



que han muerto que habían denunciado su situación, que habían solicitado y tenían concedidas órdenes de protección es sensiblemente mayor. Así, 13 habían denunciado su situación de violencia y en 3 casos la denuncia la habían presentado otras personas y en 3 casos se renunció a la continuación del proceso por la víctima; 11 habían solicitado medidas de protección y 11 la obtuvieron y solamente 6 tenían en el momento de los hechos medidas de protección en vigor. En tres casos se produjo el quebrantamiento de la medida de protección con consentimiento de la víctima y en otros 3 sin consentimiento de la misma.

En cuanto a la edad, la banda de edad en la que se produjeron más muertes fue la de los 31 a 50 años, seguida de los 21 a 30 y de los 51 a los 64. El 68,2% convivía con su agresor y el 31,8% no convivía. El 50,00% de las mujeres fue asesinada estando en una relación de pareja y en el 50,00% se trababa de expareja o en fase de ruptura.

Por lo que se refiere a los agresores, 29 eran de nacionalidad española, el 65,09%, y 15 extranjera, 34,10%. La mayoría con edades comprendidas entre los 31 y 50, y 51-64; 9 consumaron el suicidio después de la agresión y 7 lo intentaron.

Como venimos efectuando desde hace ya varios años, esta Defensoría ha seguido incoando queja de oficio cada vez que hemos tenido conocimiento de la muerte de una mujer a causa de la violencia de género y ello como Institución encargada de la defensa de los derechos fundamentales, entre otros de los consagrados en los artículos 10 y 15 de la Constitución Española, cuando la presunta violación de los mismos afecten a las mujeres y teniendo en cuenta lo previsto en el artículo 16 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, según el cual las mujeres tienen derecho a una protección integral contra la violencia de género, que incluirá medidas preventivas, medidas asistenciales y ayudas públicas.

De las investigaciones de oficio llevadas a cabo por esta Defensoría, todas ellas aún en marcha, en dos de los casos, las víctimas habían interpuesto denuncia previa, y los organismos públicos con competencia en la materia, especialmente los más cercanos a la ciudadanía, como son los Servicios Sociales Comunitarios, Centros Municipales de Información a la Mujer, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado etc. tenían noticias de que había una posible situación de maltrato.

Esta realidad concuerda con la tendencia que se ha dado en 2016, y es que a pesar de que la proporción del número de denuncias y de órdenes de protección, en relación al número de fallecidas, este año es significativamente mayor a otros anteriores, lo cierto es que, a pesar de ello, sus maltratadores lograron su objetivo, por lo que, a nuestro juicio, algo está fallando en el sistema.

Se corrobora, por otra parte, lo que desde hace años venimos insistiendo, la gran importancia que tiene la adecuada valoración del riesgo, con la finalidad de adoptar y reforzar las acciones de protección necesarias encaminadas a impedir que hechos de esta brutal naturaleza puedan repetirse, a lo que se une la necesaria colaboración y mayor y mejor coordinación de todos los agentes implicados en la protección integral de las mujeres, niños y niñas contra la violencia de género, entre las que incluirán medidas preventivas, medidas asistenciales y ayudas públicas.

## 1.10 SALUD

### 1.10.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

#### 1.10.2.4 Atención sanitaria de urgencias

##### 1.10.2.4.2 Urgencias Hospitalarias

En el informe de 2015 dimos conocimiento de la iniciación de un expediente de queja de oficio (queja 15/4983) para investigar la implantación en todos los centros hospitalarios que cuentan con servicios de urgencia, del **protocolo de atención en las Urgencias a las personas en situación de riesgo social**, a



fin de conocer los resultados de la evaluación de funcionamiento, que al cabo de un año, estaba llevando a cabo la Administración Sanitaria.

En este orden de cosas, quisimos conocer si todos los centros contaban con los requisitos básicos establecidos en el mencionado protocolo, a saber, si se había adaptado aquel y con qué fecha, si tenían disponible la guía de servicios sociales comunitarios, se habían establecido las actuaciones de la unidad de trabajo social (UTS) y definido la estrategia ante la falta de recursos de servicios sociales, se contaba con un sistema de registro en funcionamiento, se habían desarrollado acciones formativas del personal y se contaba con espacio que preservara la intimidad de las entrevistas.

A este respecto, el informe remitido de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS nos indicó que la totalidad de los hospitales públicos cuenta con un procedimiento específico de atención, habiéndose adaptado el mismo al protocolo actualizado con anterioridad a 2015 en un 51,65% de los casos, y durante dicho ejercicio en el 48,39%.

También señala el informe que todos cuentan con una guía de servicios sociales comunitarios y disponen de un profesional de trabajo social de referencia (excepto el hospital Alto Guadalquivir que se vale del apoyo de profesionales de atención primaria y servicios sociales), llevándose siempre a cabo un seguimiento de las personas acogidas al procedimiento, tanto en urgencias, como después del alta.

