



**WFTC**

FEDERACIÓN MUNDIAL  
DE COMUNIDADES  
TERAPÉUTICAS

**INFORME MUNDIAL**  
**Nº 2 – 2023**  
**VERSIÓN ABREVIADA**



## Coordinación del Informe

Coordinador

Pablo Kurlander (Brasil)

Coordinadores adjuntos

Sergio Di Paolo (Italia)

Oriol Esculies (España)



# WFTC

WORLD FEDERATION  
OF THERAPEUTIC  
COMMUNITIES

## Asesores internacionales

Augusto Nogueira (Macao RAE)

Garth Popple (Australia)

Gerard Byrne (Australia)

Jesús Mullor (España)

Jorge Olivares (Chile)

José Manoel Bertolote (Brasil)

Phaedon Kaloterakis (Grecia)

Richard Steinberg (Estados Unidos)

Selva de Careaga (Chile)

Sushma Taylor (Estados Unidos)

Wouter Vanderplasschen (Bélgica)

## Comité de Comunicación y Conocimiento

Ann Tucker (Estados Unidos)

Edward Carlson, Presidente (EE.UU.)

Enrico Costa (Italia)

Lonnie Granier (EE.UU.)

Lucía Goberna (España)

Martín Infante (Filipinas)

Miguel Garibay (EE.UU.)

Natalia Zachartzi (Grecia)

Quetzalli Manzano (México)

Robert Budsock (EE.UU.)

Agradecimientos a

Sonja Phutachad Neef (Nueva Zelanda)

Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas - WFTC

Informe Mundial, N. 2, dic. 2023

# ÍNDICE



**WFTC**

WORLD FEDERATION  
OF THERAPEUTIC  
COMMUNITIES

<b>RESUMEN EJECUTIVO.....</b>	<b>3</b>
<b>MENSAJE DE LA PRESIDENTA .....</b>	<b>7</b>
<b>1. SITUACIÓN MUNDIAL DEL FENÓMENO DE LAS DROGAS 2022.....</b>	<b>11</b>
<b>2. SOBRE LA WFTC .....</b>	<b>13</b>
<b>ORGANIZACIÓN DE LA WFTC .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Asociación de Comunidades Terapéuticas de Australasia (ATCA).....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Federación Europea de Comunidades Terapéuticas (EFTC) .....</b>	<b>16</b>
<b>3.3 Federación de Comunidades Terapéuticas de Asia (FTCA) .....</b>	<b>18</b>
<b>3.4 Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT) 20</b>	
<b>3.5 Comunidades de Tratamiento de América (TCA) .....</b>	<b>23</b>
<b>4. ESTE INFORME .....</b>	<b>27</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>5.1 Total de organizaciones encuestadas .....</b>	<b>30</b>
<b>5.2 Alcance del trabajo .....</b>	<b>33</b>
<b>5.3 Tipo de trabajo realizado.....</b>	<b>34</b>
<b>5.4 Número de trabajadores.....</b>	<b>36</b>
<b>5.5 Fuente de financiación .....</b>	<b>37</b>
<b>5.6 Población objetivo .....</b>	<b>39</b>
<b>5.7 Género de la población objetivo .....</b>	<b>41</b>
<b>5.8 Dispositivos .....</b>	<b>42</b>
<b>5.9 Tiempo promedio propuesto para el tratamiento .....</b>	<b>45</b>
<b>5.10 Ubicación de la CT .....</b>	<b>46</b>
<b>5.11 Religiosidad .....</b>	<b>47</b>
<b>5.12 Equipo.....</b>	<b>48</b>
<b>5.13 Personas atendidas y alcanzadas.....</b>	<b>50</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>53</b>

### RESUMEN EJECUTIVO

Esta segunda edición del Informe Mundial de la WFTC presenta un aumento significativo del 153% en países (26 en 2022 a 40 en 2023) y del 290% en organizaciones encuestadas (132 en 2022 a 383 en 2023) e incluyó a África, que no estaba presente en la primera edición.

La mayoría de las organizaciones que respondieron preceden de América Latina y el Caribe (n=238; 62,1%), seguidas de Europa (n=109; 28,5%). Estas regiones muestran el aumento más impresionante de organizaciones encuestadas, respectivamente 326,0% (n=165) y 681,3% (n=93).

#### Personas atendidas y alcanzadas

En 2022, las Comunidades Terapéuticas (CT) que respondieron al cuestionario del WFTC asistieron a 339.156 personas y llegaron a 1.431.639 personas, lo que unidos representan un gran aumento del 302,3% (n=1.184.965) en personas atendidas y alcanzadas, en comparación con 2022.

Más del 90% (n=311.780; 91,9%) de las personas atendidas se encontraban en CT con instalaciones femeninas y masculinas. Sólo el 7,9% (n=26.781) estaban en CT sólo masculinos, y un total no representativo del 0,1% (n=505) estaban en servicios sólo femeninos.

Casi la mitad de la población (n= 148.726; 43,9%) recibió asistencia en centros exclusivamente rurales, y la otra mitad recibió asistencia a partes iguales en centros urbanos (n=97.744; 28,8%) y rurales y urbanos (n=95.566; 27,3%).

La gran mayoría de las personas atendidas (n=292.208; 86,2%) fue tratada en programas no religiosos.

La mayoría de las personas fueron atendidas en programas de seis a 12 meses (n=227.715; 67,2%), y sólo el 0,5% (n=1.584) fueron tratadas en programas de menos de tres meses.

La mayoría de las personas (n=198.579; 58,6%) fueron atendidas en CTs con ocho profesionales diferentes en sus plantillas.

### **Alcance del trabajo**

La mayoría de las organizaciones tuvo un alcance de trabajo nacional (n=182; 60,5%), pero en América del Norte la mayoría de las organizaciones tuvo un alcance de trabajo local (n=14; 73,7%). Sólo el 4,0% (n=12) de las organizaciones tuvo un alcance de trabajo internacional.

### **Tipo de trabajo realizado**

El tipo de trabajo sólo de Base fue el más prevalente (n=217; 72,1%), especialmente en América Latina y el Caribe (n=185; 82,2%). Sólo el 3,0% (n=9) de las organizaciones tenían únicamente actividades de Advocacy, siendo estas únicamente en Europa, América del Norte y América Latina y el Caribe. El trabajo de Base y de Advocacy fue más frecuente en Asia (n=8; 66,7%) y América del Norte (n=10; 52,6%).

### **Número de trabajadores**

En América del Norte (n=18; 94,7%) y Asia (n=7; 58,3%) la mayoría de las organizaciones eran más grandes, con más de 50 trabajadores. América Latina y el Caribe tenía la mayor cantidad de organizaciones más pequeñas (n=108; 48%), con menos de 10 trabajadores.

### **Fuente de financiación**

Casi el 30% del total (n=89; 29,6%) tenía una sola fuente de financiación, el 18,3% (n=55) tenía dos y el 25,6% (n=77) tenía tres fuentes de financiación. Esto significa que 3/4 de las CTs (n=177; 73,4%) contaban con pocas fuentes de financiación.

### **Población objetivo**

Los adultos fueron la población objetivo más declarada (n=291; 96,7%). Las otras poblaciones objetivo más frecuentes fueron los adolescentes (n=115; 38,2%) y las personas sin hogar (n=126; 41,9%).

Los servicios para niños fueron solo el 13,6% (n=41), con solo una población objetivo por debajo (Refugiados: n=27; 9,0%). Las regiones con la tasa más alta de servicios para niños fueron Asia (n=7; 58,3%) y América del Norte (n=8; 42,1%).

Los servicios para adolescentes tuvieron tasas más altas en Asia (n=10; 83,3%), América del Norte (n=10; 52,6%) y Europa (n=21; 52,5%). LGBTQIA+ recibió atención en el 28,2% (n=85) de las CTs encuestadas, lo cual es un número prometedor, considerando que se trata de una nueva población específica para las CTs.

### **Género de la población objetivo**

Excepto en América Latina y el Caribe (n=89; 39,6%), en todas las regiones la gran mayoría de las CTs ofrecieron tratamiento masculino y femenino. Los servicios exclusivos para mujeres no fueron representativos (n=8; 2,7%) y solo se ofrecieron en Europa y América Latina y el Caribe.

### **Dispositivos**

En total, el 89,4% (n=269) ofrecieron dispositivos de tratamiento residencial, el 56,5% (n=170) dispositivos de tratamiento ambulatorio, el 22,9% (n=69) dispositivos de reducción de daños y el 27,2% (n=82) dispositivos de vivienda.

El tratamiento ambulatorio fue más común en América del Norte (73,7%; n=14) y Europa (62,5%; n=25). Los dispositivos de vivienda fueron más comunes en América del Norte (57,9%; n=11).

### **Tiempo promedio propuesto para el tratamiento**

La mayoría de las CTs presentaron programas de tratamiento con una duración de seis a 12 meses (n=152; 51,0%), siendo este tiempo propuesto más reportado en América Latina y el Caribe (n=125; 56,1%) y en América del Norte (n = 10; 52,6%).

Los programas más largos (más de 12 meses) fueron más frecuentes en Europa (n=22; 56,4%) y Asia (n=5; 41,7%). Los programas más cortos (menos de 3

meses) aparecieron sólo en América Latina y el Caribe, con sólo el 2% (n=6) del total (2,7% en ALC).

### Ubicación de la CT

Casi la mitad de las CTs (n=142; 47,5%) reportaron tener una ubicación urbana y el 17,1% (n=51) tanto urbana como rural. Sólo el 35,5% (n=106) de las CTs que respondieron informaron tener únicamente ubicaciones rurales.

Las CTs exclusivamente urbanas fueron más comunes en América del Norte (n=15; 78,9%) y Oceanía (n=3; 75,0%). Europa fue la única región con más CTs rurales (n=19; 50,0%).

### Religiosidad

Más de la mitad de las CTs informaron tener programas no religiosos (n=173; 57,7%). Las regiones con más programas religiosos fueron América Latina y el Caribe (n=116; 51,8%) y Asia (n=6; 50,0%), considerando CTs con actividades religiosas obligatorias y opcionales.

En Oceanía no hubo CTs con programas religiosos, en Europa solo hubo 3 CTs (7,5%) y en América del Norte solo una (5,3%), considerando CTs con actividades religiosas obligatorias y opcionales.

### Equipo

Los profesionales más presentes fueron: Psicólogo (n=274; 91,0%); Administrativo/financiero (n=261; 86,7%), Consejeros (n=252; 83,7%) y Trabajadores Sociales (n=247; 82,1%).

Los Psicólogos estuvieron menos presentes en América del Norte (n=8; 42,1%) y Oceanía (n=2; 50,0%). Los Médicos y Psiquiatras estuvieron más presentes en América del Norte (n=18; 64,7% ambos) y en Asia (n=10; 83,3%; n=9; 75,0%).

### MENSAJE DE LA PRESIDENTA



Los problemas asociados con el uso de drogas ilícitas impactan todos los aspectos de la sociedad. La dependencia de drogas no es sólo el uso crónico de una sustancia, sino que incluye una pérdida de control y una compulsión por continuar consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. Estas consecuencias pueden incluir deterioros en la salud cognitiva, psicológica, física y emocional.

La ciencia ha documentado que el uso prolongado de sustancias produce cambios en la química cerebral de manera fundamental y duradera. Los neurotransmisores, que son esenciales para el funcionamiento saludable de las emociones, el pensamiento, la percepción y el comportamiento, se ven afectados por el consumo de sustancias.

Los aspectos biológicos y conductuales de la dependencia son complementarios y variables. La adicción puede comenzar voluntariamente, pero el uso continuo conduce a la habituación y la cronicidad, lo que impacta negativamente en los dominios cognitivo, conductual, emocional, familiar, social, cultural y biofisiológico.

La situación demográfica de las personas con trastornos por uso de sustancias está en constante cambio. Los nuevos clientes son complejos y experimentan múltiples problemas, entre ellos la falta de vivienda, la pobreza, la desnutrición y la angustia mental aguda. Se trata de personas que buscan medicación para aliviar sus síntomas, así como de aquellas que sufren deterioro psicológico debido a la sobremedicación.

Las organizaciones miembro de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas se han involucrado en el desarrollo de modelos de programas eficaces para tratar los trastornos de dependencia de sustancias durante más de 63 años. Nuestros servicios se basan en una perspectiva fundamental de que la adicción ocurre



dentro de un marco más amplio, que incluye la desafiliación económica, social y moral.

Las Comunidades Terapéuticas han sido descritas como constructos, como un enfoque específico, un movimiento, una estrategia y una filosofía. Todas estas características son fundamentales dentro del modelo de comunidad terapéutica.

Las primeras Comunidades Terapéuticas desarrollaron un sistema de creencias sociológicas para sobrevivir y prosperar. La visión de que cada miembro del grupo o comunidad era valorado y, a su vez, era responsable del bienestar del grupo fue fundamental. El grupo fue visto como una fuerza sanadora, que brindaba a cada miembro oportunidades, desafíos, modelos a seguir, aliento, esperanza y estructura en un esfuerzo por promover el cambio individual.

