

Motivación por la cultura de seguridad del paciente en estudiantes de enfermería de una Universidad

Motivation for patient safety culture in nursing students at one university

<https://doi.org/10.5281/zenodo.16913845>

AUTORES: Carmita Lascano Andrade^{1*}

Edith Rafaela Morales Palate²

Adriana Cecilia Arias Velastegui³

Esteban Ricardo Medina Chilibingua⁴

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: clascano@pucesa.edu.ec

Fecha de recepción: 15 / 07 / 2025

Fecha de aceptación: 04 / 08 / 2025

RESUMEN

Introducción: En la actualidad, la cultura de seguridad del paciente es de vital importancia por el auge de las patologías que pueden afectar al ser humano y a la gran cantidad de tecnologías que, de ser mal usadas, pueden causar eventos adversos. La formación de un profesional de la enfermería motivado por el cuidado del paciente es esencial para la seguridad de este. Objetivo: El propósito general de esta investigación es determinar un sistema de acciones que trabaje la motivación por la cultura de seguridad del paciente en los estudiantes de Licenciatura en Enfermería. Metodología: Se lleva a cabo a partir de métodos empíricos como encuesta a estudiantes, entrevista a profesores, entrevista a directivos y observación en la práctica profesional o rotación. Resultados: En el artículo se

¹ <https://orcid.org/0009-0001-0489-3497>, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Ambato., clascano@pucesa.edu.ec

² <https://orcid.org/0000-0003-3904-1718>, Investigadora independiente, edidrafaela@hotmail.com

³ <https://orcid.org/0009-0003-2196-524X>, Investigadora independiente, dra_adrianaarias@hotmail.com

⁴ <https://orcid.org/0009-0004-0216-855X>, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Ambato., estebanrmedinach@puce.edu.ec

operacionaliza la motivación por la cultura de la seguridad del paciente, determina el sistema de acciones considerándose los tres procesos de formación (académico, laboral e investigativo), introduce el sistema de acciones, y finalmente realiza varios cortes para valorar la transformación de esta. Conclusiones: En definitiva, el sistema de acciones demuestra su validez y versatilidad, pues se ajusta a las necesidades de las instituciones de salud; en las cuales la enfermería juega un papel trascendental.

Palabras clave: Paciente, seguridad del paciente, cultura de seguridad, formación de profesionales, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, patient safety culture is of vital importance due to the rise of pathologies that can affect human beings and the proliferation of technologies that, if misused, can cause adverse events. The development of nursing professionals motivated by patient care is essential for patient safety. **Objective:** The purpose of this research is to develop a system of actions to foster patient safety culture in undergraduate nursing students. **Methodology:** The study employed empirical methods such as student surveys, interviews with professors and managers, and observation during clinical placements. **Results:** The article operationalized motivation for patient safety culture, established the system of actions considering three training processes (academic, clinical, and research), introduced the system, and conducted periodic evaluations to assess its transformation. **Conclusions:** In short, the system of actions demonstrates its validity and versatility, as it adapts to the needs of health institutions, where nursing plays a pivotal role.

Keywords: Patient, patient safety, safety culture, professional training, nursing.

INTRODUCCIÓN

El siglo XXI ha introducido las tecnologías como nunca en todas las actividades humanas y la asistencial no ha quedado atrás. Sin embargo, ello ha llevado a la complejidad creciente a los actores de salud que pueden complejizar la situación de un paciente. La interacción entre muchas personas de diversas especialidades y la creciente manipulación de equipamientos en los pacientes suponen mayor riesgo para ellos. A su vez, estos pacientes

tienen acceso a un cúmulo de información proveniente de las redes como internet y están en posibilidad de leer información errónea sobre tratamientos. De ahí que los retos que tiene el personal de salud para lograr la seguridad en el paciente son grandes.

Las instalaciones hospitalarias crecen continuamente en tamaño y la cantidad de especialidades que incorporan a la atención también es mayor. De ahí que para atender las patologías más complejas de los pacientes confluyen un conjunto de especialistas y los sistemas de comunicación que establecen entre ellos es esencial. También es esencial en el traslado de un paciente de una sala de cuidados intensivos a otra para lograr el cuidado que necesita. “La seguridad de los pacientes se ha convertido en el principal dominio de la calidad asistencial y es tema prioritario en la agenda de nuestro Sistema Nacional de Salud. Como parte de ese sistema, en el escalón más alto de la atención especializada, están las UCI” (Lacoma, 2008, p. 145).

El profesional de la enfermería juega un papel esencial en este trabajo de atención a los pacientes pues es el encargado de su cuidado y quien concreta el tratamiento indicado. También es quien manipula la mayor cantidad de instrumental que es necesario para lograr que el tratamiento cumpla su objetivo. En su interactuar con el paciente, el personal de enfermería puede contrastar las informaciones que ofrece el paciente al médico orientadas a su permanencia o no en la instalación, así como informar a este de la marcha del tratamiento. La formación del enfermero debe orientarse hacia la cultura de seguridad del paciente y la motivación por ello es esencial pues orienta y regula su conducta de manera consciente para lograrlo. Sin una adecuada motivación por la cultura de seguridad del paciente, el profesional de enfermería no movilizará todos sus recursos cognitivos, afectivos y conductuales para lograrlo. De ahí su importancia en la formación del profesional de enfermería cuya función principal es el cuidado del paciente.

La formación en enfermería transita tiene un fuerte componente biologicista dejando de lado la atención integral al paciente para dar respuesta a sus necesidades y al sistema de relaciones que este establece con la familia y la comunidad (Solís García & Solís, 2019). De ahí que la cultura de seguridad del paciente esté sesgada por un criterio predominantemente biológico. En el currículo de la carrera no se ha diseñado una asignatura que aborden la cultura de seguridad del paciente, sino que se deja al análisis

disperso en diferentes asignaturas. La dispersión de estos contenidos atenta contra la formación de los estudiantes pues se producen enfoques diferentes en su tratamiento, así como pobre desarrollo de los procesos afectivos relacionados con la seguridad del paciente. Así mismo, cada profesor aborde la seguridad del paciente desde los contenidos propios de su asignatura y no se aborda de manera integral. Ello puede lastrar la motivación de los estudiantes por este contenido que es complejo e integrador en la carrera.

Para corroborar la afirmación anterior se realiza un estudio exploratorio para evaluar la motivación que pueden tener los estudiantes de enfermería por la cultura de seguridad en los pacientes. Se encuestó a los estudiantes de la carrera de enfermería acerca de la cultura de seguridad de los pacientes. Los estudiantes poseen conocimientos sesgados hacia el factor biológico y psicológico de la atención al paciente y dejan de lado los factores organizacionales entre los que se encuentran el trabajo en equipo y el apoyo del jefe cuando se ha cometido un error. También se detecta que se proyectan hacia el futuro en la atención a pacientes, sin embargo, no conciben que la seguridad del paciente sea el eje central de su trabajo para lograr su bienestar. Por tanto, es importante trabajar la motivación por la cultura de seguridad del paciente en los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de las Instituciones de Educación Superior. El análisis de los conceptos fundamentales sobre cultura de seguridad del paciente y la motivación en los estudiantes de enfermería hacia esta temática lleva a abordar los fundamentos teóricos de cada uno de ellos.

Dado el carácter integrador de los procesos de cultura de seguridad del paciente, y por consiguiente, de la motivación hacia ellos se hace necesario estructurar un sistema de acciones que abarquen los procesos académico, laboral e investigativo. Si se introduce este sistema de acciones pudiera elevarse la motivación de los estudiantes por la cultura de seguridad del paciente.

Cultura de seguridad en los pacientes

Aranaz and Agra (2010) plantean que las preocupaciones en la medicina acerca de la seguridad del paciente se pueden encontrar en el Código de Hammurabi (1692 a.C.) y se han extendido hasta la actualidad, aunque para estos autores no se tenía una definición acerca del término. Para definirlo es necesario comenzar por seguridad en los pacientes.

Los autores Pérez Castro y Vázquez et al. (2016) definen el término como "... como la ausencia de un daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria" (p. 110). Para otros autores, se define el término incidente "...a cualquier evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario al paciente. [y de acuerdo con este término pues define seguridad del paciente como] la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable" (Ibarra-Cerón et al., 2011, p. 66). De ahí que se puede asumir que el mínimo aceptable de daño depende de las patologías de cada paciente y por ello tiene un carácter marcadamente individual.

