

Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas, 2018

Observatorio Argentino de Drogas,
Argentina 2021

Argentina **unida**

Sedronar
Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina



Jefatura de
Gabinete de Ministros
Argentina

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación

Secretaría de Estado

Lic. Gabriela Torres

Director Nacional de Investigación y Estadísticas

Lic. Alberto Trimboli

Director Observatorio Argentino de Drogas

Lic. Diego Ruiz

Coordinadora de Análisis y Vinculación Territorial

Lic. Romina Barrientos

Procesamiento y escritura

Lic. Mara Alí

Índice

1.- Introducción	4
1.1.- Estado del arte y antecedentes	4
1.2.- Definiciones conceptuales y especificaciones metodológicas	6
1.3.- Ficha técnica del estudio	6
2.- Análisis según causa de muerte	8
2.1.- Enfermedades crónicas	10
2.1.1- Cánceres	10
2.1.2.- Enfermedades cardiovasculares	12
2.1.3.- Enfermedades infecciosas	14
2.1.4.- Enfermedades neuro-psiquiátricas	16
2.1.5.- Otras enfermedades	18
2.2.- Sobredosis	19
3.- Análisis por provincias	22
4.-Conclusiones	27
5.- Referencias	28
Anexo A	31
Anexo B	35
Anexo C	38

Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas, Argentina 2018

1.- Introducción

Los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas constituyen en la actualidad un intenso campo de discusión, intervención y movilización tanto político como social. Aún desde las más divergentes posiciones, diferentes actores coinciden en señalar la complejidad del problema y en particular las múltiples dimensiones (sanitaria, social, cultural, psicológica, económica, etc.) que pueden identificarse en su desarrollo. Esto plantea un desafío para la sistematización y producción de información, ya que para aportar al diseño e implementación de políticas públicas es necesario reconocer estas múltiples dimensiones y problemas que se intersectan en los consumos problemáticos de sustancias.

En este marco, las estadísticas de mortalidad constituyen un punto de vista específico para aproximarnos al impacto y las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas, siendo un indicador sensible y muy utilizado para indagar sobre el estado de la salud de una población (Buck, C. et al., 1988).

Este informe presenta los resultados del estudio sobre mortalidad asociada al consumo de sustancias psicoactivas en Argentina para el año 2018. Dando continuidad a la línea de estudios desarrollada por el Observatorio Argentino de Drogas de la Sedronar y con el propósito de construir datos comparables a lo largo del tiempo, la información fue sistematizada y organizada a partir de criterios metodológicos afines a los empleados desde el año 2004. A la vez, y en función de la comparabilidad de los datos entre los países de nuestra región, este estudio recupera los desarrollos del trabajo de expertos de diferentes naciones de América Latina acompañados por el Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD-OEA y el Programa COPOLAD, sobre el Indicador de Mortalidad Relacionada al Consumo de Drogas (IMRCD). En este sentido, se utilizan pautas y criterios consensuados que posibilitan evaluar comparativamente la situación de Argentina con respecto a otros países de nuestro continente.

Este documento está compuesto por tres capítulos. En el primero se expone una breve revisión del estado del arte que inscribe el presente estudio en el campo de los estudios epidemiológicos, junto con las definiciones conceptuales y las especificaciones metodológicas pertinentes. En el segundo capítulo se presentan los resultados del Indicador de Mortalidad Relacionada al Consumo de Drogas para el año 2018 según causa de muerte, incorporando el análisis por sexo, grupo de edad y sustancia (tabaco, alcohol, sustancias de uso indebido y estupefacientes). Además, se analizan y presentan los resultados según las tasas brutas de mortalidad por provincia. Finalmente, en el último capítulo, se presenta una breve conclusión sobre el estudio realizado.

Por último, en los Anexos se encontrará información complementaria que presenta los procedimientos a través de los cuales se realizaron las estimaciones y algunos resultados más detallados.

1.1.- Estado del arte y antecedentes

El campo de estudios en el que el presente informe se enmarca, con la mortalidad como objeto de indagación, comprende diversas perspectivas disciplinares y enfoques teórico-metodológicos. A pesar de tal

pluralidad se observa que la producción de investigaciones que vayan más allá de un carácter introductorio es escasa. Siguiendo a Menéndez (1989), la investigación sobre mortalidad ha sido menor respecto a otras dimensiones demográficas, en particular las referidas a natalidad y migración, a la vez que la producción teórica en esta temática es casi inexistente. Adicionalmente, el estado de la literatura en el tema evidencia una menor producción de análisis sobre mortalidad por causas específicas, que respecto de mortalidades etarias.

Como una primera aproximación, es posible encontrar tres grandes perspectivas que sirven de enfoque para los estudios sobre mortalidad: la economía, la demografía, y, finalmente, la epidemiología. En el campo del saber económico, del que puede mencionarse los trabajos de Robert Fogel (1994a; 1994b), Amartya Sen (2001), y Richard Wilkinson (1996), entre otros, impera el supuesto teórico que concibe a la mortalidad como un reflejo de condiciones sociales y económicas (Tapia Granados, 2005) y se ocupa de investigar el impacto de las fluctuaciones económicas, crisis macroeconómicas, recesiones, sobre la mortalidad y morbilidad. Mientras parte de la literatura sostiene que los períodos de crisis económicas provocan efectos adversos en la mortalidad, otros exponen que durante las épocas críticas este fenómeno se reduce (Pérez Moreno et.al, 2012).

Los estudios de carácter demográfico conciben a la mortalidad como un componente esencial de la dinámica poblacional, junto con la fecundidad y las migraciones. Los primeros recuentos sistemáticos de la mortalidad, asociados al trabajo del inglés John Graunt en el siglo XVII, fueron posteriormente reconocidos como los precursores de los estudios de estadística demográfica incorporando para el análisis el uso de la tabla de mortalidad para el registro de los casos, actual instrumento por excelencia en el estudio demográfico de los fallecimientos por sexo y edad.

A pesar de cierto solapamiento entre demografía y epidemiología respecto de las tasas de fertilidad y mortalidad como objeto de estudio (Tapia Granados, 2005), mientras la primera incluye el estudio de dicho parámetro para remitirlo fundamentalmente al crecimiento o decrecimiento poblacional, la epidemiología incorpora el análisis de la mortalidad como un indicador relevante para diagnosticar la situación de salud de una población (Buck et al, 1988). En ese sentido, desde los trabajos de Sydenstricker, Villermé y Farr en los siglos XIX y XX, la perspectiva epidemiológica en este tema ha examinado los índices de mortalidad como un medio para evaluar las condiciones sanitarias y desde un enfoque de salud pública. Y lo ha hecho a partir de dos enfoques distintos. Por un lado, el enfoque de “años de vida perdidos”, originado en el decenio de 1970 en Estados Unidos por Daniel Sullivan, JM. Romeder y R. McWhinnie, que proporciona una estimación de los años de vida perdidos debido a la muerte prematura basado en una esperanza de vida predeterminada, al tiempo que da cuenta de una medida de la prematuridad de la muerte, y, por otro, el enfoque más clásico de las investigaciones basadas en tasas de mortalidad. La literatura respecto a este último grupo de estudios da cuenta de una producción mayor, al tiempo que presenta una subdivisión en su interior relativa a si las tasas de mortalidad específicas refieren a determinados grupos poblacionales, como el caso del estudio de William Farr a mediados del siglo XIX sobre mortalidad entre mineros, o el caso de la muy estudiada mortalidad infantil, o bien a causas específicas de muerte tal como lo ilustra la investigación clásica de Ludwig Panum sobre el efecto de la epidemia de sarampión sobre la mortalidad en las Islas Feroe en 1846 (Buck et al, 1988). El estudio de la mortalidad por causas específicas supone que determinadas defunciones son consecuencia de la exposición previa a un específico factor de riesgo para la salud (Pérez Ríos, 2009).

A partir de la revisión de las diversas vías que propone la literatura para las investigaciones sobre mortalidad, el presente estudio se inserta en el campo propiamente epidemiológico de estudios basados en la tasa de mortalidad específica por causas de muerte, y más concretamente, aquellas causas de defunción que de manera parcial o total se asocian al consumo de una o más sustancias psicoactivas como factor de riesgo para la salud. De esta manera, introduce en el campo de los estudios sobre consumo de estas sustancias el análisis de uno de los indicadores indirectos más reconocidos para dar cuenta de este fenómeno y su impacto socio sanitario en la población, así como otros asociados al tratamiento y a las sanciones legales (Pereiro Gómez et al, 2005; Castillo Carniglia, 2013; Kozel, 1989; OPS, 2002).

En este estudio, el análisis del indicador de mortalidad relacionada al consumo de drogas resulta beneficioso para proveer información sustancial para el diseño de políticas y programas destinados a reducir los problemas asociados al consumo de sustancias.

1.2.- Definiciones conceptuales y especificaciones metodológicas

El **Indicador de Mortalidad Relacionada al Consumo de Drogas** (IMRCD) estima el número anual de defunciones que pueden relacionarse directa o indirectamente con el consumo de sustancias psicoactivas en un territorio determinado.

Por un lado, el cálculo de la **mortalidad directa** incluye las defunciones completamente atribuibles al consumo de sustancias. Es decir que un caso de muerte directa se define como una reacción aguda al consumo (accidental, autoinfligido intencionalmente, heteroinferido o de intención no determinada) de una o varias drogas, considerada como causa básica de muerte. Ejemplo de este tipo de mortalidad son las muertes por envenenamiento o por exposición a narcóticos y alucinógenos (lo que comúnmente se conoce como sobredosis). Adicionalmente, se incorporan aquellos casos cuyas causas de muerte se deban directamente al consumo consuetudinario de drogas. Algunos ejemplos de estos casos son: defunciones por enfermedad alcohólica del hígado, degeneración del sistema nervioso debido al alcohol, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos, entre otros.

Por otro lado, la estimación de la **mortalidad indirecta** contempla defunciones atribuibles sólo parcialmente al consumo de drogas. Considerando la literatura científica en la materia (Samet, 2002; Ezzati et al., 2004; Cherpitel et.al, 2009), se parte del supuesto de que el consumo habitual de sustancias psicoactivas incrementa las probabilidades de padecer ciertas enfermedades y/o lesiones. En ese sentido, dicho consumo opera como factor de riesgo, cuya exposición genera cierto impacto mensurable en la salud de los individuos. La estimación de ese impacto es la llamada atribución de mortalidad, basada en el riesgo atribuido o la fracción atribuible poblacional. De esta manera, para determinar el número de muertes relacionadas indirectamente con el consumo de drogas, se realiza un cálculo que permite estimar qué cantidad de defunciones por determinadas causas de muerte pueden asociarse al consumo habitual de sustancias. Para ello, se utiliza una fórmula denominada “fracción atribuible” que varía según la carga atribuible de cada factor de riesgo asociado a una enfermedad o herida, el grupo poblacional (edad y sexo), la sustancia y la causa de muerte. Los valores de cada fórmula se establecen a partir de estándares internacionales, estudios específicos y/o literatura científica. En el **Anexo B** se ofrecen más precisiones sobre los aspectos conceptuales y valores de las fracciones atribuibles y porcentajes de asociación.

