

EXPERIENCIA DEL PERSONAL PREHOSPITALARIO SOBRE BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. UN ESTUDIO CUALITATIVO

THE EXPERIENCE OF PREHOSPITAL STAFF ON COMMUNICATION BARRIERS IN PATIENT SAFETY. A QUALITATIVE STUDY

Recibido: 26/ 03/ 2026 - Aceptado: 24/06/2026

Gustavo Salomón Villota Bracho

Estudiante de la Maestría de Gestión del Cuidado con mención en Unidades
de Emergencia y Cuidado Crítico de la Pontificia Universidad Católica del

Ecuador

Quito – Ecuador

Licenciado en Enfermería

Universidad Técnica de Norte

gguss12@yahoo.es

<https://orcid.org/0009-0007-7974-4959>

Como citar este artículo:

Villota Bracho, G. S. (Enero- Julio). Experiencia del personal prehospitalario sobre
barreras de la comunicación en la seguridad del paciente. Un estudio
cualitativo. *Horizontes de Enfermería*, Vol. 16 Núm. 2, 42 - 62. [https://doi.
org/10.32645/13906984.1501](https://doi.org/10.32645/13906984.1501)



Resumen

La comunicación en el entorno prehospitalario es un pilar para la seguridad del paciente, pero está expuesta a múltiples barreras que incrementan el riesgo de eventos adversos. El objetivo fue comprender las experiencias de los profesionales que laboraron en las ambulancias en la provincia del Carchi, sobre las barreras de comunicación que afectaron la seguridad del paciente. Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico-hermenéutico. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a 21 participantes. Los datos fueron analizados mediante un proceso de análisis temático e interpretados a la luz de la teoría del logro de metas de Imogene King. Se identificaron cuatro barreras: 1) comunicación inadecuada; 2) limitaciones tecnológicas; 3) deficiencias en el trabajo en equipo; y 4) dificultades en la obtención de información. Los resultados sugirieron que las barreras no fueron fallos independientes, sino la manifestación de una disfunción sistémica. La falla en el sistema social generó un estrés que degradó el sistema interpersonal, lo que obligó al sistema personal a desarrollar estrategias de adaptación. Las barreras de la comunicación configuraron un fenómeno complejo que evidenció una desarticulación sistémica. La seguridad del paciente dependió en gran medida de la resiliencia del personal, quienes gestionan las deficiencias del sistema para garantizar un cuidado seguro.

Palabras clave: Comunicación; barreras de comunicación; seguridad del paciente; atención prehospitalaria; ambulancias.

Abstract

Communication in the prehospital environment is a pillar for patient safety, but it is exposed to multiple barriers that increase the risk of adverse events. The objective was to understand the experiences of professionals who worked in ambulances in the province of Carchi regarding the communication barriers that affected patient safety. A qualitative study with a phenomenological-hermeneutic approach was conducted. Semi-structured interviews were conducted with 21 participants. The data were analyzed through a thematic analysis process and interpreted considering Imogene King's goal attainment theory. Four barriers were identified: 1) inadequate communication; 2) technological limitations; 3) deficiencies in teamwork; and 4) difficulties in obtaining information. The results suggested that the barriers were not independent failures, but rather the manifestation of systemic dysfunction. The failure in the social system generated stress that degraded the interpersonal system, forcing the personal system to develop adaptation strategies. Communication barriers shaped a complex phenomenon that revealed a systemic disarticulation. Patient safety largely depended on the resilience of the staff, who manage the system's deficiencies to ensure safe care.

Keywords: Communication; communication barriers; patient safety; prehospital care; ambulances.

Introducción

La seguridad del paciente se ha establecido en el siglo XXI como una disciplina sanitaria fundamental y una dimensión ineludible de la calidad asistencial a escala global. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) la define como la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria, así como la reducción, hasta un umbral mínimo aceptable, del riesgo de daño innecesario asociado a la atención. Lejos de constituir un ideal abstracto, la seguridad del paciente representa un imperativo ético y un indicador crucial de la eficacia de los sistemas de salud. Su relevancia es tal que la misma OMS ha lanzado un plan de acción para la presente década con la visión de un entorno global en el que ninguna persona sufra daños durante la atención sanitaria.

