

INFORME **NACIONAL**

SITUACIÓN DE DROGAS EN PARAGUAY
2017



OBSERVATORIO PARAGUAYO DE DROGAS

Créditos

Consultor: Dr. Edgar Giménez Caballero

Gestión y revisión: Lic. Nancy Del Valle

Coordinación: Dr. César Arce

Edición: SENAD

Diagramación y Diseño: Rodrigo Aveiro - SENAD

©

Asunción, Paraguay. 2018

Equipo Técnico del Observatorio Paraguayo de Drogas

Nancy Del Valle

Zuny Valdéz

Juan López

Laura Baez

Clotilde Galeano

Agradecimientos y descargo de responsabilidad.

Los editores desean agradecer al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) y a la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA) por el apoyo y la orientación brindados durante la redacción de este informe, a través de su participación en grupos de trabajos de COPOLAD: Elaboración de Informes Nacionales.

Este informe se ha desarrollado con el apoyo del Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en política de drogas (COPOLAD). Los contenidos, datos, vistas o posiciones incluídas en él, son responsabilidad exclusiva de los autores y editores (SENAD) y de ninguna manera necesariamente reflejan las opiniones o posiciones del Consorcio COPOLAD, el Órgano Ejecutivo y de Coordinación de la COPOLAD (BCE-FIIAPP), el OEDT, la CICAD o de la Comisión Europea. Los datos no han sido sujetos a los procedimientos regulares de verificación de datos del OEDT.

INSTITUCIONES PARTICIPANTES



Ministerio del
INTERIOR



Ministerio de
**SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL**



Ministerio de
EDUCACIÓN y CIENCIAS



Ministerio de
JUSTICIA



Ministerio Público



Secretaría
**NACIONAL
ANTIDROGAS**

TABLA DE CONTENIDO

PRÓLOGO.....	7
1. RESUMEN EJECUTIVO.....	9
1.1. Contexto nacional:.....	9
1.2. Demanda de drogas:.....	9
1.3. Oferta de drogas:.....	10
2. CONTEXTO NACIONAL Y POLÍTICAS.....	12
2.1. Información del país.....	12
2.1.1. Aspectos territoriales y políticos.....	12
2.1.2. Demografía.....	12
2.1.3. Características económicas y sociales.....	13
2.2. Marco legal.....	17
2.2.1. En el ámbito internacional.....	17
2.2.2. En el ámbito nacional.....	17
2.3. Política Nacional sobre drogas.....	19
2.3.1. Fundamentos.....	19
2.3.2. Reducción de la demanda.....	20
2.3.3. Reducción de la oferta.....	21
Conclusiones.....	25
3. DEMANDA DE DROGAS.....	27
3.1. Consumo de drogas.....	27
3.1.1. Consumo de tabaco y bebidas con alcohol.....	27
3.1.3. Consumo de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción.....	30
3.1.3. Consumo de drogas ilícitas.....	31
3.1.4. Consumo de drogas ilícitas que motiva tratamiento.....	33
3.2. Programas para reducir la demanda de drogas.....	35
3.2.1. Sistemas de información.....	35
3.2.2. Perfil de la respuesta nacional ante el problema de las drogas.....	36
3.2.3. Programas de prevención.....	37
3.2.4. Servicios de tratamiento.....	39
3.2.5. Sobre la calidad de los servicios.....	41
3.2.6. Programas de prevención de VIH en usuarios de drogas.....	42
Conclusiones.....	43
4. OFERTA DE DROGAS.....	45
4.1. El mercado de las drogas en el Paraguay.....	45
4.1.1. Drogas incautadas.....	45
<i>Marihuana</i>	45
<i>Cocaína</i>	46
<i>Cocaína fumable</i>	48
<i>Otras drogas</i>	48
4.1.3. Delitos relacionados con el comercio ilícito.....	48
4.2. Estrategias y coordinación para reducir la oferta de drogas.....	49
4.2.1. Perfil general de la respuesta nacional para reducir la oferta de drogas.....	49
4.2.2. Instituciones y coordinación.....	50
<i>Secretaría Nacional Antidrogas</i>	50
<i>Ministerio Público</i>	52
<i>Departamento Antinarcóticos de la Policía Nacional</i>	52

<i>Poder Judicial</i>	52
<i>Secretaría Nacional de Administración de Bienes Incautados Comisados (SENABICO)</i>	56
<i>Secretaría de Prevención de Lavado de Dinero (SEPRELAD)</i>	57
<i>Otras instituciones que participan de forma indirecta</i>	57
Conclusiones.....	59
REFERENCIAS.....	60

PRÓLOGO

Paraguay ha incorporado a su legislación los tres instrumentos internacionales para la fiscalización de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, así como para combatir el narcotráfico y el crimen organizado vinculados al comercio ilícito de estas sustancias. Además, como los demás Estados Americanos, ha suscripto las declaraciones políticas multilaterales para implementar acciones amplias, equilibradas e integrales para hacer efectivos los compromisos asumidos.

Dentro de este marco, el Gobierno Nacional ha asumido como una prioridad para el periodo 2018 – 2023 la implementación de la Política Nacional sobre Drogas, mediante acciones coordinadas y sinérgicas, para reducir la oferta y la demanda de drogas.

En este sentido, los esfuerzos en el combate al narcotráfico se han hecho notorios a través de la creciente cantidad de drogas incautadas y destruidas en el territorio nacional. Pero concomitantemente a estos resultados, el crimen organizado transfronterizo ha extendido sus redes de acción en el país. En ese sentido y manteniendo los logros alcanzados, los desafíos para el próximo lustro se centran en dismantelar la capacidad operativa de estos grupos criminales, sobre todo en cuanto al lavado de dinero. Para ello se requiere de un fortalecimiento institucional de la SENAD y otras entidades del Estado, ampliando las capacidades de sus cuadros e incorporando tecnologías e innovaciones para los trabajos de inteligencia y operativos.

También hay progresos en la reducción de la demanda, sobre todo en el creciente acceso (aunque aún insuficiente) a servicios de tratamiento en el Centro Nacional de Prevención y Tratamiento de Adicciones, así como servicios de apoyo en comunidades terapéuticas y grupos de apoyo. Para ampliar el impacto se requiere de un enfoque de salud pública con acciones centradas en las personas, basadas en el derecho a la salud, mediante servicios comunitarios de atención primaria de salud, unidades de salud mental, y centros especializados capaces de actuar en conjunto como una red integrada de servicios de salud que provean servicios integrales de promoción de la salud que provean servicios integrales de promoción de la salud. Prevención del consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas, así como la detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas con problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas.

Para implementar estas acciones es imprescindible destinar recursos financieros suficientes. Estos recursos pueden generarse a partir de dos fuentes: En primer lugar, utilizando los bienes y activos comisados del propio crimen organizado vinculado al narcotráfico. En segundo lugar, a partir de una reforma fiscal centrada en elevar impuestos de aquellos productos que dañan la salud y se relacionan con las adicciones como lo son el tabaco y el alcohol.

El informe es un instrumento para que la SENAD, en alianza con otras entidades estatales, identifique prioridades para intensificar las acciones con una gobernanza unificada, de tal modo permita una mayor sinergia y efectividad.



Dr. César Tomás Arce Rivas
Secretario Ejecutivo Adjunto

1. RESUMEN EJECUTIVO

1.1. CONTEXTO NACIONAL:

Paraguay es un país de América del Sur sin litoral marítimo que limita con Argentina, Bolivia y Brasil. Territorialmente está dividido en dos regiones que determinan su modelo de producción, la economía y la dinámica poblacional: la Región Oriental y la Región Occidental. En las fronteras se da una forma de disrupción a estos modelos y los mecanismos productivos se articulan con otros regionales. La mayor parte de los 6,8 millones de habitantes es joven y casi 1 millón es adolescente. La población se concentra principalmente en zonas urbanas.

El sistema político es democrático regido por una Constitución Nacional vigente desde 1992 que establece que el país es un Estado Social de Derecho con un Poder Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

El país es considerado de ingresos medios bajos. El sistema económico es abierto con estabilidad macroeconómica, pero con un efecto distributivo insuficiente, situación que se refuerza por el modelo fiscal regresivo, la muy baja presión tributaria y la baja inversión social. Una reforma fiscal es necesaria para financiar las políticas sociales y entre ellas la política nacional sobre drogas.

El desarrollo humano es medio y el 26,58% de la población es pobre.

El marco legal para reducir la oferta y demanda se basa en los tres tratados para la fiscalización internacional de drogas: 1) la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972, 2) el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, 3) la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988.

La Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD), creada por ley, es la entidad gubernamental con competencias para el combate al narcotráfico y los problemas derivados del consumo indebido de drogas.

Se cuenta con una Política Nacional sobre Drogas 2017-2022, la cual propone una respuesta nacional amplia, equilibrada e integral, basada en los compromisos internacionales y adecuada a la realidad nacional. El componente de reducción de la demanda tiene un enfoque de salud pública y se plantea sobre tres ejes: fortalecer la cohesión social, ampliar la cobertura de servicios integrales y fortalecer la gobernanza de la respuesta nacional. La reducción de la oferta se fundamenta en los siguientes ejes: gestión de información, objetivos operativos y control.

1.2. DEMANDA DE DROGAS:

Paraguay ha adoptado el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo (SIDUC). El último estudio de prevalencia es del año 2014 y sobre personas en tratamiento del 2012.

La prevalencia de consumo de tabaco en el último mes entre los adolescentes escolarizados fue de 6% para hombres y 4,2% para mujeres. Según datos del Ministerio de Salud, 60% de los adolescentes compraron directamente los cigarrillos y el 79% refirió que no tuvieron ninguna advertencia para comprarlos por la edad. Datos recientes señalan que el costo para el país de las enfermedades ocasionadas por el tabaco es de 270 millones de dólares al año y ocasionan 88.473 años de vida perdidos por muertes prematuras y discapacidad. Paraguay está adherido al Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, sin embargo, varias medidas no son implementadas suficientemente. Los impuestos al tabaco son de los más bajos del mundo. El incremento de medidas fiscales para el control del tabaco es el gran desafío, tanto para disuadir el consumo en adolescentes como para mitigar el impacto económico de los daños a la salud.

El consumo de alcohol está extendido ampliamente, sobre todo el consumo excesivo episódico cuya prevalencia es 32,5% entre los adultos. Informes recientes del país señalan la consecuencia en muertes prematuras por enfermedades crónicas y accidentes de tránsito, sobre todo en la población masculina. Existe evidencia que, durante la adolescencia, la edad promedio de inicio de consumo es 13,8 años y la prevalencia es mayor entre las mujeres adolescentes.

El 23% de las personas en tratamiento por problemas de consumo de drogas refirieron que la sustancia de inicio fue tabaco y el 46,6% alcohol.

El consumo indebido de medicamentos sin prescripción afecta más a las mujeres. En el estudio de la SENAD, la prevalencia de consumo habitual de tranquilizantes fue de 2,5% para mujeres y 1,4% para hombres. En el caso de estimulantes, la prevalencia de consumo habitual fue de 0,9% y 0,7% respectivamente.

Las drogas ilícitas de mayor consumo son la marihuana, la cocaína clorhidrato y la cocaína fumable. También se ha detectado el consumo de éxtasis y LSD, así como de otras sustancias. La droga más consumida es la marihuana y la que se considera de mayor daño es la cocaína fumable.

Los datos sobre personas en tratamiento señalan que existe un patrón de poli-consumo, sobre todo cuando menor es la edad de inicio de consumo. En el último estudio en centros de tratamiento, 80% consumían 2 a 5 sustancias y el 58% 3 a 5 sustancias.

Entre los adolescentes escolarizados, el 11,4% de los hombres y el 9,4% de las mujeres consumió alguna droga alguna vez.

La marihuana tuvo una prevalencia de consumo en el mes 2,3% entre los adolescentes; 3% para hombres y 1,8% para mujeres. La edad promedio de inicio de consumo fue de 14,8 años. El 13,2% de las personas en tratamiento lo estaban por el consumo de esta sustancia.

La prevalencia de consumo en el mes de la cocaína clorhidrato fue de 0,7% entre los adolescentes. La prevalencia fue el doble para los hombres y la edad promedio de inicio de consumo fue 14,8 años. El 8,2% de las personas en tratamiento lo estaban por el consumo de esta sustancia.

La prevalencia de consumo en el mes de la cocaína fumable o chespi fue de 0,3% entre los adolescentes, ligeramente superior para los hombres. La edad promedio de inicio de consumo fue de 13,8 años. Hay coincidencia en señalar el aumento de consumo de esta droga y que está mayormente distribuida en la población más vulnerable. El 45,1% de las personas en tratamiento lo estaban por el consumo de esta sustancia. El 24% de los adolescentes señalaron que hay drogas en la institución donde estudian. Sólo la mitad expresó su convicción que no consumirá droga. De cada diez, 4 consideraron que era fácil conseguir marihuana, 2 que podrían conseguir fácilmente cocaína o cocaína fumable y 1 que le resultaría fácil obtener éxtasis, LSD o heroína.

Varias entidades públicas operan para reducir la demanda de drogas en el país. Complementariamente el sector privado con y sin fines de lucro.

En el sistema se distingue un sector profesional y no profesional que coexisten en centros de tratamiento, comunidades terapéuticas y grupos de autoayuda. Ésas deberían operar bajo normas mínimas de calidad aprobadas, pero la regulación es débil.

El enfoque de salud pública para reducir la demanda es incipiente. Los avances son aún modestos, pero se destacan la disponibilidad de servicios de tratamiento en el Centro Nacional de Control de Adicciones y algunos programas de prevención de cobertura y alcance limitados. La respuesta es segmentada porque la coordinación interinstitucional es débil y la mayor parte de las intervenciones operan como programas verticales no integrados. Es fragmentada, porque en cada institución se reproducen estas debilidades de coordinación, gestión y operación.

El mayor desafío es ampliar la cobertura nacional de programas de prevención universal y conformar redes de atención integral, incluido el tratamiento, con una base de atención primaria de salud, unidades de salud mental y centros especializados descentralizados en zonas urbanas y territorios priorizados.

El financiamiento para implementar un programa amplio de reducción de la demanda puede lograrse mediante reformas fiscales, aumentando impuestos a productos que dañan la salud como el tabaco, el alcohol y otros. También, orientando recursos a partir de bienes comisados relacionados con el narcotráfico y el crimen organizado.

1.3. OFERTA DE DROGAS:

El tráfico y comercio ilícito de drogas en Paraguay está vinculado al crimen organizado. Existe evi-

dencia creciente de la participación de grupos criminales organizados del Brasil que operan en el país para traficar droga, cocaína y marihuana, a través de la frontera, tanto por vía terrestre como aérea. El Primer Comando Capital (PCC) y el Comando Vermhelo son dos de las organizaciones poderosas que se vinculan con estos delitos. Más recientemente, se ha identificado nexos entre el narcotráfico y el terrorismo.

Las acciones predominantes para reducir la oferta de drogas se centran en el combate a la producción, tráfico y comercio ilícito. Más incipientemente, se vienen desarrollando intervenciones para desmantelar el lavado de dinero y otros ilícitos conexos del crimen organizado.

Las intervenciones represivas se basan en un trabajo previo de inteligencia y coordinación entre varias instituciones del Estado, pero por sobre todo entre la Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD) y el Ministerio Público. También existe cooperación entre los servicios de inteligencia entre países afectados por el narcotráfico bajo el principio de responsabilidad común y compartida. Varias instituciones del Estado trabajan para reducir la oferta de drogas. Operativamente es la SENAD la principal entidad de concretar en terreno las intervenciones de destrucción de plantaciones, intercepción de tráfico, decomiso, detenciones, desmantelamiento de laboratorios y logística, incautación de armamentos y otros.

La SENABICO es una institución pública, dependiente de la Presidencia de la República, para administrar de forma eficiente los bienes obtenidos como resultado de la lucha contra el crimen organizado.

Paraguay es uno de los mayores productores de marihuana de Sudamérica. El 95% de la producción ocurre en 3 de los 14 departamentos del país: Amambay, Canindeyú y San Pedro. En los últimos cinco años se han destruido 8.524 hectáreas de plantas de marihuana y se han incautado 2.750 toneladas de dicha sustancia. La mayor parte de la producción se destina al Brasil y la Argentina y complementariamente a Bolivia y Uruguay.

La cocaína proviene principalmente de Bolivia, Perú y Colombia. Sólo una pequeña cantidad queda en el país. La mayor parte, 70% a 80%, va al Brasil y lo demás a Chile, Argentina, Uruguay y países europeos. El promedio de incautación anual es de 1.680 kg. Como resultado de los operativos de combate al tráfico de cocaína en 2017 se incautaron 1.313 kg de cocaína.

El comercio ilícito de cocaína fumable se realiza a través de una red de microtráfico ampliamente extendido que se encuentra inserto en las propias comunidades, a veces operado por grupos familiares enteros principalmente en la capital Asunción y ciudades metropolitanas del departamento Central, pero también en otras ciudades del país. El tráfico de esta sustancia va en aumento. En el 2017 se incautaron 21 mil dosis de cocaína fumable.

Otras drogas incautadas son éxtasis y LSD.

El sistema judicial cuenta con jueces de garantías penales en la Capital del país, quienes tienen la competencia a nivel nacional para atender los casos relacionados con el tráfico y comercio ilícito de drogas. Las penas aplicadas son de cinco a ocho años de pena privativa de libertad para micro-trafficantes, y de quince a dieciocho años y hasta veinticinco años para traficantes. Cada año se abren 100 expedientes aproximadamente. El porcentaje de casos que van a juicio oral y cuentan con condena es bajo.

El 52% de las mujeres privadas de libertad están recluidas por delitos relacionados al narcotráfico. Sólo el 36% de las mujeres recluidas por esta causa están condenadas. Esta situación alerta sobre: a) la utilización y explotación de mujeres para el tráfico; b) la situación de reclusión inadecuada y afectación a niños; c) insuficiente asesoría legal para enfrentar un proceso justo.

Los desafíos para el Paraguay son a) fortalecer la capacidad operativa de la SENAD con mayores recursos y tecnología, y b) una respuesta con mayor énfasis en disminuir y neutralizar las capacidades del crimen organizado, sobre todo del lavado de dinero.

El financiamiento para una respuesta más amplia y efectiva puede lograrse mediante una gestión más efectiva de la SENABICO.

2. CONTEXTO NACIONAL Y POLÍTICAS

2.1. INFORMACIÓN DEL PAÍS

2.1.1. ASPECTOS TERRITORIALES Y POLÍTICOS

La República del Paraguay es un país sudamericano cuyas fronteras limitan con la República Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Federativa del Brasil.

Su extensión territorial de 406.752 km², sin litoral marítimo, se divide en dos grandes regiones separadas por el Río Paraguay: la Región Oriental, más densamente poblada y desarrollada donde asienta el 97% de la población, y la Región Occidental o Chaco, un amplio territorio que es parte del Chaco Boreal y donde vive el 3% de la población total del país.

Las características territoriales son determinantes para el modelo de producción, para la economía y para la dinámica poblacional, identificándose modelos de producción específicos cuyos mecanismos, de alguna forma, se articulan en una lógica nacional. En cambio, en los territorios fronterizos los mecanismos económicos se articulan con otros mecanismos regionales, lo cual produce una forma de disrupción ante los modelos y mecanismos internos ⁽¹⁾.

Entre los hitos de su historia se destacan la independencia de España en 1811; la Guerra contra la Triple Alianza (Argentina, Brasil y Uruguay) de 1864 a 1870; la Guerra del Chaco, que enfrentó al Paraguay contra Bolivia de 1932 a 1935; una prolongada dictadura militar que se extendió de 1954 a 1989 y la promulgación de una nueva Constitución Nacional en 1992 con la cual se inició una transición hacia la democracia ⁽²⁾.

Con el actual marco constitucional, el Paraguay se define como un Estado Social de Derecho, unitario y descentralizado bajo la forma de una República democrática representativa y participativa. El derecho a la educación, a la salud y a la seguridad social son algunos de los derechos sociales reconocidos por la Constitución Nacional ⁽³⁾.

El diseño del Estado Paraguayo se basa en un equilibrio de poderes con un Poder Legislativo, Poder Judicial y Poder Ejecutivo. El Presidente de la República, los Senadores y Diputados, los Gobernadores, los Intendentes municipales y sus respectivas juntas de Concejales son electos por medio de sufragio directo ⁽³⁾. Políticamente se organiza en 17 departamentos administrados por gobernaciones e integrada por 250 municipios, incluida la Capital Asunción ⁽⁴⁾.

En lo concerniente al marco institucional, desde la promulgación de la Constitución Nacional se ha avanzado en lo legislativo y normativo en varios campos. Pero, aún con estos avances, persisten notorias debilidades institucionales para la aplicación efectiva de estas leyes lo que afecta a la calidad de la democracia paraguaya ⁽⁵⁾. Estas debilidades se traducen en la fragilidad de los derechos sociales como garantías efectivas para los ciudadanos, derechos que están constitucionalizados y cuyo incumplimiento por parte del Estado ha generado en varias ocasiones su judicialización ⁽⁶⁾.

Por otra parte, el modelo de gestión es altamente centralizado, con poca delegación de competencias y recursos hacia sectores subnacionales y hacia dependencias regionales ⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

2.1.2. DEMOGRAFÍA

La población estimada en 2016 era de 6.854.502 habitantes, 50,4% hombres y 49,6% mujeres y una densidad poblacional de 16,9 habitantes por Km². La mayor parte de la población, 60,9%, habita en zonas urbanas ⁽⁹⁾.

En las zonas periféricas a las capitales departamentales y ciudades más pobladas se ha desarrollado un proceso de migración interna cuyo resultado es la conformación de un territorio social denominado asentamiento, con limitado acceso a servicios básicos ⁽¹⁰⁾.

La estructura poblacional se caracteriza por el predominio de jóvenes: 30,3% tienen menos de 15 años y 9,0% son mayores de 60 años. En el 2015 la población estimada de adolescentes era 14% de la población, es decir, más de 945 mil personas de 13 a 19 años. Las estimaciones para el 2025 proyectan que para

entonces los adolescentes serán más de 970 mil personas. Durante ese mismo periodo de tiempo, la población de jóvenes de 20 a 34 años pasará de 1,75 millones a 1,93 millones de personas ⁽¹¹⁾.

La tasa global de fecundidad ha venido descendiendo y en la actualidad es de 2,5 hijos por mujer, mientras que la tasa bruta de natalidad es de 21,1 por mil habitantes ⁽¹²⁾.

La tasa de natalidad de adolescentes de 15 a 19 años es de 72, pero en el quintil más pobre es 136, 18 en el quintil más rico y 176 en la población indígena ⁽¹³⁾. Estos indicadores reflejan la vulnerabilidad y la desigualdad de la población adolescente del país.

La esperanza de vida al nacer de la población paraguaya es de 73,3 años, 71,2 años para hombres y 75,6 años para las mujeres ⁽¹⁴⁾.

Las proyecciones al 2025 señalan una tendencia a la disminución de la tasa global de fecundidad a 2,3 hijos por mujer, un aumento de la esperanza de vida al nacer de 2 años y el incremento de la población a más de 7.750.000 habitantes, con una mayor concentración urbana ⁽¹¹⁾.

2.1.3. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS Y SOCIALES

La economía paraguaya es abierta y en la última década ha experimentado un crecimiento alrededor del 5% en promedio, de forma sostenida pero volátil, debido a la fuerte dependencia de recursos naturales. La producción agropecuaria ha evolucionado en sus procesos y tecnologías y conjuntamente con la producción de energía de las dos hidroeléctricas binacionales, con Brasil y Argentina, constituyen las principales actividades económicas del país ⁽¹⁵⁾.

Entre el 2000 y el 2016, el producto interno bruto (PIB) paso de 8.495 a 36.345 millones de dólares corrientes y el PIB per cápita de 1.678 a 5.302 dólares corrientes ⁽¹⁶⁾.

Sin embargo, el crecimiento y la estabilidad macroeconómica no han sido suficientes para lograr efectos distributivos para resolver problemas sociales y lograr un crecimiento equitativo e inclusivo, debido en parte al modelo de fiscalidad y a la baja presión tributaria, así como por la insuficiente inversión social consecuente ⁽¹⁷⁾.

En efecto, el modelo fiscal paraguayo es regresivo ya que se basa predominantemente en impuestos indirectos que representan el 80% de las recaudaciones, mientras que los impuestos directos constituyen el restante 20% de las recaudaciones anuales ⁽¹⁸⁾. Las reformas fiscales introducidas en la década del 2000 han sido parciales e insuficientes: incluso con la aplicación de nuevos impuestos, entre ellos el de la renta personal, la presión tributaria se ha mantenido apenas entorno al 12 a 13% del PIB ⁽¹⁹⁾.

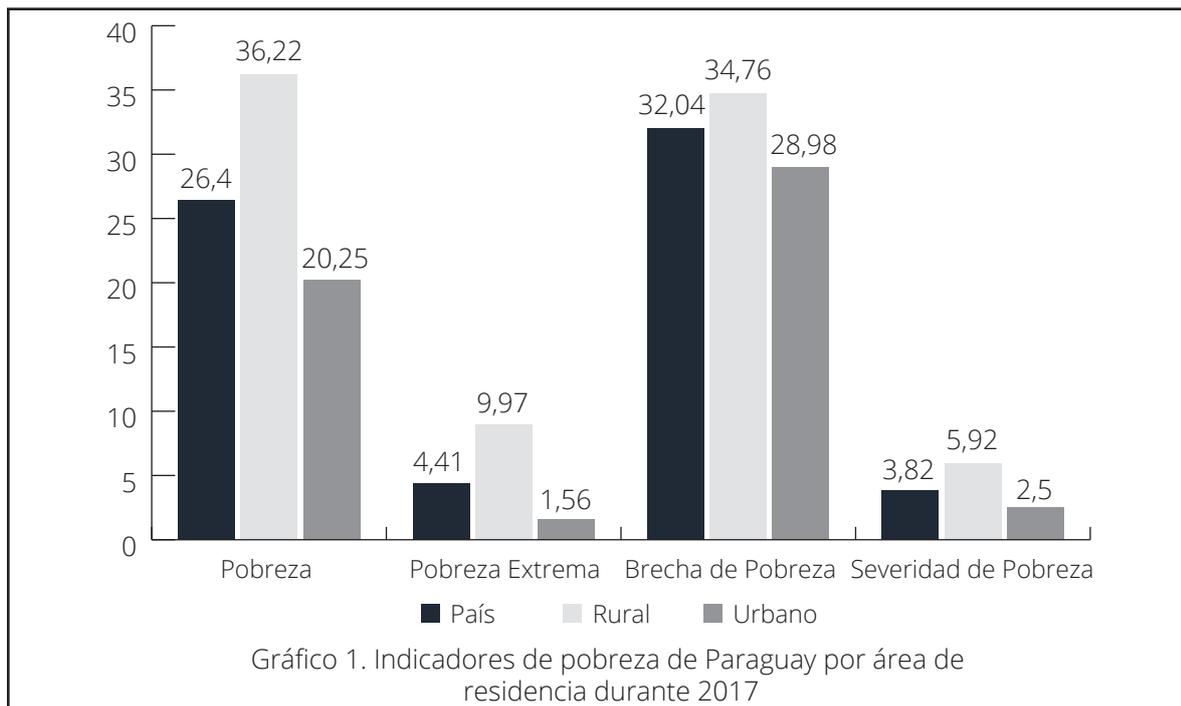
Las empresas y ciertos sectores productivos pagan tributos irrisorios, existen exenciones amplias y la evasión fiscal elevada. Por otra parte, tampoco se ha logrado siquiera instalar una agenda de reformas tributarias para controlar los efectos nocivos para la salud de ciertos productos, como el tabaco ⁽¹⁹⁾.

