

# MEMORIA JUSTIFICATIVA SOBRE LA NECESIDAD, IDONEIDAD E INSUFICIENCIA DE MEDIOS DEL CONTRATO DENOMINADO “CONCERTACIÓN DE 30 PLAZAS DE INGRESO Y 20 DE HOSPITAL 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.

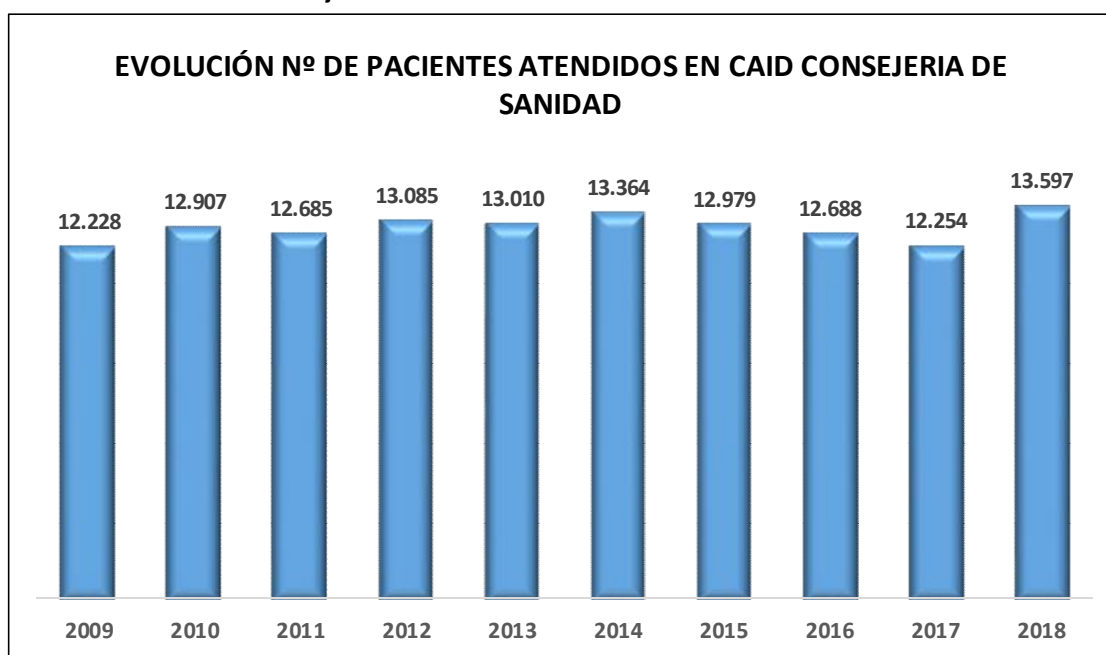


## 2. PACIENTES ATENDIDOS EN LA RED ASISTENCIAL

En primer lugar se ofrecen datos de los pacientes tratados en cada año desde 2009 hasta 2018. 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.

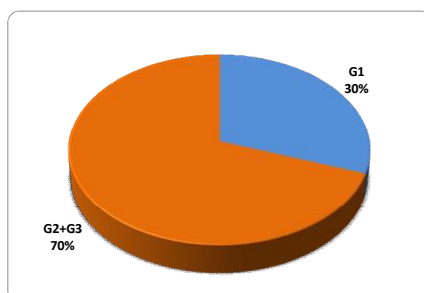
### PACIENTES ATENDIDOS ENTRE 2009 Y 2018

En 2018, se han atendido 13.597 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, Benzodicepinas 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**

