

INFORME DE LA NECESIDAD E IDONEIDAD DEL CONTRATO DENOMINADO “CONCERTACIÓN DE 20 PLAZAS DE INGRESO Y 20 DE CENTRO DE DÍA, EN HOSPITAL DE SALUD MENTAL Y TRATAMIENTO DE TOXICOMANÍAS”

1. INTRODUCCIÓN

La Consejería de Sanidad, en su compromiso de lograr una atención sanitaria que garantice la continuidad de cuidados al paciente afectado por un trastorno por consumo de sustancias, debe dotarse de Centros y Servicios que se adecuen tanto a la normativa legal vigente, como a la evolución de la drogodependencia como enfermedad. La naturaleza cambiante del trastorno exige que las Administraciones Públicas continuamente adapten los Centros y Servicios de Tratamiento en orden a ser más y eficaces y sin duda más eficientes a la hora de tratar a los adictos.

La drogodependencia es una enfermedad insidiosa, es decir, de comienzo lento, sin síntomas obvios al principio, de modo que los consumidores a menudo no son conscientes de la gravedad de su adicción; es progresiva, haciéndose cada vez más notables las complicaciones que el consumo produce; es discapacitante, en tanto que afecta a la globalidad de la persona alterando el comportamiento, la voluntad y la percepción de enfermedad. El periodo clínico de la enfermedad cursa con recidivas en el consumo. Por tales motivos es difícil considerar la completa curación siendo más ajustado medir los periodos de remisión.

La “Ponencia de la Comisión Mixta Congreso Senado” titulada Sistemas de Tratamiento y Atención de Drogodependencia. Claves para el futuro” apuesta por “la integración del tratamiento de las adicciones dentro del sistema público de salud” que dice debe sustentarse “en un diagnóstico y tratamiento en igualdad de condiciones con cualquier otra patología”. Y añade “Tenemos que partir de las premisas de que no podemos utilizar fórmulas antiguas para problemas nuevos, ya que no es lo mismo consumir que ser adicto, ni todos los consumos ni todas las sustancias son iguales”.

El 100 % de los ciudadanos que presentan un trastorno de dependencia a drogas, atendidos en un año en la Comunidad de Madrid, realizan el tratamiento de su enfermedad en centros ambulatorios, pero existe un pool de pacientes que, debido a la gravedad de su adicción, precisan además un ingreso temporal, en una unidad hospitalaria específica para el tratamiento de la adicción, con el fin de recibir un tratamiento muy intensivo.

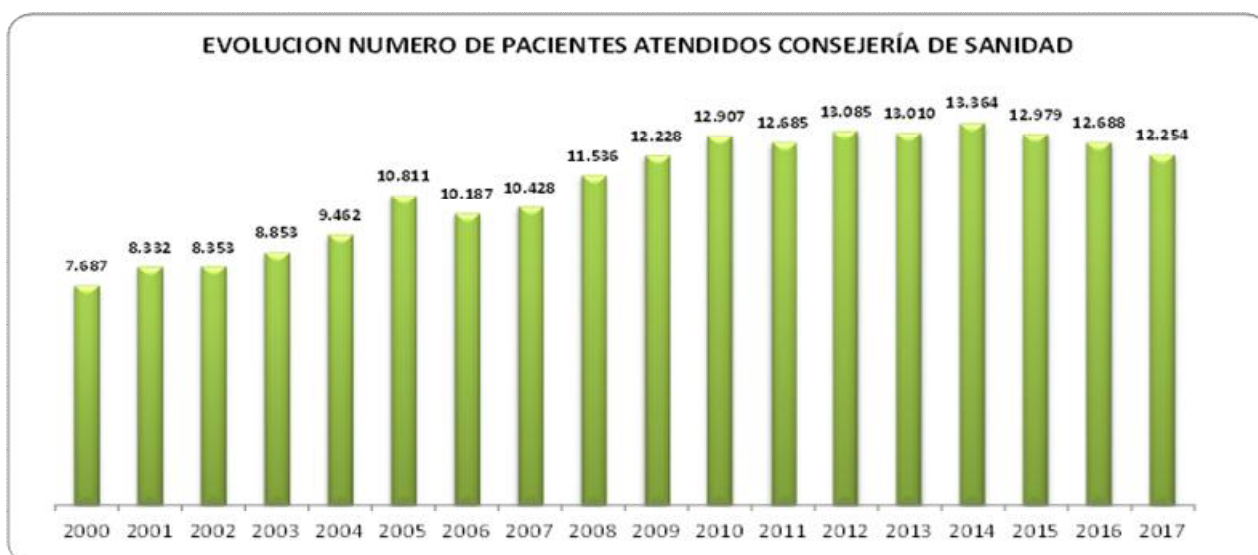
Las unidades hospitalarias para el tratamiento de adicciones tienen un especial interés para los pacientes con graves descompensaciones y recidivas severas e inabordables en ambulatorio.

2. PACIENTES ATENDIDOS EN LA RED ASISTENCIAL

En primer lugar se ofrecen datos de los pacientes tratados en cada año desde 2000 hasta 2017. En segundo lugar se describen los perfiles diagnósticos de esos pacientes, el tratamiento y los resultados. En tercer lugar se analizan con más detalle dos de estos perfiles por ser los que concentran mayor número de pacientes y son más relevantes para el servicio sobre el que se informa.

PACIENTES ATENDIDOS ENTRE 2000 Y 2017

En 2017, se han atendido 12.254 pacientes en los Centros de la Red Asistencial dependientes de la Consejería de Sanidad.



En torno al 37% de los pacientes en tratamiento tienen más de 20 años de evolución de la enfermedad, y el 70% de los pacientes presentan una evolución del trastorno superior a los 10 años (Ver Tabla y gráfico).

Años de evolución de la enfermedad	
G1 (0-10 años)	30%
G2 (11-20 años)	33%
G3 (> de 20)	37%

PERFILES DIAGNOSTICOS

La muestra sobre la que se ha realizado el análisis corresponde a 773 pacientes que constituyen una muestra representativa de la población de pacientes tratados en la Comunidad de Madrid.

El eje central de la clasificación está establecido en torno al diagnóstico de drogas con 8 grupos que incluyen todos los diagnósticos detectados, incluso los de prevalencia baja, al haber introducido el ítem “otros”. Este en la mayoría de los casos hace referencia a Tetrahidrocannabinol, Benzodiacepinas y alcohol.

