

Estudio técnico sobre las capacidades y desafíos en la prevención de la violencia laboral externa en los servicios públicos de la Comunitat Valenciana*

INFORME

Equipo investigador:

Miguel Ángel Gimeno Navarro

Francisco Lozano Nomdedeu

Diego Climent Gas

Miguel Ángel López Navarro



(*) Asistencia técnica para la prevención frente a la violencia laboral externa en los servicios públicos de la Comunitat Valenciana: análisis de las capacidades y desafíos

ÍNDICE

1. Objetivos	3
2. Violencia laboral externa	5
2.1. Conceptualización	5
2.1.1. Tipologías	6
2.1.2. Elementos caracterizadores.....	9
2.2. Deberes de protección	10
2.3. Factores de riesgo	13
2.3.1. Análisis por ámbitos	15
2.4. Exposición y daños derivados	21
2.4.1. Exposición por ámbitos	21
2.4.2. Daños derivados	23
2.5. Actuaciones preventivas.....	27
2.5.1. Aproximación general	27
2.5.2. Análisis por ámbito	30
3. Metodología	36
3.1. Diseño	36
3.2. Variables	38
3.2.1. Investigación cuantitativa	38
3.2.2. Investigación cualitativa	38
3.3. Instrumentos	39
4. Resultados	40
4.1. Estudio de campo 1: Informantes clave	40
4.1.1. Descripción de la muestra	40
4.1.2. Principales resultados cuantitativos	43
4.1.3. Principales resultados cualitativos	53
4.2. Estudio de campo 2: Muestra general	71
4.2.1. Descripción de la muestra	71
4.2.2. Principales resultados cuantitativos	73
5. Síntesis y conclusiones	98
6. Referencias bibliográficas	114
7. Propuesta de programas preventivos por ámbitos	117

1. OBJETIVOS

El **objetivo principal** de este proyecto es promover la mejora de las condiciones de seguridad y salud frente al riesgo de violencia laboral externa (VLE) en los servicios públicos de la Comunitat Valenciana. Más concretamente, a través de este estudio, se pretende mejorar la asistencia técnica frente a la VLE en tres ámbitos públicos de la Comunitat Valenciana: el sistema general de Salud, la Educación y los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD) en cualquiera de sus modalidades.

Para ello, el proyecto estudia y analiza la capacidad y los desafíos preventivos existentes en esos ámbitos frente al riesgo laboral de la violencia externa. Y lo hace desde dos aproximaciones:

- Por un lado, considerando los desarrollos conceptuales, legales, organizativos y preventivos que se han producido para la protección frente a dicho riesgo, y que delimitan la capacidad preventiva proveniente desde las instancias técnicas e institucionales (aproximación *up-bottom*).
- Por otro, examinando su potencial, aplicación y uso en el día a día laboral, desde la experiencia cotidiana de las personas trabajadoras que se encuentran expuestas al riesgo (aproximación *bottom-up*).

Dicho objetivo central se concreta en diferentes **objetivos específicos**:

1. Recabar y sistematizar los avances que, en materia conceptual, legal, organizativa y preventiva, han acaecido en relación con este riesgo laboral.
2. Investigar el grado de exposición y afectación que experimenta la población trabajadora de los ámbitos objeto del estudio.
3. Determinar las consecuencias del riesgo de VLE para la población trabajadora y las instituciones.
4. Analizar las medidas preventivas que se están utilizando para hacer frente al riesgo de la violencia laboral externa (VLE).
5. Indagar la capacidad preventiva de dichas medidas y su potencial para mejorar la seguridad y la salud de las personas trabajadoras.
6. Determinar las fortalezas y debilidades de la actividad preventiva frente al riesgo de la VLE en dichos ámbitos públicos.
7. Proponer medidas concretas para mejorar dicha actividad preventiva.
8. Mejorar la capacidad de actuación de los/as delegados/as de prevención y trabajadores/as, y de los servicios públicos, en materia de salud y seguridad laboral.

9. Promover la mejora continua en la prevención de la VLE en los servicios públicos de la Comunitat Valenciana, desde su vertiente científico-técnica.

Para dar respuesta a estos objetivos el proyecto adopta un enfoque interdisciplinar, que combina el análisis técnico-preventivo, la gestión de sistemas, y la perspectiva integral de la salud laboral.

2. VIOLENCIA LABORAL EXTERNA

2.1. Conceptualización

La violencia laboral ejercida por personas externas, también denominada violencia de terceros, violencia externa o violencia ocupacional externa, entre otros, constituye un riesgo psicosocial en aumento que afecta de manera significativa y especial a las personas trabajadoras cuya actividad es de servicio y se realiza de cara al público, como son los ámbitos públicos de sanidad, educación y atención domiciliaria. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconocen la violencia laboral como un problema de salud pública y seguridad laboral de creciente importancia, especialmente en ámbitos de servicios que implican contacto directo con usuarios/as o clientes (OIT, 2002). La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) ha documentado que la violencia de terceros es uno de los riesgos emergentes de mayor prevalencia en los sectores de servicios (EU-OSHA, 2015).

Desde la perspectiva de la prevención de riesgos laborales, la violencia laboral externa (VLE) se encuadra dentro de los riesgos psicosociales derivados de la organización del trabajo, el contenido de la tarea y la interacción social asociada a la prestación del servicio. Chappell y Di Martino (2006) señalan que la VLE es cuantitativamente más frecuente que la interna, pero está históricamente más invisibilizada en los sistemas de registro y notificación. A diferencia de otros riesgos laborales tradicionales (químicos, físicos, biológicos o ergonómicos), la VLE presenta una naturaleza relacional y contextual, cuya génesis no se encuentra exclusivamente en la estructura interna de la organización, sino en la interfaz entre la organización y el entorno social. Su complejidad radica en que la fuente del daño se encuentra fuera del control directo de la organización, lo que exige un enfoque preventivo específico y adaptado a cada contexto laboral.

Este tipo de violencia hace referencia al conjunto de conductas agresivas, intimidatorias, coercitivas o vejatorias ejercidas sobre personas trabajadoras por parte de individuos que no pertenecen a la propia organización, tales como clientes, usuarios/as, pacientes, familiares de éstos/as, alumnado, ciudadanía en general u otros terceros (proveedores/as, visitantes, ...), en el contexto del desempeño laboral o con ocasión de este. Esta forma de violencia puede producirse en el lugar de trabajo, durante el ejercicio de las funciones profesionales fuera del centro (atención domiciliaria, trabajo de campo, etc.) o en los accesos y proximidades del lugar de trabajo. Resulta oportuno destacar que esta violencia puede darse incluso cuando la persona trabajadora no está ejerciendo sus funciones de manera activa,

pero se encuentra en su entorno laboral (por ejemplo, personal sanitario en los pasillos del hospital durante su descanso).

El Convenio 190 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la violencia y el acoso, define la violencia y el acoso como un conjunto de comportamientos y prácticas inaceptables, o amenazas de tales comportamientos y prácticas, que tengan por objeto, que causen o sean susceptibles de causar daño físico, psicológico, sexual o económico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2002), en su informe conjunto, definieron la violencia en el trabajo como *“todo incidente en el que el personal sufra abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluidos los viajes de ida y vuelta al trabajo, que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, bienestar o salud”* (OIT/OMS/CIE/ISP, 2002, p. 3). Esta definición, ampliamente aceptada, sitúa el acento tanto en los actos de naturaleza física como en los de naturaleza psicológica, sexual y económica.

La definición técnicamente más precisa y aceptada en el ámbito de la Unión Europea es la proporcionada por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA), que describe la VLE como *“los insultos, las amenazas o la agresión física o psicológica ejercidos contra un trabajador por personas ajenas a la organización en la que trabaja, incluidos los usuarios y clientes, y que ponen en peligro la salud, la seguridad o el bienestar del trabajador”*. Esta definición es recogida y ampliada por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) en su Nota Técnica de Prevención (NTP) 1215, convirtiéndose en el estándar de referencia en España. Así pues, se entiende que la VLE es toda conducta violenta, amenazante, intimidatoria o abusiva que ocurre en el lugar de trabajo o en relación con el mismo, perpetrada por personas que no pertenecen a la organización pero que interactúan con las personas trabajadoras en el ejercicio de sus funciones profesionales.

2.1.1. Tipologías

En lo que concierne a las tipologías de violencia, la clasificación más aceptada, recogida por el INSST (2025) en su Nota Técnica de Prevención (NTP) 1215 y en línea con la *California Occupational Safety and Health Administration* (Cal/OSHA), establece cuatro tipos fundamentales basados en la relación entre la persona agresora y la víctima:

- Tipo I (Violencia Externa Criminal). El agresor no tiene ninguna relación profesional o de servicio con la víctima. El objetivo suele ser el robo u otro acto delictivo (ej. atracos en establecimientos).

- Tipo II (Violencia de Servicios/Externa). Existe una relación profesional o de prestación de servicios. El agresor es el receptor del servicio (cliente, paciente, alumno/a). Este es el tipo predominante en sanidad, educación y ayuda a domicilio.
- Tipo III (Violencia Interna). Se produce entre personas de la misma organización (ej., acoso laboral o mobbing).
- Tipo IV (Violencia de Relación Personal). Ocurre en el lugar de trabajo, pero la persona agresora tiene una relación personal ajena a la organización con la víctima (ej. casos de violencia de género que se desplazan al centro de trabajo).

Así pues, la violencia laboral de origen externo se clasifica como Violencia de Tipo II (aquella que se produce entre una persona trabajadora y una persona usuaria o receptora de servicios).

Tabla 1. Resumen de Tipos de Violencia Laboral.

Tipo	Denominación	Relación Agresor-Víctima	Ámbito de mayor incidencia	Ejemplo
I	Externa/Criminal	Ninguna	Comercio, banca, transporte	Atraco en una oficina bancaria
II	De Servicio/Usuario	Receptor del servicio	Sanidad, Educación, SAD	Agresión de un/a paciente a personal facultativo
III	Interna/Relacional	Compañeros-as /Superiores	Cualquier organización (Acoso)	Acoso psicológico entre docentes
IV	Personal	Vínculo afectivo/familiar	Casos de violencia doméstica	Violencia de género en el domicilio de trabajo

Por otra parte, y a partir del contenido de la Ley Orgánica 2/2006 de Educación (LOE), pueden identificarse indirectamente varias formas de violencia laboral:

- a) Violencia interpersonal. Se deriva de la ruptura del respeto mutuo entre miembros de la organización.
- b) Violencia organizativa. Se produce cuando la estructura institucional no garantiza los derechos reconocidos.
- c) Violencia simbólica. Se manifiesta cuando la organización tolera prácticas de desvalorización profesional.
- d) Violencia estructural. Aparece cuando el sistema carece de mecanismos preventivos eficaces.

A partir de esta revisión, y tomando como referencia la NTP 1215, pueden distinguirse los siguientes tipos de VLE, pudiendo producirse de forma aislada o combinada:

- a) Violencia física. Comprende cualquier acto de agresión corporal hacia la persona trabajadora, que puede manifestarse como empujones, golpes, mordeduras, patadas, arañazos, uso de objetos como arma, agresiones sexuales físicas, homicidio u homicidio en tentativa. En el ámbito sanitario, las agresiones físicas perpetradas por pacientes o familiares constituyen la expresión más frecuente y documentada de este tipo.
- b) Violencia verbal. Insultos, gritos, menosprecios, amenazas no explícitas de daño. Es la forma más frecuente y a menudo precursora de agresiones físicas.
- c) Violencia psicológica. Engloba comportamientos destinados a intimidar, amenazar, humillar, insultar, acosar verbalmente, coaccionar o someter a estrés emocional severo a la persona trabajadora. Busca minar la autoestima y la estabilidad emocional de la persona trabajadora. Se incluyen: amenazas verbales, gritos, insultos, gestos amenazantes, acoso sexual verbal, discriminación y trato degradante. Es la forma más frecuente en términos absolutos y, paradójicamente, la menos notificada formalmente.
- d) Acoso por parte de usuarios/as o terceros. Conductas reiteradas de hostigamiento.
- e) Violencia sexual externa. Comprende cualquier conducta de naturaleza sexual no consentida, desde el acoso sexual verbal hasta el abuso o agresión sexual física. Aunque puede ser perpetrada tanto por agentes internos como externos, en los ámbitos de atención a personas (domiciliaria, sanitaria) la cometen usuarios/as o familiares de éstos, siendo un riesgo especialmente acusado entre profesionales mujeres.
- f) Violencia simbólica o institucional. Caracterizada, principalmente, por la deslegitimación sistemática de la autoridad profesional. Se da, especialmente, en el ámbito educativo.
- f) Violencia económica o material. Incluye daños intencionados a la propiedad, robo, extorsión o coacciones de naturaleza económica dirigidas al personal. En el ámbito del transporte, banca o comercio es más frecuente, pero en los ámbitos objeto de este informe puede manifestarse como destrucción de materiales o equipos durante episodios de agresión.
- g) Ciberviolencia o violencia digital. Forma emergente de VLE que se ejerce a través de medios tecnológicos: amenazas por redes sociales, acoso digital, difamación en plataformas públicas, etc. Su prevalencia va en aumento, especialmente entre colectivos de docentes y personal sanitario.

Tabla 2. Formas de violencia laboral externa (VLE).

Tipo	Descripción	Impacto principal
Violencia física	Conductas con daño corporal directo	Lesiones físicas
Violencia verbal	Insultos, amenazas, gritos, lenguaje ofensivo o cualquier forma de comunicación verbal agresiva	Estrés agudo
Violencia psicológica	Intimidación, chantaje emocional, desprecio sistemático, manipulación	Daño emocional, Hipervigilancia
Acoso externo	Hostigamiento reiterado por usuarios/as	Vulneración dignidad
Violencia sexual externa	Conductas sexuales no deseadas	Deterioro salud mental
Violencia simbólica	Deslegitimación profesional	Desgaste institucional
Violencia económica o material	Contra bienes con finalidad intimidatoria	Intimidación, Miedo
Violencia digital	Difamaciones en redes sociales	Daño reputacional, Estigmatización

2.1.2. Elementos caracterizadores

Más allá de la tipología, hay que tener presente tanto la naturaleza relacional como la estructural de la VLE. Considerarla, exclusivamente, como una conducta individual supone una reducción equivocada de la misma, pues se trata de un fenómeno estructural, y por ello ha de ser considerado de forma sistémica. Así, se produce en un espacio relacional donde concurren: expectativas del usuario, limitaciones estructurales del servicio, asimetría de roles, carga emocional elevada y contextos de vulnerabilidad (dolor, frustración, dependencia).

Las diferentes definiciones de la VLE incorporan una serie de elementos estructurales fundamentales que la configuran como un objeto de estudio y prevención específico:

- Origen exógeno. La fuente del riesgo es externa a la organización y a las relaciones laborales internas, lo que dificulta su control y predicción en comparación con los riesgos organizativos.
- Existencia de un vínculo funcional derivado de la prestación de un servicio.
- Asimetría de poder situacional. Existe una asimetría institucional entre persona trabajadora y usuario/a. Aunque la persona agresora no tiene poder jerárquico, la persona trabajadora se encuentra en una posición de vulnerabilidad debido a su rol de servicio (debe ser atenta, paciente, resolutive, ...) y a las limitaciones legales y éticas para responder a una agresión. Esta asimetría es especialmente marcada en ámbitos como la educación, donde el profesorado tiene la obligación de cuidar y proteger al alumnado, incluso si este es el agresor.
- La vulnerabilidad del sector. Afecta principalmente a actividades con contacto directo con el público, siendo este un factor de especial relevancia en el SAD.

- Gradualidad. La violencia externa no suele ser un fenómeno de "todo o nada". Con frecuencia sigue un patrón de escalada, comenzando con actitudes de impaciencia o quejas, pasando luego a insultos y amenazas, y pudiendo culminar en una agresión física.
- La Intencionalidad. La persona busca obtener un beneficio, expresar frustración o ejercer poder.
- Impacto lesivo real o potencial.
- Percepción de inevitabilidad y riesgo de normalización social. A menudo se percibe, por parte de las organizaciones y de la sociedad, como un "daño colateral" o un "riesgo inherente" a ciertas profesiones de servicio público, lo que contribuye a su normalización y a una menor inversión en medidas preventivas.

Tabla 3. Síntesis definición y caracterización de la VLE.

Aspecto Clave	Descripción Detallada
Definición esencial	Insultos, amenazas o agresiones (físicas o psicológicas) contra una persona trabajadora por personas ajenas a la organización (clientes, usuarios/as, público en general), que ponen en peligro su salud, seguridad o bienestar
Tipos	Tipo I (Criminal): Sin relación con el servicio (ej. atraco) Tipo II (De servicios): La agresora es usuaria del servicio (ej. paciente, alumno/a) Tipo IV (Relacional personal): Relación personal previa (ej. violencia de género en el trabajo)
Manifestaciones	Física, verbal, psicológica, acoso, simbólica, económica, sexual y digital
Características definitorias	Origen exógeno, vínculo funcional, asimetría de poder situacional, naturaleza multiforme, vulnerabilidad sectorial, gradualidad, riesgo de normalización social, intencionalidad, impacto real o potencial

2.2. Deberes de protección

Desde una perspectiva legal y preventiva, la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), establece en su artículo 14 el derecho de las personas trabajadoras a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, y el deber por parte del empresariado de garantizar la seguridad y la salud de dichas personas a su servicio en *todos los aspectos relacionados con el trabajo*. Como factor de riesgo, la violencia de terceros debe ser evaluada y afrontada siguiendo la metodología establecida por la LPRL y sus desarrollos. Entre los elementos a considerar están: la naturaleza de la actividad laboral y las características de la población atendida; la frecuencia y duración de la exposición al riesgo; las condiciones de trabajo que pueden aumentar la vulnerabilidad; los recursos preventivos disponibles; la integración en la organización del trabajo; y las consecuencias potenciales sobre la salud y la seguridad.

El marco técnico-jurídico que articula la VLE en la Comunitat Valenciana es de naturaleza plurinivel, conformándose desde el Derecho Internacional y Europeo hasta la normativa autonómica y los

convenios colectivos sectoriales. No existe en España una ley específica sobre VLE, si bien un conjunto articulado de normas ofrece cobertura a este fenómeno. A continuación, se detallan las principales normas en los distintos niveles.

A. Marco normativo europeo e internacional

El Acuerdo Marco europeo sobre el acoso y la violencia en el trabajo (2007) reconoce la responsabilidad de los/as empleadores/as en la prevención y gestión de todas las formas de violencia en el trabajo, incluida la de terceros. El Convenio 190 de la OIT (2019) sobre violencia y acoso en el mundo del trabajo —en vigor en España desde 2023— constituye el instrumento internacional más completo, al exigir a los estados la adopción de medidas legislativas, institucionales y preventivas frente a todas las formas de violencia y acoso laboral, incluida la de terceros. Resulta oportuno mencionar también la Estrategia Europea de Seguridad y Salud 2021-2027, la cual incluye los riesgos psicosociales como prioridad estratégica.

B. Marco normativo nacional

En España, ya la Constitución, en sus artículos 15 y 40.2, señala, respectivamente, el derecho a la integridad física y moral y la obligación de garantizar seguridad e higiene. La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) es la norma vertebradora del sistema preventivo español. Sus artículos 14, 15 y 16 señalan la obligación de los/as empleadores/as a garantizar la seguridad y salud de las personas trabajadoras mediante la evaluación de riesgos —que debe incluir los riesgos psicosociales, entre ellos la violencia externa—, la planificación preventiva y la adopción de medidas de protección. El Real Decreto 39/1997 (Reglamento de los Servicios de Prevención) y el Real Decreto 486/1997 (Disposiciones mínimas de seguridad en los lugares de trabajo) complementan este marco. Por su parte, el Criterio Técnico 87/2011 de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS), aunque centrado en el riesgo de atraco, resulta clave al reconocer explícitamente que el/la empresario/a es responsable de adoptar medidas para proteger a la persona trabajadora frente a hechos delictivos de terceros, sentando un precedente para otros tipos de violencia externa.

El Código Penal (LO 10/1995 y LO 1/2015) tipifica las agresiones físicas (arts. 147-156), las amenazas (arts. 169-171), el acoso sexual (art. 184) que pueden constituir conductas de VLE, además del delito de atentado contra la autoridad y el hecho que los profesionales sanitarios y docentes puedan ser considerados autoridad pública en determinados contextos (arts. 550-560). El Estatuto de los Trabajadores (RDL 2/2015) recoge en su artículo 4.2.d) el derecho de los/as trabajadores/as a su

integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene. La Ley Orgánica 3/2007 de Igualdad incorpora el acoso sexual y el acoso por razón de sexo como formas de discriminación laboral que el/la empleador/a tiene obligación de prevenir. Por su parte, la Ley Orgánica 10/2022 de garantía integral de la libertad sexual garantiza y protege el derecho a la libertad sexual y la erradicación todas las formas de violencia sexual, incluyendo el ámbito laboral.

C. Normativa sectorial específica

En sanidad, la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y la Ley 7/2007, del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP) —actual TRLEBP, RDL 5/2015— establecen el derecho del personal sanitario y al servicio de las administraciones públicas a desarrollar su trabajo en condiciones de seguridad y sin violencia. En el ámbito sanitario y educativo público, resultan aplicables el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (Ley 55/2003), y el Estatuto Básico del Empleado Público, que reconocen el derecho a protección y dignidad y el deber de la administración de prevenir riesgos. En educación, la Ley Orgánica 2/2006 de Educación (LOE) y la Ley Orgánica 3/2020 (LOMLOE) consagran el derecho del profesorado a desarrollar su función docente con libertad y en un ambiente de respeto. En el ámbito del SAD, encontramos la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

D. Normativa autonómica valenciana

La Comunitat Valenciana ha desarrollado un marco autonómico específico con instrumentos relevantes. Como marco regulador general, el Decreto 40/2023, de 24 de marzo, del Consell, por el que se regulan los servicios de prevención de riesgos laborales de la Generalitat, el cual organiza y regula la prevención de riesgos laborales en los servicios públicos de la Comunitat Valenciana; junto a este encontramos la Estrategia Valenciana de Seguridad, Salud y Bienestar Laboral 2025-2029. Por sectores, la Ley 10/2014, de la Generalitat Valenciana, de Salud de la Comunitat Valenciana, incluye disposiciones relativas a la protección del personal sanitario. El 159/2009 establece las actuaciones de los órganos de la Conselleria de Sanidad en la prevención y atención de las agresiones a los/as trabajadores/as del ámbito sanitario público de la Generalitat. En educación, el Decreto 39/2008 sobre la convivencia en los centros docentes no universitarios de la Comunitat Valenciana, el Decreto 195/2022 de igualdad y convivencia en el sistema educativo valenciano, y el Plan de Convivencia Positiva (2021-2024) de la Conselleria d'Educació, establecen el marco básico de regulación y prevención. En SAD, la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat

Valenciana, por el que se regula el sistema público de servicios sociales, incorpora los derechos de las personas profesionales de los servicios sociales.

Tabla 4. Síntesis del marco normativo aplicable en la Comunitat Valenciana.

ÁMBITO	NORMA	CONTENIDO RELEVANTE	SECTORES
Internacional	Convenio 190 OIT (2019); Convenio Marco Europeo (2007); Convenio 155 de la OIT; Estrategia Europea de Seguridad y Salud 2021-2027	Violencia y acoso laboral integral	Todos
Nacional	Ley 31/1995 LPRL; RD 39/1997; Código Penal LO 10/1995; ET RDL 2/2015; LO 3/2007; Constitución Española; Estatuto trabajadores	Prevención riesgos, tipificación penal, igualdad	Todos
Ámbito sanitario	Ley 44/2003; TRLEBEP RDL 5/2015; Ley 10/2014 GV; Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (Ley 55/2003); Estatuto Básico del Empleado Público	Seguridad personal sanitario y empleados públicos	Sanidad
Ámbito educativo	LOE 2/2006; LOMLOE 3/2020; Decreto 39/2008 GV; Plan Convivencia Positiva 2021-2024; Estatuto Básico del Empleado Público	Convivencia, dignidad del profesorado	Educación
Ámbito SAD	Decreto 18/2017 Consell; Ley 39/2006 Dependencia; LPRL aplicación sectorial	Regulación SAD, obligaciones SST	SAD
Autonómico transversal	Plan de Salud Laboral INVASSAT 2019-2023; Estrategia Valenciana de Seguridad, Salud y Bienestar Laboral 2025-2029; Decreto 39/2008; Decreto 18/2017; Decreto 40/2023	Riesgos psicosociales, violencia laboral	Todos

2.3. Factores de riesgo

Los factores de riesgo no son universales; se configuran en la intersección de las condiciones de trabajo, el tipo de usuario/a y el contexto social. Así, en el caso de la VLE hay que tener en cuenta ciertos aspectos contextuales, entre los que cabe destacar: el tipo de servicio prestado, el perfil de las personas usuarias del servicio, el entorno físico de trabajo, el grado de exposición pública, y la organización interna.

La NTP 1215 agrupa los factores de riesgo de la VLE en 2 grandes apartados (ver Tabla 5): a) las condiciones de trabajo psicosociales, pues una deficiente organización del trabajo afecta a la calidad del servicio y, con ello, eleva el riesgo de que se genere esta violencia (INSST, 2022); b) las características generales de los centros de trabajo y el entorno.

Tabla 5. Listado no exhaustivo de factores de riesgo de la VLE. Fuente: INSST (2025).

Categoría	Factores
Condiciones de trabajo psicosociales	- Sobrecarga de trabajo. - Elevado número de interrupciones, errores o incumplimientos. - Altas exigencias cognitivas que requieren un elevado esfuerzo mental para dar el servicio. - Presencia de exigencias emocionales. - Baja autonomía decisional que imposibilita tomar decisiones para resolver situaciones anómalas que se puedan dar en la prestación del servicio. - Baja autonomía temporal por la urgencia en las respuestas, lo que provoca la imposibilidad de hacer pausas o detener el servicio. - Elevado ritmo de trabajo. - Bajo apoyo social o situaciones de violencia interna. - Deficiente planificación del trabajo. - Poca previsión de momentos de mayor volumen de público, lo que puede derivar en demora en la asistencia y largas esperas de la clientela para recibir un servicio. - Desconocimiento de la organización en la que se trabaja, pudiendo generar una información insuficiente, tardía, inespecífica, de poca calidad, confusa o contradictoria al público. - Estructuras muy rígidas, burocratizadas y autoritarias o muy flexibles, inestables y precarias. - Insuficiencia de recursos humanos y materiales en la organización. - Falta de información institucional al público. - Negativas no razonadas a las peticiones efectuadas por parte del público. - Déficit en la formación del personal. - Descoordinación con otros/as profesionales para orientar adecuadamente.
Características generales de los centros de trabajo y su entorno	- Ubicados en zonas con alto índice de criminalidad e inseguridad ciudadana. - Aislados y apartados de los núcleos urbanos. - Abiertos al público sin limitaciones o sin control de acceso, donde hay una permeabilidad del entorno externo. - Con numerosos accesos al lugar de trabajo. - Con una presencia masiva de público. - Sin servicio de seguridad privada. - Con déficit de equipamiento o instalaciones deterioradas. - Con salas de espera y lugares comunes abarrotados, inadecuados e incómodos. - Con mobiliario que obstaculiza la huida de las personas trabajadoras en caso de sucesos violentos. - Con condiciones ambientales inadecuadas: ruido, iluminación y temperaturas molestas.

En relación con el diseño del puesto, los factores clave son la sobrecarga cuantitativa, la ambigüedad de rol y el conflicto de rol. En relación con las características generales, cabe reseñar la existencia de una Cultura del Silencio, en la que se premia la "lealtad institucional" por encima de la denuncia de irregularidades.

2.3.1. Análisis por ámbitos

A continuación, se describen los factores más relevantes para cada uno de los tres ámbitos analizados en este estudio.

A. Ámbito Sanitario

El ámbito sanitario es, por su propia naturaleza, uno de los más expuestos a la VLE. La condición crítica de la atención de la salud y el alto nivel de estrés de los/as pacientes y familiares actúan como catalizadores. La interacción con pacientes y familiares en situaciones de estrés, dolor e incertidumbre crea un caldo de cultivo para la violencia, que genera situaciones denunciadas de inseguridad. La presencia frecuente de pacientes con trastornos mentales graves, consumo de alcohol y drogas, demencias o delirium supone un riesgo adicional de agresión física imprevisible (Magnavita, 2014).

La escasez de recursos, los tiempos de espera prolongados, la percepción de trato despersonalizado y las expectativas no satisfechas por parte de usuarios/as y familiares son factores detonantes identificados recurrentemente. La organización del espacio -zonas de urgencias abiertas, pasillos sin control de acceso, despachos sin botones de alarma- y la distribución inadecuada del personal (trabajo en solitario, turnos nocturnos) incrementan la vulnerabilidad estructural del sistema.

Los servicios de urgencias hospitalarias, las unidades de salud mental, la atención primaria y los equipos de emergencias (112, SAMU) presentan los índices más elevados de agresión en el territorio valenciano, junto con el personal administrativo de admisión.

Los factores de riesgo específicos en este ámbito pueden agruparse en tres apartados:

A) Organizativos y de gestión

- Largas esperas y saturación. Las demoras en la atención, las listas de espera y la masificación en salas de urgencias y consultas externas generan frustración en los/as usuarios/as, que pueden descargar su ira contra el personal sanitario.
- Sobrecarga de trabajo y falta de personal. La falta de profesionales aumenta la presión asistencial, reduce el tiempo dedicado a cada paciente y dificulta una comunicación empática y de calidad, incrementando la probabilidad de conflictos. La sobrecarga asistencial produce (especialmente en urgencias) tiempos de espera prolongados, percepción de abandono y conflictos por prioridades clínicas.
- Trabajo en solitario. Especialmente en atención primaria en zonas rurales o en visitas domiciliarias.
- Falta de formación específica.

- Diseño ambiental inadecuado. Espacios físicos no seguros, salas de espera incómodas y abarrotadas, falta de privacidad en la comunicación de malas noticias, pasillos poco iluminados, ausencia de sistemas de alarma o salidas de emergencia en las consultas.
- Déficit de cultura de notificación.
- Naturalización de la violencia verbal.

B) Del puesto y la tarea

- Toma de decisiones críticas. Cuestiones como denegar una baja laboral o priorizar urgencias, son tareas que pueden ser mal recibidas por pacientes y familiares.
- Manejo de pacientes difíciles. Atención a personas con trastornos de salud mental, adicciones (drogas, alcohol) o comportamiento violento conocido.
- Alta carga emocional, con pacientes y familiares se encuentran en situaciones de incertidumbre, dolor y frustración.
- Comunicación de malas noticias. La transmisión de diagnósticos graves constituye un momento de alto riesgo.
- Traslado de pacientes. Especialmente en ambulancias, donde el espacio es reducido y la situación es crítica.

C) Contextuales y sociales

- Zonas con problemática social. Centros de salud ubicados en barrios con alta exclusión social, pobreza o conflictividad vecinal presentan un riesgo añadido.
- Banalización de la agresión al personal sanitario. Una parte de la sociedad no percibe la gravedad de agredir a un/a profesional de la salud, considerándolo una forma "válida" de expresar su descontento.

Tabla 6. Resumen de los factores de riesgo de VLE en el ámbito sanitario.

DIMENSIÓN	FACTORES DE RIESGO
Características de la persona usuaria	Patología mental, demencia, delirium, intoxicación por sustancias, alta frustración, expectativas no realistas
Organización del trabajo	Trabajo en solitario, turnos nocturnos, alta carga asistencial, presión de tiempos
Entorno físico	Acceso no controlado, ausencia de barreras físicas, zonas de espera no supervisadas
Factores contextuales	Listas de espera, escasez de recursos, percepción de trato inadecuado, masificación urgencias
Factores individuales	Género (mayor riesgo en mujeres), poca experiencia, formación insuficiente en gestión de conflictos

B. Àmbito Educativo

El personal docente y no docente de los centros educativos también se enfrenta a un alto riesgo de VLE, procedente del alumnado, pero también, de forma creciente, de sus familiares. En ese ámbito se da una alta interacción entre profesorado-alumnado y media entre profesorado-familias.

Este ámbito presenta una tipología de VLE con características propias determinadas por la especificidad de la relación pedagógica y la composición del alumnado. En la Comunitat Valenciana, los centros de educación secundaria obligatoria (ESO), bachillerato, formación profesional y las escuelas ubicadas en entornos socioeconómicamente desfavorecidos concentran la mayor parte de los incidentes registrados. La violencia reactiva del alumnado es espacialmente relevante en secundaria.

La violencia perpetrada por el alumnado hacia el profesorado puede revestir formas físicas (agresiones directas, lanzamiento de objetos), verbales (insultos, amenazas) y digitales (acoso en redes sociales, difusión de imágenes comprometedoras). La violencia ejercida por familiares o tutores/as legales del alumnado se ha incrementado significativamente en la última década, especialmente cuando los progenitores no aceptan medidas disciplinarias, calificaciones o resoluciones de conflictos. Destacan como factores de riesgo la conflictividad en el aula, la pérdida de autoridad percibida, la presión social, el cuestionamiento constante de decisiones pedagógicas y la exposición en entornos digitales. La deslegitimación profesional constituye forma frecuente de violencia simbólica.

En este ámbito, los factores de riesgo específicos pueden agruparse en tres categorías:

A) Relacionados con el alumnado

- Problemas de conducta y disciplina. Alumnado con trastornos de conducta no diagnosticados o no manejados adecuadamente, que pueden exteriorizar su frustración mediante la violencia hacia el profesorado o sus compañeros/as.
- Falta de motivación y desafección escolar. El desinterés por el estudio puede traducirse en comportamientos disruptivos y desafiantes en el aula.
- Conductas violentas aprendidas. La exposición a la violencia en el entorno familiar o social se reproduce en el ámbito escolar.

B) Relacionados con las familias

- Sobreprotección y falta de límites. Algunas familias justifican el mal comportamiento de sus hijos y responsabilizan al profesorado de los conflictos, derivando en agresiones verbales o incluso físicas hacia los docentes.
- Conflictividad familiar, que se plasma en reclamaciones agresivas.

- Presión por el rendimiento académico. Exigencias desmedidas sobre las calificaciones o la atención recibida pueden generar enfrentamientos.
- Intrusismo y desautorización. Aunque el profesorado es considerado autoridad, las familias que cuestionan constantemente la autoridad pedagógica del profesorado, menoscabando su labor delante del alumnado.

C) Organizativos y ambientales

- Déficit organizativo, que se concreta en desorganización, falta de recursos y ambigüedad normativa
- Falta de apoyos. Ausencia de personal de apoyo (orientadores, educadores/as sociales, personal de vigilancia) para manejar situaciones conflictivas en el centro.
- Falta de formación en gestión de conflictos.
- Sobrecarga administrativa.
- Aulas masificadas. La alta ratio de alumnado por aula dificulta el control y la atención individualizada, aumentando el estrés docente.
- Diseño de espacios inseguros. Patios o zonas comunes sin una supervisión adecuada, accesos sin control.
- Pérdida de autoridad percibida. Cambios socioculturales han modificado la relación docente-familia.
- Entorno el centro, relacionado con su ubicación en zonas desfavorecidas y con alta conflictividad social.
- Desarrollos tecnológicos, que posibilitan la violencia digital (grabaciones en el aula, difusión en redes, campañas de desprestigio, ...).

Tabla 7. Resumen de los factores de riesgo de VLE en el ámbito educativo.

DIMENSIÓN	FACTORES DE RIESGO
Características del alumnado	Conductas disruptivas, TEA/TDAH sin apoyo, consumo de sustancias, desafiliación escolar
Características de las familias	Escasa aceptación de la autoridad docente, conflictos familiares proyectados, protección excesiva
Entorno del centro	Zonas con alta conflictividad social, barrios desfavorecidos, centros de alta complejidad
Organización escolar	Ratio elevada, recursos insuficientes para atención a la diversidad, falta de apoyo institucional
Ciberviolencia	Acoso digital al profesorado vía redes sociales, difusión de imágenes/vídeos sin consentimiento

C. Ámbito de Ayuda Domiciliaria (SAD)

El servicio de ayuda a domicilio constituye uno de los ámbitos laborales de mayor invisibilidad y desprotección frente a la VLE, por la especificidad de su entorno de trabajo -el domicilio privado del usuario/a- y el perfil de las personas atendidas. Las trabajadoras de este ámbito -mayoritariamente mujeres con elevada precariedad laboral- presentan un riesgo particular debido a la soledad de la persona trabajadora, la intimidad del entorno (el domicilio del usuario/paciente) y la gestión de situaciones de alta vulnerabilidad o dependencia. El SAD se caracteriza por trabajo individual, desplazamiento continuo, atención en domicilios privados, alta feminización del sector y elevada precariedad contractual. El trabajo se realiza en el domicilio de la persona usuaria, un espacio privado y ajeno al control de la empresa, y en soledad, lo que multiplica los riesgos. Además, los familiares convivientes o cuidadores informales pueden ejercer violencia verbal o intimidatoria contra la profesional. El aislamiento del domicilio, la dificultad para escapar o pedir ayuda, y la naturaleza íntima de los cuidados (higiene personal, movilización) incrementan exponencialmente el riesgo de agresión física y sexual.

A falta de una cifra global de incidentes registrada por la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, la evidencia técnica y la dispersión del puesto de trabajo indican un riesgo psicosocial de alta prevalencia de tipo psicológico/verbal y una elevada vulnerabilidad física por el aislamiento.

Los factores de riesgo específicos en este ámbito pueden agruparse en tres:

A) Entorno de trabajo no controlado

- El domicilio como espacio ajeno. Se trata de un espacio no controlado por la organización. La persona trabajadora es una "invitada" en el hogar del/de la usuario/a, lo que la sitúa en una posición de desventaja y subordinación implícita.
- Derivado de lo anterior, hay una falta de dispositivos de seguridad.
- Imposibilidad de control ambiental. No se puede controlar la presencia de otras personas en el domicilio (familiares, amigos, vecinos) que puedan ser agresivas, ni las condiciones del entorno (iluminación, presencia de animales, estado de la vivienda).
- Trabajo en solitario absoluto. No existe apoyo inmediato ante incidente. La ausencia de compañeros/as o superiores que puedan intervenir o presenciar una agresión es el factor de riesgo más crítico.

B) Perfil de la persona usuaria y su entorno

- Usuarios/as con dependencia severa o trastornos cognitivos. Personas con demencias, Alzheimer u otras enfermedades mentales pueden tener comportamientos agresivos, a menudo sin ser plenamente conscientes de ello.
- Violencia intrafamiliar. Conflictos familiares pueden dirigirse contra el profesional.
- Sobrecarga del cuidador familiar. El estrés y la fatiga del familiar que cuida al usuario/a principal pueden generar tensiones y conflictos con la trabajadora del SAD, a quien pueden percibir como una intrusa o como una ayuda insuficiente.
- Contextos de exclusión o conflictividad. Domicilios ubicados en entornos de alta conflictividad social o donde los propios usuarios o sus familias tienen problemas de adicciones o salud mental.

C) Laborales y contractuales

- Precariedad laboral. Muchas personas trabajadoras del SAD, especialmente en empresas de pequeño tamaño, sufren condiciones de explotación, falta de formación y desconocimiento de sus derechos, lo que las hace más vulnerables y con menos recursos para afrontar situaciones de violencia, dificultando las denuncias.
- Falta de protocolos y coordinación. Inexistencia de protocolos claros de actuación ante una agresión, y falta de coordinación entre la empresa y los servicios sociales que derivan el caso.
- Vulnerabilidad social por las tareas realizadas, tradicionalmente no consideradas “empleo” y feminizadas.

Tabla 8. Resumen de los factores de riesgo de VLE en el ámbito SAD.

DIMENSIÓN	FACTORES DE RIESGO
Características de la persona usuaria	Demencia, agitación, trastorno de conducta, dependencia de sustancias, patología mental grave
Entorno de trabajo	Domicilio privado, trabajo en solitario, sin acceso a apoyo inmediato, espacios reducidos
Perfil profesional	Mayoría mujeres, precariedad contractual, escasa formación en gestión de agresiones, sobrecarga
Relación familiares con	Conflictos sobre cuidados, acusaciones infundadas, violencia verbal por parte de familiares
Factores laborales	Falta de protocolo de agresiones, ausencia de evaluación de riesgo previa a la intervención domiciliaria

2.4. Exposición y daños derivados

2.4.1. Exposición por ámbitos

La VLE presenta un problema estructural de infrarregistro, especialmente en violencia verbal, amenazas leves e intimidaciones no formalizadas. Por tanto, los datos deben interpretarse bajo una perspectiva de prudencia metodológica. Junto a esto, el análisis de la incidencia de la VLE presenta tres dificultades estructurales: infranotificación (normalización de la violencia verbal), heterogeneidad en los sistemas de registro y diferencias conceptuales en la tipificación de incidentes.

El análisis realizado por el INSST (2023) de la Encuesta de Población Activa (EPA) de 2020 indica que el 16% de la población trabajadora encuestada manifestaba estar expuesta a un "trato difícil con clientela, pacientes, alumnado u otro tipo de personas usuarias". Este porcentaje era significativamente mayor en mujeres (18,7%) que en hombres (14,2%). Las actividades sanitarias y de servicios sociales presentaban una exposición del 12,8% a este riesgo, situándose como el segundo ámbito con mayor prevalencia, solo por detrás de la administración pública. El 3,8% de las personas expuestas a violencia o amenazas declaraban un daño sobre su salud mental. En cuanto a la gravedad, los incidentes más graves (agresiones físicas con armas, agresiones sexuales) son menos frecuentes, pero generan mayor impacto lesivo y consecuencias incapacitantes.

