

# Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas.

Argentina, 2022

Observatorio Argentino de Drogas  
Argentina 2025.

**Sedronar**

Secretaría de Políticas Integrales  
sobre Drogas de la Nación Argentina



**Ministerio  
de Salud**  
República Argentina

## **Ministro de Salud de la Nación**

**Dr. Mario Iván Lugones**

## **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. N. Gustavo Adrián Segnana**

## **Directora Nacional de Estadística y del Observatorio Argentino de Drogas**

**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, 2022.

### 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 2022. 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 2022 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 2022 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 2022 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 indebido<sup>1</sup> y estupefacientes<sup>2</sup>. 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”<sup>3</sup> 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.

---

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

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

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.



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 tiempo<sup>4</sup>. Como se señaló anteriormente, en el caso de las muertes indirectas, para su estimación se utilizan fracciones atribuibles y porcentajes de asociación<sup>5</sup>. 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 defunción<sup>6</sup>. Se decidió en consecuencia realizar un estudio liderado por Argentina para testear dicha hipótesis, el cual se llevó a cabo en el año 2009 analizando y comparando la base de defunciones de necropsias y la base del Registro Nacional de Defunciones de la provincia de Mendoza para los años 2005, 2006 y 2007, y arribando como conclusión a la confirmación de la hipótesis del subregistro (SEDRONAR/OAD, 2009).

De todas formas, la utilización de los certificados provenientes del Registro Nacional aporta una serie de ventajas, por lo cual se mantiene su uso como fuente privilegiada de información: por un lado, es un indicador sólido del impacto poblacional de los problemas de salud dada la cobertura que presenta y que sigue procedimientos de clasificación estandarizados a nivel internacional (EMCDDA, 2009a). 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 2022 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 con el 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.

---

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).



## 2. Análisis según causa de muerte

Durante el año 2022 en Argentina se registraron 88.361 muertes de personas de entre 15 y 64 años, lo cual representa una tasa bruta de mortalidad de 298 casos cada 100.000 habitantes de ese grupo etario. De estas muertes, el 61,9% corresponde a varones (54.657 casos) y el 38,1% a mujeres (33.702 casos). Se registraron además 2 defunciones de personas cuyo sexo no fue especificado.

Las muertes relacionadas al consumo de drogas en la población de 15 a 64 años para el año 2022 se estimaron en 13.426 casos, es decir que fueron el 15,2% de las muertes totales para ese grupo de edad, con una tasa bruta de mortalidad de 45,3 cada 100.000 habitantes. De estas muertes vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas la mayor parte corresponde a varones: el 70,3% con una tasa bruta de 64,1 cada 100.000 habitantes, frente al 29,7% de defunciones femeninas y su correspondiente tasa bruta de 26,7 casos cada 100.000 habitantes<sup>7</sup>.

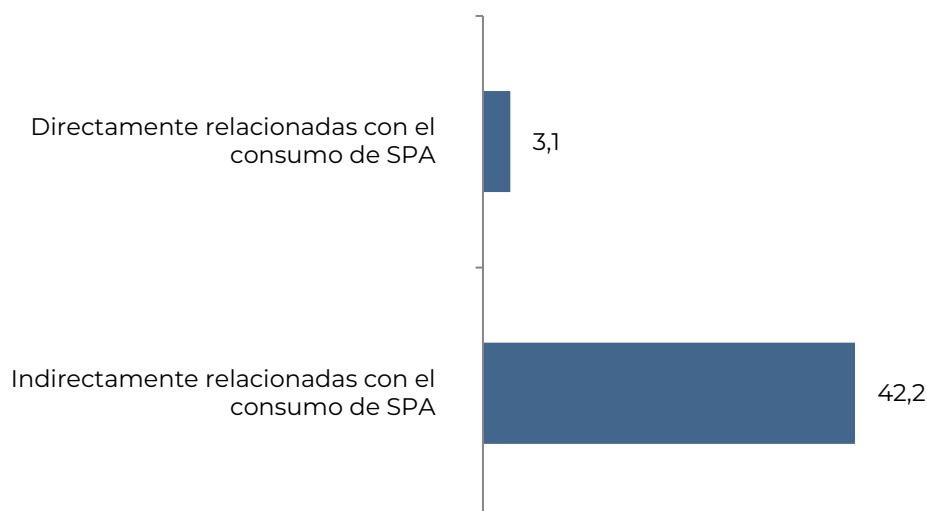
Como ya fue indicado en el apartado metodológico, el indicador de mortalidad relacionada al consumo de drogas incluye las muertes cuya relación con el consumo es atribuible de manera directa y aquellas otras cuya estimación se realiza indirectamente. En ese sentido, se observa que sólo el 6,8% del total de las muertes relacionadas al consumo de drogas es totalmente atribuible a dicha exposición, lo cual representa una tasa bruta de mortalidad de 3,1 cada 100.000 habitantes. Por su parte, las muertes sólo parcialmente relacionadas con el consumo representan el 93,2% restante de los casos y una tasa bruta de mortalidad de 42,2 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 80,2% de las defunciones están relacionadas a su consumo (10.768 casos). El 17,6% (2.368 casos), por otro lado, está atribuido al consumo de alcohol, mientras que los estupefacientes y las sustancias de uso indebido presentan frecuencias notablemente menores: 1,5% (195 casos) y 0,7% (95 casos) respectivamente.