PERFIL DE LOS PACIENTES DE UN CENTRO DE TRATAMIENTO TIPO, SOBRE UNA MUESTRA DE 773 PACIENTES

G1: 0-10 años / G2: 11-20
años / G3: Más de 20 años

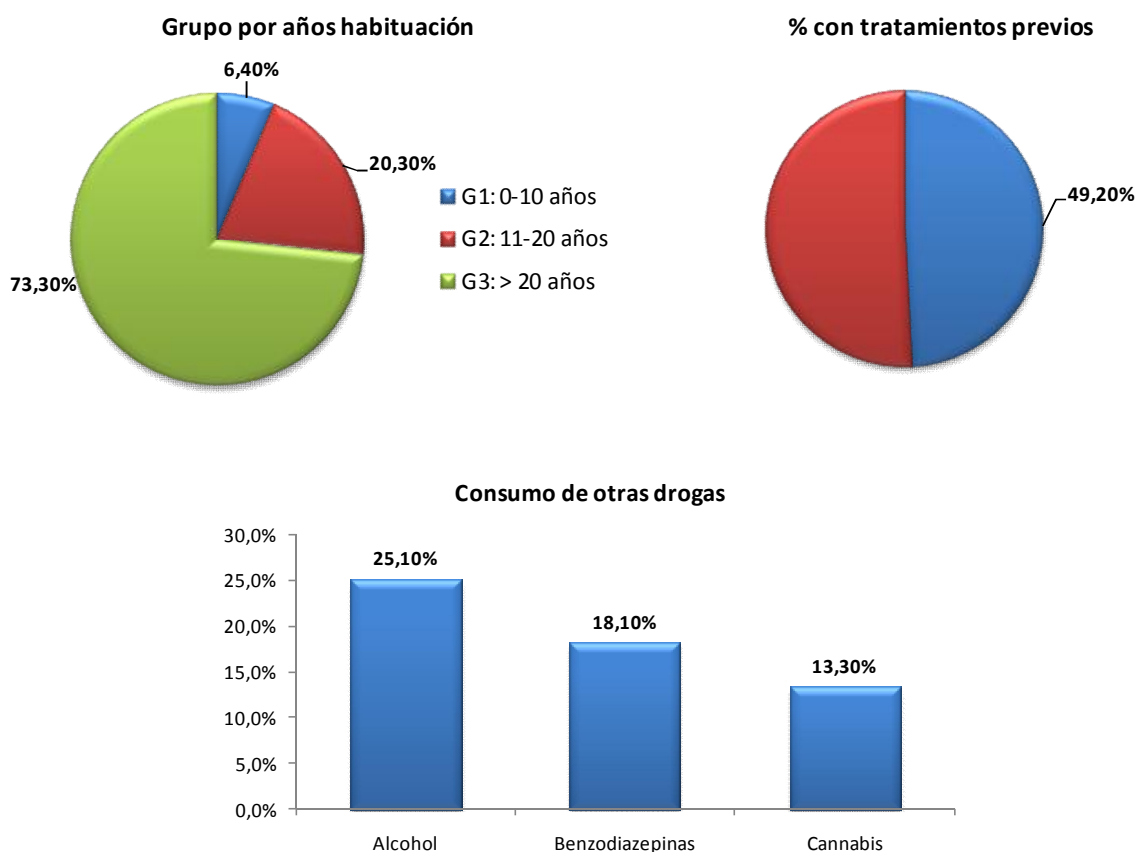
	1.- HEROÍNA/HER OÍNA + otras (excp. C) 89 pacientes (11,4%)	2.- HEROÍNA+ COCAÍNA/HEROÍNA+ COCAÍNA+otras 315 pacientes (40,4%)	3.- COCAÍNA/C OCAÍNA+otr as (excp. H y OH) 83 pacientes (10,6%)	4.- COCAÍNA+OH 87 pacientes (11,1%)	5.- COCAÍNA+HERO ÍNA/ + Otras 39 pacientes (5%)	6.- THC/TNC+otr as 59 pacientes (7,5%)	7.- OH/OH+otras 53 pacientes (6,8%)	8.- OH+C 48 PACIENTES (6,1%)
GRUPO POR AÑOS HABITUACIÓN	82% G3: Más de 20 años	73,3% G3: Más de 20 años	37,3% G1: 0- 10 años 37,3% G2: 11-20 años	50,6% G2: 11- 20 años 25,3% G1: 0-10 años	53,8 % G3: Más de 20 años 33,3% G2: 11-20 años	47,5% G1: 0- 10 años 33,9 % G2: 11-20 años	45,3 % G3: Más de 20 años 30,2 % G1: 0-10 años	39,6 % G2: 11-20 años 45,8% G3: Más de 20 años
EDAD MEDIA	47,7 años	45,5 años	38,2 años	38 años	41 años	30 años	45 años	42 años
SEXO	79,8% V / 20,2% M	80,6 % V / 19,4 % M	79,5 % V / 20,5% M	85,6 % V / 14, 4% M	68,3 % V / 31,7% M	76,8 % V / 23,2 % M	74,4 % V / 25,6% M	76,8% V/ 23,2% M
% REINGRESOS	43,8% Reingreso tras tratamientos previos	49,2% Reingreso tras tratamientos previos	31,3% Reingreso tras tratamientos previos	35,6% Reingreso tras tratamientos previos	59% Reingreso tras tratamientos previos	18,6% Reingreso tras tratamientos previos	32,1% Reingreso tras tratamientos previos	35,4% Reingreso tras tratamientos previos
OTRAS DROGAS DE CONSUMO EN ESTE GRUPO	- 11,2% OH - 7,9% BZD - 4,5% THC	- 25,1% OH - 18,1% BZD - 13,3% THC	- 21,7% THC - 4,8% BZD	- 32,2% THC - 6,9% BZD	- 25,6% OH - 12,8% THC - 12, 8% BZD		- 11,3% THC - 5% BZD	- 29,2% THC - 4,2% BZD
DIAGNÓSTICO ORGÁNICO	- 77,5% SI Presenta trastornos orgánicos - 34,8% hepatopatía crónica - 34,8% VHC - 22,5 % SIDA - 16,9 % Infección VIH - 14,6% Infección tuberculosa - 6,7% EPOC - 5,6% enfermedad pulmonar	- 73,3% SI Presenta trastornos orgánicos - 26,7% hepatopatía crónica - 40,6% presenta VHC - 19,7% tiene SIDA - 12,4% infección por VIH - 14% Infección tuberculosa - 6,7% EPOC	- 81,9% NO Presenta trastornos orgánicos - 6% infección tuberculosa	- 87,4% NO Presenta trastornos orgánicos - 5,7% hepatopatía crónica.	53,8% No Presenta/ 46,2% SI - El 17,9% hepatopatía crónica - 20,5% VHC - 5,1% enfermedad pulmonar	- El 91,5% NO Presenta trastornos - 66% NO Presenta trastornos orgánicos - 15,1% hepatopatía crónica. - El 7,5% Infección tuberculosa	- 66% NO Presenta trastornos orgánicos - 15,1% hepatopatía crónica. - El 7,5% Infección tuberculosa	- El 79,2% No Presenta trastornos - 8,3% hepatopatía crónica. - 6,3% Infección tuberculosa
DIAGNÓSTICO MENTAL	79,8 % NO dg. Mental	73% no dg. Mental	75,9% No dg. Mental	65,5% NO dg mental De los que Si: - 8% T de Ansiedad - 13,8% T Eje I - 8% T Eje II	71,8% NO dg mental	78% No dg mental	62,5% NO dg mental De los que si: - 7,5% T de Ansiedad - 7,5% T Sueño - 11,3% T Eje I - 7,5% T Eje II	64,6% No dg mental De los que Si: - 18,8% T. Eje I - 6,3% T Eje II
DIAGNÓSTICO SOCIAL	- 67,4% SI Diagnóstico Social - El 50,6% económicos - El 52,8% laborales - El 16,9% vivienda	- 80% SI Diagnóstico Social - El 61,9% económicos - El 65,4% laborales - El 29,2% de vivienda	75,9% SI Diagnóstico Social - El 50,6% económ. - El 53% laborales - El 19,3% vivienda	72 SI Diagnóstico Social - El 48,3% económ. - El 51,7% laborales - El 24,1% vivienda	- 84,6% SI Diagnóstico Social - El 69,2% económ. - El 69,2% laborales - El 28,2% vivienda	69,5% SI Diagnóstico Social - El 37,3% económicos - El 37,3% Laborales - El 13,6% vivienda	- 66% SI Diagnóstico Social - El 41,5% económ. - El 49,1% laborales - El 17% vivienda	- 68,8% SI Diagnóstico Social - El 43, 8% económicos - El 50% laborales - El 27,1% vivienda
MEDIA TIEMPO EN TRATAMIENTO	7, 5 años	4, 7 años	1,9 años	2,1 años	3,2 años	0,9 años	1,8 años	2 años
MEDIA HORAS DE ATENCIÓN MENSUAL	1,03 h	1,6 h	1,6 h	2h	1,7 h	1,75 h	2 h	1,9 h
REMISIÓN (*) Sobre los valorados	- 69,1 % remisión completa	- 52, 7 % remisión H - 44, 7% remisión C - 32,4% remisión completa	- 71% remisión C - 59,7% remisión completa	- 51,4% remisión C - 36,1% remisión OH - 34,7% completa	- 59,4% remisión. H - 40,6% remisión. C - 34,4% remisión. Completa	- 52,1% remisión. A THC - 50% remisión. Completa	- 65,2 % remisión. A OH - 60,9% remisión. Completa	- 42,2% remisión. OH - 60% remisión. C - 40 % remisión. Completa

