

**INFORME SOBRE EL INDICADOR DE  
MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 2002**

**COMISIONADO PARA LAS DROGODEPENDENCIAS**

## Índice

Introducción.....	3
Indicador de Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas.....	6
Resultados.....	8
Perfil de los fallecidos por consumo de drogas.....	8
Tipos de drogas encontradas en los análisis.....	15
Conclusiones.....	20



## Introducción

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es relevante porque es un reflejo importante del impacto social y sanitario del uso de sustancias psicoactivas y porque, en el caso de algunas drogas ilegales como la heroína, puede usarse, junto a otros indicadores indirectos, para monitorizar las tendencias de consumo problemático. El conocimiento de esta mortalidad es pues fundamental para diseñar políticas y programas destinados a reducir los problemas relacionados con el consumo de drogas. No obstante, la recogida de información sobre este tipo de muertes es difícil debido, principalmente, a que en la causa de la muerte pueden influir otros muchos factores concomitantes.

El indicador mortalidad se define como el número anual de muertes por reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas en personas de 15 a 49 años en un área geográfica dada (a partir de 2003 se ampliará el tramo de edad considerado de 10 a 64 años). La causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda a una sustancia psicoactiva; es decir, se trata de muertes inducidas o provocadas directamente por el consumo reciente de sustancias psicoactivas. Estas muertes son denominadas Muertes por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas o *Muertes RASUPSI*.

En España, tras los elevados índices de muertes asociados al consumo de opiáceos registrados entre finales de los setenta y principio de los ochenta, se optó por establecer un circuito para el registro que pudiera certificar las muertes por reacción aguda a estas drogas. Dicho circuito consistía en obtener la información de los Institutos Anatómicos Forenses (IAF) junto con otras instituciones encargadas de realizar análisis toxicológicos. De esta manera, se creó el *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías* (SEIT). En 1989 se recogieron retrospectivamente los datos de mortalidad correspondientes a los años 1983 a 1989 en seis grandes ciudades de varias comunidades autónomas (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao). A partir de 1990 y, especialmente, a partir de 1991, se ha ido ampliando la cobertura de este indicador a otras muchas zonas del ámbito nacional. Atendiendo a las características de la administración de Justicia, la unidad territorial de cobertura en este indicador es el Partido Judicial.

El indicador mortalidad ha experimentado otro importante cambio, que es preciso tener en cuenta a la hora de comparar los datos registrados a lo largo del tiempo: hasta 1995 solo se registraban las muertes por reacción aguda a opioides y cocaína, posteriormente este indicador se ha ampliado al registro de otras sustancias psicoactivas.

Por otro lado, la implementación del indicador ha ido sufriendo modificaciones a lo largo del tiempo para solventar los problemas que han surgido en torno a la recogida de la información. De esta forma, a partir de 1994 se aprobó la *Propuesta de modificación del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT)*, que permite a las comunidades autónomas realizar los cambios que sean precisos siempre y cuando se recojan los datos establecidos de manera consensuada en la propuesta nacional.

En Andalucía, la recogida del indicador mortalidad se amplió a Granada y Málaga en 1990. El registro en las tres ciudades andaluzas, Granada, Málaga y Sevilla, continuó hasta 1996, y desde entonces hasta el año 2001 ha permanecido inactivo. Esto genera problemas para la interpretación de la evolución de la mortalidad por muertes debidas a reacción aguda a cualquier sustancia psicoactiva en esta comunidad autónoma: en primer lugar, por el desconocimiento de la evolución de los datos sobre el indicador de mortalidad entre los años 1997 y 2000; y, en segundo lugar, porque el indicador ha sufrido modificaciones desde el último año en el que se realizó el registro. No obstante, en el presente informe se establecen la evolución de aquellas variables que ha sido posible comparar, teniendo siempre presente que de los años transcurridos entre 1997 y 2000 no se disponen de datos.

El indicador mortalidad es un complemento de otros indicadores como el de urgencias y el de tratamiento por el consumo de sustancias psicoactivas. Estos tres indicadores, además de permitir el seguimiento relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas de aquellas personas que están dentro de la red asistencial de drogodependencias, aportan información sobre el consumo problemático de otras personas que no tienen ningún contacto con la red. A su vez, también aportan información para decidir las estrategias de prevención y planificación que deben ser llevadas a cabo desde los organismos e instituciones responsables.