En cuanto al gasto social, ha habido un crecimiento neto de los recursos públicos destinados a los distintos programas, pero muy inferior al gasto promedio para América Latina: por ejemplo, el gasto social por persona en Paraguay entre 2003- 2004 y 2012- 2013 se incrementó de 129,1 a 305,6 dólares, mientras que en el mismo periodo en América Latina se incrementó de 502,9 a 968,8 dólares. Entre el 2007 y el 2015 el gasto social público en Paraguay pasó de 8,1% a 12,0% del PIB mientras que en el mismo periodo en América Latina pasó de 11,5% a 14,5% ⁽²⁰⁾.

Los resultados del modelo económico pueden evaluarse según el modesto desempeño de indicadores de desarrollo y la desigualdad económica y social del país.

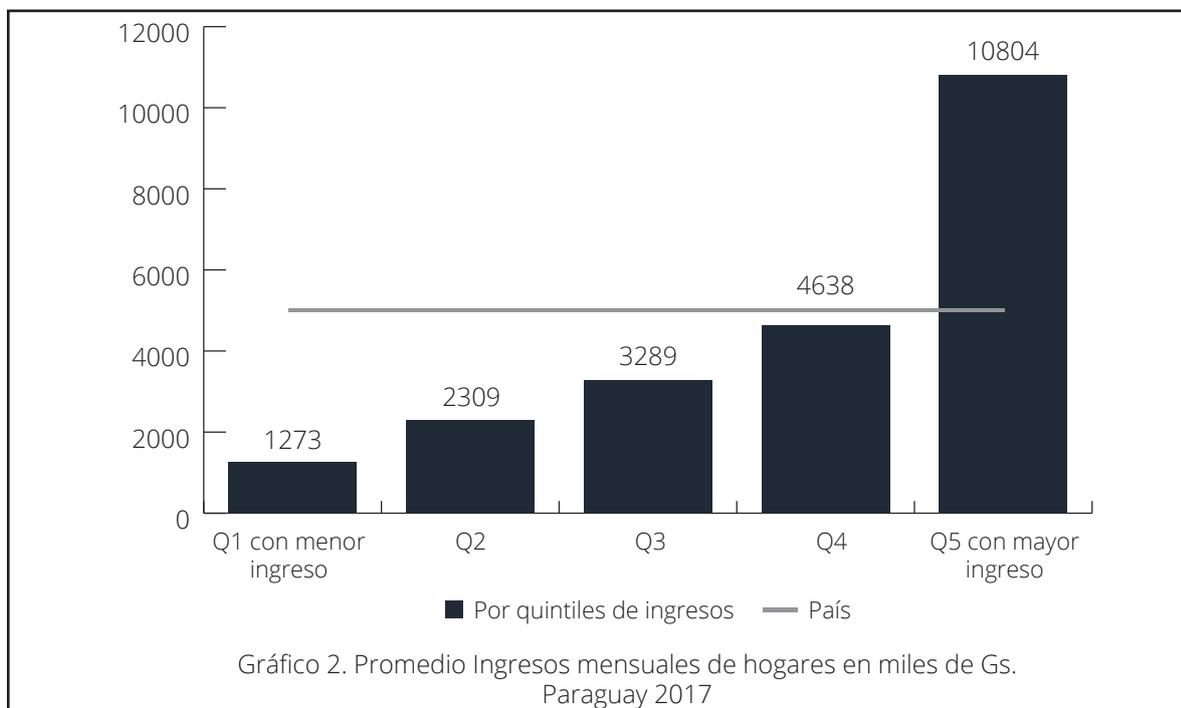
Entre el 2000 y el 2015 el Índice de Desarrollo Humano (IDH) pasó de 0,737 a 0,699, ubicándose en la posición 110, con una categoría de desarrollo medio ⁽²¹⁾. En el mismo periodo de tiempo el coeficiente de Gini pasó de 0,53 a 0,47 y la pobreza pasó de 45,12% a 26,58% ⁽²²⁾.

Detrás de estos promedios nacionales existen notorias desigualdades territoriales, más desfavorables para los territorios rurales (Gráfico 1).

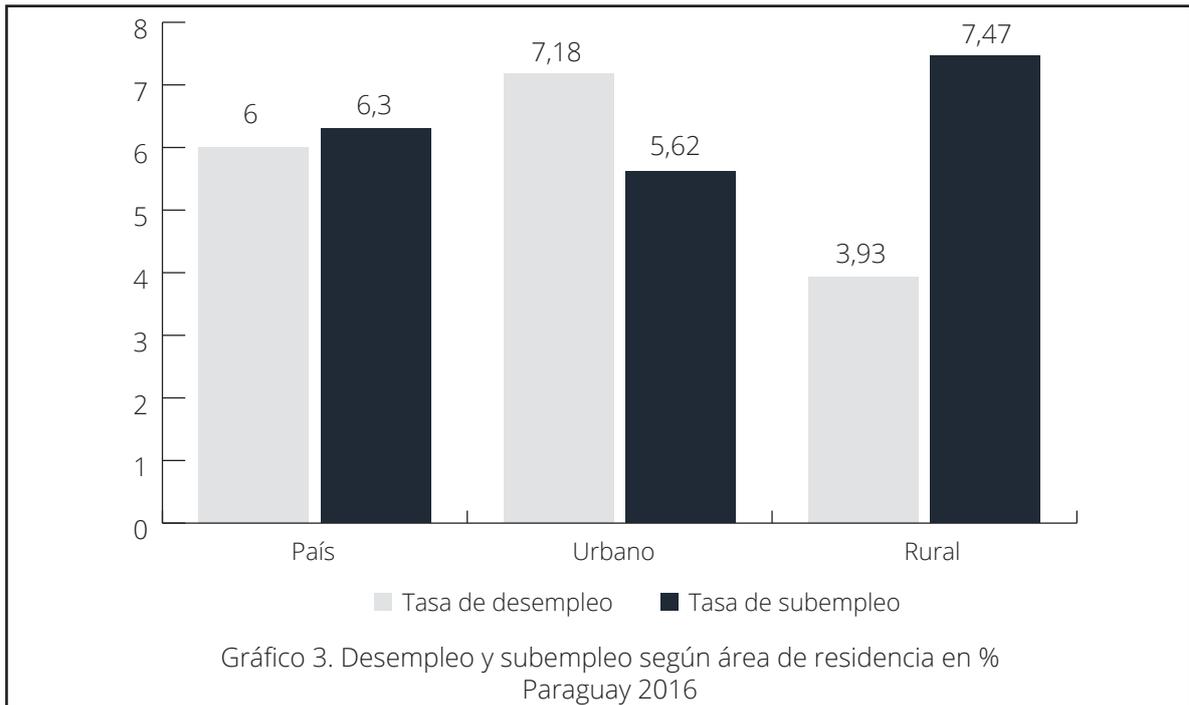


Fuente: Encuesta Permanente de Hogares. DGEEC. 2017

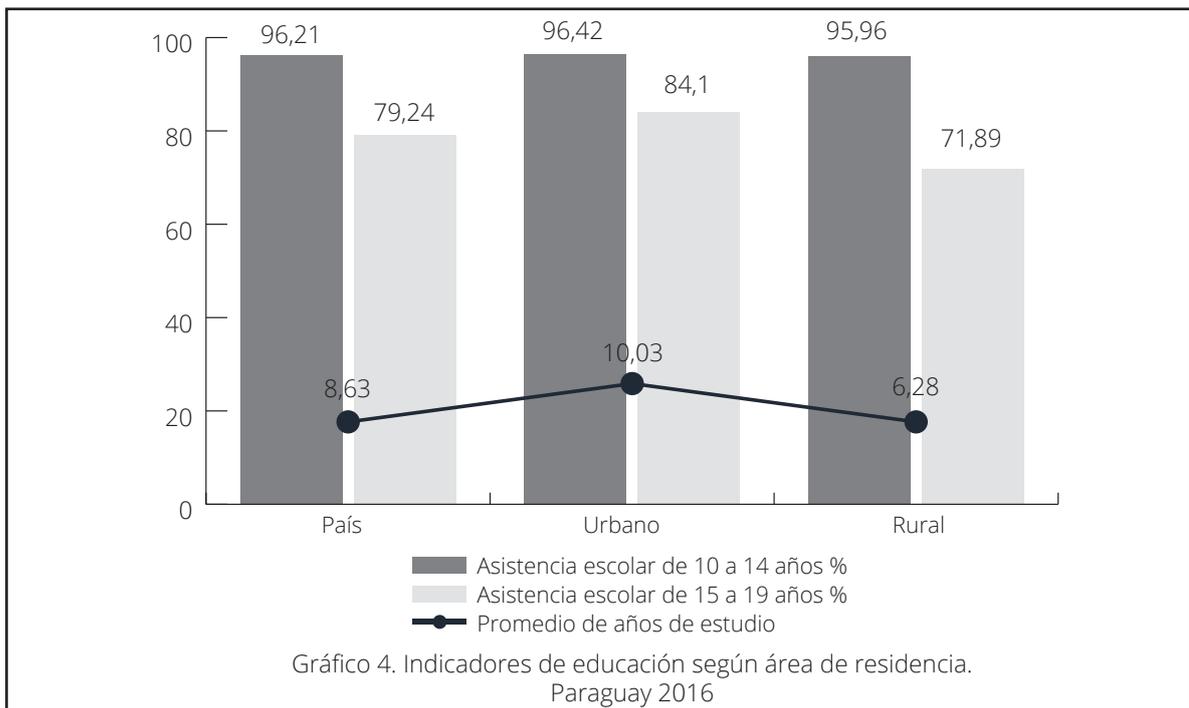
La desigualdad también se observa en los resultados de ingresos, empleo, educación y salud (Gráficos 2 a 5).



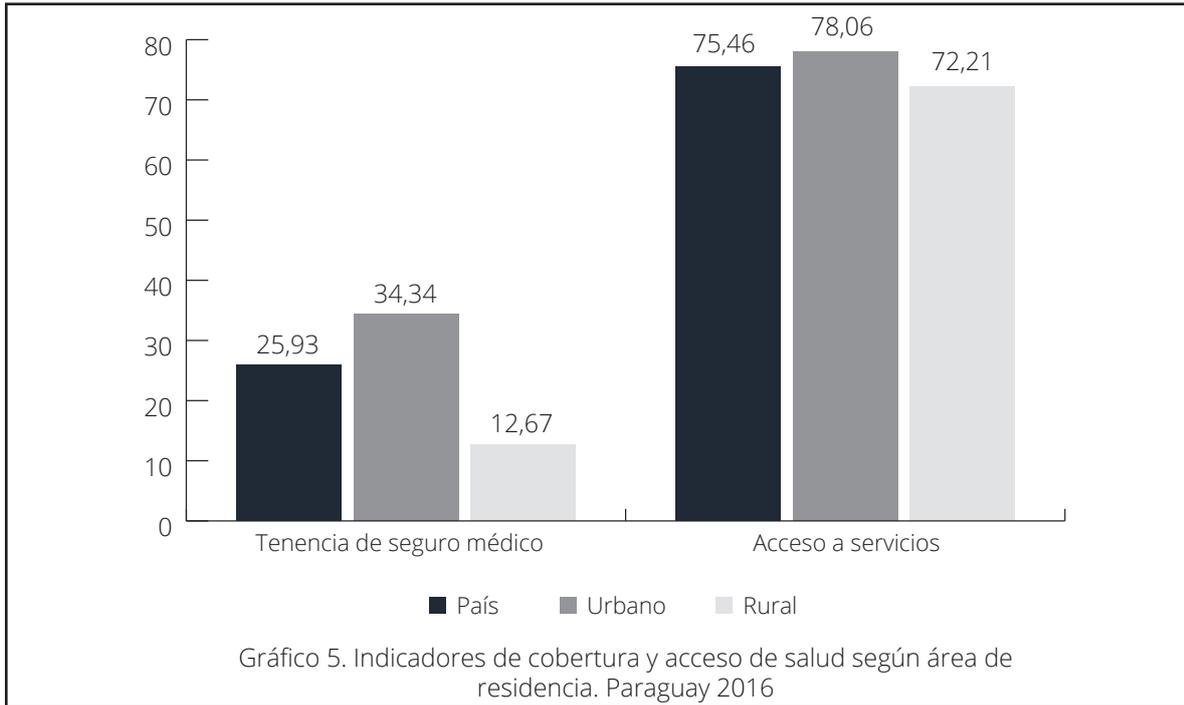
Fuente: Encuesta Permanente de Hogares. DGEEC. 2017.



Fuente: Encuesta Permanente de Hogares. DGEEC. 2016.



Fuente: Encuesta Permanente de Hogares. DGEEC. 2016.



2.2. MARCO LEGAL

2.2.1. EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

La República del Paraguay es un Estado Parte de las entidades multilaterales para el control del tráfico, consumo y problemas asociados a las drogas, y ha adoptado los compromisos pertinentes para reducir la demanda y la oferta tanto en el Sistema de las Naciones Unidas como en la Organización de los Estados Americanos.

En este sentido, ha ratificado los tres tratados para la fiscalización internacional de drogas: 1) la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972, 2) el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, 3) la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 ⁽²³⁾ ⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾.

El Paraguay se ha adherido a las declaraciones y documentos de posición multilaterales para combatir la demanda y oferta de drogas, y ha realizado esfuerzos para que el diseño e implementación de sus operaciones estén en concordancia con las disposiciones técnicas y recomendaciones emanadas de las instancias especializadas.

Recientemente ha asumido el compromiso de implementar una respuesta amplia, integral y equilibrada basada en evidencias, como Estado Parte de las Naciones Unidas ⁽²⁶⁾.

2.2.2. EN EL ÁMBITO NACIONAL

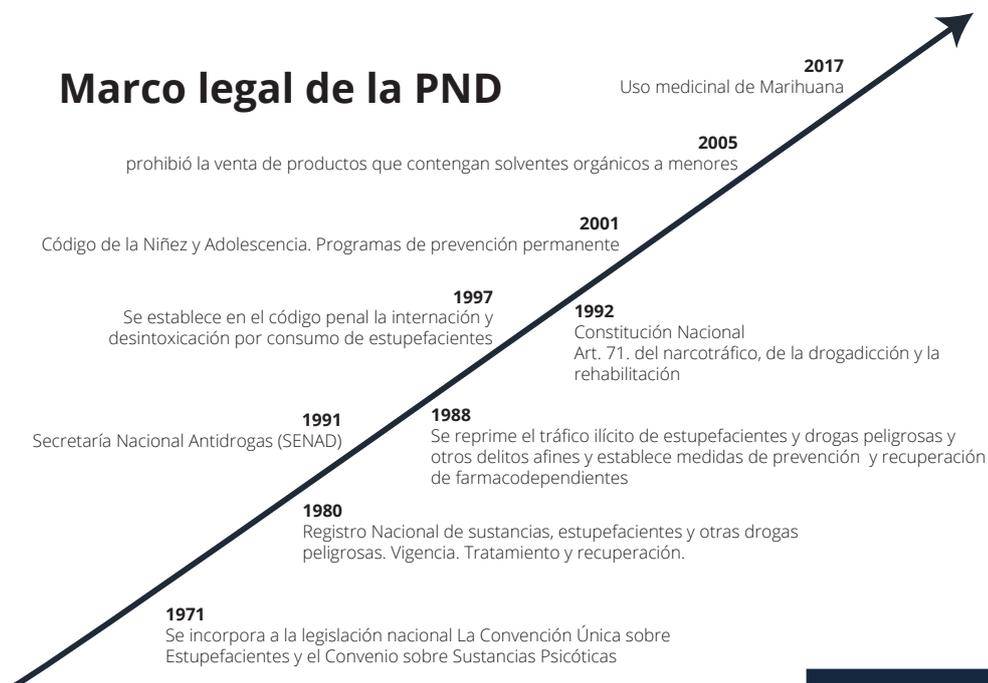
A continuación, se presenta, de manera cronológica, según su incorporación, el marco legal vigente para reducir la oferta y la demanda de drogas en Paraguay (Gráfico 6):

En 1971, Paraguay incorporó a su legislación nacional los compromisos asumidos en la Convención Única sobre Estupefacientes y el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas mediante las leyes 338/71 y 339/71 respectivamente ⁽²⁷⁾ ⁽²⁸⁾.

En 1980, mediante la Ley 836/80, Código Sanitario, se dispuso un Registro Nacional de sustancias, estupefacientes y otras drogas peligrosas y las disposiciones correspondientes para su vigilancia y control. Esta ley también dispuso la implementación de acciones para la recuperación de los farmacodependientes en establecimientos especializados ⁽²⁹⁾.

Gráfico 6

Paraguay: Principales leyes vigentes para combatir el problema de las drogas



En 1988, se promulgó la Ley 1340/88, que reprime el tráfico ilícito de estupefacientes y drogas peligrosas y otros delitos afines y establece medidas de prevención y recuperación de farmacodependientes. Con esta ley se establecieron criterios que identifican a los estupefacientes y drogas peligrosas, señalando las prácticas que se consideran delictivas. La ley sanciona con 5 a 15 años de cárcel, comiso y multa a quien tuviere en su poder, sin autorización, sustancias estupefacientes, drogas peligrosas o productos que las contengan. La sanción para quienes producen, cultive o cosechen es de 10 a 20 años de cárcel. Establece disposiciones para la prescripción y control de sustancias fiscalizadas y un registro nacional correspondiente. En lo referente al tratamiento, dispone que, mediante una orden judicial, los farmacodependientes deben ser internados en un Centro Asistencial para tratamiento médico y recuperación social y que estos servicios deben ser incluidos en los programas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Por medio de esta ley fue creada la Dirección Nacional de Narcóticos, dependiente del Ministerio del Interior, y el Consejo Nacional de Prevención de la Farmacodependencia y Recuperación del Farmacodependiente ⁽³⁰⁾.

En 1991, mediante la Ley 108/91 se creó la Secretaria Nacional Antidroga (SENAD), dependiente de la Presidencia de la República, a la cual se encomendó la coordinación de las acciones entre los entes gubernamentales que trabajan en programas de lucha contra el narcotráfico y la drogadicción quedando como dependencia de esta secretaría la Dirección de Narcóticos (DINAR) ⁽³¹⁾.

En 1992 se promulgó una nueva Constitución Nacional, en cuyo artículo 71 “del narcotráfico, de la drogadicción y de la rehabilitación” se estableció que “el Estado reprimirá la producción, y el tráfico ilícito de las sustancias estupefacientes y demás drogas peligrosas, así como los actos destinados a la legitimación del dinero proveniente de tales actividades. Igualmente combatirá el consumo ilícito de dichas drogas. La ley reglamentará la producción y el uso medicinal de las mismas. Se establecerán programas de educación preventiva y de rehabilitación de los adictos, con la participación de organizaciones privadas” ⁽³⁾.

En 1994 se ampliaron las funciones de la SENAD mediante la Ley 396/94 estableciendo que es la autoridad gubernamental con la misión de ejecutar y hacer ejecutar la política del gobierno nacional en la lucha contra el narcotráfico; la prevención, recuperación y el control del lavado de dinero proveniente del tráfico ilícito de estupefacientes, la drogadicción; el control de drogas peligrosas y su prevención” ⁽³²⁾.

En 1997 se creó la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria en el ámbito del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, mediante la Ley 1119/97 para la regulación de productos para la salud y otros. Se dispuso como norma general, que los medicamentos sólo serán dispensados con receta y que la autoridad sanitaria nacional establecerá requisitos especiales para la prescripción y dispensación de medicamentos estupefacientes, sicotrópicos y otros que por su naturaleza lo requieran ⁽³³⁾.

Ese mismo año, mediante la Ley 1160/97, Código Penal Paraguayo, se estableció en el artículo 74 que “El que haya realizado un hecho antijurídico debido al hábito de ingerir en exceso bebidas alcohólicas o usar otros medios estupefacientes será internado en un establecimiento de desintoxicación, cuando exista el peligro de que por la misma causa realice nuevos hechos antijurídicos graves. Esto se aplicará también cuando haya sido comprobada o no pudiera ser razonablemente excluida una grave perturbación de la conciencia en los términos del inciso 1° del Artículo 23; inciso 2° El mínimo de la ejecución de la medida será de un año y el máximo de dos años; inciso 3° Se aplicará, en lo pertinente, lo dispuesto en los Artículos 39 y 40, cuando ello no sea incompatible con la finalidad de la medida” ⁽³⁴⁾.

En el año 2000, se aprobó la Ley 1642 “Que prohíbe la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad y prohíbe su consumo en la vía pública” ⁽³⁵⁾.

En el 2001, se aprobó el Código de la Niñez y Adolescencia, mediante la Ley 1680/01, estableciendo en el artículo 13 que “El niño o adolescente tiene derecho a la atención de su salud física y mental, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud”. En el artículo 16 se estableció que “El Estado implementará programas permanentes de prevención del uso ilícito del tabaco, bebidas alcohólicas y sustancias estupefacientes o psicotrópicas. Implementará igualmente programas dirigidos a la recuperación del niño o adolescente dependientes de estas sustancias” ⁽³⁶⁾.

En el 2005, mediante la Ley 2.718, se prohibió la venta, suministro y/o distribución de productos que contengan solventes orgánicos a menores de edad, y se dispuso que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social establecerá la lista de solventes que deberán ser controlados ⁽³⁷⁾.

En el año 2017 se creó el programa nacional para el estudio y la investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados. Según esta ley, el programa debe garantizar el acceso gratuito al aceite de cáñamo y demás derivados de la planta de cannabis a todas las personas incorporadas al programa por indicación médica. Se dictarán normas técnicas y guías, se realizarán investigaciones sobre propiedades y efectos secundarios. La autoridad de aplicación es la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Contempla la producción controlada y la importación en coordinación con la SENAD y SENAVE ⁽³⁸⁾.

Ese mismo año, 2017, se aprobó la Ley 5876 de administración de bienes incautados y comisados con el objeto de “establecer los procedimientos para la recepción, identificación, avalúo, inventario, registro, administración, mantenimiento, preservación, custodia y destino de los bienes incautados o comisados de interés económico o de valor equivalente bajo los principios de eficiencia y transparencia de la función pública”. Se crea además la entidad que opera como autoridad de aplicación: Secretaría Nacional de Administración de Bienes Incautados y Comisados (SENABICO), órgano superior técnico especializado en la administración de los bienes incautados y comisados en Paraguay, dependiente de la Presidencia de la República. La ley establece que los recursos financieros serán destinados de la siguiente forma: 25% para la SENABICO; 25% para ser distribuidos entre el Poder Judicial, el Ministerio Público y la SENAD; el 50% para financiar proyectos de prevención de hechos punibles, rehabilitación de adictos y reinserción social ⁽³⁹⁾.

Estas leyes conforman el marco legal que fundamentan las acciones para reducir la demanda y la oferta de drogas en el Paraguay.

2.3. POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

2.3.1. FUNDAMENTOS

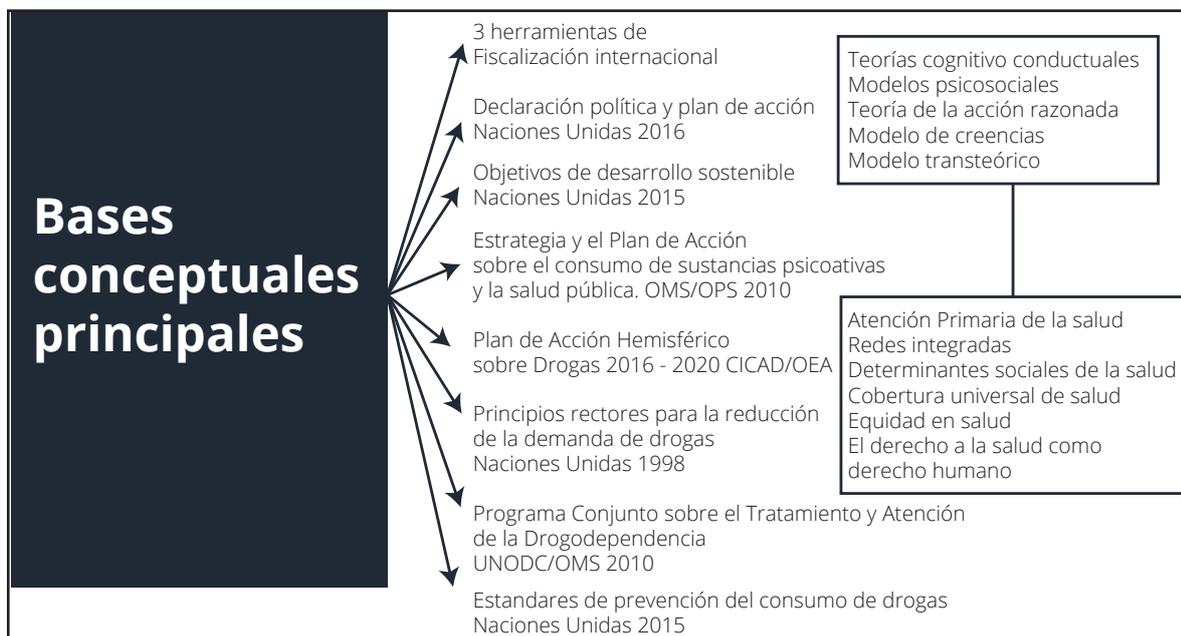
La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y el gobierno paraguayo suscribieron en 2011 un acuerdo para el “Fortalecimiento del Estado de Derecho, Seguridad y Justicia en el Paraguay”, para la implementación de un Programa Nacional Integrado (PNI) a través del cual se establecieron orientaciones para el “Fortalecimiento de la capacidad estratégica y de análisis del fenómeno de las drogas en el país” y el diseño de una Política Nacional sobre Drogas (PND) ⁽⁴⁰⁾.

Bajo este marco se inició un proceso de definición de prioridades intersectoriales e interinstitucionales para abordar el problema de las drogas en el país mediante acciones basadas en evidencias. La definición de problemas y respuestas consideró aspectos políticos, normativos, institucionales, sociales y sanitarios considerando los determinantes sociales.

Las líneas de acción fueron definidas según los principios de integralidad, de una respuesta amplia y equilibrada, así como de responsabilidad común y compartida y están basados en compromisos de Estado relacionados al control de drogas y la agenda de salud pública (Gráfico 7).