A través de los años, las Comunidades Terapéuticas han mantenido los supuestos básicos que fueron las fuerzas causales subyacentes de su desarrollo. Sin embargo, se han adaptado para adaptarse a los patrones y desafíos actuales. La eficacia de la Comunidad Terapéutica se ha abordado en numerosos estudios relevantes.

Los programas de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas abordan los dominios que son críticos para el tratamiento: estos incluyen la educación, la familia, la recreación, los servicios médicos, el cambio de comportamiento, el desarrollo vocacional, la salud mental, la vivienda estable, el empleo y la responsabilidad social.

Nuestros programas brindan una gama integral de servicios que incluyen promoción del bienestar, servicios de salud, servicios educativos, sociales y vocacionales, vivienda, asesoramiento sobre salud mental y rehabilitación psicosocial integral. Nuestros programas atienden a personas sin hogar, víctimas de abuso y violencia doméstica, jóvenes en conflicto con la ley y dependientes, jóvenes fugitivos, madres con hijos dependientes, mujeres embarazadas, hijos de padres encarcelados, veteranos militares, personas con enfermedades mentales y aquellos que están involucrados con el sistema penitenciario y de justicia penal.

Nuestros programas brindan asesoría, educación, apoyo vocacional y capacitación laboral. Enseñamos valores prosociales. Fomentamos la responsabilidad personal y cívica.

Operamos programas y brindamos servicios en clínicas comunitarias, centros residenciales, prisiones, refugios para personas sin hogar, escuelas, entornos ambulatorios y centros de crisis. Los marcos conceptuales de nuestra metodología utilizan intervenciones cognitivas, conductuales y clínicas diseñadas para fomentar la responsabilidad prosocial mientras se internalizan nuevos valores, actitudes y comportamientos. El tratamiento y la recuperación son considerados un proceso de desarrollo.

La percepción de lo que se hace dentro de las Comunidades Terapéuticas, entre quienes no las conocen más de cerca, sigue siendo obsoleta y menos que completa. Quizás esto se deba a la naturaleza fluctuante de nuestro campo y al desafío de revisar, ajustar y perfeccionar nuestros servicios. Hemos afrontado este desafío de frente. Hemos dado respuesta aun cuando nos enfrentamos a medicamentos nuevos y más tóxicos.

Se actuó cuando la tendencia fue encarcelar en lugar de rehabilitar mediante la creación de programas de tratamiento en cárceles y prisiones. El creciente número de jóvenes en sistemas de cuidado de crianza, bienestar infantil y justicia juvenil fue otro desafío al que respondieron nuestros miembros. Los militares en servicio activo y veteranos regresan a casa con fatiga psíquica. Estamos orgullosos de decir que nuestras organizaciones miembro han enfrentado, una vez más, este desafío y están ofreciendo servicios específicos para veteranos en nuestras comunidades.

Aun así, seguimos cuestionando, buscando soluciones, aprendiendo, creciendo, adaptándonos, cambiando y ajustando. Adaptarse a los cambios demográficos de los clientes, las fluctuaciones del apoyo financiero, los cambios en las políticas públicas, las complejidades de los patrones de consumo y los nuevos sectores de población creados por factores sociales, económicos, políticos y ambientales.

El curso del cambio social está limitado únicamente por nuestra visión y por nuestro compromiso de llevarla a cabo.

Los miembros de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas seguirán esforzándose por marcar la diferencia.



Sushma D. Taylor, Ph.D.  
Presidente

### 1. SITUACIÓN MUNDIAL DEL FENÓMENO DE LAS DROGAS 2022

El consumo de drogas sigue teniendo una alta prevalencia en todo el mundo. Según el Informe Mundial sobre las Drogas 2022<sup>1</sup> ([click](#)) publicado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), alrededor de 296 millones de personas en todo el mundo (el 5,8% de la población mundial - 1 de cada 17 personas - entre 15 y 64 años), habían consumido drogas al menos una vez en 2021, un aumento del 23% con respecto a la década anterior (en parte debido al crecimiento de la población).

De estos, alrededor de 39,5 millones (alrededor del 13%) experimentan trastornos por consumo de drogas. Los opioides siguen siendo la principal droga que influye en la morbilidad mundial, mientras que una gran parte de los países señalan que el cannabis es la droga que más preocupa en cuanto a los trastornos por consumo de drogas.

Sin embargo, existen claras diferencias regionales en la “droga de impacto” reportada por las personas que inician un tratamiento contra la drogadicción. En Europa y la mayoría de las subregiones asiáticas, la droga principal más frecuente entre las personas en tratamiento son los opioides; en América Latina, el primario más frecuente es la cocaína, mientras que en algunas partes de África es el cannabis y en Asia oriental y sudoriental es la metanfetamina.

Está claro que los opioides siguen siendo la principal causa de muertes prematuras por sobredosis mortales (500.000 en 2019, un aumento del 17,5 % desde 2009) y un factor importante en los años de vida “saludable” perdidos debido a la discapacidad.

Solo 1 de cada 5 personas con trastornos por consumo de drogas recibió tratamiento farmacológico en 2021. La brecha de tratamiento empeoró debido a la pandemia de Covid-19. Desde que comenzó la pandemia, el 40% de los países que informan periódicamente a la UNODC informaron una disminución en el número de personas que buscan tratamiento por drogas, cifra que disminuyó aún más en 2021.

---

<sup>1</sup> <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>

Existen numerosas barreras para acceder al tratamiento y las mujeres son las más afectadas. Sólo 1 de cada 4 personas en tratamiento son mujeres.

Las mujeres representan más del 40% de las personas que consumen drogas farmacéuticas con fines no médicos, y casi 1 de cada 2 personas que consumen estimulantes de tipo anfetamínico (ETA), pero sólo 1 de cada 5 en tratamiento por ETA es una mujer.

Los jóvenes también tienen una gran representación en lo que respecta al consumo de drogas. En 2021, el 5,3% de los jóvenes de 15 a 16 años en todo el mundo (13,5 millones de personas) habían consumido cannabis en el último año.

Además, en el último Informe de la Oficina del Alto Comisionado sobre “Desafíos de derechos humanos al abordar y contrarrestar todos los aspectos del problema mundial de las drogas”<sup>2</sup> ([click](#)) publicado en septiembre de 2023, la ONU identificó la falta y el acceso desigual al tratamiento y la reducción de daños como uno de los principales desafíos ([más información aquí](#)).

Al mismo tiempo, es fundamental reducir las desigualdades y las brechas en el acceso al tratamiento y a servicios de salud amplios e inclusivos para minimizar las consecuencias sociales del consumo de drogas, especialmente para las poblaciones vulnerables y marginadas. Además, es necesario prestar especial atención y aumentar las políticas y programas de prevención, especialmente para los jóvenes.

Los trastornos por consumo de drogas y otras afecciones de salud mental están estrechamente interconectados: las afecciones de salud mental aumentan el riesgo de desarrollar trastornos por consumo de drogas, y las drogas plantean el riesgo de exacerbar los problemas de salud mental si se toman sin supervisión médica. Se estima que una de cada ocho personas en todo el mundo vive con una enfermedad mental diagnosticada, por lo que se ha convertido en una prioridad la necesidad de abordar los problemas de salud mental en la prevención y el tratamiento del consumo de drogas ([más información aquí](#)).

---

<sup>2</sup> <https://www.dianova.org/wp-content/uploads/2023/10/A-HRC-54-53-EN.pdf>

## 2. SOBRE LA WFTC

La Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC) es una asociación internacional, no gubernamental, que se dedica a crear coalición y redes colaborativas de sistemas sociales, educativos y terapéuticos que apoyan el modelo de atención de la Comunidad Terapéutica.

La WFTC es una amplia asociación global de miembros que aboga y promueve la comprensión de los principios y metodologías que rigen la metodología de la comunidad terapéutica.

La WFTC busca establecer iniciativas de aprendizaje social, foros entre países, colaboración intercultural y redes regionales. Además, la WFTC promueve el intercambio de información, datos, investigaciones, tendencias clínicas y estrategias innovadoras emergentes.

La WFTC promueve estándares de atención para la práctica, la calidad de los programas y los profesionales, al tiempo que interactúa con otras disciplinas profesionales y proporciona información sobre el modelo de tratamiento y recuperación de la Comunidad Terapéutica.

### **ORGANIZACIÓN DE LA WFTC**

La Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas está dividida en cinco áreas geográficas principales y opera a través de cuatro Comités Operativos.

#### **ÁREAS GEOGRÁFICAS**

1. Asociación de Comunidades Terapéuticas de Australasia (ATCA)
2. Federación Europea de Comunidades Terapéuticas (EFTC)
3. Federación de Comunidades Terapéuticas de Asia (FTCA)
4. Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT)
5. Comunidades de Tratamiento de América (TCA)

#### **COMITÉS OPERATIVOS**

1. Comité de Comunicación
2. Comité de Relaciones Internacionales
3. Comité de Membresía
4. Comité de Estándares

Para ver los países donde operan las Comunidades Terapéuticas, visite el enlace: [wftc.org](http://wftc.org) → OFFICERS & MEMEBRS

### 3.1 Asociación de Comunidades Terapéuticas de Australasia (ATCA)



**Presidente:** Gerard Byrne (Australia)  
**Sitio web:** [atca.com.au](http://atca.com.au)

La Asociación de Comunidades Terapéuticas de Australasia (ATCA) se formó en 1986 para representar los puntos de vista e intereses colectivos de organizaciones sin fines de lucro que brindan tratamiento para los problemas causados por el alcohol y otras drogas utilizando el Modelo de Comunidad Terapéutica en Australia y Nueva Zelanda. ATCA tiene 32 organizaciones miembro que operan 61 Comunidades Terapéuticas (CT) y servicios de tratamiento residencial.

En 2022, ATCA realizó algunos eventos promocionales para acercar a nuestros miembros. El Simposio ATCA se celebró el 23 de noviembre de 2022 en Brisbane. Los temas de la presentación incluyeron la creación de capital de recuperación basado en la comunidad y la capacitación ATCA para CTs. En mayo de 2022, la Junta de ATCA también se reunió en persona con miembros y miembros potenciales de Brisbane para discutir el trabajo de ATCA.

ATCA continúa enfocándose en la capacitación, que nuestros miembros continúan identificando como vital para el desarrollo de la fuerza laboral. La capacitación ATCA para CTs contribuye a fortalecer la fuerza laboral de AOD al permitir a los participantes ampliar sus habilidades y conocimientos en la teoría de CT y la práctica basada en evidencia. Este año, 111 personas completaron el curso de Capacitación ATCA para CTs y equipos de 11 CTs completaron el curso. Esto eleva el número total de personas que han participado en la Capacitación ATCA para CT a 548.

El tema de la 34ª Conferencia de ATCA en 2023 en Sídney fue *la Inclusión. Innovación. Impacto. Sostenibilidad*. La conferencia brindó a los asistentes la oportunidad de escuchar a líderes en las áreas de investigación, práctica clínica, promoción y puesta en servicio. Las visitas a los miembros locales y regionales se llevaron a cabo el 31 de octubre y la conferencia se celebró los días 1 y 2 de noviembre en el Mercure Sídney. Los detalles se pueden encontrar en nuestro sitio web: <https://atca.com.au/event/atca-conference-2023/>.



### 3.2 Federación Europea de Comunidades Terapéuticas (EFTC)

**Presidente:** Phaedon Kaloterakis (Grecia)

**Sitio web:** [eftc.ngo](http://eftc.ngo)



EFTC se fundó en 1981 en Dusseldorf, Alemania.

Su misión incluye apoyar y desarrollar un enfoque psicopedagógico para ayudar a los dependientes y sus familias a recuperar una vida libre de drogas, siempre que sea posible. Los miembros se comprometen a ayudar y permitir que cada comunidad o participante del proyecto se convierta en un miembro contribuyente de la sociedad y un modelo a seguir para las comunidades locales, independientemente del entorno social y político en el que residan.

Maximizar la implicación y participación de cada persona en su recuperación del uso problemático de sustancias. Este enfoque de autoayuda y comunidad como método aumenta el respeto por uno mismo y la dignidad de todos los clientes.

Todos los miembros de la federación en toda Europa ofrecen igualdad de oportunidades en materia de servicios de tratamiento, que son: apolíticos, no racistas, no explotadores y no violentos. La integridad de cada miembro del programa se valora en esta comunidad europea más amplia y en los Estándares y el Código de Ética de la EFTC. Recientemente, en 2022, la EFTC obtuvo el Estatus Consultivo Especial ante el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

La Comunidad Terapéutica es uno de los modelos más eficaces en el tratamiento de las adicciones. En las últimas décadas y a través de investigaciones rigurosas, ha surgido cada vez más evidencia que demuestra este punto. Parte de la efectividad de las Comunidades Terapéuticas se puede atribuir a su capacidad para adaptarse a diferentes contextos culturales y responder a las necesidades de poblaciones vulnerables.

El Informe WFTC 2023 manifiesta estas verdades fundamentales de una manera profunda y metódica.

Por último, los invito a todos a participar en la XIX Conferencia Asociación Europea de Comunidades Terapéuticas que se celebrará en la increíble ciudad de Gdansk, Polonia, en septiembre de 2024, organizada por la Federación Polaca de Comunidades Terapéuticas y EFTC.