En la Comunidad Valenciana, las principales fuentes de información son el Registro de Agresiones a Profesionales del Sistema Sanitario Público, gestionado por la Conselleria de Sanidad, y los informes de los sindicatos y colegios profesionales.

El **ámbito de sanidad** es el más afectado en términos de incidencia (casos nuevos por período) y gravedad en la Comunitat Valenciana. Las organizaciones sindicales vienen denunciando un aumento sostenido de las agresiones y de su gravedad. El caso de la agresión con arma blanca a una enfermera del Centro de Salud de La Coma en Paterna no es aislado, sino un síntoma de una tendencia más general. Las agresiones en atención primaria y en visitas domiciliarias son particularmente preocupantes. Aunque los datos oficiales fluctúan, los sindicatos apuntan a un incremento post-pandemia, con un repunte de la violencia física y verbal.

En este ámbito, la Conselleria de Sanidad (2025) informó que, durante el año 2024 se produjeron 1.356 agresiones; de estas, el 83,7 % fueron verbales y un 16,3 % resultaron agresiones físicas. Por provincias, se registraron 517 agresiones a personal sanitario de Alicante (103 físicas y 414 verbales), 140 en centros sanitarios de Castellón (15 físicas y 125 verbales) y 699 en Valencia (103 físicas y 596 verbales). Además, la Conselleria destacó que la mayoría de las actitudes violentas o agresiones se producen en el entorno de Atención Primaria; en este servicio, durante el año 2024 se notificaron 725 agresiones

frente a las 573 registradas en el ámbito de Atención Hospitalaria. Junto a atención primaria, las otras áreas más afectadas serían las urgencias hospitalarias y salud mental.

Tabla 9. Resumen de agresiones a profesionales sanitarios (tipo de violencia). Fuente: Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana (2024).

Tipo de agresión	Número de casos	% total	Provincias (València/Alacant/Castelló)
Agresiones verbales	1.133	83,7 %	596 / 414 / 125
Agresiones físicas	223	16,3 %	103 / 103 / 15
Total	1.356	100%	699 / 517 / 140

Por su parte, en el **ámbito educativo**, los sindicatos también publican anualmente informes sobre incidencias y agresiones al profesorado. La tendencia muestra un incremento de las agresiones verbales y amenazas por parte del alumnado, y un preocupante aumento de las agresiones (también verbales y, en ocasiones, físicas) por parte de las familias. El riesgo se concentra en el profesorado y el personal administrativo, siendo el alumnado y sus familiares los principales agentes.

Los datos reflejan un alto nivel de exposición y prevalencia en la docencia. En este ámbito predominan las agresiones verbales, con un incremento de las amenazas por parte de las familias y la emergencia de violencia digital. El aumento de la implicación familiar en los centros y la presión por los resultados académicos exacerban el riesgo. La violencia de los alumnos tiende a ser más inmediata, mientras que la de los familiares a menudo se enfoca en el descrédito y la intimidación.

Tabla 10. Resumen del riesgo de VLE en ámbito educativo. Fuente: CSIF, 2023.

Indicador	Dato Específico (Ámbito Nacional - Extrapolable a Comunitat Valenciana)
Prevalencia de Afectación Docente (2023)	El 91% del profesorado de la escuela pública denuncia problemas de convivencia en sus clases
Exposición Directa (2023)	Casi el 72% del profesorado reconoce haber sufrido agresiones verbales, físicas o amenazas por parte del alumnado
Violencia de Familiares (2023)	El 39% del profesorado confiesa haber sido víctima de la violencia de las familias de los/as estudiantes
Tipología de Agresión	La mayoría de los incidentes se centran en insultos, amenazas y mofas. Las redes sociales son el segundo problema de convivencia

En el ámbito de **ayuda a domicilio** no existen registros oficiales sistemáticos sobre la VLE. Los datos de incidencia y prevalencia son difíciles de obtener de fuentes centralizadas (IVE o INE) ya que la notificación está dispersa entre ayuntamientos y empresas contratadas. La información proviene de estudios académicos y denuncias sindicales. Así, se ha denunciado la vulnerabilidad extrema de estas trabajadoras, que sufren violencia en la más absoluta invisibilidad, tanto por parte de los/as

usuarios/as y sus familiares, como por las condiciones de explotación laboral de algunas empresas. La falta de datos es en sí misma un dato: evidencia la falta de atención y la precariedad del sector.

Este ámbito, aunque con menos visibilidad mediática, tiene una alta prevalencia de violencia verbal/psicológica y un mayor riesgo de agresiones por parte de usuarios/as con trastornos mentales o demencias no bien gestionadas. Además, se trata, en la mayoría de los casos, de servicios ofertados por pequeñas empresas.

Tabla 11. Resumen del riesgo de VLE en el SAD.

Indicador	Justificación del Riesgo
Exposición Crítica	La intimididad del entorno (domicilio) y la gestión de usuarios/as con alta dependencia, deterioro cognitivo o trastornos (no siempre bien controlados) aumentan la vulnerabilidad de los/as auxiliares.
Gravedad	Mayor riesgo de violencia psicológica (trato degradante, manipulación) y agresiones por parte de usuarios/as con deterioro cognitivo (demencias), debido a la falta de supervisión directa e intervención inmediata.

2.4.2. Daños derivados

Las repercusiones de la VLE son multidimensionales, profundas y, a menudo, invisibles. Así, se produce un deterioro de los servicios públicos, afectando a la calidad del servicio que recibe la ciudadanía. Supone un coste sanitario y social, derivado de la atención a las víctimas (bajas, tratamientos psicológicos, etc.). Además, se banaliza la violencia, normalizándose las agresiones lo que erosiona el tejido social y debilita el principio de autoridad legítima y de respeto a quienes desempeñan funciones esenciales para la comunidad. Se crea una "cultura de la violencia" como forma válida de expresión del descontento, incidiendo sobre las personas trabajadoras, las organizaciones y la sociedad.

A continuación, vamos a sintetizar su repercusión sobre estos tres sistemas.

A. Repercusiones en las personas trabajadoras

Las repercusiones de la VLE sobre las personas trabajadoras son, como ya se ha indicado, de naturaleza multidimensional, afectando a la esfera física, psicológica, social, laboral y económica. A continuación, concretaremos cada una de ellas:

- Físicas. A nivel físico, las agresiones pueden causar desde contusiones leves hasta lesiones graves, somatización crónica y, en casos extremos, muerte.
- Psicológicas. A nivel psicológico, la exposición a la VLE genera un conjunto de consecuencias que incluyen: ansiedad, depresión, insomnio, estrés postraumático, hipervigilancia, irritabilidad,

falta de concentración, desmotivación, síndrome de burnout, sentimientos de culpa y miedo a volver al puesto de trabajo. El fenómeno del burnout o síndrome de estar quemado - especialmente prevalente en los ámbitos en los que se centra este estudio- se ve agravado de forma significativa cuando la persona trabajadora ha sufrido o teme sufrir agresiones (Maslach y Leiter, 2016).

- Profesionales. En lo que concierne al ámbito profesional, se incluyen cuestiones como la pérdida de satisfacción laboral, abandono profesional, reducción de la vocación, cambio de puesto, o solicitud de traslado, entre otras.
- Sociales. En el plano social cabe destacar el deterioro de las relaciones familiares y el aislamiento.
- Económicas. En cuanto a las cuestiones económicas, señalar la pérdida de ingresos durante la baja, gastos médicos no cubiertos, etc.

Tabla 12. Impacto de la VLE en las personas trabajadoras por ámbito.

DIMENSIÓN DEL IMPACTO	SANIDAD	EDUCACIÓN	SAD
Físico	Lesiones traumáticas, bajas laborales frecuentes	Lesiones leves-moderadas	Lesiones físicas por agresiones de usuarios/as con demencia
Psicológico	TEPT, ansiedad, burnout, miedo	Desmotivación, ansiedad, abandono profesión	Burnout, desgaste emocional intenso
Laboral	Ausencia justificada por motivo de salud, descenso rendimiento, rotación	Ausencia justificada por motivo de salud, reducción horaria, baja voluntaria	Alta rotación, precariedad acentuada
Social/relacional	Aislamiento, conflictos familia-trabajo	Pérdida de autoridad percibida, estigma	Aislamiento, falta de reconocimiento social

Considerando los diferentes ámbitos sobre los que se centra este estudio, cabría realizar algunas puntualizaciones.

Así, el personal sanitario puede desarrollar un "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) acelerado, y una actitud defensiva que merme la calidad de la atención empática que desearía ofrecer. Según el Consejo General de Enfermería, más del 40 % de los profesionales agredidos desarrolla

síntomas compatibles con estrés postraumático, y un porcentaje similar considera dejar su puesto o cambiar de destino tras un incidente (Bangueses et al., 2021).

Por su parte, el profesorado puede experimentar una pérdida de autoridad y de vocación, limitándose a una enseñanza meramente "curricular" para evitar conflictos. En educación, el Defensor del Pueblo (2019) señala que el profesorado agredido experimenta pérdida de motivación, ausencia justificada por motivo de salud y deseos de abandono de la profesión.

En el SAD, la persona trabajadora, ya aislada, sufre un profundo sentimiento de desprotección e indefensión, que puede llevarla a abandonar el sector o a aceptar situaciones de maltrato por miedo a perder un empleo ya precario. En este ámbito, las dolencias psicológicas afectan a más de la mitad (51,1%) del colectivo, predominando el estrés (44,2%) y la ansiedad (35,4%) (Centella y Padilla, 2025).

B. Repercusiones en la organización

La organización no es una mera espectadora; la violencia sufrida por sus empleados/as le afecta directamente. Las organizaciones que no gestionan adecuadamente el riesgo de VLE sufren consecuencias de gran impacto en su funcionamiento. El absentismo laboral (por ausencia justificada debido a problemas de salud) derivado de las bajas por incapacidad temporal —tanto físicas como psicológicas— supone un coste económico directo cuantificable. El Observatorio Nacional de Agresiones a Sanitarios de la Organización Médica Colegial (OMC) registró, en 2024, 847 agresiones, lo que equivale a una agresión cada diez horas, con el impacto que esto supone en jornadas laborales perdidas al año directamente imputables a violencia externa. Los efectos de la violencia sobre la organización pueden agruparse en las siguientes dimensiones:

- Clima laboral y productividad. Un entorno percibido como inseguro deteriora gravemente el clima laboral, generando desconfianza, miedo y malestar generalizado. La productividad y la calidad del servicio disminuyen.
- Costes económicos. Cabe diferenciar entre directos e indirectos. Los directos hacen referencia a costes de bajas laborales y sustituciones, gastos médicos, reparación de daños materiales, incremento de las primas de seguros, inversión en medidas de seguridad (cámaras, vigilantes), procesos judiciales, indemnizaciones, entre otros. Entre los indirectos cabe destacar la pérdida de productividad, deterioro de la imagen y reputación corporativa, mayor rotación de personal (con el consiguiente coste de selección y formación), disminución de la motivación del equipo.

- Calidad del servicio. Un/a trabajador/a temeroso/a o desmotivado/a no puede ofrecer un servicio de calidad. En sanidad, la relación médico-paciente se resiente; en educación, la relación educativa se deteriora; en el SAD, el vínculo de confianza, esencial para el cuidado, se rompe.

Cada ámbito presenta características idiosincráticas propias. Así, en sanidad, la Conselleria se enfrenta a un aumento de las quejas, una mayor dificultad para retener talento y un desprestigio del sistema sanitario público. Por su parte, los centros educativos se convierten en espacios de tensión, con dificultades para gestionar la convivencia y un aumento de la conflictividad. Finalmente, las empresas del SAD, a menudo pequeñas y precarias, pueden ver agravada su inestabilidad, y la administración contratante (ayuntamientos, diputaciones) recibe un servicio de peor calidad para las personas dependientes.

C. Repercusiones para la Sociedad

El impacto de la VLE para la sociedad tiene efectos significativos a dos niveles. Por un lado, el económico reflejado en el incremento del gasto público en salud y prestaciones de la Seguridad Social. Por otro, la degradación de Servicios, que supone el desprestigio en servicios públicos, la erosión de la confianza ciudadana, o el impacto en la cohesión social, entre otros.

El impacto social de la VLE en los tres ámbitos analizados tiene una dimensión que trasciende la organización. En sanidad, la violencia contra el personal sanitario deteriora la calidad asistencial, genera desconfianza en el sistema y puede provocar déficits de atención que comprometan la salud pública. En educación, la violencia contra el profesorado incide en la calidad educativa, refuerza modelos relacionales violentos entre el alumnado y erosiona la autoridad y el reconocimiento social de la función docente. En SAD, el impacto afecta a la calidad de los cuidados de las personas en situación de dependencia y a la sostenibilidad del sistema de cuidados comunitarios, con impacto especial sobre las mujeres cuidadoras (Chappell y Di Martino, 2006).

Tabla 13. Síntesis de las repercusiones de la VLE por ámbito.

Ámbito	Observaciones	Impacto trabajadoras/es	Impacto organizativo	Impacto social
Sanidad	Bajas laborales temporales. Cambios de destino. Abandono profesional. Desgaste emocional acumulado. La violencia verbal reiterada genera un	Estrés postraumático. Ansiedad anticipatoria. Burnout. Ausencia justificada por motivo de salud. Abandono profesional. Medicina defensiva.	Aumento de bajas laborales. Costes de sustitución. Deterioro clima laboral. Incremento litigios. Pérdida de calidad asistencial.	Desprestigio institucional. Pérdida de confianza. Deterioro del sistema público.

	efecto de erosión progresiva.	Especialmente en urgencias y atención primaria.		Incremento del gasto sanitario indirecto.
Educación	Gravedad diferencial, violencia psicológica sostenida genera: Síndrome de desgaste profesional. Baja autoestima profesional. Inseguridad en el ejercicio docente.	Síndrome de desgaste profesional. Pérdida de autoridad pedagógica. Desmotivación. Abandono temprano de la profesión.	Clima escolar deteriorado. Judicialización de conflictos. Sobrecarga directiva. Aumento conflictos internos.	Erosión del respeto institucional. Debilitamiento de la función educativa. Reproducción de patrones violentos en menores.
SAD	Factores de invisibilización: Trabajo individual. Temor a pérdida de empleo. Normalización de conductas agresivas en usuarios/as con deterioro cognitivo.	Alta feminización → vulnerabilidad de género. Miedo en domicilios conflictivos. Normalización del maltrato. Desprotección estructural.	Alta rotación. Dificultad para cubrir servicios. Incremento de costes indirectos. Imagen deteriorada del servicio.	Fragilización del sistema de dependencia. Riesgo de abandono asistencial. Incremento desigualdad social.

2.5. Actuaciones preventivas

2.5.1. Aproximación general

La VLE no es un fenómeno aislado, sino una patología de la organización del trabajo. Es un riesgo laboral derivado de una deficiente organización del trabajo y, por tanto, es responsabilidad del empresariado (o de la Administración como empleadora) su prevención, evaluación y erradicación según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Desde el enfoque preventivo, como se ha mencionado, la VLE no debe ser simplificada y reducida. Esto implica que:

- No debe analizarse solo como “hecho aislado”, sino también como indicador de aspectos de mayor calado, como una mala organización, la insuficiencia de recursos, la ausencia de medidas preventivas específicas o de fallos en el liderazgo institucional.
- No se trata solo de un riesgo relacional, sino también estructural y sistémico de toda la organización.

Es por ello por lo que la prevención eficaz exige enfoque integral: evaluación sistemática, formación en gestión de conflictos, mejora organizativa, refuerzo de recursos humanos, diseño ambiental seguro y cultura institucional de tolerancia cero frente a la violencia. Por otra parte, la prevención de la VLE requiere un enfoque multifactorial que combine la acción legislativa con medidas técnicas y organizativas dentro de las empresas. Según la NTP 1215 del INSST (2025), la prevención debe centrarse en la modificación de las condiciones de trabajo psicosociales y el entorno físico; además de

añadir los factores organizativos. Junto a esto, debe basarse en los principios generales de la actividad preventiva: evitar el riesgo, evaluar los que no se puedan evitar y combatirlos en su origen; resulta esencial en el caso de la VLE la integración preventiva en las actividades diarias. Las medidas deben ser multisectoriales e implicar a administraciones, empresas y sociedad.

El modelo de intervención en tres niveles (primario/preventivo, secundario/postvención inmediata, terciario/rehabilitador) propuesto por autores como Tehrani (2004) y recogido por el INSST es el referente técnico para la gestión integral de estos incidentes. Así, según el momento de intervención, podemos distinguir tres tipos de medidas preventivas:

- Prevención primaria. Es la más barata y efectiva. Actúa antes de que aparezca el riesgo. Por ejemplo, la LOE plantea que la formación en valores democráticos y en resolución pacífica de conflictos debe formar parte del funcionamiento ordinario del sistema. En términos laborales generales, esto se traduce en: formación en habilidades sociales, promoción del respeto organizativo, diseño preventivo de estructuras laborales y liderazgo institucional responsable.
- Prevención secundaria. Actúa cuando el riesgo ya está presente pero aún no hay daño. La ley incorpora instrumentos de detección y regulación del conflicto mediante normas internas y participación organizativa. Esto permite: identificar conflictos tempranos, establecer mediación, regular conductas y evitar escaladas de violencia.
- Prevención terciaria. Actúa cuando ya se ha producido la violencia. Se traduce en acciones como el apoyo psicológico especializado (no sirve el psicólogo generalista; se requiere de una persona experta en trauma laboral) o los planes de retorno (protocolo de reincorporación tras una baja por depresión o ansiedad derivada del conflicto para evitar la "re-victimización"). La intervención institucional ante incumplimientos forma parte del sistema organizativo previsto por la ley. Por ejemplo, la LOE establece que las administraciones deben garantizar el cumplimiento de las normas y adoptar medidas cuando sea necesario. Esto constituye la base de la respuesta organizativa frente a la violencia.

Las administraciones deben asegurar el funcionamiento adecuado del sistema y velar por el cumplimiento de los principios establecidos en la ley. Este mandato implica responsabilidad institucional directa, obligación de prevención, deber de intervención, obligación de protección del personal. Cuando la organización no actúa frente a situaciones de VLE reiteradas se produce una forma de violencia institucional indirecta. El sistema debe orientarse a garantizar el respeto y la convivencia como condiciones básicas del funcionamiento de la organización. La inacción institucional vulnera este mandato.

En lo que concierne a las medidas preventivas generales, podemos distinguir las siguientes:

- Legislativas y sociales. Campañas de sensibilización ciudadana ("Agredir a un sanitario es un delito", "El respeto al profesorado es tarea de todos"), endurecimiento penal de las agresiones a personal de servicios públicos, y cumplimiento efectivo del Convenio 190 OIT.
- Formación e información. Formación obligatoria para los puestos de cara al público en habilidades de comunicación, manejo de conflictos, detección de señales de alerta y técnicas de desescalada verbal.
- Organizativas. Evaluación de riesgos específica que incluya la violencia externa, diseño de puestos de trabajo seguros, establecimiento de protocolos claros de actuación, y dotación de medios técnicos (alarmas, botones del pánico, comunicación permanente).

La prevención de la VLE no es una facultad discrecional del empresariado/dirección; es un derecho en el que la participación de los/as trabajadores/as a través de sus representantes resulta fundamental.

En ese sentido, el/la Delegado/a de Prevención, según el Art. 36 de la LPRL, tiene la facultad de:

- Acompañar a los técnicos en las evaluaciones de riesgos psicosociales.
- Acceder a la información sobre daños a la salud (anonimizada) para detectar patrones de bajas por ansiedad o depresión en departamentos específicos.
- Paralización de la actividad. En casos de violencia física inminente o riesgo grave y probable para la integridad moral, el Comité de Seguridad y Salud puede proponer la paralización de tareas.

Por otra parte, conviene señalar las responsabilidades en las que incurre la entidad empleadora en caso de incumplimiento en materia de prevención:

- Responsabilidad Administrativa. La Inspección de Trabajo, mediante la Instrucción 104/2021 sobre actuaciones en riesgos psicosociales, ha endurecido los criterios. Las infracciones pueden ser: a) Graves: no realizar la evaluación de riesgos psicosociales o no tener protocolo de acoso; b) Muy Graves: no adoptar medidas cautelares cuando hay un riesgo cierto para la integridad del trabajador.
- Responsabilidad Civil y Daños Moral. El Tribunal Supremo ha consolidado la doctrina de que la víctima de violencia laboral tiene derecho a una indemnización por daños morales, adicional a las prestaciones de seguridad social. Esta indemnización se calcula a menudo por analogía con las sanciones de la LISOS.
- Recargo de Prestaciones. Si se demuestra falta de medidas de seguridad, la Seguridad Social puede imponer un recargo de entre el 30% y el 50% en todas las prestaciones derivadas del

daño (incapacidad temporal o permanente), coste que debe asumir directamente la Administración empleadora sin posibilidad de aseguramiento.

Cuando la prevención falla y se produce la agresión es fundamental activar medidas paliativas que minimicen el daño y apoyen a la víctima. Las medidas paliativas, o de intervención secundaria y terciaria, tienen como objetivo reducir el impacto de la violencia ya producida, facilitando la recuperación de la persona trabajadora, la gestión del incidente y el aprendizaje organizacional para mejorar la prevención.

Entre las medidas paliativas generales, cabe destacar las siguientes:

- Asistencia inmediata. Atención sanitaria urgente para la víctima. Apoyo psicológico de primeros auxilios en el mismo momento.
- Asesoramiento y apoyo. Información clara sobre los derechos de la persona trabajadora (baja laboral, procedimiento a seguir). Asesoramiento jurídico para la interposición de denuncia.
- Protección a la víctima. Medidas para evitar la revictimización, como no obligar a la persona a seguir en el mismo puesto si no se siente segura.
- Registro e investigación. Obligación de registrar el incidente (parte oficial de agresión) e investigar sus causas para mejorar la prevención futura.
- Vigilancia de la salud, la cual debe ser específica. No basta con revisiones fisiológicas; se requieren también: a) Protocolos de detección precoz; b) Pruebas de screening específicas de salud mental; c) Relación causal, por parte del servicio médico, del nexo de unión entre la patología (insomnio, estrés postraumático) y las condiciones de trabajo, facilitando la determinación de la contingencia profesional (accidente de trabajo).

2.5.2. Análisis por ámbito

En el presente punto se procede a analizar las medidas preventivas implantadas, considerando los tres ámbitos objeto de estudio.

A. Ámbito de la Sanidad

En el ámbito sanitario, tomando en consideración el Plan integral de prevención de las agresiones en el entorno sanitario, implementado por la Conselleria de Sanidad, y el Protocolo de actuación ante agresiones al personal sanitario de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2022), se

establecen medidas preventivas en distintos ámbitos: organizativo, ambiental, formativo, de apoyo al personal agredido, legislativo y social/comunicativo. A continuación, se procede a su detalle.

- Organizativas y de gestión. Reducción de tiempos de espera, mejora de la información al usuario/a, incremento de personal para evitar la saturación. Atención por dos sanitarios en pacientes con antecedentes violentos.
- Ambientales y técnicas. Instalación de cámaras de vigilancia en zonas comunes y accesos, mamparas de separación en mostradores de admisión, puertas con cierre de seguridad en consultas, sistemas de alarma silenciosa (pulsadores) en consultas y boxes, buena iluminación de pasillos y aparcamientos, botones antipánico, uso de la app ALERTCOPS (Ministerio del Interior), recomendada como sistema de alerta fuera del centro de trabajo.
- Formativas. Entrenamiento en habilidades de comunicación, manejo de pacientes difíciles y técnicas de desescalada. Protocolos de actuación claros y conocidos por todo el personal.
- Coordinación y seguridad. Presencia de personal de seguridad (preferiblemente cuerpos policiales en zonas de alta conflictividad, como reclama CESM-CV). Figura del "interlocutor policial sanitario" para agilizar la denuncia y la coordinación.
- Legislativas. Consideración del personal sanitario como Autoridad Pública, calificación legal de agresiones como atentado; acción penal de oficio; agravante en profesiones sanitarias.
- Sociales/Comunicativas. Campañas de sensibilización ciudadana; carteles informativos en centros sobre tolerancia cero a la violencia.

Tabla 14. Medidas preventivas de la VLE en el ámbito sanitario.

NIVEL DE MEDIDA	MEDIDAS ESPECÍFICAS
Organizativas	Protocolo de actuación ante agresiones; notificación obligatoria; comité de seguimiento; refuerzo de plantillas en urgencias
Ambientales/ técnicas	Control de accesos; sistemas de alarma; videovigilancia; señalización; rediseño de zonas de espera
Formativas	Formación en gestión de conflictos, comunicación empática, técnicas de desescalada, autoprotección
Legislativas	Calificación legal de agresiones como atentado; acción penal de oficio; agravante en profesiones sanitarias
Sociales/ comunicativas	Campañas de sensibilización ciudadana; carteles informativos en centros sobre tolerancia cero a la violencia

En lo que concierne a las medidas paliativas que amparan al personal sanitario que ha sido objeto de VLE, éstas se recogen en la Tabla 15.

Tabla 15. Medidas paliativas de la VLE en el ámbito sanitario.

TIPO DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN
Atención psicológica inmediata	Unidades de apoyo psicológico al personal agredido; intervención en crisis; sesiones de debriefing psicológico grupal
Asistencia jurídica	Asesoramiento legal gratuito al trabajador/a agredido/a; representación jurídica de oficio por la administración sanitaria; acompañamiento en denuncias
Gestión del incidente	Notificación formal obligatoria; registro centralizado; análisis causal del incidente; comunicación al Comité de Seguridad y Salud
Adaptación del puesto	Cambio temporal o definitivo de unidad; reducción de carga asistencial; medidas de reincorporación progresiva
Seguimiento y evaluación	Seguimiento periódico del estado de salud del trabajador/a; revisión de medidas preventivas tras el incidente

B. Ámbito de la Educación

En el ámbito educativo, la prevención de la VLE requiere integrar la dimensión de convivencia escolar con la de seguridad y salud laboral del profesorado. El Plan de Convivencia Positiva (2021-2024) de la Conselleria d'Educació de la Generalitat Valenciana establece medidas centradas en la mejora del clima de convivencia, la formación del profesorado, la mediación como herramienta de resolución de conflictos y el fortalecimiento de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP), a las que habría que añadir las de orden legislativo. A continuación, se detallan dichas medidas.

- Organizativas y pedagógicas. Desarrollo de planes de convivencia en los centros educativos que incluyan la prevención de la violencia. Programas de educación emocional y resolución pacífica de conflictos para el alumnado. Reducción de la ratio de alumnos por aula.
- Ambientales y de vigilancia. Diseño de espacios comunes fácilmente supervisables. Control de accesos al centro. Personal de vigilancia en horas punta o en centros conflictivos.
- Formativas. Formación al profesorado en manejo del aula, gestión de la disciplina positiva, comunicación con familias difíciles y detección de situaciones de riesgo.
- Educativas y de coordinación con familias. Programas de educación emocional y en valores para el alumnado; escuela de padres y madres; tutorías participativas; establecimiento de cauces de comunicación fluidos y respetuosos con las familias. Escuelas de padres y madres para trabajar la corresponsabilidad en la educación y el respeto a la figura del docente.
- Medidas Legislativas. La Ley Orgánica 2/2006 (LOE), consolidada en 2025, establece que el profesorado debe ser respetado y que los centros deben regular su acceso por razones de seguridad.

Tabla 16. Medidas preventivas de la VLE en el ámbito educativo.

NIVEL DE MEDIDA	MEDIDAS ESPECÍFICAS
Organizativas	Protocolo de actuación ante agresiones; plan de convivencia; comisión de convivencia; comunicación fluida con familias
Ambientales/ técnicas	Control de accesos; cámaras en zonas comunes; señalización de normas; protocolos de comunicación digital segura
Formativas	Formación en gestión de conflictos, inteligencia emocional, mediación, manejo de grupos difíciles; formación a familias
Educativas	Programas de educación emocional y en valores para el alumnado; escuela de padres y madres; tutorías participativas
Legislativas	Reconocimiento de la autoridad del profesorado como funcionario público; agravante en agresiones a docentes

En lo que concierne a las medidas paliativas que amparan al personal educativo que ha sido objeto de violencia externa, éstas se recogen en la Tabla 17.

Tabla 17. Medidas paliativas de la VLE en el ámbito educativo.

TIPO DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN
Apoyo institucional inmediato	Comunicación inmediata a la dirección del centro y a la inspección educativa; protocolo de actuación activado por la dirección
Atención psicológica	Derivación a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales; intervención psicológica en el MUFACE o SPS; grupos de apoyo entre docentes
Asistencia jurídica	Asesoramiento jurídico gratuito para docentes; cobertura por la Abogacía de la Generalitat
Reconocimiento institucional	Declaración pública de respaldo al docente agredido; comunicado oficial del centro; información a la comunidad educativa
Medidas disciplinarias	Apertura de expediente disciplinario al alumno/a; restricción de acceso a familiares agresores; mediación obligatoria

C. Ámbito de Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)

Este ámbito es particularmente vulnerable al ser el domicilio del/de la usuario/a un entorno no controlado por la organización empresarial. A continuación, se detallan las medidas preventivas establecidas.

- Evaluación de riesgos previa. Antes de iniciar el servicio, se debe realizar una visita de evaluación al domicilio para conocer el entorno, el perfil del/de la usuario/a y de su familia, y detectar posibles riesgos (animales, mal estado de la vivienda, presencia de personas conflictivas, ...).
- Técnicas y de comunicación. Dotación obligatoria de teléfono móvil corporativo con geolocalización y botón del pánico o alarma conectada a una centralita. Establecimiento de un protocolo de comunicación con la empresa al inicio y final de cada visita.
- Organizativas. Limitación del trabajo en solitario en casos de alto riesgo (posibilidad de realizar visitas por dos trabajadoras). Coordinación estrecha con los servicios sociales municipales que derivan el caso para compartir información relevante sobre el/la usuario/a y su entorno (con las debidas garantías de protección de datos).
- Formativas. Formación específica en cómo actuar ante situaciones de violencia en el domicilio, manejo de personas con demencia o trastornos de conducta, y conocimiento de sus derechos laborales para no tolerar abusos.
- Sociales/laborales. Mejora de las condiciones laborales; reducción de la precariedad; reconocimiento social de la profesión; exigencia por parte de la administración contratante (ayuntamientos, diputaciones) de que las empresas adjudicatarias del SAD cumplan estrictamente con la normativa de prevención de riesgos laborales, incluyendo la evaluación y prevención de la violencia externa, y que no incurran en prácticas de explotación laboral.
- Coordinación interinstitucional. Coordinación con servicios sociales, sanitarios y policiales cuando existe riesgo conocido en el domicilio.

Tabla 18. Medidas preventivas de la VLE en el ámbito SAD.

NIVEL DE MEDIDA	MEDIDAS ESPECÍFICAS
Organizativas	Evaluación previa del riesgo del domicilio; protocolo de notificación de incidentes; trabajo en pareja en casos de alto riesgo; supervisión periódica
Técnicas	Dispositivos de alarma personal; teléfono de emergencia 24h; geolocalización en casos de riesgo; ficha de riesgo del domicilio actualizada
Formativas	Formación específica en manejo de conductas agresivas, técnicas de desescalada, manejo de demencias, autoprotección en domicilio
Sociales/laborales	Mejora de condiciones laborales; reducción de precariedad; reconocimiento social de la profesión; apoyo entre profesionales
Coordinación interinstitucional	Coordinación con servicios sociales, sanitarios y policiales cuando existe riesgo conocido en el domicilio

En lo que concierne a las medidas paliativas que amparan al personal del SAD que ha sido objeto de violencia externa, éstas se recogen en la Tabla 19.

Tabla 19. Medidas paliativas de la VLE en el ámbito SAD

TIPO DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN
Respuesta inmediata	Protocolo de evacuación y comunicación de emergencias; llamada inmediata a servicio de emergencias y al responsable de la empresa
Atención psicológica	Psicólogo/a de empresa o derivación a SP; grupos de apoyo entre trabajadoras/es SAD; supervisión psicológica regular
Revisión del caso	Evaluación del riesgo del domicilio implicado; decisión sobre continuidad o modificación del servicio; coordinación con servicios sociales
Asistencia jurídica	Asesoramiento legal; apoyo en interposición de denuncia; cobertura por parte del empleador
Adaptación laboral	Reasignación a domicilios sin riesgo; reducción temporal de la carga de trabajo; reincorporación progresiva con apoyo

3. METODOLOGÍA

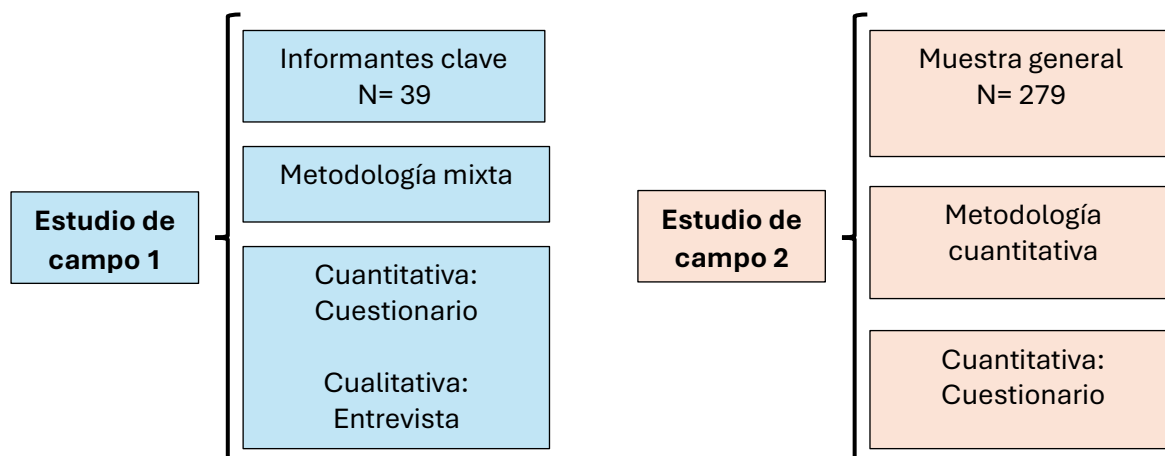
3.1. Diseño

Para dar respuesta a los objetivos del proyecto se adopta una aproximación interpretativa, combinando diferentes técnicas de investigación (revisión documental, encuesta y entrevista), que aportan tanto información primaria como secundaria, de tipo cuantitativo y cualitativo. La revisión documental, ya recopilada y sintetizada en el apartado anterior, incluye tanto textos legales, como académicos y técnicos, y nos ha permitido dar respuesta al objetivo específico 1.

Junto a esta revisión, se realizan dos estudios de campo complementarios (Gráfico 1), que permiten dar respuesta a los objetivos específicos 2, 3, 4, 5 y 6 del proyecto:

- **Estudio de campo 1:** realizado con **informantes clave**, utilizando una metodología mixta (cuestionario y entrevista) y recogiendo información cuantitativa y cualitativa.
- **Estudio de campo 2:** realizado con una **muestra general** de profesionales de los tres ámbitos, recopilando información cuantitativa a través de cuestionarios.

Gráfico 1. Descripción básica de los estudios de campo.



La información recabada a través de estas tres técnicas es integrada y analizada mediante métodos cualitativos y cuantitativos de análisis. Su interpretación permite obtener las conclusiones del proyecto y responder a los objetivos restantes.

Por lo que respecta al **Estudio de Campo 1 Informantes clave** se trata de un trabajo de campo cualitativo con fuentes de información primarias pertenecientes a los tres ámbitos públicos objeto del proyecto (sanidad, educación y ayuda domiciliaria pública en sus diferentes modalidades). Se trata de

un estudio de carácter mixto, en el que la información se ha recabado, como se ha indicado, combinando métodos cualitativos (entrevista estructurada) y cuantitativos (cuestionario). El número total de informantes clave que han participado en este estudio es de 39 profesionales de la Comunitat Valenciana. La descripción de esta muestra se realiza en el apartado de resultados. Para la selección de los informantes clave se ha contado con la orientación de UGT-PV, como organismo conocedor de los servicios públicos de la Comunitat Valenciana y de las condiciones de trabajo existentes en nuestro territorio. Las entrevistas se han realizado telemáticamente. La cumplimentación del cuestionario se ha realizado de forma individual, a través de plataforma digital.

El **Estudio de campo 2 Muestra general** es un estudio empírico de carácter cuantitativo, de diseño transversal, extensivo de múltiples casos. El trabajo de campo de esta investigación se ha realizado mediante la técnica de encuesta. Para llevarlo a cabo se ha diseñado un cuestionario ad hoc (el mismo que se ha utilizado en la parte cuantitativa del Estudio de campo 1). La administración de dicho instrumento se ha efectuado de forma individual, a través de plataforma digital. En este trabajo de campo cuantitativo se ha encuestado a una muestra de 279 profesionales de la Comunitat Valenciana de los tres ámbitos investigados. Las características de la muestra están descritas en el apartado de resultados. La muestra recoge, de forma proporcional, información de las tres provincias del territorio.

Para conocer la representatividad de esta muestra se ha tomado como referencia el tamaño de la población activa en los ámbitos de sanidad, educación y ayuda a domicilio en la *Comunitat Valenciana* en el último trimestre del año 2025. Para un intervalo de confianza del 95%, dada la muestra, el error muestral es del 5,9%, el cual es un error estándar en las investigaciones sociales que resulta aceptable (ver Tabla 20).

Tabla 20. Ficha técnica del Estudio de campo 2 Muestra general.

Universo	Población activa de los ámbitos estudiados en la <i>Comunitat Valenciana</i> en último trimestre de 2025 (Fuente: IVE)
Tamaño de la muestra	279
Procedimiento de muestreo	Aleatorio estratificado por provincias
Error muestral	5,9 % para un nivel de confianza del 96%, $p=q=0,5$
Método de recogida de información	Cuestionario on line
Localización de la muestra	<i>Comunitat Valenciana</i>

Para el análisis la información cualitativa (Estudio de campo 1) se ha seguido el procedimiento establecido en la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss, 1967; Glaser y Holton, 2004). Esto ha implicado codificar la información recabada; su sistematización para integrar los conceptos; y su

categorización. La información cuantitativa (Estudio de campo 1 y 2) se ha analizado a través de técnicas de análisis descriptivo.

3.2. Variables

3.2.1. Investigación cuantitativa

Las variables sobre las que se ha recopilado la información cuantitativa (tanto en el Estudio de campo 1 como en el 2) se agrupan en cinco grandes factores:

- **Características socio-demográficas y laborales** de la muestra. En este bloque se recopila información sobre 5 variables: ámbito, sexo, provincia, edad y años de experiencia en el ámbito.
- **Exposición y afectación**. Este factor recoge información sobre 6 variables: importancia atribuida a la VLE, exposición a dicho riesgo, frecuencia de la exposición, intensidad de la exposición, valoración del porcentaje de población afectada, y satisfacción general con la vida.
- **Tipología**. Este factor hace referencia a las formas y características de la VLE. Está compuesto por 3 variables: tipos de violencia externa, maniobras, y agentes de la violencia (quién es la persona que ejerce la violencia).
- **Daños**. 4 son las consecuencias derivadas del riesgo de VLE sobre las que se pregunta: daño percibido, elementos afectados, afectación de la violencia entre externos y consecuencias.
- **Actividad preventiva**. Este bloque está compuesto por 8 variables: valoración de las medidas preventivas existentes, valoración de la gestión preventiva, valoración de las soluciones que se aplican, valoración del apoyo institucional, nivel de protección, disponibilidad y uso de medidas preventivas, importancia otorgada a las medidas preventivas, y existencia de registro de incidentes.

3.2.2. Investigación cualitativa

La información sobre el conocimiento tácito de las/os informantes clave con experiencia y conocimiento sobre la VLE se concreta en 3 grandes factores, cuya naturaleza abierta permite la construcción de conocimiento:

- **Situación de la violencia externa**, tanto en su ámbito como en su centro de trabajo. Se indaga sobre causas, tendencia, afectación (individual y organizativa) y exposición.

- **Acciones preventivas existentes en el centro/lugar de trabajo** de la persona entrevistada. Inquieta sobre el conocimiento, valoración y limitación de la actividad preventiva específica experimentada en el día a día de la persona trabajadora.
- **Mejoras para prevenir el riesgo de VLE:** cambios proactivos y paliativos, acción de la administración, y otros planes de actuación.

3.3. Instrumentos

Para la realización del estudio de campo se han elaborado dos instrumentos *ad hoc*. Su construcción ha partido de la revisión documental realizada en la primera parte del trabajo.

El primer instrumento elaborado ha sido el *Cuestionario sobre violencia laboral externa en los servicios públicos de la Comunidad Valenciana*. El mismo está conformado por 23 ítems, agrupados en los cinco factores indicados en el apartado precedente. En el caso de los cuestionarios se han manejado diferentes tipos de escala de respuesta (nominales, ordinales y de intervalo).