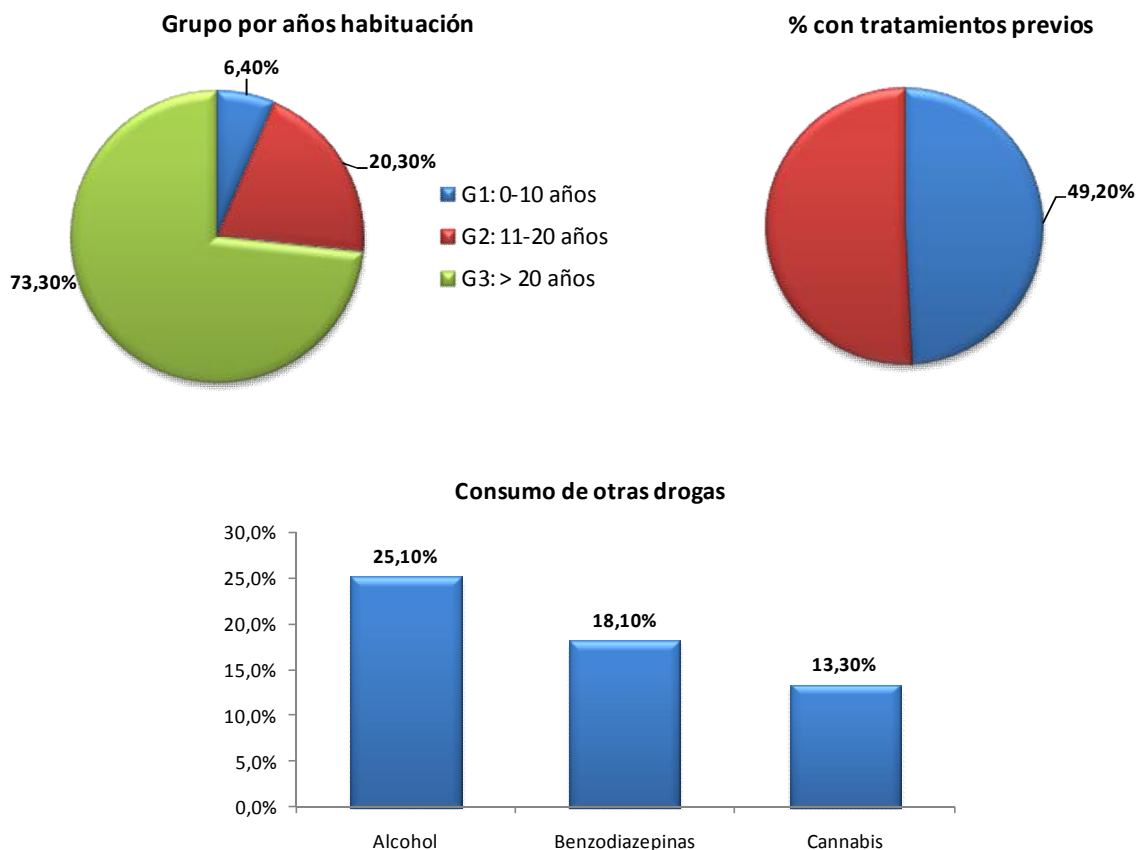
| 1.-<br>HEROÍNA/HEROÍNA<br>+ otras (excp. C)<br>89 pacientes<br>(11,4%)  | 2.- HEROÍNA+<br>COCAÍNA/HEROÍNA+<br>COCAÍNA+otras<br>315 pacientes<br>(40,4%)  | 3.-<br>COCAÍNA/COC<br>AÍNA+otras<br>(excp. H y OH)<br>83<br>pacientes<br>(10,6%)               | 4.- COCAÍNA+OH<br>87 pacientes<br>(11,1%)  | 5.-<br>COCAÍNA+HEROÍNA/<br>+ Otras<br>39 pacientes<br>(5%)  | 6.-<br>THC/TNC+otras<br>59 pacientes<br>(7,5%)  | 7.- OH/OH+otras<br>53 pacientes<br>(6,8%)  | 8.- OH+C<br>48 PACIENTES<br>(6,1%)   |
|---|--|--|--|---|---|--|--|
| 82% G3: Más de 20 años  | 73,3% G3: Más de 20 años   | 37,3% G1: 0-10 años<br>37,3% G2:11-20 años   | 50,6% G2:11-20 años<br>25,3% G1: 0-10 años   | 53,8 % G3: Más de 20 años<br>33,3% G2:11-20 años  | 47,5% G1: 0-10 años<br>33,9 % G2:11-20 años   | 45,3 % G3: Más de 20 años<br>30,2 % G1: 0-10 años  | 39,6 % G2:11-20 años<br>45,8% G3: Más de 20 años   |
| 47,7 años   | 45,5 años  | 38,2 años  | 38 años  | 41 años   | 30 años   | 45 años  | 42 años  |
| 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   |
| 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  |
| - 11,2% OH<br>- 7,9% BZD<br>- 4,5% THC  | - 25,1% OH<br>- 18,1% BZD<br>- 13,3% THC   | - 21,7% THC<br>- 4,8% BZD  | - 32,2% THC<br>- 6,9% BZD  | - 25,6% OH<br>- 12,8% THC<br>- 12, 8% BZD   |   | - 11,3% THC<br>- 5% BZD  | - 29,2% THC<br>- 4,2% BZD  |
| - 77,5% SI Presenta trastornos orgánicos<br>- 34,8% hepatopatía crónica<br>- 34,8% VHC<br>- 22,5 % SIDA<br>- 16,9 % Infección VIH<br>- 14,6% Infección tuberculosa<br>- 6,7% EPOC<br>- 5,6% enfermedad pulmonar | - 73,3% SI Presenta trastornos orgánicos<br>- 26,7% hepatopatía crónica<br>- 40,6% presenta VHC<br>- 19,7% tiene SIDA<br>- 12,4% infección por VIH<br>- 14% Infección tuberculosa<br>- 6,7% EPOC | - 81,9% NO Presenta trastornos orgánicos<br>- 6% infección tuberculosa                         | - 87,4% NO Presenta trastornos orgánicos<br>- 5,7% hepatopatía crónica.<br>- 20,5% VHC<br>- 5,1% enfermedad pulmonar | 53,8% No Presenta/<br>46,2% SI<br>- El 17,9% hepatopatía crónica<br>- 20,5% VHC<br>- 5,1% enfermedad pulmonar | - El 91,5% NO Presenta trastornos   | - 66% NO Presenta trastornos orgánicos<br>- 15,1% hepatopatía crónica.<br>- El 7,5% Infección tuberculosa            | - El 79,2% No Presenta trastornos<br>- 8,3% hepatopatía crónica.<br>- 6,3% Infección tuberculosa     |
| 79,8 % NO dg. Mental  | 73% no dg. Mental  | 75,9% No dg. Mental  | 65,5% NO dg mental<br>De los que Si:<br>- 8% T de Ansiedad<br>- 13,8% T Eje I<br>- 8% T Eje II                       | 71,8% NO dg mental  | 78% No dg mental  | 62,5% NO dg mental<br>De los que si:<br>- 7,5% T de Ansiedad<br>- 7,5% T Sueño<br>- 11,3% T Eje I<br>- 7,5% T Eje II | 64,6% No dg mental<br>De los que Si:<br>- 18,8% T. Eje I<br>- 6,3% T Eje II                          |
| - 67,4% SI Diagnóstico Social<br>- El 50,6% económicos<br>- El 52,8% laborales<br>- El 16,9% vivienda   | - 80% SI Diagnóstico Social<br>- El 61,9% económicos<br>- El 65,4% laborales<br>- El 29,2% de vivienda   | 75,9% SI Diagnóstico Social<br>- El 50,6% económ.<br>- El 53% laborales<br>- El 19,3% vivienda | 72 Si Diagnóstico Social<br>- El 48,3% económ.<br>- El 51,7% laborales<br>- El 24,1% vivienda                        | - 84,6% SI Diagnóstico Social<br>- El 69,2% económ.<br>- El 69,2% laborales<br>- El 28,2% vivienda            | 69,5% SI Diagnóstico Social<br>- El 37,3% económicos<br>- El 37,3% Laborales<br>- El 13,6% vivienda | - 66% SI Diagnóstico Social<br>- El 41,5% económ.<br>- El 49,1% laborales<br>- El 17% vivienda                       | - 68,8% SI Diagnóstico Social<br>- El 43, 8% económicos<br>- El 50% laborales<br>- El 27,1% vivienda |
| 7, 5 años   | 4, 7 años  | 1,9 años   | 2,1 años   | 3,2 años  | 0,9 años  | 1,8 años   | 2 años   |
| 1,03 h  | 1,6 h  | 1,6 h  | 2h   | 1,7 h   | 1,75 h  | 2 h  | 1,9 h  |
| - 69,1 % remisión completa  | - 52, 7 % remisión H<br>- 44, 7% remisión C<br>- 32,4% remisión completa   | - 71% remisión C<br>- 59,7% remisión completa  | - 51,4% remisión C<br>- 36,1% remisión OH<br>- 34,7% completa  | - 59,4% remisión. H<br>- 40,6% remisión. C<br>- 34,4% remisión. Completa                                      | - 52,1% remisión. A<br>- 40,6% remisión. C<br>- 50% remisión. Completa                              | - 65,2 % remisión. A<br>- 60,9% remisión. Completa   | - 42,2% remisión. OH<br>- 60% remisión. C<br>- 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.

