

Suecia y la Política de Drogas

Se calcula que a mediados de la década del 50 había en Suecia aproximadamente cien toxicómanos. A principios de la década del 60 se los contaba por miles. Súbitamente Suecia se hallaba, al igual que muchos otros países en esa época, ante un fenómeno nuevo y anteriormente desconocido que muy pronto llegó a desatarse como uno de los más graves problemas de carácter social y médico que afectaba a la sociedad.

En esa época no existía todavía una política antidroga conjunta y la fuerza de ataque de la sociedad contra la creciente drogadicción consistía principalmente en medidas judiciales. La aduana incrementó sus medidas y acciones para detener el contrabando. La policía y los fiscales iniciaron una ofensiva destinada a detener y procesar a todos los que vendían drogas.

Pero las acciones policiales no eran suficientes para detener el avance de la toxicomanía. Al poco tiempo había un grupo de toxicómanos en grado de decadencia que por temor a las represalias no se atrevían a pedir ayuda contra su abuso. La crítica contra “la línea dura de acción” creció y la opinión que destacaba que los toxicómanos necesitaban recibir ayuda y asistencia comenzó a adquirir fuerza.

Pero a principios de 1960 todavía no existía ningún servicio especializado de asistencia para los toxicómanos y la atención que se les ofrecía - clínicas mentales, centros médicos tradicionales para alcohólicos y jóvenes socialmente inadaptados - consideraba que los jóvenes drogadictos eran excesivamente agresivos y extremados para poder ser atendidos en los programas de asistencia convencional de esa época.

Fue entonces que se dio inicio a un proyecto experimental de recetar drogas legalmente. La idea era poder limitar los estragos causados por la toxicomanía, tanto para la sociedad como para los drogadictos mismos. Se pensaba que al ofrecérseles drogas legalmente recetadas se establecería un diálogo con los toxicómanos y se les podría ofrecer atención y que con ello se podría mejorar su situación social y medicinal ya que, entre otras cosas, no necesitaría realizar actos criminales para financiar su toxicomanía.

Los médicos del proyecto aplicaron la llamada prescripción liberal de recetas, es decir que los pacientes mismos podían decidir tanto el producto como la dosificación deseada. La cantidad de pacientes que integraban el proyecto pasó de una decena al inicio en 1965 a unos 150 en 1967, año en que el proyecto fue definitivamente frenado. En realidad esta actividad había tenido una amplitud mucho mayor ya que muchos de los pacientes que integraban el proyecto habían provisto con regularidad sus amigos y conocidos con grandes cantidades de drogas adquiridas con receta médica. Esta vasta transferencia de drogas legalmente recetadas al mercado ilegal fue uno de los motivos por los cuales el proyecto fue cerrado.

Un estudio sociomédico realizado sobre los pacientes que integraban este experimento da una imagen de la situación de los toxicómanos antes y durante el periodo en que recibían la droga por la vía legal. De dicho estudio se desprende por ejemplo, que entre los que integraban el experimento seguía habiendo la misma cantidad que perpetraba crímenes durante el año que recibían las drogas legalmente como durante los años anteriores, incluso se llegó a constatar un aumento en la cantidad de delitos por individuo. La delincuencia de drogas descubierta por la policía en el grupo de pacientes desapareció prácticamente de forma completa durante el periodo legal *mientras que todos los demás tipos de delitos aumentaron*. Tanto los “delitos contra el público”, como por ejemplo los delitos de circulación aumentaron en cifras relativas y absolutas.

A la vez que ese experimento de prescripción legal de drogas se llevaba a cabo, se hallaba trabajando de forma paralela una comisión de encuesta estatal, el Comité de Asistencia a los Drogadictos que había sido designado en 1966. En base a las propuestas presentadas por dicho Comité el Parlamento resolvió en 1968 dar subvenciones estatales para estimular la creación e implementación de un sistema de asistencia sin drogas a los toxicómanos. Al mismo tiempo se aumentó la pena por delitos graves relacionados con drogas de 1 a 4 años de prisión. Ese mismo año el gobierno presentó un programa de 10

puntos para la alucha contra la toxicomanía que, entre otras cosas implicó refuerzos para la policía y la aduana y mayores partidas para la asistencia a los toxicómanos y a la información sobre narcóticos.

Con ello se había creado las bases de la política sueca de drogas cuya idea fundamental desde entonces ha sido tener una *estrecha colaboración entre las medidas preventivas, la política de control, y el tratamiento de los toxicómano*.

CONSTITUCION Y CONTROVERSIA S

En 1968 comenzaron a reforzarse los diversos sectores de la política de drogas : se agudiza la pena por delitos relacionados con las drogas, se crearon hogares de asistencia y centros policlinicos y se llevaron a cabo una serie de programas de información.

El Parlamento sueco destacó en 1969 la gravedad de la problemática relacionada con las drogas al elevar la pena máxima por delitos graves de drogas, de cuatro a seis años de prisión. Se hicieron asimismo, las enmiendas legales que implicaron mayores posibilidades de imponer asistencia psiquiatrica a los toxicómanos incluso contra su voluntad. La pena máxima por delitos graves de drogas o contrabando grave de drogas fue elevada a diez año de prisión. Ese mismo año se amplió el concepto de estupefacientes, al inclinarse la mayoría de los agentes tranquilizantes y somníferos en la lista de drogas.

El debate sobre el carácter que debía tener la política antidroga fue muy intenso durante la década del setenta y el antagonismo entre los que defendían diferentes líneas reflejaba la divergencia de concepto respecto a cual era el sector de la política antidroga al que se le debería dar prioridad. Un grupo que tenía mucha fuerza estaba integrado por representantes del servicio de asistencia medica a los drogadictos y diferentes organizaciones de clientes que defendían la tesis de que la toxicomanía era síntoma emanado de las injusticias sociales.

Los que apoyaban esta idea sostenían que la política antidroga debía enfocarse principalmente en medidas para limitar la demanda y en dar asistencia y tratamiento antidroga combinados con medidas generales de mejora social. Las penas, condenas, u otros tipos de medidas coercitiva de la sociedad contra los toxicómanos eran consideradas por muchos como una amenaza contra el sistema de tratamiento y las metas que se quería alcanzar con el mismo.

La medidas tomadas por la sociedad para contrarrestar la drogadicción partieron de este principio durante casi toda la década de los setenta. Se daba prioridad a las medidas destinadas a aminorar la demanda de drogas y se

daba menor importancia alas medidas destinadas a limitar el acceso a las mismas. Un ejemplo de esta actitud tolerante son las Instrucciones del Fiscal Superior del Estado referente a que se dejase de abrir juicio en lo casos de delitos leves relacionados con narcóticos. La posesión de 3 gramos de marihuana era en 1968 el limite para la omisión de demanda. A partir de 1972 estaba permitido que los fiscales aceptasen omisión de demanda por posesión de cantidad que equivalían al consumo de toda una semana.

La práctica establecida por los fiscales también influía en la labor de la policía. En 1969 se realizaron grandes acciones policiales contra el tráfico de droga en las calles pero luego durante toda la década del 70, la policía se dedicó principalmente a luchar contra la delincuencia grave de droga, los financiadores , los proveedores y los “mayoristas”. Las acciones policiales contra la venta de narcóticos en las calles quedó en segundo lugar. Este cambio en la práctica y manera de trabajar se refleja en la estadística criminal. En 1969 se registraron 44.000 delitos contra la Ley Penal de Drogas. De 1970 a 1979 las denuncia por delitos de eta índole fueron muchas menos, entre 17.000 y 20.000 al año.

Simultáneamente aumentaba el número de voces que sostenían que el uso de drogas creaba dependencia y que la existencia de un mercado para las drogas favorecía su propagación. Este grupo exigía entre otras que se tomasen medidas preventivas que limitasen la accesibilidad a las drogas, que se efectivizaran las acciones policiales contra los drogadictos que llevaban o vendían droga, y que se ampliaran las posibilidades de detener y dar asistencia a los toxicómanos contra su voluntad.

