



INFORME SOBRE LA NECESIDAD E IDONEIDAD DEL CONTRATO DE GESTIÓN DE SERVICIO PÚBLICO EN RÉGIMEN DE CONCESIÓN DENOMINADO “SERVICIO MÓVIL DE ATENCIÓN SANITARIA A DROGODEPENDIENTES Y DERIVACIÓN A TRATAMIENTO”

La drogodependencia es una enfermedad insidiosa que muy frecuentemente se cronifica convirtiéndose en una adicción de una gravedad tal que el abandono del consumo resulta extremadamente dificultoso. A ello contribuye que existe afectación y compromiso de la voluntad de las personas, las cuales no tienen muchas veces conciencia de enfermedad. Con frecuencia se ven afectadas diferentes áreas de la vida de los pacientes: salud, familia, relaciones sociales, trabajo, problemas legales. En el año 2017 realizaron tratamiento de deshabituación de su drogodependencia en los centros ambulatorios dependientes de la Consejería de Sanidad 12.254 pacientes.

Contactar con los drogodependientes que no están en tratamiento siempre ha sido un objetivo importante dentro de las estrategias de actuación de la Consejería de Sanidad, entre las que se enmarcan las de Reducción de Daños.

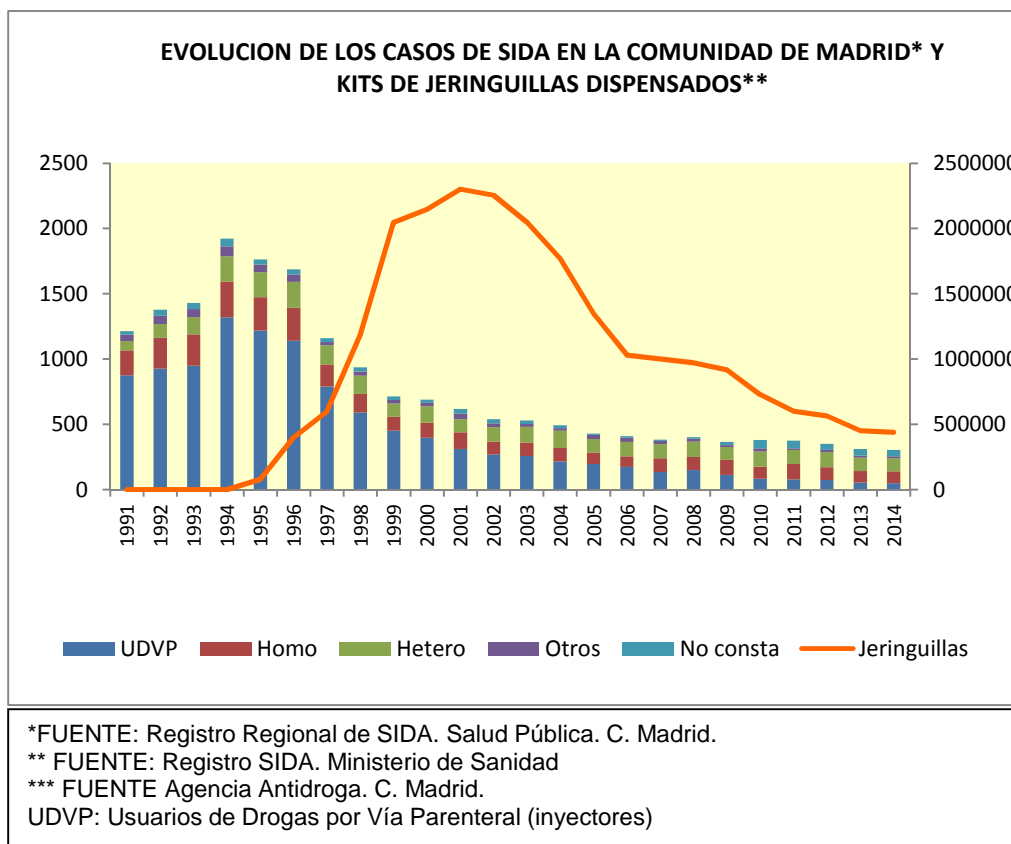
La Comunidad de Madrid viene proporcionando prestaciones de Reducción de Daños en el territorio de consumo desde que el llamado “Isidrobus”, en el año 1991 comenzó a dispensar jeringuillas tratando de acercar los recursos sanitarios a una población drogodependiente, inyectora, con multitud de enfermedades infecto contagiosas, y como causa y consecuencia, problemas sociales de gran intensidad; con objeto de mejorar la salud de los adictos a la vez que la Salud Pública en una época marcada por el VIH, tanto en lo referido al contagio como a la mortalidad.