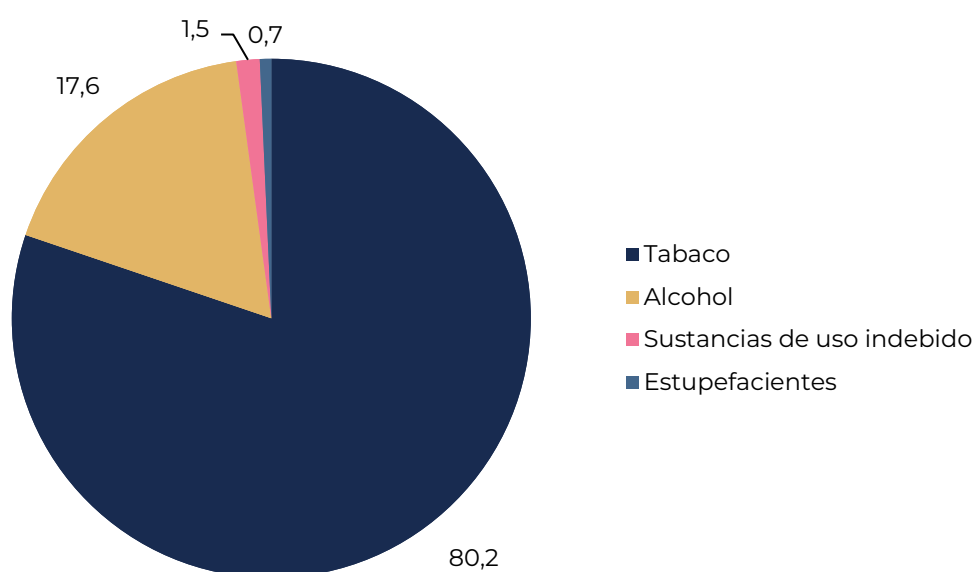
---

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 consumo 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.

**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 2022.**



**Gráfico 2. Distribución porcentual de muertes relacionadas con el consumo de drogas según sustancia. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2022.**



Si analizamos la distribución de los casos según causa de muerte, una primera observación indica que el 98,9% de los casos corresponde a enfermedades crónicas asociadas a un consumo habitual de sustancias, y que sólo el 1,1% refiere a episodios agudos<sup>8</sup>. Dentro de las enfermedades crónicas las cardiovasculares son aquellas con mayor proporción de casos (44%), seguidas por las neoplasias o cánceres (34,2%) y las enfermedades infecciosas (13%). Las enfermedades neuro-psiquiátricas y “otras enfermedades” presentan proporciones menores (2,1% y 1,1% respectivamente).

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.

**Tabla 1. Distribución absoluta, porcentual y tasa específica de MRCD, según causa de muerte. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2022.**

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
E. Cardiovasculares	4277,15	1627,51	5904,65	43,98	19,91
Neoplasias	3109,73	1484,04	4593,77	34,22	15,49
E. Infecciosas	1063,77	676,02	1739,78	12,96	5,87
Otras enfermedades	623,26	142,20	765,46	5,70	2,58
E. neuro-psiquiátricas	259,00	18,00	277,00	2,06	0,93
Lesiones	104,00	41,00	145,00	1,08	0,49
Total MRCD	9437	3989	13426	100,00	45,28

\* Cada 100.000 habitantes.

Finalmente, las tres primeras causas de MRCD más frecuentes durante el año 2022 fueron: enfermedades isquémicas del corazón, neoplasias por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón y enfermedades cerebrovasculares. En cuarto lugar, las enfermedades cardíacas reumáticas crónicas y agudas (fiebre reumática). Por último, en quinto lugar, la influenza y neumonía. Todas estas causas de muerte enumeradas se encuentran indirectamente asociadas al consumo de tabaco.

## 2.1. Enfermedades crónicas

### 2.1.1 Cánceres<sup>9</sup>

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 años<sup>10</sup> mediante el uso de fracciones atribuibles.

Las muertes por cánceres de diferentes tipos atribuibles al consumo de drogas fueron 4.594 en 2022, lo que representa el 34,2% del total de muertes por consumo de drogas, y una tasa específica de mortalidad de 15,5 cada 100.000 habitantes.

Esta tasa aumenta conforme aumenta la edad. Si se observa la variable sexo, la mayor parte del total de estos casos refiere a varones (67,7%). Cabe recordar que las

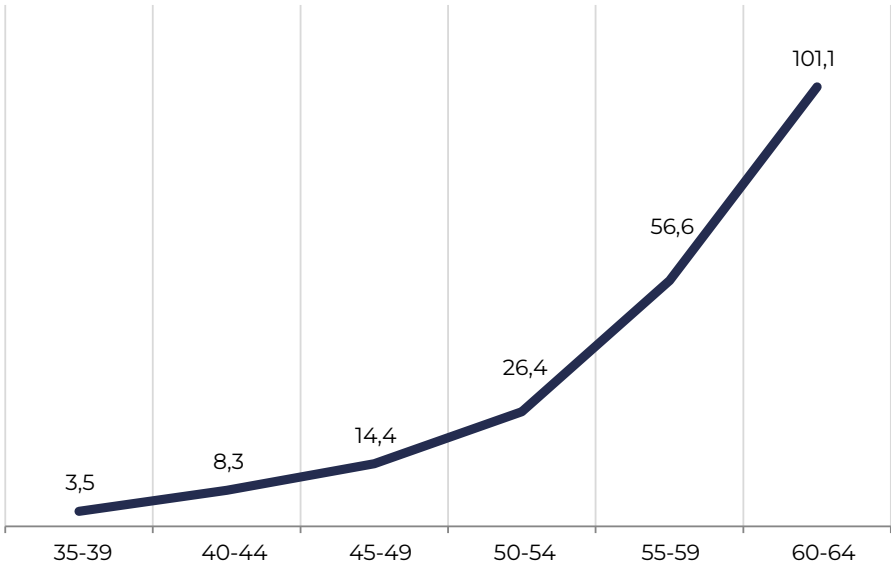
9. Las neoplasias o cánceres son enfermedades asociadas a la presencia de masas anormales de tejido que crecen de forma incontrolada, excesiva, autónoma e irreversible, superando a los tejidos normales en velocidad de crecimiento y que poseen rasgos funcionales y morfológicos diferentes a los de sus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

de consumo, tanto de tabaco como de alcohol, son más altas para los varones que para las mujeres 11.

