

Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas, 2021.

Observatorio Argentino de Drogas
Argentina 2024

Sedronar

Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina



**Ministerio
de Salud**
República Argentina

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Antonio Russo

Secretario de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación

Mg. Roberto Moro

Subsecretario de Prevención, Investigación y Estadísticas en Materia de Drogas de la Nación

C. P. Gustavo Adrián Segnana

Directora Nacional de Investigación y Estadísticas

Dra. Ernestina Rosendo

Procesamiento y análisis de datos:

Lic. Bárbara di Marzio

Lic. Mara Alí

Redacción de informe:

Lic. Bárbara di Marzio

Lic. Mara Alí

Índice

1. Introducción

- 1.1. Estado del arte
- 1.2. Definiciones conceptuales y especificaciones metodológicas
- 1.3. Ficha técnica del estudio

2. Análisis según causa de muerte

2.1. Enfermedades crónicas

- 2.1.1 Cánceres
- 2.1.2. Enfermedades cardiovasculares
- 2.1.3. Enfermedades infecciosas
- 2.1.4. Enfermedades neuro-psiquiátricas
- 2.1.5. Otras enfermedades

2.2. Sobredosis

3. Análisis por provincias

4. Conclusiones

5. Bibliografía

Anexo A

Anexo B

Anexo C

Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2021

1. Introducción

Los consumos de sustancias psicoactivas constituyen un intenso campo de discusión, intervención y movilización tanto político como social. Desde las más divergentes posiciones se señala la complejidad de esta problemática y sus múltiples dimensiones: sanitaria, social, cultural, psicológica, económica, etc. 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.

Así es que las estadísticas de mortalidad constituyen un punto de vista específico para dimensionar el 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 2021, 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.

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 se presenta en cuatro secciones. En la primera se realiza

una breve revisión del estado del arte, que inscribe el presente estudio en el campo de los estudios epidemiológicos, y se explicitan las definiciones conceptuales y las especificaciones metodológicas pertinentes. En la segunda sección se presentan los resultados del Indicador de Mortalidad Relacionada al Consumo de Drogas para el año 2021 según causa de muerte, incorporando el análisis por sexo, grupo de edad y sustancia (tabaco, alcohol, sustancias de uso indebido y estupefacientes). En la tercera sección se analizan y presentan los resultados según las tasas brutas de mortalidad por provincia. Finalmente, en la cuarta sección, se presenta una breve conclusión sobre el estudio realizado.

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

1.1. Estado del arte y antecedentes

El presente informe, con la mortalidad como objeto de indagación, se enmarca en un campo de estudios que comprende diversas perspectivas disciplinares y enfoques teórico-metodológicos. A pesar de tal pluralidad, se observa que la producción de investigaciones que van 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 resulta casi inexistente la producción teórica sobre esta temática. Adicionalmente, el estado de la literatura evidencia una menor producción de análisis sobre mortalidad por causas específicas que sobre mortalidades etarias.

Como una primera aproximación, es posible encontrar tres grandes perspectivas de enfoque para los estudios sobre mortalidad: la económica, la demográfica y la epidemiológica. 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 que una parte de la literatura sostiene que los períodos de crisis económicas provocan efectos adversos en la mortalidad, otra parte expone 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 al 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 que se produce cierto solapamiento entre demografía y epidemiología respecto de las tasas de fertilidad y mortalidad como objeto de estudio (Tapia Granados, 2005), la demografía incluye el estudio de dicho parámetro para remitirlo fundamentalmente al crecimiento o decrecimiento poblacional, mientras que la epidemiología incorpora el análisis de la mortalidad como un indicador relevante para evaluar 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 desde un enfoque de salud pública. Y lo ha hecho a partir de dos perspectivas distintas. Por un lado, el enfoque de “años de vida perdidos”, originado en la década de 1970 en Estados Unidos por Sullivan, Romeder y McWhinnie, que se basa en una esperanza de vida predeterminada para proporcionar una estimación de los años de vida “perdidos” debido a la muerte prematura. Por otro lado, se encuentra el enfoque más clásico de las investigaciones con base en tasas de mortalidad. La producción de literatura respecto a este último grupo de estudios es 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 una exposición previa a un factor específico 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 se 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 del impacto socio sanitario de este fenómeno en la población (Pereiro Gómez et al, 2005; Castillo Carniglia, 2013; Kozel, 1989; OPS, 2002).

El análisis del indicador de mortalidad relacionada con el consumo de drogas puede resultar beneficioso para proveer información para el diseño de políticas destinadas a reducir los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

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.

El cálculo de la **mortalidad directa** incluye las defunciones que son 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 sustancias psicoactivas, considerada como causa básica de muerte. Por ejemplo, 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 (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).

La estimación de la **mortalidad indirecta** contempla defunciones que son sólo parcialmente atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas. 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 este sentido, se asume que dicho consumo opera como factor de riesgo y que la 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), el tipo de 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 los valores de las fracciones atribuibles y los porcentajes de asociación.

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

1.3. Ficha técnica del estudio

El objetivo general de este estudio es describir el estado de situación de las defunciones atribuibles, parcial o completamente, al consumo de sustancias psicoactivas, para el año 2021 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. 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 2021 en todo el territorio argentino. Al ser un estudio con estrategia de registro poblacional, se analiza 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

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

2. Los estupefacientes incluyen: narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos] como ácido lisérgico.

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 contó con el apoyo del programa COPOLAD y de 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 asociación⁵. 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 defunción⁶. 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).

gico (LSD), cannabis (derivados), cocaína, codeína, heroína, mescalina, metadona, morfina, opio (alcaloides).

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 causas 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. En el presente estudio se ha excluido como causa indirecta de muerte el código K86.1 para mujeres (“otras pancreatitis crónicas”), por no encontrarse en la bibliografía científica la información necesaria para estimar la MRCD. Por lo tanto, no se ha considerado en el estudio el fallecimiento de una mujer ocurrido en el 2020 por dicha causa.

6. 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, 1998).

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). 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 2021 de las personas de entre los 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.

2. Análisis según causa de muerte

Durante el año 2021 en Argentina se registraron 115.758 muertes de personas de entre 15 y 64 años, lo cual representa una tasa bruta de mortalidad de 394 casos cada 100.000 habitantes de ese grupo etario. De estas muertes, el 62,2% corresponde a varones (71.948 casos) y el 37,2% a mujeres (43.076 casos). Se registraron además 734 defunciones de personas cuyo sexo no fue especificado (el 0,6% del total de los casos).

Las muertes relacionadas al consumo de drogas en la población de 15 a 64 años para el año 2021 se estimaron en 13.712 casos, es decir que fueron el 11,8% de las muertes totales para ese grupo de edad, con una tasa bruta de mortalidad de 46,7 cada 100.000 habitantes. De estas muertes vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas la mayor parte corresponde a varones: el 70% con una tasa bruta de 65,9 cada 100.000 habitantes, frente al 30% de defunciones femeninas y su correspondiente tasa bruta de 27,8 casos cada 100.000 habitantes⁷.