Desde el inicio de estas actuaciones de Reducción de Daños en esta Comunidad Autónoma, ha habido diferentes dispositivos que han tratado de dar respuesta a esta realidad cambiante, desde el mero reparto de jeringuillas hasta la sala de venopunción, pasando por una serie de prestaciones tanto sanitarias como alimentarias con objeto de fidelizar a esta población a los servicios sanitarios.

El gran esfuerzo que las distintas administraciones ha desplegado en el tratamiento de los drogodependientes ha conseguido éxitos indudables en los últimos 15 años, como:

1. Disminución de las muertes por reacciones agudas.
2. Incremento de la cronicidad y en consecuencia disminución de las muertes gracias a los cuidados sanitarios.
3. Disminución considerable de las enfermedades infecto-contagiosas en general y en particular de transmisión sexual y especialmente del VIH debido a la información sanitaria, a la dispensación masiva de material estéril para la inyección y al trabajo sostenido durante años para lograr que los adictos abandonasen la vía inyectada para consumir.





4. Disminución de los ingresos en prisión como consecuencia de la disminución de delitos para financiar el consumo.
5. Universalización del tratamiento: Desaparición de las listas de espera, oferta asistencial altamente individualizada tanto para el tratamiento de la deshabituación como para los cuidados y la rehabilitación social.

Es por ello que, año tras año, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha persistido en esta forma de abordaje de los drogodependientes, tal y como se ha ido reflejando en los sucesivos planteamientos estratégicos.

Estas actuaciones necesariamente han debido estar sujetas a condicionantes:

- La zona de tráfico y consumo.
- El perfil de los consumidores.
- Las acciones de los traficantes y las sustancias de consumo.

Con respecto a la zona de tráfico y consumo desde el año 1998 en la Comunidad de Madrid se produce una concentración de los puntos de venta en el poblado de las Barranquillas. Esto hace a la ya extinta Agencia Antidroga tomar decisiones importantes y que han sido un referente a nivel mundial, tales como instalar un dispositivo fijo con sala de venopunción, zona de descanso y proporción de cuidados sanitarios a una población drogodependiente que raramente se ha acercado a dispositivos sanitarios de la red normalizada. El Centro Asistencial de Reducción de



Daños, Barranquillas (CARD) ha proporcionado estas prestaciones desde el año 2000 al 2011, fecha en la que se puso fin a sus actuaciones debido al Plan de Erradicación del chabolismo del Ayuntamiento de Madrid en su programa de Desarrollo del Este-Valdecarros.

El desplazamiento de los vendedores de drogas del poblado de Las Barranquillas hacia La Cañada Real Galiana-Valdemingómez (Sector VI) ubicado en el distrito de Vallecas Municipio de Madrid, comenzó a hacerse evidente en el año 2006. Progresivamente los drogodependientes se fueron trasladando a esta zona. En 2007 la Consejería de Sanidad inicia sus actuaciones con el Servicio Móvil de Reducción de Daños en este asentamiento ilegal.

Al mismo tiempo se produjeron los dismantelamientos de otros escenarios de venta drogas (Pitis, Salobral,...) que también contribuyeron al desarrollo de la Cañada como poblado en el que se concentra principalmente el tráfico de estupefacientes en la Comunidad de Madrid.

