

Cultura de seguridad en los establecimientos residenciales para personas mayores según tamaño del centro

Safety culture in nursing homes for older people according to the size of the center

DOI: S1134-928X2026000200003

Francisco Javier González Menéndez¹

Lucía Fernández Arce²

Sara Llamas Fernández³

Belén Suárez Mier⁴

Fernando Martínez Cuervo⁵

Alberto Lana^{6,*}

1. Enfermero. Máster en Prevención de Riesgos Laborales. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo. Oviedo, Asturias, España.
2. Enfermera. Máster en Salud Pública. Doctora en Biomedicina y Oncología Molecular. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias. Oviedo, Asturias, España.
3. Enfermera. Especialista en Geriátrica. Hospital Monte Naranco. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Oviedo, Asturias, España.
4. Enfermera. Máster en Seguridad del Paciente y Calidad de la Asistencia. Dirección General de Planificación, Gestión del Conocimiento y Transformación Digital y Sanitaria. Consejería de Salud del Principado de Asturias. Oviedo, Asturias, España.
5. Enfermero. Especialista en Geriátrica. Director Asistencial de Cuidados, Calidad y Seguridad. Coordinación Sociosanitaria y Gestión del Conocimiento del Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias. Oviedo, Asturias, España.
6. Enfermero. Máster en Salud Pública. Doctor en Investigación en Medicina. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias. Oviedo, Asturias, España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lanaalberto@uniovi.es (Alberto Lana).

Recibido el 27 de febrero de 2026; aceptado el 11 de marzo de 2026.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la cultura de seguridad en establecimientos residenciales públicos para personas mayores según tamaño del centro. **Metodología:** Estudio transversal de metodología mixta en 27 centros públicos de Asturias (España). En la fase cuantitativa participaron 700 profesionales que completaron la versión española del *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*. El tamaño del centro se categorizó en pequeño (0-100 plazas), mediano (101-200) y grande (> 200). La fase cualitativa consistió en observación participante realizada por una enfermera durante 6 meses (418 h) en 5 centros y servicios centrales. **Resultados:** Ninguna dimensión alcanzó el nivel de adecuado desarrollo. Los centros pequeños y sobre todo los medianos obtuvieron puntuaciones más favorables que los grandes, especialmente en liderazgo y apoyo organizativo. El análisis cualitativo confirmó mayor consistencia organizativa en los centros pequeños y medianos, mientras que en los grandes se observaron mayores tensiones relacionales y dificultades comunicativas. Determinadas debilidades, como la insuficiente dotación de personal y las dificultades en la transferencia de información, se identificaron de forma transversa, independientemente del tamaño. **Conclusiones:** La cultura de seguridad presentó un perfil heterogéneo, parcialmente condicionado por el tamaño del centro. Los establecimientos de mayor dimensión mostraron mayores dificultades estructurales y organizativas, lo que sugiere la necesidad de reforzar el liderazgo, la comunicación y los recursos humanos para consolidar una cultura de seguridad más robusta e integrada.

PALABRAS CLAVE: Casas de salud, institucionalización, *safety*, administración de la seguridad, adultos mayores.

ABSTRACT

Objective: The objective was to analyze safety culture (SC) in public nursing homes for older people according to facility size. **Methodology:** This was a cross-sectional study using mixed methods in 27 public facilities in Asturias (Spain). In the quantitative phase, 700 professionals participated, completing the Spanish version of the *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*. Facility size was categorized as small (0-100 beds), medium (101-200), and large (> 200). The qualitative phase consisted of participant observation conducted by a nurse over six months (418 h) in five facilities and central services. **Results:** No dimension reached the level of adequate development. Small and especially medium-sized facilities obtained more favorable scores than large facilities, particularly in leadership and organizational support. Qualitative analysis confirmed greater organizational consistency in small and medium-sized centers, while larger centers showed greater relational tensions and communication difficulties. Certain weaknesses, such as insufficient staffing and difficulties in information transfer, were identified across the board, regardless of size. **Conclusions:** The nursing homes presented a heterogeneous profile, partially conditioned by the size of the center. Larger facilities showed greater structural and organizational difficulties, suggesting the need to strengthen leadership, communication, and human resources to consolidate a more robust and integrated nursing home.

KEYWORDS: Nursing homes, institutionalization, safety, safety management, older adults.

■ INTRODUCCIÓN

Se estima que en España cerca de 400.000 personas viven en establecimientos residenciales para personas mayores, la mayor parte en centros de titularidad y gestión privada¹. Estos centros atienden a una población especialmente vulnerable, que se caracteriza por fragilidad, pluripatología, deterioro cognitivo y dependencia funcional, lo que incrementa el riesgo de eventos adversos. La pandemia mundial por COVID-19 puso de manifiesto la debilidad del sector de cuidados de larga duración y la necesidad de una reforma arraigada en una cultura de seguridad (CS) bien establecida².

La CS se ha definido como “el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y comportamientos de las personas y grupos que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización respecto a la salud y la gestión de la seguridad”³. Una CS positiva incluye trabajo en equipo efectivo, comunicación, respuesta no punitiva al error y aprendizaje organizacional⁴. La monitorización de la CS constituye el punto de partida para promover acciones que disminuyan los eventos adversos y mejoren la seguridad de las personas residentes⁵. A pesar de su relevancia, no existe un cuerpo de evidencia lo suficientemente robusto sobre la CS en establecimientos residenciales para personas mayores. Los estudios disponibles muestran que una menor CS se asocia con mayor incidencia de eventos adversos y dificultades para su notificación⁶⁻⁹, mientras que una mayor CS se vincula con mejores resultados organizativos y mayor satisfacción laboral¹⁰⁻¹³. Sin embargo, siguen siendo escasos los estudios que analizan variables estructurales que puedan influir en la configuración de la CS. Además, la mayoría de los estudios se han realizado en países anglosajones¹⁴, cuyo sector sociosanitario es muy diferente al español.

Entre las variables organizativas que podrían influir en la configuración de la CS se encuentra el tamaño del centro. Si bien la literatura ha descrito diferencias en la percepción de la CS según perfil profesional o nivel jerárquico^{5,15,16}, existen escasos estudios que analicen el posible efecto del tamaño de los establecimientos residenciales para personas mayores. En el contexto español esta cuestión no ha sido explorada, especialmente en redes públicas de gestión estructurada, lo que limita la comprensión del impacto de las características organizativas sobre la seguridad asistencial en el ámbito residencial. Por lo tanto, el presente estudio tuvo como objetivo analizar la CS en los establecimientos residenciales públicos para personas mayores de Asturias (España) en función del tamaño del centro.

■ METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal de métodos mixtos, con una fase cualitativa y otra cuantitativa. El estudio se llevó a cabo en 2023-2024 en los establecimientos residenciales públicos para personas mayores de Asturias. Esta comunidad autónoma cuenta con 27 establecimientos residenciales de titularidad pública, que albergan 6.446 plazas y donde trabajan 1.807 personas^{1,3}. La población diana estuvo constituida por todas las personas trabajadoras en activo, excluyéndose aquellas con menos de 1 mes de antigüedad y las que trabajaban en apartamentos residenciales, por sus características singulares. Todas las personas participantes otorgaron consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación del Principado de Asturias (Ref. CEImPA 2021.616).

En la fase cuantitativa participaron 700 personas trabajadoras, aunque se invitó a participar a todas las personas trabajadoras. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario autoadministrado y anónimo, entregado presencialmente en varios días. El cuestionario incluyó la versión española del *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture* (NHSPSC), validada en España para evaluar la CS^{6,17}. El instrumento consta de 44

ítems agrupados en 12 dimensiones^{6,18}. Se calcularon las proporciones de respuestas positivas por dimensión siguiendo el manual de uso¹⁹, considerándose “no desarrollada” < 50%, “en desarrollo” 50-75% y “desarrollada” > 75%. Posteriormente, se utilizaron como referencia los estándares de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)²⁰. Además, el tamaño del establecimiento residencial se operacionalizó según número de plazas en centros pequeños (0-100 plazas), medianos (101-200 plazas) y grandes (> 200 plazas).

La fase cualitativa consistió en una observación participante (OP) rotatoria, realizada en 5 centros seleccionados según tamaño (3 grandes, 1 mediano y 1 pequeño), además de los servicios centrales de la administración pública. Una investigadora previamente formada en OP registró en un diario de campo el desempeño de las personas trabajadoras y evaluó la CS de acuerdo con situaciones, interacciones y revisión de protocolos de cuidados. La OP tuvo una duración de 6 meses, e incluyó 418 h de observación y 37 conversaciones informales. El registro de los eventos, actividades observadas y documentos fue sistemático y siguió un esquema predefinido, lo que ayudó a identificar patrones y diferencias en las conductas laborales y grupales en los diferentes centros visitados. La información se codificó temáticamente y se organizó según las 12 dimensiones de la NHSPSC para permitir la comparación entre centros

■ RESULTADOS

En el análisis cuantitativo se observaron diferencias relevantes en las proporciones de respuestas positivas según el tamaño del centro. En términos generales, aunque ninguna dimensión alcanzó el umbral de “desarrollada” (> 75%) en ningún tipo de centro, los centros pequeños y sobre todo los medianos obtuvieron puntuaciones más favorables que los centros grandes, especialmente en las dimensiones relacionadas con liderazgo y apoyo organizativo. En la tabla 1 se muestra un análisis detallado según todos los ítems del cuestionario.

La dotación de personal presentó puntuaciones inferiores al 50% en todos los tamaños. Por el contrario, el cumplimiento de procedimientos superó el 50% en los 3 grupos, situándose en niveles considerados “en desarrollo”. Las diferencias más marcadas se observaron en apoyo de la dirección a la seguridad de los residentes (49,0% en centros pequeños; 48,8% en medianos, y 13,3% en grandes) y en aprendizaje organizacional (42,7%; 46,7%, y 23,2%, respectivamente). Asimismo, los centros grandes obtuvieron puntuaciones inferiores en transferencias, apertura de la comunicación, expectativas y acciones del supervisor, y percepción general de la seguridad.

El análisis de la OP también reveló algunas diferencias en la CS según el tamaño del centro (tabla 2). En conjunto, la CS presentó un perfil más consistente en centros pequeños y medianos, especialmente en dimensiones relacionadas con liderazgo, coordinación y aprendizaje organizativo. Sin embargo, determinadas debilidades, como la dotación de personal o las dificultades en las transferencias, se identificaron como problemas transversales, independientemente del tamaño del centro.

El análisis por dimensiones también resultó revelador. En los centros pequeños y medianos se observaron dinámicas de coordinación estructurada, con revisión periódica de planes de atención individual y comunicación fluida entre técnicas auxiliares de enfermería y enfermeras. En los centros grandes, aunque existían espacios formales de coordinación, se registraron con mayor frecuencia tensiones interprofesionales y respuestas defensivas ante correcciones, lo que sugiere un clima relacional más frágil. Respecto a la dotación de personal, la percepción de insuficiencia fue transversal a todos los tamaños. Se documentaron ausencias recurrentes sin cobertura completa y redistribución de tareas en todos los centros, lo que confirma

Tabla 1. Proporción media (%) de puntuaciones positivas para cada dimensión e ítems del cuestionario NHSPSC, de acuerdo con el tamaño del centro