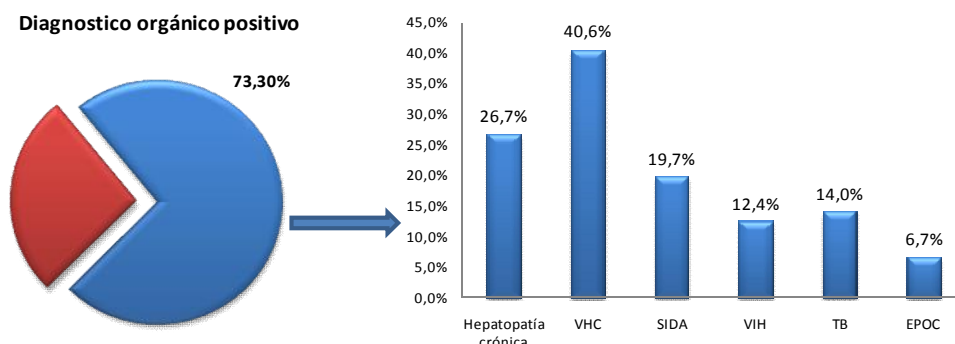


Al enlazar los datos de años de evolución de la enfermedad, edad media de los pacientes (45,5 años), el porcentaje de los mismos que ha realizado tratamientos con anterioridad (49,2%) y consumo de otras drogas, se puede inferir el hecho de que se trata de pacientes con inicio de consumo de heroína en 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.

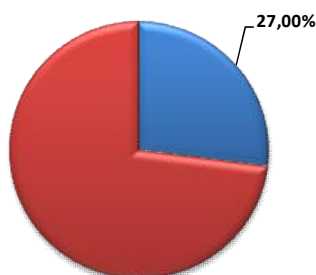
En cuanto al diagnóstico de otras patologías vinculadas, tanto orgánicas como mentales, aparece la siguiente distribución:



#### Diagnostico orgánico positivo



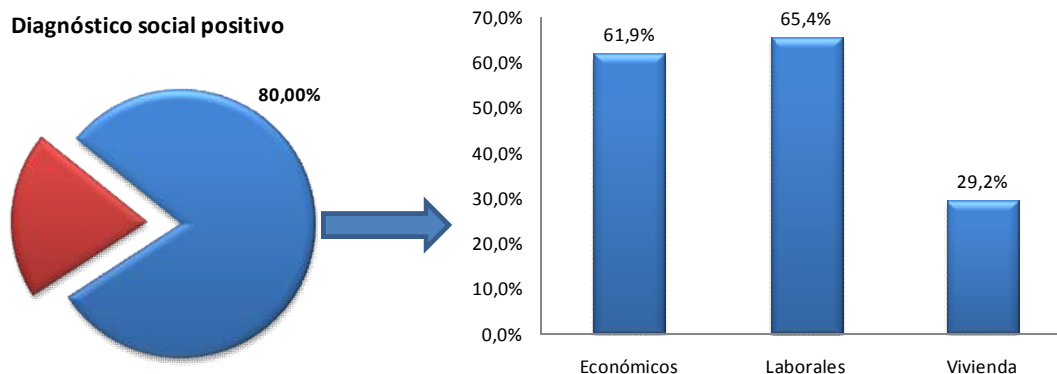
#### Diagnostico mental positivo



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.

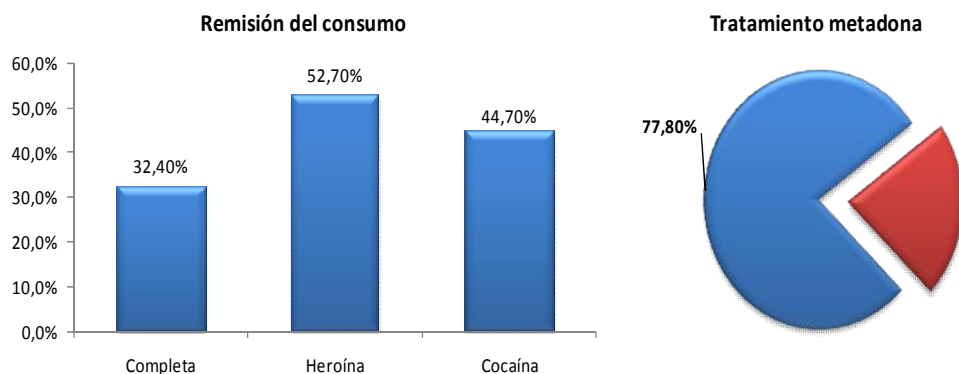
#### Diagnóstico social positivo



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.

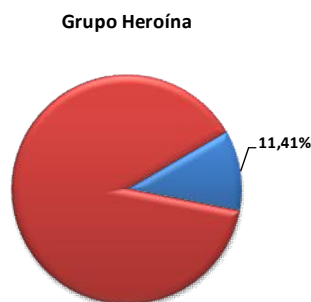
En lo referente al tiempo de remisión se encuentran los siguientes datos:



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

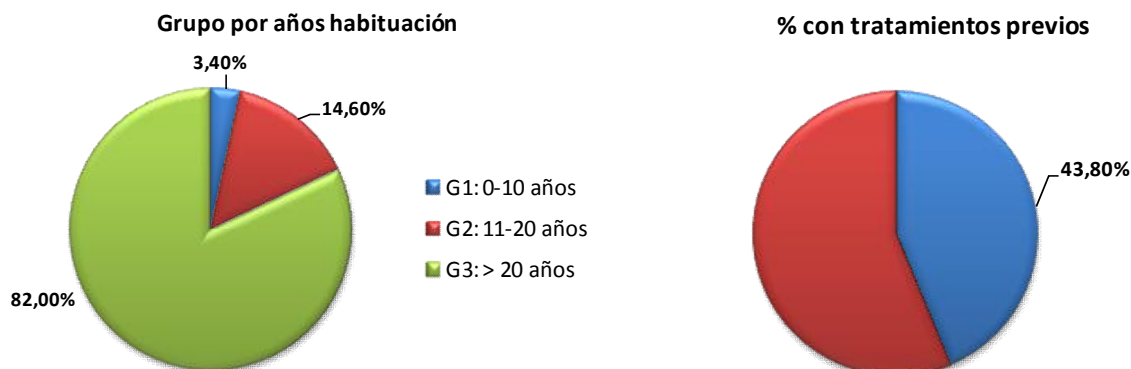
Este grupo se corresponde con el perfil diagnóstico de pacientes en tratamiento por dependencia a Heroína sola o combinada con otras drogas, excluyendo los que consumen cocaína. Abarca un total de 89 pacientes, lo que supone un 11,4% del total de los pacientes en tratamiento.



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.