La magnitud del problema que aborda la seguridad del paciente es considerable. Instituciones de referencia como The Joint Commission (2023) han destacado que los errores médicos representan una causa significativa de morbilidad y mortalidad. Aunque las cifras varían según el contexto, la evidencia global es contundente: los eventos adversos son una realidad frecuente y costosa, tanto en términos de sufrimiento humano como de carga económica para los sistemas sanitarios. En respuesta, se ha promovido la creación de una cultura de seguridad, donde se fomenta la notificación de incidentes, no con un fin punitivo, sino como una oportunidad de aprendizaje y mejora sistémica. En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha adoptado esta visión a través de la implementación del *Manual de seguridad del paciente*, desde 2016, un instrumento que busca estandarizar lineamientos y prácticas seguras en todo el sistema nacional de salud (MSP, 2016a).

Si bien la seguridad del paciente es un desafío en cualquier entorno clínico, el ámbito de la atención prehospitalaria (APH) presenta un conjunto único y exacerbado de riesgos. La APH, definida por el *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud de Ecuador* como el servicio operacional y de coordinación para problemas médicos urgentes fuera del hospital (MSP, 2018), se desarrolla en un escenario intrínsecamente inestable y peligroso. Como detallan Bhattarai et al. (2023) y O'Connor et al. (2021) en sus revisiones sistemáticas, el entorno prehospitalario es más propenso a eventos adversos en comparación con otros niveles de atención. Factores como el diseño del vehículo, la necesidad de actuar en ambientes hostiles y la presión del tiempo configuran un campo de práctica donde la seguridad es una preocupación constante, tanto para el paciente como para el propio personal (Filipe et al., 2024; Jakonen et al., 2022; Pereira y Paes, 2023; Wilson y Woodrow, 2023).

El personal de enfermería y los tecnólogos en emergencias médicas (TEM) deben tomar decisiones críticas en segundos, a menudo con información incompleta y bajo un estrés considerable. Como exploran Filipe et al. (2024) en su estudio sobre las experiencias de enfermeras en APH móvil en Brasil, el ambiente peligroso, el entorno desconocido y el espacio limitado de las ambulancias son barreras ambientales que, sumadas al estrés, complican significativamente la labor asistencial. Sin embargo, en la revisión sistemática de Júnior et al. (2025), se evidenció un conjunto de barreras complejas de naturaleza estructural, emocional y organizacional que impactan la seguridad tanto del paciente como del profesional. Entre estos factores destacan las dificultades de comunicación y liderazgo, la inseguridad durante el traslado, la violencia en la escena, así como la sobrecarga emocional, la presión psicológica, el insuficiente reconocimiento profesional y la gestión inadecuada de los recursos. Esta realidad subraya la necesidad de investigar y comprender a fondo los factores que impactan la seguridad en este contexto tan particular.

Dentro del abanico de factores que influyen en la seguridad del paciente, la comunicación emerge de manera consistente como el eje central y, a la vez, como una de las principales causas raíz de los errores médicos. La comunicación deficiente definida como la afectación de la información por errores, fallos, interrupciones o falta de adecuación es una causa importante de incidentes (Keshtkar et al., 2025). The Joint Commission ha reportado que la comunicación deficiente contribuye a un porcentaje significativo de todos los eventos adversos hospitalarios (Alnakhli et al., 2024). Este problema se agudiza en los puntos de transición del cuidado, donde se estima que hasta el 80 % de los errores médicos graves está asociado a fallos comunicativos (Webster et al., 2022). La comunicación en estos puntos debe ser clara, inequívoca, fluida y regirse a estándares de buenas prácticas, a través de herramientas estandarizadas; además, todos los implicados deben ser conscientes de la relevancia de la misma ante la calidad y seguridad asistencial (Alcalá Minagorre et al., 2023).

Para abordar estos fallos, se recomienda adoptar modelos estandarizados como SBAR (situación, antecedentes, evaluación, recomendación), herramienta diseñada para mejorar la calidad de la transferencia de información (Alabdullah et al., 2024; Al-Haliq & AlShammari, 2025; Alnakhli et al., 2024; Dave et al., 2024; Myhr et al., 2024; Nishimwe et al., 2024; Strandås et al., 2024; Wardahni, 2024); sin embargo, la más probada y estudiada en el entorno prehospitalario es el modelo MIST (mecanismo, lesiones/enfermedad, signos, tratamiento) o su variación DMIST (que incluye la demografía) como lo señala la investigación de Wilson y Woodrow (2023). No obstante, la implementación de estas herramientas no es suficiente si no se abordan las barreras humanas y contextuales que las rodean. La comunicación asertiva, la escucha activa y la capacidad de gestionar la interacción en momentos de alta carga emocional son competencias cruciales para el personal de emergencia (Graniczna y Burak, 2023; Strandås et al., 2024).

