



WFTC

FEDERACIÓN MUNDIAL
DE COMUNIDADES
TERAPÉUTICAS

INFORME MUNDIAL
Nº 2 - 2023



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

RESUMEN EJECUTIVO.....	7
MENSAJE DE LA PRESIDENTA	11
1. SITUACIÓN MUNDIAL DEL FENÓMENO DE LAS DROGAS 2022.....	15
2. SOBRE LA WFTC	17
ORGANIZACIÓN DE LA WFTC	18
3.1 Asociación de Comunidades Terapéuticas de Australasia (ATCA).....	19
3.2 Federación Europea de Comunidades Terapéuticas (EFTC)	20
3.3 Federación de Comunidades Terapéuticas de Asia (FTCA)	22
3.4 Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT) 24	
3.5 Comunidades de Tratamiento de América (TCA)	27
4. ESTE INFORME	31
5. RESULTADOS.....	34
5.1 Total de organizaciones encuestadas	34
5.2 Alcance del trabajo	40
5.3 Tipo de trabajo realizado.....	43
5.4 Número de trabajadores.....	47
5.5 Fuente de financiación	51
5.6 Población objetivo	56
5.7 Género de la población objetivo	62
5.8 Dispositivos	65
5.9 Tiempo promedio propuesto para el tratamiento	72
5.10 Ubicación de la CT	76
5.11 Religiosidad	80
5.12 Equipo	84
5.13 Personas atendidas y alcanzadas	90
5.13.1 Personas atendidas por género de la población objetivo	99
5.13.2 Personas atendidas por ubicación de la CT	102
5.13.3 Personas atendidas según la religiosidad	105
5.13.4 Personas atendidas por tiempo promedio propuesto para el	
tratamiento.....	108
5.13.5 Personas atendidas por número de equipo	111
CONCLUSIONES.....	114
ANEXO 1 – CUESTIONARIO	116
SECCIÓN 1 – DATOS INSTITUCIONALES	116
SECCIÓN 2 – DATOS DEL SERVICIO.....	117
SECCIÓN 3 – SÓLO PARA CTs	118
ANEXO 2 – LISTA DE CTs ENCUESTADAS.....	119
Europa.....	119
América Latina y el Caribe	120
Asia	126
América del Norte	126
Oceanía.....	127
África	127

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Total de organizaciones encuestadas por región (2023-2022).....	34
Tabla 2 - Total de países por región (2023-2022)	35
Tabla 3 - Total de CT por región (2023-2022) después de la actualización ...	37
Tabla 4 - Total de CTs por país en América Latina y el Caribe (2023-2022) después de la actualización	37
Tabla 5 - Total de CTs por país en Europa (2023-2022) después de la actualización.....	38
Tabla 6 - Total de CTs por país en Asia (2023-2022)	39
Tabla 7 - Alcance del trabajo por región (2023).....	40
Tabla 8 - Alcance del trabajo por país en América Latina y el Caribe	40
Tabla 9 - Alcance del trabajo por país en Europa	41
Tabla 10 - Alcance del trabajo por país en Asia	41
Tabla 11 - Alcance del trabajo por región (2023-2022).....	42
Tabla 12 - Tipo de trabajo realizado por región (2023)	43
Tabla 13 - Tipo de trabajo realizado por país en América Latina y el Caribe	44
Tabla 14 - Tipo de trabajo realizado por país en Europa	44
Tabla 15 - Tipo de trabajo realizado por país en Asia.....	45
Tabla 16 - Tipo de trabajo por región (2023-2022).....	46
Tabla 17 - Número de trabajadores por región (2023)	47
Tabla 18 - Número de trabajadores por país en América Latina y el Caribe ..	48
Tabla 19 - Número de trabajadores por país en Europa	48
Tabla 20 - Número de trabajadores por país en Asia.....	49
Tabla 21- Número de trabajadores por región (2023-2022)	50
Tabla 22 - Número de fuentes de financiación por región.....	52
Tabla 23 - Fuentes de financiación por región.....	53
Tabla 24 - Población objetivo por región.....	57
Tabla 25 - Número de poblaciones objetivo por región	58
Tabla 26 - Género de la población objetivo por región	63
Tabla 27 - Género de la población objetivo por país en América Latina y el Caribe	63
Tabla 28 - Género de la población objetivo por país en Europa	64
Tabla 29 - Género de la población objetivo por país en Asia	64
Tabla 30 - Dispositivos de tratamiento por región.....	67
Tabla 31 - Dispositivos de tratamiento por país en América Latina y el Caribe	67
Tabla 32 - Dispositivos de tratamiento por país en Europa.....	68
Tabla 33 - Dispositivos de tratamiento por país en Asia	68
Tabla 34 - Número de sitios de tratamiento por región	69
Tabla 35 - Número de dispositivos de tratamiento por país en América Latina y el Caribe	70
Tabla 36 - Número de dispositivos de tratamiento por país en Europa	70
Tabla 37 - Número de dispositivos de tratamiento por país en Asia.....	71
Tabla 38 - Tiempo promedio de tratamiento propuesto por región	73
Tabla 39 - Tiempo promedio de tratamiento propuesto por país en América Latina y el Caribe.....	74
Tabla 40 - Tiempo promedio de tratamiento propuesto por país en Europa ..	74
Tabla 41 - Tiempo promedio de tratamiento propuesto por país en Asia	75

Tabla 42 - Ubicación de la CT por región	77
Tabla 43 - Ubicación de la CT por país en América Latina y el Caribe	78
Tabla 44 - Ubicación de la CT por país en Europa	78
Tabla 45 - Ubicación de la CT por país en Asia	79
Tabla 46 - Religiosidad por región.....	81
Tabla 47 - Religiosidad por país en América Latina y el Caribe	82
Tabla 48 - Religiosidad por país en Europa.....	82
Tabla 49 - Religiosidad por país en Asia	83
Tabla 50 - Equipo por región.....	85
Tabla 51 - Número de equipo por región	86
Tabla 52 - Total de personas atendidas y alcanzadas por región	91
Tabla 53 - Total de personas atendidas y alcanzadas por región (2023-2022)	91
Tabla 54 - Total de personas atendidas y alcanzadas por país en América Latina y el Caribe.....	93
Tabla 55 - Total de personas atendidas y alcanzadas por país en América Latina y el Caribe (2023-2022).....	93
Tabla 56 - Total de personas atendidas y alcanzadas por país en Europa	95
Tabla 57 - Total de personas atendidas y alcanzadas por país en Europa (2023-2022)	95
Tabla 58 - Total de personas atendidas y alcanzadas por país en Asia.....	97
Tabla 59 - Total de personas atendidas y alcanzadas por país en Asia (2023- 2022)	97
Tabla 60 - Número total de personas atendidas por región y género de la población objetivo	100
Tabla 61 - Número total de personas atendidas por género de la población objetivo en América Latina y el Caribe	100
Tabla 62 - Número total de personas asistidas por género de la población objetivo en Europa	101
Tabla 63 - Número total de personas asistidas por género de la población objetivo en Asia	101
Tabla 64 - Número total de personas atendidas por región y ubicación de la CT	103
Tabla 65 - Total de personas atendidas por ubicación de la CT en América Latina y el Caribe.....	103
Tabla 66 - Total de personas atendidas por la ubicación de la CT en Europa	104
Tabla 67 - Total de personas atendidas por la ubicación de la CT en Asia .	104
Tabla 68 - Total de personas atendidas por región y religiosidad.....	106
Tabla 69 - Número total de personas atendidas por religiosidad en América Latina y el Caribe.....	106
Tabla 70 - Número total de personas atendidas por religiosidad en Europa	107
Tabla 71 - Número total de personas atendidas por religiosidad en Asia....	107
Tabla 72 - Total de personas atendidas por región y tiempo promedio propuesto para el tratamiento.....	109
Tabla 73 - Número total de personas atendidas por tiempo promedio propuesto para el tratamiento en América Latina y el Caribe	109
Tabla 74 - Número total de personas atendidas por tiempo promedio propuesto para el tratamiento en Europa	110

Tabla 75 - Número total de personas atendidas por tiempo promedio propuesto para el tratamiento en Asia.....	110
Tabla 76 - Número total de personas atendidas por región y número de equipo	112
Tabla 77 - CTs encuestadas de Europa.....	119
Tabla 78 - CTs encuestadas de América Latina y el Caribe	120
Tabla 79 - CTs encuestadas de Asia	126
Tabla 80 - CTs encuestadas de América del Norte	126
Tabla 81 - CTs encuestadas de Oceanía.....	127
Tabla 82 - CTs encuestadas de África	127

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Organizaciones encuestadas – países por región.....	35
Gráfico 2 - Total de organizaciones encuestadas por país	36
Gráfico 3 - Alcance del trabajo por región (2023-2022).....	42
Gráfico 4 - Tipo de trabajo realizado por región (2023-2022)	45
Gráfico 5 - Número de trabajadores por región (2023-2022)	49
Gráfico 6 - Número de fuentes de financiación por región	52
Gráfico 7 - Fuentes de financiación por región.....	53
Gráfico 8 - Fuente de financiación por país en América Latina y el Caribe ...	54
Gráfico 9 - Número de fuentes de financiación por país en América Latina y el Caribe.....	54
Gráfico 10 - Fuente de financiación por país en Europa.....	54
Gráfico 11 - Número de fuentes de financiación por país en Europa	55
Gráfico 12 - Fuente de financiación por país en Asia	55
Gráfico 13 - Número de fuentes de financiación por país en Asia	55
Gráfico 14 - Población objetivo por región.....	57
Gráfico 15 - Número de poblaciones objetivo por región	58
Gráfico 16 - Población objetivo por región y país en América Latina y el Caribe.....	59
Gráfico 17 - Número de poblaciones objetivo por región y país en América Latina y el Caribe.....	59
Gráfico 18 - Población objetivo por región y país en Europa.....	60
Gráfico 19 - Número de poblaciones objetivo por región y país en Europa ...	60
Gráfico 20 - Población objetivo por región y país en Asia	60
Gráfico 21 - Número de poblaciones objetivo por región y país en Asia.....	61
Gráfico 22 - Género de la población objetivo por región	62
Gráfico 23 - Dispositivos de tratamiento por región.....	66
Gráfico 24 - Número de dispositivos de tratamiento por región	69
Gráfico 25 - Tiempo promedio de tratamiento propuesto por región	73
Gráfico 26 - Ubicación de la CT por región	77
Gráfico 27 - Religiosidad por región.....	81
Gráfico 28 - Equipo por región.....	85
Gráfico 29 - Número de equipo por región	86
Gráfico 30 - Equipo por país en América Latina y el Caribe	87
Gráfico 31 - Número de equipo por país en América Latina y el Caribe.....	87
Gráfico 32 - Equipo por país en Europa.....	88

Gráfico 33 - Número de equipo por país en Europa	88
Gráfico 34 - Equipo por país en Asia	89
Gráfico 35 - Número de equipo por país en Asia.....	89
Gráfico 36 - Número total de personas atendidas por país	92
Gráfico 37 - Número total de personas alcanzadas por país.....	92
Gráfico 38 - Total de personas atendidas por país en América Latina y el Caribe.....	94
Gráfico 39 - Total de personas alcanzadas por país en América Latina y el Caribe.....	94
Gráfico 40 - Total de personas atendidas por país en Europa.....	96
Gráfico 41 - Total de personas alcanzadas por país en Europa	96
Gráfico 42 - Total de personas atendidas por país en Asia	98
Gráfico 43 - Total de personas alcanzadas por país en Asia.....	98
Gráfico 44 - Número total de personas atendidas por género de población objetivo	100
Gráfico 45 - Número total de personas atendidas por ubicación de la CT... ..	102
Gráfico 46 - Total de personas atendidas por religiosidad.....	105
Gráfico 47 - Número total de personas atendidas por tiempo promedio propuesto para el tratamiento	108
Gráfico 48 - Número total de personas atendidas por número de equipo....	111
Gráfico 49 - Total de personas atendidas por región y número de equipo en América Latina y el Caribe	112
Gráfico 50 - Total de personas atendidas por región y número de equipo en Europa.....	113
Gráfico 51 - Total de personas atendidas por región y número de equipo en Asia	113

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Total de organizaciones encuestadas en todo el mundo	34
Figura 2 - Número total de personas atendidas y alcanzadas.....	90

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 2022¹ ([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.

¹ <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”² ([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](#)).

² <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 → OFFICERS & MEMEBRS

3.1 Asociación de Comunidades Terapéuticas de Australasia (ATCA)

Presidente: Gerard Byrne (Australia)
Sitio web: 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



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



FTCA

Federation of Therapeutic
Communities in Asia

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^{da} 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

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^{er} 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^{er} 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	-
Total	301	100%	132	100%	169	228%

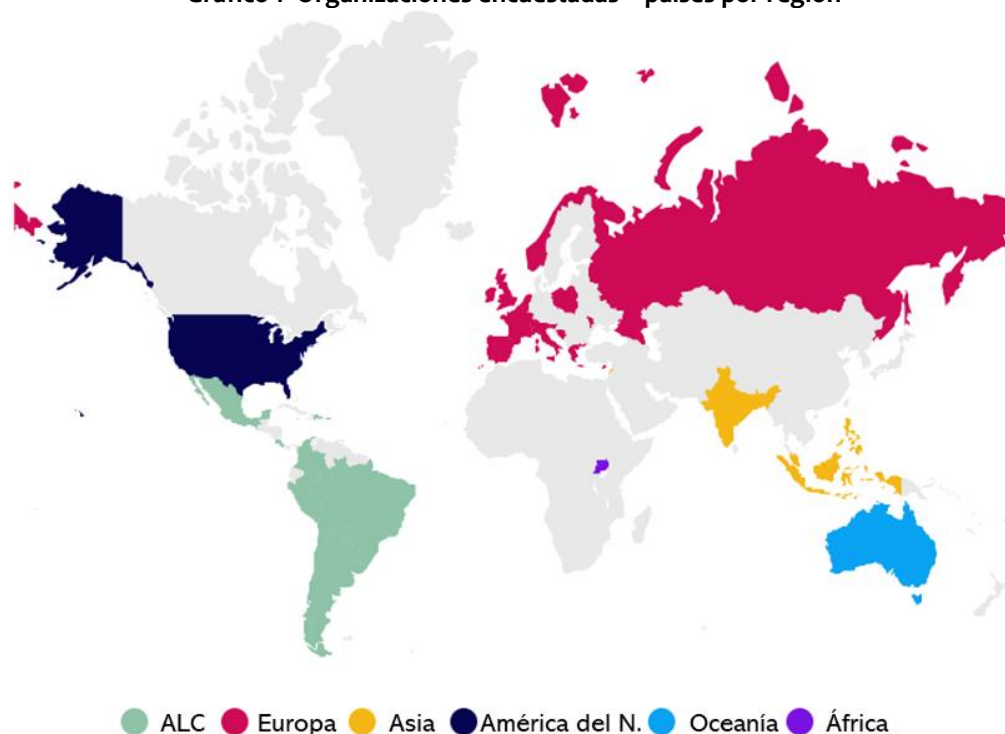
Las regiones con los aumentos más significativos fueron América Latina y el Caribe (308%) y Europa (250%). En la primera edición, África no participó y en esta edición, África solo tuvo una CT encuestada. Es un puntapié inicial para el continente africano e intentaremos difundirlo aún más en regiones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

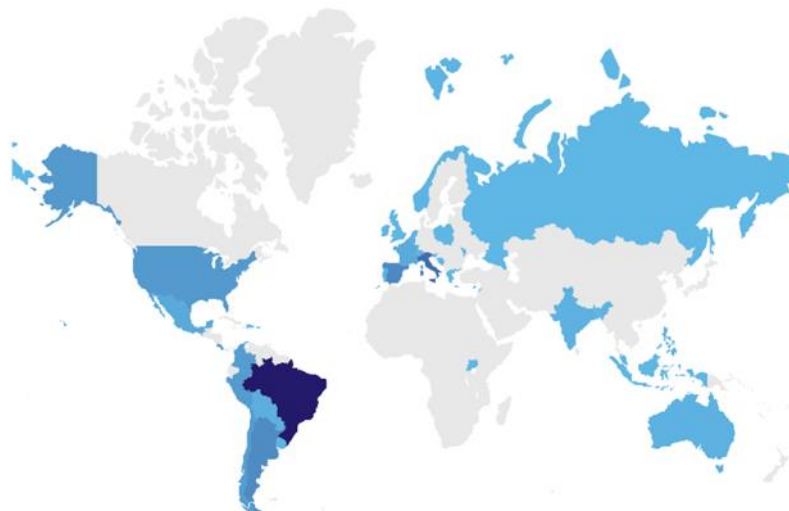
Región	2023		2022		Aumentar	
	n	%	n	%	n	%
Europa	17	42,5%	9	34,6%	8	188,9%
ALC	12	30,0%	7	26,9%	5	171,4%
Asia	8	20,0%	8	30,8%	0	0,0%
América del Norte	1	2,5%	1	3,8%	0	0,0%
Oceanía	1	2,5%	1	3,8%	0	0,0%
África	1	2,5%	0	0,0%	1	-
Total	40	100%	26	100%	14	153,8%

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	-
Total	383	100%	132	100%	251	290,2%

En relación a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver la distribución por región y país.

En ALC, tras las actualizaciones de datos, Brasil lidera la lista, con más de 110 CTs encuestadas (casi el 50% del total en ALC), y con un aumento de más del 300%.

Los mayores aumentos se registraron en Chile (850%) y Perú (450%).

En total, ALC tuvo un gran aumento de CT encuestadas del 326%.

La diferencia en el número total de países en 2022 (total 73, no 72) se debe a que en 2022 Ecuador tuvo una CT encuestada, y ninguna en 2023, razón por la cual no fue incluido en la siguiente tabla.

Tabla 4- Total de CTs por país en América Latina y el Caribe (2023-2022) después de la actualización

País	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
Brasil	113	47,5%	36	49,3%	77	313,9%
Argentina	28	11,8%	19	26,0%	9	147,4%
Chile	17	7,1%	2	2,7%	15	850,0%
Costa Rica	18	7,6%	0	0,0%	18	-
Perú	18	7,6%	4	5,5%	14	450,0%
Colombia	17	7,1%	11	15,1%	6	154,5%
México	9	3,8%	0	0,0%	9	-
Bolivia	6	2,5%	0	0,0%	6	-
Paraguay	5	2,1%	0	0,0%	5	-
Puerto Rico	3	1,3%	0	0,0%	3	-
República Dominicana	2	0,8%	0	0,0%	2	-
Uruguay	2	0,8%	0	0,0%	2	-
Total	238	100%	73	100%	165	326,0%

En Europa, después de la actualización, los países con más CTs encuestadas fueron Italia (n=47; 44,3%) y España (n=30; 28,3%), con grandes aumentos para ambos (Italia 1.567%; España 1.500%). En total, Europa tuvo un aumento significativo del 681%.

La diferencia en el total de países de 2022 (un total de 16, no 15) se debe a que en 2022 la República Checa tuvo una CT encuestada, y ninguna en 2023, por lo que no está incluida en la siguiente tabla.

Tabla 5- Total de CTs por país en Europa (2023-2022) después de la actualización

País	2023		2022		Aumentar	
	n	%	n	%	n	%
Italia	47	43,1%	3	18,8%	44	1566,7%
España	30	27,5%	2	12,5%	28	1.500,0%
Francia	8	7,3%	0	0,0%	8	-
Bélgica	6	5,5%	2	12,5%	4	300,0%
Portugal	3	2,8%	3	18,8%	0	0%
Noruega	2	1,8%	0	0,0%	2	-
Holanda	2	1,8%	0	0,0%	2	-
Eslovenia	2	1,8%	1	6,3%	1	200,0%
Bosnia y Herzegovina	1	0,9%	0	0,0%	1	-
Chipre	1	0,9%	0	0,0%	1	-
Grecia	1	0,9%	2	12,5%	-1	-50,0%
Irlanda	1	0,9%	1	6,3%	0	0%
Polonia	1	0,9%	0	0,0%	1	-
Moldavia	1	0,9%	1	6,3%	0	0%
Suiza	1	0,9%	0	0,0%	1	-
Reino Unido	1	0,9%	0	0,0%	1	-
Rusia	1	0,9%	0	0,0%	1	-
Total	109	100%	16	100%	93	681,3%

En Asia, hubo una disminución del 29% en el número total de CTs encuestadas, debido a dificultades para comunicarse con las CTs de la región, que no pudieron completar el formulario antes de la fecha límite.

India tuvo más CTs encuestadas (n=4; 33,3%), con un aumento del 133%.

Tabla 6- Total de CTs por país en Asia (2023-2022)

País	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
India	4	33,3%	3	17,6%	1	133,3%
Bangladesh	2	16,7%	3	17,6%	-1	-33,3%
Hong Kong RAE	1	8,3%	0	0,0%	1	-
Filipinas	1	33,3%	4	17,6%	1	33,3%
Indonesia	1	8,3%	2	11,8%	-1	-50,0%
Malasia	1	8,3%	2	11,8%	-1	-50,0%
Líbano	1	8,3%	1	5,9%	0	0,0%
Macao RAE	1	8,3%	0	0,0%	1	-
Total	12	100%	17	100%	-5	-29,4%

En América del Norte, Oceanía y África solo hubo un país para cada región (EE.UU., Australia, Uganda), por lo que no hay tablas para mostrar.

EE.UU. registró una disminución del 9,5% (19 en 2023; 21 en 2022) en las CTs encuestadas. Australia registró una disminución del 20% (4 en 2023; 5 en 2022). Uganda no participó en la encuesta de 2022.

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.

Tabla 7- Alcance del trabajo por región (2023)

Región	Local		Nacional		Internacional	
	n	%	n	%	n	%
Europa	8	20,0%	28	70,0%	4	10,0%
ALC	81	36,0%	139	61,8%	5	2,2%
América del Norte	14	73,7%	4	21,1%	1	5,3%
Asia	2	16,7%	8	66,7%	2	16,7%
Oceanía	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%
África	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	107	35,5%	182	60,5%	12	4,0%

En cuanto a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver la distribución del alcance del trabajo por región y país.

Tabla 8- Alcance del trabajo por país en América Latina y el Caribe

País	Local		Nacional		Internacional	
	n	%	n	%	n	%
Argentina	4	14,3%	22	78,6%	2	7,1%
Bolivia	2	33,3%	4	66,7%	0	0,0%
Brasil	49	49,0%	51	51,0%	0	0,0%
Chile	12	70,6%	5	29,4%	0	0,0%
Colombia	5	29,4%	11	64,7%	1	5,9%
Costa Rica	0	0,0%	18	100%	0	0,0%
México	3	33,3%	5	55,6%	1	11,1%
Paraguay	0	0,0%	5	100%	0	0,0%
Perú	4	22,2%	14	77,8%	0	0,0%
Puerto Rico	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%

República Dominicana	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
Uruguay	0	0,0%	2	100%	0	0,0%
Total	81	36,0%	139	61,8%	5	2,2%

Tabla 9- Alcance del trabajo por país en Europa

País	Local		Nacional		Internacional	
	n	%	n	%	n	%
Bélgica	2	33,3%	4	66,7%	0	0,0%
Bosnia y Herzegovina	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Eslovenia	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
España	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%
Francia	1	12,5%	7	87,5%	0	0,0%
Grecia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	0	0,0%	2	100%	0	0,0%
Irlanda	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Italia	2	40,0%	2	40,0%	1	20,0%
Moldavia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Noruega	0	0,0%	2	100%	0	0,0%
Polonia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Portugal	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3%
Reino Unido	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Rusia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Suiza	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Total	8	20,0%	28	70,0%	4	10,0%

Tabla 10- Alcance del trabajo por país en Asia

País	Local		Nacional		Internacional	
	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
Filipinas	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
India	0	0,0%	4	100%	0	0,0%
Indonesia	1	100%	1	100%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Macao RAE	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Malasia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	3	23,1%	9	69,2%	1	7,7%

Al comparar datos de 2022 y 2023, pudimos observar un aumento de empleos nacionales en Europa (50% a 70%) y Oceanía (40% a 50%), un mayor aumento de empleos locales en ALC (22% a 36%) y América del Norte (52% a 74%), y una disminución visible de las obras internacionales en ALC (10% a 2%) y América del Norte (19% a 5%).

En estos datos de comparación, África no fue incluida porque no hubo participantes en la primera encuesta.

