

Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas.

Argentina 2017

Sedronar

Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina

Secretario de Estado

Mg. Roberto Moro

Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas

Dra. María Verónica Brasesco

Coordinación de Epidemiología

Dra. Ernestina Rosendo

Investigadora

Lic. Clara Kimsa

Marzo 2019

Índice

| | |
|---|-----------|
| 1. Introducción | 3 |
| 1.1. Definiciones conceptuales y especificaciones metodológicas | 4 |
| 1.2. Ficha técnica del estudio | 5 |
| 2. Análisis según causa de muerte..... | 7 |
| 2.1. Enfermedades crónicas | 9 |
| 2.1.1 Cánceres..... | 9 |
| 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. Causas externas: lesiones | 19 |
| 2.2.1. Sobredosis..... | 19 |
| 2.2.2. Otras lesiones..... | 22 |
| 3. Análisis por provincias..... | 24 |
| 3.1 Análisis por provincias..... | 24 |
| 3. Conclusiones | 28 |
| 4. Bibliografía..... | 29 |
| Anexo A | 33 |
| Anexo B..... | 37 |
| Anexo C..... | 40 |

Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas, Argentina 2017

1. Introducción

Los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas constituyen en la actualidad un intenso campo de discusión, intervención y movilización política y 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. Ello plantea un desafío para la sistematización y producción de información, en tanto requiere que para aportar al diseño e implementación de políticas públicas se reconozcan 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 2017. 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 exponen las definiciones conceptuales y especificaciones metodológicas pertinentes¹. En el segundo capítulo se presentan los resultados del Indicador de Mortalidad Relacionada al Consumo de Drogas para el año 2017 según causa de muerte, incorporando el análisis por sexo, grupo de edad y sustancia (tabaco, alcohol, sustancias de uso indebido y estupefacientes). Finalmente, en el último capítulo

¹ Una breve revisión del estado del arte, que inscribe el presente estudio en el campo de los estudios epidemiológicos, puede leerse en el anteriormente publicado: OAD (2017) Mortalidad relacionada al consumo de drogas, 2014.

se analizan y presentan los resultados según tasas brutas de mortalidad por provincia.

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. 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. De esta manera, 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, como ser por ejemplo las muertes por envenenamiento o por exposición a narcóticos y alucinógenos o a otras sustancias (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).

1.2. 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 2017 en Argentina. Sus objetivos específicos son tanto establecer la distribución por sexo y grupos etarios, como describir su distribución entre las 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 2017 en todo el territorio argentino. Al ser un estudio con estrategia de registro administrativo o 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 indebido² y estupefacientes³. 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”⁴ 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

² Las sustancias de uso indebido incluyen psicofármacos, solventes y otros inhalantes.

³ Los estupefacientes incluyen: narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos] como ácido lisérgico (LSD), cannabis (derivados), cocaína, codeína, heroína, mescalina, metadona, morfina, opio (alcaloides).

⁴ 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.

en el tiempo⁵. 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 de causas de muertes directas e indirectas completos.

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).

De todas maneras, la utilización de los certificados provenientes del Registro Nacional aporta una serie de ventajas, razón por la 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. Se han calculado las defunciones para el grupo entre los 15 y 64 años en todo el país y por provincia para las variables “sexo” y “edad” (grupos quinquenales), como así 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. Estas tasas pueden compararse entre una zona geográfica y otra y entre un período de tiempo y otro.

⁵ 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.

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).

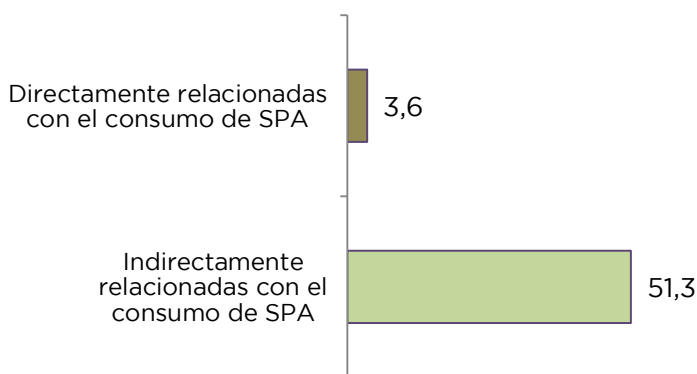
2. Análisis según causa de muerte

Durante el año 2017 se registraron 81.114 muertes de personas entre 15 y 64 años, de las cuales el 63% corresponde a varones (esto es, 51.143 casos) y el 36,8% a mujeres (29.815 casos). Esto se traduce, a su vez, en una tasa bruta de mortalidad de 287,13 casos cada 100.000 habitantes de ese grupo etario.

Las muertes relacionadas con el consumo de drogas en la población de 15 a 64 años para el año 2017 se estimaron en 15.500 casos. Ello representa el 19,1% de las muertes totales para ese grupo de edad y una tasa bruta de mortalidad de 54,9 cada 100.000 habitantes, para el mismo período.

Del total de estas muertes una gran parte corresponde a varones, significando el 69,4% y una tasa bruta de 77 cada 100.000 habitantes, frente al 30,6% de defunciones femeninas y su correspondiente tasa bruta de 33,3 casos cada 100.000 habitantes⁷⁷.

Gráfico 1. Tasa bruta de MRCD cada 100.000 habitantes, según causas directas o indirectamente relacionadas al consumo de SPA.



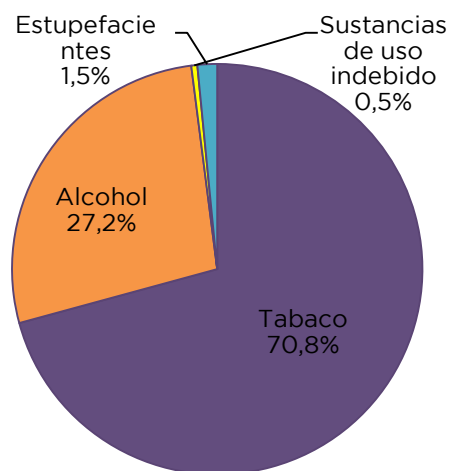
El indicador de mortalidad relacionada al consumo de drogas se desglosa en aquellas muertes cuya relación con el consumo es atribuible de manera directa y otras cuya estimación se realiza indirectamente, tal como fuera indicado en el apartado metodológico del informe. En ese sentido, se observa que sólo el 6,5% del total de las muertes

relacionadas al consumo de drogas es totalmente atribuible a dicha exposición, mientras que el 93,5% 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: 10.968 (70,8%) defunciones están relacionadas a su consumo. El 27,2% (4.217 casos), por otro lado, está atribuido al consumo de alcohol, mientras que los estupefacientes y las sustancias de uso indebido presentan frecuencias menores: 1,5% (240 casos) y 0,5% (74 casos) respectivamente.

⁷⁷ 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 2017.