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

Como ya fue indicado en el apartado metodológico, el indicador de mortalidad relacionada al consumo de drogas incluye las muertes cuya relación con el consumo es atribuible de manera directa y aquellas otras cuya estimación se realiza indirectamente. En ese sentido, se observa que sólo el 5,4% del total de las muertes relacionadas al consumo de drogas es totalmente atribuible a dicha exposición, lo cual representa una tasa bruta de mortalidad de 2,6 cada 100.000 habitantes. Por su parte, las muertes sólo parcialmente relacionadas con el consumo representan el 94,6% restante de los casos y una tasa bruta de mortalidad de 44,1 cada 100.000 habitantes.

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 81,5% de las defunciones están relacionadas a su consumo (11.169 casos). El 17,2% (2.356 casos), por otro lado, está atribuido al consumo de alcohol, mientras que los estupefacientes y las sustancias de uso indebido presentan frecuencias notablemente menores: 1% (131 casos) y 0,4% (56 casos) respectivamente.

Gráfico 1. Tasa bruta de MRCD cada 100.000 habitantes, según causas directa o indirectamente relacionadas al consumo de SPA. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2021.

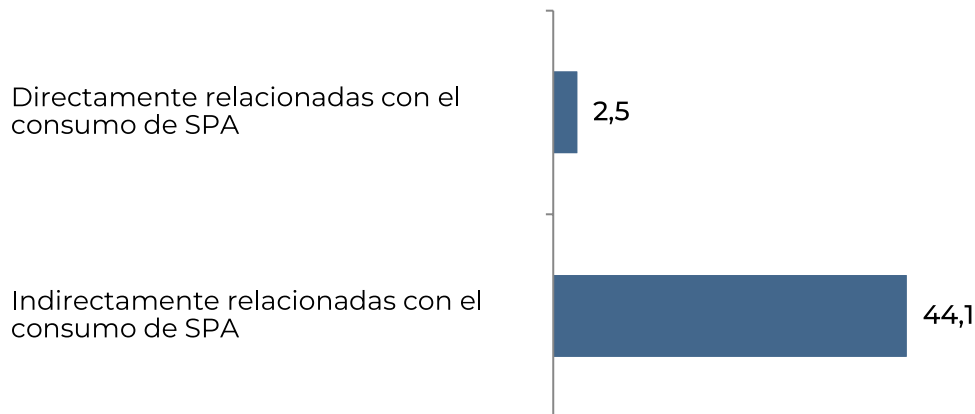
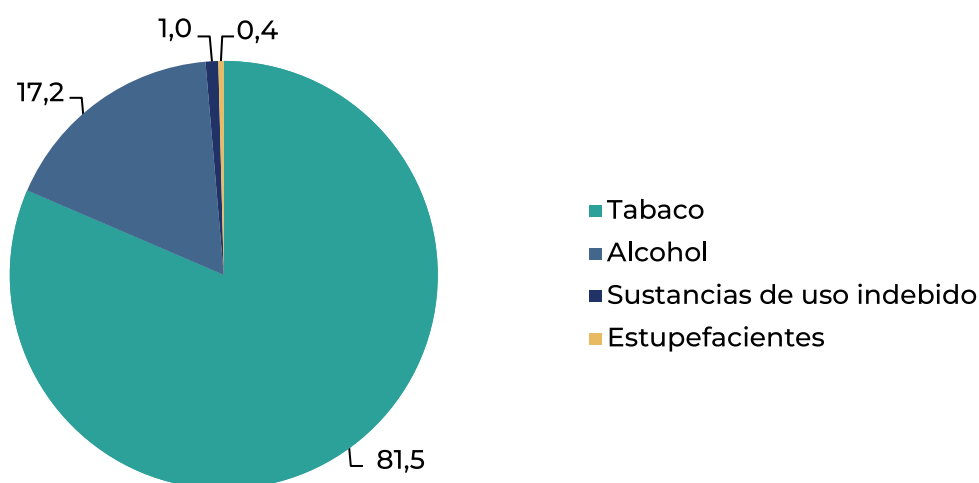


Gráfico 2. Distribución porcentual de muertes relacionadas con el consumo de drogas según sustancia. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2021.



Si analizamos la distribución de los casos según causa de muerte, una primera observación indica que el 99,4% de los casos corresponde a enfermedades crónicas asociadas a un consumo habitual de sustancias, y que sólo el 0,6% refiere a episodios agudos⁸. Dentro de las enfermedades crónicas las cardiovasculares son aquellas con mayor proporción de casos (43,6%), seguidas por las neoplasias o cánceres (33,9%) y las enfermedades infecciosas (14,9%). Las enfermedades neuro-psiquiátricas y “otras enfermedades” presentan proporciones menores (1,5% y 5,6% respectivamente).

Tabla 1. Distribución absoluta, porcentual y tasa específica de MRCD, según causa de muerte. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2021.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TEM* |
|------------------------|---------|---------|-------------|---------|-------|
| E. Cardiovasculares | 4337,31 | 1636,64 | 5973,95 | 43,2% | 20,73 |
| Neoplasias | 3125,14 | 1522,83 | 4647,97 | 74,9% | 16,13 |
| E. Infecciosas | 1317,64 | 729,51 | 2047,15 | 63,7% | 7,10 |
| Otras enfermedades | 597,58 | 163,49 | 761,07 | 62,3% | 2,64 |
| E. neuro-psiquiátricas | 182,00 | 19,00 | 201,00 | 44,2% | 0,70 |
| Lesiones | 37,00 | 44,00 | 81,00 | 47,7% | 0,28 |
| Total MRCD | 9597 | 4115 | 13712 | 61,2% | 47,58 |

* Cada 100.000 habitantes

8. La proporción de muertes por episodios agudos presenta valores significativamente menores que en estudios de años anteriores al 2018 porque desde ese año no se contabilizan como “lesiones” los casos de muertes indirectas por agresiones y accidentes de transporte. En el apartado “2.2 Sobredosis” del presente estudio se detalla más al respecto.

Finalmente, las tres enfermedades más frecuentes como causa de MRCD durante el año 2021 son: neoplasias por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares. En cuarto lugar, la influenza y neumonía. Por último, en quinto lugar, se encuentran las enfermedades cardiopulmonares y de circulación pulmonar y las enfermedades cardíacas reumáticas crónicas y agudas (fiebre reumática). Todas estas causas de muerte enumeradas se encuentran indirectamente asociadas al consumo de tabaco.

2.1. Enfermedades crónicas

2.1.1 Cánceres⁹

La asociación de esta causa de muerte al consumo de drogas como factor de riesgo solo es atribuible de manera parcial al consumo de tabaco y alcohol, es decir es de tipo indirecta. Asimismo, siguiendo a la literatura, el indicador MRCD se estima en este caso para edades a partir de los 35 años¹⁰ mediante el uso de fracciones atribuibles.

Las muertes por cánceres de diferentes tipos atribuibles al consumo de drogas fueron 4.648 en 2021, lo que representa el 33,9% del total de muertes por consumo de drogas, y una tasa específica de mortalidad de 16,13 cada 100.000 habitantes.

