

En concreto se nos dice que de doce se ha pasado a diez, y que se ha realizado una convocatoria para cubrir las vacantes, a la par que se señala que la disponibilidad presupuestaria actual no permite incrementar los recursos.

No obstante, últimamente al menos se nos viene indicando que se han puesto en marcha nuevas actuaciones, con el fin de agilizar el trabajo, al objeto de continuar disminuyendo los plazos de demora en la resolución de estos expedientes, las cuales incluyen:

- La revisión de expedientes que están pendientes de dictamen médico al objeto de decidir en cuáles de ellos puede emitirse un dictamen de conformidad, con el cual se mide la adecuación a lo reclamado del informe de la unidad de gestión clínica correspondiente, lo que ha permitido impulsar el procedimiento en muchos casos.
- Impartir formación a los responsables de los centros en esta materia para lograr que los informes de las unidades de gestión clínica implicadas cada vez respondan mejor a la reclamación presentada, permitiendo la emisión del documento de conformidad antes aludido.
- Incluir en los contratos programas de los centros objetivos vinculados a la resolución de los expedientes de responsabilidad patrimonial, fundamentalmente relacionados con el cumplimiento de los plazos de remisión de la documentación.

A tenor de lo expuesto, nos parece oportuno dejar pasar un tiempo prudencial para comprobar hasta qué punto las medidas anunciadas para reducir los tiempos de resolución están siendo efectivas.

1.11.2.7 Derechos de los usuarios

El ejercicio de los derechos que en la normativa vigente se reconocen a los usuarios de los servicios sanitarios públicos se somete anualmente a nuestra consideración.

Por ejemplo, la conclusión del **Informe Especial** sobre **derechos de las personas en el proceso de muerte**, del que ya ofrecíamos información en el Informe Anual de 2017 (**queja 17/1623**), aparte de llevarnos a elevar el grueso de nuestras consideraciones a la Consejería de Salud para que se pronuncie al respecto, se ha traducido en un mayor sometimiento de cuestiones relacionadas ante esta Institución, pensando por nuestra parte que este dato evidencia que hasta cierto punto las conclusiones de nuestro trabajo han calado en la ciudadanía en la medida en que aparece más concienciada sobre sus derechos o los de sus familiares en la etapa final de la vida.

Merece la pena aludir brevemente a las resoluciones que hemos emitido en este ámbito, las cuales teniendo dicho eje común, se centran en cuestiones diversas, expresivas de los distintos escenarios que pueden presentarse y de las múltiples circunstancias que pueden incidir en que la vivencia del proceso no se desarrolle conforme a lo que marca el criterio de la dignidad que venimos reclamando.

Así nos encontramos con la denuncia sobre falta de medios adecuados para atender y trasladar a una paciente oncológica terminal (**queja 16/6045**), que incorpora muy diversos aspectos motivadores del descontento de la familia de la paciente, algunos de los cuales no pueden merecer nuestro amparo, mientras que otros nos resultan injustificados, como lo relativo a la falta de utilización del reservorio subcutáneo.

Y es que la Administración sanitaria andaluza promueve un modelo de atención compartida entre los servicios convencionales (atención primaria y hospitales) y los servicios avanzados en materia de cuidados paliativos, motivándose la intervención de estos últimos en función de la complejidad del paciente, atendiendo a los criterios recogidos en un documento elaborado con esta finalidad (IDC-PAL).

Ahora bien, tanto si la hija de la interesada venía siendo asistida por un tipo de dispositivo u otro, lo cierto es que en los períodos de tiempo que exceden del horario ordinario de funcionamiento de la atención primaria o los equipos de soporte de cuidados paliativos, los dispositivos de atención urgente son los que garantizan la continuidad asistencial y deben poder ofrecer una atención similar a la que aquellos proporcionan.