En la primera parte del Sector VI de la Cañada (aproximadamente 1,5 km) se concentran los principales puntos de venta de droga. Esta zona se caracteriza por una alta insalubridad, exclusión y falta de servicios públicos. Existen acumulaciones de residuos a ambos lados de la calzada, agua estancada y zonas de escombros. Sin alumbrado público en las zonas habitadas, la electricidad que se suministra a las casas es mediante enganches a los postes de alumbrado público existentes.

Es importante resaltar por su gravedad, la gran cantidad de población infantil que reside en estas condiciones descritas anteriormente y a las que hay que sumar los riesgos que ocasiona la gran afluencia de coches y, el vivir constantemente rodeados de consumidores activos de drogas, con prácticas de mucho riesgo en el consumo de sustancias y alrededor de los cuales se generan situaciones muy violentas.

Otra situación grave es la que viven a diario los llamados “machacas”. Son “esclavos” de los vendedores de droga y que realizan cualquier tarea que estos requieran a cambio de su dosis diaria, en jornadas de más de 12 horas sin ningún momento de descanso. La mayoría de ellos no pueden dejar el lugar en el que “trabajan” y por lo tanto no pueden acudir a ninguno de los servicios socio-sanitarios que se acercan al poblado.

La población que frecuenta la Cañada Real es muy variopinta y no solo acuden allí los adictos más marginales sino también es el punto de referencia de otros consumidores que hasta ahora no frecuentaban los poblados.

Durante todo el día hay un continuo trasiego de vehículos en los que los adictos acuden a comprar su dosis y frecuentemente consumen allí mismo. La afluencia diaria se incrementa a partir de las 13 horas y es máxima los jueves, viernes y sábado por la noche, momentos en los que se ha detectado que acuden drogodependientes más normalizados en su coche particular.

Otros adictos se desplazan en la línea de autobuses 339 y aún otros con las llamadas “kundas”, vehículos privados con puntos de recogida fijos, generalmente en la ciudad de Madrid y que por unos 5 euros por persona trasladan a los drogodependientes hasta Valdemingómez. El conductor en la mayoría de los casos suele ser también drogodependiente por lo que aprovecha el viaje para consumir.



Además de los que acuden al poblado a diario para abastecerse de drogas, unos 150 adictos viven allí en condiciones infrahumanas.

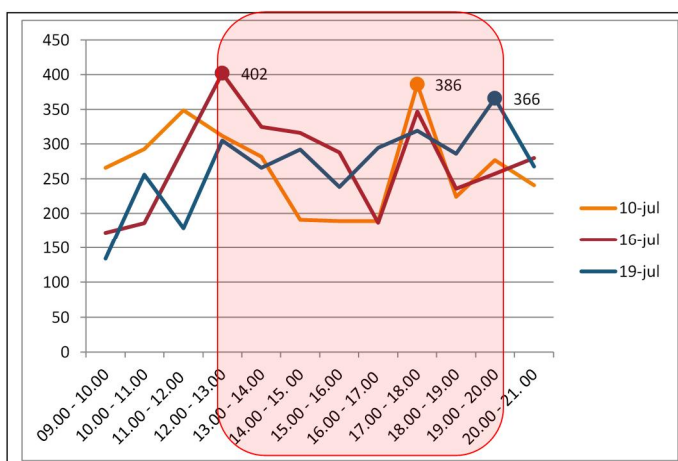
Las personas que se encuentran en situación de calle en el poblado de Valdemingomez, no pueden identificarse con el perfil habitual de personas sin hogar (personas en situación de calle en poblaciones, donde pueden acceder a servicios como comedores, duchas públicas, albergues...), ya que se encuentran en un contexto excepcional, de alta exclusión o “Cuarto Mundo”, donde existen factores como el acceso fácil a sustancias las 24 horas, violencia, delincuencia, insalubridad, desnutrición, aislamiento social, etc.

Esto, unido a las características inherentes a ese tipo de población consumidora de drogas, hace que nos encontremos con un “sinhogarismo” muy característico, una subcultura con sus propios códigos, normas, costumbres y procesos de sociabilización.