Gráfico 7

Bases conceptuales y documentales para la PND en Paraguay



Fuente: Política Nacional de Drogas de Paraguay.

La PND fue aprobada por medio del Decreto del Poder Ejecutivo 7979/2017 ⁽⁴¹⁾.

El documento parte de un diagnóstico situacional de la demanda y de la oferta, sobre el cual se proyecta una visión estratégica de mediano plazo que sustenta en el desarrollo de un *sistema nacional de reducción de la demanda de drogas y un sistema nacional de reducción de oferta de drogas*. Consta de un plan de acción al 2022.

A continuación, se resume los principales elementos para la reducción de la demanda y reducción de la oferta que plantea la PND ⁽⁴²⁾.

2.3.2. REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

La visión para reducir la demanda de drogas es la siguiente:

Alcanzar el desarrollo de una sociedad sostenible, justa, equitativa, inclusiva, con igualdad de oportunidades, con ciudadanos protagonistas del bienestar y la prosperidad y que ha logrado disminuir al máximo los problemas derivados del consumo de drogas.

La misión del sistema nacional de reducción de la demanda de drogas es la siguiente:

Implementar acciones para reducir la demanda de drogas, como parte de una política nacional equilibrada, con enfoque de salud pública, considerando la complejidad de las causas que subyacen y sus efectos, los determinantes sociales, la situación de vulnerabilidad, los factores de riesgo, las distintas características de los territorios y sus poblaciones, las etapas de la vida, los aspectos culturales y de género, el respeto a los derechos humanos, la dignidad y las libertades fundamentales.

La PND plantea el logro de 3 objetivos generales y 9 objetivos específicos a través de 27 líneas de acción con metas y resultados para el año 2022, con un enfoque de salud pública sobre territorios sociales priorizados y la asignación suficiente de recursos para su implementación (Gráfico 8):

- **Fortalecer la cohesión social:**
 - Mediante la incidencia sobre determinantes sociales de la salud a través de la articulación de programas de desarrollo social en territorios y poblaciones priorizadas; la promoción de la

participación comunitaria; y la promoción de una comunidad saludable. Las unidades de salud de la familia, los consejos de salud y las instituciones educativas son instancias articuladoras y ejecutaran claves de estos procesos. Se busca la articulación de acciones con gobiernos locales y departamentales.

- Ampliar la cobertura y el acceso a servicios integrales:
 - Se busca prevenir el inicio del consumo y sus consecuencias a través de la amplificación de la prevención primaria universal, el desarrollo de competencias para una vida sana e intervenciones selectivas e indicadas; el incremento de la oferta y el acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación, a través de las unidades de salud de la familia, unidades de salud mental y descentralización de la atención especializada; y la implementación de un programa de inserción y reinserción social de las personas afectadas por el consumo de drogas. Las instituciones educativas son instancias claves de implementación. En el sector salud se busca la construcción de una red especial de servicios integrados con enfoque de atención primaria de la salud, con una amplia cobertura comunitaria con equipos de salud familiar incluidos agentes comunitarios y la articulación con centros comunitarios y centros de servicios de atención a salud mental.
- **Fortalecer la gobernanza de la respuesta nacional:**
 - Plantea el fortalecimiento normativo e institucional de las partes nacionales; la gestión descentralizada; y el desarrollo de un sistema de información, así como una agenda de gestión de conocimiento sobre el problema del consumo de drogas.

2.3.3. REDUCCIÓN DE LA OFERTA

Los lineamientos para reducir la oferta de drogas se basan en la optimización de las capacidades y recursos de distintas instituciones del Estado que, de manera complementaria, desempeñan actividades y estrategias para cumplir objetivos específicos que contribuyen al objetivo común de combatir el narcotráfico y el crimen organizado.

La innovación principal de la PND es incidir significativamente en el lavado de dinero y el control de bienes y otros activos que se relacionan con el narcotráfico a través de una ley específica que será implementada por una secretaría ejecutiva.

La propuesta apunta además a maximizar los resultados operativos y la interpretación de los resultados sobre la reducción efectiva de la oferta. Es decir, implica un cambio en el análisis estadístico basado en cantidades absolutas a un análisis sobre proporción del tráfico y producción que son efectivamente impactados por las acciones. Esto implica no sólo un trabajo de inteligencia para las operaciones en terreno, sino que, además, el desarrollo de un sistema de información capaz de dimensionar la magnitud del problema en todos sus procesos y resultados.

En cuanto a la coordinación y gestión interinstitucional propone operación mediante directrices comunes, un sistema de seguimiento y evaluación, así como la implementación de planes de mejora continua y de sostenibilidad. Se propone además la actualización del marco legislativo tendiente al fortalecimiento de las instituciones y la factibilidad jurídica de las operaciones.

La PND plantea reducir la oferta de drogas a través del logro de 3 objetivos generales, 7 objetivos específicos y 12 líneas de acción (Gráfico 9):

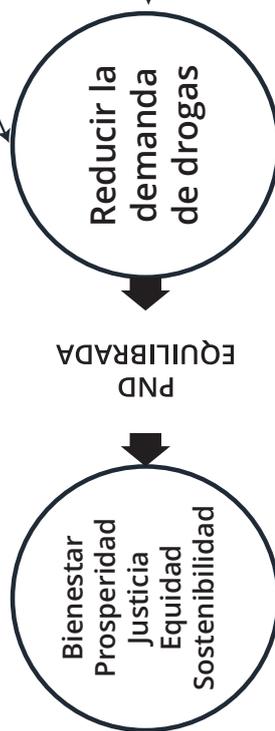
- **Gestión de la información:**
 - Mediante la mejora del sistema de procesamiento de datos; proceso de toma de decisiones basada en evidencias y análisis de riesgos; y asignación suficiente de recursos. Se propone además investigaciones financieras y decomiso de bienes, que a su vez puedan ser utilizados en la respuesta nacional ante el problema de las drogas.
 - Propone el desarrollo de nuevos indicadores de efectividad y eficiencia, el desarrollo de un sistema rutinario de información y el uso de instrumentos de georreferencia para caracterizar los territorios.

- Propone una agenda de investigación sectorial.
- **Objetivos operativos:**
 - Mediante el fortalecimiento institucional y la capacitación del personal; el intercambio de información interinstitucional estratégica, de inteligencia, estadística y operativa.
 - Propone una planificación territorial con base a las características de áreas o zonas de riesgo. Se enfoca sobre el desmantelamiento de carteles mediante la investigación financiera y la desarticulación del lavado de dinero, incluido el comiso y uso de estos recursos para fortalecer el combate al narcotráfico.
- **Control y seguimiento:**
 - Mediante el monitoreo y evaluación de los planes operativos anuales; la retroalimentación interinstitucional y la planificación presupuestaria para una gestión por resultados.
 - Se propone establecer criterios de medición y líneas de base para la evaluación y planes de mejora continua. Además, un mecanismo efectivo, fiable y oportuno para la comunicación interinstitucional, tanto estadístico como de inteligencia y operativo.

Sistema Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas

PND 2017 2022 Reducción de la Demanda

Cambio de paradigma
De delincuente marginal a
Consumidor con problemas de salud



VISION Valores y principios

MISION

3 objetivos estratégicos

Alineación con la respuesta global y regional

COHESIÓN SOCIAL

Territorios priorizados

SERVICIOS INTEGRALES

Disponibilidad
Acceso
Cobertura

GOBERNANZA

Rectoría
Regulación

Calidad

Descentralizar

9 objetivos específicos

Determinantes sociales de la salud

Participación comunitaria

Comunidad saludable

Prevención

Tratamiento y Rehabilitación

Reinserción social

Normativo institucional

Coordinación y gestión

Gestión de conocimientos

27 líneas de acción

Caracterización de vulnerabilidad
Programas de desarrollo social
Otros programas de reducción de riesgos

Información y comunicación
Agenda social y política
Organización de personas afectadas

Centros comunitarios
Municipios y escuelas saludables
Salud familiar y promoción de la salud

Prevención primaria universal
Competencias para una vida sana
Prevención selectiva e indicada

RISSE APS
Oferta de modalidades complementarias
VIH, hepatitis y otros

Educación inclusiva
Capacitación laboral y otros
Servicios de apoyo y consejería

Marco legislativo, regulación y vigilancia
Gestión de la calidad
Formación de recursos humanos

Gobiernos subnacionales
Gestión por procesos
Alianzas estratégicas

Agenda de investigación
Gestión de la información
Evaluación de tecnologías

Priorización y gestión por territorio

Asignación suficiente de recursos

Basado en evidencias

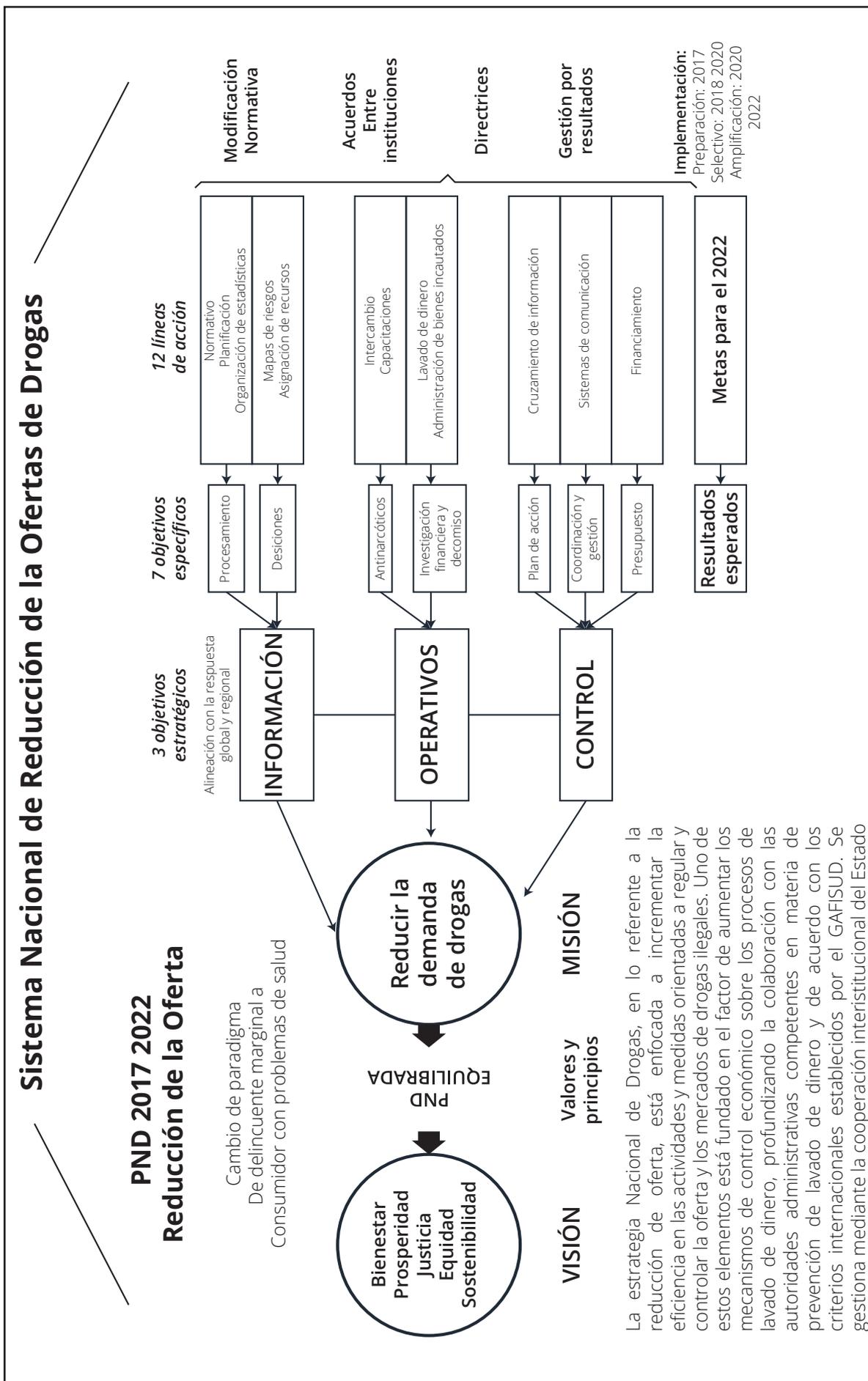
Enfoque de Salud pública

Implementación:
Preparación: 2017
Selectivo: 2018-2020
Amplificación: 2020-2022

Metas para el 2022

Resultados esperados

El respeto irrestricto a los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad de las personas, el derecho a la salud, el derecho a la educación inclusiva, el derecho a la información, la equidad, la solidaridad y la justicia social Universalidad, integralidad, equidad de género, sostenibilidad, calidad, intersectorialidad, responsabilidad común y compartida, participación social, inclusión, confidencialidad, intervenciones basadas en evidencias.



CONCLUSIONES

1. La población paraguaya es eminentemente joven, lo cual indica que una amplia proporción de la población está expuesta al problema de las drogas. Un millón de adolescentes y cerca de dos millones de jóvenes son la población meta anual para realizar una prevención primaria universal. La mayor parte se concentra en zonas urbanas. Distintos indicadores de desarrollo y de desigualdad señalan la vulnerabilidad de esta población.
2. La definición de un Estado Social de Derecho y el diseño de una República democrática con equilibrio de poderes constituyen un marco político favorable para implementar una política nacional para el control de la oferta y la demanda de drogas. Sin embargo, el modelo económico, sobre todo la baja presión tributaria, es determinante para que el país tenga una baja inversión social y limitaciones institucionales, cuestiones que son debilidades para una respuesta efectiva.
3. El Estado es parte de las Naciones Unidas y de la OEA. Ha ratificado los tres tratados para la fiscalización internacional de drogas. El marco legal nacional se ha fortalecido desde la promulgación de la Constitución Nacional en 1992. Están claramente establecidas las sustancias fiscalizadas y las penas relacionadas con la producción y el tráfico de drogas. Se establece que el Estado es responsable del tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por el consumo.
4. La entidad rectora y responsable de las operaciones es la Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD), dependiente del Poder Ejecutivo. Varias instituciones del Poder Ejecutivo y del Poder Judicial implementan acciones para controlar los problemas relacionados a las drogas. El Poder Legislativo ha avanzado en una agenda reciente.
5. El País cuenta con una Política Nacional sobre Drogas, equilibrada y amplia. Las estrategias para reducir la demanda tienen un enfoque de salud pública. Las estrategias para reducir la oferta se fundamenta en acciones interinstitucionales basadas en información compartida para dismantelar el lavado de dinero asociado y combatir con efectividad la producción y el comercio ilícito.
6. Una reforma fiscal es necesaria para financiar las políticas sociales y entre ellas la política sobre drogas. Más impuestos sobre productos que dañan la salud como el tabaco y bebidas con alcohol podrían ser medidas efectivas de salud pública y a la vez para recaudar los recursos necesarios.

3. DEMANDA DE DROGAS

3.1. CONSUMO DE DROGAS

En este apartado se presenta en primer lugar la caracterización del consumo de sustancias legales como el tabaco, las bebidas con alcohol y el consumo de medicamentos sin prescripción.

Seguidamente se aborda el consumo de drogas ilícitas, identificando las principales drogas que generan demanda, la evaluación de algunos indicadores de consumo para luego pasar a describir el patrón de consumo que motiva tratamiento por adicciones.

Los datos utilizados corresponden mayoritariamente a fuentes secundarias publicadas por el Observatorio Paraguayo de Drogas de la SENAD. Complementariamente se ha utilizado datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para ENT realizada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) en 2011, la Encuesta Global de Salud de la OMS del año 2014 y la Encuesta MICS realizada por UNICEF en 2016. Además, se ha recurrido a informes y notas utilizados para la elaboración de la PND en 2016.

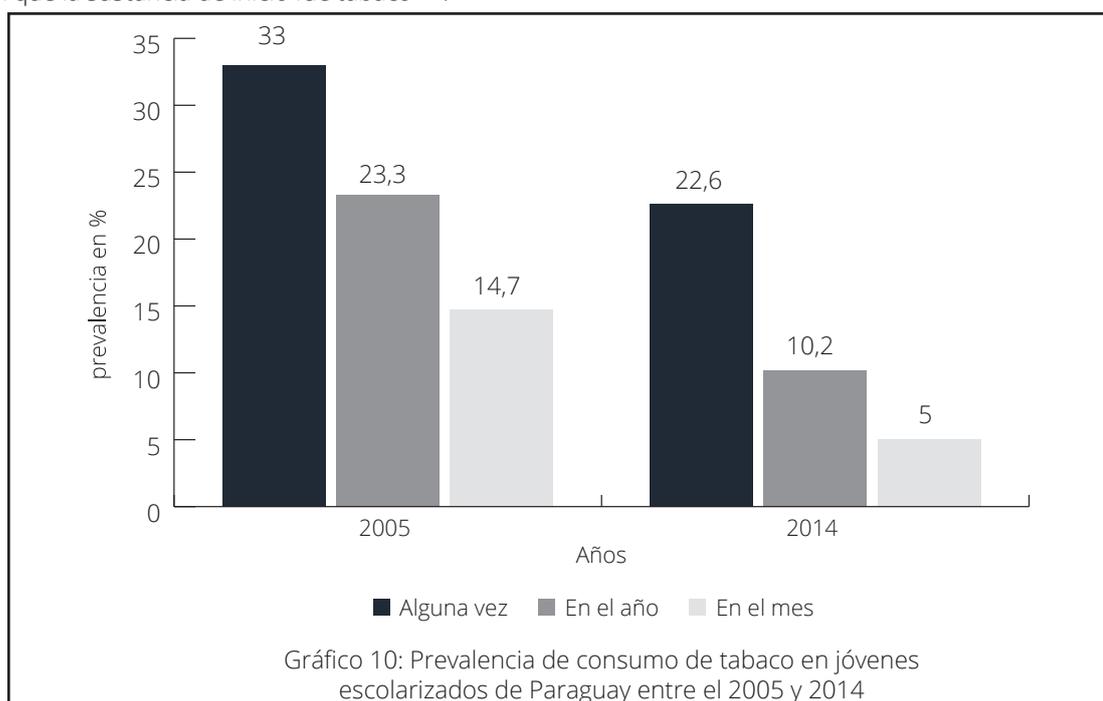
Para la elaboración de este informe la SENAD envió notas a distintas instituciones, solicitando información sobre una guía de preguntas. Algunas de las respuestas fueron incluidas en el informe, como datos administrativos correspondientes al 2017.

3.1.1. CONSUMO DE TABACO Y BEBIDAS CON ALCOHOL

Estudios de la SENAD sobre el consumo de tabaco en adolescentes escolarizados, señalan una disminución de la prevalencia considerando el consumo alguna vez en la vida, durante el año y durante el mes. Por ejemplo, la prevalencia de consumo en el mes entre el 2005 y el 2014 descendió de 14,7% a 5% en la población de estudiantes adolescentes (Gráfico 10). La edad promedio de inicio se ha mantenido entre los 13 y 14 años edad ⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾.

En el 2014, la prevalencia de consumo en el último mes fue superior para los adolescentes de sexo masculino, 6%, en comparación de 4,2% para las adolescentes mujeres. La prevalencia aumentó considerablemente con la edad: en el octavo grado la prevalencia en el mes fue de 2,2% mientras que en el tercero de la media fue de 8,3% ⁽⁴⁴⁾.

En el año 2012, el 23% de las personas en tratamiento por problemas de consumo de drogas refirieron que la sustancia de inicio fue tabaco ⁽⁴⁵⁾.



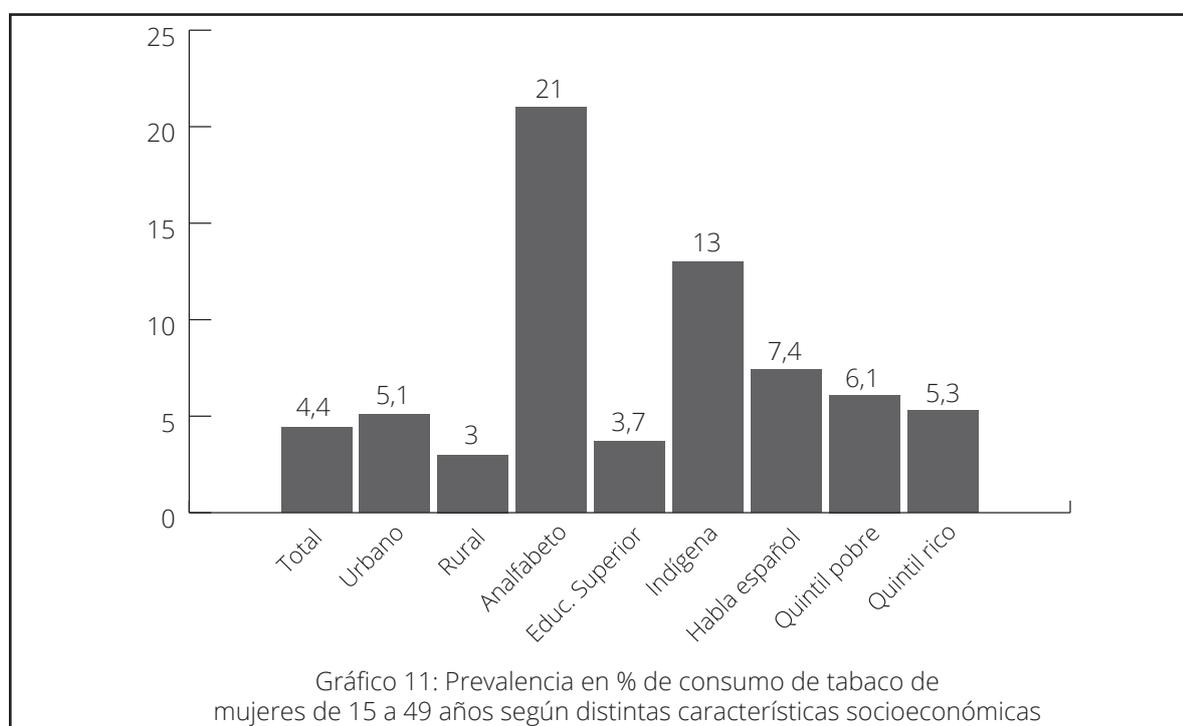
Fuente: Observatorio Paraguayo de Drogas. SENAD.

Según la Encuesta Global de la OMS, reportada por el MSPBS en el 2014, entre adolescentes de 13 a 15 años la prevalencia de consumo habitual de cualquier producto con tabaco fue de 7%, 7,4% para hombres y 6,6% para mujeres.

Según esta encuesta, la prevalencia de fumadores fue 5,8%, 5,9% para hombres y 5,7% para mujeres. El uso de cigarrillos electrónicos fue de 3,7%, 4% para hombres y 3,3% para mujeres. El 22% de los participantes en el estudio refirió que están expuestos al humo de tabaco en su hogar y otros 28% están expuestos al humo de tabaco en otros lugares.

El 60% de los fumadores compraron ellos mismos los cigarrillos, y entre ellos el 79,1% no recibió ninguna advertencia al comprar tabaco (menor de edad) ⁽⁴⁶⁾.

Según los datos de la encuesta MICS del 2016, la prevalencia de consumo de tabaco está determinada por factores socioeconómicos. En efecto, puede corroborarse que la distribución del consumo de tabaco tiene una variabilidad no aleatoria, condicionada por ciertos factores como el área de residencia, la educación, la etnicidad y el ingreso ⁽⁴⁷⁾ (Gráfico 11).



Fuente: Elaboración a partir de Encuesta MICS 2016.

Además de los efectos sobre la salud de los adolescentes, el uso del tabaco se asocia con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) generando muertes prematuras, morbilidad, discapacidad y un alto impacto económico ⁽⁴⁸⁾.

Un reciente estudio sobre carga de enfermedad y costos relacionados con el tabaco, estimó que en Paraguay se producen cada año 3.354 muertes y la pérdida de 88.473 años de vida por muertes prematuras y discapacidad, directamente relacionadas con el consumo de tabaco y que el costo anual del tratamiento para los enfermos es de 1,5 billones de guaraníes (más de 270 millones de dólares) ⁽⁴⁹⁾.

El Paraguay se adhirió al Convenio de la OMS por medio de la Ley N°2969/06. Está vigente la Ley 5538/2015 que establece algunas medidas de control sobre la comercialización y venta de tabaco, incluido impuesto selectivo al consumo ⁽⁵⁰⁾⁽⁵¹⁾.

Pero todas estas disposiciones han sido de aplicación y control muy débiles. Tanto los precios como el impuesto aplicado en Paraguay son considerados entre los más bajos del mundo. Mientras la OMS recomienda la aplicación de impuestos selectivos entorno al 70% ⁽⁵²⁾, en Paraguay se aplica actualmente 18% y la ley vigente permite un máximo de 22% ⁽⁵³⁾.

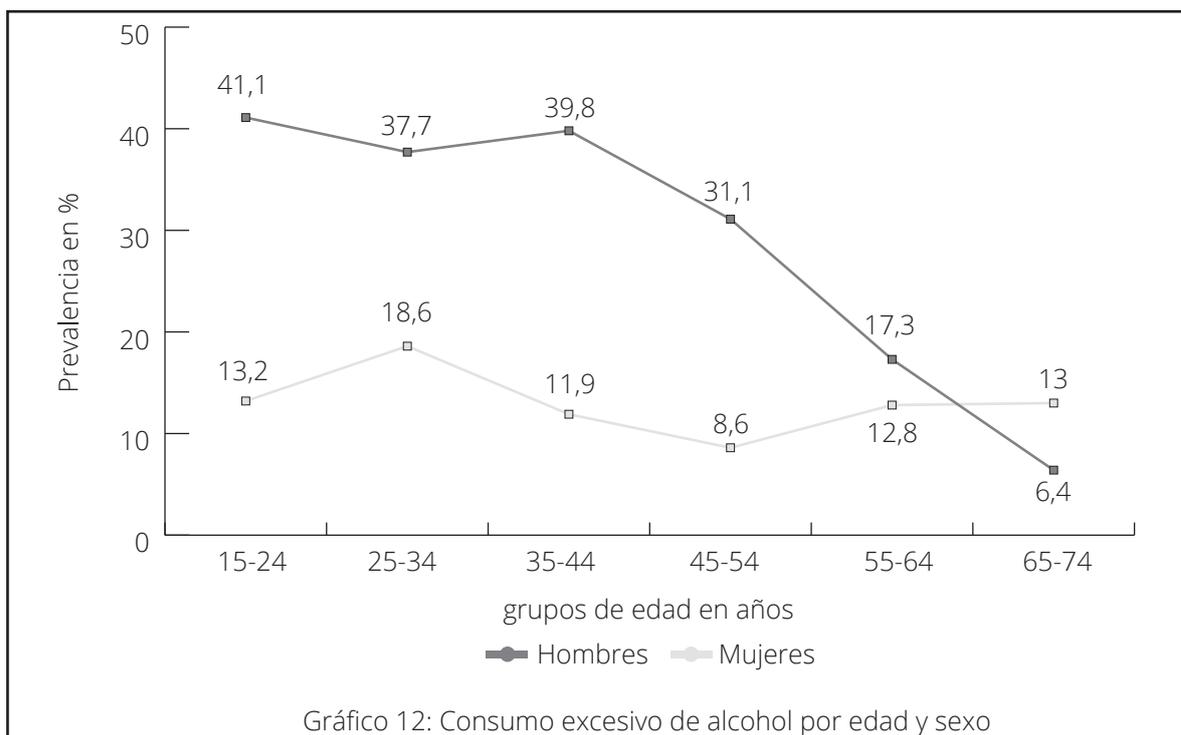
En cuanto a las bebidas alcohólicas, existe evidencia fehaciente que el consumo excesivo se asocia

con varios problemas de salud como complicaciones durante el embarazo, accidentes de tránsito, enfermedades hepáticas, enfermedades cardiovasculares, distintos tipos de cáncer, trastornos neuropsiquiátricos, adicciones, violencia familiar y comportamiento de riesgo ⁽⁵⁴⁾.