Ello implica que las instituciones sanitarias deben velar por que todos sus participantes logren que los pacientes no sufran daños asociados a su permanencia en sus instalaciones. El cumplimiento de los protocolos asistenciales y de aseguramiento juega un papel fundamental, así como el control de los directivos juega un papel esencial en este propósito. Todos los procesos, protocolos en la asistencia de los pacientes y en su seguridad depende de los recursos humanos de la organización pues ellos son los que concretan las políticas de la organización. Los recursos humanos de la organización deben estar comprometidos con los objetivos relativos al paciente.

Todo lo expuesto hasta el momento forma parte de la cultura de la organización de salud y se expresa de maneras muy diversas. Esta cultura se manifiesta durante todos los procesos, así como en la cosmovisión compartida del objeto social, los hábitos adquiridos durante el ejercicio de su profesión, los objetivos de trabajos compartidos o no, las relaciones entre los diferentes grupos de trabajo, así como las políticas y las formas de hacer establecidas. A partir del surgimiento de estos elementos se definen la concreción de los esfuerzos colectivos que logra congregarlos para lograr una estancia sin daños del paciente que se encuentra en las instalaciones.

Para lograr que estos esfuerzos logren su objetivo es necesario minimizar la ocurrencia de errores durante el quehacer de los implicados en todos los procesos de la organización de salud. Ninguno de los integrantes de la organización es más importante que otro pues todos juegan un rol importante en la salud. Desde la auxiliar que limpia los pasillos, las farmacéuticas que dispensan las medicinas, las enfermeras que cuidan al paciente hasta los médicos que diagnostican y trazan estrategias para erradicar o mejorar las dolencias, entre

otros, juegan un papel esencial desde su puesto de trabajo pues todos los roles están íntimamente interrelacionados. Un error que cometa uno de los involucrados debe ser puesto en conocimiento de toda la comunidad que permita, en primer lugar, establecer las acciones pertinentes para corregir sus consecuencias tanto como sea posible.

La importancia del conocimiento de los errores pasa por un sistema de comunicación entre subordinado y directivo que establezca un equilibrio entre la gravedad de estos con sus posibles consecuencias para el paciente y las medidas punitivas que se toman con los implicados. Los errores en materia de salud tienen un componente ético y moral que no se puede soslayar, al mismo tiempo que debe reconocerse las implicaciones que tiene para un paciente. Es importante que los implicados reconozcan su error, los directivos logren que ellos comprendan la magnitud de sus acciones y que los trabajadores no se sientan impulsados a ocultar nuevos errores que se cometen. Las acciones que rompan este equilibrio se traducen en daños al paciente y en ello la prevención es importante.

El diálogo promueve la negociación de los objetivos de la organización, así como las condiciones que se posee para lograrlo. Los directivos deben lidiar con las críticas de sus subordinados y ganarse la autoridad por los niveles de conocimientos y habilidades que posean más allá de la autoridad con que están investidos. Al mismo tiempo, los directivos deben diagnosticar a sus subordinados para conocer sus potencialidades para la actividad que realizan y la posibilidad de cometer errores.

Para los centros de salud es prioridad establecer un sistema de prevención que sea más proactivo y limite grandemente la ocurrencia de errores. Lacoma (2008, p. 147) apunta que “... el sistema de prevención de errores proactivo que más interés ha despertado en los servicios sanitarios durante los últimos años es el análisis modal de fallos y sus efectos (AMFE) diseñado para identificar problemas antes de que se produzca el error”. Para este autor, los errores tienden a repetirse a pesar de la alta variabilidad de los pacientes porque los protocolos tienden a ser semejantes en cada caso. Por ello, los protocolos deben estar bien establecidos con cada uno de los pasos libres de ambigüedades que permitan interpretaciones diferentes para casos similares. En el sistema de prevención deben describir los patrones de errores más frecuentes en las instalaciones de salud y los modos de actuación para su mitigación de no ser posible erradicar las consecuencias.

Es necesario una cultura compartida en los miembros de la organización relacionada con los errores como “... un conjunto de percepciones, creencias, valores, actitudes, competencias y comportamientos que definirán el compromiso de una organización, por lo tanto, puede ser medida a través del uso de herramientas específicas, para identificar la probabilidad de que suceda un evento adverso ligada a un error humano o falla del sistema” (Sánchez Alquina & Yupangui, 2021, p. 60). Esta es una de las definiciones más actuales de cultura de seguridad del paciente que es asumida en esta investigación y es importante lograr la medición de esta cultura.

El estudio de revisión acerca de la medición de la cultura de seguridad del paciente realizado por Arias-Botero and Gómez-Arias (2017) determinó seis instrumentos para medirla pero el cuestionario sobre cultura de la seguridad del paciente en los hospitales (Hospital Survey On Patient Safety Culture -HSOPSC-) es el de mayor desarrollo en la actualidad. Este resultado final es el que se sigue en la actualidad en investigaciones más actuales (Sánchez Alquina & Yupangui, 2021). En la literatura se encuentran cuestionarios afines que son variaciones de este y reportan ligeras diferencias en cuanto las dimensiones que miden (Roqueta Egea et al., 2011):

1. Reporte de eventos adversos, 2. Percepción de seguridad del paciente por el personal. 3. Acción del jefe para promover la seguridad, 4. Aprendizaje organizacional. 5. Trabajo en equipo dentro de la unidad/área/ departamento. 6. Apertura de la comunicación. 7. Retroalimentación y comunicación acerca del error. 8. Asignación de personal. 9. Respuesta de no castigo al error. 10. Apoyo del hospital en la seguridad del paciente. 11. Trabajo en equipo entre unidades, áreas o servicios. 12. Cambios de turno y transiciones en el hospital. (Ibarra-Cerón et al., 2011)

Roqueta Egea et al. (2011, p. 358) propone doce dimensiones que aclaran las propuestas de (Ibarra-Cerón et al., 2011) en cuanto a generalidad de situaciones que se pueden presentar y de las dimensiones en sí en la figura 1:

Área / Dimensión de la cultura de seguridad	Definición: Grado en que.....
1. Franqueza en la comunicación	Los profesionales pueden hablar libremente si observan que algo puede afectar negativamente al paciente y se sienten libres de comentarlo con profesionales de mayor autoridad sobre ello.
2. Feed-back y comunicación sobre errores	Los profesionales son informados de los errores que ocurren, de los cambios que se han implementado y comentan los modos de prevenir errores.
3. Frecuencia de eventos notificados	Se notifican los errores siguientes: 1) errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, 2) errores sin daño potencial para el paciente y 3) errores que podían haber provocado daño al paciente pero no lo hicieron.
4. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	Se generan problemas en la transferencia de información para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades.
5. Apoyo de la gerencia del hospital en la SP	La gerencia/dirección del hospital favorece un clima de trabajo que promueve la SP y resalta que la SP es una prioridad.
6. Respuesta no punitiva a los errores	Los profesionales sienten que los errores y la notificación de eventos no se utilizarán en contra suya y que los errores no constarán en su expediente personal.
7. Aprendizaje organizacional y mejora continua	Existe una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y en la que se evalúa la efectividad de los cambios introducidos.
8. Percepción de seguridad	Los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de SP.
9. Dotación de personal	Se dispone del personal suficiente para asumir la carga de trabajo y los horarios son adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente.
10. Expectativas/acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	Los responsables toman en consideración las sugerencias de los profesionales encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, estimulan que éstos sigan procedimientos seguros y no pasan por alto los problemas de SP.
11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	Las unidades del hospital cooperan y se coordinan entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente.
12. Trabajo en equipo en la unidad/servicio	Los profesionales de la unidad se apoyan mutuamente, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo.

HSOPS: Hospital Survey on Patient Safety Culture; AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality; SP: seguridad del paciente.

Figura 1: Dimensiones de la encuesta HSOPS. Fuente: Roqueta Egea et al. (2011, p. 358)

La formación de los profesionales de la salud debe contener los conocimientos necesarios descritos hasta el momento en este artículo pues los provee de los mínimos esenciales para garantizar la seguridad de los pacientes. Su introducción en el currículo puede darse de manera transversal como una estrategia curricular a la cual todas las asignaturas del perfil profesional contribuyen o creando una asignatura que cierre su formación profesional por el carácter integrador que posee. La elegida debe motivar al estudiante por su introducción en su actuación como profesional de la salud desde el perfil profesional que le corresponda.