Finalmente, este indicador –junto al de urgencias y tratamiento- es un instrumento útil en la evaluación del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones de la Junta de Andalucía, que sirve tanto para evaluar su efectividad como para recibir un *feedback* sobre las actividades que se están llevando a cabo.

De una manera especial, queremos agradecer a aquellas instituciones y personas que han hecho posible la recogida de los datos del indicador de mortalidad en el año 2002, señalando de manera especial la colaboración de los profesionales del *Instituto Nacional de Toxicología de Sevilla*, *Clínica Médico Forense de Málaga*, *Instituto Anatómico Forense de Granada*, e *Instituto Anatómico Forense de Sevilla*. A todos ellos, gracias por su tiempo dedicado.



## Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas

Desde el Plan Nacional sobre Drogas (en adelante PND) se impulsó el desarrollo de un indicador que registrara las muertes por reacción aguda de sustancias psicoactivas. De esta forma se configura el indicador de mortalidad, definido como *'el número anual de muertes por reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas en personas de 15-49 años en un área geográfica dada'* (PND, 1996). Para el establecimiento de dicho indicador, se propusieron unos criterios para la inclusión o exclusión de las muertes relacionadas con el consumo de drogas.

Los criterios adoptados para la inclusión de muertes son los siguientes:

- Evidencias de consumo reciente de alguna de las drogas registrables.
- Presencia de análisis toxicológicos positivos para alguna sustancia registrable.
- Hallazgos anatomopatológicos de autopsia compatibles con muerte por consumo reciente de alguna de las sustancias psicoactivas propuestas por el PND.
- Existencia de un diagnóstico forense de muerte por reacción aguda a alguna sustancia de las especificadas en el PND.

Los criterios de exclusión propuestos son los siguientes:

- Estudios en los que no existe una intervención judicial ni estudio forense sobre sus causas con constancia escrita de los resultados.
- Muertes en personas menores de 15 ó mayores de 49 años.
- Muertes en las que el consumo de sustancias psicoactivas no es la causa básica o fundamental, o no aparece citado como una causa contribuyente, inmediata o intermedia de la muerte.
- Muertes indirectamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, tales como los homicidios, patologías infecciosas, accidentes y suicidios.

- Muertes por exposición o ingestión involuntaria o no intencional de sustancias psicoactivas.
- Muertes por reacciones adversas a medicamentos o productos farmacéuticos psicoactivos correctamente prescritos y administrados.
- Muertes por enfermedad crónica relacionada con el consumo de alcohol y muertes por intoxicación etílica aguda exclusivamente.
- Muertes causadas exclusivamente por uso de sustancias volátiles, productos domésticos o cáusticos, excepto cuando se usan por vía inhalada o esnifada y no hay evidencias de que se trata de un suicidio.

Para la recogida de casos en Andalucía que cumplan con estos criterios de inclusión y exclusión se han encontrado dificultades. Éstas proceden principalmente de que en las fuentes de información de estos datos, tradicionalmente no se han venido recogiendo información sobre estos criterios de inclusión y exclusión requeridos por el Plan Nacional sobre Drogas. De manera similar, otras variables propuestas por el Plan Nacional sobre Drogas no han podido ser recogidas por no disponer de ellas en las fuentes de información.



