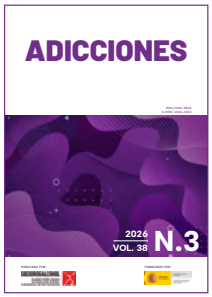
SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías

ADICCIONES
2026 ■ VOL. 38 ■ N. 3 ■ PÁGS. 165–174
www.adicciones.es



ORIGINAL

Mortalidad prematura registrada por trastornos por uso de sustancias en España según registros de defunción: Diferencias por sexo y tipo de sustancia

Premature mortality recorded with mention of substance use disorders in Spain according to death records: Sex- and substance-specific differences

José María Rosales-Crespo*; Carolina Lagares-Franco**; José Almenara-Barrios***; Antonio Linares-Cobacho*; Cristina O´Ferrall-González****.

* Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España.

** Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Universidad de Cádiz, Cádiz, España.

***Departamento de Biomedicina, Biotecnología y Salud Pública, Universidad de Cádiz, Cádiz, España.

**** Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz, Cádiz, España.

Resumen

Los trastornos por uso de sustancias (TUS) son una causa relevante de muerte prematura, aunque su impacto suele subestimarse cuando se valora solo el número de defunciones. Este estudio empleó tres indicadores de mortalidad prematura —Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), promedio de APVP por defunción (APVPM) y esperanza de vida al fallecimiento (EV)— para cuantificar la mortalidad prematura registrada con mención de TUS en los certificados de defunción y analizar las diferencias por sexo y tipo de sustancia en España entre 2016 y 2020. Se realizó un estudio observacional retrospectivo utilizando los registros nacionales de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística, incluyendo las defunciones en las que figuró, en cualquier posición del certificado, algún código CIE-10 correspondiente a TUS (F10–F19). La mortalidad prematura se estimó mediante los APVP, que expresan los años de vida no vividos respecto a una edad límite, y se calcularon también el APVPM y la EV, estratificados por sexo y tipo de sustancia. Se registraron 13.772 defunciones con mención de TUS (75,1% en hombres), que concentraron 184.158 APVP, con una media de 17,3 años perdidos por fallecimiento. Las drogas ilegales y el policonsumo presentaron valores más elevados de APVPM y menor EV, mientras que alcohol y tabaco concentraron una carga mayor, aunque a edades más avanzadas. La EV fue de 66,6 años, inferior a la población general. Los resultados describen una elevada carga de mortalidad prematura en defunciones con mención de TUS y patrones diferenciados por sexo y sustancia. El uso de indicadores como los APVP puede ser útil para complementar la vigilancia epidemiológica y orientar la planificación preventiva y asistencial.

Palabras clave: trastornos por uso de sustancias, mortalidad prematura, años potenciales de vida perdidos, esperanza de vida, diferencias de sexo, España

Abstract

Substance use disorders (SUDs) are a significant cause of premature death, although their impact is often underestimated when only the number of deaths is considered. This study used three premature mortality indicators—Potential Years of Life Lost (PYLL), mean PYLL per death (mPYLL), and life expectancy at death (LE)—to quantify premature mortality with documented mention of substance use disorders on death certificates and to analyze differences by sex and substance type in Spain between 2016 and 2020. A retrospective observational study was conducted using national mortality records from the Spanish National Statistics Institute, including deaths in which an ICD-10 code corresponding to substance use disorders (F10–F19) appeared anywhere on the death certificate. Premature mortality was estimated using PYLL, which represent the years of life not lived relative to an age limit, and mPYLL and LE were also calculated, stratified by sex and substance type. A total of 13,772 deaths with mention of substance use disorders (75.1% in men), accounting for 184,158 PYLL, with a mean of 17.3 years lost per death. Illegal drugs and polydrug use showed higher mPYLL and lower LE values, whereas alcohol and tobacco accounted for a higher overall burden but at older ages. LE was 66.6 years, lower than that of the general population. The findings describe a high burden of premature mortality recorded with mention of substance use disorders, with distinct patterns by sex and substance. The use of indicators such as potential years of life lost may help strengthen epidemiological surveillance and inform prevention and care strategies.

Keywords: substance use disorders, premature mortality, potential years of life lost, life expectancy, sex differences, Spain

■ *Recibido: Noviembre 2025; Aceptado: Mayo 2026.*

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ **Enviar correspondencia a:**
Carolina Lagares Franco. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Avda. Ana de Viya, 52: 11009, Cádiz.
Email: carolina.lagares@uca.es

Los trastornos por uso de sustancias (TUS) constituyen un problema de salud pública con importantes repercusiones sociales, sanitarias y económicas, además de un claro aumento de la morbimortalidad (World Health Organization [WHO], 2024). El consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas se asocia tanto con muertes directas por intoxicación o complicaciones médicas, como con un mayor riesgo de traumatismos, conductas violentas y enfermedades crónicas no transmisibles (Degenhardt et al., 2018; WHO, 2021).