A mediados de la década del 70 ya era habitual la heroína entre lo toxicómanos suecos y la mortandad entre ellos aumentó. Eso condujo a que disminuyese el antagonismo entre los que propagaban por líneas diferentes. Cada vez eran más los que sostenían que la sociedad tenía la responsabilidad de intervenir cuando un toxicómano está en peligro agudo y de actuar con mayor fuerza contra todo tipo de tráfico de drogas.

UN VIRAJE TOTAL

A fines de la década del 70 se cambió de rumbo y se dio inicio a una política de drogas más restrictiva. El Gobierno nombró en 1977 el llamado “Grupo Rector” en cuestiones de drogas cuya labor consistía en proponer nuevas medidas contra la creciente toxicomanía. El comité presentó un programa de diez puntos y en la proposición que el parlamento aprobó más tarde con amplia mayoría se establecía que la meta de la política sueca de drogas sería *una sociedad libre de drogas*.

Esta resolución marca el inicio de una serie de cambios. Las instrucciones del Fiscal del Reino sobre cuándo se podía omitir denuncia se hicieron mucho más severas. Anteriormente los toxicómanos habían podido, como ya se mencionó, llevar encima una cantidad de drogas equivalente al consumo de toda una semana sin que se tomasen medidas judiciales contra ellos.

Las nuevas instrucciones del año 1980, que siguen vigentes, establecieron que solamente se puede omitir una demanda si la cantidad de drogas que una persona lleva encima es tan pequeña que no pueda ser dividida, es decir, que se trate como máximo de un trozo de cannabis para fumar o de una dosis de estimulantes centrales. La omisión de demanda en el caso de posesión de heroína, morfina, opio o cocaína, ya prácticamente nunca se daba.

La nueva severidad de las reglas de la Autoridad Fiscal del Reino tuvo como consecuencia que aumentasen las acciones policiales contra el tráfico callejero de drogas. La cantidad de delitos denunciados entre los años 1979 y 1982 aumentó de 22.500 a 68.000.

En 1982 se adoptó una nueva legislación para el servicio sueco de asistencia social. Ya en las anteriores leyes se establecía que jóvenes toxicómanos podrían ser sometidos a tratamiento médico contra su voluntad si la necesidad de ello era grande y si no se les podía brindar la asistencia requerida de manera voluntaria. Ahora se ha introducido en la legislación una posibilidad similar que permite que los Servicios Sociales den atención forzada a los drogadictos mayores. Ese mismo año se designó la Comisión Antidroga que presentó su informe final en 1984 y que entre otros condujo a que en la Secretaría General del Gobierno se crease un organismo de coordinación para las cuestiones de drogas. Paralelamente a la Comisión Antidroga había un grupo que trabajaba en el Ministerio de Asuntos Sociales con un proyecto de ampliación de la asistencia a los toxicómanos. El título del informe que publicaron "Asistencia a drogadictos ofensiva" llegó a simbolizar la nueva actitud de la asistencia a los toxicómanos que se caracterizaba por poner mayor énfasis en la labor de buscar a los que pudiesen necesitar ayuda y de motivarlos a que se sometiesen a algún tratamiento y a que colaborasen tanto con el servicio social por una parte como con la policía y las instituciones penitenciarias por otra.

A mediados de la década del 80 se puso a prueba la política sueca de drogas. Durante la segunda mitad del año 1985 se descubrió que 142 toxicómanos habían sido contagiados del virus HIV. Al año siguiente se diagnosticó que 204 personas más habían resultado contagiadas al inyectarse drogas por vía intravenosa y se temía una propagación muy rápida del virus entre toxicómanos.

Comenzó con esto un intenso debate sobre la configuración futura de la política antidroga ¿Se debía continuar teniendo las mismas metas en la política de drogas y en la atención sin narcóticos a los toxicómanos o debía la política de drogas más bien enfocarse en la limitación de los daños sociales y medicinales causados por la toxicomanía, como por ejemplo el contagio del HIV?.

El Gobierno de Suecia tomó una resolución: mantener la línea restrictiva y *eleva*r la meta de la lucha antidroga. El Gobierno y el Parlamento establecieron que la meta de la política de drogas, tomando en cuenta la amenaza del sida, debería ser *ofrecer desintoxicación, análisis y tratamiento a todos los toxicómanos que se inyectan*. Una ofensiva asistencia antidroga fue por lo tanto considerada como la más eficiente de las medidas para evitar el contagio.

El esfuerzo realizado en dicha oportunidad para ampliar la asistencia a los drogadictos, desarrollar nuevos métodos y hallar sistemas de cooperación entre el servicio social y el penitenciario, no tiene parangón en la historia de la lucha antidroga en Suecia.

A partir de 1986 se ha creado un sinnúmero de bases de asistencia antidroga en los municipios y en los distritos de asistencia social de las grandes ciudades. Se ha abierto una serie de hogares de atención para drogadictos y se ha dado inicio a varios proyectos de cooperación entre las autoridades sociales y penitenciarias.

A finales de la década del 80 se tomaron nuevas medidas en relación a las drogas. Se hizo una enmienda en la Ley Penas de Drogas en 1988 que implicaba que el consumo de drogas también era un acto penado.

UNA SOCIEDAD SIN DROGAS

Una sociedad libre de drogas es una meta elevada que expresa la actitud de la sociedad ante ellas: no aceptamos la integración de las drogas en la sociedad y luchamos por lograr una sociedad en la que el abuso de drogas siga siendo un comportamiento social inaceptable, una sociedad en la cual el abuso de drogas sea un suceso marginal..

Una sociedad sin drogas es una visión que expresa optimismo y fe en el ser humano es *posible* detener el avance de las drogas y es *posible* rehabilitar a los drogadictos.....La tendencia restrictiva de la política sueca de las drogas es uno de los fundamentos de esta forma de pensar: todos los seres humanos tienen derecho a una vida digna y ningún grupo debe quedar al margen de la comunidad social.

Un rasgo característico de la política sueca de las drogas es su amplitud y profundidad. "Amplitud" en el sentido de que tanto los municipios como las diputacio-

nes provinciales y las autoridades estatales en general están cada una a su manera implicadas en la lucha contra los estupefacientes.

La lucha antidroga tiene alta prioridad para la policía, para las autoridades aduaneras, el ministerio público, para los servicios sociales y para las escuelas y centros de recreación de todo tipo y nivel. A esta lista se pueden añadir todas las organizaciones voluntarias y movimientos populares que se dedican a difundir información y conocimientos para prevenir la propagación de las drogas en el país. La "Profundidad" de la política antidroga adquiere expresión en la visión que la sociedad tiene

sobre las drogas. Las controversias tan típicas del debate público durante la década del 70 se han visto reemplazadas por un concepto único respecto al problema de las drogas en la sociedad.

Actualmente existe en Suecia un amplio consenso sobre la política de drogas. Todos los partidos políticos y todas las ideologías comparten la opinión de que el no uso de medicinas en el problema de las drogas es inaceptable.

Este concepto combinado con la prevención como principio absoluto, vincula y une a toda las ramas de la política antidroga: las medidas preventivas, el control, la atención médica y el tratamiento.

Envergadura de la toxicomanía

El momento crucial de la toxicomanía en Suecia fue en 1965. El abuso por vía intravenosa, sobre todo de anfetamina comenzó a convertirse en un grave problema social. Simultánea y rápidamente aumentaba el consumo de marihuana entre los jóvenes. Según un estudio realizado en 1967 entre los alumnos de Educación General Básica en Estocolmo, el 17% de las niñas y el 23% de los niños habían probado las drogas (sobre todo cannabis). En 1970 se registraron cifras aún mayores, en ese año el 28% de las niñas y el 34% de los niños de las escuelas de Estocolmo, confesaron haber tomado drogas alguna vez.

Durante la década de los 70 se noto que el abuso experimental de las drogas se había estabilizado a un nivel bastante alto. Alrededor del año 80 empezó a disminuir el abuso experimental entre los jóvenes. Estos datos se desprenden de los estudios que se hacen con regularidad para establecer los hábitos de drogas de los escolares y reclutas. Los resultados obtenidos en relación a los alumnos de todo el país muestran que a principios de la década del 70 el 13 por ciento de los alumnos de noveno grado declararon haber probado drogas alguna vez. En 1975 dicha cifra había bajado al 8 por ciento. De 1983 a 1992 dicho porcentaje se ha reducido llegando a ser de entre tres y cinco por ciento.