Esta tasa se incrementa conforme aumenta la edad. Si se observa la variable sexo, la mayor parte del total de estos casos refiere a varones (67%). Cabe recordar que las prevalencias de consumo, tanto de tabaco como de alcohol, son más altas para los varones que para las mujeres¹¹.

9. 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.

10. 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.

11. Según datos del 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.

Los casos de neoplasias relacionados al consumo de drogas ubican al tabaco como la primera sustancia en peso relativo (83,4%), seguida por el alcohol (16,6%). Esto implica, a su vez, que en el año 2021 13,2 personas cada 100.000 murieron por cánceres asociados al consumo de tabaco. Entre estas muertes asociadas al consumo de tabaco, más de la mitad (57,8%) 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 2021

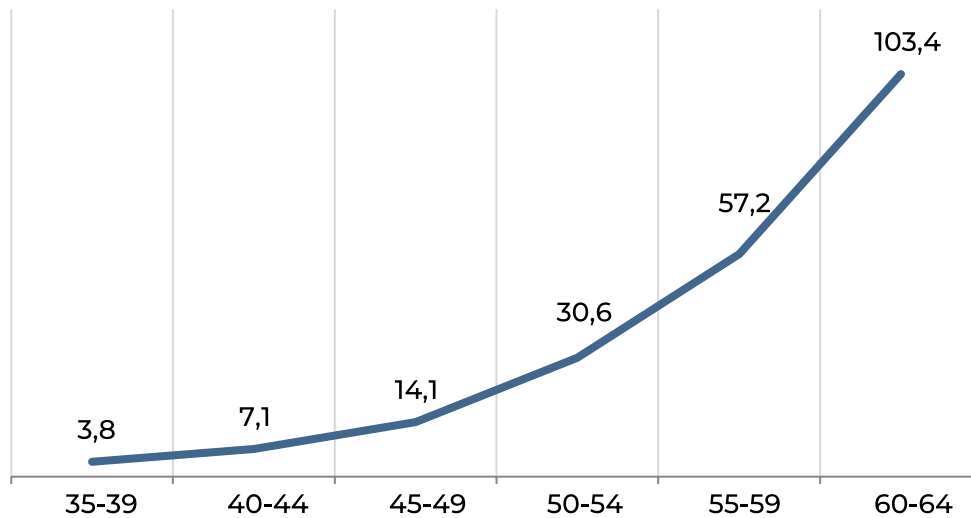


Tabla 2. Distribución absoluta, porcentual y tasa específica de muertes por neoplasias relacionadas al consumo de tabaco, según tipo de tumor maligno. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2021.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TEM* |
|-----------------------------------|---------|---------|-------------|---------|-------|
| Neoplasias relacionadas al TABACO | 2589,59 | 1288,52 | 3878,11 | 100,00 | 13,20 |
| Labio, cavidad oral y faringe | 160,87 | 46,05 | 206,91 | 5,34 | 0,70 |
| Esófago | 226,45 | 89,03 | 315,48 | 8,13 | 1,07 |
| Páncreas | 205,93 | 163,01 | 368,94 | 9,51 | 1,26 |
| Laringe | 160,07 | 29,08 | 189,15 | 4,88 | 0,64 |
| Tráquea, bronquios y pulmón | 1453,09 | 786,79 | 2239,87 | 57,76 | 7,62 |
| Cuello del útero | 0,00 | 128,74 | 128,74 | 3,32 | 0,44 |
| Riñón y pelvis renal | 295,74 | 25,10 | 320,84 | 8,27 | 1,09 |
| Vejiga urinaria | 87,45 | 20,72 | 108,17 | 2,79 | 0,37 |

* Cada 100.000 habitantes

Entre las neoplasias asociadas al consumo de alcohol, por su parte, las mayores frecuencias se refieren a tumores malignos del esófago (42,6%).

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 2021.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TEM* |
|---|---------|---------|-------------|---------|------|
| Neoplasias relacionadas al ALCOHOL | 535,55 | 234,32 | 769,87 | 100,00 | 2,62 |
| TM del labio, cavidad oral y faringe | 137,50 | 39,50 | 177,00 | 22,99 | 0,60 |
| TM del esófago | 229,50 | 98,15 | 327,65 | 42,56 | 1,12 |
| TM del estómago | 115,60 | 66,50 | 182,10 | 23,65 | 0,62 |
| TM del hígado y de las vías biliares intrahepáticas | 52,95 | 30,17 | 83,12 | 10,80 | 0,28 |

* Cada 100.000 habitantes

2.1.2. Enfermedades cardiovasculares¹²

Las muertes por enfermedades cardiovasculares asociadas al consumo de sustancias psicoactivas responden a causas indirectas y, como en las neoplasias, se estiman a partir de la aplicación de una fracción atribuible en defunciones de mayores de 35 años.

Es así como 5.973 personas murieron a causa de enfermedades cardiovasculares atribuibles al consumo de drogas en el año 2021, representando el 43,6% del total de muertes relacionadas al consumo de drogas.

En estos casos, aunque se registran las defunciones a partir de los 35 años, la frecuencia y la tasa específica de mortalidad se incrementan según aumenta la edad. La mayoría de los casos se concentran en grupos etarios de más de 55 años en ambos sexos, concentrándose en el grupo etario de 60 a 64. Si tenemos en cuenta el sexo, entre estos casos también predominan las muertes de sexo masculino (72,6%).

12. 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.

Gráfico 4. Distribución porcentual de mortalidad por enfermedades cardiovasculares relacionadas al consumo de drogas según sexo. Total país, 35 a 64 años, Argentina 2021.

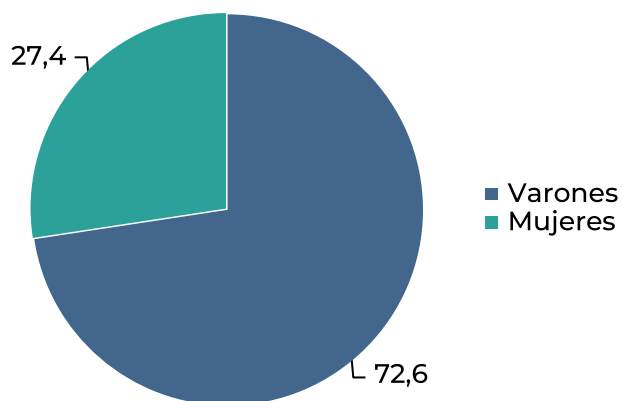
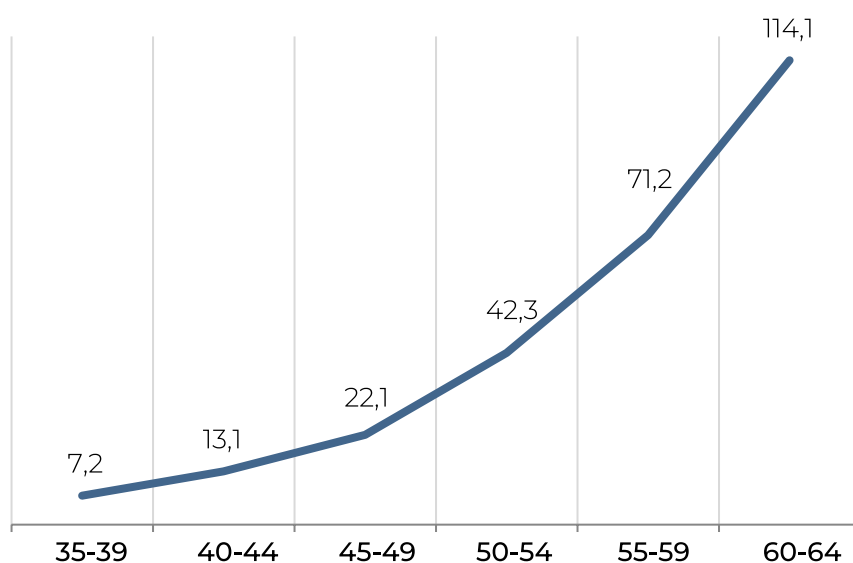