En el ámbito sanitario, la buena comunicación promueve la confianza, la empatía y la comprensión (Tingle, 2025). Sin embargo, una revisión sistemática de Alabdullah et al. (2024) evidencia que las deficiencias en la comunicación entre el personal clínico son una causa frecuente de incidentes. De manera similar, estudios como el de Pereira y Paes (2023) en Brasil identificaron la comunicación escrita deficiente como uno de los riesgos más notables en la APH, señalando problemas como el llenado incompleto de formularios y la información ilegible. En Finlandia, un estudio de Venesoja et al. (2023) con estudiantes de enfermería prehospitalaria destacó que la comunicación clara era fundamental para las prácticas laborales seguras. En el Reino Unido, en tanto, Shepard et al. (2022) encontraron que la comunicación era uno de los temas dominantes en las percepciones del personal sobre la seguridad, identificando problemas sistémicos relacionados con tecnología anticuada y el uso ineficaz de múltiples canales de comunicación.

A pesar de la abrumadora evidencia sobre la importancia de la comunicación, existe un vacío de conocimiento significativo en el contexto ecuatoriano, específicamente desde una perspectiva cualitativa. Si bien normativas como el *Manual de seguridad del paciente* (MSP, 2016a) y el modelo de gestión de la atención móvil (MSP, 2016b) subrayan la necesidad de una comunicación efectiva, la información sobre cómo el personal vive y experimenta las barreras comunicacionales en su práctica diaria es escasa. No basta con saber que las barreras existen; es fundamental comprender su naturaleza, su significado y el impacto que tienen en la subjetividad de quienes están en la primera línea de atención.

Este estudio, por tanto, se justifica por la necesidad de llenar dicho vacío. Al adoptar un paradigma cualitativo y un método fenomenológico-hermenéutico basado en la filosofía de Hans-

Georg Gadamer, la investigación busca ir más allá de la cuantificación de errores para comprender la profundidad de la experiencia humana (Rosales-Veitia et al., 2024). En este contexto, la presente investigación se orientó por la siguiente pregunta: ¿cómo viven y significan los profesionales de atención prehospitalaria de la provincia del Carchi las barreras de comunicación que afectan la seguridad del paciente durante su práctica asistencial? Esta pregunta guía permitió explorar de manera interpretativa las experiencias del personal de ambulancias, con el propósito de comprender la complejidad del fenómeno desde su perspectiva y en su contexto real.

Para guiar este proceso interpretativo, el estudio se fundamenta en la teoría del logro de metas (TLM) de Imogene King (Rivera-Rojas et al., 2023). Esta teoría de enfermería, de gran relevancia y aplicación, se centra en la interacción entre individuos para alcanzar objetivos comunes. King propone un marco conceptual de tres sistemas interconectados: el sistema personal (el individuo con sus percepciones, como el profesional o el paciente), el sistema interpersonal (la interacción directa entre dos o más individuos, como el equipo de la ambulancia) y el sistema social (el contexto organizacional y comunitario, como los protocolos del hospital o las normas del Centro Regulador de Emergencias y Urgencias [CREU]). La comunicación es el medio fundamental para la interacción, tanto interna como externa, entre los sistemas. Su propósito es facilitar una transacción, lo que implica alcanzar un acuerdo y emprender una acción coordinada para lograr un objetivo. No obstante, el estrés, de acuerdo con King, actúa como un obstáculo en este proceso comunicativo.

La TLM ofrece un marco excelente para analizar las barreras de la comunicación en el entorno prehospitalario. Permite conceptualizar cómo las fallas en el sistema social (como la tecnología deficiente o la falta de protocolos), las disfunciones en el sistema interpersonal (falta de empatía o problemas de trabajo en equipo, por ejemplo) y los desafíos en el sistema personal (tales como el estrés del profesional o el propio estado clínico del paciente) impiden la transacción hacia la meta fundamental: un cuidado seguro y de calidad. Según Florez-Hernández et al. (2025), esto es posible gracias a que la TLM ofrece un marco excelente para la comunicación eficaz y el logro de objetivos comunes además que facilita explorar las interacciones y transacciones entre sus tres sistemas.