El segundo instrumento ha sido la *Guía de entrevista sobre la prevención frente a la violencia laboral externa en los servicios públicos de la Comunitat Valenciana*. La guía está compuesta por 15 preguntas abiertas, las cuales se agrupan en 3 grandes apartados. El primero analiza la situación de la violencia externa. El segundo recaba información sobre las acciones preventivas que se toman en el centro/lugar de trabajo de la persona entrevistada. El tercero indaga las mejoras que la persona entrevistada, a partir de su experiencia, propondría para mejorar la prevención de la VLE.

4. RESULTADOS

4.1. Estudio de campo 1: Informantes clave

4.1.1. Descripción de la muestra

La muestra del Estudio de campo 1 -configurado por informantes clave- es de 39 personas, a las que se les realizó, como ya se ha indicado, una entrevista estructurada y contestaron al cuestionario confeccionado *ad hoc* para la investigación. Estas personas se escogieron atendiendo a su experiencia y conocimientos sobre la violencia externa en la Comunitat Valenciana. De la muestra el 66,6% son mujeres y el 31,8 % son hombres; un 2,6 % no especifica su sexo (ver Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Sexo.

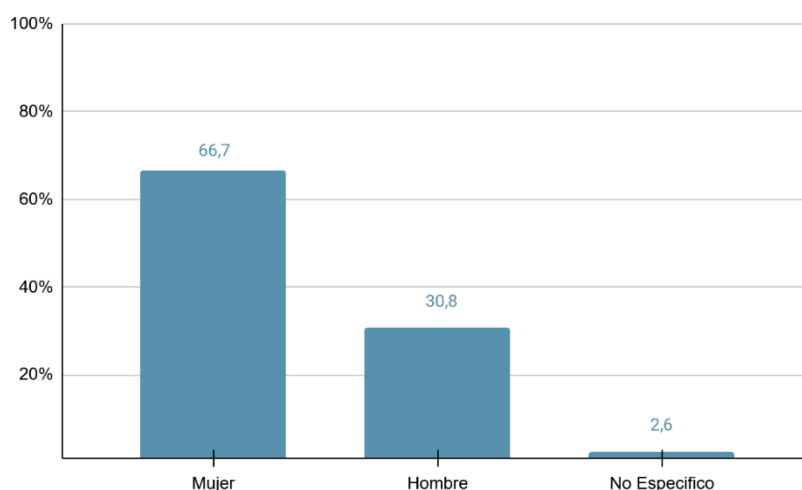
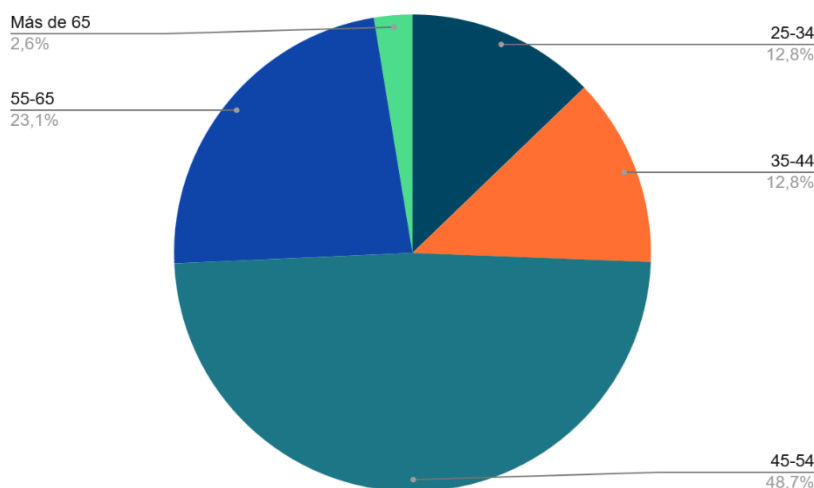


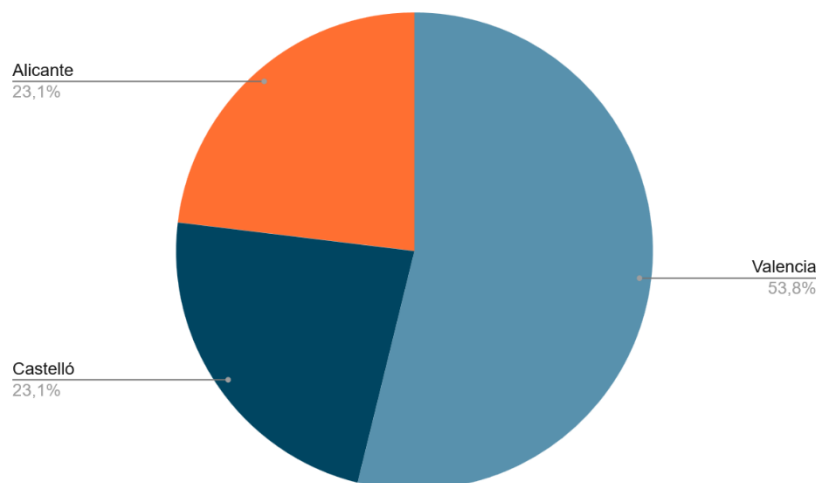
Gráfico 3. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Edad.



La mayoría de las personas que han participado en el estudio (prácticamente $\frac{3}{4}$) son mayores de 45 años, siendo el intervalo entre 45-54 años la cohorte con mayor participación con un 48,7%, seguida de la cohorte de 55-64 años con un 23,1% (ver Gráfico 3).

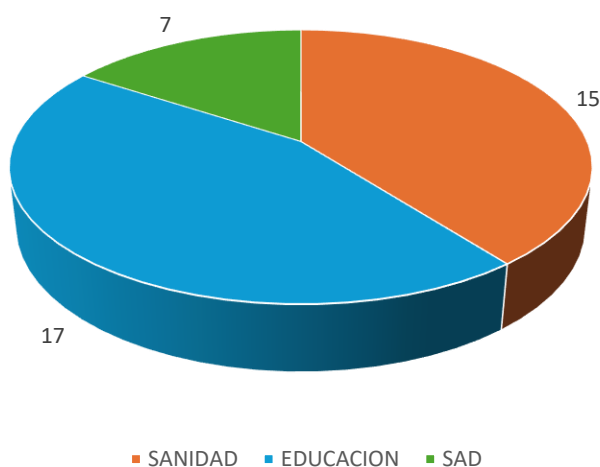
Más de la mitad de los/as informantes clave trabajan en la provincia de Valencia (53,8 %); por su parte, tanto de Castelló como de Alicante ha participado un 23,1% de la muestra (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Provincia.



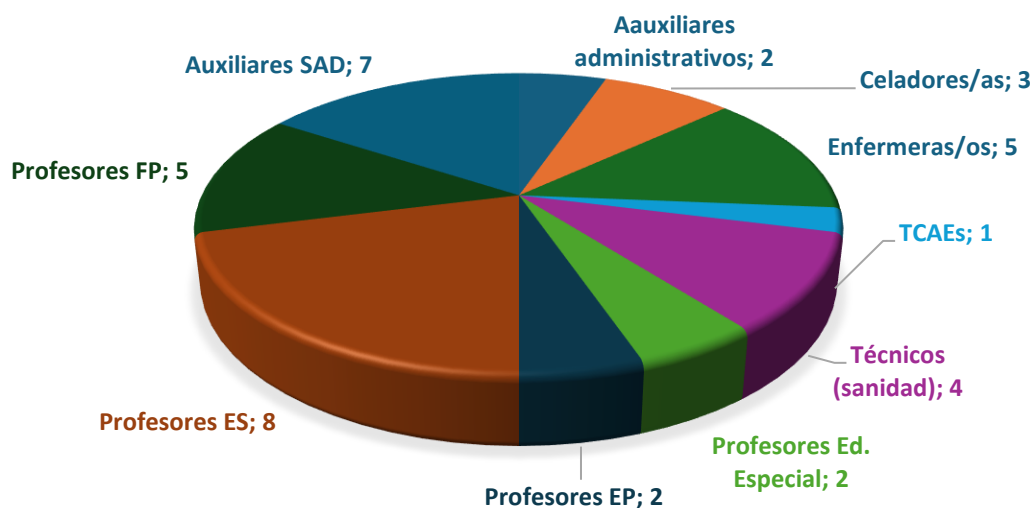
La muestra está conformada por personas trabajadoras de tres ámbitos: Educación, Sanidad y Servicio de Asistencia Domiciliaria (SAD). 17 (46,1%) de las personas entrevistadas pertenecen al ámbito de sanidad; 15 (41%) al de educación; y las 7 restantes (12,9%) al Servicio de Asistencia Domiciliaria pública, en sus diferentes modalidades (SAD) (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Ámbito.



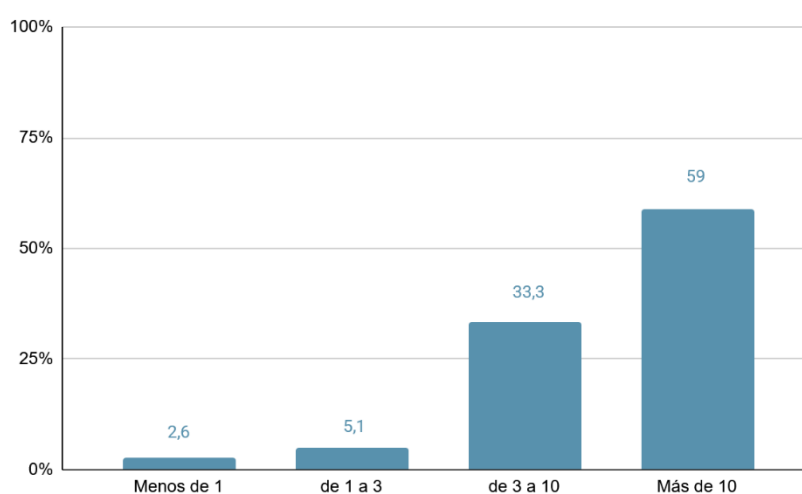
A su vez los/as participantes asumen diferentes puestos o roles en sus colectivos: auxiliares administrativos/as (2), celadores/as (3), enfermeros/as (5), TCAEs (1), técnicos/as (4), profesoras de educación especial (2), profesores de educación primaria (2), profesores de educación secundaria (8), profesores de formación profesional (5), auxiliares del SAD (7) (ver Gráfico 6).

Gráfico 6. Distribución de la muestra de informantes según la variable Puesto o rol.



La experiencia laboral que la muestra tiene en su ámbito laboral es amplia. Así, el 59% lleva trabajando más de 10 años en su ámbito, y un 33,3% entre 3 y 10 años. Solo un 2,6 % lleva menos de un año (ver Gráfico 7).

Gráfico 7. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Años experiencia en el ámbito.



4.1.2. Principales resultados cuantitativos

A continuación, se exponen los resultados cuantitativos más relevantes de este estudio. Se agrupan en cuatro bloques: a) Exposición y afectación; b) Tipología; c) Daños; y d) Actividad preventiva.

A. Exposición y afectación

El siguiente bloque de variables hace referencia a la exposición y afectación que experimentan los/as informantes clave a la VLE.

Más de la mitad de la muestra entrevistada considera muy importantes las situaciones de VLE en su centro/lugar de trabajo; y un 38,5% le otorga bastante importancia. Solo un 2,6 % considera este riesgo laboral como de poca importancia (Gráfico 8).

Gráfico 8. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Importancia.

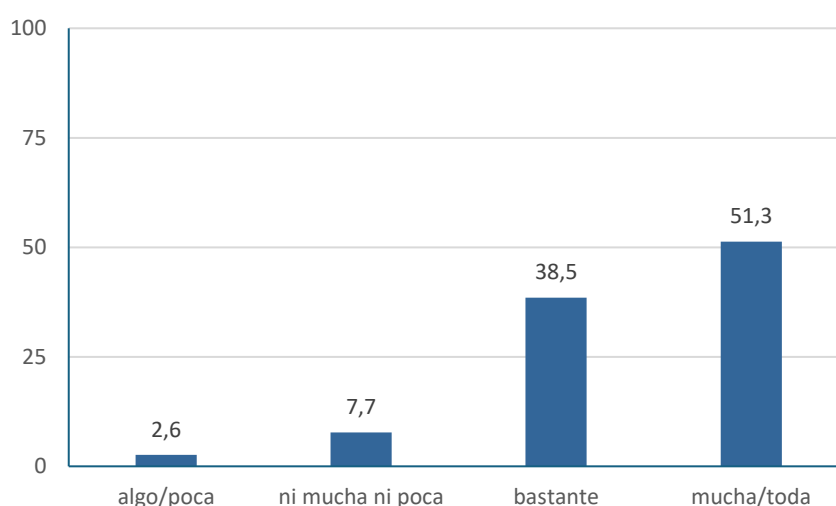
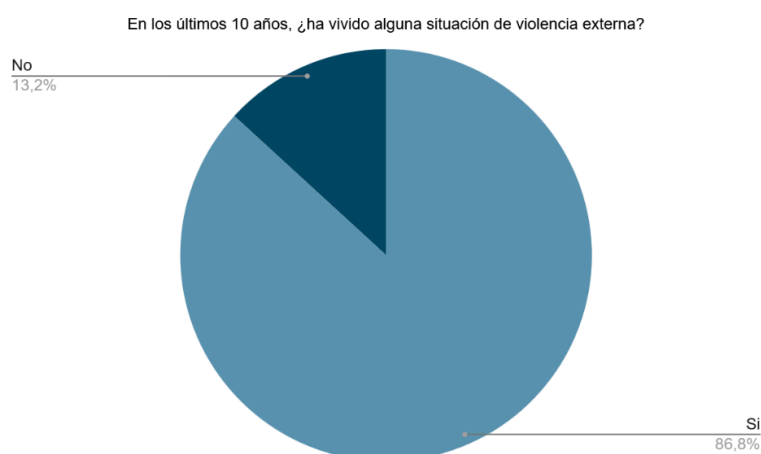


Gráfico 9. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Exposición a VLE.



El 86,8 % de los informantes clave afirmó haber sufrido alguna situación de violencia externa en su puesto de trabajo en los últimos 10 años; frente a un 13,2 % que no había sufrido este tipo de riesgo (Gráfico 9).

En relación con la frecuencia con la que ocurren las acciones de violencia externa en su centro de trabajo, el 41 % contestó que ocasionalmente, frente a un 30,8 % que decía que raramente ocurrían. En cambio, el 15,4 % de las personas encuestadas contestaron que su ocurrencia era muy frecuente, y un 12,8% que decía que era frecuente (Gráfico 10).

Gráfico 10. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Frecuencia de la exposición.

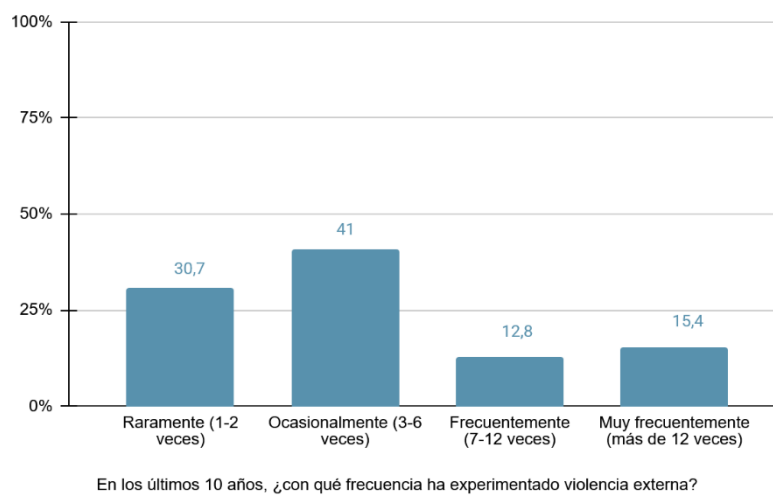
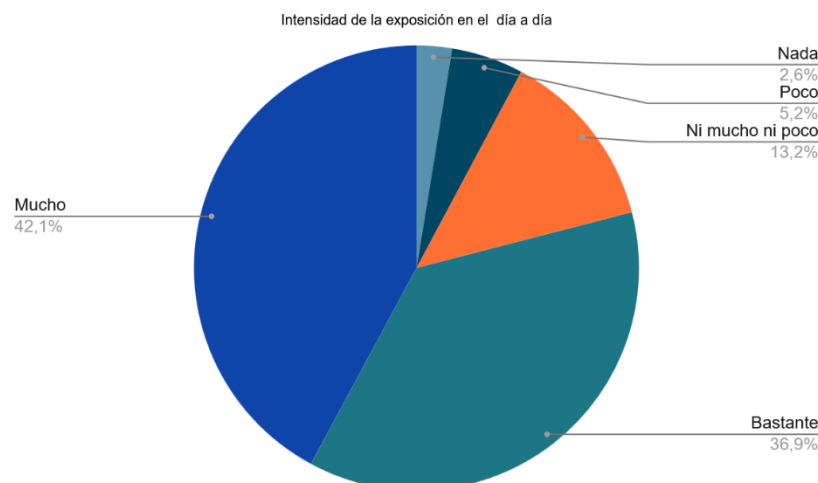


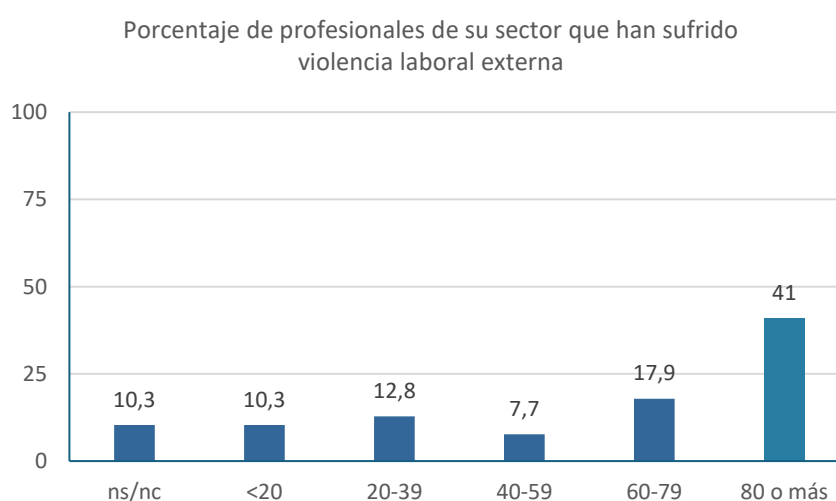
Gráfico 11. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Intensidad de la exposición.



Preguntados sobre la intensidad de exposición a violencia externa que sienten en sus centros de trabajo en el día a día, más de un tercio de las personas informantes indica que es mucha (36,8%); para un 42,1% es bastante; un 5,3% estima que es gestionable (ni mucha ni poca); mientras que es poca para un 13,2 %; y solo un 2,6% siente que no hay exposición a violencia externa es nada (Gráfico 11).

En relación con el porcentaje de profesionales de su ámbito que estima que han sufrido VLE, el 41 % de la muestra considera que más del 80 % la ha sufrido; mientras que el 10,3% estima que solo la ha vivido menos de un 20 % de las personas trabajadoras de su ámbito (ver Gráfico 12).

Gráfico 12. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Porcentaje de población afectada.



B. Tipología

El siguiente bloque de variables recoge información sobre las formas y características de la VLE que se experimenta en los tres ámbitos analizados.

Preguntados por qué tipo de violencia suele ocurrir en su centro de trabajo, el 97,4 % de las personas encuestadas contestó que la violencia verbal tiene presencia en sus centros de trabajo. La violencia psicológica está presente en el 66,7 % de los centros de trabajo, seguido por la violencia física con un 46,2 %. Las violencias con menos presencia en los centros de trabajo son la simbólica con un 28,2%, la telemática-digital con un 10,3 % y la económica con un 7,7 % (Gráfico 13).

Gráfico 13. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Tipos de violencia.

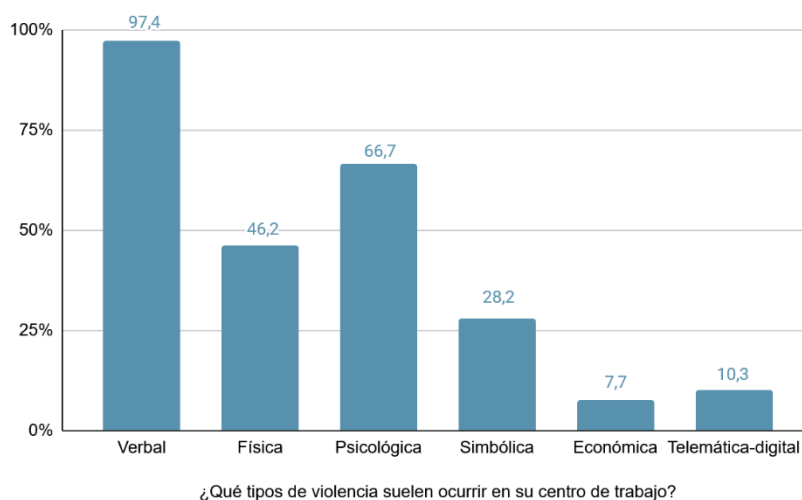
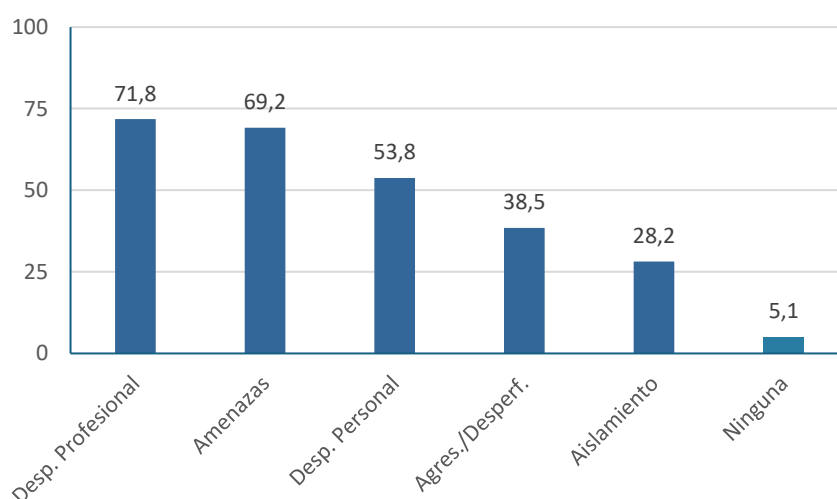


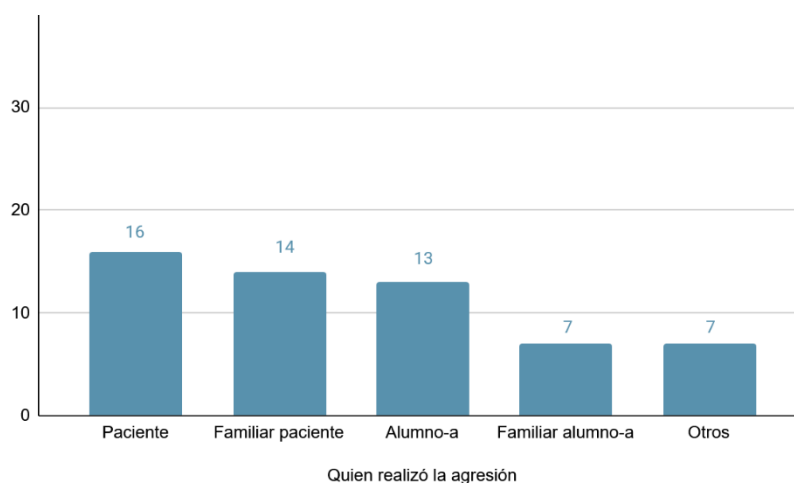
Gráfico 14. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Maniobras de violencia.



A la hora de ejercer la violencia la maniobra más utilizada es el desprestigio profesional (71,8 %), seguida por el uso de amenazas físicas y/o verbales (69,2 %), el desprestigio personal (53,8 %), las agresiones y desperfectos (38,5 %), y el aislamiento (28,2 %). Solo un 5,1 % de las/os informantes refieren que no ha habido maniobras (Gráfico 14).

Sobre las personas que comenten la violencia (agentes), como cabría esperar, dependen del ámbito en cuestión. Así, en el ámbito sanitario y SAD las agentes son los/as pacientes o sus familiares; en este caso, se informa de que las agresiones de unos y otros son similares. En el ámbito educativo las agentes son el alumnado y sus familiares; en este caso, la violencia del alumnado duplica a la de los familiares. (Gráfico 15).

Gráfico 15. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Agente de la violencia.

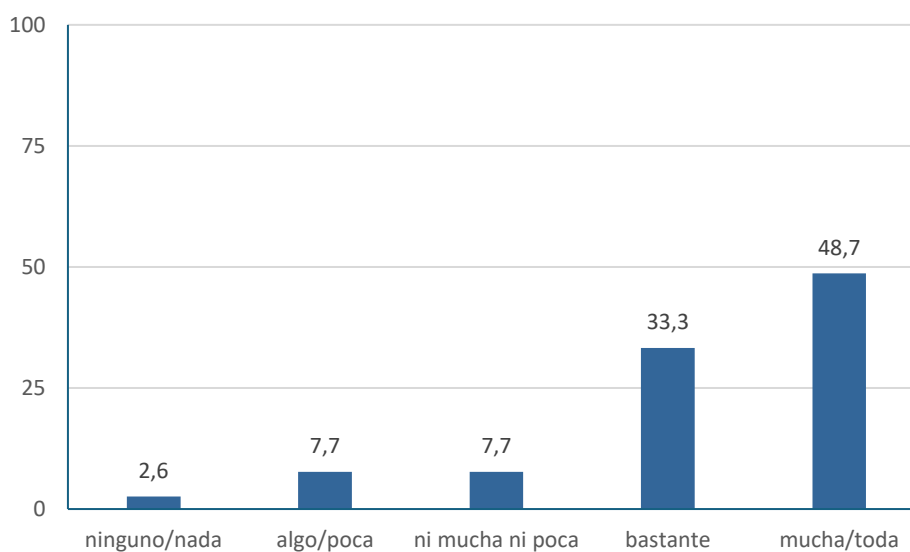


C. Daños

La información recogida en este bloque hace referencia a las consecuencias que se derivan del riesgo de VLE.

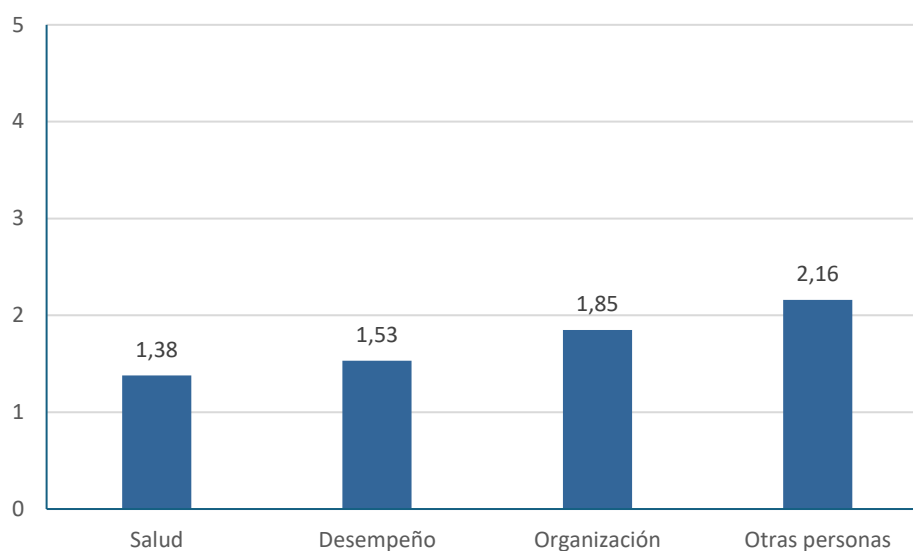
Casi la mitad de los informantes clave (48,7 %) valora como muy elevado el daño que suponen las situaciones de violencia externa. Una tercera parte (33,3 %) lo estima como bastante elevado. En el lado contrario, un 7,7 % valora el daño percibido como poco; y un 2,6 % considera que no existe (Gráfico 16).

Gráfico 16. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Daño percibido.



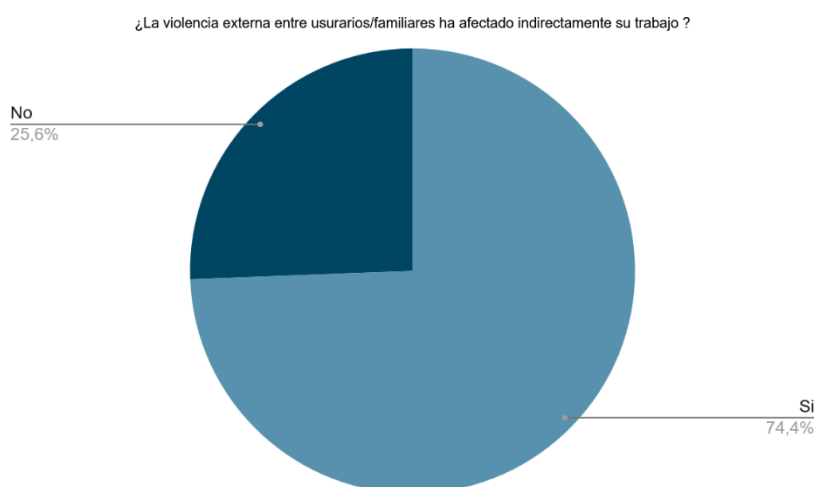
Al ser consultados por los aspectos a los que afecta este riesgo laboral, los informantes valoran que el más afectado es el de la salud y la seguridad de las personas trabajadoras ($\bar{x} = 1,38$; la escala es inversa: a menor puntuación mayor afectación). El segundo aspecto más afectado es el desempeño de las tareas; el tercero el funcionamiento de la organización; y, en último lugar, otras personas usuarias del servicio (Gráfico 17).

Gráfico 17. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Elementos afectados.



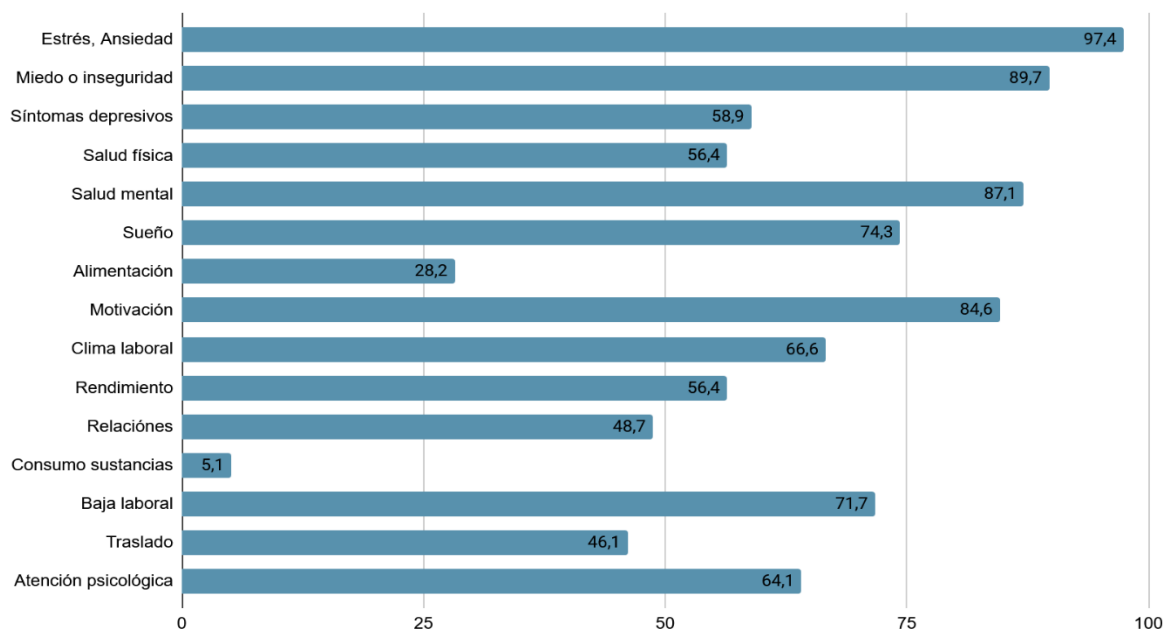
Por su parte, la violencia generada entre usuarios-as/familiares afecta al trabajo de un 74,4 % de las personas informantes (Gráfico 18).

Gráfico 18. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Afectación violencia entre externos.



Entre los daños que produce la VLE destacan los que afectan a la salud de las personas trabajadoras. Destaca con un 97,4% el estrés y la ansiedad, seguido por el miedo y la inseguridad con un 89,7%; también son relevantes los problemas relacionados con la salud mental (87,1%). En relación con la organización, la principal consecuencia es la reducción en la motivación de las personas trabajadoras (84,6%), la baja laboral (71,7 %) y el deterioro del clima laboral (66,6) (Gráfico 19).

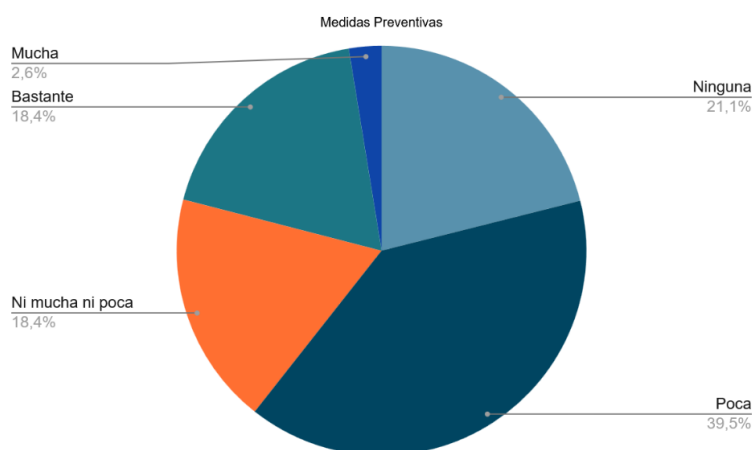
Gráfico 19. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Consecuencias.



D. Actividad preventiva

Este bloque recoge información relacionada con la actividad preventiva que se realiza en los tres ámbitos frente al riesgo de la VLE.

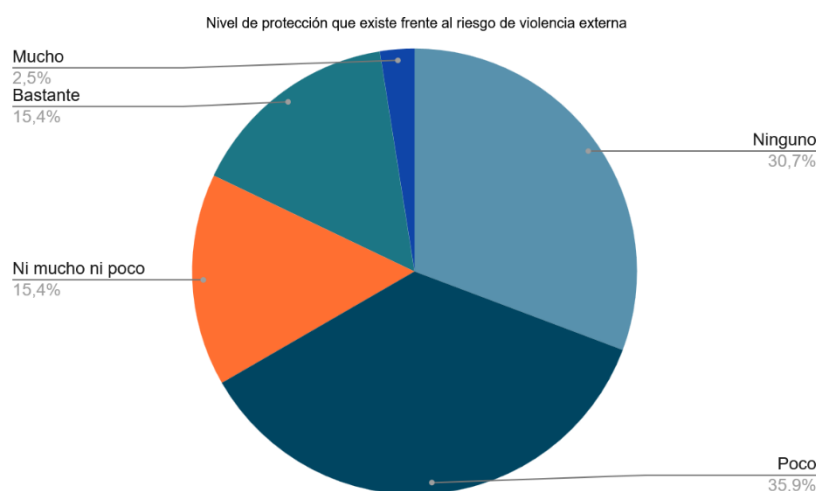
Gráfico 20. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Medidas existentes



El 39,5 de los informantes clave expone que hay pocas medidas preventivas en los centros de trabajo, y el 21,1% que ninguna. En el lado opuesto, el 18,4% considera que existen bastantes medidas, y el 2,6 % que muchas (Gráfico 20).

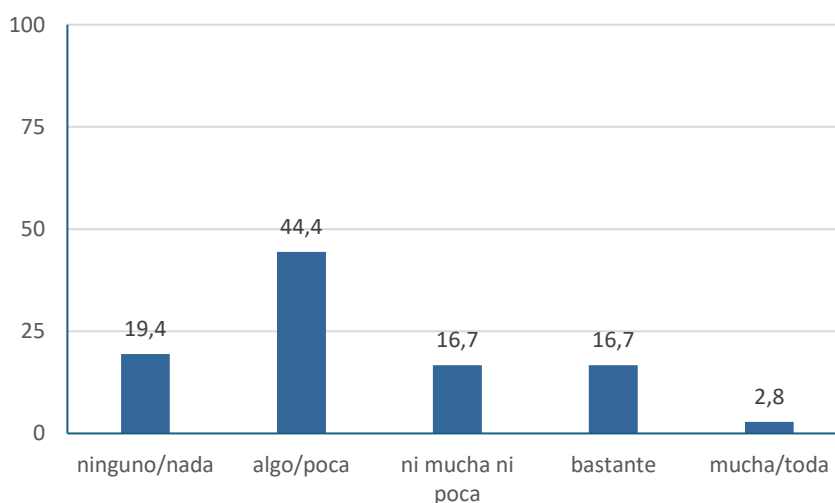
El 2,5 % de los informantes clave consideran que el nivel de protección que existe frente a este riesgo es mucho; un 15,5 % estiman que bastante. En el lado contrario, un 35,9 % consideran que la protección es poca, y un 30,7 % que nula (Gráfico 21).

Gráfico 21. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Nivel de protección frente al riesgo



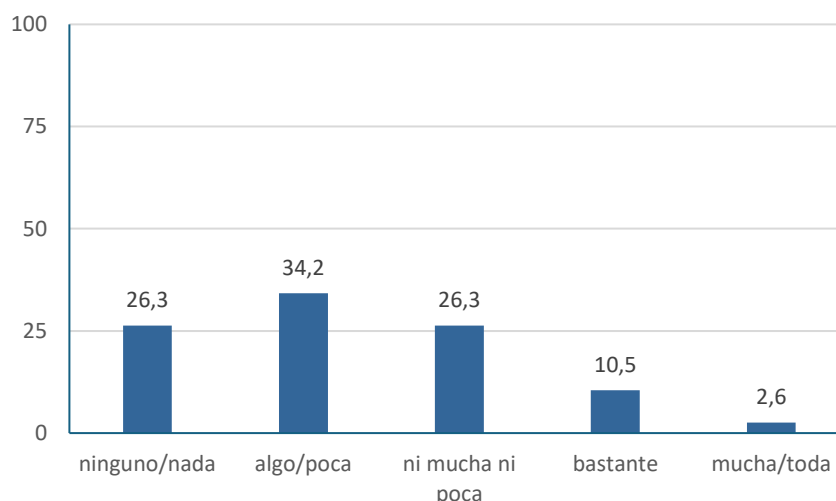
Sobre la gestión preventiva, el 2,8 % de los informantes clave indica que es mucha; y el 16,7 % que es bastante. En el lado opuesto, el 44,4 % la valoran como poca; y el 19,4 % como ninguna (Gráfico 22).

Gráfico 22. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Gestión preventiva.



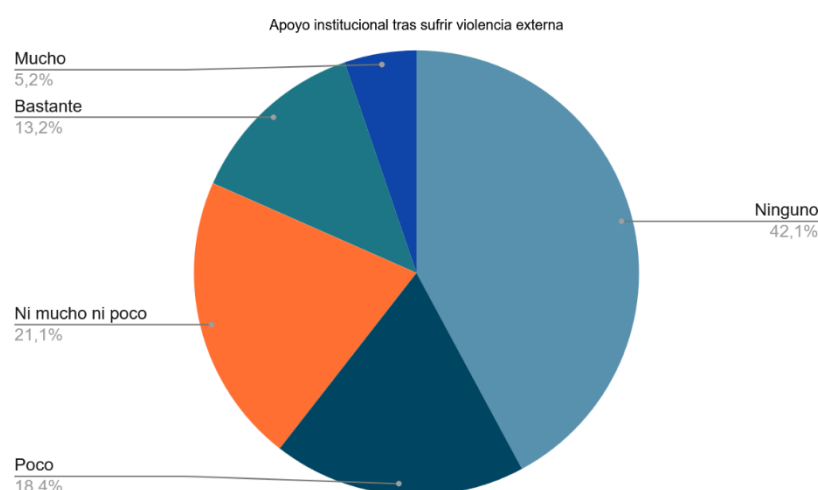
En el mismo sentido se expresan al valorar las soluciones preventivas aplicadas en sus centros. El 26,5 % considera que no se aplica ninguna solución; y el 34,2 % que pocas. En el otro lado, el 10,5 % estima que se aplican bastantes soluciones; y el 2,6 % que muchas (Gráfico 23).

Gráfico 23. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Soluciones aplicadas.



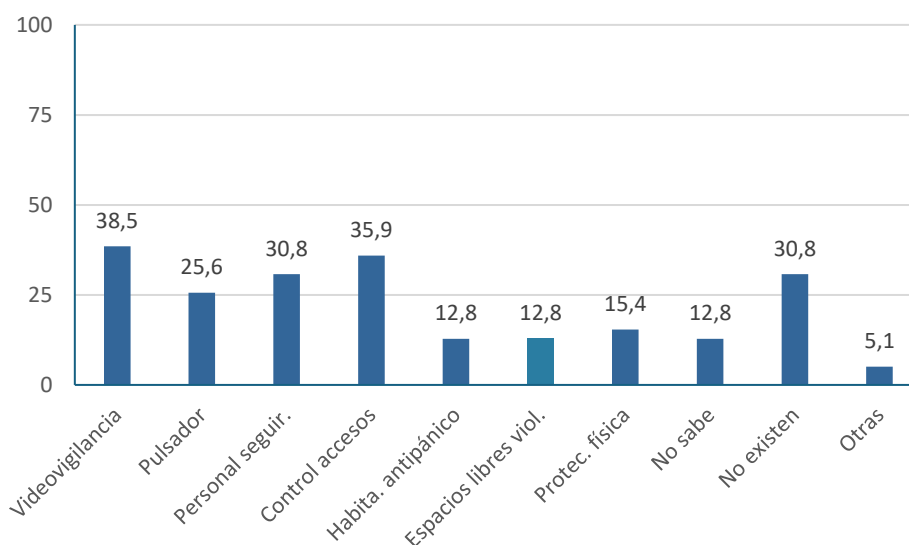
Por lo que respecta al apoyo que se recibe por parte de las instituciones tras sufrir una acto de violencia externa, el 42,1% de los informantes clave opinan que no reciben ningún tipo de apoyo, y el 18,4% poco. En cambio, el 13,2% opinan que es bastante, y el 5,2% que es mucha (Gráfico 24).