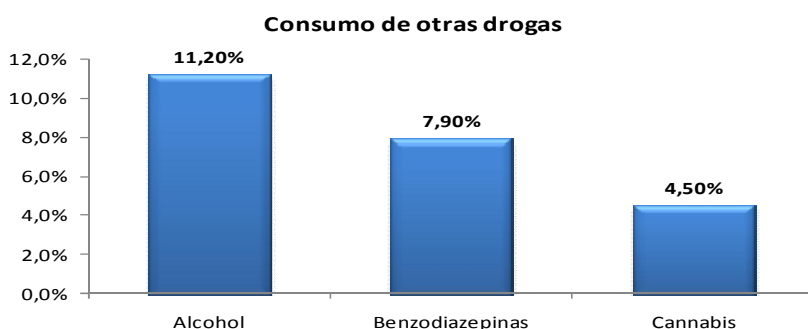






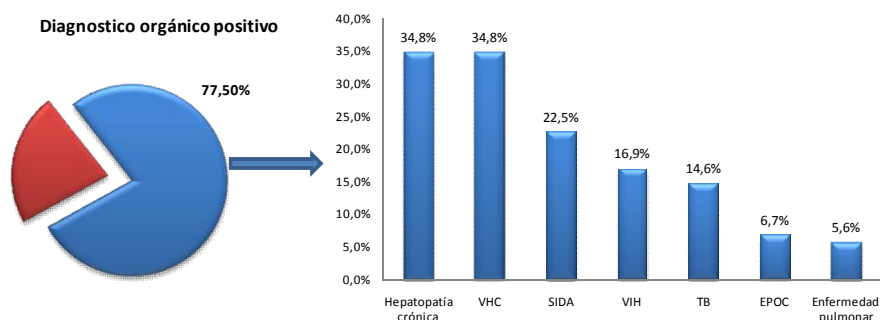
Al enlazar este dato con la edad media de los pacientes (47,7 años) y el porcentaje de los mismos que ha realizado tratamientos con anterioridad (43,8%), se puede inferir el hecho de que se trata de pacientes con inicio de consumo en edad temprana, que han cronificado su trastorno por consumo, circunscribiendo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

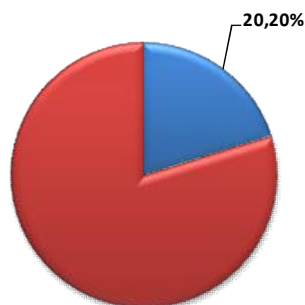


Resulta relevante el hecho de que se trata de un grupo en el que el consumo de otras sustancias es significativamente inferior al resto, confirmándose lo dicho anteriormente, es decir, que son unos pacientes que en su larga evolución no han introducido ni modificado las sustancia de consumo, manteniéndose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

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



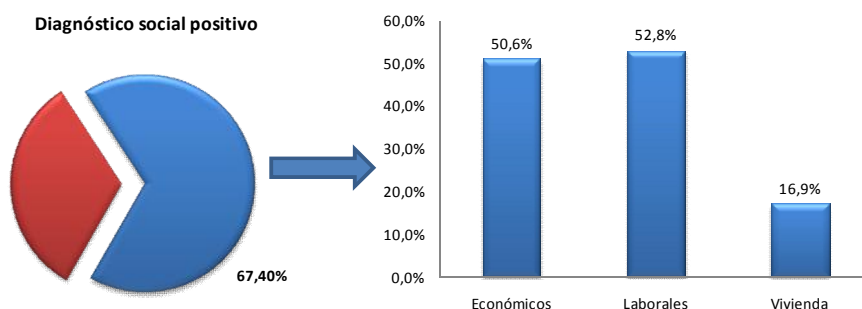
Diagnostico mental positivo



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 relacionas 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.

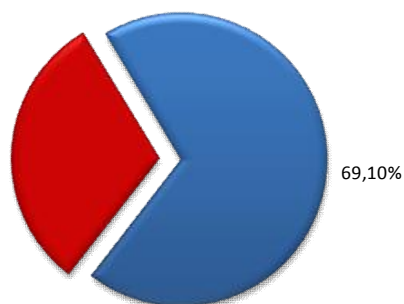
El dato que sí está en consonancia con esa larga evolución es el tiempo de media que llevan en tratamiento estos pacientes, que es de 4,7 años.

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 UNIDADES HOSPITALARIAS 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 2018 en los centros contratados por la Consejería de Sanidad de esta naturaleza (uno de ellos objeto de esta nueva licitación), ha sido de 515 en régimen de ingreso y de 181 en hospital de día. El nº de pacientes atendidos en el Centro que finaliza contrato el próximo 31 de diciembre ha sido de 175.

Del total de pacientes atendidos a lo largo del año en Hospitalización (175), el 80% corresponde al género masculino, frente al 20% de mujeres, cifras casi iguales a las del año 2017 (79.8% frente al 20.2%).

La edad media en la unidad ha aumentado hasta los 38.77 años, frente a los 37.73 años del año anterior.

El número de pacientes reingresados es del 33.7%, algo mayor al año previo 29.2%, continuando la tendencia de progresivo aumento de estos casos.



Con respecto al perfil de pacientes se destacan los siguientes datos:

#### *Patología orgánica:*

· La presencia de patología orgánica comórbida aumenta hasta los 38 casos (21.7% frente al 19.6% del año 2017). Está definida como la presencia de VIH (13.2%), VHC (18.4%) y otras enfermedades crónicas graves (81.6%). El mayor porcentaje de patología somática está en relación a éste último grupo de patologías (diabetes, VHB, enfermedades reumatológicas y respiratorias, aunque durante el año solo hemos tenido un caso con EPOC).

#### *Patología Dual:*

· El número de pacientes con Patología Dual (PD) ha disminuido, 37 casos (21.1%), frente al año previo (31.5%).