Respecto a la distribución de los casos según causa de muerte, una primera observación indica que el 91,8% de los casos corresponde a enfermedades crónicas asociadas a un consumo habitual, y que el 8,2% refiere a lesiones (o causas externas). Entre las enfermedades crónicas, las cardiovasculares son aquellas con mayor cantidad y proporción de casos (42,9%), seguidas por las neoplasias o cánceres (38,5%), y las enfermedades infecciosas (10,3%). Las enfermedades neuro-psiquiátricas y otras enfermedades presentan proporciones menores (1,8% y 6,5% respectivamente).

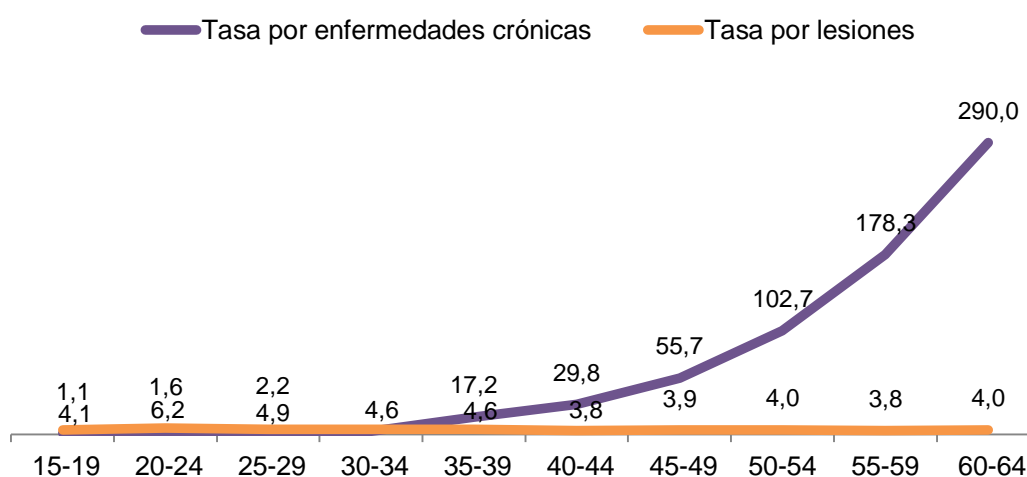
Tabla 1. Distribución absoluta, porcentual y tasa específica de MRCD, según causa de muerte. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2017.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TEM* |
|--------------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| E. Cardiovasculares | 4036 | 2072 | 6108 | 39,4 | 21,62 |
| Neoplasias | 3825 | 1655 | 5480 | 35,4 | 19,40 |
| Enf. Infecciosas | 912 | 551 | 1463 | 9,4 | 5,18 |
| Lesiones | 1001 | 269 | 1270 | 8,2 | 4,49 |
| Otras enfermedades | 745 | 177 | 922 | 6,0 | 3,27 |
| Enf. neuro-psiquiátricas | 230 | 26 | 256 | 1,7 | 0,91 |
| TOTAL MRCD | 10749 | 4750 | 15500 | 100,0 | 54,9 |

* Cada 100.000 habitantes.

La tasa bruta de MRCD presenta valores más altos a medida que aumenta la edad. Sin embargo, se observan variaciones importantes según la causa de muerte haya sido por enfermedades crónicas o por lesiones. Mientras que la tasa de muertes causadas por enfermedades crónicas presenta la mayor acumulación de casos del mismo modo que la tendencia central, aumentando marcadamente a partir de los 40 años, la tasa de defunciones ocasionadas por lesiones se desempeña de manera distinta, siendo más pareja en todos los grupos etarios, y más marcada entre los 20 y los 35 años.

Gráfico 3. Tasa específica de MRCD cada 100.000 habitantes, según tipo de causa de muerte y grupo de edad. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2017.



Finalmente, las tres primeras causas de MRCD más frecuentes durante 2017 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: enfermedad cardiopulmonar y de circulación pulmonar y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, e influenza y neumonía.

2.1. Enfermedades crónicas

2.1.1 Cánceres⁸

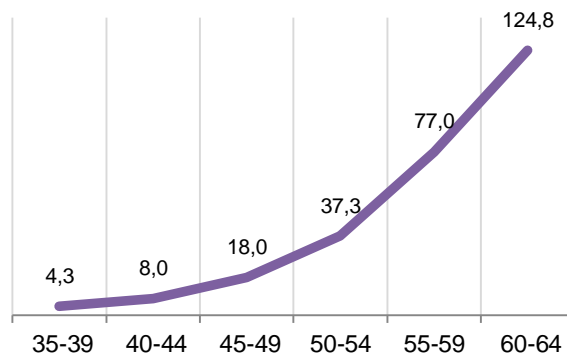
⁸ Las neoplasias o cánceres son enfermedades asociadas a la presencia de masas anormales de tejido que crecen de forma incontrolada, excesiva, autónoma e irreversible, superando a los tejidos normales en velocidad de crecimiento y que poseen rasgos funcionales y morfológicos diferentes a los de sus precursoras

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 5.480 en 2017, lo que representa el 35,4% del total de las muertes por consumo de drogas, y una tasa específica de mortalidad de 19,4 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, (69,8%), refiere al sexo masculino, aunque cabe recordar que las prevalencias de consumo, tanto de tabaco como de alcohol, son más altas para los varones que para las mujeres¹⁰.

Gráfico 4. Tasa específica de mortalidad por neoplasias relacionadas al consumo de drogas. Total país, 35 a 64 años, Argentina 2017.



De modo general, los casos de neoplasias relacionadas al consumo de drogas ubican al **tabaco** como la primera en peso relativo (83,2%), seguida por el alcohol (16,8%). Esto implica, a su vez, que en 2017 16,1 personas cada 100.000 murieron por cánceres asociados al consumo de tabaco. Entre estas muertes asociadas al consumo de tabaco, más de la mitad (59,2%) refiere a tumores malignos de la tráquea, los bronquios y el pulmón.

(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 2017.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TBM |
|--|---------|---------|-------------|---------|------|
| Neoplasias relacionadas al TABACO | 3175,4 | 1382,7 | 4558,1 | 100,0 | 16,1 |
| Labio, cavidad oral y faringe | 185,9 | 66,2 | 252,1 | 5,5 | 0,9 |
| Esófago | 272,0 | 89,5 | 361,5 | 7,9 | 1,3 |
| Páncreas | 216,8 | 165,5 | 382,3 | 8,4 | 1,4 |
| Laringe | 230,1 | 23,6 | 253,7 | 5,6 | 0,9 |
| Tráquea, bronquios y pulmón | 1935,6 | 763,0 | 2698,6 | 59,2 | 9,6 |
| Cuello del útero | 0,0 | 234,4 | 234,4 | 5,1 | 0,8 |
| Riñón y pelvis renal | 225,5 | 21,0 | 246,5 | 5,4 | 0,9 |
| Vejiga urinaria | 109,4 | 19,5 | 129,0 | 2,8 | 0,5 |

Dentro de las neoplasias asociadas al consumo de drogas, el 16,8% restante es atribuido al consumo de **alcohol**. Estos casos presentan, por su parte, mayores frecuencias de tumores malignos del esófago (41,9%).