A nivel mundial, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) estima que 296 millones de personas consumieron drogas en 2021, lo que equivale al 5,8% de la población global. El cannabis es la sustancia más utilizada, seguida de las anfetaminas y la cocaína (UNODC, 2023). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud calcula que el alcohol es responsable de unos 3 millones de muertes anuales (5,3% del total), mientras que el tabaco provoca más de 8 millones de fallecimientos cada año, incluyendo a más de un millón de personas no fumadoras expuestas al humo ajeno (WHO, 2021; WHO, 2024).

En Europa, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) registró 6.392 muertes por sobredosis en la Unión Europea en 2022, frente a 6.166 en 2021. Los opioides estuvieron presentes en aproximadamente el 74% de estos casos, aunque también se observa un incremento de fallecimientos vinculados al consumo de cocaína y al policonsumo, especialmente en personas de 40 a 59 años (EMCDDA, 2024).

En España, se estima que el 38,9% de la población adulta ha consumido alguna sustancia psicoactiva a lo largo de su vida (EMCDDA, 2024). Según el Observatorio Español de Drogas y Adicciones (OEDA), en 2022 se produjeron 800 muertes por sobredosis y más de 3.000 relacionadas con alcohol. Asimismo, el 25% de las muertes en accidentes de tráfico se produjeron bajo la influencia de drogas. En este contexto, el alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias con mayor impacto en términos de consumo y mortalidad, mientras que la cocaína continúa siendo la droga ilegal más extendida (OEDA, 2023).

Más allá de las cifras de consumo y mortalidad general, resulta esencial evaluar su impacto en términos de mortalidad prematura. Las personas con TUS presentan un riesgo mayor de fallecer a edades tempranas en comparación con la población general (Kim et al., 2025; Yukhnenko et al., 2023). A nivel global, se estima que los TUS causan cada año alrededor de 128.000 muertes y más de 18 millones de años de vida saludable perdidos (Global Burden of Disease [GBD], 2024; UNODC, 2023). Este exceso de mortalidad se atribuye a sobredosis, infecciones, complicaciones cardiovasculares y respiratorias, suicidio y otras consecuencias derivadas de conductas de riesgo (Rehm et al., 2017).

En este sentido, aunque los estudios internacionales han puesto de relieve el impacto de los TUS en la mortalidad prematura (Kim et al., 2025; Svensson et al., 2022), en España la evidencia sigue siendo escasa y, en su mayoría, anterior a 2016. Los estudios disponibles se han centrado en estimar la prevalencia, las cifras de mortalidad general o analizar sustancias y ámbitos geográficos concretos (De la Fuente et al., 2014; Fierro et al., 2010; Guitart et al., 2011; Marí-Dell'Olmo et al., 2015). Además, apenas existen análisis que examinen diferencias por sexo y tipo de sustancia, a pesar de que la literatura internacional muestra de forma consistente que los patrones de consumo y sus consecuencias difieren notablemente entre hombres y mujeres (EMCDDA, 2024; WHO, 2024).

Por todo lo anterior, este estudio analiza la mortalidad prematura registrada con mención de TUS en los certificados de defunción en España durante el periodo 2016–2020. Para ello se emplean indicadores específicos —Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), promedio de APVP (APVPM) y Esperanza de Vida (EV)— estratificados por sexo y tipo de sustancia. El objetivo es aportar evidencia sobre la magnitud y las características de esta mortalidad registrada, con potencial utilidad para la vigilancia epidemiológica y la planificación en salud pública.

Método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo basado en los registros de defunción ocurridos en España entre 2016 y 2020, proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Este periodo se seleccionó por corresponder a los datos más recientes disponibles con información completa y homogénea en el momento del análisis, y por permitir estimaciones más estables de los indicadores de mortalidad prematura mediante el uso de un intervalo multianual.

Se incluyeron todas las defunciones en las que, en alguna de las 42 causas de muerte codificadas en cada registro, figuraba un diagnóstico correspondiente a los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión (CIE-10) (WHO, 1992), concretamente los códigos F10-F19. Este grupo comprende los trastornos relacionados con alcohol (F10), opioides (F11), cannabinoides (F12), sedantes e hipnóticos (F13), cocaína (F14), otros estimulantes (F15), alucinógenos (F16), tabaco (F17), disolventes volátiles (F18) y consumo múltiple u otras sustancias (F19). Este enfoque incluye tanto la causa básica de defunción como las causas contribuyentes registradas en el certificado, lo que permite una mayor captación de casos, aunque introduce heterogeneidad en la atribución de la causa de muerte.

La elección de los códigos F10–F19 respondió a un criterio de especificidad, con el objetivo de identificar las defunciones en las que los TUS figuran explícitamente consignados en los certificados de defunción. Este enfoque

evita inferir su presencia a partir de causas potencialmente relacionadas en las que no puede confirmarse el trastorno, aunque no incluye todas las muertes atribuibles al consumo de sustancias. Por ello, los resultados deben interpretarse como mortalidad registrada con mención explícita de TUS en los certificados de defunción, y no como mortalidad atribuible total al consumo de sustancias.