Gráfico 24. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Apoyo institucional



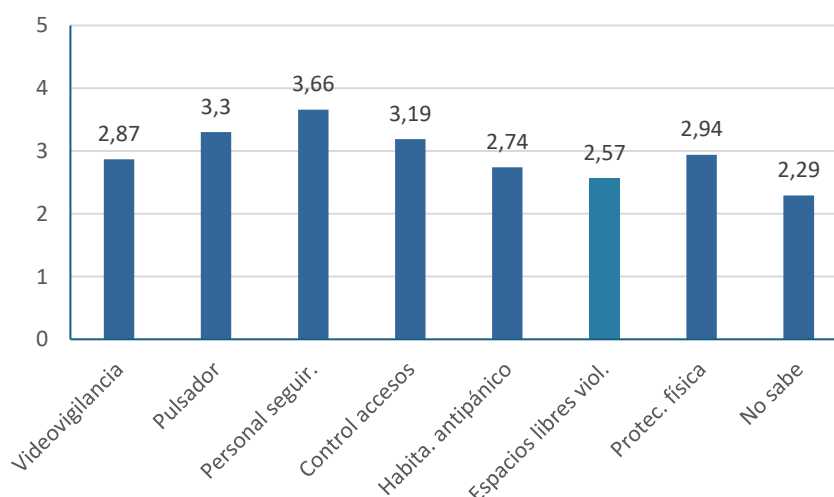
Entre las medidas más extendidas en los centros está la videovigilancia (38,5 %), el control de accesos (35,9 %) y el personal de seguridad (30,8 %). Un 30,8 % de los informantes clave señalan que en su centro no existen medidas de seguridad específicas (Gráfico 25). De todas ellas, la más utilizadas frente al riesgo de violencia son el pulsador de alarma (17,9 %) y el personal de seguridad (10,3 %).

Gráfico 25. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Medidas preventivas disponibles.



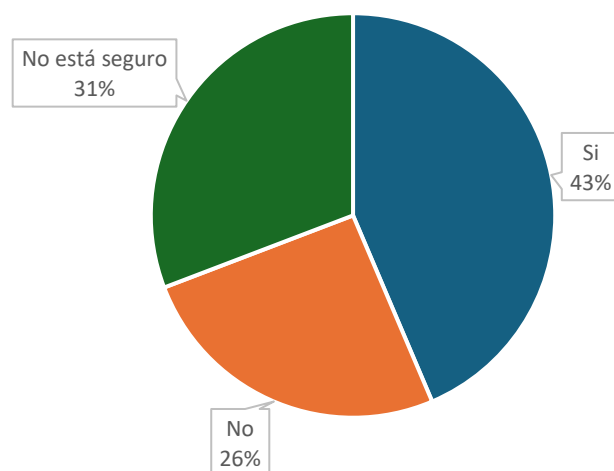
De entre esas medidas a las que se otorga mayor importancia son, por orden descendente: el personal de seguridad ($\bar{x} = 3,66$), el pulsador de alarma (3,30), el control de accesos (3,19) y la protección física -mamparas, cristales de seguridad- (2,94). Las consideradas menos importantes son la señalización de espacios libres de violencia (2,57), la habitación y/o puerta antipánico (2,74) y la videovigilancia (2,87) (Gráfico 26).

Gráfico 26. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Importancia medidas preventivas.



El 43,6 % de los informantes indica que en su organización existe un registro sistemático de incidentes de violencia, frente a un 25,6 % que indica que no existe. Un 30,8 % no está seguro (Gráfico 27).

Gráfico 27. Distribución de la muestra de informantes en función de la variable Registro de incidentes.



4.1.3. Principales resultados cualitativos

La guía de entrevista utilizada en esta investigación, como se ha indicado anteriormente, recoge información sobre tres grandes categorías:

- 1) Situación de la VLE (causas que generan la VLE, evolución, impacto y colectivos más expuestos)
- 2) Acciones preventivas (conocimiento de medidas, información, formación y divulgación, medidas implantadas, limitaciones, apoyo/acompañamiento)
- 3) Propuestas de mejora

A continuación, se exponen los principales resultados de cada una de ellas.

1) SITUACIÓN DE LA VLE

a. Causas de la VLE

a1) Ámbito de la Sanidad pública

En el ámbito de la SANIDAD los profesionales sanitarios (PS), participantes del estudio, consideran que existen múltiples causas que favorecen la aparición de comportamientos violentos (véase Tabla 21).

Tabla 21. Principales causas de la violencia externa en el ámbito sanitario.

Causas de la violencia externa en el ámbito sanitario		
Saturación asistencial y tiempos de espera prolongados	Disconformidades en el trato y el resultado del servicio	Normalización de la violencia en la sociedad
- falta de recursos - sobrecarga de trabajo - largas listas de espera - demoras para ser atendidos o recibir resultados	- expectativas poco realistas sobre la atención - falta de conocimiento de cómo funcionan los servicios - falta de información - mala comunicación profesional sanitario-paciente	- frustración - falta de seguridad en los centros de salud - insuficiente formación del personal para manejar situaciones de conflicto - percepción de impunidad por parte de los/as agresores - ausencia de protocolos definidos - escaso respaldo institucional - falta de educación

Sin embargo, la mayoría coincide en la **saturación asistencial y los tiempos de espera prolongados** (la falta de recursos, la sobrecarga de trabajo, las largas listas de espera, las demoras para ser atendidos o recibir resultados), como detonantes principales:

(E3) *“las largas horas de espera que pasan en las consultas, en sala de espera y se pone la gente nerviosa”*

(E5) *“los tiempos de espera a la suma de la mala gestión tanto de los pacientes como del personal de los recursos que tenemos, porque la gente viene a urgencias y les toca esperar mucho, pero porque realmente no están bien informados de para qué son los servicios de urgencias”*

(E10) *“tenemos muchos problemas de personal, con lo cual la presión asistencial crece y no se puede atender correctamente a las demandas de la población...”*

(E100) *“el tiempo de espera para la atención médica, tanto en urgencias como a lo mejor en ambulatorios”*

Por otra parte, se resaltan también las disparidades en cuanto a la percepción del trato y del servicio. Podríamos indicarlo como **disconformidades en el trato y el resultado del servicio**. Aquí, las *expectativas poco realistas sobre la atención* también juegan un papel crucial. Es una creencia tácita que los profesionales tienen la obligación de satisfacer cada demanda de manera inmediata, sin tener en cuenta las limitaciones del sistema o las prioridades clínicas, y esto suele generar conflictos:

(E16) *“la falta de personal, la falta de medios, porque como se atrasan hay más listas de espera y más demora en las consultas, pienso que puede ser posiblemente por lo que la gente está más desesperada y aguanta menos”*

(E19) *“las demoras y las listas de espera y demás, claro, todo eso genera una crispación en la gente, porque entiende que el servicio público es gratuito y suyo, ¿sabes?”*

y él manda, por así decirlo, porque a mí me lo han llegado a decir así, ¿sabes? Es que yo te pago a ti, ¿vale?”

También, se indican como motivos *la falta de conocimiento de cómo funcionan los servicios, la falta de información y la mala comunicación profesional sanitario-paciente:*

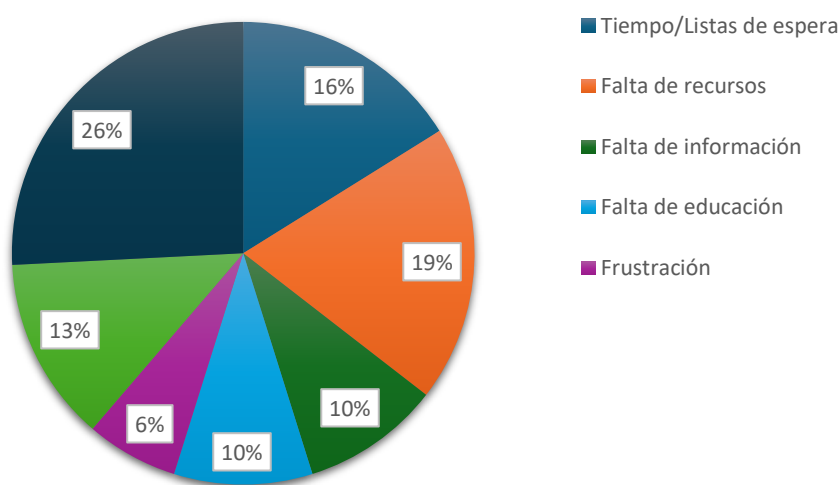
(E3) “Principalmente es el tiempo de espera y que no se les da la información suficiente. También la falta de información”

(E13)” Por otra parte, lo pagan con las personas que son directamente los que les atienden, no utilizan los cauces por falta de información, porque bueno, porque les es más fácil pagarlo con el primer, la primera persona que se encuentran”

Otro factor relevante es la **normalización de la violencia en la sociedad**. En algunos entornos, la agresividad verbal o física se ha vuelto más común como forma de expresar el descontento (*frustración*), y esta actitud se traslada al entorno sanitario (Urgencias, salud mental, adicciones y atención domiciliaria son ámbitos con mayores niveles de estrés y vulnerabilidad, donde se acumulan factores de riesgo, como enfermedades psiquiátricas no tratadas, consumo de sustancias o situaciones sociales complejas). *La falta de seguridad* en los centros de salud, la insuficiente formación del personal para manejar situaciones de conflicto y la *percepción de impunidad* por parte de los agresores también exacerbaban el problema, así como la *falta de educación* (usuarios/as que creen que “no pasa nada” por insultar o amenazar). La *ausencia de protocolos* definidos y el *escaso respaldo institucional* pueden provocar que el personal se sienta vulnerable y desprotegido.

(E10) “La gente no agrede por gusto; agrede porque está harta de esperar horas, porque no entiende el sistema y porque cree que el profesional es responsable directo de todo...las prisas, la frustración no gestionada, la mala educación, la sociedad en la que vivimos, que parece que el que más grita es el que más razón tiene ...”.

Gráfico 28. Porcentaje de frecuencia de las causas



En cuanto a las respuestas dadas, en el gráfico 28 observamos el porcentaje de veces que aparece cada una de las causas. En la categoría **otras** (26%) entrarían respuestas referidas a antecedentes psiquiátricos, enfermedades, mala gestión, malas noticias...; problemas estructurales como la **falta de recursos** (profesionales, materiales) con el 19% y **el tiempo de espera y las listas de espera** con el 16%, contribuyen al incremento de la violencia en centros de salud y hospitales.

a2) Ámbito de la prestación de servicios de asistencia pública

En el colectivo de auxiliares de prestación de servicios de asistencia pública, los participantes resaltan que las causas que favorecen la aparición de comportamientos violentos son **las características de la unidad familiar, la falta de reconocimiento social de la profesión, y la falta de respeto** (véase Tabla 22).

Tabla 22. Principales causas de la violencia externa en el colectivo SAD.

Causas de la violencia externa en el colectivo SAD		
Las características de la unidad familiar	La falta de reconocimiento social de la profesión	La falta de respeto
- trabajo con personas en dificultad (enfermedad mental, consumos sustancias, personas violentas /agresivas, personas o familias con graves carencias educativas, sociales, económicas, etc.) - atención en situaciones de urgencia / emergencia social - escasez de medidas preventivas	- escasa valoración y falta de apoyo de superiores/as. - falta de claridad en la asignación de tareas - incomprensión de las limitaciones del servicio - puestos con un/a solo/a trabajador/a, escasez de personal, plantillas inadecuadas - falta de formación en prevención - escasa actuación ante situaciones de agresiones, ausencia o déficits de medidas de seguridad	- ofensas verbales, amenazas, acoso/intimidación, violencia física y atención sexual no deseada - actitudes discriminatorias hacia profesionales por razones de género, etnia o acento - personas que desconocen la normativa que regula las ayudas y recursos sociales solicitados - personas que cuentan con expectativas elevadas, superiores o diferentes, en torno a la atención social que se les puede ofrecer

(E25) “...muchos de los hijos que viven con los padres viven de los padres, viven de esa pensión, viven de ese piso en renta antigua, no quieren vivir esa situación y estar permanentemente con los padres, pero tampoco pueden irse, con lo cual ahí hay un choque de maltrato tanto hacia el usuario/usuarioa como hacia los trabajadores”

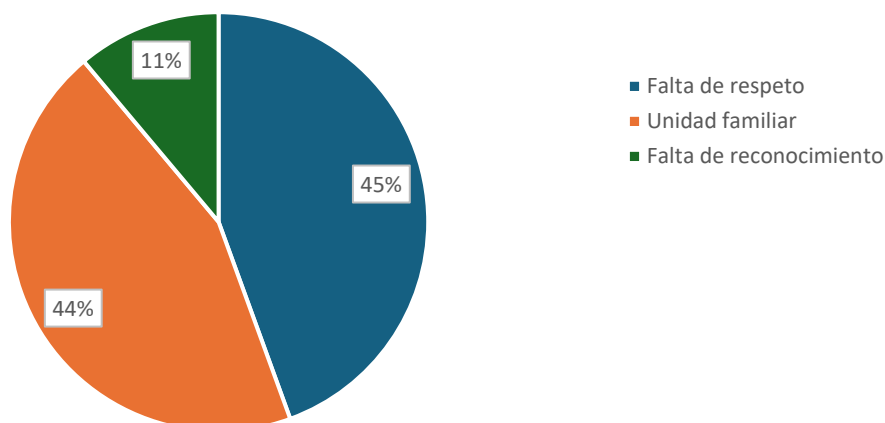
(E26) “...mis usuarios son todo gente mayor, son personas mayores, entonces su mentalidad es muy cerrada, muy a lo de antes. Y, por ejemplo, el problema que más tenemos son los maridos de las usuarias, por como es el trato: tú vienes a hacer a mi mujer, pero también me tienes que limpiar a mí, me tienes que hacer la cama “

(E28) “no tienen un respeto hacia nosotras, ..., seguimos siendo las chachas, las chicas que van a limpiar...somos chicas de la limpieza”

(E22) “...las personas mayores, las mujeres que han dominado toda la vida, piensan que eres su chacha. Es que no sabes hacer esto, no sabes hacer lo otro, porque claro, se piensan que eres su criada...”

En el gráfico 29 observamos el porcentaje de veces que aparece cada una de las respuestas dadas como causas. En la categoría **falta de respeto** (45 %) entrarían respuestas referidas a ofensas verbales, amenazas, acoso/intimidación, violencia física y atención sexual no deseada; actitudes discriminatorias hacia profesionales por razones de género, etnia o acento; personas que desconocen la normativa; personas que cuentan con expectativas elevadas, superiores o diferentes, en torno a la atención social que se les puede ofrecer...; la **unidad familiar** con el 44% (trabajar con personas en dificultad (derivados de enfermedad mental, consumos de alcohol/drogas, personas violentas /agresivas, personas o familias con graves carencias educativas, sociales, económicas, etc.) y la atención en situaciones de urgencia / emergencia social, escasez de medidas preventivas,) y la **falta de reconocimiento** con el 11%, (la escasa valoración y la falta de apoyo de superiores; la falta de claridad en la asignación de tareas; la incomprensión de las limitaciones del servicio; puestos con un/a solo/a trabajador, escasez de personal, plantillas inadecuadas) favorecen el incremento de la violencia en domicilios.

Gráfico 29. Porcentaje de frecuencia de las causas



a3) Ámbito de la educación pública

En cuanto al colectivo de Educación (véase Tabla 23) los participantes del estudio también consideran que existen múltiples causas que favorecen la aparición de comportamientos violentos.

Tabla 23. Principales causas de la violencia externa en el sector educativo.

Principales causas de la violencia externa en el sector educativo		
Factores relacionados con la estructura de la escuela	Factores relacionados con las formas de educación de las familias	Factores relacionados con la sociedad en general
- Pérdida de autoridad moral y falta de reconocimiento social de la profesión docente - Medidas de atención a la diversidad - Falta de integración de parte del alumnado - Falta de formación, por parte de algunos/as profesores/as, en la forma de afrontar tal problemática. Estilos docentes poco pedagógicos. - Jóvenes con elevado fracaso escolar que no encuentren la correcta respuesta a sus necesidades e intereses, expresando este malestar de forma agresiva o violenta	- Familias en las que las relaciones afectivas y de relación entre sus miembros están marcadas por la violencia y la agresividad - Familias desestructuradas. Padres divorciados. - Padres que no educan coherentemente a sus hijos/as, por falta de tiempo o por falta de formación - Progenitores que adoptan una posición de justificación y defensa ante cualquier tipo de conducta de sus hijos	- La fuerte exposición a la violencia a través de los medios de comunicación, películas y otros formatos de difusión como Internet y videojuegos - Tratamiento de la violencia como algo banal o trivial. - La justificación moral de la violencia que se produce en la sociedad. - La exclusión social o el sentimiento de exclusión de parte de la población expuesta a desigualdades sociales y/o económicas. - Falta de competencias sociales

Pero, para la mayoría coincide (véase Gráfico 30) que **los factores relacionados con la estructura de la escuela** son los detonantes principales:

☐ *Pérdida de autoridad moral y falta de reconocimiento social de la profesión docente (33%),*

(E36) “Si tuviera que decir alguna causa, muy probablemente sería el escaso reconocimiento a la profesión”.

(E39) “El desprestigio de la profesión. Creo que en primer lugar las familias y los alumnos cada vez nos ven más como sirvientes, es decir, que estamos a su servicio y que tenemos que estar ahí para todo y somos más molestos que otra cosa”

(E51) “Cada vez se valora menos la figura del profesorado, se respeta menos la labor que hacemos tanto por parte del alumnado como de las familias”.

☐ *Medidas de atención a la diversidad: ineficaces en algunos casos, o con falta de recursos humanos y materiales suficientes, en otros (13%).*

(E41) “Creo que la falta de recursos o la falta de docentes o de personal en este sector es la principal causa de la que podrían derivar estas consecuencias. Otra causa podría ser también no tener formación o no saber cómo actuar ante estos casos de violencia, tanto al respecto de cómo actuar nosotros de cara al alumnado y cómo poder reducir al alumnado sin hacerles daño o sin tener o cómo poder hacerlo sin que ellos se sientan

dañados, de la forma menor posible y también al revés, es decir, cómo poder hacer que eso tampoco nos implica a nosotros un daño”.

❑ *Falta de integración de parte del alumnado.* Existencia de conductas de racismo, falta de tolerancia y prejuicios culturales. Circunstancias que, en algunos casos, dificultan la convivencia.

(E44) “He tenido más problemas con alumnos que son del norte de África, magrebíes; por ser mujer no tengo autoridad sobre ellos, entonces tampoco me obedecen”

❑ *Falta de formación, por parte de algunos profesores/as, en la forma de afrontar tal problemática. Estilos docentes poco pedagógicos (7%).*

❑ *Jóvenes con elevado fracaso escolar que no encuentren la correcta respuesta a sus necesidades e intereses, expresando este malestar de forma agresiva o violenta.*

(E30) “...muchas veces acceden al sistema educativo personas que a lo mejor no están realmente adaptadas a estar conviviendo con otro tipo de personas, ¿vale? Hay alumnos que ya de por sí tienen historiales violentos y se les orienta a lo mejor a hacer una serie de estudios a los que no es su mejor perfil”

Otros factores relevantes están **relacionados con las formas de educación de las familias**. Se puede explicar la violencia de los jóvenes o adolescente debido a deficiencias en las relaciones familiares

❑ *Familias en las que las relaciones afectivas y de relación entre sus miembros están marcadas por la violencia y la agresividad.* Se tiende a repetir el estilo de relación aprendido desde la infancia.

(E32) “Son familias que no están contentas, que tienen una percepción de la realidad diferente a la que tenemos en el centro educativo y esa es su manera de gestionarlo. Es con violencia verbal. En ningún momento, agresiones”.

❑ *Familias desestructuradas.* Padres divorciados (7%).

(E44) “...los alumnos que tengo, que son de familias desestructuradas, de padres separados, esos también tienen una actitud muy desafiante porque están acostumbrados a funcionar: que yo en mi casa hago, mi madre hace lo que yo quiero y luego en casa de mi padre también se hace lo que yo quiero, entonces funcionan así. Entonces se vuelven muy tiranos.

❑ *Padres que no educan coherentemente a sus hijos, por falta de tiempo o por falta de formación, creando jóvenes que crecen sin límites de comportamiento.*

(E31) “Por parte de los familiares abandono, creo que abandono, dejadez. Incluso algunos están solos y eso pues claro, no ayuda tampoco, si los padres llegan a casa muy tarde, muy cansados, no pueden estar tampoco pendientes de sus hijos como a lo mejor se debería y eso también puede influir bastante”

❑ *Progenitores que adoptan una posición de justificación y defensa ante cualquier tipo de conducta de sus hijos. Padres que no realizan ninguna corrección en el comportamiento de sus hijos, en este caso*

concreto respecto a conductas agresivas o violentas, lo que produce un reforzamiento moral de dichas conductas (23%).

(E34) "...principalmente los padres, creo que es el problema, que dan pábulo a cualquier cosa que hacen los hijos y luego nos cuestionan y los hijos, claro, luego eso lo muestran en las clases"

Por último, estarían los factores **relacionados con la sociedad en general**:

☐ *La fuerte exposición a la violencia a través de los medios de comunicación, películas y otros formatos de difusión como Internet y videojuegos (7%).*

☐ *Tratamiento de la violencia como algo banal o trivial. Tratándola como un juego o divertimento en el que no se es consciente de las consecuencias que producen los que la padecen.*

(E51) "También, quizá, en las redes sociales hay ciertos referentes para el alumnado, que no es lo mejor para una educación correcta"

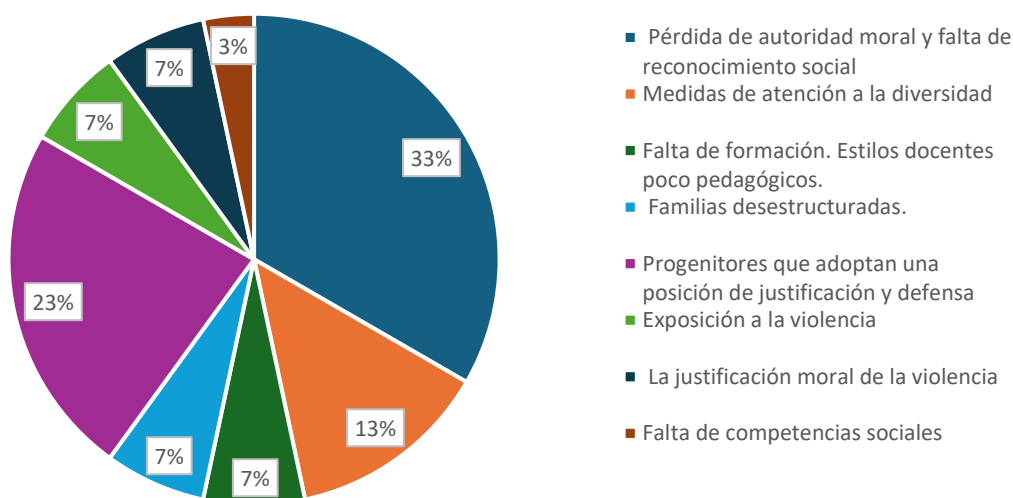
☐ *La justificación moral de la violencia que se produce en la sociedad (7%).*

(E39) "creo que la violencia general que cada vez hay más en la sociedad y cómo se plasma en el entorno."

☐ *La exclusión social o el sentimiento de exclusión de parte de la población expuesta a desigualdades sociales y/o económicas.*

☐ *Falta de competencias sociales, de un porcentaje enorme de la población, que dificulta las relaciones normales de convivencia (7%).*

Gráfico 30. Porcentaje de frecuencia de las causas.



b. Evolución en los últimos 10 años

Se da un amplio consenso en los tres ámbitos sobre el aumento, en general, de la VLE.

En sanidad y educación se relaciona con la saturación/desmantelamiento del sistema público en general.

En SANIDAD, también, se relaciona con **el empoderamiento del paciente**, se observa que las personas usuarias tienen un nivel de exigencias muy alto hacia el personal sanitario, donde se creen que tienen solo derechos y ningún deber, que pueden actuar impunemente y sin consecuencias por sus actos y donde se desvaloriza el trabajo de los profesionales sanitarios en general.

(E6) "...yo creo que saben perfectamente que no les va a pasar nada y tienen conocimiento de ello. Son más conocedores de las leyes... se han hecho más exigentes"

(E7) "...a la insatisfacción y a la percepción que tiene el usuario de la atención inmediata, por decirlo de alguna forma o que no obtiene el servicio que quiere o lo que quiere"

En EDUCACIÓN se relaciona el aumento con los casos de **pérdida de autoridad moral y falta de reconocimiento social de la profesión docente**, así como con **el aumento de las enfermedades mentales y del alumnado con necesidades educativas especiales**.

(E51) "Sí, y también el alumnado con necesidades específicas, el alumnado con TDAH, con algún tipo de síndrome, también lo he notado"

(E39) "Por otra parte muchos temas de enfermedades mentales, o sea, la mayoría de los alumnos que agreden a profesores. Porque del entorno que yo he vivido, las experiencias que tenemos han sido alumnos que tienen diagnósticos psiquiátricos o que están pendientes de diagnóstico psiquiátrico, pero ya se le ven tintes que no está..., que algo hay"

En el SAD el aumento se relaciona con **el tipo de servicios que se ofertan**.

(E27) "...sí, han aumentado las agresiones porque hay más casos de dependencia"

Algunos de los aspectos más relevantes sobre el aumento de la violencia son:

- Tipos de agresión: más bajo el umbral y más graves.
- Se denuncia más.
- Aumento ligado a cambios sociales y pérdida de respeto institucional.
- Sociedad de la inmediatez: no paciencia ni valoración del aburrimiento
- Nueva forma de violencia a través de los móviles y la IA (E47 educación)

c. Impacto en las personas trabajadoras y la organización

Las consecuencias se manifiestan en distintos niveles: *personal* y *organizativo*, comprometiendo la salud mental del personal, deteriorando el clima laboral y afectando negativamente a la eficacia del sistema

c1) Nivel personal

Incluyen estrés postraumático, ansiedad, síntomas depresivos, alteraciones del sueño, desmotivación y pérdida de autoestima profesional. En algunos casos, se desencadena la decisión de abandonar el puesto o la profesión.

- agotamiento
- estrés
- ansiedad

(E6) “...el estrés y la ansiedad es una cosa muy genérica, pero claro, luego tú tienes síntomas, pues eso, estomacales, insomnio y tienes cosas, caída de pelo y son cosas que tú en ese momento igual no lo relacionas con el trabajo, pero que cuando te quitas del trabajo o te separas del trabajo, pues te das cuenta de que viene por ahí”

- desgaste emocional
- burnout
- sensación de desprotección, desvalimiento

(E41) “Levantarme por la mañana y decir: Es que no quiero. no me apetece ir a trabajar porque sé que hoy me van a pegar y sé que mañana me van a pegar y sé que pasado me van a pegar.”

- aislamiento

(E19) “A veces tienes ganas de desaparecer, o sea, directamente me voy de aquí porque se va a liar o por cualquier cosa”

- miedo anticipatorio. Miedo a acudir al domicilio

(E44) “Y lo hice, pero luego pensé que iba a tener unas consecuencias. por ejemplo, pues que me rompan el coche en la calle, porque yo aparcaba en la calle, en la calle en ese momento para ir al centro o que me pasara algo, me esperaran a la salida del centro y me hicieran algo”

(E16) “Afecta porque además la gente tiene miedo. Tiene miedo a ir a trabajar, tiene miedo a quedarse sola”

(E27) “...al día siguiente como que no te encuentras capaz de entrar a ese domicilio, de tratar con esa persona. Entrás con miedo, con inseguridad, ...entras a trabajar y claro, tienes que afrontarte a esa persona con otra actitud, no tienes que demostrar que tienes ese miedo, esa inseguridad, pero en el fondo la sientes y eso hace un poco más difícil el trabajo”

- hipervigilancia constante (alerta constante)

(E6) " ...te crea un estado de alerta constante, aunque no sea consciente, pero es constante"

(E19) "Y afectar, claro, es que estás constantemente en estado de alarma"

- impacto emocional prolongado fuera del horario laboral.
- pérdida de motivación

(E101) "se hace con menos ganas, es más pesado ir a trabajar"

- pérdida vocacional ("haces lo mínimo")

(E31) " ...estamos empezando a perder, digamos, la vocación. Nos la están robando porque es que es duro, es duro"

- frustración
- acoso sexual (sobre todo a maestras joven)

(E39) "Al alumnado las profesoras jóvenes les pueden aparecer atractivas, el acoso sexual pasa bastante, ya no es una agresión como tal, pero es una forma de agresión"

- hombres violencia física y mujeres verbal y sexual
- normalización de la violencia verbal

(E101) "La violencia verbal casi que la normalizamos en nuestro sector (SAD)"

c2) Nivel organizativo

Las agresiones reducen la calidad asistencial: el personal que desempeña funciones asistenciales tiende a adoptar posturas más defensivas, evita interacciones con algunas personas usuarias y prioriza su seguridad por encima de la relación terapéutica. Esto repercute en la eficacia del sistema y en los costes derivados del absentismo justificado por motivos de salud, las bajas laborales y la rotación de personal.

- deterioro de la relación terapéutica.
- impacto directo en la calidad asistencial.
- alteraciones en el clima laboral
- aumento de tensiones internas
- dificultades para cubrir necesidades de personal (por las bajas)
- priorización de tareas defensivas frente a asistenciales o educativas.
- perversión sistémica (adjudicación de los interinos a las plazas más precarizadas)

(E44) "Hoy, por ejemplo, he estado visitando un colegio en Manises, es lo que llaman ahora un centro singular, todo el alumnado está con algún tipo de situación complicada. Y me comentaban que el 70% del profesorado son interinos. Eso quiere decir que ninguno repite, muy poquitos repiten de un curso para otro"

d. Colectivos más expuestos

En Sanidad los colectivos más expuestos varían según su ubicación (atención primaria, atención especializada) pero el orden de prelación sería el siguiente: celadores/as, administrativos/as, médicos/as, enfermeros/as y TCAEs

En Educación serían los centros de secundaria, los centros específicos de educación especial (CEE), FP básica y alumnos del Programa de Mejora del Aprendizaje y del Rendimiento (PMAR) (E34, E44, E51). También, se incluiría a los interinos porque se quedan con las plazas que no se quieren cubrir (E44)

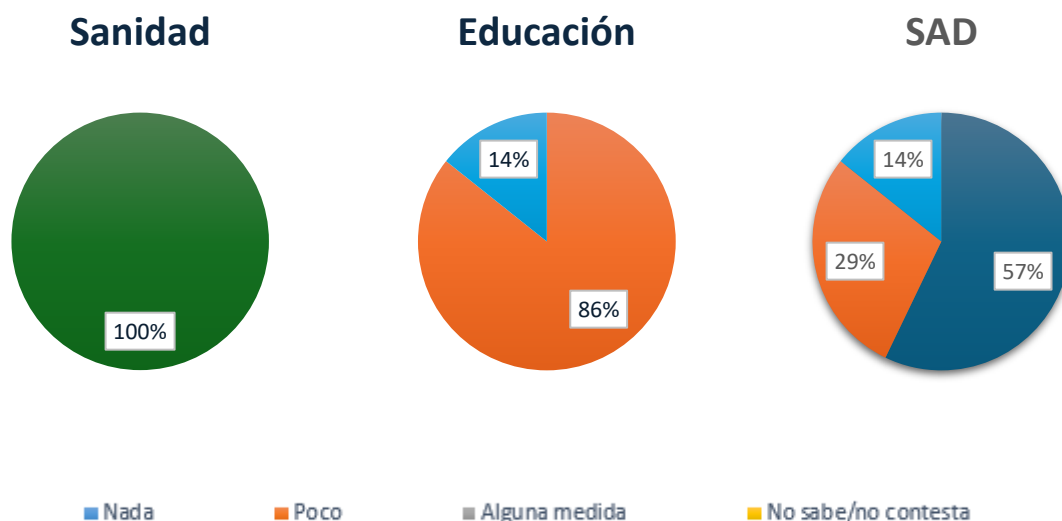
En el SAD es el personal asistencial domiciliario en intervención directa (E101), y las “compañeras de color” (E25).

2. ACCIONES PREVENTIVAS

a. Conocimiento de medidas

En general, el conocimiento es muy escaso (véase gráfico 31).

Gráfico 31. Conocimiento sobre las medidas.



(E51): “se va aprendiendo sobre la marcha”.

(E44): “El protocolo existe, pero si la dirección no lo impulsa, se queda en papel”.

Parece que en Sanidad hay más conocimiento que en Educación y SAD. En Sanidad van por delante de los otros dos ámbitos. En SAD el conocimiento es desigual y muchas situaciones no se formalizan

(E101). Existe presencia formal de protocolos en Sanidad y Educación. La activación depende del liderazgo y cultura organizativa. En Sanidad se reconoce mayor estructuración formal de protocolos (E10), aunque no siempre se aplican de manera homogénea. En educación, existe conocimiento sobre las medidas y protocolos de “convivencia”, pero se tiene escaso conocimiento sobre las medidas o protocolos de violencia externa (E44).

Tanto en Educación como en el colectivo de auxiliares del SAD se han creado, informalmente, grupos de WhatsApp para comunicar sobre situaciones de peligro. En educación está la figura del profesor-acompañante (sin formación específica, voluntarios), cuya función es facilitar el aprendizaje, potenciar la inclusión, o asesorar en procesos formativos, que evita en determinadas circunstancias que el alumno “problemático” se *dispare* o cometa algún tipo de violencia.

La medida más señalada es llamar al 112 o a la guardia civil.

b. Formación, información y divulgación

En general, falta formación, información y divulgación (en sanidad indican que hay mucha -campañas publicitarias-, pero en educación y SAD no). Las formaciones prácticas son valoradas positivamente:

(E10): “La formación práctica ayuda mucho, sobre todo cuando viene la policía a explicar cómo actuar”.

Sin embargo, se detecta insuficiencia formativa sistemática en los tres sectores. En el SAD la formación es descrita como escasa y poco continuada; déficit formativo sistemático; y no tanto centrada en conocer sino en actuar:

(E101): “Nos dicen que avisemos si pasa algo grave, pero lo leve no cuenta”.

La formación depende mucho de las ofertas institucionales (CEFIRE: educación, EVES: sanidad), y muchas veces es “auto-formación”.

c. Medidas implantadas

Sanidad: protocolos, cartelería disuasoria, formación, colaboración policial (interlocutor policial sanitario), botón del pánico (el flotador), cámaras de videovigilancia, personal de seguridad, planes integrales autonómicos, la comunicación de accidente de trabajo (CAT)
--

Educación: conserje, protocolos de convivencia (conciliación), mediación escolar, Plan PREVI, charlas informativas, respaldo sindical, apoyo puntal de equipos directivos (variable). Llamar al 112 (teléfono de emergencias), al Cuerpo Nacional de Policía (091) o a la guardia civil
--

("llamar a la policía" -E44-). Grupo de WhatsApp entre profesorado para situaciones de peligro; figura del profesor-acompañante (sin formación específica, voluntarios).

SAD: coordinación con servicios sociales, apoyo entre compañeras/os, intervención policial en casos graves, llamada a coordinadora, cambio de usuario/a, en casos de usuarios/as problemáticos/as rotación de empleadas/os

"Hay normativa, pero no se está aplicando ... por falta de presupuesto, dotación presupuestaria, ... personal especializado" (E47)

d. Medidas más útiles y menos útiles

Las medidas que se destacan como más útiles son:

- Acompañamiento por personal o fuerzas de seguridad.
- Apoyo institucional visible y rápido.

Mientras que las que se señalan como menos útiles son:

- Protocolos que solo existen "en papel".
- Formación genérica sin adaptación al puesto.

"Solo el acompañamiento funciona, pero no siempre lo tienes" (E10)

e. Limitaciones a la acción preventiva:

Persisten, todavía, una serie de desafíos: algunas instituciones carecen de recursos para implementar formación continua o contratar seguridad adicional; la cultura de tolerancia "0" no siempre está internalizada; el estigma asociado a denunciar por el temor a las represalias, burocracia o incluso a no ser creído frena muchos registros; la carga de trabajo limita el tiempo dedicado a la prevención activa.

Entre las principales limitaciones identificadas cabe señalar las siguientes:

- Falta de formación real
- Falta de información clara
- Normalización de la violencia
- Sensación de impunidad de la persona agresora

(E36)" Si tienes suerte se le expulsa 15 días o si es reiterado de forma excepcional un mes y al mes lo vuelves a tener ahí o a los 15 días lo vuelves a tener ahí...Estoy pensando en un caso en concreto, la inspección nos obligaba a tener que, bueno, inspección junto con personal enviado por Conselleria, que era de la USMIA, etcétera... nos llegó a presionar para que se tuvieran que reorganizar horarios, ya empezado el curso y atender a una

persona de forma particular en un aula aparte. Esa esa era toda la medida que nos pusieron a nosotros.: ¿Qué es lo que nos queda?"

- Falta de respaldo institucional firme.
- Sobrecarga de trabajo que impide aplicar medidas
- "Te preocupas por las medidas cuando te pasa algo"
- Cultura de normalización de violencia
- Miedo del profesional a presentar una denuncia (E44)

(E20) "Yo tengo que denunciar. De acuerdo. Yo denuncio. Pero ¿con qué dirección? ¿Con qué datos? con los míos personales. No, perdona, yo tengo que denunciar y decirle al que encima que me ha pegado dónde vivo o cuáles son mis datos personales. ¿Para qué? para que los meta en internet y aparezca cualquier dato con mi dirección, donde vive mi familia, donde vive todo el mundo y que me vuelva a canear, ¿no? Entonces, lo que se exige y lo que se pide es un número de empleado público, igual que lo tiene la policía, que dan un número de placa y con eso se justifica se justifica quién es y si quieren algún dato más a la Conselleria de sanidad, la Conselleria de sanidad se pone en contacto al igual que si hay un problema con un policía, lo que sea, un número de placa y el ayuntamiento, el cuerpo nacional de policía o la Guardia Civil identifica a esa persona y le hace comparecer donde corresponde. Pero ¿por qué tenemos que dar nuestros datos personales? Muchas denuncias no se plantean, no se proponen y se ponen por el miedo a dar tus datos personales y de donde resides"

- Falta de seguimiento/acompañamiento tras denunciar
- Desprotección/soledad ("la gente no tiene ganas de verse en estas cosas"-E44-)
- Permisividad de los profesionales que rebajan su autoridad
- Tiranía de los/as usuarios/as (que no entienden la autoridad y el respeto al profesional)
- Escasez de recursos humanos (especializado en el tema)
- Educación: la dirección va a la norma del protocolo, que sirve como "amenaza" (los partes): la norma no se aplica, sino que se amenaza
- Miedo desde la dirección para que no se dé mala imagen (no se difunda fuera y se solucione dentro)
- SAD: no se va más allá para no perder la persona usuaria. La empresa para posibles denuncias.
- Sobrecarga burocrática
- Dependencia del servicio o centro
- Aplicación desigual y tardía
- En SAD, falta de medidas preventivas estructurales, ni evaluación de riesgo del domicilio.

f. Apoyo/acompañamiento tras violencia

Valorado como fundamental, se observa una alta variabilidad en la calidad del acompañamiento. Por un lado, se menciona que es alta entre compañeros/as. Se menciona también apoyo de dirección -

pero es variable- (especialmente en centros educativos), sindicatos y, en algunos, casos asistencia jurídica (más) y psicológica (asistencia se da en Sanidad, no en Educación ni SAD).

En casos extremos, se indica el apoyo desde el personal médico a la hora de gestionar la baja, pero para separar a la víctima del foco de violencia no para resolver el foco (E44). En Educación, Inspección educativa *facilita* el traslado de grupo o de centro a la víctima de la agresión.

3. PROPUESTAS DE MEJORA

Las respuestas de los participantes coinciden en que las mejoras deben ser estructurales y culturales.