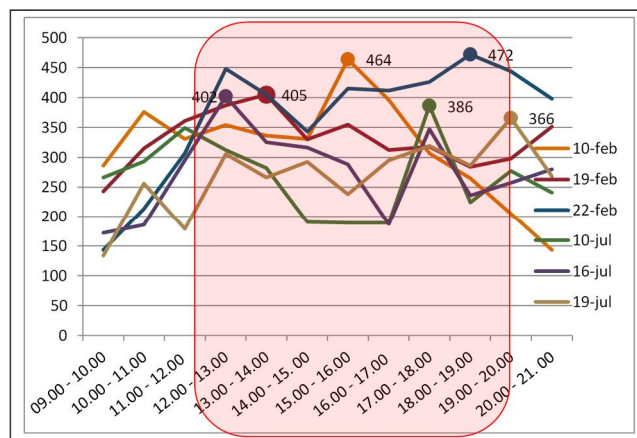
Si conocer el número de ciudadanos que frecuentan este escenario es difícil, calcular el número de personas que dependen de las drogas presenta enormes complicaciones. Si bien es cierto que pueden hacerse estimaciones partiendo de los datos de la Encuesta domiciliaria y la Encuesta Escolar que se publica periódicamente, no es menos cierto que dadas las características de la Comunidad de Madrid en lo que a espacios de venta y consumo se refiere, el número de adictos puede ser estimado también a través de la presencia/regularidad de los mismos en los grandes poblados que distribuyen drogas, La Cañada (Valdemingómez).

Diferentes instituciones públicas, la Consejería de Sanidad entre ellas, han tratado de estimar el número de drogodependientes diferentes que al día, al mes y al año acuden a comprar drogas ilegales a estos poblados. Para ello se han realizado conteos de personas que acceden a Cañada Real y con los que podemos tener datos concretos de las horas de mayor afluencia de personas

FRANJA HORARIA	10-jul	16-jul	19-jul
09.00 - 10.00	266	172	134
10.00 - 11.00	293	186	256
11.00 - 12.00	349	295	179
12.00 - 13.00	312	402	305
13.00 - 14.00	282	325	266
14.00 - 15.00	191	316	292
15.00 - 16.00	189	288	238
16.00 - 17.00	189	187	295
17.00 - 18.00	386	347	319
18.00 - 19.00	224	236	286
19.00 - 20.00	277	257	366
20.00 - 21.00	241	280	268
TOTAL	3199	3291	3204



FRANJA HORARIA	10-feb	19-feb	22-feb	10-jul	16-jul	19-jul
09.00 - 10.00	286	243	143	266	172	134
10.00 - 11.00	376	315	213	293	186	256
11.00 - 12.00	331	361	307	349	295	179
12.00 - 13.00	354	387	448	312	402	305
13.00 - 14.00	336	405	405	282	325	266
14.00 - 15.00	331	330	343	191	316	292
15.00 - 16.00	464	355	415	189	288	238
16.00 - 17.00	396	312	412	189	187	295
17.00 - 18.00	307	318	426	386	347	319
18.00 - 19.00	265	284	472	224	236	286
19.00 - 20.00	205	298	444	277	257	366
20.00 - 21.00	143	351	398	241	280	268
TOTAL	3787	3959	4426	3199	3291	3204



Ampliando el horario del estudio un día a 24 horas, y combinándolos al mismo tiempo con los datos que tenemos del trabajo diario de los profesionales del Servicio Móvil y complementándolo con la información recogida de lo que refieren los usuarios, podemos ampliar la estimación y, al mismo tiempo, relacionarla con el estado físico de los usuarios y la utilización de los diferentes servicios ofertados.