Los casos de neoplasias relacionados al consumo de drogas ubican al **tabaco** como la primera sustancia en peso relativo (82,8%), seguida por el alcohol (17,2%). Esto implica, a su vez, que en 2022 12,8 personas cada 100.000 murieron por cánceres asociados al consumo de tabaco. Entre estas muertes asociadas al consumo de tabaco, más de la mitad (54,6%) 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 2022.**



**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 2022.**

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
Neoplasias relacionadas al TABACO	2552,46	1249,90	3802,36	100,00	12,82
Labio, cavidad oral y faringe	162,03	47,79	209,83	5,52	0,71
Esófago	247,91	90,41	338,32	8,90	1,14
Páncreas	216,84	166,95	383,79	10,09	1,29
Laringe	160,16	31,99	192,15	5,05	0,65
Tráquea, bronquios y pulmón	1344,58	732,26	2076,84	54,62	7,00
Cuello del útero	0,00	141,87	141,87	3,73	0,48
Riñón y pelvis renal	340,65	19,66	360,31	9,48	1,22
Vejiga urinaria	80,29	18,97	99,25	2,61	0,33

\* Cada 100.000 habitantes.

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.

Entre las neoplasias asociadas al consumo de **alcohol**, por su parte, las mayores frecuencias se refieren a tumores malignos del esófago (44,1%).

**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 2022.**

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
Neoplasias relacionadas al ALCOHOL	557,27	234,14	791,41	100,00	2,67
TM del labio, cavidad oral y faringe	139,00	41,00	180,00	22,74	0,61
TM del esófago	251,07	98,19	349,26	44,13	1,18
TM del estómago	118,00	68,40	186,40	23,55	0,63
TM del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	49,20	26,55	75,75	9,57	0,26

\* Cada 100.000 habitantes.

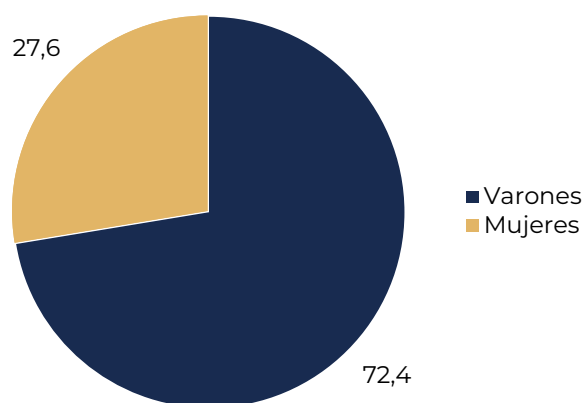
### 2.1.2. Enfermedades cardiovasculares <sup>12</sup>

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 5905 de las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares son atribuibles al consumo de drogas en el año 2022, representando el 44% del total de muertes relacionadas al consumo de drogas.

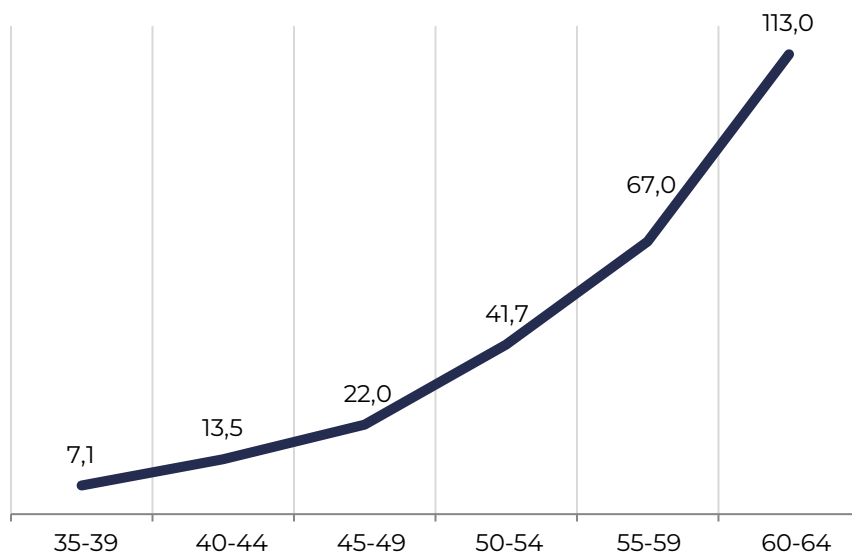
En estos casos, aunque se registran las defunciones a partir de los 35 años, la frecuencia y la tasa específica de mortalidad aumentan según aumenta la edad. La mayoría de los casos se concentran en grupos etarios de más de 55 años en ambos sexos, concentrándose en el grupo etario de 60 a 64. Si tenemos en cuenta el sexo, entre estos casos también predominan las muertes de sexo masculino (72,4%).

**Gráfico 4. Distribución porcentual de mortalidad por enfermedades cardiovasculares relacionadas al consumo de drogas según sexo. Total país, 35 a 64 años, Argentina 2022.**



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 5. Tasa específica de mortalidad por enfermedades cardiovasculares relacionadas al consumo de drogas. Total país, 35 a 64 años, Argentina 2022.**



Casi la totalidad de muertes por enfermedades cardiovasculares asociadas al consumo de drogas son atribuibles al **tabaco**, el 94,2% de casos se ubica dentro de esta causa de defunción, con una tasa específica de mortalidad de 18,7 cada 100.000 personas.