· Presentamos una distribución de casos en función de su pertenencia al eje I o eje II de la clasificación diagnóstica, con los tipos de diagnósticos, el número absoluto y el porcentaje de casos con respecto al total.

| Eje I |       |                                       | Eje II |       |                        |
|-------|-------|---------------------------------------|--------|-------|------------------------|
| 154   |       | No Comorbilidad                       | 152    |       | No TP                  |
| 4     | 19,0% | Psicosis Tóxica                       | 3      | 13,0% | T. Paranoide           |
| 2     | 9,5%  | Psicosis crónica                      | 0      | 0,0%  | T. Esquizoide          |
| 5     | 23,8% | Trastorno Afectivo Bipolar            | 0      | 0,0%  | T. Equizotípico        |
| 5     | 23,8% | Trastornos Depresivos                 | 1      | 4,3%  | T. Antisocial          |
| 1     | 4,8%  | Trastornos de Ansiedad                | 13     | 56,5% | T. Limite              |
| 2     | 9,5%  | Trastorno del Control Impulsos        | 3      | 13,0% | T. Histriónico         |
| 1     | 4,8%  | Trastorno de la Conducta Alimentaria  | 2      | 8,7%  | T. Narcisista          |
| 1     | 4,8%  | T. Déficit de Atención Hiperactividad | 0      | 0,0%  | T. Evitación           |
| 0     | 0,0%  | Trastorno Mental Orgánico/ Demencia   | 0      | 0,0%  | T. Dependiente         |
| 0     | 0,0%  | Otros                                 | 0      | 0,0%  | T. Obsesivo-Compulsivo |
| 21    | 100%  | Total Comorbilidad                    | 1      | 4,3%  | T. No especificado     |
|       |       |                                       | 23     | 100%  | Total TP               |

Se puede observar un número similar de diagnósticos en ambos ejes, con un elevado número de casos en los que presentan diagnósticos en ambos ejes.

· Los trastornos depresivos y de ansiedad, suponen un 47.6% del total.

· Destacar la reducción de casos de Psicosis (Tóxica o Crónica), con sólo 6 casos, que suponen el 28.5% del total del eje I. Siendo el resto de diagnósticos casos aislados.



En cuanto a los diagnósticos en la esfera de la personalidad, el Trastorno Límite sigue siendo el más frecuente, el 56.6%, seguido por el Trastorno Paranoide y el Trastorno Histriónico con un 13%, 2 casos de Trastorno Narcisista (8.7%) y 1 único caso catalogado como Trastorno no Especificado.

- Sólo ha habido un ingreso de paciente en situación de calle, un 20.6% de los pacientes han presentado antecedentes de problemas judiciales (frente al 19% del año previo), con un solo caso de antecedentes de ingreso en prisión.
- El 12% de los pacientes han estado ingresados previamente al menos una vez en una Unidad de Hospitalización Breve Psiquiátrica, menor porcentaje frente al año previo que fue de un 17.9%.

*Perfiles de consumo de sustancias:*

| 100 % Dependencia a Cocaína | Alcohol | Cannabis | Heroína |
|-----------------------------|---------|----------|---------|
| No otro TUS                 | 70      | 109      | 167     |
| TUS asociado                | 105     | 66       | 8       |
|                             | 60%     | 37.7%    | 4.6%    |

El 100% de los casos presentaba dependencia a cocaína, siendo la vía de uso más frecuente la esnifada (Ce) 72%. El uso de otras vías, fumada en base 18.9% o combinación de ambas 9.1%, completa el total de pacientes valorados, con una reducción de éstas vías respecto al año 2017 en 5 puntos (suponían el 33 % frente al 28% del último año).

Un 60% de los pacientes atendidos presenta Trastorno por Uso de Alcohol (muy similar al año anterior, 58.3%), además de la dependencia a cocaína, un 37.7% (en 2017 el 39.9%) Trastorno por Uso de Cannabinoides y un 4.6% Trastorno por Uso de Opioides (menor aún que el 7.1% del año previo).

Se realizan varias categorías de agrupaciones diagnósticas, siguiendo las indicaciones para la elaboración de la misma:

- Un primer grupo el 25.7% (45) presentan dependencia únicamente a la cocaína.
- El segundo grupo, el más numeroso, formado por los pacientes con dependencia a cocaína y alcohol (con o sin otras sustancias, excluyendo la dependencia a opiáceos) con 83 casos el 47.4 %.
- El tercer grupo con dependencia de alcohol como droga principal y cocaína (pudiendo incluir otras sustancias excluyendo opiáceos) 15 casos el 10.3%.