En Paraguay, el consumo de bebidas con alcohol está ampliamente extendido en todo el territorio, en ambos sexos y en todas las edades a partir de la adolescencia.

El consumo nocivo en el país se debe a la intensidad más que a la frecuencia o a la cantidad absoluta. En efecto, el patrón de consumo predominante y característico en la población paraguaya es lo que se denomina consumo excesivo episódico (CEE), lo cual se define como cinco o más tragos (copas) para hombres y cuatro o más tragos para las mujeres, por ocasión o en un periodo de dos horas ⁽⁴⁸⁾.

Otras prácticas nocivas extendidas en el país es la alta frecuencia de consumo en lugares públicos y el hábito de beber sin acompañar con comidas ⁽⁴⁸⁾.



Fuente: Elaborado a partir del Análisis de situación de ECNT. MSPBS 2014.

Según la Encuesta de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles realizada en el 2011, la prevalencia de consumo excesivo fue superior en la población masculina, cuya prevalencia fue 32,5%, mientras que en la población femenina fue 14,2%. Esta prevalencia fue considerablemente mayor durante la adolescencia y juventud. Las diferencias por sexo desaparecieron después de los 55 años de edad, debido a una reducción del CEE en la población masculina ⁽⁵⁵⁾ (Gráfico 12).

Según un reciente estudio difundido por la Dirección General de Vigilancia de la Salud del MSPBS, entre el 2010 y el 2014 se atribuyen 6.557 muertes por consumo de bebidas alcohólicas, debido a enfermedades agudas y crónicas relacionadas. El 81,6% de estas muertes corresponden a la población masculina. Entre el total de casos, 1.708 corresponde a accidentes de tránsito ⁽⁵⁶⁾.

Según la encuesta realizada por la SENAD en el año 2014, el alcohol era la sustancia más consumida entre los adolescentes escolarizados. La edad promedio de inicio fue de 13,8 años. De cada 10 estudiantes entrevistados, 6 manifestaron haber consumido alcohol alguna vez, 4 lo hicieron en el último año y 3 en el último mes.

La prevalencia aumentó con la edad, siendo 14,3% a los 14 años y 30,4% a los 17 años, considerando el consumo durante el mes. Este estudio verificó un mayor consumo entre las mujeres adolescentes ⁽⁴⁴⁾. Considerando las personas en tratamiento por adicciones, el alcohol es una causa importante que motiva

la búsqueda de tratamiento. Entre el 2004 y el 2012, la adicción al alcohol estuvo entre la primera y segunda causa de tratamiento respectivamente. En efecto, en el 2004, 5 de cada 10 personas en tratamiento lo estaban por consumo de alcohol, proporción que se redujo a 2 de cada 10 personas en tratamiento en el 2012 (50,2% y 23% respectivamente) ⁽⁴⁵⁾⁽⁵⁷⁾.

La proporción de personas que asisten a grupos de Alcohólicos Anónimos aumentó con la edad, sobre todo después de los 25 años. El 68% tenían 30 o más años, mientras que el promedio de edad de inicio fue de 16 años ⁽⁴⁵⁾.

En los grupos de alcohólicos anónimos, el 86% de los participantes fueron hombres y el 14% mujeres ⁽⁴⁵⁾.

El 46,6% de las personas en centros de tratamiento señaló que habían iniciado el consumo de sustancias con el consumo de alcohol, sobre todo entre las mujeres ⁽⁴⁵⁾.

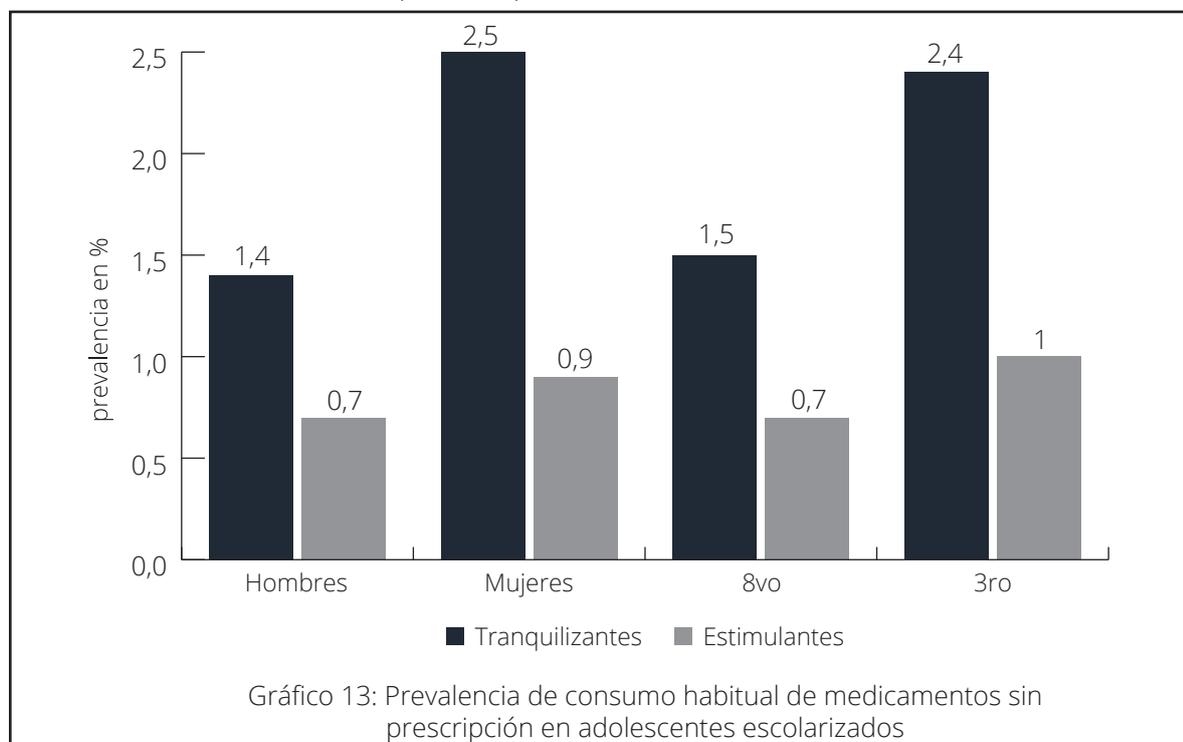
Para revertir esta situación, se requiere medidas de control más efectivas, entre ellas medidas fiscales. Varios estudios señalan que el incremento impositivo al tabaco, a bebidas con alcohol y a otros productos que dañan la salud pueden tener un impacto positivo de salud pública y a la vez recaudar más dinero para financiar políticas sociales, incluidas las de salud, educación y la Política Nacional sobre Drogas.

3.1.3. CONSUMO DE TRANQUILIZANTES Y ESTIMULANTES SIN PRESCRIPCIÓN

El consumo indebido de tranquilizantes y estimulantes también puede ocasionar problemas derivados incluido adicciones.

En el 2005, la prevalencia de consumo alguna vez de tranquilizantes entre adolescentes fue de 12,3%. Para el 2014, la prevalencia se redujo a 6,1%. En el caso de los estimulantes la prevalencia de consumo alguna vez se redujo de 3,8% a 2,3% ⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾.

En ambos casos, la prevalencia de consumo habitual fue mayor entre las mujeres y se incrementó con la edad de los adolescentes ⁽⁴⁴⁾ (Gráfico 13).



Fuente: Observatorio Paraguayo de Drogas. SENAD. Año 2014.

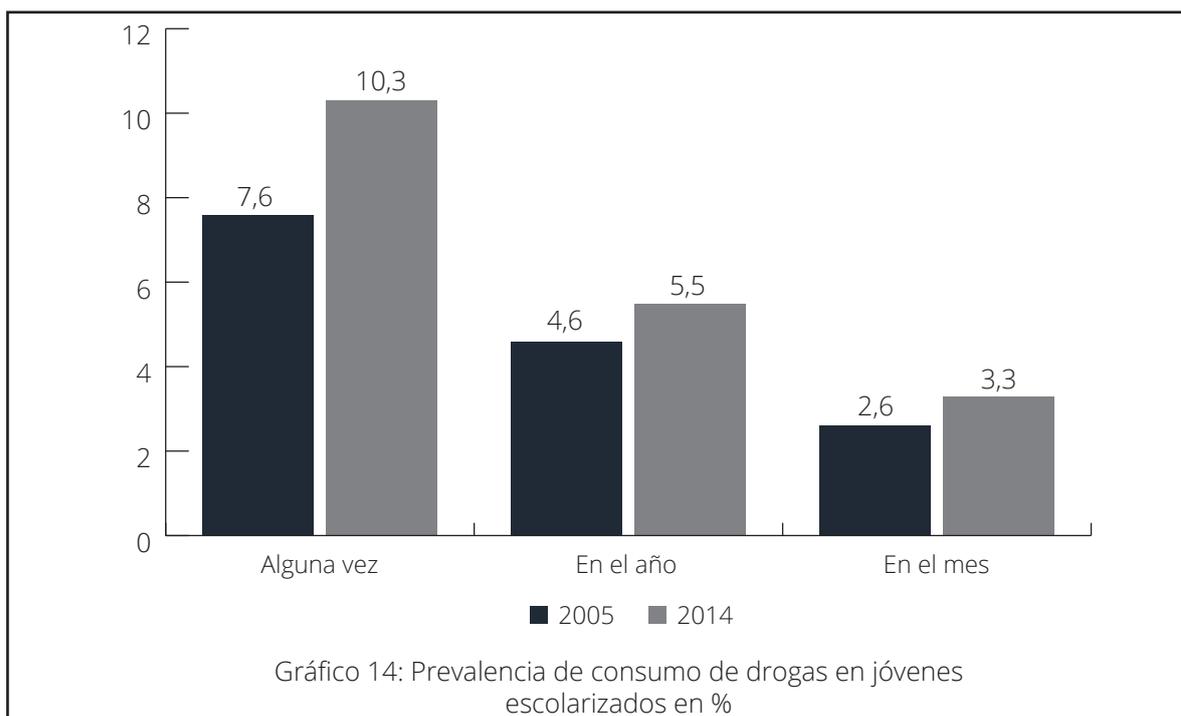
3.1.3. CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS

Durante la adolescencia, algunos experimentan el consumo de algunas sustancias. La edad crítica para el inicio del consumo es entre los 13 y 15 años, tanto para drogas lícitas como ilícitas. Como ya se ha señalado, es frecuente que el consumo se inicie con bebidas alcohólicas, distintos productos de tabaco y con medicamentos sin prescripción. Algunos acceden a drogas ilícitas y es posible que experimenten el consumo indebido de varias de ellas, lícitas e ilícitas ⁽⁴⁴⁾.

La SENAD ha detectado el consumo indebido de las siguientes sustancias entre adolescentes y jóvenes escolarizados: opiáceos, sedantes, tranquilizantes, ansiolíticos, antidepresivos, barbitúricos, anabólicos, ketamina, benzodiacepinas, marihuana, cocaína fumable, cocaína clorhidrato, solventes, basuco, hashis, éxtasis, LSD y alucinógenos ⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾.

El policonsumo podría verificarse por varias fuentes. Por ejemplo, durante el 2012, entre los consumidores en tratamiento, 80% consumían 2 a 5 sustancias y el 58% 3 a 5 sustancias ⁽⁴⁵⁾.

Teniendo en cuenta los resultados de las encuestas de prevalencia entre adolescentes y jóvenes escolarizados, se evidenció un incremento progresivo y sostenido del consumo. En efecto, mientras que en el 2005 el 4,6% de los estudiantes adolescentes consumió alguna droga ilícita en el último año, para el 2014 ya lo hicieron el 5,5% de ellos, mientras que la prevalencia de consumo en el mes pasó de 2,6% a 3,3% en el mismo periodo de tiempo ⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾ (Gráfico 14).



Fuente: Observatorio Paraguayo de Drogas. SENAD.

En todos los indicadores se verificó una mayor prevalencia de consumo de drogas ilícitas en los hombres. Por ejemplo, en el 2014, 11,4% de los hombres adolescentes consumió alguna droga ilícita alguna vez mientras que entre las adolescentes mujeres esta proporción fue de 9,4% ⁽⁴⁴⁾.

La prevalencia de consumo aumenta con la edad. Los datos señalan que entre los alumnos del último año de la educación media (o entre los que tienen 17 años y más), 12,7% consumieron alguna droga ilícita alguna vez en su vida, 7,1% lo hicieron en el último año y 4,5% en el último mes ⁽⁴⁴⁾.

La marihuana es la droga ilícita más consumida en Paraguay. De cada 100 estudiantes adolescentes entrevistados en 2014, seis refirieron haberla fumado alguna vez, cuatro lo hicieron en el último año y dos en el último mes. La edad de inicio fue a los 14,8 años en promedio. Los hombres presentaron una mayor prevalencia de consumo que las mujeres, en el mes fue de 3% para los adolescentes hombres mientras que para las adolescentes mujeres fue de 1,8% y para ambos sexos 2,3%. La prevalencia de consumo habitual entre los adolescentes del tercero de la media fue 3,5 veces superior al de los estudiantes de octavo grado ⁽⁴⁴⁾.

En Paraguay, la cocaína fumable se conoce como "chespi". También se denomina de manera popular crack, aunque estrictamente no se ajuste a la definición.

La cocaína fumable es la droga ilícita que ocasiona la mayor cantidad de consumo problemático, adicciones y la que es señalada como la droga que ocasiona el mayor daño en el país. La edad promedio de inicio es a los 13,8 años, un año antes que la marihuana. Entre los estudiantes adolescentes entrevistados en 2014, 1% refirió que alguna vez lo probaron, 0,6% lo hicieron en el último año y 0,3% en el último mes. La prevalencia se incrementa con la edad y entre los alumnos con 17 y más años la prevalencia de consumo en el mes es de 0,4%. La prevalencia de consumo también es ligeramente superior entre los hombres ⁽⁴⁴⁾.

Distintos referentes coinciden en señalar que el consumo de cocaína fumable se está incrementando, sobre todo en territorios vulnerables, debido a un incremento de la oferta en el ámbito del microtráfico.

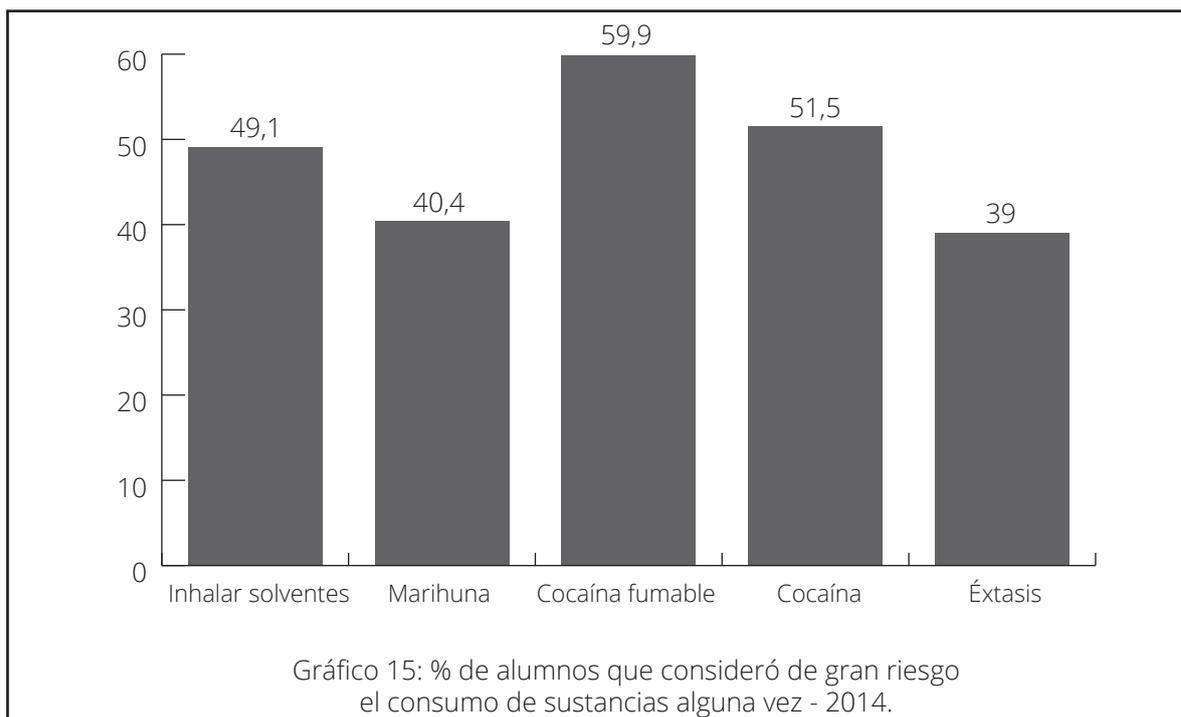
El incremento de la oferta y la facilidad de acceso, incluido el bajo costo, ha desplazado el consumo de sustancias inhalables, que en años anteriores estaba ampliamente difundida en poblaciones muy vulnerables como niños en situación de calle y niños indígenas.

El consumo de clorhidrato de cocaína también se ha incrementado en la última década, aunque no en la magnitud y con el impacto que lo ha hecho la cocaína fumable, sobre todo en el estrato socioeconómico de mayor ingreso. En efecto, la prevalencia de consumo de alguna vez en la vida pasó de 1% en el 2005 a 2% en el 2014, mientras que la prevalencia de consumo en el año pasó de 0,7% a 1,7% y la prevalencia de consumo en el mes de 0,4% a 0,7%. La prevalencia de consumo experimental y habitual fue 2 veces superior en los jóvenes de 17 años comparando con los de 14 años. También fue el doble para los hombres. La edad promedio de inicio de consumo es 14,8 años ⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾.

Los factores que pueden significar un mayor riesgo de consumo de drogas entre los adolescentes son: menor afectividad y comunicación con los padres; actitudes y comportamientos permisivos ante las drogas; ausencia de límites y normas claras; mal uso del tiempo libre; antecedentes familiares de consumo; bajo rendimiento académico; poca integración con los compañeros; modelos de referencia débiles de los profesores con los alumnos y nula actividad de prevención en ámbito escolar.

En efecto, según datos de la SENAD, el 24% de los adolescentes señalaron que hay drogas en la institución donde estudian. Sólo la mitad de los entrevistados expresó su convicción que no consumirá droga. De cada 10 adolescentes, 4 consideraron que era fácil conseguir marihuana, 2 que podrían conseguir fácilmente cocaína o cocaína fumable y 1 que le resultaría fácil obtener éxtasis, LSD o heroína ⁽⁴⁴⁾.

La percepción de riesgo que se asoció con el consumo ocasional fue variable para cada sustancia (Gráfico 15).



Fuente: Observatorio Paraguayo de Drogas. SENAD.

El patrón de consumo y el tipo de drogas puede ser cambiante. No se dispone de estudios de actualización después del 2014, pero es altamente posible que nuevas sustancias hayan sido introducidas para el consumo local, sobre todo en los estratos de mayor poder adquisitivo, según la tendencia y prácticas en países más desarrollados.

No hay estudios disponibles en el país sobre consumo de drogas en poblaciones vulnerables de niños, niñas, adolescentes y jóvenes como lo son las siguientes: a) en situación de calle, sin hogar, b) en situación de pobreza, c) que no asisten a instituciones educativas, d) hijos de personas con problemas por consumo de drogas o alcohol, e) personas privadas de libertad, f) indígenas, y otros.

3.1.4. CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS QUE MOTIVA TRATAMIENTO

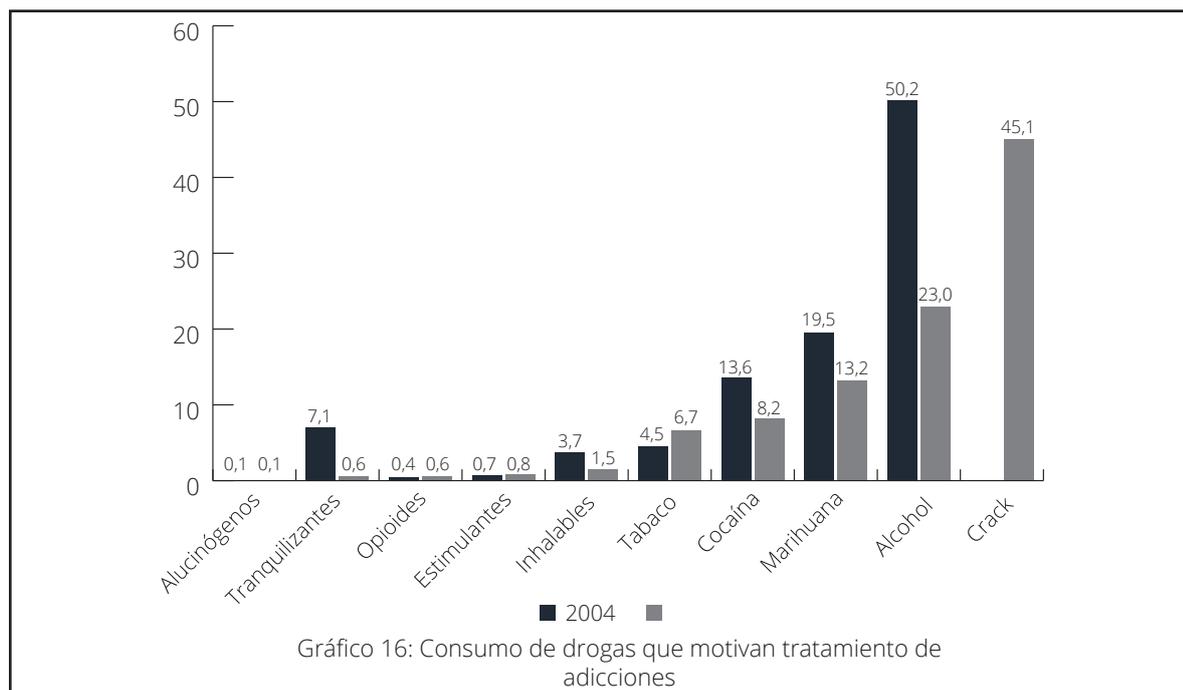
En 2012 las drogas que más frecuentemente motivaron el tratamiento en distintos establecimientos del país fueron:

- cocaína fumable,
- alcohol,
- marihuana,
- cocaína clorhidrato, y
- otras drogas en menor proporción.

Además, estas drogas fueron consideradas como las más dañinas por las personas en tratamiento y fueron las sustancias ilícitas de inicio de consumo más frecuente ⁽⁴⁵⁾.

Comparando los resultados entre el primer y segundo estudio nacional sobre personas en tratamiento realizado en 2004 y 2012, lo más notable es el incremento de la cocaína fumable (crack) como causa del tratamiento (Gráfico 16). En efecto, en el 2004 esta sustancia no figuraba entre las 10 primeras drogas que motivaron el tratamiento, pero para el 2012, el 45,1% de las personas en tratamiento lo estaban por el consumo de esta sustancia. En este último registro, más del 60% de las personas en tratamiento por cocaína fumable tenían entre 15 y 24 años de edad, siendo el promedio de edad de inicio de consumo los 14 años ⁽⁴⁵⁾ ⁽⁵⁷⁾.

Solo el 6,7% de las personas en tratamiento indicó que había iniciado el consumo con esta sustancia ⁽⁴⁵⁾, lo que señala con claridad que las personas afectadas por los daños que causan su consumo pudieron haber iniciado el camino de la adicción consumiendo otras sustancias.



Fuente: Observatorio Paraguayo de Drogas. SENAD.

La marihuana se situó como la segunda droga ilícita que genera más demanda de tratamiento. En el 2004, 19,5% de las personas en tratamiento lo estaban por consumo de marihuana. Para el 2012, esta proporción se redujo a 13,2% de las personas en tratamiento.

El 82% de las personas en tratamiento por causa del consumo de marihuana tenía menos de 30 años de edad y la edad promedio de inicio de consumo fue a los 15 años.

El 17,4% de las personas en tratamiento señaló que la marihuana fue la droga de inicio, siendo el doble para los hombres en relación a las mujeres.

La tercera droga ilícita que motivó tratamiento fue la cocaína. El 8,2% de las personas refirieron que este fue el motivo de su tratamiento.

El 80% de las personas en tratamiento por cocaína tenían menos de 25 años siendo la edad promedio de inicio los 16 años.

El 2% de las personas en tratamiento señaló que la cocaína fue la droga de inicio.

Otras drogas, como los estimulantes, opiáceos y alucinógenos representaban menos el 1%, cada una, como causa del tratamiento en curso.

Otro hallazgo destacable en estos estudios es el patrón de consumo de varias sustancias o lo que se denomina policonsumo. En efecto, sólo 2 de cada 10 personas en tratamiento manifestaron que consumen 1 sola sustancia, mientras que 8 de cada 10 señalaron que consumen entre 2 y 5 sustancias diferentes.

Los datos del último estudio⁽⁴⁵⁾ permitieron concluir que:

- cuanto mayor es la edad de inicio, menor es el número de sustancias consumidas.
- en el policonsumo se incorpora una droga nueva por año.
- aquellos que están en tratamiento por cocaína fumable son quienes refieren en mayor proporción que consumen de 2 a 5 sustancias.

En cuanto al sexo de las personas en centros de tratamiento, sólo el 10% fue de sexo femenino. En los grupos de narcóticos anónimos, los hombres representaban el 92% las mujeres apenas el 8% de las personas recibiendo apoyo. Esta notable diferencia puede suponer un menor consumo problemático, pero también un menor acceso a servicios de tratamiento por parte de las mujeres⁽⁴⁵⁾.

3.2. PROGRAMAS PARA REDUCIR LA DEMANDA DE DROGAS

3.2.1. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Paraguay ha adoptado el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo (SIDUC) que utilizan todos los países miembros de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA) ⁽⁶²⁾.