Entre las muertes atribuidas al consumo de tabaco, el 39,5% corresponde a enfermedades isquémicas del corazón, y el 30,3% 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 2022.**

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
E. Cardiovasculares relacionadas al TABACO	4040,03	1519,27	5559,30	41,41	18,75
Enfermedades isquémicas del corazón	1714,51	481,91	2196,42	39,51	7,41
Enfermedades cardíacas reumáticas y fiebres reumáticas	1077,44	319,23	1396,67	25,12	4,71
Enfermedades cerebrovasculares	1039,05	645,29	1684,33	30,30	5,68
Aneurisma y disección aórticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hipertensión arterial	79,39	27,09	106,48	1,92	0,36
Enfermedades hipertensivas	100,43	33,26	133,70	2,40	0,45
Otras enfermedades del sistema circulatorio	22,00	11,40	33,40	0,60	0,11
Aterosclerosis	7,22	1,08	8,30	0,15	0,03

\* Cada 100.000 habitantes.

El 5,8% de las muertes por enfermedades cardiovasculares bajo análisis es atribuible al consumo de **alcohol**, conformado en gran parte por enfermedades cerebrovasculares (74,5%) y, en una menor proporción, por hipertensión arterial (25,5%).

**Tabla 5. Distribución absoluta, porcentual y tasa específica de muertes por enfermedades cardiovasculares relacionadas al consumo de alcohol, según causa de muerte. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2022.**

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
E. Cardiovasculares relacionadas al ALCOHOL	237,11	108,24	345,36	2,57	1,16
Enfermedades cerebrovasculares	162,40	94,78	257,18	74,47	0,87
Hipertensión arterial	74,71	13,46	88,18	25,53	0,30

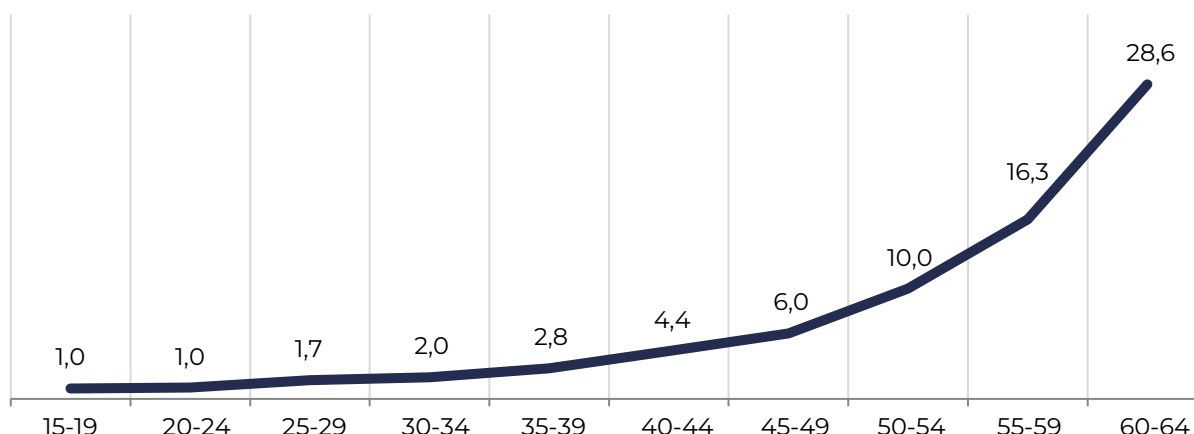
\* Cada 100.000 habitantes.

### 2.1.3. Enfermedades infecciosas <sup>13</sup>

La mortalidad por enfermedades infecciosas relacionadas al consumo de drogas se estima en 1740 casos, lo que representa el 13% 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, más del 61% 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 79,7% de estas muertes se vincula al consumo de tabaco, mientras que el alcohol y los estupefacientes se asocian en proporciones menores (14,6% y 5,7%, respectivamente).

**Gráfico 6. Tasa de mortalidad específica por enfermedades infecciosas relacionadas al consumo de drogas. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2022.**



13. 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 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 2022.**

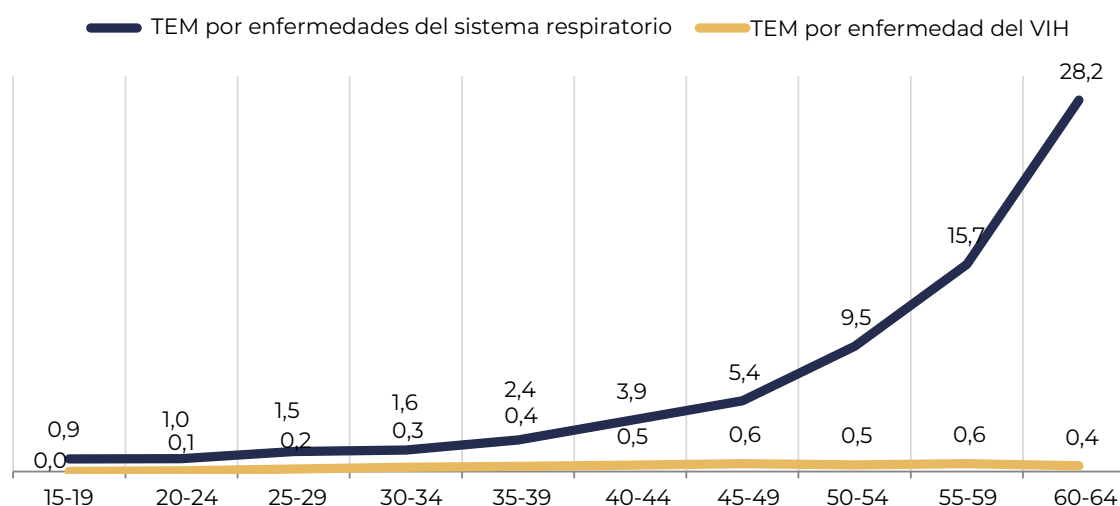
Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
<b>Enf. Infecciosas relacionadas al consumo (total)</b>	<b>1063,77</b>	<b>676,02</b>	<b>1739,78</b>	<b>100,00</b>	<b>6,97</b>
<b>Relacionadas al TABACO</b>	<b>847,05</b>	<b>539,15</b>	<b>1386,20</b>	<b>79,68</b>	<b>4,67</b>
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	0,08	0,92	1,00		
Influenza y neumonía	776,16	518,92	1295,07		
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	70,82	19,31	90,12		
<b>Relacionadas al ALCOHOL</b>	<b>151,05</b>	<b>103,50</b>	<b>254,55</b>	<b>14,63</b>	<b>0,86</b>
Influenza y neumonía	151,05	103,50	254,55		
<b>Relacionadas a ESTUPEFACIENTES</b>	<b>65,66</b>	<b>33,37</b>	<b>99,03</b>	<b>5,69</b>	<b>0,33</b>
Enfermedad por VIH	65,66	33,37	99,03		