ANÁLISIS DE LOS GRUPOS QUE GENERAN MÁS INGRESOS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN

Los pacientes que sufren una adicción compleja en la que están presentes los trastornos por consumo de heroína, cocaína y otras sustancias, representan más del 50% de todos los pacientes tratados en régimen ambulatorio.

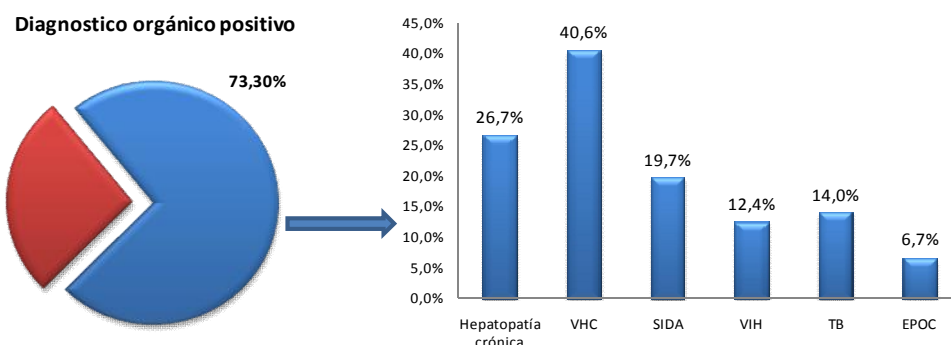
Perfil diagnóstico HEROÍNA+COCAÍNA/HEROÍNA+COCAÍNA+otras

Cuando se analizan los datos del grupo por los años de consumo se observa que claramente se trata de un grupo de larga evolución, ya que más del 73% de los pacientes presenta un desarrollo de la enfermedad superior a los 20 años, siendo un porcentaje realmente bajo el que lleva un proceso corto de trastorno, inferior a 10 años.

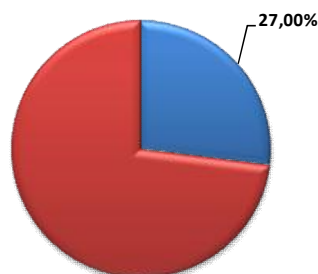


Al enlazar los datos de años de evolución de la enfermedad, edad media de los pacientes (45,5 años), el porcentaje de los mismos que ha realizado tratamientos con anterioridad (49,2%) y consumo de otras drogas, se puede inferir el hecho de que se trata de pacientes con inicio de consumo de heroína en edad temprana, que han cronificado su trastorno por consumo de sustancias añadiendo otras drogas, principalmente cocaína y alcohol y, en ocasiones, sustituyendo unas por otras.