ESTIMACIÓN DE PERSONAS QUE FRECUENTAN LA CAÑADA											
CONTEO	Nº DE PERSONAS	TOTAL ESTIMADO		Nº personas	PORCENTAJE	GRUPOS DE POBLACION					
						0	1	2			
De 9 a 21 horas	4100	5200	VIVEN	200	4%	194	97%	4	2%	2	1%
De 21 a 2 horas	500		COCHE PROPIO	3544	68%	0	0%	244	7%	3300	93%
De 2 a 9 horas	400		CUNDA	1386	27%		0%	1200	87%	186	13%
Viven	200		PEATÓN	70	1%		0%	60	86%	10	14%
				5200		194	4%	1508	29%	3498	67%
PERSONAS USUARIAS DEL SERVICIO MOVIL POR PERFIL DE POBLACIÓN											
SERVICIOS	PERSONAS POR GRUPO DE POBLACION				TOTAL	PORCENTAJES POR GRUPO					
	0	1	2			0	1	2			
Educación sanitaria sobre riesgos del consumo	120	60	20	200	60%	30%	10%				
Prevención de enfermedades relacionadas con el consumo	36	41	13	90	40%	46%	14%				
Tratamiento de enfermedades relacionadas con el consumo	30	13	7	50	60%	26%	14%				
Prescripción y dispensación sustitutivos opiáceos	49	21	2	72	68%	29%	3%				
Información y gestión de prestaciones	18	9	3	30	60%	30%	10%				
%PERSONAS QUE ESTAN EN TRATAMIENTO EN CENTROS DE LA RED = 20%											
PERFILES:											
0	Personas que residen en poblado de manera permanente. Aspecto físico muy deteriorado, muy poca higiene, gran desajuste social.										
1	Personas que no residen en el poblado pero acuden a él de forma diaria varias veces al día. Su aspecto físico denota algún tipo de desajuste social, higiene media o baja										
2	Personas que acuden a poblado de manera poco habitual. Personas normalizadas socialmente. Aspecto físico bueno. Si encontráramos a este perfil fuera del contexto del poblado no pensaríamos que acuden a él.										

	ENER	FEBRE	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
Psicólogas:												
• Nº de atenciones a usuarios:	115	107	130	125	95	120	85	65	90	95	100	145
Grupos												
Trabajadoras sociales:												
Nº de atenciones a usuarios:	184	167	214	78	209	194	110	136	140	110	209	238
Otros datos:												
Nº de tramitaciones DNI	3	4	5	8	4	5	6	5	6	6	4	3
Nº de tramitaciones tarjeta sanitaria	6	7	11	9	7	11	7	6	7	0	2	2
Nº de pacientes historiados:	1	3	16	13	10	8	13	14	13	13	5	7
Nº de pacientes derivados a Tto Ambulatorio (CAID):	7	2	6	6	8	4	8	11	8	4	7	6
Nº de pacientes derivados a recursos (CTRD / PAE, otros):	1	3	2	0	3	1	1	0	1	1	2	0
Nº derivaciones a otros recursos (albergues, recursos no AA)	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0
SEPE/ INSS	19	5	19	8	15	0	14	17	1	5	2	8
padron	3	4	8	6	6	15	7	3	6	5	3	2
Nº tramitaciones judicial	83	54	96	47	78	85	65	58	65	60	73	76
RMI	4	1	5	2	2	6	1	2	7	2	0	5
Centro Base/ Servicios Sociales	15	0	18	6	18	2	2	6	1	3	3	5
COS	2	0	1	2	1	9	2	0	2	0	3	2
Tratamiento Bucodental	2	2	3	4	0	15	5	3	2	0	1	1
Pacientes ingreso prisión	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0
Sanitarios:						0						
Nº de consultas médicas	409	237	241	243	251	249	249	217	217	221	213	220
Nº de curas	68	72	68	63	67	63	63	62	65	63	65	60
Nº de derivaciones a Hospital	31	29	31	33	35	27	33	29	29	27	21	4
Nº de coordinaciones con otros especialistas	77	17	22	21	23	21	27	21	23	25	25	20
Nº de derivaciones a atención primaria (realización de analitic	27	21	25	27	31	29	32	23	19	22	23	20
Profilaxis TBc	6	6	6	6	6	6	6	6	2	2	2	0
Tratamiento TBc	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Nº TARGAs	13	13	13	13	19	25	19	19	25	20	20	19
Nº altas Metadona	1	2	13	7	7	3	11	11	6	10	6	3
Nº decalages de metadona	7	9	9	9	9	9	7	7	7	7	3	7
Nº pacientes con polifarmacia	9	9	9	9	7	7	7	7	7	7	7	7