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 2017.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TBM |
|---|---------|---------|-------------|---------|-----|
| Neoplasias relacionadas al ALCOHOL | 650,1 | 272,2 | 922,3 | 100,0 | 3,3 |
| TM del labio, cavidad oral y faringe | 171,5 | 64,3 | 235,8 | 25,6 | 0,8 |
| TM del esófago | 280,8 | 105,8 | 386,5 | 41,9 | 1,4 |
| TM del estómago | 134,2 | 69,8 | 204,0 | 22,1 | 0,7 |
| TM del hígado y de las vías biliares intrahepáticas | 63,6 | 32,4 | 96,0 | 10,4 | 0,3 |

2.1.2. Enfermedades cardiovasculares¹¹

La totalidad de estas muertes, en tanto 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 6.108 personas murieron por enfermedades cardiovasculares atribuibles al consumo de drogas en el año 2017, representando el 39,4% 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 (66%).

Gráfico 5. Tasa específica de mortalidad por neoplasias relacionadas al consumo de drogas. Total país, 35 a 64 años, Argentina 2017.

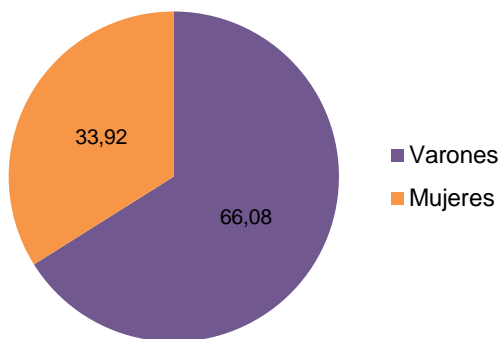
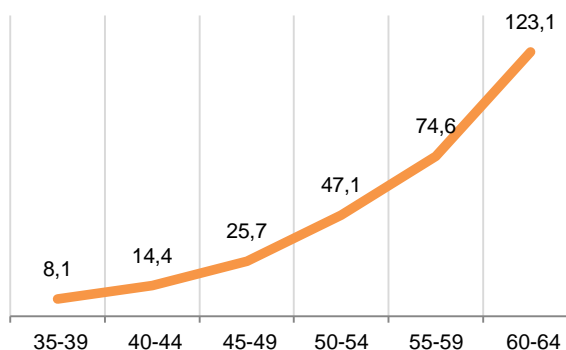


Gráfico 6. Tasa específica de mortalidad por enfermedades cardiovasculares relacionadas al consumo de drogas. Total país, 35 a 64 años,



Casi la totalidad de las enfermedades cardiovasculares asociadas al consumo de drogas son atribuibles al **tabaco**, superando el 85% entre esta causa de defunción (una tasa específica de mortalidad de 18,5 cada 100.000 personas). Entre las muertes atribuidas al consumo de tabaco, el 40,4% corresponde a enfermedades isquémicas del corazón, y el 32,2% a enfermedades cerebrovasculares

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.

Tabla 4. Distribución absoluta, porcentual y tasa específica de muertes por enfermedades cardiovasculares relacionadas al consumo de tabaco, según tipo de tumor maligno. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2017.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TBM |
|--|---------|---------|-------------|---------|------|
| E. cardiovasculares relacionadas al TABACO | 3788,1 | 1448,5 | 5236,6 | 33,8 | 18,5 |
| Enfermedades isquémicas del corazón | 1682,9 | 434,1 | 2116,9 | 40,4 | 7,5 |
| Enfermedades cardíacas reumáticas y fiebres reumáticas | 870,6 | 293,1 | 1163,6 | 22,2 | 4,1 |
| Enfermedades cerebrovasculares | 1043,6 | 644,1 | 1687,7 | 32,2 | 6,0 |
| Aneurisma y disección aórticos | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Hipertensión arterial | 72,4 | 28,0 | 100,4 | 1,9 | 0,4 |
| Enfermedades hipertensivas | 94,9 | 35,2 | 130,1 | 2,5 | 0,5 |
| Otras enfermedades del sistema circulatorio | 20,5 | 13,7 | 34,3 | 0,7 | 0,1 |
| Aterosclerosis | 3,2 | 0,4 | 3,6 | 0,1 | 0,0 |

El 7,7% de las enfermedades cardiovasculares bajo análisis es atribuible al consumo de **alcohol**, conformado en gran parte por enfermedades cerebrovasculares y en una menor proporción por hipertensión arterial.

Tabla 5. Distribución absoluta, porcentual y tasa específica de muertes por enfermedades cardiovasculares relacionadas al consumo de alcohol, según tipo de tumor maligno. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2017.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TBM |
|---|---------|---------|-------------|---------|-----|
| E. Cardiovasculares relacionadas al ALCOHOL | 247,7 | 623,6 | 871,3 | 5,6 | 3,1 |
| Enfermedades cerebrovasculares | 169,6 | 609,6 | 779,2 | 89,4 | 2,8 |
| Hipertensión arterial | 78,1 | 14,0 | 92,1 | 10,6 | 0,3 |

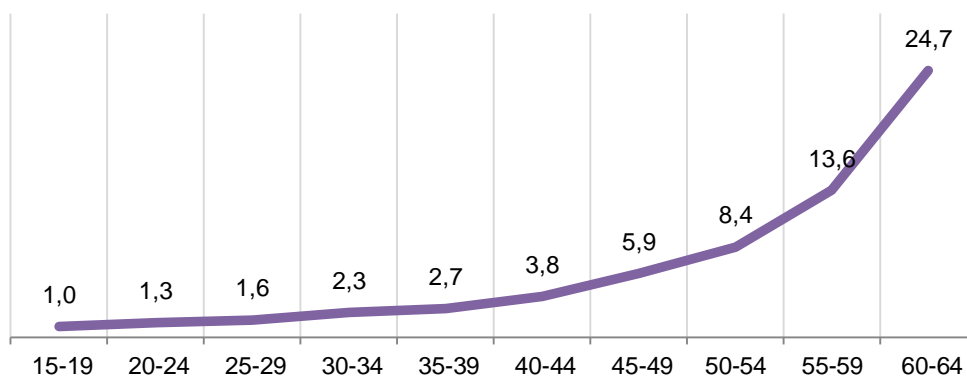
2.1.3. Enfermedades infecciosas¹²

Todas 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.

Las muertes por enfermedades infecciosas relacionadas al consumo de drogas se estiman en 1.463 casos, lo que representa el 9,44% del total de las muertes atribuibles a esta práctica.

A nivel general, el 62,33% de los casos refiere a varones y cerca 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 9 de cada 10 de estas muertes están relacionadas al consumo de tabaco (77,2%) y alcohol (14,4%), mientras que los estupefacientes se asocian a porciones menores (8,4%).

Gráfico 7. Tasa de mortalidad específica por enfermedades infecciosas relacionadas al consumo de drogas. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2017.