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

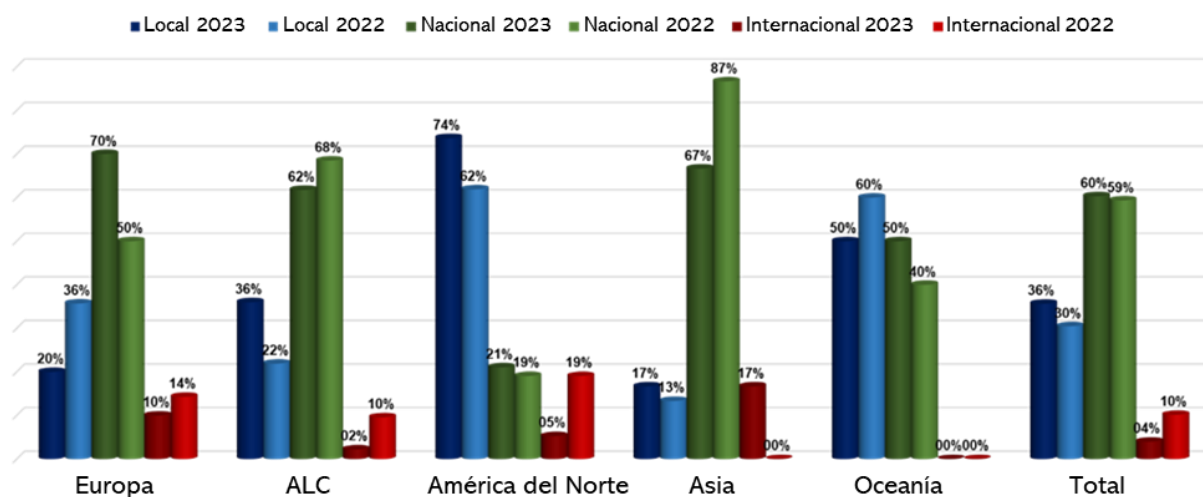


Tabla 11- Alcance del trabajo por región (2023-2022)

Región	Local				Nacional				Internacional			
	2023		2022		2023		2022		2023		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	8	20,0%	5	35,7%	28	70,0%	7	50,0%	4	10,0%	2	14,3%
ALC	81	36,0%	16	21,9%	139	61,8%	50	68,5%	5	2,2%	7	9,6%
América del Norte	14	73,7%	13	61,9%	4	21,1%	4	19,0%	1	5,3%	4	19,0%
Asia	2	16,7%	2	13,3%	8	66,7%	13	86,7%	2	16,7%	0	0,0%
Oceanía	2	50,0%	3	60,0%	2	50,0%	2	40,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	107	35,7%	39	30,5%	181	60,3%	76	59,4%	12	4,0%	13	10,2%

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 12- 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%
Total	217	72,1%	9	3,0%	75	24,9%

En cuanto a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver la distribución del tipo de trabajo realizado por región y país.

Tabla 13- Tipo de trabajo realizado por país en América Latina y el Caribe

País	Base		Abogacía		Base y abogacía	
	n	%	n	n	%	n
Argentina	23	82,1%	0	0,0%	5	17,9%
Bolivia	6	100%	0	0,0%	0	0,0%
Brasil	88	88,0%	3	3,0%	9	9,0%
Chile	16	94,1%	0	0,0%	1	5,9%
Colombia	13	76,5%	1	5,9%	3	17,6%
Costa Rica	2	11,1%	0	0,0%	16	88,9%
México	8	88,9%	0	0,0%	1	11,1%
Paraguay	5	100%	0	0,0%	0	0,0%
Perú	18	100%	0	0,0%	0	0,0%
Puerto Rico	2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%
República Dominicana	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Uruguay	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	185	82,2%	4	1,8%	36	16,0%

Tabla 14- Tipo de trabajo realizado por país en Europa

País	Base		Abogacía		Base y abogacía	
	n	%	n	n	%	n
Bélgica	1	16,7%	1	16,7%	4	66,7%
Bosnia y Herzegovina	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Eslovenia	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
España	1	33,3%	0	0,0%	2	66,7%
Francia	6	75,0%	0	0,0%	2	25,0%
Grecia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%
Irlanda	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Italia	1	20,0%	1	20,0%	3	60,0%
Moldavia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Noruega	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Polonia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Portugal	1	33,3%	0	0,0%	2	66,7%
Reino Unido	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Rusia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Suiza	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	19	47,5%	3	7,5%	18	45,0%

Tabla 15- Tipo de trabajo realizado por país en Asia

País	Base		Abogacía		Base y abogacía	
	n	%	n	n	%	n
Bangladesh	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%
Filipinas	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
India	1	25,0%	0	0,0%	3	75,0%
Indonesia	1	100%	0	0,0%	1	100%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Macao RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Malasia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	4	30,8%	0	0,0%	9	69,2%

Al comparar datos de 2022 y 2023, pudimos observar un aumento en el trabajo de Base en el Total (57% a 72%), en Europa (07% a 48%) y en ALC (77% a 82%).

Hubo una mayor disminución en el trabajo de Base y Abogacía en Europa (86% a 45%), mientras que hubo un aumento en América del Norte (43% a 53%), Asia (60% a 67%) y Oceanía (40% a 75%).

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)

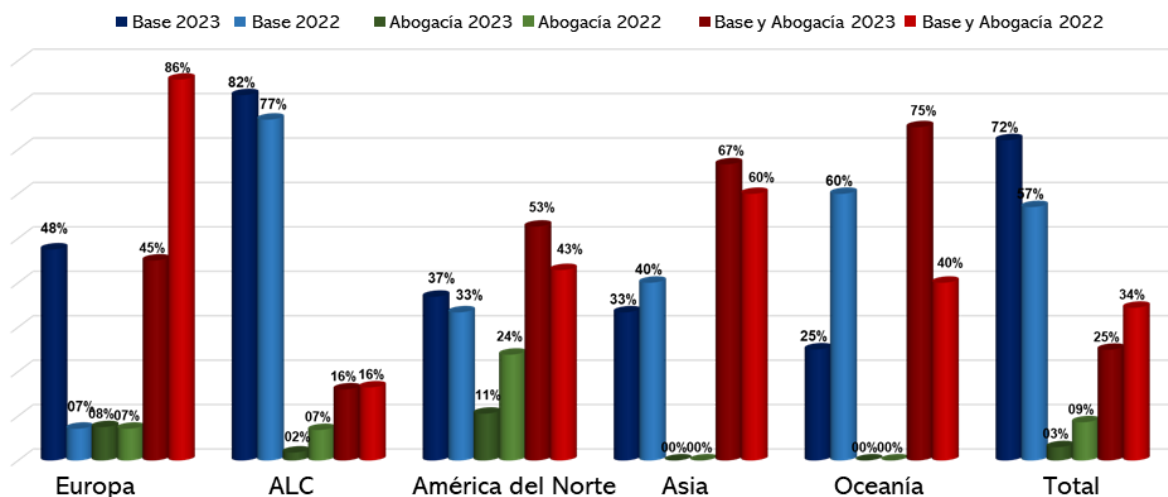


Tabla 16- Tipo de trabajo por región (2023-2022)

Región	Base				Abogacía				Base y abogacía			
	2023		2022		2023		2022		2023		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	19	47,5%	1	7,1%	3	7,5%	1	7,1%	18	45,0%	12	85,7%
ALC	185	82,2%	56	76,7%	4	1,8%	5	6,8%	36	16,0%	12	16,4%
América del Norte	7	36,8%	7	33,3%	dos	10,5%	5	23,8%	10	52,6%	9	42,9%
Asia	4	33,3%	6	40,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	66,7%	9	60,0%
Oceanía	1	25,0%	3	60,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	75,0%	dos	40,0%
Total	217	72,1%	73	57,0%	9	3,0%	11	8,6%	75	24,9%	44	34,4%

5.4 Número de trabajadores

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

- < 10
- 10 a 50
- > 50

Al igual que la pregunta sobre el alcance del trabajo, esta información está relacionada con el tamaño de la organización, considerando que las organizaciones mayores cuentan con más trabajadores.

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.

Considerando que ALC representó casi la mitad de las CTs en esta encuesta, es importante resaltar la relevancia de la región en el escenario mundial de las CTs. Por lo tanto, la inversión humana y financiera en las CTs de ALC por parte de gobiernos, organizaciones y organismos internacionales es un paso urgente para avanzar.

Tabla 17- Número de trabajadores por región (2023)

Región	<10		10 a 50		>50	
	n	%	n	%	n	%
Europa	8	20,0%	17	42,5%	15	37,5%
ALC	108	48,0%	100	44,4%	17	7,6%
América del Norte	0	0,0%	1	5,3%	18	94,7%
Asia	1	8,3%	4	33,3%	7	58,3%
Oceanía	0	0,0%	3	75,0%	1	25,0%
África	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	217	72,1%	9	3,0%	75	24,9%

En relación a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver la distribución del número de trabajadores por región y país.

Tabla 18- Número de trabajadores por país en América Latina y el Caribe

País	<10		10 a 50		>50	
	n	%	n	%	n	%
Argentina	4	14,3%	20	71,4%	4	14,3%
Bolivia	5	83,3%	1	16,7%	0	0,0%
Brasil	53	53,0%	43	43,0%	4	4,0%
Chile	8	47,1%	6	35,3%	3	17,6%
Colombia	7	41,2%	7	41,2%	3	17,6%
Costa Rica	10	55,6%	8	44,4%	0	0,0%
México	7	77,8%	2	22,2%	0	0,0%
Paraguay	3	60,0%	2	40,0%	0	0,0%
Perú	9	50,0%	9	50,0%	0	0,0%
Puerto Rico	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%
República Dominicana	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
Uruguay	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%
Total	108	49,8%	100	46,1%	17	7,8%

Tabla 19- Número de trabajadores por país en Europa

País	<10		10 a 50		>50	
	n	%	n	%	n	%
Bélgica	1	16,7%	3	50,0%	2	33,3%
Bosnia y Herzegovina	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Eslovenia	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
España	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%
Francia	0	0,0%	4	50,0%	4	50,0%
Grecia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Holanda	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Irlanda	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Italia	1	20,0%	0	0,0%	4	80,0%
Moldavia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Noruega	0	0,0%	2	100%	0	0,0%
Polonia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Portugal	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3%
Reino Unido	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Rusia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Suiza	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	8	20,0%	17	42,5%	15	37,5%

Tabla 20- Número de trabajadores por país en Asia

País	<10		10 a 50		>50	
	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
Filipinas	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
India	0	0,0%	2	50,0%	2	50,0%
Indonesia	0	0,0%	1	100%	1	100%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Macao RAE	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Malasia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	1	7,7%	5	38,5%	7	53,8%

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)

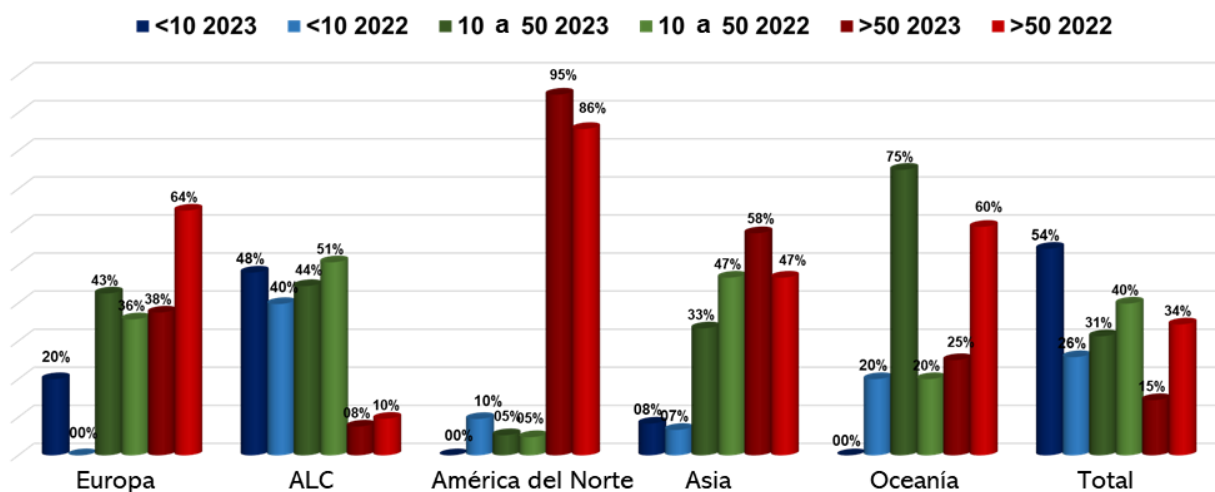


Tabla 21- Número de trabajadores por región (2023-2022)

Región	<10				10 a 50				>50			
	2023		2022		2023		2022		2023		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	8	20,0%	0	0,0%	17	42,5%	5	35,7%	15	37,5%	9	64,3%
ALC	108	48,0%	29	39,7%	100	44,4%	37	50,7%	17	7,6%	7	9,6%
América del Norte	0	0,0%	2	9,5%	1	5,3%	1	4,8%	18	94,7%	18	85,7%
Asia	1	8,3%	1	6,7%	4	33,3%	7	46,7%	7	58,3%	7	46,7%
Oceanía	0	0,0%	1	20,0%	3	75,0%	1	20,0%	1	25,0%	3	60,0%
Total	217	54,3%	33	25,8%	125	31,3%	51	39,8%	58	14,5%	44	34,4%

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

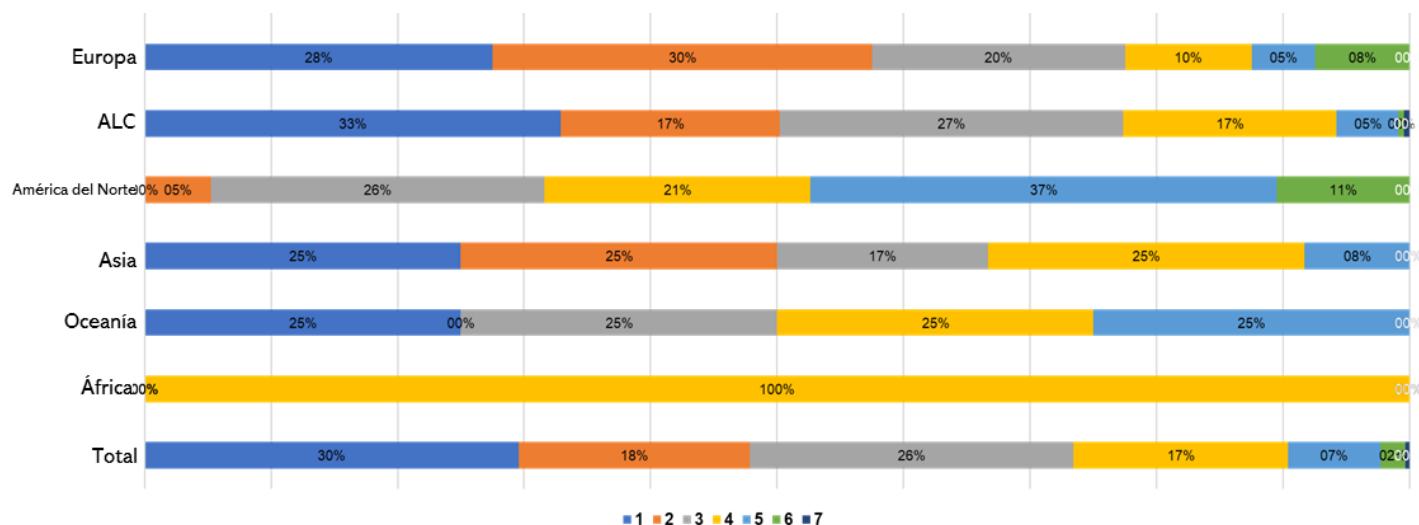


Tabla 22- Número de fuentes de financiación por región

Región	1		2		3		4		5		6		7	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	11	27,5%	12	30,0%	8	20,0%	4	10,0%	2	5,0%	3	7,5%	0	0,0%
ALC	74	32,9%	39	17,3%	61	27,1%	38	16,9%	11	4,9%	1	0,4%	1	0,4%
América del Norte	0	0,0%	1	5,3%	5	26,3%	4	21,1%	7	36,8%	2	10,5%	0	0,0%
Asia	3	25,0%	3	25,0%	2	16,7%	3	25,0%	1	8,3%	0	0,0%	0	0,0%
Oceania	1	25,0%	0	0,0%	1	25,0%	1	25,0%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	89	29,6%	55	18,3%	77	25,6%	51	16,9%	22	7,3%	6	2,0%	1	0,3%

Como podemos ver en el gráfico y la tabla anteriores, 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 cuanto a las fuentes específicas de financiación, en el gráfico siguiente podemos ver que las principales fuentes 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

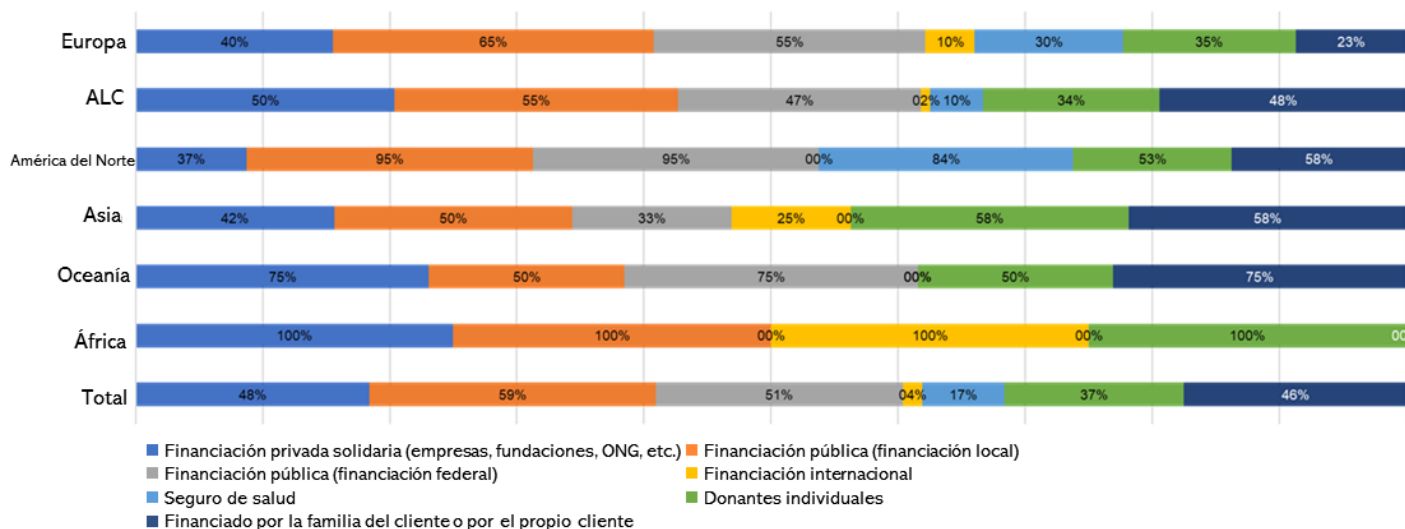


Tabla 23- Fuentes de financiación por región

Región	Financiación privada solidaria (empresas, fundaciones, ONG, etc.)		Financiación pública (local)		Financiación pública (financiación federal)		Financiación internacional		Seguro de salud		Donantes individuales		Financiado por la familia del cliente o por el propio cliente.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	16	40,0%	26	65,0%	22	55,0%	4	10,0%	12	30,0%	14	35,0%	9	22,5%
ALC	113	50,2%	124	55,1%	106	47,1%	4	1,8%	23	10,2%	77	34,2%	108	48,0%
América del Norte	7	36,8%	18	94,7%	18	94,7%	0	0,0%	16	84,2%	10	52,6%	11	57,9%
Asia	5	41,7%	6	50,0%	4	33,3%	3	25,0%	0	0,0%	7	58,3%	7	58,3%
Oceanía	3	75,0%	dos	50,0%	3	75,0%	0	0,0%	0	0,0%	dos	50,0%	3	75,0%
Total	145	48,2%	177	58,8%	153	50,8%	12	4,0%	51	16,9%	111	36,9%	138	45,8%

En relación a los países de las organizaciones encuestadas, en la siguiente tabla podemos ver la distribución de la fuente de financiación y el número de fuentes de financiación por región y país.

Gráfico 8- Fuente de financiación por país en América Latina y el Caribe

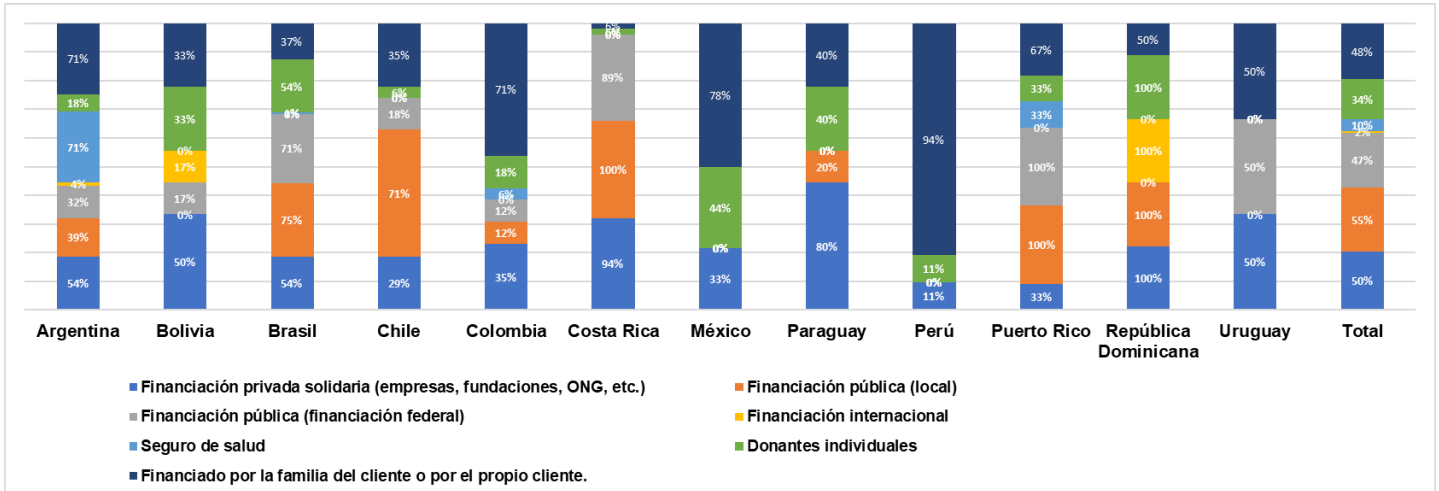


Gráfico 9- Número de fuentes de financiación por país en América Latina y el Caribe