Los reportes del país corresponden a estudios de prevalencia de alcance nacional que se han realizado con intervalos variables de tiempo. En efecto, para conocer mejor el problema de consumo, la SENAD ha realizado estudios de prevalencia a través de encuestas y el análisis sistemático de los datos:

a) En el 2002 se publicaron los resultados de la Encuesta a Estudiantes de Enseñanza Escolar Básica y Secundaria. El trabajo de campo se realizó en el 2001 e incluyó a jóvenes en instituciones educativas de Asunción y área Metropolitana ⁽⁵⁸⁾;

b) En el 2004 se publicó los resultados del único estudio en hogares: Estudio Nacional de Consumo de Drogas en hogares paraguayos. Los datos se levantaron durante el 2003 ⁽⁵⁹⁾.

c) En el 2004 se publicó los resultados de la Encuesta Nacional sobre prevalencia de consumo de drogas, factores de riesgo y prevención en jóvenes escolarizados de 12 a 18 años. Los datos fueron levantados en el 2003 abarcando a 6.365 jóvenes a nivel país ⁽⁶⁴⁾;

d) En el 2006 se publicó los resultados del Estudio Departamental sobre Prevalencia de Consumo de Drogas, factores de riesgo y prevención en jóvenes escolarizados de 12 y más años. El trabajo de campo de este estudio se realizó durante el 2005 y tuvo una muestra representativa de 20.420 jóvenes de Asunción y otros 7 departamentos del país ⁽⁴³⁾;

e) En el 2013 se publicó el Segundo Censo Nacional de Centros de Tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas, identificándose 87 instituciones, de las cuales 42 eran centros de tratamiento y 45 grupos de alcohólicos anónimos y narcóticos anónimos ⁽⁶¹⁾.

f) En el 2013 también se publicó el Segundo Estudio Nacional sobre personas con problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas en centros de tratamiento y grupos de autoayuda ⁽⁴⁵⁾.

g) En el 2015 se publicó los resultados del estudio de Prevalencia de Consumo de Drogas, Factores de Riesgo y Prevención en Jóvenes Escolarizados de 12 años y más. El levantamiento de datos se realizó en el 2014 incluyendo a 24.201 jóvenes de 21 ciudades (la capital y en otros 7 departamentos) ⁽⁴⁴⁾.

La información producida ha seguido rigurosamente los procesos que garantizan la calidad de los datos. Los resultados están publicados y disponibles de forma impresa y digital en formato de informe técnico y han sido suficientemente distribuidos entre las instituciones que participan en distintos componentes de la reducción de la demanda.

La comunicación social de estos estudios se ha limitado a publicaciones periódicas aisladas y eventos de alcance reducido, debido a la falta de recursos específicos para el diseño e implementación de un plan de comunicación social amplia como parte de estos proyectos o como extensión de los mismos.

El uso de los datos con fines científicos, también ha sido limitado, como puede comprobarse cuando se realiza una búsqueda de publicaciones científicas en revistas indexadas. En consecuencia, la información disponible es predominantemente descriptiva.

Cabe señalar que la SENAD había propuesto realizar estudios periódicos cada 2 años, pero por falta de financiamiento no se realizaron los correspondientes a los años 2008, 2010, 2012 y 2016.

Para actualizar y difundir la información relacionada se ha puesto en funcionamiento el Observatorio Paraguayo de Drogas, dependiente de la SENAD. Para este propósito se han establecido convenios entre

instituciones y se han acordado procesos para proveer información periódica ⁽⁶²⁾.

Sin embargo, el país no cuenta con un sistema de información rutinario integrado sobre el problema de las drogas. Cada institución tiene su propio sistema de registro y procesamiento de la información, siendo el uso de estos datos predominantemente administrativo. Cuando se requiere, se recurre a estas fuentes para elaborar informes.

En el sector salud, los datos relacionados al consumo de drogas tampoco están integrados, no son parte de los indicadores básicos y están escasamente incorporados a los sistemas rutinarios de información para los distintos niveles de gestión.

En el Centro Nacional de Control de Adicciones se cuenta con registros estadísticos sobre servicios proveídos, algunas características sobre pacientes y consumo, actividades de prevención y cuestiones administrativas. Esta puede ser una fuente de información útil para obtener aproximaciones sobre prevalencia e incidencia y sobre otros indicadores en relación a poblaciones específicas, para lo cual se requiere de un diseño de investigación y recursos para la sistematización, control de calidad y procesamiento de datos.

En el sector salud se han realizado evaluaciones periódicas sobre el desempeño del sistema de información considerando factores organizacionales, técnicos y de comportamiento, incluido la cultura de la información institucional, y como variables de resultados el uso de la información y la calidad de los datos. Los resultados coinciden en señalar diferencias entre las competencias auto-percibidas y las competencias reales para calcular, graficar e interpretar los datos, así como una débil cultura de la información. En consecuencia, el desempeño general de sistema de información es bajo sobre todo por el poco uso de los datos para tomar decisiones en todos los niveles ⁽⁶³⁾⁽⁶⁴⁾.

No se han realizado estudios específicos de desempeño del sistema de información en el campo de reducción de la demanda de drogas y por lo tanto no es posible evaluar el grado de utilización de la información administrativa y de estudios especiales que se han producido para la toma de decisiones en las distintas instituciones.

3.2.2. PERFIL DE LA RESPUESTA NACIONAL ANTE EL PROBLEMA DE LAS DROGAS

La respuesta nacional para controlar el problema de las drogas no es equilibrada ya que ha concentrado la mayor parte de los esfuerzos y recursos en la reducción de oferta, combatiendo la producción, el tráfico y comercio ilícito de drogas, con el alarmante resultado de un incremento sostenido de enormes cantidades de drogas destinadas al mercado externo e interno que demandan su consumo ⁽⁶⁵⁾.

En el campo de reducción de la demanda ha habido avances más modestos, donde las acciones más concretas se identifican en la disponibilidad de servicios de tratamiento y la instalación de algunos programas de prevención de alcance limitado. Los principales progresos se limitan a la creación de estructuras organizativas en instituciones públicas, la promulgación de un marco legislativo y de normas derivadas en concordancia con los compromisos y recomendaciones internacionales, la capacitación a profesionales de distintos sectores, el funcionamiento de un centro de tratamiento público de referencia nacional, el desarrollo de una oferta de servicios en el sector privado y la acumulación de una experiencia que puede ser evaluada, replicada y amplificada. Todas estas intervenciones se dan en un marco de débil coordinación y con una cobertura limitada ⁽⁶⁵⁾.

Para reducir la demanda de drogas se ha creado por medio de la Ley 1340/1988 el Consejo Nacional de Prevención de la Farmacodependencia y Recuperación del Farmacodependiente ⁽³⁰⁾. Pero, después de 20 años desde la promulgación de la ley este consejo no se ha reunido ni una sola vez ⁽⁶⁵⁾.

Ante la falta de una instancia formal y única de coordinación, la respuesta nacional opera de forma segmentada y fragmentada. Es segmentada, porque la coordinación interinstitucional y la sinergia de los esfuerzos es débil y la mayor parte de las intervenciones operan como programas verticales no integrados. Es fragmentada, porque incluso en cada institución se reproducen estas debilidades de coordinación, gestión y operación ⁽⁶⁵⁾.

El enfoque de salud pública para reducir la demanda es incipiente. Los esfuerzos y recursos en el sector de la salud se han concentrado en el tratamiento y la rehabilitación de las personas con problemas derivados del consumo de drogas.

En este sector, la salud mental en general y las adicciones en particular han tenido espacios y apoyos limitados en las políticas y planes nacionales. Pero, la inclusión de metas específicas para alcanzar el objetivo de salud y bienestar para todas las personas en todas las edades, como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, abre una ventana de oportunidad para cambiar esta tendencia y construir una respuesta nacional equilibrada con un enfoque de salud pública para reducir la demanda (66).

A continuación, se pasa a describir las principales características del sistema de información y de los programas de prevención y tratamiento que se implementan en Paraguay.

3.2.3. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

La población objetivo de las distintas intervenciones son los adolescentes y jóvenes en general. De forma incipiente, las acciones tratan de focalizarse hacia las poblaciones que, dentro de éstas, se consideran más vulnerables, con un enfoque de priorización territorial.

Los esfuerzos para prevenir el consumo de drogas se concentran en difundir información a la población, implementar programas de capacitación, proyectos específicos y actividades en instituciones educativas y comunidades seleccionadas (67)(68).

En general, las distintas intervenciones tienen una cobertura poblacional limitada, condicionada por la disponibilidad de recursos y el desarrollo de capacidades institucionales para actuar de manera amplia. Algunas de las actividades pueden ser intensivas en determinados territorios o en el ámbito de una institución, pero no son sostenidas ni continuas en el tiempo.

La prevención primaria tiene un enfoque de programas y proyectos verticales implementados predominantemente a demanda de instituciones educativas públicas y privadas y complementariamente de grupos organizados en distintas comunidades (65).

La prevención selectiva e indicada está menos desarrollada (65).

Las principales instituciones gubernamentales involucradas en la reducción de la demanda del consumo de drogas son:

a) Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD), a través de las siguientes dependencias:

- *Dirección de Cooperación Internacional*, mediante alianzas y convenios para orientar cooperación técnica y financiera para la ejecución de proyectos específicos.
- *Dirección General de Reducción de la Demanda de Drogas*, mediante capacitación, elaboración de guías técnicas, programas de comunicación, articulación de actividades con municipalidades, instituciones educativas y centros comunitarios.
- *Dirección General de Ejecución de Programas Sociales*, mediante la implementación de acciones específicas orientadas a la formación educativa y de inclusión social.

b) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) a través de las siguientes dependencias:

- *Centro Nacional de Control de Adicciones (CNCA)*, mediante servicios de promoción y prevención, principalmente en instituciones educativas. También por medio de elaboración de guías técnicas y capacitaciones.
- *Dirección de Salud Mental (DSM)*, mediante la prestación de servicios a través de unidades de salud mental y la participación en el nivel estratégico para la definición de políticas y directrices técnicas.
- *Dirección General de Programas*, la cual cuenta con una Dirección de Atención Integral de la Niñez y Adolescencia, la que opera mediante programas que contemplan intervenciones y/o directrices específicas para la población de niñas, niños y adolescentes como *el Cuadro de procedimientos: Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades IMAN Clínico*. MSPBS. 2da edición. 2015, y *Manejo Integral de Adolescentes con Enfoque de Derecho* (69).
- *Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DINAVISIA)*, entidad que se encarga de la vigilancia de

fármacos y precursores; y

- *Programa Nacional de lucha contra el SIDA (PRONASIDA)*, el cual emite directrices técnicas, implementa proyectos de intervención, realiza vigilancia epidemiológica y presta servicios de prevención, consejería y tratamiento a personas que viven con VIH, entre ellos a quienes utilizan drogas (UD) incluido a los que utilizan drogas inyectables (UDI).

c) Ministerio de Educación y Ciencias (MEC) a través de las siguientes dependencias:

- *Dirección General de Educación Inclusiva (DIGEI)*, mediante la implementación de la campaña de comunicación *Está en Vos, Vos decidís* dirigida a adolescentes escolarizados y otras intervenciones selectivas para desarrollar habilidades para la vida.
- *Dirección General de Asesoría Jurídica (DGAJ)*, mediante el asesoramiento ante la presencia de drogas en instituciones educativas. En 2016, mediante la Resolución N°19.972 se adoptó el Circuito de Atención ante el Consumo y/o Presencia de Drogas en Instituciones Educativas ⁽⁷⁰⁾, por la cual se establecen procedimientos y responsabilidades.

d) Ministerio del Interior (MI) a través de las siguientes dependencias:

- *Dirección Antinarcóticos de la Policía Nacional (DAN PN)*, mediante la realización de charlas y otras actividades de prevención.
- *Dirección de Políticas de Seguridad, Dirección de Participación Ciudadana y Dirección de Gobiernos Departamentales y Municipales*, mediante la implementación de la Estrategia Nacional de Seguridad Ciudadana.

e) Ministerio de Justicia (MJ) a través de la *Dirección de Salud Penitenciaria (DSP/MJ)* dependiente de la Dirección de Institutos Penales.

f) Ministerio de la Mujer (MM), mediante la protección a mujeres en situación de vulnerabilidad.

g) Ministerio del Trabajo (MT), el cual cuenta con programas de capacitación y de inserción laboral que podrían ser articulados con los programas de prevención y de reinserción social.

h) Ministerio Público, realiza algunas charlas sobre drogas y micro tráfico a través de la Dirección de Comunicación y Prensa.

i) Secretaría Nacional de la Niñez y Adolescencia (SNNA), mediante la implementación de intervenciones dirigidas a la población de niñez y adolescencia en situación de vulnerabilidad, como el programa ABRAZO y la definición de estrategias específicas ante el problema de las drogas en la Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2014-2024.

j) Entidades sub nacionales, como la Gobernación de Central, la Gobernación de Alto Paraná y la Municipalidad de Luque en las cuales se implementan acciones de prevención y atención con base a convenios interinstitucionales.

Las principales agencias internacionales que colaboran mediante cooperación técnica y financiera son:

a) La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC, implementa en la actualidad el Programa Nacional Integrado (PNI).

b) La Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA), brinda cooperación técnica y financiera para formación de capacidades nacionales.

c) COPOLAD, mediante cooperación técnica y financiera para implementación de proyectos.

No se han realizado evaluaciones de resultados intermedios ni de impacto de estos programas y proyectos por lo que no es posible concluir sobre la eficiencia, efectividad, calidad, acceso, cobertura ni sobre los conocimientos, actitudes y menos sobre el impacto atribuible sobre la demanda de drogas en el país.

Una aproximación sobre la magnitud y el alcance de las actividades de prevención puede componerse a partir de los datos del anuario estadístico 2017 de la SENAD ⁽⁶⁸⁾. Según este reporte, la Dirección de Prevención Integral implementa intervenciones en los siguientes ejes estratégicos: a) fortalecimiento institucional; b) formación en la acción; c) descentralización; y d) instalación de capacidades mediante la implementación de los siguientes programas: prevención de base comunitaria; prevención familiar donde resalta

el programa “padres preocupados que se ocupan”; prevención escolar; prevención universitaria. Todos estos programas fueron diseñados con un enfoque de desarrollo de “habilidades para la vida” (Gráfico 17).

Gráfico 17

SENAD: Informe de actividades de la Dirección de Prevención Integral 2017

Indicadores	Capacitación Docente	Jóvenes habilitados	Prevención familiar	Prevención comunitaria
Número de talleres	27	24	11	12
Número de ciudades	18	13	10	4
Número de beneficiarios directos	668	864	234	617
Número de beneficiarios indirectos	20.280	-	1.350	-

Fuente: Anuario Estadístico. SENAD 2017.

3.2.4. SERVICIOS DE TRATAMIENTO

Los servicios de tratamiento se proveen en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Este sistema se caracteriza por su segmentación y fragmentación y está conformado por servicios del sector público, de la seguridad social y del sector privado, con y sin fines lucro ⁽⁷¹⁾.

El sector público está integrado por servicios dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, de la Universidad Nacional de Asunción y de establecimientos sanitarios de las fuerzas públicas.

En el sector público, los servicios dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social se distribuyen en todo el país y se organizan territorialmente.

Las unidades de salud de la familia (USF) corresponden a la atención comunitaria y operan mediante equipos de salud de la familia conformada por 1 médico, 2 enfermeras y agentes comunitarios. Se ha proyectado el funcionamiento de unidades de salud mental para operar en coordinación con un grupo de USF. A nivel distrital funcionan hospitales de baja a mediana complejidad con énfasis en servicios materno infantiles. A nivel regional funcionan hospitales de mediana a alta complejidad, en algunos casos como hospitales generales. A nivel nacional funcionan hospitales especializados, institutos y centros nacionales, entre ellos el Centro Nacional de Control de Adicciones.

Los demás servicios del sector público corresponden a hospitales de mediana y alta complejidad concentrados en la capital del país como el Hospital de la Armada, el Hospital Militar y el Hospital de la Policía Nacional; o bien en una ciudad aledaña, San Lorenzo, como el Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Instituto de Previsión Social es por antonomasia la seguridad social en Paraguay. Los beneficiarios corresponden a los asalariados que aportan a la seguridad social y sus familias. El modelo es de reparto solidario tripartito entre el empleado, el patrón y el Estado. Los servicios dependientes se concentran en el área metropolitana, con un modelo de atención especializada que opera mediante un hospital central de alta complejidad, clínicas periféricas y hospitales regionales en las capitales departamentales. La atención comunitaria no está desarrollada en este subsector.

En el sector privado con fines de lucro operan empresas de medicina prepaga, distintos establecimientos prestadores de servicios y un conjunto de profesionales que ofrecen servicios especializados de forma individual. Los asegurados en el sector privado corresponden a aquellas familias con capacidad de pago o beneficiarias de programas para ciertos funcionarios públicos. Los servicios se concentran en el área metropolitana y en capitales departamentales, exclusivamente con atención especializada

En el sector privado sin fines de lucro operan fundaciones, ONG y asociaciones simples.

Existen marcadas diferencias entre los recursos disponibles y la cobertura de cada sector. Sólo 3 de

cada 10 paraguayos cuenta con algún seguro de salud, 2 de ellos en el IPS y 1 en el sector privado. Los demás dependen de la disponibilidad de servicios públicos⁽⁷²⁾.

En este contexto, los servicios de tratamiento al consumo de drogas reproducen las mismas características de segmentación y fragmentación, es decir, funcionan de forma no integrada entre los sectores y cada uno de ellos⁽⁶⁵⁾.

En el modelo asistencial se distinguen servicios de atención médica especializada, otros servicios profesionales y servicios no profesionales.

En el sistema profesional existe una oferta de servicios de atención ambulatoria, de reducción de daños, de terapia de desintoxicación con internación y de grupos de seguimiento. Estos están regulados de conformidad a las normativas para otros servicios de salud y para el ejercicio de profesionales de salud.

Una modalidad de prestación de servicios corresponde a las comunidades terapéuticas. Algunas de estas entidades funcionan como entidades que ofertan servicios profesionales y otras operan de forma no regulada sin profesionales habilitados para cumplir esas funciones o incluso sin la participación de profesionales de salud.

Paralelamente al sistema profesional, algunas entidades mantienen grupos de apoyo y de autoayuda, sobre todo en el sector privado sin fines de lucro, de forma no regulada. Algunas de ellas operan con una base religiosa.

El último censo realizado para identificar establecimientos que ofrecen estos servicios se realizó en el año 2012 y sus resultados fueron publicados en el 2013. No se cuenta con actualizaciones al respecto⁽⁶¹⁾.

Según aquel censo, durante el 2012 operaban en el país 42 centros de tratamiento, 6 grupos de narcóticos anónimos y 39 grupos de alcohólicos anónimos.

En el sector público la oferta de servicios con profesionales de salud para el tratamiento de problemas derivados del consumo de drogas, se concentraba en los siguientes establecimientos:

- a. *El Centro Nacional de Control de Adicciones*, el cual funciona como un centro especializado de referencia nacional que asienta en la capital del país. Cuenta con servicios de tratamiento ambulatorio médico psiquiátrico y atención psicológica. También presta servicios de desintoxicación con internación. Complementariamente, cuenta con servicios de clínica médica, pediatría, odontología, nutrición, trabajo social, asesoría jurídica, así como servicios de promoción y prevención.
- b. *La Dirección de Tratamiento y Rehabilitación de la SENAD*, implementa el Programa de Tratamiento ambulatorio para adolescentes usuarios a través del acompañamiento técnico a centros Ambulatorios de tratamiento y comunidades terapéuticas.
- c. *La Cátedra y Servicio de Psiquiatría*, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, ofrece servicios de tratamiento ambulatorio, terapia de sustitución y reducción de daño.
- d. *El Hospital Regional de Alto Paraná*, oferta servicios de atención ambulatoria.
- e. *Hospital Distrital de San Ignacio*, con oferta de servicios de desintoxicación y tratamiento de sustitución.
- f. *La Región Sanitaria del Amambay*, con una unidad de salud mental oferta servicios de atención ambulatoria.
- g. *La Región Sanitaria de Cordillera*, con una unidad de salud mental con oferta servicios de atención ambulatoria.

En el sector privado, el Centro Médico Bautista y otras 4 clínicas reportaron la oferta de servicios de desintoxicación, hospital día y servicios ambulatorios. Otras 3 entidades ofrecían servicios de desintoxicación. pero bajo una modalidad distinta a centros médicos o clínicas. Entre los demás establecimientos, 27 de ellos reportaron oferta de servicios en una combinación de residencia o comunidad terapéutica.

Ningún establecimiento de la seguridad social había informado sobre la oferta de servicios específicos para tratamiento relacionado al consumo de drogas.

Se reportó 106 camas para desintoxicación, 30 en el sector público y 76 en el sector privado.

En los distintos establecimientos se registraron 4.836 personas en tratamiento de los cuales, el 42% se encontraba en comunidades terapéuticas, 22% asistía a grupos de autoayuda, 17% recibía un tratamiento ambulatorio, 15% recibió terapia de desintoxicación y 3% de reducción de daños. La disponibilidad reportada fue insuficiente para responder a la demanda de tratamiento.

Según los datos reportados sólo 1 de cada 2 personas que buscó algún tipo de tratamiento logró ser admitido en alguno de los establecimientos.

Las brechas de disponibilidad para satisfacer la demanda fueron del 54% para las comunidades terapéuticas, 39% para los servicios de desintoxicación, 39% para los grupos de autoayuda, 35% para el tratamiento ambulatorio y 9% para los servicios de reducción de daños.

Una aproximación de la evolución y la oferta actual de servicios de tratamiento puede componerse a partir de datos publicados en el anuario estadístico 2017 de la SENAD y de algunos datos estadísticos del Centro Nacional de Control de Adicciones ⁽⁶⁸⁾.

Según datos de la SENAD, durante el 2017 la Dirección de Tratamiento y Rehabilitación implementó acciones en 4 divisiones complementarias:

- División de tratamiento con base comunitaria, mediante el acompañamiento técnico a 8 establecimientos con servicios de tratamiento bajo la modalidad de comunidades terapéuticas, 7 de ellos en área metropolitana de Asunción y el Departamento Central y 1 de ellos en Alto Paraná: Centro comunitario Tekove Pyahura; Centro comunitario Oscar Antonio; Centro comunitario Padre José Banomi; Centro comunitario Chacarita; Centro comunitario nuevo amanecer; Centro ambulatorio buen samaritano; Centro ambulatorio Acar Vida y Centro Comunitario Papetra (que funciona como una clínica de desintoxicación programada en Ciudad del Este). En conjunto, en estos centros fueron atendidos 391 usuarios de drogas y se brindó apoyo a 415 familiares de éstos.
- División de tratamiento residencial: es una iniciativa en convenio con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social que pretende incorporar a la red asistencial servicios de tratamiento que requiere de larga estancia. Según el anuario, el proyecto se encuentra en fase de elaboración de normas de funcionamiento y el inicio de la prestación de servicios de atención psicológica de forma ambulatoria.
- División de monitoreo de normas mínimas de tratamiento, que al momento del reporte del anuario se encontraba en fase de actualización de las normas mínimas de tratamiento.
- División de contención, orientación y derivación: Al momento de la publicación del anuario este proyecto contemplaba la habilitación de un servicio de fono ayuda para orientar a usuarios y familiares, así como servicios de contención psicológica a familiares.

3.2.5. SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Los centros de tratamiento están regulados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través de la Dirección de Control de Establecimientos. El ejercicio profesional está regulado a través de la Dirección de Control de Profesiones. El marco legal para esta regulación es el Código Sanitario ⁽²⁹⁾.

El país cuenta con *Normas Mínimas de Calidad para la Atención de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol y otras Drogas, a través de la resolución SG 766/2007* ⁽⁷³⁾.

Según estas normas se establecen disposiciones que garantizan los derechos humanos de las personas en tratamiento, la confidencialidad, el carácter voluntario del tratamiento, disposiciones en cuanto al personal, al establecimiento, así como relativas a las sanciones correspondientes al no cumplimiento.

Pero, a pesar de las disposiciones legales y normativas, sólo el 45% de los establecimientos contaba con la habilitación sanitaria correspondiente, solo el 57% contaba con un programa de tratamiento, el 79% con un protocolo de admisión y el 64% con un contrato terapéutico.

No se dispone de evaluaciones actualizadas, ni de reportes oficiales actualizados sobre los registros.

Referentes consultados concuerdan en la opinión que persisten debilidades para promover, in-

centivar y controlar el cumplimiento de las normas de calidad.

Concuerdan además en la opinión que en el sector no profesional se implementan prácticas no siempre basadas en evidencias y que en ocasiones el enfoque terapéutico es reemplazado por un enfoque religioso.

En general, el modelo propuesto es más bien normativo, de cumplimiento categórico. No contempla procesos para la evaluación de la calidad de servicios, los planes de mejora continua, la gestión de la calidad y su certificación.

Durante el 2017 se instaló un proceso de actualización de las normas de calidad vigente.

3.2.6. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE VIH EN USUARIOS DE DROGAS

En Paraguay, el programa de lucha contra el sida y otras infecciones de transmisión sexual es PRONASIDA, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Es sabido que el consumo de alcohol y drogas son factores asociados a la transmisión del VIH a través de prácticas de sexo no seguro y, además, en el caso de usuarios de drogas intravenosas, por el uso compartido de jeringas.

La estrategia general del programa es la comunicación social, la información dirigida a las poblaciones más vulnerables, la promoción de pares, la distribución de condones y lubricantes y la estrategia de reducción de daños.

En Paraguay existen 13.352 personas viviendo con VIH. La Tasa de nuevos diagnósticos es de 21,2 x 100 mil habitantes concentrándose en el grupo de edad de 20 a 34 años, donde la tasa de nuevos diagnósticos es de 43,8 x 100 mil habitantes⁽⁷⁴⁾.

Los usuarios de cocaína fumable refieren tener más actividad sexual que otros usuarios de drogas, pero la mayor prevalencia de VIH se observa en los usuarios de drogas inyectables. El uso de cocaína y cocaína fumable aumenta el número de parejas sexuales por año, hasta 5 en el último año. También se ha identificado la práctica de sexo a cambio de drogas como factor asociado a algunos casos.

En el 2013 el PRONASIDA realizó un estudio de prevalencia de VIH en usuarios de drogas (UD). Participaron del estudio 935 personas. El 87% de los participantes fueron de sexo masculino, el 80% fueron menores de 30 años (64% entre 19 y 24 años), 40% provenientes de la Capital y área Metropolitana, 25% de Alto Paraná y los demás provenientes de Caaguazú, Itapúa y Amambay. La prevalencia de VIH reportada para los UD fue de 4,76%⁽⁷⁵⁾.