	0-100 plazas, %	101-200 plazas, %	> 200 plazas, %	Estándar EE. UU. ²⁰ , %
Trabajo en equipo	48,4	56,5	48,8	66
El personal de este centro se trata con respeto mutuo	62,2	63,3	66,3	70
El personal de este centro se apoya mutuamente	45	51,7	38,6	69
El personal se siente parte de un equipo	41,1	57,7	47	62
Cuando alguien está muy ocupado en este centro, es ayudado por otros miembros del personal	45,3	53,1	43,4	64
Dotación de personal	33,5	35,4	30,4	46
Tenemos suficiente personal para gestionar la carga de trabajo	15,7	18,9	12	34
El personal tiene que apresurarse porque tiene demasiado trabajo que hacer	18,1	17,8	12	30
Las necesidades de los residentes se satisfacen durante los cambios de turno	45,6	50,3	43,4	63
Es difícil mantener seguros a los residentes porque muchos empleados renuncian a su puesto de trabajo	54,4	54,5	54,2	56
Cumplimiento de procedimientos	50,1	53,2	56,6	65
El personal sigue los procedimientos y protocolos de atención a los residentes	60,1	66,1	60,2	82
El personal simplifica las tareas para hacer su trabajo más rápido	35	32,2	41	45
Para facilitar su trabajo, el personal suele ignorar los procedimientos y protocolos	55,3	61,2	68,7	67
Formación y habilidades	34,1	40,5	38,9	69
El personal recibe la formación necesaria en este centro	31,4	38,1	33,7	73
El personal tiene suficiente formación acerca de cómo manejar a los residentes difíciles	25,4	31,1	27,7	56
El personal comprende la formación que recibe en este centro	45,6	52,4	55,4	77
Respuesta no punitiva a los errores	46,8	46,2	41,9	56
Cuando un residente sufre algún daño, se culpa al personal	49,8	42,3	33,7	50
El personal teme informar sobre sus errores	45	44,4	53	54
El personal es tratado de forma justa cuando comete errores	48,6	48,3	32,5	60
El personal se siente seguro cuando informa sobre sus errores	43,8	49,7	48,2	59
Transferencias	39,4	47,4	25,6	63
El personal recibe la información necesaria antes de atender a un residente por primera vez	39,9	49,3	18,1	68
El personal es informado de inmediato cuando hay un cambio en el plan de cuidados de un residente	48,9	57	41	58
Disponemos de toda la información necesaria cuando los residentes son trasladados desde el hospital	24,5	30,8	14,5	56
El personal recibe toda la información necesaria para el cuidado de los residentes	44,1	52,4	28,9	71
Retroalimentación y comunicación sobre incidentes	54,3	57	44,9	85
Cuando el personal informa sobre algo que podría perjudicar a un residente, alguien se ocupa de ello	48,9	54,5	45,8	83
En este centro hablamos acerca de las maneras de evitar que los incidentes se repitan	50,8	53,8	30,1	83
El personal le comunica a alguien si ve algo que pueda perjudicar a un residente	75,2	72,4	78,3	89
En este centro debatimos sobre cómo mantener a los residentes a salvo de cualquier daño	42,3	47,2	25,3	84
Apertura en la comunicación	42,5	44,3	30,9	55
Las ideas y sugerencias del personal se valoran en este centro	38,4	38,1	18,1	58
Las opiniones del personal se ignoran en este centro	36,3	39,9	19,3	50
Es fácil que el personal comente los problemas en este centro	52,9	54,9	55,4	57

Continúa

Tabla 1. Proporción media (%) de puntuaciones positivas para cada dimensión e ítems del cuestionario NHSPSC, de acuerdo con el tamaño del centro (cont.)

	0-100 plazas, %	101-200 plazas, %	> 200 plazas, %	Estándar EE. UU. ²⁰ , %
Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los residentes	55,7	59,7	38,2	81
Mi responsable escucha las ideas y sugerencias del personal acerca de la seguridad de los residentes	58	58	41	81
Mi responsable siempre tiene palabras de ánimo para el personal que sigue los procedimientos y protocolos correctamente	49,8	54,9	28,9	76
Mi responsable presta atención a los problemas de seguridad de los residentes en este centro	59,2	66,1	44,6	86
Percepción general de la seguridad de los residentes	64,8	67,4	49,4	85
Los residentes están bien cuidados en este centro	81	76,9	75,9	85
Este centro realiza un buen trabajo al mantener la seguridad de sus residentes	48,9	53,5	34,9	83
Este centro es un lugar seguro para los residentes	64,4	71,7	37,3	86
Apoyo de la dirección a la seguridad de los residentes	49	48,8	13,3	68
La dirección le pregunta al personal sobre cómo el centro puede mejorar la seguridad de los residentes	40,8	40,9	13,3	67
La dirección escucha las ideas y sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los residentes	55,9	57,3	16,9	68
La dirección realiza rondas por comprobar el cuidado de los residentes	50,2	48,3	9,6	69
Aprendizaje organizacional	42,7	46,7	23,2	69
Este centro deja que se repitan una y otra vez los mismos errores	49,8	49	28,9	65
En este centro es fácil realizar cambios para mejorar la seguridad de los residentes	39	44,8	20,5	65
Este centro siempre está haciendo cosas para mejorar la seguridad de los residentes	41,1	46,9	21,7	75
Cuando este centro hace cambios para mejorar la seguridad de los residentes, alguien del centro verifica que los cambios hayan funcionado	40,8	46,2	21,7	72

que esta dimensión constituye una problemática estructural independiente del tamaño. En cuanto al cumplimiento de procedimientos, se constató la existencia de protocolos estructurados en todos los centros (planes de atención individual, medidas de aislamiento, seguridad en traslados). No obstante, en algunos centros grandes se observaron incumplimientos puntuales y mayor dificultad para garantizar homogeneidad en la aplicación de protocolos. La dimensión formación y habilidades mostró en todos los tamaños una orientación predominante hacia la formación vinculada a la bolsa de empleo más que a competencias específicas en geriatría, sin diferencias claras asociadas al tamaño. En relación con la respuesta no punitiva a los errores, los centros pequeños mostraron mayor disposición a la revisión conjunta de incidentes en un clima constructivo, mientras que en los centros grandes se registraron situaciones de corrección pública que generaron tensión. Las transferencias y la comunicación con el ámbito hospitalario presentaron dificultades en todos los centros, especialmente por la fragmentación de los sistemas de registro y la persistencia de documentación en papel. No obstante, en los centros grandes los cambios de turno tendían a ser más caóticos y con mayor transmisión exclusivamente oral de la información. En cuanto a la percepción general de la seguridad, en todos los tamaños se constató organización adecuada de rutinas asistenciales y medidas estructurales de prevención de riesgos. Sin embargo, en centros grandes se identificaron con mayor frecuencia riesgos derivados de la configuración arquitectónica o de la complejidad organizativa. Finalmente, el apoyo de la dirección y el aprendizaje organizacional mostraron diferencias relevantes. En centros pequeños y medianos se documentaron reuniones de análisis de incidentes y adopción de medidas correctoras visibles. En centros grandes, aunque existían estructuras formales, se registró

con mayor frecuencia malestar respecto a la falta de respuesta a solicitudes de material o actualización de protocolos.

■ DISCUSIÓN

Los resultados permiten interpretar que la CS en los establecimientos residenciales públicos de Asturias se configura como un sistema organizativamente frágil y que depende del tamaño del establecimiento residencial. Las tensiones derivadas de condiciones estructurales, especialmente la insuficiente dotación de personal y las limitaciones organizativas, son especialmente relevantes en los centros grandes.

En los establecimientos de mayor dimensión la menor flexibilidad organizativa y la complejidad de los circuitos de decisión podrían dificultar la incorporación ágil de mejoras y la adaptación de los procesos de trabajo. Devi et al.²¹ describieron que, características organizativas como la capacidad de camas, influyen en la dificultad para sostener intervenciones en el tiempo, especialmente en centros de mayor tamaño, donde la integración en la práctica cotidiana resulta más compleja.