¹² Las enfermedades infecciosas son causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos. Estas enfermedades pueden transmitirse, directa o indirectamente, de una persona a otra. En este estudio las enfermedades infecciosas bajo análisis se agrupan en, por un lado, enfermedades del sistema respiratorio (infecciones agudas de las vías respiratorias superiores e inferiores, e influenza y neumonía) y, por otro, enfermedades por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

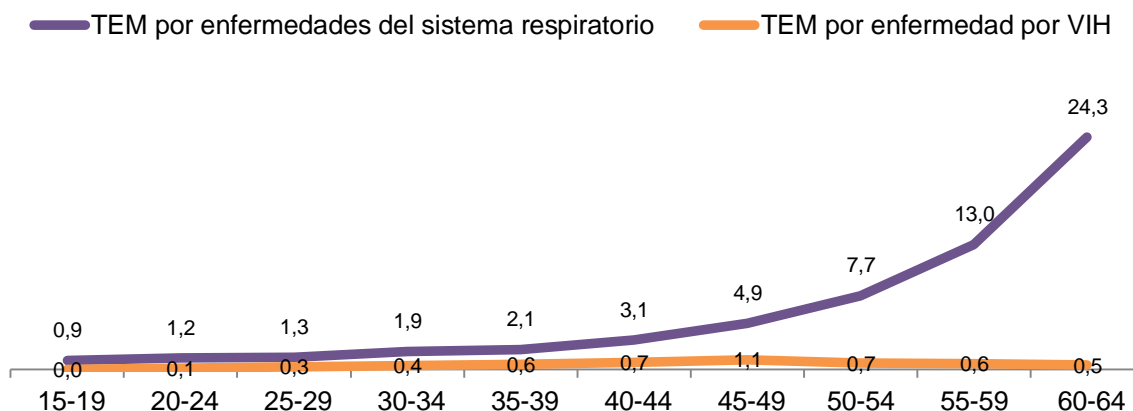
Tabla 6. Distribución absoluta, porcentual y tasa específica de muertes por enfermedades infecciosas relacionadas al consumo de drogas, según causa de muerte. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2017.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TBM |
|--|------------|------------|-------------|---------|-----|
| Enf. Infecciosas relacionadas al consumo (total) | 912 | 551 | 2595 | 100,0 | 9,2 |
| Relacionadas al TABACO | 700 | 432 | 2264 | 87,2 | 8,0 |
| Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores | 0 | 0 | 1132 | | |
| Influenza y neumonía | 599 | 395 | 994 | | |
| Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores | 101 | 37 | 138 | | |
| Relacionadas al ALCOHOL | 122 | 79 | 201 | 7,8 | 0,7 |
| Influenza y neumonía | 79 | 201 | 122 | | |
| Relacionadas a ESTUPEFACIENTES | 90 | 40 | 130 | 5,0 | 0,5 |
| Enfermedad por VIH | 40 | 130 | 145 | | |

En este informe, las enfermedades infecciosas se agrupan en enfermedades del sistema respiratorio (infecciones agudas de las vías respiratorias superiores e inferiores, e influenza y neumonía) y, enfermedades por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Entre ellas, las enfermedades del sistema respiratorio representan el 95%, asociadas en gran parte al consumo de tabaco; mientras que las muertes causadas por el VIH son el 5%, todas referidas al consumo de estupefacientes.

Adicionalmente, una observación atenta a los grupos etarios presenta dos patrones distintos: a diferencia de las muertes por enfermedades del sistema respiratorio, que se concentran en edades mayores (de forma similar que las cardiovasculares y neoplasias), en el caso de las defunciones por VIH asociadas al consumo de estupefacientes la tasa de mortalidad específica se presenta en todos los grupos etarios pero con valores mayores en edades más jóvenes, sobre todo entre los 35 y 49 años.

Gráfico 8. 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 2017.



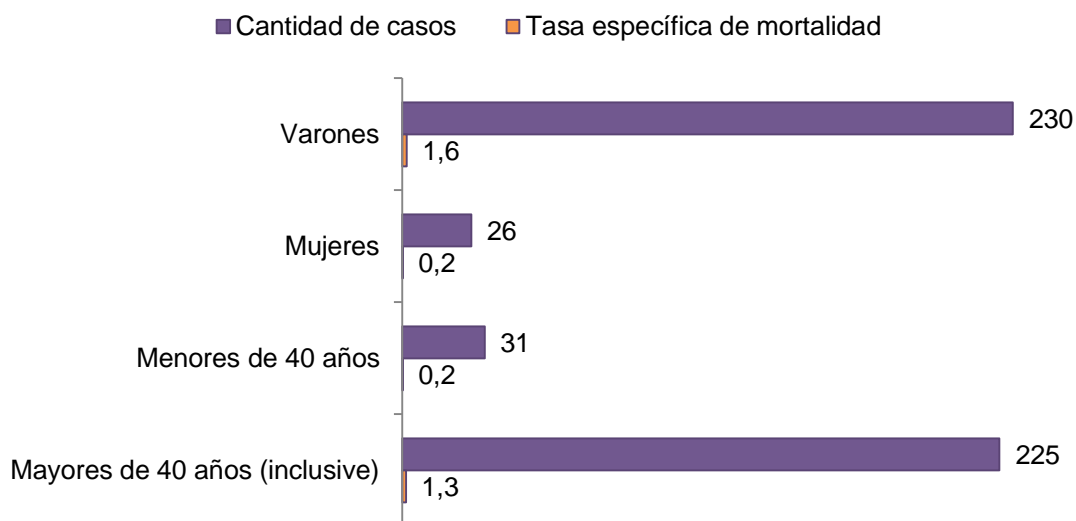
2.1.4. Enfermedades neuro-psiquiátricas¹³

Las muertes atribuibles al consumo de drogas por enfermedades neuro-psiquiátricas fueron 256 en el año 2017, lo que representa el 1,7% del total de las muertes por consumo de drogas, y una tasa específica de mortalidad de 0,91 cada 100.000 habitantes.

Las muertes por enfermedades neuro-psiquiátricas atribuibles al consumo de drogas son muertes directas, es decir, 100% 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 80,9% de las muertes relacionadas al consumo de drogas por este tipo de enfermedades). El tabaco (16%) y los estupefacientes (3,1%) presentan valores menores. A su vez, el 89,8% de estas muertes corresponde a varones, y una proporción similar a mayores de 40 años, si bien se observan casos para todos los grupos etarios.

¹³ Las enfermedades neuro-psiquiátricas 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 9. Número de casos y tasa específica de mortalidad relacionada al consumo de drogas por enfermedades neuro-psiquiátricas según sexo y grupo etario. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2017.



Con la excepción de 1 caso (causado por degeneración del sistema nervioso), estas muertes se registran en su mayoría como causadas por trastornos mentales y del comportamiento como consecuencia del consumo de drogas, especialmente el alcohol. No se ha registrado ninguna defunción por causa de poli neuropatía alcohólica.