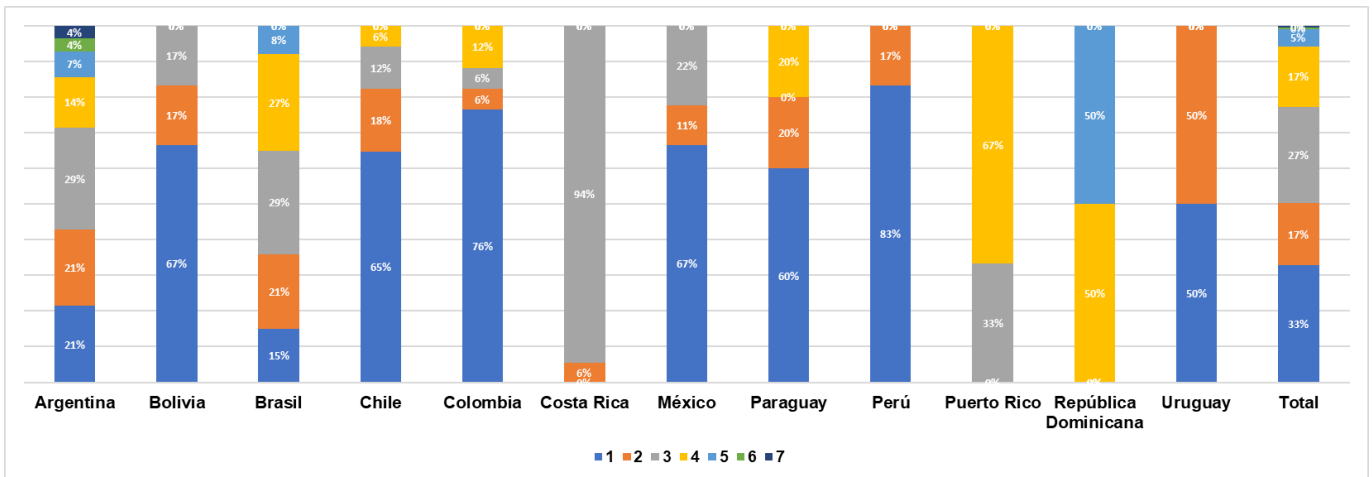


Gráfico 10- Fuente de financiación por país en Europa

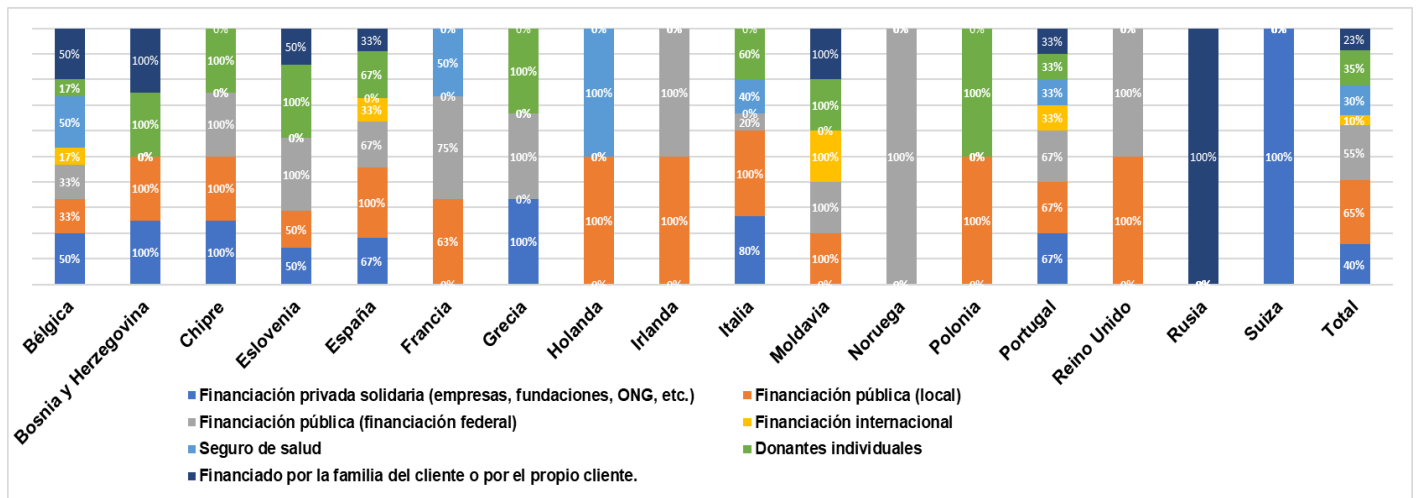


Gráfico 11- Número de fuentes de financiación por país en Europa

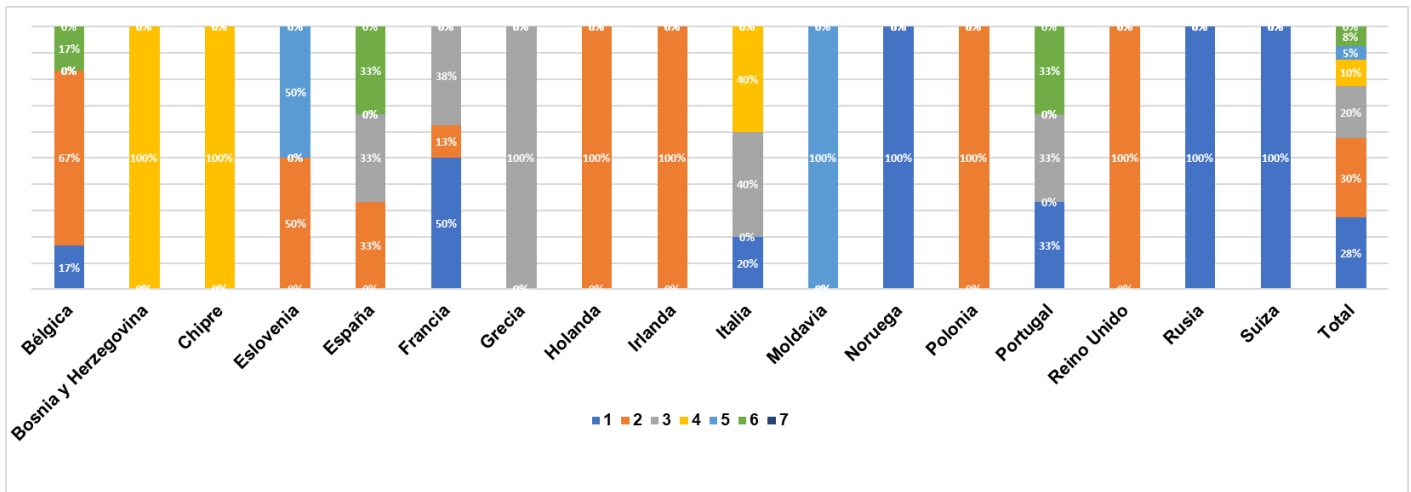


Gráfico 12- Fuente de financiación por país en Asia

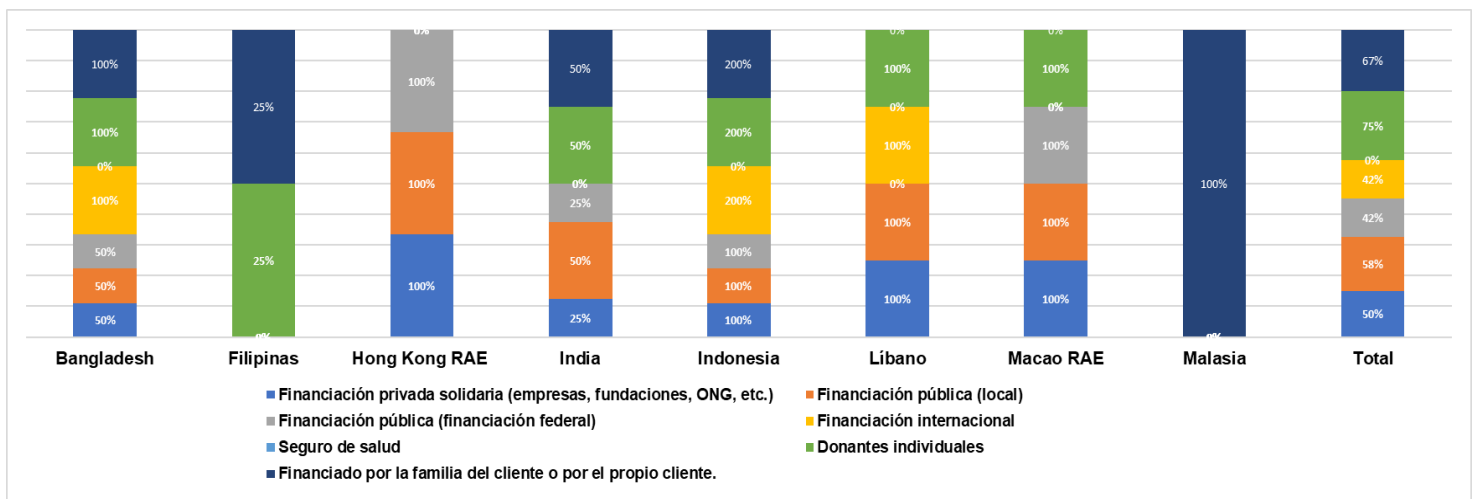
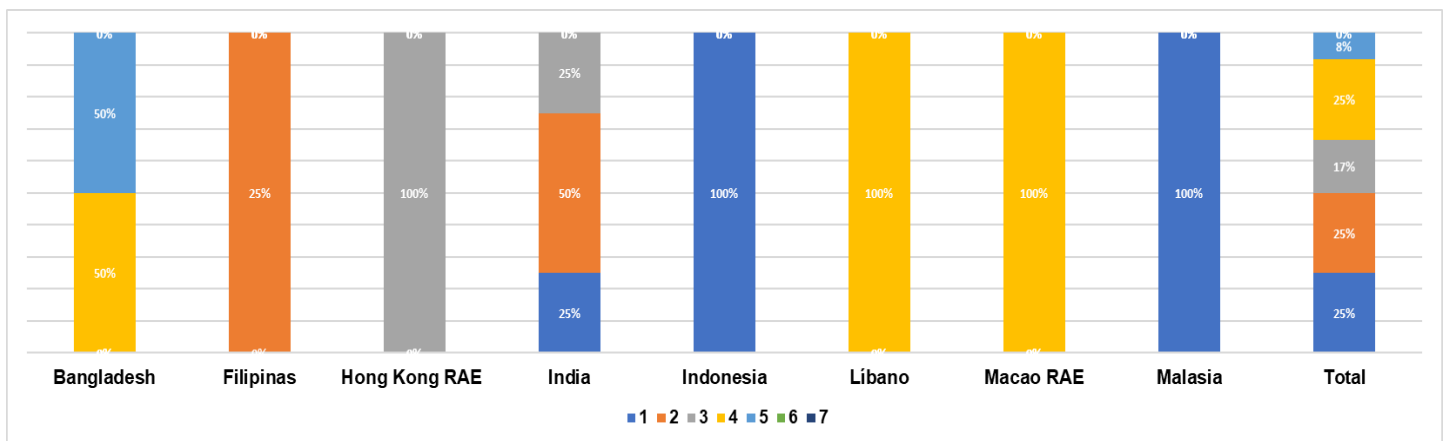


Gráfico 13- Número de fuentes de financiación por país en Asia



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 y la tabla 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 14- Población objetivo por región

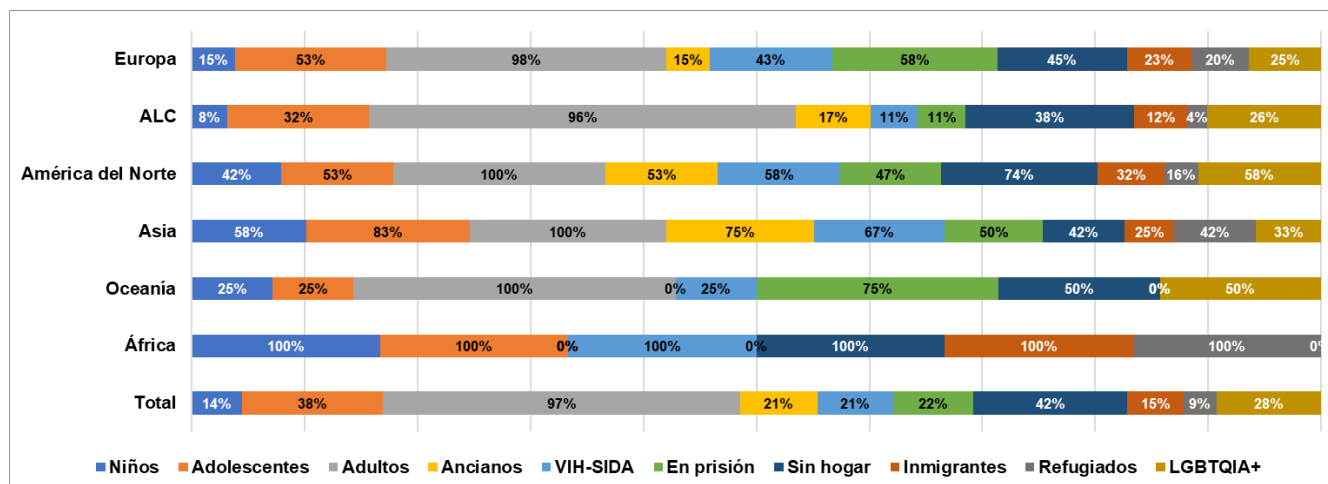


Tabla 24- Población objetivo por región

Público-objetivo		Región						Total
		Europa	ALC	América del Norte	Asia	Oceanía	África	
Niños	n	6	18	8	7	1	1	41
	%	15,0%	8,0%	42,1%	58,3%	25,0%	100%	13,6%
Adolescentes	n	21	72	10	10	1	1	115
	%	52,5%	32,0%	52,6%	83,3%	25,0%	100%	38,2%
Adultos	n	39	217	19	12	4	0	291
	%	97,5%	96,4%	100%	100%	100%	0,0%	96,7%
Ancianos	n	6	38	10	9	0	0	63
	%	15,0%	16,9%	52,6%	75,0%	0,0%	0,0%	20,9%
VIH-SIDA	n	17	24	11	8	1	1	62
	%	42,5%	10,7%	57,9%	66,7%	25,0%	100%	20,6%
En prisión	n	23	24	9	6	3	0	65
	%	57,5%	10,7%	47,4%	50,0%	75,0%	0,0%	21,6%
Sin hogar	n	18	86	14	5	dos	1	126
	%	45,0%	38,2%	73,7%	41,7%	50,0%	100%	41,9%
Inmigrantes	n	9	27	6	3	0	1	46
	%	22,5%	12,0%	31,6%	25,0%	0,0%	100%	15,3%
Refugiados	n	8	10	3	5	0	1	27
	%	20,0%	4,4%	15,8%	41,7%	0,0%	100%	9,0%
LGBTQIA+	n	10	58	11	4	dos	0	85
	%	25,0%	25,8%	57,9%	33,3%	50,0%	0,0%	28,2%

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 15- Número de poblaciones objetivo por región

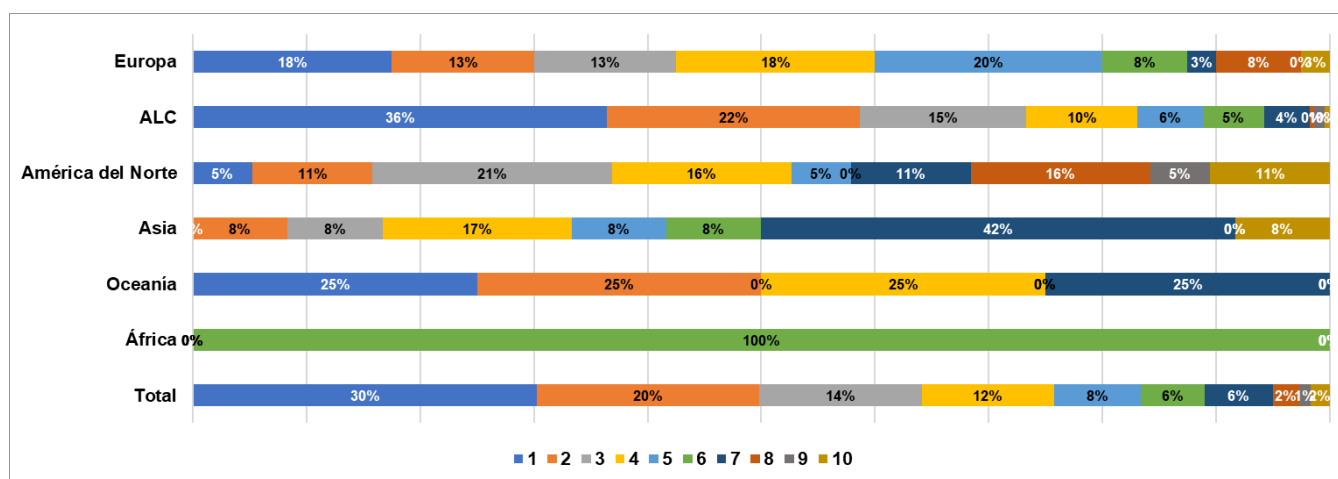


Tabla 25- Número de poblaciones objetivo por región

Número de poblaciones objetivo		Región						Total
		Europa	ALC	América del Norte	Asia	Oceanía	África	
1	n	7	82	1	0	1	0	91
	%	17,5%	36,4%	5,3%	0,0%	25,0%	0,0%	30,2%
2	n	5	50	2	1	1	0	59
	%	12,5%	22,2%	10,5%	8,3%	25,0%	0,0%	19,6%
3	n	5	33	4	1	0	0	43
	%	12,5%	14,7%	21,1%	8,3%	0,0%	0,0%	14,3%
4	n	7	22	3	2	1	0	35
	%	17,5%	9,8%	15,8%	16,7%	25,0%	0,0%	11,6%
5	n	8	13	1	1	0	0	23
	%	20,0%	5,8%	5,3%	8,3%	0,0%	0,0%	7,6%
6	n	3	12	0	1	0	1	17
	%	7,5%	5,3%	0,0%	8,3%	0,0%	100%	5,6%
7	n	1	9	2	5	1	0	18
	%	2,5%	4,0%	10,5%	41,7%	25,0%	0,0%	6,0%

8	n	3	1	3	0	0	0	7
	%	7,5%	0,4%	15,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%
9	n	0	2	1	0	0	0	3
	%	0,0%	0,9%	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
10	n	1	1	2	1	0	0	5
	%	2,5%	0,4%	10,5%	8,3%	0,0%	0,0%	1,7%

Respecto a los países encuestados, a continuación, podemos ver la distribución de la población objetivo y el número de poblaciones objetivo por región y país.

Gráfico 16- Población objetivo por región y país en América Latina y el Caribe

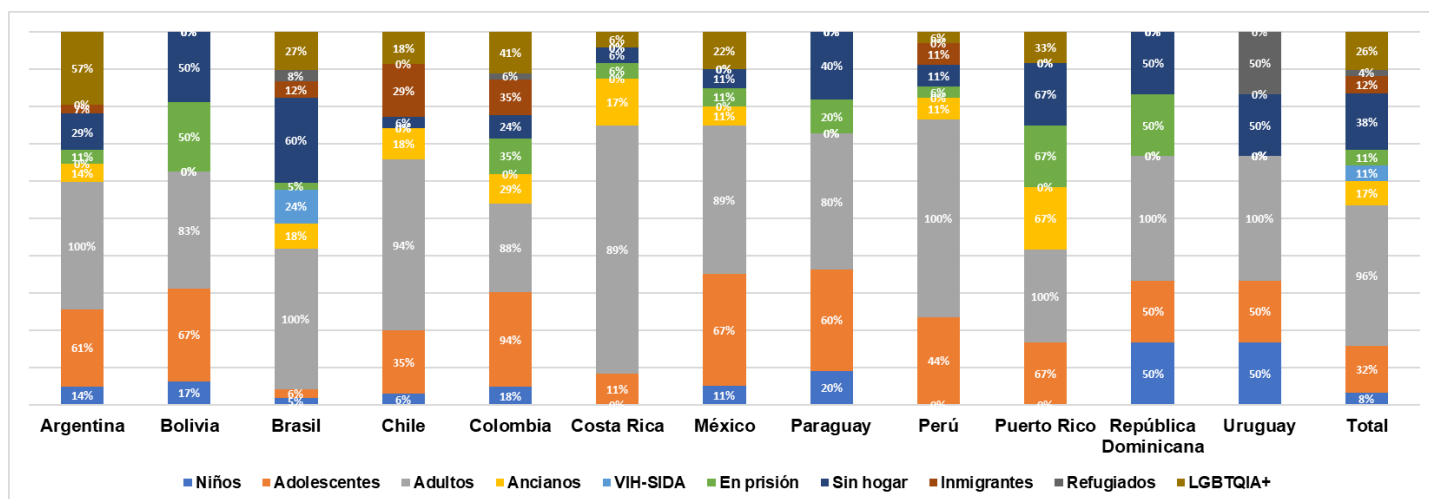


Gráfico 17- Número de poblaciones objetivo por región y país en América Latina y el Caribe

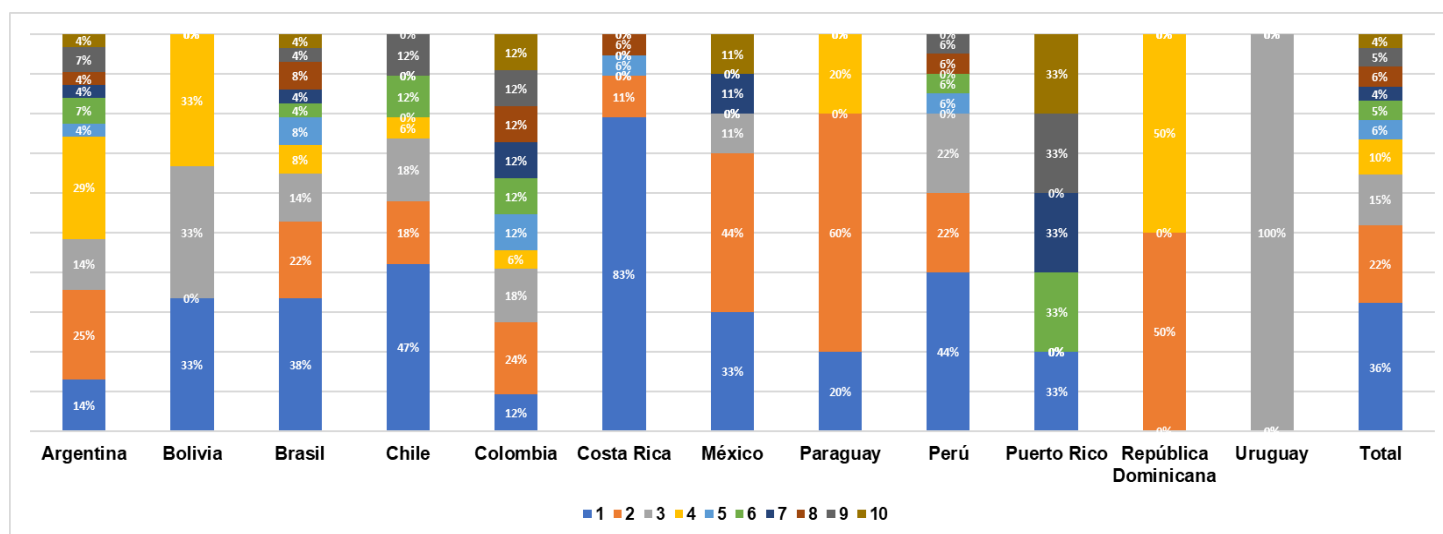


Gráfico 18- Población objetivo por región y país en Europa

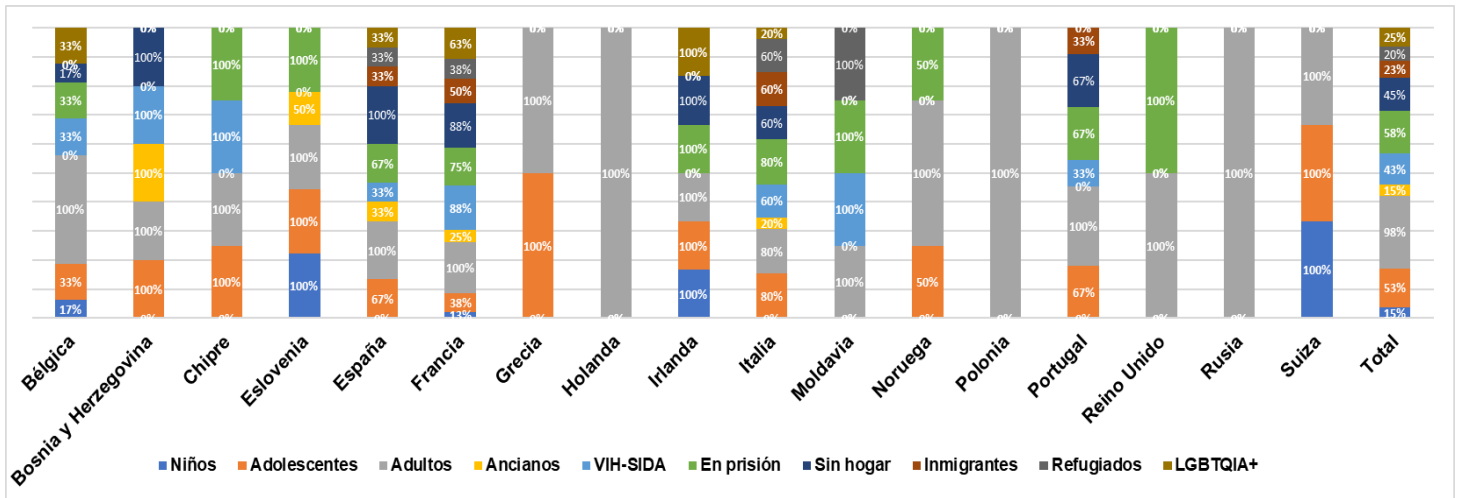


Gráfico 19- Número de poblaciones objetivo por región y país en Europa

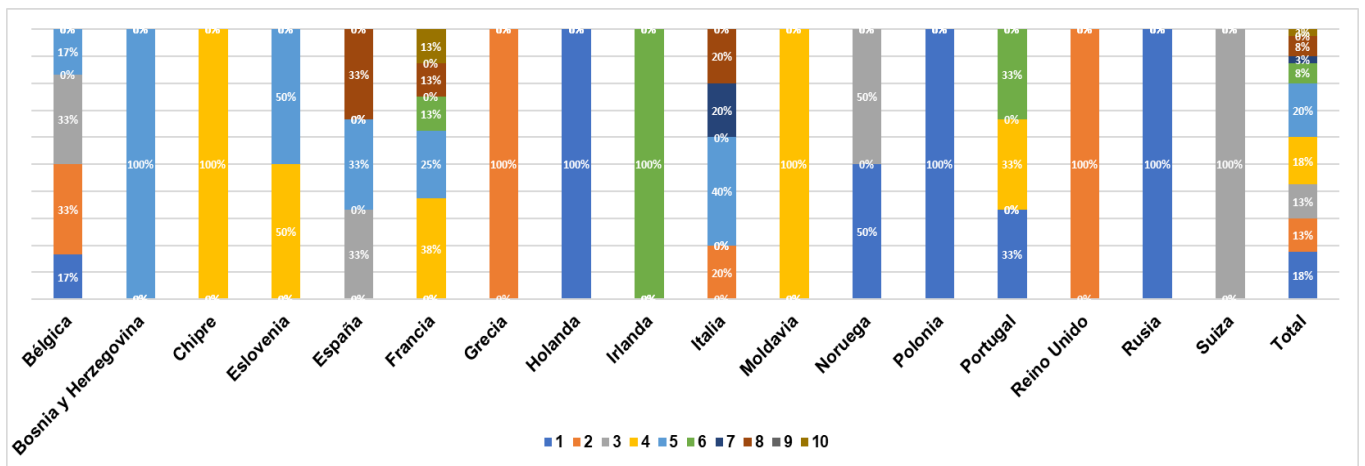


Gráfico 20- Población objetivo por región y país en Asia

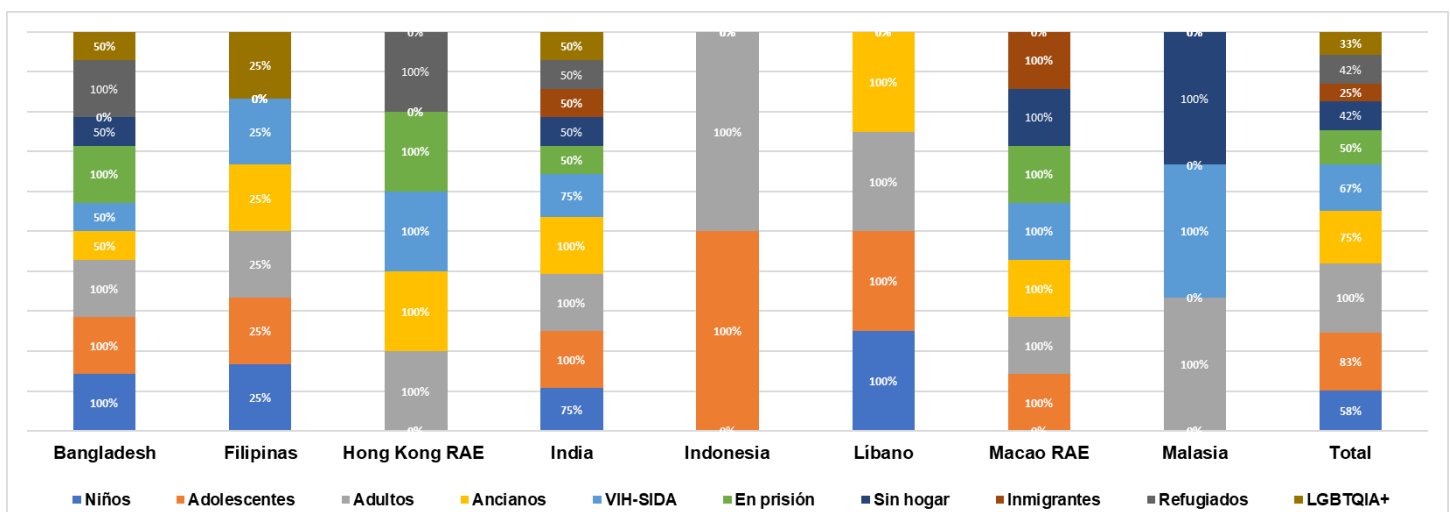
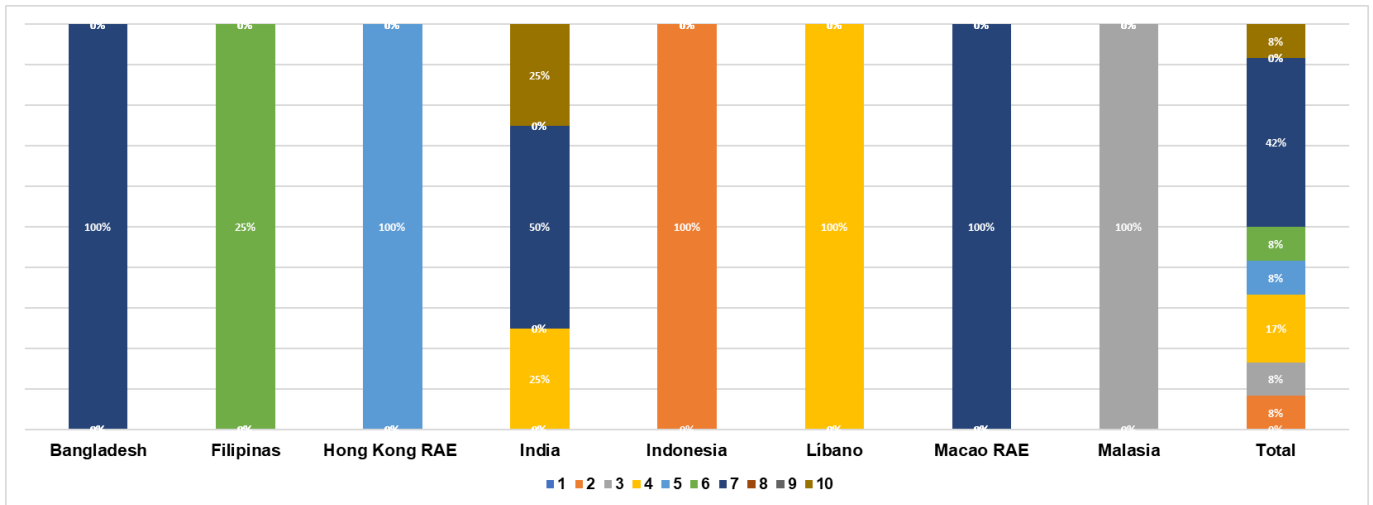