\* 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 94,3% y están asociadas en gran medida al consumo de tabaco; mientras que las muertes causadas por el VIH representan el 5,7% 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 40 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 2022.** <sup>14</sup>

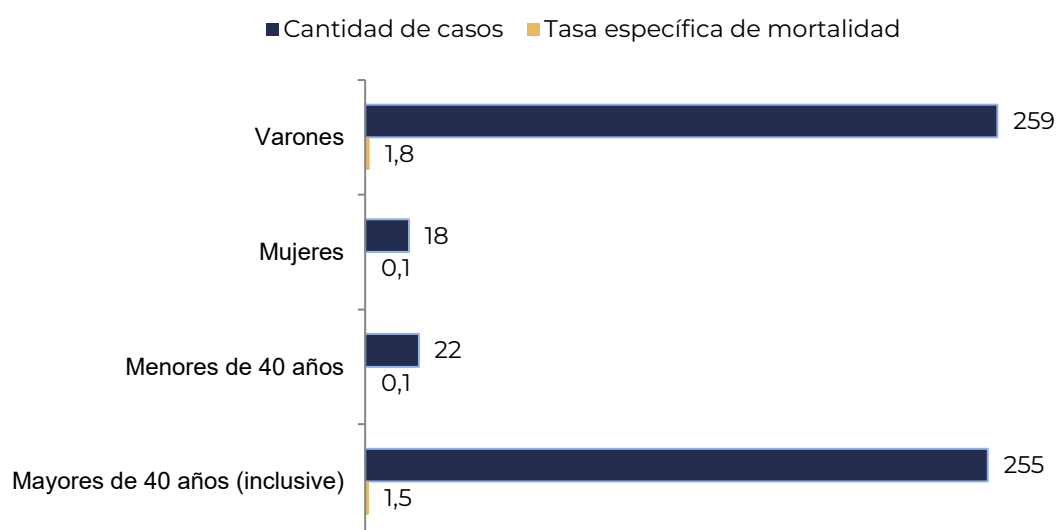


#### 2.1.4. Enfermedades neuropsiquiátricas <sup>14</sup>

Las muertes atribuibles al consumo de drogas por enfermedades neuropsiquiátricas fueron 277 en el año 2022, lo que representa el 2,1% del total de muertes por consumo de drogas, y una tasa específica de mortalidad de 0,9 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 71,8% de las muertes), mientras que los estupefacientes (20,9%) y el tabaco (7,2%) presentan valores menores. A su vez, el 93,5% de estas muertes corresponde a varones, y una proporción también muy alta a los y las mayores de 40 años (92,1%), si bien se observan casos para todos los grupos etarios.

**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 2022.**



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 (96,4%), especialmente de alcohol. Mucho menos frecuentes son, en cambio, los casos de muertes por degeneración del sistema nervioso (3,6% con 10 casos). En relación con el consumo de sustancias de uso indebido, no se han registrado casos para el año 2022. Tampoco hubo casos de muertes causadas por poli neuropatías, asociadas al consumo de alcohol.

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.

**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 2022.**

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
Enf. neuropsiquiátricas relacionadas al consumo de drogas	259,00	18,00	277,00	100,00	0,93
Trastornos mentales y del comportamiento (alcohol)	176,00	13,00	189,00	68,23	
Trastornos mentales y del comportamiento (tabaco)	18,00	2,00	20,00	7,22	
Trastornos mentales y del comportamiento (estupefacientes)	56,00	2,00	58,00	20,94	
Trastornos mentales y del comportamiento (SUI - Sustancias de Uso Indevido)	0,00	0,00	0,00	0,00	
Degeneración del sistema nervioso (alcohol)	9,00	1,00	10,00	3,61	
Poli neuropatía (alcohol)	0,00	0,00	0,00	0,00	

\* Cada 100.000 habitantes.

### 2.1.5. Otras enfermedades <sup>15</sup>

Las muertes agrupadas bajo esta categoría, algunas asociadas de forma directa y otras de forma indirecta al consumo, suman 766 casos, todos atribuibles al consumo de alcohol, y representan el 5,7% 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 (81,4%) que de mujeres (18,6%).