En cuanto al diagnóstico de otras patologías vinculadas, tanto orgánicas como mentales, aparece la siguiente distribución:

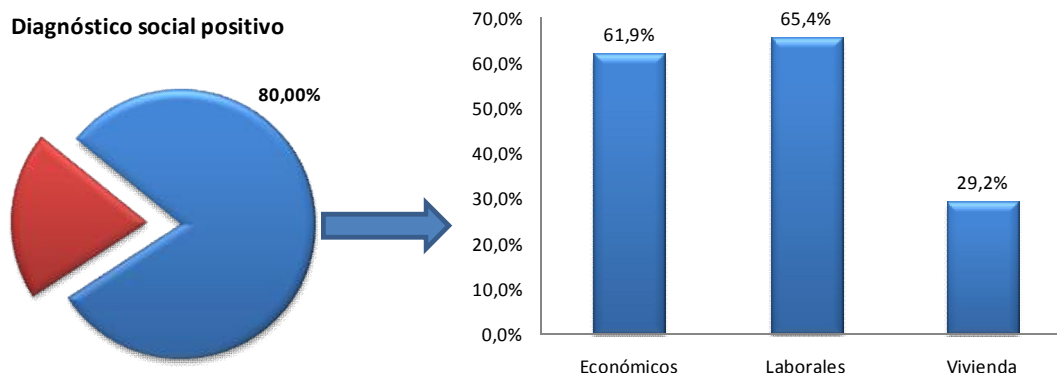


Diagnostico mental positivo



Como se puede ver, la relevancia de la afectación orgánica es muy elevada en este grupo diagnóstico. Por la trayectoria de estos pacientes, sustancias de consumo y tiempo acumulado de trastorno, se puede deducir que dichas patologías se deben, en gran parte, a la vía de consumo, al aparecer una gran incidencia de hepatitis C, infección por VIH y SIDA (más del 70% de las patologías se corresponden con estas). Es muy relevante también la elevada presencia de hepatopatía crónica, lo cual se puede corresponder con el alto consumo de alcohol que presenta el grupo, como se ha visto anteriormente (Consumo de otras drogas).

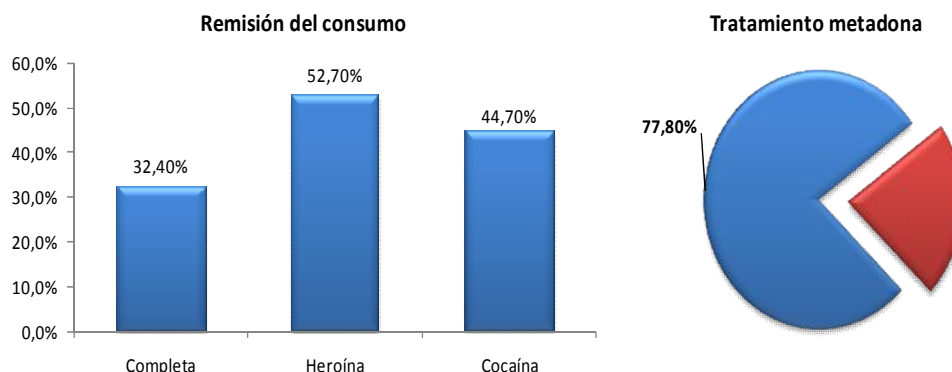
A continuación se presenta la distribución de los pacientes que presentan deficiencias en su funcionamiento social y se detalla en las distintas áreas.



Como se puede ver, la proporción de pacientes con problemas en su área social es muy elevada, lo cual concuerda con el elevado tiempo de evolución de su trastorno.

En cuanto al tiempo de media que llevan en tratamiento estos pacientes es de 4,7 años, recibiendo una atención media mensual de 1,6 horas.

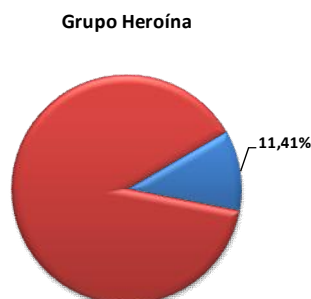
En lo referente al tiempo de remisión se encuentran los siguientes datos:



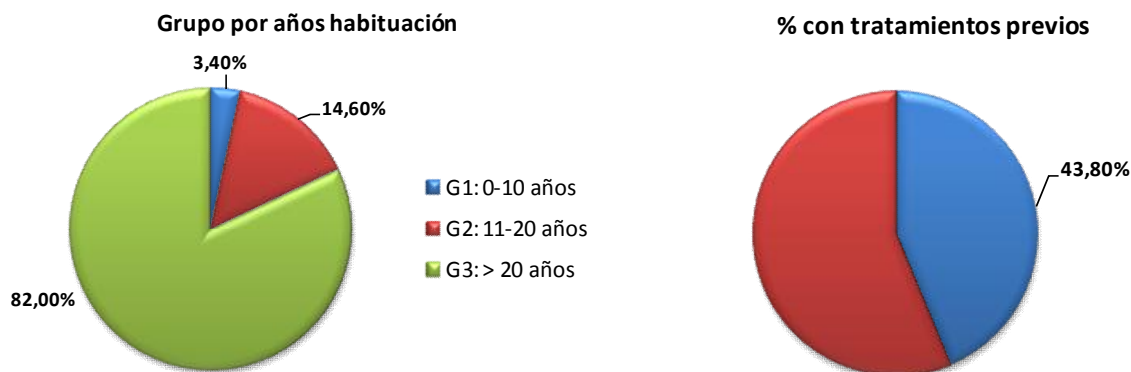
Encontrando que hay diferencia entre la remisión a heroína frente a la de cocaína, podría deberse al porcentaje de pacientes en medicación sustitutiva con metadona, aunque la diferencia entre los que están en tratamiento sustitutivo y los que mantienen la abstinencia a heroína es lo suficiente alta para sospechar que no se consigue el objetivo de la medicación en el tratamiento, sobre todo, si se tiene en cuenta que el dato de abstinencia no es únicamente de los 77,8% de pacientes con dicha medicación.

Perfil diagnóstico : HEROÍNA /HEROÍNA+otras

Este grupo se corresponde con el perfil diagnóstico de pacientes en tratamiento por dependencia a Heroína sola o combinada con otras drogas, excluyendo los que consumen cocaína. Abarca un total de 89 pacientes, lo que supone un 11,4% del total de los pacientes en tratamiento.

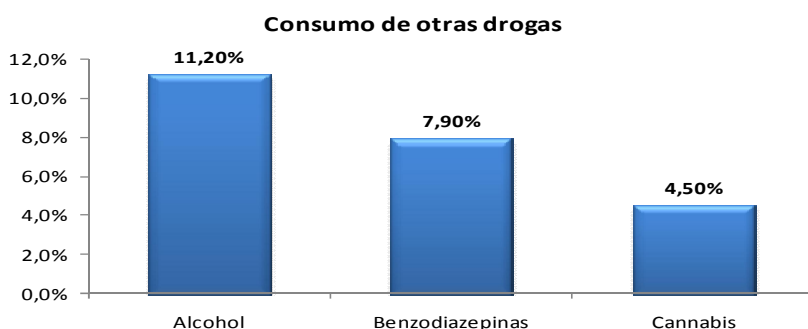


Cuando se analizan los datos del grupo por los años de consumo se observa que claramente se trata de un grupo de larga evolución, de hecho es el grupo diagnóstico donde se encuentra el mayor porcentaje (82%) de los pacientes con un desarrollo de la enfermedad superior a los 20 años, habiendo un porcentaje realmente bajo el que lleva un proceso corto de trastorno, inferior a 10 años.