- El cuarto grupo de consumidores de cocaína y opiáceos, compuesto por 8 pacientes el 4.6%.
- El último grupo con consumo de cocaína y cannabinoides (sin incluir el consumo de alcohol ni de opiáceos), otros 21 casos, el 12%.

| Hospitalización      | Cocaína solo | Cocaína + Alcohol | Alcohol + Cocaína | Cocaína + Heroína | Cocaína + Cannabis | Total |
|----------------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------|
| Número de pacientes  | 45           | 83                | 18                | 8                 | 21                 | 175   |
|                      | 25,7%        | 47,4%             | 10,3%             | 4,6%              | 12,0%              | 100%  |
| Patología Dual       | 9            | 18                | 4                 | 1                 | 5                  | 37    |
|                      | 20,0%        | 21,7%             | 22,2%             | 12,5%             | 23,8%              | 21,1% |
| Patología Somática   | 13           | 15                | 4                 | 2                 | 4                  | 38    |
|                      | 28,9%        | 18,1%             | 22,2%             | 25,0%             | 19,0%              | 21,7% |
| % Altas Terapéuticas | 65,9%        | 71,0%             | 82,4%             | 25,0%             | 58,8%              | 67,1% |
| Consumo / día gramos | 1,52         | 1,60              | 1,14              | 1,06              | 1,56               | 1,50  |
| Escala Evolución G1  | 7            | 15                | 3                 | 1                 | 1                  | 27    |
|                      | 15,6%        | 18,1%             | 16,7%             | 12,5%             | 4,8%               | 15,4% |
| Escala Evolución G2  | 20           | 36                | 7                 | 2                 | 13                 | 78    |
|                      | 44,4%        | 43,4%             | 38,9%             | 25,0%             | 61,9%              | 44,6% |
| Escala Evolución G3  | 18           | 32                | 8                 | 5                 | 7                  | 70    |
|                      | 40,0%        | 38,6%             | 44,4%             | 62,5%             | 33,3%              | 40,0% |

Se debe destacar así mismo la baja tasa de altas terapéuticas en la agrupación diagnóstica de Cocaína y Heroína (25%) y del grupo Cocaína y Cannabinoides (58.8%), siendo los grupos diagnósticos de Alcohol y Cocaína los que mejores resultados generan en cuanto a retención.

El 84.6% pertenecen a los grupos de años de evolución G2 y G3, es decir llevan más de 10 años con problemas de consumo y el 40% más de 20 años (G3).

La tasa de Altas Terapéuticas presenta diferencias en función del grupo de evolución a los que pertenecen los pacientes. La más alta 74.2% se obtiene del G2, 10 a 20 años de evolución del trastorno; del G1, menos de 10 años, 64% y la de peores resultados es la del G3, más de 20 años, 60.7%.

La distribución de la Patología Dual en función de las agrupaciones se puede observar específicamente en las dos tablas siguientes.

De ellas destacar, que el mayor número de casos en ambos ejes corresponden a los que presentan consumo sólo de cocaína y de cocaína más alcohol.



Al revisar la comorbilidad porcentual en cada grupo el eje I se distribuye de una forma proporcional, pero en cambio se observa un aumento porcentual de casos de la esfera de la personalidad en el grupo cocaína + cánnabis y en el de alcohol más cocaína.

| Eje I                                 | Cocaína solo | Cocaína + Alcohol | Alcohol + Cocaína | Cocaína + Heroína | Cocaína + Cannabís | Total |
|---------------------------------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------|
| No Comorbilidad                       | 39           | 73                | 16                | 7                 | 19                 | 154   |
| Psicosis Tóxica                       | 1            | 1                 | 2                 | 0                 | 0                  | 4     |
| Psicosis crónica                      | 1            | 1                 | 0                 | 0                 | 0                  | 2     |
| Trastorno Afectivo Bipolar            | 1            | 3                 | 0                 | 0                 | 1                  | 5     |
| Trastornos Depresivos                 | 2            | 3                 | 0                 | 0                 | 0                  | 5     |
| Trastornos de Ansiedad                | 0            | 1                 | 0                 | 0                 | 0                  | 1     |
| Trastorno del Control Impulsos        | 0            | 1                 | 0                 | 0                 | 1                  | 2     |
| Trastorno de la Conducta Alimentaria  | 1            | 0                 | 0                 | 0                 | 0                  | 1     |
| T. Déficit de Atención Hiperactividad | 0            | 0                 | 0                 | 1                 | 0                  | 1     |
| Trastorno Mental Orgánico/ Demencia   | 0            | 0                 | 0                 | 0                 | 0                  | 0     |
| Otros                                 | 0            | 0                 | 0                 | 0                 | 0                  | 0     |
| Total Comorbilidad                    | 6            | 10                | 2                 | 1                 | 2                  | 21    |
| % Comorbilidad sobre total de casos   | 28,6%        | 47,6%             | 9,5%              | 4,8%              | 9,5%               | 100%  |
| % Comorbilidad sobre grupo            | 13,3%        | 12,0%             | 11,1%             | 12,5%             | 9,5%               | 12%   |