Los estudios realizados con los reclutas que estaban haciendo su servicio militar indican una tendencia similar. La cantidad de reclutas que declararon haber probado drogas alguna vez vario entre el 15 y el 18 por ciento entre

1971 y 1982. Después de ello ha habido una marcada reducción y en 1988 solamente se llegaba al seis por ciento.

A fin de dar una imagen mas clara sobre el uso regular de narcóticos, los dos estudios antes mencionados incluyen también la pregunta de si se ha tomado drogas durante el último mes. La respuesta a esta pregunta indican la misma tendencia de baja que las respuestas a la pregunta de si se habían probado las drogas.

A principios de los años 70 el porcentaje de reclutas que había tomado drogas el último mes era del 5%. En 1988 dicha cifra era del 1%. Entre los colegiales había un 5% que a principios de la década del 70 expresaba seguir usando drogas. *En el estudio de 1992 los que declararon seguir usando drogas no llegaba al uno por ciento.*

El cannabis es la droga que con más frecuencia utilizan los que ocasionalmente utilizan drogas. El cannabis es además la droga más común de las ilegales en Suecia. La toxicomanía grave está dominada por el uso de drogas que estimulan el sistema nervioso central, sobre todo la anfetamina. En Suecia se entiende por *toxicomanía grave* a aquel que se inyecta a diario o aquel que casi a diario se droga de otra manera. La persona que por ejemplo fuma marihuana todos los días sufre por lo tanto, desde el punto de vista sueco, de toxicomanía grave. A fines de la década del 60 se notó un marcado aumento en el abuso de drogas pesadas aunque después se estabilizó a un nivel relativamente alto a principios de 1970. En 1979 se realizó un estudio de investigación a nivel nacional que consistía en

que por ejemplo la policía, los centros penitenciarios, las autoridades sociales, el servicio médico y las instituciones de tratamiento informaban sobre los “casos” que conocían.

En dicho estudio se calculaba que había entre 10.000 y 14.000 toxicómanos con drogadicción grave. Entre 7.500 y 10.000 de éstos se inyectaban y de ellos eran entre 1.500 y 2.000 los que lo hacían a diario.

En un nuevo estudio nacional de investigación realizado en 1992 se llegó a la conclusión de que habían entre 14.000 y 20.000 toxicómanos graves, esto implicaba que era más que en el año 1979. Al mismo tiempo el segundo de estos estudios indicaban que la cantidad de jóvenes que cayeron en la toxicomanía grave fue muy baja durante la década del 80. En 1979, el 37% de los drogadictos graves eran menores de 25 años. La cifra correspondiente en 1992 era sólo el 10%.

El estudio también mostraba que un 47% había sido adicto durante diez años o más y que un 14% había sido toxicómano durante un período de entre cinco y nueve años. La clasificación por edades de los toxicómanos graves y de los que han sido drogadictos por largo tiempo indica que la mayoría de los que comenzaron a tomar drogas lo hicieron a finales de la década del 70 y principios del 80. Después de éste período parece que la

cantidad de “toxicómanos nuevos” ha disminuido. Los nuevos que han comenzado han reemplazado a los viejos que han “desaparecido” y esto hace que el número total de toxicómanos graves haya variado relativamente poco durante los últimos años.

La propagación del virus de inmunodeficiencia humana (HIV) entre los drogadictos en Suecia es relativamente baja e incluso ha disminuido en los últimos años. Entre el 80 y 90% de los toxicómanos intravenosos de Suecia se han hecho análisis de HIV. El número de denuncias de nuevos toxicómanos intravenosos contagiados ha disminuido desde 1988 a 1993 de un término medio de cuatro a dos por mes.

En enero de 1993 el número total de toxicómanos infectados por el virus HIV era de 633 y 56 el número de personas a las que se había diagnosticado el sida.

Un seguimiento de drogadictos de la provincia de Estocolmo, con resultado positivo al análisis del virus HIV, muestra que ha tenido lugar una marcada disminución entre los toxicómanos que se inyectan.

El número de nuevos casos descubiertos en la provincia de Estocolmo entre toxicómanos ha disminuido de 83 a 16 entre los años 1987 y 1992. Muchos de los recién contagiados lo han sido en el extranjero.

Labor Preventiva

El requisito fundamental para que la política de drogas sea eficaz es que las personas de toda edad manifiesten un claro rechazo a las drogas y la toxicomanía. Los aportes de las autoridades deben basarse en la actitud general la cual a su vez debe concordar con la política de drogas. La meta de la labor de dar información y crear opinión debe por tanto ser el mantener y reforzar la desaprobación general que existe en nuestro país hacia las drogas.

Cuando aparecieron los primeros informes alarmantes sobre narcóticos a mediados de la década del 60, la información que se les daba a los jóvenes era principalmente para atemorizarlos. Actualmente la información está enfocada a dar datos fundamentales e influir en la actitud de los niños y jóvenes frente a las drogas. La manera de difundir información ha pasado con el correr de los años de ser una manera de transmitir datos y valores a ser un modo de estimular actividades propias y tomas de conciencia, los aportes informativos se basan en el principio de que en lo que más influencia a una persona es lo que le sucede a los que tiene a su alrededor inmediato, es decir a sus padres profesores y compañeros, por eso la parte primordial de información influencia debe hacerse a nivel local las acciones hechas a nivel central cumplen más bien una función de apoyo a los padres, profesores, monitores y otros informadores locales, ofreciéndoles conocimiento, ideas y apoyo en su labor.

La escuela es un canal importante para llegar a los jóvenes en el plan oficial de estudios en la primaria se dice que cada escuela debe tener un plan especial de acción para dar cursos de ANT (información sobre los efectos del alcohol, los narcóticos y el tabaco). A parte de esto la policía tiene paralelamente a sus funciones habituales un importante papel en la labor de prevención de drogadicción y realiza dicha labor yendo a las escuelas y centros juveniles para dar información sobre drogas y sobre la legislación relacionada con las drogas. El Servicio Social de los Municipios tienen la responsabilidad de difundir conocimientos sobre la toxicomanía y sobre la asistencia que la sociedad le puede ofrecer a los toxicómanos.

Uno de los rasgos característicos de Suecia, es ser un país que cuenta con gran cantidad de organizaciones voluntarias que responden por una parte considerable de

las actividades preventivas. Prácticamente todos los suecos son miembros de alguna organización. Una cuarta parte de total de habitantes de Suecia y más de la mitad de todos los jóvenes del país son socios de algún club deportivo desde las organizaciones juveniles, el movimiento de exploradores, asociaciones de estudios y uniones sindicales hasta organizaciones específicas de la política contra las drogas como por ejemplo las distintas organizaciones del movimiento antialcohólico (que ahora trabajan también en extensión variable con la cuestión de drogas). la Asociación de Padres contra la Droga, la Federación contra las Drogas, la Federación Nacional Social sin Drogas y la Federación Nacional para la Ayuda a lo que Abusan de los Medicamentos, trabajan con información y formación de opinión sobre drogas muchas de estas organizaciones tienen además actividades de apoyo al compañerismo, organizan discotecas sin drogas y actividades para jóvenes que en la zona de riesgo del abuso.

Las autoridades estatales han realizado una serie de campañas informativas y de acción directa durante los últimos años siempre en estrecha colaboración con los municipios y las organizaciones voluntarias algunas acciones de información central han estado orientadas hacia ciertos grupos específicos. Podemos al respecto mencionar como ejemplo "Campaña antimarihuana" que se llevó a cabo a principios de la década de los 80. En 1983 la Dirección Nacional de Salud Pública y Bienestar Social hizo una encuesta sobre los conocimientos que tenían los padres de los adolescentes respecto al cannabis. Los resultados demostraron que la mayoría de los padres tenían una actitud negativa hacia la marihuana pero que muchos carecían de los conocimientos suficientes para tener una discusión sobre drogas con sus hijos.