**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 2022.**

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
Total MRCD por otras enfermedades	624,66	141,20	765,86	100,00	2,58
Relacionadas al ALCOHOL	624,66	141,20	765,86		2,58
Encefalopatía de Wernicke	1,00	0,00	1,00	0,13	0,00
Cardiomiopatía alcohólica	3,00	1,00	4,00	0,52	0,01
Gastritis alcohólica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedad alcohólica del hígado	443,00	42,00	485,00	63,33	1,64
Pancreatitis crónica inducida por el alcohol	2,40	0,00	2,40	0,31	0,01
Diabetes mellitus	76,80	48,40	125,20	16,35	0,42
Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	8,70	3,60	12,30	1,61	0,04
Pancreatitis aguda	87,36	46,20	133,56	17,44	0,45
Otras pancreatitis crónicas	2,40	0,00	2,40	0,31	0,01
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 porcentaje de estas muertes, el 63,3%, se debió 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 2022. Los 485 casos registrados implican una tasa específica de mortalidad de 1,64 personas cada 100.000 habitantes, y muestran un aumento en dicha medida conforme aumenta la edad, encontrando su pico máximo en el grupo etario de 60 a 64 años (tasa de 6,5). En la población de varones, la tasa específica de mortalidad por esta causa asciende a 3 casos cada 100.000 habitantes y a 12,2 para el grupo de edad de entre 60 y 64 años.

Por otro lado, se corresponden a pancreatitis aguda el 17,4% de los casos y a diabetes mellitus el 16,3% de muertes por “otras enfermedades”.

## 2.2. Sobredosis

Las muertes por sobredosis relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas fueron 145 durante el año 2022<sup>16</sup>, lo que significa una tasa específica de mortalidad de 0,5 cada 100.000 personas y el 1,1% 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 parte<sup>17</sup>, otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo<sup>18</sup>, otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores<sup>19</sup>) y a los estupefacientes (narcóticos y psicodislépticos<sup>20</sup>). 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.

Los envenenamientos ocurridos en 2022 fueron en su mayoría de intención no determinada (74 casos) y autoinfligidos (41 casos), mientras que los envenenamientos accidentales presentaron una proporción menor (30 casos).

---

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 tubulointestinales 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.

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).

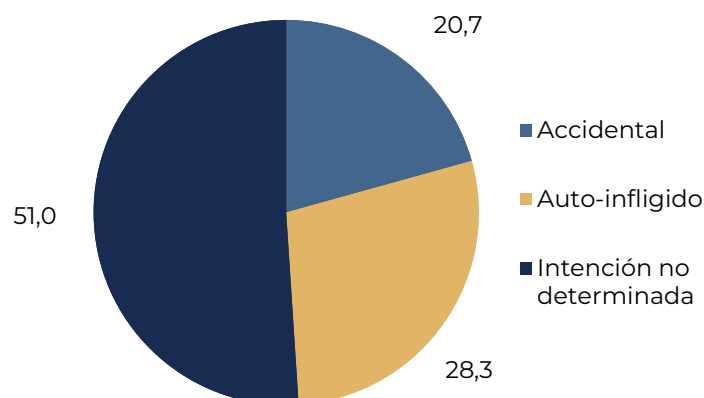
17. Incluye antidepresivos, barbitúricos, compuestos de la metacualona, derivados de la hidantoína, iminoestilbenos, neurolépticos, psicoestimulantes, succidaminas y oxazolidinadionas, tranquilizantes.

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).

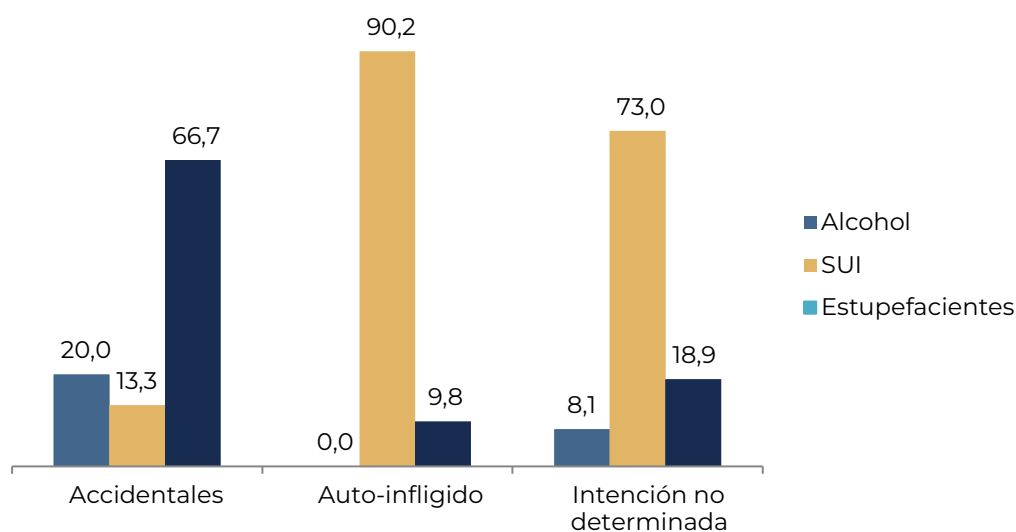
**Gráfico 9. Distribución porcentual de muertes por envenenamiento, según tipo de envenenamiento. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2022.**



El 22% de las muertes por envenenamiento, sin distinción según su intencionalidad, refiere a personas de entre 45 y 49 años, seguido por los grupos etarios 30-34, 35-39 y 40-44 (con el 19% de los casos en cada rango). Con relación al sexo de la persona fallecida, se observa una mayor proporción de casos de varones, independientemente de la intencionalidad. Entre los casos cuya causa es el envenenamiento accidental representan el 83,3%, entre los correspondientes a envenenamientos auto-inflingidos el 51,2% y entre los de intención no determinada el 78,4%.