Por lo expuesto anteriormente, se estima que:

- Un 4% Personas residen en el poblado de manera permanente. Aspecto físico muy deteriorado, muy poca higiene, gran desajuste social y un alto grado de exclusión, con signos evidentes de consumo.
- Un 28% Personas que no residen en el poblado pero acuden a él de forma diaria varias veces al día. Su aspecto físico denota algún tipo de desajuste social, higiene media o baja y signos de consumo.
- Un 68% son personas que acuden al poblado de manera poco habitual. Personas normalizadas socialmente. Aspecto físico bueno .Sólo acuden a comprar y consumen fuera del poblado.

No obstante, los diversos estudios han puesto de manifiesto la gran dificultad de hacer un contaje realista, evitando duplicidades, ya que es una población no filiada (y a la que es difícililiar), con general desinterés sobre su estado de salud, su enfermedad y los posibles tratamientos.

Según diversos trabajos podemos estimar que:

- Un 70% de los que compran drogas en la Cañada no han tenido tratamiento nunca.
- Un 20% ha tenido tratamiento y/o está actualmente en recaída.



- Un 10% son crónicos, con una larga y grave evolución en el consumo y un con alto grado de exclusión.

En relación al modo de consumo, actualmente la vía inhalada/fumada es la preferida por el mayor número de adictos:

1. La mezcla de heroína y cocaína, con un porcentaje superior de cocaína, es la sustancia de consumo con mayor prevalencia siendo la vía inhalada la más utilizada.
2. Muy por debajo de la anterior, la cocaína es la segunda sustancia de consumo en su forma cruda (clorhidrato de cocaína) y prevalece la inyectada sobre la inhalada/fumada.
3. En mucha menor proporción, la cocaína base ("crack") es consumida por vía inhalada generalmente.
4. Por último, la heroína se consume en más de un 50% por vía inhalada/fumada y en menos de un 30% por vía inyectada.

En lo que se refiere al tercer condicionante que es preciso considerar, al igual que las Administraciones han ido desarrollando diferentes actuaciones, los traficantes de drogas han ido modificando paralelamente sus estrategias con el fin de mantener e incrementar el mayor número posible de consumidores. Para ello reducen el coste de la dosis para aumentar el número de compradores. Asimismo, están logrando contrarrestar, en alguna medida, la oferta sanitaria de metadona poniendo en el mercado mezcla de heroína con cocaína y graduando la proporción de la mezcla según sus intereses comerciales. Las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de la cocaína (droga en auge en la actualidad), facilitan la alta compulsión del consumo, así como un aumento de comorbilidad de patología dual, contribuyendo a un número mayor de dosis consumidas, lo que aumenta los daños de forma exponencial.

Todo lo anteriormente expuesto, nos muestra:

- Una población variada, de difícil abordaje sanitario y sin conciencia de enfermedad.
- Una dificultad para contabilizar y filiar a los destinatarios de nuestras prestaciones.
- Un entorno marginal:
 - ✓ de difícil acceso, incluso para las cuerpos y fuerzas de seguridad del estado.
 - ✓ Sin servicios públicos salubres.
 - ✓ Con personas en "semiesclavitud" realizando tareas para los vendedores a cambio de droga.
 - ✓ Muy concentrado espacialmente.
 - ✓ No asfaltado y con tráfico constante de vehículos lo que dificulta la ubicación de nuestros dispositivos de reducción de daños.
- Dificultad para ofrecer prestaciones atractivas para adictos solo interesados en el consumo.

En consecuencia se hace preciso desarrollar **estrategias de búsqueda y acercamiento** específicas para esta población.



Además es imprescindible aunar esfuerzos en la tarea de reducir los problemas de drogas, siendo la coordinación y el planeamiento consensuado entre las diferentes instituciones competentes la única forma de abordar este complejo asunto. Así pues, la reducción de la oferta, la participación de las ONGs implantadas en la zona, los servicios sanitarios y sociales, los municipios y la Comunidad estamos llamados a trabajar en la misma dirección, sumando fuerzas y planificando resultados.