### 3.3 Federación de Comunidades Terapéuticas de Asia (FTCA)

**Presidente:** Martín Infante (Filipinas)

**Sitio web:** [ftca.info](http://ftca.info)



Durante los tres años de pandemia, la FTCA logró cumplir su misión de “Ayudarnos unos a otros para ayudar a otros” en la región asiática, realizando un total de seis reuniones en línea vía Zoom. Los tres últimos se denominaron “Tiempo de Asesoría”.

Se solicitaron a los miembros preguntas sobre los desafíos en la ejecución de programas de CT y un panel de expertos respondió. Las sesiones fueron presididas por el presidente de la FTCA, Martín Infante, y moderadas por el asesor de la FTCA, Phaedon Kaloterakis.

#### Serie de Tiempo de Asesoría de la FTCA

- 1º Tiempo de Asesoría – Prácticas de CT | 30 de octubre de 2021

La primera edición abordó dudas sobre las prácticas de CT. Incluyó un discurso grabado en video del Dr. George De Leon.

- 2º Tiempo de Asesoría – Programa CT y Familias | 12 de febrero de 2022

El segundo de la serie aborda cuestiones sobre las modificaciones de las herramientas de CT, junto con el papel de las familias en la recuperación de los residentes.

- 3º Tiempo de Asesoría – Patología Dual en la CT | 23 de julio de 2022

El tercer tiempo abordó cuestiones sobre pacientes con patología dual y problemas de salud mental. Los psiquiatras con amplia participación en CT discutieron las condiciones, mientras que algunos graduados de CT con comorbilidades compartieron su trayectoria de recuperación.

### 2da Conferencia ALCA

FTCA planea realizar su 2<sup>da</sup> Conferencia Internacional en febrero de 2024 en Manila, Filipinas. El anuncio de esta conferencia se espera para los próximos meses.

### 3.4 Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT)



**Presidente:** Jorge Olivares Calderón (Chile)  
**Sitio web:** [federacionlatinoamericanaCT](http://federacionlatinoamericanaCT)

La Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, conocida como FLACT por sus siglas, es una fundación de interés privado, sin fines de lucro, creada en el año 1987 en Campinas-Brasil. En el Acta Fundacional de 1999, se consignan los siguientes objetivos:

- Congregar a las Federaciones Nacionales de Comunidades Terapéuticas (CT) de los países miembros que adhieran a los códigos y normas de ética de la WFTC y al modelo de CT.
- Colaborar con las Federaciones afiliadas en la consolidación y expansión de sus programas, prestándoles asistencia cuando sea necesario y de acuerdo con los medios disponibles y siempre favoreciendo el intercambio de experiencias entre sus miembros.
- Incentivar la formación de recursos humanos en todos los niveles, a través de la capacitación y entrenamiento de profesionales, no profesionales y voluntarios.
- Promover y/o estimular la realización de eventos de diferente índole como: congresos, conferencias, simposios, encuentros, reuniones científicas y otros, con el fin de divulgar, compartir y profundizar sus experiencias en lo que se refiere a la práctica del modelo de la CT.
- Incentivar y fortalecer la investigación de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, divulgando entre sus afiliados las informaciones relevantes.
- Gestionar recursos financieros con el fin de cumplir sus objetivos y propulsar la idea de autogestión en cada uno de sus afiliados.

- Colaborar con organismos internacionales, gubernamentales y/o particulares en programas de prevención integral, rehabilitación y reinserción social y políticas relacionadas con el uso y abuso de sustancias psicoactivas y trastornos conexos.
- Incidir en el estudio y propuestas de políticas nacionales e internacionales relacionadas con prevención y tratamiento de la farmacodependencia en todas las poblaciones afectadas y especialmente referidas a los niños y a su entorno social.

En la actualidad cuenta con 12 países miembros activos; que por medio de sus Federaciones permiten agremiar más de 500 CT. El estudio denominado “Mapeo y diagnóstico de la situación técnica actual y de recursos de las comunidades terapéuticas afiliadas a la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT, 2023)” contó con la participación de 12 países y 444 CT asociadas. A su vez, es importante recalcar que la FLACT, está brindando apoyo para que países inactivos de Latinoamérica puedan formar y/o reactivar sus Federaciones nacionales.

La Junta Directiva 2022 -2024, en su marco estratégico y con el fin de responder a las necesidades actuales, se propone:

- Validar el modelo CT, por medio de la instauración de procesos de gestión de la calidad en los tratamientos.
- Potenciar y apoyar los procesos de acreditación de las CT en los países respectivos.
- Velar por el respeto a los derechos humanos en cada una de las CT afiliadas.

#### **Y asume los desafíos de:**

- Elaborar, traducir y difundir la “Guía de estándares de buenas prácticas para prestadores de servicios de tratamiento por consumo de drogas en el modelo de CT”.

- Elaborar y divulgar el estudio “Mapeo y diagnóstico de la situación técnica actual y de recursos de las CT afiliadas a la FLACT.
- Fortalecer el trabajo en red con Proyecto Hombre u otras organizaciones.
- Realizar el Congreso Mundial de CTs en Brasil 2024.

### 3.5 Comunidades de Tratamiento de América (TCA)



**Presidente:** Edward C. Carlson (EE.UU.)

**Sitio web:** [Treatmentcommunitiesofamerica.org](https://treatmentcommunitiesofamerica.org)

TCA es un consorcio de más de 600 programas de tratamiento que brindan una variedad de servicios integrados que incluyen: atención primaria y preventiva, extensión, educación, evaluación, derivación y seguimiento; desintoxicación y gestión de crisis; tratamiento residencial con apoyo de cuidados posteriores; servicios ambulatorios; terapia familiar; servicios de salud mental; asistencia profesional y colocación laboral; vivienda de emergencia, de transición y permanente con servicios de apoyo.

#### **Defensa federal de la TCA: política y financiación para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias**

En 2022, TCA trabajó para educar a los legisladores sobre la necesidad y urgencia de ampliar el acceso a servicios de tratamiento integrales y basados en evidencia para los trastornos por uso de sustancias (TUS) y programas de tratamiento complementarios que se basen en la continuidad de una atención integral.

La TCA defiende inversiones significativas en la Subvención Global para Servicios de Prevención, Tratamiento y Recuperación del Uso de Sustancias (SUPTRS), mientras Estados Unidos experimentaba niveles récord de muertes por sobredosis de opioides y una nueva ola de muertes relacionadas con la proliferación de fentanilo ilícito.

TCA continuó construyendo su reputación como un recurso confiable y bien informado sobre el tratamiento y las políticas de TUS en el Capitolio, especialmente en relación con la proliferación de fentanilo y estimulantes en todo Estados Unidos, lo que aumenta la urgencia de brindar y ampliar el acceso a la atención. La TCA organiza una reunión mensual sobre políticas públicas, que permite a los miembros



obtener actualizaciones en tiempo real sobre las actividades y la legislación del Capitolio.

**La TCA llevó a cabo reuniones virtuales con miembros del Congreso y colaboradores.**

La TCA ha llevado a cabo sólidos esfuerzos de divulgación y educación como parte de su trabajo de promoción federal en el Capitolio, realizando dos rondas de visitas virtuales al Capitolio durante cuatro días durante 2022, en junio y noviembre.

Los Virtual Hill Days ofrecieron a los programas de TCA la oportunidad de reunirse con miembros y personal para abogar por mejoras a la subvención en bloque y la consideración de la Ley MIND y otra asistencia de exclusión de IMD de Medicaid, brindando apoyo a la fuerza laboral de tratamiento de TUS y otros temas prioritarios.

### **TCA produce documentos técnicos sobre telesalud y fuerza laboral en TUS**

TCA ha formado dos nuevos grupos de trabajo para investigar, actualizar y presentar artículos de opinión sobre dos temas que han sido de alta prioridad, que también se han visto profundamente afectados por la pandemia de COVID.

Los grupos de trabajo se reunieron periódicamente a lo largo de 2022 y desarrollaron documentos técnicos sobre los siguientes temas: *Fuerza laboral para el tratamiento del trastorno por uso de sustancias y uso de la telesalud en el tratamiento del TUS.*

TCA explica el uso, las aplicaciones prácticas y las mejores prácticas de la telesalud en el campo del trastorno por uso de sustancias (TUS) hasta la fecha y explora direcciones futuras para la política de telemedicina, incluidos los desafíos que enfrenta su uso ampliado, el impacto en el servicio al cliente y la efectos en el sistema de salud estadounidense.

### **Congresista honrado con el Premio Charlie Devlin en el evento de la TCA organizado por el Director Nacional de Políticas de Drogas**

En septiembre de 2022, los miembros de la TCA se reunieron en una recepción virtual para celebrar décadas de defensa federal en apoyo de las personas que superan los trastornos por uso de sustancias, así como para honrar a un legislador merecedor con el Premio Charlie Devlin a la Excelencia, un premio que se otorga cada año a un legislador que ha ejemplificado lo que significa servir y contribuir al campo de los TUS.

Este premio lleva el nombre del ex presidente de TCA, Charlie Devlin, quien pasó más de 50 años en recuperación y trabajó incansablemente en nombre de millones de personas y familias cuyas vidas se vieron afectadas por el uso de alcohol y otras drogas. El representante David Trone de Maryland recibió el premio por todo su arduo trabajo y liderazgo en el avance del campo de los TUS, y el Dr. Rahul Gupta, director de la Oficina de Política Nacional de Control de Drogas, fue el orador principal.

### **TCA honra el legado de Richard Pruss con becas para el desarrollo de la fuerza laboral**

Como una forma de apoyar a nuestra fuerza laboral y honrar el excelente trabajo de Richard Pruss, en 2019, TCA estableció la Beca de Desarrollo Profesional Richard Pruss.

Cada año, la beca se otorga a hasta cinco personas que trabajan en el campo de los TUS, lo que TCA cree firmemente marcará una profunda diferencia y apoyará el desarrollo profesional de personas talentosas que trabajan para avanzar en sus carreras en el campo del tratamiento de los TUS.

Las becas fueron anunciadas y presentadas durante la Recepción Legislativa de Otoño en septiembre de 2022, donde los miembros de la TCA escucharon a los

beneficiarios comentar sobre el impacto de la beca para ayudarlos a avanzar en sus profesiones.

### **Miembros de TCA presentes en la Conferencia de la WFTC en Nueva Delhi, India**

En diciembre de 2022, varios miembros de la TCA, incluido el presidente y director ejecutivo de la TCA, asistieron a la 28ª Conferencia Mundial de Comunidades Terapéuticas de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC): Una visión para el futuro.

Varios miembros de la TCA, incluidos Amity Foundation, Centerpoint, Integrity House, Odyssey House Louisiana, Odyssey House New York y Stay'N Out/NYTC también presentaron en la Conferencia sobre el modelo CT.

#### 4. ESTE INFORME

El Comité de Comunicación de la WFTC ha estado pensando en formas de resaltar el trabajo positivo de nuestras federaciones y de todos nuestros programas de miembros individuales para que podamos mostrar el impacto que nuestros programas tienen en todo el mundo.

El “Informe Mundial de la WFTC” constituye una indicación de nuestra identidad y función, un resumen de nuestras metas, propósitos y objetivos, una aclaración de nuestra prestación de servicios, una identificación de quiénes son los usuarios de estos servicios y una presentación de los resultados alcanzados.

El Informe Mundial de la WFTC tiene como objetivo comunicar:

- **Nuestra visión:** unirnos en una asociación mundial de intercambio, comprensión y cooperación dentro del Movimiento Global de CTs.
- **Nuestro objetivo:** aumentar el reconocimiento y la aceptación del enfoque de Comunidad Terapéutica entre las organizaciones de salud y los sistemas de prestación de salud de organismos nacionales e internacionales.
- **Nuestra universalidad e inclusión:** representación de los 5 continentes y provisión de información de un gran número de países y servicios.
- **Nuestra ética y principios.**
- **Nuestro enfoque holístico:** utilizamos todas las disciplinas, incluidos los servicios médicos, psiquiátricos y sociales, así como proveedores de servicios profesionales capacitados en CT.
- **Nuestra confiabilidad profesional:** brindar intercambio, comprensión, orientación y cooperación a nuestros miembros y a la sociedad en general.

Este informe es un trabajo que depende únicamente del invaluable aporte y experiencia recibidos de las Federaciones y sus miembros que trabajan

incansablemente para mejorar la salud y el bienestar de las personas que enfrentan la adicción.

En la Conferencia Mundial de la WFTC en Nueva Delhi, India, en diciembre de 2022, lanzamos la **primera edición del Informe Mundial de la WFTC** ([clic aquí](#)), que pudimos utilizar con fines informativos y promocionales.

Esta es la segunda edición del Informe Mundial de la WFTC, elaborado e implementado en colaboración con las 5 Federaciones continentales que componen su estructura funcional.

Tras la gran repercusión que tuvo el 1<sup>er</sup> Informe a nivel mundial, nos planteamos realizar una investigación más completa y profunda este año, con el objetivo de acercarnos al panorama real de las CT miembros de la WFTC.

La preparación de la nueva investigación se llevó a cabo en un esfuerzo conjunto de los miembros del Comité de Comunicación de la WFTC, con el objetivo de cubrir las especificidades de cada región, como se puede ver en el Anexo 1.

