

ANEXO I

CONVOCATORIA DE BBPP 2025-2026

ENTIDAD SOLICITANTE: Hospital Universitario Clínico San Cecilio	
NOMBRE DE LA ENTIDAD: Hospital Universitario Clínico San Cecilio (HUCSC)	
DOMICILIO: Avenida de la Innovación, s/n. 18016, Granada	
NOMBRE, APELLIDOS Y PUESTO DE TRABAJO DEL COORDINADOR DEL CENTRO QUE PRESENTA LA PROPUESTA: Angel Cobos Vargas. Referente de Seguridad del Paciente	
TELÉFONO: 670949372 PUESTO DE TRABAJO: Referente de Seguridad del Paciente	EMAIL*: angel.cobos.sspa@juntadeandalucia.es
NOMBRE, APELLIDOS Y PUESTO DE TRABAJO DE LAS PERSONAS QUE COLABORAN EN LA PROPUESTA: • Carmen M.^a Alba Fernández. Subdirección de Cuidados de Enfermería. HUCSC. Comisión de Seguridad del Paciente HUCSC (CSP_HUCSC). • Angel Cobos Vargas. Referente de Seguridad del Paciente del HUCSC. Equipo de gestión de riesgos para la seguridad del paciente (Eq. Gest. Riesgos SP). CSP_HUCSC. • Manuel E. Reyes Nadal. Director Gerente HUCSC. • Irene Bolívar Herrera. Directora de Enfermería HUCSC. • Mónica Ruiz-Alba Gómez. Subdirección Médica. HUCSC. • Susana Moya Roldán. Eq. Gest. Riesgos SP CSP_HUCSC. • Alberto Benavente Fernández. Eq. Gest. Riesgos SP CSP_HUCSC. • Eloísa Casado Fernández. Eq. Gest. Riesgos SP CSP_HUCSC. • Inmaculada Caro Hidalgo. Jefe Unidad Protección de Riesgos Laborales. HUCSC. • Aurora Bueno Cavanillas. Directora del Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad de Granada. Eq. Gest. Riesgos SP (CSP_HUCSC). • M.^a Encarnación Aguilar Ferrándiz. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. • Manuel Colmenero Ruíz. FEA. Medicina Intensiva. Director Docente Facultad de Medicina, Universidad Granada. • Daniel Arnés García. MIR Medicina intensiva. Eq. Gest. Riesgos SP (CSP_HUCSC). • Olga Beatriz Martínez García. Unidad Salud Mental HUCSC.	

*Se utilizará este email para las comunicaciones con el Centro

ANEXO II

Área a la que se presenta: Estrategia de Seguridad del Paciente Número del área: 7 Temática dentro del área: Programa de atención a “Segundas víctimas” Letra dentro de la temática: “a”
TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA: Plan de acción para el abordaje del fenómeno de segundas víctimas.
Justificación de la propuesta: La seguridad del paciente (SP) es una prioridad y un componente esencial de la calidad asistencial. La Organización Mundial de la Salud (Health Worker Safety Charter-2020), afirmó que «ningún país, hospital o centro puede mantener a salvo a sus pacientes si no protege la seguridad de los profesionales»¹, premisa reforzada por el Plan Mundial de Seguridad del Paciente 2021–2030². La Health Innovation Network señala que el bienestar del personal sanitario es imprescindible para una atención segura y humana³; y la Occupational Safety and Health Administration y el International Council of Nurses destacan que entornos laborales seguros y el apoyo emocional a los profesionales, reducen los incidentes y fortalecen la resiliencia organizativa^{4,5}. En Europa, la red ERNST, European Researchers’ Network Working on Second Victims⁶ y el proyecto RESCUE⁷ impulsan estándares para el apoyo a profesionales sufren como segundas víctimas (SV) después de un evento altamente estresante, ofreciendo referencias metodológicas para el desarrollo de programas de intervención en SV. En España, la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS refuerza la cultura justa, el aprendizaje organizativo y la atención tras eventos adversos (EA)⁸. En Andalucía, la Estrategia autonómica considera la atención a primeras, segundas y terceras víctimas en los EA graves, incorporando un enfoque humanizado para pacientes y profesionales⁹. El HUCSC con casi 4.000 profesionales, incluyendo 292 especialistas internos residentes (EIR), recibe anualmente alrededor de 700 estudiantes de Medicina, Enfermería y Fisioterapia para realizar sus prácticas clínicas. La magnitud y diversidad de esta comunidad asistencial y formativa subrayan la necesidad de mecanismos estructurados de apoyo a SV. En 2019, el hospital desarrolló el Procedimiento Operativo de Actuación ante Eventos Adversos Graves (POA-EAG)^{Anexo-A}, como respuesta institucional inmediata, coordinada y orientada a la mejora continua. Integra la atención a primeras, segundas y terceras víctimas, basándose en los principios de cultura justa. Una evaluación inicial publicada en 2022¹⁰ confirmó su utilidad y orientó su mejora. Cinco años después, se evidencia la madurez del modelo: 1.453 notificaciones analizadas, 62 activaciones del POA-EAG, 302 profesionales atendidos, 35% con sintomatología de SV y un 8% precisó