Gráfico 5. Tasa específica de mortalidad por enfermedades cardiovasculares relacionadas al consumo de drogas. Total país, 35 a 64 años, Argentina 2021.



Casi la totalidad de muertes por enfermedades cardiovasculares asociadas al consumo de drogas son atribuibles al tabaco, el 94,3% de casos se ubica dentro de esta causa de defunción, con una tasa específica de mortalidad de 19,2 cada 100.000 personas.

Entre las muertes atribuidas al consumo de tabaco, el 39,6% corresponde a enfermedades isquémicas del corazón, y el 29,9% 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 2021.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TEM* |
|--|---------|---------|-------------|---------|-------|
| E. Cardiovasculares relacionadas al TABACO | 4107,07 | 1526,89 | 5633,96 | 41,09 | 19,18 |
| Enfermedades isquémicas del corazón | 1750,33 | 483,50 | 2233,83 | 39,65 | 7,60 |
| Enfermedades cardíacas reumáticas y fiebres reumáticas | 1133,53 | 320,93 | 1454,46 | 25,82 | 4,95 |
| Enfermedades cerebrovasculares | 1037,25 | 648,14 | 1685,40 | 29,91 | 5,74 |
| Aneurisma y disección aórticos | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Hipertensión arterial | 72,38 | 29,28 | 101,66 | 1,80 | 0,35 |
| Enfermedades hipertensivas | 89,77 | 31,07 | 120,84 | 2,14 | 0,41 |
| Otras enfermedades del sistema circulatorio | 22,00 | 13,43 | 35,43 | 0,63 | 0,12 |
| Aterosclerosis | 1,80 | 0,54 | 2,34 | 0,04 | 0,01 |

* Cada 100.000 habitantes

El 5,7% de las muertes por enfermedades cardiovasculares bajo análisis es atribuible al consumo de alcohol, conformado en gran parte por enfermedades cerebrovasculares (75,7%) y, en una menor proporción, por hipertensión arterial (24,3%).

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 2021.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TEM* |
|---|---------|---------|-------------|---------|------|
| E. Cardiovasculares relacionadas al ALCOHOL | 230,23 | 109,75 | 339,99 | 2,48 | 1,16 |
| Enfermedades cerebrovasculares | 162,12 | 95,20 | 257,32 | 75,69 | 0,88 |
| Hipertensión arterial | 68,11 | 14,55 | 82,67 | 24,31 | 0,28 |

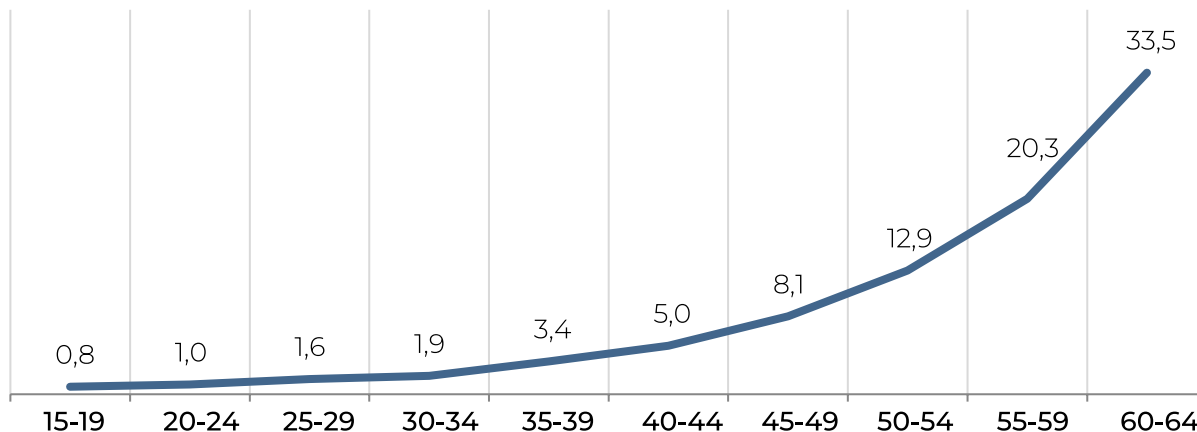
* Cada 100.000 habitantes

2.1.3. Enfermedades infecciosas¹³

Las muertes por enfermedades infecciosas relacionadas al consumo de drogas se estiman en 2.047 casos, lo que representa el 14,9% del total de las muertes atribuibles a esta práctica. La totalidad de estas muertes 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.

A nivel general, cerca del 64% de los casos refiere a varones y más de 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 el 79,9% de estas muertes se vincula al consumo de tabaco, mientras que el alcohol y los estupefacientes se asocian en proporciones menores (14,8% y 5,2%, respectivamente).

Gráfico 6. Tasa de mortalidad específica por enfermedades infecciosas relacionadas al consumo de drogas. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2021.



13. 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 2021.