Algunos de los datos recopilados fueron comparados con el año anterior, y muchos otros son datos inéditos a nivel global, que podrán compararse con futuras ediciones de este Informe.

La investigación se llevó a cabo en línea, utilizando un cuestionario de entrevista de Google Forms, de modo que completar los datos fuera sencillo para los participantes. Este formulario, así como todo el material promocional y explicativo, estuvo disponible en tres idiomas: inglés, español y portugués.

Luego de su liberación, se dio un plazo de 45 días para que cada Federación regional difundiera el formulario entre sus CT miembros, para que cumplimentaran los datos solicitados.

Vencido el plazo, los datos de cada región fueron enviados a las respectivas Federaciones regionales, para validar si todas las CTs que respondieron al cuestionario pertenecían a la red regional, así como para comprobar posibles errores de llenado, datos repetidos o posibles divergencias cualitativas y cuantitativas con la realidad reconocida por los líderes regionales.

Luego del proceso de validación de los datos iniciales, las Federaciones regionales devolvieron los datos corregidos y comentados, con los cuales se elaboró la versión final de la planilla de datos para análisis.

Estos datos fueron analizados de forma descriptiva, como se verá a continuación, comparando los datos compatibles con los del 1<sup>er</sup> Informe, separando los datos por región y país.

Una vez completado el análisis, los resultados preliminares se presentaron en una reunión del Comité de Comunicación y se enviaron para su validación a todos los miembros de la Junta Directiva y del Comité de Comunicación. Estos datos también fueron enviados a Asesores Internacionales, para la validación técnica de los resultados obtenidos.

Como podemos observar, este Informe es el resultado del esfuerzo conjunto de muchos actores de diversos países y regiones, quienes buscaron resaltar el monumental esfuerzo que las CTs alrededor del mundo realizan diariamente en busca de un mundo mejor para quienes sufren, directa o indirectamente, debido al consumo de drogas.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Total de organizaciones encuestadas

Después de un gran esfuerzo de todas las Federaciones regionales y locales, tuvimos un número muy importante de organizaciones encuestadas. Fueron **301 organizaciones**, de **40 países** y de las **seis regiones** del mundo: Europa, América del Norte, América Latina y el Caribe (ALC), Asia, Oceanía y África.

Figura 1 - Total de organizaciones encuestadas en todo el mundo



Comparando esta investigación con la anterior, en la primera edición de este Informe tuvimos 127 CT de 26 países y 5 regiones, lo que representa un **gran aumento** del 228% para los CT y del 153,8% para los países, como podemos ver en la siguiente tabla.

Tabla 1 - Total de organizaciones encuestadas por región (2023-2022)

Región	2023		2022		Aumentar	
	n	%	n	%	n	%
ALC	225	74,8%	73	55,3%	152	308,2%
Europa	40	13,3%	16	12,1%	24	250,0%
América del Norte	19	6,3%	21	15,9%	-2	-9,5%
Asia	12	4,0%	17	12,9%	-5	-29,4%
Oceanía	4	1,3%	5	3,8%	-1	-20,0%
África	1	0,3%	0	0,0%	1	-
<b>Total</b>	<b>301</b>	<b>100%</b>	<b>132</b>	<b>100%</b>	<b>169</b>	<b>228%</b>

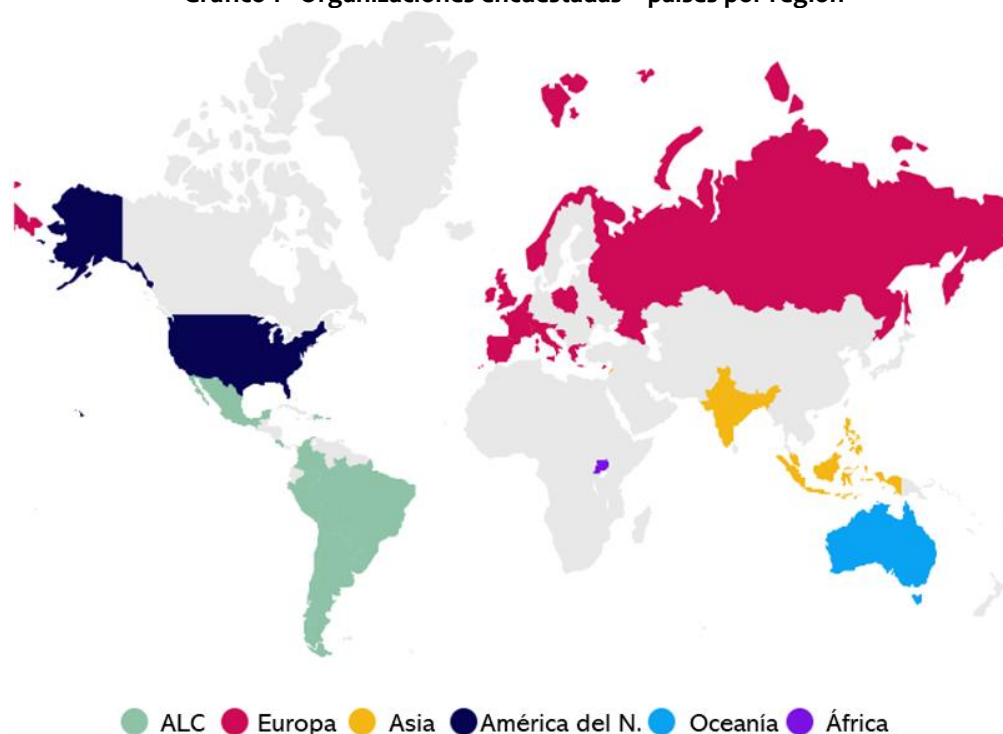
Las regiones con los aumentos más significativos fueron América Latina y el Caribe (308%) y Europa (250%). En la primera edición, África no participó y en esta edición, África solo tuvo una CT encuestada. Es un puntapié inicial para el continente africano e intentaremos difundirlo aún más en regiones con menos representación el próximo año.

En relación al total de países por región, el mayor aumento se dio en Europa (188,9%) y América Latina y el Caribe (171,4%), como podemos ver en la siguiente tabla.

Tabla 2 - Total de países por región (2023-2022)

Región	2023		2022		Aumentar	
	n	%	n	%	n	%
Europa	17	42,5%	9	34,6%	8	188,9%
ALC	12	30,0%	7	26,9%	5	171,4%
Asia	8	20,0%	8	30,8%	0	0,0%
América del Norte	1	2,5%	1	3,8%	0	0,0%
Oceanía	1	2,5%	1	3,8%	0	0,0%
África	1	2,5%	0	0,0%	1	-
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>153,8%</b>

Gráfico 1 - Organizaciones encuestadas – países por región





En el siguiente gráfico podemos ver el total de CTs por país. Cuanto más oscuro el país, más CTs encuestadas tuvo.

Gráfico 2 - Total de organizaciones encuestadas por país



Debido a que algunas organizaciones que tenían más de un servicio específico de CT respondieron como uno solo, les pedimos que informaran el número total de servicios de CT para poder mostrar un panorama real de todos los servicios de CT por región.

La **Asociación Proyecto Hombre** en España informó 28 servicios, la **Federación Italiana de CT (FICT)** informó 43 servicios y algunas CTs en **Brasil** informaron un total de 13 servicios adicionales.

Luego de esta actualización tuvimos un total de **383 CTs**, lo que representa un aumento significativo del **290%**, considerando que nuestra primera expectativa era un aumento del 25% en el número de organizaciones encuestadas. En todo el análisis descriptivo siguiente utilizamos el primer número de 301 CTs como total.

Tabla 3 - Total de CT por región (2023-2022) después de la actualización

Región	2023		2022		Aumentar	
	n	%	n	%	n	%
ALC	238	62,1%	73	55,3%	165	326,0%
Europa	109	28,5%	16	12,1%	93	681,3%
América del Norte	19	5,0%	21	15,9%	-2	-9,5%
Asia	12	3,1%	17	12,9%	-5	-29,4%
Oceanía	4	1,0%	5	3,8%	-1	-20,0%
África	1	0,3%	0	0,0%	1	-
<b>Total</b>	<b>383</b>	<b>100%</b>	<b>132</b>	<b>100%</b>	<b>251</b>	<b>290,2%</b>

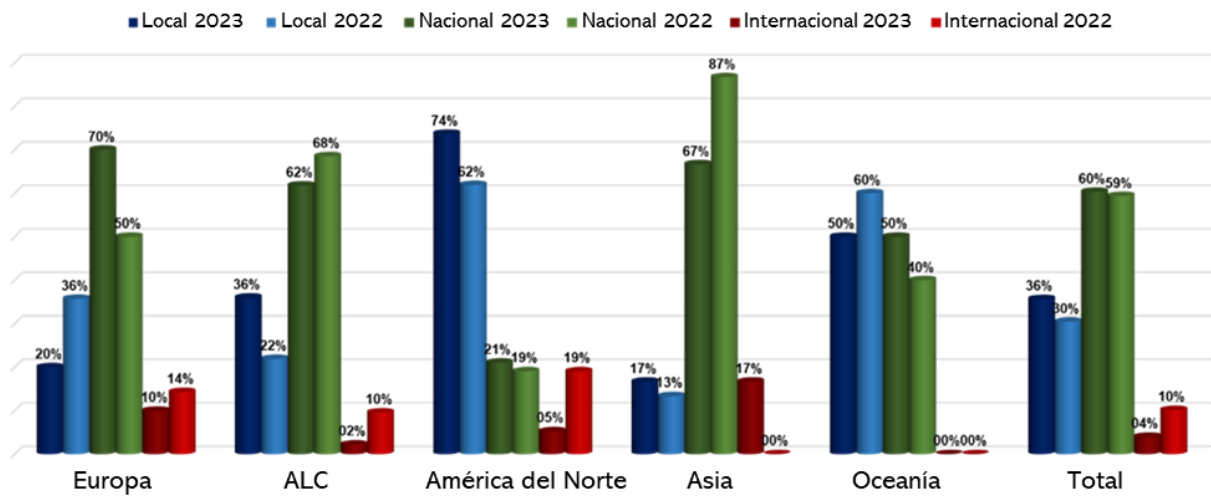
### 5.2 Alcance del trabajo

El alcance del trabajo se dividió en tres categorías: local, nacional e internacional. Estos datos también se recogieron en el primer estudio, por lo que fue posible comparar los datos de 2022 con los actuales.

Esta información puede estar relacionada con el tamaño de la organización, considerando que las organizaciones mayores tienen más probabilidades de realizar trabajos nacionales e internacionales.

La mayoría de las organizaciones tenía un alcance de trabajo nacional (n=182; 60,5%) y sólo el 4% (n=12) tenía un alcance de trabajo internacional.

Gráfico 3 - Alcance del trabajo por región (2023-2022)



### 5.3 Tipo de trabajo realizado

En esta pregunta, las organizaciones tuvieron que elegir entre tres categorías:

- **Base:** la organización mantiene y opera instalaciones o servicios que brindan educación, prevención, tratamiento y atención de apoyo que mejora la adicción, la pobreza, la falta de vivienda, el desempleo y la dislocación social.
- **Abogacía:** la organización mantiene una relación con los formuladores de políticas, los gobiernos nacionales e internacionales y otras organizaciones en el campo, representa a otras organizaciones en el contexto regional e internacional.
- **Base y Abogacía**

Estos datos también se recogieron en la primera encuesta, por lo que fue posible comparar los datos de 2022 con los datos actuales.

La mayoría de las CTs (n=217; 72,1%) informaron trabajo de Base, especialmente en América Latina y el Caribe (n=185; 82,2%). La región con mayor trabajo de Abogacía fue América del Norte (n=2; 10,5%), seguida de Europa (n=3; 7,5%).

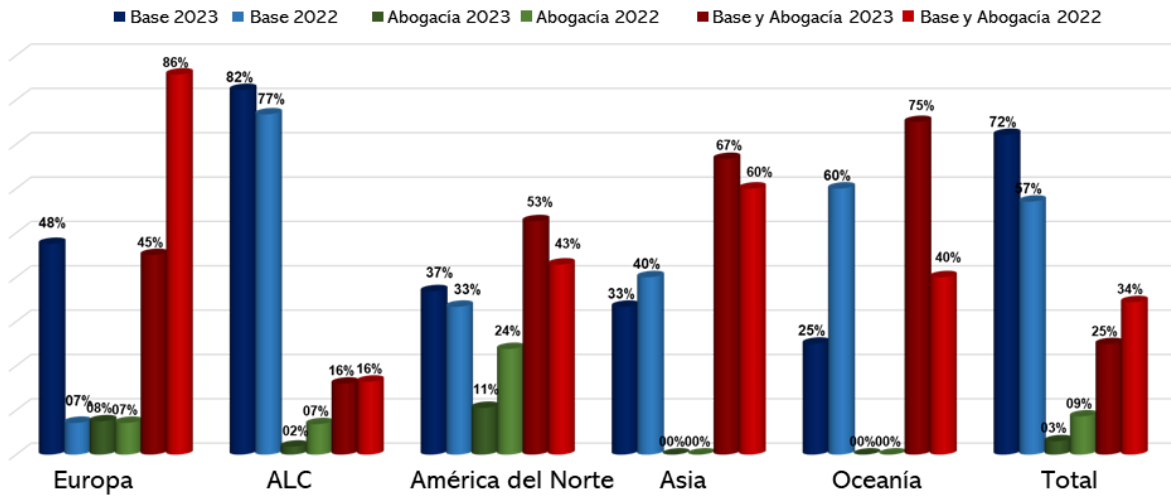
Estos datos muestran la necesidad de una mayor participación política por parte de las CTs en todo el mundo, centrándose en aumentar la participación y la voz de todo el movimiento global de CTs.