En conclusión, la presente investigación es pertinente y necesaria. Su propósito es generar un conocimiento profundo y contextualizado sobre las experiencias de los profesionales en la provincia del Carchi. Para ello, se empleó la fenomenología hermenéutica y la teoría de King. Los hallazgos servirán como fundamento para el diseño de estrategias formativas y organizacionales que busquen fortalecer la comunicación, contribuyendo así a mejorar significativamente la seguridad del paciente dentro del servicio de atención prehospitalaria en Ecuador.

Materiales y métodos

La investigación se realizó mediante el paradigma cualitativo y un abordaje basado en el método fenomenológico-hermenéutico, inspirado a su vez en la filosofía de Hans-Georg Gadamer.

Se utilizó un muestreo intencional, compuesto por 21 profesionales: 15 enfermeras, 1 enfermero y 5 TEM (4 mujeres y 1 hombre). Se alcanzó la saturación cuando no emergieron nuevas categorías en las últimas 4 entrevistas. Por razones de confidencialidad, no se detallan las unidades específicas ni las localidades operativas involucradas.

Para la selección de los participantes se utilizaron los siguientes criterios:

Inclusión.

Ser personal de enfermería o TEM, laborar en las ambulancias del MSP del Ecuador de la provincia del Carchi y haber firmado voluntariamente el consentimiento informado.

Exclusión.

Profesionales que trabajen en otras áreas, tengan menos de un año trabajando en ambulancias o expresen el deseo de no participar y no haber firmado el consentimiento informado.

Se aplicó una entrevista semiestructurada, instrumentalizada a través de una guía de preguntas abiertas para facilitar la conversación y permitir que los participantes narren sus experiencias con detalles y libertad. Las preguntas se centraron en las percepciones sobre las barreras de comunicación, los factores influyentes (éticos, emocionales, organizacionales) y su impacto en la seguridad del paciente.

Las entrevistas fueron conducidas por el investigador principal entre el 19 y el 25 de noviembre de 2025. Se estableció contacto personal con los participantes mediante cita previa, respetando su disponibilidad, y se realizaron en entornos privados y convenientes para cada entrevistado. Antes de comenzar, se brindó una breve explicación del estudio y se obtuvo el consentimiento informado, haciendo hincapié en la voluntariedad y el derecho a rechazar la participación. Con el permiso de cada participante, las entrevistas se grabaron en audio para garantizar la fidelidad de los datos. La duración promedio de cada sesión fue de 19 minutos.

En el presente estudio, se siguió la propuesta metodológica de Hans-Georg Gadamer, presentada por Rosales-Véitia et al. (2024). De acuerdo con esta metodología, los audios de las entrevistas fueron transcritos de manera literal y revisados por el investigador principal mediante lecturas repetidas para lograr una comprensión integral del contenido. Posteriormente, se realizó una codificación inicial línea por línea, identificando unidades de significado relacionadas con las barreras de comunicación y su impacto en la seguridad del paciente. Los códigos se compararon de forma constante y se agruparon en subcategorías y categorías temáticas, las cuales fueron refinadas mediante el análisis hermenéutico. El proceso de interpretación se apoyó en el *software* Atlas.ti, versión 25. Finalmente, se puso en diálogo los temas identificados con la TLM de Imogene King y la literatura científica existente.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, bajo el número de oficio CEISH-710-2025, con fecha 31 de octubre de 2025. El protocolo de investigación, identificado con el código EO-122-2025, V1, cumplió con los criterios éticos, metodológicos y jurídicos para su desarrollo. Todos los participantes brindaron su consentimiento informado por escrito antes de la realización de las entrevistas, garantizando su participación voluntaria, el anonimato y la confidencialidad de los datos, de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la normativa nacional vigente.

Resultados

Con el fin de contextualizar los hallazgos del análisis fenomenológico, a continuación, se presenta la caracterización sociodemográfica de los 21 profesionales participantes. La muestra estuvo compuesta en su mayoría por profesionales de enfermería con amplia trayectoria en el entorno prehospitalario. La Tabla 1 resume las variables de sexo, formación académica, años de experiencia y régimen laboral de los informantes clave.