Propuestas de sanidad:

- Aislar al agresor (E4)
- Identificar domicilios/pacientes conflictivos (E20; SAMU)
- Informar a los pacientes: “No tiene que venir a urgencias por todo” (E5)
- Reforzar la atención primaria (E5)
- Sancionar a los agresores con trabajos a la comunidad, curso de recuperación de puntos... (E5)
- Reducir las listas de espera (E10)
- Dotar de más vigilancia (E10)
- Formación en habilidades comunicativas (E10)
- Reforzar las salidas a domicilio: 2 personas (E17)
- Potenciar la función informativa del SAIP (E18)
- Mejorar la capacitación profesional (gestión emocional, control de la ira, frustración) (E18)
- (E14): “La administración debería lanzar campañas claras de tolerancia cero”

Propuestas de educación:

- Agilizar los trámites (E48)
- Más personal (E48; E51)
- ATS en el centro
- Vigilantes en el centro
- Personal de apoyo para trabajar con ANEE
- Campañas de información
- Mejorar el sistema de protección a la víctima. Medidas extraordinarias: cambio de centro, cambio de grupo, acompañamiento psicológico (E48)
- Formación en prevención, gestión de conflictos, educación emocional (E38)
- Educador social en los centros (E38)

- Reducir la carga burocrática (E38)
- Dos profesores en el aula, desdobles (E44)
- Grupos de WhatsApp entre profesores (E44)
- Implicar a los padres, a la comunidad educativa (E44)
- (E47): “Si no bajas ratios y no aumentas plantilla, todo lo demás es parche”

Propuestas de los auxiliares del SAD:

- Teléfono de urgencia (E22)
- Sanciones sobre el servicio que se esté prestando (E22; E25; E26; E28)
- Realizar los servicios con 2 auxiliares (E25)
- Cursos de defensa personal (E26)
- Botón de teleasistencia (E26)
- Cursos de formación (E26)
- Las empresas tienen que intervenir más en los domicilios y hacer más comunicación con las personas usuarias (E27)
- Más seguimiento, en los domicilios (E52)
- Los/as usuarios/as y los/as familiares han de saber cuáles son nuestras funciones (E28)
- El/la trabajador/a social ha de realizar más visitas al domicilio (E28)
- Registro de incidencias e informes (E28)
- Diagnóstico de la unidad familiar (E52)
- Flujograma de decisiones (E52)
- Plantillas completas (E101)
- Apoyo psicológico (E101)

Como principales propuestas genéricas se indican las siguientes:

- Refuerzo estructural de plantillas -aumentar dotación presupuestaria, para recursos materiales y profesionales-, personal de apoyo en las aulas (E47, E51, E10)
- Reducción de ratios en educación (E47)
- Educación a toda la comunidad educativa (también tema emocional) (E47)
- Educación desde casa (E51)
- Campañas institucionales de respeto al personal público
- Charlas con actividades más reales (casos)
- Formación obligatoria en gestión de conflictos
- Acompañamiento a los/as profesionales, para que no queden desamparados/as
- Respaldo desde Conselleria

- Las normas existen, pero son muy genéricas y se han de adaptar a los centros (pero eso implica más trabajo para los equipos directivos)
- Adaptación a la realidad de cada centro (importancia del proyecto de centro)
- Supervisión más activa, en SAD (E52)
- Intervención preventiva con familias y usuarios/as
- Mejora del respaldo jurídico efectivo e institucional. Protocolo por oficio y desde el centro. Tema denuncias persona a persona.
- Sanción sobre la prestación del servicio (en SAD); no tan clara la eficacia de la sanción en alumnado (la pueden ver como premio), opción sanción a los padres y madres (tutores legales)
- Sindicato: mediación entre equipos directivos y profesorado (paralizado por falta de recursos)
- Sindicato: visitas a los lugares de trabajo
- Sindicato: orientar, ofrecer servicio jurídico
- Talleres de defensa personal
- Personal de vigilancia (en educación)
- Personal de enfermería (en educación)
- Proteger la identidad del personal empleado público, utilizando tarjetas con números de Seguridad
- Inicio de oficio del procedimiento. Asistencia legal gratuita y de acceso rápido.

(E39) *“Pero que fuera, por ejemplo, la propia administración, que no sea el profesor con su abogado quien denuncie, no, que sea la propia administración que de oficio coja y denuncie al niño por agredir a un funcionario público en el ejercicio de sus funciones, porque eso, por ejemplo, con la policía se hace y con nosotros no. No hay una representación del profesor como autoridad”*

(E39) *“La agresión a un profesor es una sanción grave. El problema no está en el centro, el problema está en inspección. Y el problema viene de fiscalía, es decir, ¿cómo puede ser que el abogado de la Generalitat no ejerza de oficio contra aquellos que agreden a funcionarios públicos?”*

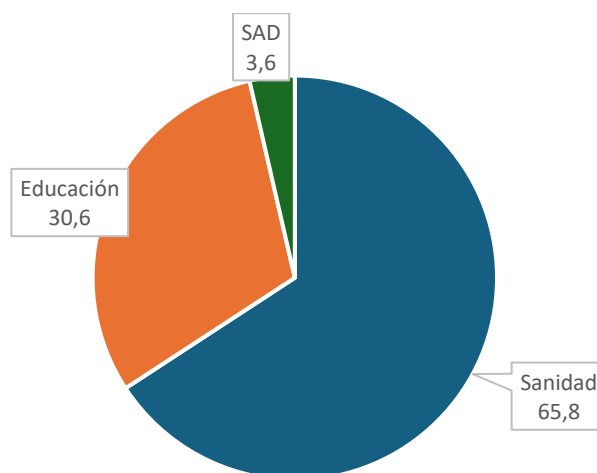
- Diseño de los lugares de trabajo teniendo en cuenta el posible riesgo de agresión durante la actividad (prever vías de escape, sistemas de alerta, etc.). Disponibilidad de zonas de trabajo con vías de escape alternativas para determinadas actuaciones (ej. personas detenidas, personas intoxicadas o en estado de agitación, ...).

4.2. Estudio de campo 2: Muestra general

4.2.1. Descripción de la muestra

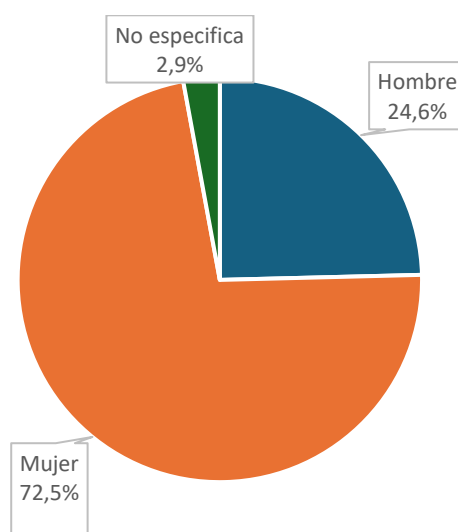
En el Estudio de campo 2 la muestra está por 289 personas trabajadoras pertenecientes a los sectores de Sanidad (N=184; 65,8%), Educación (N=85; 30,6%) y SAD pública en sus diferentes modalidades (N=10; 3,6%) (Gráfico 32).

Gráfico 32. Distribución de la muestra general en función de la variable Sector.



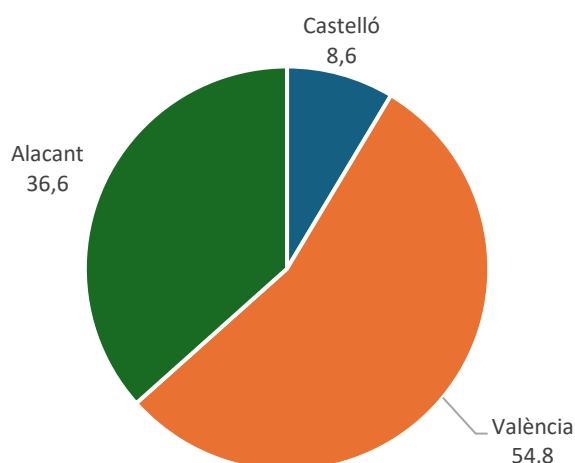
De esas, 69 son hombres (24,6%) y 203 mujeres (72,5%). 5 personas (2,9%) no especifican su sexo (Gráfico 33).

Gráfico 33. Distribución de la muestra general en función de la variable Sexo.



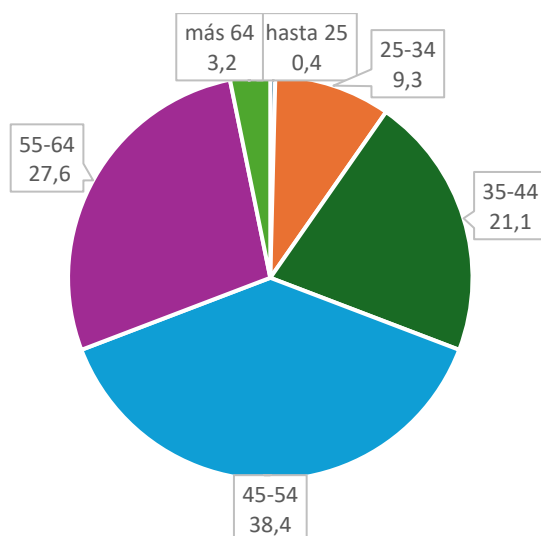
La distribución por provincias está bastante equilibrada en relación con el tamaño de la población trabajadora de los tres sectores. La más representada es la de Valencia con el 54,6% de las encuestas, seguida de Alicante (36,4%) y de Castelló (8,6%) (Gráfico 34).

Gráfico 34. Distribución de la muestra general en función de la variable Provincia.



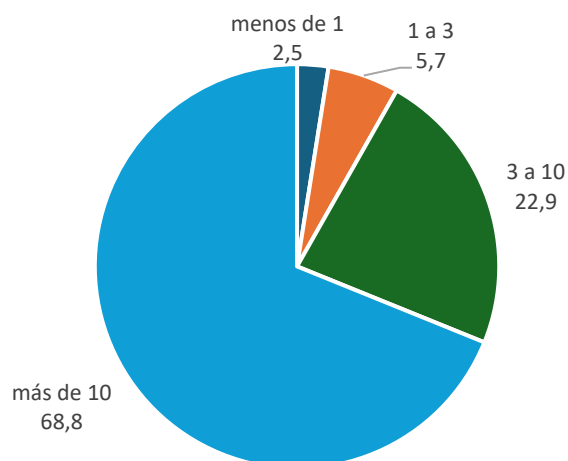
En la muestra predominan las personas con edad comprendida entre los 45 y 54 años (38,4%) y aquellas con edades comprendidas entre los 55 y 64 años (27,6%). De hecho, el 69,2% de los/as participantes tiene más de 44 años (Gráfico 35)

Gráfico 35. Distribución de la muestra general en función de la variable Edad.



Es por ello por lo que su experiencia trabajando en el sector es larga (Gráfico 36). Así, un 68,8% lleva trabajando en el mismo más de 10 años, lo que indica que tienen un buen conocimiento del sector en el que trabajan.

Gráfico 36. Distribución de la muestra general en función de la variable Años experiencia en el sector.



4.2.2. Principales resultados cuantitativos

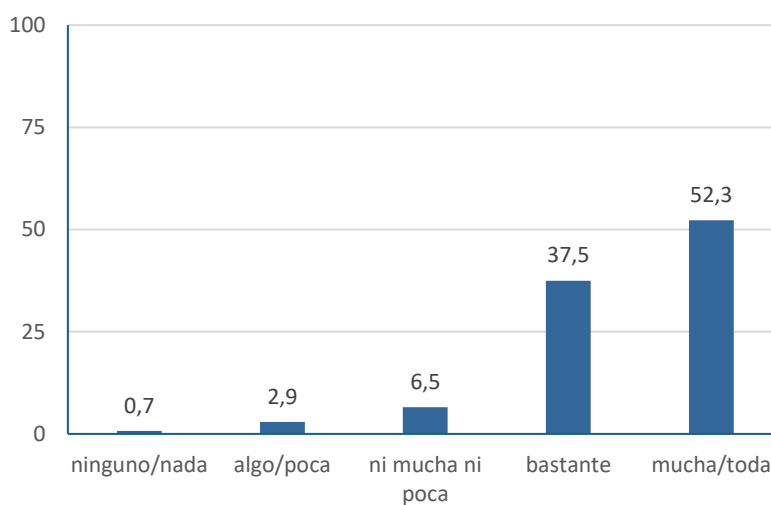
Como se ha indicado en el apartado de metodología, la información recabada en los cuestionarios se agrupa en cuatro bloques (los mismos que aparecen en el Estudio de campo 1), a saber: a) Exposición y afectación; b) Tipología; c) Daños; y d) Actividad preventiva.

A. Exposición y afectación

Este bloque recoge información sobre 6 variables: importancia atribuida a la VLE, exposición a dicho riesgo, frecuencia de la exposición, intensidad de la exposición, valoración del porcentaje de población afectada y satisfacción general con la vida.

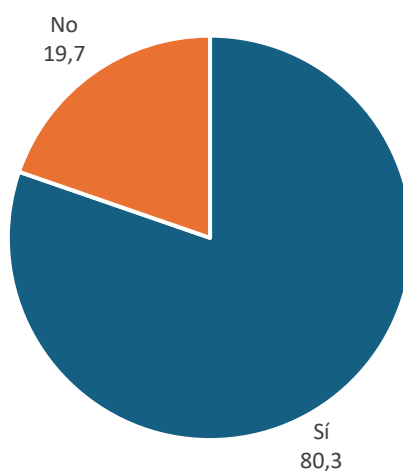
El riesgo de VLE es considerado como importante por la mayoría de los/as profesionales encuestados/as. Más de la mitad (52,3%) lo considera muy importante, y el 37,5% bastante importante (Gráfico 37). Solo el 0,7% no le otorga ninguna importancia, y el 2,9% poca.

Gráfico 37. Distribución de la muestra general en función de la variable Importancia.



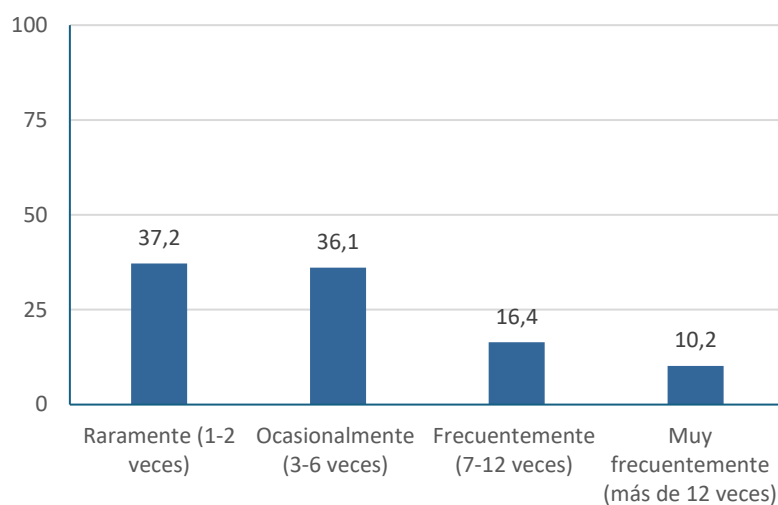
El 89,3% de los/as profesionales encuestados/as ha vivido alguna situación de violencia externa en los últimos 10 años (Gráfico 38). Un 19,7% informa que no ha sufrido este riesgo.

Gráfico 38. Distribución de la muestra general en función de la variable Exposición a VLE.



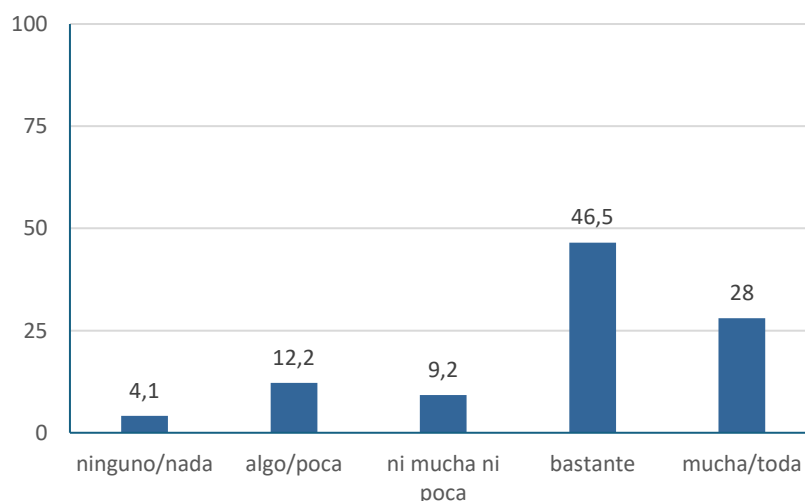
La frecuencia de la exposición al riesgo de VLE es relativamente bajo. El 37,2% indica que, en los últimos 10 años, raramente se ha visto expuesto a VLE; el 36,1% responde que ocasionalmente. Solo algo más de ¼ parte la ha sufrido frecuentemente (16,4%) o muy frecuentemente (10,2%) (Gráfico 39).

Gráfico 39. Distribución de la muestra general en función de la variable Frecuencia de la exposición.



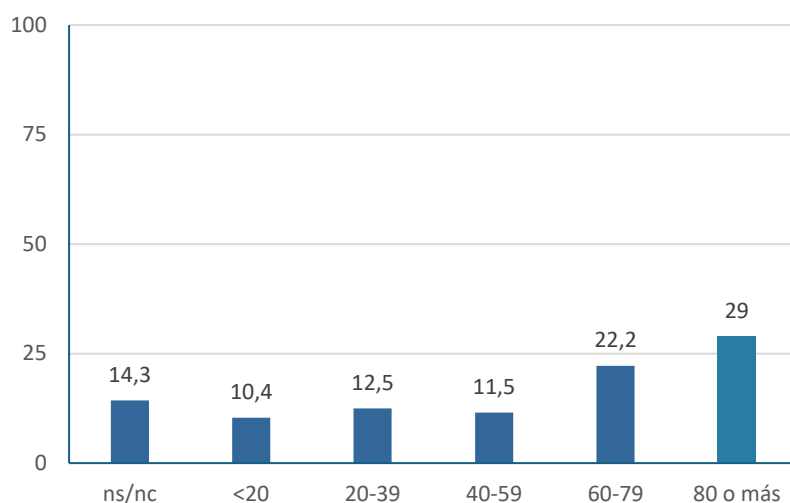
La muestra expone que la intensidad de la exposición a este riesgo es elevada. Así, el 28% indica que existe alta exposición en su día a día; y el 46,5% que la exposición es bastante alta. En el lado contrario, un 4,1% indica que no existe ninguna exposición; y el 12,2% que dicha exposición es poca (Gráfico 40).

Gráfico 40. Distribución de la muestra general en función de la variable Intensidad de la exposición.



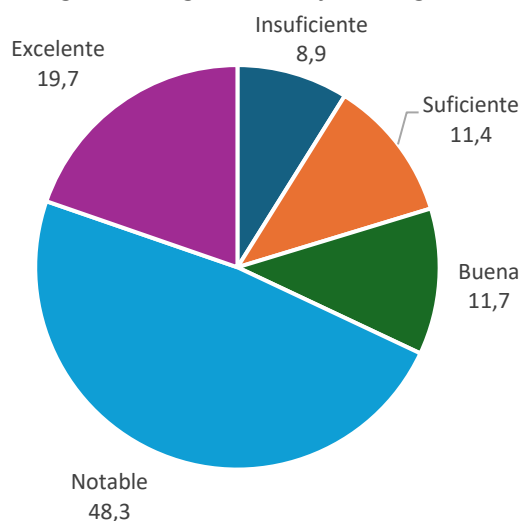
Al ser interpelados/as por el porcentaje de población trabajadora de su sector que considera que han sufrido violencia externa, el 29% considera que más del 80% de la población ha sufrido este riesgo; casi otro cuarto (22,2%) estima que entre el 60 y el 79% de la población. Solo el 10% de las personas encuestadas estimas que la población afectada por la violencia externa es menos del 20% (Gráfico 41).

Gráfico 41. Distribución de la muestra general en función de la variable Porcentaje de población afectada.



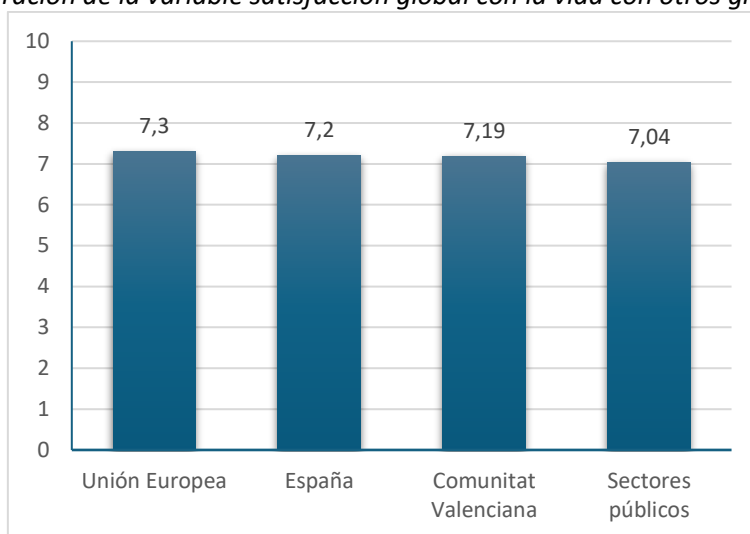
El 8,9 % de la muestra se encuentra insatisfecha con su vida; un 11,4 % se encuentra suficientemente satisfecha; un 11,7 % califica su satisfacción con la vida como buena; un 48,3 % como notable; y un 19,7 % como excelente (ver Gráfico 42).

Gráfico 42. Distribución de la muestra general según su satisfacción global con la vida



La satisfacción global con la vida en los sectores analizados es de 7,04 (Notable). Esta media es ligeramente inferior a las de España ($\bar{x}$ =7,2) y la de la Unión Europea ($\bar{x}$ =7,3) en el año 2023, según datos del INE, y a los de la población activa de la Comunitat Valenciana ($\bar{x}$ = 7,19) en 2025 (Gráfico 43).

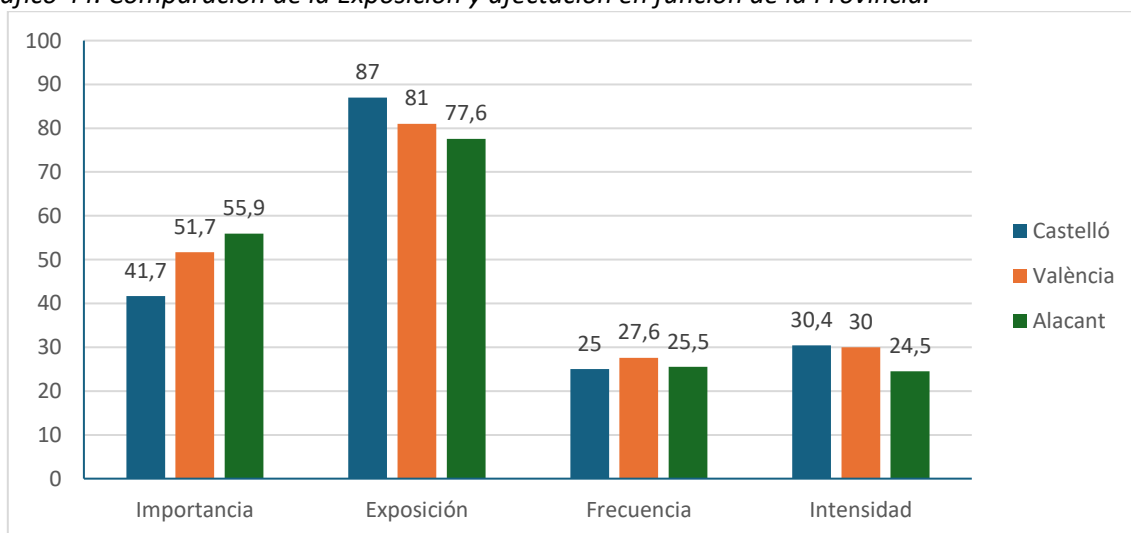
Gráfico 43. Comparación de la variable satisfacción global con la vida con otros grupos poblacionales



A1) Por provincias

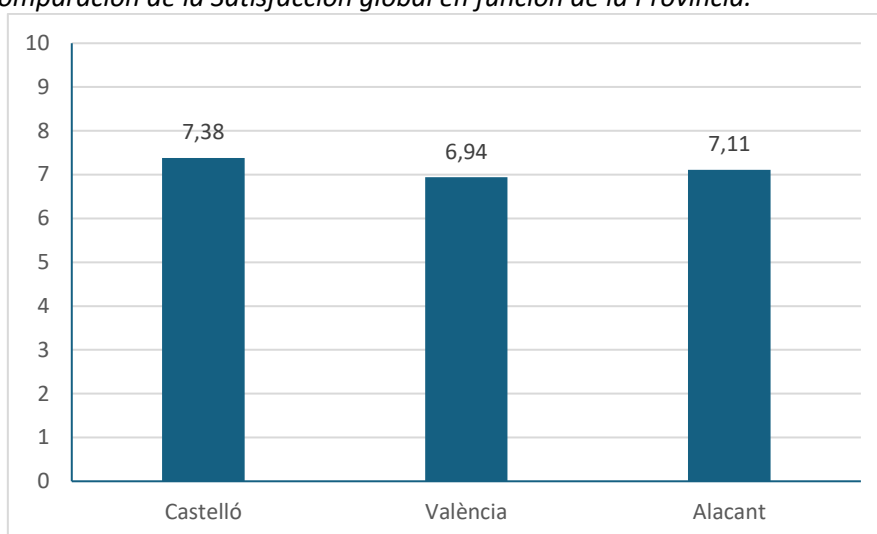
En el análisis comparativo por provincias, se observa que es en la provincia de Alacant donde mayor importancia se otorga a la VLE (55,9%) frente a la provincia de Castelló (41,7%). Sin embargo, es en esta donde hay un mayor nivel de exposición (87%) frente a las provincias de València (81%) y Alacant (77,6%). Donde la VLE es más frecuente y más intensa es en la provincia de València (ver Gráfico 44).

Gráfico 44. Comparación de la Exposición y afectación en función de la Provincia.



Por su parte, es en la provincia de València donde la muestra encuestada muestra menor satisfacción global con la vida (6,94), seguida de la provincia de Alacant (7,11) y de la de Castelló (7,38) (Gráfico 45).

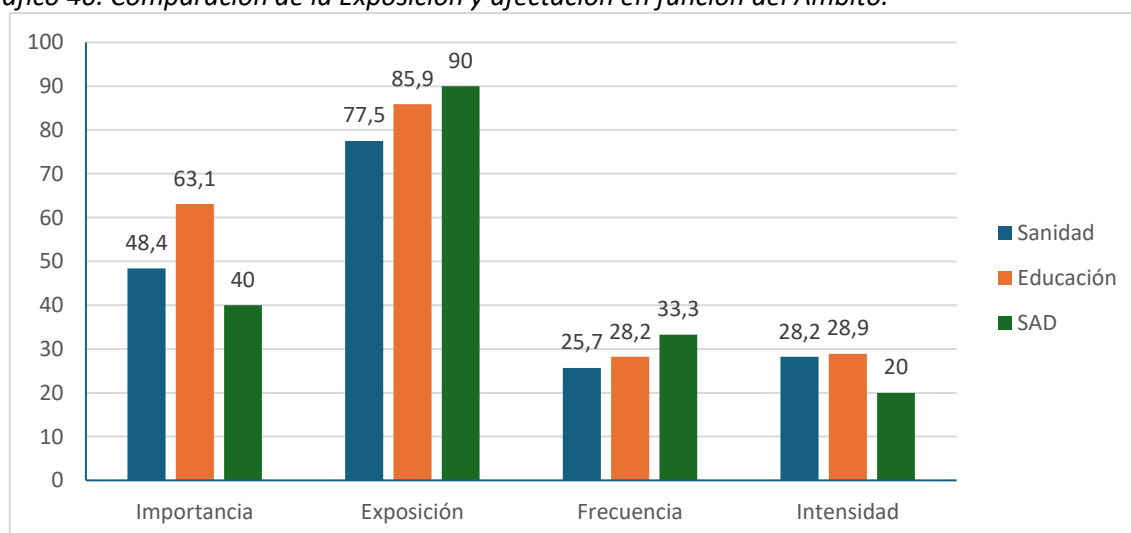
Gráfico 45. Comparación de la Satisfacción global en función de la Provincia.



A2) Por ámbitos¹

En la comparativa entre ámbitos, el de Educación es el que mayor importancia otorga al riesgo de VLE (63,1%), mucho más que el de Sanidad (48,4%) y que el SAD (40%). Ahora bien, son estas últimas las más expuestas a la VLE (90%) seguidas por el personal de Educación (85,9%) y por el de Sanidad (77,5%). También en el SAD es donde más frecuentemente se produce este riesgo (33,3%), siendo mayor la intensidad en el sector educativo (28,9%) (Gráfico 46).

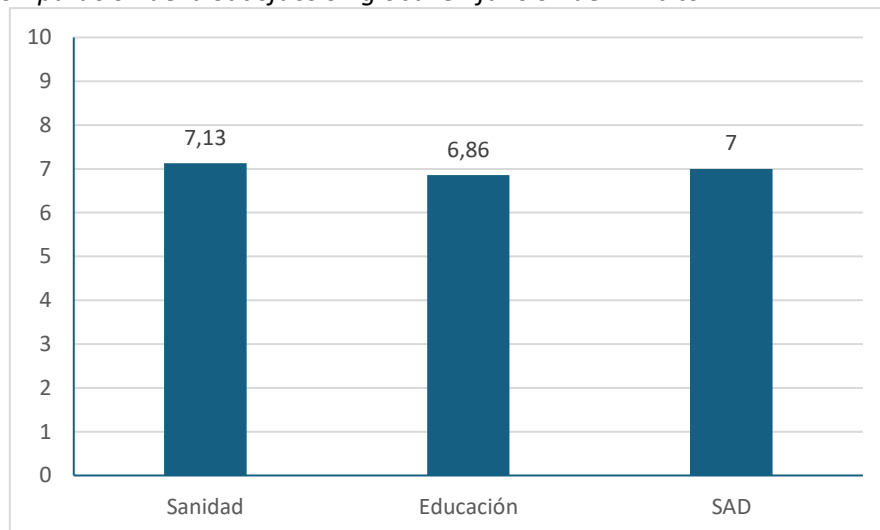
Gráfico 46. Comparación de la Exposición y afectación en función del Ámbito.



¹ La representatividad de los datos del ámbito del SAD es escasa, considerando el tamaño de la muestra (N=10).

El ámbito donde la satisfacción global con la vida es mayor es en el de Sanidad (7,13), siendo menor en SAD (7), y mucho menor en Educación (6,86) (Gráfico 47). En estos dos últimos sectores la media es significativamente menor que la de la población activa de la Comunitat Valenciana.

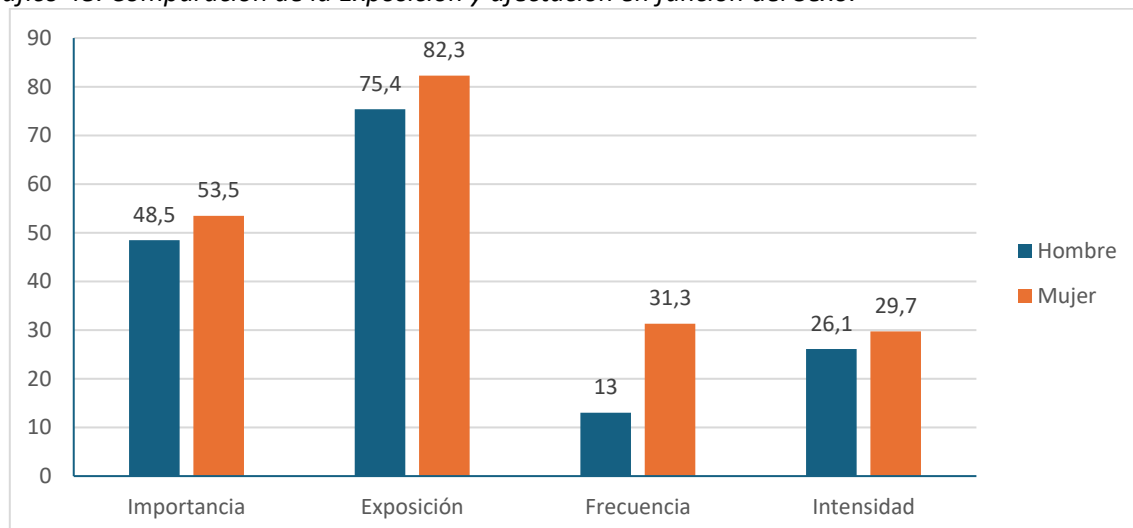
Gráfico 47. Comparación de la Satisfacción global en función del Ámbito.



A3) Por sexo

En el análisis comparativo por la variable sexo, el colectivo de mujeres es el que mayor importancia otorga a la VLE, el que más expuesto se encuentra, el que con mayor frecuencia y con mayor intensidad (Gráfico 48).

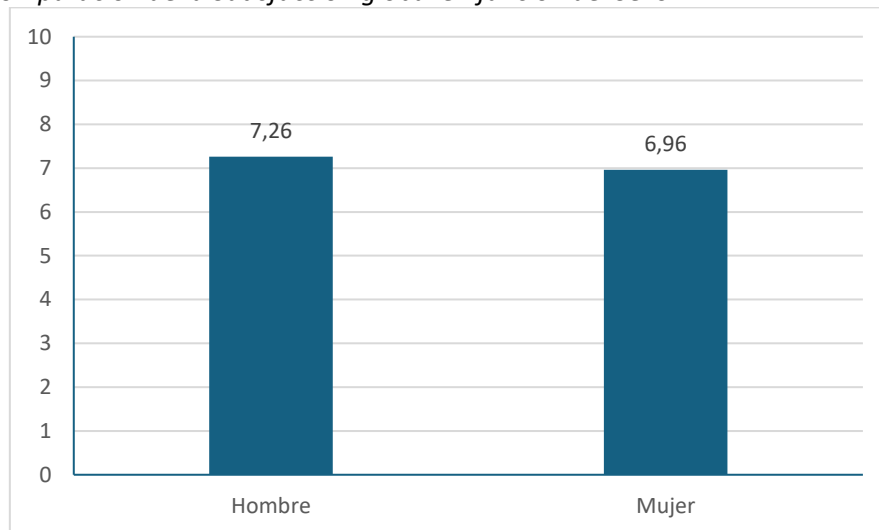
Gráfico 48. Comparación de la Exposición y afectación en función del Sexo.



Comparativamente, los hombres encuestados muestran una mayor satisfacción con la vida (7,26) que las mujeres encuestadas (6,96) (ver Gráfico 49). En el caso de aquellos su media se acerca a la de la

Unión Europea, mientras que en el caso de estas su media es significativamente menor a la de la población ocupada de la Comunitat Valenciana.

Gráfico 49. Comparación de la Satisfacción global en función del Sexo.

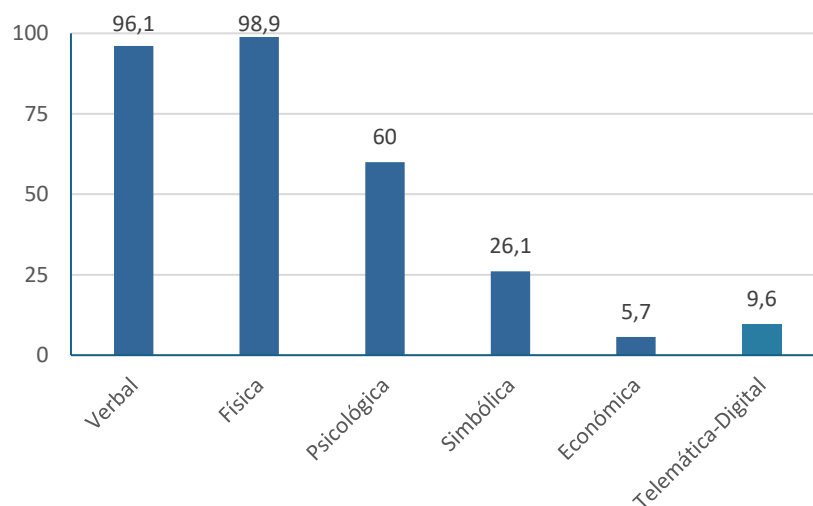


B. Tipología

El siguiente bloque de información se centra en las formas y características de la VLE en los tres sectores analizados. Las variables sobre las que se recogen datos son tres: tipos de violencia externa, maniobras y agentes de la violencia (quién es la persona que ejerce la violencia).

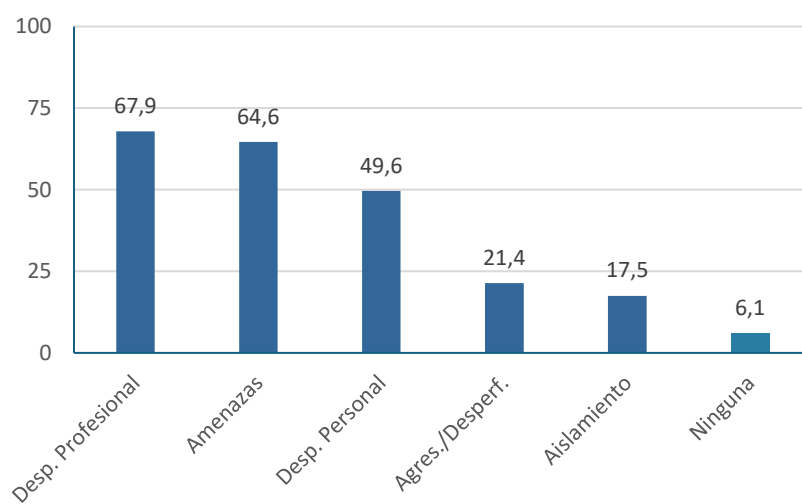
En los sectores estudiados predominan la violencia física (98,9% de los casos) y la verbal (96,1%). La siguiente violencia que se ejerce es la psicológica (60%) y en menor medida la simbólica (26,1%). Destacar que la violencia telemática-digital ya se observa en un 9,6% de los casos (Gráfico 50).

Gráfico 50. Distribución de la muestra general en función de la variable Tipos de violencia.



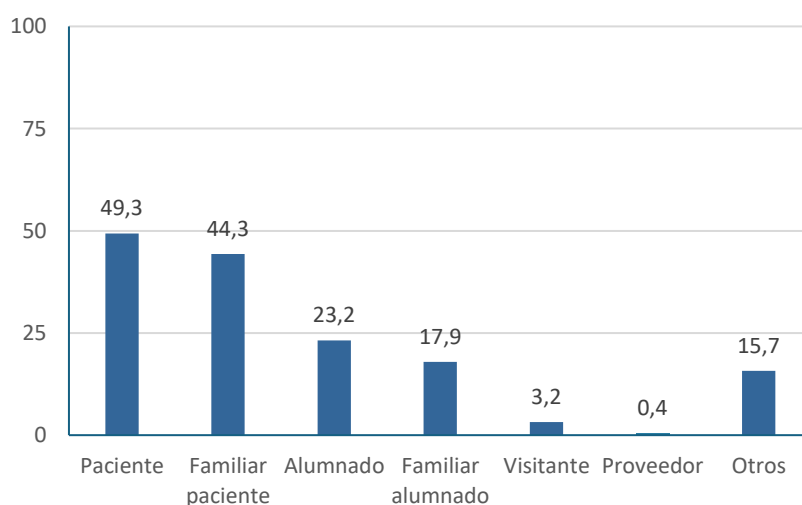
El tipo de conducta que más se experimenta es el desprestigio profesional (67,9%) buscando desacreditar la figura de autoridad de la persona trabajadora, seguida de las amenazas (64,6%). También abundan las maniobras dirigidas a desprestigiar a la persona (49,6%). En menor medida se da las agresiones y desperfectos en el puesto de trabajo y/o en sus pertenencias personales (21,4%) y el aislamiento (17,5%). Solo un 6,1% de las personas encuestadas indican que no se da ninguna maniobra de violencia (Gráfico 51).

Gráfico 51. Distribución de la muestra general en función de la variable Maniobras de violencia.



El tipo de personas que ejerce la violencia externa está influenciado por el sector de actividad. Así, en los sectores de sanidad y SAD son los pacientes (49,3%) y sus familiares (44,3%) los agentes de dicha violencia. Mientras que en la educación es el alumnado (23,2%) y sus familiares (17,9%). Merece la pena destacar la relevancia que tienen las familias a la hora de generar este riesgo (Gráfico 52).

Gráfico 52. Distribución de la muestra general en función de la variable Agente de la violencia.



B1) Por provincias

En las tres provincias, la forma de violencia verbal es la más extendida, sin demasiadas diferencias entre ellas. La segunda forma de violencia más extendida es la psicológica, donde es menor en Alacant que en las otras dos provincias. La tercera forma más extendida es la física, siendo muy inferior en la provincia de Castellón que en las otras dos. Por su parte la violencia simbólica también está más extendida en València y Alacant que en Castellón. La violencia económica se usa más en la provincia de València y la telemática-digital en la de Castellón (Gráfica 53).

Gráfico 53. Comparación de los tipos de violencia en función de la Provincia.