Tabla 4 - Tipo de trabajo realizado por región (2023)

Región	Base		Abogacía		Base y abogacía	
	n	%	n	%	n	%
Europa	19	47,5%	3	7,5%	18	45,0%
ALC	185	82,2%	4	1,8%	36	16,0%
América del Norte	7	36,8%	2	10,5%	10	52,6%
Asia	4	33,3%	0	0,0%	8	66,7%
Oceanía	1	25,0%	0	0,0%	3	75,0%
África	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>72,1%</b>	<b>9</b>	<b>3,0%</b>	<b>75</b>	<b>24,9%</b>

En esta comparación de datos, África no fue incluida porque no participó en la primera encuesta.

**Gráfico 4 - Tipo de trabajo realizado por región (2023-2022)**



### 5.4 Número de trabajadores

En este ítem, las organizaciones tuvieron que elegir entre tres categorías:

- < 10
- 10 a 50
- > 50

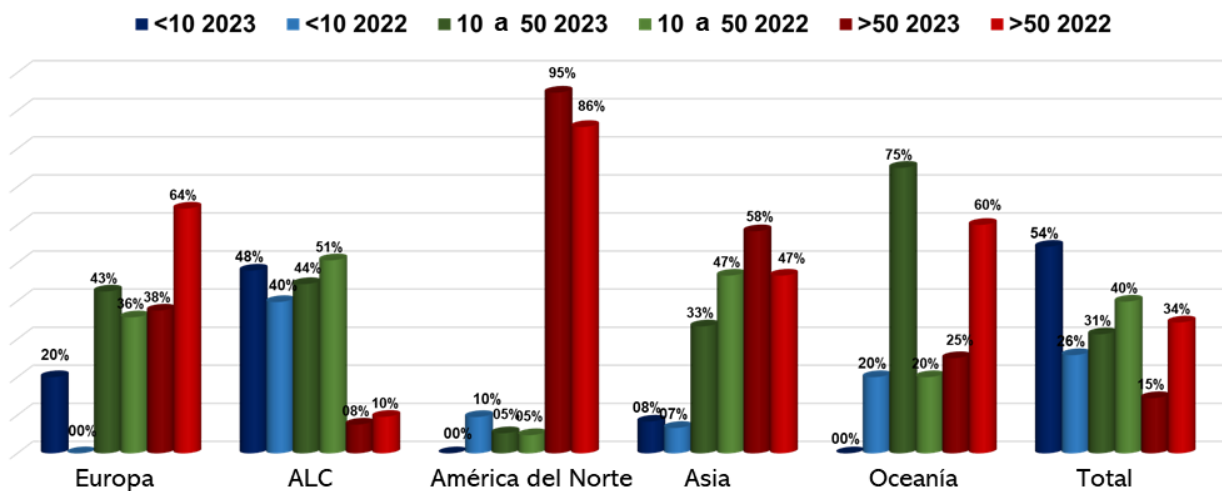
América del Norte (n=18; 94,7%) y Asia (n=7; 58,3%) tuvieron las organizaciones más grandes con más de 50 trabajadores. América Latina y el Caribe tuvo la mayor cantidad de organizaciones menores (n=108; 48%), con menos de 10 trabajadores.

Estos datos muestran algo que ya apareció en la última encuesta, y es que ALC tiene organizaciones menos desarrolladas. En la sección 5.3 pudimos ver que ALC tuvo más trabajo de Base (n=185; 82,2%), lo que también podría explicar esto.

Al comparar los datos de 2022 y 2023, pudimos observar un aumento en las CTs mayores en América del Norte (86 % a 95 %) y Asia (47 % a 58 %), pero esto puede deberse a una disminución en el número de organizaciones encuestadas en estas regiones.

Está claro que hubo menos organizaciones grandes en Total (34% a 15%), Europa (64% a 38%) y Oceanía (60% a 25%) en esta encuesta. En América Latina y el Caribe se mantuvieron los índices para todas las categorías.

Gráfico 5 - Número de trabajadores por región (2023-2022)



### 5.5 Fuente de financiación

En esta pregunta, las organizaciones debían seleccionar una o más de estas siete categorías:

- Financiación privada solidaria (empresas, fundaciones, ONG, etc.)
- Financiación pública (financiación local)
- Financiación pública (financiación federal)
- Financiación internacional
- Seguro de salud
- Donantes individuales
- Financiado por la familia del cliente o por el propio cliente

El objetivo de esta pregunta era conocer cómo las CTs alrededor del mundo obtienen recursos para financiar su trabajo, ya que los problemas financieros son una de las amenazas más comunes, que hacen que el trabajo sea muy desafiante y, en algunos casos, inviable.

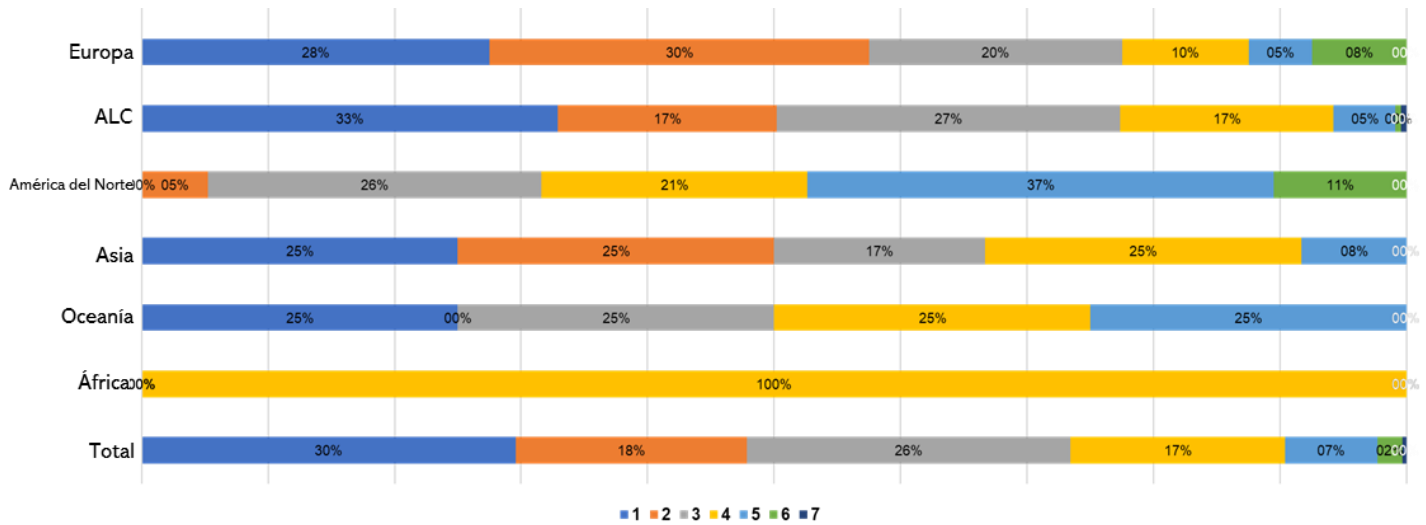
En el gráfico a seguir podemos ver cuántas fuentes de financiación, de las siete anteriores, seleccionaron las CTs.

Casi el 30% del total (n=89; 29,6%) tenía una sola fuente de financiación, el 18,3% (n=55) tenía dos y el 25,6% (n=77) tenía tres fuentes de financiación. Esto significa que 3/4 de las CTs (n=177; 73,4%) tenían pocas fuentes de financiación.

Está claro que menos fuentes de financiación producen una mayor probabilidad de que la CT pueda experimentar problemas financieros. Si la CT pierde una de estas fuentes, no tendrá muchas otras formas de financiación, lo que hará que el trabajo sea inseguro, inestable e insostenible, especialmente para proyectos de largo plazo.

La región con mayor número de fuentes de financiación fue América del Norte, donde ninguna CT tenía una sola fuente de financiación y el 48% tenía cuatro o cinco fuentes de financiación.

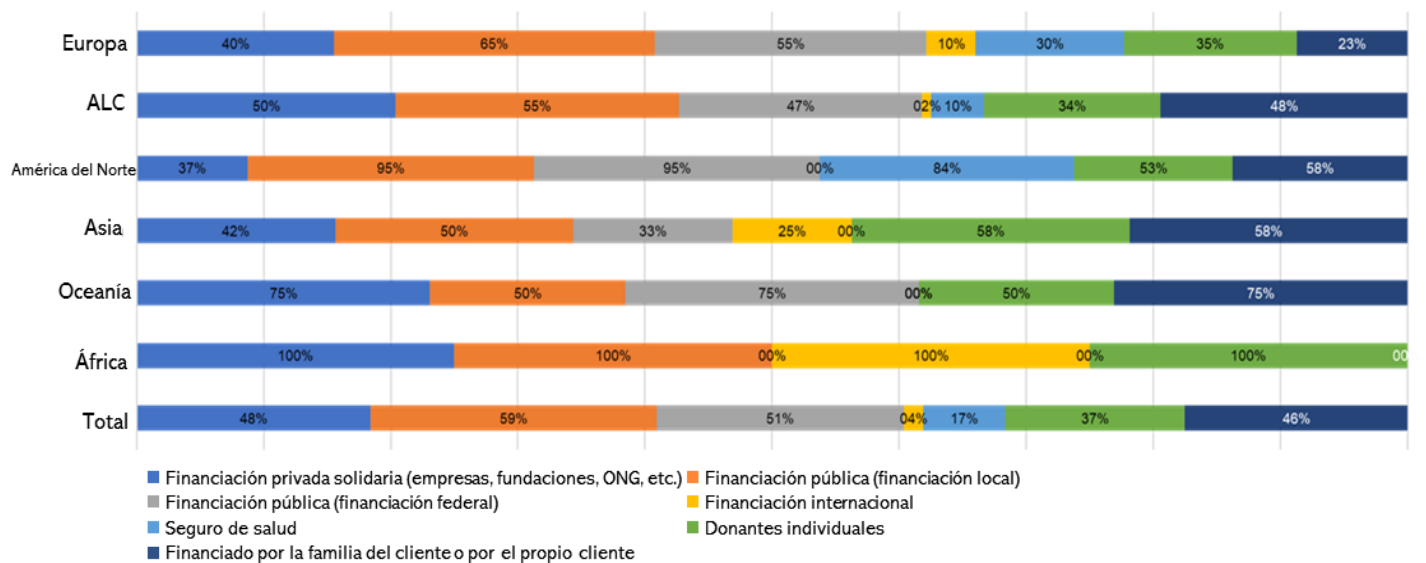
Gráfico 6 - Número de fuentes de financiación por región



Como podemos ver en el gráfico anterior, solo una CT en esta encuesta informó contar con las 7 fuentes de financiación (en ALC), y menos del 10% del total (n=29; 9,6%) reportó cinco o más fuentes de financiación.

En el gráfico siguiente podemos ver que las principales fuentes de financiación fueron: Financiación pública (financiación local) (n=177; 58,8%); Financiación pública (financiación federal) (n=153; 50,8%); Financiación privada solidaria (empresas, fundaciones, ONG, etc.) (n=145; 48,2%) y Financiado por la familia del cliente o por el propio cliente (n=138; 45,8%). La fuente de financiación de Seguro de Salud fue más común en América del Norte (n=16; 84,2%) y Europa (n=12; 30,0%).

Gráfico 7 - Fuentes de financiación por región



### 5.6 Población objetivo

En este ítem, las organizaciones debían seleccionar una o más de estas diez categorías, considerando la población objetivo al que llegan sus programas:

- Niños
- Adolescentes
- Adultos
- Ancianos
- VIH-SIDA
- En prisión
- Sin hogar
- Inmigrantes
- Refugiados
- LGBTQIA+

Es importante saber dónde y cómo las minorías y poblaciones específicas pueden obtener atención y tratamiento adecuados. Históricamente, era más común que las CTs ofrecieran tratamiento sólo a hombres adultos.

Como podemos ver en el gráfico siguientes, en total, los adultos fueron la población objetivo más registrada (n=291; 96,7%). Las otras poblaciones objetivo más frecuentes fueron los adolescentes (n=115; 38,2%) y las personas sin hogar (n=126; 41,9%).