La carrera de enfermería es una de las carreras centradas en el paciente y de las que más tiempo lo tiene a su cuidado. Los enfermeros constituyen el personal de salud que están a cargo de las prescripciones encomendados por los médicos por lo que su atención es esencial para el cuidado de los que acuden a una instalación hospitalaria. También juegan un papel esencial en los procesos encaminados a que no ocurran eventos adversos a la salud de los pacientes. Por todo ello, este personal de salud debe estar muy atento a la evolución del paciente según los resultados esperados de su tratamiento.

En la interacción del enfermero con el paciente es importante tratarlo como centro de la atención y sujeto de ella. Se entiende como centro de atención cuando el paciente es visto de manera holística, con dignidad y al que debe ser tratado con respeto (López-Fernández,

2015). Es sujeto cuando el paciente participa en la elaboración de su tratamiento con el personal de la salud como uno más del equipo. Para lograrlo debe ser empático, de manera que el paciente no le oculte información al personal de salud encargado de su mejoría para permitir al resto del personal a tomar las mejores decisiones. Este profesional debe ser propenso al diálogo con los pacientes de manera que coopere con la toma de decisiones y entender los códigos en los cuales se expresan.

Motivación por la cultura de seguridad de los pacientes

La motivación es uno de los soportes fundamentales de la actuación de los individuos y de uno de los procesos que sustenta la esencia de los seres humanos: la creatividad (Emami et al., 2022). Es considerada uno de los elementos esenciales para lograr que los estudiantes asuman su proceso de aprendizaje de manera activa en todos los niveles educativos (Andreas Saether, 2020). Los estudios sobre motivación presentan varias direcciones entre la que se destacan las derivadas del enfoque histórico cultural, sobre todo aquella que la asume como una formación psicológica pues permite un análisis histórico de su surgimiento y desarrollo.

Lo primero que aparece en el ser humano es la necesidad que se siente como una ausencia con un marcado carácter afectivo – cognitivo que se relaciona con el entorno en el cual el individuo actúa. La carencia puede expresarse hacia los objetos o determinada actividad a realizar por los procesos afectivos positivos que han emergido durante la actuación de la persona (Coloma & González, 2018). En el orden didáctico se asocia a determinadas situaciones que constituyen desafíos para los estudiantes y que les resulta gratificante su solución. Estas necesidades son externas. Otra forma de expresarse la carencia es a partir del análisis que haga el individuo de sí mismo, lo que es y lo que quiere lograr para determinado proceso. Ello se logra a partir de la elaboración de una contradicción entre lo que soy y lo que debo ser. Por tanto, la necesidad es originada por una contradicción y en dependencia del dramatismo que posea adquiere mayor relevancia para la persona (Fleer et al., 2017). Una situación de peligro para la vida de un paciente no posee el mismo dramatismo que la fractura de un dedo en la mano.

La necesidad se elabora y pasa al plano consciente cuando se estructura su contenido y los procesos afectivos que tienen lugar, a partir de ese momento se convierte en el elemento

conductor de la actuación de los seres humanos. El individuo reflexiona acerca de las posibilidades que tiene para actuar y satisfacer el motivo.

La abundante bibliografía acerca de la motivación (González-Hernández et al., 2025; Katz & Moè, 2024; Ortega-Ochoa et al., 2024) establecen que la motivación se asocia a las actividades que son gratificantes, en las cuales tienen éxito y se van estructurando emociones positivas asociadas a ellas. En este caso deben emerger emociones positivas relacionadas con la seguridad del paciente, a la gratificación que deben sentir cuando se evitan riesgos que provoquen daños, cuando informan errores que permiten establecer protocolos para actuar en esos casos. Cada una de estas emociones positivas se integran a procesos cognitivos que van emergiendo en la actuación de los individuos para el bien de todos los pacientes. Si es como en el caso de este artículo, y la motivación se refiere a alguna profesión, entonces se refiere a motivación profesional (González-González & García-Almeida, 2021).

La motivación profesional comienza cuando se orientan los motivos hacia una profesión y se van integrando emociones positivas hacia los contenidos y los modos de actuación que se esperan de ese profesional. La seguridad del paciente se hace parte del sistema regulador de la personalidad y las acciones que se ejecutan están basadas en la valoración desde el conocimiento de este acápite. Es parte de esta motivación profesional en los sujetos el proyectarse hacia el futuro y representarse cómo protegería a los pacientes desde los aciertos y los errores del presente y el pasado. En esta investigación se reconoce como referente en cuanto a motivación profesional sobre cultura de seguridad del paciente a la investigación realizada por Coloma and González (2018) que plantean que esta formación psicológica tiene componentes cognitivos, afectivos, auto valorativos y de proyección futura. Debido a ello se asumen los componentes declarados por estos autores y se estructuran las siguientes dimensiones e indicadores

1. Comprensión acerca de la cultura de seguridad del paciente.
 - a. Domina los protocolos de la enfermería que forman parte de la cultura de seguridad del paciente.

- b. Domina los objetivos de los protocolos que están relacionadas con la enfermería y se implementan como parte de la cultura de seguridad del paciente.
 - c. Domina los criterios y juicios que socialmente se establecen para lograr la cultura de seguridad del paciente que están relacionadas con la enfermería.
 - d. Domina las formas de evaluar la cultura de seguridad del paciente desde su posición como enfermero.
2. Experiencias favorables acerca de la cultura de la seguridad del paciente.
- a. Posee experiencias favorables relacionadas con la cultura de seguridad del paciente que están relacionadas con la enfermería.
 - b. Posee proyecciones futuras relacionadas con los pacientes y su seguridad como profesional de la enfermería que están relacionadas con la enfermería.
 - c. Elabora contenidos de su personalidad en relación con la seguridad del paciente y la cultura alrededor de ello que están relacionadas con la enfermería.
3. Recursos auto valorativos acerca de sus posibilidades en relación con la cultura de protección al cliente.
- a. Logra valorar los recursos que posee como persona en función de lograr una cultura de seguridad en los pacientes en aquellas actividades que participa como enfermero.
 - b. Diagnostica las debilidades que posee como trabajador de salud para ejercer los protocolos necesarios para lograr la cultura de seguridad del paciente en aquellas actividades que participa como enfermero.
 - c. Traza estrategias que están relacionadas con la enfermería para erradicar o mitigar las debilidades que posee para lograr una cultura de seguridad en los pacientes.
 - d. Autorregula su actuación en función del logro de una cultura de seguridad del paciente al alcance su papel como enfermero.

Una vez operacionalizada la variable es prudente desplegar el sistema de acciones que se concibe para resolver las insuficiencias detectadas en la introducción. Los sistemas se

definen como “... conjunto de elementos relacionados entre sí” (Pérez Tamayo, 2018) mientras que para otros autores (González-Hernández & Borges-Echevarría, 2005) se les coloca el apellido de actividades cuando los elementos que lo componen pueden ser actividades de diversa índole. En el sistema de actividades para la educación debe destacarse el objetivo pedagógico como categoría que organiza las relaciones entre cada una de ellas (González Hernández & Coloma Carrasco, 2018).

Para que las acciones sean formativas de manera integral deben diseñarse de manera que estén presente en los tres procesos académico, laboral e investigativo. Por la propia complejidad del proceso docente en la educación superior es difícil separar las actividades teniendo en cuenta los tres procesos pues una de ellas puede ser de índole docente, pero impactar también en lo investigativo o en lo laboral.

Acciones académicas

1. Incluir temas que aborden la seguridad del paciente y sus protocolos en las diferentes asignaturas de la especialidad en todos los años de la carrera. Responsable: coordinador de carrera.
2. Realizar trabajo interdisciplinario que permita abordar de manera transversal e integrado los contenidos relacionados con la cultura de seguridad del paciente. Profesores del semestre.
3. Introducir el enfoque problémico en el tratamiento de los contenidos sobre cultura de seguridad del paciente. Responsable: profesor de la asignatura.
4. Elaborar recursos educativos. Responsable: profesor de la asignatura.
5. Entrevistas grupales con especialistas que dominen los protocolos, cultura organizacional u otros elementos relacionados con la cultura de seguridad del paciente. Responsable: coordinador del semestre y profesores.
6. Introducir estudio de casos: Proporcionar a los estudiantes casos clínicos reales donde se hayan producido errores médicos o situaciones que pongan en riesgo la seguridad del paciente. Responsable: coordinador del semestre.