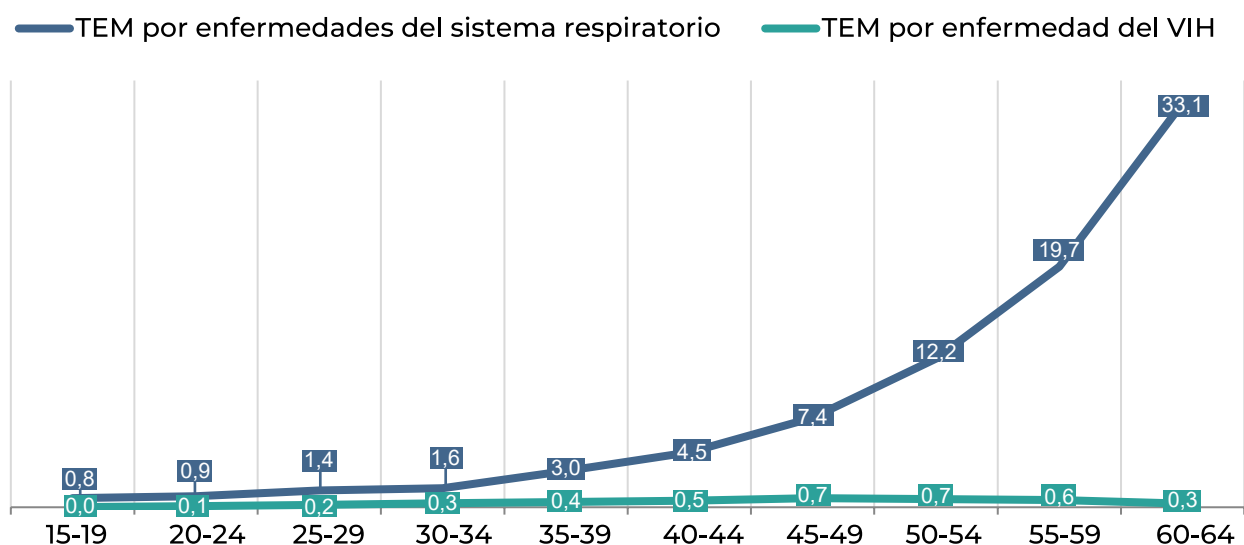
| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TEM* |
|--|---------|---------|-------------|---------|------|
| Enf. Infecciosas relacionadas al consumo (total) | 1317,64 | 729,51 | 2047,15 | 100,00 | 6,97 |
| Relacionadas al TABACO | 1053,58 | 582,82 | 1636,39 | 79,94 | 5,57 |
| Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores | 0,00 | 0,01 | 0,01 | | |
| Influenza y neumonía | 980,15 | 570,05 | 1550,20 | | |
| Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores | 73,43 | 12,75 | 86,17 | 14,84 | 1,03 |
| Relacionadas al ALCOHOL | 190,05 | 113,70 | 303,75 | | |
| Influenza y neumonía | 190,05 | 113,70 | 303,75 | 5,23 | 0,36 |
| Relacionadas a ESTUPEFACIENTES | 74,02 | 32,99 | 107,01 | | |
| Enfermedad por VIH | 74,02 | 32,99 | 107,01 | | |

* 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). Dentro de las enfermedades infecciosas, las enfermedades del sistema respiratorio representan el 94,8% y están asociadas en gran medida al consumo de tabaco; mientras que las muertes causadas por el VIH representan el 5,2% y se vinculan en su totalidad al consumo de estupefacientes.

Además, una observación por grupos de edad permite identificar dos patrones distintos: a diferencia de las muertes por enfermedades del sistema respiratorio, concentradas en edades mayores (como las cardiovasculares y neoplasias), en el caso de las defunciones por VIH asociadas al consumo de estupefacientes, la tasa de mortalidad presenta valores ligeramente mayores en edades más jóvenes, entre 35 y 59 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 2021.



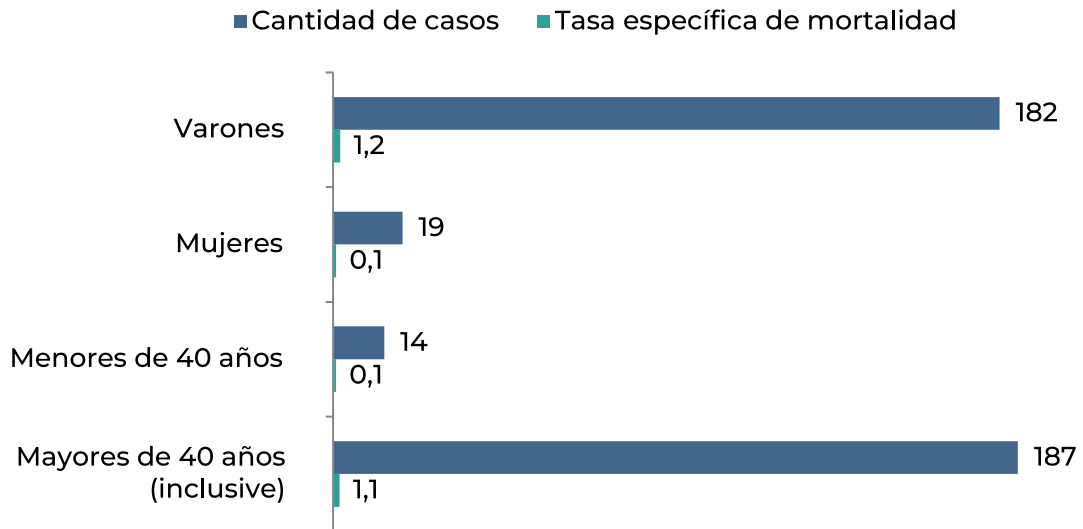
2.1.4. Enfermedades neuropsiquiátricas¹⁴

Las muertes atribuibles al consumo de drogas por enfermedades neuropsiquiátricas fueron 201 en el año 2021, lo que representa el 1,5% del total de muertes por consumo de drogas, y una tasa específica de mortalidad de 0,7 cada 100.000 habitantes.

Las muertes por enfermedades neuropsiquiátricas por consumo de drogas son totalmente atribuibles al consumo de alguna sustancia, es decir de causa directa. Entre las defunciones registradas bajo este rótulo el alcohol aparece como la sustancia de uso más frecuente (se observa en el 86,1% de las muertes), mientras que el tabaco (10,4%) y los estupefacientes (3,5%) presentan valores notablemente menores. A su vez, el 90,5% de estas muertes corresponde a varones, y una proporción también muy alta a los y las mayores de 40 años (93%), si bien se observan casos para todos los grupos etarios.

14. 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 2021.



Entre las muertes causadas por enfermedades neuropsiquiátricas, se registran en su gran mayoría casos de trastornos mentales y del comportamiento como consecuencia del consumo de drogas (83,6%), especialmente de alcohol. Mucho menos frecuentes son, en cambio, los casos de muertes por degeneración del sistema nervioso (2% con 4 casos) y por polineuropatías (0,5% con 1 caso). En relación con el consumo de sustancias de uso indebido, tampoco se han registrado casos para el año 2021.

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 2021.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TEM* |
|---|---------|---------|-------------|---------|------|
| Enf. neuropsiquiátricas relacionadas al consumo de drogas | 182,00 | 19,00 | 201,00 | 100,00 | 0,70 |
| Trastornos mentales y del comportamiento (alcohol) | 154,00 | 14,00 | 168,00 | 83,58 | |
| Trastornos mentales y del comportamiento (tabaco) | 17,00 | 4,00 | 21,00 | 10,45 | |
| Trastornos mentales y del comportamiento (estupefacientes) | 6,00 | 1,00 | 7,00 | 3,48 | |
| Trastornos mentales y del comportamiento (SUI - Sustancias de Uso Indebido) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| Degeneración del sistema nervioso (alcohol) | 4,00 | 0,00 | 4,00 | 1,99 | |
| Polineuropatía (alcohol) | 1,00 | 0,00 | 1,00 | 0,50 | |

* Cada 100.000 habitantes

2.1.5. Otras enfermedades¹⁵

Las muertes agrupadas bajo esta categoría, algunas asociadas de forma directa y otras de forma indirecta al consumo, suman 761 casos, todos atribuibles al consumo de alcohol, y representan el 5,6% del total de muertes relacionadas al consumo de drogas. En este grupo de causas de muerte hay una proporción marcadamente mayor de casos de varones (79%) que de mujeres (21%).