## Resultados

### Perfil de los fallecidos por consumo de drogas.

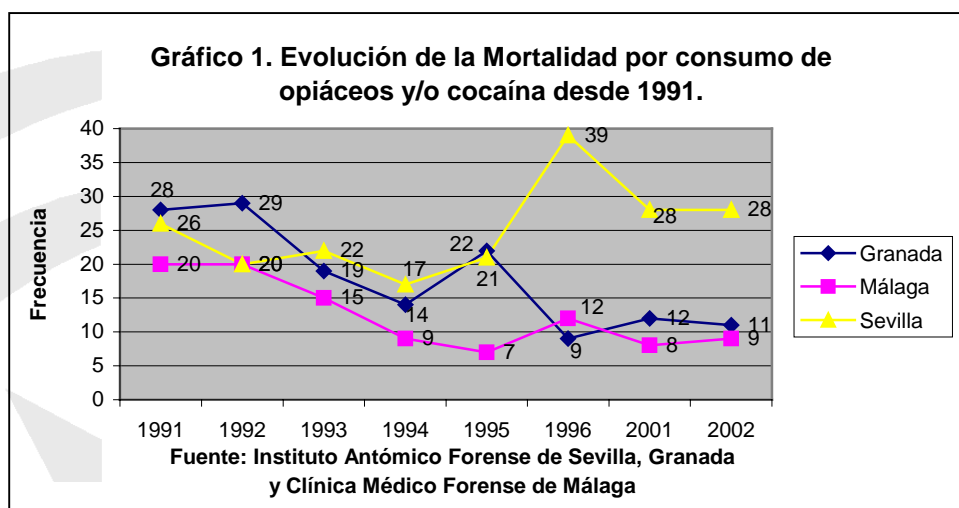
En Andalucía, las tres provincias en las que se registraron datos de mortalidad en el año 2002 han sido Granada, Málaga y Sevilla. No obstante, en cada una de ellas sólo se contabilizaron las muertes correspondientes a los partidos judiciales pertenecientes a éstas ciudades.

El número total de defunciones registradas por consumo de sustancias psicoactivas en estos partidos judiciales fue de 51, de las cuales 12 correspondían al partido judicial de Granada, 11 al de Málaga y 28 al de Sevilla. En la tabla 1 se puede observar los datos comentados anteriormente.

**Tabla 1. Provincia donde se registra el fallecimiento**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Granada	12	23,5	23,5	23,5
	Málaga	11	21,6	21,6	45,1
	Sevilla	28	54,9	54,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Dado que hasta 1995 solamente se registraban las muertes producidas por consumo de opiáceos y/o cocaína, ofrecemos a continuación un gráfico de evolución del indicador, tomando en consideración solamente las muertes provocadas por estas sustancias, con el fin de mantener la comparabilidad con años anteriores.





Observamos así que en Granada y Málaga se produce una notable reducción del número de casos de muerte por consumo de cocaína y/o heroína a partir de 1995. En Sevilla se detecta un notable aumento entre 1995 (21 casos) y 1996 (39 casos). La ausencia de datos disponibles entre 1997 y 2000 impide conocer la evolución del indicador durante esos cuatro años, lo que sí observamos es que el número de casos registrados en las tres provincias desciende con respecto a 1996 y tiende a estabilizarse a partir de 2001.

De estos 51 casos que se registraron, 47 eran varones (92,2%) mientras que 4 eran mujeres (7,8%). La edad media de los fallecidos era de 34,63 años, con una desviación típica de 8.28. Por género, la edad media de los hombres es de 35 años (D.T. 8), mientras que la de las mujeres era de 32 años (D.T. 12).

**Tabla 2. Media de edad de los fallecidos en función del género**

			Media	Desviación típ.
Sexo de los fallecidos	Hombre	Edad a la que fallecen	35	8
	Mujer	Edad a la que fallecen	32	12

El 25% de los fallecidos registrados tenían una edad inferior a los 28 años, y el 50% de los mismos tenían menos de 36. Al agrupar la edad según las categorías realizadas por el PND, en el rango de edad comprendido entre los 30 y los 44 años se produce el 67,7% de las muertes registradas.