En las políticas de reducción de daños y del tratamiento de las adicciones es necesario tener muy presente que los esfuerzos de la sociedad por muy intensos y profesionalizados que sean no lograrán resultados satisfactorios si no están estrechamente coordinados con las instancias del Estado encargadas de reprimir el tráfico y la oferta de sustancias ilegales, promoviendo acciones conjuntas que optimicen la consecución de los resultados deseados.

El objetivo del Servicio Público es contactar y fidelizar a una población de adictos a drogas en consumo activo que frecuentan espacios marginales de venta al menudeo para que inicien un tratamiento en los Centros ambulatorios de atención al drogodependiente en la red del Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid.

Para que este objetivo general sea posible, es preciso determinar con precisión a la población diana que será la destinataria de nuestras intervenciones, a la vez que éstas serán moduladas por el conocimiento de los adictos que se proveen de drogas en el lugar en el que compran el 95 % de consumidores de la Comunidad de Madrid.

GRUPOS DE POBLACIÓN DIANA POR ORDEN DE PREFERENCIA EN SU CONTACTO CON EL SERVICIO MOVIL DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y DERIVACIÓN A TRATAMIENTO:

Embarazadas, menores y jóvenes y quienes tengan enfermedades que puedan afectar a la Salud Pública serán objeto prioritario de actuación. Las actuaciones se dirigirán igualmente a aquellos adictos en tratamiento que hayan tenido una recaída grave y es necesario reconducir hacia la abstinencia, así como quienes nunca han realizado un tratamiento.

CARTERA DE SERVICIOS

Siguiendo las recomendaciones del Nacional Institute on Drug Abuse (NIDA), a la vez que las pautas de actuaciones propuestas en el Informe anual 2003 “El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y Noruega” en materia de programas *outreach*, desde “**Servicio Móvil de atención sanitaria y derivación a tratamiento**” se realizarán las siguientes prestaciones:

- **Asistencia sanitaria básica**, consistente en:



Detección y atención a personas enfermas (TBC, SIDA, neumonía, etc.) sin techo y emergencias socio sanitarias.

Atención en reacciones agudas a drogas.

- **Distribución de material de inyección estéril** (jeringuillas, toallitas de alcohol, agua destilada) **recogida y eliminación** de las jeringuillas usadas.
- **Información, educación sanitaria** sobre consumo de menor riesgo, en orden a resolver sobredosis indeseadas y a la reducción de conductas inapropiadas que devienen en enfermedades infecciosas.
- **Prescripción y dispensación de sustitutivos opiáceos**, consistente en un programa puente hasta la integración de los usuarios en la Red de tratamiento.
- **Acompañamiento Terapéutico**, consistente en aproximación, contacto, orientación, acompañamiento, derivación de los usuarios a los recursos pertinentes, contando con la imprescindible colaboración institucional.
- **Alimentación** básica, para la provisión de alimentos que palian sus carencias nutricionales.
- **Evaluación** y evolución de la población consumidora en activo.

Todas estas prestaciones se llevarán a cabo en los siguientes Servicios básicos, adaptando las actuaciones concretas a la población diana objeto de la intervención:

1. Servicio de Contacto y Filiación:

Tiene por objeto principal contactar con el mayor número posible de adictos y filiarles en el Servicio Móvil de Atención Sanitaria a Drogodependientes y Derivación a Tratamiento.

2. Fidelización:

Tiene por objeto principal procurar la frecuentación de los usuarios al Servicio Móvil de Atención Sanitaria a Drogodependientes y Derivación a Tratamiento, a fin de proporcionarles la atención sanitaria necesaria y poderles derivar, cuanto antes, a tratamiento a los centros de la red de atención a drogodependientes.

3. Servicio de Educación Sanitaria sobre riesgos del consumo .

Tiene por objeto principal informar y orientar para educar sanitariamente a los drogodependientes para disminuir conductas inapropiadas: embarazos no deseados, conducción bajo efectos de drogas, transmisión de enfermedades infecciosa, etc. reduciendo riesgos para estos adictos a la vez que para la población general.