Asimismo, la amplitud del control directivo (*span of control*) constituye un determinante estructural del acceso real al liderazgo. De acuerdo con Lindmark et al.²², asumir la responsabilidad de un número elevado de profesionales se asocia a mayores niveles de estrés y menor capacidad de liderazgo efectivo, mientras que un *span of control* más reducido favorece una supervisión más accesible y funcional. Estos elementos permiten interpretar que en centros de mayor dimensión la accesibilidad del liderazgo puede verse condicionada por la propia configuración organizativa.

Tabla 2. Extractos cualitativos por dimensión

Extracto	Fuente
Trabajo en equipo	
Realización semestral de reuniones para la revisión de los planes de atención individual en las que participan la responsable asistencial, una TCAE, una enfermera, la trabajadora social y la fisioterapeuta	Centro pequeño, OP
Se observó coordinación y buena relación entre TCAE y enfermeras en el trabajo diario	Todos los centros, OP
Se observó que, tras los cambios de turno, algunas de las TCAE se reunían brevemente con las enfermeras para repasar los cuidados de los residentes con mayor complejidad asistencial	Centro mediano, OP
Se documentaron episodios de respuesta coordinada ante urgencias, como la detección de cambios bruscos/súbitos en residentes, en los que se produjo una atención conjunta entre TCAE y enfermeras	Centro pequeño, OP
Se registró que, durante la preparación de medicación junto a la enfermera del turno de la mañana, una TCAE que limpiaba los “chupitos de medicación” recibió el comentario de que “están quedando mal limpios, con restos de medicación”. La auxiliar respondió “sí quedan mal, repásalos tú, no tengo más tiempo y también es tu responsabilidad”	Centro grande, OP
Durante el cambio de turno en el cuarto de personal auxiliar se observó que una enfermera acudió a informar sobre una pauta medicamentosa para un residente. Una TCAE respondió en tono defensivo que “deberías encargarte tú, que ya tenemos trabajo suficiente”, lo que generó un breve intercambio de reproches que continuó posteriormente en privado	Centro grande, OP
Dotación de personal	
Se constató la existencia de medidas organizativas destinadas a reforzar la atención de los residentes válidos (independientes para las actividades básicas de la vida diaria) en caso de que lo precisen, garantizando su seguridad, una correcta higiene personal (mediante un protocolo específico) y la revisión y limpieza de las habitaciones	Centro pequeño, OP
Se observó la ausencia de 2 o 3 TCAE respecto al número habitual durante algunos turnos de la mañana. El trabajo se redistribuyó entre el resto de TCAE presentes, utilizando tarjetas de trabajo específicas para estas situaciones. Esto indica que se trata de una circunstancia recurrente	Todos los centros, OP
Se observó que el número de enfermeras por turno varía en función de la jornada. Era habitual la falta de enfermeras en todos los turnos; en muchos casos, se quedaban puestos sin cubrir durante semanas	Todos los centros, OP
Se observó que una TCAE se dirigía a la directora de la residencia indicando que “si no traéis a más TCAE para el turno, no se levanta a ningún residente esta mañana”. Finalmente, el personal realizó la atención a los residentes encamados sin refuerzo adicional	Centro grande, OP
Se registró la queja de una enfermera ante la anulación de un día de libre disposición con menos de 24 h de preaviso debido a la baja médica de 2 compañeras. Según la profesional, la justificación recibida fue “han cogido dos compañeras la baja para mañana, no podemos cubrir las, te necesitamos”	Centro grande, OP
Se presenció un caso en el que una enfermera detectó que una TCAE no había administrado un fármaco prescrito tras una orden directa. La auxiliar reconoció que se “había olvidado” debido a la sobrecarga laboral de la jornada y añadió que “no tienes que decírmelo a mí”, sino que “esto debe llegar a la directora, es culpa de no tener suficiente personal”	Centro grande, OP
Se registró un aviso interno dirigido a las TCAE recordando la obligación de permanecer en su puesto durante las vigilancias de residentes, salvo aviso previo al resto del equipo. Durante una de estas custodias, una TCAE comentó a un familiar que “no tenemos personal suficiente para llevar a su familiar ni al baño”	Centro grande, OP
Cumplimiento de procedimientos	
Se constató que los residentes son analizados como seres biopsicosociales, para cada uno se elabora un PAI	Servicios centrales, OP
En 2 centros se identificó la intención de incorporarse a un nuevo proyecto de atención centrada en la persona (proyecto CuidAs). Se realizan revisiones de los PAI de manera semestral para ajustarlos a su nivel de dependencia en función de su evolución	Centros mediano y pequeño, OP
Se observó la existencia de libros de acogida en los establecimientos del ERA, destinados a regular la transmisión de información entre profesionales sanitarios, tanto TCAE como enfermeras, con recordatorios de las medidas higiénicas que se deben de adoptar	Centro pequeño, OP
Se observaron procedimientos específicos en materia de higiene y cuidado personal: la responsable asistencial llevaba a cabo revisiones periódicas del estado de las uñas de los residentes, asegurando su limpieza y correcta longitud	Centro mediano, OP
Se aplicaba un protocolo de aislamiento en casos de COVID-19 positivo, con confinamiento en habitación durante un mínimo de 5 días para cuadros leves y un período mayor en casos graves	Centro grande, OP
Durante las excursiones, se verificó la aplicación de medidas de seguridad en el transporte, fijando las sillas de ruedas a los raíles evitando desplazamientos y caídas entre los residentes, cumpliendo el protocolo de traslados	Centro mediano, OP
Se observó un elevado nivel de control higiénico en la elaboración de alimentos, con auditorías externas periódicas que verificaban la calidad de las instalaciones y la manipulación de los productos	Todos los centros, OP
En otro centro, la responsable llamó la atención a la gobernanta de la cocina por la preparación incorrecta de desayunos y meriendas con textura <i>pudding</i>	Centro mediano, OP
En un centro se observó que no se cumplían las dietas terapéuticas, ya que los residentes diabéticos recibían el mismo menú que los de la dieta basal	Centro grande, OP
Se observó una elevada prevalencia de residentes fumadores, sin registro de intervenciones preventivas o educativas antitabaco	Todos los centros, OP

Continúa

Tabla 2. Extractos cualitativos por dimensión (cont.)