Gráfico 21- Número de poblaciones objetivo por región y país en Asia



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 y tabla 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 22- Género de la población objetivo por región

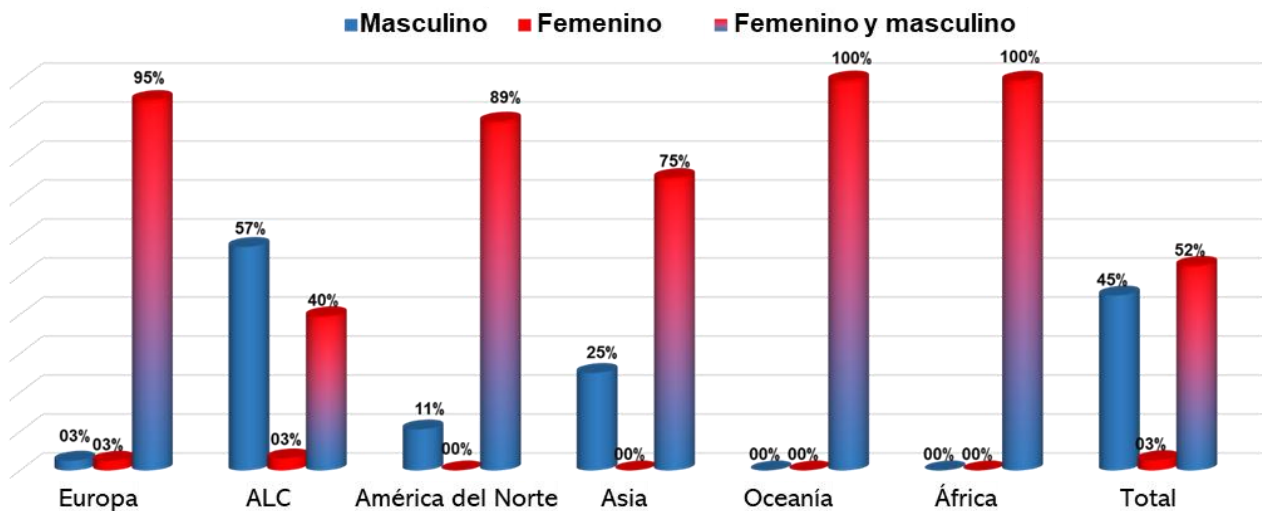


Tabla 26- Género de la población objetivo por región

Región	Solo masculino		Solo femenino		Femenino y masculino	
	n	%	n	%	n	%
Europa	1	2,5%	1	2,5%	38	95,0%
ALC	129	57,3%	7	3,1%	89	39,6%
América del Norte	2	10,5%	0	0,0%	17	89,5%
Asia	3	25,0%	0	0,0%	9	75,0%
Oceanía	0	0,0%	0	0,0%	4	100%
África	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Total	135	44,9%	8	2,7%	158	52,5%

En relación a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver la distribución de género de la población objetivo por región y país.

Tabla 27- Género de la población objetivo por país en América Latina y el Caribe

País	Solo masculino		Solo femenino		Femenino y masculino	
	n	%	n	%	n	%
Argentina	4	14,3%	0	0,0%	24	85,7%
Bolivia	1	16,7%	0	0,0%	5	83,3%
Brasil	70	70,0%	7	7,0%	23	23,0%
Chile	7	41,2%	0	0,0%	10	58,8%
Colombia	6	35,3%	0	0,0%	11	64,7%
Costa Rica	9	50,0%	0	0,0%	9	50,0%
México	8	88,9%	0	0,0%	1	11,1%
Paraguay	4	80,0%	0	0,0%	1	20,0%
Perú	17	94,4%	0	0,0%	1	5,6%
Puerto Rico	1	33,3%	0	0,0%	dos	66,7%
República Dominicana	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%
Uruguay	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%
Total	108	49,8%	100	46,1%	17	7,8%

Tabla 28- Género de la población objetivo por país en Europa

País	Solo masculino		Solo femenino		Femenino y masculino	
	n	%	n	n	%	n
Bélgica	0	0,0%	0	0,0%	6	100%
Bosnia y Herzegovina	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Eslovenia	0	0,0%	0	0,0%	2	100%
España	0	0,0%	0	0,0%	3	100%
Francia	0	0,0%	0	0,0%	8	100%
Grecia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Holanda	0	0,0%	0	0,0%	2	100%
Irlanda	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Italia	1	20,0%	0	0,0%	4	80,0%
Moldavia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Noruega	0	0,0%	0	0,0%	2	100%
Polonia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Portugal	0	0,0%	0	0,0%	3	100%
Reino Unido	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Rusia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Suiza	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Total	1	2,5%	1	2,5%	38	95,0%

Tabla 29- Género de la población objetivo por país en Asia

País	Solo masculino		Solo femenino		Femenino y masculino	
	n	%	n	n	%	n
Bangladesh	0	0,0%	0	0,0%	2	100%
Filipinas	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
India	2	50,0%	0	0,0%	2	50,0%
Indonesia	0	0,0%	0	0,0%	2	200,0%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Macao RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Malasia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	3	23,1%	0	0,0%	10	76,9%

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 23- Dispositivos de tratamiento por región

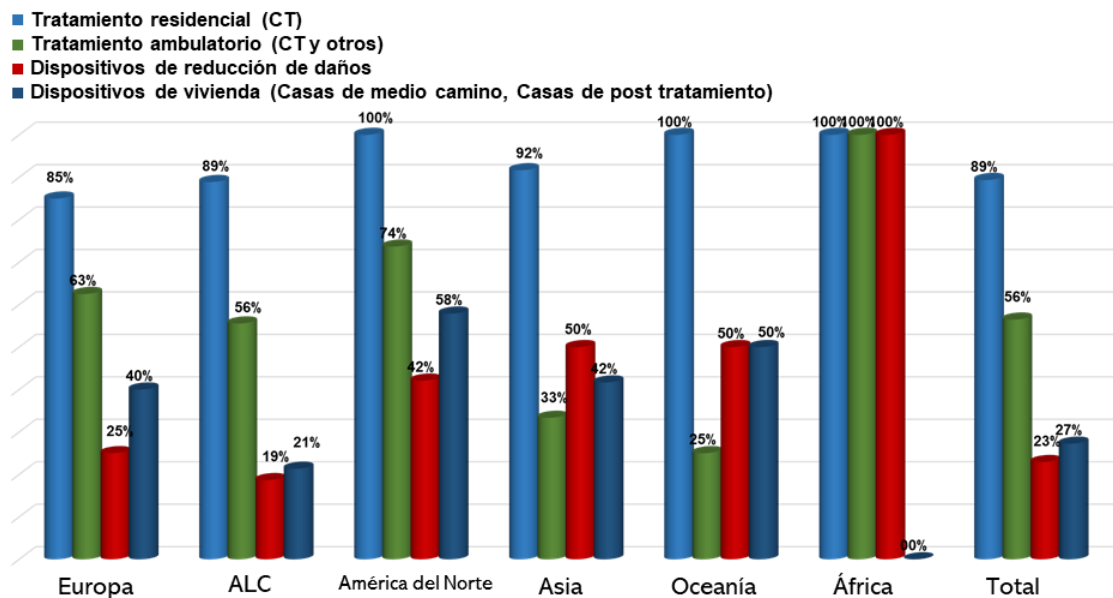


Tabla 30- Dispositivos de tratamiento por región

Región	Tratamiento residencial (CT)		Tratamiento ambulatorio (CT y otros)		Dispositivos de reducción de daños		Dispositivos de vivienda (Casas de medio camino, Casas de post tratamiento)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	34	85,0%	25	62,5%	10	25,0%	dieciséis	40,0%
ALC	200	88,9%	125	55,6%	42	18,7%	48	21,3%
América del Norte	19	100%	14	73,7%	8	42,1%	11	57,9%
Asia	11	91,7%	4	33,3%	6	50,0%	5	41,7%
Oceanía	4	100%	1	25,0%	dos	50,0%	dos	50,0%
África	1	100%	1	100%	1	100%	0	0,0%
Total	269	89,4%	170	56,5%	69	22,9%	82	27,2%

Respecto a los países entrevistados, a continuación, podemos ver la distribución de los dispositivos de tratamiento por región y país.

Tabla 31- Dispositivos de tratamiento por país en América Latina y el Caribe

País	Tratamiento residencial (CT)		Tratamiento ambulatorio (CT y otros)		Dispositivos de reducción de daños		Dispositivos de vivienda (Casas de medio camino, Casas de post tratamiento)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Argentina	25	89,3%	27	96,4%	15	53,6%	8	28,6%
Bolivia	5	83,3%	4	66,7%	1	16,7%	2	33,3%
Brasil	92	92,0%	25	25,0%	7	7,0%	19	19,0%
Chile	12	70,6%	12	70,6%	0	0,0%	0	0,0%
Colombia	15	88,2%	14	82,4%	9	52,9%	7	41,2%
Costa Rica	17	94,4%	15	83,3%	1	5,6%	1	5,6%
México	8	88,9%	4	44,4%	2	22,2%	2	22,2%
Paraguay	3	60,0%	5	100%	2	40,0%	0	0,0%
Perú	17	94,4%	15	83,3%	2	11,1%	6	33,3%
Puerto Rico	3	100%	2	66,7%	2	66,7%	1	33,3%
República Dominicana	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	100%
Uruguay	2	100%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
Total	200	88,9%	125	55,6%	42	18,7%	48	21,3%

Tabla 32- Dispositivos de tratamiento por país en Europa

País	Tratamiento residencial (CT)		Tratamiento ambulatorio (CT y otros)		Dispositivos de reducción de daños		Dispositivos de vivienda (Casas de medio camino, Casas de post tratamiento)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bélgica	4	66,7%	6	100%	0	0,0%	2	33,3%
Bosnia y Herzegovina	1	100%	1	100%	0	0,0%	1	100%
Chipre	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Eslovenia	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
España	3	100%	3	100%	1	33,3%	2	66,7%
Francia	8	100%	3	37,5%	3	37,5%	3	37,5%
Grecia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	2	100%	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%
Irlanda	1	100%	1	100%	1	100%	0	0,0%
Italia	4	80,0%	3	60,0%	1	20,0%	3	60,0%
Moldavia	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%
Noruega	2	100%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%
Polonia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Portugal	3	100%	3	100%	2	66,7%	1	33,3%
Reino Unido	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%
Rusia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Suiza	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	34	85,0%	25	62,5%	10	25,0%	16	40,0%

Tabla 33- Dispositivos de tratamiento por país en Asia

País	Tratamiento residencial (CT)		Tratamiento ambulatorio (CT y otros)		Dispositivos de reducción de daños		Dispositivos de vivienda (Casas de medio camino, Casas de post tratamiento)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	1	50,0%	0	0,0%	2	100%	1	50,0%
Filipinas	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%
Hong Kong RAE	1	100%	1	100%	1	100%	0	0,0%
India	4	100%	2	50,0%	2	50,0%	2	50,0%
Indonesia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Líbano	1	100%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Macao RAE	1	100%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Malasia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Total	11	91,7%	4	33,3%	6	50,0%	5	41,7%

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 24- Número de dispositivos de tratamiento por región

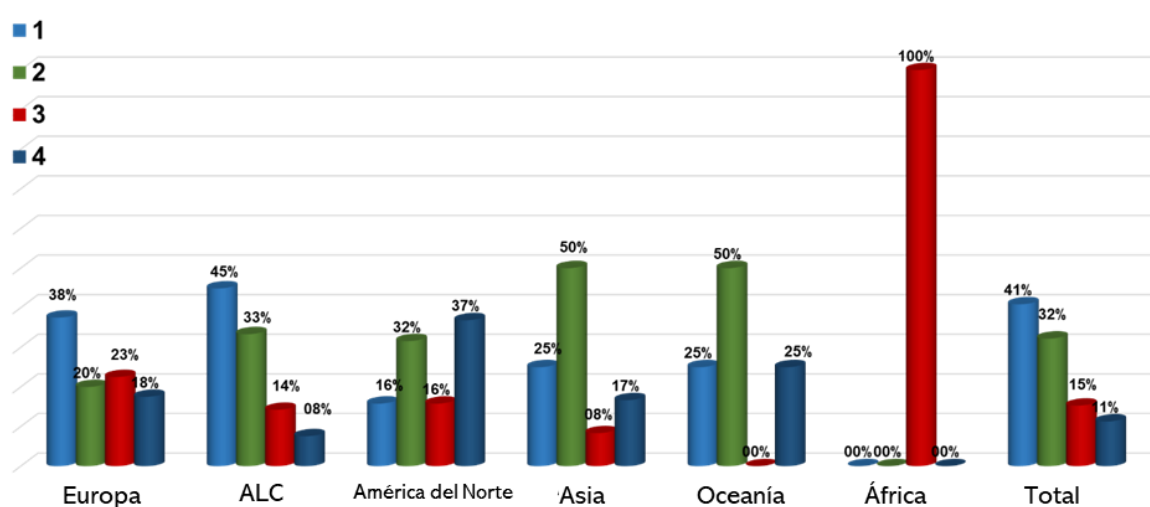


Tabla 34- Número de sitios de tratamiento por región

Región	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	15	37,5%	8	20,0%	9	22,5%	7	17,5%
ALC	101	44,9%	75	33,3%	32	14,2%	17	7,6%
América del Norte	3	15,8%	6	31,6%	3	15,8%	7	36,8%
Asia	3	25,0%	6	50,0%	1	8,3%	2	16,7%
Oceanía	1	25,0%	2	50,0%	0	0,0%	1	25,0%
África	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	123	40,9%	97	32,2%	46	15,3%	34	11,3%

En cuanto a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver la distribución del número de dispositivos de tratamiento por región y país.

Tabla 35- Número de dispositivos de tratamiento por país en América Latina y el Caribe

País	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Argentina	2	7,1%	9	32,1%	13	46,4%	4	14,3%
Bolivia	3	50,0%	1	16,7%	1	16,7%	1	16,7%
Brasil	70	70,0%	21	21,0%	5	5,0%	4	4,0%
Chile	10	58,8%	7	41,2%	0	0,0%	0	0,0%
Colombia	3	17,6%	5	29,4%	4	23,5%	5	29,4%
Costa Rica	3	16,7%	14	77,8%	1	5,6%	0	0,0%
México	5	55,6%	2	22,2%	1	11,1%	1	11,1%
Paraguay	0	0,0%	5	100%	0	0,0%	0	0,0%
Perú	3	16,7%	9	50,0%	5	27,8%	1	5,6%
Puerto Rico	1	33,3%	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%
República Dominicana	0	0,0%	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Uruguay	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%
Total	101	44,9%	75	33,3%	32	14,2%	17	7,6%

Tabla 36- Número de dispositivos de tratamiento por país en Europa

País	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bélgica	2	33,3%	2	33,3%	2	33,3%	0	0,0%
Bosnia y Herzegovina	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Chipre	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Eslovenia	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
España	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%
Francia	4	50,0%	1	12,5%	1	12,5%	2	25,0%
Grecia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%
Irlanda	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Italia	2	40,0%	1	20,0%	1	20,0%	1	20,0%
Moldavia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Noruega	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
Polonia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Portugal	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%
Reino Unido	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Rusia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Suiza	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	15	38,5%	8	20,5%	9	23,1%	7	17,9%

Tabla 37- Número de dispositivos de tratamiento por país en Asia

País	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	0	0,0%	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Filipinas	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
India	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	50,0%
Indonesia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Macao RAE	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Malasia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	3	25,0%	6	50,0%	1	8,3%	2	16,7%

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 sus orígenes, las CTs solían tener programas a largo plazo, con períodos de uno a dos años. Sin embargo, durante las últimas décadas, frente a nuevos desafíos, nuevas drogas, nuevas tecnologías y una población diferente, la CT necesitó adaptarse a estos cambios, lo que llevó a la introducción de programas más cortos.

Esta adaptación se denominó “CT modificada”, y algunas investigaciones demuestran que los programas más cortos tienen una mejor adherencia y menos abandono de pacientes, lo cual es un dato muy útil y una información significativa a considerar.

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

Como podemos observar en el gráfico y tabla 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 25- Tiempo promedio de tratamiento propuesto por región

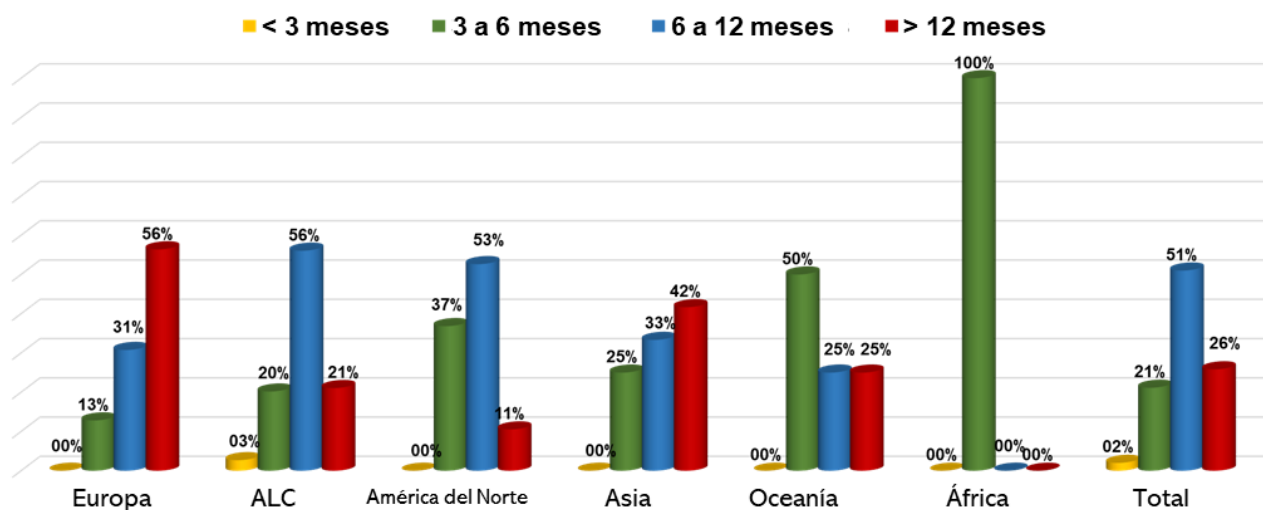


Tabla 38- Tiempo promedio de tratamiento propuesto por región

Región	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	0	0,0%	5	12,8%	12	30,8%	22	56,4%
ALC	6	2,7%	45	20,2%	125	56,1%	47	21,1%
América del Norte	0	0,0%	7	36,8%	10	52,6%	2	10,5%
Asia	0	0,0%	3	25,0%	4	33,3%	5	41,7%
Oceanía	0	0,0%	2	50,0%	1	25,0%	1	25,0%
África	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	6	2,0%	63	21,1%	152	51,0%	77	25,8%

Hay una diferencia en la tabla anterior en el número total de CTs en Europa y América Latina y el Caribe, debido a que no todos las CTs rellenaron esta información en la encuesta.

En relación a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver la distribución del tiempo promedio propuesto para el tratamiento por región y país.

Tabla 39- Tiempo promedio de tratamiento propuesto por país en América Latina y el Caribe

País	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Argentina	0	0,0%	5	17,9%	18	64,3%	4	14,3%
Bolivia	0	0,0%	1	16,7%	3	50,0%	2	33,3%
Brasil	0	0,0%	29	29,0%	65	65,0%	6	6,0%
Chile	0	0,0%	0	0,0%	10	58,8%	7	41,2%
Colombia	1	5,9%	3	17,6%	7	41,2%	6	35,3%
Costa Rica	5	27,8%	4	22,2%	5	27,8%	3	16,7%
México	0	0,0%	1	11,1%	7	77,8%	1	11,1%
Paraguay	0	0,0%	1	20,0%	3	60,0%	1	20,0%
Perú	0	0,0%	0	0,0%	4	22,2%	14	77,8%
Puerto Rico	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%
República Dominicana	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
Uruguay	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
Total	6	2,7%	45	20,2%	125	56,1%	47	21,1%

Tabla 40- Tiempo promedio de tratamiento propuesto por país en Europa

País	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bélgica	0	0,0%	2	33,3%	2	33,3%	2	33,3%
Bosnia y Herzegovina	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Eslovenia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100%
España	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3%
Francia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	100%
Grecia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Holanda	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100%
Irlanda	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Italia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	100%
Moldavia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Noruega	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
Polonia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Portugal	0	0,0%	0	0,0%	3	100%	0	0,0%
Reino Unido	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Rusia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Suiza	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	0	0,0%	5	12,8%	12	30,8%	22	56,4%

Tabla 41- Tiempo promedio de tratamiento propuesto por país en Asia

País	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	0	0,0%	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Filipinas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
India	0	0,0%	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%
Indonesia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Macao RAE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Malasia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	0	0,0%	3	25,0%	4	33,3%	5	41,7%

5.10 Ubicación de la CT

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

- Urbana
- Rural
- Urbana y rural

Al inicio, muchas CT solían estar ubicadas sobre todo en entornos rurales; sin embargo, tras la modificación de las CTs, un número cada vez mayor de CTs comenzó a preferir ubicaciones urbanas o, en muchos casos, tanto urbanas como rurales.

Aquí queremos saber cuántas CTs siguen la corriente actual de preferir ubicaciones urbanas o, al menos, tener ambas ubicaciones para servir mejor a su población.

En los entornos rurales es posible desarrollar algunas actividades específicas, como agricultura, huertas, granjas, etc. Sin embargo, el acceso es más difícil para el personal y muchas otras actividades profesionales pueden verse obstaculizadas y dificultadas por ello. En las zonas rurales, el acceso a la red de salud pública también es más difícil, lo que es otra razón por la que las CTs han preferido cada vez más las ubicaciones urbanas en las últimas décadas.