Por otro lado, en el 90,2% de los casos de envenenamientos autoinflingidos 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 (73%). En relación con las muertes por envenenamiento de tipo accidental, las sustancias asociadas a una mayor proporción son los estupefacientes, representando el 66,7% de los casos.

**Gráfico 10. Distribución porcentual de muertes por envenenamiento según tipo de envenenamiento, por sustancia. Total país, 15 a 64 años, Argentina 2022.**



**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 2022.**

Causa de muerte	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Total %	TEM*
Total MRCD por sobredosis	104,00	41,00	145,00	1,08	0,49
Envenenamiento accidental	25,00	5,00	30,00	20,69	0,10
por exposición al alcohol	5,00	1,00	6,00	20,00	
por exposición a SUI	4,00	0,00	4,00	13,33	
por exposición a estupefacientes	16,00	4,00	20,00	66,67	
Envenenamiento auto-infligido	21,00	20,00	41,00	28,28	0,14
por exposición al alcohol	0,00	0,00	0,00	0,00	
por exposición a SUI	18,00	19,00	37,00	90,24	
por exposición a estupefacientes	3,00	1,00	4,00	9,76	
Envenenamiento de intención no determinada	58,00	16,00	74,00	51,03	0,25
por exposición al alcohol	4,00	2,00	6,00	8,11	
por exposición a SUI	44,00	10,00	54,00	72,97	
por exposición a estupefacientes	10,00	4,00	14,00	18,92	

\* 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 2022, 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 el 41% de los casos (5.565), Córdoba y Santa Fe el 8% cada una (1034 y 1020 casos respectivamente) y CABA el 6% (862). 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 2022.**

Jurisdicción	Tasa de MRCD*			% MRCD / total defunciones
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	
CABA	64,50	24,45	43,78	17,52
Buenos Aires	68,25	29,53	48,78	16,07
Catamarca	46,49	23,83	35,26	12,07
Córdoba	58,44	25,47	41,84	14,79
Corrientes	56,21	25,24	40,52	12,46
Chaco	74,05	28,54	51,01	13,05
Chubut	52,01	17,84	35,16	13,64
Entre Ríos	60,99	24,02	42,41	13,91
Formosa	91,80	38,47	64,95	17,11
Jujuy	41,05	16,87	28,83	9,59
La Pampa	59,12	21,93	40,54	16,83
La Rioja	43,82	23,50	33,64	11,52
Mendoza	57,04	21,71	39,28	15,99
Misiones	89,17	38,59	63,81	18,46
Neuquén	100,45	19,32	59,73	24,05
Río Negro	53,52	20,59	37,09	14,01
Salta	55,93	19,39	37,45	13,03
San Juan	51,26	21,04	36,16	13,68
San Luis	61,29	25,82	43,57	15,78
Santa Cruz	59,80	26,70	43,85	17,23
Santa Fe	60,98	27,25	43,98	14,20
Santiago del Estero	48,48	20,70	34,53	10,69
Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur	56,21	26,71	41,80	19,87
Tucumán	48,06	22,58	35,20	11,75
Total país	64,10	26,71	45,28	15,19

\* Cada 100.000 habitantes.

En 2022, las provincias que registran las tasas más altas de mortalidad relacionada al consumo de drogas son Formosa (65), Misiones (63,8), Neuquén (59,7) y Chaco (51). Además, la jurisdicción de Buenos Aires presenta una tasa superior a la nacional (48,8). En relación con la distribución según sexo, las mayores tasas de MRCD en varones se encuentran en Neuquén (100,5), Formosa (91,8), Misiones (89,2) y Chaco (74,1). 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 Formosa (38,5), Buenos Aires (29,5), Chaco (28,5) y Santa Fe (27,3). Las tasas de MRCD más bajas para ambos sexos, por otro lado, se encuentran para este período en las provincias de Jujuy (28,8), La Rioja (33,6), Chubut y Tucumán (ambas 35,2).



**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 2022.**

Jurisdicción	En %						Frecuencia absoluta
	Enfermedades crónicas					Lesio- nes	Todas las causas
	Neopla- sias	Cardiovas- culares	Infeccio- sas	Neuro-psi- quiátricas	Otras Enfer- medades		
CABA	37,70	44,41	12,61	0,58	4,35	0,35	861,90
Buenos Aires	36,02	45,64	13,44	0,59	3,84	0,47	5564,82
Catamarca	28,24	57,90	7,48	1,03	5,35	0,00	97,54
Córdoba	32,30	48,76	12,43	0,39	5,64	0,48	1034,45
Corrientes	37,75	38,22	13,36	6,80	3,53	0,34	293,95
Chaco	28,76	41,58	16,05	3,24	8,88	1,49	401,81
Chubut	36,01	34,71	13,81	1,35	14,12	0,00	148,18
Entre Ríos	44,78	39,02	10,82	0,78	4,33	0,26	384,27
Formosa	21,95	45,36	22,01	2,77	7,53	0,40	252,87
Jujuy	25,17	29,69	23,18	14,89	4,36	2,71	147,73
La Pampa	51,02	34,83	6,19	3,17	4,79	0,00	94,76
La Rioja	17,27	43,58	35,65	0,00	3,49	0,00	90,44
Mendoza	31,83	44,70	5,49	1,98	10,26	5,75	504,59
Misiones	23,73	50,28	15,01	6,08	4,70	0,19	525,98
Neuquén	30,33	21,39	3,22	22,59	22,09	0,38	265,55
Río Negro	39,22	36,97	7,37	5,40	9,97	1,08	185,30
Salta	23,06	37,21	15,30	8,65	14,63	1,15	346,70
San Juan	32,16	50,10	7,96	0,54	7,07	2,17	184,71
San Luis	32,80	49,65	10,23	1,35	4,62	1,35	147,75
Santa Cruz	33,62	47,96	8,71	0,00	7,05	2,67	112,53
Santa Fe	41,60	37,35	11,57	0,39	5,16	3,92	1019,93
Santiago del Estero	27,21	49,31	15,65	0,90	5,58	1,36	221,18
Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur	33,21	32,90	5,76	5,68	16,78	5,68	52,86
Tucumán	24,89	51,16	16,89	1,79	4,50	0,77	391,23
Total país	34,22	43,98	12,96	2,06	5,70	1,08	13331,01

\*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, 16 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 7 de las provincias las neoplasias ocupan el primer lugar como causa de muerte, seguidas de las enfermedades cardiovasculares. Sólo en una provincia la primera causa de muerte son las neoplasias, seguida por las enfermedades neuro-psiquiátricas.