Tabla 1

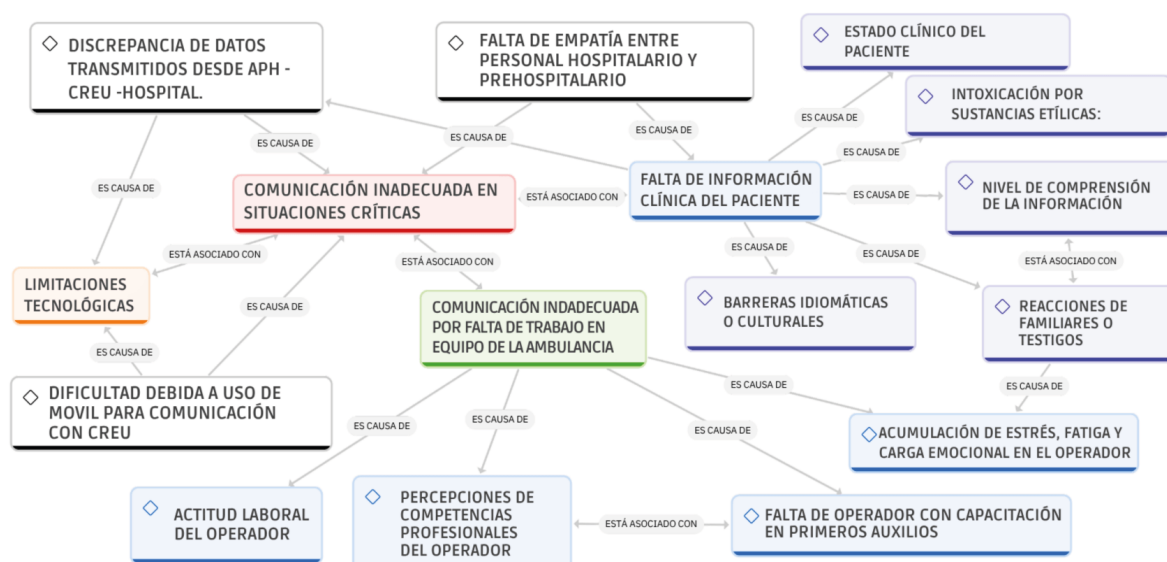
Caracterización sociodemográfica de los profesionales de atención prehospitalaria participantes

Variable	Categoría	n = 21	%
Sexo	Femenino	19	90,5 %
	Masculino	2	9,5 %
Profesión	Licenciados/as en Enfermería	15	71,4 %
	Enfermera con título de cuarto nivel	1	4,8 %
	Tecnólogos en Emergencias Médicas	5	23,8 %
Edad	Rango: 29–51 años	Media: 37	—
	>3 a <5 años	2	9,5 %
Tiempo de experiencia	> 5 a <10 años	10	47,6 %
	>10 años	9	42,9 %
Turno que labora	24 horas	21	100 %
	Centro de Salud	9	42,9 %
Lugar de base de la ambulancia	Hospital Básico	10	47,6 %
	Hospital General	2	9,5 %

El análisis de las experiencias de 21 profesionales de atención prehospitalaria, a través de la interpretación fenomenológico-hermenéutica, permitió identificar las barreras de comunicación y su impacto en la seguridad del paciente. Este proceso involucró la revisión de 292 citas, de las cuales se obtuvo 78 codificaciones. De este análisis exhaustivo surgieron cuatro categorías principales y

sus respectivas subcategorías, las cuales se presentan organizadas en la Figura 1, en un clúster para mostrar sus relaciones.

Figura 1
Clúster de integración de categorías y subcategorías



El análisis se orientó a identificar la raíz de las barreras de comunicación, considerando los distintos intervinientes del proceso y tomando como referente la TLM de Imogene King. Los resultados evidenciaron que la problemática abarcó la interacción dinámica de los tres sistemas propuestos por la teoría: el sistema personal, el sistema interpersonal y el sistema social. El sistema personal incluyó las percepciones, el estrés del profesional y las condiciones clínicas del paciente; el sistema interpersonal, las interacciones con el operador de la ambulancia, el equipo del CREU, los servicios hospitalarios y la familia; y el sistema social, el entorno organizacional, las limitaciones tecnológicas y la falta de protocolos. Esta visión integral permitió identificar cómo la desarticulación entre estos sistemas impactó directamente en la seguridad del paciente.