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 26- Ubicación de la CT por región

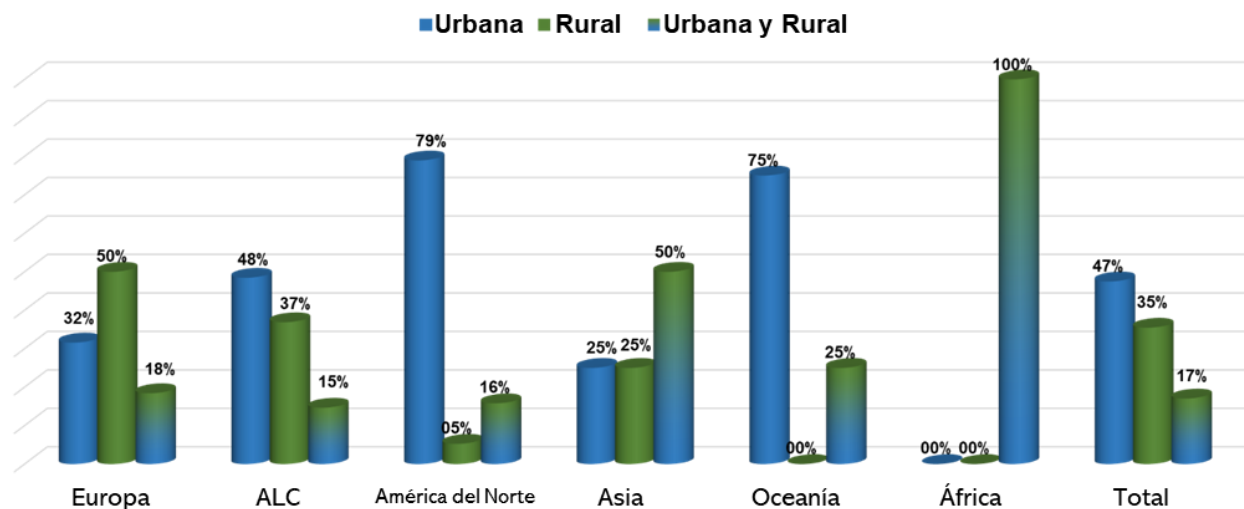


Tabla 42- Ubicación de la CT por región

Región	Urbana		Rural		Urbana y rural	
	n	%	n	%	n	%
Europa	12	31,6%	19	50,0%	7	18,4%
ALC	109	48,4%	83	36,9%	33	14,7%
América del Norte	15	78,9%	1	5,3%	3	15,8%
Asia	3	25,0%	3	25,0%	6	50,0%
Oceanía	3	75,0%	0	0,0%	1	25,0%
África	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Total	6	2,0%	63	21,1%	152	51,0%

En la tabla anterior hay una diferencia en el número total de CTs en Europa, debido a que no todos las CTs rellenaron esta información en la encuesta.

En relación a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver la distribución de la ubicación de la CT por región y país.

Tabla 43- Ubicación de la CT por país en América Latina y el Caribe

País	Urbana		Rural		Urbana y rural	
	n	%	n	n	%	n
Argentina	21	75,0%	4	14,3%	3	10,7%
Bolivia	3	50,0%	0	0,0%	3	50,0%
Brasil	28	28,0%	58	58,0%	14	14,0%
Chile	11	64,7%	3	17,6%	3	17,6%
Colombia	6	35,3%	8	47,1%	3	17,6%
Costa Rica	16	88,9%	1	5,6%	1	5,6%
México	8	88,9%	1	11,1%	0	0,0%
Paraguay	2	40,0%	3	60,0%	0	0,0%
Perú	12	66,7%	3	16,7%	3	16,7%
Puerto Rico	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%
República Dominicana	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Uruguay	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
Total	109	48,4%	83	36,9%	33	14,7%

Tabla 44- Ubicación de la CT por país en Europa

País	Urbana		Rural		Urbana y rural	
	n	%	n	n	%	n
Bélgica	3	60,0%	2	40,0%	0	0,0%
Bosnia y Herzegovina	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Eslovenia	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
España	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%
Francia	2	25,0%	6	75,0%	0	0,0%
Grecia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Irlanda	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Italia	1	20,0%	2	40,0%	2	40,0%
Moldavia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Noruega	0	0,0%	2	100%	0	0,0%
Polonia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Portugal	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%
Reino Unido	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Rusia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Suiza	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	12	31,6%	19	50,0%	7	18,4%

Tabla 45- Ubicación de la CT por país en Asia

País	Urbana		Rural		Urbana y rural	
	n	%	n	n	%	n
Bangladesh	0	0,0%	0	0,0%	2	100%
Filipinas	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
India	2	50,0%	0	0,0%	2	50,0%
Indonesia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Macao RAE	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Malasia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	3	25,0%	3	25,0%	6	50,0%

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

El uso de prácticas religiosas y/o espirituales en las CTs es un tema delicado en el movimiento global de CTs, ya que, en algunas regiones como América Latina y el Caribe y Asia, la mayoría de las CTs fueron fundadas y son mantenidas por grupos religiosos.

Las prácticas religiosas y espirituales están relacionadas con mejores resultados en varios tipos de tratamiento, no sólo en los tratamientos para los trastornos por uso de sustancias, por lo que en este informe no se discute si estas prácticas son recomendables o no.

La preocupación que surge en este aspecto es el uso incorrecto de estos conceptos o prácticas, que podría asemejarse al proselitismo religioso y a la violación de los derechos humanos.

Es por eso que decidimos incluir estas tres categorías, considerando que hay CTs que no realizan actividades religiosas, y otras con actividades religiosas, que pueden realizarse de forma obligatoria u opcional.

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 27- Religiosidad por región

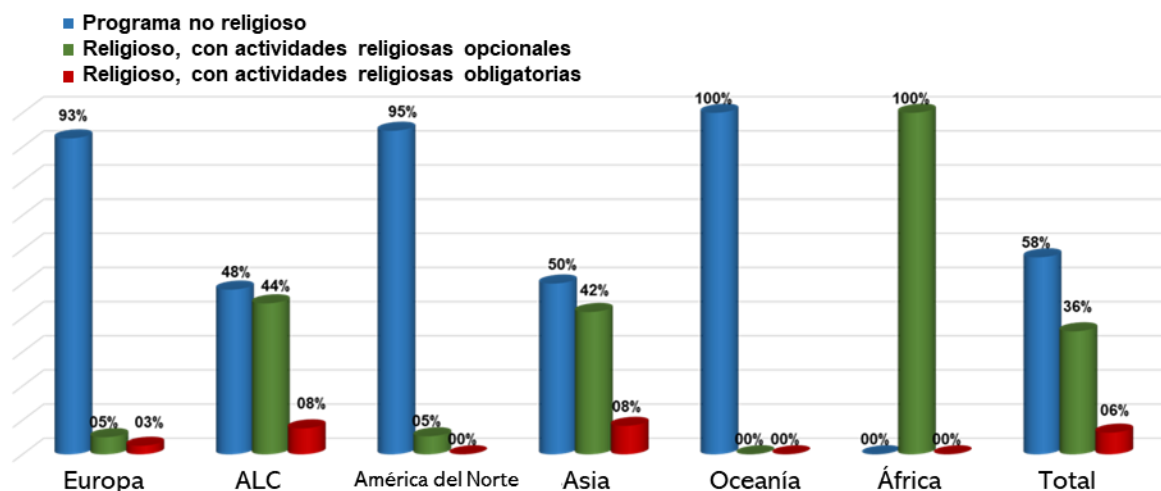


Tabla 46- Religiosidad por región

Región	Programa no religioso		Religioso, con actividades religiosas opcionales		Religioso, con actividades religiosas obligatorias	
	n	%	n	%	n	%
Europa	37	92,5%	dos	5,0%	1	2,5%
ALC	108	48,2%	99	44,2%	17	7,6%
América del Norte	18	94,7%	1	5,3%	0	0,0%
Asia	6	50,0%	5	41,7%	1	8,3%
Oceanía	4	100%	0	0,0%	0	0,0%
África	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Total	173	57,7%	108	36,0%	19	6,3%

En la tabla anterior hay una diferencia en el número total de CTs en América Latina y el Caribe, debido a que no todas las CTs rellenaron esta información en la encuesta.

En relación a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver la distribución de la religiosidad por región y país.

Tabla 47- Religiosidad por país en América Latina y el Caribe

País	Programa no religioso		Religioso, con actividades religiosas opcionales		Religioso, con actividades religiosas obligatorias	
	n	%	n	n	%	n
Argentina	24	88,9%	3	11,1%	0	0,0%
Bolivia	3	50,0%	3	50,0%	0	0,0%
Brasil	31	31,0%	62	62,0%	7	7,0%
Chile	14	82,4%	3	17,6%	0	0,0%
Colombia	9	52,9%	8	47,1%	0	0,0%
Costa Rica	10	55,6%	2	11,1%	6	33,3%
México	4	44,4%	3	33,3%	2	22,2%
Paraguay	0	0,0%	4	80,0%	1	20,0%
Perú	8	44,4%	9	50,0%	1	5,6%
Puerto Rico	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%
República Dominicana	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Uruguay	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
Total	109	48,4%	83	36,9%	33	14,7%

Tabla 48- Religiosidad por país en Europa

País	Programa no religioso		Religioso, con actividades religiosas opcionales		Religioso, con actividades religiosas obligatorias	
	n	%	n	n	%	n
Bélgica	6	100%	0	0,0%	0	0,0%
Bosnia y Herzegovina	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Chipre	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Eslovenia	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
España	3	100%	0	0,0%	0	0,0%
Francia	8	100%	0	0,0%	0	0,0%
Grecia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Irlanda	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Italia	5	100%	0	0,0%	0	0,0%
Moldavia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Noruega	2	100%	0	0,0%	0	0,0%
Polonia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Portugal	3	100%	0	0,0%	0	0,0%
Reino Unido	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Rusia	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Suiza	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	37	92,5%	2	5,0%	1	2,5%

Tabla 49- Religiosidad por país en Asia

País	Programa no religioso		Religioso, con actividades religiosas opcionales		Religioso, con actividades religiosas obligatorias	
	n	%	n	n	%	n
Bangladesh	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
Filipinas	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%
Hong Kong RAE	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
India	3	75,0%	1	25,0%	0	0,0%
Indonesia	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	1	100%	0	0,0%
Macao RAE	1	100%	0	0,0%	0	0,0%
Malasia	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Total	6	50,0%	5	41,7%	1	8,3%

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 y tabla 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 28- Equipo por región

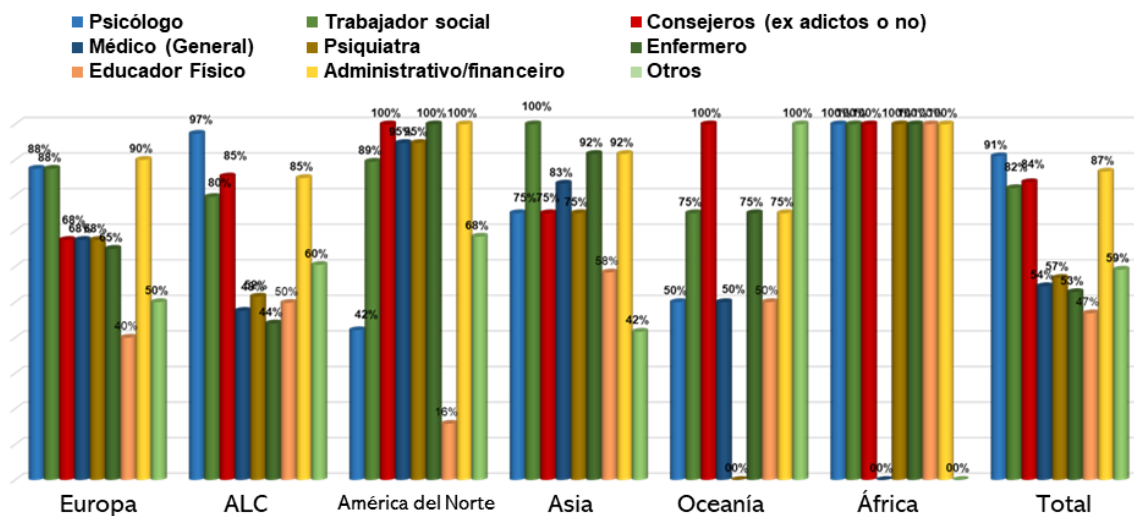
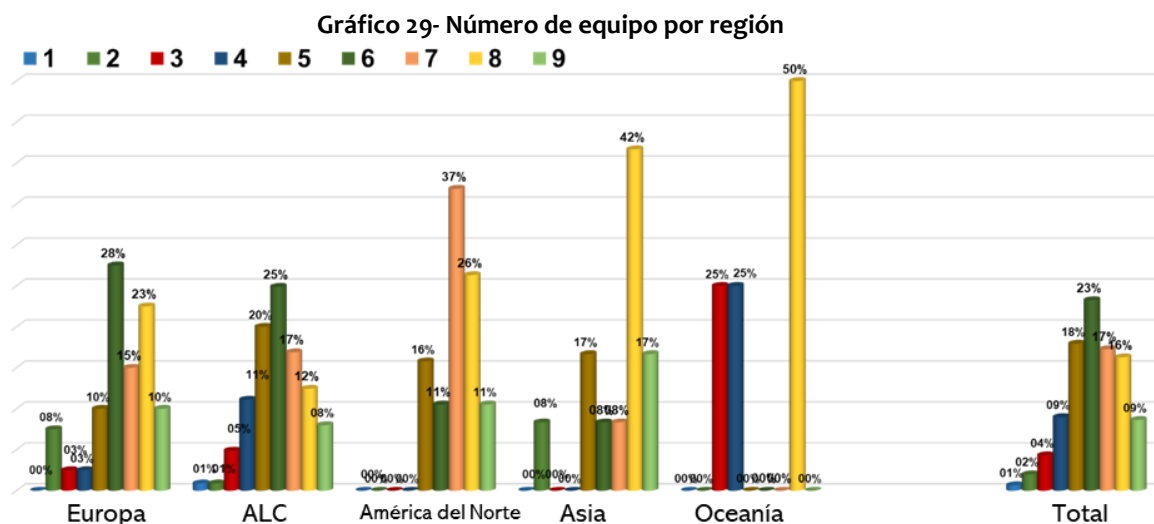


Tabla 50- Equipo por región

Equipo	Región						Total	
	Europa	ALC	América del Norte	Asia	Oceanía	África		
Psicólogo	n	35	219	8	9	2	1	274
	%	87,5%	97,3%	42,1%	75,0%	50,0%	100%	91,0%
Trabajador social	n	35	179	17	12	3	1	247
	%	87,5%	79,6%	89,5%	100%	75,0%	100%	82,1%
Consejeros (ex adictos o no)	n	27	192	19	9	4	1	252
	%	67,5%	85,3%	100%	75,0%	100%	100%	83,7%
Médico (general)	n	27	107	18	10	2	0	164
	%	67,5%	47,6%	94,7%	83,3%	50,0%	0,0%	54,5%
Psiquiatra	n	27	116	18	9	0	1	171
	%	67,5%	51,6%	94,7%	75,0%	0,0%	100%	56,8%
Enfermero	n	26	99	19	11	3	1	159
	%	65,0%	44,0%	100%	91,7%	75,0%	100%	52,8%
Educador Físico	N	16	112	3	7	2	1	141
	%	40,0%	49,8%	15,8%	58,3%	50,0%	100%	46,8%
Administrativo/financiero	n	36	191	19	11	3	1	261
	%	90,0%	84,9%	100%	91,7%	75,0%	100%	86,7%
Otros	n	20	136	13	5	4	0	178
	%	50,0%	60,4%	68,4%	41,7%	100%	0,0%	59,1%

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.



África no está en este gráfico para hacerlo más legible, pero sus datos están en la tabla a seguir.

Tabla 51- Número de equipo por región

Número de equipo	Región							Total
	Europa	ALC	América del Norte	Asia	Oceanía	África		
1	n	0	2	0	0	0	0	2
	%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%
2	n	3	2	0	1	0	0	6
	%	7,5%	0,9%	0,0%	8,3%	0,0%	0,0%	2,0%
3	n	1	11	0	0	1	0	13
	%	2,5%	4,9%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	4,3%
4	n	1	25	0	0	1	0	27
	%	2,5%	11,1%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	9,0%
5	n	4	45	3	2	0	0	54
	%	10,0%	20,0%	15,8%	16,7%	0,0%	0,0%	17,9%
6	n	11	56	2	1	0	0	70
	%	27,5%	24,9%	10,5%	8,3%	0,0%	0,0%	23,3%
7	n	6	38	7	1	0	1	53
	%	15,0%	16,9%	36,8%	8,3%	0,0%	100%	17,6%
8	n	9	28	5	5	2	0	49
	%	22,5%	12,4%	26,3%	41,7%	50,0%	0,0%	16,3%
9	n	4	18	2	2	0	0	26
	%	10,0%	8,0%	10,5%	16,7%	0,0%	0,0%	8,6%

En cuanto a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver la distribución del equipo y del número de equipo por región y país.

Gráfico 30- Equipo por país en América Latina y el Caribe

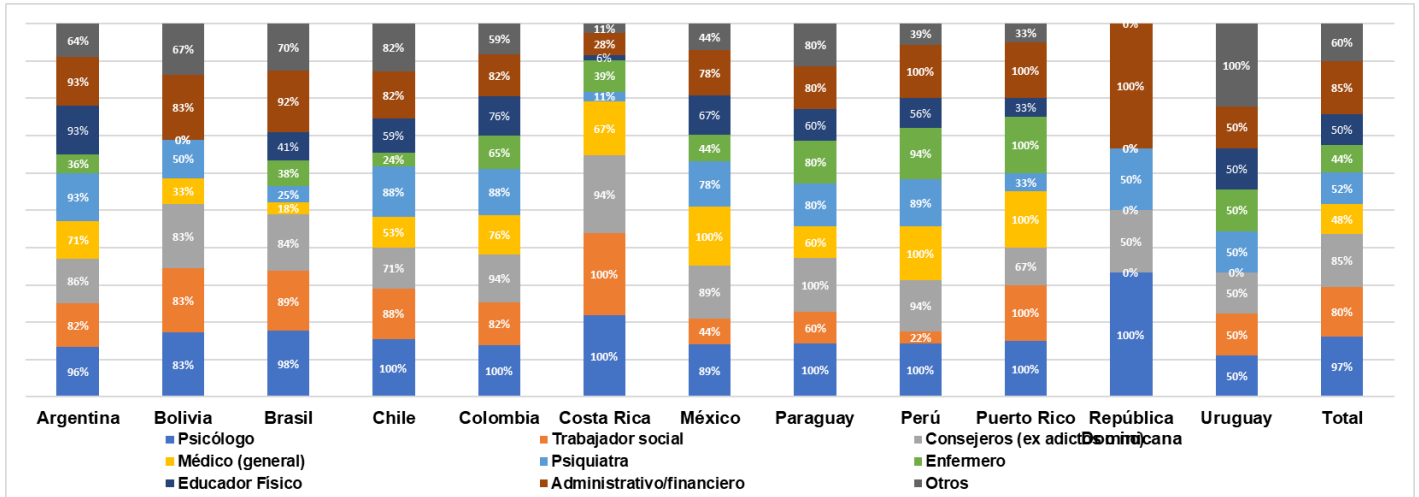


Gráfico 31- Número de equipo por país en América Latina y el Caribe

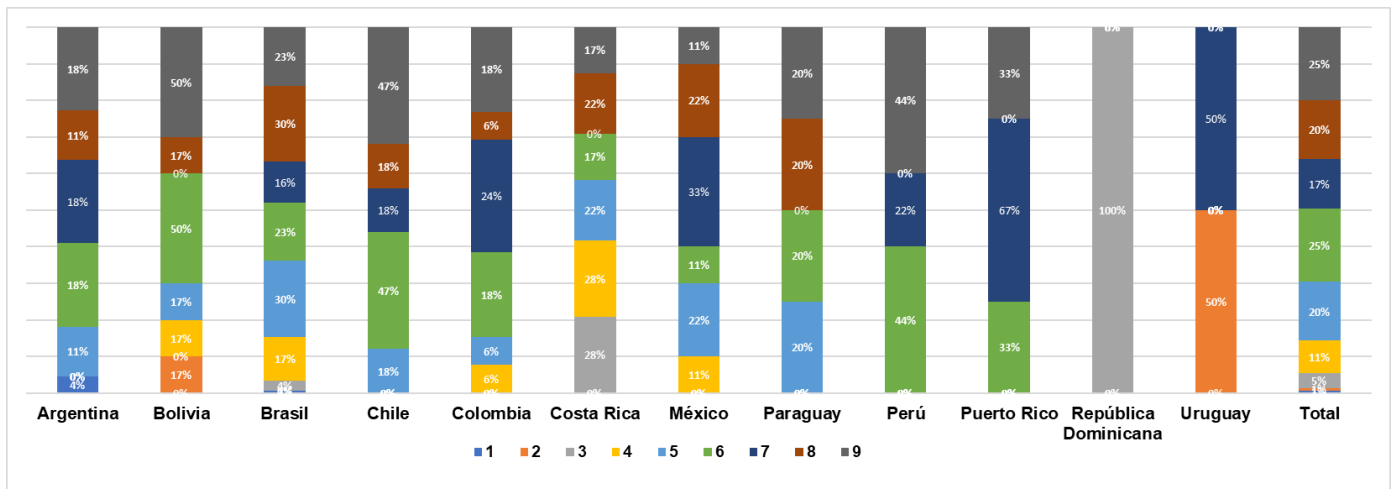


Gráfico 32- Equipo por país en Europa

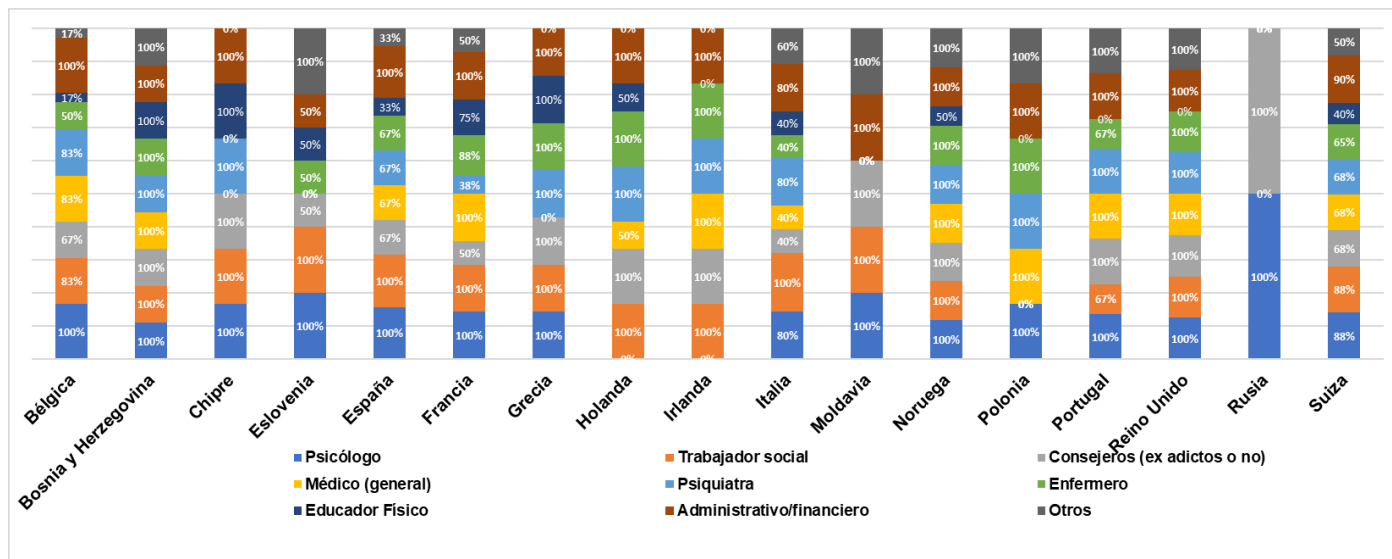
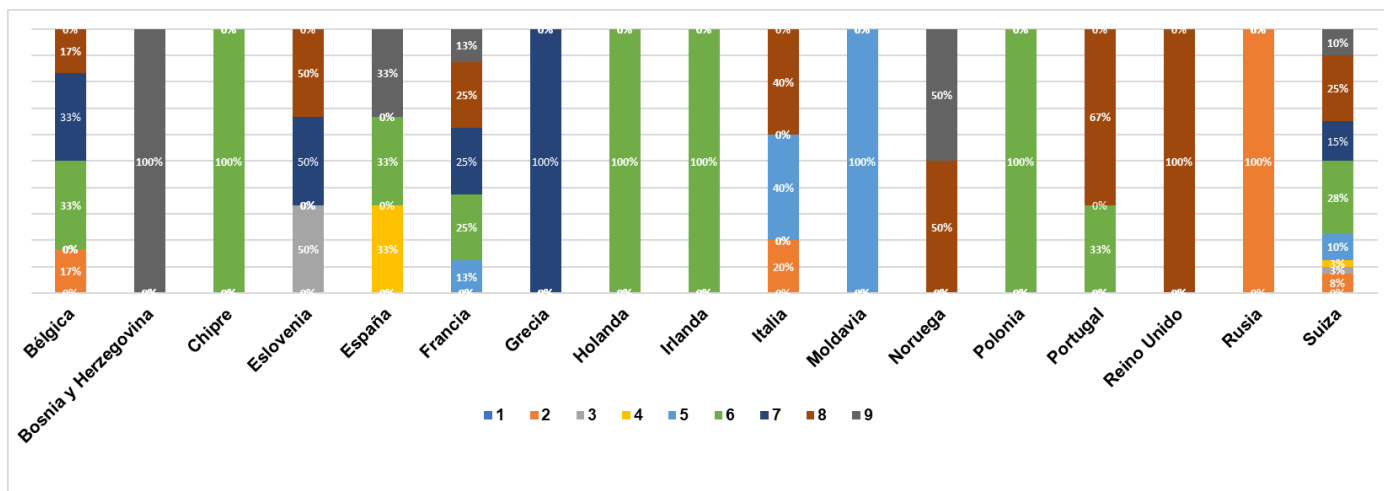


Gráfico 33- Número de equipo por país en Europa



Suiza no está presente en estos gráficos porque no presentó datos para esta pregunta.