## 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 2022 en todo el territorio nacional.

Se estima que en 2022 hubo en Argentina 13.426 muertes atribuibles directa o indirectamente al consumo de sustancias psicoactivas. Estas muertes representan el 15,2% del total de muertes en personas de entre 15 y 64 años, y se traduce en una tasa bruta de 45,3 casos cada 100.000 habitantes. La gran mayoría de estas defunciones se asocia con el consumo de tabaco (80,2%) o de alcohol (17,6%), 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 (44% y 19,9 casos cada 100.000 habitantes) y por neoplasias (34,2% con 15,5 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 (73%) 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 2022 fueron Formosa (65), Misiones (63,8), Neuquén (59,7) y Chaco (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). *Sam-mec 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](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](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](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](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](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](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 2021*.

Soimout Ouchen, F. (2008). TEMA 14: Neoplasias. Definiciones. Nomenclatura. Características, 140-145. Recuperado de: [http://eusalud.uninet.edu/apuntes/tema\\_14.pdf](http://eusalud.uninet.edu/apuntes/tema_14.pdf)

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

## Anexo A

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

### CAUSAS DIRECTAS

Tabaco
Enfermedades neuro-psiquiátricas
F17: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco
Alcohol
Enfermedades neuro-psiquiátricas
F10: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol
G31.2: Degeneración del sistema nervioso debido al alcohol
G62.1: Poli neuropatía alcohólica
Otras enfermedades
E51.2: Encefalopatía de Wernicke
I42.6: Cardiomiopatía alcohólica
K29.2: Gastritis alcohólica
K70: Enfermedad alcohólica del hígado
K86.0: Pancreatitis crónica inducida por el alcohol
Lesiones
X45: Envenenamiento accidental por, y exposición al alcohol
X65: Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición al alcohol
Y15: Envenenamiento por, y exposición al alcohol, de intención no determinada
Sustancias de uso indebido -psicofármacos, disolventes y otras drogas-
Enfermedades neuro-psiquiátricas
F13: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos
F15: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína
F18: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles
Lesiones
X41: Envenenamiento accidental por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, 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)
<b>Estupefacientes</b>
<b>Enfermedades neuro-psiquiátricas</b>
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
<b>Otras enfermedades</b>
N14: Afecciones tubulares y tubulointersticiales inducidas por drogas y por metales pesados (Consultar con OPS)
<b>Lesiones</b>
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 oxazolidinadionas, tranquilizantes.

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

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

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

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



## CAUSAS INDIRECTAS

Tabaco
Enfermedades infecciosas
J00-J06: Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores
J10-J18: Influenza y neumonía
J40-J47: Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.
Enfermedades cardiovasculares
I00-I02: Fiebre reumática aguda
I03-I09: Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas
I10: Hipertensión Arterial
I11: Enfermedad cardíaca hipertensiva
I12: Enfermedad renal hipertensiva
I13: Enfermedad cardiorrenal 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 fórmula <sup>21</sup>

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

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

Considerando diferentes categorías de consumo, la FA puede ser estimada con<sup>22</sup>

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

Donde p es la prevalencia para cada categoría de consumo (i=0...n) y RR<sub>i</sub> 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 CPSII y las prevalencias de Argentina (INDEC), con excepción de las enfermedades con los códigos CIE-10 J00-J06, J41 y J45-J47 que se utilizan las FA elaboradas por la OMS. Para el caso de las muertes atribuibles al consumo de alcohol, se utilizan las FA desarrolladas por Schultz, J. et al. (1990), mientras que, para las atribuibles al uso de estupefacientes se usan las FA de la OMS.

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

22. Castillo-Carniglia et al., 2013.

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

### Fracciones atribuibles al consumo de tabaco.

Causa de muerte	Varones > 35 años	Mujeres > 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
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).

### 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).

### Fracciones atribuibles al consumo de estupefacientes.

Código CIE 10	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 2022.**

Provincia	MRCD		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos
CABA	613	249	862
Buenos Aires	3872	1693	5565
Catamarca	65	33	98
Córdoba	717	317	1034
Corrientes	201	93	294
Chaco	288	114	402
Chubut	111	37	148
Entre Ríos	275	109	384
Formosa	177	75	253
Jujuy	104	44	148
La Pampa	69	26	95
La Rioja	59	32	90
Mendoza	364	140	505
Misiones	367	159	526
Neuquén	222	43	266
Río Negro	134	51	185
Salta	256	91	347
San Juan	131	54	185
San Luis	104	44	148
Santa Cruz	80	33	113
Santa Fe	701	319	1020
Santiago del Estero	155	67	221
Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur	36	17	53
Tucumán	265	127	391
Otro país	36	17	53
Ignorado	34	8	42
Total país	9437	3989	13426

# Sedronar

Secretaría de Políticas Integrales  
sobre Drogas de la Nación Argentina



**Ministerio  
de Salud**  
República Argentina