Acciones laborales

1. Rotación por diferentes áreas del hospital para detallar las dimensiones esenciales sobre la cultura de la seguridad del paciente durante las prácticas profesionales

2. Determinar las principales dificultades de los enfermeros por área y en general en los diferentes lugares donde realicen la práctica profesional.
3. Elaborar un inventario de errores y las soluciones recomendadas en relación con la cultura de seguridad del paciente en la organización donde realicen la práctica profesional.
4. Proponer mejoras a los procesos de la organización de práctica profesional para asegurar un clima en favor de la seguridad del paciente
5. Organizar comités de seguridad del paciente desde la enfermería.
6. Proponer programas de reporte confidencial: Implementar un sistema confidencial para que los pacientes puedan informar cualquier incidente o preocupación relacionada con su atención médica sin temor a represalias.

Investigativa

1. Realizar una búsqueda bibliográfica sobre la temática y presentar soluciones
2. Realizar relatorías profesionales relacionados con mejoras a la cultura de seguridad del paciente.
3. Proponer ferias de salud, charlas públicas y talleres gratuitos sobre temas relacionados con la seguridad del paciente.
4. Proponer la aplicación de encuestas de satisfacción a los pacientes.
5. Proponer colaboración con organizaciones externas a la docente.
6. Participación en conferencias, congresos o actividades científicas de la carrera.
7. Introducir los resultados de sus trabajos de titulación en su práctica profesional.

El sistema de actividades se estructura teniendo en cuenta los tres procesos que intervienen en la formación de los profesionales. El sistema comienza con las actividades 1, 2, 3 y 4 orientadas a la planificación y ejecución de acciones que durarán todo el tiempo que se aplique en el contexto de formación. En el caso de las actividades 5 y 6 se ejecutarán cuando los profesores de las asignaturas estimen conveniente tantas veces como sea necesaria. En el caso de las actividades laborales se ejecutarán en el orden que están propuestas pues la segunda depende de la primera y así sucesivamente. En el caso de las actividades 5 y 6 deben ejecutarse posterior a la actividad investigativa 4 pues en ella necesitan que se hayan ejecutado las tres primeras acciones. En el caso de las actividades de

investigación. La pregunta 7 cierra todo el sistema de actividades pues los estudiantes presentan en diversos espacios sus resultados, lo que evidencia que poseen conocimientos, practican e investigan en cultura de seguridad del paciente. Sin embargo, puede alterarse su orden o complementarse con otras acciones en dependencia de las características de los estudiantes, el centro universitario o las organizaciones de salud donde se introduzca. Es por ello que no se propone un esquema.

Es importante recordar que este sistema de acciones debe ser complementado con una cultura institucional que promueva la seguridad del paciente, incluyendo políticas claras, capacitación continua para el personal docente y recursos adecuados para implementar medidas de seguridad en los entornos clínicos donde se realicen las prácticas de enfermería. El sistema de actividades propuesto se inserta en un proceso de formación de las nuevas generaciones, que se relaciona con el currículo al cual complementa en la medida que incluye nuevos contenidos y del que se nutre en la medida que asume los contenidos que existen en el currículo necesarios para enseñar la seguridad del paciente. Se relaciona también con las políticas hospitalarias en tanto inserta a un estudiante en formación en un entorno real del cual adquiere los modos de actuación del profesional, al mismo tiempo que le provee de contenidos sobre cultura de seguridad del paciente novedosos para el contexto.

METODOLOGÍA

Para validar el sistema de acciones propuesto se toman los dos grupos: Paralelo A y Paralelo B que comienzan el semestre V y VI con 24 y 25 estudiantes respectivamente. En el primero se concluye el aprendizaje de los contenidos necesarios para graduarse en enfermería al mismo tiempo que realizan prácticas profesionales y el segundo realizan la rotación por dos especialidades complejas: Cuidado de enfermería del adulto y adulto mayor y Cuidado de enfermería del paciente quirúrgico. Para medir la motivación por la cultura de seguridad del paciente se utilizó una escala likert para cada indicador por dimensiones. En la primera dimensión se utilizó una escala: 1 = Totalmente en desacuerdo; 5 = Totalmente de acuerdo, en la segunda y tercera una escala: 1 = Nunca; 5 = Siempre. Para calcular el índice de motivación se utilizó la siguiente expresión matemática:

$$n = \text{Número ítem en cada dimensión.}$$

k_i = Valor obtenido en los indicadores por dimensión.

P_{dim} = Puntuación por dimensión.

S = suma del máximo valor en todos los indicadores.

E = escala de la dimensión

p_i = Peso de dimensión asignado por validez teórica.

$$P_{dim} = \frac{\sum_{i=1}^n k_i}{S} \cdot E$$

Los pesos de cada dimensión se ponderan siendo D1=0.4, D2=0.3 y D3=0.3 de manera que su suma sea igual a 1. La mayor puntuación está en la primera puesto ya que se consideró de mayor peso los conocimientos sobre la cultura de seguridad del paciente al ser la base de las restantes. Posteriormente se calcula el valor de la variable $MCSP = \sum_{i=1}^3 P_{dim_i}$ donde MCSP es la motivación por la cultura de seguridad del paciente. Los valores obtenidos se reflejan utilizando la siguiente escala: 0-3.9: MCSP mal, 4.0-6.9: MCSP regular, 7.0-8.9: MCSP bien y 9.0-10: MCSP excelente.

La aplicación del sistema de acciones se realiza durante 11 meses y se realizan 5 cortes para evaluar la motivación por la cultura de seguridad del paciente en intervalos de tres meses cada uno. Durante ese tiempo se aplican los siguientes métodos empíricos:

Encuesta a estudiantes: Se aplica este método para saber cómo se evalúan los estudiantes cada uno de los indicadores y de la dimensión acerca de la motivación por la cultura de seguridad en el paciente.

Entrevista a profesores: la entrevista a profesores permite evaluar el estado de la variable a investigar a partir de las vivencias de sus profesores en el aula.

Entrevista a directivos: la entrevista a directivos que se encuentran en contacto directo con los estudiantes permite establecer su evaluación de la motivación por la cultura de seguridad en los pacientes durante el internado rotativo.

Observación en la práctica profesional o rotación: en este método se obtiene la evaluación que realizan los investigadores acerca de la motivación por la cultura de seguridad de los pacientes en cada uno de los estudiantes.

Los cuestionarios de los instrumentos fueron derivados de investigaciones que abordaron la motivación (Coloma & González, 2018; González-Hernández et al., 2025; Torres Carrillo

et al., 2023), no obstante se sometió los instrumentos al criterio de 20 expertos seleccionados por su coeficiente de competencia mayor que 0.80. Uno de los señalamientos realizados por los expertos fue la necesidad de una métrica para la obtención de los valores en los indicadores. Se elaboró la métrica declarada y fue aceptada por los expertos, la votación de los expertos por cada ítem osciló entre 0.70 y 0.90 en una escala del 0 al 1. El coeficiente de concordancia de Kendall de 0.86 indica que los expertos están de acuerdo en la aplicabilidad de los instrumentos.

Se decide introducir el sistema de acciones en los dos grupos porque no se puede garantizar que no haya intercambio de información entre los estudiantes en caso de tomar uno como control y otro experimental. Se asume como hipótesis que la introducción del sistema de acciones logra incrementar la motivación por la cultura de seguridad del paciente en los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de una Universidad en Ecuador.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Antes de comenzar a aplicar el sistema de acciones se realiza un primer corte que permite diagnosticar las tres dimensiones en los estudiantes de los dos grupos. Para mostrar los resultados se tomaron la cantidad de estudiantes que obtuvieron valores correspondientes a bien y excelente pues permite apreciar mejor el estado de la motivación por la cultura de la seguridad del paciente en cada uno de los grupos. Las tablas 1 y 2 muestran los resultados a continuación:

Tabla 1: Resultados obtenidos de aplicar los métodos propuestos en el Paralelo A. Fuente: Elaboración de los autores.

	Dimensión I				Dimensión II			Dimensión III			
	Indicadores				Indicadores			Indicadores			
	a	b	c	d	a	b	c	a	b	c	d
Observación Inicial	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2
Entrevista Inicial a Profesores	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
Entrevista Inicial a Directivos	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2
Encuesta Inicial a estudiantes	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3

Tabla 2: Resultados obtenidos de aplicar los métodos propuestos en el Paralelo B. Fuente: Elaboración de los autores.

