

Política de drogas en Suecia:

Una respuesta represiva que aumenta el daño

El objetivo central de la política de drogas sueca es crear una sociedad libre de drogas. Para lograr este objetivo, el país ha adoptado un enfoque punitivo y de aplicación de la ley. Algunos expertos han argumentado que es este enfoque el que ha logrado que Suecia haya mantenido niveles históricamente bajos de consumo de drogas ilegales. Este aparente éxito del modelo sueco es, por lo tanto, a menudo presentado como un argumento en contra de la descriminalización y la regulación legal de las drogas.

Sin embargo, la baja de prevalencia del consumo de drogas en Suecia no es, necesariamente, atribuible al enfoque represivo. Diversas investigaciones muestran, consistentemente, que los factores sociales, económicos y culturales son en realidad los principales causantes de la baja prevalencia – no la dureza de las leyes.

Es importante también resaltar que aunque los niveles de consumo de drogas en Suecia siguen siendo bajos en términos relativos, observan una tendencia a la alza. Aún más, la antipatía del modelo a medidas probadas de reducción de daños ha tenido como consecuencia altos índices de hepatitis C entre quienes se inyectan drogas, y un aumento del 600% en las muertes provocadas por drogas en los últimos 20 años.

Contexto

En su intento por lograr una sociedad libre de drogas, Suecia ha instrumentado un enfoque de 'tolerancia cero' para el consumo de drogas, enfocándose en la aplicación de la ley, la prevención y el tratamiento basado en la abstinencia. Este modelo de política surgió en la década de 1960 como consecuencia del aumento en el consumo de drogas que se observó en gran parte del mundo desarrollado en ese momento. Desde entonces, las penas máximas por delitos de drogas han aumentado gradualmente. En 1988, Sueca tomó la inusual decisión de criminalizar no sólo la posesión de drogas, pero el consumo de drogas también.

Inicialmente, el uso de drogas era únicamente castigado con una multa, pero esto cambió en 1993 cuando se incluyó la privación de la libertad como una sanción potencial. La introducción de

la severidad de la pena fue un pre-requisito para que la policía pudiese llevar a cabo pruebas de sangre u orina sin consentimiento.¹ Anualmente, se llevan a cabo 30,000 pruebas de este tipo el día de hoy, además de las 10,000 pruebas que se hacen arbitrariamente a conductores de vehículos.²

El número de personas condenadas por delitos de drogas se ha duplicado durante los últimos 10 años. Mientras que las multas son el tipo de pena más común en el país, la gran mayoría de las condenas (83%) son por posesión simple de drogas o por uso personal.³ Por lo tanto, se observa una abrumadora criminalización dirigida a las personas más jóvenes y a los delitos menos violentos.

Prevalencia del uso

En el año 2007, la Oficina de la ONU en contra de las drogas y el delito (UNODC) elaboró un informe

titulado “La exitosa política de drogas de Suecia: una revisión de la evidencia”.^{4 5} En la introducción del documento, Antonio María Costa audazmente declaró: “las distintas sociedades tienen el problema de drogas que se merecen”, señalando específicamente que “en el caso de Suecia, llama la atención la clara asociación entre una política de drogas restrictiva y los bajos niveles de consumo de drogas.”⁶ Esta narrativa de Suecia como un ejemplo eficaz de políticas de drogas prohibicionistas ha sido repetida por los opositores de la despenalización y la regulación legal.

Sin embargo, estudios realizados no han podido establecer la existencia de un vínculo entre la dureza de las leyes de drogas de un país y sus niveles de consumo de drogas. Por ejemplo, un estudio realizado en 2008 usando datos de la Organización Mundial de la Salud en 17 países (sin incluir a Suecia) encontró que “a nivel mundial, el consumo de drogas no se distribuye de manera uniforme y no se relaciona simplemente con la política de drogas, ya que en países con leyes más punitivas no reflejan niveles más bajos de uso que países más liberales.”⁷ Muchos otros estudios a gran escala, incluyendo uno recientemente publicado por el Ministerio del Interior del Reino Unido, han llegado a la misma conclusión.⁸