Gráfico 34- Equipo por país en Asia

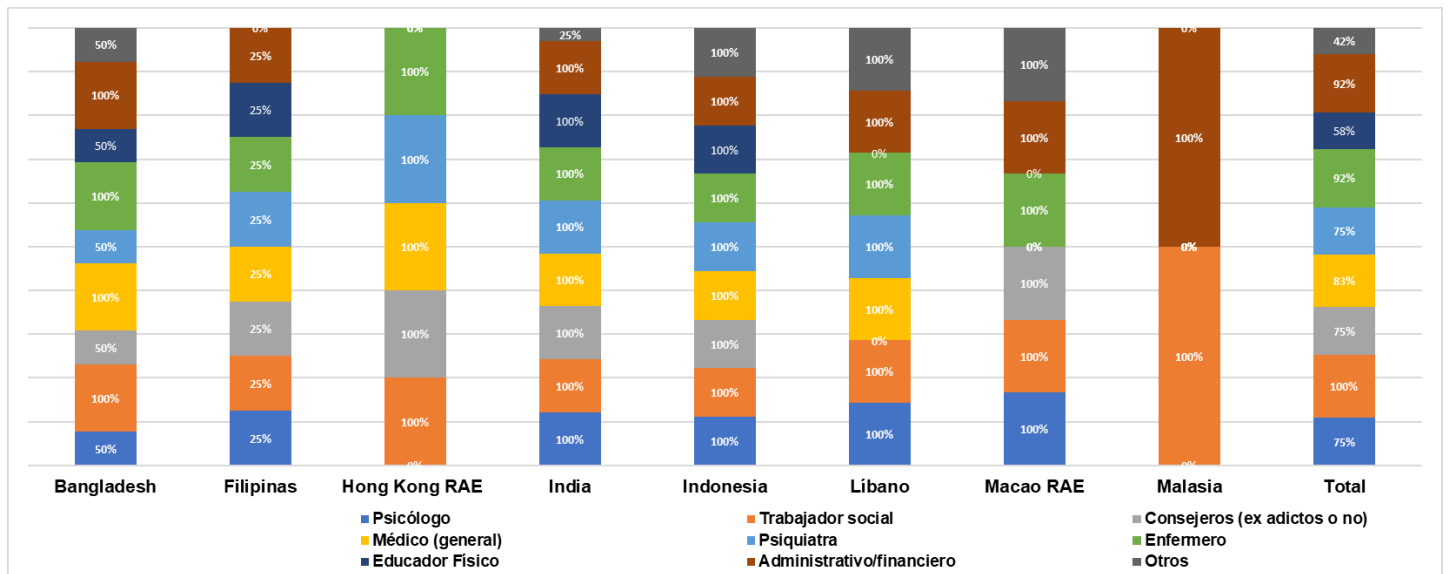
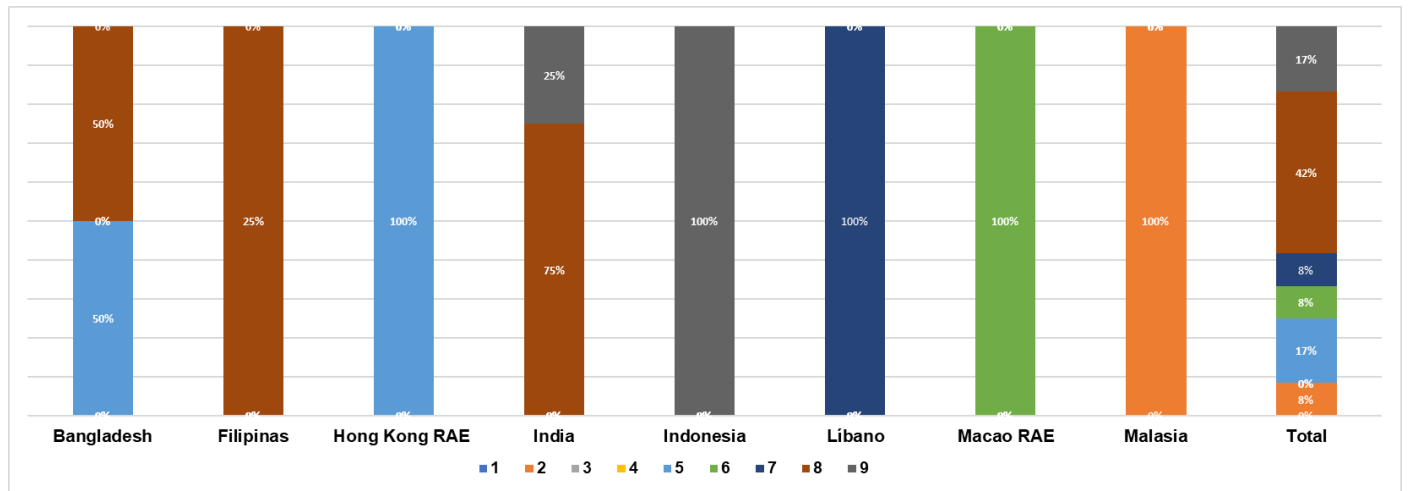


Gráfico 35- Número de equipo por país en Asia



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 52- 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%
Total	339.156	100%	1.431.639	100%

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%).

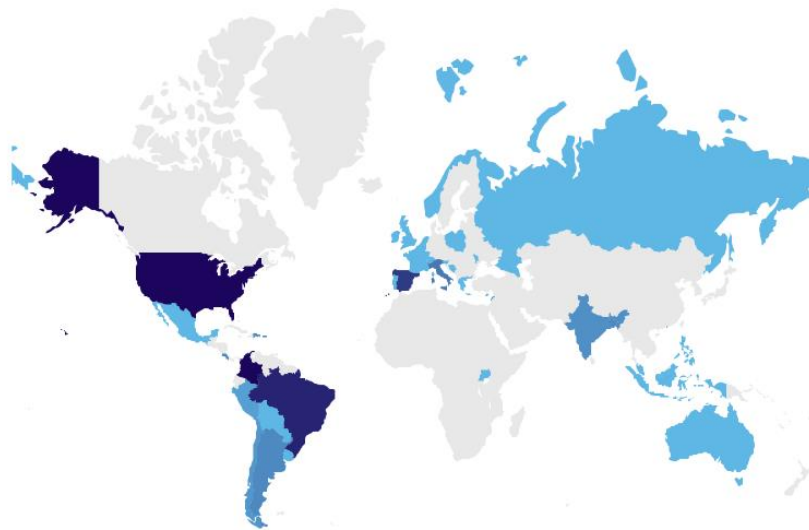
En total tuvimos un aumento de 1.184.965 personas atendidas y alcanzadas, lo que significa un significativo aumento del 302,3%.

Tabla 53- 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	-
Total	1.770.795	100%	585.830	100%	1.184.965	302,3%

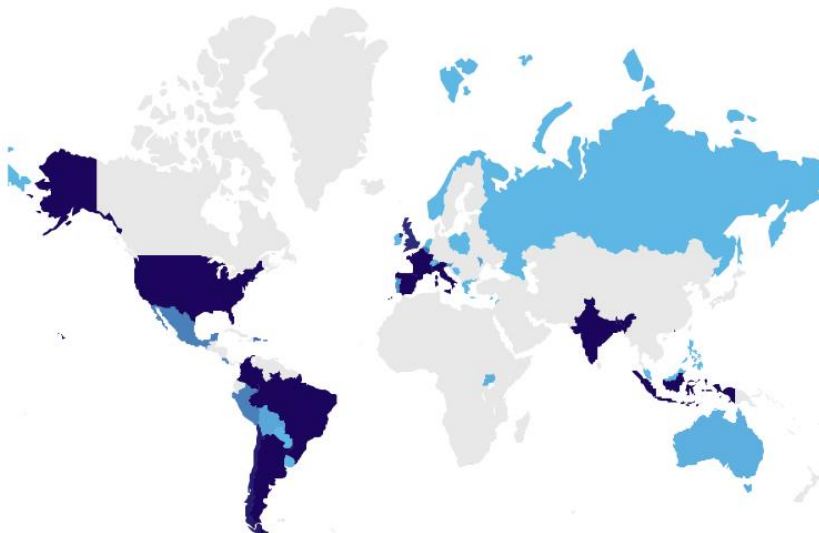
En relación a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver el gráfico sobre el número total de personas que recibieron servicios (personas atendidas), en el que cuanto más oscuro es el país, más personas atendidas.

Gráfico 36- 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 37- Número total de personas alcanzadas por país



A seguir podemos ver la distribución de personas atendidas y alcanzadas por región y país, y la comparación con la última encuesta.

Tabla 54- Total de personas atendidas y alcanzadas por país en América Latina y el Caribe

País	Total de personas atendidas		Total de personas alcanzadas	
	n	%	n	%
Argentina	7.771	3,7%	40.060	14,3%
Bolivia	792	0,4%	3.866	1,4%
Brasil	20.600	9,7%	113.290	40,5%
Chile	5.841	2,8%	21.070	7,5%
Colombia	144.783	68,2%	52.037	18,6%
Costa Rica	7.624	3,6%	7.856	2,8%
México	983	0,5%	8.760	3,1%
Paraguay	209	0,1%	960	0,3%
Perú	4.446	2,1%	8.951	3,2%
Puerto Rico	10.207	4,8%	8.793	3,1%
República Dominicana	7.796	3,7%	12.470	4,5%
Uruguay	1.290	0,6%	1.936	0,7%
Total	212.342	100%	280.049	100%

Tabla 55- Total de personas atendidas y alcanzadas por país en América Latina y el Caribe (2023-2022)

País	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
Argentina	47.831	9,7%	36.850	32,6%	10.981	129,8%
Bolivia	4.658	0,9%	-	-	-	-
Brasil	133.890	27,2%	33.949	30,0%	99.941	394,4%
Chile	26.911	5,5%	5.882	5,2%	21.029	457,5%
Colombia	196.820	40,0%	24.635	21,8%	172.185	798,9%
Costa Rica	15.480	3,1%	-	-	-	-
México	9.743	2,0%	-	-	-	-
Paraguay	1.169	0,2%	-	-	-	-
Perú	13.397	2,7%	4.885	4,3%	8.512	274,2%
Puerto Rico	19.000	3,9%	-	-	-	-
República Dominicana	20.266	4,1%	-	-	-	-
Uruguay	3.226	0,7%	6.152	5,4%	-2.926	-47,6%
Total	492.391	100%	113.063*	100%	379.328	435,5%

*Ecuador tuvo 710 personas atendidas y alcanzadas en la última encuesta.

Gráfico 38- Total de personas atendidas por país en América Latina y el Caribe

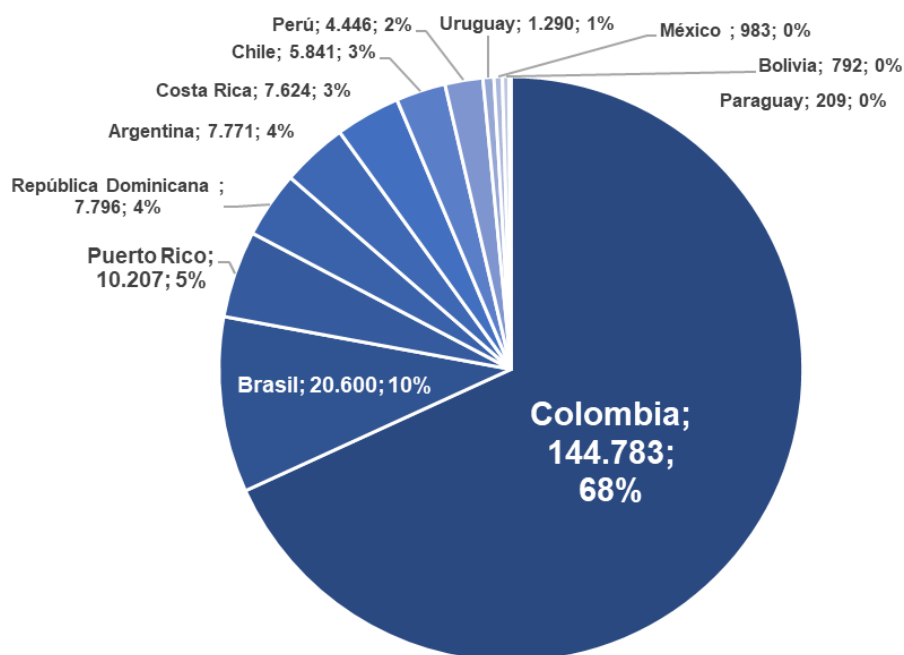


Gráfico 39- Total de personas alcanzadas por país en América Latina y el Caribe

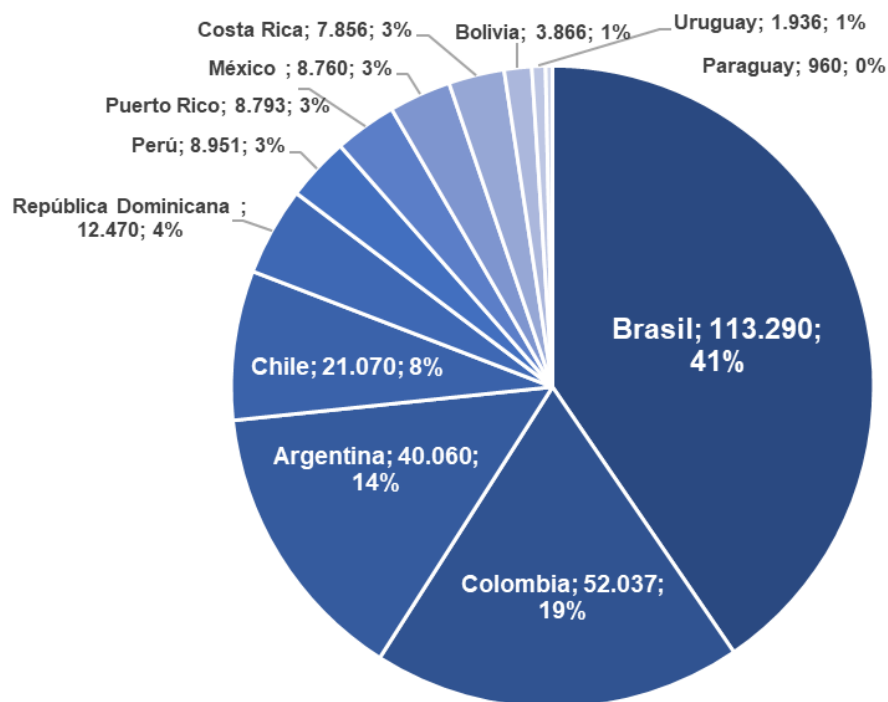


Tabla 56- Total de personas atendidas y alcanzadas por país en Europa

País	Total de personas atendidas		Total de personas alcanzadas	
	n	%	n	%
Bélgica	1.530	4,5%	10.266	1,56%
Bosnia y Herzegovina	96	0,3%	1.500	0,23%
Chipre	120	0,4%	150	0,02%
Eslovenia	711	2,1%	5.658	0,86%
España	17.644	51,5%	149.831	22,77%
Francia	1.707	5,0%	334.408	50,83%
Grecia	306	0,9%	308	0,05%
Holanda	126	0,4%	131	0,02%
Irlanda	250	0,7%	1.850	0,28%
Italia	9.818	28,6%	124.042	18,85%
Moldavia	41	0,1%	4.000	0,61%
Noruega	65	0,2%	210	0,03%
Polonia	1.200	3,5%	1.000	0,15%
Portugal	272	0,8%	5.400	0,82%
Reino Unido	380	1,1%	19.000	2,89%
Rusia	10	0,0%	15	0,00%
Suiza	0	0,0%	125	0,02%
Total	34.276	100%	657.894	100%

Tabla 57- Total de personas atendidas y alcanzadas por país en Europa (2023-2022)

País	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
Bélgica	11.796	1,7%	4.967	6,3%	6.829	237,5%
Bosnia y Herzegovina	1.596	0,2%	-	-	-	-
Chipre	270	0,0%	-	-	-	-
Eslovenia	6.369	0,9%	1.726	2,2%	4.643	369,0%
España	167.475	24,2%	21.708	27,4%	145.767	771,5%
Francia	336.115	48,6%	-	-	-	-
Grecia	614	0,1%	22.665	28,6%	-22.051	-97,3%
Holanda	257	0,0%	-	-	-	-
Irlanda	2.100	0,3%	1.885	2,4%	215	111,4%
Italia	133.860	19,3%	12.398	15,7%	121.462	1.079,7%
Moldavia	4.041	0,6%	3.000	3,8%	1.041	134,7%
Noruega	275	0,0%	-	-	-	-
Polonia	2.200	0,3%	-	-	-	-
Portugal	5.672	0,8%	3.261	4,1%	2.411	173,9%
Reino Unido	19.380	2,8%	-	-	-	-
Rusia	25	0,0%	-	-	-	-

Suiza	125	0,0%	-	-	-	-
Total	692.170	100%	79.210*	100%	612.960	873,8%

*En la última encuesta, la República Checa registró 7.600 personas atendidas y alcanzadas.

Gráfico 40- Total de personas atendidas por país en Europa

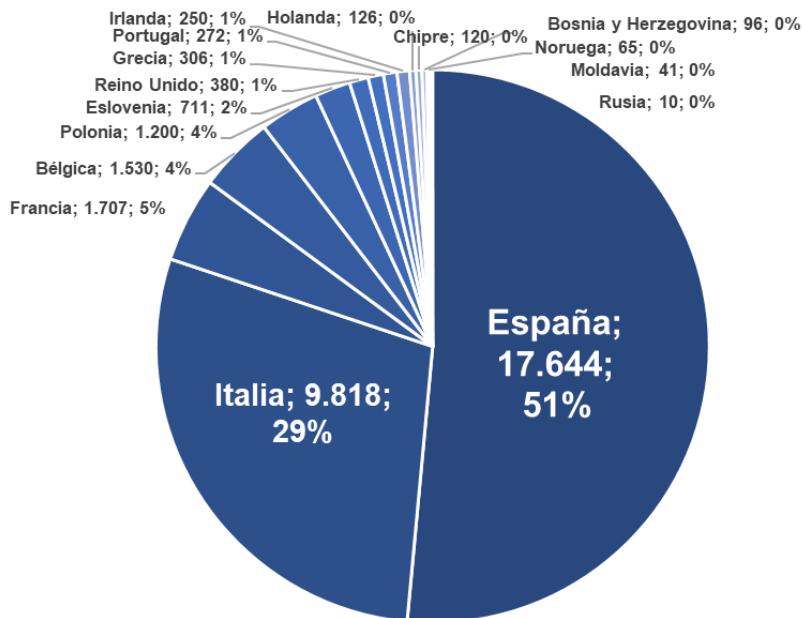


Gráfico 41- Total de personas alcanzadas por país en Europa

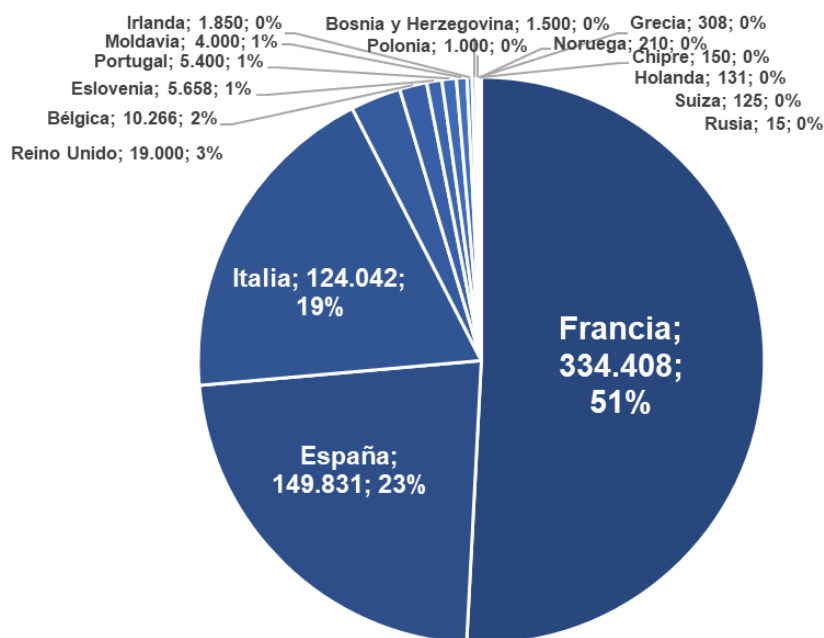


Tabla 58- Total de personas atendidas y alcanzadas por país en Asia

País	Total de personas atendidas		Total de personas alcanzadas	
	n	%	n	%
Bangladesh	7.000	29,6%	51.200	31,6%
Filipinas	230	1,0%	200	0,1%
Hong Kong RAE	3.100	13,1%	30.000	18,5%
India	6.000	25,3%	26.359	16,3%
Indonesia	238	1,0%	51.200	31,6%
Líbano	7.000	29,6%	2.500	1,5%
Macao RAE	40	0,2%	407	0,3%
Malasia	75	0,3%	250	0,2%
Total	23.683	100%	162.116	100%

Tabla 59- Total de personas atendidas y alcanzadas por país en Asia (2023-2022)

País	2023		2022		Aumento	
	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	52.410	30,1%	10.419	11,8%	41.991	503,0%
Filipinas	2.730	1,6%	530	0,6%	2.200	515,1%
Hong Kong RAE	33.100	19,0%	-	-	-	-
India	32.359	18,6%	28.410	32,1%	3.949	113,9%
Indonesia	645	0,4%	950	1,1%	-305	-32,1%
Líbano	52.410	30,1%	21.338	11,8%	41.991	403,0%
Macao RAE	240	0,1%	-	-	-	-
Malasia	325	0,2%	950	1,1%	-625	-65,8%
Total	174.219	100%	88.532*	100%	85.687	196,8%

* Nepal tuvo 500 personas atendidas y alcanzadas y Pakistán 25.435 en la última encuesta.

Gráfico 42- Total de personas atendidas por país en Asia

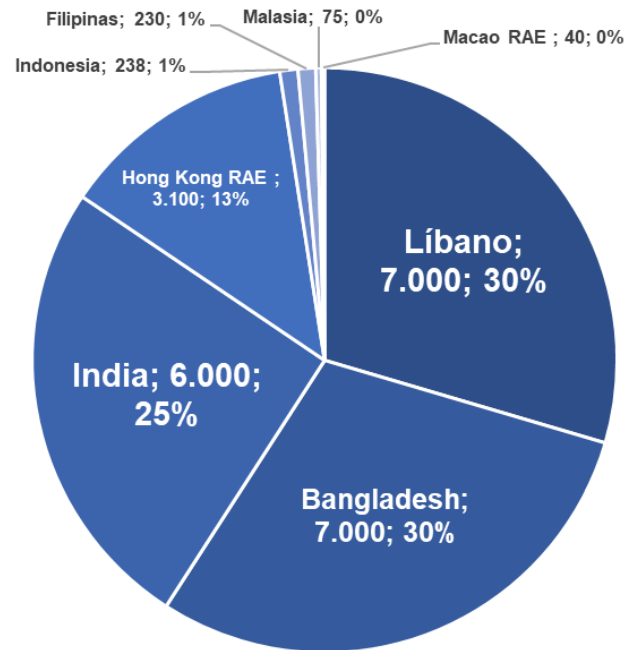
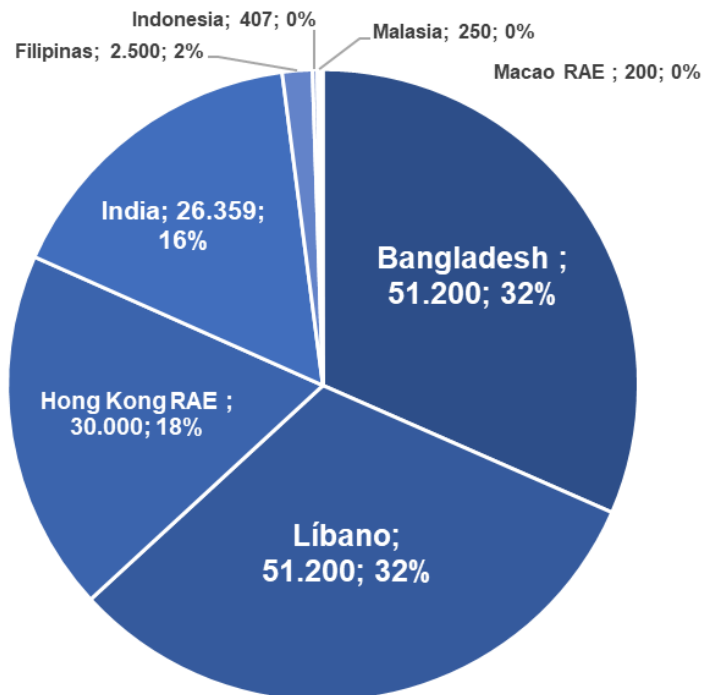


Gráfico 43- Total de personas alcanzadas por país en Asia



5.13.1 Personas atendidas por género de la población objetivo

Conocer la distribución de personas atendidas por género es importante para comprender si el número equilibrado de CTs para mujeres y hombres en el mundo significa un número equilibrado de mujeres y hombres atendidos.