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 2021.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TEM* |
|--|---------|---------|-------------|---------|------|
| Total MRCD por otras enfermedades | 597,97 | 152,35 | 750,32 | 100,00 | 2,58 |
| Relacionadas al ALCOHOL | 597,97 | 152,35 | 750,32 | | 2,58 |
| Encefalopatía de Wernicke | 2,00 | 0,00 | 2,00 | 0,27 | 0,01 |
| Cardiomiopatía alcohólica | 2,00 | 0,00 | 2,00 | 0,27 | 0,01 |
| Gastritis alcohólica | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Enfermedad alcohólica del hígado | 428,00 | 53,00 | 481,00 | 64,11 | 1,65 |
| Pancreatitis crónica inducida por el alcohol | 1,00 | 0,00 | 1,00 | 0,13 | 0,00 |
| Diabetes mellitus | 74,35 | 47,55 | 121,90 | 16,25 | 0,42 |
| Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno | 7,10 | 3,50 | 10,60 | 1,41 | 0,04 |
| Pancreatitis aguda | 82,32 | 48,30 | 130,62 | 17,41 | 0,45 |
| Otras pancreatitis crónicas | 1,20 | 0,00 | 1,20 | 0,16 | 0,00 |
| Relacionadas a ESTUPEFACIENTES | 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

Un alto número de estas muertes, el 60,2%, se debieron a la enfermedad alcohólica del hígado, directamente asociable al consumo de alcohol. Esta enfermedad, además de ser la causa más frecuente dentro de la categoría “otras enfermedades”, se ubica como la sexta causa de muerte vinculada al consumo de drogas entre todas las enfermedades para el año 2021. Los 458 casos registrados implican una tasa específica de mortalidad de 1,56 personas cada 100.000 habitantes, y muestran un aumento en dicha medida

15. 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 tubulointesticiales 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.

conforme aumenta la edad, encontrando su pico máximo en el grupo etario de 55 a 59 años (tasa de 5,9). En la población de varones, la tasa específica de mortalidad por esta causa asciende a 2,8 casos cada 100.000 habitantes y a 11,1 para el grupo de edad de entre 55 y 59 años. Por otro lado, se corresponden a pancreatitis aguda el 19,6% de los casos y a diabetes mellitus el 17,3% de muertes por “otras enfermedades”.

2.2. Sobredosis

Las muertes por sobredosis relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas fueron 81 durante el año 2021¹⁶, lo que significa una tasa específica de mortalidad de 0,3 cada 100.000 personas y el 0,6% del total de muertes asociadas al consumo de drogas. Las muertes atribuidas a episodios de sobredosis se clasifican según la intención: accidentales, autoinfligidas intencionalmente (es decir, suicidios), o de intención no determinada. Se consideran y contabilizan las muertes por exposición al alcohol, a las sustancias de uso indebido (lo que incluye drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianos y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte¹⁷, otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo¹⁸, otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores¹⁹) y a los estupefacientes (narcóticos y psicodislépticos²⁰). Todos estos tipos de muertes son totalmente atribuibles al consumo de drogas, es decir, son casos de MRCD directa.

A partir de 2018 se dejaron de estimar en este estudio los casos de muertes indirectas por agresiones y accidentes de transporte dentro de la categoría “lesiones”. Estas causas de muerte no se encuentran incluidas en el ya mencionado “Protocolo para estimar la mortalidad directa relacionada al consumo de drogas” (CICAD-OEA). 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.

16. 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).

17. Incluye antidepresivos, barbitúricos, compuestos de la metacualona, derivados de la hidantoína, iminostilbenos, neurolépticos, psicoestimulantes, succidaminas y oxazolidinadonas, tranquilizantes.

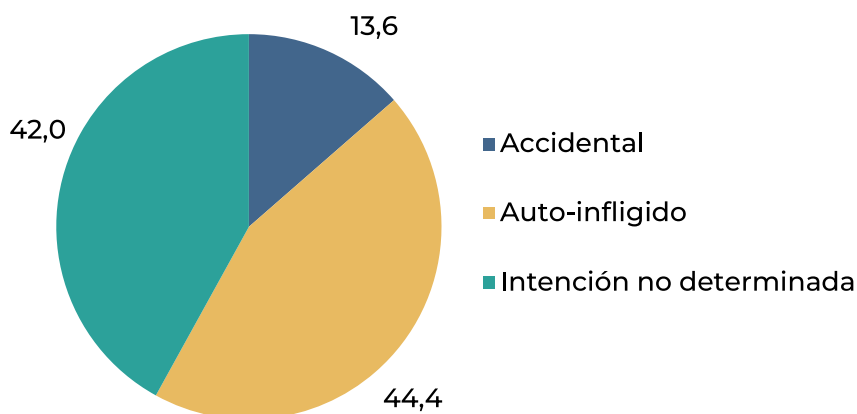
18. Incluye parasimpaticolíticos y espasmolíticos, parasimpaticomiméticos, simpaticolíticos, simpaticomiméticos.

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

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

Los envenenamientos ocurridos en 2021 fueron en su mayoría autoinfligidos (36 casos) y de intención no determinada (34 casos), mientras que los envenenamientos accidentales presentaron una proporción menor (11 casos).

Gráfico 9. Distribución porcentual de muertes por envenenamiento, según tipo de envenenamiento. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2021.



El 19,8% de las muertes por envenenamiento, sin distinción según su intencionalidad, refiere a personas de entre 30 y 34 años, seguido por los grupos etarios 40 a 44 años y 50 a 54 años (con el 14,8% de los casos en cada rango). Con relación al sexo de la persona fallecida, entre los casos de envenenamiento accidental y de intención no determinada se observa una mayor proporción de casos de varones (81,8% y 58,8% respectivamente). En cambio, dentro de los envenenamientos autoinfligidos las mujeres representan una proporción mayor, con el 77,8% de los casos.

Por otro lado, en el 86,1% de los casos de envenenamientos autoinfligidos las sustancias causantes del fallecimiento son las sustancias de uso indebido (SUI). En los casos de envenenamiento de intención no determinada estas sustancias representan también la mayor proporción de los casos (70,6%). En relación con las muertes por envenenamiento de tipo accidental, las sustancias asociadas a una mayor proporción son los estupefacientes, representando el 81,8% de los casos.

Gráfico 10. Distribución porcentual de muertes por envenenamiento según tipo de envenenamiento, por sustancia. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2021.