Las variables analizadas fueron sexo, edad y tipo de sustancia. La mortalidad prematura se cuantificó mediante tres indicadores: Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) —años de vida no vividos respecto a una edad límite, que reflejan la pérdida global por muertes tempranas—, promedio de APVP por defunción (APVPM) —media de años perdidos por cada fallecimiento— y Esperanza de Vida (EV) —edad promedio que una persona podría alcanzar según las tasas de mortalidad observadas—. Para el cálculo de los APVP se estableció como intervalo de edad el comprendido entre 1 y 79 años, siguiendo los criterios metodológicos del INE, que define este indicador para dicho rango con el objetivo de estimar la mortalidad prematura y garantizar la comparabilidad entre causas de muerte. La utilización de este mismo intervalo permitió, además, calcular los indicadores de forma homogénea para el conjunto de las grandes causas de muerte incluidas en el análisis (INE, 2024).

Los APVP y APVPM se calcularon aplicando las fórmulas clásicas para estos indicadores (Gardner y Sanborn, 1990). Este procedimiento consiste en restar la edad de fallecimiento a la edad límite predefinida (79 años) y sumar posteriormente todas las diferencias. Este enfoque permite estimar tanto el total como el promedio de años de vida potencial perdidos, proporcionando una medida sensible del impacto real de la mortalidad prematura. La EV se estimó mediante el método de Sullivan, un procedimiento indirecto ampliamente utilizado en salud pública que combina las tasas de mortalidad específicas por edad con la estructura poblacional en tablas de vida. Este método ofrece una medida sintética de la esperanza de vida ajustada a la distribución real de la mortalidad, aportando una visión más precisa del efecto de los TUS sobre la duración media de la vida en la población afectada (Sullivan, 1971).

Los indicadores se calcularon estratificando por sexo y tipo de sustancia. Además, se compararon con los correspondientes a las 17 grandes causas de muerte definidas por el INE para el mismo periodo (INE, 2024), lo que permitió situar la carga de mortalidad prematura registrada por TUS en relación con el resto de causas de fallecimiento a nivel nacional. El análisis se planteó con un enfoque descriptivo orientado a caracterizar los valores observados en los registros nacionales de defunción.

Dado que el presente estudio analiza el conjunto de los registros nacionales de defunción con mención de trastornos por uso de sustancias en España durante el periodo 2016–2020, los resultados deben interpretarse como descripciones de un registro poblacional exhaustivo y no como estimaciones derivadas de una muestra. En coherencia con el objetivo descriptivo del estudio, no se aplicaron pruebas de inferencia estadística ni se calcularon intervalos de confianza o contrastes entre grupos, ya que el análisis se orientó a describir los valores observados de APVP, APVPM y EV en dicho registro, más que a extrapolar resultados muestrales a una población.

El análisis estadístico se realizó con el programa Epidat 4.2 (Consellería de Sanidade, Organización Panamericana de la Salud, & Universidad CES de Colombia, 2016).

Resultados

Entre 2016 y 2020 se registraron en España 13.772 defunciones con mención de TUS (F10–F19), lo que equivale a una tasa media anual de 5,9 defunciones por 100.000 habitantes. La mortalidad afectó predominantemente a los hombres (75,1%), frente a las mujeres (24,9%). La edad media al fallecimiento fue de 65,9 años (DE: 13,6), con una mediana de 67 años y un rango intercuartílico de 18 años, como se muestra en la Tabla 1.

En cuanto a la distribución por tipo de sustancia, el tabaco (51,8%) y el alcohol (43,5%) concentraron la mayoría de los fallecimientos, mientras que el policonsumo y otras sustancias representaron un 3,3% del total. El resto de sustancias mostró un peso marginal (<1% cada una), aunque con diferencias de género destacables: en los opioides, las mujeres representaron el 39,8% de los fallecimientos, proporción más elevada que en alcohol (29,0%) o tabaco (21,8%).

La Tabla 2 presenta los indicadores de mortalidad prematura en España durante el periodo 2016–2020, desglosados por sexo. En total se acumularon 184.158 APVP, lo que supone un promedio de 17,3 años perdidos por defunción. Los hombres concentraron la mayor parte de esta carga, con 148.356 APVP y un APVPM de 17,0 años, mientras que en las mujeres se registraron 35.802 APVP y un APVPM de 17,6 años. Estos resultados muestran que, en el periodo analizado, aunque los hombres acumulan un mayor número absoluto de años perdidos, el valor de APVPM observado fue superior en las mujeres. La EV al fallecimiento en personas con TUS fue de 66,6 años, sin encontrar diferencias relevantes por sexo.

Como se muestra en la Figura 1, la EV en el conjunto de la población española durante el periodo 2016–2020 fue de 83,1 años, frente a los 66,6 años en quienes fallecieron por TUS, lo que supone una diferencia de 16,5 años. Esta brecha se mantuvo al desagregar por sexo: en los hombres, la diferencia fue de 13,8 años (80,3 frente a 66,5), mientras que en las mujeres alcanzó los 19 años (85,7 frente a 66,7).