Algunos otros datos socavan la noción de una relación de causalidad entre la dureza de las leyes de drogas de Suecia y los bajos niveles de consumo de drogas:

- A pesar de que una de las principales intenciones detrás de la penalización del consumo de drogas en el año 1993 fue disuadir a las personas jóvenes de consumir drogas,⁹ la prevalencia de uso ‘una vez en la vida’ entre la población de 15 y 16 años de edad aumentó de 6% a 9% entre 1995 y 2011.¹⁰
- Si bien el consumo de alcohol y tabaco entre las generaciones más jóvenes está disminuyendo, el consumo de drogas ilícitas observa una tendencia a la alza. Entre 1995 y 2011, el consumo de cannabis durante el último mes entre la población de 15 y 16 años aumentó del 1 al 3%.¹¹ La prevalencia del uso de drogas ilícitas ‘una vez en la vida’ que no sean cannabis aumentó del 2 a 4%.¹²
- Entre la población general de 15 a 64 años de edad, el consumo de drogas también va en aumento. Por dos de tres medidas (prevalencia

anual y una vez en la vida), el consumo de cannabis es ahora mayor en Suecia que en Portugal, país que descriminalizó la posesión personal de todas las drogas en el 2001.¹³

- La proporción de la población adulta que ha consumido anfetaminas en su vida ha pasado de 1.4% en 1994 a 5% en 2008, el último año del que hay datos disponibles.¹⁴
- El uso de inhalables una vez en la vida y el uso de tranquilizantes y sedantes de prescripción entre las personas jóvenes ha pasado de estar por debajo de la media europea a estar por encima de ella.¹⁵
- Países que siguen un enfoque punitivo como el de Suecia, tal como Inglaterra y Francia, observan niveles más altos de uso de drogas.

Diversas investigaciones sugieren que la prevalencia del consumo de drogas es impulsado principalmente por una compleja interacción de factores sociales, económicos y culturales. La política de drogas, y específicamente la lucha antidrogas tiene, como mucho, un impacto marginal. Por otra parte, la prevalencia del consumo *problemático* de drogas se correlaciona estrechamente con altos niveles de marginación social y desigualdad social, dos medidas a las que Suecia ha históricamente respondido muy bien ya que es un país rico con un estado de bienestar muy desarrollado y generoso (aunque en los últimos años, la riqueza y la igualdad del ingreso ha empeorado en el país). Suecia también tiene una cultura socialmente conservadora y abstemia, con niveles relativamente bajos de consumo de alcohol y tabaco, y bajos niveles de consumo de drogas de prescripción también.

Pero es importante reconocer que la eficacia de la política de drogas no debe ser juzgada por la prevalencia del consumo por sí misma, sino que existen un número de indicadores de éxito y en estas medidas, Suecia califica mal.

Insuficientes servicios de reducción de daños

El enfoque de Suecia en lograr una sociedad libre de drogas ha creado un ambiente hostil para las intervenciones que buscan reducir los daños potenciales del consumo de drogas en lugar de prevenir o eliminar el consumo mismo.¹⁶ Una importante revisión de literatura publicada en 2011 reconoció la necesidad de escalar los servicios de reducción de daños.¹⁷ Sin embargo,

el último gobierno no actuó ante esta necesidad debido a su compromiso con un enfoque basado en la abstinencia. Activistas del país esperan que el nuevo gobierno revisará las recomendaciones pues los servicios de reducción de daños siguen hoy estando por debajo de los estándares europeos y de las recomendaciones de la UNODC y la Organización Mundial de la Salud:

- Sólo hay cinco puntos de intercambio de jeringas en todo el país. No hay ninguno en Gotemburgo, la segunda ciudad más grande en Suecia.
- Si bien el tratamiento de sustitución de opiáceos (OST por sus siglas en inglés) está disponible, está sujeto a fuertes restricciones en particular para la metadona.
- Algunos centros ofrecen OST tienen una postura de tolerancia cero para el consumo de otras drogas, lo que reduce el número de personas que se mantienen en tratamiento.
- En el 2007 se inició un proyecto piloto de OST en prisiones y se continuó como un programa nacional a partir de 2010, pero la cobertura sigue siendo pobre.¹⁸
- Suecia no tiene provisión de kits de inyección segura, no existe un programa universal de inmunización contra la hepatitis B, tiene una limitada disponibilidad de información y formación de respuesta a la sobredosis, y la Naloxona (un revertidor de la sobredosis por opiáceos) sólo es de acceso a médicos y no se puede llevar a casa.¹⁹
- Suecia no tiene espacios de inyección supervisada como los que se observan en

Dinamarca, Alemania, Países Bajos, España y Noruega, y no recupera información sobre el uso de drogas en entornos recreativos como clubes nocturnos y festivales.