Entre las causas de muerte indirecta pueden encontrarse algunas asociadas al consumo de tabaco (como por ejemplo: enfermedades crónicas de las vías respiratorias, ciertas enfermedades cardíacas, algunos tipos de cáncer); otras asociadas al consumo de alcohol (como tumor maligno del estómago, influenza y neumonía); y otras, al consumo de estupefacientes (por ejemplo, algunas enfermedades infecciosas).

1.3.- Ficha técnica del estudio

El objetivo general del estudio es describir el estado de situación de las defunciones atribuibles -parcial o completamente- al consumo de sustancias psicoactivas, para el año 2018 en Argentina. Sus objetivos específicos son tanto establecer la distribución por sexo y grupos etarios, como describir su distribución entre las distintas provincias del país durante el mismo período. Para ello, se lleva a cabo un estudio de tipo descriptivo y transversal, cuyo universo bajo estudio es el número de defunciones observadas por el Registro Nacional de Defunciones de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2018 en todo el territorio argentino. Al ser un estudio con estrategia

1.- Las sustancias de uso indebido incluyen psicofármacos, solventes y otros inhalantes.

2.- Los estupefacientes incluyen: narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos] como ácido lisérgico (LSD), cannabis (derivados), cocaína, codeína, heroína, mescalina, metadona, morfina, opio (alcaloides).

de registro poblacional se analizará el total del universo, esto es, todas las muertes registradas en certificados de defunción del Registro Nacional para el período bajo estudio.

El listado de causas de muerte que se incluyen en el cálculo del indicador utiliza la terminología y los criterios de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) de la OMS y se agrupa según las sustancias involucradas en las causas de muerte: tabaco, alcohol, sustancias de uso indebido¹ y estupefacientes². Para la estimación de la mortalidad directa, el listado de causas de muerte incluidas sigue el “Protocolo para estimar la mortalidad directa relacionada al consumo de drogas”³ consensuado por un conjunto de países latinoamericanos, en el marco de un grupo de trabajo específico de la CICAD-OEA. Esta iniciativa también cuenta con el apoyo del programa COPOLAD y la OPS/OMS. Para la estimación de la mortalidad indirecta, se sigue el protocolo utilizado por Argentina desde el año 2004, lo que posibilita construir información comparable en el tiempo⁴. Como se señaló anteriormente, en el caso de las muertes indirectas, para su estimación se utilizan fracciones atribuibles y porcentajes de asociación. En el **Anexo A** se presentan los listados completos de causas de muertes directas e indirectas.

Dadas las conocidas limitaciones metodológicas que conlleva la fuente de información referida, asociadas a problemas de sesgo y de inexactitud en los certificados de defunción (Kozel, 1989; Puffer, 1970; OPS, 2002; Castillo Carniglia, 2013), en una reunión de especialistas de Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México y del OID/CICAD/OEA se coincidió en un presumible subregistro en la estimación de muertes relacionadas con el consumo de drogas utilizando como única fuente de información los certificados de defunción⁵. Se decidió en consecuencia realizar un estudio liderado por Argentina para testear dicha hipótesis, el cual se llevó a cabo en el año 2009 analizando y comparando la base de defunciones de necropsias y la base del Registro Nacional de Defunciones de la provincia de Mendoza para los años 2005, 2006 y 2007, y arribando como conclusión a la confirmación de la hipótesis del subregistro (SEDRONAR/OAD, 2009).

De todas formas, la utilización de los certificados provenientes del Registro Nacional aporta una serie de ventajas, por lo cual se mantiene su uso como fuente privilegiada de información: por un lado, es un indicador sólido del impacto poblacional de los problemas de salud dada la cobertura que presenta y que sigue procedimientos de clasificación estandarizados a nivel internacional (EMCDDA, 2009a), y, por otro, permite la fiabilidad y comparabilidad del dato tanto en la serie temporal propia de los estudios del país, como también a nivel internacional con aquellos países que acordaron la utilización del Protocolo como metodología básica para el análisis del indicador.

La cobertura de los datos relevados es a nivel nacional y los casos se analizan según lugar de residencia, sexo, grupo de edad y sustancia consumida. Se han calculado las defunciones ocurridas en 2018 de las personas de entre 15 y 64 años en todo el país, y por provincia, para las variables “sexo” y “edad” (en grupos quinquenales), junto con la tasa bruta de mortalidad relacionada al consumo de drogas y la tasa específica de mortalidad relacionada al consumo de drogas según edad. La especificación de la edad y el sexo elimina las diferencias que pudieran deberse a las variaciones en la población con respecto a estas características, con lo cual estas tasas pueden compararse entre una zona geográfica y otra y entre distintos períodos de tiempo.

3.- Cabe aclarar que se han excluido tres causas de muerte contempladas en este Protocolo por no encontrar bibliografía científica o casos clínicos que avalaran su inclusión en el caso de la Argentina. Se trata de los códigos CIE-10: X47 (Envenenamiento accidental por, y exposición a otros gases y vapores), X67 (Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores) e Y17 (Envenenamiento por, y exposición a otros gases y vapores, de intención no determinada). Estas casusas incluyen muertes por bióxido de azufre, gas (escape de motor, lacrimógeno y red de servicios), monóxido de carbono y óxido de nitrógeno.

4.- En el momento de la publicación de este informe, una primera versión del protocolo para estimar la mortalidad indirecta (elaborado por el mismo grupo de trabajo de la CICAD-OEA anteriormente mencionado) se encuentra en revisión por el grupo de trabajo. Es por ello que se decidió seguir utilizando el instrumento que se empleaba en el país desde 2004, el cual ha sido revisado previamente por el Comité Científico de SEDRONAR.

5.- De hecho se conoce que el subregistro y la variable calidad de la información sobre los datos basados en las defunciones informadas por el registro civil son un problema generalizado. En la Región de las Américas se calculó que en el año 1997 el subregistro variaba entre un 0,5% en los Estados Unidos a un 92,1% en Haití (Castillo-Salgado, 1988).

2.- Análisis según causa de muerte

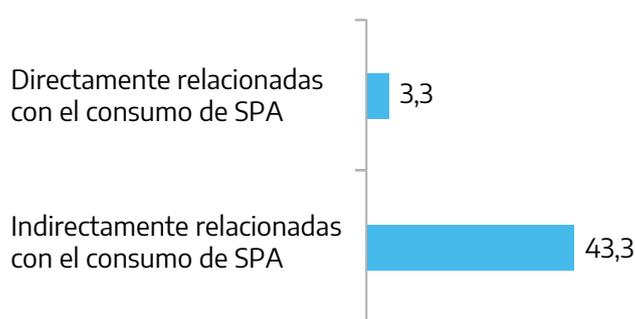
Durante el año 2018 en Argentina se registraron 81.776 muertes de personas de entre 15 y 64 años, lo cual representa una tasa bruta de mortalidad de 286,54 casos cada 100.000 habitantes de ese grupo etario. De estas muertes, el 63,1% corresponde a varones (51.628 casos) y el 36,7% a mujeres (30.036 casos). Cabe aclarar en este punto que se registraron 112 defunciones de personas cuyo sexo no fue especificado (cerca del 0,2% del total de los casos).

Las muertes relacionadas con el consumo de drogas en la población de 15 a 64 años para el año 2018 se estimaron en 13.340 casos. Ello representa el 16,3% de las muertes totales para ese grupo de edad y una tasa bruta de mortalidad de 46,7 cada 100.000 habitantes, para el mismo período.

De estas muertes vinculadas al consumo la mayor parte corresponde a varones: el 71% y una tasa bruta de 67 cada 100.000 habitantes, frente al 29% de defunciones femeninas y su correspondiente tasa bruta de 26,9 casos cada 100.000 habitantes⁶.

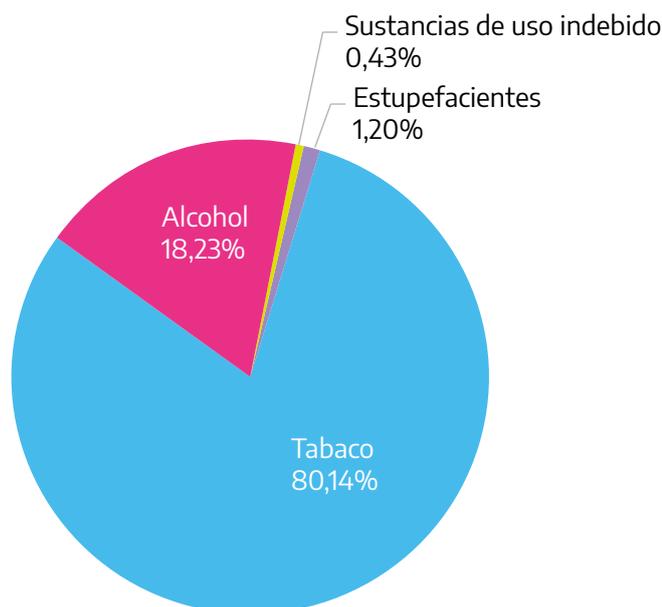
El indicador de mortalidad relacionada al consumo de drogas se desglosa en aquellas muertes cuya relación con el consumo es atribuible de manera directa y en aquellas otras cuya estimación se realiza indirectamente, tal como fuera indicado en el apartado metodológico del informe. En ese sentido, se observa que sólo el 7,1% del total de las muertes relacionadas al consumo de drogas es totalmente atribuible a dicha exposición, mientras que el 92,9% restante corresponde a muertes sólo parcialmente relacionadas con el consumo. En el total de estas muertes, ya sean directa o indirectamente atribuibles al consumo, la sustancia asociada a la mayor proporción de casos es el tabaco: el 80,14% de las defunciones están relacionadas a su consumo (10.690 casos). El 18,23% (2432 casos), por otro lado, está atribuido al consumo de alcohol, mientras que los estupefacientes y las sustancias de uso indebido presentan frecuencias menores: 1,20% (160 casos) y 0,43% (58 casos) respectivamente.

Gráfico 1.- Tasa bruta de MRCD cada 100.000 habitantes, según causas directa o indirectamente relacionadas al consumo de SPA. Argentina, 2018.



6.- Cabe recordar la diferencia entre los sexos respecto al consumo de sustancias psicoactivas como el tabaco y el alcohol, en tanto la prevalencia de mes entre los varones es mayor que entre las mujeres (Sedronar, 2017) y dicha proporción se traslada a la atribución de exposición al fenómeno para cada caso de muerte indirectamente relacionada al consumo.

Gráfico 2.- Distribución porcentual de muertes relacionadas con el consumo de drogas según sustancia. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2018.