ANEXO II

atención especializada. Los resultados muestran mejoras en la detección del impacto emocional, la comunicación y la implicación de los equipos, junto a una reducción de efectos persistentes. Igualmente se identificó la necesidad de ampliar la población diana, dado que POA-EAG no incluía a los estudiantes y su atención se realizaba de forma no sistematizada.

Fruto del análisis realizado y siguiendo el ciclo de mejora continua, se amplió el alcance del POA-EAG para incluir a los estudiantes de profesiones sanitarias ^{Anexo-B} y se definió el papel de los residentes, incorporando mejoras alineadas con las recomendaciones más recientes y con las orientaciones de ERNST y RECUE^{6,7}.

El modelo, evaluado periódicamente, se adapta a las nuevas necesidades, reforzando la interdependencia entre la seguridad del paciente y la del profesional, y consolidando una práctica institucional sostenible y transferible que contribuye a mejorar la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la salud organizativa.

Contenido de la propuesta

El Plan de acción para el abordaje del fenómeno de SV del HUCSC configura una estrategia organizativa para prevenir, detectar y ofrecer apoyo emocional a profesionales, residentes y estudiantes que pueden verse afectados tras verse involucrados directa o indirectamente en un EA no anticipado del paciente, un error de atención médica no intencional o una lesión del paciente.

Tras la actualización del procedimiento implantado en 2019, partiendo del análisis de resultados, experiencia acumulada, y nuevas recomendaciones, incorpora nuevos colectivos como población diana, actualiza sus niveles de apoyo y promueve la participación de Universidad y unidades docentes. Su finalidad es preservar el bienestar de los profesionales, residentes y estudiantes y, con ello, la seguridad del paciente, mediante una intervención sistemática, escalonada y sostenible.

El plan se estructura en cinco niveles de intervención, siguiendo las recomendaciones del consorcio ERNST⁶ y el proyecto RESCUE⁷:

1.- Nivel I. Prevención individual y organizacional. Promueve cultura de seguridad, autocuidado y sensibilización mediante formación en seguridad del paciente y el fenómeno de SV. Incluye simulación clínica y actividades de acogida para profesionales, residentes y estudiantes.

2.- Nivel II. Autocuidado individual y en equipo. Proporciona una respuesta emocional inmediata tras una situación clínica estresante, fomentando el autocuidado, primeros auxilios emocionales y apoyo entre compañeros y supervisores. Incluye técnicas de regulación del estrés, espacios seguros para expresar emociones, debriefings grupales y sesiones clínicas para reflexionar sobre el impacto de lo ocurrido.

ANEXO II

3.- NIVEL III. Apoyo estructurado entre iguales. Activado tras la valoración inicial del impacto emocional. Profesionales entrenados como “pares de apoyo”, ofrecen acompañamiento confidencial, contención y orientación. Ayudan a interpretar la experiencia y detectan necesidades adicionales. El objetivo es evitar aislamiento, reducir malestar y orientar de forma adecuada la derivación a niveles de apoyo superiores.