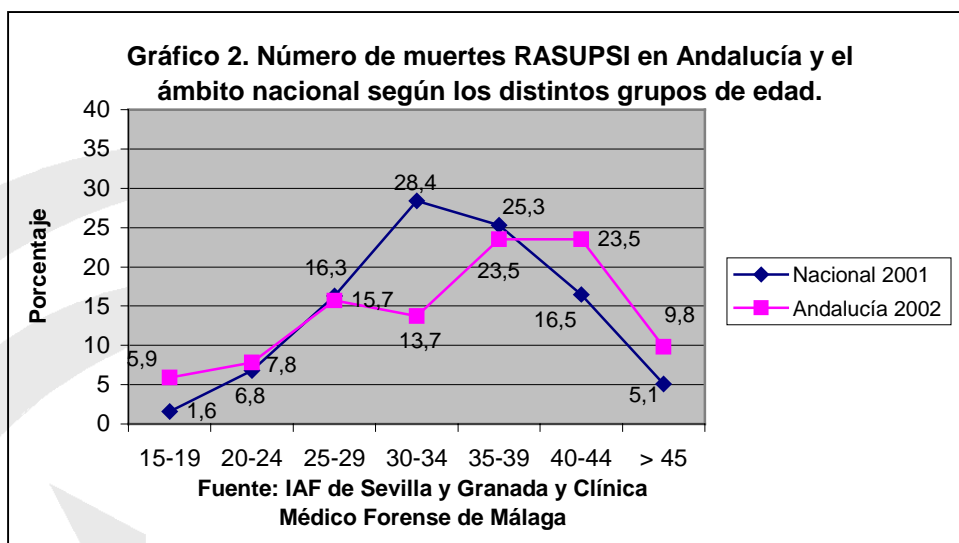


No obstante, a la hora de interpretar los datos referidos a la edad es preciso tener presente que, de acuerdo con los criterios de exclusión, no se aceptan aquellos casos en los que la edad del fallecido sea menor de 15 años o superior a 49 años.

**Tabla 3. Edad a la que fallecen**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entre 15 y 19 años	3	5,9	5,9	5,9
	Entre 20 y 24 años	4	7,8	7,8	13,7
	Entre 25 y 29 años	8	15,7	15,7	29,4
	Entre 30 y 34 años	7	13,7	13,7	43,1
	Entre 35 y 39 años	12	23,5	23,5	66,7
	Entre 40 y 44 años	12	23,5	23,5	90,2
	De 45 a 49 años	5	9,8	9,8	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

En el siguiente gráfico se observa que los porcentajes de fallecidos con edades entre 30 y 34 años en el conjunto del país son mayores a los que encontramos en Andalucía, sin embargo el porcentaje de casos con edades superiores a 40 años es mayor en Andalucía. Esta mayor composición de la muestra obtenida en Andalucía frente a la total nacional de casos de entre 40 y 49 años se observó también en el informe del Indicador Mortalidad de 2001. Es preciso señalar que, en el gráfico que se muestra a continuación, se están comparando datos del año 2002 en Andalucía con datos del año 2001 del ámbito nacional, ya que aún no se disponen de los datos nacionales del año 2002.



Lo más frecuente es que los cadáveres sean hallados en los domicilios (43,1%), y en la calle (17,6%). Debemos destacar que sólo un 11,8% de los casos registrados proceden de los hospitales.

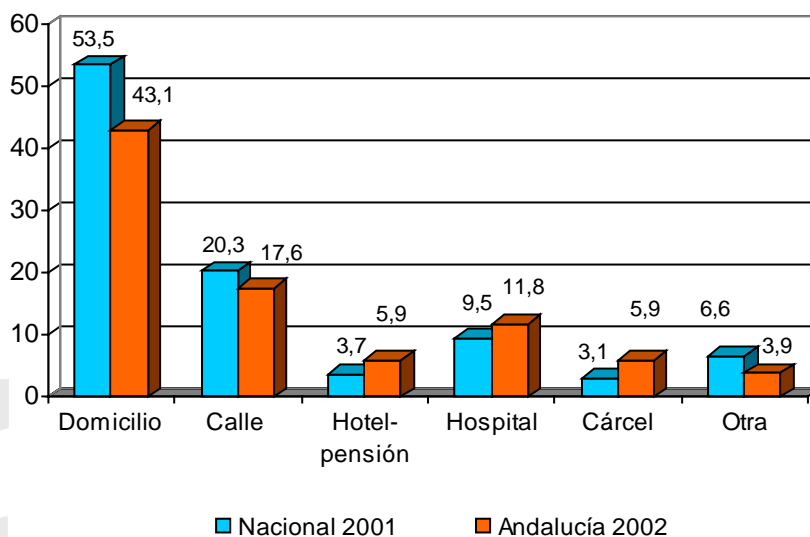
**Tabla 4. Procedencia del cadáver**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Domicilio	22	43,1	43,1	43,1
	Hotel o pensión	3	5,9	5,9	49,0
	Calle	9	17,6	17,6	66,7
	Hospital	6	11,8	11,8	78,4
	Cárcel	3	5,9	5,9	84,3
	Otra	2	3,9	3,9	88,2
	Desconocida	6	11,8	11,8	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Si se comparan estos datos de procedencia de los cadáveres con los nacionales de 2001, los porcentajes son muy similares.