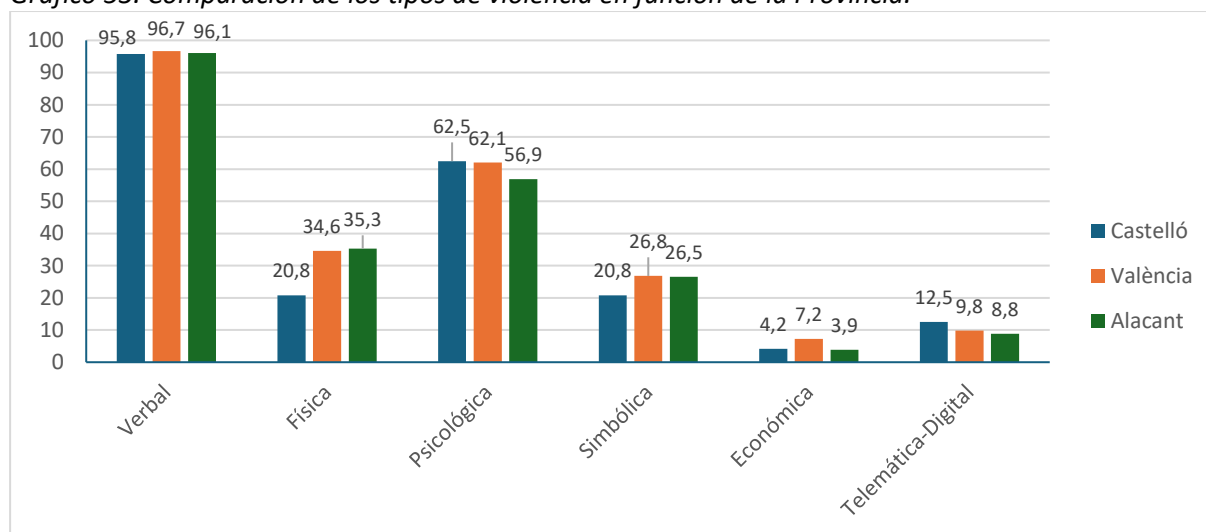
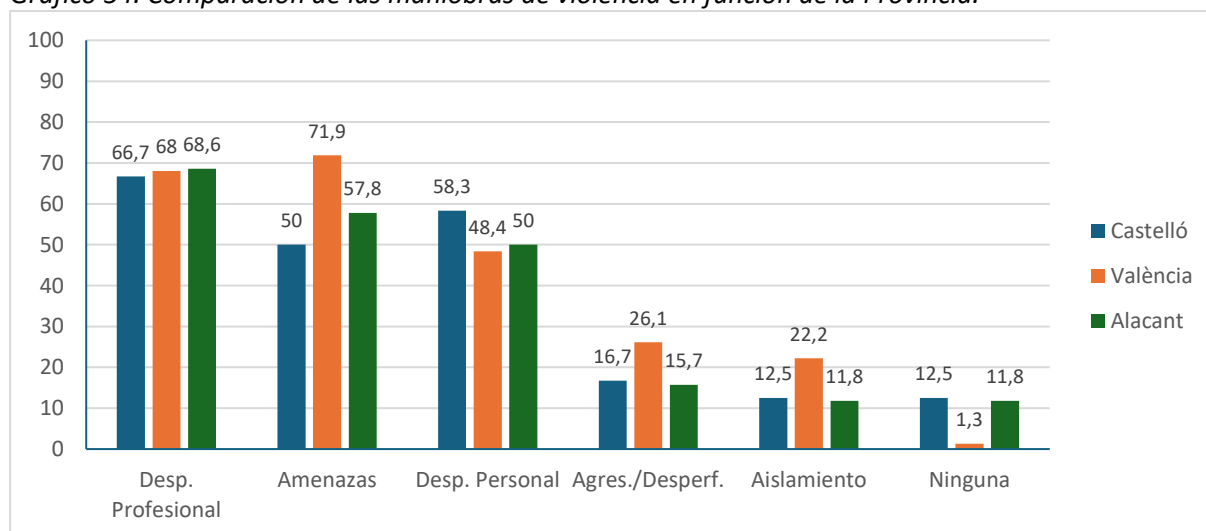


Gráfico 54. Comparación de las maniobras de violencia en función de la Provincia.



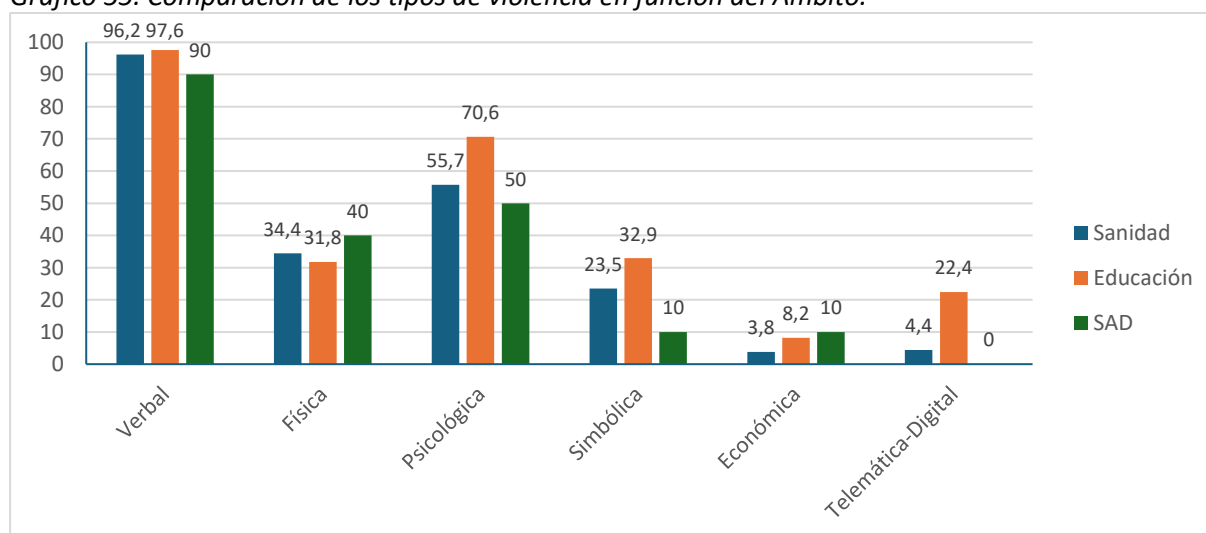
El tipo de maniobra de violencia difiere en función de la provincia. Así, el más extendido en las provincias de Castelló y València es el desprestigio profesional; sin embargo, en la provincia de Alacant la maniobra más extendida es la de las amenazas (Gráfico 54). En Castelló la segunda maniobra más utilizada es el desprestigio personal, mientras que en València es la amenaza, y en Alacant el

desprestigio profesional. En València se dan, sustancialmente más que en Alacant y Castelló, la agresión y los desperfectos, y el aislamiento. También es en esta provincia donde menos maniobras de violencia se dan (1,3%).

B2) Por ámbitos²

En el análisis por ámbitos se observan algunas diferencias en los tipos de violencia que se ejercen. Así, en los tres ámbitos analizados, la violencia verbal es la más extendida seguida de la psicológica; este tipo de violencia está especialmente presente en el ámbito educativo. Por lo que respecta a los restantes tipos, en Educación se da más la violencia simbólica que la física. Por su parte, en Sanidad y en SAD se da más la física que la simbólica. Cabe destacar que la violencia telemática-digital está especialmente presente en el ámbito educativo (Gráfico 55).

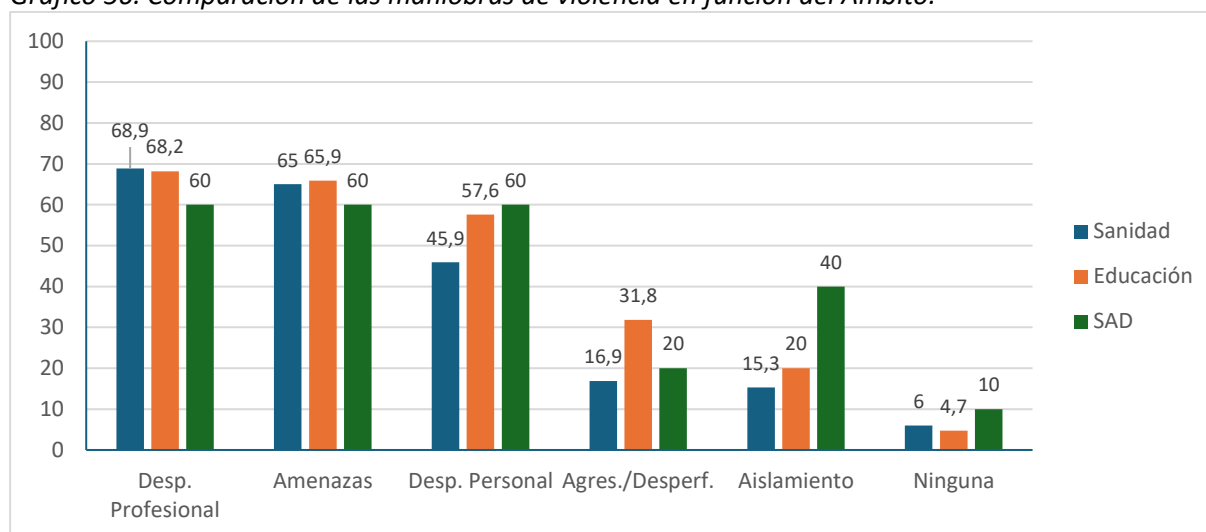
Gráfico 55. Comparación de los tipos de violencia en función del Ámbito.



En el ámbito del SAD, las tres principales maniobras de violencia son el desprestigio profesional, el desprestigio personal y las amenazas. Por su parte, en Sanidad predomina el desprestigio profesional (68,9%), seguido de las amenazas (65%) y del desprestigio personal (45,9%). En el ámbito educativo, la principal maniobra es el desprestigio profesional (68,2%), a continuación las amenazas (65,9%) y, en tercer lugar, el desprestigio personal (57,6%). Sobre esta última maniobra, cabe destacar que se trata de una maniobra más extendida en los ámbitos educativo y SAD que en el sanitario. También resulta oportuno mencionar que el aislamiento es una maniobra presente en el SAD, mientras que la agresión y los desperfectos está especialmente extendida en el ámbito educativo (31,8%) (Gráfica 56).

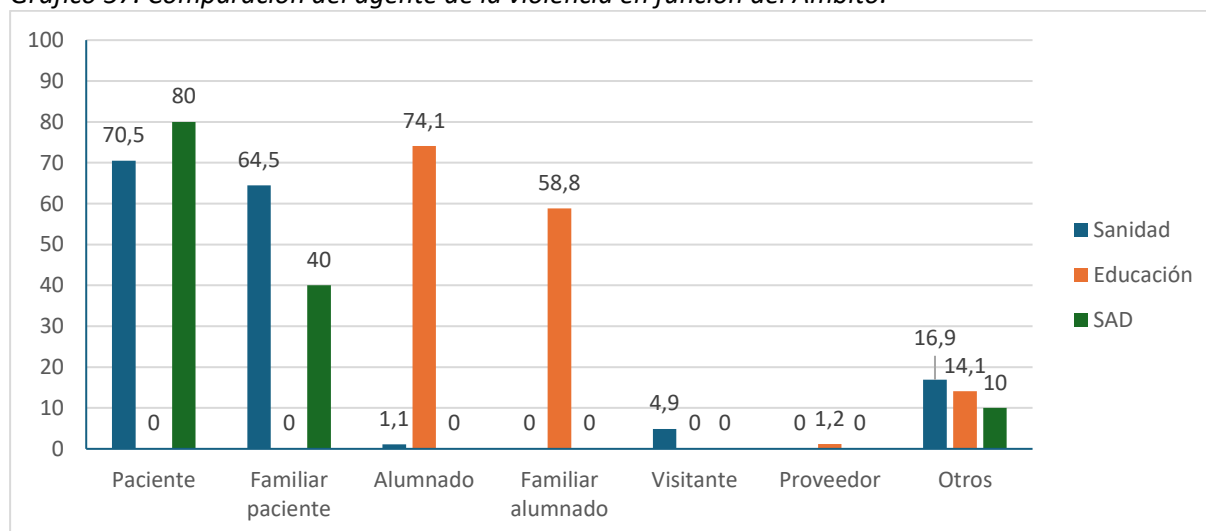
² La representatividad de los datos del ámbito del SAD es escasa, considerando el tamaño de la muestra (N=10).

Gráfico 56. Comparación de las maniobras de violencia en función del Ámbito.



Por lo que respecta a los agentes que ejercen la violencia, como cabría esperar, en los ámbitos sanitario y SAD le violencia la ejercen los/as pacientes (70,5% y 80%, respectivamente), y sus familiares (64,5% y 40%, respectivamente). Mientras que en el ámbito educativo la violencia la ejerce el alumnado (74,1%) y sus familiares (58,8%) (Gráfico 57).

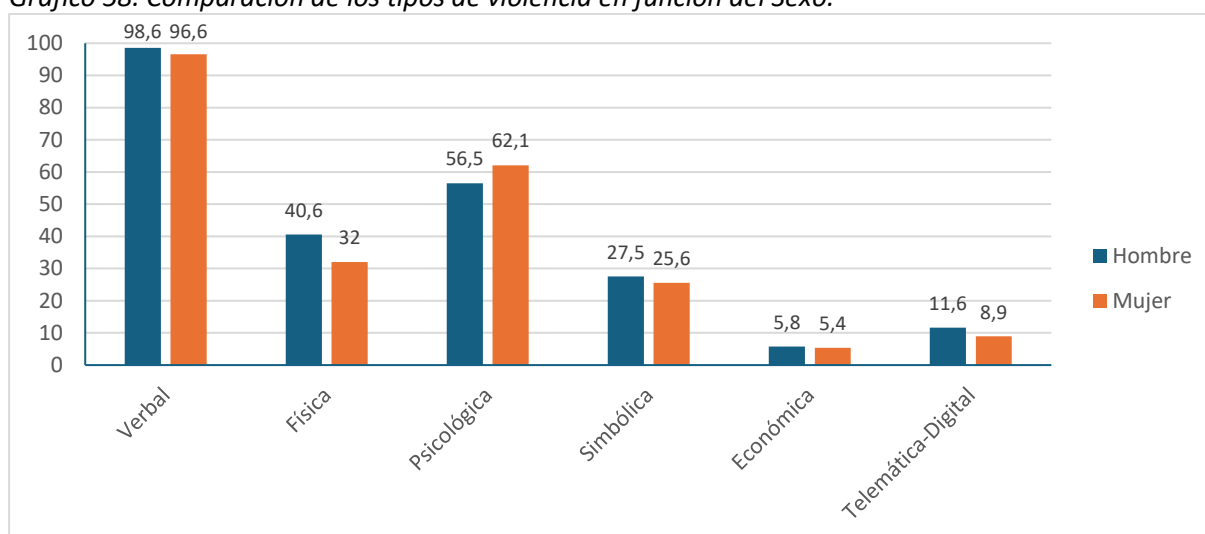
Gráfico 57. Comparación del agente de la violencia en función del Ámbito.



B3) Por sexo

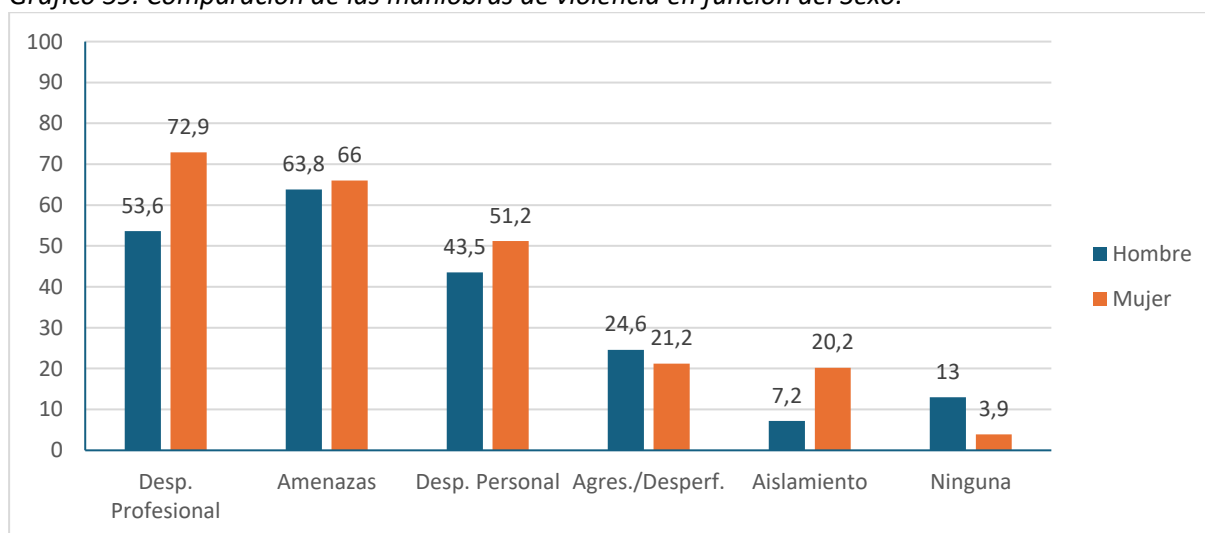
En general, los hombres perciben que sobre ellos se ejercen más tipos de violencia (Gráfico 58). El principal tipo de violencia que se ejerce, en ambos sexos y sin apenas diferencias, es el verbal. En el caso de las mujeres, la violencia psicológica está más extendida que en los hombres (62,1% frente a 56,5%). Por lo que respecta a los restantes tipos de violencia (física, simbólica, económica y telemática-digital) se ejerce más sobre los hombres.

Gráfico 58. Comparación de los tipos de violencia en función del Sexo.



Por lo que respecta a las maniobras, estas son diferentes según el sexo. Así, en el caso de los hombres predominan las amenazas (63,8%) seguidas del desprestigio profesional (53,6%) y del personal (43,5%). En las mujeres, la maniobra más extendida es el desprestigio profesional (72,9%), seguida de las amenazas (63,8%) y del desprestigio personal (43,5%). Indicar que el aislamiento es una maniobra que se ejerce sustancialmente más sobre las mujeres (20,2% frente a 7,2%). El 13% de los hombres no perciben maniobras de violencia frente al 3,9% de las mujeres (Gráfico 59).

Gráfico 59. Comparación de las maniobras de violencia en función del Sexo.

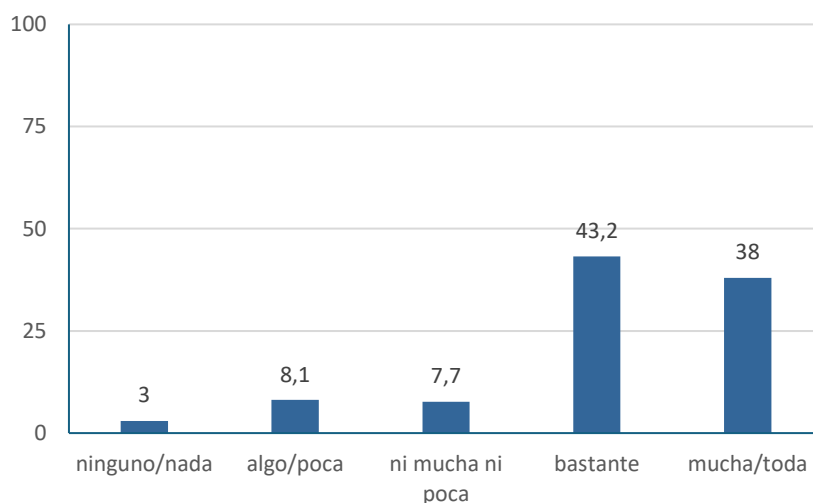


C. Daños

En relación con el bloque de las consecuencias derivadas del riesgo de VLE, se ha recabado información sobre 4 variables: daño percibido, ámbitos afectados, afectación de la violencia entre externos y consecuencias.

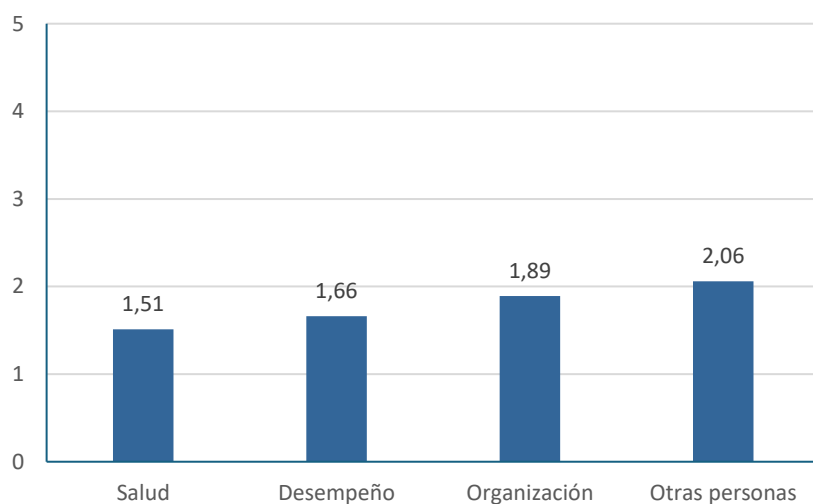
4 de cada 5 encuestados/as considera significativo el daño laboral que suponen las situaciones de violencia externa. Así, el 38% lo percibe como muy significativo; y el 43,2% como bastante significativo. Solo el 3% valora que no existe nada de daño; y el 8,1% que es poco (Gráfico 60).

Gráfico 60. Distribución de la muestra general en función de la variable Daño percibido.



En relación con la variable Elementos afectados, hay que tener en cuenta que se trata de una escala inversa, por lo que, a menor puntuación más afectado se considera el elemento. Los datos muestran que el elemento que se ve más afectado por la violencia laboral es el de la salud y la seguridad de las personas trabajadoras ($\bar{x} = 1,51$). Pero también el desempeño de las tareas ($\bar{x} = 1,66$) y con ello la calidad del servicio que se presta. Igualmente se ve afectada la organización y su funcionamiento ($\bar{x} = 1,89$). En último lugar, también las personas usuarias del servicio se ven afectadas (Gráfico 61).

Gráfico 61. Distribución de la muestra general en función de la variable Elementos afectados.



El hecho de que la violencia se dé entre personas externas también afecta indirectamente a la prestación del servicio, creando riesgos para la persona trabajadora. Así lo estima el 66,8% de la muestra; frente al 33,2% que estima que en este caso no afecta (Gráfico 62).

Gráfico 62. Distribución de la muestra general en la variable Afectación violencia entre externos.

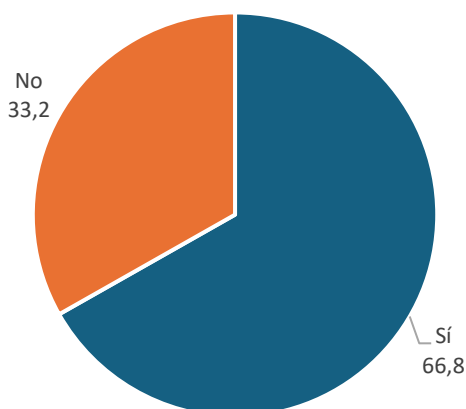
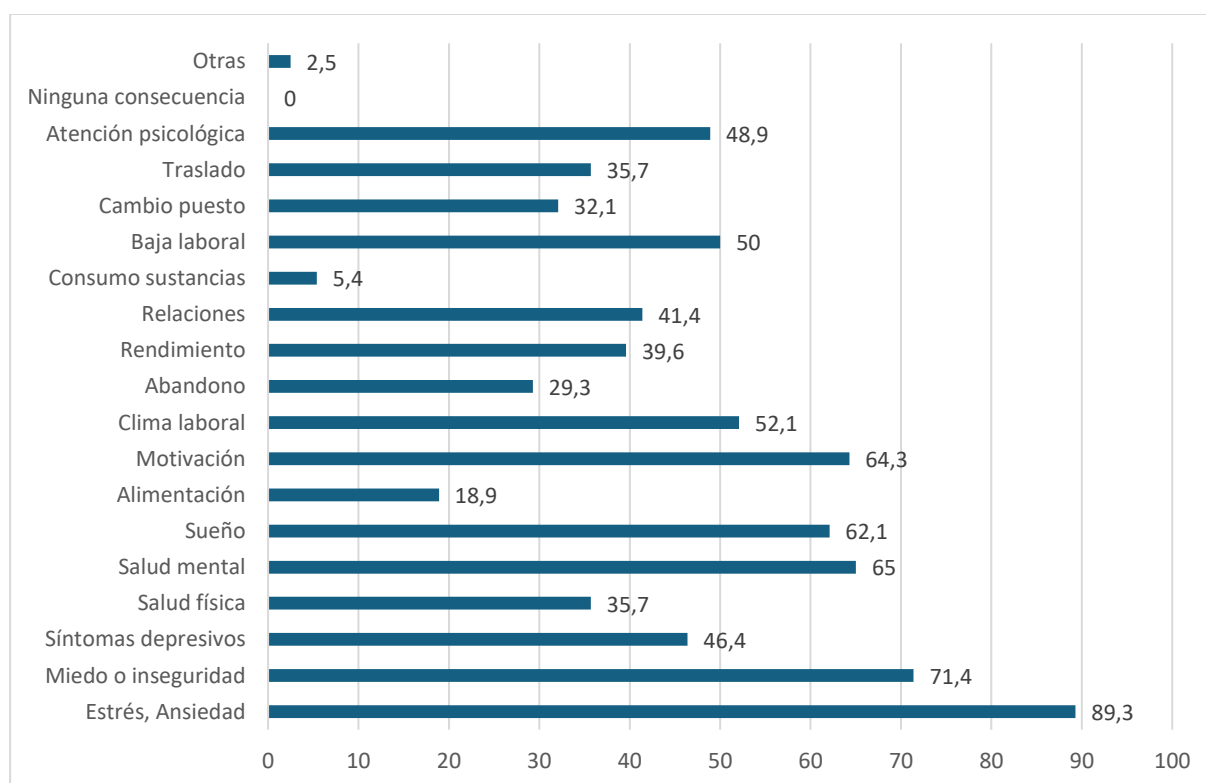


Gráfico 63. Distribución de la muestra general en función de la variable Consecuencias.



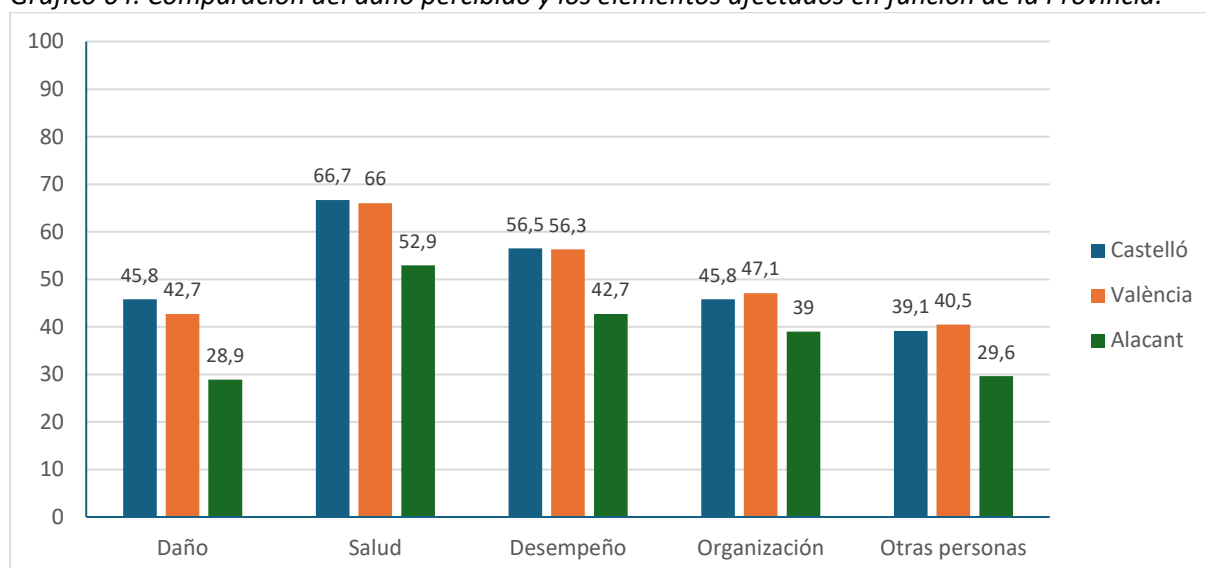
La principal consecuencia que se percibe al sufrir violencia externa es la aparición de estrés y ansiedad (89,3%), seguida del miedo y la inseguridad (71,4%). Estos serían los dos principales daños que experimenta la población trabajadora. Otros daños importantes son la afectación de la salud mental

(65%), la pérdida de motivación (64,3%) y la alteración del sueño (62,1%). Además, se ve afectado el funcionamiento organizativo con el empeoramiento del clima laboral (52,1%) y por las bajas laborales (50%) (Gráfico 63). Hay que destacar que nadie indica que la exposición a la violencia laboral no tiene consecuencias.

C1) Por provincias

En general, Castelló y València perciben de forma similar el daño causado por la VLE, así como su impacto sobre la salud, el desempeño, la organización y otras personas (ver Gráfico 64). Sin embargo, las personas encuestadas de la provincia de Alacant perciben menor daño y menor impacto sobre los diferentes elementos consultados.

Gráfico 64. Comparación del daño percibido y los elementos afectados en función de la Provincia.



La principal consecuencia de la VLE es, en las tres provincias, el estrés; le sigue, en orden de importancia, el miedo, especialmente en la provincia de Castelló. En esta provincia se confiere sustancialmente más importancia a los efectos de la VLE sobre la motivación y el clima laboral, y también a la depresión. Mientras que en València se perciben más sus consecuencias sobre la salud mental y el sueño; y en Alacant sobre la salud mental y la motivación.

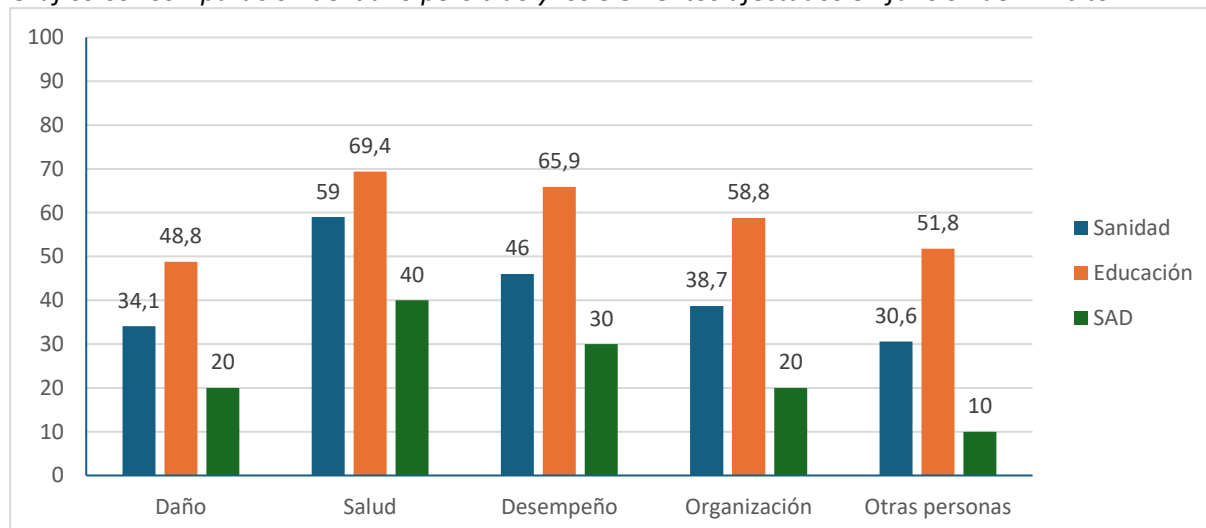
C2) Por ámbitos³

El ámbito educativo es el que considera que las consecuencias de la VLE son mayores.

³ La representatividad de los datos del ámbito del SAD es escasa, considerando el tamaño de la muestra (N=10).

Así, las personas encuestadas del ámbito educativo consideran, sustancialmente más que las de los otros dos sectores, que la VLE produce mayor daño, y que afecta más a la salud, el desempeño, el funcionamiento de la propia organización y a otras personas (Gráfico 65).

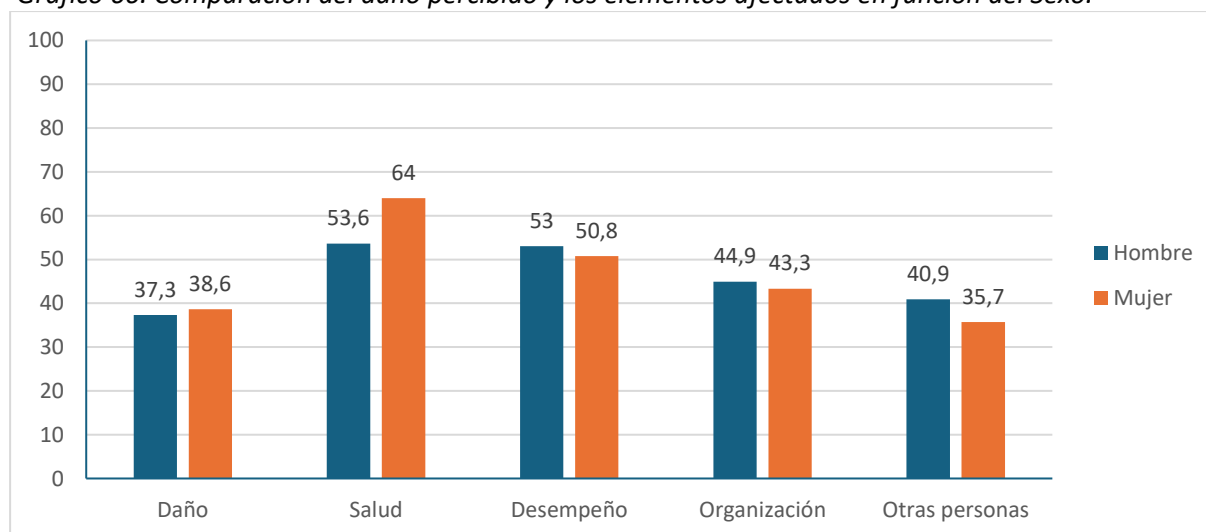
Gráfico 65. Comparación del daño percibido y los elementos afectados en función del Ámbito.



También son los que perciben más consecuencias para la salud de las personas trabajadoras y de la propia organización. La principal consecuencia, en los tres ámbitos, es el estrés. Para el personal educativo, lo sigue la pérdida de salud mental, la falta de sueño, la pérdida de motivación, y el miedo; destacan también la importancia de la depresión y la baja laboral. Para el personal sanitario, tras el estrés aparece el miedo, la pérdida de salud mental y de motivación, y la falta de sueño. En el SAD, destacan el miedo, la falta de sueño, la pérdida de motivación, la baja laboral y la atención psicológica.

C3) Por sexo

Gráfico 66. Comparación del daño percibido y los elementos afectados en función del Sexo.



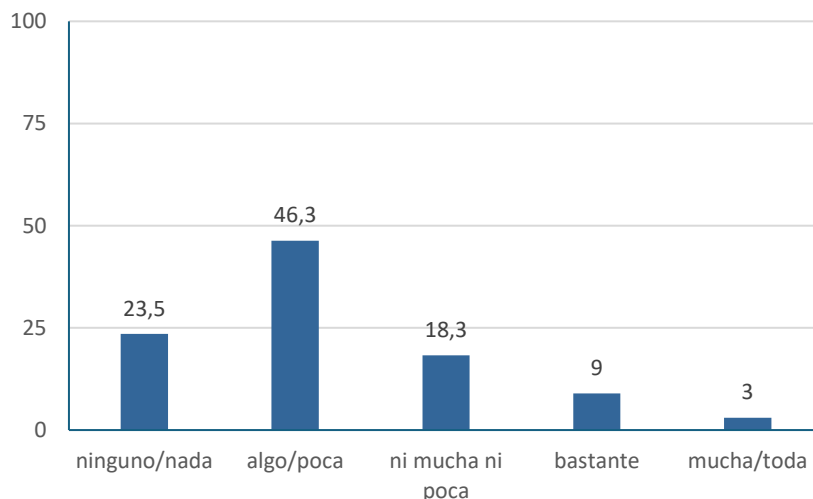
Ambos sexos tienen una percepción similar del daño que genera la VLE. Ahora bien, comparativamente, las mujeres consideran que afecta más a la salud que los hombres. Y estos consideran que afecta más al desempeño, la organización y a otras personas que las mujeres (Gráfica 66).

D. Actividad preventiva

El último bloque recoge información relacionada con la actividad preventiva que se realiza en los centros o lugares de trabajo. Las variables que aquí se contemplan son ocho: valoración de las medidas preventivas existentes, valoración de la gestión preventiva, valoración de las soluciones que se aplican, valoración del apoyo institucional, nivel de protección, disponibilidad y uso de medidas preventivas, importancia otorgada a las medidas preventivas y existencia de registro de incidentes.

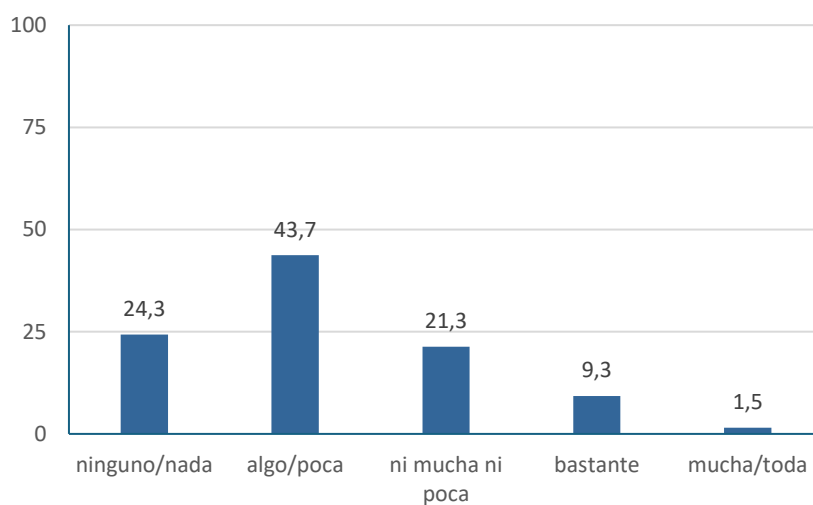
La muestra considera poco útiles las medidas preventivas que existen en su centro o lugar de trabajo para prevenir la violencia externa. Así, el 46,6 % estima que su valor es poco, y el 23,5% que es nulo. El 3% estima que es mucho y el 9% que es bastante (Gráfico 67).

Gráfico 67. Distribución de la muestra general en función de la variable Medidas existentes



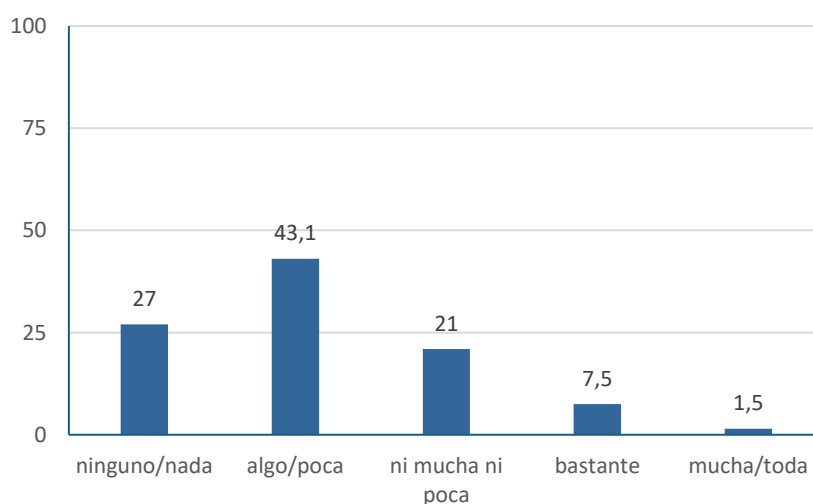
La gestión preventiva del riesgo de violencia externa también es valorada negativamente por 2/3 de la muestra. El 24,3 % considera que no se hace nada, y el 43,7% que se hace poco. En el lado contrario, un 9,3% estima que se gestiona bastante, y un 1,5% que mucho (Gráfico 68).

Gráfico 68. Distribución de la muestra general en función de la variable Gestión preventiva.



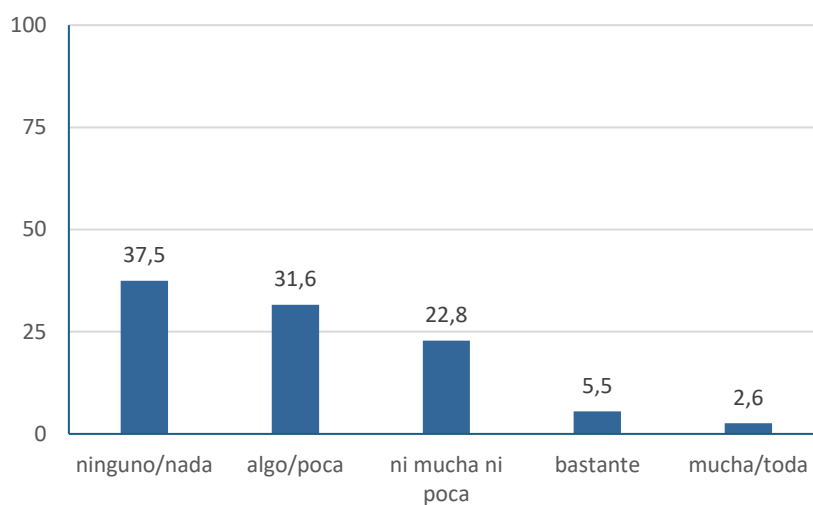
En el mismo sentido se expresan sobre las soluciones que se aplican para proteger de la violencia externa. Más de 2/3 partes consideran que son escasas o nulas. El 27% estima que no existe ninguna solución; el 43,1% que estas soluciones son pocas. Solo un 7,5% estima que las soluciones que se aplican son bastantes, y un 1,5% indica que son muchas (Gráfico 69).

