresivo que en 2015 parece haberse estabilizado.
- En cuanto a las sustancias consumidas, debe destacarse en primer lugar la presencia de policonsumo en la mayor parte de las personas fallecidas: en el 12,4% de los fallecimientos habían consumido una única sustancia, mientras que en el resto se detectaron al menos dos. En el 20,4% de los fallecimientos se encontraron cuatro o más sustancias consumidas previamente a la muerte. La atribución de la muerte se debe, por tanto, en la mayoría de los

casos a la propia interacción entre las sustancias consumidas, más que a una sustancia en concreto.

- Las benzodiazepinas son las sustancias más presentes, apareciendo su consumo en el 60,8% de los fallecimientos. La cocaína es la siguiente sustancia más presente (50%). La presencia de metadona vuelve a reducirse pero levemente (59,7% en 2013 al 48,1% en 2014 y 45,2% en 2015) entre las personas fallecidas. La presencia del consumo de alcohol se sitúa en el 30,6%. Se observa un notable incremento en la presencia de opiáceos diferentes a la metadona desde 2012, pasando del 14,4% al 30,1% en 2015. Será preciso mantener la vigilancia sobre este tipo de sustancias que habían quedado relegadas a una presencia prácticamente residual en los indicadores de consumo problemático monitorizados.
- Entre los hombres, la cocaína, la metadona y el cannabis están implicadas con mayor frecuencia en los fallecimientos. En cambio, entre las mujeres, las benzodiazepinas, los hipnosedantes no benzodiazepínicos y los antidepresivos tienen mayor presencia. El mayor consumo de benzodiazepinas entre las mujeres fallecidas, no se relaciona con la presencia de evidencias de suicidio, siendo mayor su consumo que el de los hombres también cuando no hay evidencias de suicidio.
- Según los datos registrados en el Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA), de las 186 personas fallecidas por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 27 habían realizado anteriormente tratamiento por consumo abusivo o dependencia a drogas y 59 se encontraban en tratamiento (31,7% del total de fallecimientos). El 53,8% de las personas fallecidas no habían realizado tratamiento en la Red Pública de Atención a las Adicciones en Andalucía.
- Entre las personas que ya no estaban realizando tratamiento, destaca el elevado porcentaje de abandonos o altas voluntarias en su último proceso terapéutico, que asciende al 66,6% en el caso de los abandonos y el 11,1% de altas voluntarias. En este grupo, los análisis toxicológicos

detectaron fundamentalmente consumo de benzodiazepinas (63%), cocaína (55,6%), y alcohol (33,3%).

- Entre las personas que se encontraban en tratamiento en la Red Pública, el 49,2% estaba adscrito al Programa de Tratamiento con Metadona (PTM). La presencia de esta sustancia en los análisis toxicológicos ascendió al 89,7% de las personas que se encontraban adscritas al Programa. Así mismo se detectó metadona en el 46,7% de las personas en tratamiento, pero no adscritas al programa de tratamiento con este sustitutivo opiáceo, en el 33,3% de las personas que ya no estaban en tratamiento y en el 35% de las que nunca habían realizado tratamiento. El origen de las sustancias en estos casos es sin duda ilícito, por no tratarse de un fármaco prescrito.
- La presencia de benzodiazepinas es superior al 55% de los fallecimientos independientemente de su situación con respecto al tratamiento por adicciones. Se desconoce en cada caso si el origen de estas sustancias proviene de la prescripción médica o no.
- La cocaína se encontraba en torno al 50% de los fallecimientos, independientemente de su situación con respecto al tratamiento por adicciones, y el alcohol en torno al 30%.
- En general, las personas que se encontraban en tratamiento presentan una media levemente mayor de sustancias psicoactivas consumidas antes de la muerte, lo que puede deberse a la presencia de fármacos de tratamiento además de sustancias de abuso.

Referencias

Earleywine, M., y Newcomb, M. D. (1997). Concurrent versus simultaneous polydrug use: prevalence, correlates, discriminant validity, and prospective effects on health outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 5 (4), 353-364.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). *Polydrug use: Patterns and responses*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Obtenido 10/01/2014 de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93217_EN_EMCDDA_SI09_polydrug%20use.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). *Drug-related deaths (DRD). Standard Protocol, version 3.2*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Obtenido 15/03/2014 de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_107408_EN_DRD%20Standard%20Protocol%20version%203.2.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Obtenido 15/03/2014 de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101257_EN_EMCDDA-monograph10-harm%20reduction_final.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *Mortality related to drug use in Europe: public health implications*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Obtenido 15/03/2014 de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143663_EN_TDSI11003ENC_web.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015). *The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe*. La edición completa de este artículo se encuentra disponible en: emcdda.europa.eu/topics/pods/benzodiazepines.

Galtés, J.I. y Galarraga M.E. (2001) Recomendaciones a la medicina asistencial para el abordaje de las muertes sospechosas de criminalidad. *Cuadernos de Medicina Forense*, 25, 53-63.

Merrall, E.L.C., Bird, S.M. y Hutchinson, S.J. (2013). Mortality of those who attended drug services in Scotland 1996-2006: Record-linkage study. *International Journal of Drug Policy*, 23, 24-32.

Muhuri, P.K. y Gfroerer, J.C. (2011). Mortality associated with illegal drug use among adults in the United States. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(3), 155-64.

Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2015a). *Informe sobre las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas monitorizadas en cuatro hospitales de Andalucía, 2014*. Sevilla, Junta de Andalucía. Dirección General de Servicios Sociales y Drogodependencias. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2015b). *Informe sobre el indicador admisiones a tratamiento en Andalucía, 2014*. Sevilla, Junta de Andalucía. Dirección General de Servicios Sociales y Drogodependencias. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

Pereiro, A., Bermejo, A.M., Fernández, P. y Tabernero, M.J. (2003). Deaths from drug abuse in northwestern Spain, 1992-97. *Addiction Biology*, 8, 89-95.

Schensul, J.J., Convey M. y Burkholder, G. (2005). Challenges in measuring concurrency, agency and intentionality in polydrug research. *Addictive Behaviors*, 30, 571-574.

Trujols, J y Pérez de los Cobos, J. (2005). La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento. *Adicciones*, 17 (2), 181-204.