4.- NIVEL IV. Apoyo profesional estructurado (Psicología de Salud laboral). Dirigido a personas que mantienen síntomas de estrés o malestar tras los primeros días. Incluye seguimiento individualizado, psicoterapia y apoyo psicosocial, sin necesidad de tratamiento médico y, cuando es necesario, derivación prioritaria a Nivel V.

5.- NIVEL V. Apoyo clínico estructurado. Para casos graves con síntomas persistentes o diagnósticos de salud mental. El objetivo es proporcionar apoyo intensivo y especializado en salud mental, cuando el impacto emocional del incidente en SP afecta de forma grave y sostenida el bienestar del estudiante y su capacidad funcional.

El modelo se aplica a estudiantes, residentes y profesionales mediante una estructura común de apoyo, con adaptaciones específicas para cada colectivo, nivel de supervisión y necesidades emocionales.

La coordinación docente–asistencial constituye un elemento diferencial. En colaboración con las Facultades de Medicina y Ciencias de la Salud, el plan establece sistemas compartidos de detección, comunicación y apoyo, así como actividades formativas que integran seguridad del paciente, gestión emocional y aprendizaje del error. Esta alianza permite acompañar a los estudiantes desde ambos ámbitos, asegura coherencia entre formación y práctica clínica y refuerza la cultura de seguridad en la institución, implicando a los colectivos sanitarios desde su formación básica.

1. Población diana / ámbito de aplicación (máximo 150 palabras)

Este plan está dirigido a profesionales y residentes que pueden verse afectados tras verse involucrados directa o indirectamente en un evento adverso no anticipado del paciente, un error de atención médica no intencional o una lesión del paciente. Igualmente, se dirige a los estudiantes de los Grados de Medicina, Enfermería y Fisioterapia que realizan prácticas clínicas formativas en cualquier área asistencial y que durante su proceso académico puedan verse involucrados de forma directa o indirecta en un incidente de seguridad del paciente y que puedan llegar a sufrir consecuencias emocionales o psicológicas debido a la experiencia, convirtiéndose así en segundas víctimas.

El modelo incluye también a quienes intervienen en el proceso de apoyo y coordinación: directivos, responsables de unidades asistenciales, tutores clínicos, supervisores, equipo de

ANEXO II

salud laboral, salud mental, comisión de seguridad del paciente y responsables académicos de las facultades.

2. Metodología (máximo 150 palabras)

Proceso participativo orientado a la mejora continua. Se analizaron los resultados del POA-EAG, incluyendo la evaluación inicial (2022)¹⁰ y el análisis acumulado de cinco años, permitiendo identificar fortalezas, necesidades y áreas de mejora en el modelo de apoyo de SV.

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar e interinstitucional con participación de Dirección del HUCSC, Decanato de las facultades de Medicina y Ciencias de la Salud, Comisión de Seguridad del Paciente, Salud Laboral, Salud Mental, tutores clínicos, y responsables docentes de las facultades.

Se revisó la evidencia disponible y las recomendaciones internacionales (ERNST, RESCUE)^{6,7}, que sirvieron de referencia para el diseño del nuevo plan.

Como resultado, el plan incorpora: la ampliación de la población diana, participación activa de Salud Laboral, revisión del modelo de intervención, pasando a un modelo de cinco niveles, estrategias de autocuidado para pares de apoyo y contenidos formativos sobre segundas víctimas en los programas de grado.

3. Objetivos (máximo 150 palabras)

Objetivo general:

Garantizar una respuesta institucional homogénea, preventiva y de apoyo emocional ante el fenómeno de segundas víctimas, contribuyendo a la seguridad del paciente y al bienestar de los profesionales, EIR y estudiantes de profesiones sanitarias.