Respecto a la distribución de los casos según causa de muerte, una primera observación indica que el 99,3% de los casos corresponde a enfermedades crónicas asociadas a un consumo habitual, y que sólo el 0,7% refiere a episodios agudos⁷. Entre las enfermedades crónicas, las cardiovasculares son aquellas con mayor cantidad y proporción de casos (41,3%), seguidas por las neoplasias o cánceres (39,5%), y las enfermedades infecciosas (10,8%). Las enfermedades neuro-psiquiátricas y otras enfermedades presentan proporciones menores (1,8% y 6,5% respectivamente).

Tabla 1.- Distribución absoluta, porcentual y tasa específica de MRCD, según causa de muerte. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2018.

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
E. Cardiovasculares	3919,77	1555,65	5475,42	41,05	19,19
Neoplasias	3670,83	1560,43	5231,26	39,22	18,33
E. Infecciosas	904,22	533,48	1437,71	10,78	5,04
Otras enfermedades	701,03	162,36	863,39	6,47	3,03
E. neuropsiquiátricas	222,00	19,00	241,00	1,81	0,84
Lesiones	50,00	41,00	91,00	0,68	0,32
Total MRCD	9467,86	3871,93	13339,78	100,00	46,74

* Cada 100.000 habitantes.

7.- La proporción de muertes por episodios agudos presenta valores significativamente menores que en los estudios de años anteriores debido a que no se contabilizaron los casos de muertes indirectas por agresiones y accidentes de transporte, dentro de la categoría lesiones. En el apartado "2.2 Lesiones" del presente estudio se detalla más al respecto.

Finalmente, las tres primeras causas de MRCD más frecuentes durante 2018 son -parcialmente- asociadas con el consumo de tabaco: neoplasias por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón, enfermedades isquémicas del corazón, y enfermedades cerebrovasculares. Las causas de muerte cuarta y quinta en frecuencia se asocian, también parcialmente, al consumo de tabaco: por un lado las enfermedades cardiopulmonares y de circulación pulmonar y las enfermedades cardíacas reumáticas crónicas y agudas (fiebre reumática), y, por otro lado, influenza y neumonía.

2.1.- Enfermedades crónicas

2.1.1.- Cánceres⁸

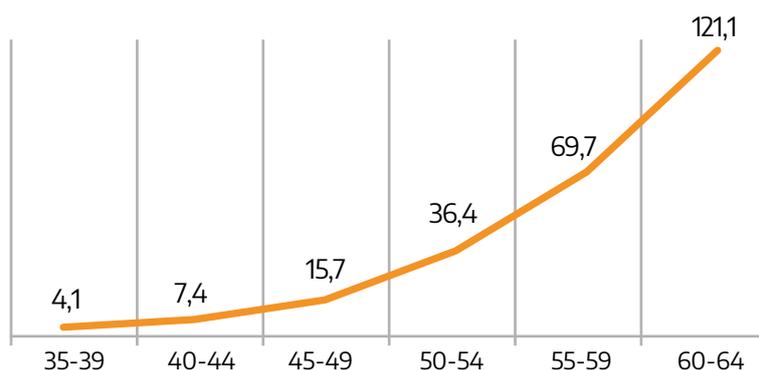
La asociación de esta causa de muerte al consumo de drogas como factor de riesgo es de tipo indirecta, es decir, solo es atribuible de manera parcial al consumo de tabaco y alcohol. A su vez, siguiendo a la literatura, el indicador MRCD se estima en este caso para edades a partir de los 35 años⁹ y mediante el uso de fracciones atribuibles.

Las muertes atribuibles al consumo de drogas por cánceres de diferentes tipos fueron 5.231 en 2018, lo que representa el 39,2% del total de las muertes por consumo de drogas, y una tasa específica de mortalidad de 18,3 cada 100.000 habitantes.

La tasa específica de mortalidad por neoplasias relacionadas con el consumo de drogas aumenta conforme aumenta la edad. Por otra parte, la mayor parte del total de estos casos refiere al sexo masculino (70,1%), aunque cabe recordar que las prevalencias de consumo, tanto de tabaco como de alcohol, son más altas para los varones que para las mujeres¹⁰.

De modo general, los casos de neoplasias relacionadas al consumo de drogas ubican al **tabaco** como la primera en peso relativo (84,2%), seguida por el alcohol (15,8%). Esto implica, a su vez, que en 2018 15,4 personas cada 100.000 murieron por cánceres asociados al consumo de tabaco. Entre estas muertes asociadas al consumo de tabaco, más de la mitad (59,5%) refiere a tumores malignos de la tráquea, los bronquios y el pulmón.

Gráfico 3.- Tasa específica de mortalidad por neoplasias relacionadas al consumo de drogas. Total país, 35 a 64 años, Argentina 2018.



8.- Las neoplasias o cánceres son enfermedades asociadas a la presencia de masas anormales de tejido que crecen de forma incontrolada, excesiva, autónoma e irreversible, superando a los tejidos normales en velocidad de crecimiento y que poseen rasgos funcionales y morfológicos diferentes a los de sus precursoras (Soimout Ouchen, 2008: 141). La oncología diferencia las neoplasias benignas de las malignas según el comportamiento clínico que posean. Para una lectura de la lista de cánceres que se calculan en su asociación con el consumo de sustancias psicoactivas, ver el **Anexo A**.

9.- Según la American Cancer Society, las enfermedades crónicas relacionadas con el tabaco, como por ejemplo enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y cáncer de pulmón, típicamente requieren muchos años para desarrollarse. Por lo tanto, se estima la mortalidad atribuible al consumo de tabaco para adultos mayores de 35 años. En este mismo sentido, vasta bibliografía internacional estima las fracciones atribuibles por consumo de tabaco y alcohol para mortalidad por enfermedades crónicas para edades a partir de los 35 años.

10.- Según datos del último Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas (Sedronar, 2017), la prevalencia de mes de consumo de tabaco es 32,2% en varones y 25,3% en mujeres, mientras que la prevalencia de mes de consumo de alcohol es 62,6% en varones y 44,2% en mujeres.

Tabla 2.- Distribución absoluta, porcentual y tasa específica de muertes por neoplasias relacionadas al consumo de tabaco, según tipo de tumor maligno. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2018.

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
Neoplasias relacionadas al TABACO	3073,38	1330,13	4403,51	100,00	15,43
Labio, cavidad oral y faringe	164,37	44,88	209,25	4,75	0,73
Esófago	272,33	86,96	359,29	8,16	1,26
Páncreas	225,82	163,92	389,74	8,85	1,37
Laringe	196,02	26,66	222,68	5,06	0,78
Tráquea, bronquios y pulmón	1788,56	831,63	2620,19	59,50	9,18
Cuello del útero	0,00	129,70	129,70	2,95	0,45
Riñón y pelvis renal	330,67	24,95	355,62	8,08	1,25
Vejiga urinaria	95,63	21,42	117,05	2,66	0,41

* Cada 100.000 habitantes.

Dentro de las neoplasias asociadas al consumo de alcohol, por su parte, las mayores frecuencias se refieren a tumores malignos del esófago (44,7%).

Tabla 3.- Distribución absoluta, porcentual y tasa específica de muertes por neoplasias relacionadas al consumo de alcohol, según tipo de tumor maligno (TM). Total país, 15 a 64 años, Argentina 2018.

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
Neoplasias relacionadas al ALCOHOL	597,45	230,30	827,75	100,00	2,90
TM del labio, cavidad oral y faringe	141,00	38,50	179,50	21,69	0,63
TM del esófago	276,00	94,50	370,50	44,76	1,30
TM del estómago	129,00	65,20	194,20	23,46	0,68
TM del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	51,45	32,10	83,55	10,09	0,29

* Cada 100.000 habitantes.

2.1.2.- Enfermedades cardiovasculares¹¹

La totalidad de estas muertes asociadas al consumo de sustancias psicoactivas responden a causas indirectas y, al igual que en el caso de las neoplasias, se estiman a partir de la aplicación de una fracción atribuible en defunciones de mayores de 35 años.

Se ha calculado que 5.475 personas murieron por enfermedades cardiovasculares atribuibles al consumo de drogas en el año 2018, representando el 41% de las muertes relacionadas al consumo de drogas.

En estos casos, si bien se registran defunciones en toda la población a partir de los 35 años edad, tanto la frecuencia como la tasa específica de mortalidad aumentan conforme aumenta la edad. La mayor parte de los casos se concentra en los grupos etarios de más de 55 años en ambos sexos, concentrándose fuertemente en el grupo etario de 60 a 64. Aquí también predominan las muertes de sexo masculino (71,6%).

Gráfico 4.- Distribución porcentual de mortalidad por enfermedades cardiovasculares relacionadas al consumo de drogas según sexo. Total país, 35 a 64 años, Argentina 2018.

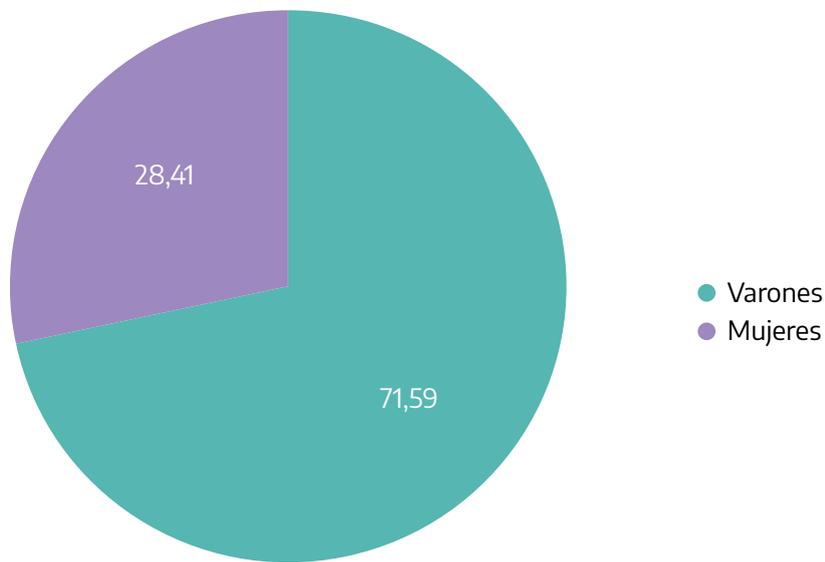
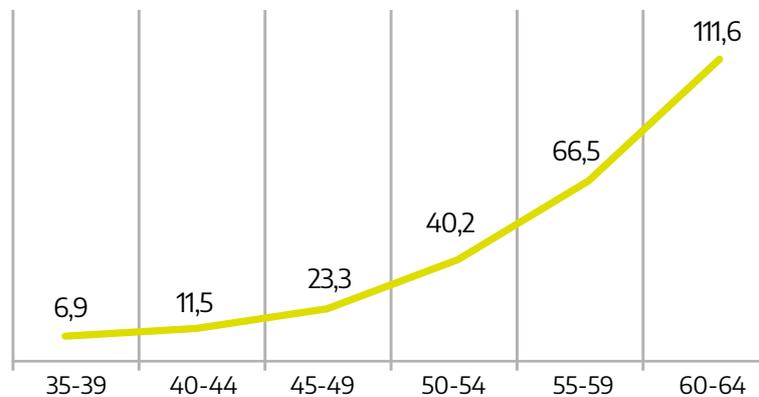


Gráfico 5.- Tasa específica de mortalidad por enfermedades cardiovasculares relacionadas al consumo de drogas. Total país, 35 a 64 años, Argentina 2018.