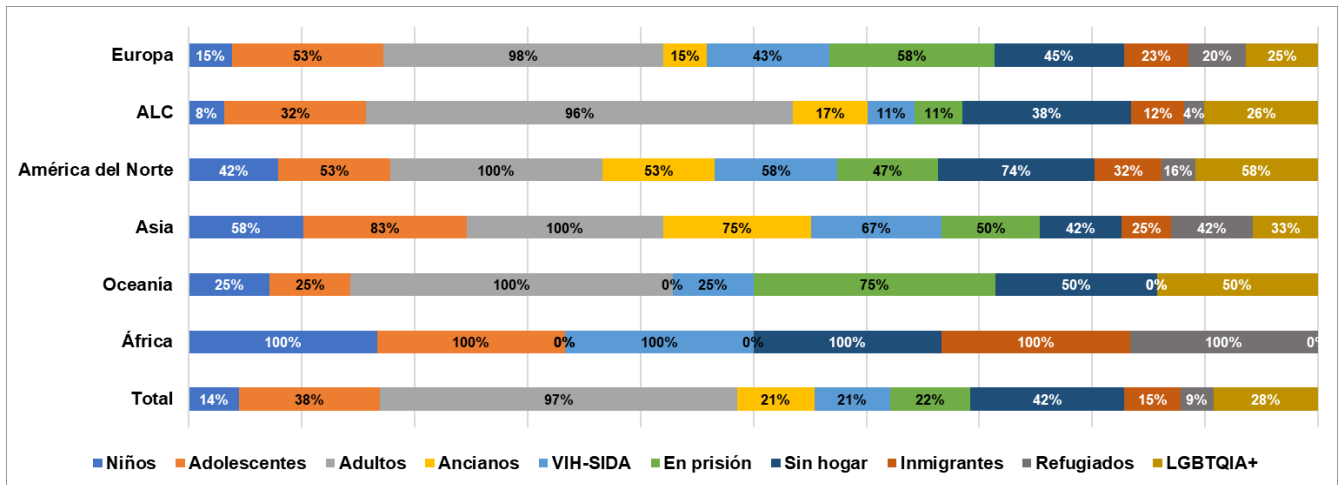
Los servicios para niños fueron solo el 13,6% (n=41), con solo una población objetivo por debajo (Refugiados: n=27; 9,0%). Las regiones con la tasa más alta de servicios para niños fueron Asia (n=7; 58,3%) y América del Norte (n=8; 42,1%).

Los servicios para adolescentes tuvieron tasas más altas en Asia (n=10; 83,3%), América del Norte (n=10; 52,6%) y Europa (n=21; 52,5%).

LGBTQIA+ pudieron recibir atención en el 28,2% (n=85) de las CT encuestadas, lo cual es un número prometedor, considerando que se trata de una nueva población específica para las CTs. Esto muestra el progreso del movimiento mundial de CTs para llegar a poblaciones específicas en respuesta al panorama rápidamente cambiante y en evolución de los problemas relacionados con las drogas.



Gráfico 8 - Población objetivo por región

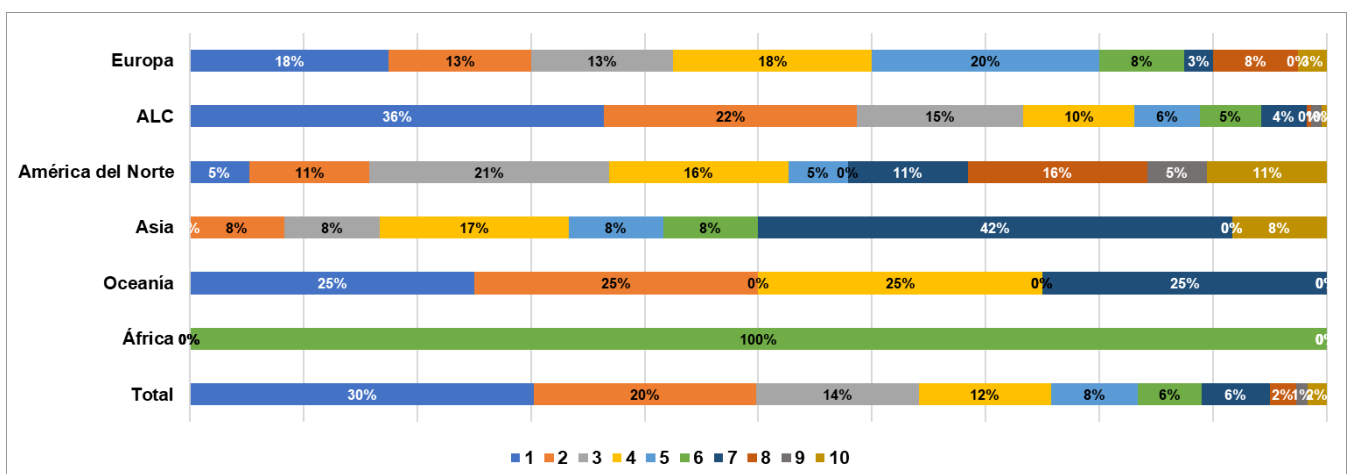


Como cada CT pudo seleccionar más de una población objetivo atendida por sus servicios, pudimos verificar que la mitad de las CTs encuestadas informaron tener solo una (n=91; 30,2%) o dos (n=59; 19,6%) poblaciones objetivo.

América del Norte, Asia y Europa tenían tasas de poblaciones objetivo mejor distribuidas. En Asia, ninguna CT tuvo una sola población objetivo, en América del Norte sólo el 5,3% (n=1) y en Europa el 17,5% (n=7).

Sólo cinco CTs (1,7%) informaron tener las 10 poblaciones objetivo.

Gráfico 9 - Número de poblaciones objetivo por región



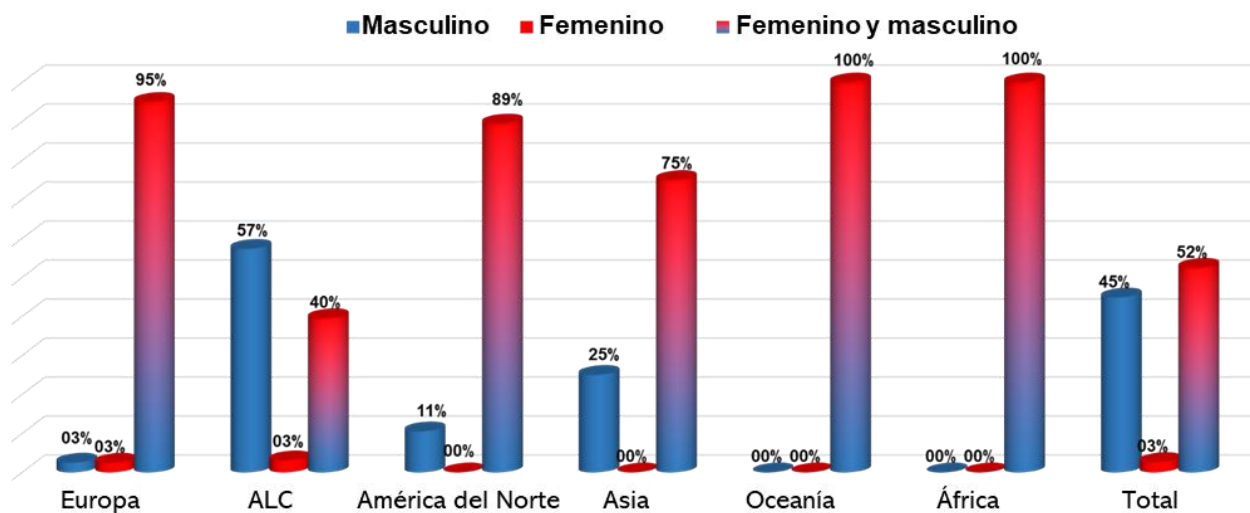
## 5.7 Género de la población objetivo

En esta pregunta, las organizaciones tuvieron que responder si tienen unidades de tratamiento solo para hombres, solo para mujeres o ambas. En el caso de ambos, esto no significa que la misma unidad ofrezca tratamiento para hombres y mujeres. Significa que la organización tiene instalaciones diferentes para cada género.

Como podemos ver en el gráfico a continuación, excepto en América Latina y el Caribe, en todas las regiones la gran mayoría de las CTs ofrecen tratamiento masculino y femenino. Aunque, como ya destacamos en la Sección 1, el Informe Mundial sobre Drogas 2022 de la UNODC mostró que casi no hay servicios para mujeres en comparación con los de hombres.

Los servicios exclusivos para mujeres no fueron representativos (n=8; 2,7%) y solo se ofrecieron en Europa y América Latina y el Caribe.

Gráfico 10 - Género de la población objetivo por región



### 5.8 Dispositivos

En esta pregunta, las organizaciones tuvieron que seleccionar una o más de estas cuatro categorías:

- Tratamiento residencial (CT)
- Tratamiento ambulatorio (CT y otros)
- Dispositivos de reducción de daños
- Dispositivos de vivienda (Casas de medio camino, Casas de post tratamiento)

Las CTs originales sólo ofrecían tratamiento residencial en la mayoría de los países donde estaban presentes. Sin embargo, en las últimas décadas fueron surgiendo CTs modificadas, con diferentes programas y distintos tiempos de tratamiento.

En este proceso de cambio, las CTs comenzaron a ofrecer otros tipos de cuidado, como programas ambulatorios, programas de reducción de daños y programas de vivienda.

Por eso en esta pregunta preguntamos sobre estos otros tipos de dispositivos de tratamiento. Es importante aclarar que en este ítem el foco es contar con dispositivos específicos para cada tipo de programa. Por ejemplo, si la organización brinda atención de reducción de daños en programas de calle, pero no cuenta con instalaciones específicas para ello, la organización no podrá seleccionar el dispositivo de Reducción de Daños.

En total, el 89,4% (n=269) ofrecían dispositivos de tratamiento residencial, el 56,5% (n=170) dispositivos de tratamiento ambulatorio, el 22,9% (n=69) dispositivos de reducción de daños y el 27,2% (n=82) ofrecían dispositivos de vivienda.

Es importante destacar que **casi una cuarta parte de las CTs encuestadas informaron tener dispositivos específicos para reducción de daños**. Estos datos muestran que, globalmente, las CTs están evolucionando para estar cada vez más centradas en la persona y adaptarse a sus necesidades, en una lógica de atención continua.

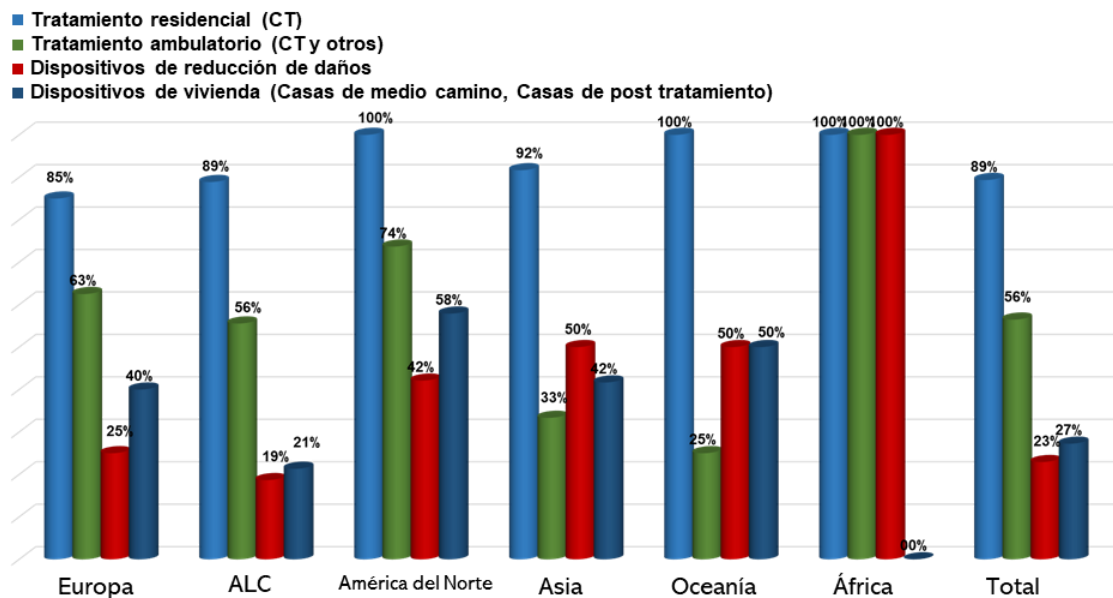
Debido a esto, las CTs han ido desarrollando sus programas con el fin de adaptarse a las necesidades más urgentes de sus poblaciones objetivo, más allá de fronteras ideológicas y políticas.

Los dispositivos de reducción de daños fueron más presentes en Asia (50,0%; n=6) y América del Norte (42,1%; n=8). Incluso con tasas más bajas en América Latina y el Caribe (18,7%), pudimos encontrar un número de 42 CTs con dispositivos de reducción de daños, incluso siendo esta una región menos desarrollada, e a pesar de no ser la heroína la principal droga consumida en la región, ya que es la droga más asociada a los programas de reducción de daños.

Los dispositivos de tratamiento ambulatorio estuvieron más presentes en América del Norte (73,7%; n=14) y Europa (62,5%; n=25).

Los dispositivos de vivienda fueron más comunes en América del Norte (57,9%; n=11).