La Dirección Nacional de Salud Pública y Bienestar Social dio entonces inicio a una gran campaña conjuntamente con las Asociaciones de Padres de Familia y la Asociación de Padres contra las Drogas a fin de informar a los padres de los adolescentes sobre la marihuana y su abuso. Se publicó un escrito, "El libro de la marihuana". Todos los padres que tenían hijos de 14 años recibieron el libro por correo. Simultáneamente se anunció el libro en la Televisión Nacional para que todos supiesen que estaba

siendo difundido. El libro también fue enviado a personas claves como profesores, instructores, monitores juveniles y otras personas encargadas de dar información a nivel local. A los pocos meses del envío, se hizo una encuesta que mostró una notable mejora en los conocimientos de los padres sobre lo que implicaba la marihuana y su abuso. Se han realizado otras campañas informativas destinadas a alcanzar grupos más amplios. Durante el otoño de 1981 y la primavera de 1982 se puso mucho énfasis en una acción destinada a crear una opinión contra la cultura de las drogas a la que se denominó "Acción Antidroga", el grupo al que se quería alcanzar con esta acción eran los niños y jóvenes entre 7 y 19 años, sus padres, las personas que de alguna manera trabajan con los niños en peligro y los que creaban opinión. Una serie de actividades de carácter central, como por ejemplo secuencias en la televisión, publicidad en los cines, cam-

pañías de carteles por la ciudad, creación de un periódico para los jóvenes y organización de exposiciones de carteles, dieron inicio a una serie de acciones locales.

Las encuestas realizadas después de la campaña informativa apoyaron la tesis de que dicha campaña había logrado reducir el abuso de drogas entre los jóvenes. A mediados de la década del 80 aparecieron señales que indicaban que volvía a surgir la toxicomanía entre los jóvenes, por ello el Gobierno creó el llamado Grupo Athena, integrado por representantes de diversas autoridades y organizaciones voluntarias. El Grupo Athena editó un diario juvenil, abrió un servicio telefónico y publicó una serie de folletos, carteles y material informativo para las escuelas. La labor del grupo Athena pasó en 1992 al Instituto de Salud Pública que actualmente tiene la responsabilidad conjunta de la información sobre drogas y de las medidas de prevención.

Política de Control

La política sueca de drogas está principalmente orientada a impedir la propagación de los narcóticos. Por ello la transferencia de drogas es considerado uno de los delitos más graves.

La Ley Penal de Drogas se basa en las convenciones internacionales ratificadas por Suecia. La ley que entró en vigencia en 1968 ha sido enmendada en diversas ocasiones. Tanto las formas de delinquir como las penas por los delitos han sido completadas y ampliadas, logrando establecer mayores restricciones y destacando los fines preventivos de la ley.

Según la ley penal de estupefacientes vigente, el tráfico, producción, adquisiciones con fines de tráfico; la elaboración, transporte, almacenamiento posesión y consumo de narcóticos son actos punibles. Es así mismo criminal fomentar el tráfico de drogas, lo cual por ejemplo implica que el que media en el contacto entre vendedor y comprador comete un delito.

También se les puede multar o sentenciar con la prisión a quien "muestre grave negligencia" con narcóticos. Ello implica que el que hace de mensajero y que no

sabía, aunque bien lo hubiera podido saber, que formaba parte de una cadena de tráfico ilegal de drogas, puede ser sentenciado conforme a la ley penal de estupefacientes. Además la policía tiene por ley, derecho a confiscar jeringas, cánulas u otros objetos como pipas de marihuana.

Los delitos establecidos en la ley penal de drogas están divididos en tres grados: delitos leves, delitos comunes y delitos graves relacionados con los narcóticos. La escala de penas por los delitos leves va de multas a prisión durante máximo 6 meses; por los delitos comunes relacionados con drogas la pena puede ser de hasta 3 años y por los delitos graves, prisión de mínimo dos años y máximo de 10.

En 1991 se procesó a 7.600 personas relacionadas con narcóticos. Los Tribunales juzgaron que el 69% de los delitos relacionados con las drogas cometidos durante 1991 habían sido leves, el 26% comunes y el 5% graves.

Hay muchas circunstancias que tienen una importancia decisiva cuando el Tribunal determina la gravedad de un delito. Una de éstas es la forma en cómo fue cometido. El traspaso de drogas casi nunca es considerado leve, pero

si se realiza a jóvenes, los Tribunales lo consideran de especial gravedad; otra circunstancia que tienen en cuenta es la cantidad y tipo de drogas. Los delitos con heroína y cocaína, se juzgan con mayor dureza que los de cannabis.

De las 7.600 personas procesadas durante 1991 por delitos relacionados por drogas, 57% había traficado con cannabis, 28% con drogas que estimulan el sistema nervioso central y el 8% con opiáceos.

La Ley Sueca de Contrabando, que entre otras regula la importación y exportación de productos del país, es complementaria a la Ley de Drogas. Las enmiendas en la Ley de Contrabando han seguido las enmiendas hechas en la Ley de Drogas; por lo tanto la graduación y escala de penas de la Ley de Contrabando es idéntica a la Ley de Drogas.

LUCHA ANTIDROGA DE LA ADUANA Y DE LA POLICIA.

En Suecia la labor de penar el contrabando de drogas y la delincuencia con estupefacientes es uno de los sectores que tienen mayor prioridad en las actividades de la aduana y la policía.

La sección central de Policía Criminal Aduanera de la dirección General de Aduanas es la responsable de la labor central antidroga. A nivel local hay secciones operativas de aduana criminal especialmente orientadas a combatir el contrabando profesional y grave. Aproximadamente el 60% de los recursos totales se dedican a la lucha antidroga. A parte existen ciertas fuerzas de control fronterizo dedicadas a lo que se llama el control móvil, éstas se utilizan para controles más pormenorizados, acciones específicas o redadas. Algunas autoridades aduanera han creado cuerpos especiales de lucha antidroga.

También existe una unidad especial en la Dirección Nacional de Policía que trabaja en pesquisas e investigación de delitos graves de narcóticos o en la lucha contra la delincuencia vinculada al narcotráfico internacional.

Existen 27 unidades regionales que se encargaban de la lucha antidroga en las diversas provincias del país, en los distritos policiales locales la lucha contra el narcotráfico formaba parte de la labor tradicional” de la policía. Muchas autoridades policiales han creado grupos especiales de control urbano que se han especializado en combatir el tráfico de drogas en calles y plazas.

En 1992 había al rededor de 500 policias que trabajaban directamente en la lucha antidroga, demás 200 de barrio y 100 destinados en las ciudades.

En causas relacionadas con drogas la policía puede utilizar métodos de pesquisa, como por ejemplo interceptar llamadas telefónica, provocar pruebas, envíos contro-

lados y desinformación. Pero hay métodos que la policía sueca no emplea como son el hecho de provocar delitos o la instalación de micrófonos.

ACCIONES CONTRA LA VENTA DE DROGAS EN LAS CALLES.

La policía no considera contradictorio luchar simultáneamente contra la venta de drogas en las calles y contra los niveles más altos del narcotráfico. En la actualidad la policía se dedica a combatir ambos en profundidad. Esta estrategia se basa en la teoría de que la demanda de drogas es el factor que determina la envergadura de la distribución ilegal de las mismas y que para poder ejercer una política de control eficaz, es necesario que la policía también intervenga contra los drogadictos y los vendedores de drogas en las calles.

La finalidad de la lucha antidroga a nivel callejero es interferir el tráfico para que disminuya su accesibilidad. Se arrestan a los vendedores callejeros y se les confisca la droga, la idea es eliminar la venta en la calle para que no existan lugares conocidos como centros de narcotráfico. De esta manera el mercado de drogas es menos “visible” y se dificulta el encuentro entre compradores y vendedores. El trabajo de los grupos urbanos influye con ello en la demanda de drogas.

Naturalmente resulta muy probable que los toxicómanos consuetudinarios averigüen pronto dónde pueden conseguir narcóticos. Ello indica que el “reclutamiento” de nuevos drogadictos disminuye porque a los vendedores les resulta mas difícil ponerse en contacto con los consumidores ocasionales y con los jóvenes en peligro de caer en la toxicomanía. Las acciones policiales en las calles también influyen mucho en la opinión pública ya que son una clara señal de que la sociedad repudia la toxicomanía y el tráfico de drogas.

CONFISCACION DE DROGAS.