11.- Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, y se clasifican en hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita, y miocardiopatías.

Casi la totalidad de las enfermedades cardiovasculares asociadas al consumo de drogas son atribuibles al tabaco, superando el 94% dentro de esta causa de defunción, con una tasa específica de mortalidad de 18 cada 100.000 personas.

Entre las muertes atribuidas al consumo de tabaco, casi el 40% corresponde a enfermedades isquémicas del corazón, y el 32,7% a enfermedades cerebrovasculares.

Tabla 4.- Distribución absoluta, porcentual y tasa específica de muertes por enfermedades cardiovasculares relacionadas al consumo de tabaco, según causa de muerte. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2018.

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
E. Cardiovasculares relacionadas al TABACO	3699,83	1448,74	5148,57	100,00	18,04
Enfermedades isquémicas del corazón	1596,42	451,79	2048,21	39,78	7,18
Enfermedades cardíacas reumáticas y fiebres reumáticas	908,42	262,13	1170,54	22,74	4,10
Enfermedades cerebrovasculares	1015,31	667,21	1682,52	32,68	5,90
Aneurisma y disección aórticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hipertensión arterial	65,09	17,93	83,01	1,61	0,29
Enfermedades hipertensivas	89,22	37,24	126,46	2,46	0,44
Otras enfermedades del sistema circulatorio	20,69	11,91	32,60	0,63	0,11
Aterosclerosis	4,69	0,54	5,23	0,10	0,02

* Cada 100.000 habitantes.

El 6% de las enfermedades cardiovasculares bajo análisis es atribuible al consumo de alcohol, conformado en gran parte por enfermedades cerebrovasculares (78,5%) y, en una menor proporción, por hipertensión arterial (21,5%).

Tabla 5.- Distribución absoluta, porcentual y tasa específica de muertes por enfermedades cardiovasculares relacionadas al consumo de alcohol, según causa de muerte. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2018.

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
E. Cardiovasculares relacionadas al ALCOHOL	219,94	106,91	326,85	100,00	1,15
Enfermedades cerebrovasculares	158,69	98,00	256,69	78,53	0,90
Hipertensión arterial	61,25	8,91	70,16	21,47	0,25

* Cada 100.000 habitantes.

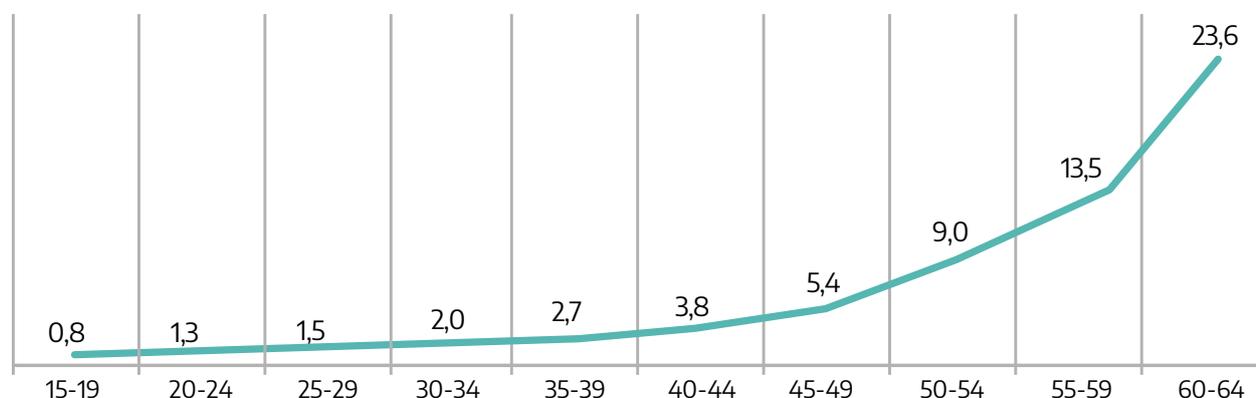
2.1.3.- Enfermedades infecciosas¹²

Todas estas muertes causadas por enfermedades infecciosas son parcialmente atribuibles al consumo de tabaco, alcohol o estupefacientes, por lo que fueron estimadas considerando las fracciones atribuibles para cada enfermedad dado el factor de riesgo de exposición al consumo de cada sustancia.

Las muertes por enfermedades infecciosas relacionadas al consumo de drogas se estiman en 1.438 casos, lo que representa el 10,77% del total de las muertes atribuibles a esta práctica.

A nivel general, el 62,89% de los casos refiere a varones y casi la mitad de las defunciones corresponde a individuos de entre 55 y 64 años, aunque se observan casos en todos los grupos etarios. Por otro lado, se estima que casi 8 de cada 10 de estas muertes están relacionadas al consumo de tabaco (78,1%), mientras que el alcohol y los estupefacientes se asocian en porciones menores (13,7% y 8,2% respectivamente).

Gráfico 6.- Tasa de mortalidad específica por enfermedades infecciosas relacionadas al consumo de drogas. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2018.



12.- Las enfermedades infecciosas son causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos, y pueden transmitirse, directa o indirectamente, de una persona a otra.

Tabla 6.- Distribución absoluta, porcentual y tasa específica de muertes por enfermedades infecciosas relacionadas al consumo de drogas, según causa de muerte. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2018.

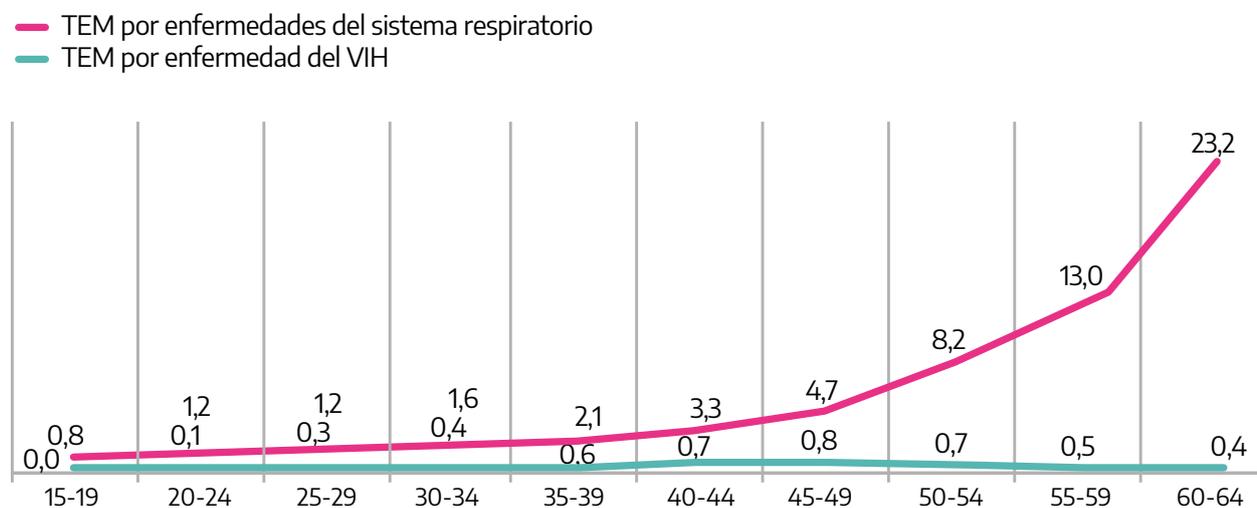
Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
Enf. Infecciosas relacionadas al consumo (total)	904,22	533,48	1438,00	100,00	5,04
Relacionadas al TABACO	706,81	416,46	1123,27	78,10	3,94
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	0,02	0,00	0,02		
Influenza y neumonía	615,84	385,05	1000,89		
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	90,95	31,41	122,36		
Relacionadas al ALCOHOL	119,85	76,80	196,65	13,70	0,69
Influenza y neumonía	119,85	76,80	196,65		
Relacionadas a ESTUPEFACIENTES	77,57	40,22	117,79	8,20	0,41
Enfermedad por VIH	77,57	40,22	117,79		

* Cada 100.000 habitantes.

En este informe las enfermedades infecciosas se agrupan, por un lado, en enfermedades del sistema respiratorio (infecciones agudas de las vías respiratorias superiores e inferiores, e influenza y neumonía) y, por otro lado, en enfermedades por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Entre ellas, las enfermedades del sistema respiratorio representan el 91,8%, asociadas en gran parte al consumo de tabaco; mientras que las muertes causadas por el VIH representan el 8,2% y se vinculan en su totalidad al consumo de estupefacientes.

Adicionalmente, una observación atenta a los grupos etarios permite identificar dos patrones distintos: a diferencia de las muertes por enfermedades del sistema respiratorio, que se concentran en edades mayores (de forma similar a las cardiovasculares y neoplasias), en el caso de las defunciones por VIH asociadas al consumo de estupefacientes la tasa de mortalidad específica se presenta desde los 20 años de edad pero con valores mayores en edades más jóvenes, sobre todo entre los 35 y 54 años.

Gráfico 7.- Tasa específica de mortalidad por enfermedades infecciosas relacionadas al consumo de drogas, por tipo de enfermedad y según grupo de edad. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2018.