Análisis e interpretación de categorías

Categoría 1. Comunicación inadecuada en puntos críticos. La comunicación en este entorno se asemejó al “teléfono descompuesto”, ya que la información se distorsionó por causas multifactoriales, como fallas en las herramientas tecnológicas (por lejanía, falta de mantenimiento, antigüedad o carencia), un ambiente de alto riesgo y ruido, así como factores humanos asociados con fatiga, estrés o estado emocional. Esta combinación de elementos generó la percepción de una comunicación ineficaz, con distorsión o ausencia de información, lo cual se evidenció en las experiencias de los participantes.

Subcategoría 1.1. Discrepancia de datos transmitidos desde APH-CREU – hospital. La percepción de riesgo para la seguridad del paciente, según los entrevistados, se originó en la transferencia de información incorrecta al hospital de destino, debido a que esta se distorsionó en la tríada APH-CREU-hospital, descrita como un “teléfono descompuesto”. Esto ocasionó que el

centro receptor no estuviera preparado adecuadamente para proporcionar la atención requerida por el paciente.

P5: “Mi conflicto es que yo digo una cosa, del CREU manifiestan otra y, al final, no hay una buena coordinación ni una buena comunicación. Entonces, el hospital no se prepara de acuerdo al paciente, porque, imagínate, un paciente con un Glasgow de 8 va directo crítico, pero ellos estaban esperando un paciente con Glasgow 13, que es un paciente estable”.

P17: “Cuando trasladamos a un paciente inestable de 77 años, en el hospital, el equipo de pediatría estaba esperando porque por radio habían entendido 7 años en lugar de 77. Entonces, la falta de comunicación y la herramienta fueron las barreras”.

P11: “La comunicación se vuelve como un teléfono descompuesto. Yo le digo algo al CREU, pero ellos le terminan diciendo algo más a los médicos y, al momento de llegar al hospital, siempre existe como que un choque por esta mala información”.

P6: “Cuando nosotros informamos a consolas sobre el estado del paciente y consolas informa al hospital, ha existido veces en que nosotros llegamos al hospital y los médicos nos dicen: ‘No, pero esto no nos dijeron’ o ‘No, pero es que esto no sabíamos’. Entonces pienso que ahí hay una barrera muy grande de comunicación”.

Se evidenció que varios participantes usan la estrategia informal de simplificar sus canales de comunicación, prescindiendo del CREU. Este enfoque directo con los médicos de emergencia en los hospitales del área tiene como objetivo principal evitar la pérdida de información crítica durante la atención a las víctimas.

P21: “Yo manejo los números de los profesionales, de los médicos de la casa de salud que se reciben. Trato de consultarles de manera interna para que me ayuden solucionando, ya que a veces no tengo la respuesta pronto de las consolas o no tengo buena señal en el radio”.

P4: “A veces, no sé si esté bien o esté mal, pero prefiero llamar al hospital directamente y comunicarme con el médico antes que pasarle la información a la consola y que la consola le diga al hospital”.

Subcategoría 1.2. Dificultad debida a uso de móvil para comunicación con CREU. El empleo del teléfono móvil, según el testimonio de varios entrevistados, no sólo implicó una pérdida de tiempo, sino que también corrió el riesgo de proyectar una imagen desfavorable ante el paciente, sus familiares, alertantes o cualquier observador de la emergencia, lo cual puso en duda la profesionalidad del equipo de atención prehospitalaria en la escena.

P6: “Considero que cuando hay accidentes, por ejemplo, en esa situación caótica, al estar escribiendo por el celular, se nos vuelve aún más caótica”.

Subcategoría 1.3. Falta de empatía entre personal hospitalario y prehospitalario. En cuanto a la comunicación en la entrega de pacientes en las casas receptoras de salud, los profesionales entrevistados describieron que la barrera para realizar la transición de información fue la falta de empatía por parte del personal de salud del hospital receptor. Mencionaron que el personal de atención prehospitalaria, antes de llegar al hospital, estuvo expuesto a ambientes hostiles donde resultó afectado de múltiples maneras y, al llegar, se encuentran con un médico o enfermera ofuscados por su carga laboral. Esta dinámica no les permitió expresarse con claridad o provocó que fueran atacados con múltiples preguntas, lo cual ocasionó el colapso del personal y el consecuente olvido de datos clínicos importantes.