Tras analizar las diferencias globales por sexo, se exploró la distribución de la mortalidad prematura en función del tipo de sustancia consumida (Tabla 3). El tabaco

Tabla 1
Características generales de las defunciones por trastornos por uso de sustancias en España, 2016–2020

Estadísticos descriptivos			
Estadístico	**Total**	**Hombres**	**Mujeres**
Número total de defunciones	13.772	10.338 (75,1%)	3.434 (24,9%)
Media (años)	65,94	65,93	65,97
Desviación estándar (años)	13,63	14,83	13,33
Mediana (años)	67	66	67
Rango intercuartílico (años)	18	18	19
Distribución por sustancia			
Estadístico	**Total**	**Hombres**	**Mujeres**
Alcohol (F10)	5.997 (43,5%)	4.260 (71,0%)	1.737 (29,0%)
Opioides (F11)	103 (0,8%)	62 (60,2%)	41 (39,8%)
Cannabis (F12)	3	2	1
Sedantes e hipnóticos (F13)	33 (0,2%)	17 (51,5%)	16 (48,5%)
Cocaína (F14)	47 (0,3%)	36 (76,6%)	11 (23,4%)
Alucinógenos (F16)	1	1	0
Tabaco (F17)	7.130 (51,8%)	5.578 (78,2%)	1.552 (21,8%)
Policonsumo / otras sustancias (F19)	458 (3,3%)	382 (83,4%)	76 (16,6%)

Nota. Los códigos F15 (otros estimulantes) y F18 (disolventes volátiles) no registraron defunciones en el periodo analizado. Las categorías con muy pocos casos (cannabis y alucinógenos) se presentan por completitud, aunque su peso relativo es marginal.
Fuente. INE. Elaboración propia, 2025.

Tabla 2
Indicadores de mortalidad prematura por trastornos por uso de sustancias en España, 2016–2020, según sexo

Año	APVP			APVPM			EV		
	Hombre	**Mujer**	**Total**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
2016	29.607	11.188	40.795	19,8	18,7	19,44	63,8	67,1	64,8
2017	28.580	5.720	34.300	16,6	17,8	16,8	67,2	66,2	67,0
2018	28.668	5.736	34.403	16,6	17,8	16,8	67,4	65,6	67,1
2019	27.549	5.977	33.526	16,2	16,8	16,3	67,3	67,3	67,3
2020	33.953	7.182	41.134	16,4	16,4	16,4	66,7	66,6	66,7
Total	**148.356**	**35.802**	**184.158**	**17,0**	**17,6**	**17,3**	**66,5**	**66,7**	**66,6**

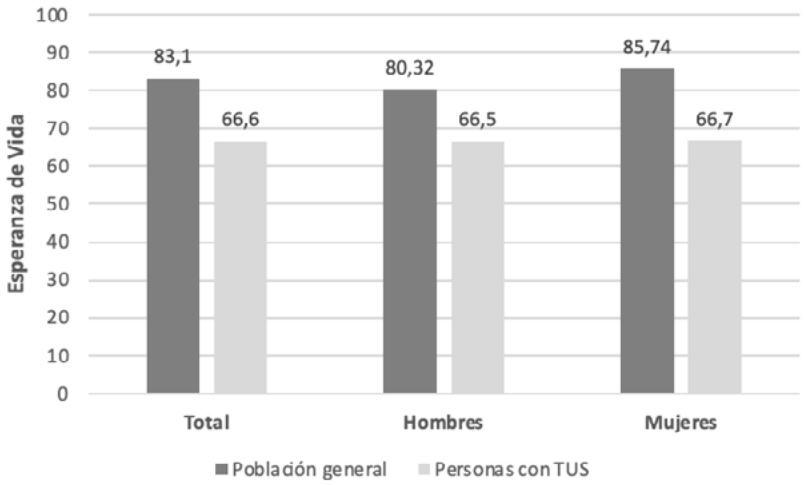
Nota. APVP = Años Potenciales de Vida Perdidos; APVPM = promedio de Años Potenciales de Vida Perdidos por defunción; EV = Esperanza de Vida.
Fuente. INE. Elaboración propia, 2025.

Tabla 3
Indicadores de mortalidad prematura por trastornos por uso de sustancias en España, 2016–2020, según tipo de sustancia

Sustancia consumida	APVP			Razón APVP Hombre /Mujer	APVPM			EV
	Hombre	**Mujer**	**Total**		**Hombre**	**Mujer**	**Total**	
Alcohol (F10)	62.225	27.350	89.575	2,3	16,6	18,8	17,2	65,8
Opioides (F11)	1.126	412	1.538	2,7	22,1	17,2	20,5	67,2
Sedantes e hipnóticos (F13)	320	176	496	1,8	29,1	17,6	23,6	68,0
Cocaína (F14)	1.067	305	1.372	3,5	29,6	30,5	29,8	51,5
Tabaco (F17)	73.399	21.650	95.049	3,4	16,2	16,7	16,3	67,7
Policonsumo / otras sustancias (F19)	10.125	1.752	11.877	5,8	27,4	26,6	27,3	54,6