Objetivos específicos:

- Fomentar la cultura de seguridad del paciente, la cultura justa y la formación en el fenómeno de SV.
- Prevenir y reducir el impacto emocional derivado de eventos adversos no anticipados, errores no intencionales, o una lesión del paciente.
- Detectar precozmente a profesionales, EIR y estudiantes que puedan constituirse en SV, evitando la cronificación del malestar.
- Proporcionar apoyo escalonado y estructurado, adaptado a las necesidades de cada persona, mediante cinco niveles de intervención.
- Integrar el plan en la práctica asistencial, docente y organizativa, coordinando hospital y las Facultades de Medicina y Ciencias de la Salud.
- Promover el aprendizaje organizativo, incorporando los resultados al ciclo de mejora

ANEXO II

continua.
4. Actuaciones realizadas (máximo 150 palabras) 2019. Implantación del POA-EAG. Puesta en marcha del POA-EAG. Activación coordinada, análisis de casos y apoyo a primeras, segundas y terceras víctimas. Difusión institucional y formación en cultura de seguridad, sesiones clínicas y acogida a nuevos profesionales. 2020–2021. Primer análisis de situación. Evaluación publicada en 2022¹⁰. Pertinencia del modelo y la utilidad del apoyo estructurado, orientando mejoras en el procedimiento. 2019–2024. Revisión y seguimiento. La Comisión de Seguridad del Paciente integró el abordaje de SV como objetivo esencial. Monitorización y análisis a cinco años. Identificación de áreas de mejora. 2025. Consolidación y ampliación. Aprobación de la Declaración Institucional sobre la Política de Apoyo a las SV^{Anexo-C}. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar e interinstitucional. Revisión de la evidencia disponible. Actualización del modelo, incorporando estudiantes y EIR, reforzando Salud Laboral y Salud Mental y adoptando el enfoque de cinco niveles con estrategias de autocuidado y circuitos estructurados.
5. Indicadores (máximo 150 palabras) Los indicadores se estructuran en tres ámbitos: Estructura: • Porcentaje de tutores clínicos y profesionales que intervienen el proceso con formación en SP y el fenómeno de SV. • Existencia de un equipo de pares de apoyo. • Disponibilidad de material informativo sobre SP y SV Proceso: • Porcentaje de profesionales, EIR y estudiantes formados en SP y el fenómeno de SV. • Número de notificaciones y activaciones del plan. • Porcentaje de incidentes con implicación de estudiantes del total de incidentes notificados. • Porcentaje de personas atendidas por nivel de apoyo (III–V), diferenciada por colectivo (profesionales, EIR y estudiantes)

ANEXO II

- Tiempo transcurrido entre el incidente y la primera intervención.

Resultado:

- Porcentaje de personas atendidas con síntomas emocionales persistentes, diferencia por colectivo (profesionales, EIR y estudiantes)
- Satisfacción del apoyo recibido.

6. Recursos (máximo 150 palabras)

El plan se apoya en recursos ya existentes en el HUCSC y en la Universidad de Granada, sin requerir nuevas estructuras. En el ámbito asistencial, participan profesionales, EIR, tutores clínicos, supervisores, jefes de servicio y responsables de unidades, coordinados a través de la Comisión de Seguridad del Paciente y del equipo directivo del HUCSS. Se cuenta con la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales (psicología de UPRL) y la Unidad de Salud Mental (psiquiatra de referencia para SP) como dispositivos clave para los niveles de apoyo profesional y clínico.

En el ámbito universitario, se implican decanatos, vicedecanatos, profesorado de prácticas externas y el Gabinete psicopedagógico del Vicerrectorado, que ofrecen apoyo psicoemocional y adaptaciones académicas cuando es necesario. Existen además equipos de apoyo entre pares para profesionales, residentes y estudiantes, así como materiales formativos y circuitos de comunicación definidos.

7. Basada en la evidencia (máximo 150 palabras)

El plan se apoya en la evidencia científica sobre el impacto psicológico de los eventos adversos en los profesionales sanitarios y en la efectividad de los programas de apoyo estructurado a segundas víctimas⁶.