Extracto	Fuente
Se registraron varios casos de residentes “válidos” que llegaban habitualmente en estado de embriaguez. En todos ellos, el personal manifestó no contar con pautas claras para abordar este tipo de situaciones	Todos los centros, OP
Se notificó una reclamación por mal olor en una habitación atribuida a deficiencias en la limpieza	Centro grande, OP
Se recibió la queja de un familiar por el uso de teléfonos móviles por parte de TCAE durante el trabajo	Centro grande, OP
Se revisaron varias quejas por presunta falta de administración de tratamiento farmacológico adecuado. Uno de los casos derivó en un ingreso hospitalario	Servicios centrales, OP
“Hay momentos en los que la coordinación es floja: los registros se quedan sin actualizar, hay cosas que no se revisan y da la sensación de que algunas tareas no le tocan a nadie”	Enfermero, centro grande, entrevista
Formación y habilidades	
Se registró, en relación con la bolsa de empleo del ERA, que una enfermera manifestaba que la formación requerida para obtener puntuación corre por cuenta de los propios trabajadores y que su principal motivación para realizarla es mejorar la posición en las contrataciones, señalando que, en la mayoría de los casos, no guarda relación directa con la geriatría	Centro pequeño, OP
Se observó que varias TCAE hablaban sobre la formación para puntuar en la bolsa de empleo y en las futuras oposiciones del ERA, expresando que “es una vergüenza que puntúe tanto la formación y no puntúe solo la experiencia laboral”. También mencionaron que de los propios ERA deberían organizar talleres prácticos para los nuevos trabajadores	Centro mediano, OP
Se documentó que, al preparar la medicación para un residente por vía nasogástrica, una TCAE solicitó orientación para realizar correctamente el procedimiento en los turnos en los que no hay enfermeras disponibles	Centro grande, OP
Se observó que, durante el acompañamiento de residentes a uno de los comedores, un recepcionista colaboraba con las TCAE, pese a no disponer de formación sanitaria específica, comentando: “no soy sanitario, pero me toca hacerlo”	Centro pequeño, OP
Se registró que los trabajadores del ERA reciben formaciones prácticas en situaciones de emergencia. En uno de los centros se llevó a cabo un simulacro de incendio con la participación de todo el personal	Centro mediano, OP
Respuesta no punitiva a los errores	
Se observó que una enfermera comentó a una TCAE que había cometido un error al levantar a un residente demasiado pronto, a lo que la auxiliar respondió que “ya que está levantado no pienso volver a acostarlo”	Centro grande, OP
En una conversación informal, una enfermera comentó que “los desayunos se están dando muy rápido, tenéis que ir más despacio si no se van a atragantar”. Una TCAE, al escuchar esto, replicó en tono bronco: “si no te gusta cómo lo hacemos tienes dos manos para hacerlo tú”. La situación no escaló más allá del intercambio verbal	Centro grande, OP
Se documentó que, durante una revisión de registros de incidencias realizada por la responsable de enfermería, esta corrigió una anotación realizada por una TCAE. La auxiliar respondió que “ya sé cómo hacerlo, no necesito que me lo corrigas” y que “estás dando indicaciones en exceso”. La escena se produjo en presencia de varios residentes	Centro grande, OP
Transferencias	
Desde la gerencia del organismo se implantó un sistema de seguridad del paciente. En los traslados hospitalarios se coloca una pulsera identificativa a los residentes para garantizar su correcta identificación y el centro de procedencia	Servicios centrales, OP
En un caso de residente trasplantado, se verificó su vacunación completa frente a COVID-19, tras coordinación entre el centro y el centro de salud del residente (Servicio de Salud del Principado de Asturias), quedando registrado en su historial clínico	Centro grande, OP
En las derivaciones hospitalarias, el personal de enfermería señaló dificultades para conocer el estado clínico de los residentes trasladados. Aunque intentan mantener el contacto telefónico con los hospitales, la información recibida suele ser insuficiente	Todos los centros, OP
Se registraron dificultades similares en la comunicación con los centros de salud, especialmente en la gestión de citas con especialistas o modificaciones en la receta electrónica, trámites que se realizan por teléfono y resultan lentos y poco eficaces	Todos los centros, OP
En el servicio administrativo, los cambios de turno se realizan únicamente de forma oral, sin registro escrito	Centro grande, OP
En el caso del personal TCAE, los cambios de turno se realizan tanto oralmente como mediante anotaciones en un cuaderno específico	Todos los centros, OP
Se observó que, en algunas ocasiones, información relevante se transmitía únicamente de forma verbal y no se registraba adecuadamente	Todos los centros, OP
Las historias clínicas y órdenes médicas continúan gestionándose en formato papel y los cambios de turno se realizan en cuadernos diferentes para las TCAE y para las enfermeras	Todos los centros, OP
Se identificó como factor limitante la ausencia de una aplicación informática integral que unifique los registros clínicos de los residentes. Actualmente se utiliza el sistema ERARES CS, que, según el personal, no abarca toda la información necesaria para la gestión y seguimiento clínico	Todos los centros, OP
En uno de los centros visitados, el cambio de turno entre TCAE se limitaba a dejar el cuaderno sobre la mesa, sin comunicación verbal entre trabajadores, lo que evidenciaba un clima laboral deteriorado	Centro grande, OP

Continúa

Tabla 2. Extractos cualitativos por dimensión (cont.)