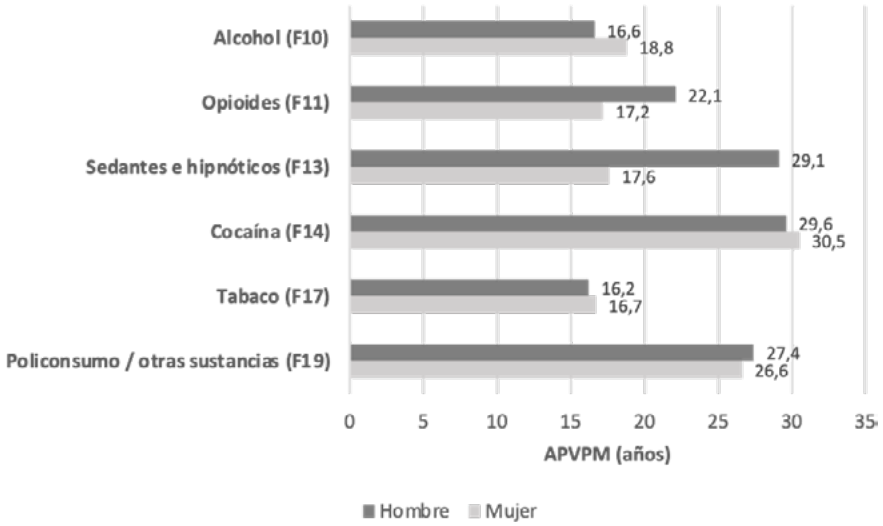
Nota 1. Las categorías con un número muy reducido de casos (cannabis, otros estimulantes, alucinógenos y disolventes volátiles) no se muestran en la tabla por su escaso peso relativo (<0,05% de los APVP).
Nota 2. APVP = Años Potenciales de Vida Perdidos; APVPM = promedio de Años Potenciales de Vida Perdidos por defunción; EV = Esperanza de Vida.
Fuente. INE. Elaboración propia, 2025.

Figura 1
Esperanza de vida al fallecimiento en la población general y en personas con trastornos por uso de sustancias en España, 2016–2020, total y por sexo



Fuente. INE. Elaboración propia, 2025.

Figura 2
Promedio de Años Potenciales de Vida Perdidos por defunción (APVPM) según tipo de sustancia y sexo en España, 2016–2020



Fuente. INE. Elaboración propia, 2025.

y el alcohol concentraron la mayor carga absoluta de años perdidos, con 95.049 y 89.575 APVP, respectivamente, seguidos a gran distancia por el policonsumo/otras sustancias (11.877 APVP), los opioides (1.538 APVP), la cocaína (1.372 APVP) y los sedantes e hipnóticos (496 APVP).

Al comparar por sexo, los hombres acumularon sistemáticamente la mayor parte de la carga, con razones APVP hombre/mujer que oscilaron entre 1,8 en los sedantes e hipnóticos y 5,8 en el policonsumo. En alcohol y tabaco, las razones fueron de 2,3 y 3,4, respectivamente, mientras que en otras sustancias los valores más altos se alcanzaron en opioides (2,7) y cocaína (3,5). Sin embargo, el valor de APVPM observado fue mayor en las mujeres en alcohol, cocaína y tabaco. La distribución del APVPM según tipo de sustancia y sexo se presenta de forma visual en la Figura 2.

En cuanto a la EV al fallecimiento, se observaron variaciones según la sustancia: los valores más bajos correspondieron a la cocaína (51,5 años) y al policonsumo (54,6 años), mientras que el tabaco y el alcohol registraron 67,7 años y 65,8 años, respectivamente.

Se compararon las cifras de mortalidad prematura obtenidas con las 17 grandes causas de mortalidad en España durante el periodo de estudio (tabla 4). En términos absolutos, los TUS acumularon 184.158 APVP, situándose por

Tabla 4
Indicadores de mortalidad prematura por trastornos por uso de sustancias y grandes causas de muerte en España, 2016–2020

Grupo diagnóstico	APVP	Grupo diagnóstico	APVPM	Grupo diagnóstico	EV
II. Tumores	4.745.281	XV. Embarazo, parto y puerperio	44,25	XV. Embarazo, parto y puerperio	36,07
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	2.079.010	XVI. Afecciones originadas en el periodo perinatal	41,55	XVI. Afecciones originadas en el período perinatal	37,61
XX. Causas externas de mortalidad	1.253.736	XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	29,90	XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	54,87
X. Enfermedades del sistema respiratorio	658.878	XX. Causas externas de mortalidad	26,40	**TUS**	**66,57**
XI. Enfermedades del sistema digestivo	616.171	XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	19,02	XX. Causas externas de mortalidad	67,17
VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	432.606	**TUS**	**17,33**	II. Tumores	74,12
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	429.525	III. Enfermedades sangre y de órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	15,01		
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	303.789	I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	14,80		
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	228.017	XI. Enfermedades del sistema digestivo	14,07		
TUS	184.158	II. Tumores	13,88		
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	106.415	IX. Enfermedades del sistema circulatorio	12,15		
V. Trastornos mentales y del comportamiento	98.350	VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	11,96		
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	75.659	IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11,38		
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	50.441	XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	10,95		
III. Enfermedades sangre y de órganos hematopoyéticos	43.382	X. Enfermedades del sistema respiratorio	10,74	XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	84,65
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	14.558	XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	9,12	XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	84,89
XVI. Afecciones originadas en el periodo perinatal	5.650	XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	8,67	XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	85,01
XV. Embarazo, parto y puerperio	2.253	V. Trastornos mentales y del comportamiento	7,88	V. Trastornos mentales y del comportamiento	86,57