CONCLUSIONES

1. El momento crítico para el inicio de consumo de drogas es la adolescencia, sobre todo entre los 13 y 15 años de edad.
2. Los adolescentes pueden llegar a experimentar el consumo de distintas sustancias. Es posible que inicien con el consumo de drogas lícitas como bebidas con alcohol y tabaco. En otros casos puede darse consumo indebido de medicamentos sin prescripción. O bien el inicio se da con drogas ilícitas como la marihuana, la cocaína fumable, la cocaína clorhidrato y otros estupefacientes.
3. La prevalencia del consumo habitual de adolescentes se incrementa con la edad y además de la relación con el consumo de otras sustancias se asocia con enfermedades crónicas no transmisibles, ocasionando pérdida de años de vida y gastos en el sistema de salud.
4. El consumo de alcohol está ampliamente extendido y sobre todo con un patrón de consumo excesivo. La evidencia acumulada señala el impacto sobre la salud, ocasionando muertes prematuras, discapacidad, dependencia, violencia y altos gastos económicos para el sistema de salud.
5. Los programas de prevención para el consumo de tabaco y alcohol son débiles. El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS está implementado parcialmente. Es muy notorio la baja tasa impositiva sobre el consumo tanto para el tabaco como para las bebidas con alcohol.
6. En el consumo indebido de medicamentos se destaca el uso de tranquilizantes y estimulantes. No hay estudios en el país sobre la magnitud del problema en poblaciones específicas como el personal de salud y otros con acceso a estos productos.
7. Existe un marco normativo para el control y uso racional de medicamentos, pero su aplicación es limitada.
8. Las drogas ilícitas que se consumen son varias y es posible que se asocie con características socioeconómicas de la población. Las drogas más ampliamente consumidas son la marihuana, la cocaína fumable y la cocaína clorhidrato.
9. La cocaína fumable es la que se considera de mayor daño y la que más motiva tratamiento.
10. Entre las personas en tratamiento, 8 de cada 10 reportaron un patrón de policonsumo de sustancias.
11. La respuesta nacional al problema de las drogas se concentra más a la reducción de la oferta, por lo que se puede afirmar que la respuesta no es equilibrada. Varias instituciones públicas y el sector privado participan de esta respuesta nacional.
12. Para reducir la demanda hay limitaciones de recursos y la gobernanza del sistema es débil.
13. El país ha adoptado el SIDUC para generar información relevante. Sin embargo, el sistema de información rutinario no está integrado, y en consecuencia el seguimiento no está actualizado. Tampoco se ha cumplido con la periodicidad de encuestas en la población clave.
14. Las acciones para reducir la demanda se concentran en la población de adolescentes y jóvenes y en menor medida en niños. En estas poblaciones se han realizado estudios diagnósticos en el ámbito escolar. Pero la focalización hacia la población en situación de vulnerabilidad es incipiente y con pocos datos para conocer mejor el problema.
15. No existe un sistema de cuentas nacionales que permitan cuantificar el gasto público, privado y proveniente de fondos externos para la reducción de la demanda de drogas, por lo que no es posible estimar las brechas financieras con precisión.
16. Tampoco se cuenta con registro actualizado de recursos humanos profesionales y no profesionales que trabajan en el ámbito de reducción de la demanda de drogas, por lo que no es posible estimar las brechas de disponibilidad del personal con precisión.

17. Los programas de prevención y tratamiento operan de forma segmentada y fragmentada.
18. Los programas de prevención tienen un alcance y cobertura limitados y funcionan como programas verticales aplicados por varias instituciones de conformidad a sus objetivos específicos.
19. El avance cualitativo ha sido el enfoque de desarrollo de habilidades para la vida mediante distintas intervenciones comunitarias y en entidades educativas.
20. No se han evaluado la efectividad de los programas de prevención.
21. La oferta de tratamiento se da en el sector público y privado. No se cuenta con informes sobre actividades de tratamiento en la seguridad social.
22. Coexiste un modelo profesionalizado con otro no profesionalizado para el tratamiento de adicciones. En general, esta oferta de servicios se concentra en la Capital del país y ciudades aledañas.
23. Se estima que la cobertura de servicios es de 50% de la demanda.
24. No se cuenta con una evaluación de la efectividad de las distintas modalidades terapéuticas.
25. La propuesta de la PND es construir una respuesta equilibrada para reducir la demanda de drogas, mediante servicios integrales proveídos en una red integrada desde la comunidad hasta los servicios especializados con enfoque de atención primaria de salud donde operan unidades de salud familiar, unidades de salud mental y centros especializados descentralizados.
26. El financiamiento para implementar de forma amplia la PND puede obtenerse mediante reformas impositivas que aumente los impuestos al consumo de productos que dañan la salud como el tabaco y alcohol. Además de la orientación de recursos provenientes de bienes comisados del crimen organizado y el narcotráfico.

4. OFERTA DE DROGAS

4.1. EL MERCADO DE LAS DROGAS EN EL PARAGUAY

4.1.1. DROGAS INCAUTADAS

Marihuana

Paraguay es uno de los mayores productores de marihuana en Sudamérica. En el último quinquenio se ha identificado y destruido aproximadamente 8.524 hectáreas de plantas de marihuana cultivadas en 9 de los 14 departamentos de la Región Oriental del país. Las zonas de producción se concentran mayoritariamente en el norte del país, específicamente en los departamentos de Amambay, Canindeyú y San Pedro respectivamente, donde se ha detectado el 95% de la producción ⁽⁷⁶⁾.

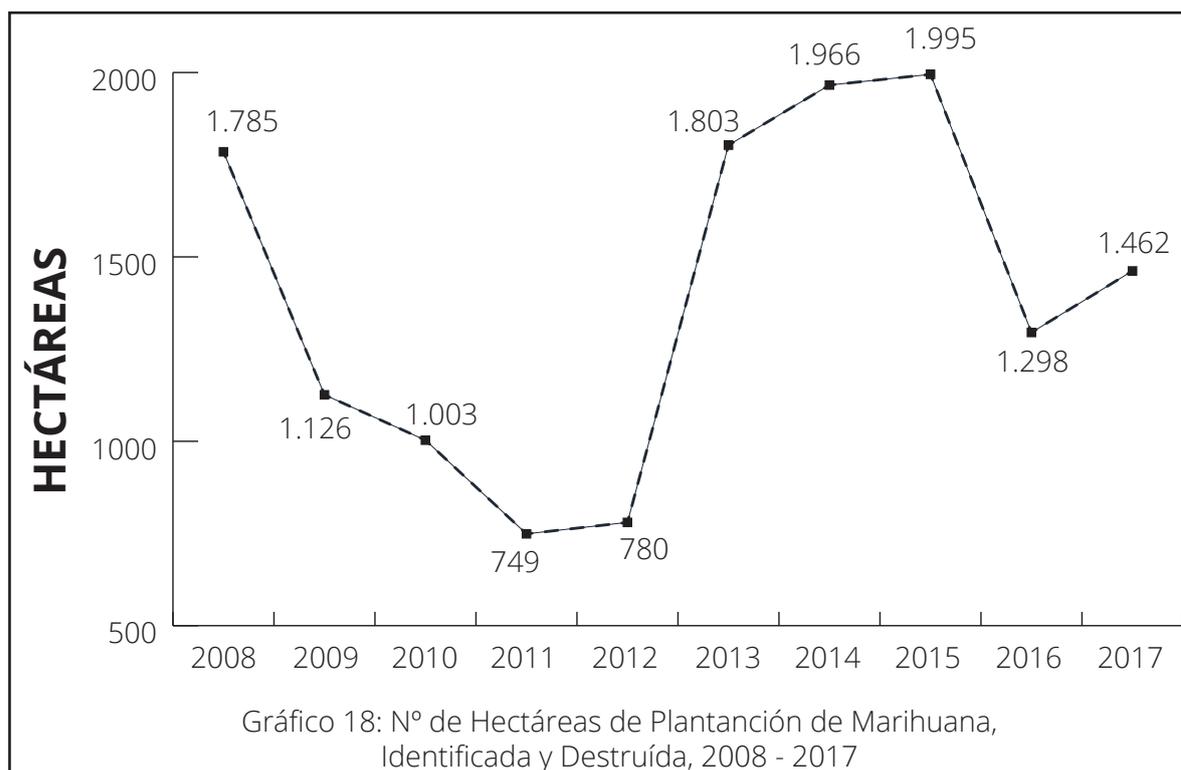
Se estima que una hectárea de plantación de marihuana tiene un rendimiento promedio de tres toneladas de marihuana lista para comercialización y consumo ⁽⁶⁸⁾.

En cuanto a la incautación de marihuana en los últimos cinco años, la SENAD logró sacar de circulación aproximadamente **2.750 toneladas** de dicha sustancia, de las cuales **2.201** fueron incautadas en los departamentos de Amambay y Alto Paraná, ambos limítrofes con Brasil, cantidad que representa el 80% de la incautación total registrada en el último quinquenio ⁽⁷⁶⁾.

En general, los traficantes utilizan rutas terrestres para cargamentos de 100 a 10.000 kilos, mientras que a través de las rutas fluviales transportan partidas de 5.000 a 15.000 kilos de la mencionada sustancia ⁽⁷⁷⁾.

Los mercados para la marihuana paraguaya están mayoritariamente en Brasil y Argentina, respectivamente. Se estima que entre el 70% - 80% de la producción nacional es transportada al Brasil (país limítrofe con dos departamentos de mayor producción de la zona Norte), pero en los últimos años el mercado chileno se ha extendido, así como el de Bolivia y Uruguay, utilizándose para su distribución las redes de tránsito de cocaína existentes ⁽⁷⁷⁾.

Las acciones para reducir la oferta de marihuana se centran en la destrucción de plantación (Gráfico 18) e incautación de la sustancia durante el transporte (Gráfico 19).



Fuente: Observatorio Paraguayo de Drogas

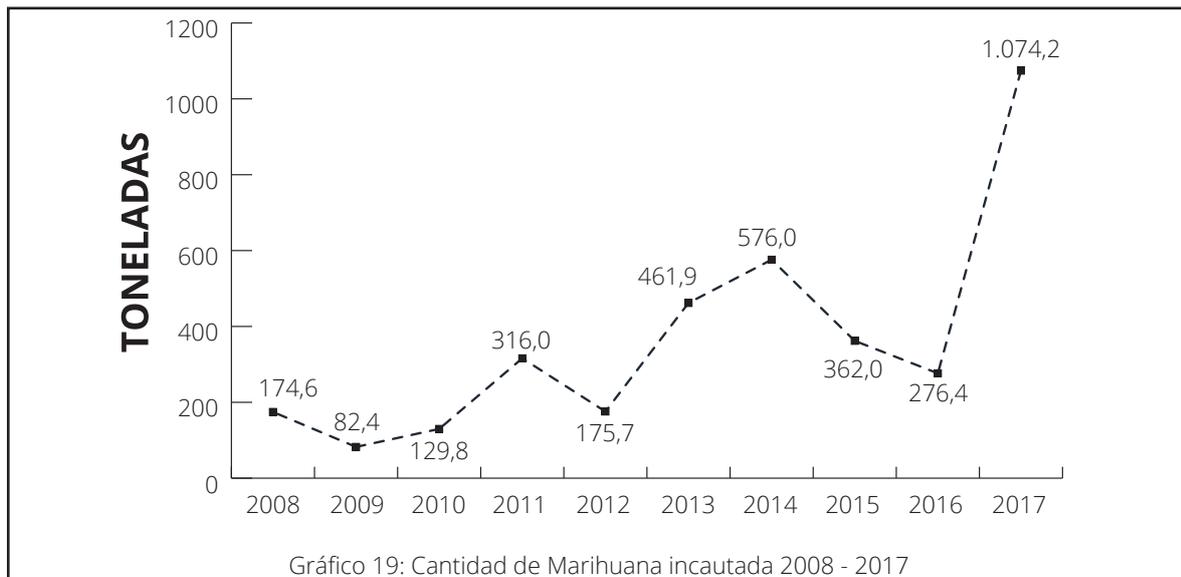


Gráfico 19: Cantidad de Marihuana incautada 2008 - 2017

Fuente: Observatorio Paraguayo de Drogas

En el año 2017 se han identificado y destruido **1.462 hectáreas**, de la cual podría obtenerse una producción de **4.386 toneladas** de marihuana, con un valor aproximado de **US\$131.580.000**. Esta superficie destruida es 13% superior a la cantidad de hectáreas de marihuana destruidas en el año 2016⁽⁷⁶⁾.

También durante el 2017, se han interceptado e incautado **1.074,72 toneladas** de marihuana lista para su comercialización, ocasionando al narcotráfico una pérdida de más de **US\$32.226.000**, lo que representa una variación porcentual de 288% en relación a la cantidad incautada en el 2016⁽⁷⁶⁾.

De esta forma, en el año 2017 los operativos antidrogas centrados en la lucha frontal contra la marihuana, han ocasionado pérdidas económicas al narcotráfico de más de **US\$76.086.000**

Cabe destacar que las alianzas estratégicas entre Paraguay y Brasil, han tenido resultados positivos. En el 2016 la SENAD llevó adelante tres operativos conjuntos con la Policía Federal de Brasil, logrando la destrucción de 707 hectáreas de marihuana y la incautación de más de 107 toneladas listas para ser comercializadas. En el año 2017 se realizaron dos operaciones conjuntas, destruyéndose 338 hectáreas y más de 38 toneladas de marihuana ya cosechada⁽⁶⁸⁾.

Igualmente, en el año 2018 se logró desarticular dos estructuras criminales dedicadas al tráfico internacional de marihuana en el departamento de Canindeyú y San Pedro. Una de ellas dedicada al envío de grandes volúmenes de marihuana al Brasil vía fluvial, donde se incautó más de **14 toneladas** de la mencionada sustancia, embarcaciones, vehículos y armas de grueso calibre. La segunda organización criminal se dedicaba a enviar importante cantidad de marihuana al mercado argentino, en dicho procedimiento fue incautada más de **9 toneladas** de marihuana, un tracto camión con su respectiva carreta, en la cual era transportada dicha sustancia⁽⁷⁶⁾.

Cocaína

La cocaína proviene principalmente de Bolivia, así como también de Perú y Colombia. Sólo una pequeña parte queda en el país para comercialización local, mientras que la mayor parte está en tránsito para otros países⁽⁷⁷⁾.

El comercio de la cocaína representa la mayor movilización de recursos financieros en el mercado ilícito de drogas en el Paraguay⁽⁶⁸⁾.

Se estima que entre el 70% y 80% tiene como destino final Brasil, y lo restante se comercializa en Chile, Argentina, Uruguay y países europeos⁽⁶⁸⁾⁽⁷⁷⁾.

El ingreso se da principalmente a través del Chaco, en las fronteras con Bolivia, ya sea por vía terrestre o aérea⁽⁷⁷⁾.

Los cargamentos por vía terrestre son de 100 kg a 200 kg, mientras que por vía aérea pueden trans-

portar hasta 500 kg de la droga.

Sea por vía terrestre o aérea, el cargamento ingresado tiene una primera escala en el alto Chaco, en zonas limítrofes con Bolivia y desde ahí son distribuidos hacia los departamentos de Concepción, Amambay, Canindeyú y Alto Paraná para su transporte definitivo hacia los países de destino ⁽⁶⁸⁾⁽⁷⁷⁾.

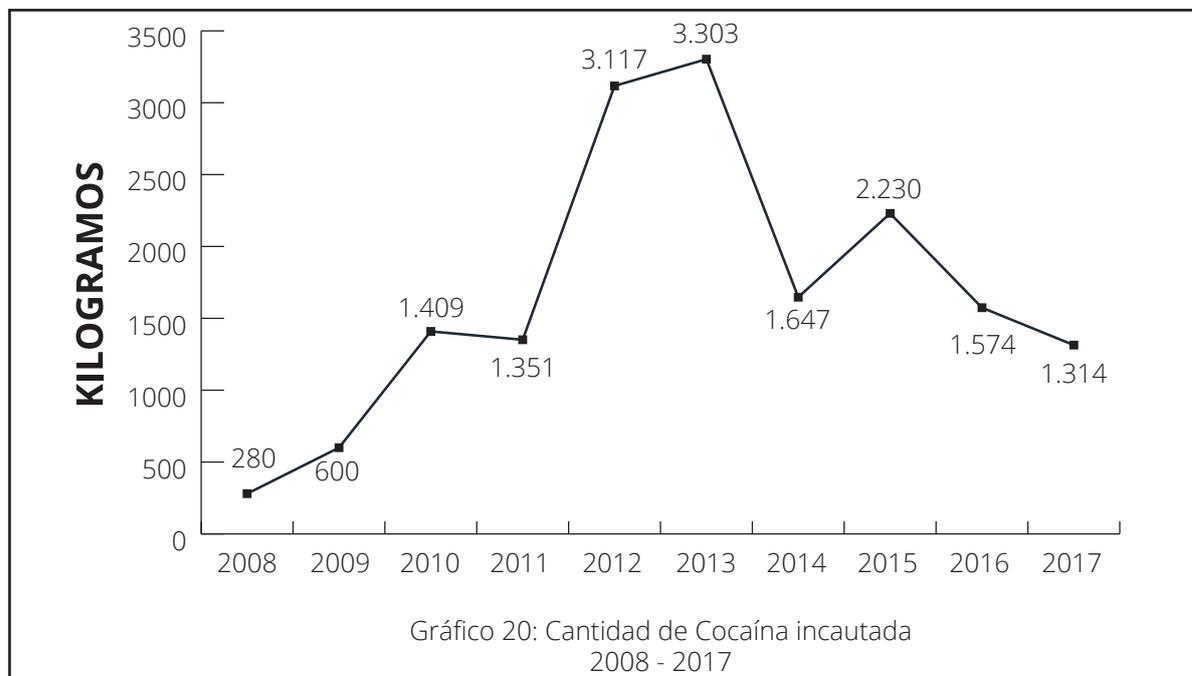
Los operativos para reducir la oferta de cocaína se basan en información de inteligencia sobre pistas clandestinas, laboratorios, almacenamiento y rutas terrestres y aéreas. Existe colaboración de inteligencia entre varias instituciones nacionales, así como entre países productores y de destino ⁽⁷⁸⁾.

Como resultado de los operativos de combate al tráfico de cocaína en 2017 se incautaron 1.313 kg de dicha sustancia⁽⁷⁶⁾.

Algunos de los operativos de incautación de cocaína durante el 2017 fueron los siguientes (68):

- Operativos TRUCK I, II, III y IV: Mediante información de inteligencia pudo interceptarse cargamentos transportados por vía terrestre. Ruta Bolivia, Paraguay, Brasil. En un operativo se incautó 180,620 kg de cocaína. En otro operativo se incautó un cargamento de 74,570 kg de cocaína con destino a Brasil, vía Ciudad del Este. Otro cargamento interceptado en Pozo Colorado, procedente de Bolivia con 205,900 kg de cocaína. Otro procedente de Bolivia, fue interceptado con 97 kg.
- Operativo ZOOTOPA: Un operativo que interceptó una avioneta en la ciudad de Pedro Juan Caballero, operaba desde Mayor Pablo Lagerenza, Chaco paraguayo. Se incautaron 513 kg de cocaína.
- Operativo AZABACHE: De forma conjunta con el Ministerio Público. Desmantelaron una red que financiaba y procesaba cocaína proveniente de Bolivia y Perú. Operaba en la zona de Tres Fronteras, en Ciudad del Este y Pte. Franco. Encontraron laboratorios, armas, dinero y elementos de logística.

En los últimos 10 años las incautaciones de cocaína fueron variables, entre 280 kg en 2008 y máximos en 2012 y 2013 en que se superó los 3 mil kilos de cocaína incautada. Siendo el promedio 1.680 kg de cocaína incautada por año en el período 2008 a 2017 (76). En esta década se incautaron en total 16.825 kg de cocaína en los distintos operativos realizados (Gráfico 20).



Fuente: Observatorio Paraguayo de Drogas

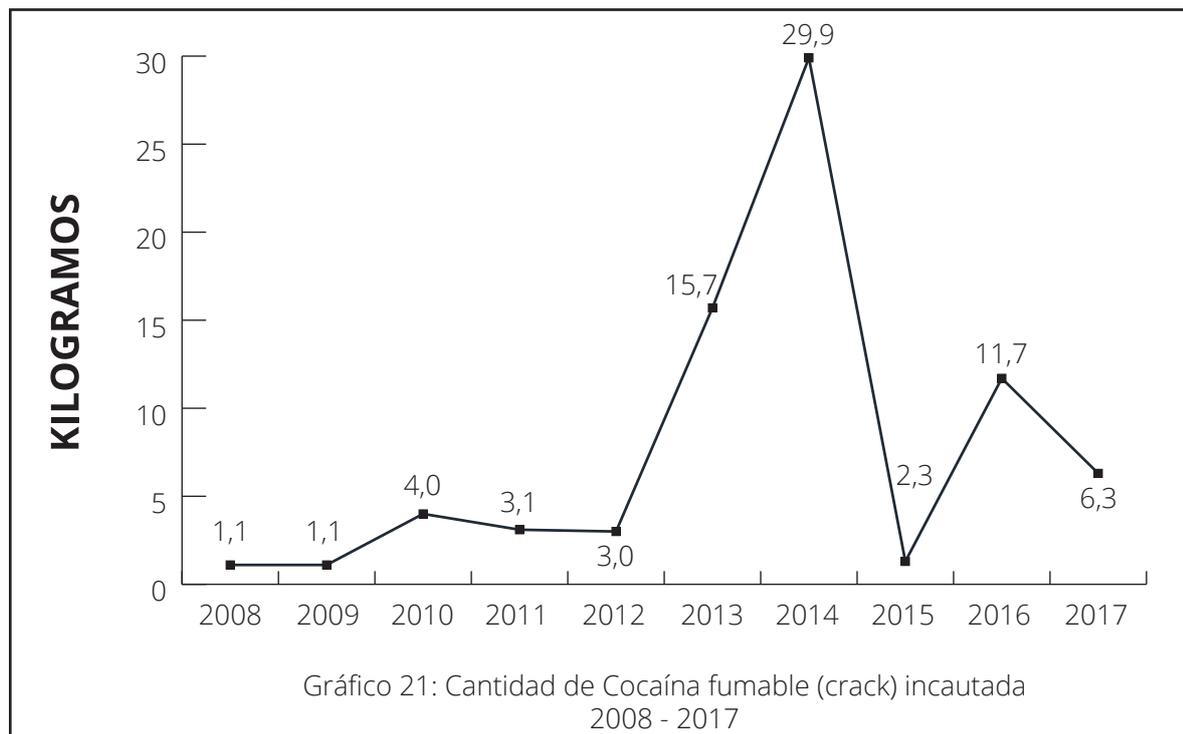
Cocaína fumable

La cocaína fumable, crack o chespi es la droga que produce más daño en la población paraguaya. Su consumo está extendido principalmente en Asunción, ciudad capital, y en el Departamento aldeaño de Central. Pero además se registra consumo en otras zonas urbanas del país, sobre todo en capitales departamentales más pobladas ⁽⁶⁵⁾.

El comercio ilícito se realiza a través de una red de microtráfico ampliamente extendido que se encuentra inserto en las propias comunidades, a veces operado por grupos familiares enteros.

Considerando la evolución del mercado de cocaína fumable puede concluirse que es un mercado en crecimiento poblacional y territorial.

En 2017, se decomisaron mas de 6 kg de cocaína fumable, del cual se optiene aproximadamente 21.000 dosis. En la última década se registraron máximos de incautaciones en los años 2013, 2014 y 2016 (76) (Gráfico 21).



Fuente: Observatorio Paraguayo de Drogas

Otras drogas

Otras drogas incautadas en los últimos años de forma creciente son las denominadas drogas sintéticas o de diseño como el éxtasis y el LSD.

Estas se comercializan a través de una red de microtráfico dirigido al estrato de mayor poder adquisitivo de la sociedad. En general las redes están dirigidas por extranjeros quienes tienen distribuidores en bares, locales nocturnos (76).

4.1.3. DELITOS RELACIONADOS CON EL COMERCIO ILÍCITO

El tráfico y comercio ilícito de drogas en Paraguay está vinculado al crimen organizado. Existe evidencia creciente de la participación de grupos criminales organizados del Brasil que operan en Paraguay para traficar cocaína y marihuana, a través de la frontera, tanto por vía terrestre como aérea.

El Primer Comando Capital (PCC) y el Comando Vermhhello son dos de las organizaciones poderosas que se vinculan con estos delitos.

Más recientemente, se ha identificado nexos entre el narcotráfico y el terrorismo.

Los resultados de los siguientes operativos realizados durante el 2017 ilustran la situación ⁽⁶⁸⁾:

- Operativo SMUGGLIN: fue un operativo conjunto entre la SENAD, la Policía Nacional y el Ministerio Público para desmantelar una organización dedicada al narcotráfico y el lavado de dinero. Identifi-

có a líderes de PCC y sus operadores en las ciudades de Concepción y Pedro Juan Caballero.

- Operativo Cielo abierto: fue un operativo que identificó a funcionarios de la DINAC quienes desde el 2015 blanquearon 22 avionetas utilizadas para el narcotráfico.
- En 2017 se detuvo a un traficante libanés en Ciudad del Este. Tras su detención se identificó un posible nexa con la organización terrorista Hezbolá. El detenido fue extraditado a EEUU.
- En un operativo conjunto con la Policía Federal del Brasil y la DEA de EEUU, la SENAD detuvo a un jefe del Comando Vermelho del Brasil. Operaba al sur y al este de Paraguay. Fue detenido en la ciudad de Encarnación.

El comercio de la cocaína fumable se desarrolla a través de microtráfico. Grupos pequeños que operan en territorios acotados. Sólo en 2017 fueron detenidas 34 personas en Asunción y 63 personas en Central⁽⁶⁸⁾.

4.2. ESTRATEGIAS Y COORDINACIÓN PARA REDUCIR LA OFERTA DE DROGAS

4.2.1. PERFIL GENERAL DE LA RESPUESTA NACIONAL PARA REDUCIR LA OFERTA DE DROGAS

En Paraguay, las acciones predominantes para reducir la oferta de drogas se centran en el combate a la producción, tráfico y comercio ilícito. Más incipientemente, se vienen desarrollando intervenciones para desmantelar el lavado de dinero y otros ilícitos conexos del crimen organizado ⁽⁷⁸⁾.

Las intervenciones represivas se basan en un trabajo previo de inteligencia y coordinación entre varias instituciones del Estado, pero por sobre todo entre la Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD) y el Ministerio Público. También existe cooperación entre los servicios de inteligencia entre países afectados por el narcotráfico bajo el principio de responsabilidad común y compartida ⁽⁷⁸⁾.

Operativamente, es la SENAD la principal entidad de concretar en terreno las intervenciones de destrucción de plantación, intercepción de tráfico aéreo, fluvial y terrestre, decomiso, detenciones, desmantelamiento de laboratorios y logística, incautación de armamentos y otros.

El paradigma predominante de evaluación de éxito de las operaciones lo constituye la superficie de plantaciones destruidas, cantidad de drogas incautadas, cuantificación de elementos logísticos destruidos y la conversión de estos resultados a valores económicos. Complementariamente el éxito se evalúa por el número de personas detenidas y a vinculación de éstas al crimen organizado transfronterizo ⁽⁶⁷⁾.

La superficie de plantaciones de marihuana destruidas y la cantidad de marihuana, cocaína y otras drogas incautadas anualmente es notoriamente ascendente.