Extracto	Fuente
Los cambios de turno del personal de enfermería suelen desarrollarse de manera más ordenada y calmada (debido al menor volumen de personal), mientras que los de las TCAE tienden a ser más caóticos, con múltiples conversaciones simultáneas y distracciones ajenas al relevo. En una ocasión se registró una conversación: “no te preocupes, ya lo leo luego, vete a cambiarte”	Todos los centros, OP
En todos los centros visitados se registraron comentarios inapropiados o poco pertinentes durante los cambios de turno, que podían generar prejuicios hacia los residentes o sus familias, tales como: “fulanito es un pesado, está continuamente demandando ir al baño, eso es culpa de su familia”, “este lo conozco del pueblo, de toda la vida, era muy mala persona”, “el familiar de fulanito es lo peor, cuidado con él”	Todos los centros, OP
Retroalimentación sobre incidentes	
Se constató la existencia de un registro de incidencias que incluye información sobre si los residentes se quedan encamados, si precisan de contención mecánica, si existen conflictos entre los residentes o con los familiares o cambios en el estado de ánimo de los residentes	Centro mediano y centro pequeño, OP
Se identificó un registro específico para errores en la administración de medicación oral, documentando casos en los que se han producido confusiones o administraciones incorrectas	Centro mediano y centro pequeño, OP
Las responsables asistenciales convocaron reuniones con el equipo de TCAE, responsables de la administración de medicación, para tener más información sobre los incidentes que se han producido en los últimos meses, con el objetivo de corregir la situación	Centro mediano y centro pequeño, OP
La asociación de familiares manifestó que la vigilancia en el comedor de cada planta por parte de los profesionales era muy escasa. La responsable asistencial se ha reunido con las/los TCAE y se elaboró una ficha para regular los horarios del comedor para garantizar la presencia permanente de un TCAE	Centro mediano y centro pequeño, OP
En uno de los centros se registró un conflicto familiar que supone una situación de riesgo para la seguridad de una residente. El centro realizó numerosas comunicaciones internas para avisar a todos los profesionales de esta situación	Centro grande, OP
Se observó que las/los TCAE registran de forma sistemática las agresiones físicas y verbales sufridas por parte de residentes o familiares, remitiendo esta información al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales	Centro grande, OP
Apertura de la comunicación	
Las TCAE manifestaron abiertamente que notaban carencia de productos de higiene en su planta. La enfermera responsable del turno trasladó esta información a la directora de la residencia para que se hiciera algo al respecto desde gerencia	Centro grande, OP
Se registró un caso en el que una enfermera contactó telefónicamente con el centro horas después de salir de su turno para informar de que creía haberse equivocado en la preparación de una de las bandejas de medicación. Tras la llamada se revisó y se resolvió el problema	Centro grande, OP
Durante la revisión de un PAI, una de las enfermeras compartió con el resto del equipo que se presentaban dificultades durante el traslado del residente a las consultas de hospital por el tipo de silla de ruedas que tiene. Semanas después se cambió la silla de ruedas del residente	Centro grande, OP
En una reunión entre la directora y el equipo de enfermería, una de las enfermeras expresó su preocupación por la ambigüedad del protocolo de sujeciones. El resto de las enfermeras acabaron declarando tener las mismas dudas, lo que derivó en una discusión formal sobre la aplicación correcta del protocolo	Centro grande, OP
Expectativas y acciones del supervisor que promueven la seguridad de los residentes	
La directora de la residencia se acercó durante la pausa del café al control de enfermería, momento que aprovechó para preguntar si alguien deseaba comunicar alguna sugerencia o inquietud relacionada con los cuidados de los residentes. Las enfermeras comentaron que se trataba de una directora de reciente incorporación, pero con disposición para introducir cambios positivos	Centro grande, OP
Se observó cómo la responsable de enfermería se acercó a una enfermera y a dos TCAE recién incorporadas, interesándose por su adaptación y felicitándolas por su desempeño durante la primera semana	Centro pequeño, OP
Se registró un caso en el que la responsable asistencial discutió con una enfermera por una queja de un familiar. La discusión se produjo en público, delante del familiar, y la responsable asistencial se centró en señalar el error, generando una situación de tensión que finalizó con la enfermera llorando	Centro grande, OP
Enfermeras y TCAE de diferentes centros manifestaron que los protocolos existentes estaban desfasados y no se ajustaban a las necesidades actuales de los residentes, señalando que “estos protocolos están aquí desde hace más de 10 años, nadie mira para ellos” y que “la dirección ignora todas nuestras sugerencias”	Todos los centros, OP
Percepción general de la seguridad de los residentes	
Se constató que tanto los residentes más independientes como los dependientes se encontraban ya aseados y preparados para el desayuno. Se observó una buena organización de las rutinas asistenciales	Todos los centros, OP
Se observó que la mayor parte de los residentes dependientes mantenían una relación cercana y respetuosa con el personal sanitario y no sanitario, generando un ambiente de convivencia adecuado y seguro	Todos los centros, OP
Se observó que los residentes válidos mantenían una buena relación con el personal no sanitario, quienes permanecían atentos a su bienestar y vigilaban discretamente sus desplazamientos dentro y fuera del centro	Todos los centros, OP
En algunos centros se fomenta la actividad y participación de los residentes mediante la organización de excursiones, juegos de mesa, jornadas de cine o conciertos, lo que contribuye al bienestar emocional y la percepción de un entorno estimulante y seguro	Centros grande y pequeño, OP

Continúa

Tabla 2. Extractos cualitativos por dimensión (cont.)