Al mismo tiempo, refiere que el 96,77% de los hospitales ha definido una estrategia específica para el caso de inexistencia de recursos sociales, encontrándose aquella en elaboración en el hospital de Riotinto; y que un 83,87% tiene un sistema de registro específico para esta tipología de proceso, mientras que el resto se vale de los sistemas de información general del hospital.

Por otro lado, el 70,97% de los centros dispone de un espacio para llevar a cabo las entrevistas en el ámbito de urgencias, mientras que los demás los tienen en otros servicios.

Por último, y por lo que respecta a la formación de los profesionales de urgencias y los responsables de la utilización de la guía de servicios sociales comunitarios, se alude a su desarrollo al momento de elaboración del informe, incorporándose otras actividades de esta naturaleza al plan de formación del año 2016.

Pues bien, junto a estos datos, también solicitamos que se cuantificaran los casos de pacientes en situación de riesgo social que se habían detectado en el período que estamos considerando de vigencia del procedimiento, clasificados por centro hospitalario, y atendiendo al criterio de inclusión en la categoría reseñada (personas con discapacidad que acuden solas, o acompañadas por persona que presenta dificultades para atenderle, ancianos con sospecha de malos tratos o abandono, mujeres o menores con sospecha de malos tratos, y personas sin hogar).

Además, en relación a este último colectivo (**personas sin hogar**) quisimos conocer aproximadamente la tipología de las afecciones que motivó la comparecencia en urgencia, el contenido de las intervenciones de la UTS que se desarrollaron, el número de casos en los que se determinó la derivación a un recurso de servicios sociales y la tipología de los mismos, así como el de supuestos en los que se acordó la prolongación de la estancia hospitalaria para garantizar la continuidad asistencial, el tiempo que alcanzó la misma y la dependencia del centro donde se llevó a cabo.

Sobre el particular el informe comenta que entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2015, comparecieron en los servicios de urgencia de hospitales públicos andaluces 1.591 personas que cumplían alguno de los criterios de riesgo social contemplados en el protocolo, se menciona que 966 fueron derivados a algún recurso social, (60,72%), y 383 prolongaron la estancia en el centro.

Del cuadro explicativo que se adjunta puede desprenderse que los hospitales que recibieron un mayor número de pacientes de estas características fueron, en orden decreciente: Virgen del Rocío (215 casos), Torrecárdenas (118), Virgen Macarena (110), Regional de Málaga (107) y Costa del Sol (103).

Ahora bien, en la medida en que no se distingue por criterio de inclusión, no podemos contabilizar cuáles de estos casos se correspondieron con la tipología de personas sin hogar, y por lo tanto cuál fue la pauta



de intervención más frecuente en los mismos, y el tipo de recurso utilizado para la derivación, cuando se pudo poner en práctica esta vía.

No está de más hacer esta precisión puesto que una de las observaciones que desde esta Institución realizamos a la propuesta de protocolo, es que no existen espacios sociosanitarios a los que estas personas puedan acceder temporalmente en tanto se resuelve la enfermedad o al menos la crisis de la misma, y mientras se analiza su situación con idea de alcanzar otra solución que pudiera resultar definitiva en relación con la problemática social que les afecta.

En esta tesitura reflejamos también que los centros residenciales que se integran en el sistema de servicios sociales especializados no se conciben como dispositivos temporales para recibir cuidados y atención sanitaria, y que no está previsto un acceso inmediato a los mismos, el cual normalmente exige el reconocimiento de dependencia y la instrumentación de un largo procedimiento.

En todo caso, se nos dice que las derivaciones se han producido, con carácter general, a los siguientes tipos de recursos: centros residenciales, centros de acogida, centros de atención a drogodependencias, ayuda a domicilio, centro de atención a la mujer, servicio de protección de menores, servicios sociales comunitarios, dispositivos de salud mental, unidades de estancia diurna, ONG y viviendas de apoyo a enfermos de SIDA.

En definitiva, se afirma que el procedimiento se está aplicando en todos los hospitales, planteándose como áreas de mejora los tres puntos que se reflejan a continuación: diferenciar criterios de riesgo social y urgencia social, para poder establecer un nivel real de prioridad en la atención a personas vulnerables; determinar protocolos consensuados con los organismos de los que dependen los recursos sociales más utilizados, e incrementar la formación,

Como consecuencia de la evaluación practicada, se avanza como resultado una nueva versión actualizada del protocolo (fecha el 07.08.2015 viene a sustituir a la que lo fue el 16.03.2014), tras cuyo análisis, aparte de algunas precisiones terminológicas, se descubre un nuevo apartado dedicado a la descripción de funciones, tanto del personal de triaje, como del equipo responsable, en el que se contemplan aspectos más relacionados con la asistencia de urgencias propiamente dicha.