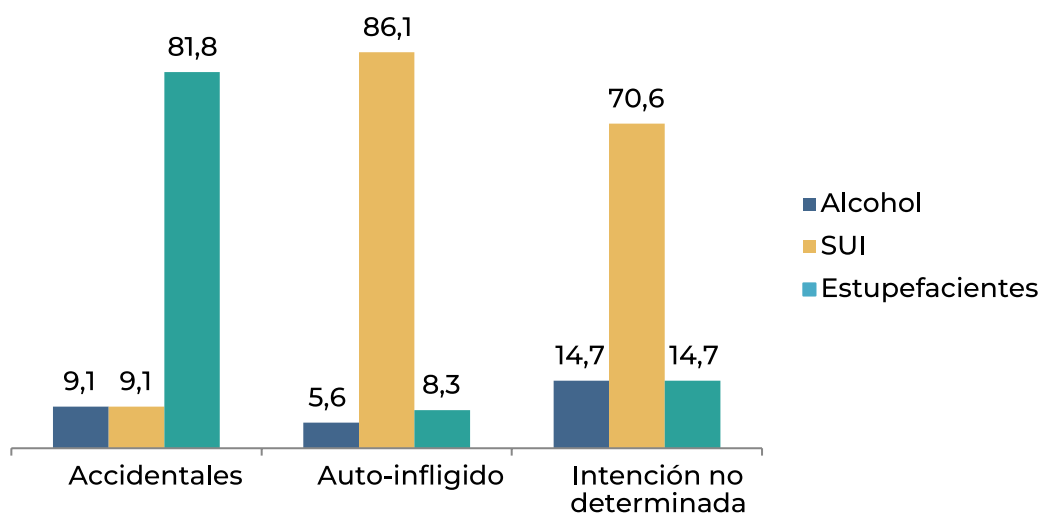


Tabla 9. Distribución absoluta y porcentual de muertes por otras enfermedades relacionadas al consumo de drogas, según causa de muerte. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2021.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TEM* |
|--|---------|---------|-------------|---------|------|
| Total MRCD por sobredosis | 37,00 | 44,00 | 81,00 | 0,59 | 0,28 |
| Envenenamiento accidental | 9,00 | 2,00 | 11,00 | 13,58 | 0,04 |
| por exposición al alcohol | 0,00 | 1,00 | 1,00 | 9,09 | |
| por exposición a SUI | 1,00 | 0,00 | 1,00 | 9,09 | |
| por exposición a estupefacientes | 8,00 | 1,00 | 9,00 | 81,82 | |
| Envenenamiento auto-infligido | 8,00 | 28,00 | 36,00 | 44,44 | 0,12 |
| por exposición al alcohol | 2,00 | 0,00 | 2,00 | 5,56 | |
| por exposición a SUI | 4,00 | 27,00 | 31,00 | 86,11 | |
| por exposición a estupefacientes | 2,00 | 1,00 | 3,00 | 8,33 | |
| Envenenamiento de intención no determinada | 20,00 | 14,00 | 34,00 | 41,98 | 0,12 |

* Cada 100.000 habitantes

3. Análisis por provincias

En este apartado se analizan los resultados de casos de muertes relacionadas al consumo de drogas según cada jurisdicción del país.

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 la 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 más frecuencia en 2021, tanto a nivel nacional como en cada provincia.

Por otro lado, al considerar los valores absolutos de estas muertes por provincia su distribución por lo general sigue a la de la población, por lo que las jurisdicciones más pobladas son las que presentan la mayor cantidad de defunciones: Buenos Aires, con el 42% de los casos (5.760), Santa Fe el 8% (1.102), Córdoba el 7,7% (1.053), y CABA el 6,8% (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 2021.

| Total MRCD por sobredosis | Tasa de MRCD* | | | % MRCD / total defunciones |
|--|---------------|---------|-------------|----------------------------|
| | Varones | Mujeres | Ambos sexos | |
| CABA | 67,41 | 28,38 | 47,18 | 14,39 |
| Buenos Aires | 72,05 | 30,19 | 50,99 | 12,55 |
| Catamarca | 45,42 | 19,83 | 32,73 | 8,06 |
| Córdoba | 59,82 | 26,44 | 42,99 | 11,74 |
| Corrientes | 60,24 | 25,17 | 42,46 | 10,60 |
| Chaco | 78,55 | 32,61 | 55,28 | 10,40 |
| Chubut | 48,91 | 21,80 | 35,52 | 10,78 |
| Entre Ríos | 63,27 | 25,11 | 44,08 | 12,03 |
| Formosa | 78,00 | 29,64 | 53,64 | 10,37 |
| Jujuy | 35,35 | 20,27 | 27,72 | 7,75 |
| La Pampa | 68,97 | 23,95 | 46,48 | 13,05 |
| La Rioja | 46,19 | 25,05 | 35,59 | 8,70 |
| Mendoza | 60,36 | 25,58 | 42,85 | 12,69 |
| Misiones | 86,90 | 39,09 | 62,92 | 16,07 |
| Neuquén | 74,58 | 24,17 | 49,27 | 11,87 |
| Río Negro | 54,45 | 23,83 | 39,16 | 10,08 |
| Salta | 54,81 | 21,16 | 37,78 | 10,79 |
| San Juan | 54,39 | 21,69 | 38,03 | 11,12 |
| San Luis | 72,46 | 23,17 | 47,81 | 12,00 |
| Santa Cruz | 49,17 | 19,72 | 34,98 | 10,09 |
| Santa Fe | 66,73 | 29,31 | 47,85 | 11,26 |
| Santiago del Estero | 49,08 | 20,23 | 34,59 | 8,25 |
| Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur | 38,55 | 23,00 | 30,96 | 11,49 |
| Tucumán | 51,20 | 23,71 | 37,32 | 9,35 |
| Total país | 65,86 | 27,80 | 46,68 | 11,85 |

* Cada 100.000 habitantes

En 2021, las provincias que registran las tasas más altas de mortalidad relacionada al consumo de drogas son: Misiones (62,9), Chaco (55,3), Formosa (53,6) y Buenos Aires (51). Además, las jurisdicciones de Neuquén, Santa Fe, San Luis y CABA presentan tasas superiores a la nacional (49,3; 47,9; 47,8 y 47,2 respectivamente). En relación con la distribución según sexo, las mayores tasas de MRCD en varones se encuentran en Misiones (86,9), Chaco (78,5), Formosa (78) y Neuquén (74,6). Por su parte, la tasa de MRCD en mujeres, tanto en cada provincia como a nivel nacional, es menor que la de varones encontrándose sus mayores valores en las jurisdicciones de Misiones (39,1), Chaco (32,6), Buenos Aires (30,2) y Formosa (29,6). Las tasas de MRCD más bajas para ambos sexos, por otro lado, se encuentran para este período en las provincias de Jujuy (27,7), Tierra del Fuego (31,0) y Catamarca (32,7).