El total de cannabis confiscado tuvo un máximo a principios de los años 80. Posteriormente bajó la curva pero a finales de la década de los 80 volvió a subir. Las confiscaciones de cannabis son en la actualidad de aproximadamente la misma envergadura que al rededor de 1980.

El abuso de estimulantes que afecta al sistema nervioso central es el principal en Suecia y queda reflejado en las confiscaciones realizadas. En 1979 el número de partidas confiscadas de estimulantes de este último grupo, fue tres veces mayor que el de la heroína. En 1990 la cifra llegó a ser siete veces mayor.

A mediados de la década del 70, la heroína fue el

opiáceos predominante en Suecia; el número de confiscaciones tuvo un máximo a principios de los 80 pero cayó rápidamente. En los últimos años ha vuelto a aumentar las confiscaciones de heroína.

La de cocaína aumentó a finales de la década del 80, hecho que por mucho ha sido interpretado como que la cocaína ahora ha llegado al grupo tradicional de drogadictos. La cocaína, sin embargo, sigue teniendo un papel marginal en Suecia.

LA ASISTENCIA PENITENCIARIA.

La asistencia penitenciaria comprende la prisión preventiva, la asistencia en la prisión y la asistencia en libertad (asistencia penitenciaria en libertad) que responde por ejemplo a sanciones tales como asistencia contratada, libertad vigilada y el servicio social en sustitución de la pena. La asistencia penitenciaria está dividida en siete regiones. Existen 18 instituciones de nivel nacional, 58 de nivel local y 55 autoridades de asistencia en libertad. En total hay aproximadamente 4.000 reclusos en instituciones y 12.000 personas que gozan de asistencia en libertad.

El 1 de Abril se hace cada año una evaluación de los toxicómanos que están cumpliendo penas. Durante los últimos años se ha calculado que el 25% de los que están reclusos en centros penales son toxicómanos graves. Entre los 12.000 convictos cumpliendo penas en libertad vigilada había aproximadamente un 11% de toxicómanos graves. Este cálculo demuestra que del total de personas cumpliendo penas en la asistencia penitenciaria son más los que abusan del alcohol que de las drogas.

El cumplimiento de sentencias en centros penales debe estar desde el principio enfocado en preparar el reo para la vida fuera del centro penitenciario, en la medida en

que fuera posible, sin por ello descuidar la protección debida a la sociedad. Para facilitar la adaptación de los convictos a la sociedad existe la posibilidad de que los toxicómanos que desea seguir algún tratamiento contra la drogadicción vayan a las llamadas Secciones Sin Drogas o Secciones Motivadoras, es decir secciones establecidas para motivar a los adictos a que sigan tratamiento. En los centros penitenciarios del país no existen más que una veintena de secciones de este tipo y cuentan con 350 plazas.

Las actividades de las secciones motivadoras están destinadas a dar al toxicómano un contacto inicial en su tratamiento otra adicción. En las secciones motivadoras se hacen controles de orina con regularidad para garantizar la no presencia de drogas en la sección.

Otro médico para fomentar la readaptación del convicto a la sociedad es hacer uso de la posibilidad ofrecida por la Ley Penitenciaria, que consiste en el que ha sido condenado a prisión puede cumplir parte de su pena fuera de ella, por ejemplo en una institución asistencial para toxicómanos. El tratamiento es indirectamente forzado ya que el convicto será devuelto al centro penitenciario si interrumpe el tratamiento. En ciertos casos los tribunales, en vez de dictar sentencias penitenciarias, tienen también posibilidad de remitir al convicto a los servicios sociales para que reciba la atención necesaria.

Una alternativa a la prisión es la libertad vigilada combinada con tratamiento especial. Los tribunales pueden sentenciar a asistencia o cumplimiento por contrato si el delito cometido ha sido motivado en alto grado por la drogadicción y si el convicto está dispuesto a someterse a tratamiento conforme a un plan especial establecido por el tribunal.

Asistencia y Tratamiento

El principio rector en la lucha antidroga es que lo que aporta la sociedad en su conjunto debe expresar de manera clara y unísona que es inaceptable todo uso de drogas que no sea medicinal. Por tal motivo Suecia ha tenido una actitud muy restrictiva en relación a los tratamientos con metadona y a los programas que implican repartir y vender jeringas y cánulas.

A pesar de ello en la Diputación Provincial de Malmö, el servicio de salud pública esta llevando a cabo un programa limitado de cambio de jeringas. Este proyecto es de carácter netamente experimental.

La actitud restrictiva hacia este programa se basa en el temor en que dicho tipo de programas den un mensaje ambiguo sobre la actitud de la sociedad hacia el abuso de drogas. Una actitud generalizada podría ser interpretada por los toxicómanos activos, los potenciales y la sociedad en general como señal de que la sociedad legitima (o acepta) el abuso de drogas inyectables. Es por ello que los programas de mantenimiento con metadona para los adicto a los opiáceos están llenos de restricciones. El primer programa con metadona se hizo en el Hospital de Ulleraker, proyecto experimental con un máximo de 150 pacientes.

Este tratamiento fue puesto en tela de juicio aunque continuó con carácter experimental hasta 1984, año en que fue aceptado como tratamiento antidroga. Posteriormente se han autorizado tres programas de metadona más. El total de pacientes tratados con metadona no puede ser superior a 450, el número total de pacientes sometidos fue de 370 a principios de 1993, 105 de ellos habían adquirido el virus HIV.

Es necesario que el paciente cumpla con ciertos requisitos para poder recibir el tratamiento con metadona, debe hallarse en "situación de libre albedrío", es decir que no debe estar detenido, arrestado o sentenciado a prisión. A parte el paciente debe tener por lo menos 20 años y haber estado consumiendo opiáceos inyectables por lo menos cuatro años.

El análisis de los programas de metadona indican que muchos de los paciente adquieren una situación social mejor y más estable. El resultado de los programas suecos

de metadona parece haber dado, en general mejores resultados que los programas de metadona realizados en otros países, factor que seguramente se debe a que los programas suecos se aplican con criterios muy estrictos en la selección de pacientes y a que los pacientes mismos están rigurosamente controlados.

Durante los últimos años se han hecho grandes reducciones en el sector público, incluso en la atención a los drogadictos. A pesar de estas reducciones Suecia sigue teniendo a nivel internacional, un sistema muy amplio de atención a los toxicómanos.

En el sector de atención psiquiátrica tienen secciones especiales para tratamientos de desintoxicación, rehabilitación y hogares especiales de tratamiento para drogadictos con problemas mentales. También hay centros e instituciones especiales para los drogadictos que estén contagiados por el HIV o que sufren el SIDA. Paralelamente al servicio de asistencia pública existen centros privados o regidos por diversas fundaciones. El privado tuvo una gran expansión durante la década del 70, y en la actualidad el 65% de todos los centro de atención de este tipo son privados. Cabe mencionar que las instituciones privadas están financiadas por los municipios.

La asistencia y el tratamiento que se da a los drogadictos requiere coordinación entre los aportes de sector médico y el social. El término "cadena de asistencia" que se utiliza con frecuencia, implica que la labor de búsqueda, desintoxicación, consultorios, atención en instituciones y dada de alta, funcione como una serie de eslabones en la cadena de aportes.

Muchos municipios han creado grupos juveniles especiales para iniciar la labor inicial de búsqueda, apoyo y tratamiento de los jóvenes que están en "zona de riesgo", de caer en la toxicomanía. Cada grupo es un equipo de trabajadores sociales que de forma activa toman contacto con los jóvenes que se reúnen en las estaciones del metro, salas de juego, discotecas y otros. Los Grupos Juveniles ofrecen apoyo como conversaciones con la familia y con los mismos jóvenes y a menudo actúan como impulsores que forman un vínculo entre los jóvenes y las autoridades.

Muchos municipios han creado equipos similares de personal especializado en asistir al toxicómano. Con frecuencia a estos grupos se les llama Base de Asistencia a los Drogadictos. Estas bases forman parte de los servicios sociales que ofrecen los municipios y están integrados por grupos de 4 o 6 trabajadores y a veces tienen una enfermera o en ciertos casos con un psicólogo.