**Gráfico 3. Procedencia del fallecido.**

Fuente: IAF de Sevilla y Granada y Clínica Médico Forense de Málaga



Entre los fallecidos, el 96,1% no presentaban ninguna evidencia de que la muerte hubiese sido un suicidio, y sólo en un 3,9% de los casos existían indicios o sospechas. Ninguno de los casos registrados presentaba claras evidencias de que era un suicidio.

**Tabla 5. Evidencias de suicidio**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Indicios o sospechas	2	3,9	3,9	3,9
	Ninguna evidencia	49	96,1	96,1	100,0
Total		51	100,0	100,0	

En relación al tipo de diagnóstico de muerte, es preciso señalar que actualmente solo contamos con diagnósticos forenses revisados en partido judicial de Málaga, mientras que en los otros dos partidos judiciales solamente se cuenta con el diagnóstico forense inicial, previo a los resultados toxicológicos del cadáver y no revisado posteriormente. Esto explica que en un 33.3% de las muertes registradas no se disponga de un diagnóstico forense de muerte RASUPSI. A partir de 2003 esta carencia quedará solventada al introducirse un nuevo sistema de recogida de los datos con un protocolo cumplimentado directamente por los médicos forenses, tras la recepción de los análisis toxicológicos del cadáver.

**Tabla 6. Diagnóstico forense de muerte RASUPSI**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	34	66,7	66,7	66,7
	No	17	33,3	33,3	100,0
Total		51	100,0	100,0	

En un 43.1% de los casos se encontraron evidencias de consumo reciente de sustancias psicoactivas, según los Institutos Anatómico Forenses de Granada y Sevilla y la Clínica Médico Forense de Málaga. El porcentaje en el que se afirma haber encontrado evidencias de consumo reciente en la muestra total nacional 2001 es muy superior, concretamente se indica haberlos encontrado para el 87,7% de los casos.

**Tabla 7. Evidencias de consumo reciente de sustancias psicoactivas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	22	43,1	43,1	43,1
	No	29	56,9	56,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

En cuanto a signos recientes de venopunciones, se encontraron únicamente en 3 de los 51 casos, si bien se registra como dato desconocido para 37 casos. Cuando se compara este dato con el conjunto de casos registrados en todo el país, se observa que en el resto de España el porcentaje de casos en los que se observan signos de venopunción es destacadamente superior, así en la muestra total se indica haber detectado signos de venopunción en el 52,3% de la muestra.

**Tabla 8. Signos recientes de venopunciones**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	3	5,9	5,9	5,9
	No	11	21,6	21,6	27,5
	Desconocido	37	72,5	72,5	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



En cuanto a que la posibilidad de que la causa básica de la muerte fuera una patología previa agravada por el consumo de sustancias, encontramos un alto porcentaje (72,5%) de casos registrados como desconocidos. Por este motivo debemos considerar los datos recogidos en esta variable como orientativos, ya que no contamos con información sobre esta variable para la mayor parte de los casos.

**Tabla 9. Muerte cuya causa básica es una patología previa importante**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	6	11,8	11,8	11,8
	No	8	15,7	15,7	27,5
	Desconocida	37	72,5	72,5	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Para el 86,3% de los casos se desconoce su situación serológica frente al VIH; ésta se sabe que es positiva para el 3,9% de los casos y negativa para el 9,8%.

**Tabla 10. Anticuerpos anti-VIH**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Positivo	2	3,9	3,9	3,9
	Negativo	5	9,8	9,8	13,7
	Desconido	44	86,3	86,3	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

### Tipos de drogas encontradas en los análisis

A la hora de analizar el tipo de sustancias detectadas en las personas fallecidas por muerte RASUPSI, es preciso tener en cuenta que en muchas comunidades autónomas sólo se dispone de los análisis toxicológicos realizados a una parte de los fallecidos, si bien en Andalucía se dispone de esta información para todos los casos detectados. Cada una de las muestras tomadas a un cadáver puede presentar resultados positivos para varias drogas. Por esta razón, el total de casos detectados es inferior a la suma de resultados positivos para todas las drogas.