Tabla 7. Distribución absoluta y porcentual de muertes por enfermedades neuro-psiquiátricas relacionadas al consumo de drogas, según tipo de causa de muerte. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2017.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | Total % | TBM |
|---|---------|---------|-------------|---------|-----|
| Enf. neuro-psiquiátricas relacionadas al consumo de drogas | 230 | 26 | 256 | 100,0 | 0,9 |
| Trastornos mentales y del comportamiento (alcohol) | 189 | 17 | 206 | 80,5 | |
| Trastornos mentales y del comportamiento (tabaco) | 34 | 7 | 41 | 16,0 | |
| Trastornos mentales y del comportamiento (estupeficientes) | 6 | 2 | 8 | 3,1 | |
| Trastornos mentales y del comportamiento (SUI ¹⁴) | 0 | 0 | 0 | 0,0 | |
| Degeneración del sistema nervioso (alcohol) | 1 | 0 | 1 | 0,4 | |
| Poli neuropatía (alcohol) | 0 | 0 | 0 | 0,0 | |

¹⁴ Sustancias de uso indebido (SUI)

2.1.5. Otras enfermedades¹⁵

Las muertes agrupadas en esta categoría, algunas asociadas de forma directa y otras de forma indirecta al consumo, suman 922 casos, todos atribuibles al consumo de alcohol, excepto 1 caso relacionado al consumo de estupefacientes, y representan el 6% del total de las muertes relacionadas con el consumo de drogas. En este grupo de causas de muerte hay una mayor proporción de casos de varones (80,8%) que de mujeres (19,2%).

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 2017.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | TBM |
|--|---------|---------|-------------|-----|
| Total MRCD por otras enfermedades | 747 | 177 | 925 | 3,3 |
| Relacionadas al ALCOHOL | 746 | 177 | 924 | 3,3 |
| Encefalopatía de Wernicke | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Cardiomiopatía alcohólica | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Gastritis alcohólica | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Enfermedad alcohólica del hígado | 575 | 70 | 645 | 2,3 |
| Pancreatitis crónica inducida por el alcohol | 2 | 0 | 2 | 0,0 |
| Diabetes mellitus | 73 | 53 | 126 | 0,4 |
| Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno | 9 | 4 | 13 | 0,0 |
| Pancreatitis aguda | 84 | 51 | 135 | 0,5 |
| Otras pancreatitis crónicas | 2 | 0 | 2 | 0,0 |
| Relacionadas a ESTUPEFACIENTES | 1 | 0 | 1 | 0,0 |
| Afecciones tubulares y tubulointersticiales | 1 | 0 | 1 | 0,0 |

Una porción de estas muertes (69,8%, con una tasa específica de 2,3 cada 100.000 personas) son por enfermedad alcohólica del hígado. Por otro lado, entre el 13% y el 14% del total casos de muertes por “otras enfermedades” corresponden a diabetes mellitus y a pancreatitis aguda, ambas también asociadas al consumo de alcohol.

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

¹⁵ El grupo de causas de muertes agrupadas bajo “otras enfermedades” comprende diversas afecciones 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.

octava causa de muerte con mayor frecuencia en 2017. Los 645 casos registrados bajo este rótulo implican una tasa específica de mortalidad de 2,3 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 4,1 casos cada 100.000 habitantes, y a 17,4 para el grupo de edad más avanzada.

2.2. Causas externas: lesiones

Las muertes por lesiones –también denominadas “causas externas”– relacionadas al consumo de drogas incluyen muertes por sobredosis¹⁶, accidentes de transporte y homicidios y presentan perfiles epidemiológicos diferentes a los analizados en el apartado precedente de enfermedades crónicas. Dentro de este grupo, pueden distinguirse muertes totalmente atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas, como las muertes por sobredosis, de tipo accidental o intencional, y muertes parcialmente asociadas al consumo de drogas, como las muertes por homicidios o agresiones y por accidentes de transporte¹⁷.

Las muertes por lesiones relacionadas al consumo de drogas se estimaron en 1.270 casos para el año 2017. Ello representa el 8,2% de las muertes relacionadas al consumo de drogas totales para el mismo período.

2.2.1. 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 parte,¹⁸ otras drogas que actúan sobre el

¹⁶ Denominadas envenenamientos en el CIE-10.

¹⁷ Como se ha señalado anteriormente, las muertes indirectas se estiman utilizando fracciones atribuibles (FA). En el caso de muertes por accidentes de transporte y homicidios, en lugar de FA se utilizan los porcentajes de asociación que se han calculado con los resultados del estudio “El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia” (SEDRONAR/OAD). Para más detalle ver **Anexo B**.

¹⁸ Incluye antidepresivos, barbitúricos, compuestos de la metacualona, derivados de la hidantoína, iminoestilbenos, neurolépticos, psicoestimulantes, succidaminas y oxazolidinadonas, tranquilizantes.

sistema nervioso autónomo,¹⁹ otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores)²⁰ y a los estupefacientes (narcóticos y psicodislépticos).²¹ Estas 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 100²² durante el año 2017, lo que significa el 0,6% del total de muertes asociadas al consumo de drogas, y una tasa específica de mortalidad de 0,4 cada 100.000 personas.

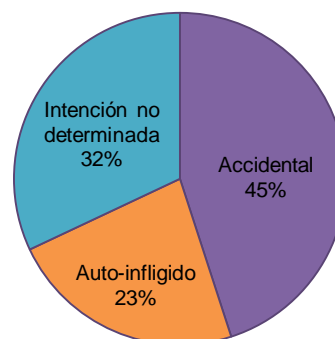
Los envenenamientos ocurridos en 2017 fueron en su mayoría de tipo accidentales (45 casos). Aquellos de intención no determinada y los auto-infligidos suman 32 y 23 casos respectivamente.

La mayor porción de muertes por envenenamiento (el 40%) sin distinción según su intencionalidad refiere a personas entre los 30 y los 39 años, con mayor concentración de frecuencias (22) en el grupo entre los 35 y 39 años.

Según el género de la persona fallecida, se observa que en los envenenamientos de tipo auto-infligido o de intención no determinada las mujeres presentan una proporción mayor de casos (cerca del 56% en ambas categorías). Respecto a los envenenamientos accidentales, en cambio, los casos de varones representan el 82,2%.

Por otro lado, en la 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 cada 10 muertes se asocian a este grupo de sustancias, y sólo el 8,7% se atribuye al consumo de estupefacientes. Dentro de los segundos, a los asociados a sustancias de uso

Gráfico 10. Distribución porcentual de muertes por envenenamiento, según tipo de envenenamiento. Argentina 2017.



¹⁹ Incluye parasimpaticolíticos y espasmolíticos, parasimpaticomiméticos, simpaticolíticos, simpaticomiméticos.

²⁰ Incluye benceno y homólogos, clorofluorocarbonados, petróleo (derivados) y tetracloruro de carbono.

²¹ Incluye ácido lisérgico, cannabis (derivados), cocaína, codeína, heroína, mezcalina, metadona, morfina, opio (alcaloides).

²² 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).

indebido (84,4%) les siguen los casos de sobredosis de estupefacientes (9,4%) y de alcohol (6,3%). Las muertes por envenenamiento accidental, por su parte, son en proporciones similares ocasionados por el consumo de alcohol y de estupefacientes, y en menor medida por el de sustancias de uso indebido.

Gráfico 11. Distribución porcentual de muertes por envenenamiento según tipo de envenenamiento, por sexo y sustancia. Total país, Argentina 2017.