Nota. APVP = Años Potenciales de Vida Perdidos; APVPM = promedio de Años Potenciales de Vida Perdidos por defunción; EV = Esperanza de Vida.
Fuente. INE. Elaboración propia, 2025.

debajo de causas como las externas (1.253.736 APVP), los tumores (4.745.281 APVP) o las enfermedades del sistema circulatorio (2.079.010 APVP). Sin embargo, al analizar el promedio de años perdidos por defunción, los TUS presentaron 17,3 APVPM, una de las cifras más elevadas, superior a la observada en causas de alta mortalidad como tumores (13,9 años) o enfermedades circulatorias (12,2 años), y solo por debajo de grupos que concentran muertes a edades muy tempranas, como el embarazo, parto y puerperio (44,3 años) o las afecciones perinatales (41,6 años).

En cuanto a la EV al fallecimiento, las personas con TUS alcanzaron un valor medio de 66,6 años, inferior al registrado en tumores (74,1 años) o enfermedades digestivas (78,5 años), y similar al de las causas externas (67,2 años).

Discusión

El presente estudio analiza la mortalidad prematura registrada con mención de TUS en los certificados de defunción en España entre 2016–2020, empleando indicadores específicos como los APVP, APVPM, y EV, estratificados por sexo y tipo de sustancia. Los resultados muestran que, aunque los TUS representan una proporción limitada de las defunciones en términos absolutos, presentan valores elevados de APVPM (17,3 años) y menor EV (66,6 años) que otras causas de alta prevalencia.

No obstante, estos hallazgos deben interpretarse considerando el enfoque metodológico empleado. La identificación de casos se basó en la presencia de códigos F10–F19 en los certificados de defunción, lo que permite una alta especificidad diagnóstica pero conlleva una infraestimación relevante de la mortalidad asociada al consumo de sustancias. La comparación con sistemas de vigilancia como el OEDA evidencia que en 2020 se registraron 872 muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas, con presencia de cocaína en el 52,9% de los casos, aproximadamente 460 defunciones anuales (OEDA, 2022), frente a las 47 muertes por cocaína identificadas en los registros de defunción en el periodo completo del estudio. Esta discrepancia pone de manifiesto la dificultad de los certificados de defunción para captar el policonsumo y los casos en los que la sustancia no se consigna explícitamente. En este sentido, los resultados deben interpretarse como una estimación conservadora de la mortalidad registrada con mención explícita de TUS, y no como la mortalidad atribuible total al consumo.

En cuanto a la distribución por sustancias, el tabaco y el alcohol concentraron la mayor carga absoluta de APVP, en consonancia con la literatura que destaca su contribución a la mortalidad prematura y a la carga global de enfermedad (López et al., 2006; Rehm et al., 2017; WHO, 2024). Por el contrario, las drogas ilegales, especialmente cocaína, opioides y situaciones de policonsumo, presentaron valores más elevados de APVPM. Este patrón coincide con los informes internacionales y los sistemas de vigilancia toxicológica, donde el policonsumo está presente en la mayoría de las muertes por reacción aguda, lo que dificulta su adecuada captación en registros basados exclusivamente en certificación clínica (EMCDDA, 2024; OEDA, 2022; UNODC, 2023).

El análisis por sexo muestra que los hombres concentran la mayor carga absoluta de mortalidad prematura en términos de APVP, con una proporción de 4:1 con respecto a las mujeres en consonancia con el Estudio de Carga Global de Enfermedades de 2024 (GBD, 2024). En las mujeres, el APVPM global fue ligeramente superior al observado en los hombres, aunque las diferencias en edad media y mediana de fallecimiento fueron pequeñas. Este hallazgo descriptivo puede contextualizarse a la luz de estudios internacionales que han señalado posibles diferencias por sexo en estigmatización, acceso al tratamiento y evolución clínica en personas con TUS (Apsley et al., 2023; Molina-Fernández et al., 2024; Meyers et al., 2021; Webb et al., 2022; Pinedo et al., 2020).

Los resultados son consistentes con lo descrito en la literatura internacional, que sitúa la reducción de la EV en personas con TUS entre 10 y 20 años (Kim et al., 2025; Yukhnenko et al., 2023) y los APVPM entre 15 y 25 años (Glei y Preston, 2020; Rehm, 2020). Estudios como el de Degenhardt et al. (2018) han señalado además el elevado riesgo de mortalidad prematura asociado al consumo de opioides y estimulantes, especialmente en edades jóvenes. Estas comparaciones deben interpretarse con cautela, dado que muchos de estos estudios estiman mortalidad atribuible, mientras que el presente trabajo analiza mortalidad registrada con diagnóstico explícito.