La evaluación del POA-EAG aporta evidencia empírica sobre la utilidad, estabilidad y madurez del modelo, permitiendo identificar debilidades y áreas de mejora. Los resultados obtenidos, son coherentes con la literatura internacional y con las recomendaciones del proyecto europeo RESCUE⁷ y de la red ERNST⁶, que promueven modelos escalonados de intervención, el apoyo entre pares y la integración del acompañamiento emocional en la gestión de eventos adversos. La adopción del modelo de cinco niveles y la evaluación periódica refuerzan el respaldo metodológico y la comparabilidad internacional del plan.

La fundamentación teórica y metodológica del modelo, así como el detalle de las referencias que lo sustentan, se recogen de forma íntegra en los Anexos A y B.

8. Equidad (máximo 150 palabras)

El plan garantiza un acceso equitativo al apoyo, independientemente del rol, categoría

ANEXO II

profesional o situación jerárquica. El modelo se aplica de forma homogénea a profesionales, EIR y estudiantes, con circuitos comunes de detección, acompañamiento y derivación, y niveles de intervención adaptados a cada colectivo. La red de pares de apoyo facilita la accesibilidad, reduce barreras y evita dependencias jerárquicas.

La confidencialidad, la ausencia de culpabilización y el enfoque no punitivo constituyen principios básicos que favorecen la solicitud de ayuda y evitan estigma, discriminación o miedo a repercusiones.

La activación puede realizarse por petición propia, observación del equipo asistencial o docente, o tras la notificación de un evento adverso, asegurando que nadie queda excluido del sistema.

La coordinación interunidades e interinstitucional, garantiza un acompañamiento adecuado y accesible. La equidad se refuerza mediante formación, sensibilización y supervisión institucional permanente, consolidando una respuesta coherente en toda la organización.

9. Sostenibilidad (máximo 150 palabras)

La sostenibilidad del plan se fundamenta en su integración dentro de la estructura organizativa del HUCSC y de la Universidad de Granada, y en la experiencia acumulada desde 2019, demostrando continuidad, estabilidad y resultados. La reciente actualización constituye un paso evolutivo natural, derivado del análisis de resultados, de las recomendaciones recientes y de la ampliación progresiva de los colectivos implicados, sin alterar la estructura organizativa ni los recursos disponibles, estando contextualizado en un modelo de mejora continua.

El modelo utiliza recursos ya existentes —profesionales asistenciales, tutores clínicos, Salud Laboral, Salud Mental y facultades— sin requerir nuevas estructuras ni financiación adicional, lo que garantiza permanencia. El plan ha sido consensuado por todas las partes implicadas: Dirección del hospital, Decanatos, Comisión de Seguridad del Paciente, Salud Laboral y Salud Mental, asegurando el compromiso institucional. Su integración en el procedimiento, la Declaración Institucional y los Objetivos CSP^{Anexo-D} asegura seguimiento y revisión anual.

10. Transferibilidad (máximo 150 palabras)

El modelo es transferible porque se basa en recursos existentes, circuitos definidos y una estructura organizativa común en otros hospitales universitarios del Sistema Nacional de Salud. La práctica no requiere infraestructuras adicionales ni financiación extraordinaria, sino la coordinación entre servicios asistenciales, Salud Laboral, Salud Mental y las Facultades de Medicina y Ciencias de la Salud.

El plan utiliza protocolos, documentos y materiales fácilmente adaptables a otros entornos, y se apoya en estándares internacionales, lo que facilita su replicación. La formación para equipos de apoyo entre pares, los niveles de intervención, los procedimientos de activación y los indicadores

ANEXO II

de evaluación pueden implementarse en otros centros con la adaptación a su realidad organizativa.

Además, la colaboración con facultades y unidades docentes resulta extrapolable a otros hospitales universitarios, favoreciendo una cultura compartida de seguridad del paciente y aprendizaje. El modelo aporta una solución aplicable en distintos territorios.

11. Efectividad (máximo 150 palabras)

La efectividad del plan se sustenta en los resultados obtenidos desde la implantación del procedimiento en 2019. En este periodo se han analizado más de 1.400 notificaciones, con 62 activaciones del POA-EAG. Los resultados muestran mejora en la detección del impacto emocional, aumento de la comunicación abierta entre equipos, disminución de efectos persistentes no tratados y consolidación de una respuesta institucional rápida, coordinada y no punitiva.