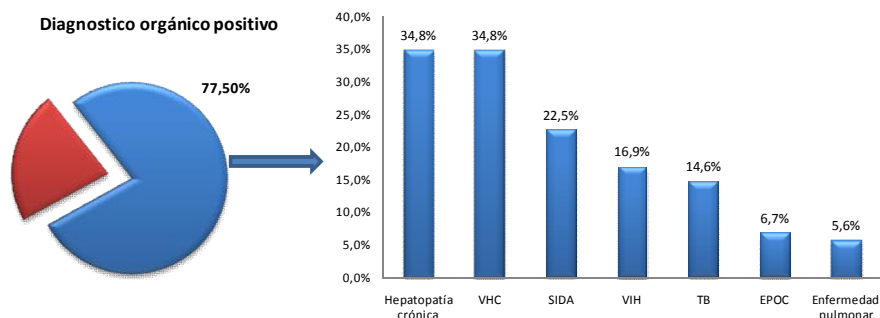
Al enlazar este dato con la edad media de los pacientes (47,7 años) y el porcentaje de los mismos que ha realizado tratamientos con anterioridad (43,8%), se puede inferir el hecho de que se trata de pacientes con inicio de consumo en edad temprana, que han cronificado su trastorno por consumo, circunscribiendo el mismo a la heroína, principalmente.

También se recoge el dato de consumo de otras drogas además de la que motiva el diagnóstico en el grupo. Atendiendo a esto, en el grupo en cuestión aparece la siguiente distribución:

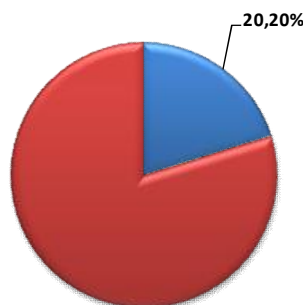


Resulta relevante el hecho de que se trata de un grupo en el que el consumo de otras sustancias es significativamente inferior al resto, confirmandose lo dicho anteriormente, es decir, que son unos pacientes que en su larga evolución no han introducido ni modificado las sustancia de consumo, manteniéndose la heroína.

En cuanto al diagnóstico de otras patologías vinculadas, tanto orgánicas como mentales, aparece la siguiente distribución:



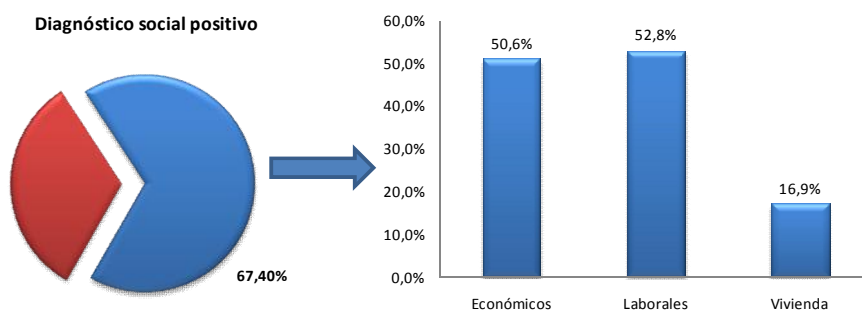
Diagnostico mental positivo



Como se puede ver, la relevancia de la afectación orgánica es muy elevada en este grupo diagnóstico, de hecho, se trata del grupo más afectado por patologías orgánicas relacionadas con consumo. Por la trayectoria de estos pacientes, sustancia de consumo y tiempo acumulado de trastorno, se puede deducir que la aparición de estos trastornos se debe, en gran medida, a la vía de consumo, al aparecer una gran incidencia de hepatitis C, infección por VIH y SIDA (más del 74% de las patologías se corresponden con estas). Es muy relevante también la elevada presencia de hepatopatía crónica, la cual puede deberse a la gran incidencia de hepatitis C.

También puede ser relevante el dato de que es el grupo con menor diagnóstico mental positivo.

A continuación se presenta la distribución de los pacientes que presentan deficiencias en su funcionamiento social y se detalla en las distintas áreas.

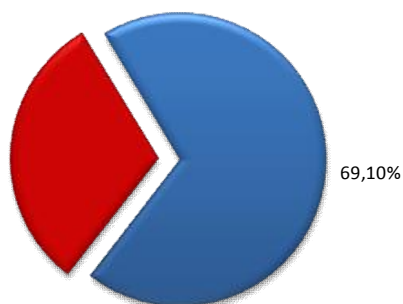


Como se puede ver, la proporción de pacientes con problemas en su área social no es todo lo elevada que cabría esperar, asociada al elevado tiempo de evolución de su trastorno.

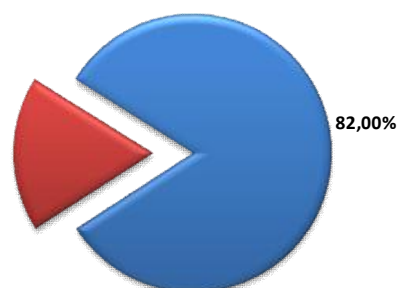
El dato que sí está en consonancia con esa larga evolución es el tiempo de media que llevan en tratamiento estos pacientes, que es de 4,7 años.

En lo referente al tiempo de remisión se encuentran los siguientes datos:

Remisión completa del consumo



Tratamiento metadona



Se encuentra lo que se puede considerar un elevado porcentaje de pacientes en remisión total del consumo, lo cual, en parte, podría deberse al porcentaje de pacientes de este grupo que se encuentran en tratamiento sustitutivo con metadona (82%). Bien es cierto que es mucho mayor el porcentaje de pacientes medicados con el sustitutivo opiáceo que los que consiguen mantener una remisión total a heroína.

3. PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD HOSPITALARIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ADICCION

En torno al 4% de los pacientes tratados en ambulatorio, en un año, necesitan ser ingresados en una unidad hospitalaria, temporalmente, para el tratamiento de su adicción.

Las recomendaciones de la OMS, insisten en la necesidad de disponer de alternativas terapéuticas al medio comunitario para cuando la situación de los pacientes requieran ingresos y concentración e intensidad terapéutica en un medio protegido, para lograr la reducción sintomática y, de nuevo la vuelta al medio comunitario para proseguir en ambulatorio el tratamiento.