	Dimensión I				Dimensión II			Dimensión III			
	Indicadores				Indicadores			Indicadores			
	a	b	c	d	a	b	c	a	b	c	d
Observación Inicial	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3
Entrevista Inicial a Profesores	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2
Entrevista Inicial a Directivos	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2
Encuesta Inicial a estudiantes	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Como se puede apreciar en las dos tablas, la variación por cada indicador después de la aplicación de los dos métodos es muy pequeña. Los dos grupos se comportan numéricamente de manera muy similar, exceptuando el Paralelo B en la encuesta a los estudiantes donde uno de ellos se valora de manera inadecuada teniendo en cuenta los resultados de los restantes métodos. Los resultados se comentarán uniendo las cantidades de los dos grupos.

En esta primera aplicación de los métodos se detecta que los estudiantes dominan los protocolos más básicos de seguridad del paciente pero no sus objetivos, ni los elementos de su estructura. Solamente reconocen de los protocolos las prescripciones médicas y obvian los diferentes conflictos que pueden aparecer, los términos y definiciones así como el equipo de personas que deben asegurar su cumplimiento. Es pobre el dominio que presentan de las formas de evaluar la seguridad del paciente y se centran solamente en el cumplimiento de las prescripciones realizadas por los médicos. No son capaces de evaluar los riesgos más complejos a los que está expuesto el paciente cuando concurre a una organización de salud.

Poseen proyecciones futuras acerca de la enfermería como profesión del cuidado del paciente pero no de la seguridad de manera general. No logran representarse acciones encaminadas a la seguridad de los pacientes con los cuales interactúan ni los protocolos necesarios para ello. A las preguntas relacionadas con elementos afectivos relacionados con la seguridad del paciente como alegría porque no ha ocurrido un evento adverso con ellos responden con indiferencia. Las respuestas de veinte estudiantes refieren a que es su trabajo,

es el deber ser de la institución y solamente cinco se refieren a emociones positivas. En esta interacción se deja de analizar al paciente como centro de la atención y sujeto de ella con consecuencias graves pues el paciente puede ocultar información por muchas razones: hastío de la instalación, ausencia de comprensión acerca de la complejidad de su patología, entre otras muchas razones.

En las respuestas a las preguntas relacionadas con la dimensión 3 la situación es muy parecida a las anteriores. De los veinte y cinco estudiantes, veinte y dos no logran reconocer los recursos cognitivos y emocionales como los procesos del pensamiento lógico, las alegrías por el alta de un paciente, las causas de las frustraciones entre otros. En el caso negativo, treinta y tres estudiantes tienden a culpar a otros de sus errores, estrategia considerada potencialmente peligrosa para las relaciones interpersonales (Salvadora Giménez & Navarro, 2019), y por ende, para la seguridad del paciente. Ello hace que la actuación de los últimos estudiantes mencionados se regule a través de la desconfianza con el resto, lo que genera un clima donde prima la denuncia de lo mal hecho y no la ayuda del colectivo como se evidencian en varios estudios sobre cultura de seguridad del paciente (Zavala Martínez, 2021).

Una vez analizados estos resultados se concluye que la motivación por la cultura de seguridad del paciente en los dos grupos está evaluada de insatisfactoria.

En los dos restantes meses de estudio se aplicaron las actividades de la primera a la cuarta relacionadas con lo académico que garantiza el éxito de las restantes. Las tablas 3 y 4 evidencian los resultados obtenidos:

Tabla 3: Resultados obtenidos de aplicar los métodos propuestos en el Paralelo A. Fuente: Elaboración de los autores.

	Dimensión I				Dimensión II			Dimensión III			
	Indicadores				Indicadores			Indicadores			
	a	b	c	d	a	b	c	a	b	c	d
Observación 1	6	6	6	5	5	6	6	6	5	5	5
Entrevista a Profesores 1	6	5	6	5	5	5	5	5	6	5	5
Entrevista directivos 1	5	6	5	5	6	6	6	5	6	6	6
Encuesta a estudiantes 1	6	7	8	7	8	6	6	7	7	6	6

Tabla 4: Resultados obtenidos de aplicar los métodos propuestos en el grupo II. Fuente: Elaboración de los autores.

	Dimensión I				Dimensión II			Dimensión III			
	Indicadores				Indicadores			Indicadores			
	a	b	c	d	a	b	c	a	b	c	d
Observación 1	6	5	5	5	6	5	6	5	6	5	6
Entrevista a Profesores 1	6	6	5	5	6	5	6	6	5	5	5
Entrevista directivos 1	5	5	5	5	5	6	6	5	5	5	5
Encuesta a estudiantes 1	7	8	7	8	8	7	8	6	6	6	8

Los resultados obtenidos se pudieran considerar discretos pues la cantidad de estudiantes con presencia de los indicadores se ha incrementado en dos o tres. Aparecen los primeros análisis integradores sobre cultura de seguridad del paciente sobre todo por las asignaturas que intervienen en el semestre relacionadas con los niños, adolescentes, adultos mayores y temas avanzados de enfermería. En cada uno de ellos se abordan los protocolos de seguridad del paciente que serán integrados en la asignatura de enfermería avanzada. Al integrarse conocimientos de toda la carrera a través de las asignaturas del currículo posibilita una mirada retrospectiva del aseguramiento de la seguridad del paciente. Es posible garantizar un mayor dominio de las formas de evaluar la cultura del paciente pues están en condiciones de comprender los elementos esenciales de los cuestionarios utilizados para ello (Sánchez Alquina & Yupangui, 2021). Sin embargo, aún no se evidencia existan experiencias favorables relacionados con la cultura de seguridad del paciente pues aún no se evidencian en la entrevista a los profesores ni en las observaciones a las prácticas profesionales. Se mantienen como predominantes las emociones negativas como el miedo al fracaso, celo profesional por aquellos estudiantes o profesionales ya graduados que poseen mejores resultados o sus pacientes muestran alegría cuando son atendidos. Se documenta que es muy frecuente el estrés y la autculpa (Salvadora Giménez & Navarro, 2019) que también se convierten en vivencias afectivas predominantes en estos estudiantes. Más de cuarenta y cinco estudiantes de los cuarenta y nueve estudiantes de los dos grupos refieren sentirse disminuidos ante el trabajo de colegas de mayor experiencia que no dialogan y les dan órdenes.

En esas condiciones tiende a aparecer la disminución de la autoestima (Merino-Soto et al., 2019) como ocurre en cuarenta y cuatro de los cuarenta y nueve estudiantes de los dos grupos que se analiza. En el diagnóstico de sus debilidades colocan muchas más guiados por las opiniones del resto del personal de salud que no los toman como estudiantes, sino que los evalúan como profesionales ya formados. Ante el cúmulo de debilidades que creen tener, les es difícil estructurar estrategias pues tampoco poseen vasta experiencia ante la pobre cantidad de casos complejos que pueden observar su atención.

Ante esta situación, la motivación pro la cultura de seguridad del paciente continúa siendo insatisfactoria aunque se poseen determinadas fortalezas con las cuales se pueden trabajar:

- Se poseen excelentes relaciones entre la institución formadora y las instituciones donde realizan las prácticas profesionales.
- Los estudiantes desean ser buenos enfermeros.
- Los profesores poseen conocimientos acerca de la profesión en general y en particular sobre cultura de seguridad del paciente.

A partir de estas fortalezas se introducen las acciones académicas 4, 5 y 6 para que los estudiantes confronten su práctica profesional con especialistas y casos en que corroboren o contradigan su práctica profesional. Al mismo tiempo se introducen las acciones laborales 1, 2, 3, 4 que les permita interactuar con los profesionales de diversas áreas del hospital e ir aplicando los conocimientos que aprenden en las asignaturas que reciben. Por último, en esta etapa se introducen también las acciones investigativas 1, 2 y 3 que les permita documentar sus opiniones así como exponerlas en las organizaciones de salud donde realicen su práctica profesional y en las comunidades. Para lograr introducir las acciones propuestas se estableció un encuentro de los directivos de la carrera y de las instituciones donde ellos realizan la práctica profesional donde se les expuso los resultados del corte uno y dos, fundamentalmente relacionados con el apoyo que podrían dar para la formación del profesional. Las instituciones se comprometen a crear un clima de seguridad para los estudiantes que les permita, bajo acompañamiento del personal, participar en casos cuya complejidad lo permita sin poner en riesgo a eventos adversos al paciente. Para ejecutar estas acciones se tomó un tiempo de 4 meses pues se necesitaba tiempo para coordinar las acciones con las organizaciones de salud.