P2: “En el hospital los compañeros médicos no te paran tanto asunto y hay veces que te cogen, como te digo, en desvío porque tú les estás entregando al paciente y no te escuchan y de dicen: ‘Pero, ¿por qué

le trajo así? ¿Por qué esto? ¿Por qué lo otro?’ Te cansas de repetir lo mismo y lo mismo y lo mismo, igual no te paran bola”.

P6: “La actitud también de los compañeros médicos debe de ser otra, porque nosotros trabajamos en ambientes hostiles”.

El personal de salud entrevistado, para mitigar esta barrera en la comunicación, también optó por estrategias personales, desarrolladas en conjunto con las herramientas disponibles, debido, en gran medida, a la percepción de que no existían protocolos estandarizados para la transferencia de información. Estas acciones incluyeron el uso de los formularios de atención como base para asegurar la integridad de la información y la utilización de teléfonos móviles para la transmisión de datos relevantes.

P11: “De pronto, a veces, si tenemos como que la memoria un poco más frágil, podemos anotar todo o podemos enviar un mensaje a la central y no evadir ninguna información que sea de suma importancia”.

P12: “Protocolos de comunicación no tenemos. Eso sí sería bueno implementar en el APH: un protocolo de comunicación eficiente”.

P21: “Para que no se pierda información, nosotros deberíamos de realizarlo mediante los formularios primero”.

Categoría 2: Limitaciones tecnológicas. La mayoría de las unidades de APH donde laboraban los sujetos de estudio carecía de radios portátiles. Las radios fijas existentes sólo se encontraban en la cabina de conducción, la cual estaba separada de la cabina médica. Esta distribución impidió el uso de la radio para solicitar la recepción del paciente durante la atención. Además, el operador de la ambulancia no podía estar pendiente de lo que se comunica debido a la distorsión del interlocutor que conectaba a las cabinas de la ambulancia.

Debido a estas limitaciones, los profesionales utilizaron el teléfono móvil como principal medio de comunicación, lo que generó una barrera para la continuidad de la atención si se requería autorización para procedimientos o la asignación de un centro receptor. Esta situación, en ocasiones, comprometió la condición del paciente al ocasionar retrasos en los procedimientos o en la recepción hospitalaria.

P6: “Al inicio, teníamos la posibilidad de comunicarnos por medio de los radios, pero, en la actualidad, creo que una o dos ambulancias tenemos ese radio. Eso aumenta el riesgo. Por ejemplo, yo necesito que me autoricen a administrar algún tipo de medicamentos y, si no logro comunicarme, eso es un punto bastante crítico”.

P7: “El señor conductor no está permanentemente con nosotros en la atención y nos comunicamos por un interlocutor, pero eso también hace que haya interferencias y no nos permite una buena comunicación. En cuanto a consolas, nuevamente le reitero la situación de los equipos. Hay una mala recepción, mala señal de la radio. A veces no hay conectividad, no hay señal de los teléfonos móviles y nos impide transmitir rápidamente la información y obtener la respuesta que necesitamos tanto para realizar procedimiento, para pedir recepción para el paciente o para administración de medicamentos y eso nos incrementa más el tiempo de atención”.

P14: “Cuando se está en la ambulancia atendiendo al paciente, es complicado ponerme a escribir ese rato, y peor si el paciente está grave. Yo le digo a mi compañero: ‘Dígale que estoy ocupada y que ya le reporto cualquier cosa’. Con el conductor me toca estar por la ventana gritándole cualquier cosa, porque si hablo por el comunicador que tiene la ambulancia no se les entiende”.

A este problema, se sumó la existencia de unidades que prestaron atenciones en sitios lejanos, en zonas geográficas sin señal de medios de comunicación, incluyendo áreas problemáticas debido a su realidad social y cultural. En estos lugares, el personal no tuvo la posibilidad de solicitar apoyo al CREU para coordinar con otras instituciones, como por ejemplo, con la Policía Nacional para brindar seguridad en la escena.