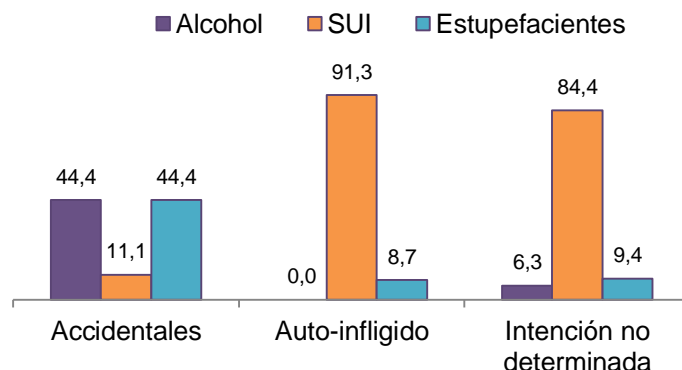


Tabla 9. Distribución absoluta y porcentual de muertes por otras enfermedades relacionadas al consumo de drogas, según causa de muerte. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2017.

| Causa de muerte | Varones | Mujeres | Ambos sexos | TBM |
|--------------------------------------|---------|---------|-------------|-----|
| Total MRCD por sobredosis | 61 | 39 | 100 | 0,4 |
| Envenenamiento accidental | 37 | 8 | 45 | 0,2 |
| Por exposición al alcohol | 17 | 3 | 20 | |
| Por exposición al SUI | 4 | 1 | 5 | |
| Por exposición a estupefacientes | 16 | 4 | 20 | |
| Envenenamiento intencional | 10 | 13 | 23 | 0,1 |
| Por exposición al alcohol | 0 | 0 | 0 | |
| Por exposición al SUI | 8 | 13 | 21 | |
| Por exposición a estupefacientes | 2 | 0 | 2 | |
| Envenenamiento no intencional | 14 | 18 | 32 | 0,1 |
| Por exposición al alcohol | 1 | 1 | 2 | |
| Por exposición al SUI | 10 | 17 | 27 | |
| Por exposición a estupefacientes | 3 | 0 | 3 | |

2.2.2. Otras lesiones

El grupo de causas de muerte “otras lesiones” incluye defunciones por accidentes de transporte y por agresiones²³. Se las considera causas de muerte parcialmente atribuibles al consumo de drogas, y se las asocia a la ingesta de alcohol, sustancias de uso indebido, y estupefacientes. Los datos presentados a continuación no son total ni directamente imputables al consumo de alguna droga, sino producto de una estimación basada en porcentajes de asociación contruidos a partir de estudios realizados sobre la población asistente a salas de emergencia, y, por ello, no establecen relaciones causales ni un cálculo acabado del fenómeno sino una aproximación parcial.

Las muertes causadas por accidentes de transporte y asociadas al consumo de drogas se estiman en 705 casos, lo que implica una tasa específica de mortalidad de 2,5 cada 100.000 habitantes y el 4,5% sobre el total de las muertes relacionadas al consumo. La mayoría de esas muertes refieren a varones (79,9%) y a menores de 35 años (53,2%). En ambos sexos y en todas las edades el alcohol es la sustancia asociada a la mayor cantidad de casos (al 93% de ellos), seguido por los estupefacientes y, finalmente, las sustancias de uso indebido.

²³ Contempla aquellas lesiones ocasionadas en una persona por parte de otra, con intento de lesionar o matar, sin distinción del medio.

Gráfico 12. Distribución porcentual de muertes por accidentes de tránsito relacionados al consumo de drogas, según sustancia. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2017.

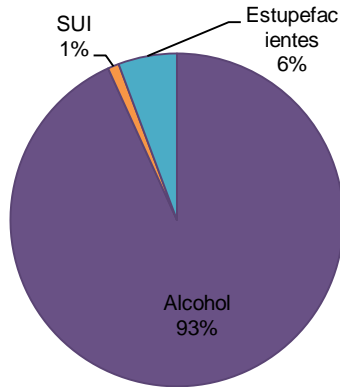
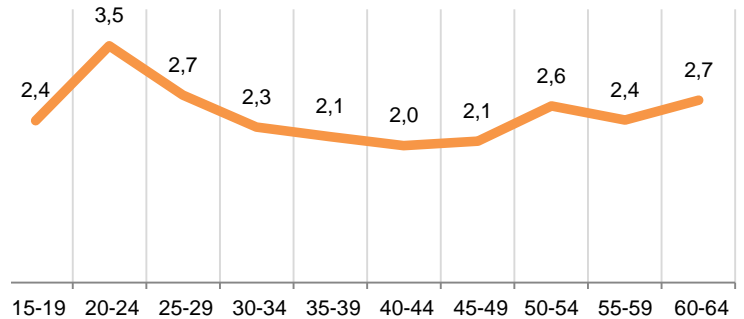


Gráfico 13. Tasa específica de mortalidad por accidentes de tránsito relacionados al consumo de drogas, por tramo etario. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2017.



Por su parte, la estimación de muertes causadas por agresiones y relacionadas al consumo de drogas arroja unos 464 casos, 376 de los cuales son varones (81,1%) y 88 mujeres. Las muertes atribuibles al consumo registradas bajo esta causa son más frecuentes en la población hasta los 35 años, especialmente en aquella entre los 20 y los 30 años. La mayor proporción de muertes por agresiones relacionadas al consumo se asocia al alcohol (89%).

Gráfico 14. Distribución porcentual de muertes por agresiones relacionadas al consumo de drogas, según sustancia. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2017.

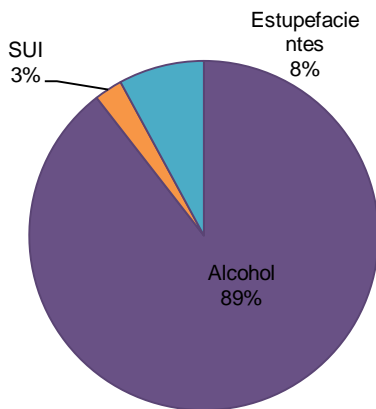
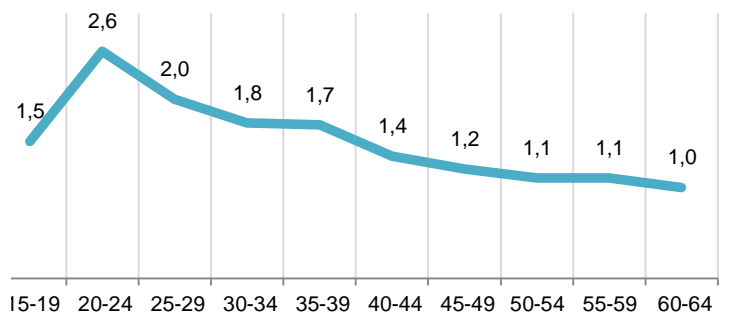


Gráfico 15. Tasa específica de mortalidad por agresiones relacionadas al consumo de drogas, por tramo etario. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2017.



3. Análisis por provincias

3.1 Análisis por provincias

En este capítulo se analizan los resultados de las muertes relacionadas al consumo de drogas por provincias.

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 el 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 de bronquios y pulmón. La mortalidad indirecta es la que presenta mayor frecuencia, tanto a nivel nacional como provincial.