Del análisis de su contenido nos gustaría destacar tres aspectos:

1. la anticipación de la atención a los pacientes incluidos en el ámbito de aplicación del protocolo, una vez asignado nivel de prioridad y circuito de atención, respecto de los pacientes de igual grado de prioridad asistencial
2. la valoración de la necesidad de practicar una exploración analítica y radiológica básica, con independencia del motivo de la consulta, cuando se detecten factores de exclusión social que limiten el acceso a los servicios de salud, y
3. la limitación de la permanencia en urgencias a un período de 24 horas, cuando sin haber criterio de ingreso se decide prorrogar la estancia hospitalaria por razones de desprotección o vulnerabilidad social, debiéndose en este tiempo, si no hay resolución del caso, indicar el procedimiento para establecer la unidad de gestión clínica hospitalaria de destino del paciente.

Atendiendo a lo expuesto, podemos **concluir** que los requisitos básicos del protocolo se cumplen de manera casi generalizada en los hospitales del sistema sanitario público, que de hecho ya se está funcionando con el mismo y se ha detectado un número concreto de pacientes con criterios para ello, de los cuales algunos se han beneficiado incluso de la medida excepcional de prórroga de la estancia hospitalaria que contempla.

Por otro lado, en la nueva versión del protocolo se vislumbran algunos aspectos que entroncan más directamente con la asistencia sanitaria propiamente dicha que se proporciona a estos pacientes, y por lo tanto, en cierta medida, se aproximan a algunas de las sugerencias que sobre este punto se plantearon desde esta Institución.



## 1.11 SERVICIOS DE INTERÉS GENERAL Y CONSUMO

### 1.11.1 Introducción

...

Finalmente, en este apartado introductorio nos parece oportuno reseñar que uno de los asuntos que sigue centrando las quejas relativas a servicios de interés general está relacionado con **el suministro de luz y agua**.

Esta Institución viene desde hace ya varios años demandando de las distintas Administraciones públicas y de las compañías suministradoras la necesidad de dar una solución rápida y eficaz a la situación de aquellas familias que se ven amenazadas de corte en un suministro tan esencial como es la luz o el agua por no disponer de medios para afrontar el pago de las facturas.

Nuestra principal reclamación se ha centrado en **la aprobación de una Ley o norma sustantiva** que, partiendo del reconocimiento del derecho de las personas a unos suministros mínimos en materia de energía y agua, establezca unas garantías concretas para que nadie quede sin acceso a estos suministros por razones económicas y regule unos procedimientos concretos para hacer realidad esta garantía.

A falta de dicha norma, las iniciativas de la Junta de Andalucía se han centrado en la aprobación de medidas urgentes para facilitar financiación a los Ayuntamientos andaluces (Programa extraordinario para suministros mínimos vitales). También ha contribuido a solucionar muchas de estas situaciones la colaboración de algunas empresas suministradoras que han introducido procedimientos que posibilitan la suspensión de las órdenes de corte de suministro mientras se trasladan los casos a los Servicios Sociales y se busca una solución. Estas iniciativas se vieron mejoradas tras **los convenios firmados entre la FAMP y dos empresas eléctricas**, que han posibilitado la aprobación de un **modelo de convenio de colaboración con los Ayuntamientos** que, lamentablemente, no está teniendo la acogida que sería de desear entre las entidades locales andaluzas, lo que nos ha llevado a iniciar una queja de oficio para instar de modo generalizado a las entidades locales de Andalucía a adherirse a los convenios antes citados (**queja 16/6755**).

Afortunadamente, a finales del año pasado pudimos conocer la aprobación por el Gobierno de la Nación del Real Decreto Ley 7/2016, de 23 de diciembre, por el que se regula **el mecanismo de financiación del coste del bono social** y otras medidas de protección al consumidor vulnerable de energía eléctrica, que entendemos supondrá un paso significativo en la lucha contra las situaciones de pobreza energética que afectan a tantas familias andaluzas en situación de precariedad económica.

Esperamos que la norma se aplique con celeridad y se proceda cuanto antes a su necesario desarrollo reglamentario para concretar qué se entiende por consumidores que tengan la condición de vulnerables severos así como cuáles son los términos en que habría de llevarse a cabo la comunicación de la deuda y, en caso de impago, el posible corte de suministro.

No podemos dejar de señalar que la limitación a los cortes de suministro eléctrico se aplica sólo a las personas con PVPC o tarifas de último recurso, debiendo recordar que muchas personas y familias se están pasando a mercado libre atraídas por determinadas ofertas, sin conocer que con ello quedan fuera de la protección administrativa.

Asimismo, confiamos que la norma sirva como precedente para la adopción de otras medidas que entendemos igualmente necesarias, como son la promoción de la eficiencia energética en los hogares vulnerables y la vinculación del bono social a la renta familiar.

Finalmente, pedimos que no se deje en el olvido la grave situación que atraviesan las familias que padecen **pobreza hídrica** y no pueden pagar el suministro de agua. A este respecto debemos recordar que la competencia autonómica en materia de aguas podría amparar una norma al modo de la estatal en materia eléctrica para paliar las situaciones de pobreza hídrica.

...