Pensamos, por ello, que un dispositivo de urgencias extrahospitalarias debe poseer los medios necesarios, tanto en los equipos móviles, como en las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias (UCCU), para poder pinchar un reservorio subcutáneo, y que los profesionales que los integran deben estar capacitados para ello, pues aun aceptando que esta maniobra no resulte recomendable dentro de las ambulancias, siempre es posible llevarla a cabo en el domicilio del paciente, tal y como la practican los equipos avanzados de cuidados paliativos, o en las dependencias de urgencias del centro de salud.

Las **circunstancias en las que se desarrolló la atención sanitaria de una ciudadana en el proceso asistencial de cuidados paliativos** fueron las que determinaron nuestra intervención en la **queja 17/1798**. Y es que cuando llegaron sus últimos momentos y dado que no podían controlar el dolor en el domicilio, la familia se vio en la necesidad de llevarla al hospital, pero en vez de cumplirse las determinaciones que les habían indicado, a saber, que no la harían sufrir más, sino que la subirían a una habitación que tienen para estos pacientes y podrían permanecer con ella en todo momento; los hechos no se sucedieron así, sino que la paciente ingresó por urgencias, y en vez de subirla a la habitación la dejaron en observación, donde solo pudieron visitarla cada cierto tiempo.

Reflexionando en torno a lo sucedido a la luz de nuestras conclusiones en el **Informe Especial** aludido, no dudamos en recomendar al centro en cuestión **que se evite el retraso en el acceso a la prestación de cuidados paliativos**, aplicando con claridad los criterios que marcan la terminalidad; que se incrementen los apoyos (principalmente la formación) de los cuidadores de pacientes paliativos en el domicilio, que se evite el tránsito de los pacientes paliativos por los servicios de urgencia hospitalarios, y en caso de que no sea posible, se prevean itinerarios alternativos o medidas que propicien su rápida identificación; y que se difunda la utilización de la plataforma de telecontinuidad para favorecer la atención de los pacientes paliativos fuera del período de funcionamiento de los recursos convencionales y avanzados.

Por su parte, la **queja 17/2228** sobre **déficit de información a los familiares respecto del traslado de un paciente** al centro de origen, después de haber sido desplazado a otro hospital para la práctica de una determinada actuación que definitivamente no se llevó a cabo, nos permitió reflexionar sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en relación con pacientes no oncológicos, pues a la postre en este caso se practicó una derivación que resultó inútil a un paciente frágil por su situación de terminalidad, propiciando que falleciera solo, sin el acompañamiento de sus seres queridos.

La falta de disponibilidad de **habitaciones individuales para garantizar la intimidad** y el aludido **acompañamiento** es moneda común en muchos centros, y también se puso de manifiesto en el pasado ejercicio en la **queja 17/1717** en la que el interesado reclama por el fallecimiento de su padre sin que pudiera disfrutar de dicho entorno.

El reconocimiento específico del derecho a la intimidad en la Ley 2/2010, de 8 de abril, tiene connotaciones propias por las especiales circunstancias que reviste el proceso de muerte, entendido como situación terminal o de agonía, donde concurre una extrema vulnerabilidad del paciente, el estrés emocional del mismo y su núcleo familiar, la eventualidad de carecer de la posibilidad de expresarse por síntomas asociados a la enfermedad, la necesidad de intervenciones múltiples de índole diversa, la adaptación de las alternativas asistenciales a los propios valores, ...

A nuestro modo de ver este escenario implica que el paciente y su familia tenga un ámbito especial donde pueda desarrollarse la asistencia que precisa libre de injerencias de terceros, y vivir sus últimos momentos rodeado de los suyos, facilitando que puedan despedirse y manifestarse como deseen.

De ahí que nos viéramos obligados a recomendar al centro hospitalario que garantice el derecho de los enfermos terminales ingresados a disponer de habitación individual, y adopte medidas para que su satisfacción no se supedite al nivel de ocupación en función de la demanda estacional.