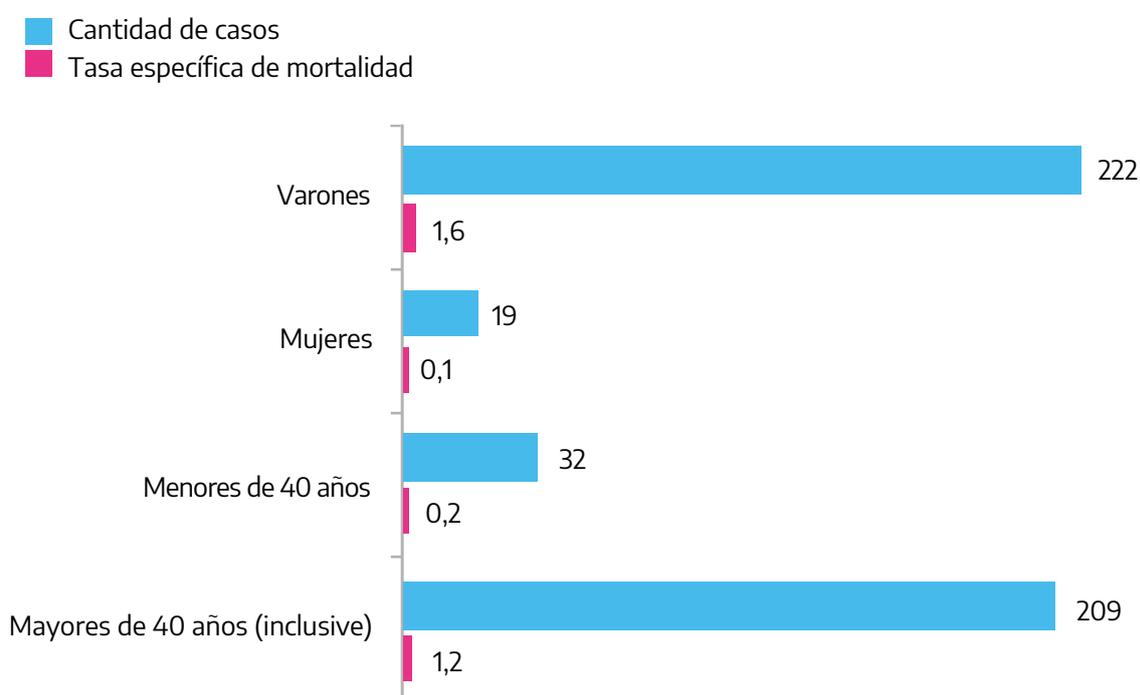
2.1.4.- Enfermedades neuropsiquiátricas¹³

Las muertes atribuibles al consumo de drogas por enfermedades neuropsiquiátricas fueron 241 en el año 2018, lo que representa el 1,8% del total de las muertes por consumo de drogas, y una tasa específica de mortalidad de 0,84 cada 100.000 habitantes.

Las muertes por enfermedades neuropsiquiátricas atribuibles al consumo de drogas son muertes directas, es decir, totalmente atribuibles al consumo de alguna sustancia. Entre las defunciones registradas bajo este rótulo el alcohol aparece como la sustancia más frecuente (se observa en el 86,7% de las muertes), mientras que los estupefacientes (7,1%) y el tabaco (6,2%) presentan valores notablemente menores. A su vez, el 92,1% de estas muertes corresponde a varones, y una proporción también muy alta a los y las mayores de 40 años (86,7%), si bien se observan casos para todos los grupos etarios.

13.- Las enfermedades neuropsiquiátricas incluyen tanto trastornos mentales y del comportamiento, desglosados en el capítulo V de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), como enfermedades del sistema nervioso, catalogadas en el capítulo VI.

Gráfico 8.- Número de casos y tasa específica de mortalidad relacionada al consumo de drogas por enfermedades neuropsiquiátricas según sexo y grupo etario. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2018.



Dentro de estas muertes causadas por enfermedades neuropsiquiátricas se registran en su mayoría casos de trastornos mentales y del comportamiento como consecuencia del consumo de drogas (97,1%), especialmente de alcohol. Mucho menos frecuentes son, en cambio, los casos de muerte por degeneración del sistema nervioso (2,5%) y por poli neuropatía (0,4% con solo un caso). En relación al consumo de sustancias de uso indebido no se han registrado casos de este tipo de defunciones para el año 2018.

Tabla 7.- Distribución absoluta y porcentual de muertes por enfermedades neuropsiquiátricas relacionadas al consumo de drogas, según tipo de causa de muerte. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2018.

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
Enf. neuropsiquiátricas relacionadas al consumo de drogas	222,00	19,00	241,00	100,00	0,84
Trastornos mentales y del comportamiento (alcohol)	192,00	10,00	202,00	83,82	
Trastornos mentales y del comportamiento (tabaco)	13,00	2,00	15,00	6,22	

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
Trastornos mentales y del comportamiento (estupefacientes)	11,00	6,00	17,00	7,05	
Trastornos mentales y del comportamiento (SUI - Sustancias de Uso Indebido)	0,00	0,00	0,00	0,00	
Degeneración del sistema nervioso (alcohol)	5,00	1,00	6,00	2,49	
Poli neuropatía (alcohol)	1,00	0,00	1,00	0,41	

* Cada 100.000 habitantes.

2.1.5.- Otras enfermedades¹⁴

Las muertes agrupadas bajo esta categoría, algunas asociadas de forma directa y otras de forma indirecta al consumo, suman 863 casos, todos atribuibles al consumo de alcohol, y representan el 6,5% del total de las muertes relacionadas con el consumo de drogas. En este grupo de causas de muerte hay una proporción mayor de casos de varones (81,2%) que de mujeres (18,8%).

Tabla 8.- Distribución absoluta y porcentual de muertes por otras enfermedades relacionadas al consumo de drogas, según causa de muerte. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2018.

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
Total MRCD por otras enfermedades	702,83	162,36	865,19	100,00	3,03
Relacionadas al ALCOHOL	702,83	162,36	865,19	100,00	3,03
Encefalopatía de Wernicke	2,00	0,00	2,00	0,23	0,01
Cardiomiopatía alcohólica	2,00	0,00	2,00	0,23	0,01

14.- El grupo de causas de muertes agrupadas bajo "otras enfermedades" comprende diversas afecciones que son totalmente atribuibles al consumo de drogas como la gastritis alcohólica, la enfermedad alcohólica del hígado, la pancreatitis crónica inducida por el alcohol, y las afecciones tubulares y tubointestinales inducidas por drogas y por metales pesados. Asimismo, está integrado también por causas de muerte parcialmente atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas, tales como la diabetes mellitus, enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno, pancreatitis aguda, y otras pancreatitis crónicas.

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
Gastritis alcohólica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedad alcohólica del hígado	537,00	68,00	605,00	69,93	2,12
Pancreatitis crónica inducida por el alcohol	1,80	0,00	1,80	0,21	0,01
Diabetes mellitus	73,75	47,10	120,85	13,97	0,42
Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	9,30	4,00	13,30	1,54	0,05
Pancreatitis aguda	75,18	43,26	118,44	13,69	0,42
Otras pancreatitis crónicas	1,80	0,00	1,80	0,21	0,01
Relacionadas a ESTUPEFACIENTES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Afecciones tubulares y tubulointersticiales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

* Cada 100.000 habitantes.

Una porción muy alta de estas muertes fueron causadas por la enfermedad alcohólica del hígado (70%, con una tasa específica de 2,1 cada 100.000 personas). Mientras que se corresponden a diabetes mellitus el 14% de los casos, y a pancreatitis aguda también el 14% de los casos de muertes por “otras enfermedades”.

La causa de muerte más frecuente en esta categoría, la enfermedad alcohólica del hígado, es directamente asociable al consumo de alcohol y se ubica como la sexta causa de muerte con mayor frecuencia en 2018. Los 605 casos registrados bajo este rótulo implican una tasa específica de mortalidad de 2,1 personas cada 100.000 habitantes, y un desempeño creciente de dicha medida conforme aumenta la edad, encontrando su pico máximo en el grupo etario de 60 a 64 años. En la población de varones, la tasa específica de mortalidad por esta causa asciende a los 3,8 casos cada 100.000 habitantes, y a 14,8 para el grupo de edad más avanzada.

2.2.- Sobredosis

En este apartado se analizan las muertes por sobredosis clasificadas según la intención: accidentales, autoinfligidas intencionalmente (es decir, suicidios), o de intención no determinada. Se consideran y contabilizan las muertes por sobredosis por exposición al alcohol, a las sustancias de uso indebido (lo que incluye drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianos y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte¹⁵, otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo¹⁶, otras drogas, medicamentos

15.- Incluye antidepresivos, barbitúricos, compuestos de la metacualona, derivados de la hidantoína, iminoestilbenos, neurolépticos, psicoestimulantes, succidaminas y oxazolidinonas, tranquilizantes.

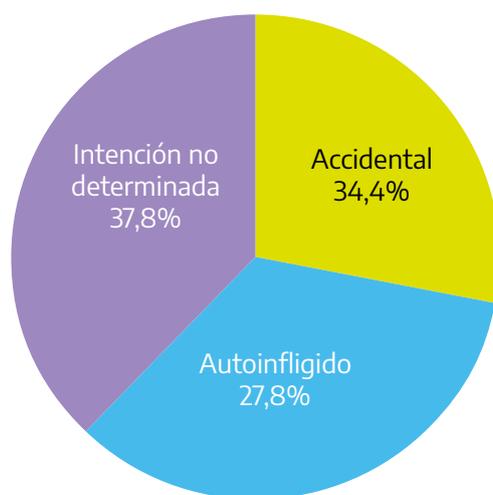
16.- Incluye parasimpaticolíticos y espasmolíticos, parasimpaticomiméticos, simpaticolíticos, simpaticomiméticos.

y sustancias biológicas, y disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores¹⁷⁾ y a los estupefacientes (narcóticos y psicodislépticos¹⁸⁾). Estos tipos de muertes son totalmente atribuibles al consumo de drogas, es decir, son casos de MRCD directa.

Las muertes por sobredosis relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas fueron 91 durante el año 2018¹⁹⁾, lo que significa una tasa específica de mortalidad de 0,3 cada 100.000 personas y el 0,7% del total de muertes asociadas al consumo de drogas. En relación a la distribución de los casos según causa de muerte por enfermedades crónicas o por episodios agudos, vale señalar que la proporción de casos por episodios agudos (lesiones) presenta valores notablemente menores que en los años anteriores. Esto se debe a que a partir del 2018 se dejan de estimar los casos de muertes indirectas por agresiones y accidentes de transporte dentro de la categoría lesiones. Estas causas, al quedar por fuera del ya mencionado “Protocolo para estimar la mortalidad directa relacionada al consumo de drogas” (CICAD-OEA), se encuentran en un proceso de revisión y serán presentadas solo con fines de comparabilidad²⁰⁾. Las muertes por sobredosis o envenenamiento, por su parte, sí se encuentran dentro del Protocolo y son las causas de muerte que se siguen estimando como episodios de reacción aguda vinculados al consumo de drogas.

Los envenenamientos ocurridos en 2018 fueron en su mayoría de intención no determinada (34 casos), aunque con frecuencias cercanas a los envenenamientos accidentales y autoinfligidos, que presentaron 31 y 25 casos respectivamente.

Gráfico 9.- Distribución porcentual de muertes por envenenamiento, según tipo de envenenamiento. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2018.



La mayor porción de muertes por envenenamiento (el 28,6%) sin distinción según su intencionalidad refiere a personas entre los 35 y los 44 años, con mayor concentración de frecuencias (14 casos) en el grupo de entre 40 y 44 años.

En relación al sexo de la persona fallecida, se observa que en los envenenamientos de tipo auto infligido las mujeres presentan una proporción mayor de casos (64%), mientras que los varones presentan una

17.- Incluye benceno y homólogos, clorofluorocarbonados, petróleo (derivados) y tetracloruro de carbono.

18.- Incluye ácido lisérgico, cannabis (derivados), cocaína, codeína, heroína, mezcalina, metadona, morfina, opio (alcaloides).

19.- En informes precedentes se ha observado como constante una baja cantidad de muertes registradas bajo la causa de envenenamiento, lo que ha sugerido un presumible subregistro asociado tanto a debilidades en los sistemas de información, así como a factores culturales, y sociales (OAD, 2017).