Extracto	Fuente
Se observó que los residentes utilizaban zapatos cerrados, sin tacón y con suela antideslizante. Aquellos con dificultades motoras contaban con bastones o andadores	Todos los centros, OP
En el caso de los residentes con deterioro cognitivo y dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, se verificó el uso de sistemas de cierre con contraseña en las puertas de planta y habitaciones, con el fin de evitar salidas no autorizadas y garantizar la seguridad	Centro grande, OP
Se presenció el rechazo de una residente asistida al uso de la grúa de bipedestación o grúa de traslado para su aseo. En todo momento el centro respetó su decisión, buscando otros métodos para su traslado	Centro pequeño, OP
Unos familiares expresaron preocupación por la falta de intimidad derivada de compartir habitaciones entre residentes. En respuesta, uno de los centros convocó una reunión con la asociación de familiares para debatir propuestas sobre la mejora del bienestar y la intimidad de los residentes	Centro pequeño, OP
Un familiar interpuso una queja judicial solicitando la revisión de una erupción cutánea por la aplicación autónoma de una crema barrera por parte del propio residente	Servicios centrales, OP
Todas las habitaciones disponían de un sistema de timbre y micrófono para comunicarse con el personal sanitario, aunque en algunos casos estos dispositivos se encontraban deteriorados o pendientes de reparación. Asimismo, se observó la disposición de sillas en pasillos y zonas comunes para facilitar el descanso y reducir el riesgo de caídas entre los residentes	Todos los centros, OP
Se observó la presencia de barandillas a lo largo de los pasillos, luces automáticas y ausencia de alfombras, aunque se advirtió de la existencia de plantas con hojas largas que podrían representar un riesgo	Todos los centros, OP
Se constató que las plantas donde conviven los residentes dependientes se organizan en 2 pasillos paralelos separados por un patio interior cerrado. La configuración presenta riesgos relevantes de caídas al patio; personal del centro refirió antecedentes de incidentes previos	Centro grande, OP
Se registró una queja hacia el servicio de limpieza por dejar el carro en zonas de paso, aumentando el riesgo de caídas entre residentes y personal	Centro mediano, OP
Apoyo de la dirección a la seguridad de los residentes	
Durante una reunión, la responsable asistencial del centro solicitó al equipo de enfermería retroalimentación sobre los protocolos de medicación con el fin de proponer su revisión y actualización. Surgieron propuestas por parte de varias enfermeras	Centro grande, OP
Tras la queja de un familiar por un error de medicación, la responsable asistencial del centro convocó una reunión para analizar el incidente y sus causas, en un ambiente constructivo, sin tono punitivo. Aunque no todo el equipo colaboró, sí lo hizo la mayor parte, mediante la identificación de mejoras y la propuesta de medidas correctivas	Centro pequeño, OP
Se observó la existencia de una comisión de seguridad del paciente en el ERA formada por directores/as, enfermeras y TCAE, cuyo objetivo es identificar a los residentes con mayor riesgo para su salud y aplicar medidas preventivas	Servicios centrales, OP
Se observó la realización por parte de la dirección de revisiones periódicas del material asistencial, verificándose la planificación de los pedidos según las necesidades detectadas, por ejemplo, arneses o elementos de movilidad	Todos los centros, OP
Los pedidos de mobiliario necesario para cada residencia (camas u otros equipamientos) se realizan a través de los servicios centrales del ERA, generalmente cada 1 o 2 años	Servicios centrales, OP
En respuesta a caídas nocturnas de los residentes, la dirección de uno de los centros solicitó colchonetas de suelo para residentes con riesgo elevado de caídas	Centro pequeño, OP
Aunque todas las habitaciones de los centros disponían de timbres para que los residentes avisaran a los trabajadores en caso de necesidad, algunos no funcionaban y estaban pendientes de reparación	Todos los centros, OP
El servicio de enfermería solo disponía de un ordenador para las 4 plantas, lo que limitaba el tiempo disponible para llevar a cabo el registro de las incidencias ocurridas durante el turno	Centro mediano y pequeño, OP
Se recogieron numerosas quejas sobre el estado de las grúas de bipedestación, que resultaban insuficientes y, en su mayoría, no funcionaban correctamente, sin recibir respuestas a las solicitudes de sustitución dirigidas a la dirección	Todos los centros, OP
Se constató un malestar recurrente entre el personal sanitario respecto a la comunicación con la Gerencia del ERA. En palabras del personal “es necesario que la gerencia sepa en qué condiciones trabajamos, pero no tenemos las herramientas para llegar a ellos”	Todos los centros, OP
Aprendizaje organizacional	
En uno de los centros, aproximadamente 3 semanas después del simulacro contra incendios, se registró una conversación entre la directora y la responsable asistencial en la que ambas comentaban que las propuestas surgidas durante el ejercicio se habían recopilado y trasladado al plan de acción de la residencia	Centro mediano, OP
En otro centro, durante una reunión entre la responsable asistencial, las enfermeras y las/los TCAE del turno, se analizó el incremento de caídas registrado entre los residentes con mayor dependencia funcional. La conversación derivó en la identificación de causas potenciales (como la presencia de obstáculos en las zonas de paso) y en la propuesta de retirar plantas decorativas de los pasillos. Semanas más tarde se comprobó que las medidas propuestas se habían llevado a cabo	Centro pequeño, OP

ERA: Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias; OP: observación participante; PAI: plan de atención individualizada; TCAE: técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

En conjunto, estos resultados sugieren que la CS, especialmente en centros de mayor dimensión, se encuentra condicionada por factores estructurales que afectan al liderazgo, al aprendizaje organizacional y a la integración operativa de mejora, así como a dimensiones relacionales y comunicativas como el trabajo en equipo, la apertura de la comunicación, la respuesta no punitiva a los errores, las transferencias de información y la retroalimentación sobre incidentes, cuya consolidación depende igualmente de las condiciones organizativas y de la dotación disponible. Mientras no se refuerzan las condiciones estructurales que permitan una coordinación efectiva, una integración real del aprendizaje y una dotación adecuada de recursos humanos, la seguridad continuará dependiendo en gran medida del compromiso individual y de dinámicas colaborativas informales.

De acuerdo con nuestros resultados, para fortalecer la CS se deberían priorizar los establecimientos residenciales de tamaño pequeño o mediano. No obstante, dado que el aprovechamiento de recursos puede aconsejar los centros más grandes, se podrían hacer algunas recomendaciones para que estos alcancen niveles de CS de centros más pequeños. En los centros de gran tamaño es especialmente necesario reforzar los mecanismos de revisión de incidentes y posterior retroalimentación en las rutinas organizativas, para evitar que esto dependa de iniciativas puntuales o de la voluntad individual^{23,24}. También es prioritario adaptar las estrategias de comunicación interna al tamaño y la complejidad organizativa de estos centros, reforzando especialmente los mecanismos participativos, ya que en ellos existen mayores dificultades para la apertura comunicativa²⁵.

Además, como los centros de mayor tamaño implican mayor complejidad en la gestión, la accesibilidad del liderazgo tiende a verse más limitada²⁶. Por lo tanto, se debería garantizar que las personas supervisoras dispusieran de tiempo efectivo para interactuar con el personal de primera línea, escuchar sus inquietudes y acompañar las prácticas asistenciales, para lo cual puede ser necesario ampliar su dotación. Esto reforzaría la presencia operativa y la accesibilidad del liderazgo en el trabajo cotidiano, promoviendo una dirección visible, disponible y con capacidad real de respuesta ante los problemas emergentes, especialmente en contextos de alta presión asistencial y en centros de mayor tamaño²⁷. Además, se reduciría la distancia funcional entre la dirección y la práctica asistencial cotidiana, favoreciendo un contacto más directo y sostenido con los equipos y una mayor CS²⁷.

Limitaciones

El presente estudio debe interpretarse considerando algunas limitaciones. En primer lugar, el análisis se circunscribe a establecimientos

residenciales públicos de una única comunidad autónoma, lo que puede limitar la transferibilidad de los resultados a otros contextos organizativos, modelos de gestión o marcos normativos. Las características institucionales de la red pública analizada pueden no ser extrapolables a residencias privadas o concertadas. En segundo lugar, aunque el cuestionario NHSPSC constituye un instrumento validado, se basa en percepciones profesionales susceptibles de estar influidas por el clima laboral o circunstancias organizativas específicas del momento de recogida de datos. Además, el análisis por tamaño no incorpora simultáneamente otras variables estructurales potencialmente influyentes, como la antigüedad de las infraestructuras, la estabilidad de las plantillas o el perfil clínico de los residentes, que podrían interactuar con el tamaño en la configuración de la CS. Finalmente, la OP permitió contextualizar los resultados cuantitativos y aportar profundidad interpretativa; no obstante, su carácter situado implica que los hallazgos cualitativos deben entenderse como contextualizados y no como descripciones exhaustivas del funcionamiento de cada centro.