El fallecimiento en UCI también impide el acompañamiento familiar, tal y como se evidenció en la **queja 17/1558**, en la que tras el análisis de lo sucedido propusimos determinadas medidas que propugnan fundamentalmente la **revisión de la situación de las UCIs** de todos los centros del complejo hospitalario

en cuestión, a fin de diseñar espacios dentro de las mismas, allí donde no los hubiere, para garantizar el acompañamiento de los pacientes en situación de terminalidad por parte de sus familiares, fundamentalmente en el trance del fallecimiento.

Además, para el caso de que ello no fuera operativo, o mientras tanto se llevan a cabo las remodelaciones oportunas, se recomienda que se adopten directrices para anticipar la salida de la UCI de los pacientes cuyo fallecimiento se prevea próximo, siempre que su situación lo permita, al objeto de que sean trasladados a habitaciones individuales donde se garanticen sus derechos.

Por último, también le instamos para que se evaluaran los protocolos sobre información a pacientes y familiares introduciendo previsiones específicas sobre la manera de dar malas noticias, principalmente en los casos de fallecimiento, así como que se diseñaran actividades formativas para que los profesionales del centro incrementaran sus habilidades y capacitación en este aspecto.

A las intervenciones circunscritas a la salvaguarda de la dignidad en el proceso de muerte, durante el año pasado se suman otras muchas relacionadas con los derechos a la información (varias en su vertiente de falta de respuesta a las reclamaciones de los usuarios), libre elección, dignidad, y acceso al historial clínico.

El Informe del año pasado aludía a un expediente (**queja 16/4589**) vinculado al ejercicio de este último derecho que nos permitió advertir el incumplimiento de otro, como es el de la protección de los datos personales de una paciente, y en la misma línea durante 2018 la solicitud de otra usuaria (**queja 16/6436**) para que se retirara **información errónea en su historia clínica** nos ha hecho llegar a idéntica conclusión.

Acudió ante la preocupación que le suscitaba la confusión de los datos relacionados con su historia sanitaria, en la medida en que en dos ocasiones habían aparecido episodios que no forman parte de su itinerario asistencial, presumiéndose su pertenencia a la historia clínica de otro/a paciente, con el consiguiente riesgo para su salud por la atribución de diagnósticos que no eran reales, así como de tratamientos que no ha seguido, y por la aparente falta de corrección del error que motivara inicialmente esta situación, en la medida en que se repitió poco tiempo después.

Pues bien, del relato de la interesada y el contenido del informe administrativo deducimos que habían existido fallos reiterados en las medidas de seguridad aplicadas, resultando obvio que los mecanismos para la identificación y verificación de los usuarios no son tan fiables como deberían para que dicha actuación se desarrolle de una forma inequívoca, puesto que basta la mera similitud en los nombres de dos pacientes para que se produzca un error de este calibre.

Por ello no podíamos coincidir en cuanto a que lo ocurrido era una mera incidencia que se resuelve con su subsanación, sino que se había cometido una infracción grave de la normativa de protección de datos que nos llevaba a exigir una investigación detallada de lo sucedido con revisión de las medidas de seguridad, para poder detectar el origen de las vulneraciones que se habían puesto de manifiesto y establecer los mecanismos que realmente impidan que vuelvan a suceder.

1.11.2.8 Centros Sanitarios

El proceso de desfusión de los hospitales de Granada y la reversión de la propuesta de unificación de las áreas de pediatría de los hospitales de la ciudad en un solo centro, hizo innecesario el debate en torno a la falta de previsión de habitaciones individuales en el proyecto del nuevo hospital materno-infantil (queja 16/2125).

A pesar de ello seguimos considerando que la disponibilidad de habitaciones dobles en las áreas de pediatría no conculca directamente el Decreto 246/2005, teniendo en cuenta el tenor de este último, aunque es posible que dicha vulneración pueda llegar a producirse de facto en algunos casos. De ahí que pensemos que la declaración del incumplimiento alegado no pueda llevarse a cabo de una forma apriorística, sino que habría de efectuarse cuando así resultara en supuestos particulares por la concurrencia de las circunstancias alegadas (superación de las ratios habituales de ocupación por causa de picos epidémicos no previstos).