Se han calculado los porcentajes sobre el total de resultados positivos para todas las drogas y no sobre el total de los casos de la muestra con el fin de que los porcentajes de todas las sustancias sumaran 100, sirviendo esta cifra como referente de comparación más claro entre unas sustancias y otras. Los porcentajes así obtenidos se interpretarán como el porcentaje de resultados positivos correspondientes a cada sustancia y no como el porcentaje de fallecidos en los que se encontró dicha sustancia.

Al analizar las sustancias psicoactivas que se han encontrado en los análisis toxicológicos, aparecen opiáceos en un 38,3% de los resultados, siendo la sustancia más presente. La siguiente sustancia más frecuente que aparece son las benzodiacepinas (26,6%) y la cocaína (25,2%). En la tabla 11 aparecen las frecuencias, los porcentajes y los porcentajes acumulados de cada una de las sustancias.

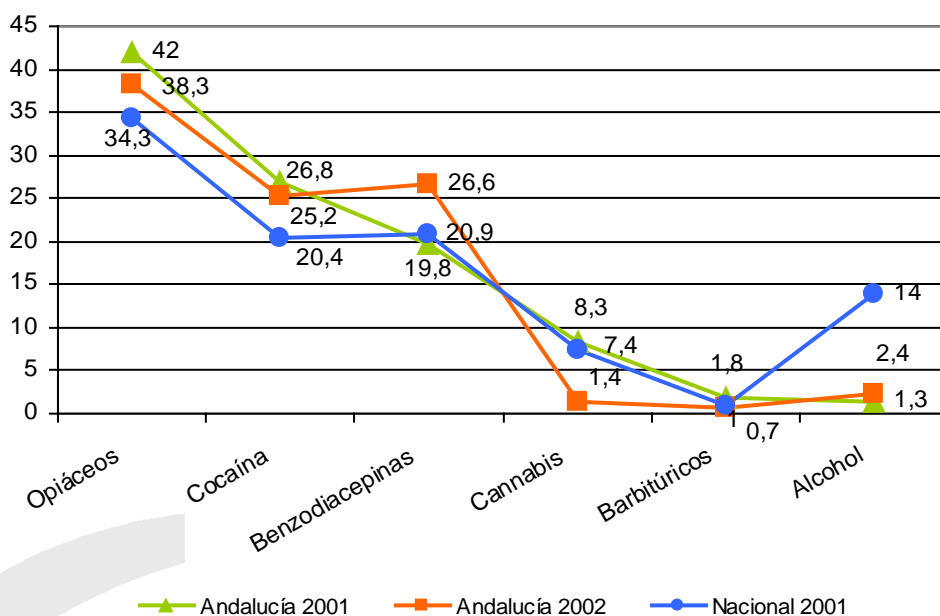
**Tabla 11. Sustancias psicoactivas o metabolitos detectados en los análisis toxicológicos. Fuente: Instituto Anatómico Forense de Granada y Sevilla y Clínica Médico Forense de Málaga**

	Recuento	Porcentaj e	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Opiáceos	219	38.3	38.3	38.3
Benzodiacepin as	152	26.6	26.6	64.9
Cocaína	144	25.2	25.2	90.1
Alcohol	14	2.4	2.4	92.5
MDMA	14	2.4	2.4	94.9
Cannabis	8	1.4	1.4	96.3
Barbitúricos	4	0.7	0.7	97
Otras sustancias	17	3	3	100
Total	572	100	100	

Los resultados obtenidos en Andalucía en los años 2001 y 2002 siguen la misma tendencia, observándose un descenso en la presencia de cannabis en el último año y un incremento de la presencia de benzodiacepinas. Será preciso prestar atención en los próximos años a estas leves variaciones porcentuales con el fin de confirmar las tendencias apuntadas.