La labor de búsqueda, asesoría, motivación, tratamiento de crisis y tratamiento mediante charlas en consulta abierta, es la principal tarea de estos equipos. Una parte importante de la labor de estas Bases consiste en vigilar que exista continuidad en la cadena de atención social y médica ofrecida. Esto implica que el contacto que el toxicómano tiene con el personal de base continúa durante las diferentes fases posteriores a su rehabilitación, como por ejemplo cuando recibe tratamiento en alguna institución o asistencia en una familia. Estos tipos de asistencia también corren por cuenta de los servicios sociales.

LEYES DE ASISTENCIA.

La entrada en vigor en 1982 de la Ley de Servicios Sociales marca el comienzo de una nueva visión de la labor social. La ley hace hincapié que la labor social debe, al igual que la asistencia y tratamiento, está basada en el respeto por la integridad y libre determinación, intrínseca del ser humano. Las acciones se deben plantear y llevar a cabo con el cliente.

La Ley Sueca de Servicios Sociales se basa, en principio, en actos voluntarios. Debe ser la motivación personal de cambio de cada toxicómano la que sea el elemento impulsor de los tratamientos. La necesidad de apoyo y asistencia debe ser determinada conjuntamente por el trabajador social y el toxicómano. Sin embargo el primero puede coger la responsabilidad de determinar la necesidad de atención en casos de toxicomanía aguda. La Ley sobre Asistencia a los Adictos (LVM), permite internar a los drogadictos para darles asistencia y tratamiento contra su propia voluntad. Los Servicios Sociales y otras autoridades que tienen contacto con los drogadictos, tienen la obligación de intervenir si alguien, por abuso de narcóticos, pone en peligro su propia vida o la de otros. La finalidad de esta intervención no es obligar al drogadicto a seguir un programa completo de rehabilitación, sino interrumpir, mediante una breve intervención, una situación que implica peligro de muerte, y ofrecer razones para una asistencia continuada en formas voluntarias. Los estudios e investigaciones los realiza el Servicio Social y las resoluciones de asistencia forzosa las toma el Tribunal Provincial Administrativo. Para determinar asistencia forzosa, se requiere, en primer lugar, que el drogadicto se

oponga a recibir asistencia voluntaria., en segundo lugar se deben cumplir los siguientes requisitos: el abuso constante de drogas o bebidas alcohólicas hace que el adicto tenga necesidad urgente de atención para poder dejar el abuso (a esto se le llama indicación general). Otro requisito es que el drogadicto “ponga en grave peligro su propia salud física o mental, o que arriesgue empeorar seriamente sus condiciones de vida en general” o si no que pueda arriesgar su vida o que se tema que él o ella “puedan llegar a dañarse gravemente a sí mismo o a personas allegadas” (indicaciones especiales).

La Ley de Asistencia a los Adictos (LVM) que entró en vigencia en 1982 acepta, a partir de una enmienda realizada en 1989, períodos de atención máximos de 8 meses.

Existe otra ley que complementa la Ley de Servicios Sociales, la Ley de Protección Forzosa de Menores (LVU). Esta ley dispone que todo menor que sufra daños en su ambiente familiar puede ser separado de su hogar sea para recibir asistencia especial en hogares de menores o para ser acogido en otra familia, lo cual se llama asistencia en familia. Los menores cuyos padres sea por motivo de salud o por graves problemas sociales, no son capaces de hacerse cargo de sus propios hijos, pueden ser colocados en lugares provisionales siguiendo las disposiciones de la presente ley. Lo mismo respecto a los jóvenes que se exponen a sí mismos a grave peligro, por ejemplo por abuso de droga.

ASISTENCIA OFENSIVA CONTRA LA TOXICOMANIA.

El estudio-informe sobre la propagación de la toxicomanía en Suecia realizado en 1979, mostró que la asistencia a drogadictos que daba el servicio social solamente había logrado contactar a una tercera parte de los “toxicómanos graves” del país del mismo estudio, también se desprendería que un número mayor de los toxicómanos que se inyectaban tenían algún tipo de contacto con la policía o con los centros penitenciarios. Una de las razones por las que la asistencia que el servicio social daba a los toxicómanos solamente llegaba a un grupo reducido de éstos era que muchos de ellos estaban detenidos o presos.

Cuando posteriormente el gobierno y el parlamento resolvieron, vista la grave amenaza del SIDA que la meta debía ser ofrecerles desintoxicación, análisis de sangre y tratamiento a todos los drogadictos que se inyectaban, se tomaron una serie de disposiciones en dicho sentido. Entre otros se les ofreció apoyo económico a los municipios para que creasen bases especializadas para la atención a los drogadictos. Gracias a ello existen en la actualidad un centenar de bases de este tipo. Casi todos los munic-

pios mayores tienen el ámbito de sus servicios sociales un centro de asistencia especial para drogadictos. También se dio apoyo para desarrollar un sistema de cooperación entre las autoridades sociales y penales.

El servicio de asistencia al toxicómano se resistió durante toda la década del 70, a colaborar de manera organizada con la policía y las autoridades penitenciarias. Dicha actitud se debía al énfasis que en la época se ponía en que la asistencia al toxicómano se basara en la motivación propia de los adictos y en que la asistencia debía ser voluntaria en dicha época se consideraba imperioso que hubiese una clara separación entre las organizaciones de asistencia a los drogadictos y las autoridades de control como la policía y los centros penales. Si esta división desapareciera se corría el riesgo de que los drogadictos no se atreviesen a dirigirse con confianza a los servicios de asistencia.

Esta actitud fue cambiando paulatinamente y en la actualidad no existe casi discrepancias entre la asistencia a los toxicómanos y las acciones preventivas realizadas por la policía y las instituciones penitenciarias. Ahora se da todo lo contrario éstos destacan que las actividades de tratamiento y de control deben darse la mano. La labor que la policía realiza al arrestar a los que venden drogas en las calles perderían su valor si no existiese un servicio de asistencia que e pueda hacer cargo idoneamente e los toxicómanos detenidos.

Por eso las cárceles preventivas e instituciones penitenciarias se han convertido últimamente en campos importantes para la labor de búsqueda y prevención. Una parte de la labor de asistencia ofensiva a los toxicómanos consiste en la creación de una serie de proyectos destinados a ayudar y apoyar a los drogadictos que están en instituciones penitenciarias. Los eslabones de la cadena de apoyo ofrecida a los toxicómanos en las instituciones penitenciarias son los equipos carcelarios, los motivadores, las secciones de motivación y las personas que desarrollan nuevos métodos.

Los equipos carcelarios están integrados por personal de los servicios sociales y de las instituciones penitenciarias. La labor de estos equipos consiste en informar a los detenidos sobre el virus del HIV y el SIDA, en motivarlos a que se hagan análisis y a que se sometan a tratamientos. Las prisiones preventivas son lugares estratégicos para motivar a los toxicómanos a que allí se encuentran desintoxicados, aislados y generalmente pre-dispuestos al contacto.

El personal que trabaja con los que están en libertad condicional y con los que en en prisión, continúa con la labor de motivación iniciada en los centros de prisión preventiva.

En ciertos centros penitenciarios existen motivadores especiales que reciben a los drogadictos cuando llegan. Durante toda la etapa por la que pasa mientras está en prisión, el drogadicto sigue teniendo al servicio de asistencia contra la drogadicción como su base de contacto.

Es evidente que la cooperación existente entre el servicio de asistencia ofensiva contra la toxicomanía ,la policía y las instituciones penitenciarias ha dado resultado altamente positivo. A las evoluciones de la labor realizada muestran que la asistencia que los servicios sociales dan a los toxicómanos en la actualidad llegan a la mayoría de los que se inyectan.

La administración de los asuntos sociales de Estocolmo, por ejemplo, realiza con regularidad inventarios para saber cuántos de los drogadictos están en contacto con los servicios sociales. Es partiendo de dicho inventario que se concluye que las bases especializadas de asistencia a los toxicómanos que tienen los servicios sociales están en contacto con aproximadamente el 80% de los toxicómanos que se inyectan en Estocolmo.

ASISTENCIA EN INSTITUCIONES.