Por el momento no se ha realizado una evaluación sobre el impacto de estos resultados sobre la oferta total de drogas en un periodo de tiempo. Por lo tanto, el incremento anual de las incautaciones puede tener al menos dos interpretaciones contradictorias: a) el incremento de las incautaciones representa una reducción proporcional de la oferta en ese periodo de tiempo; o b) el incremento de las incautaciones se corresponde a un incremento proporcional de la oferta en ese periodo de tiempo.

Siendo que el Brasil, Argentina, Chile y Uruguay, así como algunos países europeos son el destino final de la mayor parte del narcotráfico en Paraguay, una evaluación de la tendencia del mercado ilícito de drogas en esos países podría orientar, de manera indirecta, una caracterización de la evolución de la oferta de drogas en Paraguay en un periodo de tiempo.

Por otra parte, y por obvias razones, la información sobre la estructura y capacidades del crimen organizado transfronterizo no es de acceso público. Por lo tanto, es difícil hacer evaluaciones sobre la afectación funcional a las distintas organizaciones mediante las intervenciones represivas que se realizan. De manera

indirecta puede inferirse la evolución de esas capacidades por la cobertura territorial de las operaciones en los países afectados.

Con base a los importantes logros alcanzados en las últimas décadas el gran desafío que se presenta para pasar a una siguiente etapa de combate al narcotráfico es la de fortalecer las capacidades de inteligencia y operativas para dismantelar las estructuras funcionales del crimen organizado transfronterizo, combatir de forma efectiva el lavado de dinero e implementar las medidas judiciales correspondientes.

4.2.2. INSTITUCIONES Y COORDINACIÓN

Secretaría Nacional Antidrogas

La Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD), es una institución dependiente de la Presidencia de la República. Su responsabilidad principal es la implementación de la política y estrategia nacional sobre drogas.

Su misión institucional es: “ejecutar y coordinar la política del gobierno nacional en la lucha contra el narcotráfico, la prevención del consumo de drogas, el tratamiento y reinserción social y el control del lavado de dinero proveniente del tráfico ilícito de estupefacientes”.

Como organización se proyecta con la siguiente visión: “Institución profesional, comprometida en la reducción del narcotráfico, la prevención y el tratamiento de personas con problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas”.

El marco legal para sus operaciones la constituyen las disposiciones establecidas en la Ley 108/92, 1340/88 y 1881/02 así como el Decreto No1806/09. La Ley, le confiere competencias para ejercer funciones de investigación y funciones operativas para reducir la oferta de drogas en el territorio nacional.

Además del marco legal, la SENAD declara que sus operaciones se basan en ciertos valores institucionales:

- *Vocación de servicio*: entendida como el sentido de pertenencia del personal hacia la institución para la consecución de los fines institucionales.
- *Responsabilidad*: entendida como la actuación guiada por el sentido del deber que corresponde, comprendiendo las consecuencias del cumplimiento o del incumplimiento de las funciones y responsabilidades.
- *Probidad*: entendida como la actuación con rectitud, honradez y la exteriorización de una conducta honesta.
- *Reserva y confidencialidad*: Guardar la reserva y confidencialidad en el ejercicio de sus funciones.

Las operaciones de la SENAD se basan en información de inteligencia procesada de varias fuentes, a partir de los cuales se diseñan procedimientos para la captura de traficantes, incautación de drogas, armas, destrucción de plantaciones, de laboratorios, dismantelamiento de logística y comunicación.

Para cumplir sus funciones cuenta con Agentes Especiales, apoyo del Personal de las Fuerzas Armadas de la Nación, personal técnico y administrativo.

La estructura básica para la reducción de oferta de la SENAD es la siguiente:

- *Dirección General Antidrogas*: Tiene la misión de fortalecer el control y fiscalización para reducir la oferta de drogas, reprimir el narcotráfico, la producción de drogas naturales o sintéticas, evitar el desvío de sustancias químicas controladas para la elaboración de drogas ilícitas, dismantelar las organizaciones delictivas y sus redes de apoyo contra el tráfico ilícito de drogas y delitos conexos. Esta dirección general cuenta con las siguientes direcciones dependientes: Dirección de Inteligencia; Dirección de Operaciones; Dirección de Investigación de Crímenes y Delitos Financieros; Academia de Formación para Agentes Especiales; Dirección Forense Especializada.
- *Oficinas Regionales, brigadas y puestos de control*: La SENAD también opera a través de oficinas regionales descentralizadas, que cumplen similares funciones de combate al narcotráfico y delitos conexos a partir de información de inteligencia. Las oficinas actualmente funcionando son las siguientes: Regional N° 1: Pedro Juan Caballero; Regional N° 2: Ciudad del Este; Regional N° 3: Encarnación; Regio-

nal N° 4: Salto del Guairá; Regional N° 6: Mariscal Estigarribia; Regional N° 7: Concepción; Regional N° 8: Pilar. Adicionalmente cuenta con brigadas de control en los aeropuertos Silvio Pettrossi y Guarani, así como puestos de control en puertos y zonas estratégicas como en Terminal de Ómnibus de Asunción, en el Puerto de Itá Enramada y en Chaco'i.

– *Departamento de Operaciones Urbanas (Microtráfico):* El 90% de las intervenciones realizadas por este departamento corresponde a detenciones e incautaciones relacionados con el microtráfico de Crack. Opera en coordinación con el Ministerio Público. Existe un mapeo territorial de zonas críticas de la Capital del país y de los distritos del Departamento Central.

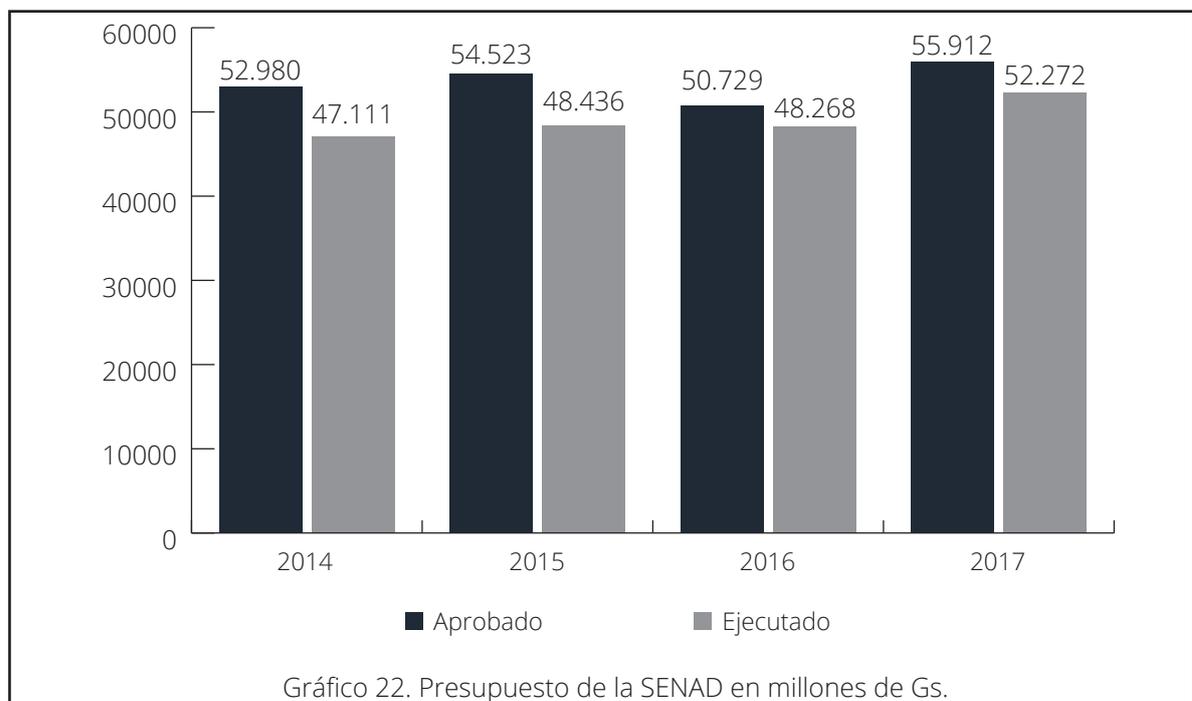
– *Fuerzas Especiales (FF.EE.):* Tiene como misión brindar apoyo a los Agentes Especiales y al mismo tiempo. Está integrada por personal militar en actividad de las Fuerzas Especiales las Fuerzas Armadas de la Nación, egresados de los Cursos de Comandos del Ejército, Comandos Anfibios de la Armada, de la Brigada Aerotransportada de la Fuerza Aérea, del Batallón Conjunto de Fuerzas Especiales entre otros. El personal seleccionado está especializado en operaciones antidrogas rurales y urbanas.

– *División de Guías de Animales Detectores de Drogas:* Actualmente se cuenta con 14 canes capacitados para detectar marihuana, cocaína, heroína, anfetaminas y LSD. Sus guías son Agentes Especiales y Sub Oficiales del Ejército, la Armada y la Fuerza Aérea. Cubren las distintas brigadas y puestos de control.

– La SENAD cuenta con el Observatorio Paraguayo de Drogas, el cual recopila, procesa, sistematiza y provee la información obtenida por la SENAD dentro de sus labores ⁽⁷⁹⁾.

El Observatorio es el único en el país reconocido y certificado por organismos internacionales como CICAD, UNODC, JIFE para proveer datos sobre incautación, aprehensiones, consumo y prevalencia de drogas, erradicación de cultivos de marihuana, (alerta temprana de importación y exportación) y consumo de drogas para uso médico.

Los recursos presupuestarios con los que cuenta la SENAD en los últimos años se presentan en el siguiente gráfico:



Fuente: Comisión Bicameral de Presupuesto.

Para el año 2017 el presupuesto aprobado fue de 55.912 millones de guaraníes, lo que equivale a 9,4 millones de dólares americanos. De esta cifra se ejecutó un 93.5% ⁽⁸⁰⁾.

Ministerio Público

El Ministerio Público cuenta con la Unidad Especializada de Lucha Contra el Narcotráfico el cual opera de manera articulada con la SENAD y el departamento de Antinarcóticos de la Policía Nacional.

Esta Unidad Especializada fue creada mediante la Resolución de Fiscalía General del Estado N.º 2695/2007 con la finalidad de investigar específicamente los hechos punibles de tráfico, tenencia y posesión de drogas o sustancias estupefacientes tipificados en la Ley N.º 1340/88.

En el marco de políticas y estrategias institucionales realiza investigaciones para combatir el micro tráfico y el tráfico a gran escala de drogas, coordinando con instituciones nacionales y haciendo uso de mecanismos de cooperación internacional. Su objetivo misional es desalentar o desarticular a las organizaciones dedicadas al tráfico internacional de drogas, venta y/o comercialización de sustancias estupefacientes e impedir la legalización del dinero y de los bienes relacionados con la comercialización y el tráfico de drogas.

La Unidad ha logrado establecer criterios de procesamiento de casos de drogas a través de instructivos generales y particulares que se refieren a:

- “Manejo de evidencias obtenidas en la etapa preparatoria. - Aplicación del acto conclusivo de Procedimiento Abreviado en causas relacionadas a hechos punibles de narcotráfico.
- Aplicación de medidas cautelares de carácter personal y real de manera conjunta en hechos punibles relacionados a narcotráfico (Arts. 46 y 47 Ley 1340/88).
- Disminución de pena a imputados que brinden información que permita la incautación de drogas. Art. 43 Ley 1340/88. - Preservación de un criterio jurídico uniforme en casos relacionados a tráfico ilícito de drogas.
- Desestimación, suspensión condicional del procedimiento y sobreseimiento definitivo – Art. 30 Ley 1340/88. -
- Realización de diligencias investigativas que deben ser llevadas a cabo. Pautas a seguir para la realización de ciertas diligencias investigativas que deben ser llevadas a cabo en el marco del art. 30 Ley 1340/88. - Criterios a tener en cuenta con respecto al Art. 43 Ley 1340/88
- (...) Adopción de la figura de la Suspensión Condicional del Procedimiento, previo cumplimiento de los requisitos legales establecidos, y con la consecuente imposición, al beneficiario de la figura jurídica; de una prohibición de consumo de drogas, de realizar un proceso médico, (sicológico y/o psiquiátrico según el caso) de rehabilitación (...) cuando corresponda”.

La Unidad Especializada en la Lucha contra el Narcotráfico forma parte a su vez del equipo de trabajo conformado para la redacción del proyecto de reforma legislativa de la Ley 1340/88, de la comisión de lucha contra el narcotráfico de la honorable cámara de diputados del congreso de la nación, en la cual, entre otras variantes e inclusiones, se propone un enfoque integral que se ocupe de la adicción como un tema de salud y no como un tema de persecución penal ⁽⁷⁸⁾.

Departamento Antinarcóticos de la Policía Nacional

El Departamento Antinarcóticos de la Policía Nacional se encuentra dentro de la Dirección de Apoyo Técnico. Opera mediante sus propios recursos y con base a información generada desde la Policía Nacional.

La articulación y coordinación con la SENAD es aún incipiente.

Con base a información de inteligencia realiza incautaciones de drogas, procedimientos de allanamientos a domicilios, operativos en la vía pública, detención de personas con drogas, incautaciones de armas, vehículos y activos de personas y grupos criminales vinculados al narcotráfico.

Reportan además la realización de charlas dirigidas a jóvenes con el propósito de concientizar a la población sobre los peligros y consecuencias del tráfico y consumo de drogas ⁽⁷⁸⁾.

Poder Judicial

El sistema judicial cuenta con tres jueces de garantías penales, en la Capital del país, quienes tienen la competencia a nivel nacional para atender los casos relacionados con el tráfico y comercio ilícito de drogas.

Los agentes fiscales especializados del Ministerio Público recurren a estos jueces para solicitar ordenes de allanamientos, de anticipo jurisdiccional de pruebas, de realización de actividades investigativas, se tramitan los pedidos de salidas alternativas al proceso y otros procedimientos en el ámbito de sus competencias.

Al igual que en el caso del Ministerio Público, los Jueces de Garantía no reciben de forma sistemática información sobre los resultados de los casos en los que se aplican suspensiones condicionales al procedimiento.

Los jueces tampoco disponen de un sistema de información que les permita corroborar las condiciones de habilitación y capacidades de centros de tratamiento donde se destina a un adicto para su respectiva rehabilitación y tratamiento.

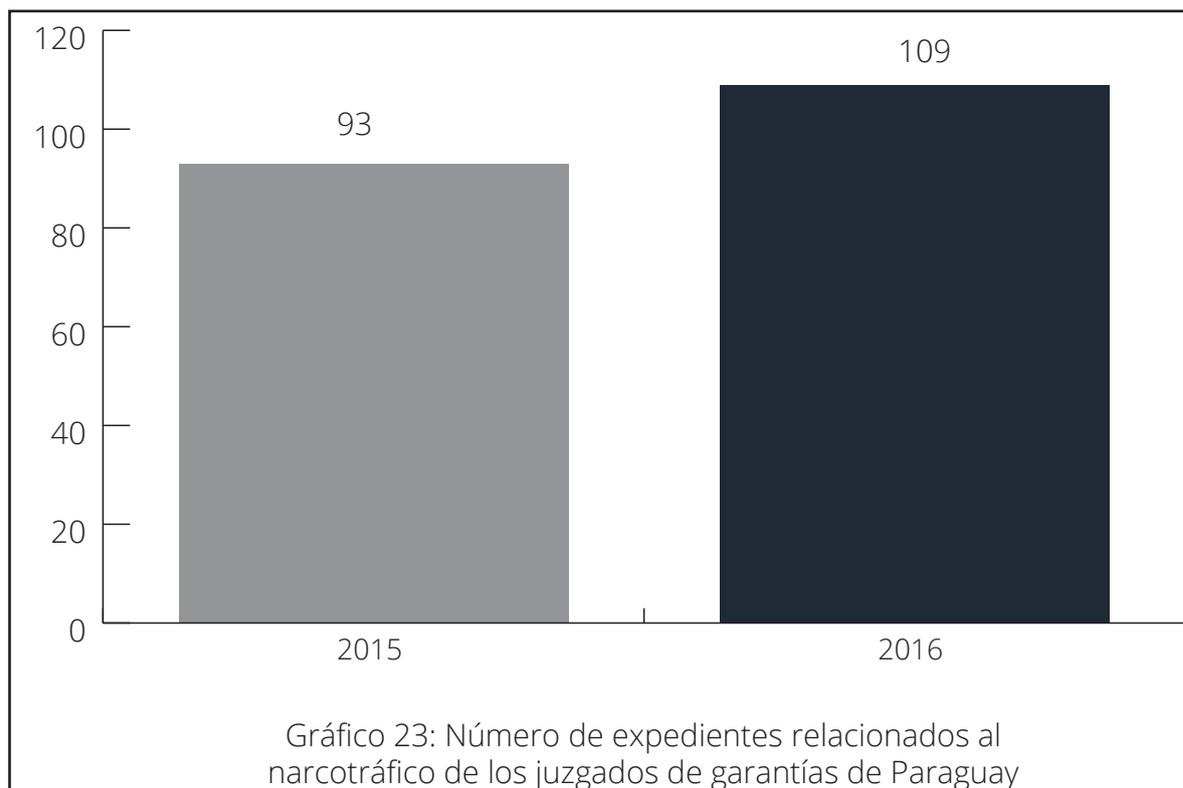
La información sobre los casos no está sistematizada. Más bien cada juzgado cuenta con su propio registro a partir del cual elaboran informes según requerimientos o procesos de control por parte de la Corte Suprema de Justicia.

Cuando se analizan los casos que pasan la fase investigativa y reúne los elementos suficientes para ir a juicio oral, se corrobora que la mayoría corresponde a microtráfico.

Las penas aplicadas son de cinco a ocho años de pena privativa de libertad para micro-trafficantes, y de quince a dieciocho años y hasta veinticinco años para traficantes.

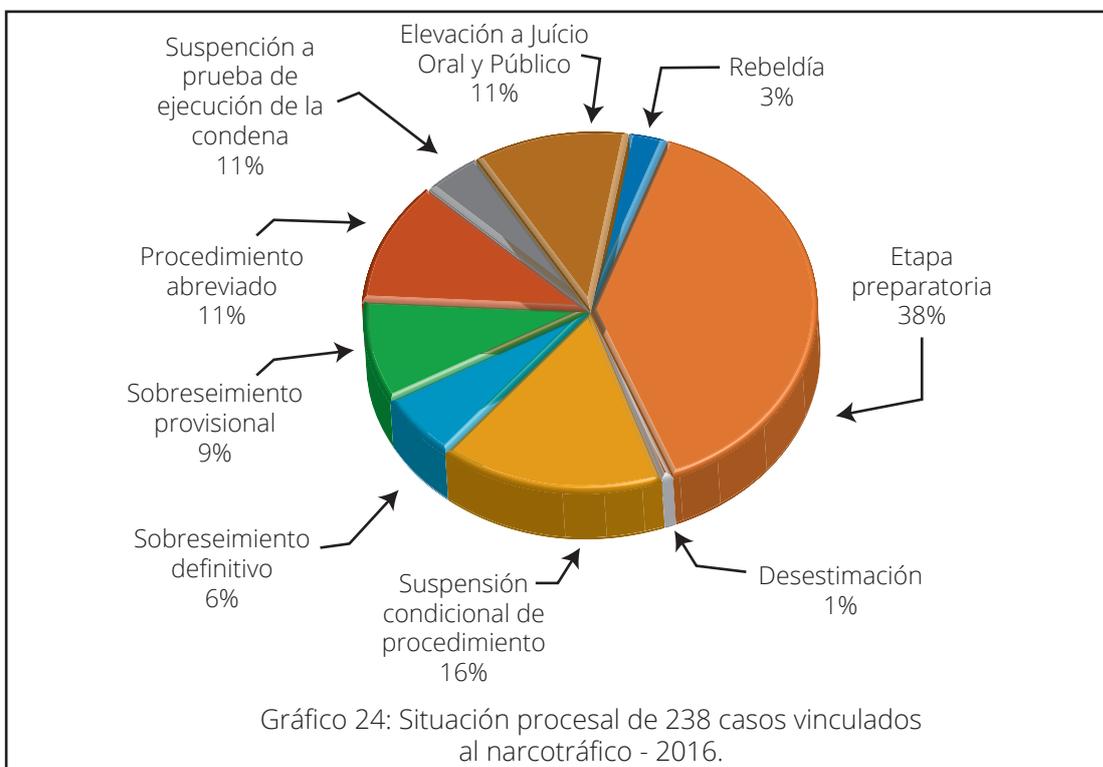
Según informes utilizados para la elaboración de la Política Nacional de Drogas, los juzgados manejan aproximadamente 100 expedientes por año por delitos relacionados con el narcotráfico⁽⁷⁸⁾.

En el gráfico siguiente se describe el número de expedientes en los años 2015 y 2016.



Fuente: Informe Técnico. Diagnóstico situacional sobre oferta de drogas en Paraguay para la elaboración de la PND. UNODC 2016.

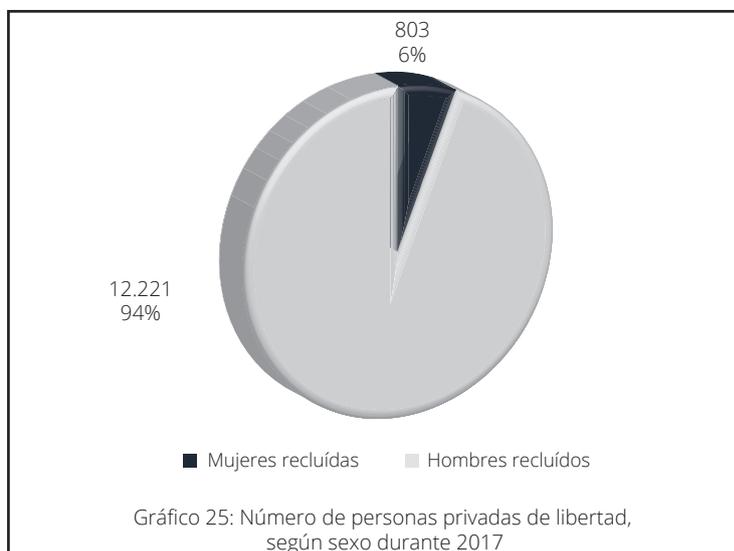
Cuando se analiza la situación procesal de los expedientes se puede verificar la baja proporción de condenas y juicios orales de los casos. Por ejemplo, durante el 2016, de 238 expedientes relacionados con el narcotráfico sólo 11% estaban en etapa de juicio oral, 11% habían recibido un procedimiento abreviado, 16% tenían una suspensión condicional de procedimiento, 4% estaban con suspensión a prueba de ejecución de condena, 6% con sobreseimiento definitivo, 9% con sobreseimiento provisorio, 3% en rebeldía, 38% en etapa preparatoria y los demás en otras etapas procesales ⁽⁷⁸⁾ (Gráfico 24).



Fuente: Informe Técnico. Diagnóstico situacional sobre oferta de drogas en Paraguay para la elaboración de la PND. UNODC 2016.

Analizando desde una perspectiva de género los procesos judiciales relacionados al comercio ilícito de drogas en el Paraguay, puede comprobarse que las mujeres se encuentran en una situación de vulnerabilidad ante el crimen organizado y el microtráfico ⁽⁸¹⁾.

En efecto, del total de personas privadas de libertad, el 6% corresponde a mujeres mientras que el 94% corresponde a hombres ⁽⁸¹⁾(Gráfico 25).



Fuente: Informe Técnico. Mujeres, Drogas y encarcelamiento. Vargas D. 2017. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. Paraguay.

Pero, cuando se analiza al grupo de mujeres privadas de libertad, se comprueba que el 52% de ellas están reclusas por delitos relacionados con la ley 1340, es decir con el tráfico de drogas ⁽⁸¹⁾ (gráfico 26)



Fuente: Informe Técnico. Mujeres, Drogas y encarcelamiento. Vargas D. 2017. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. Paraguay.

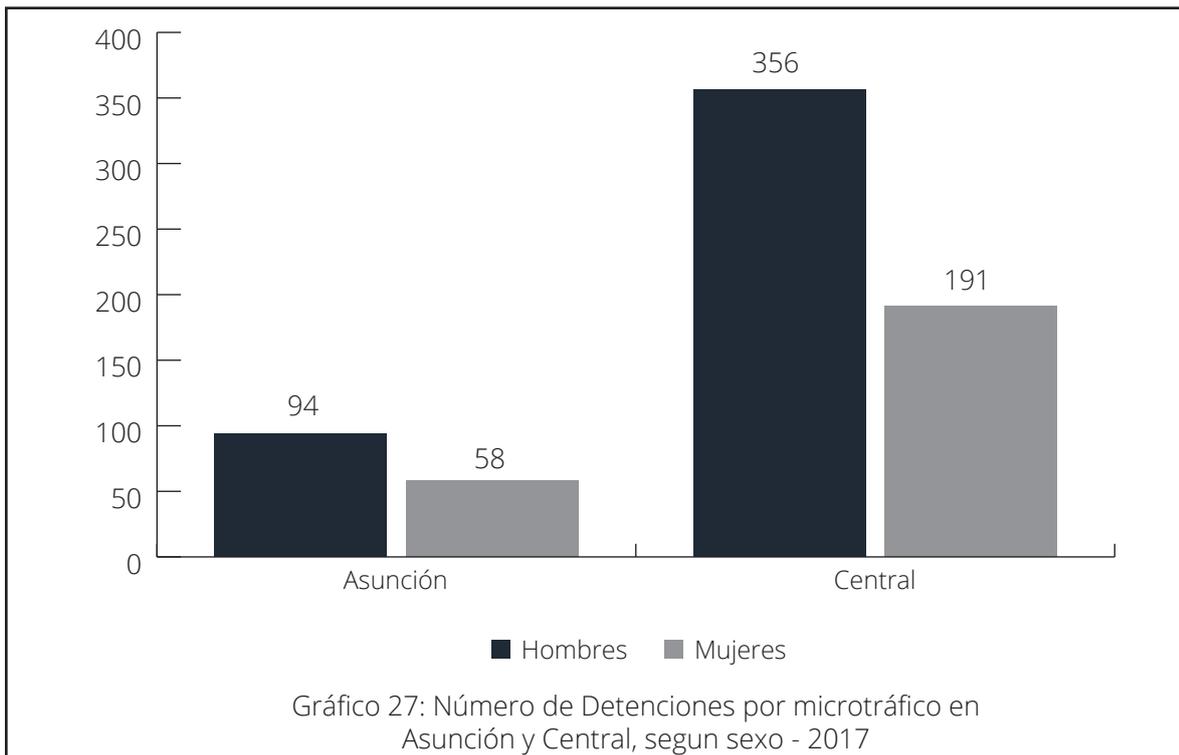
Esta situación alerta al menos sobre 3 hechos: a) la utilización y explotación de mujeres para el tráfico; b) la situación de reclusión inadecuada y afectación a niños; c) insuficiente asesoría legal para enfrentar un proceso justo.