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 2021.

| Total MRCD por sobre dosis | En % | | | | | | Todas las causas |
|----------------------------|-----------------------|------------------|-------------|---------------------|--------------------|----------|------------------|
| | Enfermedades crónicas | | | | | Lesiones | |
| | Neoplasias | Cardiovasculares | Infecciosas | Neuro-psiquiátricas | Otras Enfermedades | | |
| CABA | 40,55 | 44,21 | 12,33 | 0,00 | 2,81 | 0,11 | 928,17 |
| Buenos Aires | 33,83 | 46,25 | 15,54 | 0,61 | 3,44 | 0,33 | 5760,38 |
| Catamarca | 20,33 | 62,31 | 9,80 | 3,34 | 3,11 | 1,11 | 89,81 |
| Córdoba | 32,04 | 47,04 | 14,69 | 0,57 | 5,48 | 0,19 | 1053,33 |
| Corrientes | 43,29 | 36,29 | 11,65 | 2,29 | 6,49 | 0,00 | 306,03 |
| Chaco | 26,82 | 41,83 | 17,10 | 3,71 | 9,84 | 0,70 | 431,59 |
| Chubut | 47,48 | 29,82 | 8,52 | 3,39 | 10,11 | 0,68 | 147,31 |
| Entre Ríos | 46,04 | 36,31 | 10,16 | 0,00 | 6,74 | 0,76 | 396,04 |
| Formosa | 27,16 | 40,55 | 18,20 | 3,38 | 8,78 | 1,93 | 207,40 |
| Jujuy | 23,22 | 28,12 | 28,81 | 14,23 | 4,92 | 0,71 | 140,52 |
| La Pampa | 41,05 | 43,93 | 5,64 | 3,71 | 4,74 | 0,93 | 107,80 |
| La Rioja | 27,50 | 44,13 | 25,08 | 0,00 | 3,29 | 0,00 | 94,58 |
| Mendoza | 34,15 | 44,34 | 9,39 | 1,10 | 9,18 | 1,83 | 545,15 |
| Misiones | 27,39 | 47,99 | 15,95 | 3,12 | 5,35 | 0,20 | 512,78 |
| Neuquén | 28,98 | 28,80 | 4,31 | 5,54 | 30,52 | 1,85 | 216,48 |

| | | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|------|----------|
| Río Negro | 31,38 | 33,60 | 15,36 | 6,21 | 12,42 | 1,03 | 193,34 |
| Salta | 20,57 | 36,17 | 23,06 | 6,67 | 12,09 | 1,45 | 345,07 |
| San Juan | 27,93 | 49,69 | 12,05 | 2,61 | 6,15 | 1,56 | 191,90 |
| San Luis | 34,48 | 49,10 | 6,70 | 0,00 | 7,22 | 2,50 | 160,19 |
| Santa Cruz | 38,49 | 41,25 | 6,93 | 0,00 | 12,18 | 1,14 | 87,45 |
| Santa Fe | 42,17 | 33,37 | 18,31 | 0,27 | 5,06 | 0,82 | 1102,41 |
| Santiago del Estero | 26,20 | 50,52 | 16,89 | 0,46 | 5,01 | 0,91 | 219,23 |
| Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur | 30,23 | 34,65 | 9,51 | 10,45 | 12,55 | 2,61 | 38,26 |
| Tucumán | 25,56 | 49,17 | 15,48 | 3,66 | 5,40 | 0,73 | 410,23 |
| Total país | 33,90 | 43,57 | 14,93 | 1,47 | 5,55 | 0,59 | 13685,45 |

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

Del total de jurisdicciones analizadas, 17 presentan 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 4 de las provincias las neoplasias ocupan el primer lugar como causa de muerte, seguidas de las enfermedades cardiovasculares, en las otras tres provincias restantes se presentan distribuciones distintas a las ya mencionadas.

4. Conclusiones

El indicador mortalidad relacionada al consumo de drogas da cuenta de un aspecto específico de una problemática compleja y con múltiples dimensiones, al centrarse en su impacto epidemiológico sobre la salud de la población. Su importancia radica en la utilización que se haga del indicador como insumo para la toma de decisiones y la definición de políticas públicas, que habilita un campo de estudios específico. Este informe se propuso contribuir en aquel campo de estudios a través de la descripción del indicador en cuestión para el año 2021 en todo el territorio nacional.

Se estima que en 2021 hubo en Argentina 13.712 muertes atribuibles directa o indirectamente al consumo de sustancias psicoactivas. Estas muertes representan el 11,8% del total de muertes en 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 (81,5%) o de alcohol (17,2%), al tiempo que son más frecuentes los casos registrados en personas de sexo masculino y mayores de 50 años.

Las muertes relacionadas al consumo de drogas son, en mayor proporción, causadas por enfermedades cardiovasculares (43,6% y 20,3 casos cada 100.000 habitantes) y por neoplasias (33,9% con 15,8 casos cada 100.000 habitantes), ambas causas de estimación indirecta. Entre las sobredosis más frecuentes como causa de muerte se encuentran los envenenamientos de intención no determinada, causados en su mayoría (86,1%) por exposición a sustancias de uso indebido.

A nivel de las provincias, aquellas que registraron tasas brutas de mortalidad relacionada al consumo de drogas más altas en el año 2021 fueron Misiones (62,9), Chaco (55,3), Formosa (53,6) y Buenos Aires (51).

5. Bibliografía

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/msbalcinuries.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: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cra/en/30

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.gov.ar/Publicaciones/Archivos/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.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro56.pdf>

Ministerio de Salud / Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Argentina. (2022). Indicadores Básicos 2020. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/indicadores>

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: 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/wpcontent/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. (2024). Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2020.

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: Polineuropatía 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, antiparkinsonianas 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) |

| |
|--|
| X63: Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónoma (c) |
| 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, succidaminas y oxazolidinadonas, 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...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.

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 $\{P (OR-1) / [P (OR-1) + 1]\} \times 100\%$, donde OR es la tasa de probabilidades y P es la prevalencia.

22. Castillo-Carniglia et al., 2013.

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.

Tabla 3. 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).

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 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 2. 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 12. Cantidad de muertes relacionadas al consumo de drogas por provincia, 15 a 64 años, Argentina 2021.

| Total MRCD por sobredosis | Tasa de MRCD* | | |
|---------------------------|---------------|---------|-------------|
| | Varones | Mujeres | Ambos sexos |
| CABA | 639 | 289 | 928 |
| Buenos Aires | 4045 | 1716 | 5760 |
| Catamarca | 63 | 27 | 90 |
| Córdoba | 727 | 326 | 1053 |
| Corrientes | 214 | 92 | 306 |
| Chaco | 303 | 129 | 432 |
| Chubut | 103 | 45 | 147 |
| Entre Ríos | 283 | 113 | 396 |
| Formosa | 150 | 58 | 207 |
| Jujuy | 89 | 52 | 141 |
| La Pampa | 80 | 28 | 108 |
| La Rioja | 61 | 33 | 95 |
| Mendoza | 381 | 164 | 545 |
| Misiones | 353 | 160 | 513 |
| Neuquén | 163 | 53 | 216 |
| Río Negro | 135 | 59 | 193 |
| Salta | 247 | 98 | 345 |
| San Juan | 137 | 55 | 192 |
| San Luis | 121 | 39 | 160 |
| Santa Cruz | 64 | 24 | 87 |
| Santa Fe | 762 | 340 | 1102 |
| Santiago del Estero | 155 | 64 | 219 |
| Tierra del Fuego e | 38,55 | 23,00 | 30,96 |
| Islas del Atlántico Sur | 24 | 14 | 38 |
| Tucumán | 279 | 132 | 410 |
| Otro país | 6 | 1 | 7 |
| Ignorado | 15 | 5 | 20 |
| Total país | 9597 | 4115 | 13712 |

Sedronar

Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina



**Ministerio
de Salud**
República Argentina