20.- Si se tienen en cuenta los casos de muertes indirectas por agresiones y accidentes de transporte el porcentaje de muerte por lesiones asciende al 8% del total de muertes relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas.

proporción mayor de casos en las muertes por envenenamiento accidental (77%). Respecto a los envenenamientos de intención no determinada, la proporción de casos es más pareja entre ambos sexos (53% de mujeres y 47% de varones).

Por otro lado, en la gran mayoría de los casos de envenenamiento auto-infligido y los de intención no determinada la sustancia causante del fallecimiento son las sustancias de uso indebido (SUI). Entre los primeros, más de 9 de cada 10 muertes se asocian a este grupo de sustancias, y sólo se atribuyen al consumo de alcohol y estupefacientes el 8% de los casos. Dentro de los segundos, los envenenamientos de intención no determinada, se asocian a las sustancias de uso indebido el 79,4% de los casos, al consumo de estupefacientes el 17,6% y de alcohol el 2,9% de los casos. Las muertes por envenenamiento accidental, por su parte, son causadas en su mayoría por el consumo de estupefacientes (58,1%), y en menor medida por el consumo de sustancias de uso indebido y de alcohol, que presentan proporciones similares de casos (22,6% y 19,4% respectivamente).

Gráfico 10.- Distribución porcentual de muertes por envenenamiento según tipo de envenenamiento, por sustancia. Total país, Argentina 2018.

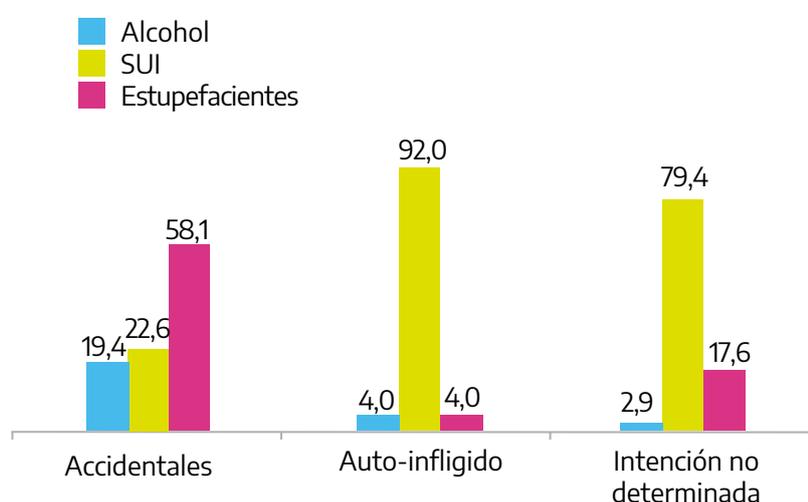


Tabla 9. - Distribución absoluta y porcentual de muertes por sobredosis relacionadas al consumo de drogas, según causa de muerte. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2018.

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
Total MRCD por sobredosis	49,00	41,00	90,00	100,00	0,32
Envenenamiento accidental	24,00	7,00	31,00	34,44	0,11
Por exposición al alcohol	4,00	2,00	6,00	19,35	
Por exposición a SUI	5,00	2,00	7,00	22,58	
Por exposición a estupefacientes	15,00	3,00	18,00	58,06	

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
Envenenamiento auto-infligido	9,00	16,00	25,00	27,78	0,09
Por exposición al alcohol	0,00	1,00	1,00	4,00	
Por exposición a SUI	8,00	15,00	23,00	92,00	
Por exposición a estupefacientes	1,00	0,00	1,00	4,00	
Envenenamiento de intención no determinada	16,00	18,00	34,00	37,78	0,12
Por exposición al alcohol	1,00	0,00	1,00	2,94	
Por exposición a SUI	12,00	15,00	27,00	79,41	
Por exposición a estupefacientes	3,00	3,00	6,00	17,65	

* Cada 100.000 habitantes.

3.- Análisis por provincias

En este capítulo se analizan los resultados de las muertes relacionadas al consumo de drogas según su jurisdicción.

Del mismo modo que a nivel nacional, la estimación del indicador MRCD a nivel provincial incluye los fallecimientos total o parcialmente atribuibles al consumo de tabaco, alcohol, sustancias de uso indebido (psicofármacos, solventes y otros inhalantes), y estupefacientes (narcóticos y psicodislépticos alucinógenos, cannabis y derivados, cocaína, codeína, heroína, mescalina, metadona, morfina, y opio). El cálculo de este indicador implica, por un lado, la cuantificación de aquellos casos cuyo certificado de defunción incluye una causa de muerte que la CIE-10 asocia directamente con el consumo de sustancias (“mortalidad directa”), como, por ejemplo, envenenamientos o enfermedad alcohólica del hígado. Por otro lado, contempla la estimación de aquellos casos cuya causa de muerte no explicita relación directa con el consumo, pero sobre los cuales la literatura especializada demuestra asociación con un consumo habitual en tanto factor de riesgo atribuible (“mortalidad indirecta”). Ejemplo de estas últimas son ciertas enfermedades cardíacas o algunos tipos de cáncer como el pulmonar. La mortalidad indirecta es la que presenta mayor frecuencia en el año 2018, tanto a nivel nacional como en cada una de las provincias.

Por otro lado, al considerar los valores absolutos de estas muertes por provincia su distribución sigue a la de la población, por lo que las jurisdicciones más pobladas son las que presentan la mayor cantidad de defunciones: Buenos Aires el 40,5% de los casos (5397), Córdoba el 7,8% (1044), Santa Fe el 7,1% (953) y CABA el 7% (928). En consecuencia, a los fines de un análisis comparativo, en este apartado se referirán las tasas brutas de mortalidad y las proporciones de causas de muerte sobre el total de las defunciones de la provincia.

Tabla 10.- Tasa de mortalidad relacionada al consumo de drogas (cada 100.000 habitantes) y porcentaje de mortalidad relacionada al consumo de drogas respecto al total de muertes según provincia. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2018.

Jurisdicción	Tasa de MRCD*			% MRCD / Total Defunciones
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	
CABA	68,43	27,96	47,36	19,18
Buenos Aires	69,70	29,03	49,19	16,91
Catamarca	54,94	22,46	38,81	13,23
Córdoba	62,71	25,34	43,80	16,38
Corrientes	68,33	27,56	47,63	15,53
Chaco	76,03	25,26	50,30	14,36
Chubut	64,33	21,88	43,31	16,45
Entre Ríos	76,13	27,29	51,53	16,93
Formosa	83,18	31,49	57,11	16,28
Jujuy	69,00	22,11	29,30	15,41
La Pampa	61,98	19,29	40,68	16,65
La Rioja	53,32	24,69	38,97	13,36
Mendoza	61,97	25,23	43,42	17,58
Misiones	92,55	34,49	63,40	20,90
Neuquén	69,72	21,82	45,64	19,69
Río Negro	63,19	19,47	41,31	16,19
Salta	57,61	22,69	39,91	13,49
San Juan	55,19	24,66	39,86	15,56
San Luis	65,91	23,97	44,92	16,55
Santa Cruz	57,24	22,96	40,73	16,77

Jurisdicción	Tasa de MRCD*			% MRCD / Total Defunciones
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	
Santa Fe	59,06	25,73	42,22	14,66
Santiago del Estero	50,12	23,31	36,66	12,30
Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur	57,28	23,44	40,77	18,01
Tucumán	55,52	23,44	37,69	12,58
Total país	67,04	26,86	46,74	16,31

* Cada 100.000 habitantes.

En 2018, las provincias que registran tasas más altas de mortalidad relacionada al consumo de drogas son Misiones (63,4), Formosa (57,1), Entre Ríos (51,5) y Chaco (50,3). Además, las jurisdicciones de Buenos Aires, Corrientes y CABA presentan tasas superiores a la nacional (49,2; 47,6 y 47,3 respectivamente). En relación a la distribución según sexo, las mayores tasas de MRCD en varones se encuentran en Misiones (92,5), Formosa (83,2), Entre Ríos (76,1) y Chaco (76). Por su parte, la tasa de MRCD en mujeres es en todas las provincias, y a nivel nacional, menor que la de varones, encontrándose sus mayores valores en las jurisdicciones de Misiones (34,5), Formosa (31,5), Buenos Aires (29) y CABA (27,9). Las tasas de MRCD más bajas para ambos sexos, por otro lado, se encuentran para este período en las provincias de Jujuy (29,3), Santiago del Estero (36,7) y Tucumán (37,7).

Tabla 11.- Distribución porcentual y número total de muertes relacionadas al consumo de drogas por provincia según tipo de causa de muerte. 15 a 64 años. Argentina 2018.

Jurisdicción	En %						Frecuencia absoluta
	Enfermedades crónicas						Todas las causas
	Neoplasias	Cardiovasculares	Infecciosas	Neuropsiquiátricas	Otras enfermedades	Lesiones	
CABA	46,47	39,65	10,79	0,00	2,88	0,22	928,39
Buenos Aires	41,13	42,76	12,60	0,41	2,84	0,26	5396,66
Catamarca	21,80	58,27	8,94	0,97	9,06	0,97	103,45
Córdoba	38,64	43,78	11,09	0,96	4,87	0,67	1043,72
Corrientes	41,67	35,47	7,42	6,24	8,90	0,30	336,43
Chaco	38,90	32,34	11,08	5,50	10,34	1,83	381,57
Chubut	32,41	35,35	9,80	3,52	18,33	0,59	170,63
Entre Ríos	48,43	33,61	6,36	1,55	8,49	1,55	450,55

Jurisdicción	En %						Frecuencia absoluta
	Enfermedades crónicas						Todas las causas
	Neoplasias	Cardiovasculares	Infecciosas	Neuropsiquiátricas	Otras enfermedades	Lesiones	
Formosa	32,79	37,77	12,68	4,64	11,66	0,46	215,44
Jujuy	16,58	26,96	11,86	9,06	35,10	0,45	220,87
La Pampa	44,61	36,02	10,91	3,26	4,12	1,09	92,06
La Rioja	37,63	44,61	13,88	0,00	3,88	0,00	99,65
Mendoza	31,97	43,54	6,10	0,93	12,61	4,85	536,30
Misiones	29,84	47,16	10,47	5,23	6,90	0,40	497,25
Neuquén	38,48	21,58	1,64	5,69	31,58	1,03	193,35
Río Negro	43,78	32,26	6,27	8,66	7,51	1,53	196,41
Salta	25,39	34,55	10,06	10,88	18,55	0,57	349,40
San Juan	28,08	52,93	8,52	0,52	8,40	1,55	193,72
San Luis	29,22	49,41	12,25	0,69	8,43	0,00	144,66
Santa Cruz	38,23	37,19	11,12	2,13	11,32	0,00	93,72
Santa Fe	47,97	36,37	8,79	0,63	5,62	0,63	953,45
Santiago del Estero	33,40	46,80	14,27	1,34	3,75	0,45	224,20
Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur	38,90	35,50	7,61	4,29	13,70	0,00	46,64
Tucumán	34,27	51,52	7,15	2,00	4,31	0,75	400,30
Total país*	39,23	41,03	10,78	1,81	6,47	0,68	13268,84

*El total país difiere del total país de otras tablas y textos porque aquí no se consideran las muertes de las personas de residencia ignorada, ni residencia de otro país.