Al finalizar estas acciones se fueron obteniendo mejores resultados en la variable como se muestra en las tablas 5 y 6 como se muestra a continuación:

Tabla 5: Resultados del tercer corte en el Paralelo A de estudiantes. Fuente: Elaboración de los autores.

	Dimensión I				Dimensión II			Dimensión III			
	Indicadores				Indicadores			Indicadores			
	a	b	c	d	a	b	c	a	b	c	d
Observación 2	16	16	16	16	15	16	16	16	16	16	15
Entrevista a Profesores 2	15	16	15	15	16	16	15	16	16	15	16
Entrevista directivos 2	15	15	15	16	16	16	15	16	15	16	15
Encuesta a estudiantes 2	18	16	18	18	16	17	16	17	16	18	17

Tabla 6: Resultados del tercer corte en el Paralelo A de estudiantes. Fuente: Elaboración de los autores.

	Dimensión I				Dimensión II			Dimensión III			
	Indicadores				Indicadores			Indicadores			
	a	b	c	d	a	b	c	a	b	c	d
Observación 2	16	16	16	16	15	16	16	16	16	16	15
Entrevista a Profesores 2	15	16	15	15	16	16	15	16	16	15	16
Entrevista directivos 2	15	15	15	16	16	16	15	16	15	16	15
Encuesta a estudiantes 2	18	16	18	18	16	17	16	17	16	18	17

Como se aprecia, la cantidad de estudiantes con presencia de los indicadores se incrementó ostensiblemente. Los estudiantes refieren que el clima en relación con ellos mejoró bastante y ello les permite confrontar las propuestas que ellos poseen con las que tiene el personal de las organizaciones. Los enfermeros en ejercicio les comentan los errores que poseen y les permiten el acompañamiento a ver los tratamientos y la manipulación de los pacientes de mayor cuidado que en los cortes anteriores. Las emociones acerca de la seguridad del paciente comienzan a cambiar pues sienten la satisfacción de haber cuidado a los pacientes y éstos se sienten seguros con ellos a partir de mayor certeza en su cuidado. Dominan los protocolos con mayor seguridad y los practican en las apk elaboradas por los profesores para que ellos puedan visualizar los procedimientos esenciales. Ya se observa mayor

dominio de la cultura de seguridad del paciente pues poseen argumentos para rebatir los juicios socialmente admitidos contrarios. Se aplican a sí mismos y al resto los cuestionarios aceptados (Torijano-Casalengua et al., 2013) y para lograrlo se introducen las acciones investigativas. Usar los buscadores Google Académico y Scielo les permitió un incremento sustancial de las referencias bibliográficas que pueden usar así como su calidad.

Comienzan a referir treinta y un estudiantes que sus vivencias relacionadas con la seguridad del paciente comienzan a ser positivas a partir de su integración a equipos que atienden pacientes de mayor gravedad en los que el cuidado es mayor. Los protocolos seguidos y la mejoría de los pacientes son puntos de partida para que aparezcan emociones como alegría por los éxitos que van alcanzando y satisfacción por los resultados de su labor como futuros enfermeros. Treinta y dos estudiantes refieren la importancia del cuidado de los pacientes, la prevención de eventos adversos en ellos y la importancia de las charlas que han realizado con la comunidad para su futuro profesional. Ello indica que van construyendo un ideal de futuro en el cual se representan como enfermeros cuidando a los pacientes.

En la medida que se incrementan los conocimientos que tienen sobre seguridad del paciente y van realizando búsquedas en internet entonces está en mejores condiciones para diagnosticar sus debilidades. Treinta estudiantes son capaces de decir dos de sus debilidades fundamentales y propone estrategias para mitigarlas. Muchas (veinticinco) de las estrategias incluyen mayor tiempo de estancia durante la práctica laboral. También se incrementan la comunicación de los errores cometidos y las soluciones en equipo.

Posteriormente comienzan a aplicarse las acciones laborales 4, 5 y 6 y las investigativas 4 y 5. Dos meses después los resultados se muestran en las tablas 7 y 8 a continuación:

Tabla 7: Resultados del tercer corte en el Paralelo A de estudiantes. Fuente: Elaboración de los autores.

	Dimensión I				Dimensión II			Dimensión III			
	Indicadores				Indicadores			Indicadores			
	a	b	c	d	a	b	c	a	b	c	d
Observación 3	21	20	20	21	21	21	21	20	21	21	21
Entrevista a Profesores 3	21	20	21	21	21	21	20	20	21	20	21
Entrevista directivos 3	21	21	21	20	20	21	20	20	20	20	21
Encuesta a estudiantes 3	22	22	23	21	21	23	23	21	22	22	22

Tabla 8: Resultados del tercer corte en el Paralelo B de estudiantes. Fuente: Elaboración de los autores.

	Dimensión I				Dimensión II			Dimensión III			
	Indicadores				Indicadores			Indicadores			
	a	b	c	d	a	b	c	a	b	c	d
Observación 3	21	20	21	21	21	21	21	20	21	21	21
Entrevista a Profesores 3	21	20	21	21	21	21	20	20	21	20	21
Entrevista directivos 3	21	21	21	20	20	21	20	20	20	20	21
Encuesta a estudiantes 3	22	22	23	21	21	23	23	21	22	22	22

Los resultados obtenidos permiten observar que la cantidad de estudiantes sigue un incremento sostenido respecto al corte anterior. Dominan los conocimientos relacionados con la seguridad del paciente y logran retroalimentarse a través de las encuestas que se aplican. La aplicación de este método con los pacientes les permite conocer sus necesidades y adecuar los protocolos a las especificidades de cada uno. Estos ajustes que se piensan en función de los pacientes son consultados con todo el equipo y toman las decisiones pertinentes. Los errores son evitados antes de ejecutarse lo que redundará en la mitigación de ocurrencias de eventos adversos por mala manipulación de los pacientes.

La interacción con grupos de atención a pacientes externos a la institución las lleva a participar en campañas de protección y a incrementar sus conocimientos. Al mismo tiempo, incrementan su honestidad con los pacientes y les ayudan a que participen de los protocolos, se reafirma la especificidad de cada paciente y se tornan sujetos de su cuidado. Una vez rotados por varias áreas logran detectar problemáticas, realizan un inventario de errores y sugieren mejoras del accionar de los trabajadores. Comienzan a seleccionar cuáles son las áreas donde prefieren trabajar e incrementan su conocimiento en ellas.

La organización de comités de seguridad del paciente les permite a los estudiantes dominar los eventos adversos con mayor frecuencia en las instituciones de salud y proponer estrategias de mitigación de esos eventos así como implementar protocolos de seguridad para eliminar su ocurrencia. Los estudiantes comienzan a involucrarse en mayor medida en las decisiones que se toman respecto a la enfermería y ayudan a los estudiantes de años inferiores. Se incrementa en ellos la representación del enfermero como el profesional que

tiene la responsabilidad del cuidado de los pacientes y actúan en consecuencia con ello. Implementan vías de reporte de incidencias de los pacientes para lograr obtener la mayor cantidad de sucesos o preocupaciones. Los estudiantes (cuarenta) se sienten sujetos activos que participan en el cuidado de los pacientes

Comienzan a introducirse de manera explícita las acciones investigativas 6 y 7 y los resultados redundan en la calidad del paciente en las instalaciones. Los estudiantes comienzan a presentar sus resultados en diferentes instancias de las organizaciones de salud, las sistematizan y hacen sus primeros eventos científicos a nivel de carrera. El estudiante se implica en investigaciones sobre seguridad del paciente y el tema aparece por primera vez en más de treinta tesis y se aborda en más de 60. Los estudiantes están realizando investigaciones en las cuales la seguridad al paciente es una cuestión atendida. Los resultados se muestran en las tablas 9 y 10 a continuación:

Tabla 9: Resultados del último corte en el Paralelo A de estudiantes. Fuente: Elaboración de los autores.

	Dimensión I				Dimensión II			Dimensión III			
	Indicadores				Indicadores			Indicadores			
	a	b	c	d	a	b	c	a	b	c	d
Observación Final	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Entrevista Final	23	23	22	23	22	23	22	23	22	22	22
Entrevista Final a Directivos	22	23	22	22	23	23	22	22	22	22	22
Encuesta Final a Estudiantes	24	23	24	24	24	24	24	24	24	23	23

Tabla 10: Resultados del corte final en el Paralelo B de estudiantes. Fuente: Elaboración de los autores.