A continuación, describimos las características socio-sanitarias de los pacientes que han requerido ingreso en una unidad hospitalaria para el tratamiento temporal de su adicción. El nº de pacientes atendidos en 2017 en los centros contratados por la Consejería de Sanidad de esta naturaleza (uno de ellos objeto de esta nueva licitación), ha sido de 329 en régimen de ingreso y de 75 en centro de día.

Años en el consumo de manera habitual



Dentro de los perfiles diagnósticos de Trastorno relacionados con sustancias, se aprecia un predominio de las evoluciones **más crónicas** en los pacientes diagnosticados por Trastorno por consumo de heroína y cocaína. No obstante, esta tendencia a la cronicidad se aprecia también en grupos de ingreso numéricamente menos comunes como los relacionados con el consumo de alcohol.

En contraposición, en los perfiles diagnósticos que incluyen el THC como droga principal, predominan los pacientes con evoluciones más cortas en el consumo habitual.

Trastorno mental. El **35 %** de los pacientes que han recibido tratamiento tenían un diagnóstico de **Trastorno mental** junto al Trastorno relacionado con sustancias.

De ellos, el 10% fueron considerados inducidos y el 90% no inducidos. Los casos de trastorno mental no inducido destacan en las agrupaciones diagnósticas que incluyen heroína y cocaína, así como en los grupos con trastornos relacionados con consumo de cocaína y alcohol.

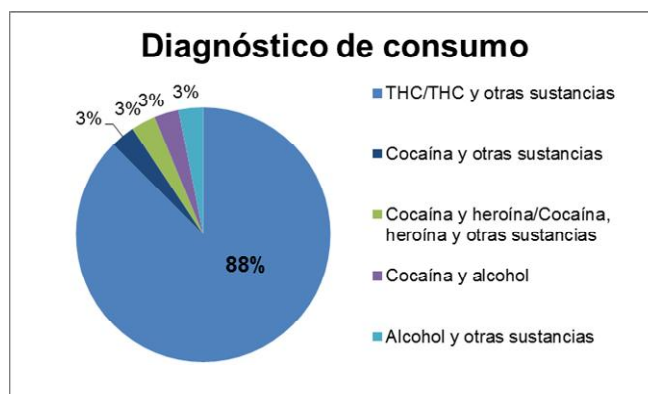
Trastornos orgánicos. Respecto al perfil de pacientes con trastornos orgánicos, los grupos con trastornos relacionados con consumo de heroína y cocaína aportan el mayor porcentaje de pacientes con **patologías infectocontagiosas como VHC (62%) y VIH (24%).**

Vía de consumo previa al ingreso. En el grupo mayoritario de consumidores (Heroína y Cocaína / Heroína, Cocaína y otras sustancias), un **24 %** de los pacientes que ingresan con este diagnóstico utilizan la **vía pulmonar o fumada**, siendo un **9%** los que utilizan la vía **inyectada**. En el segundo grupo diagnóstico más representativo (Cocaína, Heroína y otras sustancias) un **11% consume vía pulmonar o fumada**, y un **3% vía parenteral o inyectada**.

Perfil de los menores atendidos:

Edad media de 16'84 años, la edad mínima ha sido de 15 años.

El 88% de los menores atendidos tenían un diagnóstico por consumo de THC, con o sin otras sustancias. El resto de diagnósticos han sido unitarios.



La vía de consumo más utilizada es la pulmonar en un 91%, intranasal en un 6% y la oral un 3% (paciente con diagnóstico de consumo de alcohol).

Respecto a los años de consumo habitual como es de esperar, se concentra en los grupos establecidos hasta 5 años, siendo equitativo el porcentaje entre los que llevan menos de 2 años y los que llevan de 2 a 5 años.

AÑOS DE CONSUMO	
Hasta 2 años	47%
Entre 2 y 5 años	50%
Entre 5 y 10 años	3%

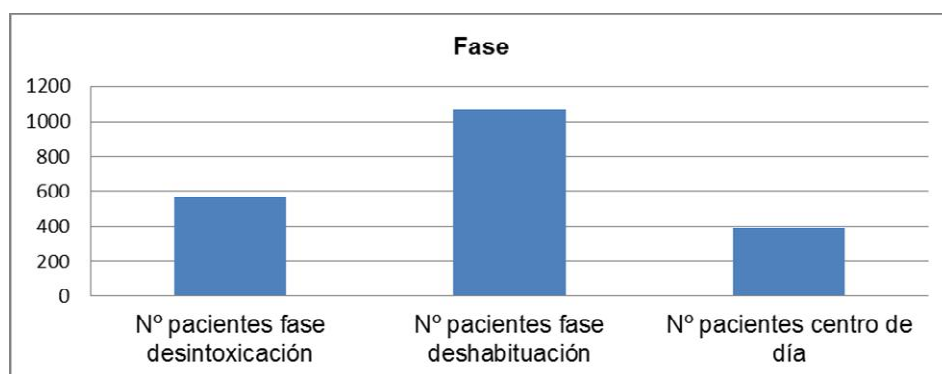
En el 91% de los pacientes la derivación al ingreso ha sido desde su CAID de referencia, el y 9% restante desde Los Mesejo (Centro ambulatorio específico para tratamiento de menores y jóvenes).

El 91% de los pacientes han ingresado en régimen de deshabituación. La media de días de estancia ha sido de 81 días, con un mínimo de 4 y un máximo de 142. El paciente que estuvo menos días fue alta por ingreso en un Centro de menores. Los motivos de salida han sido porcentualmente mayores en altas terapéuticas, un 83%.

De los menores atendidos en este periodo cabe destacar que el 33% tenían un diagnóstico de TDAH.

PRESTACIONES RECIBIDAS.

De los pacientes activos durante estos meses, un 33% han recibido prestaciones en fase de desintoxicación, un 63% han recibido prestaciones en fase de deshabituación y un 23% han sido beneficiarios de las prestaciones del Centro de Día



La siguiente tabla recoge los porcentajes de tiempo empleado por profesional según el itinerario de los pacientes.