CONCLUSIONES

En conclusión, la CS en los establecimientos residenciales públicos para personas mayores de Asturias presentaron un perfil heterogéneo, parcialmente condicionado por el tamaño del centro. Los centros pequeños y medianos mostraron una mayor integración operativa de la seguridad en la práctica cotidiana, mientras que en los centros de mayor dimensión emergen mayores dificultades en dimensiones vinculadas al liderazgo, la comunicación y el aprendizaje organizacional. No obstante, determinados condicionantes estructurales, especialmente la dotación de personal y las limitaciones formativas se manifiestan de forma transversal, con independencia del tamaño ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Esta investigación ha sido financiada por una subvención del Colegio Oficial de Enfermería de Asturias y por la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias. Las agencias financiadoras no han tenido ningún papel en el diseño del estudio, el análisis de los datos, la interpretación de los resultados, la redacción del informe ni en la decisión de enviar el artículo para su publicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Censo de centros residenciales de servicios sociales para personas mayores. Datos 2022. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2022. Disponible en: https://imserso.es/documents/20123/7034125/censo_centros_r_2022.pdf/0fa74538-4a22-2c09-6196-3578cc20b618
- Benet M, Celi-Medina P, Fernández M, Ezquerro S. The COVID-19 pandemic in care homes: An exploration of its impact across regions in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:9617.
- Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias. Memoria de actividades 2022. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2023. Disponible en: https://socialasturias.asturias.es/documents/38532/0/ERA+Memoria_2022_06+PUBLICACION+%281%29.pdf/307076d3-e464-ecfb-c85e-d5f480a76320?t=1713444568350
- Health and Safety Executive. Third Report: organizing for safety. ACSNI study group on human factors. London: HMSO; 1993. Disponible en: <https://inis.iaea.org/records/fkshz-6mg06>
- Castle N, Wagner L, Perera S, Ferguson J, Handler S. Assessing resident safety culture in nursing homes using the nursing home survey on resident safety. *J Patient Saf*. 2010;6:59-67.
- Machón M, Vergara I, Silvestre C, Pérez P, Aliás G, Vrotsou K. Adaptación transcultural al castellano del cuestionario Nursing Home Survey on Patient Safety Culture. *Rev Calif Asist*. 2014;29:99-103.
- Farup PG. Are measurements of patient safety culture and adverse events valid and reliable? Results from a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:186.
- Smith SN, Greene MT, Mody L, Banaszak-Holl J, Petersen LD, Meddings J. Evaluation of the association between Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSOPS) measures and catheter-associated urinary tract infections: results of a national collaborative. *BMJ Qual Saf*. 2018;27:464-73.
- He H, Yu P, Li L, Xiao X, Long Y, Wang L, et al. Patient safety culture and obstacles to adverse event reporting in nursing homes. *J Nurs Manag*. 2020;28:1536-44.
- Thomas KS, Hyer K, Castle NG, Branch LG, Andel R, Weech-Maldonado R. Patient safety culture and the association with safe resident care in nursing homes. *Gerontologist*. 2012;52:802-11.
- Li Y, Cen X, Cai X, Temkin-Greener H. Perceived patient safety culture in nursing homes associated with "Nursing Home Compare" performance indicators. *Med Care*. 2019;57:641-47.
- Yount N, Zebrak KA, Famolaro T, Sorra J, Birch R. Linking patient safety culture to quality ratings in the nursing home setting. *J Appl Gerontol*. 2022;41:73-81.
- Lee JY, Shin JH. Why do they stay? Intention to stay among registered nurses in nursing homes. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:8485.
- Gartshore E, Waring J, Timmons S. Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:752.
- Cappelen K, Aase K, Storm M, Hetland J, Harris A. Psychometric properties of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture in Norwegian nursing homes. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:446.

16. Banaszak-Holl J, Reichert H, Greene M, Mody L, Wald H, Crnich C, et al. Do safety culture scores in nursing homes depend on job role and ownership? Results from a national survey. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65:2244-50.
17. Vrotsou K, Pérez-Pérez P, Alias G, Machón M, Mateo-Abad M, Vergara I, et al. Nursing Home Survey on Patient Safety Culture: Cross-cultural validation data from Spanish nursing homes. *J Patient Saf.* 2021;17:e306-12.
18. Estudio APEAS sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
19. Sorra J, Carpenter D, Streagle S. Development, pilot testing, and psychometric analysis of the Nursing Home Survey on Resident Safety. Prepared by Westat under Contract No. 233-02-0087 to the Agency for Healthcare Research and Quality, Task Order No. HSSP233000018T. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
20. Famolaro T, Yount N, Hare R, Thornton S, Fan L, Birch R, et al. Nursing Home Survey on Patient Safety Culture: 2019 User Database Report. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2019.
21. Devi R, Martin GP, Banerjee J, Gladman JR, Denning T, Barat A, et al. Sustaining interventions in care homes initiated by quality improvement projects: a qualitative study. *BMJ Qual Saf.* 2022;31:210-20.
22. Lindmark T, Engström M, Trygged S. First-line managers' perceptions of their psychosocial work environment in nursing homes: a qualitative analysis of the influence of ownership type. *Health Soc Care Community.* 2023;2023:6694499.
23. Vaismoradi M, Vizcaya-Moreno F, Jordan S, Kymre IG, Kangasniemi M. Disclosing and reporting practice errors by nurses in residential long-term care settings: a systematic review. *Sustainability (Basel).* 2020;12:2630.
24. Myhre J, Saga S, Malmedal WK, Ostaszkiwicz J, Nakrem S. React and act: a qualitative study of how nursing home leaders follow up on staff-to-resident abuse. *BMC Health Serv Res.* 2020;20:1111.
25. Koldeweij RJF, Lovink MH, Persoon A. Collaboration in nursing-home care: perspectives of care professionals – a qualitative study. *BMJ Open Qual.* 2025;14:e003147.
26. Churrua K, Ellis LA, Pomare C, Hogden A, Bierbaum M, Long JC, et al. Dimensions of safety culture: a systematic review of quantitative, qualitative and mixed methods for assessing safety culture in hospitals. *BMJ Open.* 2020; 27;11:e043982.
27. Backman A, Sandman P-O, Sköldunger A. Characteristics of nursing home units with high versus low levels of person-centred care in relation to leadership, staff-resident- and facility factors: findings from SWENIS, a cross-sectional study in Sweden. *BMC Geriatr.* 2021;21:498.