En comparación con otras grandes causas de muerte, los TUS registrados muestran una carga absoluta menor en APVP, pero indicadores compatibles con una mayor concentración de defunciones en edades relativamente más tempranas, en línea con lo descrito en la literatura internacional (Jalal et al., 2020; Shiels et al., 2019; Svensson et al., 2022). Estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que, aunque los indicadores se han calculado de forma homogénea a partir de los certificados de defunción, existen diferencias en la captación de las causas, y los TUS tienden a estar infrarrepresentados en comparación con otras causas como los tumores o las enfermedades cardiovasculares.

Desde una perspectiva de salud pública, estos resultados apoyan la utilidad de incorporar indicadores de mortalidad prematura a la vigilancia epidemiológica y sugieren la conveniencia de reforzar las estrategias de prevención, reducción de daños y acceso al tratamiento, con atención a las diferencias por sexo y sustancia.

Entre las principales limitaciones, destaca el uso exclusivo de códigos F10–F19 para identificar los casos, lo que probablemente infraestima la mortalidad asociada al consumo de sustancias, especialmente en comparación con otros sistemas de información que emplean criterios más amplios, como los registros toxicológicos y forenses (OEDA, 2022). Además, la inclusión de estos códigos en cualquier posición del certificado, sin distinguir entre causa básica y causas contribuyentes, introduce heterogeneidad en la atribución de la causa de muerte. En consecuencia, los resultados deben interpretarse como una estimación conservadora de la mortalidad registrada con mención de TUS. Asimismo, no se calcularon medidas de incertidumbre ni se realizaron contrastes estadísticos, por lo que las diferencias observadas deben interpretarse en términos descriptivos. Aunque el estudio se basa en un registro poblacional exhaustivo y no está sujeto a error de muestreo, la precisión de los resultados puede verse afectada por otras fuentes de incertidumbre, como la calidad de la codificación, la cumplimentación de los certificados de defunción y la heterogeneidad derivada de la inclusión de causas básicas y contribuyentes.

En conclusión, la mortalidad registrada con mención de TUS muestra una carga relevante de mortalidad prematura en España, con patrones diferenciados según sexo y tipo de sustancia. Estos hallazgos refuerzan el interés de incorporar indicadores de mortalidad prematura en la vigilancia epidemiológica y pueden ser de utilidad para orientar la planificación preventiva y asistencial.

Reconocimientos

Los autores agradecen al Instituto Nacional de Estadística (INE) por el acceso a los datos de mortalidad utilizados. Asimismo, se reconoce la colaboración del Observatorio Español de Drogas y Adicciones (OEDA) por la información complementaria empleada en la contextualización del estudio. El trabajo no ha recibido financiación específica, competitiva ni no competitiva, para su elaboración.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

José María Rosales-Crespo: Conceptualización, Metodología, Análisis formal, Curación de datos, Visualización, Redacción del borrador original, Redacción – revisión y edición, Administración del proyecto.
Carolina Lagares-Franco: Metodología, Validación, Supervisión, Redacción – revisión y edición.
José Almenara-Barrios: Conceptualización, Validación, Supervisión, Redacción – revisión y edición.
Antonio Linares-Cobacho: Recursos, Redacción – revisión y edición.
Cristina O'Ferrall-González: Validación, Supervisión, Redacción – revisión y edición.

Declaración sobre el uso de inteligencias generativas

Durante la revisión del manuscrito se utilizó una herramienta de inteligencia artificial generativa como apoyo para tareas de mejora lingüística, revisión de redacción y estilo. Los autores revisaron, editaron y validaron íntegramente la versión final del manuscrito y asumen plena responsabilidad sobre su contenido.

Referencias

Apsley, H., Martin, G., Staiger, P. K., Hall, K., Greenwood, C., & Lubman, D. I. (2023). Non-engagement in substance use treatment among women: The role of family, social, and individual factors. *Drug and Alcohol Dependence, 244,*109755. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109755

Consellería de Sanidade, Organización Panamericana de la Salud (OPS), & Universidad CES de Colombia. (2016). *Epidat 4.2: Programa para análisis epidemiológico de datos*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Recuperado de https://www.sergas.es/Saude-publica/EPIDAT

De la Fuente, L., Saavedra, P., Barrio, G., Royuela, L., & Vicente, J. (2014). Mortality risk factors and excess mortality in a cohort of cocaine users admitted to drug treatment in Spain. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46*(2), 219–226. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.019

Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrara, A., et al. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis. *The Lancet Psychiatry, 5*(12), 987–1012. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30337-7

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2024). *European drug report 2024: Trends and developments*. Publications Office of the European Union. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en

Fierro, I., Yáñez, J. L., & Álvarez, F. J. (2010). Mortalidad prematura y años potenciales de vida perdidos relacionados con el consumo de alcohol en España y en las comunidades autónomas en el año 2004. *Atención Primaria, 42*(2), 95–101. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.04.002