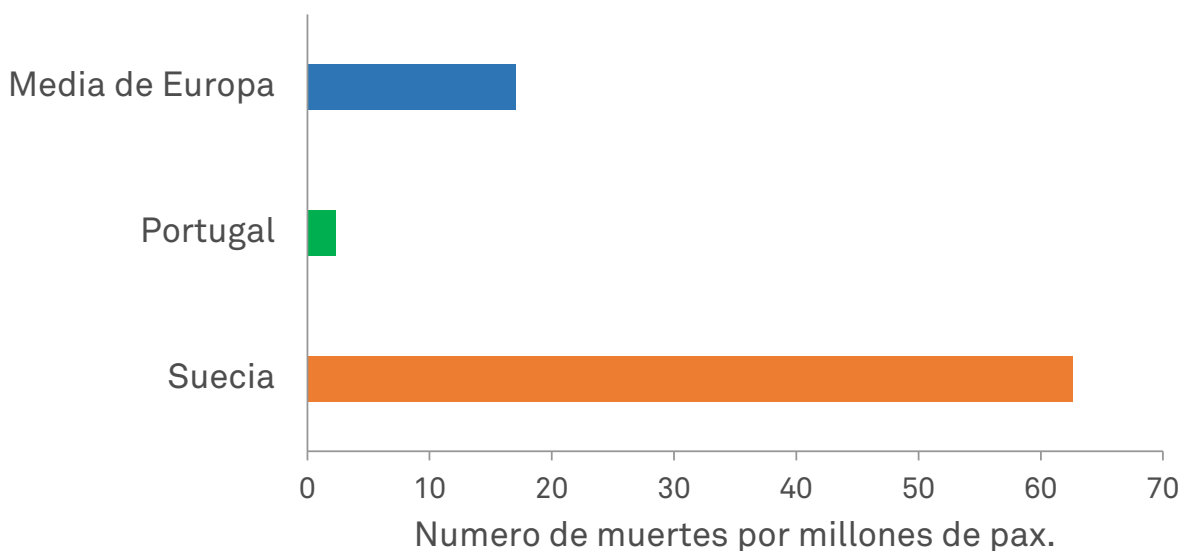
Hepatitis C

Esta falta de servicios de reducción de daños ha dado lugar a resultados muy negativos. Las tasas de hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas en Suecia son de las más altas de Europa. La hepatitis C es un virus de transmisión sanguínea que si no se trata puede conducir cirrosis hepática y muerte. El centro de intercambio de jeringas en Estocolmo reportó una prevalencia del virus de 74% en el 2013.²⁰ Sin embargo, no existe una estimación nacional de la prevalencia de la hepatitis C, lo cual significa que no existe claridad sobre el número de personas que necesitan tratamiento o cuántas personas necesitan acceso a servicios de intercambio de jeringas.

Muertes por uso de drogas

La tasa de mortalidad inducida por drogas en Suecia fue de 62.6 muertes por millón en el año 2012, mas de tres veces la media europea.²¹ Esto demuestra que los bajos niveles de consumo de drogas no necesariamente significan bajos niveles de daños relacionados al consumo de drogas. Para comparación, en el mismo año Portugal reportó una mortalidad inducida por drogas de 2.3 muertes por cada millón, en un marco de política de despenalización.²² La mortalidad inducida en Suecia es 30 veces mayor que la de Portugal.

Tasa de mortalidad inducida por drogas, 2012



Sin embargo, se han hecho algunos avances a partir del reconocimiento de la tasa de sobredosis. La provisión de servicios de intercambio de jeringas y de sustitución de opiáceos es sin duda mejor que la de hace diez años – aún si ello no es suficiente. La burocracia política y el uso continuado de la retórica sobre una sociedad libre de drogas siguen siendo una barrera para la instrumentación de programas integrales de salud y han significado que Suecia no apoye este tipo de programas en la discusión internacional.