Históricamente, los servicios para mujeres son más escasos y las mujeres tienen menos acceso al tratamiento en comparación con los hombres. Además, en general, las CTs femeninas son más pequeñas que las masculinas, por lo que incluso con un número equilibrado, es muy probable que las mujeres sigan teniendo menos acceso al tratamiento que los hombres.

Como vimos en la sección 5.7, en esta encuesta preguntamos si las organizaciones tenían instalaciones de tratamiento solo para hombres, solo para mujeres o ambas. En el caso de ambas, esto no significa que la misma unidad ofrezca tratamiento para hombres y mujeres. Significa que la organización cuenta con diferentes instalaciones para cada género.

Si la CT contaba con ambos tipos de instalación, no separamos el número total de personas atendidas para cada género, por lo que no podemos saber exactamente, en estos casos, cómo están representados los servicios femeninos en el total.

Como podemos observar en el gráfico y tabla a continuación, más del 90% (n=311.780; 91,9%) de las personas atendidas se encontraban en CTs con ambas instalaciones. Sólo el 7,9% (n=26.781) estaban en CTs exclusivas para hombres, y un total no representativo del 0,1% (n=505) estaba en servicios exclusivos para mujeres.

Gráfico 44- Número total de personas atendidas por género de población objetivo

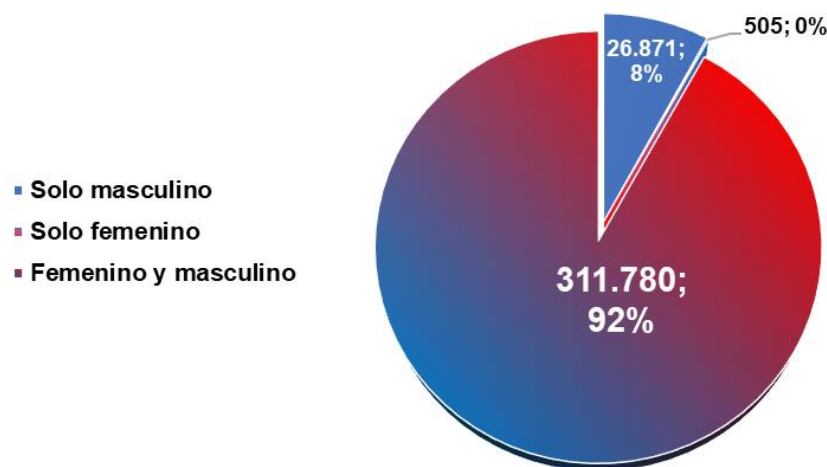


Tabla 60- Número total de personas atendidas por región y género de la población objetivo

Región	Solo masculino		Solo femenino		Femenino y masculino	
	n	%	n	%	n	%
Europa	1	0,0%	96	0,3%	34.179	99,7%
ALC	23.570	11,1%	409	0,2%	188.363	88,7%
América del Norte	225	0,3%	0	0,0%	72.376	99,7%
Asia	3.075	17,2%	0	0,0%	14.818	82,8%
Oceanía	0	0,0%	0	0,0%	1.844	100%
África	0	0,0%	0	0,0%	200	100%
Total	26.871	7,9%	505	0,1%	311.780	91,9%

En relación a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver la distribución del número total de personas atendidas por género de la población objetivo, región y país.

Tabla 61- Número total de personas atendidas por género de la población objetivo en América Latina y el Caribe

País	Solo masculino		Solo femenino		Femenino y masculino	
	n	%	n	n	%	n
Argentina	410	5,3%	0	0,0%	7.361	94,7%
Bolivia	70	8,8%	0	0,0%	722	91,2%
Brasil	13.726	66,6%	409	2,0%	6.465	31,4%
Chile	361	6,2%	0	0,0%	5.480	93,8%
Colombia	1.399	1,0%	0	0,0%	143.384	99,0%
Costa Rica	2.289	30,0%	0	0,0%	5.335	70,0%
México	683	69,5%	0	0,0%	300	30,5%

Paraguay	159	76,1%	0	0,0%	50	23,9%
Perú	4.346	97,8%	0	0,0%	100	2,2%
Puerto Rico	78	0,8%	0	0,0%	10.129	99,2%
República Dominicana	49	0,6%	0	0,0%	7.747	99,4%
Uruguay	0	0,0%	0	0,0%	1.290	100%
Total	23.570	11,1%	409	0,2%	188.363	88,7%

Tabla 62- Número total de personas asistidas por género de la población objetivo en Europa

País	Solo masculino		Solo femenino		Femenino y masculino	
	n	%	n	n	%	n
Bélgica	0	0,0%	0	0,0%	1.530	100%
Bosnia y Herzegovina	0	0,0%	96	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	0	0,0%	120	100%
Eslovenia	0	0,0%	0	0,0%	711	100%
España	0	0,0%	0	0,0%	17.644	100%
Francia	0	0,0%	0	0,0%	1.707	100%
Grecia	0	0,0%	0	0,0%	306	100%
Holanda	0	0,0%	0	0,0%	126	100%
Irlanda	0	0,0%	0	0,0%	250	100%
Italia	1	0,0%	0	0,0%	9.817	100%
Moldavia	0	0,0%	0	0,0%	41	100%
Noruega	0	0,0%	0	0,0%	65	100%
Polonia	0	0,0%	0	0,0%	1.200	100%
Portugal	0	0,0%	0	0,0%	272	100%
Reino Unido	0	0,0%	0	0,0%	380	100%
Rusia	0	0,0%	0	0,0%	10	100%
Suiza	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	1	0,0%	96	0,3%	34.179	99,7%

Tabla 63- Número total de personas asistidas por género de la población objetivo en Asia

País	Solo masculino		Solo femenino		Femenino y masculino	
	n	%	n	n	%	n
Bangladesh	0	0,0%	0	0,0%	1.210	100%
Filipinas	0	0,0%	0	0,0%	230	100%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	3.100	100%
India	3.000	50,0%	0	0,0%	3.000	50,0%
Indonesia	0	0,0%	0	0,0%	238	100%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	7.000	100%
Macao RAE	0	0,0%	0	0,0%	40	100%
Malasia	75	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	3.075	9,0%	0	0,0%	14.818	43,2%

5.13.2 Personas atendidas por ubicación de la CT

Como vimos en la sección 5.10, en las CTs modernas predomina la ubicación urbana, con un mayor acceso a la red de salud pública, siendo muy importante sobre todo en los casos más graves.

En el caso de que la CT seleccione ubicación urbana y rural, no preguntamos cuántas personas fueron atendidas en cada local, por lo tanto, en estos casos, no sabemos exactamente la cantidad de personas atendidas en ubicaciones rurales y urbanas.

En total, casi la mitad de la población ($n= 148.726$; 43,9%) fue atendida en dispositivos rurales, y la otra mitad fue atendida igualmente en dispositivos urbanos ($n=97.744$; 28,8%) y rurales y urbanos ($n= 95.566$; 27,3%).

Si consideramos que sólo el 35,5% de las CTs encuestadas informaron tener dispositivos únicamente rurales, y el 43,9% fueron atendidos en dispositivos rurales, podemos concluir que los dispositivos rurales son más grandes que los urbanos. Esta característica de las instalaciones urbanas (menos cantidad de personas) podría sugerir que los tratamientos urbanos serían más individualizados que los rurales.

Gráfico 45- Número total de personas atendidas por ubicación de la CT

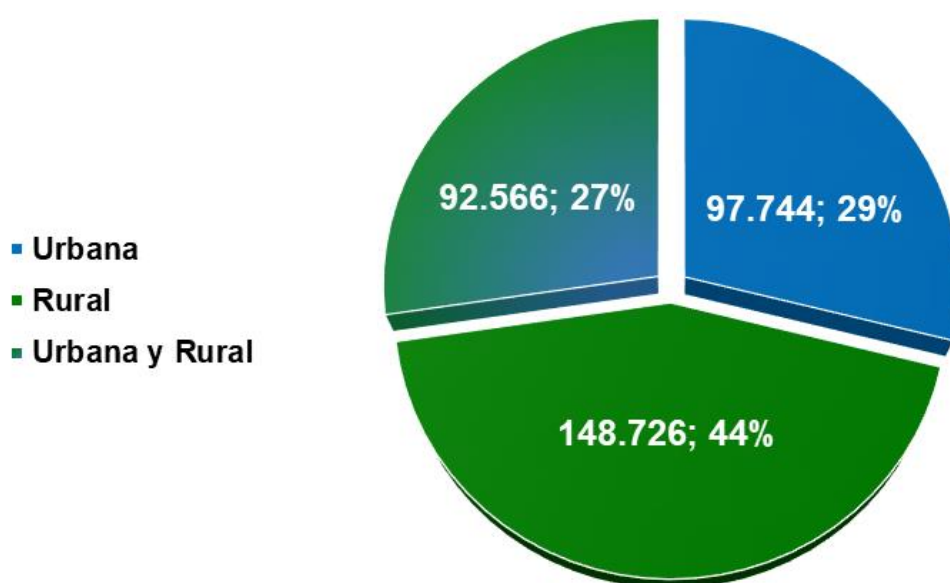


Tabla 64- Número total de personas atendidas por región y ubicación de la CT

Región	Urbana		Rural		Urbana y rural	
	n	%	n	%	n	%
Europa	6.885	20,2%	4.251	12,4%	23.020	67,4%
ALC	32.003	15,1%	143.953	67,8%	36.386	17,1%
América del Norte	55.274	76,1%	177	0,2%	17.150	23,6%
Asia	3.238	18,1%	345	1,9%	14.310	80,0%
Oceanía	344	18,7%	0	0,0%	1.500	81,3%
África	0	0,0%	0	0,0%	200	100%
Total	97.744	28,8%	148.726	43,9%	92.566	27,3%

En relación a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver la distribución del número total de personas atendidas por ubicación de la CT, región y país.

Tabla 65 - Total de personas atendidas por ubicación de la CT en América Latina y el Caribe

País	Urbana		Rural		Urbana y rural	
	n	%	n	n	%	n
Argentina	4.037	51,9%	445	5,7%	3.289	42,3%
Bolivia	250	31,6%	0	0,0%	542	68,4%
Brasil	4.863	23,6%	10.571	51,3%	5.166	25,1%
Chile	3.735	63,9%	180	3,1%	1.926	33,0%
Colombia	1.252	0,9%	131.928	91,1%	11.603	8,0%
Costa Rica	5.303	69,6%	200	2,6%	2.121	27,8%
México	893	90,8%	90	9,2%	0	0,0%
Paraguay	124	59,3%	85	40,7%	0	0,0%
Perú	3.750	84,3%	376	8,5%	320	7,2%
Puerto Rico	0	0,0%	78	0,8%	10.129	99,2%
República Dominicana	7.796	100%	0	0,0%	0	0,0%
Uruguay	0	0,0%	0	0,0%	1.290	100%
Total	32.003	15,1%	143.953	67,8%	36.386	17,1%

Tabla 66 - Total de personas atendidas por la ubicación de la CT en Europa

País	Urbana		Rural		Urbana y rural	
	n	%	n	n	%	n
Bélgica	1.190	84,4%	220	15,6%	0	0,0%
Bosnia y Herzegovina	0	0,0%	96	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	0	0,0%	120	100%
Eslovenia	657	92,4%	54	7,6%	0	0,0%
España	273	1,5%	400	2,3%	16.971	96,2%
Francia	402	23,6%	1.305	76,4%	0	0,0%
Grecia	306	100%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	126	100%	0	0,0%	0	0,0%
Irlanda	0	0,0%	0	0,0%	250	100%
Italia	3.778	38,5%	801	8,2%	5.239	53,4%
Moldavia	0	0,0%	41	100%	0	0,0%
Noruega	0	0,0%	65	100%	0	0,0%
Polonia	0	0,0%	1.200	100%	0	0,0%
Portugal	153	56,3%	59	21,7%	60	22,1%
Reino Unido	0	0,0%	0	0,0%	380	100%
Rusia	0	0,0%	10	100%	0	0,0%
Suiza	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	6.885	20,2%	4.251	12,4%	23.020	67,4%

Tabla 67 - Total de personas atendidas por la ubicación de la CT en Asia

País	Urbana		Rural		Urbana y rural	
	n	%	n	n	%	n
Bangladesh	0	0,0%	0	0,0%	1.210	100%
Filipinas	0	0,0%	230	100%	0	0,0%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	3.100	100%
India	3.000	50,0%	0	0,0%	3.000	50,0%
Indonesia	238	100%	0	0,0%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	7.000	100%
Macao RAE	0	0,0%	40	100%	0	0,0%
Malasia	0	0,0%	75	100%	0	0,0%
Total	3.238	18,1%	345	1,9%	14.310	80,0%

5.13.3 Personas atendidas según la religiosidad

Como vimos en la sección 5.11, la religiosidad es un punto sensible en el movimiento global de CTs, por lo que es interesante saber cuántas personas fueron tratadas en programas religiosos y no religiosos.

Como podemos ver en el gráfico y la tabla a continuación, la gran mayoría de las personas atendidas (n=292.208; 86,2%) fueron tratadas en programas no religiosos. Esta información se opone a la idea general de que las CTs sólo están asociadas a lugares y prácticas religiosas, en las que no hay tratamiento profesional.

Sólo en Asia hubo más personas atendidas en programas religiosos (n=9.973; 55,7%), pero el hecho de que tengan actividades religiosas no significa que no hubiera personal técnico y actividades de orientación especializada.

Gráfico 46- Total de personas atendidas por religiosidad

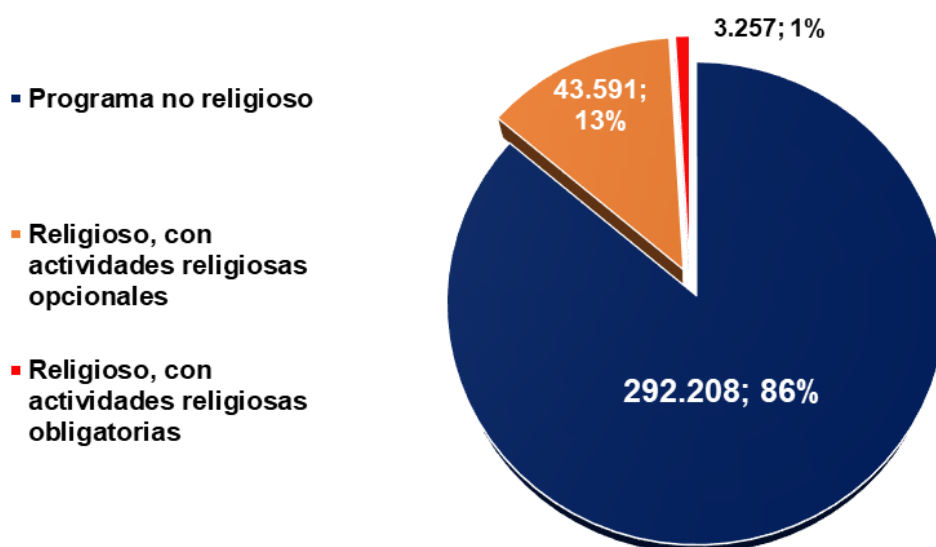


Tabla 68- Total de personas atendidas por región y religiosidad

Región	Programa no religioso		Religioso, con actividades religiosas opcionales		Religioso, con actividades religiosas obligatorias	
	n	%	n	%	n	%
Europa	34.019	99,3%	161	0,5%	96	0,3%
ALC	176.066	83,0%	33.090	15,6%	3.086	1,5%
América del Norte	72.359	99,7%	242	0,3%	0	0,0%
Asia	7,920	44,3%	9.898	55,3%	75	0,4%
Oceanía	1.844	100%	0	0,0%	0	0,0%
África	0	0,0%	200	10,8%	0	0,0%
Total	292,208	86,2%	43.591	12,9%	3.257	1,0%

En relación a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver la distribución del número total de personas atendidas por religiosidad, región y país.

Tabla 69 - Número total de personas atendidas por religiosidad en América Latina y el Caribe

País	Programa no religioso		Religioso, con actividades religiosas opcionales		Religioso, con actividades religiosas obligatorias	
	n	%	n	%	n	%
Argentina	7.301	95,2%	370	4,8%	0	0,0%
Bolivia	525	66,3%	267	33,7%	0	0,0%
Brasil	7.390	35,9%	12.212	59,3%	998	4,8%
Chile	2.239	38,3%	3.602	61,7%	0	0,0%
Colombia	142.024	98,1%	2.759	1,9%	0	0,0%
Costa Rica	5.450	71,5%	392	5,1%	1.782	23,4%
México	607	61,7%	200	20,3%	176	17,9%
Paraguay	0	0,0%	135	64,6%	74	35,4%
Perú	1.220	27,4%	3.170	71,3%	56	1,3%
Puerto Rico	224	2,2%	9.983	97,8%	0	0,0%
República Dominicana	7.796	100%	0	0,0%	0	0,0%
Uruguay	1.290	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	176.066	83,0%	33.090	15,6%	3.086	1,5%

Tabla 70- Número total de personas atendidas por religión en Europa

País	Programa no religioso		Religioso, con actividades religiosas opcionales		Religioso, con actividades religiosas obligatorias	
	n	%	n	%	n	%
Bélgica	1.530	100%	0	0,0%	0	0,0%
Bosnia y Herzegovina	0	0,0%	0	0,0%	96	0,0%
Chipre	0	0,0%	120	100%	0	0,0%
Eslovenia	711	100%	0	0,0%	0	0,0%
España	17.644	100%	0	0,0%	0	0,0%
Francia	1.707	100%	0	0,0%	0	0,0%
Grecia	306	100%	0	0,0%	0	0,0%
Holanda	126	100%	0	0,0%	0	0,0%
Irlanda	250	100%	0	0,0%	0	0,0%
Italia	9.818	100%	0	0,0%	0	0,0%
Moldavia	0	0,0%	41	100%	0	0,0%
Noruega	65	100%	0	0,0%	0	0,0%
Polonia	1.200	100%	0	0,0%	0	0,0%
Portugal	272	100%	0	0,0%	0	0,0%
Reino Unido	380	100%	0	0,0%	0	0,0%
Rusia	10	100%	0	0,0%	0	0,0%
Suiza	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	15.274	98,3%	161	1,0%	96	0,6%

Tabla 71- Número total de personas atendidas por religión en Asia

País	Programa no religioso		Religioso, con actividades religiosas opcionales		Religioso, con actividades religiosas obligatorias	
	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	780	64,5%	430	35,5%	0	0,0%
Filipinas	0	0,0%	230	100%	0	0,0%
Hong Kong RAE	3.100	100%	0	0,0%	0	0,0%
India	4.000	66,7%	2.000	33,3%	0	0,0%
Indonesia	0	0,0%	238	100%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	7.000	100%	0	0,0%
Macao RAE	40	100%	0	0,0%	0	0,0%
Malasia	0	0,0%	0	0,0%	75	100%
Total	7.920	44,3%	9.898	55,3%	75	0,4%

5.13.4 Personas atendidas por tiempo promedio propuesto para el tratamiento

En la sección 5.9 vimos que la “CT modificada” comenzó a desarrollar programas más cortos, lo que podría conducir a una mayor adherencia y menos abandonos.

En el gráfico y la tabla siguientes, podemos ver que la mayoría de las personas fueron atendidas en programas que duraron entre 6 y 12 meses ($n=227.715$; 67,2%), y solo el 0,5% ($n=1.584$) fueron atendidas en programas de menos de 3 meses.

Sólo en Asia hubo más personas atendidas en programas más largos, que duraron más de 12 meses ($n=11.370$; 63,5%), y en Europa el 39,9% ($n=13.684$) de las personas atendidas estaban en estos programas más largos.

Como se mencionó, los programas más largos no necesariamente implican internaciones más largas, ya que un programa puede ofrecer tratamientos residenciales y ambulatorios, dependiendo de la fase.

Gráfico 47- Número total de personas atendidas por tiempo promedio propuesto para el tratamiento

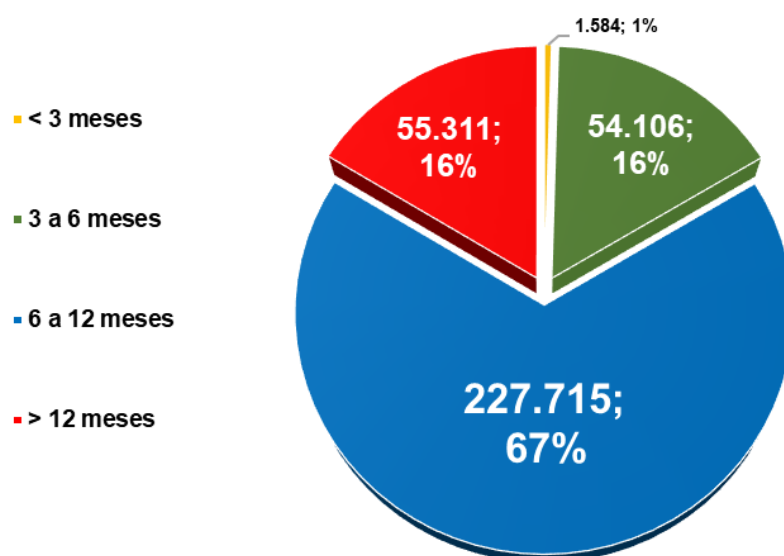


Tabla 72 - Total de personas atendidas por región y tiempo promedio propuesto para el tratamiento

Región	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	0	0,0%	880	2,6%	19.712	57,5%	13.684	39,9%
ALC	1.584	0,7%	11.849	5,6%	168.612	79,6%	29.857	14,1%
América del Norte	0	0,0%	37.897	52,2%	34.454	47,5%	250	0,3%
Asia	0	0,0%	1.710	9,6%	4.813	26,9%	11.370	63,5%
Oceanía	0	0,0%	1.570	85,1%	124	6,7%	150	8,1%
África	0	0,0%	200	100%	0	0,0%	0	0,0%
Total	1.584	0,5%	54.106	16,0%	227.715	67,2%	55.311	16,3%

En relación a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación, podemos ver la distribución del número total de personas atendidas por tiempo promedio propuesto para el tratamiento, región y país.

Tabla 73 - Número total de personas atendidas por tiempo promedio propuesto para el tratamiento en América Latina y el Caribe

País	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Argentina	0	0,0%	1.050	13,9%	6.186	81,7%	335	4,4%
Bolivia	0	0,0%	150	18,9%	525	66,3%	117	14,8%
Brasil	0	0,0%	4.889	23,7%	14.619	71,0%	1.092	5,3%
Chile	0	0,0%	0	0,0%	3.585	61,4%	2.256	38,6%
Colombia	50	0,0%	1.570	1,1%	132.303	91,4%	10.860	7,5%
Costa Rica	1.534	20,8%	3.958	53,6%	1.275	17,3%	617	8,4%
México	0	0,0%	80	8,1%	603	61,3%	300	30,5%
Paraguay	0	0,0%	74	35,4%	85	40,7%	50	23,9%
Perú	0	0,0%	0	0,0%	248	5,6%	4.198	94,4%
Puerto Rico	0	0,0%	78	0,8%	146	1,4%	9.983	97,8%
República Dominicana	0	0,0%	0	0,0%	7.747	99,4%	49	0,6%
Uruguay	0	0,0%	0	0,0%	1.290	100%	0	0,0%
Total	1.584	0,7%	11.849	5,6%	168.612	79,6%	29.857	14,1%

Tabla 74 - Número total de personas atendidas por tiempo promedio propuesto para el tratamiento en Europa

País	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bélgica	0	0,0%	240	15,7%	401	26,2%	889	58,1%
Bosnia y Herzegovina	0	0,0%	0	0,0%	96	100%	0	0,0%
Chipre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	120	100%
Eslovenia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	711	100%
España	0	0,0%	0	0,0%	17.371	98,5%	273	1,5%
Francia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1.707	100%
Grecia	0	0,0%	0	0,0%	306	100%	0	0,0%
Holanda	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	126	100%
Irlanda	0	0,0%	250	100%	0	0,0%	0	0,0%
Italia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	9.818	100%
Moldavia	0	0,0%	0	0,0%	41	100%	0	0,0%
Noruega	0	0,0%	0	0,0%	25	38,5%	40	61,5%
Polonia	0	0,0%	0	0,0%	1.200	100%	0	0,0%
Portugal	0	0,0%	0	0,0%	272	100%	0	0,0%
Reino Unido	0	0,0%	380	100%	0	0,0%	0	0,0%
Rusia	0	0,0%	10	100%	0	0,0%	0	0,0%
Suiza	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	0	0,0%	880	2,6%	19.712	57,5%	13.684	39,9%

Tabla 75 - Número total de personas atendidas por tiempo promedio propuesto para el tratamiento en Asia

País	< 3 meses		3 a 6 meses		6 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bangladesh	0	0,0%	1.210	100%	0	0,0%	0	0,0%
Filipinas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	230	100%
Hong Kong RAE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3.100	100%
India	0	0,0%	500	8,3%	4.500	75,0%	1.000	16,7%
Indonesia	0	0,0%	0	0,0%	238	100%	0	0,0%
Líbano	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7.000	100%
Macao RAE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	40	100%
Malasia	0	0,0%	0	0,0%	75	100%	0	0,0%
Total	0	0,0%	1.710	9,6%	4.813	26,9%	11.370	63,5%

5.13.5 Personas atendidas por número de equipo

Vimos en la sección 5.12 que más del 80% de las CTs informaron tener cinco o más profesionales diferentes en su equipo. Ahora podemos ver cuántas personas fueron atendidas según la cantidad de profesionales diferentes que tenían las CTs.