Gardner, J. W., & Sanborn, J. S. (1990). Years of potential life lost (YPLL)—What does it measure? *Epidemiology, 1*(4), 322–329. https://doi.org/10.1097/00001648-199007000-00012

Glei, D.A., & Preston, S.H. (2020). Estimating the impact of drug use on US mortality, 1999-2016. *Plos One*, 15(1), e0226732. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226732

Global Burden of Disease [GBD]. (2024). *Global Burden of Disease Study 2021 results*. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

Guitart, A. M., Espelt, A., Castellano, Y., Bartroli, M., Villalbí, J. R., & Domingo-Salvany, A. (2011). Impacto del trastorno por consumo de alcohol en la mortalidad: ¿Hay diferencias según la edad y el sexo? *Gaceta Sanitaria, 25*(5), 385–390. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.01.004

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2024). *Defunciones según la causa de muerte. Metodología*. Madrid: INE. Recuperado de
https://www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/metodologia_00.pdf

Jalal, H., Burke, D. S., & Ghitza, U. E. (2020). Analysis of age–period–cohort effects on drug overdose mortality in the United States. *Science Advances, 6*(39), eabc1340. https://doi.org/10.1126/sciadv.abc1340

Kim, S., Kim, H., Choi, J., Lee, S., & Park, S. (2025). Global, regional, and national trends in drug use disorder mortality rates across 73 countries from 1990 to 2021, with projections up to 2040. *The Lancet eClinicalMedicine*, 80, 102202. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102202

López, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. L. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. *The Lancet, 367*(9524), 1747–1757. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68770-9

Marí-Dell'Olmo, M., Gotsens, M., Palència, L., Burström, B., Corman, D., Costa, C., Deboosere, P., Díez, E., Domínguez-Berjón, F., Dzúrová, D., Gandarillas, A., Hoffmann, R., Kovács, K., Martikainen, P., Demaria, M., Pikhart, H., Rodríguez-Sanz, M., Saez, M., Santana, P., Schwierz, C., Tarkiainen, L., & Borrell, C. (2015). Socioeconomic inequalities in cause-specific mortality in 15 European cities. *Journal of Epidemiology & Community Health, 70*(10), 973–981. https://doi.org/10.1136/jech-2016-206126

Meyers, S. A., Earnshaw, V. A., D'Ambrosio, B., Courchesne, N., Werb, D., & Smith, L. R. (2021). The intersection of gender and drug use-related stigma: A mixed methods systematic review and synthesis of the literature. *Journal of Substance Abuse Treatment, 129*, 108402. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108402

Molina-Fernández, A., Herrero-Huete, A., Álvarez-Fernández, C., & Romero-Sánchez, J. M. (2024). Gender perspective and women drug users: Specific needs and vulnerabilities. *Social Sciences, 5*(4), 64. https://doi.org/10.3390/socsci5040064

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
https://pnsd.sanidad.gob.es/eu/profesionales/publicaciones/informes/

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023). *Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
https://pnsd.sanidad.gob.es/eu/profesionales/publicaciones/informes/

Pinedo, M., Zemore, S., & Rogers, S. (2020). Women's barriers to specialty substance abuse treatment: A qualitative exploration of racial/ethnic differences. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 19*(4), 529–546.
https://doi.org/10.1080/15332640.2018.1479907

Rehm J. (2020). Alcohol use is a key factor in recent decreases of life expectancy in the United States. *Alcohol Clin Exp Res*, 44(2), 404-406.
https://doi.org/10.1111/acer.14300.

Rehm, J., Shield, K. D., Gmel, G., Gual, A., & Rehm, M. X. (2017). The impact of alcohol use on the burden of disease in Spain. *Adicciones, 29*(3), 199–208. https://doi.org/10.20882/adicciones.954

Shiels, M. S., Freedman, N. D., Thomas, D., & de González, A. B. (2019). Trends in premature mortality in the USA by sex, race, and ethnicity from 1999 to 2014: An analysis of death certificate data. *The Lancet Public Health, 4*(2), e76–e86. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30208-1

Sullivan, D. F. (1971). A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports, 86*(4), 347–354. https://doi.org/10.2307/4594169

Svensson, J., Bergström, J., Kåberg, M., & Becker, P. (2022). Patterns of mortality risk among patients with substance use disorder: An opportunity for proactive patient safety?. *BMC Psychiatry*, 22, 770. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04437-6

United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World drug report 2023*. Vienna: United Nations. https://www.unodc.org/res/wdr2023

Webb, C., Davis, C., & Gilchrist, G. (2022). Editorial: Women and substance use: Specific needs and challenges. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 1078605. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1078605

World Health Organization. (1992). *The International Classification of Diseases, 10th Revision*. World Health Organization.

World Health Organization. (2021). *WHO report on the global tobacco epidemic 2021: Addressing new and emerging products*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095

World Health Organization. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745

Yukhnenko, D., Sridhar, S., Patel, V., Fusar-Poli, P., & Fazel, S. (2023). Association of substance use and other psychiatric disorders with premature death among people given community sentences: a nationwide cohort study. *The Lancet Regional Health – Europe*, 29, 100652. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100652