Poco más de la mitad de las jurisdicciones presenta una distribución porcentual de las principales causas de muerte relacionadas al consumo de drogas similar a la observada a nivel nacional: las muertes por enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar, seguidas por las ocasionadas por neoplasias. Mientras que en el resto de las provincias, salvo dos excepciones, las neoplasias ocupan el primer lugar como causa de muerte, seguidas de las enfermedades cardiovasculares.

Jujuy y Neuquén son las provincias que presentan una distribución distinta. En Neuquén la principal causa de muerte relacionada al consumo de drogas también fueron las neoplasias, pero el segundo lugar lo ocuparon "otras enfermedades", con una proporción muy elevada de casos de enfermedad alcohólica del hígado, la cual es una causa de muerte directamente atribuible al consumo de drogas (57 casos, 51 de varones, con una tasa específica de mortalidad de 13 cada 100.000 personas).

En Jujuy, por su parte, la mayor proporción de MRCD registrada estuvo asociada a la categoría “otras enfermedades”, y dentro de ella también a la enfermedad alcohólica del hígado (74 casos, de los cuales 68 son de varones, y una tasa específica de mortalidad de 10 cada 100.000 personas).

4.- Conclusiones

La información que provee el indicador mortalidad relacionada al consumo de drogas da cuenta cabal de uno de los aspectos del impacto socio-sanitario del consumo de sustancias psicoactivas en la salud de la población, y su importancia en tanto insumo para la toma de decisiones y la definición de políticas públicas habilita un campo de estudios específico. Este informe se propuso contribuir a aquel campo de estudios, a través de la descripción del indicador en cuestión para el año 2018 en todo el territorio nacional.

Se estima que en 2018 hubo en Argentina 13340 muertes atribuibles, parcial o totalmente, al consumo de drogas. Esto representa el 16,3% de las muertes totales de personas de entre 15 y 64 años y se traduce en una tasa bruta de 46,7 casos cada 100.000 habitantes. La gran mayoría de estas defunciones se asocia con el consumo de tabaco (80,14%) o de alcohol (18,23%), al tiempo que son más frecuentes los casos registrados de sexo masculino y mayores de 50 años.

Las muertes relacionadas al consumo de drogas son, en mayor proporción, causadas por enfermedades cardiovasculares (19,19 casos cada 100.000 habitantes) o neoplasias (18,33 casos cada 100.000 habitantes), ambas de estimación indirecta.

Entre las causas externas o lesiones, los envenenamientos más frecuentes durante el año bajo estudio fueron, por un lado, de tipo accidental y asociados al consumo de estupefacientes por parte, en su mayoría, de varones; y por otro lado envenenamientos de intención no determinada y asociados al consumo de sustancias de uso indebido.

A nivel de las provincias, aquellas que registraron tasas brutas de mortalidad relacionada al consumo de drogas más altas fueron Misiones (63,4), Formosa (57,1), Entre Ríos (51,5) y Chaco (50,3).

5.- Referencias

Buck, C. et al. (1988). El desafío epidemiológico. Problemas y lecturas seleccionadas. Washington DC: OPS.

Castillo Carniglia, A. (2013). Inequidad de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Chile: estudio ecológico del período 2004-2009. Tesis para optar al grado de Doctor en Salud Pública. Universidad de Chile.

Castillo-Carniglia, A. et al. (2013). Alcohol-Attributable Mortality and Years of Potential Life Lost in Chile in 2009. *Alcohol and Alcoholism*, 9(2):1-8. Recuperado de: <http://alcalc.oxfordjournals.org/>

Castillo-Salgado C. (1988). Los servicios de Salud en las Américas: Análisis de indicadores Básicos. Cuaderno Técnico no 14: 147-152, 221-230. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

Center for Chronic Disease Prevention; Centers for Disease Control; Hhs, Dept of Health and Human Services; Office on Smoking + Health; Public Health Service; Univ of Ca San Francisco; Univ of Miami; Novotny, T.E.; Rice, D.P.; Shultz, J.M. (1990). *Sammec II Smoking - Attributable Mortality, Morbidity, and Economic Costs Computer Software and Documentation. Module 2: Methodology and Conceptual Issues.* Recuperado de: <http://tobaccodocuments.org/lor/85879182-9236.html>

Cheryl, J., Cherpitel, G. B., Giesbrecht, N., Hungerford, D., Peden, M., Poznyak, V., Room, R., Stockwell, T. (2009). Alcohol and injuries: emergency department studies in an international perspective. World Health Organization: Geneva. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcinjuries.pdf

European Monitoring Centre for Drug and Drugs Addiction (1997). Review of scientific studies of mortality among drug users and feasibility study for a common methodology for monitoring overall and cause-specific mortality among drug users in member states.

Recuperado de:

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/82/review_feasibility_mortality_report-1_124651.pdf

European Monitoring Centre for Drug and Drugs Addiction. (2009a). Drug related Deaths (DRD). Standard Protocol, version 3.2. Recuperado de: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/drd>

European Monitoring Centre for Drug and Drugs Addiction. (2009b). An overview of the drugrelated deaths and mortality among drug users (DRD) key indicator.

Recuperado de: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/drd>

Ezzati M, Lopez, A. D., Rodgers, A., Murray, C. J. L. (2004). Comparative Quantification of Health Risks. Geneva: World Health Organization. Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42792/9241580348_eng_Volume1.pdf;jsessionid=C7495F3530D22F66DAC2649F06F345D4?sequence=1

Fogel RW. (1994). "Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term processes on the making of economic policy". *American Economic Review*. 1994; 84(3): 369-393.

Fogel RW. (1994). "The relevance of Malthus for the study of mortality today: long-run influences on health, mortality, labour force participation and population growth." En: Lindahl-Kiesling K, Landberg H. (comp) *Population, economic growth, and the environment*. New York: Oxford University Press.

Kozel, N.J. (1989). "Epidemiología del abuso de drogas en los Estados Unidos de América. Resumen de métodos y observaciones." *Bol of Sanit Panam* 107(6): 531-540.

- Menéndez E. (1988) "Mortalidad en México. A preguntas simples ¿solo respuestas obvias?", Cuadernos Médico Sociales, N° 46, pp. 53-63.
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas / Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Argentina (2010). Proyecciones elaboradas en base al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas / Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Argentina (2011). Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENPreCoSP) en población de 16 a 65 años.
- Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; Universidad de Antioquia. (2010). Análisis de la situación de salud en Colombia 2002-2007. Tomo III: Morbilidad y mortalidad de la población colombiana. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia
- Ministerio de Salud / Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Argentina. (2010). Estadísticas vitales. Información básica- Año 2009, 5 (53), Buenos Aires.
Recuperado de: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro53.pdf>
- Ministerio de Salud / Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Argentina. (2013). Estadísticas vitales. Información básica- Año 2012, 5 (56), Buenos Aires.
Recuperado de: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro56.pdf>
- Murray Christopher J. L. y Lopez Alan D. (1996). The global burden and injury series. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. [en línea] Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/publications/1996/0965546608_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). "De datos básicos a índices compuestos: una revisión del análisis de la mortalidad." Boletín Epidemiológico, Vol.23, No.4. Washington DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). Boletín Epidemiológico, 23 (3), Washington DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington, DC: OPS.
- Pérez Ríos, M. (2009). Análisis metodológico de la atribución de la carga de mortalidad debida al consumo de tabaco. Memoria para optar al grado de Doctor.
Recuperado de: 31
https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/2554/9788498872163_content.pdf?sequence=1
- Pérez-Moreno, S., Blanco-Arana, M.C., Bárcena-Martín, E. (2012) "Fluctuaciones económicas y mortalidad infantil" XIV Reunión de Economía Mundial. Internacionalización en tiempos de crisis. 30-31 de mayo y 1 de junio. 2012. Jaén.
[en línea] Recuperado de: <http://xivrem.ujaen.es/wp-content/uploads/2012/05/53-R-058M523.pdf>
- Puffer, R. (1970). "Estudio de múltiples causas de defunción". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), 69(2): 93-114.
- Samet J. M. (2002). "Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo" (traducción de: Samet JM. The risk of active and passive smoking. En: Slovic, P. (ed.) Smoking: Risk, perception and policy. pp. 3-28, Sage Publications, Inc. Publicado con autorización del editor), Salud pública de México, 44. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000700020

Schultz, J., Rice, D., and Parker, D. (1990). "Alcohol-Related Mortality and Years of Potential Life Lost" *Morbidity & Mortality Weekly Report* 39:173-78.

Sedronar / Observatorio Argentino de Drogas. (2009). Muerte relacionada al consumo de drogas. Análisis de necropsias. Buenos Aires. Recuperado de: www.observatorio.gov.ar

Sedronar / Observatorio Argentino de Drogas. (2010). Estudio Nacional en Población de 12 a 65 sobre consumo de sustancias psicoactivas. Buenos Aires. Recuperado de: www.observatorio.gov.ar

Sedronar / Observatorio Argentino de Drogas. (2012). Mortalidad relacionada al consumo de drogas en Argentina 2004–2010. Buenos Aires. Recuperado de: www.observatorio.gov.ar

Sedronar / Observatorio Argentino de Drogas. (2013). El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Quinto Estudio Nacional. Buenos Aires. Recuperado de: www.observatorio.gov.ar

Sedronar / Observatorio Argentino de Drogas. (2014). Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2011. Recuperado de: www.observatorio.gov.ar

Sedronar / Observatorio Argentino de Drogas. (2015). Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2012.

Sedronar / Observatorio Argentino de Drogas. (2017). Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2013.

Sedronar / Observatorio Argentino de Drogas. (2017). Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2014.

Sedronar / Observatorio Argentino de Drogas. (2017). Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2015.

Sedronar / Observatorio Argentino de Drogas. (2018). Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2016.

Sedronar / Observatorio Argentino de Drogas. (2019). Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2017.

Sedronar / Observatorio Argentino de Drogas. (2017). Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2017. Buenos Aires. Recuperado de: www.observatorio.gov.ar

Soimout Ouchen, F. (2008). TEMA 14: Neoplasias. Definiciones. Nomenclatura. Características, 140-145. Recuperado de: http://eusalud.uninet.edu/apuntes/tema_14.pdf

Tapia Granados, JA. (2005). "Economía y mortalidad en las Ciencias Sociales: del Renacimiento a las Ideas sobre la Transición Demográfica." En: *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 1(3):285-308.

Anexo A

Listado de causas de muertes relacionadas al consumo de drogas, según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE -10).