El enfoque punitivo de Suecia, basado en la abstinencia, viene a expensas de servicios científicamente probados de reducción de daños, y tiene consecuencias negativas para la salud y el bienestar de las personas que consumen drogas. Estas consecuencias serían probablemente aún peores si no fuera por el sistema de salud integral y bienestar social del país, así como su cultura de templanza. En última instancia, el caso de Suecia destaca que la prevalencia del uso de drogas es sólo una medida de evaluación de la política de drogas, pero es excluyente de otros riesgos potenciales a la salud.

Referencias

- 1 Tham, H. (2009) 'The issue of criminalization of drug use in Sweden', *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 26, pp. 432-435. <http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/4758/HenrikTham.pdf>
- 2 Johansson, P. y DuPont, R. L. (2009) 'Drug policy choices – the Swedish way'. <http://www.ibhinc.org/pdfs/DrugPolicyChoicesTheSwedishWayClean.pdf>
- 3 Swedish National Institute of Public Health (2013) '2013 National Report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point', p. 83 <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12993/A2013-02-National-Report-2013-to-the-EMCDDA.pdf>
- 4 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2007) 'Sweden's successful drug policy: a review of the evidence'. https://www.unodc.org/pdf/research/Swedish_drug_control.pdf
- 5 Suecia es el segundo financiador de UNODC de manera conjunta con Alemania (proveen el 13,5%), después de Japón quien provee el 19% y antes de Estados Unidos quien provee el 13%.
- 6 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2006) 'UN drugs chief praises Swedish drug control model'. http://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/press_release_2006-09-06.html
- 7 Degenhardt L. et al. (2008) 'Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys', *PLoS Medicine*. www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050141
- 8 Ministerio del Interior del Reino Unido (2014) 'Drugs: International Comparators'. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/368489/DrugsInternationalComparators.pdf
- 9 Tham, H. (2009) op. cit.
- 10 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (2011) 'The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries', p. 357. http://www.can.se/contentassets/8d8cb78bbd28493b9030c65c598e3301/the_2011_espad_report_full.pdf
- 11 Ibid., p. 360.
- 12 Ibid., p. 362.
- 13 Balsa, C., et al. (2013) op. cit., p. 52.
- 14 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014) 'Data and statistics'. <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>
- 15 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (2011) op. cit., p. 119.
- 16 Skretting, A. y Rosenqvist, S. (2010) 'Shifting focus in substitution treatment in the Nordic countries', *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol.

27, pp. 581-598.

17 Statens Offentliga Utredningar (2011) 'Bättre insatser vid missbruk och beroende: Individen, kunskapen och ansvaret'. <http://www.regeringen.se/content/1/c6/16/71/05/4a710efb.pdf>

18 Harm Reduction International (2012) 'The Global State of Harm Reduction: Towards an Integrated Response'. http://www.ihra.net/files/2012/07/24/GlobalState2012_Web.pdf

19 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012) 'Harm reduction overview for Sweden'. <http://www.emcdda.europa.eu/country-data/harm-reduction/Sweden>

20 Karolinska Institutet (2013) 'HIV/HCV Co-infection in Sweden – Epidemiology, HCV Treatment and the Importance of il28b Gene Polymorphism'. https://publications.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/41788/Thesis_Jenny_Stenkvist.pdf?sequence=1

21 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014) 'Country overview: Sweden – Drug-induced deaths and mortality among drug users'. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/se#drd>

22 Calculado sobre el número de muertes inducidas por drogas en Portugal en la población entre 15 y 64 años. Fuente: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014) 'Data and statistics'. <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>



www.mucd.org.mx

TRANSFORM
Getting drugs under control

www.tdpf.org.uk

Publicado en diciembre de 2014

Autor: Steve Rolles y George Murkin

Contribuyeron al texto: Danny Kushlick, Martin Powell y Damon Barrett

Diseño y formación: George Murkin

Traducción al español: Aram Barra