Ideológicamente se puede desurca en las instituciones suecas de atención a los toxicómanos se practica dos tipos de tratamiento: uno orientando hacia la psicoterapia y otro enfocado a la pedagogía educacional. Sin embargo en la propia labor de tratamiento práctico no existen mayores diferencias entre las dos tendencias. La mayoría de los centros de tratamiento han desarrollado programas compuestos de diversas fases: una primera en la que se trabaja la actitud y comportamiento, una segunda fase en la que se trabajan las emociones y una tercera en la que se trabaja la situación social.

En Suecia existen aproximadamente 60 centros de tratamiento que en total ofrecen aproximadamente 1300 plazas específicamente destinadas a toxicómanos adultos. Estos centros funcionan conforme a las disposiciones de la ley de servicios sociales y el tratamiento se basa en la libre voluntad del adicto. A parte de esto hay centros de tratamiento que reciben tanto a toxicómanos como a alcohólicos.

Durante la década de los 80 surgieron unos centros de tratamiento de carácter especial: centros que reciben a los adictos con sus hijos; a demás de éstos existen al rededor 50 instituciones especializadas en la asistencia de toxicómanos jóvenes.

A mediados de la década de los 80 se realizó un amplio estudio comparativo sobre asistencia institucional dada a los toxicómanos. Dicho proyecto comprendía que el seguimiento durante un año de 436 clientes que habían

sido asistidos en 22 instituciones diferentes.

El estudio muestra que el 51% había dejado totalmente el abuso de drogas y que el 37% había desistido totalmente de todo tipo de abuso (es decir que no había abusado ni de bebidas alcohólicas ni de drogas, medicinas disolventes) durante los seis meses previos al estudio.

El estudio muestra así mismo que el porcentaje de los que se habían drogado con opiáceos y luego habían dejado el vicio, era menor al de los que habían abusado de estimulantes del sistema nervioso central. Al igual que en los estudios realizados en otros países se descubrió que existía una relación positiva entre la duración del tratamiento y el resultado del mismo.

ASISTENCIA FORZOSA.

Los toxicómanos que son puestos bajo atención forzada, han abusado de drogas durante largo tiempo y se hayan en una situación social sumamente difícil. Según consta de un estudio hecho sobre la situación social del total de clientes que fueron dados de alta de alguna institución de asistencia forzada durante la primera mitad del año 1986, se desprende que al ser internados el 63% carecía de vivienda, el 76% vivía de subvenciones sociales y el 95% estaba desocupada.

La asistencia forzada se da en instituciones sociales que dependen de las diputaciones provinciales y los municipios. Existen 10 instituciones de este tipo con un total de 225 plazas especiales para el tratamiento del toxicómano. La asistencia forzada es la última solución y se aplica cuando se han tratado infructuosamente todos los demás sistemas. Esto conlleva con frecuencia que el punto de partida de la asistencia forzada es menos favorable que en los casos en que el toxicómano mismo ha decidido tratar de cambiar su vida. Es por ello que el servicio de asistencia forzada no puede presentar resultados tan buenos como el servicio de asistencia voluntaria. Seis meses de seguimiento de 102 toxicómanos habían recibido asistencia forzada en tres instituciones mostraron

que el 9% de ellos habían cesado con el abuso y que el 18% había reducido su abuso. El mismo estudio muestra que se ha logrado motivar al 28% de ellos a que continúen tratándose voluntariamente en las instituciones de asistencia libre.

El estudio muestra así mismo que los clientes generalmente dejan la institución donde fueron atendidos en cumplimiento de las disposiciones de la ley de asistencia forzada, en condiciones físicas y mentales mucho mejores. Sus condiciones de vivienda y trabajo mejoraron.

ASISTENCIA EN FAMILIAS.

A mediados de la década de los 60 se probó una nueva forma asistencial para los toxicómanos jóvenes, la asistencia en familias. La iniciativa partió de unas organizaciones sin fines de lucro, la mayoría de carácter religioso.

A finales de la década del 60 comenzó a darse el tratamiento en familias a los toxicómanos adultos. Esta forma de asistencia, que inicialmente se realizaba con la ayuda de familias particulares que abrían las puertas de sus hogares a los drogadictos, se fue haciendo cada vez más organizada. Actualmente existen consultores familiares especiales cuya labor es reclutar, instruir y apoyar a las llamadas unidades de asistencia familiar que están conformadas por unas diez o quince familias.

El servicio de asistencia en familias puede en la actualidad, incluso recibir a los clientes que han sido toxicómanos durante mucho tiempo, y por eso el tipo de asistencia que allí se da, se ha convertido en un complemento importante y alternativo a la asistencia dada en instituciones. La fuerza de la asistencia en familia, comparada con otros tipos de asistencia, consiste justamente en su carácter no profesional.

La asistencia en familias para los toxicómanos adultos ha aumentado considerablemente durante la década de los 80 y cuenta en la actualidad con 18 unidades familiares con unas 350 familias. Por norma general una familia recibe a un drogadicto.

¿Tiene éxito la Política de Estupefacientes?

Al introducirse la anfetamina y la metanfetamina en Suecia, a fines de los años 30, se las presentaba en los medios de prensa y radiodifusión como tabletas para adelgazar y pastillas estimulantes. En diarios y programas de radio se recomendaba a todos que tomaran “despabilantes”, tanto si eran estudiantes como si eran fatigadas amas de casa.

La anfetamina adquirió pronto gran popularidad. Por las encuestas realizadas se sabe que entre el 70 y 80% de los estudiantes habían tomado anfetaminas en varias ocasiones. Otros estudios realizados muestran que a principios de la década de los 40 había en Suecia al rededor de 2000 personas que tomaban anfetaminas, es decir, el 3% de la población adulta del país.

En 1939 se resolvió que la anfetamina debería venderse con receta médica, y en 1943 la dirección nacional de medicina alertaba a los médicos sobre los efectos de dicho producto. Las ventas bajaron en un 50%. Al año siguiente se inscribía la anfetamina en la lista oficial de estupefacientes y a partir de entonces fue considerada como droga por la legislación sueca. Con ello se logró detener el abuso de la anfetamina a un nivel relativamente bajo.

Durante la década de los 60 entraron ilegalmente grandes cantidades de anfetamina en Suecia y con ello se registró un marcado aumento del abuso de dicha droga. El contrabando lo realizaba un grupo reducido de personas. Uno de los “importadores” fue arrestado en 1972 por la policía holandesa, lo que redujo notoriamente la accesibilidad a la anfetamina en Suecia. Según una investigación constante iniciada en 1960 que registra cuantos de los reclusos en las cárceles de Estocolmo tiene marcas de aguja en el cuerpo, se constató que hubo una marcada reducción de éstos, de 55% en 1972 a 36% en 1973, después de la detención del “superimportador”.

La misma investigación mostró que la cantidad de reclusos que tenían marcas de aguja aumentó de 19 a 36% entre los años 1965 y 1967; es decir durante el período en el cual se realizó el experimento de recetar droga libremente en Suecia.

La política sueca de droga ha evolucionado teniendo en cuenta esa experiencia. Existe una clara relación entre la accesibilidad a las drogas y la propensión a utilizarla. La toxicomanía aumenta cuando una persona con predisposición al abuso tiene fácil acceso a las drogas.

La abundancia de droga depende entre otros de la legislación, las acciones policiales y las medidas aduaneras para penar las infracciones y delitos, la cantidad de traficantes y el tipo de canales existentes en la sociedad. La disposición a usar drogas se basa tanto en los antecedentes sociales, culturales y psicológicos como en la valoración y evolución que cada persona hace del riesgo corre al comprar o tomar drogas.

Por lo tanto el abuso depende de la oferta y de la demanda. Si es fácil conseguir droga y si la sociedad tiene una actitud tolerante hacia los estupefacientes, aumenta la cantidad de personas que prueban narcóticos. Esto quiere decir también las personas cuya situación social y psicológica es favorable harán uso de estupefacientes.

Pero si fuese necesario hacer grandes esfuerzos para conseguir los narcóticos y si se corriese el riesgo de ser arrestado por la policía, la cantidad de personas que prueban drogas se limitarían a aquellas que por motivos psicológicos o sociales estén más expuestas a caer en la drogadicción. Si por añadidura la sociedad estuviese en la posibilidad de ofrecerles apoyo, asistencia y tratamiento al grupo de personas que corren el riesgo de darse al abuso, es muy probable que la toxicomanía se pueda mantener a nivel muy bajo.