Causas directas

Tabaco
Enfermedades neuro-psiquiátricas
F17: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco
Alcohol
Enfermedades neuro-psiquiátricas
F10: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol
G31.2: Degeneración del sistema nervioso debido al alcohol
G62.1: Poli neuropatía alcohólica
Otras enfermedades
E51.2: Encefalopatía de Wernicke
I42.6: Cardiomiopatía alcohólica
K29.2: Gastritis alcohólica
K70: Enfermedad alcohólica del hígado
K86.0: Pancreatitis crónica inducida por el alcohol
Lesiones
X45: Envenenamiento accidental por, y exposición al alcohol
X65: Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición al alcohol
Y15: Envenenamiento por, y exposición al alcohol, de intención no determinada
Sustancias de uso indebido -psicofármacos, disolventes y otras drogas-
Enfermedades neuro-psiquiátricas
F13: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos
F15: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína
F18: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles
Lesiones
X41: Envenenamiento accidental por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, anti-parkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte (a)
X43: Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónoma (c)
X44: Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados.

X46: Envenenamiento accidental por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores (d)
X61: Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte (a)
X61: Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte (a)
X64: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados.
X66: Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores (d)
X85: Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas (e)
Y11: Envenenamiento por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte, de intención no determinada (a)
Y13: Envenenamiento por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónoma, de intención no determinada (c)
Y14: Envenenamiento por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y las no especificadas, de intención no determinada.
Y16: Envenenamiento por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores, de intención no determinada (d)
Estupefacientes
Enfermedades neuro-psiquiátricas
F11: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos
F12: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
F14: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína
F16: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos
F19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas
Otras enfermedades
N14: Afecciones tubulares y tubulointersticiales inducidas por drogas y por metales pesados (Consultar con OPS)
Lesiones
X42: Envenenamiento accidental por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos), no clasificados en otra parte (b)
X62: Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos), no clasificados en otra parte (b)
Y12: Envenenamiento por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos), no clasificados en otra parte, de intención no determinada (b)

Notas:

(a) Incluye antidepresivos, barbitúricos, compuestos de la metacualona, derivados de la hidantoína, iminoestilbenos, neurolépticos, psicoestimulantes, succinamidas y oxazolidinadionas, tranquilizantes.

(b) Incluye ácido lisérgico, cannabis (derivados), cocaína, codeína, heroína, mezcalina, metadona, morfina, opio (alcaloides).

(c) Incluye parasimpaticolíticos y espasmolíticos, parasimpaticomiméticos, simpaticolíticos, simpaticomiméticos.

(d) Incluye benceno y homólogos, clorofluorocarbonados, petróleo (derivados) y tetracloruro de carbono.

(e) Incluye cualquier droga, medicamento y sustancia biológica.

Causas indirectas

Tabaco
Enfermedades infecciosas
J00-J06: Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores
J10-J18: Influenza y neumonía
J40-J47: Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.
Enfermedades cardiovasculares
I00-I02: Fiebre reumática aguda
I03-I09: Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas
I10: Hipertensión Arterial
I11: Enfermedad cardíaca hipertensiva
I12: Enfermedad renal hipertensiva
I13: Enfermedad cardiorenal hipertensiva
I20-I25: Enfermedades isquémicas del corazón
I26-I28: Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar
I30-I52: Otras formas de enfermedad del corazón
I60-I69: Enfermedades Cerebrovasculares
I70: Aterosclerosis
I71: Aneurisma y disección aórticos
I72-I78: Otras enfermedades del sistema circulatorio
Neoplasias
C00-C14: Tumor maligno del labio, cavidad oral y faringe
C15: Tumor maligno del Esófago
C25: Tumor maligno del Páncreas
C32: Tumor maligno de la Laringe
C33: Tumor maligno de la Tráquea
C34: Tumor maligno de los Bronquios y del Pulmón
C53: Tumor maligno del Cuello del Útero
C64: Tumor maligno del Riñón, excepto de la pelvis renal
C65: Tumor maligno de la Pelvis renal
C67: Tumor maligno de la Vejiga Urinaria
Alcohol
Enfermedades infecciosas
J10-J18: Influenza y neumonía

Enfermedades cardiovasculares
I10: Hipertensión Arterial
I60-I69: Enfermedades Cerebro vasculares
Neoplasias
C00-C14: Tumor maligno del Labio, cavidad oral y faringe
C15: Tumor maligno del Esófago
C16: Tumor maligno del estómago
C22: Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas
Otras enfermedades
E10-E14: Diabetes mellitus
K20-K31: Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno
K85: Pancreatitis aguda
K86.1: Otras pancreatitis crónicas
Estupefacientes
Enfermedades infecciosas
B20-B24: Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Nota:

Este es el listado de enfermedades utilizado y que considera la Argentina desde el año 2004 para calcular la mortalidad indirecta relacionada al consumo de drogas.

Anexo B

Aspectos conceptuales y valores de las fracciones atribuibles y porcentajes de asociación

La fracción atribuible (FA) cuantifica la carga atribuible de cada factor de riesgo (consumo de tabaco, alcohol, estupefacientes, etc.) asociado a una enfermedad o herida.

En consecuencia, se debe estimar la FA por consumo de cada sustancia para cada causa de muerte y, de ser posible, por sexo y grupos de edades.

La FA puede ser calculada con la siguiente fórmula²¹

$$FA = \frac{P (RR - 1)}{P (RR - 1) + 1}$$

Donde **RR** es el riesgo relativo y **P** es la prevalencia.

Considerando diferentes categorías de consumo, la FA puede ser estimada con²²

$$FA = \frac{\sum_{i=0}^k P_i (RR_i - 1)}{\sum_{i=0}^k P_i (RR_i - 1) + 1}$$

Donde **p** es la prevalencia para cada categoría de consumo ($i=0\dots n$) y **RR_i** es el riesgo relativo para cada nivel de exposición, relativo a los que no consumen.

Como se mencionó anteriormente, las enfermedades crónicas relacionadas con el tabaco, como por ejemplo enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y cáncer de pulmón, típicamente requieren muchos años para desarrollarse. Por lo tanto, se estima la mortalidad atribuible al consumo de tabaco para adultos mayores de 35 años. En concordancia, vasta bibliografía internacional estima las FA por uso de tabaco y alcohol para mortalidad para enfermedades crónicas para edades a partir de los 35 años.

No siempre los países cuentan con estudios específicos sobre el riesgo relativo para cada factor de riesgo. Aunque por lo general sí cuentan con Encuestas Nacionales de Consumo de Sustancias Psicoactivas de donde obtener las prevalencias de consumo.

En el caso de Argentina, en función de los datos disponibles, para el caso de las muertes indirectas atribuibles al consumo de tabaco, se utilizan las FA elaboradas con los riesgos relativos del CPSII²³ y las prevalencias de Argentina (INDEC), con excepción de las enfermedades con los códigos CIE-10 J00-J06, J41 y J45-J47 que se utilizan las FA elaboradas por la OMS. Para el caso de las muertes atribuibles al consumo de alcohol, se utilizan las FA desarrolladas por Schultz, J. et al. (1990), mientras que, para las atribuibles al uso de estupefacientes se usan las FA de la OMS.

21.- Fórmula con la que Lilienfeld y Stolley (1976) calculan en estudios de cohorte la fracción atribuible. Alternativamente, en estudios de control la FA se calcula con la fórmula $\{P (OR-1) / [P (OR-1) + 1]\} \times 100\%$, dónde OR es la tasa de probabilidades y P es la prevalencia.

22.- Castillo-Carniglia et al., 2013.

23.- The American Cancer Society's Cancer Prevention Study, phase II (CPSII) es un estudio prospectivo sobre consumo de tabaco y muerte efectuado entre 1982 y 1988 en más de un millón de hombres y mujeres estadounidenses de 30 años y más.

Tabla 1.- Fracciones atribuibles al consumo de tabaco.

Códigos CIE-10	Varones	Mujeres
	> 35 años	> 35 años
C00-C14	0,801	0,565
C15	0,748	0,674
C25	0,325	0,303
C32	0,860	0,796
C33-C34	0,907	0,786
C53	N/C	0,150
C64-C65	0,442	0,076
C67	0,521	0,337
I00-I09/I26-I54	0,246	0,132
I10	0,284	0,186
I11-I13	0,284	0,186
I20-I25	0,445 (35 -64 años)	0,373 (35 - 64 años)
	0,180 (> 65 años)	0,151 (> 65 años)
I60-I69	0,443 (35 - 64 años)	0,451 (35 -64 años)
	0,151 (> 65 años)	0,099 (> 65 años)
I70	0,367	0,168
I71	0,702	0,634
I72-I78	0,264	0,238
J00-J06*	0,017	0,014
J11-J18	0,264	0,235
J40-J43	0,907	0,840
J44	0,832	0,812
J41,J45,J46,J47*	0,075	0,059

Fuente: *OMS. El resto, elaboradas con Riesgo Relativo del CPS-II y prevalencias de Argentina (INDEC, Encuesta en Hogares).

Tabla 2.- Fracciones atribuibles al consumo de alcohol.

Códigos CIE-10	Ambos sexos, > 35 años
C00-C14	0,5
C15	0,75
C16	0,2
E10-E14	0,05
I10	0,08
I60-I69	0,07
J11-J18	0,05
K20-K31	0,1
K85	0,42
K86	0,6

Fuente: Schultz, J. et al. (1990).

Tabla 3.- Fracciones atribuibles al consumo de estupefacientes.

Código CIE-10	Todas las edades	
	Varones	Mujeres
B20-B24	0,096	0,094

Fuente: OMS.

Anexo C

Tabla 1.- Cantidad de muertes relacionadas al consumo de drogas por provincia, 15 a 64 años, Argentina 2018.

Provincia	MRCD		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos
CABA	643,07	285,32	928,39
Buenos Aires	3790,27	1606,39	5396,66
Catamarca	73,72	29,74	103,45
Córdoba	738,92	304,80	1043,72
Corrientes	237,57	98,87	336,43
Chaco	284,45	97,12	381,57
Chubut	127,95	42,68	170,63
Entre Ríos	330,35	120,20	450,55
Formosa	155,51	59,93	215,44
Jujuy	166,05	54,82	220,87
La Pampa	70,26	21,79	92,06
La Rioja	68,00	31,65	99,65
Mendoza	378,96	157,34	536,30
Misiones	361,46	135,80	497,25
Neuquén	146,89	46,46	193,35
Río Negro	150,11	46,30	196,41
Salta	248,72	100,68	349,40
San Juan	133,51	60,21	193,72
San Luis	106,01	38,66	144,66
Santa Cruz	68,27	25,44	93,72
Santa Fe	659,85	293,61	953,45
Santiago del Estero	152,64	71,56	224,20
Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur	33,56	13,08	46,64
Tucumán	291,36	108,95	400,30
Otro país	8,42	2,60	11,01
Ignorado	41,14	14,96	56,10
Total país	9467,01	3868,94	13335,95