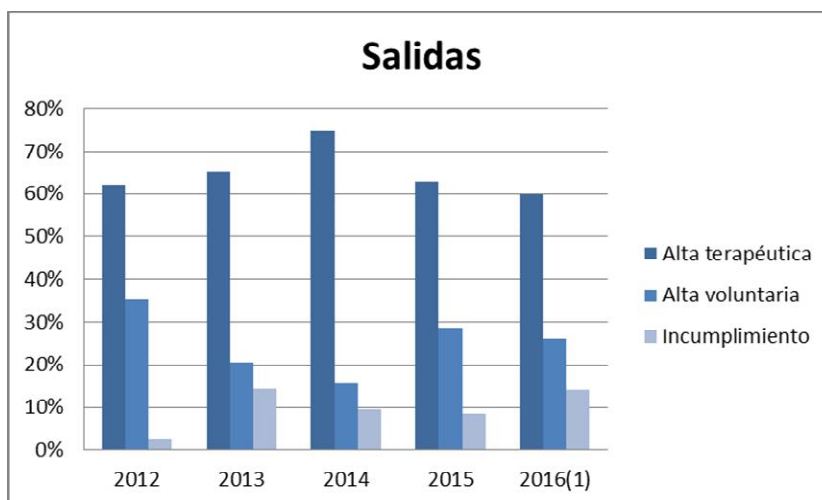
	Psicólogo Clínico	Psiquiatra	Médico	Enfermero	P. Auxiliar
Desintoxicación	16%	8%	48%	70%	45%
Deshabitación	65%	51%	33%	25%	49%
Centro de Día	18%	41%	20%	6%	6%

La interpretación de estos datos en términos de intensidad del tratamiento se complementan y justifican con los siguientes:

- Los pacientes con patología somática más grave ha recibido prestaciones en la fase de desintoxicación.
- En fase de desintoxicación se incluye pacientes con patología mental comórbida (inducida o no), quienes presentan más dificultades para realizar la desintoxicación ambulatoriamente.
- En fase de desintoxicación se requiere de una alta atención médica y por parte de enfermería y auxiliares, dada la vulnerabilidad física del paciente, así como la vigilancia y monitorización de la adaptación al tratamiento farmacológico que evite el síndrome de abstinencia.
- En la fase de desintoxicación, los pacientes tienen una capacidad limitada de interacción grupal, no son susceptibles de un correcto diagnóstico psiquiátrico y presentan una menor tolerancia y aprovechamiento de la interacción terapéutica global por la sedación, somnolencia o malestar y ambivalencia inicial acerca del ingreso.
- Los pacientes con derivación para deshabitación con o sin centro de día sin desintoxicación presentan menos dificultades previas. En deshabitación, tanto en fase de ingreso como la de centro de día, se presta a una mayor intervención psiquiátrica diagnóstica y psicológica, tanto grupal como individual, y requiere de menores ajustes y atención por parte de DUE y auxiliares, al ser el paciente más autónomo y requerir un control orgánico no tan estrecho. Su capacidad para la interacción grupal e individual es máxima.

SALIDAS

Del total de pacientes ingresados en torno al 65% recibieron alta terapéutica, el 25% solicitaron alta voluntaria y 10% fueron alta por incumplimiento grave de la normativa.



En las salidas que no fueron por alta terapéutica se encuentran grupos representados por diagnósticos de policonsumidores que consumían heroína y cocaína con o sin otras sustancias. Este hecho no sólo constituye el grupo con más antecedentes de situación de calle, sino también aquel con más antecedentes penales y de cronicidad en el consumo.

Estas características tienen una influencia significativa en cuanto a la capacidad de tolerar unas pautas terapéuticas de mayor contención inicialmente, como el de régimen de desintoxicación (con significativos problemas en la interacción con otros pacientes, así como la asunción de normas del dispositivo); y en la evolución durante el régimen de deshabituación o centro de día, con problemas derivados de la recaída en el consumo.

Existe un mayor porcentaje de pacientes con agrupaciones diagnósticas marcadas por la cocaína (y en consecuencia donde y se sobre representan los trastornos psiquiátricos con alta impulsividad y los constructos de personalidad más disociales) que son más tendentes a solicitar el alta voluntaria o a transgredir de forma grave los límites y normativas.

4. OBJETO DEL CONTRATO PROPUESTO Y SERVICIOS

Concertación de 20 plazas de ingreso y 20 de centro de día, en un Hospital de Salud Mental y Tratamiento de las Toxicomanías, dirigidas a desintoxicar y deshabituarse a pacientes adictos a drogas, graves, con o sin otras patologías mentales, que no pueden ser abordados en esta fase desde el tratamiento ambulatorio.

Dispondrá de 20 plazas de ingreso y 20 de centro de día. Hasta 5 de ellas podrán ser ocupadas por madres con hijos menores de 1 año y hasta 2 de ellas podrán ser ocupadas por pacientes objeto de una medida de seguridad impuesta por la autoridad judicial con finalidad terapéutica.

La cobertura asistencial será de 24 horas los 365 días del año para las 20 plazas de ingreso y de 10 a 17 horas de lunes a viernes en días laborables, para las 20 plazas de centro de día.

La oferta asistencial esencial se concreta en atención psiquiátrica, psicología clínica, enfermería, terapia ocupacional y obtención de muestras. Complementariamente, para aquellos pacientes que lo requieran, medicina interna o de familia y trabajo social, así como los cuidados de auxiliar de enfermería.

Y tiene como finalidad la desintoxicación, los cuidados, la deshabituación, y la confirmación diagnóstica. Y una estancia no superior a los 90 días en periodo de ingreso o ingreso mas centro de día.

El circuito asistencial se inicia siempre en **Ingreso** y puede incluir o no, a criterio facultativo, el **Centro de Día**.

INGRESO

SERVICIO PARA LA VALORACION DE LA PROPUESTA DE INGRESO

Tiene por objeto comprobar, a través del Informe de Solicitud, que el paciente candidato al ingreso pueda beneficiarse del mismo. En dicho informe, que emiten los facultativos del Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID), se consigna el diagnóstico y se describe la situación actual y los antecedentes, así como las razones para el ingreso, una vez que ha fracasado, o ha dejado de ser eficaz el tratamiento ambulatorio.