	Dimensión I				Dimensión II			Dimensión III			
	Indicadores				Indicadores			Indicadores			
	a	b	c	d	a	b	c	a	b	c	d
Observación Final	24	24	24	24	24	23	24	24	24	24	24
Entrevista Final	24	24	23	23	23	24	23	24	25	24	24
Entrevista Final a Directivos	23	24	23	23	24	24	23	24	23	23	23
Encuesta Final a Estudiantes	25	25	25	25	23	24	24	24	25	25	24

Los gráficos 1 y 2 demuestran los niveles ascendentes en la cantidad de estudiantes que poseen motivación por la cultura de seguridad del paciente en cada grupo de estudiantes. En los gráficos no se muestran los valores pues afectarían la calidad de la imagen y se encuentran en las tablas de la 1 a la 10.

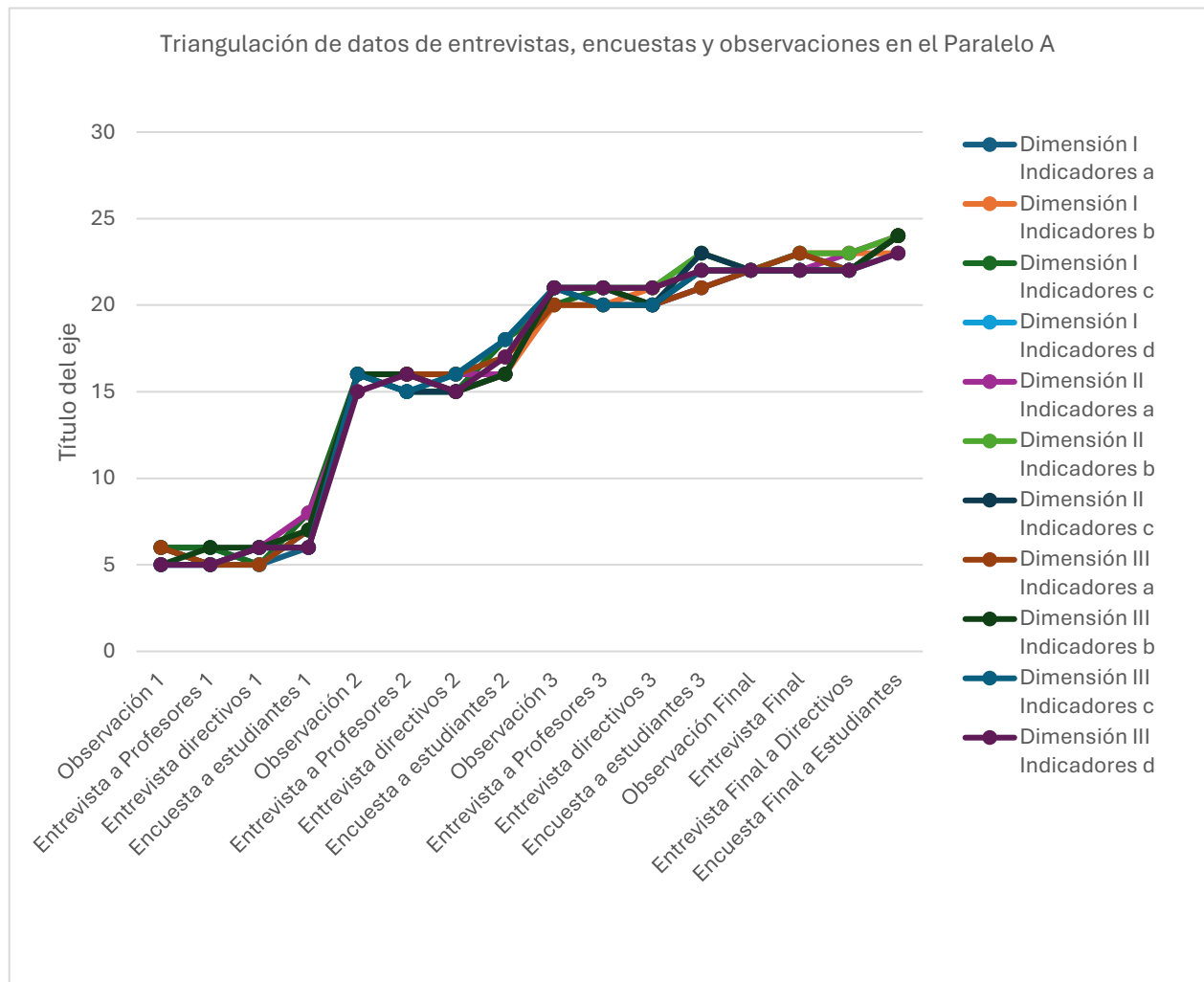


Figura 2: Triangulación de los resultados obtenidos durante la aplicación de los métodos en el Paralelo A. Fuente: Elaboración de los autores.

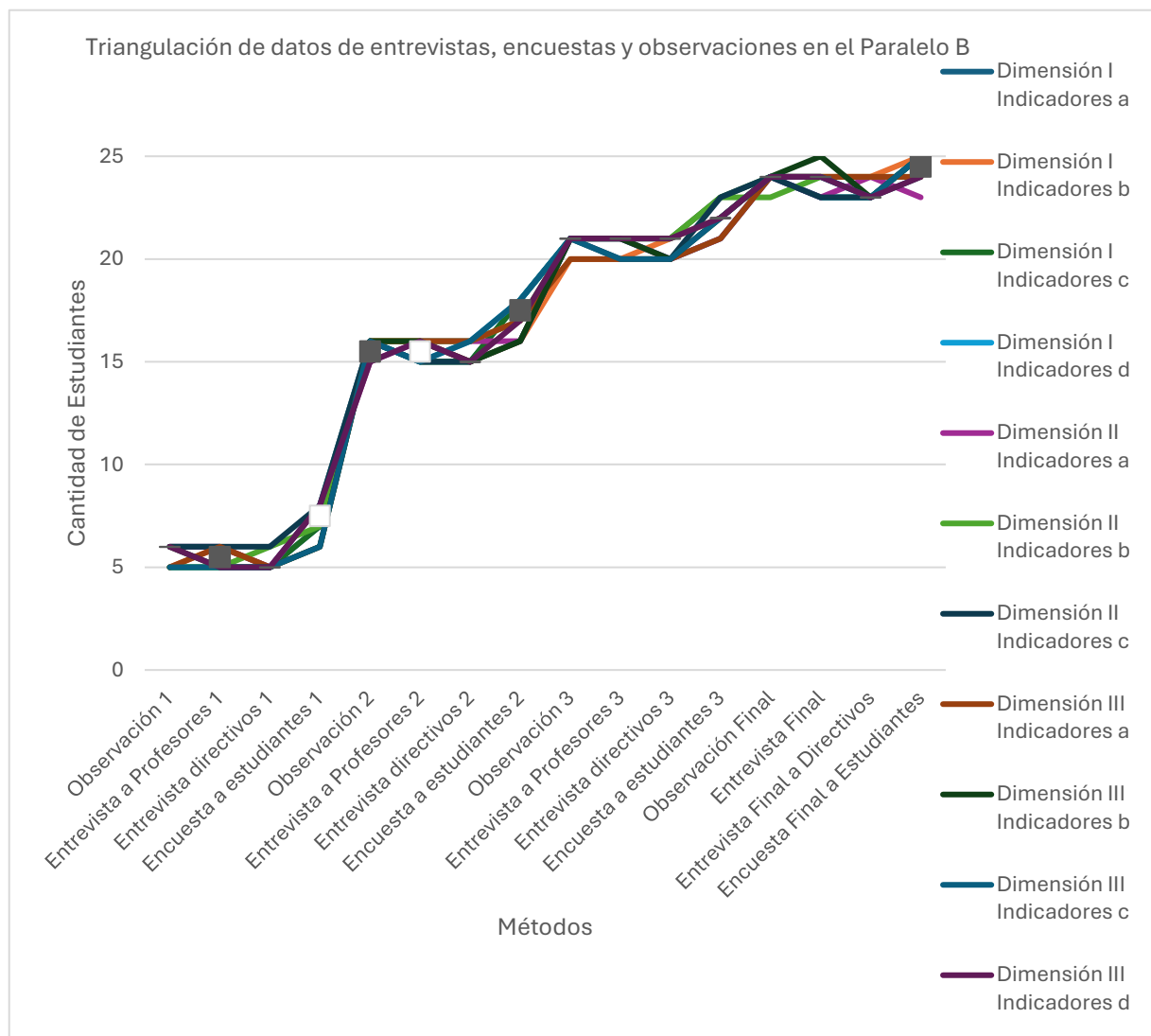


Figura 3: Triangulación de los resultados obtenidos durante la aplicación de los métodos en el Paralelo B. Fuente: Elaboración de los autores.