Gráfico 69. Distribución de la muestra general en función de la variable Soluciones aplicadas.



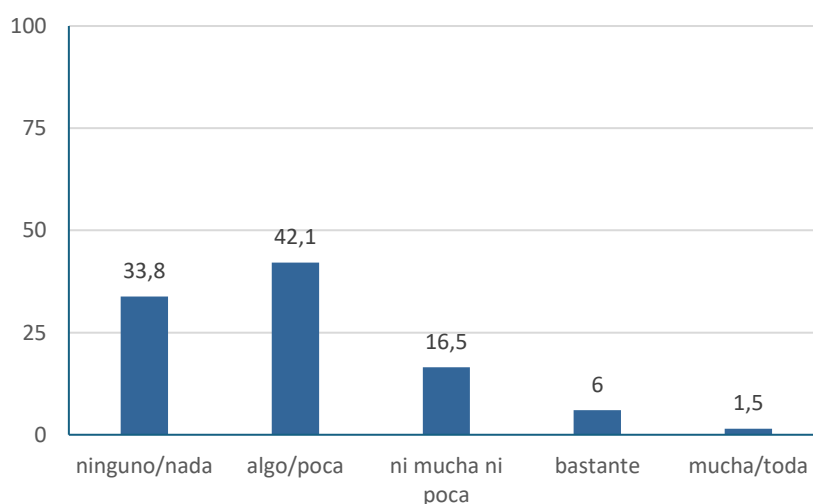
El apoyo institucional que se recibe tras haber sufrido violencia externa se considera poco o nada adecuado por más de 2/3 de la muestra; el 37,5% considera que es nulo y el 31,6% que es poco. Apenas un 5,5% estima que es bastante, y un 2,6% que se da mucho apoyo institucional (Gráfico 70).

Gráfico 70. Distribución de la muestra general en función de la variable Apoyo institucional



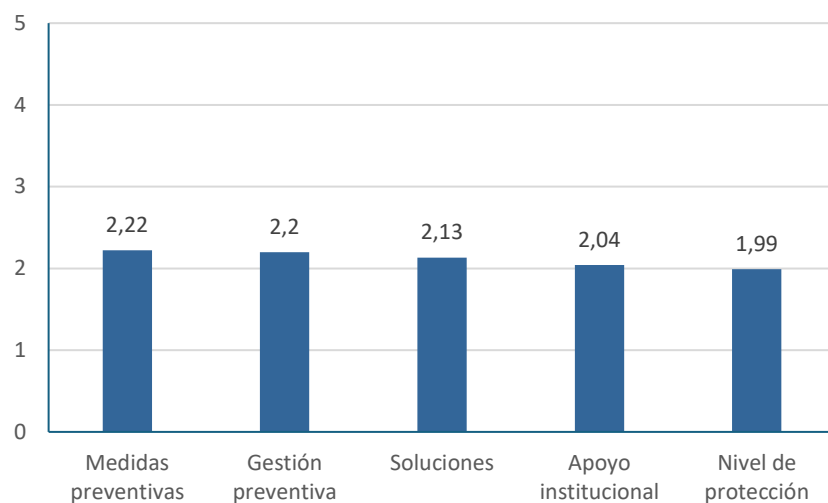
Teniendo todo ello presente, la muestra estima que el nivel de protección El nivel general de protección que existe frente a este riesgo es bajo ($\bar{x} = 1,99$); el 33,8% responde que la protección es nula; y el 42,1% que es poca. En el otro lado, un 6% responde que existe bastante protección, y un 1,5% que la protección es total (Gráfico 71).

Gráfico 71. Distribución de la muestra general en la variable Nivel de protección frente al riesgo



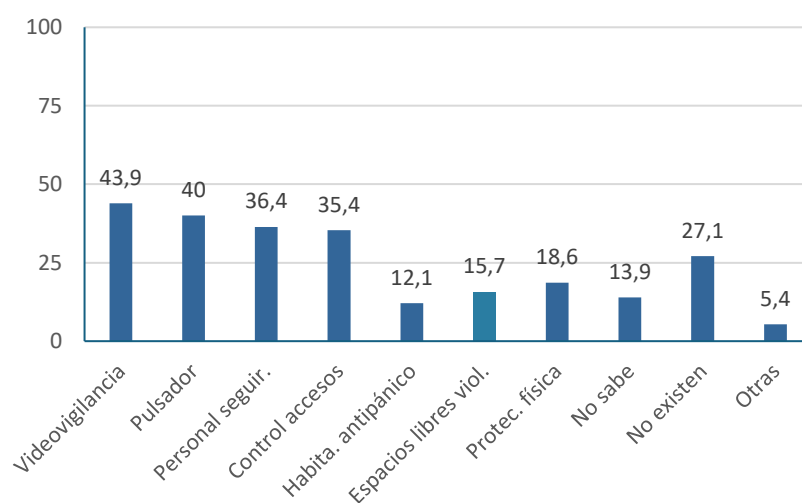
De estos 5 aspectos (medidas preventivas existentes, gestión preventiva, soluciones que se aplican, apoyo institucional y nivel de protección) el peor valorado es el de la protección que existe frente al riesgo ($\bar{x} = 1,99$), seguida del apoyo institucional ($\bar{x} = 2,04$) (Gráfico 72). Todos estos aspectos de la actividad preventiva obtienen una calificación de insuficiente. La puntuación media global a la actividad preventiva, sobre 10, es de 4,23.

Gráfico 72. Valoración de la actividad preventiva, en la muestra general



Las principales medidas preventivas de seguridad específicas disponibles son la videovigilancia (43,9%), el pulsador de alarma (40%), el personal de seguridad (36,4%) y el control de accesos (35,4%) (Gráfico 73).

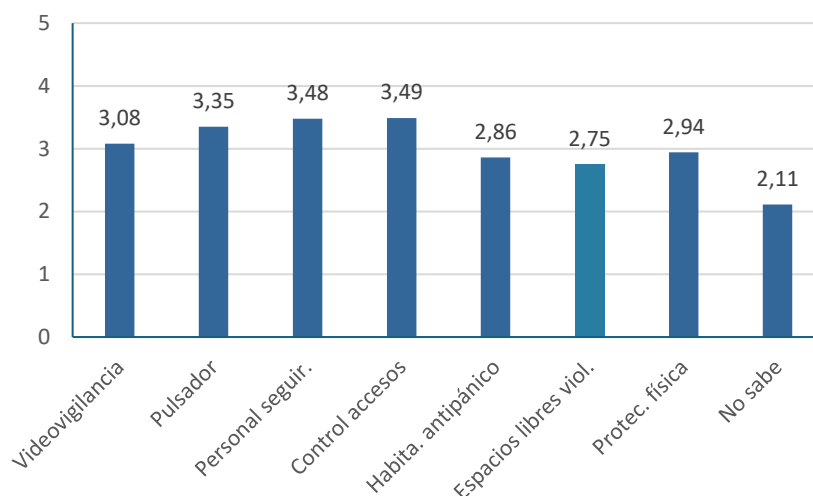
Gráfico 73. Distribución de la muestra general en la variable Medidas preventivas disponibles.



Las más utilizadas son el personal de seguridad (8,6%), el pulsador de alarma (8,6%) y la protección física (4,3%).

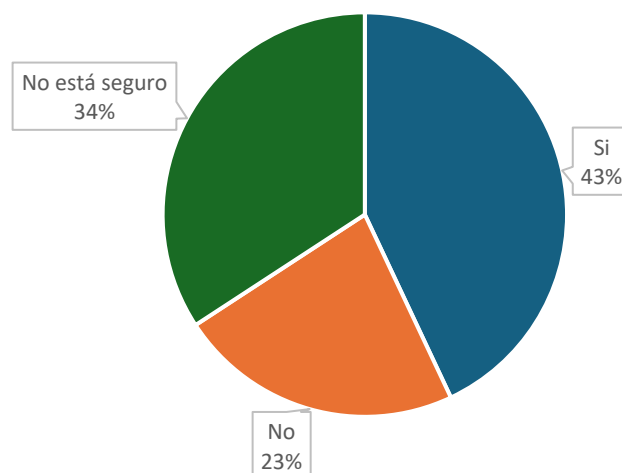
De todas estas medidas específicas las que se estiman como más importantes son el control de accesos ($\bar{x} = 3,49$), el personal de seguridad ($\bar{x} = 3,48$), el pulsador de alarma ($\bar{x} = 3,35$) y la videovigilancia ($\bar{x} = 3,08$). Las menos importantes son la señalización de espacios libres de violencia ($\bar{x} = 2,75$) y la habitación/puerta antipánico ($\bar{x} = 2,86$) (Gráfico 74).

Gráfico 74. Distribución de la muestra general en la variable Importancia medidas preventivas.



Por otro lado, hay que indicar que el 43% de las personas encuestadas indica que en su centro existe un registro sistemático de incidentes de violencia; un 23% indica que no existe; y un 34% no está seguro de si existe o no dicho registro (Gráfico 75).

Gráfico 75. Distribución de la muestra general en función de la variable Registro de incidentes.

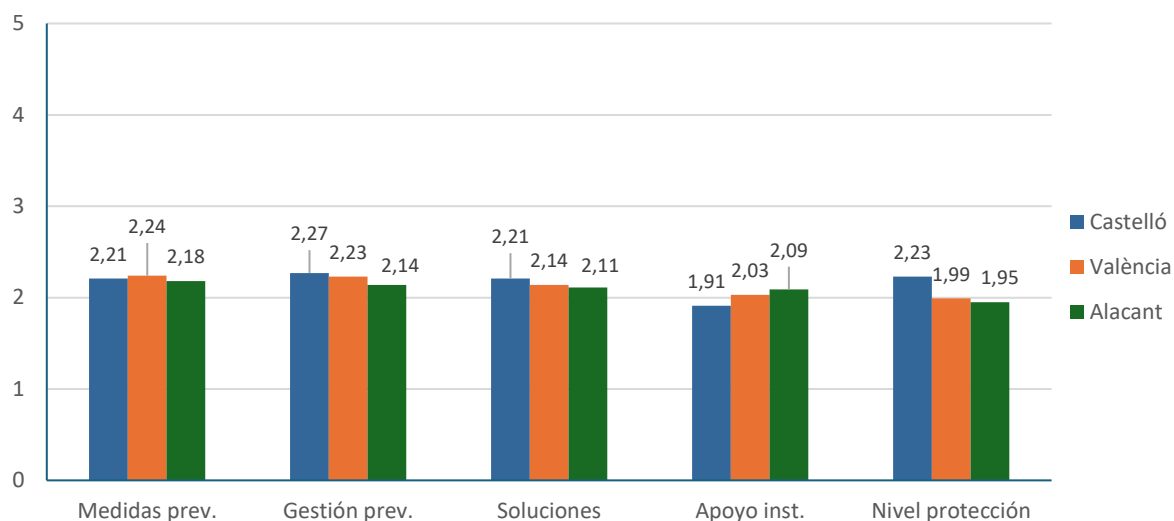


D1) Por provincias

En las tres provincias se suspende la actividad preventiva realizada por las organizaciones. La puntuación media global, sobre 10, más baja es la de Alacant ($\bar{x} = 4,18$), seguida de València ($\bar{x} = 4,25$) y Castelló ($\bar{x} = 4,33$). En València y Alacant el aspecto peor valorado es el nivel de protección frente a la VLE; mientras que en Castelló es el apoyo institucional (Gráfico 76). El aspecto mejor valorado en

Alacant y València son las medidas que existen para prevenir la VLE; en Castelló es la gestión preventiva que se realiza.

Gráfico 76. Valoración de la actividad preventiva en función de la Provincia.



Las medidas de seguridad específicas más extendidas en Castelló son, por este orden, la videovigilancia, el pulsador de alarma, el control de accesos, y el personal de seguridad; en un 25% de los casos encuestados se señala que no existen medidas específicas. De todas ellas, las tres que se consideran más importantes son la existencia de personal de seguridad, el pulsador de alarma y la protección física. En Alacant las medidas más extendidas son, por este orden, la videovigilancia, el personal de seguridad, el control de accesos y el pulsador de alarma; en un 24,5% de los casos no existen medidas para este riesgo. Las tres medidas más importante en esta provincia son el personal de seguridad, el control de accesos y el pulsador de alarma. Por su parte, en València las medidas más extendidas son el pulsador de alarma, la videovigilancia, el control de accesos y el personal de seguridad; un 29,4% de las personas encuestadas señala que no existen medidas específicas. Aquí las tres medidas que se consideran más importantes son el personal de seguridad, el control de accesos y el pulsador de alarma.

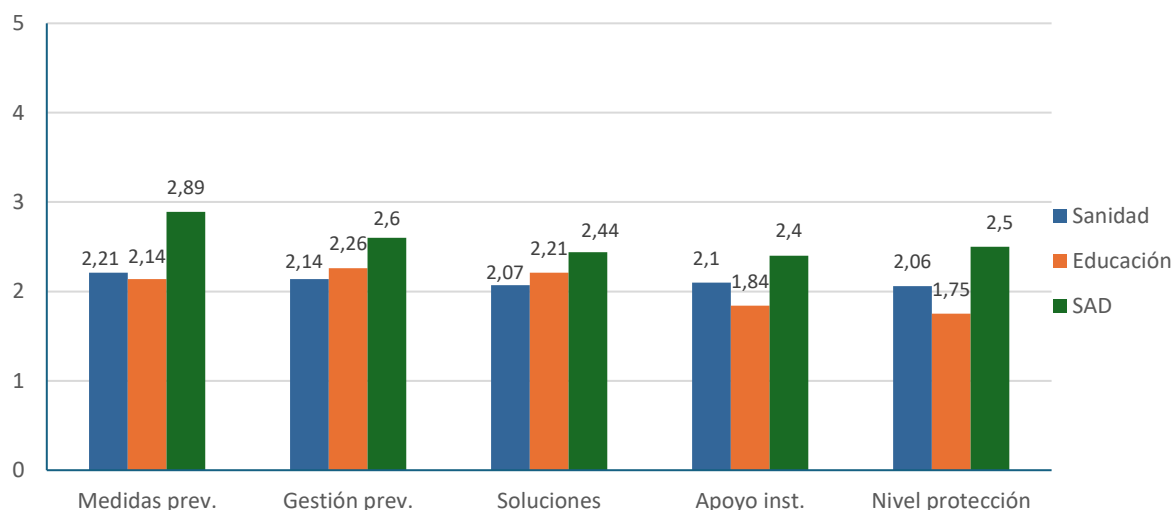
D2) Por ámbitos⁴

En la comparación por sectores, las personas encuestadas del SAD aprueban la actividad preventiva. Sin embargo, se suspende tanto en Sanidad ($\bar{x} = 4,32$) como en Educación ($\bar{x} = 4,08$). En SAD, el aspecto mejor valorado son las medidas preventivas implantadas y el peor el apoyo institucional. Por su parte

⁴ La representatividad de los datos del ámbito del SAD es escasa, considerando el tamaño de la muestra (N=10).

en Sanidad el aspecto mejor valorado son las medidas preventivas y el peor el nivel de protección. En Educación el aspecto mejor valorado es la gestión preventiva y el peor el nivel de protección (Gráfico 77). En estos dos últimos sectores, ninguna de las variables preventivas obtiene el aprobado; todas se consideran insuficientes.

Gráfico 77. Valoración de la actividad preventiva en función del Ámbito.

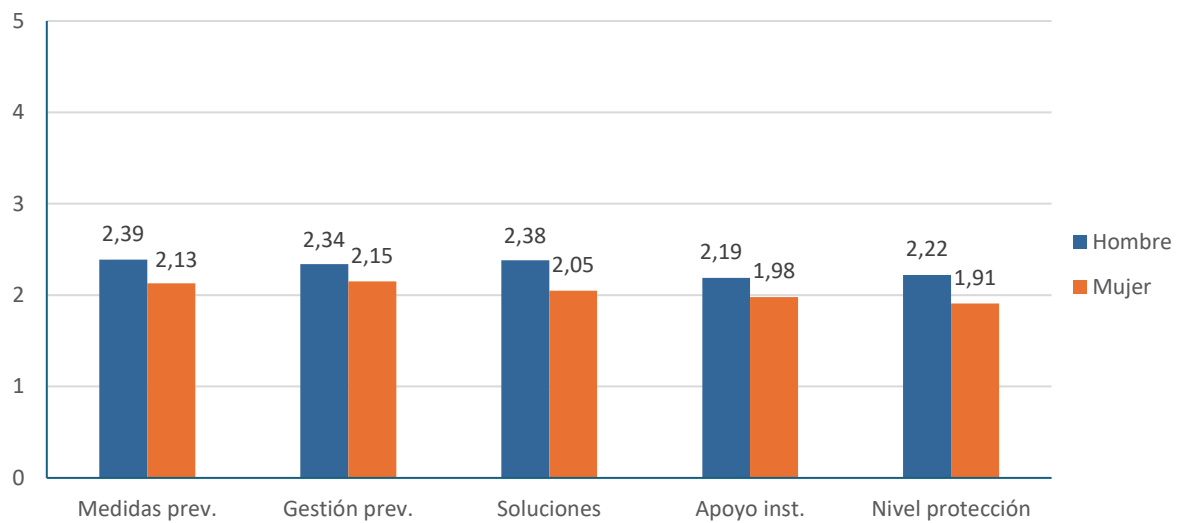


Las medidas específicas existentes en el ámbito sanitario son, por orden, el personal de seguridad, el pulsador de alarma, la videovigilancia y el control de accesos. Un 19,7% de las personas encuestadas señala que no existen medidas específicas en su centro. De las medidas existentes, la que se considera más importante es el personal de seguridad seguido del control de accesos y del pulsador de alarma. En el sector educativo las medidas más extendidas son, por orden, la videovigilancia, el control de accesos, el pulsador de alarma y los espacios libres de violencia. Un 41,2% de las personas encuestadas señala que no existen medidas específicas. Las tres que se consideran más importantes son el personal de seguridad, el pulsador de alarma y el control de accesos.

D3) Por sexo

Tanto las mujeres como los hombres de la muestra suspenden la actividad preventiva de sus organizaciones. En el caso de los hombres con una puntuación media global de 4,6, y en el caso de las mujeres con un 4,08. El aspecto preventivo mejor valorado por los hombres son las medidas preventivas y el peor el apoyo institucional. Para las mujeres, el factor mejor valorado es la gestión preventiva y el peor el nivel de protección frente a la VLE (Gráfico 78). En todos los aspectos de la actividad preventiva ambos grupos les otorgan una calificación de insuficiente.

Gráfico 78. Valoración de la actividad preventiva en función del Sexo.



Tanto para el colectivo de mujeres como para el de hombres, las tres medidas preventivas específicas más importantes son, por este orden, el personal de seguridad, el control de accesos y el pulsador de alarma.

5. Síntesis y conclusiones

A continuación, se exponen las principales ideas y conclusiones, obtenidas tras el análisis de la literatura, la revisión documental y el estudio de campo.

La violencia laboral externa (VLE) constituye uno de los **riesgos psicosociales de mayor magnitud y complejidad** en el mundo del trabajo contemporáneo, con una presencia especialmente intensa en los sectores de servicios públicos orientados a la atención directa de la ciudadanía. Sanidad, Educación y SAD conforman los tres ámbitos sobre los que se proyecta este estudio, y en todos ellos la VLE no es un fenómeno marginal ni episódico, sino una realidad estructural, creciente, multidimensional y sistémica que impregna las condiciones de trabajo cotidianas de miles de profesionales en la Comunitat Valenciana.

Lejos de tratarse de un problema de conducta individual -la de la persona agresora o la de la persona agredida-, la VLE **emerge de la intersección entre factores organizativos, contextuales, socioculturales e institucionales**. Su fuente reside en la interfaz entre la organización que presta el servicio y el entorno social en el que ese servicio se desarrolla: expectativas no satisfechas de usuarios/as y familiares, saturación y escasez de recursos, erosión del respeto institucional, polarización social y transformaciones profundas en los vínculos autoridad-ciudadanía. Esta naturaleza relacional y contextual la distingue de otros riesgos laborales clásicos y exige un **enfoque preventivo específico, adaptado y multidimensional**.

La VLE significa e implica para las personas trabajadoras, en primer lugar, una amenaza directa a su integridad física y psicológica. Las personas que trabajan en sanidad, educación o SAD son víctimas de agresiones verbales, amenazas, intimidaciones, acoso y, en los casos más graves, de violencia física, todo ello en el desempeño de una función de servicio público esencial para la sociedad.

El **impacto de la VLE sobre las personas trabajadoras** es multidimensional y profundamente lesivo. Trasciende la posible lesión física para enquistarse en la esfera psicológica, generando ansiedad, estrés, síndrome de burnout, miedo anticipatorio, hipervigilancia y una profunda desmotivación que puede llevar al abandono de la profesión. Se produce una "desposesión de la seguridad ontológica", donde el lugar de trabajo se transforma en un espacio de amenaza potencial, fracturando la vocación de servicio y la propia identidad profesional. Este daño se ve agravado en contextos de precariedad laboral, donde el miedo a represalias o a la pérdida del empleo silencia la denuncia y perpetúa la situación de abuso. Se trata de un daño que, en demasiadas ocasiones, se produce de forma silenciosa

y normalizada; incluso, con frecuencia, invisibilizada tanto por las propias instituciones empleadoras como por la sociedad en su conjunto.

Para las organizaciones, la VLE supone un coste directo e indirecto cuantificable: bajas laborales, rotación de personal, deterioro del clima laboral, reducción de la calidad del servicio prestado y pérdida de talento profesional, entre otros. Pero más allá de los costes económicos, la violencia no gestionada adecuadamente erosiona la cultura institucional, genera un ambiente de inseguridad y desconfianza, y retroalimenta la vulnerabilidad del sistema frente a nuevos episodios. La productividad y la calidad del servicio disminuyen, ya que las personas trabajadoras adoptan posturas defensivas que anteponen su seguridad a la relación terapéutica o educativa. Se genera un círculo vicioso donde la falta de personal y la sobrecarga resultante aumentan la probabilidad de nuevos conflictos.

El **impacto social** resulta preocupante por su carácter estructural. La VLE actúa como un factor de deslegitimación de lo público. La normalización de la violencia contra quienes cuidan, educan y atienden a la ciudadanía fractura el pacto cívico de confianza mutua que sustenta los servicios públicos. Se erosiona la autoridad institucional, se empobrece el capital social y se transmiten a las nuevas generaciones modelos relacionales basados en la imposición y la agresividad. Una sociedad que tolera y normaliza la agresión a sus profesionales sanitarios, docentes o trabajadores/as sociales está, en definitiva, comprometiendo la sostenibilidad del Estado del Bienestar y la calidad democrática de la sociedad.

La evidencia que aporta tanto la literatura científica y técnica como los estudios de campo realizados pone de manifiesto la urgencia de abordar la VLE como prioridad estratégica en las políticas de seguridad y salud laboral de los servicios públicos de la Comunitat Valenciana. **La VLE no es inevitable, es prevenible**. Y su prevención eficaz requiere, ineludiblemente, una acción coordinada, integral y sostenida en el tiempo.

La **revisión de la literatura** científica, técnica y normativa permite extraer un conjunto de **conclusiones generales** respecto a la VLE y su prevención:

- Es un fenómeno estructural e históricamente invisibilizado.
- Es un riesgo psicosocial en aumento, reconocido por la OIT y la OMS como un problema de salud pública, con una naturaleza relacional y contextual que dificulta su control al estar la fuente del daño fuera del control directo de la organización.
- El marco normativo y técnico existente es plurinivel y suficiente en términos formales (Convenio 190 OIT, Ley 31/1995 LPRL, NTP, normativa autonómica), aunque sin una ley específica. Se

establece la obligación de la persona empleadora de garantizar una protección eficaz frente a todos los riesgos laborales, incluidos los psicosociales como la VLE.

- Los factores de riesgo son de naturaleza psicosocial y ambiental, y se configuran sectorialmente. Se agrupan en condiciones de trabajo psicosociales (sobrecarga, exigencias emocionales, baja autonomía, ...) y características del entorno físico y organizativo (accesos no controlados, aislamiento, falta de recursos, ...) (NTP 1215).
- Los daños son multidimensionales: físicos, psicológicos (estrés, burnout, ...), profesionales (pérdida de satisfacción, abandono, ...) y económicos (bajas, costes de sustitución, ...). Afectan a personas, organizaciones y sociedad.
- La prevención eficaz exige un enfoque integral y multifactorial. Así, ha de combinar evaluación sistemática, formación en gestión de conflictos, mejora organizativa, refuerzo de recursos humanos, diseño ambiental seguro y cultura institucional de tolerancia cero. Además, debe articularse en tres niveles de intervención, a través de medidas primarias (organizativas y formativas), secundarias (detección precoz) y terciarias (apoyo y rehabilitación), actuando sobre la organización del trabajo y no solo sobre el comportamiento individual.

Por ámbitos, en la **sanitario**, los principales detonantes identificados son organizativos y de gestión: largas esperas y saturación del sistema, sobrecarga de trabajo y falta de personal, trabajo en solitario en atención primaria rural o en visitas domiciliarias, falta de formación específica y diseño ambiental inadecuado. En segundo lugar, los factores relativos al puesto y la tarea: la interacción con pacientes en situaciones de estrés, dolor e incertidumbre, la presencia de pacientes con trastornos mentales, consumo de sustancias, demencias o delirium, la asimetría de poder situacional y la percepción de trato despersonalizado. En tercer lugar, los factores contextuales y sociales: el llamado 'empoderamiento del paciente' -usuarios/as que perciben tener derechos sin deberes-, la percepción de impunidad y la desvalorización social de la profesión sanitaria (a pesar de los episodios vividos durante la pandemia). Los colectivos más expuestos son, por este orden: celadoras/es y auxiliares administrativas/os, médicas/os de urgencias y atención primaria, enfermeros/as y TCAEs, con una exposición especialmente elevada en urgencias hospitalarias, unidades de salud mental, atención primaria y equipos de emergencias (SAMU, 112). Las agresiones en visitas domiciliarias son particularmente preocupantes por la ausencia de medidas de seguridad estructurales. Predominan las agresiones verbales.

En Educación, la VLE no es un fenómeno marginal sino una condición estructural de la profesión docente, que va en aumento, no solo de mano del alumnado sino también de sus familias. Los factores de riesgo en educación tienen una naturaleza diferenciada respecto a sanidad. La literatura identifica

tres grupos principales. El primero se refiere a las características del alumnado: conductas disruptivas, trastornos del espectro autista o TDAH sin apoyo adecuado, consumo de sustancias, desafiliación escolar y presencia de alumnado con diagnósticos psiquiátricos. El segundo grupo está relacionado con las características de las familias: escasa aceptación de la autoridad docente, proyección de conflictos familiares sobre la escuela, protección excesiva e injustificada de las/os hijas/os, y adopción de una posición de defensa sistemática ante cualquier conducta de sus hijas/os. El tercer grupo se refiere al entorno organizativo y ambiental: déficit de recursos humanos y materiales, ambigüedad normativa, aulas masificadas, diseño de espacios inseguros, pérdida de autoridad percibida del profesorado y, en aumento, la ciberviolencia -grabaciones en el aula, difusión en redes sociales, campañas de desprestigio, entre otros-. La violencia simbólica constituye la forma más característica de la VLE en el ámbito educativo: la deslegitimación sistemática de la autoridad del personal docente, cuestionada tanto por el alumnado como por las familias y, en ocasiones, por la propia administración. Esta pérdida de autoridad moral y de reconocimiento social de la profesión docente es señalada de forma consistente por la literatura como el principal detonante estructural de la VLE en este ámbito.

Respecto al SAD, se trata del ámbito de mayor invisibilidad y desprotección frente a la VLE. Los factores de riesgo específicos se articulan en torno a tres ejes. El primero es el entorno de trabajo no controlado: el domicilio como espacio ajeno, la imposibilidad de control ambiental, el trabajo en solitario absoluto y la falta de dispositivos de seguridad. El segundo eje se refiere al perfil de la persona usuaria y su entorno: usuarias/os con dependencia severa o trastornos cognitivos -demencias, Alzheimer, etc.- con comportamientos agresivos, violencia intrafamiliar proyectada sobre la persona trabajadora, sobrecarga del cuidador/a familiar y contextos de exclusión social o adicciones. El tercer eje es el de las condiciones laborales y contractuales: precariedad laboral extrema, falta de protocolos y coordinación, y vulnerabilidad social derivada de la feminización y la histórica infravaloración social de estos trabajos. La falta de registros oficiales sistemáticos evidencia el abandono institucional del ámbito. Las medidas preventivas documentadas en la literatura son las más escasas de los tres sectores analizados, limitándose frecuentemente a recomendaciones organizativas elementales -coordinación con servicios sociales, rotación de usuaria/o en casos de riesgo- sin soporte estructural ni institucional adecuado.

Por lo que respecta a los dos **estudios de campo** realizados arrojan resultados coherentes entre sí y con la literatura revisada, aunque también revelan matices, particularidades y diferencias que enriquecen el análisis y permiten formular conclusiones de especial valor para la intervención preventiva:

- La VLE es un riesgo laboral percibido como importante, frecuente y de alta intensidad. El 89,3% de los/as profesionales encuestados/as en el Estudio de campo 2 ha vivido alguna situación de violencia externa en los últimos diez años. Más del 52% considera el riesgo de VLE como muy importante, y el 37,5% como bastante importante. La intensidad de la exposición es valorada como alta o bastante alta por el 74,5% de la muestra. El 29% estima que más del 80% de la población trabajadora de su sector ha sufrido este riesgo, y casi otro cuarto (22,2%) lo estima entre el 60 y el 79%. Estos datos confirman la magnitud estructural del fenómeno en los tres ámbitos analizados.
- La violencia verbal y física son las formas más extendidas, pero la psicológica y la simbólica son las más dañinas a largo plazo. En la muestra general, la violencia verbal está presente en el 96,1% de los casos, y la física en el 98,9%. La violencia psicológica afecta al 60% de los casos, y la simbólica al 26,1%. La violencia telemática-digital ya se observa en el 9,6% de los casos, siendo especialmente significativa en el ámbito educativo. El tipo de conducta más frecuente es el desprestigio profesional (67,9%), seguido de las amenazas (64,6%) y el desprestigio personal (49,6%). Las familias de las personas usuarias emergen como agentes de violencia de primer orden en todos los sectores analizados.
- La actividad preventiva es valorada de forma consistentemente negativa por la totalidad de la muestra. Éste es, quizás, el resultado más alarmante de los estudios de campo: la puntuación media global de la actividad preventiva, sobre 10, es de 4,23 —insuficiente—. El nivel de protección frente al riesgo recibe la peor valoración (media de 1,99 sobre 4), seguido del apoyo institucional (2,04). Más de dos tercios de la muestra considera que la gestión preventiva del riesgo es escasa o nula, y más de dos tercios estima que las soluciones aplicadas son pocas o ninguna. El 37,5% considera que el apoyo institucional tras sufrir violencia es nulo. Estos datos constituyen una señal de alarma de primer orden para las administraciones públicas valenciana.
- Los/as informantes clave alertan sobre el problema de la normalización de la violencia y la sensación de impunidad de la persona que agrede. Los testimonios de los/as informantes clave en el Estudio de campo 1 revelan que la normalización de la violencia verbal es uno de los obstáculos más graves para la prevención efectiva. Esta normalización opera en dos sentidos: por un lado, las personas trabajadoras interiorizan la violencia como parte inevitable de su función; por otro, las organizaciones tienden a infrarregistrar o ignorar los episodios de menor intensidad, alimentando una cultura del silencio. La sensación de impunidad de la persona agresora -expresada de forma recurrente en todas las entrevistas- refuerza la inhibición de las denuncias y la desconfianza en el sistema preventivo e institucional.

- Existe un déficit generalizado de formación, apoyo y protección institucional. Los/as informantes clave señalan de forma consistente que falta formación específica, información clara sobre los derechos y los procedimientos, apoyo institucional visible y rápido, y una cultura preventiva activa. La medida más señalada como más útil es el acompañamiento por personal de seguridad o fuerzas del orden, seguida del apoyo institucional visible y rápido; mientras que las menos útiles son los protocolos que solo existen 'en papel' y la formación genérica sin adaptación al puesto. El miedo a las represalias, la burocracia y la exposición de datos personales al denunciar son barreras estructurales a la notificación de incidentes que el sistema preventivo no ha resuelto.
- El impacto sobre la salud de las personas trabajadoras es severo y consistente con los hallazgos de la literatura. La principal consecuencia percibida es la aparición de estrés y ansiedad (89,3% de la muestra), seguida de miedo e inseguridad (71,4%). La afectación de la salud mental es señalada por el 65% de la muestra, la pérdida de motivación por el 64,3% y la alteración del sueño por el 62,1%. El empeoramiento del clima laboral es señalado por el 52,1% y las bajas laborales por el 50%. El elemento más afectado, con diferencia, es la salud y la seguridad de las personas trabajadoras (media de 1,51 en escala inversa), seguido del desempeño de las tareas (1,66) y el funcionamiento de la organización (1,89). Nadie, en toda la muestra, indica que la exposición a la VLE no tiene consecuencias.

Por ámbitos, en el **sanitario**, los/as informantes clave describen una situación de aumento sostenido de la VLE, ligado fundamentalmente a la saturación del sistema público y al 'empoderamiento del paciente'. Las personas usuarias perciben que tienen solo derechos y ningún deber, actúan con impunidad y desvalorizan el trabajo de los profesionales sanitarios. Las entrevistas revelan una hipervigilancia constante en el personal –“te crea un estado de alerta constante, aunque no sea consciente” (E6)-, un deterioro de la relación terapéutica y una creciente actitud defensiva que merma la calidad empática de la atención.

Los colectivos más expuestos, según los informantes clave, son los/as celadores/as y auxiliares administrativos/as, seguidos de médicos/as y enfermeros/as, con una concentración especial en urgencias, atención primaria, salud mental y visitas domiciliarias. El estudio cuantitativo confirma que en sanidad los/as pacientes (70,5%) y sus familiares (64,5%) son los principales agentes de violencia. El personal sanitario manifiesta que el apoyo institucional es insuficiente -a menudo se reduce al uso del sistema CAT (comunicación de accidente de trabajo)- y que la formación es deficiente fuera de los canales específicos del EVES.

Un dato de especial relevancia es el relativo al miedo a denunciar por la exposición de datos personales (“yo denuncio. ¿Pero con qué datos? con los míos personales. No, perdona, yo tengo que denunciar y decirle al que encima que me ha pegado dónde vivo” -E20-). Esta barrera estructural constituye un obstáculo mayor para el registro fidedigno de los incidentes y para la persecución efectiva de las agresiones.

La valoración de la actividad preventiva en sanidad es la menos negativa de los tres sectores —media global de 4,32 sobre 10—, lo que evidencia que, si bien existe mayor estructuración formal de protocolos en este sector, la percepción de protección efectiva sigue siendo claramente insuficiente. Las medidas más valoradas son el personal de seguridad, el pulsador de alarma y el control de accesos.

El **ámbito educativo** es el que presenta la percepción más intensa de daño derivado de la VLE. La muestra de este ámbito considera, sustancialmente más que la de los otros dos sectores, que la VLE produce mayor daño y afecta más a la salud, el desempeño y el funcionamiento de la organización. La satisfacción global con la vida de las personas encuestadas (6,86) es significativamente inferior a la de la población activa valenciana (7,19), lo que apunta a un deterioro del bienestar general asociado a las condiciones de trabajo.

Las causas identificadas por los/as informantes clave se articulan en torno a tres grandes factores. El primero es la pérdida de autoridad moral y falta de reconocimiento social de la profesión docente (33% de las menciones): “el desprestigio de la profesión. Las familias y los alumnos cada vez nos ven más como sirvientes” (E39). El segundo son las medidas de atención a la diversidad insuficientes o con falta de recursos: “la falta de recursos o la falta de docentes en este sector es la principal causa” (E41). El tercero son los modelos familiares: progenitores que adoptan posiciones de defensa sistemática ante cualquier conducta de sus hijos/as, creando jóvenes sin límites de comportamiento y reforzando moralmente las conductas agresivas.

Un fenómeno documentado de forma consistente es la 'perversión sistémica' derivada de la adjudicación de plazas a profesorado interino en los centros con mayor conflictividad: “el 70% del profesorado son interinos. Eso quiere decir que ninguno repite de un curso para otro” (E44). Esta dinámica genera una doble vulnerabilidad: el profesorado menos experimentado se enfrenta a las situaciones más complejas sin los recursos, la formación ni el apoyo institucional necesarios. La violencia digital emerge como una forma nueva y particularmente lesiva: acoso por redes sociales, difamación en plataformas públicas y grabaciones en el aula que se viralizan.

Las medidas preventivas en educación son valoradas con la peor nota de los tres sectores (media de 4,08 sobre 10). El 41,2% de la muestra señala que no existen medidas preventivas específicas en su centro. El conocimiento sobre medidas o protocolos específicos de VLE es muy escaso —“el protocolo

existe, pero si la dirección no lo impulsa, se queda en papel” (E44)—, aunque existe mayor conocimiento de los protocolos de convivencia. El apoyo institucional es percibido como prácticamente nulo por un porcentaje mayoritario del profesorado.

El **SAD** presenta, en los estudios de campo, un perfil de vulnerabilidad extrema que confirma y amplía los hallazgos de la literatura. El 90% de las personas profesionales del SAD encuestadas ha sufrido alguna situación de VLE en los últimos diez años, con una frecuencia relativa mayor también en este colectivo (33,3% de exposición frecuente). Sin embargo, la representatividad de los datos del SAD es limitada dado el tamaño reducido de la muestra (N=10), lo que obliga a interpretar estos resultados con cautela metodológica aunque resultan coherentes con la evidencia cualitativa.

Los testimonios de las informantes clave del SAD revelan una normalización de la violencia verbal que actúa como mecanismo de perpetuación del problema: “la violencia verbal casi que la normalizamos en nuestro sector” (E101). El miedo anticipatorio a acudir al domicilio tras un episodio violento es frecuentemente descrito: “al día siguiente como que no te encuentras capaz de entrar a ese domicilio. Entrás con miedo, con inseguridad” (E27). Las trabajadoras de color son señaladas explícitamente como colectivo especialmente expuesto (E25), lo que añade una dimensión interseccional al análisis.

La ausencia de medidas preventivas estructurales en el SAD es alarmante: no existe evaluación de riesgo previa del domicilio en la mayoría de los casos, no hay dispositivos de alarma personal, la coordinación con servicios sociales es irregular y las empresas -frecuentemente pequeñas y con alta precariedad- anteponen el mantenimiento de la relación con la persona usuaria a la protección de la trabajadora. La valoración de la actividad preventiva en el SAD, aunque paradójicamente es la menos suspendida de los tres sectores en términos cuantitativos, encubre una realidad de profunda precariedad preventiva.

La combinación del trabajo de revisión y del trabajo de campo nos muestra **puntos de convergencia y de divergencia** entre ambos.

El primero y más relevante punto de **convergencia** es la confirmación empírica del carácter estructural, creciente y multidimensional de la VLE. Tanto la literatura como los dos estudios de campo coinciden en que la VLE no es un fenómeno episódico ni de conducta individual, sino el resultado de factores sistémicos -precarización, saturación, déficit de recursos, erosión de la autoridad institucional, polarización social- que operan de forma dinámica e interrelacionada. Los estudios de campo proporcionan la dimensión experiencial y cuantitativa que confirma con datos propios del territorio valenciano lo que la literatura había descrito a nivel general y nacional.

La segunda coincidencia fundamental es el problema del infrarregistro y la normalización de la violencia. La literatura advierte de este problema de forma sistemática, y los estudios de campo lo confirman con contundencia: el testimonio de los/as informantes clave revela que la violencia verbal - la forma más frecuente- se asume como inherente al puesto de trabajo, especialmente en el SAD. Esta normalización alimenta el ciclo de invisibilización que la literatura identifica como obstáculo estructural para el diseño de políticas preventivas basadas en evidencia.

La tercera convergencia es la insuficiencia percibida de las medidas preventivas existentes. La literatura describe medidas formalmente establecidas que no siempre se aplican con coherencia ni eficacia. Los estudios de campo confirman esta brecha de implementación con datos precisos: media global de la actividad preventiva de 4,23 sobre 10, con el nivel de protección como el aspecto peor valorado. La distancia entre el marco normativo e institucional formal -amplio y articulado- y la realidad cotidiana de las personas trabajadoras -desprotegidas, sin apoyo y con escasa formación específica- es uno de los hallazgos más consistentes y perturbadores del estudio.

La cuarta concordancia es el impacto sobre la salud mental de las personas trabajadoras. La literatura documenta trastorno de estrés postraumático, burnout, ansiedad y pérdida de vocación como consecuencias frecuentes de la VLE. Los estudios de campo lo confirman y concretan: el 89,3% de la muestra señala estrés y ansiedad; el 71,4%, miedo e inseguridad; el 65%, afectación de la salud mental; y el 64,3%, pérdida de motivación. El carácter acumulativo y silencioso del daño psicológico, especialmente derivado de la violencia verbal normalizada, es reconocido tanto en la literatura como en los testimonios directos.