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 provincias más pobladas son las que presentan la mayor cantidad de defunciones: Buenos Aires el 40% de los casos (6.285), Santa Fe el 7,7% (1.191), Córdoba el 7% (1.115) y CABA el 6% (934). 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 2017.

| Jurisdicción | Tasa de MRCD* | | | % MRCD / total defunciones |
|----------------------|---------------|---------|-------------|----------------------------|
| | Varones | Mujeres | Ambos sexos | |
| CABA | 69,0 | 28,2 | 47,7 | 18,7 |
| Buenos Aires | 77,4 | 38,7 | 57,9 | 19,9 |
| Catamarca | 67,3 | 22,8 | 45,2 | 16,0 |
| Córdoba | 67,9 | 27,1 | 45,2 | 17,6 |
| Corrientes | 76,5 | 25,4 | 50,6 | 16,4 |
| Chaco | 94,7 | 32,3 | 63,1 | 18,3 |
| Chubut | 87,6 | 35,2 | 61,6 | 22,7 |
| Entre Ríos | 80,2 | 42,4 | 61,1 | 20,9 |
| Formosa | 102,5 | 33,6 | 67,7 | 18,3 |
| Jujuy | 80,5 | 21,5 | 50,5 | 16,9 |
| La Pampa | 87,9 | 21,2 | 54,6 | 20,8 |
| La Rioja | 57,2 | 23,2 | 40,1 | 15,8 |
| Mendoza | 78,7 | 29,3 | 53,7 | 20,9 |
| Misiones | 91,0 | 41,7 | 66,2 | 21,4 |
| Neuquén | 76,0 | 24,8 | 50,3 | 20,5 |
| Río Negro | 71,6 | 24,6 | 48,1 | 18,6 |
| Salta | 82,2 | 29,7 | 55,6 | 18,7 |
| San Juan | 72,5 | 24,0 | 48,1 | 19,2 |
| San Luis | 76,9 | 33,6 | 55,2 | 22,2 |
| Santa Cruz | 83,0 | 27,7 | 56,4 | 21,8 |
| Santa Fe | 77,1 | 29,7 | 53,1 | 18,0 |
| Santiago del Estero | 66,9 | 40,1 | 53,5 | 17,9 |
| Tierra del Fuego ... | 72,7 | 36,8 | 55,2 | 27,0 |
| Tucumán | 64,6 | 27,0 | 45,6 | 15,6 |
| Total país | 77,0 | 33,3 | 54,9 | 19,1 |

* Cada 100.000 habitantes.

En 2017, las provincias que registran tasas de mortalidad relacionada al consumo de drogas más altas son Formosa (67,7), Misiones (66,2), Chaco (63,1) y Chubut (61,6). Las mayores tasas de MRCD en varones se encuentran en Formosa (102,5), Chaco (94,7), Misiones (91) y La Pampa (87,9). Por su parte, la tasa de MRCD de mujeres es en todas las provincias y a nivel nacional menor que la de varones, encontrándose sus mayores valores en las provincias de

Entre Ríos (42,4), Misiones (41,7), Santiago del Estero (40,1) y Buenos Aires (38,7). Las tasas de MRCD más bajas, por otro lado, se encuentran para este período en las provincias de La Rioja (40,1) y en Catamarca y Córdoba (45,2).

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 2017.

| Jurisdicción | En % | | | | | | Frecuencia absoluta |
|---------------------|-----------------------|------------------|-------------|-------------------------|--------------------|------------|---------------------|
| | Enfermedades crónicas | | | | | Lesiones | Todas las causas |
| | Neoplasias | Cardiovasculares | Infecciosas | Neuro- psiquiátricas | Otras enfermedades | | |
| CABA | 44,4 | 40,1 | 11,2 | 0,2 | 3,0 | 1,1 | 934 |
| Buenos Aires | 36,7 | 43,5 | 10,7 | 0,7 | 3,0 | 5,5 | 6285 |
| Catamarca | 21,5 | 47,9 | 6,6 | 3,4 | 5,3 | 15,4 | 119 |
| Córdoba | 36,7 | 41,3 | 9,7 | 0,8 | 5,1 | 6,4 | 1115 |
| Corrientes | 35,6 | 37,5 | 8,7 | 5,4 | 6,0 | 6,8 | 354 |
| Chaco | 36,2 | 30,1 | 11,2 | 2,5 | 9,5 | 10,5 | 474 |
| Chubut | 38,8 | 29,9 | 7,5 | 2,1 | 10,8 | 10,9 | 238 |
| Entre Ríos | 42,5 | 32,6 | 6,2 | 1,3 | 6,3 | 11,1 | 529 |
| Formosa | 26,8 | 35,5 | 14,2 | 3,6 | 10,8 | 9,1 | 253 |
| Jujuy | 16,5 | 22,5 | 8,2 | 4,9 | 35,2 | 12,6 | 243 |
| La Pampa | 45,6 | 33,9 | 9,4 | 0,8 | 3,3 | 7,0 | 123 |
| La Rioja | 31,6 | 43,8 | 13,7 | 0,0 | 4,8 | 6,0 | 101 |
| Mendoza | 31,4 | 35,9 | 4,5 | 0,5 | 11,5 | 16,2 | 657 |
| Misiones | 26,6 | 46,1 | 8,0 | 2,5 | 6,3 | 10,5 | 512 |
| Neuquén | 30,5 | 24,5 | 4,2 | 4,8 | 26,5 | 9,6 | 210 |
| Río Negro | 43,2 | 24,3 | 8,5 | 5,3 | 7,2 | 11,5 | 225 |
| Salta | 20,0 | 31,2 | 11,3 | 11,3 | 15,1 | 11,1 | 479 |
| San Juan | 32,6 | 47,9 | 6,8 | 0,4 | 4,3 | 7,9 | 231 |
| San Luis | 31,7 | 41,6 | 9,4 | 0,0 | 6,7 | 10,5 | 173 |
| Santa Cruz | 37,7 | 35,4 | 6,0 | 2,5 | 9,0 | 9,4 | 122 |
| Santa Fe | 41,7 | 31,6 | 7,4 | 0,4 | 5,7 | 13,3 | 1191 |
| Santiago del Estero | 26,0 | 46,9 | 8,4 | 0,9 | 4,3 | 13,5 | 323 |
| Tierra del Fuego... | 43,7 | 16,8 | 11,2 | 14,7 | 8,6 | 5,0 | 61 |
| Tucumán | 24,6 | 44,2 | 6,8 | 4,2 | 4,7 | 15,6 | 478 |
| Total país | 35,4 | 39,4 | 9,4 | 1,7 | 6,0 | 8,2 | 15432 |

*El total país difiere del total país de otras tablas y textos (15.500 casos) porque aquí no se consideran las muertes de las personas de residencia ignorada ni residencia en otro país.

Poco más de la mitad de las provincias presenta una distribución porcentual de las causas de muerte relacionadas al consumo de drogas similar a la observada a nivel nacional: las muertes por enfermedades cardiovasculares, seguidas por las ocasionadas por neoplasias.