Aun cuando los resultados no son todo lo satisfactorio que pudieran ser debido a que el número no sobrepasa la treintena, los resultados de aplicación del sistema de acciones evidencia un crecimiento en los estudiantes. Quedan algunas insatisfacciones relacionadas con:

- Resistencia de líderes en las organizaciones de salud en revelar las dificultades en la atención al paciente en particular y de la seguridad de éstos en general.
- Insuficiencias organizativas de las instituciones de salud que no están bajo el control de los estudiantes ni de los profesores.

- Insuficientes insumos que garantizarían mejores protocolos en la seguridad del paciente.

El sistema de acciones ha demostrado su eficiencia en la transformación de los estudiantes como futuros enfermeros, los estudiantes se muestran satisfechos con los aprendizajes que han obtenido en su práctica y en la institución mientras que los colegas de las instituciones de salud reclaman la permanencia de este sistema en los restantes grupos. Ello evidencia que el sistema de acciones tuvo buena acogida en los tres actores que intervienen: estudiantes, profesores y personal de salud. De ahí que se demuestre que el sistema de acciones propuesto eleva la motivación de los estudiantes por la cultura de seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

La cultura de seguridad del paciente juega un papel trascendental en la organización de la atención de salud en las instituciones que se dedican a tal fin. Es un constructo complejo compuesto por varios elementos y procesos que involucra a toda la organización y el cual demanda una alta motivación para su ejecución.

El sistema de acciones se presenta teniendo en cuenta los tres procesos sustantivos propios de la educación superior. Las especificidades de cada carrera al interior de las universidades y las dinámicas de las instituciones de salud establecen el orden de cada una de ellas. Estas acciones pueden complementarse teniendo en cuenta la singularidad de los procesos de formación y de salud que entran en sinergia cuando los estudiantes universitarios realizan las prácticas profesionales en instituciones de salud.

La aplicación en la práctica del sistema de acciones demuestra su validez y versatilidad, pues se ajusta a las necesidades de las instituciones de salud. Los cortes realizados permitieron visualizar las transformaciones en los estudiantes en relación con la cultura de seguridad del paciente, objeto este en el cual la enfermería juega un papel trascendental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andreas Saether, E. (2020). Creativity-Contingent Rewards, Intrinsic Motivation, and Creativity: The Importance of Fair Reward Evaluation Procedures. *Frontiers in Psychology*, 11(974), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00974>
- Aranaz, J. M., & Agra, Y. (2010). La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Medicina Clínica*, 135(1), 1-2.
- Arias-Botero, J. H., & Gómez-Arias, R. D. (2017). La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. *CES Med*, 31(2), 180-191. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.31.2.7>
- Coloma, Á., & González, W. (2018). El desarrollo de la motivación profesional por la informática en el Instituto Tecnológico Bolivariano. *Opuntia Brava*, 10(3), 1-17.
- Emami, M., Rezaei, S., Valaei, N., & Gardener, J. (2022). Creativity mindset as the organizational capability: the role of creativity-relevant processes, domain-relevant skills and intrinsic task motivation *Asia-Pacific Journal of Business Administration*, 1-23. <https://doi.org/10.1108/APJBA-12-2020-0437>
- Fleer, M., González-Rey, F., & Veresov, N. (2017). Perezhivanie, Emotions and Subjectivity: Setting the Stage. In *Perezhivanie, Emotions and Subjectivity* (Vol. VII, pp. 1-15). Springer.
- González-González, T., & García-Almeida, D. J. (2021). Frontline employee-driven innovation through suggestions in hospitality firms: The role of the employee's creativity, knowledge, and motivation. *International Journal of Hospitality Management*, 94, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2021.102877>
- González-Hernández, W., & Borges-Echevarría, J. T. (2005). Fundamentos para la estructuración del sistema de actividades que contribuya al desarrollo de la creatividad a través de la enseñanza de la Geometría Analítica. *Enseñanza de las Ciencias*(Especial del Congreso), 1-4.
- González-Hernández, W., Silva-Ordoñez, I. F., Jiménez-Silva, W. R., Villacís-Sarmiento, A. E., Medina-Chiliquinga, A. P., & Medina-Chicaiza, R. P. (2025). Motivación por la gestión de la salud digital en estudiantes de Licenciatura en Enfermería. *Revista Médica Electrónica*, 47, 1-15. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242025000100033&nrm=iso

- González Hernández, W., & Coloma Carrasco, Á. L. (2018). Sistema de acciones para elevar la motivación profesional en los estudiantes de la carrera Licenciatura en Educación Especialidad Informática de la Universidad de Matanzas. *Debate Universitario*, 6(12), 71-85.
- Ibarra-Cerón, M. E., Olvera-Sumano, V., & Santacruz-Varela, J. (2011). Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. *Revista Conamed*, 16(2), 65-73.
- Katz, I., & Moè, A. (2024). Exploring teachers' psychological needs, motivating styles, emotion regulation and self-compassion: A comparative study before and during the COVID-19 lockdown. *Teaching and Teacher Education*, 148, 104706.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tate.2024.104706>
- Lacoma, F. (2008). Seguridad del paciente crítico: la cultura de seguridad más allá de la UCI. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(4), 145-147.
- López-Fernández, C. (2015). Inteligencia emocional y relaciones interpersonales en los estudiantes de enfermería. *Educación Médica*, 16(1), 83-92.
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.002>
- Merino-Soto, C., Angulo-Ramos, M., & López-Fernández, V. (2019). Escala de inteligencia Emocional Wong-Law (WLEIS) en estudiantes de Enfermería peruanos. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 33(1), 1-16.
- Ortega-Ochoa, E., Quiroga Pérez, J., Arguedas, M., Daradoumis, T., & Marquès Puig, J. M. (2024). The effectiveness of empathic chatbot feedback for developing computer competencies, motivation, self-regulation, and metacognitive reasoning in online higher education. *Internet of Things*, 25, 101101.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.iot.2024.101101>
- Pérez Castro y Vázquez, J. A., Tanguma, E. D. R., & España, F. I. R. (2016). Una Visión de la Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales en México. *Revista Conamed*, 21(3), 1-11.
- Pérez Tamayo, L. D. (2018). *Sistema de actividades para favorecer el Pensamiento Computacional desde la Matemática Discreta en la Universidad de las Ciencias Informáticas* Universidad de la Habana]. Ciudad de la Habana-Cuba.
- Roqueta Egea, F., Tomás Vecina, S., & Borrás, M. R. C. (2011). Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*, 23, 356-364.
- Salvadora Giménez, A. C., & Navarro, A. F. (2019). Análisis de la regulación emocional cognitiva personal de enfermería *Discover Medicine*, 3(2), 27-36.

- Sánchez Alquinga, D. A., & Yupangui, L. P. G. (2021). Aplicabilidad del Cuestionario de la Agencia de Investigación y Calidad Sanitaria en la Cultura de Seguridad. *Revista Cuatrimestral "Conecta Libertad"*, 5(1), 55-64.
- Solís García, M., & Solís, J. S. P. (2019). El currículo en el perfeccionamiento de la Carrera de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica Estatal de Quevedo. *Revista Conrado*, 15(69), 274-279.
- Torijano-Casalengua, M. L., Olivera-Cañadas, G., Astier-Peña, M. P., Maderuelo-Fernández, J. Á., & Silvestre-Bustoe, C. (2013). Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Atención Primaria*, 45(1), 21-37.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.07.003>
- Torres Carrillo, S. S., Basantes, J. E. B., & Véjar, L. d. C. C. (2023). El aprendizaje servicio para elevar la motivación profesional en la Carrera Trabajo Social de la Universidad Técnica de Ambato. *Reidocrea*, 12(6), 62-75.
- Zavala Martínez, L. V. (2021). *"Diseño de protocolos para los procesos inherentes a la seguridad del paciente (farmacovigilancia y conciliación de medicamentos) en el Hospital Básico Ingino"* [Escuela Superior Politécnica de Chimborazo]. Riobamba - Ecuador.