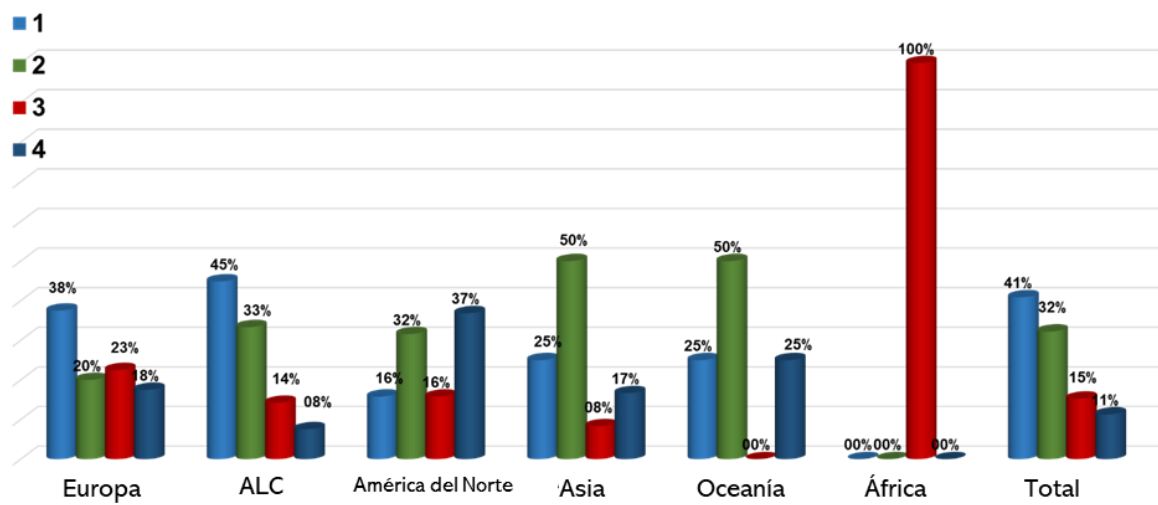
**Gráfico 11 - Dispositivos de tratamiento por región**



Como cada CT podía seleccionar más de un dispositivo de tratamiento, pudimos saber cuántos dispositivos de tratamiento diferentes tenía la organización encuestada.

La mayoría de las organizaciones contaba con un solo dispositivo de tratamiento (n=123; 40,9%), el 32,2% (n=97) tenía dos, el 15,3% (n=46) tenía tres y sólo el 11,3% (n=34) tenía los cuatro dispositivos de tratamiento propuestos.

Gráfico 12 - Número de dispositivos de tratamiento por región



### 5.9 Tiempo promedio propuesto para el tratamiento

En esta pregunta, las organizaciones debían seleccionar una de estas cuatro categorías:

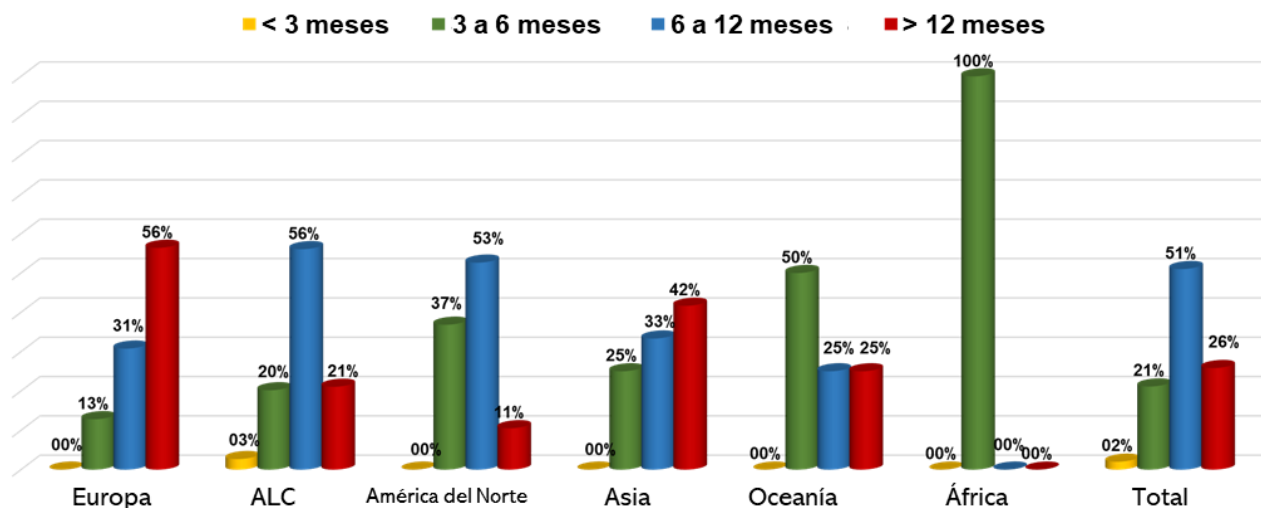
- < 3 meses
- 3 a 6 meses
- 6 a 12 meses
- > 12 meses

En esta pregunta queremos saber cuántas CTs de cada región han adaptado sus programas a esta nueva tendencia.

Como podemos observar en el gráfico a continuación, la mayoría de las CTs contaban con programas de tratamiento con una duración de 6 a 12 meses (n=152; 51,0%), y este tiempo propuesto fue más reportado en América Latina y el Caribe (n=125; 56,1%) y en América del Norte (n=10; 52,6%).

Los programas más largos (más de 12 meses) fueron más reportados en Europa (n=22; 56,4%) y Asia (n=5; 41,7%). Es importante resaltar que los programas más largos no implican necesariamente internaciones más prolongadas, ya que un programa puede ofrecer tratamiento residencial y ambulatorio, dependiendo de la fase. Los programas más cortos (menos de 3 meses) sólo aparecieron en América Latina y el Caribe, con sólo el 2% (n=6) del total (2,7% en ALC).

Gráfico 13 - Tiempo promedio de tratamiento propuesto por región



### 5.10 Ubicación de la CT

En esta pregunta, las organizaciones debían seleccionar una de estas tres categorías:

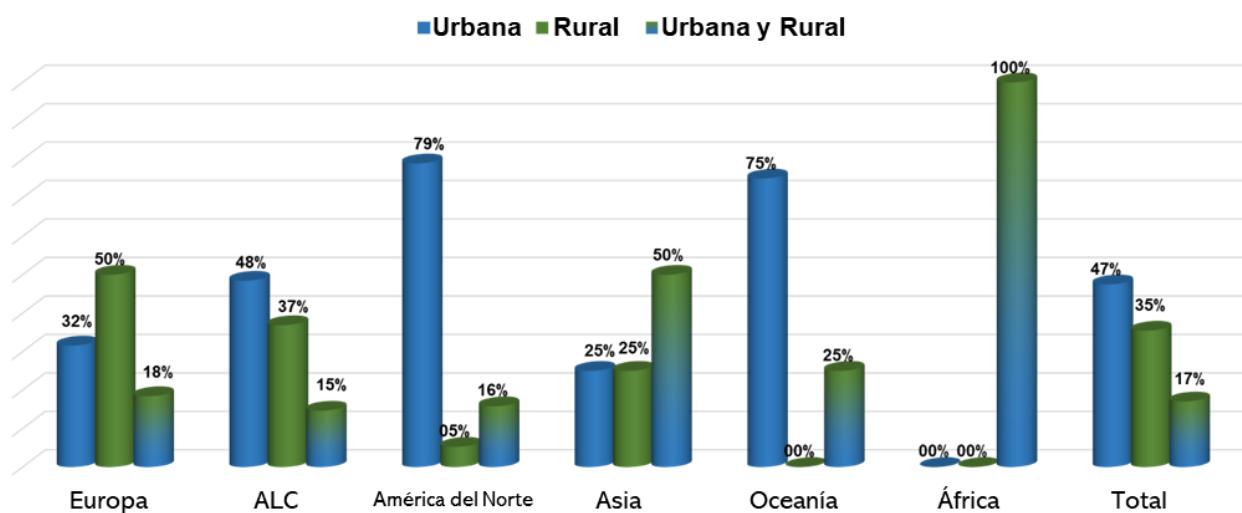
- Urbana
- Rural
- Urbana y rural

En esta pregunta tuvimos un resultado expresivo en el que casi la mitad de las CTs (n=142; 47,5%) reportaron tener ubicación urbana y el 17,1% (n=51) ambas. Sólo el 35,5% (n=106) de las CTs encuestadas informaron tener únicamente ubicaciones rurales.

Las ubicaciones exclusivamente urbanas fueron más reportadas en América del Norte (n=15; 78,9%) y Oceanía (n=3; 75,0%).

Europa fue la única región con más ubicación rural (n=19; 50,0%).

Gráfico 14 - Ubicación de la CT por región



### 5.11 Religiosidad

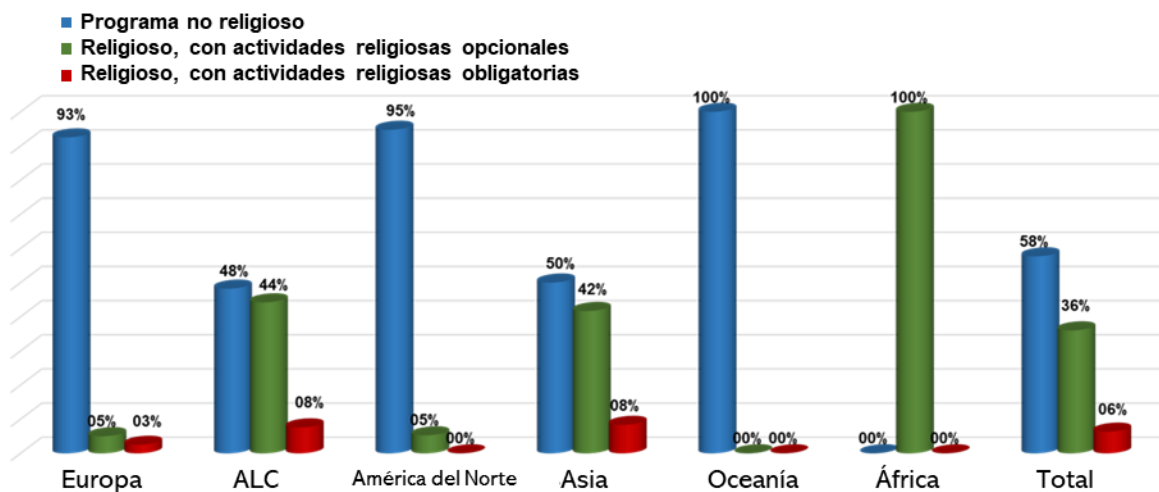
En esta pregunta, las organizaciones debían seleccionar una de estas tres categorías:

- Programa no religioso
- Religioso, con actividades religiosas opcionales
- Religioso, con actividades religiosas obligatorias

Más de la mitad de las CTs informaron tener programas no religiosos (n=173; 57,7%). Las regiones con más programas religiosos fueron América Latina y el Caribe (n=116; 51,8%) y Asia (n=6; 50,0%), considerando CTs con actividades religiosas obligatorias y opcionales.

En Oceanía no hubo CTs con programas religiosos, en Europa solo hubo tres CTs (7,5%) y en América del Norte solo una (5,3%), considerando CTs con actividades religiosas obligatorias y opcionales.

Gráfico 15 - Religiosidad por región





### 5.12 Equipo

En esta pregunta, las organizaciones debían seleccionar uno o más de estos nueve profesionales:

- Psicólogo
- Trabajador social
- Consejeros (ex adictos o no)
- Médico (general)
- Psiquiatra
- Enfermero
- Educador Físico
- Administrativo/financiero
- Otros

Durante el desarrollo de las CT, especialmente en las últimas dos décadas, diferentes y más variados profesionales pasaron a formar parte del equipo y de las actividades cotidianas, mejorando así los programas de las CTs modernas.

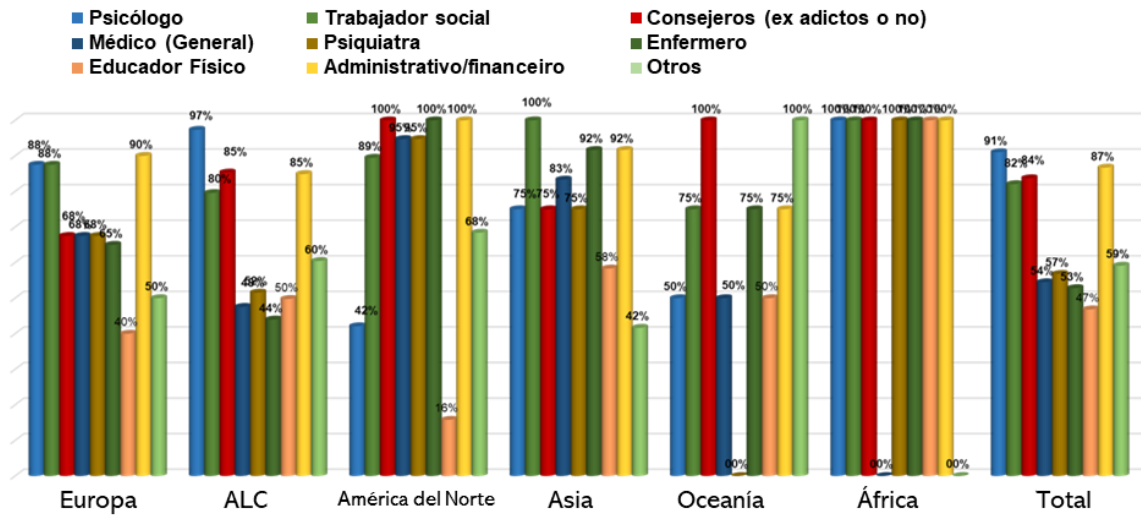
Para simplificar el llenado del formulario, no preguntamos cuántos profesionales de cada tipo tenían las CTs, por lo que aquí solo debían seleccionar si contaban o no con estos profesionales en sus equipos.