Como podemos observar en el gráfico y tabla siguientes, la mayoría de las personas (n=198.579; 58,6%) fueron atendidas en CTs con 8 profesionales diferentes en su equipo.

Se destaca la tasa del 95,6% (n=324.076) de personas atendidas en CTs con 5 o más profesionales diferentes en sus equipos.

Gráfico 48- Número total de personas atendidas por número de equipo

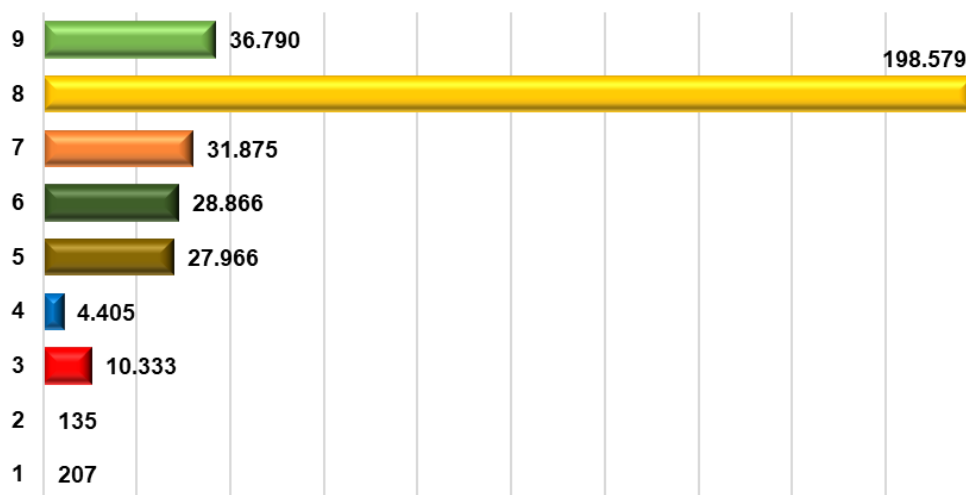


Tabla 76 - Número total de personas atendidas por región y número de equipo

Número de equipo		Región						Total
		Europa	ALC	América del Norte	Asia	Oceanía	África	
1	n	0	207	0	0	0	0	207
	%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
2	n	50	10	0	75	0	0	135
	%	0,1%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
3	n	657	9.606	0	0	70	0	10.333
	%	1,9%	4,5%	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	3,0%
4	n	273	3.982	0	0	150	0	4.405
	%	0,8%	1,9%	0,0%	0,0%	8,1%	0,0%	1,3%
5	n	8.743	8.243	7.100	3.880	0	0	27.966
	%	25,5%	3,9%	9,8%	21,7%	0,0%	0,0%	8,2%
6	n	2.539	26.012	275	40	0	0	28.866
	%	7,4%	12,3%	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	8,5%
7	n	1.213	17.430	6.032	7.000	0	200	31.875
	%	3,5%	8,2%	8,3%	39,1%	0,0%	100%	9,4%
8	n	3.639	138.139	51.017	4.160	1.624	0	198.579
	%	10,6%	65,1%	70,3%	23,2%	88,1%	0,0%	58,6%
9	n	17.162	8.713	8.177	2.738	0	0	36.790
	%	50,1%	4,1%	11,3%	15,3%	0,0%	0,0%	10,8%

En relación a los países de las organizaciones encuestadas, a continuación podemos ver la distribución del número total de personas atendidas por número de trabajadores, región y país.

Gráfico 49- Total de personas atendidas por región y número de equipo en América Latina y el Caribe

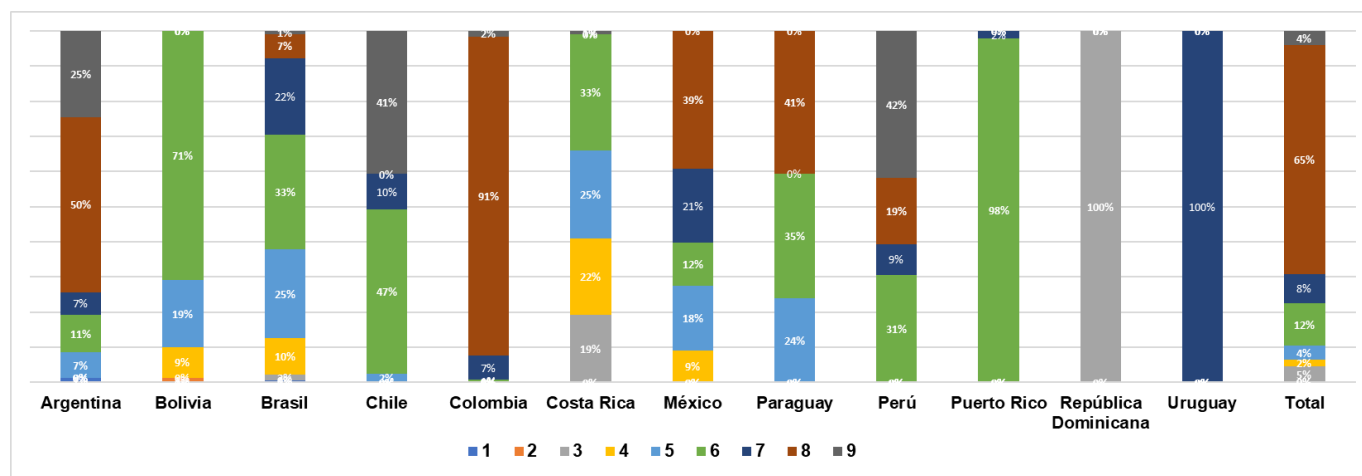


Gráfico 50- Total de personas atendidas por región y número de equipo en Europa

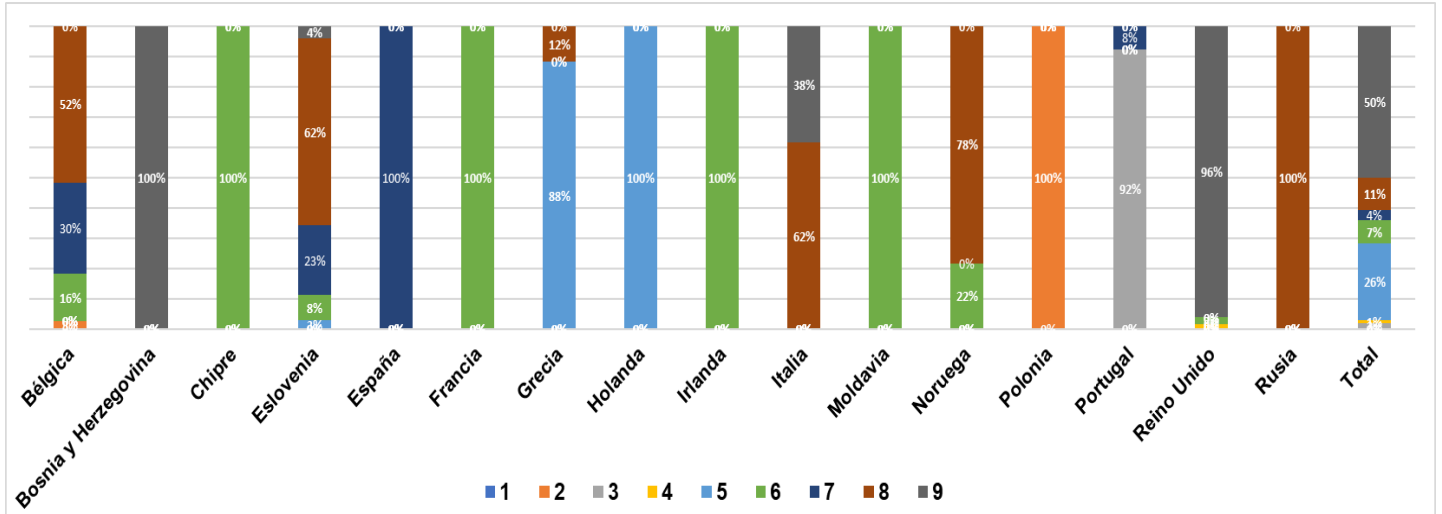
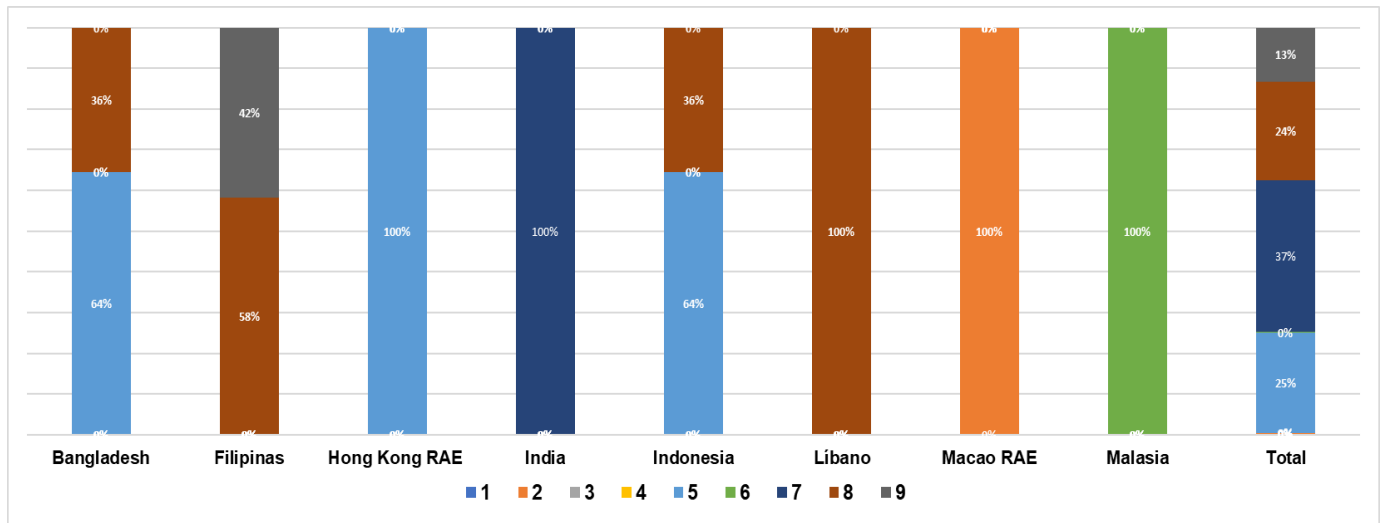


Gráfico 51- Total de personas atendidas por región y número de equipo en Asia



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.

ANEXO 1 – CUESTIONARIO

SECCIÓN 1 – DATOS INSTITUCIONALES

1. Nombre de la persona que envía la información

2. Nombre de la organización

3. País base

4. Membresía Institucional (opción múltiple)

- Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC)
- Asociación de Comunidades Terapéuticas de Australasia (ATCA)
- Federación Europea de Comunidades Terapéuticas (EFTC)
- Federación de Comunidades Terapéuticas de Asia (FTCA)
- Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT)
- Comunidades de Tratamiento de América (TCA)
- Otros: (Federaciones Locales)

5. Alcance del trabajo (respuesta única)

- Local
- Nacional
- Internacional

5.1 Si Internacional: ¿en cuáles otros países la Organización mantiene servicios de CT?

6. Tipo de trabajo realizado (respuesta única)

- **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**

7. Número de trabajadores (respuesta única)

- <10
- 10-50
- >50

8. Fuente de financiación (opción múltiple)

- 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

SECCIÓN 2 – DATOS DEL SERVICIO

9. Población objetivo (múltiples opciones)

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

10. Género de la población objetivo (respuesta única)

- Sólo femenino
- Solo masculino
- Femenino y masculino

11. 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.

12. 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.

13. Dispositivos (opción múltiple)

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

SECCIÓN 3 – SÓLO PARA CTs

14. Tiempo promedio propuesto para el tratamiento (respuesta única)

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

15. Ubicación de la CT (opción múltiple)

- Urbana
- Rural

15. Religiosidad (respuesta única)

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

17. Equipo (opción múltiple)

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

ANEXO 2 – LISTA DE CTs ENCUESTADAS

Europa

Tabla 77- CTs encuestadas de Europa

País	Nombre de la Organización
Bélgica	De Kiem
	De Sleutel vzw Organisatie Brothers of Charity
	Phoenix House Bulgaria
	Solidarnost ARAP Association
	Trempline ASBL
	Vassilev
Bosnia y Herzegovina	Public Institution Center for rehabilitation addicts of psychoactive substances
Chipre	Therapeutic Community "Agia Skepi"
Eslovenia	Društvo Projekt Človek
	UP Society Slovenia
España	AAT Associació d'Acollida i Acció Terapèutica
	Association Proyecto Hombre
	Dianova España
Francia	Association Montjoie Communauté Thérapeutique
	Association RIMBAUD
	CEID-Addictions
	Fédération Addiction
	SATO Picardie
	Sauvegarde du nord
	Association Montjoie Communauté Thérapeutique
	Association RIMBAUD
Grecia	ARGO Alternative Therapeutic Program for Drug Addicted Individuals
Holanda	Stichting De Stam
	TC De Stam
Irlanda	Coolmine Therapeutic Community
Italia	CEIS Genova
	Comunità San Patrignano
	Dianova Cooperativa Sociale ARL
	Federazione Italiana Comunità Terapeutiche F.I.C.T.
	Lycos
Moldavia	Initiativa Pozitiva (Positive Initiative)
Noruega	Stiftelsen Phoenix
	Stiftelsen Renåvangen
Polonia	Polish Federation of Therapeutic Communities

Portugal	Ares do Pinhal
	Associação Dianova Portugal
	Centro de Solidariedade de Braga / Projecto Homem
Reino Unido	Phoenix Futures
Rusia	Clinic of Dr.Isaev
Suiza	Dianova International

América Latina y el Caribe

Tabla 78- CTs encuestadas de América Latina y el Caribe

País	Nombre de la Organización
Argentina	ACIAR - El Reparó
	ANANKE
	asoc PROGRAMAANDRES
	Asociación civil Del Prado
	Asociación Civil Programa Guadalupe
	Asociacion Modelo Minnesota
	Asociación Rumen
	Asociación SEDRO
	Cades
	Centro Shoc
	CETRAQ
	El Palomar
	Fundación Aprendiendo a Vivir
	Fundación Aylén
	Fundación Creando la Libertad
	Fundacion Creer es Crear
	Fundación Luz de Vida
	Fundacion Nocka Munayki (yo te quiero)
	Fundacion Viviré
	grupo del Oeste salud mental y adicciones
	La Libertad
	La Misión
	La Urdimbre asoc civil
	Los Naranjos Comunidad Terapeutica
	Posada del Inti
	Programa Delta
Proyecto U.N.O Asociación Civil	
Segunda Oportunidad	

Bolívia	Centro Boliviano de Solidaridad Vida
	Centro de reintegración para Teenagers con responsabilidad penal
	E.D.I.T.O. Espacio de Diagnóstico e Intervención Terapéutica Oportuna
	El alto sin alcohol y drogas
	Fundación Enda El Alto
Brasil	ARAD - Associação de Recuperação e Prevenção do Alcoolismo e Outras Drogas
	Associação Acolher
	Associação Amor Exigente de Torres (Comunidade Terapêutica Renovar)
	Associação Beneficente Novo Amanhã
	Associação Bom Samaritano
	Associação Cearense de Inclusão e Assistência Social
	Associação Comunitária de Recuperação Novo Caminho
	Associação Crença
	Associação de Assistência aos dependentes Químicos-toxicológicos - Casa do Amor Fraternal
	Associação de Promoção Humana - Grupo AMA
	Associação fazenda do Senhor Jesus
	Associação Mãe Admirável
	Associação Missionária Para Vidas
	Associação Nova Vida
	Associação Padre Leonardo Nunes
	Associação Promocional Sol Nascente
	Associação Promocional Vida Nova
	Associação Prudentina para Prevenção dos Vícios e Recuperação de Vidas - Esquadrão da Vida
	Associação Reeducação Social Jaboque
	Associação Resgate a vida de Mogi Mirim
	Associação Terapêutica Novo Amanhecer - ATENA
	Associação Terra Santa / Astes
	Associação TESHUVA / Comunidade Terapêutica TESHUVA/Nossa Senhora de Guadalupe
	Associação Vida Plena Amor Exigente /AVIPAE
	Caritas Projeto Mãe que Acolhe
	Casa de Apoio Pe. Aloísio Boeing
	Casa de Reintegração Social Nova Vida
	Casa do Sol Azul
	CAUDEQ
	Centro de Atenção Urbana a Dependência Química

Brasil

Centro Terapêutico Cristão Salva Vidas
Centro Terapêutico São Francisco
Comunidade Bethania
Comunidade Só Por Hoje
Comunidade Solidariedade SOL
Comunidade Terapêutica Acolhedora Filhos da Luz
Comunidade Terapêutica Amigos da Vida
Comunidade Terapêutica Atos
Comunidade Terapêutica Beth Hayotser
Comunidade Terapêutica Bom Pastor
Comunidade Terapêutica Cáritas
Nossa Senhora do Perpétuo Socorro
Comunidade terapêutica Casa Marta e Maria
Comunidade terapêutica conquista
Comunidade Terapêutica do Maranhão- CTM
Comunidade Terapeutica Ebenezer
Comunidade Terapêutica Emanuel - Coterem
Comunidade Terapêutica Esquadrão Resgate
Comunidade Terapêutica Essência de Vida
Comunidade Terapêutica Fazenda Padre Réus
Comunidade Terapêutica Fazenda Renascer
Comunidade Terapêutica Fazenda Santo Expedito
Comunidade Terapêutica Fazenda Senhor Jesus Cristo Rei
Comunidade Terapêutica Feminina Florescer
Comunidade Terapêutica Kairos
Comunidade terapêutica Maranata
Comunidade Terapêutica Nova Jerusalem
Comunidade Terapêutica Nova Jornada
Comunidade Terapêutica para Dependentes Químicos e de Álcool - Associação Santana
Comunidade Terapêutica Peniel
Comunidade Terapêutica Renascer
Comunidade Terapêutica Rosa de Saron
Comunidade Terapeutica Santa Mãe da Providência
Comunidade Terapeutica Sao Francisco
Comunidade Terapêutica Vida Nova
Comunidade Terapêutica Viver
Comunidade Terapêutica Andradinense Recanto do Senhor Jesus
CRAVI - Casa de Recuperação Água da Vida
CRER Comunidade Terapêutica Fazenda São Francisco
Desafio Jovem de Santo André
Fundação de Ribeirão Preto Apoiando a Recuperação de Vidas - RAREV

Brasil	Fundação Padre Gabriel Correr
	G. T. Goiás sem Drogas
	GRAAUS - Grupo de Recuperação de Alcoólicos Augusto Silva
	Grupo Nova Aurora Feminino e Masculino de Atenção à Dependência Química
	Instituição Padre Haroldo Rahm
	Instituto Amor e Vida
	Instituto Bambu
	Instituto El Shaddai
	Instituto Redenção
	Instituto Ruach CT DEJOB
	Instituto Social Beneficente Ebenézer
	Instituto vale viver
	IVVI- Instituto Valorização da Vida de Ituverava
	Missão Desafio Peniel
	Missão Resgate da Paz
	NAREV
	Obras Sociais Água Viva
	Obras Sociais da Diocese de Goiás
	Obras Sociais da Diocese de Uruaçu
	OSC Projeto WIDA - CT Nossa Senhora de Fátima
	PACTO N/B
	PATNA - Pastoral de Apoio ao Toxicômano Nova Aurora
	PATRE - Associação Amor Exigente de Antônio Prado
	Pia união das irmãs da Copiosa Redenção
	PROVITA - Projeto Vida Itapema
	Recanto “Rogério de Souza”
	Servos - Sociedade no Empenho na Recuperação de Vidas
SOPROH Sociedade de Promoção Humana	
Terra da Sobriedade - Associação de Atenção à Dependência Química	
Chile	CEPAS
	Comunidad TABOR
	Comunidad Terapéutica PEULLA
	Comunidad Terapéutica Colina
	Comunidad Terapéutica Joven Levántate
	Comunidad Terapéutica Liwen
	Comunidad Terapéutica Manquehue
	Comunidad Terapéutica Renovación
	CREA
	CT El Ruco
	CT INTA
	CT La Roca
	Dianova Chile



Chile	Fundación Despertar
	Fundación Hogar Volver a Nacer
	Org. de tratamiento y prevención de drogas "OTPD"
	PAI Licanantay
Colombia	Alma cad
	Alma Cad Cali
	Casa Fenix, Tú Oportunidad de Renacer
	Corporación creando vida
	Corporacion Gestora de Paz Kairós
	Corporación nueva vida
	Corporación Raíces, Alas y Sentido
	Fundación criar
	Fundacion Familiar Faro
	Fundación Hogares Claret
	Fundacion La Luz IPS
	Fundación Revivir con Cristo que me fortalece
	Fundación Semillas de Amor
	Fundación Vive La Vida IPS
	Valle de Guerreros
Costa Rica	Fundación Kañir
	Albergue Adulto Mayor
	Clinia patricio Perez
	Hogar Limon Salvando al Adicto
	Adepea
	Hogar CREA
	Hogar Salvando Alcohólico Guadalupe
	CLINICA nueva vida
	Proyecto Equilibrio
	Hogar salvando Alcohólico
	Asociación Minesterio Casa de Paz Sucot Shalon
	Hogar San José
	Centro Restauración Vigias de Amor
	Hogar Zoe
	Residencia Terapéutica Eliasit
	Rostro de Jesus
	Centro de restauración para hombres famacodependientes
Asociación R.E.N.A.C.ER.	

México	Arca de Noé A.C
	Casa de la Esperanza Comunidad Terapéutica
	Comunidad de restauración familiar semilla
	Comunidad Terapéutica en Adicciones para Mujeres A.C. (SECUOYA)
	Comunidad Terapéutica Guerreros de San Miguel
	Comunidad terapéutica in lak ech a c
	FEMEXCOT
	Fundación México Me Necesita A. C.
	Tu decides como vivir
Paraguay	Centro Terapeutico El Nazareno
	Comunidad Terapéutica "TALLER DEL MAESTRO"
	Comunidad Terapéutica Mahanaim
	Con Pasion
	Padres Unidos en el Amor y la Fe. PUAFE
Perú	Asociación A.T.A.
	Asociacion Comunidad Terapéutica Fuente de Agua Viva
	Asociacion Vereda Libre
	ATP VIDA (Asociación Terapéutica profesional Vida)
	C.T. Lugar de Restauración LIFE
	Centro de Desarrollo Humano y Rehabilitacion Psicosocial Amarse
	Centro Takiwasi Centro de Rehabilitación de Toxicómanos y de Investigación de Medicinas Tradicionales.
	Comunidad Terapéutica Ayuda en Acción
	Comunidad Terapéutica Cristiana Divino Salvador
	Comunidad Terapéutica Cristiana Enséñame el Camino
	Comunidad Terapéutica Programa San José
	CT Talita Kumi
	CT Villa Angela
	De Nuevo A La Vida
	Esperanza de vida
	Novo World
	Programa Terapéutico Ayudémonos
Solidaridad Vida	
Puerto Rico	APCT, Inc.
	Guara Bi, Inc.
	Hogar Santísima Trinidad, Inc.
República Dominicana	Asociación Casa Abierta
	Guarabi inc
Uruguay	Comunidad terapéutica Diente de león
	Fundación Dianova Uruguay

Asia

Tabla 79- CTs encuestadas de Asia

País	Nombre de la Organización
Bangladesh	Dhaka Ahsania Mission
	KOTHOWAIN (Vulnerable Peoples Development Organization)
Filipinas	Self Enhancement for Life Foundation, Inc.
Hong Kong RAE	SARDA
India	Angels in the Field
	Sabrr Foundation
	Shafa Home
	SPYM
Indonesia	Kasih Mulia Foundation
Líbano	CDLL
Macao RAE	ARTM
Malasia	Rumah Hijrah

América del Norte

Tabla 80 - CTs encuestadas de América del Norte

País	Nombre de la Organización
EE.UU.	Acacia Network, Inc.
	Bridges International
	Camelot of Staten Island
	Center Point, Inc.
	Center Point, Inc.
	Dynamic Youth Community Inc.
	Gateway Foundation, Inc.
	Hospitality House TC, inc.
	Integrity House
	NOVA Treatment Community
	NYTC - Stay'n Out
	Odyssey House Louisiana, Inc.
	Odyssey House of Utah
	Outreach Development Corporation
	Samaritan Daytop Village
	Tarzana Treatment Centers
	Treatment Trends, Inc
VIP Community Services	
WestCare Foundation, Inc.	

Oceanía

Tabla 81- CTs encuestadas de Oceanía

País	Nombre de la Organización
Australia	DASA
	Goldbridge Rehabilitation Services
	Karralika Programs
	WHOS (We Help Ourselves)

África

Tabla 82- CTs encuestadas de África

País	Nombre de la Organización
Uganda	Uganda Youth Development Link (UYDEL)