Por lo que respecta a los **aspectos divergentes**, el primero es la diferencia en el patrón de exposición por género entre lo que describe la literatura y lo que revelan los estudios de campo. La literatura, con base en datos de la EPA (INSST, 2023), señala que las mujeres están más expuestas que los hombres (18,7% frente a 14,2%). Sin embargo, el Estudio de campo 2 muestra una imagen matizada: si bien las mujeres otorgan mayor importancia a la VLE y se perciben más expuestas en frecuencia e intensidad, son los hombres quienes perciben que sobre ellos se ejercen más tipos de violencia. La violencia psicológica es más extendida entre mujeres (62,1%) que entre hombres (56,5%), mientras que la física, simbólica, económica y telemática-digital afecta más a los hombres. Esta diferenciación de género, que la literatura no captura con la misma precisión, tiene implicaciones preventivas importantes.

Otro aspecto divergente es el peso relativo de los distintos colectivos agresores. La literatura enfatiza a los/as pacientes/usuarios/as y sus familiares como los principales agentes de violencia, pero tiende a dar menor protagonismo relativo a las familias en educación. Los estudios de campo, especialmente las entrevistas, revelan que la violencia de las familias es percibida por el profesorado como

especialmente dañina y creciente, e incluso más perturbadora en algunos aspectos que la del propio alumnado, por su carácter adulto, premeditado e intimidatorio. Este hallazgo tiene implicaciones preventivas directas que la literatura ha subestimado.

Otro aspecto es el relativo a la dimensión digital de la VLE. La literatura la describe como una 'forma emergente', relativamente nueva. Los estudios de campo revelan que la violencia telemática-digital ya está plenamente instalada en el ámbito educativo y que es percibida como el segundo problema de convivencia más relevante (tras los insultos directos). La velocidad con la que esta forma de violencia se está expandiendo supera la capacidad de respuesta del marco preventivo formal existente, configurando una brecha preventiva urgente.

Por sectores, en sanidad, la literatura presenta el Plan Integral de Prevención de Agresiones de la Conselleria de Sanidad como una referencia normativa y organizativa de cierta solidez, mientras que los estudios de campo revelan que su aplicación es percibida como insuficiente, desigual e incompleta por los propios profesionales: el nivel de protección es el aspecto peor valorado, con una media de 1,99 sobre 4. En segundo lugar, la literatura señala que sanidad 'va por delante' de los otros sectores en desarrollo preventivo, y los estudios de campo lo confirman en términos relativos, pero esta ventaja comparativa no implica una situación satisfactoria en términos absolutos: con una nota de 4,32, sanidad también suspende. En tercer lugar, el testimonio de los/as informantes clave añade una dimensión que la literatura apenas desarrolla: el miedo a denunciar por la exposición de datos personales, una barrera procesal concreta que el marco normativo no ha resuelto y que requiere una solución técnico-jurídica específica -por ejemplo, la implementación de un número de empleado público que proteja la identidad del denunciante, análogo al número de placa policial-.

En el ámbito educativo, el primer matiz es la identificación del profesorado interino como colectivo especialmente vulnerable, no solo por su menor experiencia, sino por el mecanismo estructural que les asigna sistemáticamente las plazas más conflictivas. La literatura no recoge esta 'perversión sistémica' con la claridad que los/as informantes clave le otorgan. El segundo matiz es la identificación de las medidas informales de autoprotección colectiva que el profesorado ha desarrollado al margen del sistema preventivo formal: grupos de WhatsApp para alertar sobre situaciones de riesgo, la figura del profesor-acompañante sin formación específica, y la llamada al 112 como recurso de última instancia. Estas prácticas informales revelan la brecha entre las medidas formales existentes 'en papel' y las necesidades preventivas reales del profesorado. El tercer matiz es el papel de la Inspección Educativa: en lugar de constituirse en garante de la protección del profesorado, es percibida, en algunos testimonios, como un factor de presión adicional sobre los centros, lo que añade una

dimensión institucional específica del sector educativo que la literatura no captura con la misma nitidez.

Finalmente, en el caso del SAD, la literatura identifica los trastornos cognitivos y las demencias de los/as usuarios/as como el principal factor de riesgo de agresión física imprevisible; los estudios de campo confirman este diagnóstico, pero añaden con especial fuerza el rol de los/as familiares del usuario/a como fuente de violencia, especialmente violencia verbal e intimidatoria hacia la persona trabajadora. La literatura describe la ausencia de protocolos como un problema general; los estudios de campo revelan que esta ausencia es prácticamente total -no existen evaluaciones previas del riesgo del domicilio en la mayoría de los casos, ni dispositivos técnicos de seguridad, ni formación específica, entre otros-. Finalmente, los estudios de campo revelan una dimensión de discriminación interseccional que la literatura apenas desarrolla: las trabajadoras de origen extranjero ('compañeras de color') son señaladas como las más expuestas a violencia, añadiendo una dimensión étnica y racial al análisis de la vulnerabilidad diferencial en este sector.

De lo anterior se derivan una serie de ***reflexiones críticas*** a tener en cuenta a la hora de trabajar preventivamente frente al riesgo de VLE en los ámbitos públicos analizados:

- **La VLE como síntoma de un fallo sistémico, no de una disfunción individual.**

La primera reflexión crítica que se impone al analizar los resultados de este estudio es de carácter epistemológico y ético: la VLE no puede ni debe seguir siendo abordada como un problema de conducta individual -de la persona agresora que 'pierde los nervios' o de la persona trabajadora que 'no sabe gestionar el conflicto'-. Esta reducción individualista del fenómeno, que persiste en el discurso institucional y mediático dominante, tiene consecuencias preventivas desastrosas: desvía la atención de las causas estructurales, sitúa la responsabilidad en las personas más vulnerables del sistema -las/os trabajadoras/es-, y libera a las organizaciones y a la administración de su obligación legal y ética de intervenir activamente. La VLE es, como confirman tanto la literatura como los estudios de campo, el síntoma de fallos sistémicos profundos: saturación de los servicios públicos derivada de años de infrafinanciación y de una gestión que prioriza la eficiencia económica sobre la calidad del servicio y las condiciones de trabajo; erosión del contrato social que sustenta la relación ciudadano-institución, alimentada por la desconfianza, la frustración y la polarización social; transformación de las expectativas ciudadanas hacia los servicios públicos en un contexto de 'sociedad de la inmediatez' que tolera mal la espera, la incertidumbre y la limitación; y debilitamiento sistémico de la autoridad institucional de los profesionales de la educación, la sanidad y el cuidado, en un proceso cultural

complejo que no puede revertirse únicamente a través de medidas preventivas técnicas. Abordar la VLE sin abordar estas causas estructurales equivale a tratar el síntoma ignorando la enfermedad.

- La normalización de la violencia como mecanismo de perpetuación del riesgo.

La normalización de la violencia verbal -que tanto la literatura como los estudios de campo identifican de forma consistente y con especial intensidad en el SAD- representa uno de los fenómenos más perturbadores y difíciles de abordar desde la perspectiva preventiva. Cuando las personas trabajadoras interiorizan la violencia como parte inherente de su función, se produce un doble daño: por un lado, el daño acumulativo sobre la salud psicológica que genera la exposición crónica a conductas violentas sin protección ni reparación; por otro lado, la inhibición de la notificación de incidentes, que alimenta el infrarregistro y distorsiona la imagen estadística del fenómeno, dificultando el diseño de políticas preventivas basadas en evidencia real.

Esta normalización no se produce en el vacío: es el resultado de años de inacción institucional, de mensajes implícitos que transmiten a los/as trabajadores/as que 'así es este trabajo', de sistemas de registro que no funcionan, de apoyos institucionales que no llegan, de denuncias que no producen resultados, y de una cultura social que aún no ha interiorizado plenamente que agredir a un/a profesional sanitario, docente o trabajador/a social no es una conducta tolerable ni 'comprensible'. La lucha contra la normalización de la violencia es, en última instancia, una lucha cultural que trasciende el ámbito preventivo-laboral y requiere una implicación de toda la sociedad.

- La brecha entre el marco normativo formal y la realidad preventiva cotidiana.

Otra reflexión crítica ineludible es la que pone en relación el robusto marco normativo existente - Convenio 190 OIT, LPRL, normativa sectorial, planes autonómicos de prevención- con la realidad preventiva cotidiana que describen las personas encuestadas y entrevistadas. Esta brecha es, sencillamente, alarmante. Los datos revelan que el problema de la VLE en los servicios públicos valencianos no es, fundamentalmente, un problema de falta de regulación -el marco normativo existe y es amplio- sino un problema de implementación, aplicación efectiva y cultura organizativa. La norma existe; la práctica la ignora. El protocolo existe; la dirección no lo impulsa. La evaluación de riesgos psicosociales es obligatoria; en muchos centros no se realiza. La vigilancia de la salud debe ser específica; habitualmente se reduce a revisiones físicas. Este desfase entre el deber ser normativo y el ser cotidiano representa una forma de violencia institucional hacia las personas trabajadoras, que son protegidas en el papel y desprotegidas en la práctica.

- La responsabilidad institucional y el liderazgo como variables preventivas.

Otra reflexión crítica, de especial importancia desde la perspectiva técnico-preventiva, es la que concierne al papel del liderazgo institucional como variable determinante de la eficacia preventiva. Los estudios de campo revelan de forma consistente que la diferencia entre centros con una cultura preventiva activa y centros donde la VLE es ignorada o minimizada no depende fundamentalmente del sector ni del tamaño, sino de la calidad del liderazgo de la dirección del centro o de la responsable de la empresa: “el protocolo existe, pero si la dirección no lo impulsa, se queda en papel” (E44). Esta dimensión de liderazgo -que la literatura preventiva denomina 'compromiso directivo'- es una variable que los programas de formación y las evaluaciones de riesgos deben incluir explícitamente en sus diseños.

Por otro lado, la inacción institucional frente a la VLE -cuando la organización conoce el problema y no actúa- constituye una forma de violencia institucional indirecta que agrava el daño sobre la persona trabajadora y erosiona la confianza en el sistema preventivo. Garantizar que la administración como empleadora cumpla efectivamente sus obligaciones legales en materia de prevención de la VLE no es solo una cuestión técnica; es una cuestión de justicia institucional y de coherencia ética con los principios del Estado de Derecho. Cuando una persona trabajadora es agredida y la institución para la que trabaja no le respalda, no le protege o le somete a un laberinto burocrático para denunciar, se produce una ‘victimización secundaria’ que agrava el daño. La organización se convierte, de facto, en cómplice por omisión. Esta inacción erosiona la confianza del trabajador/a en su empleador/a y refuerza la sensación de desamparo y soledad. El miedo a denunciar (por tener que dar datos personales, por las represalias, por la inutilidad del proceso) es un síntoma de que el sistema no está diseñado para proteger a la víctima, sino para protegerse a sí mismo de la visibilidad del problema.

- El papel de la organización del trabajo.

La organización del trabajo -en su dimensión de carga laboral, autonomía, apoyo social, claridad de rol y justicia organizacional- es un determinante fundamental del riesgo de violencia laboral externa y de su impacto sobre la persona trabajadora. Las organizaciones que generan altos niveles de exigencias laborales, con escasos recursos personales y organizacionales, no solo incrementan el riesgo de agresión (por el deterioro de la relación con las/os usuarias/os) sino que también amplifican el impacto psicológico de los incidentes violentos sobre sus trabajadoras/es.

Por ello, la prevención de la violencia laboral externa no puede limitarse a la instalación de cámaras o la impartición de cursos de defensa personal. Requiere una intervención profunda sobre los factores organizacionales que generan el clima de trabajo en el que la violencia ocurre y se perpetúa: la reducción de ratios profesional-usuario/a, la mejora de las condiciones de trabajo, el reconocimiento

social y económico de las profesiones de cuidado y enseñanza, y el desarrollo de culturas organizacionales basadas en el respeto, la transparencia y el apoyo mutuo.

- Los sectores vulnerables y la deuda social.

Resulta particularmente grave que los sectores más afectados por la violencia laboral externa sean precisamente aquellos que prestan los servicios más esenciales para el bienestar colectivo: la salud, la educación y el cuidado de las personas dependientes. La violencia contra estos/as profesionales no solo daña a los individuos, sino que erosiona los cimientos del Estado del Bienestar. Una sociedad que permite, normaliza o no actúa decididamente contra la violencia hacia sus profesionales sanitarios, docentes y cuidadoras, está negando el valor de los servicios que prestan y comprometiendo su propia cohesión social y su capacidad de reproducción del bienestar. Especialmente preocupante es la invisibilidad del SAD, que concentra las contradicciones más graves del sistema preventivo frente a la VLE. La invisibilidad del SAD en el sistema de registro y notificación de incidentes de VLE -'la falta de datos es en sí misma un dato'- no es casual: responde a la combinación de una profunda precariedad estructural del sector, de la feminización y la histórica infravaloración social de los trabajos de cuidado, y de una administración contratante -ayuntamientos, diputaciones- que no siempre exige a las empresas adjudicatarias el cumplimiento efectivo de la normativa de prevención de riesgos laborales. Abordar la VLE en el SAD sin abordar simultáneamente las condiciones de trabajo, la precariedad contractual y la invisibilidad social de este colectivo es éticamente indefendible y preventivamente ineficaz.

- La dimensión de género: una variable transversal insuficientemente integrada.

La VLE tiene una dimensión de género que va más allá de la mayor exposición cuantitativa de las mujeres. Las formas de violencia que se ejercen sobre mujeres y hombres son cualitativamente diferentes: sobre las mujeres predomina la violencia psicológica y el aislamiento; sobre los hombres, la violencia física y la económica. El acoso sexual —señalado explícitamente en los testimonios de docentes mujeres jóvenes— añade una dimensión que la violencia laboral externa comparte con otras formas de violencia de género y que exige un abordaje específico, integrado y consistente con el marco de la LO 10/2022 de garantía integral de la libertad sexual.

La interseccionalidad añade una dimensión adicional: la triple vulnerabilidad de las trabajadoras del SAD que son además mujeres y de origen extranjero —identificadas explícitamente en los testimonios como las más expuestas— evidencia que la VLE no opera sobre individuos abstractos sino sobre sujetos situados en posiciones de poder que se cruzan y se potencian mutuamente. Una política preventiva que ignore esta interseccionalidad será necesariamente parcial e incompleta.

- La Paradoja de los Protocolos.

La existencia de protocolos es necesaria, pero no suficiente. El estudio revela la paradoja de que, existiendo marcos normativos y planes, su aplicación es percibida como un fracaso. Los protocolos se convierten en ‘papel mojado’ cuando no van acompañados de recursos (humanos, materiales, de tiempo), de liderazgo institucional y de una cultura organizativa que los haga vivos. Un protocolo que no se conoce, no se aplica o se aplica de forma tardía y desigual es peor que no tenerlo, porque genera una falsa sensación de seguridad y aumenta la frustración cuando falla.

- La violencia digital: una brecha preventiva urgente.

La ciberviolencia o violencia digital emerge como la forma de VLE de mayor crecimiento y menor cobertura preventiva. Presenta características que la hacen especialmente lesiva: su alcance potencialmente ilimitado, su permanencia en el tiempo, su penetración en la vida personal y familiar de la víctima y la dificultad de identificar y perseguir a los agresores. El marco normativo existente ofrece cobertura teórica a estas conductas, pero la velocidad con que la ciberviolencia se expande supera claramente la capacidad de respuesta del sistema preventivo formal.

- La infranotificación como fracaso del sistema preventivo.

Uno de los fenómenos más preocupantes en el análisis de la violencia laboral externa es la elevada tasa de infranotificación, que revela un fracaso sistémico del modelo de gestión de este riesgo. Las razones de la infranotificación son múltiples y se retroalimentan: la normalización del riesgo (es parte del trabajo); el miedo a las represalias o a ser señalado como trabajador conflictivo; la percepción de que la notificación no tendrá consecuencias positivas; la ausencia de sistemas de notificación sencillos y accesibles; y la falta de cultura organizacional de tolerancia cero.

Esta infranotificación tiene consecuencias directas sobre la calidad de los datos disponibles para la toma de decisiones preventivas, sobre el dimensionamiento de los recursos de intervención y sobre el reconocimiento del problema por parte de las organizaciones y las administraciones públicas. Sin datos fiables, no hay política de prevención eficaz, y sin política de prevención eficaz, el círculo vicioso de la violencia se perpetúa.

A partir de lo anterior, a continuación, se indican una serie de ***líneas de trabajo e investigación*** que resultan prioritarias para el avance en el conocimiento y la gestión de la VLE en la Comunitat Valenciana:

- Desarrollo de un observatorio unificado de violencia laboral externa. Es necesario crear un sistema integrado de registro, notificación y análisis de la violencia laboral externa que supere la fragmentación actual entre sectores y administraciones.
- Investigación epidemiológica longitudinal. Se requieren estudios de cohorte que permitan seguir en el tiempo la evolución de la exposición a la violencia y sus consecuencias sobre la salud de las personas trabajadoras de los tres sectores, con metodología mixta (cuantitativa y cualitativa) y con perspectiva de género.
- Evaluación de la efectividad de las intervenciones. Existe una notable escasez de estudios rigurosos sobre la efectividad de las intervenciones preventivas y paliativas específicas para cada sector. La investigación en esta línea debe incorporar diseños cuasiexperimentales con grupos de control y seguimiento a largo plazo.
- Perspectiva de género y violencia laboral externa. Se propone desarrollar investigación específica sobre el impacto diferencial de la violencia laboral externa en función del género, así como sobre la violencia sexual en el ámbito laboral externo, especialmente en SAD y sanidad.
- Por sectores, en Sanidad se propone el desarrollo e implementación de programas de formación en desescalada basados en evidencia (como el Programa PART -Prevención y Actuación en la Restricción Terapéutica-); evaluación del impacto de las reformas de los espacios de urgencias sobre la frecuencia de agresiones; investigación sobre la eficacia de los equipos de gestión del comportamiento agitado. En Educación la investigación sobre la ciberviolencia contra el profesorado y desarrollo de protocolos específicos para su gestión; estudios sobre el impacto de la violencia de familias sobre la salud mental del profesorado; evaluación de los programas de mediación escolar como herramienta de prevención de la violencia hacia el profesorado. En el ámbito del SAD resulta urgente desarrollar un protocolo específico de evaluación y gestión del riesgo de violencia en el domicilio, la investigación sobre las intervenciones organizacionales que reducen el riesgo (trabajo en pareja, ficha de riesgo del domicilio, supervisión periódica, ...), y estudios sobre el impacto de la mejora de las condiciones laborales sobre la exposición a la violencia.

6. Referencias bibliográficas

- Acuerdo Marco Europeo sobre el Acoso y la Violencia en el Trabajo* (BusinessEurope, CEEP, ETUC, UEAPME, 2007).
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) (2015). *Segunda Encuesta Europea de Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes (ESENER-2)*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Bangueses, L., Vázquez-Campo, M. y Mouriño, Y. (2021). Vivencias y percepción de los profesionales sanitarios de las urgencias extrahospitalarias ante las agresiones. *Atención primaria*, 53. Núm. 3.
- California Division of Occupational Health and Safety (CAL/OSHA) (1995). *Guidelines for Workplace Security*.
- Centella, M. y Padilla, F.J. (2025) *El servicio de ayuda a domicilio. Diagnóstico de la situación laboral y social en el sector*. Colección trabajo de investigación. Ed. Laborum, Murcia.
- Chappell, D. y Di Martino, V. (2006). *Violence at work*. International Labour Organization (ILO).
- Comisión Europea (2007). *Comunicado de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo por la que se transmite el acuerdo marco europeo sobre el acoso y la violencia en el trabajo* [online]. Bruselas: Comisión Europea. (COM(2007) 686 final).
- Comisión Europea (2021). *Comunicación de la Comisión al parlamento europeo, al consejo, al comité económico y social europeo y al comité de las regiones. Marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027. La seguridad y la salud en el trabajo en un mundo laboral en constante transformación*. COM(2021) 323 final
- Conselleria de Sanidad (2025). *Plan Integral de Prevención de las Agresiones en el Entorno Sanitario*. Comunidad Valenciana.
- Conselleria de Sanidad. (2025). *Campaña de sensibilización y Plan Integral de Prevención de las Agresiones en el Entorno Sanitario* [Gabinete de Prensa / marco esp 2]. Generalitat Valenciana.
- CSIF (2023). *Encuesta sector nacional educación*. CSIF.
- Decreto 39/2008, de 4 de abril, del Consell, sobre la convivencia en los centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos y sobre los derechos y deberes del alumnado, padres, madres, tutores o tutoras, profesorado y personal de administración y servicios
- Decreto 159/2009, de 2 de octubre, del Consell, por el que se establecen las actuaciones de los órganos de la Conselleria de Sanidad en la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat.
- Decreto 195/2022, de 11 de noviembre, del Consell, de igualdad y convivencia en el sistema educativo valenciano.
- Decreto 40/2023, de 24 de marzo, del Consell, por el que se regulan los servicios de prevención de riesgos laborales de la Generalitat.
- Defensor del pueblo andaluz (2021). *Estudio singular. Agresiones al personal sanitario en su puesto de trabajo*.

Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (2011). *Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS) Criterio Técnico 87/2011 sobre actuaciones inspectoras en relación al riesgo laboral de atraco*.

EPA (2020). *Módulo Especial sobre Accidentes Laborales y Problemas de Salud*. Instituto Nacional de Estadística.

Fernández-Cano M.I., Navarro, A., Feijoo-Cid M., y Salas-Nicás S. (2023). *Estudio CuidémoNos. Auxiliares de ayuda a domicilio en España, 2022. Riesgos laborales y estado de salud*. Barcelona: POWAH, GREMSAS, UAB.

FETE-UGT (online). *Estudio de campo: “La violencia en los centros escolares como factor de riesgo psicosocial en los trabajadores de la enseñanza”*. CEF de FETE-UGT.

Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Publishing

Glaser, B. G., y Holton, J. (2004). Remodeling Grounded Theory. *Forum: Qualitative Social Research*, 5(2), Art.4.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) (2011). *NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo*. Ministerio de Trabajo.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) (2025). *NTP 1.215: Violencia en el trabajo de origen externo*. Ministerio de Trabajo.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P. (2022). *Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales*. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P. (INSST), Madrid.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P. (2023). *Salud Mental y trabajo. Diagnóstico de situación*. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P., Madrid.

Institut Valencià de Seguretat i Salut en el Treball (INVASSAT) (2025). *Estrategia Valenciana de Seguridad, Salud y Bienestar Laboral 2025-2029. Las personas en el centro de la prevención*. Aprobada por Acuerdo de 4 de marzo de 2025, del Consell

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE núm. 269, de 10 de noviembre de 1995).

Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana.

Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), modificada por LO 3/2020 (LOMLOE).

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres

- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica el Código Penal.
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.
- Martínez, M.A. y Rodríguez, J. (2016). Agresiones hacia el personal sanitario en España: violencias invisibilizadas, silencios inaceptables. *Medicina de Familia. SEMERGEN* 50, 8.
- Maslach, C. y Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15, 103-111.
- Magnavita, N. (2014). Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: a chicken-and-egg situation—results of a 6-year follow-up study. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), 366-376.
- MC MUTUAL (2024). *Guía de implantación del plan de prevención de la violencia laboral y gestión de conflictos con personas ajenas a la organización*. MC MUTUAL.
- Observatorio Nacional de Agresiones a Sanitarios de la Organización Médica Colegial (OMC) (2024).
- Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización Mundial de la Salud (OMS), Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), Internacional de Servicios Públicos (ISP). (2002). *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. OIT/OMS/CIE/ISP.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2019). *Convenio 190 de la OIT sobre violencia y acoso en el mundo del trabajo*. Ratificado por España el 25 de mayo de 2023.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.
- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Subdirección General de Administración de Personal y Salud Laboral. Dirección General de Recursos Humanos (2024). *Plan integral de prevención de las agresiones en el entorno sanitario*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad.
- Tehrani, N. (2004). *Workplace Trauma - concepts, assessments and interventions*. Taylor Francis, London.

7. Propuesta de programas preventivos por ámbitos

Las siguientes propuestas se basan en las medidas identificadas tras realizar la revisión de la literatura y la información recabada en los estudios de campo. Están adaptadas a cada uno de los ámbitos estudiados.

A) Programa Preventivo Integral para el Ámbito Sanitario

Programa preventivo integral de carácter multidimensional que contempla la prevención primaria, secundaria y terciaria, con especial atención a las áreas de mayor exposición -urgencias, atención primaria, salud mental y visitas domiciliarias-. Parte del reconocimiento de que la VLE en sanidad es el resultado de una confluencia de factores organizativos, relacionales, contextuales y socioculturales, y que su abordaje eficaz requiere una intervención integral en los tres niveles de prevención.

Componentes del programa

El programa está conformado por 7 componentes.

Componente 1. Evaluación sistemática y registro riguroso

- Integración obligatoria de la VLE en la evaluación de riesgos psicosociales de todos los centros y unidades asistenciales, conforme a la metodología establecida por la LPRL y la NTP 1215.
- Implementación de un sistema de registro centralizado, actualizado y accesible a los/as delegados/as de prevención y al Comité de Seguridad y Salud, que incluya todos los tipos de violencia -no solo la física- y que proteja la confidencialidad de los datos del trabajador/a afectado/a.
- Diseño de un indicador de VLE incorporado al cuadro de mando de gestión de cada departamento o unidad, con revisión periódica.
- Implementación del número de empleado público como sustituto de los datos personales en las denuncias, eliminando la barrera identificada como prioritaria por los informantes clave.

Componente 2. Intervención organizativa y de gestión

- Reducción de los tiempos de espera en urgencias y atención primaria mediante la mejora de los circuitos de triaje, la ampliación de la capacidad asistencial y la mejora de la comunicación con los/as usuarios/as durante la espera.
- Implementación del protocolo de trabajo en pareja en la atención a pacientes con antecedentes de violencia documentados, especialmente en visitas domiciliarias.
- Revisión y refuerzo de plantillas en los servicios de urgencias, salud mental y atención primaria, con especial atención a los turnos nocturnos y festivos.

- Creación de la figura del gestor/a de conflictos —profesional con formación específica en mediación y desescalada— en los centros de mayor exposición.
- Creación o refuerzo del Comité de Seguimiento de Agresiones en cada departamento de salud, con reunión mínima semestral y capacidad propositiva vinculante.

Componente 3. Intervención ambiental y técnica

- Auditoría de seguridad de todos los centros sanitarios, con especial atención a las áreas de urgencias, admisión, consultas de atención primaria y despachos de trabajo en solitario.
- Instalación obligatoria de sistemas de alarma silenciosa (pulsadores del pánico) en todos los despachos, boxes y áreas de consulta individual, con conexión directa a la centralita de seguridad.
- Control de accesos a las áreas clínicas, con separación efectiva entre zonas de espera y zonas de trabajo clínico.
- Mejora del diseño de salas de espera: espacios amplios, iluminación adecuada, señalización clara sobre tiempos de espera y derechos y deberes de los usuarios.
- Dotación de la app ALERTCOPS u equivalente al personal que realiza visitas domiciliarias.

Componente 4. Formación e información

- Programa de formación obligatoria para todo el personal sanitario en habilidades de comunicación asertiva, técnicas de desescalada verbal, manejo de pacientes agitados y autoprotección en la intervención.
- Formación específica para celadores/as y auxiliares administrativos/as -colectivos más expuestos- en detección temprana de señales de escalada violenta y en los procedimientos de actuación ante incidentes.
- Formación actualizada en manejo de personas con deterioro cognitivo, demencias y trastornos mentales graves, con protocolos específicos de actuación.
- Campaña de información dirigida a los usuarios del sistema sanitario sobre los derechos del personal y las consecuencias legales de las agresiones, integrada en los carteles, pantallas de información y comunicaciones de los centros.

Componente 5. Apoyo institucional y protección jurídica

- Implementación del sistema de acción penal de oficio: la administración sanitaria interpone denuncia de forma automática ante cualquier agresión física al personal, sin necesidad de que sea la víctima quien denuncie.
- Garantía de asistencia jurídica gratuita e inmediata para todo el personal agredido, con representación institucional en el proceso penal.
- Implementación de un protocolo de apoyo psicológico inmediato -psicología de primeros auxilios- disponible en las primeras 48 horas tras un incidente, y seguimiento psicológico especializado a lo largo del tiempo.
- Reconocimiento expreso y público de la agresión por parte de la dirección del centro, con declaración de solidaridad institucional hacia la persona afectada.

- Garantía de adaptación del puesto o cambio de destino para la persona afectada, cuando así lo requiera su situación de salud.

Componente 6. Cultura preventiva y sensibilización social

- Campañas anuales de sensibilización ciudadana vinculadas al Plan de Salud de la Comunitat Valenciana.
- Integración de módulos de respeto al personal sanitario en los programas de educación para la salud dirigidos a la ciudadanía.
- Reconocimiento institucional explícito de la VLE como problema de salud pública que afecta a la calidad del sistema sanitario colectivo.

Componente 7. Evaluación y seguimiento

- Informe anual de VLE en el sistema sanitario valenciano, con comparación histórica y desglose por tipo de agresión, unidad y provincia.
- Encuesta bienal de percepción de riesgo y satisfacción preventiva entre el personal sanitario.
- Revisión anual del programa preventivo en cada Comité de Seguridad y Salud departamental.

B) Programa Preventivo Integral para el Ámbito Educativo

Programa preventivo integral que aborda simultáneamente la dimensión individual, organizativa, familiar, comunitaria y digital de la VLE en el contexto educativo. La prevención de la VLE se integra con la mejora del clima de convivencia escolar, sin confundirlas ni subsumirlas la una en la otra. Se toma en consideración el predominio de la dimensión simbólica -deslegitimación de la autoridad docente-, la violencia de las familias como factor en aumento, y la ciberviolencia como una realidad consolidada.

Componentes del programa

El programa está conformado por 7 componentes.

Componente 1. Evaluación del riesgo y registro de incidentes

- Inclusión obligatoria de la evaluación específica del riesgo de VLE -diferenciada de la evaluación de convivencia del alumnado- en la planificación preventiva de todos los centros educativos públicos.
- Implementación de un Registro Unificado de Incidentes de VLE, específico para el personal trabajador -distinto del registro de incidentes de convivencia del alumnado-, con flujo claro de notificación hacia el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria d'Educació.
- Formación de la dirección del centro en los procedimientos de registro y notificación, con seguimiento por la Inspección Educativa.
- Publicación anual de datos agregados de VLE en el sistema educativo valenciano, como instrumento de rendición de cuentas y base para la planificación preventiva.

Componente 2. Intervención organizativa y pedagógica

- Reducción de la ratio de alumnos/as por aula en los centros de mayor conflictividad, como medida estructural de reducción del riesgo.
- Implementación de la figura del coordinador/a de convivencia con funciones explícitas de protección del personal -no solo del alumnado-, con dedicación horaria efectiva y formación acreditada.
- Revisión del sistema de adjudicación de destinos del profesorado interino, para evitar la asignación sistemática a los centros más conflictivos de quienes tienen menos experiencia y recursos: implementación de un sistema de apoyo reforzado a los centros singulares y de mayor complejidad.
- Implementación del plan de acogida para el profesorado novel y el interino en los primeros días, con mentoría de un docente experimentado y acceso inmediato a los protocolos de actuación ante VLE.
- Creación de la figura del equipo de respuesta inmediata ante situaciones de crisis en los centros de mayor riesgo -formado por el orientador/a, el/la coordinador/a de convivencia y un miembro del equipo directivo-, con protocolo de activación en menos de 10 minutos ante un incidente grave.

Componente 3. Intervención ambiental y técnica

- Control efectivo de accesos al centro: sistemas de identificación de visitantes, regulación de la presencia de familiares en el interior del edificio y protocolo de actuación ante personas no autorizadas.
- Diseño o rediseño de espacios que garanticen la supervisión de zonas de conflicto -pasillos, patios, accesos- y que faciliten la comunicación de emergencia.
- Instalación de pulsadores o sistemas de alerta en las aulas de los centros con mayor exposición a VLE, con conexión a conserjería o dirección.
- Protocolo de seguridad digital: normas claras sobre el uso de dispositivos móviles en el aula, procedimientos ante grabaciones no consentidas y protocolo de respuesta ante campañas de acoso digital al profesorado.

Componente 4. Formación e información

- Programa de formación obligatoria y acreditada para el profesorado en manejo del aula, técnicas de desescalada, comunicación con familias difíciles, autoprotección emocional y derechos ante situaciones de VLE. Esta formación se integraría en la oferta del CEFIRE con carácter prioritario.
- Formación específica para los equipos directivos en liderazgo preventivo: cómo impulsar la cultura de tolerancia cero, cómo apoyar al profesorado afectado y cómo activar los protocolos existentes.
- Formación al profesorado en actuación ante ciberviolencia: reconocimiento, documentación, notificación y respuesta ante acoso digital.
- Información clara y accesible a todo el personal sobre sus derechos ante la VLE, los procedimientos de denuncia y los recursos disponibles -jurídicos, psicológicos, sindicales-.

Componente 5. Trabajo con familias y comunidad educativa

- Implementación obligatoria de un módulo de 'Corresponsabilidad y respeto al profesorado' en las Escuelas de Padres y Madres de todos los centros educativos, con carácter anual.
- Establecimiento de protocolos claros de comunicación familia-escuela, con canales formales y límites explícitos que protejan la dignidad del profesorado.
- Protocolo de restricción de acceso al centro para familiares que hayan ejercido violencia sobre el personal, con intervención de la Inspección Educativa y, si procede, de las fuerzas del orden.
- Campaña anual de sensibilización dirigida a las familias.

Componente 6. Apoyo institucional y protección jurídica

- Implementación de la acción penal de oficio por parte de la administración educativa ante agresiones físicas al profesorado, análogamente a lo propuesto para el sector sanitario.
- Garantía de asistencia jurídica gratuita e inmediata de la Abogacía de la Generalitat para todo el personal agredido.
- Implementación de un protocolo de apoyo psicológico inmediato -con disponibilidad en 24 horas- para el personal agredido, gestionado por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria.

- Reconocimiento explícito del profesorado y del personal de administración como funcionarios/as públicos/as a todos los efectos de protección legal, con aplicación efectiva del agravante penal en casos de agresión.
- Garantía de movilidad protegida: derecho del personal agredido a solicitar traslado de centro con carácter preferente, sin penalización en su carrera profesional.

Componente 7. Evaluación y seguimiento

- Informe anual de VLE en los centros educativos valencianos, con desglose por etapa educativa, tipo de centro y provincia.
- Encuesta bienal de percepción de riesgo y bienestar docente, integrada en el sistema de evaluación de la calidad educativa.
- Revisión anual del plan de convivencia y del programa preventivo de VLE en cada centro, con participación del Comité de Seguridad y Salud.

C) Programa Preventivo Integral para el Ámbito SAD

Programa que aborda la evaluación previa del riesgo del domicilio, el apoyo técnico y organizativo durante la intervención, la formación específica, la mejora de las condiciones laborales y contractuales, la coordinación interinstitucional y la atención psicológica especializada tras la exposición a incidentes de violencia. Se asume que la prevención eficaz en el SAD requiere, como condición previa e ineludible, la mejora de las condiciones laborales y contractuales del sector, sin las cuales ninguna medida técnico-preventiva específica podrá ser eficaz ni sostenible.

Componentes del programa

El programa está conformado por 8 componentes.

Componente 1. Evaluación previa del riesgo del domicilio

- Implementación obligatoria de una evaluación de riesgo de VLE previa al inicio del servicio en cada domicilio, integrada en el protocolo de incorporación al SAD. Esta evaluación deberá incluir: perfil de la persona usuaria (diagnóstico, antecedentes de comportamiento agresivo, consumo de sustancias, deterioro cognitivo); perfil del entorno familiar (presencia de cuidadores informales, dinámica familiar, antecedentes de conflicto); condiciones del domicilio (accesibilidad, presencia de animales, estado de la vivienda, zona geográfica).
- Creación de una ficha de riesgo del domicilio, actualizada periódicamente y accesible a la persona trabajadora del SAD antes de cada visita, en coordinación con los servicios sociales derivadores.
- Protocolo de revisión de la ficha de riesgo ante cualquier incidente de VLE registrado, con decisión explícita sobre la continuidad, modificación o suspensión del servicio.
- Creación de un registro centralizado de domicilios de alto riesgo, gestionado por la administración contratante en coordinación con los servicios sociales, con garantías de protección de datos.

Componente 2. Dotación técnica de seguridad

- Dotación obligatoria a todas las personas trabajadoras del SAD de un teléfono móvil corporativo con geolocalización activada durante la jornada laboral.
- Implementación de un dispositivo de alarma personal —botón del pánico— con conexión directa a la coordinadora del servicio o a la centralita de emergencias.
- Establecimiento de un protocolo de comunicación de entrada y salida: la persona trabajadora comunicará el inicio y el fin de cada visita a la coordinadora, con activación automática del protocolo de alerta si no se recibe la comunicación en el tiempo previsto.
- En domicilios clasificados como de alto riesgo: obligatoriedad de visita en pareja -dos personas trabajadoras-, con asignación de recursos humanos suficientes para garantizar esta medida.
- Provisión de la app ALERTCOPS u equivalente como herramienta de alerta a las fuerzas del orden en situaciones de emergencia.

Componente 3. Formación específica

- Programa de formación obligatoria para todas las personas trabajadoras del SAD en manejo de personas con deterioro cognitivo, incluyendo técnicas de comunicación adaptada, estrategias de desescalada conductual y protocolos de seguridad ante conductas agresivas no voluntarias.
- Formación en técnicas de desescalada verbal y manejo de conflictos con familiares y cuidadores/as del usuario/a.
- Formación en autoprotección en el domicilio: identificación de señales de riesgo, vías de salida, llamada de emergencia y documentación del incidente.
- Formación en derechos laborales: conocimiento claro de los derechos ante situaciones de VLE, los procedimientos de notificación y las consecuencias de no denunciar.
- Esta formación tendrá carácter obligatorio, se impartirá antes del inicio del servicio y se actualizará anualmente, siendo responsabilidad de la empresa adjudicataria y requisito de los pliegos de contratación.

Componente 4. Mejora de las condiciones laborales y contractuales

- Exigencia por parte de las administraciones contratantes -ayuntamientos, diputaciones- de que los pliegos de contratación del SAD incluyan, como cláusula obligatoria, el cumplimiento efectivo de la normativa de prevención de riesgos laborales, con verificación específica de las medidas contra la VLE.
- Inclusión de cláusulas penalizadoras en los contratos de adjudicación del SAD para las empresas que incumplan la normativa de prevención de riesgos laborales en materia de VLE.
- Fomento de la estabilidad contractual como medida preventiva: los contratos de mayor duración y las condiciones de trabajo más estables reducen la vulnerabilidad de las trabajadoras y facilitan la denuncia de incidentes.
- Mejora salarial y reconocimiento social de la profesión, como condición necesaria para atraer y retener talento y reducir la alta rotación, que dificulta la consolidación de una cultura preventiva.

Componente 5. Coordinación interinstitucional

- Protocolo de coordinación entre los servicios sociales derivadores, la empresa SAD y el equipo de salud del usuario/a, para compartir información relevante sobre el perfil de riesgo del domicilio con anterioridad al inicio del servicio.
- Protocolo de alerta a los servicios sociales y, si procede, a las fuerzas del orden, en casos donde el riesgo del domicilio sea conocido y documentado.
- Creación de una mesa de coordinación interinstitucional para el seguimiento de la VLE en el SAD y la actualización periódica del programa preventivo.
- Protocolo de derivación urgente a los servicios sociales en casos donde la persona trabajadora del SAD detecte situaciones de violencia intrafamiliar, para garantizar tanto su protección como la de las personas usuarias.

Componente 6. Apoyo psicológico y atención tras el incidente

- Implementación de un servicio de apoyo psicológico específico para las personas trabajadoras del SAD, disponible en menos de 24 horas tras un incidente de VLE, gestionado por el Servicio

de Prevención de la empresa o, en caso de no disponer de él, contratado externamente como requisito del pliego de contratación.

- Grupos de supervisión y apoyo entre iguales -grupos de profesionales del SAD moderados por psicólogo/a-, con reuniones periódicas, como medida preventiva terciaria y de construcción de resiliencia colectiva.
- Protocolo de adaptación del puesto tras un incidente grave: reasignación temporal a domicilios clasificados como de bajo riesgo, reducción temporal de la carga de trabajo y reincorporación progresiva con acompañamiento.
- Garantía de asistencia jurídica gratuita para la interposición de denuncia, con protección de la identidad de la denunciante ante el agresor.

Componente 7. Registro, visibilización y rendición de cuentas

- Creación de un registro centralizado de incidentes de VLE en el SAD, gestionado por la Conselleria correspondiente, con desagregación por tipo de violencia, perfil del usuario/a, empresa proveedora y territorio.
- Publicación de un informe anual de VLE en el SAD valenciano, como instrumento de visibilización del problema y de rendición de cuentas de las administraciones contratantes y las empresas proveedoras.
- Inclusión de indicadores de VLE en los sistemas de evaluación de la calidad del servicio SAD.

Componente 8. Evaluación y seguimiento

- Informe anual de VLE en el SAD valenciano, con análisis de tendencias y comparación territorial.
- Auditoría preventiva anual de las empresas adjudicatarias del SAD, con verificación del cumplimiento de los requisitos preventivos incluidos en los pliegos de contratación.
- Encuesta bienal de percepción de riesgo y bienestar entre el personal del SAD, gestionada por la Conselleria correspondiente.