| Eje II                    | Cocaína solo | Cocaína + Alcohol | Alcohol + Cocaína | Cocaína + Heroína | Cocaína + Cannabís | Total |
|---------------------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------|
| No TP                     | 40           | 72                | 15                | 8                 | 17                 | 152   |
| T. Paranoide              | 0            | 1                 | 1                 | 0                 | 1                  | 3     |
| T. Esquizoide             | 0            | 0                 | 0                 | 0                 | 0                  | 0     |
| T. Esquizotípico          | 0            | 0                 | 0                 | 0                 | 0                  | 0     |
| T. Antisocial             | 0            | 1                 | 0                 | 0                 | 0                  | 1     |
| T. Límite                 | 4            | 6                 | 0                 | 0                 | 3                  | 13    |
| T. Histriónico            | 0            | 1                 | 2                 | 0                 | 0                  | 3     |
| T. Narcisista             | 0            | 2                 | 0                 | 0                 | 0                  | 2     |
| T. Evitación              | 0            | 0                 | 0                 | 0                 | 0                  | 0     |
| T. Dependiente            | 0            | 0                 | 0                 | 0                 | 0                  | 0     |
| T. Obsesivo-Compulsivo    | 0            | 0                 | 0                 | 0                 | 0                  | 0     |
| T. No especificado        | 1            | 0                 | 0                 | 0                 | 0                  | 1     |
| Total TP                  | 5            | 11                | 3                 | 0                 | 4                  | 23    |
| % TP sobre total de casos | 21,7%        | 47,8%             | 13,0%             | 0,0%              | 17,4%              | 100%  |
| % TP sobre grupo          | 11,1%        | 13,3%             | 16,7%             | 0,0%              | 19,0%              | 13,1% |

#### 4. OBJETO DEL CONTRATO PROPUESTO Y SERVICIOS

Concertación de 30 plazas de ingreso y 20 de hospital de día, en un Hospital de Salud Mental y Tratamiento de las Toxicomanías dirigidas a desintoxicar y deshabituarse a pacientes adictos a drogas, prioritariamente cocaína, estimulantes y





alcohol, graves, con o sin otras patologías mentales, que no pueden ser abordados en esta fase desde el tratamiento ambulatorio.

Dispondrá de 30 plazas de ingreso y 20 de hospital de día. De ellas, 2, podrán ser ocupadas por pacientes objeto de una medida de seguridad.

La cobertura asistencial será de 24 horas los 365 días del año para las 30 plazas de ingreso y de 10 a 17 horas de lunes a viernes en días laborables, para las 20 plazas de hospital 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 auxiliares 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 hospital de día.

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

## INGRESO

### SERVICIO PARA LA VALORACION DE LA PROPUESTA DE INGRESO

Tiene por objeto comprobar a través del Informe de Solicitud, con un procedimiento protocolizado, 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, el tratamiento recibido, 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 las condiciones para el ingreso de pacientes:

- Padecer una adicción a drogas. **Prioritariamente cocaína, estimulantes y alcohol**, que no puede ser abordada en ese momento en ambulatorio pero que es abordable en la unidad hospitalaria con las prescripciones y condiciones de la misma y no superando una estancia de 90 días.



- *No padecer enfermedad infectocontagiosa, en fase activa, o patología orgánica que precise atención especializada y prioritaria a la propia desintoxicación.*
- *Los derivadores de pacientes serán los Centros de Atención Integral a Drogodependientes y el Servicio Móvil de Reducción de Daños. Y excepcionalmente los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid*

**Serán candidatos de ingreso:**

*Pacientes adictos a drogas gravemente descompensados por:*

- *La elevada compulsión que el paciente presenta hacia el consumo.*
- *La elevada cantidad o intensidad, pauta bizarra 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 o medida 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 y deberes, 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 se realizará un screening protocolizado 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 deshabituación.
- Podrá iniciar el tratamiento para la deshabituación en régimen de Hospital 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

## HOSPITAL DE DÍA

## 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 30 plazas en un Hospital de Salud Mental y tratamiento de las toxicomanías. 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 Hospital 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 PARA PACIENTES COCAINÓMANOS”, finaliza el próximo día 31 de diciembre de 2019, habiendo sido prorrogado hasta el máximo que permite el contrato, manteniendo una elevada ocupación, de manera sostenida durante los años de ejecución del contrato, existiendo lista de espera en la actualidad de hasta tres meses.

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 2020.

Los datos anteriormente expuestos reflejan la necesidad e idoneidad para la licitación del CONTRATO DENOMINADO “CONCERTACIÓN DE 30 PLAZAS DE INGRESO Y 20 DE HOSPITAL DE DÍA, EN HOSPITAL DE SALUD MENTAL Y TRATAMIENTO DE TOXICOMANÍAS”.



No se ha dividido en lotes ya que la atención sanitaria que se concierta constituye una unidad operativa y funcional en la que los distintos servicios asistenciales que se prestan están orientados a una misma finalidad, no permitiendo su fraccionamiento en lotes con el fin de ofrecer una mayor eficacia y eficiencia en la ejecución y continuidad del tratamiento ya que los pacientes podrán ser derivados de una unidad a otra en función de la necesidad asistencial que requieran.

## 6.- INSUFICIENCIA DE MEDIOS

La amplitud del objeto del contrato impide que la prestación de estos servicios pueda ser ejecutada con personal propio. Tampoco se dispone de material y equipamiento suficiente para dar cobertura a los trabajos cuya contratación se pretende. Por ello, cabe concluir que el Servicio Madrileño de Salud no puede prestar con medios propios este servicio y debe recurrir a su contratación pública, conforme con las exigencias establecidos en los artículos 28.1 y 116.1 f) de la Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público.

EL DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN  
DE LA ASISTENCIA SANITARIA