El hecho de la explotación de las mujeres y la violencia relacionada puede derivarse de las características de las mujeres privadas de libertad y los registros de detenciones en relación al narcotráfico:

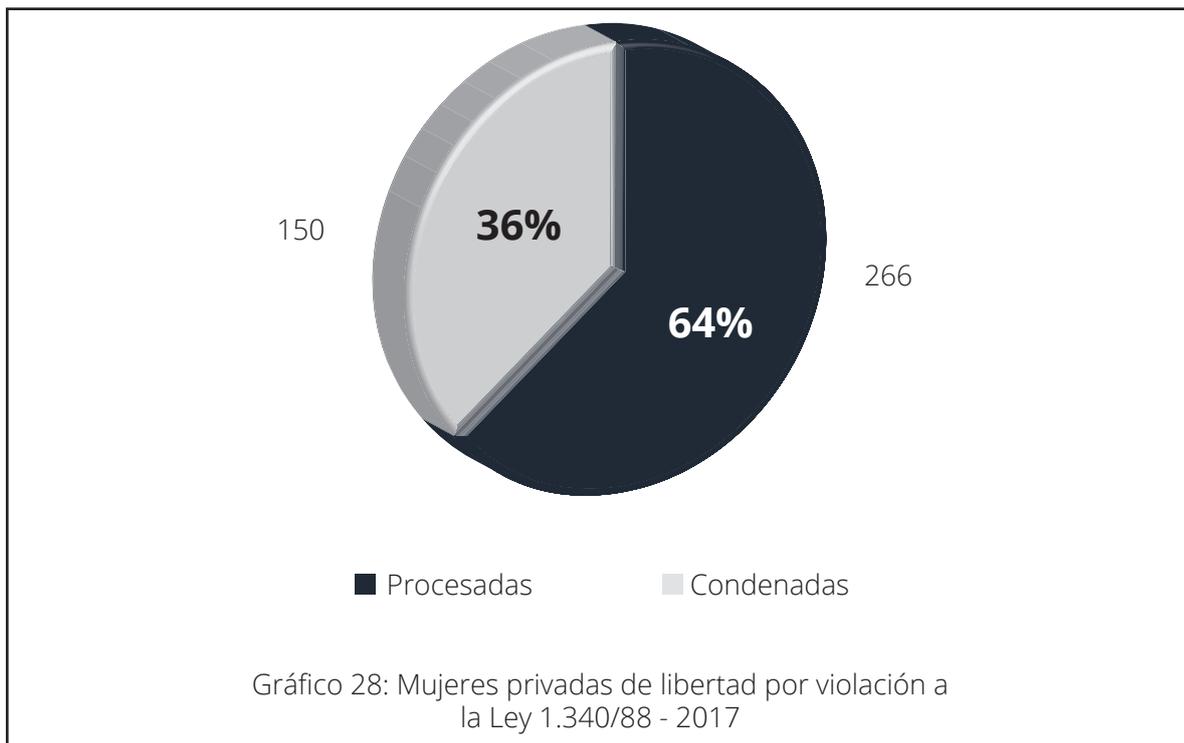
- Según el censo realizado en 2015, en cuanto al estado civil, 63% eran solteras, las demás casadas, concubinas, separadas o viudas ⁽⁸²⁾.
- En cuanto a la escolaridad, 8% universitarias y sólo el 24% tenía estudios secundarios.
- El 85% de ellas se encontraban trabajando antes de su detención, sobre todo en el sector informal.
- 44% de ellas habían sido víctimas de violencia antes de su detención.
- Según los registros del 2017, 97 personas fueron detenidas por micrótráfico en Asunción y Central, de las cuales el 29% eran mujeres (Gráfico 27)

En cuanto a la infraestructura y otros aspectos específicos para la privación de libertad de mujeres, se puede señalar que, según los registros, sólo el 60% de las mujeres reclusas por problemas relacionados al tráfico de drogas lo estaban en la Cárcel del Buen Pastor, con adecuaciones para mujeres, en tanto que las demás se encontraban reclusas en cárceles para hombres, separadas en espacios readecuados. El 87,65% de las mujeres privadas de libertad refirieron ser madres y el 83,4% de las mujeres solteras manifestó ser madre de al menos 1 hijo ⁽⁸¹⁾.

En cuanto a la vulnerabilidad procesal, del total de mujeres privadas de libertad por cuestiones vinculadas a drogas, apenas el 36% tenía una condena, en tanto que las demás se encontraban sin condena firme, en distintas instancias procesales ⁽⁸¹⁾ (Gráfico 28).



Fuente: SENAD. Anuario 2017.



Fuente: Informe Técnico. Mujeres, Drogas y encarcelamiento. Vargas D. 2017. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. Paraguay.

Secretaría Nacional de Administración de Bienes Incautados Comisados (SENABICO)

La SENABICO es una institución pública, dependiente de la Presidencia de la República, autónoma y autárquica, altamente especializada en establecer mecanismos para el cumplimiento de la administración y el destino eficiente de los bienes obtenidos del resultado de la lucha contra el crimen organizado, y dejando en claro que la obtención de bienes provenientes de una actividad ilícita no es rentable y que los mismos serán correctamente redistribuidos para su combate y programas de reinserción social.

La política institucional es contar con procedimientos claros, oportunos, buscando la excelencia de la gestión en la recepción, identificación, avalúo, inventario, registro, administración, mantenimiento, preservación, custodia y destino de los bienes incautados o decomisados de interés económico, bajo los principios de eficiencia y transparencia de la función pública.

La ley de creación de la SENABICO (39) también establece la creación de un Fondo Especial conformado por el porcentaje establecido de los rendimientos financieros producto de las inversiones del dinero incautado, así como del porcentaje asignado de las utilidades o rendimientos de las empresas y bienes productivos. Los productos financieros, el dinero en efectivo y el producto de la subasta de bienes declarados en comiso, deberán ser destinados de la siguiente forma:

- a. El 25% (veinticinco por ciento), a la orden de la Secretaría Nacional de Administración de Bienes Incautados y Comisados (SENABICO), para cubrir los gastos de operación y mantenimiento y preservación de los bienes incautados y en comiso a través del Fondo Especial.
- b. El 25% (veinticinco por ciento), será distribuido en partes iguales entre el Poder Judicial; el Ministerio Público o la institución que haya realizado la primera intervención según se trate de: la Secretaría Nacional Antidrogas o la Policía Nacional.
- c. El 50% (cincuenta por ciento) a la orden de la Secretaría Nacional de Administración de Bienes Incautados y Comisados (SENABICO), para financiar proyectos de prevención de hechos punibles, rehabilitación de adictos y reinserción social. La evaluación y la selección de los proyectos beneficiados estará a cargo de la Secretaría Nacional de Administración de Bienes Incautados y Comisados (SENABICO), a través de un Consejo que se integrará con representantes de las áreas gerenciales del Ministerio del Interior, la Secretaría Nacional Antidrogas, la Secretaría Nacional de Administración de Bienes Incautados y Comisados (SENABICO), el Poder Judicial y el Ministerio Público. Las condiciones para la presentación y selección de los proyectos, así como el funcionamiento del Consejo deberán ser reglamentados por decreto.

Secretaría de Prevención de Lavado de Dinero (SEPRELAD)

La SEPRELAD, es una Unidad de Análisis Financiero o Inteligencia Financiera para detectar, prevenir, y/o colaborar con alguna investigación respectiva al tránsito de dinero de origen ilícito, dentro del sistema financiero local y extranjero.

El marco legal establece informes obligatorios a partir de los cuales la entidad clasifica operaciones que pueden ser consideradas sospechosas.

Su actuación no es específica para el narcotráfico, pero puede realizar evaluaciones específicas a pedido del Ministerio Público y a su vez alertar a éste para investigaciones correspondientes.

Comisión de Lucha contra el Narcotráfico, Ilícitos Conexos y Graves. Poder Legislativo.

El Poder Legislativo se organiza en una Cámara de Diputados y una Cámara de Senadores. Ambas cámaras cuentan con comisiones asesoras. Una de las comisiones permanentes, tanto en diputados como senadores es la comisión de lucha contra el narcotráfico, ilícitos conexos y graves.

Tienen como función: "elevar dictamen, informes y poseer un banco de datos sobre hechos, asuntos, proyectos de leyes relativos al uso lícito e ilícito de sustancias sicotrópicas y drogas peligrosas, a la prevención y tráfico de las mismas, como así también a los ilícitos conexos y graves tales como terrorismo, lavado de activos y tráfico de armas; a los programas de investigación, prevención y rehabilitación del adicto; a la evaluación de dichos programas; y a la cooperación internacional contra el tráfico de drogas, ilícitos conexos y graves" ⁽⁸³⁾.

Otras instituciones que participan de forma indirecta

Seguidamente se mencionan algunas instituciones públicas que de manera complementaria actúan en la estrategia de reducción de oferta de drogas:

- *Dirección Nacional de Aduanas*: controla y fiscaliza el ingreso y egreso de mercaderías, bienes, y afines. La DNA cuenta con sus propios datos incautación de drogas en terreno aduanero. Esta insti-

tución puede tener acciones amplias de control sobre material sensible y de interés para controlar el narcotráfico. Sin embargo, la articulación con instituciones de responsabilidad directa en el ámbito de combate al narcotráfico es aún incipiente.

– *Ministerio de Justicia*: Es responsable de la administración del sistema penitenciario. Su ámbito de acción es relevante puesto que la población penitenciaria está sujeta a microtráfico y, por otra parte, un grupo de su población corresponde a procesados o condenados por narcotráfico. Por ejemplo, en 2016 el 75% de la población de mujeres privadas de libertad en la penitenciaría del Buen Pastor eran personas procesadas o condenadas por micro tráfico de drogas.

– *Contraloría General de la República*: Puede cumplir un rol relevante en el caso de enriquecimiento ilícito ya que posee información sobre bienes patrimoniales y activos de funcionarios de responsabilidad y cargos electivos.

– *Procuraduría General de la República (PGR)*: es un órgano constitucional con atribuciones para representar y defender los intereses patrimoniales de la República; dictaminar en los casos y asesorar jurídicamente a la Administración Pública. Cuenta con una Unidad Penal, encargada de la recuperación de activos que fueran consecuencia de algún tipo de actividad ilícita y de la cual el Estado paraguayo tenga derecho.

CONCLUSIONES

1. Las principales sustancias involucradas en el comercio ilícito de drogas en el Paraguay son la marihuana, la cocaína (clorhidrato) y la cocaína fumable. Más recientemente y en menor escala se han incautado drogas de diseño como el éxtasis y el LSD.
2. La marihuana y la cocaína (clorhidrato) son las sustancias involucradas en el tráfico transfronterizo, en tanto que la cocaína fumable es la principal sustancia del microtráfico interno. El mayor volumen de tráfico lo constituye la marihuana pero el mayor valor financiero se da a través del tráfico ilícito de cocaína.
3. Paraguay es uno de los principales productores de marihuana de Sudamérica. El territorio de producción está bien delimitado. En tres departamentos del norte del país se produce el 95% de la marihuana. El destino principal de la producción es Brasil. Otros mercados son Argentina, Uruguay y Bolivia.
4. La cocaína (clorhidrato) proviene principalmente de Bolivia, Perú y Colombia. El principal destino también es Brasil y secundariamente Argentina, Chile y Uruguay. En menor medida países europeos.
5. La cocaína fumable se comercializa a través de redes de microtráfico urbanos sobre todo en Asunción y Central, pero también en capitales departamentales. Existe una incipiente caracterización de los territorios afectados.
6. El tráfico de drogas está relacionado con el crimen organizado y el lavado de dinero. Organizaciones trasfronterizas como el Primer Comando Capital y el Comando Vermehello operan en el tráfico ilícito entre Paraguay y los países de comercialización.
7. Para reducir la oferta, las acciones principales se centran en la destrucción de plantaciones de marihuana y en la intercepción del tráfico de marihuana y cocaína por vía terrestre, pluvial y aérea, basados en servicios de inteligencia nacional y en la articulación con servicios de inteligencia de países limítrofes y otros afectados por el tráfico y comercio ilícito de drogas. La SENAD es la principal agencia gubernamental de las operaciones, con el apoyo del Ministerio Público. Los operativos contra el microtráfico son ejecutados por la SENAD, la Policía Nacional a través de su Departamento de Antinarcóticos. De manera complementaria participan otras instituciones estatales.
8. Para pasar a una siguiente etapa en la lucha contra el narcotráfico, los desafíos se centran en una respuesta con mayor énfasis en disminuir y neutralizar las capacidades de las organizaciones criminales y sobre todo en el lavado de dinero.
9. Para dar este paso se requiere de varias acciones estratégicas: mayor capacidad de inteligencia nacional, fortalecimiento institucional de la SENAD, operaciones conjuntas bajo el principio de responsabilidad común y compartida, el funcionamiento efectivo de instituciones como SEPRELAD y SENABICO, así como acciones judiciales más transparentes y efectivas.

REFERENCIAS

1. Yaluff, Yamili (2007), "Organización económica del territorio paraguayo: integración regional, desintegración nacional", Población y Desarrollo, n33, pp. 80-92.
2. Flecha V.J. (2012). Breve historia del Paraguay 1811 – 2011, Texto y Contexto. FONDEC. Editorial Servilibro. Asunción, Paraguay.
3. Paraguay. Constitución Nacional 1992.
4. Sili M., Rodríguez J.C. (2017). Acción Territorial. La Experiencia de los municipios en Paraguay. Investigación para el Desarrollo. ISBN: 978-99967-865-5-6 (versión digital) Asunción Paraguay. Disponible en: <http://desarrollo.org.py/admin/app/webroot/pdf/publications/05-10-2017-10-19-05-760700238.pdf>
5. Abente D. (2012). Estatalidad y Calidad de la Democracia en Paraguay. América Latina Hoy. No. 60. (pp. 43-66). Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca.
6. Franco Mancuello, S. (2015). La constitucionalización de los derechos sociales: el litigio de reforma estructural en clave del derecho a la salud de niños y niñas, a la luz de las decisiones del poder judicial paraguayo. Rev. secr. Trib. perm. revis. Año 3, No 6; Agosto 2015; p. 88-102. ISSN 2304-7887 (en línea) ISSN 2307-5163 (impreso) DOI: <http://dx.doi.org/10.16890/rstpr.a3.n6.88>
7. Nickson A. (2016). El gobierno local en Paraguay: Un análisis comparativo a través de diez elementos. ID- Ajumpa, Asunción, Paraguay.
8. Giménez E., Rodríguez J.C., Peralta N. (2016). Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016;14(3):44-51.
9. DGEEC (2016). Encuesta Permanente de Hogares. Principales Resultados 2016. Asunción Paraguay.
10. TECHO (2015). Relevamiento de Asentamientos Precarios. Área metropolitana de Asunción. Asunción Paraguay. Disponible en: <https://www.mapadeasentamientos.org.py/static/informe-RAP.pdf>
11. DGEEC (2015). PARAGUAY Proyección de la Población Nacional, Áreas Urbana y Rural por Sexo y Edad, 2000-2025 Revisión 2015. Asunción, Paraguay.
12. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2018). Indicadores Básicos de Salud Paraguay 2017. Asunción, Paraguay. Disponible en: <http://portal.mspbs.gov.py/digies/wp-content/uploads/2018/04/IBS-Paraguay-2017.pdf>
13. UNICEF (2016). Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. MICS Paraguay 2016. Salud Reproductiva. Pag 117- 147.
14. Organización Panamericana de la Salud (2018). Indicadores Básicos. Situación de salud en las Américas 2018. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
15. Banco Mundial (2016). Paraguay: Panorama General. Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=otras-publicaciones&alias=535-banco-mundial&Itemid=253
16. Datos del Banco Central del Paraguay.
17. Molinier L., Serafini V. (2018). Las desigualdades departamentales, el gasto y el financiamiento del desarrollo territorial. Problemas y desafíos de los recursos departamentales. En Fiscalidad para la Equidad. Tomo 1, pag. 45-77. Decidamos. CADEP. Asunción, Paraguay 2018.
18. Clara de Iturbe (2017). Construir la equidad tributaria en el Paraguay. Nota de Política. Paraguay Debate. Asunción, Paraguay. Disponible en: <http://paraguaydebate.org.py/wp-content/uploads/2017/12/Nota-de-Politica-Equidad-Tributaria.pdf>
19. Masi, F. (2018). Consideraciones sobre la contribución impositiva. En Fiscalidad para la Equidad. Tomo 1, pag. 31-44. Decidamos. CADEP. Asunción, Paraguay 2018.

20. Serafini, V. (2017). Paraguay: Inversión en protección social no contributiva Desafíos para el diseño y la medición de la política. CADEP. Paraguay Debate. Disponible en: <http://desarrollo.org.py/images/pydebate/nocontributiva/brief%2027%20Paraguay.%20Inversión%20en%20Protección%20Social%20no%20contributiva.pdf>
21. PNUD (2016). Informe sobre el Desarrollo Humano 2016. Desarrollo Humano para todas las personas. Disponible en: http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/HDR2016/HDR_2016_report_spanish_web.pdf
22. DGEEC (2017). Encuesta Permanente de Hogares. Principales Resultados de Pobreza y Distribución de Ingresos 2017. Paraguay 2017.
23. Naciones Unidas. Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.
24. Naciones Unidas. Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.
25. Naciones Unidas. Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988.
26. Naciones Unidas (2016). Documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, titulado "Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas" Resolución S-30/1 de la Asamblea General, anexo. Aprobada el 19 de abril de 2016. Disponible en: <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>
27. Paraguay. Ley 338/1.971
28. Paraguay. Ley 339/1.971
29. Paraguay. Ley 836/1.980
30. Paraguay. Ley 1.340/1.988
31. Paraguay. Ley 108 /1.991
32. Paraguay. Ley 396/1.994
33. Paraguay. Ley 1.119/1.997
34. Paraguay. Ley 1.160/1.997
35. Paraguay. Ley 1.642/2.000
36. Paraguay. Ley 1.680/2.001
37. Paraguay. Ley 2.718/2.005
38. Paraguay. Ley 6.007/2017
39. Paraguay. Ley 5.876/2.017
40. UNODC. Convenio: Fortalecimiento del Estado de Derecho, Seguridad y Justicia en Paraguay. Programa Nacional Integrado (PNI) 2011 y 2014. Asunción, Paraguay.
41. Paraguay. Poder Ejecutivo. Decreto 7.979/2.017
42. SENAD (2016). Política Nacional sobre Drogas del Paraguay 2017 2022. Lineamientos políticos, estratégicos y plan de acción para reducción de la demanda y reducción de la oferta. Disponible en: <http://www.senad.gov.py/pagina/68-pub-digitales.html>
43. SENAD (2006). Estudio Departamental sobre Prevalencia de Consumo de Drogas, Factores de Riesgo y Prevención en Jóvenes Escolarizados de 12 años y más. SENAD. Observatorio Paraguayo de Drogas. Universidad Metropolitana de Asunción. Asunción, Paraguay. Disponible en: <http://www.senad.gov.py/pagina/68-pub-digitales.html>
44. Observatorio Paraguayo de Drogas (2015). Prevalencia de Consumo de Drogas, Factores de Riesgo y Prevención en Jóvenes Escolarizados de 12 años y más. Segundo estudio departamental. SENAD. CICAD. UNODC. Asunción, Paraguay 2015. Disponible en: <http://www.senad.gov.py/pagina/68-pub-digitales.html>
45. SENAD/PNI (2013). Segundo Estudio Nacional sobre Personas con Problemas Derivados del Con-

- sumo de Alcohol y otras Drogas en Centros de Tratamiento y Grupos de Autoayuda. SENAD. Observatorio Paraguayo de Drogas. Programa Nacional Integrado. Asunción Paraguay 2013. Disponible en: <http://www.senad.gov.py/pagina/68-pub-digitales.html>
46. WHO (2014): Global youth tobacco survey (GUTS). Country report: Paraguay 2014.
47. UNICEF (2016). Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. MICS Paraguay 2016. Consumo de tabaco y alcohol. Pag 229- 232.
48. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2014). Análisis de situación de las enfermedades crónicas no transmisibles. MSPBS. Asunción, Paraguay. Disponible en: <http://portal.mspbs.gov.py/dvent/wp-content/uploads/2016/06/Analisis-de-la-Situacion-de-ENT-2015.pdf>
49. Bardach A, Palacios A, Caporale J, Alcaraz A, Rodríguez B, Sequera V.G, Cañete F, Augustovski F, Pichon-Riviere A. Carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en Paraguay y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos. Documento técnico IECS N° 18. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Noviembre de 2016. Disponible en: www.iecs.org.ar/tabaco
50. Paraguay. Ley 2969/2.006
51. Paraguay. Ley 5538/2.015
52. Recomendación de la oms impuesto 70% sobre tabaco
53. Paraguay. Ley 6.907/2018
54. Organización Panamericana de la Salud (2015). Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC : OPS, 2015.
55. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2012). Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles en población general. MSPBS. Paraguay, 2011.
56. Sequera, V.G., Leiva, M., Santacruz, E. y Cañete, F. (2016). "Muerte Atribuible al Consumo de Alcohol en el Paraguay". Asunción: Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.
57. SENAD (2004). Primer estudio nacional: pacientes drogodependientes en centros de tratamiento. Censo a Centros de tratamiento y Grupos de A.A. y N.A. SENAD. Observatorio Paraguayo de Drogas. Asunción Paraguay 2004. Disponible en: <http://www.senad.gov.py/pagina/68-pub-digitales.html>
58. SENAD (2002). Consumo de Drogas. Encuesta a estudiantes de enseñanza escolar básica y secundaria. SENAD. Observatorio Paraguayo de Drogas. Asunción Paraguay 2002. Disponible en: <http://www.senad.gov.py/pagina/68-pub-digitales.html>
59. SENAD (2004). Estudio Nacional: Consumo de drogas en hogares paraguayos. Prevalencia, factores de riesgo y prevención. SENAD. Observatorio Paraguayo de Drogas. Asunción Paraguay 2004. Disponible en: <http://www.senad.gov.py/pagina/68-pub-digitales.html>
60. SENAD (2004). Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes. Resultado de la encuesta nacional sobre prevalencia de consumo de drogas, factores de riesgo y prevención en jóvenes escolarizados de 12 a 18 años. SENAD. Observatorio Paraguayo de Drogas. Asunción Paraguay 2004. Disponible en: <http://www.senad.gov.py/pagina/68-pub-digitales.html>
61. SENAD/PNI (2013). Segundo Censo Nacional de Centros de Tratamiento para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol y otras Drogas. Relatorio. SENAD. Observatorio Paraguayo de Drogas. Programa Nacional Integrado. Asunción Paraguay 2013. Disponible en: <http://www.senad.gov.py/pagina/68-pub-digitales.html>
62. SENAD. Sitio Web. Estadísticas O.P.D. Observatorio Paraguayo de Drogas. Disponible en: <http://www.senad.gov.py/pagina/40-observatorio-paraguayo-de-drogas.html>
63. Giménez E; Aguilar G. Promoción de la cultura de la información en el Sistema Público de Salud del Paraguay. Evaluación PRISM OBAT. v. Salud Pública Paraguay. 2017; Vol. 7 N° 2; Julio - Diciembre 2017.
64. Giménez E; Aguilar G; Peralta N. Evaluación del sistema de información de salud del IPS 2012. Análisis de factores organizacionales y de comportamiento. Informe Técnico. Instituto Desarrollo. Paraguay 2012. Disponible en: <http://desarrollo.org.py/admin/app/webroot/pdf/publicatio>

ns/12-10-2015-11-30-29-4415102.pdf

65. UNODC (2015). Documento de trabajo. Diagnóstico de situación: consumo y respuesta nacional para reducir la demanda de drogas. Paraguay 2015. Documento técnico no publicado. Asunción, Paraguay.
66. WHO. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. ISBN 978 92 4 156511 0 . Ginebra, 2015.
67. SENAD (2016). Anuario estadístico 2016. Asunción, Paraguay 2016. Disponible en: <http://www.senad.gov.py/pagina/68-pub-digitales.html>
68. SENAD (2017). Anuario estadístico 2017. Asunción, Paraguay 2017. Disponible en: <http://www.senad.gov.py/pagina/68-pub-digitales.html>
69. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2015). Cuadro de procedimientos: Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades IMAN Clínico. MSPBS. 2da edición. Asunción, Paraguay 2015.
70. Ministerio de Educación y Ciencias (2016). Resolución N°19.972/2016 Circuito de Atención ante el Consumo y/o Presencia de Drogas en Instituciones Educativas. Asunción, Paraguay.
71. Gaete (2017). Financiamiento para la cobertura universal de salud en Paraguay. Paraguay Debate. Nota de Política. Asunción.
72. Giménez, E. (2014) Desafíos para la cobertura universal de salud en Paraguay. 7 propuestas para encender el debate sanitario. Paraguay Debate. Instituto Desarrollo. Asunción. Disponible en: <http://desarrollo.edu.py/uploads/2015/03/Nota-de-Pol%C3%ADtica-N%C2%B014.pdf>
73. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2007). Resolución SG 766/2007. Normas Mínimas de Calidad para la Atención de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol y otras Drogas. Asunción, Paraguay.
74. PRONASIDA (2016). Informe de situación epidemiológica del VIH. PRONASIDA. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Documento Técnico. Asunción, Paraguay 2016.
75. PRONASIDA (2013). Estudio de Prevalencia de VIH y Comportamientos de Riesgo en Usuarios de Drogas en Paraguay. PRONASIDA. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Informe Técnico. Asunción, Paraguay 2013.
76. SENAD. Observatorio Paraguayo de Drogas. Registros oficiales 2008. 2017. Asunción, Paraguay.
77. SENAD (2018). Dirección de Inteligencia Nota D.I. 114/2018. Informe Técnico. Asunción, Paraguay.
78. UNODC (2015). Documento de Trabajo. Diagnóstico situacional: Reducción de la oferta de drogas en Paraguay 2015. Documento técnico no publicado. Paraguay 2015. Asunción, Paraguay.
79. SENAD: Sitio web. Institucional. Consultado en noviembre 2018. Disponible en: <http://www.senad.gov.py>
80. Comisión Bicameral de Presupuesto (2018). Informe Técnico. Ejecución presupuestaria institucional por año en el marco del estudio anual del Presupuesto General de Gastos de la Nación. Congreso Nacional. Asunción, Paraguay.
81. Diana Vargas (2017). Mujeres, drogas y encarcelamiento. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. Informe Técnico. Asunción, Paraguay.
82. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (2016). Censo de mujeres privadas de libertad 2015. Asunción, Paraguay.
83. Congreso Nacional. Comisiones asesoras. Sistema de información legislativa del Paraguay (SILPY). Consultado en noviembre de 2018. Disponible en: <http://silpy.congreso.gov.py/comision/50>



Ministerio del
INTERIOR



Ministerio de
**SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL**



Ministerio de
EDUCACIÓN y CIENCIAS



Ministerio de
JUSTICIA



Ministerio Público



Secretaría
**NACIONAL
ANTIDROGAS**