La aprobación de la Declaración Institucional (2025) y la adaptación realizada amplían el alcance del modelo, manteniendo los mecanismos de evaluación periódica. El plan incorpora indicadores que permiten monitorizar su implementación y orientar decisiones. La continuidad, adaptación y ampliación progresiva del procedimiento demuestran su eficacia como herramienta de apoyo y mejora de la seguridad del paciente.

12. Eficiencia (máximo 150 palabras)

El plan resulta eficiente porque utiliza recursos ya existentes, sin necesidad de nuevas estructuras ni financiación adicional.

La formación, los equipos de apoyo entre pares y los niveles escalonados permiten intervenir antes y mejor, optimizando el uso de recursos especializados solo cuando es necesario.

La prevención y la detección precoz reducen el malestar persistente, la necesidad de intervenciones clínicas intensivas y el riesgo de ausencias laborales, lo que contribuye a la continuidad asistencial y docente.

13. Participación multidisciplinar (máximo 150 palabras)

La práctica se basa en una participación coordinada de los ámbitos asistencial y académico, integrando hospital y facultades en un mismo modelo de actuación. En el HUCSC participan profesionales clínicos, Unidad docente, EIR, tutores, supervisores, jefes de servicio, la Comisión de Seguridad del Paciente, Salud Laboral y Salud Mental.

Desde la Universidad se implican Decanato, coordinadores académicos y profesorado de prácticas externas. Esta colaboración permite compartir información, detectar necesidades y activar recursos de apoyo de manera ágil.

La participación de todos los actores en el diseño, actualización y aplicación del plan garantiza

ANEXO II

coherencia institucional, continuidad y una respuesta conjunta ante situaciones de impacto emocional en profesionales, EIR y estudiantes.

14. Colaboración intersectorial (máximo 150 palabras)

El plan se sustenta en una colaboración intersectorial estable entre el ámbito sanitario y el ámbito académico. El HUCSC y las Facultades de Medicina y Ciencias de la Salud colaboran en el diseño, actualización y aplicación del modelo.

El HUCSC es responsable de la detección, activación de los apoyos y seguimiento de profesionales y EIR. En el caso de los estudiantes, esta actuación se realiza en coordinación con las Facultades de Medicina y Ciencias de la Salud, que comparten responsabilidades en la detección de situaciones de riesgo, la activación de los circuitos de apoyo y el seguimiento, dentro de su ámbito competencial.

Esta colaboración garantiza una respuesta coherente y coordinada y refuerza la continuidad entre la formación académica y la práctica clínica en un entorno seguro.

15. Evaluación (máximo 150 palabras)

La evaluación se realiza mediante un sistema de indicadores de estructura, proceso y resultado. Se analizan periódicamente las notificaciones, las activaciones del procedimiento, los niveles de apoyo utilizados, las derivaciones a Salud Laboral o Salud Mental y la satisfacción de profesionales, EIR y estudiantes.

Los datos se revisan en la Comisión de Seguridad del Paciente, que valora el funcionamiento del plan, identifica áreas de mejora y propone acciones correctoras. La información procedente de actividades formativas, equipos de apoyo entre pares y percepción de cultura justa se incorpora a este análisis.

Este proceso de revisión continua garantiza la actualización del modelo y su adaptación a nuevas necesidades organizativas y docentes.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA: si es el caso, relacionarla a continuación y adjuntarla con el envío de la propuesta

- **Bibliografía**
- **Anexo-A.** Procedimiento Operativo de Actuación ante Eventos Adversos Graves (POA-EAG)
- **Anexo-B.** Procedimiento para el abordaje de los estudiantes de profesiones sanitarias como segundas víctimas de incidentes de seguridad del paciente en el HUCSC.
- **Anexo-C.** Declaración Institucional sobre la Política de Apoyo a las Segundas Víctimas.
- **Anexo-D:** Objetivos de la Comisión de Seguridad del Paciente.