Jujuy es la única jurisdicción que presenta una distribución distinta, en tanto la mayor cantidad de MRCD registradas estuvo asociada a la categoría “otras enfermedades”, y dentro de ella a la enfermedad alcohólica del hígado (80 casos, que implican una tasa específica de mortalidad de 16,6 cada 100.000, y de los cuales 76 son varones), que es una causa de muerte directamente atribuible al consumo de drogas.

3. 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 en aquel campo de estudios, a través de la descripción del indicador en cuestión para el año 2017 en todo el territorio nacional.

Se estima que en 2017 sucedieron 15.500 muertes atribuibles, parcial o totalmente, al consumo de drogas, que se traduce en una tasa bruta de 54,9 casos cada 100.000 habitantes. La gran mayoría de ellas (70,8%) se asocia con el consumo de tabaco o de alcohol (27,2%), al tiempo que son más 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 (21,62 casos cada 100.000 habitantes) o neoplasias (19,40 casos cada 100.000 habitantes), ambas de estimación indirecta.

Entre las causas externas o lesiones, los envenenamientos más frecuentes durante año bajo estudio son de tipo accidental, asociados al consumo de alcohol o estupefacientes y por parte de varones.

A nivel de las provincias, aquellas que registran tasas brutas de mortalidad relacionada al consumo de drogas más altas son Formosa (67,7), Misiones, (66,2), Chaco (63,1) y Chubut (61,6).

4. 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/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: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cra/en/

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.

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>

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 Panamericana de la Salud (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional*. Washington, DC: OPS.

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.

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/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.

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico / Observatorio Argentino de Drogas. (2009). *Muerte relacionada al consumo de drogas. Análisis de necropsias*. Buenos Aires. Recuperado de: www.observatorio.gov.ar

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico / 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

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico / Observatorio Argentino de Drogas. (2012). *Mortalidad relacionada al consumo de drogas en Argentina 2004-2010*. Buenos Aires. Recuperado de: www.observatorio.gov.ar

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico / 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

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico / Observatorio Argentino de Drogas. (2014). *Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2011*. Recuperado de: www.observatorio.gov.ar

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico / Observatorio Argentino de Drogas. (2015). *Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2012.*

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico / Observatorio Argentino de Drogas. (2017). *Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2013.*

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico / Observatorio Argentino de Drogas. (2017). *Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2014.*

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico / 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

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, 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 oxazolindionas, 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 |
| Lesiones |
| X86-Y09: Agresiones |
| V01-V97, V99: Accidentes de transporte |
| Sustancias de uso indebido -psicofármacos, disolventes y otras drogas- |
| Lesiones |
| X86-Y09: Agresiones |
| V01-V97, V99: Accidentes de transporte |
| Estupefacientes |
| Enfermedades infecciosas |
| B20-B24: Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) |
| Lesiones |
| X86-Y09: Agresiones |
| V01-V97, V99: Accidentes de transporte |

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 fórmula²⁴

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

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

Considerando diferentes categorías de consumo, la FA puede ser estimada con²⁵

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

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.

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 CPSII²⁶ y las prevalencias de Argentina,

²⁴ 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.

²⁵ Castillo-Carniglia et al., 2013.

²⁶ 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.

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.

En lo que respecta a las muertes indirectas por lesiones (accidentes de transporte y homicidios) se utilizan los porcentajes de asociación (PA)²⁷ elaborados con datos del estudio “El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia” (SEDRONAR/OAD).

Tabla 3. Fracciones atribuibles al consumo de tabaco.

| Códigos CIE-10 | Varones | Mujeres |
|------------------|-----------|-----------|
| | > 35 años | > 35 años |
| C00-C14 | 0,583 | 0,583 |
| C15 | 0,740 | 0,690 |
| C25 | 0,321 | 0,303 |
| C32 | 0,856 | 0,808 |
| C33-C34 | 0,904 | 0,786 |
| C53 | N/C | 0,160 |
| C64-C65 | 0,434 | 0,082 |
| C67 | 0,511 | 0,351 |
| I00-I09/I26-I54 | 0,241 | 0,141 |
| I10 | 0,281 | 0,199 |
| I11-I13 | 0,281 | 0,199 |
| I20-I25 | 0,442 | 0,396 |
| I60-I69 | 0,448 | 0,477 |
| I70 | 0,361 | 0,180 |
| I71 | 0,695 | 0,652 |
| I72-I78 | 0,262 | 0,253 |
| J00-J06* | 0,017 | 0,014 |
| J11-J18 | 0,257 | 0,251 |
| J40-J43 | 0,903 | 0,848 |
| J44 | 0,832 | 0,812 |
| J41,J45,J46,J47* | 0,826 | 0,059 |

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

Tabla 1. Fracciones atribuibles al consumo de alcohol.

| Códigos CIE-10 | Ambos sexos, > 35 años |
|----------------|---------------------------|
|----------------|---------------------------|

²⁷ Los porcentajes de asociación expresan una relación entre el uso de sustancias y el evento, pero no expresan causalidad.

| | |
|---------|------|
| 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.

Tabla 3. Porcentajes de asociación relacionados al consumo de alcohol, sustancias de uso indebido y estupefacientes.

| Causa - sustancia | Ambos sexos, todas las edades |
|---|-------------------------------|
| Homicidios - alcohol | 0,269 |
| Homicidios - sustancias de uso indebido | 0,001 |
| Homicidios - estupefacientes | 0,016 |
| Accidentes de transporte - alcohol | 0,170 |
| Accidentes de transporte - sustancias de uso indebido | 0,002 |
| Accidentes de transporte - estupefacientes | 0,010 |

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio "El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia" (SEDRONAR/OAD).

Anexo C

Cantidad de muertes relacionadas al consumo de drogas por provincia

| Provincia | MRCD | | |
|--|--------------|-------------|--------------|
| | Varones | Mujeres | Ambos sexos |
| CABA | 647 | 288 | 934 |
| Buenos Aires | 4165 | 2120 | 6285 |
| Catamarca | 89 | 30 | 119 |
| Córdoba | 792 | 323 | 1115 |
| Corrientes | 264 | 91 | 354 |
| Chaco | 351 | 123 | 474 |
| Chubut | 171 | 68 | 238 |
| Entre Ríos | 344 | 185 | 529 |
| Formosa | 190 | 63 | 253 |
| Jujuy | 191 | 53 | 243 |
| La Pampa | 99 | 24 | 123 |
| La Rioja | 72 | 29 | 101 |
| Mendoza | 476 | 181 | 657 |
| Misiones | 350 | 162 | 512 |
| Neuquén | 158 | 52 | 210 |
| Río Negro | 168 | 58 | 225 |
| Salta | 349 | 130 | 479 |
| San Juan | 173 | 58 | 231 |
| San Luis | 120 | 53 | 173 |
| Santa Cruz | 93 | 29 | 122 |
| Santa Fe | 855 | 337 | 1191 |
| Santiago del Estero | 201 | 122 | 323 |
| Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur | 41 | 20 | 61 |
| Tucumán | 335 | 144 | 478 |
| Otro país | 27 | 6 | 34 |
| Ignorado | 30 | 4 | 34 |
| Total país | 10749 | 4750 | 15500 |