

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).

Por su parte, el manifestado descontento con la obligación de hacer frente al pago por el **visionado de la televisión en las habitaciones de los hospitales** del sistema sanitario público andaluz, llegó a motivar quejas por la negativa a permitir la conexión de un televisor propio (**queja 17/3799**), ante lo cual el centro en cuestión alegó que este tipo de solicitudes no permite garantizar la seguridad eléctrica del hospital y que se podían causar incidentes a las personas y las instalaciones, con afectación para el normal desarrollo de la asistencia.

De todas formas recientemente hemos asistido al anuncio realizado por las autoridades sanitarias relativo a la inminente gratuidad del servicio de televisión en las habitaciones de los hospitales andaluces, de manera que se anuncia una extensión progresiva de esta medida hasta completarla durante el primer semestre de este año.

Por lo que hace a las reclamaciones relacionadas con la paralización de las **infraestructuras sanitarias** que se habían planificado, o las solicitudes relativas a la edificación y puesta en funcionamiento de otras no comprometidas, con carácter general nos hemos interesado por conocer cuáles son las circunstancias que vienen motivando la demora de las primeras, o hasta que puntó se estima adecuada la propuesta de las segundas.

La crisis económica postergó indefinidamente muchos de estos proyectos, aunque en el **informe del año pasado** quisimos ver reflejados los signos de la recuperación con el reinicio de las obras e incluso la finalización de algunos dispositivos. Muchas de ellas sin embargo sufren los problemas de financiación de las empresas adjudicatarias, que devienen la mayor parte de las veces en concurso de acreedores, lo que obliga a la resolución de los contratos con las mismas, no siempre de forma pacífica, y a la necesidad de reiniciar el procedimiento de licitación.

Este tipo de factores viene condicionando por ejemplo las obras del Chare de Aracena (queja 17/2558) así como las del antiguo hospital militar de Sevilla (queja 17/6192), mientras que en otros supuestos, como el hospital de Vejer de la Frontera (queja 18/3585 y queja 17/4808) la realización de instalaciones que penden de otras autoridades públicas (depuradora y accesos) es la que está impidiendo la apertura.

Por último, la tramitación de estas reivindicaciones a veces solo sirve para recibir la confirmación administrativa del propósito de llevar a cabo la obra, aun cuando no pueda aportarse siquiera una fecha aproximada para comenzarla, dejando su efectiva materialización a la incierta circunstancia de una futura disponibilidad presupuestaria, como es el caso del hospital de la Alpujarra (queja 17/5867).

El mal estado de las instalaciones, las deficientes condiciones de limpieza, el anuncio de cierre de determinadas unidades, la mala calidad de la comida, los problemas con la climatización,... son otras de las cuestiones relativas a los centros que también se sujetan a nuestra consideración.

### 1.11.2.9 Farmacia

La actividad desarrollada en el ámbito de la prestación farmacéutica durante 2018 trae causa de un conjunto variopinto de quejas, que prácticamente incluye la mayoría de las reclamaciones que se vienen sucediendo en este ámbito.

Lejos quedan las solicitudes colectivas de medicamentos novedosos, como por ejemplo la que se registró en relación a los que se anunciaban para el tratamiento de la hepatitis, lo que no impide que el acceso a fármacos innovadores y la problemática que conlleva siga determinando el recurso a esta Institución de quienes, afectados por determinadas enfermedades, han tenido conocimiento de aquellos a través de sus especialistas de referencia, o bien por medios de comunicación, redes sociales, asociaciones de pacientes, etc., constituyendo los mismos en muchos casos las únicas o últimas alternativas plausibles.

De ahí que tengamos que hablar de desabastecimiento de marcas de las farmacias, desacuerdo con la sustitución de medicamentos por parte del médico de atención primaria, rechazo a los equivalentes farmacéuticos genéricos, o petición de tratamientos no incluidos en la prestación farmacéutica del sistema.