La actitud fundamental de la política de droga es pues la obligación de intervenir de la sociedad; contra el narcotráfico en calles y plazas, con el apoyo a los jóvenes que están experimentando con drogas y acciones de tratamiento a los que están a punto de sucumbir a causa de su adicción.

Una característica de la política de droga es así mismo que no hace diferencia entre las medidas destinadas a limitar la accesibilidad y las medidas destinadas a reducir la demanda. Las acciones policiales contra el

tráfico de drogas en las calles tiene como meta principal limitar el narcotráfico. Pero la actividades de la policía también tienen efecto sobre la demanda ya que la clara y decidida actitud de la policía contribuye a que la mayoría de los jóvenes se abstengan de probar drogas. La legislación y las acciones de las autoridades aduaneras y policiales cuentan con el apoyo de la opinión pública, que a su vez está influida por los servicios de información y opinión de la sociedad.

A parte de lo anterior tenemos que las medidas de control dependen del apoyo y la asistencia que puedan ofrecer los servicios sociales.

Tenemos así que los diversos tipos de medidas se refuerzan y complementan mutuamente y expresan la voluntad de la sociedad de luchar contra las drogas. Para tener credibilidad, el mensaje de la sociedad debe estar basado en medidas que den protección social a las personas. Una política restrictiva debe ir de la mano con una política que permita un aumento del desempleo, la segregación y la miseria social.

Los grandes estudios nacionales sobre la situación de los escolares y reclutas corroboran que la política antidroga sueca tiene éxito. El uso ocasional y experimental de drogas ha disminuido y es actualmente muy limitado. Según cifras del año 1992, aproximadamente un 5% de los escolares han probado drogas y la cantidad que ha probado en los últimos meses es del 1% entre los varones y apenas medible en las niñas.

Una condición para el uso de drogas es que el individuo particular sepa dónde y cómo pueden procurarse narcóticos. Una medida de los efectos de la política de estupefacientes son las respuestas a la pregunta que se hace con regularidad en las encuestas entre escolares. ¿Sabes de alguien que te podría dar o vender droga? La cantidad de niños que creían saber de alguien que les podría dar narcóticos, bajó del 34% en 1977 (año en que ésta pregunta fue hecha por primera vez) al 24% en 1992. En las encuestas realizadas entre los reclutas se les preguntó si alguien les había ofrecido drogas alguna vez. La respuesta bajó del 7 al 3% de 1976 a 1988. Ante el ofrecimiento de marihuana bajó del 32 al 20% durante el mismo período.

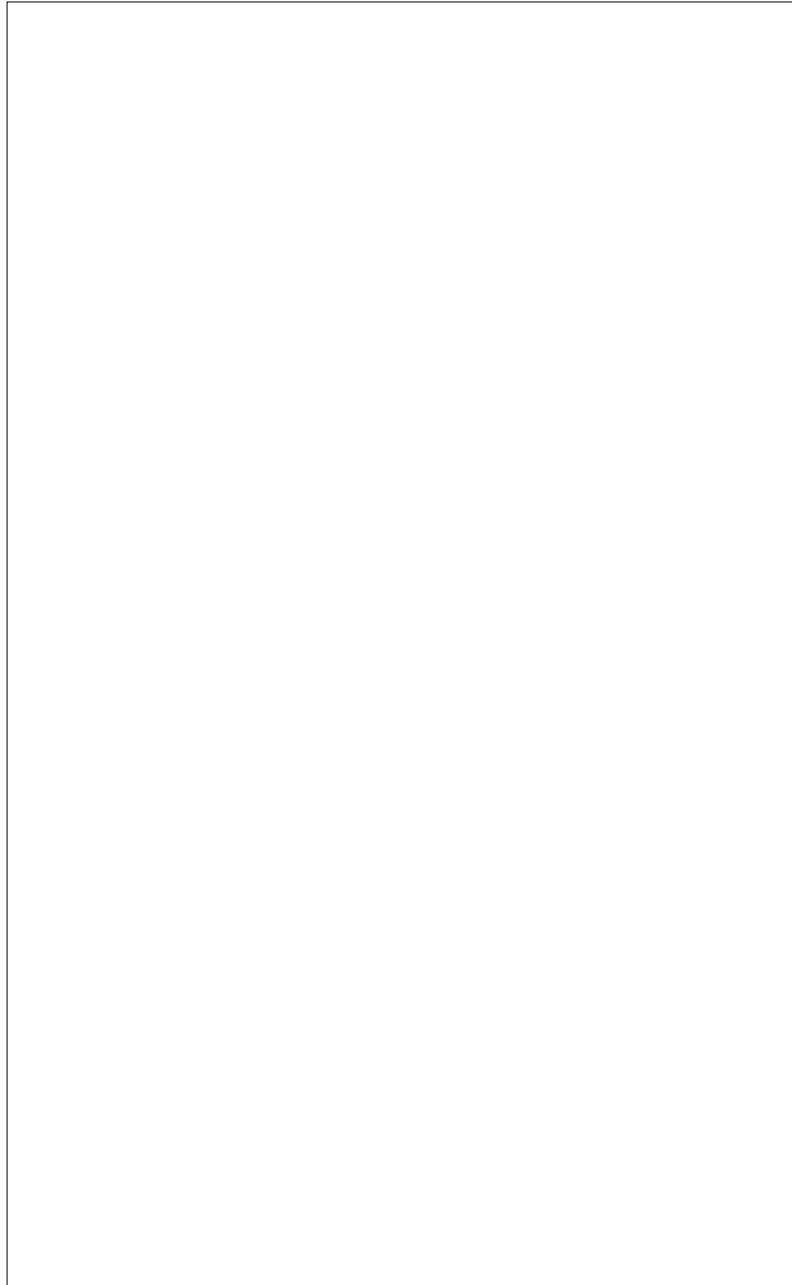
La experiencia que se tiene en el sector del alcohol muestra que existe una relación entre la accesibilidad a las bebidas alcohólicas y el consumo de las mismas. A parte de esto las investigaciones muestran que cuando aumenta el consumo promedio de bebidas alcohólicas aumenta también tanto los estragos causados por el alcohol como la cantidad de alcohólicos. Mucho indica que esto también es aplicable al sector narcótico. Los estudios realizados muestran que si en una clase son muchos los que han

probado drogas también son relativamente muchos los que lo han hecho varias veces.

La política sueca de drogas adopta la suposición de los que han probado y tomado marihuana cuando eran escolares conforman el grupo del cual posteriormente serán reclutados como los que abusarán gravemente de las drogas. Es muy probable que el enfoque preventivo de la política de drogas haya contribuido a que el reclutamiento de personas que caen en toxicomanía grave se hayan mantenido tan bajo. La edad promedio de los toxicómanos que se inyectan en la actualidad es mucho más alta que antes. La mayoría de ellos comenzó a tomar drogas duras durante los años 60 y 70. En todos los estudios e investigaciones realizados reaparece el mismo cuadro de drogadictos suecos típico: tiene entre 30 y 40 años de edad y ha abusado de anfetaminas durante unos 15 o 20 años.

Suecia no es una sociedad totalmente libre de drogas, pero es una sociedad en la que se ha logrado alcanzar una de las metas fijadas: al hacerse una comparación internacional vemos que el abuso de narcóticos en nuestro país es relativamente limitado. El consumo experimental de cannabis y otras drogas es muy bajo y hace ya bastante tiempo que el número de jóvenes que empiezan a tomar drogas duras es muy reducido.

Pero la situación de la toxicomanía en Suecia no está únicamente determinada por la política nacional. Lo que sucede con la toxicomanía en Suecia depende cada vez más de lo que ocurre en los demás países del mundo. El aumento del tráfico internacional de drogas y la futura Europa sin límites- y unido a la tendencia a liberalizar los narcóticos en otros países- son condiciones que ejercen una continua y constante presión sobre la política Sueca de drogas.



Michael Jordan no habría saltado tan alto consumiendo crack.

RET

REVISTA DE TOXICOMANÍAS

Alta de Gironella 42, Torre
08017 – Barcelona
Tel.: (93) 201 49 44
Fax: (93) 201 64 44