Para acotar el ámbito de la valoración, se describen a continuación los criterios y condiciones para el ingreso de pacientes:

- *Estar en tratamiento en un CAID y estar diagnosticado de uno o más trastornos por consumo de drogas que no puede ser resuelto, en fase aguda, mediante el tratamiento ambulatorio.*
- *Ser derivado por el Servicio Móvil de Reducción de Daños.*
- *Estar ingresado en un Hospital Público de la Comunidad de Madrid y estar diagnosticado de uno o más trastornos por consumo de drogas que no puede ser resuelto, en fase aguda, mediante el tratamiento ambulatorio.*
- *No padecer enfermedad infectocontagiosa, en fase activa, o patología orgánica que precise atención especializada y prioritaria a la propia desintoxicación.*

Cumplidos estos requisitos:

Serán candidatos de ingreso:

Pacientes adictos a drogas gravemente descompensados por:

- *La elevada compulsión que el paciente presenta hacia el consumo.*
- *La cantidad, intensidad, pauta de consumo que presenta en el momento del diagnóstico en el CAID.*

- *La pérdida de autonomía grave que dificulta el seguimiento de prescripciones mínimas del tratamiento ambulatorio en el CAID.*
- *Alteraciones psicopatológicas.*

No serán candidatos:

Pacientes con enfermedades médicas agudas que requieran ingreso en Hospital general.

El Servicio de Asistencia a través de la lista centralizada, determinará la ocupación de plazas.

El adjudicatario no podrá negar la admisión de los pacientes que reúnan los requisitos establecidos, siempre que haya disponibilidad de plazas.

SERVICIO DE ADMISION DE PACIENTES

Tiene por objeto verificar la situación actual del paciente en la admisión.

Para ello se procederá mediante un Protocolo que incluya el conjunto de acciones y actuaciones establecidas y descritas cronológicamente que deben ser llevadas a cabo por psiquiatras y psicólogos clínicos y enfermería.

Tanto el paciente como la familia recibirán atención individualizada y una amplia información para facilitar el ingreso, paliar el desconcierto y disminuir la ansiedad contribuyendo a humanizar la asistencia.

El ingreso será programado y voluntario, salvo en los casos en que se produzca por orden judicial.

OBJETIVOS:

- Valorar el estado del paciente en el momento de la admisión.
- Proporcionar al paciente y a su familia una visión global de tratamiento que va a recibir y de las condiciones del mismo: tipo de ingreso, terapéutica, normas, derechos, horarios de visitas y demás prestaciones del Centro.
- Firma del consentimiento, aceptando el tratamiento, en los casos de ingreso voluntario.
- Alojar y proporcionar seguridad para facilitar la adaptación.

En todos los casos, adultos o menores, se realizará un screening de riesgo autolítico

SERVICIO DE DESINTOXICACION

Procedimiento sanitario protocolizado, a través del cual se consigue que el paciente deje de consumir, la droga o las drogas, sin que experimente un síndrome de abstinencia agudo.

Se hará en régimen de ingreso y como máximo en 30 días.

Prestaciones sanitarias:

- Desintoxicación farmacológica.

- Tratamiento farmacológico supervisado.
- Monitorización de la abstinencia.
- Cuidados sanitarios.
- Manejo del craving.
- Apoyo psicológico.

Al finalizar la desintoxicación, el paciente:

- Podrá continuar en régimen de ingreso para iniciar la fase de deshabitación.
- Podrá iniciar el tratamiento para la deshabitación en régimen de Centro de Día.
- Podrá ser dado de alta y derivado a su Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID) de referencia para continuar tratamiento ambulatorio, o en el Centro de Cuidados.

La elección de modalidad será decisión del clínico y estará en función de la gravedad o autonomía del paciente.

SERVICIO DE DESHABITUACION

Proceso sanitario con el que se pretende que desaparezca el síndrome de abstinencia tardía y el de abstinencia condicionado. Durante este proceso se ha de tratar al paciente, mediante técnicas terapéuticas para reestructurar y reorganizar su conducta, a la vez que se le enseñan estrategias que le permiten enfrentarse, con posibilidades de éxito, a los factores adversos, internos y externos, que normalmente tenderían a abocarle a la reinstauración del hábito compulsivo de consumo de tóxicos.

Prestaciones sanitarias básicas:

- Manejo del craving. Manejo del estrés.
- Terapia de grupo para la prevención de recaída.
- Psicoterapia grupal. Psicoterapia individual.
- Compensación de otra patología mental asociada.
- Psicoeducación: Prescripción farmacológica.
- Educación para la salud.
- Terapia ocupacional.

Prestaciones sanitarias de elección:

- Medicina interna o de familia
- Trabajo social

CENTRO DE DIA

SERVICIO DE DESHABITUACION

Proceso sanitario con el que se pretende que desaparezca el síndrome de abstinencia tardía y el de abstinencia condicionado. Durante este proceso se

ha de tratar al paciente, mediante técnicas terapéuticas para reestructurar y reorganizar su conducta, a la vez que se le enseñan estrategias que le permiten enfrentarse, con posibilidades de éxito, a los factores adversos, internos y externos, que normalmente tenderían a abocarle a la reinstauración del hábito compulsivo de consumo de tóxicos.

Prestaciones sanitarias básicas:

- Manejo del craving. Manejo del estrés.
- Terapia de grupo para la prevención de recaída.
- Psicoterapia grupal. Psicoterapia individual.
- Compensación de otra patología mental asociada.

5. RAZONES QUE JUSTIFICAN LA NECESIDAD DE CONTRATAR ESTE SERVICIO:

Por lo expuesto anteriormente, en cuanto a necesidades especiales del 4% de los pacientes tratados en un año, las características relacionadas con cronicidad y la alta compulsión e ineficacia momentánea del tratamiento, por graves descompensaciones y recidivas severas e inabordables en ambulatorio, es necesaria la concertación de 20 plazas en un Hospital de Salud Mental y tratamiento de las toxicomanías (hasta 5 de ellas podrán ser ocupadas por madres con hijos menores de 1 año y hasta 2 de ellas podrán ser ocupadas por pacientes objeto de una medida de seguridad impuesta por la autoridad judicial con finalidad terapéutica), así como 20 plazas en Centro de día.

Actualmente están en vigor dos contratos para atender las necesidades de los pacientes que presentan los perfiles ya descritos, y con prestaciones similares a las propuestas en esta nueva licitación. Uno de ellos, denominado “CENTRO RESIDENCIAL DE TRATAMIENTO DE DROGODEPENDIENTES” (20 plazas ingreso, 20 plazas Centro de Día), finaliza el próximo día 31 de diciembre de 2018, habiendo sido prorrogado hasta el máximo que permite el contrato.

El nuevo contrato pretende dar continuidad asistencial a los pacientes que reciben tratamiento en el centro citado anteriormente. Por ello, la fecha de comienzo debe ser el 1 de enero de 2019

Fdo: Manuel Rivero del Valle
Jefe del Servicio de Asistencia
P.A. Consuelo de la Calle Rodríguez
Jefe de Sección de Asistencia