Como podemos observar en el gráfico a continuación, los profesionales más presentes fueron: Psicólogo (n=274; 91,0%); Administrativo/financiero (n=261; 86,7%), Consejeros (n=252; 83,7%) y Trabajadores Sociales (n=247; 82,1%).

Los Psicólogos estuvieron menos presentes en América del Norte (n=8; 42,1%) y Oceanía (n=2; 50,0%).

Los Médicos y Psiquiatras estuvieron más presentes en América del Norte (n=18; 64,7% ambos) y en Asia (n=10; 83,3%; n=9; 75,0%).

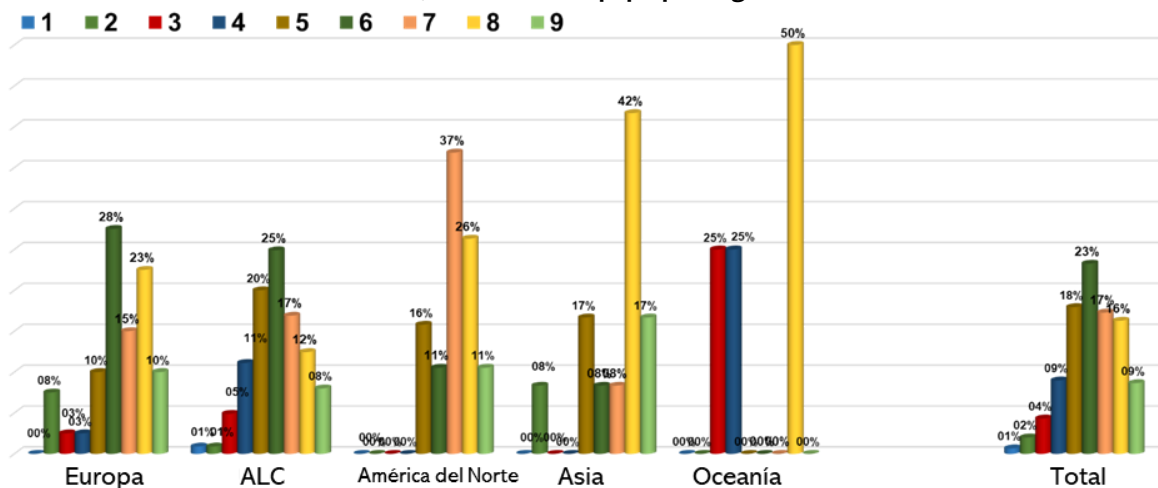
Gráfico 16 - Equipo por región



Como cada CT podía seleccionar más de un tipo de profesional, pudimos recolectar información sobre la cantidad de diferentes profesionales que tenían las CTs. Más del 80% de las CTs informaron tener cinco o más profesionales diferentes en su equipo.

Esto es realmente importante considerando que, hasta hace poco, y aún hoy, las CTs son vistas a menudo como modelos de tratamiento no profesional por muchos grupos asociados con las políticas de drogas y los servicios de salud.

Gráfico 17- Número de equipo por región



### 5.13 Personas atendidas y alcanzadas

En esta última sección presentamos el resultado más importante, que es el número de personas atendidas y alcanzadas. Para obtener este número, preguntamos a las CTs sobre dos resultados diferentes:

**a. Número de personas que recibieron servicios en CT por parte de su organización en 2022.**

El número que recibió servicios incluye a las personas directamente atendidas por su organización en los servicios de CT.

**b. Número de personas alcanzadas por su organización en 2022.**

El número de personas alcanzadas debe incluir el número de personas que recibieron servicios junto con las personas que han sido “tocadas” por su organización. Esto puede incluir programas de prevención, divulgación en la calle, miembros de la familia, actividades educativas y aquellos que tuvieron contacto para recibir alimentos, vivienda y vestimenta, por ejemplo. Sin embargo, no se debe incluir a las personas alcanzadas a través de acciones de comunicación (redes sociales, campañas de concientización, etc.) ya que estas cifras pueden alterar el número total y desdibujar los datos que nos gustaría mostrar.

En la primera encuesta, preguntamos sobre las personas atendidas y alcanzadas en una pregunta única. En esta encuesta tuvimos dos preguntas distintas, para poder separar el trabajo directo de la CTs (pregunta a = atendidas) y el trabajo complementario (pregunta b = alcanzadas).

En total, tuvimos más de 300 mil personas atendidas y casi un millón y medio de personas alcanzadas, totalizando más de 1.700.000 personas atendidas y alcanzadas por las CTs de la WFTC en todo el mundo.

Figura 2- Número total de personas atendidas y alcanzadas



Como podemos ver la tabla a continuación, América Latina y el Caribe fue la región con más personas atendidas, representando más del 60% del total (n=212.342; 62,6%). Europa fue la región con más personas alcanzadas, representando casi la mitad del total (n=657.894; 46,0%).

**Tabla 5 - Total de personas atendidas y alcanzadas por región**

Región	Total de personas atendidas		Total de personas alcanzadas	
	n	%	n	%
ALC	212,342	62,6%	280.049	19,6%
América del Norte	72.601	21,4%	366.968	25,6%
Europa	34.276	10,1%	657.894	46,0%
Asia	17.893	5,3%	121.916	8,5%
Oceanía	1.844	0,5%	2.812	0,2%
África	200	0,1%	2.000	0,1%
<b>Total</b>	<b>339.156</b>	<b>100%</b>	<b>1.431.639</b>	<b>100%</b>

Comparamos estos resultados con los de la última encuesta, sumando ambos resultados y comparándolos con el de aquella, y encontramos resultados prometedores y positivos en este aumento de personas atendidas y alcanzadas.

El aumento más notable se produjo en Europa, con un aumento de 612.960 personas atendidas y alcanzadas (un aumento del 873,8%), seguida de América Latina y el Caribe, con un aumento de 379.328 personas atendidas y alcanzadas (un aumento del 435,5%).

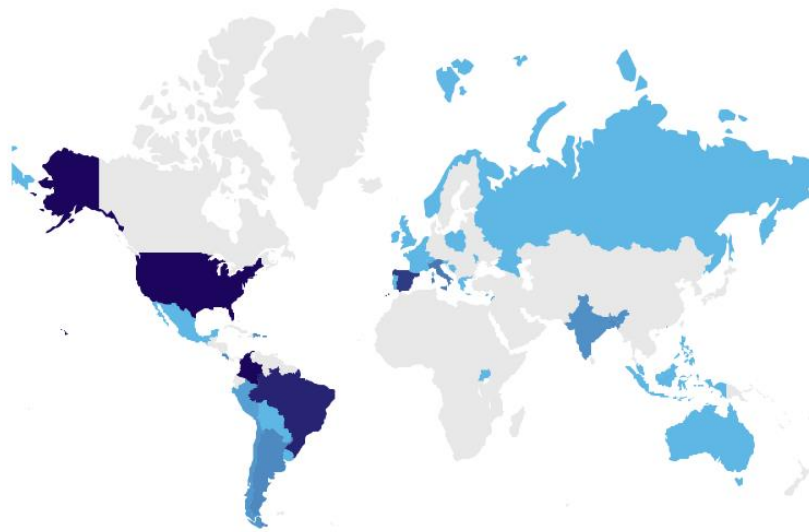
En total tuvimos un aumento de 1.184.965 personas atendidas y alcanzadas, lo que significa un significativo aumento del 302,3%.

**Tabla 6 - Total de personas atendidas y alcanzadas por región (2023-2022)**

Región	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
Europa	692.170	39,1%	79.210	13,5%	612.960	873,8%
ALC	492.391	27,8%	113.063	19,3%	379.328	435,5%
América del Norte	439.569	24,8%	276.795	47,2%	162.774	158,8%
Asia	139.809	7,9%	88.532	15,1%	51.277	157,9%
Oceanía	4.656	0,3%	28.230	4,8%	-23.574	-83,5%
África	2.200	0,1%	0	0,0%	2.200	-
<b>Total</b>	<b>1.770.795</b>	<b>100%</b>	<b>585.830</b>	<b>100%</b>	<b>1.184.965</b>	<b>302,3%</b>

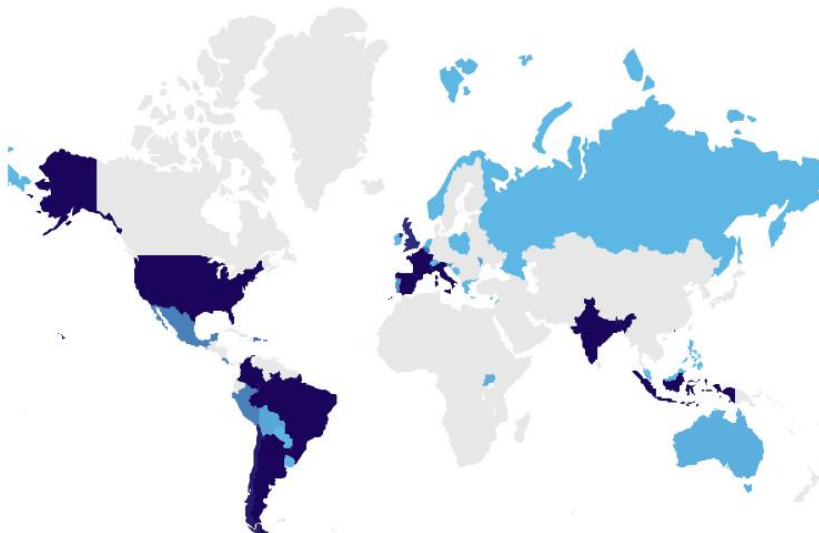
En relación a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver el gráfico sobre el número total de personas que recibieron servicios (personas atendidas), en el que cuanto más oscuro es el país, más personas atendidas.

Gráfico 18- Número total de personas atendidas por país



A continuación, podemos ver el gráfico del número total de personas alcanzadas por las organizaciones. Cuanto más oscuro es el país, más personas alcanzadas.

Gráfico 19- Número total de personas alcanzadas por país



### CONCLUSIONES

Esta segunda edición del Informe Mundial de la WFTC tuvo un aumento significativo del 153% en los países y del 290% en las organizaciones encuestadas e incluyó a África, que no participó de la primera edición. En total, tuvimos 383 participantes de 40 países de las seis regiones del mundo. Sin embargo, aún tenemos que seguir difundiendo, anunciando y publicitando este trabajo para dar visibilidad a esta encuesta en los próximos años.

En 2022, las CTs encuestadas por la WFTC atendieron a más de 300.000 individuos y alcanzaron a casi un millón y medio de personas, lo que constituye un indicio alentador de la relevancia del movimiento de las CTs en todo el mundo.

Como se mostró en el primer informe, hay organizaciones más grandes en América del Norte y Europa, pero la mayoría de las organizaciones encuestadas tenían sede en América Latina y el Caribe.

Estas organizaciones, en su mayoría ubicadas en países menos desarrollados económicamente, pueden tener menos influencia en el escenario político, ya que suele haber menos trabajo de defensa y colaboración entre organizaciones no gubernamentales y gubernamentales. Es urgente apoyar a estas organizaciones para que adquieran más influencia política en sus países y regiones.

La financiación es otro nodo crítico en este campo y constituye un reto importante al que se enfrentan muchas CTs de países menos desarrollados económicamente. La labor de promoción podría mejorar los programas de financiación y contribuir a garantizar la continuidad, mejora y sostenibilidad en la eficacia de los programas.

Los programas para niñas y niños siguen siendo escasos, y las mujeres siguen estando infrarrepresentadas en la distribución por sexos de los programas. Este es un punto crítico, y solicitamos al movimiento mundial de CTs que se mejore la disponibilidad de programas exclusivos para mujeres y así, disponer de una red de servicios más completa.

Resulta prometedor que casi una cuarta parte de las CTs encuestadas dispusieran de dispositivos de reducción de daños, lo que demuestra que las CTs

están desarrollando sus programas para adaptarse a las necesidades más urgentes de sus poblaciones objetivo más allá de las fronteras ideológicas y políticas.

Otro elemento alentador es la presencia significativa y multidisciplinar de distintos profesionales en la mayoría de los equipos de las CTs, lo que demuestra que las CTs contemporáneas están orientándose hacia la profesionalización de sus servicios.

Para concluir, esta Segunda Edición del Informe Mundial de CTs pone de relieve los continuos y monumentales esfuerzos que las CTs de todo el mundo realizan para trabajar en la creación de un mundo mejor, apoyando quienes sufren, directa o indirectamente, los problemas causados por el consumo de drogas.

No somos la única solución. Sin embargo, estamos seguros de que las CTs están marcando la diferencia para cientos de miles de personas en todo el mundo. Seguiremos adaptando y mejorando nuestros servicios para poder continuar nuestra labor de apoyo a las personas en el futuro.