Si se comparan los datos obtenidos en Andalucía en el año 2002 con los datos nacionales del año 2001, se encuentra que los porcentajes detectados en ambos ámbitos son muy similares. Tanto en el conjunto del país como en la Comunidad Andaluza los opiáceos, las benzodiacepinas y la cocaína son las sustancias detectadas en mayor medida en las muestras toxicológicas analizadas. Sólo en el caso del alcohol se encuentra una diferencia notable entre las dos muestras poblacionales, resultando superior el porcentaje de resultados positivos en los que se detectó alcohol en el conjunto del país que en Andalucía.

**Gráfico 4. Comparación de las drogas detectadas en los análisis toxicológicos en Andalucía 2001 y 2002 y el territorio nacional 2001.**  
Fuente: IAF Sevilla y Granada y Clínica Médico Forense de Málaga





El tipo de sustancias o metabolitos detectados en 2002 en los fallecidos se distribuyen de manera similar en las tres provincias analizadas, siendo en todas ellas los opiáceos la sustancia más presente, seguida de la cocaína y las benzodiacepinas.

Tabla 12. Sustancia psicopatológica por provincia de registro del fallecimiento

			Provincia		
			Granada	Málaga	Sevilla
Sustancias psicoactivas	Opiáceos	n	63	41	115
		% col	40,9	36,3	37,7
	Cocaína	n	35	27	82
		% col	22,7	23,9	26,9
	MDMA	n		10	4
		% col		8,8	1,3
	Barbitúricos	n		2	2
		% col		1,8	,7
	Benzodiacepinas	n	42	30	80
		% col	27,3	26,5	26,2
	Cannabis	n			8
		% col			2,6
	Alcohol	n	5		9
		% col	3,2		3,0
	Otras sustancias	n	9	3	5
		% col	5,8	2,7	1,6

Al distinguir entre los fallecidos jóvenes (de 15 a 30 años) y el resto (de 31 a 49 años) observamos que entre el grupo de edad mayor se detectan en mayor medida opiáceos que entre los más jóvenes. Por otro lado, en el grupo más joven el MDMA y el cannabis se encuentran más presentes que entre los mayores.

**Tabla 13. Sustancia psicopatológica por edad de los fallecidos**

		Edad de los fallecidos		
		De 15 a 30 años	De 31 a 49 años	
Sustancias psicoactivas	Opiáceos	n	49	170
		% col	32,0	40,6
	Cocaína	n	38	106
		% col	24,8	25,3
	MDMA	n	14	
		% col	9,2	
	Barbitúricos	n	2	2
		% col	1,3	,5
	Benzodiazepinas	n	36	116
		% col	23,5	27,7
	Cannabis	n	6	2
		% col	3,9	,5
	Alcohol	n	3	11
		% col	2,0	2,6
	Otras sustancias	n	5	12
		% col	3,3	2,9

La escasez de mujeres en la muestra analizada (5 mujeres, que representan sólo el 7,8% de la muestra) impide realizar este análisis por género.



## Conclusiones

- Se observa una estabilización en el número de casos detectados en cada provincia entre 2001 y 2002 en los tres partidos judiciales analizados (Sevilla, Málaga y Granada).
- El 92% de los 51 casos de muerte RASUPSI registrados corresponden a hombres. La media de edad de los fallecidos es de 35 años, no observándose diferencias destacables en función del género.
- Tanto en Andalucía como en el conjunto de España, lo más común es que los cadáveres sean hallados en los domicilios y en la calle, siendo reducido el porcentaje de los provenientes de hospitales.
- El porcentaje de fallecidos registrados en Andalucía para los que se indica presencia de signos recientes de venopunción es muy reducido y notablemente inferior al porcentaje del conjunto del país.
- Los opiáceos y la cocaína son las sustancias más presentes en las muestras analizadas, siendo esta presencia además ligeramente más alta en Andalucía que en el total nacional. Sin embargo, la presencia del alcohol en cada comunidad autónoma resulta inferior a la del conjunto de España.
- Se observa una reducción de 2001 a 2002 en la presencia de cannabis en los fallecidos por muerte RASUPSI en Andalucía y un incremento de la presencia de benzodiacepizas. Será preciso comprobar en los próximos años si estas variaciones se consolidan en una tendencia.