4. Servicio de Prevención de Enfermedades relacionadas con el consumo de drogas:



Esta prestación engloba la prevención de enfermedades transmisibles, la detección precoz de enfermedades infecto-contagiosas y la prevención de factores que pueden favorecer patología infecciosa.

5. Servicio de Tratamiento de Enfermedades relacionadas con el consumo de drogas:

Tales como:

- Atención a personas enfermas (TBC, SIDA, neumonía, etc.)
- Atención a emergencias sanitarias
- Seguimiento de los procesos activos.
- Atención en reacciones agudas a drogas.
- Tratamientos supervisados. Prescripción y dispensación de medicaciones.
- Curas.

6. Servicio de Prescripción y dispensación de sustitutivos opiáceos

Consistente en una prestación de prescripción y dispensación de metadona que sirva de puente hasta la derivación e integración de los usuarios en la Red de tratamiento.

7. Servicio de tratamiento a pacientes derivados

Este servicio consiste en el tratamiento de los pacientes que ocupan las 55 plazas de Cuidados y Adherencia de que dispone la Consejería de Sanidad.

Estas plazas, de apoyo residencial, están ocupadas fundamentalmente por pacientes derivados por los profesionales del Servicio Móvil y de los Hospitales de la Comunidad y permanecen allí hasta que consiguen cierta estabilización que les permita ser derivados a otros Servicios de tratamiento ambulatorios, con o sin apoyo residencial.

8. Servicio de Coordinación con dispositivos sanitarios y sociales que trabajan en la zona

Consiste en el análisis de las necesidades sociosanitarias que han de ser atendidas por los distintos recursos disponibles en la zona y en la colaboración con los mismos para atender las necesidades detectadas de manera eficiente.

9. Servicio de Información y Gestión de prestaciones

Consiste en proporcionar direcciones de servicios o dispositivos asistenciales y/o sociales y la emisión de documentos o informes, para que el usuario resuelva la necesidad detectada o demandada (obtención de la Tarjeta DAS, citación para consulta del médico de atención primaria,...).

El Servicio Móvil de Atención Sanitaria a Drogodependientes y Derivación a Tratamiento, prestará atención los 365 días del año y con carácter general, el horario prestación del servicio y presencial en el punto de actuación, será de 10,30 a 20 horas ininterrumpidamente. Asimismo el horario destinado al tratamiento de los pacientes derivados vendrá determinado en función de la carga de trabajo, garantizando, al menos, 5 horas diarias de tres profesionales (médico, psicólogo y trabajador social)



Dentro del horario establecido en el poblado, se establecerá un horario PICO y otro VALLE de cada servicio y en función de la población diana sobre la que se quiere actuar, de tal manera, que el horario PICO coincidirá dentro de lo posible con las horas y días de mayor afluencia de personas a los lugares donde actuará el Servicio Móvil.

El horario VALLE, garantizará la atención mínima además de las gestiones, derivaciones, informes que sean precisos para cumplir los objetivos del servicio.

CONCLUSIÓN

Este Servicio se dirige a la atención de los drogodependientes en consumo activo que acuden al poblado a proveerse de sustancias ilegales para su consumo o residen en el mismo o pasan la mayor parte del día en él.

Embarazadas, menores y jóvenes y quienes tengan enfermedades que puedan afectar a la Salud Pública serán objeto prioritario de actuación. Las actuaciones se dirigirán igualmente a aquellos adictos en tratamiento que hayan tenido una recaída grave y es necesario reconducir hacia la abstinencia, así como quienes nunca han realizado un tratamiento.

Tal y como se ha expuesto, la Consejería de Sanidad ha venido prestando diversos servicios de Reducción de Daños; Los datos anteriormente expuestos, justifican la necesidad e idoneidad de la prestación de estos servicios en tanto que actúan positivamente en la población adicta, contribuyendo a mejorar sus condiciones sociosanitarias, lo que facilita su incorporación a los centros de tratamiento de drogodependientes y a la vez redunda en beneficio de la Salud Pública.

Fdo. Manuel Rivero del Valle
Jefe del Servicio de Asistencia en Adicciones