P12: “La lejanía a donde nosotros podemos llegar a dar la atención es muy distante; lo mínimo es una hora y media, es montaña dentro. No tenemos comunicación y como no tenemos autorización para administrar la medicación, es complicado. Y la gente de ahí es awá o afro: en situaciones de emergencia se pone peligroso, amenazan nuestra integridad”.

P2: “Una experiencia, cuando tuve un niño que se pegó un tiro en el abdomen. No teníamos señal cuando trabajaba en la cuenca baja, no teníamos apoyo, literalmente estábamos el conductor y yo. Y teníamos que resolver cómo sacar ese paciente.”

Categoría 3. Falta de trabajo en equipo. Teniendo en cuenta la realidad del trabajo en las ambulancias, donde la interacción constante entre el profesional de salud y el operador resultó fundamental para el logro de metas, se exploraron las vivencias del trabajo en equipo. Los hallazgos evidenciaron la existencia de problemas significativos en este sistema interpersonal, donde los participantes percibieron barreras que dificultaron la transacción hacia un cuidado seguro.

Subcategoría 3.1. Actitud laboral del operador. Se evidenció que el profesional del campo prehospitalario percibió en el operador, actitudes que dificultaron el trabajo en equipo y afectó la comunicación. Esto representó un riesgo para la seguridad del paciente, puesto que, para brindar un tratamiento adecuado, faltó el apoyo de todo el personal de la ambulancia.

P1: “Al estar trabajando todo el día con el compañero conductor, sí vemos que está tal vez con una actitud con la que no puede haber una comunicación. Entonces, cada quien haría su rol. Yo me encargo del paciente y el señor conductor sólo de manejar, como se ha venido trabajando en algunas situaciones”.

Subcategoría 3.2. Percepciones de competencias profesionales del operador. Existieron experiencias en las que los entrevistados evidenciaron que el personal operador tenía la mentalidad de que su función se limitaba únicamente a la conducción de la ambulancia, lo que conllevó a que no prestaran su ayuda en la atención de las emergencias.

P19: “En cuanto al trabajo en equipo con los compañeros, a veces es un poco complicado porque hay algunos que sí colaboran, sí nos ayudan en cuanto a los accidentes, a los traumas; pero hay otros que se limitan sólo a hacer su trabajo de conducción”.

Subcategoría 3.3. Falta de operador con capacitación en primeros auxilios. Según las percepciones de los profesionales de las ambulancias, el operador no contaba con capacitaciones en lo referente a procedimientos, uso de insumos y equipamiento médico de las ambulancias. Este puede ser uno de los motivos que afectaron su actitud laboral, la percepción profesional y, en sí, el trabajo en equipo.

P4: “El hecho de que el compañero no tenga conocimiento de lo que son primeros auxilios o de los materiales y equipos que nos vienen dentro de la unidad. Desde ahí, ya categorizamos que no estamos

bien en el entorno, porque el hecho de que no conozcan, ni sepan, no tengan un poquito de intuición, nos hace que retrasemos la atención en pacientes”.

P19: “Muchas veces dicen: ‘No estamos capacitados’, entonces no realizan ningún tipo de intervención en conjunto con nosotras”.

Subcategoría 3.4. Acumulación de estrés, fatiga y carga emocional en el operador. Según los entrevistados, el estrés, la fatiga y la carga emocional fueron los factores que impactaron de forma más notable en los conductores. Estos problemas, junto con otras dificultades identificadas, pudieron contribuir a la creación de ambientes laborales tóxicos.

P5: “Trabajar con personas es muy complicado y, sobre todo, cuando estamos sometidos a una alta carga de estrés. El estar conviviendo 24 horas, que estamos trabajando con personas que están con problemas de salud, o sea, es un alto grado de estrés y creo que ese es un factor importante como para que también estemos estresados en nuestro trabajo y, cuando haya un conflicto emocional, no sabemos manejarlo”.

Aunque existieron ejemplos de unidades donde el trabajo en equipo fue calificado como bueno y por consiguiente, el personal manifestó que el nivel de comunicación era alto, este pareció estar íntegramente ligado al nivel de capacitación del personal operador de la ambulancia en el ámbito de la salud y a los turnos rotativos que se manejaban.

P8: “En mi unidad, los conductores hacen sus turnos de 8 horas, quiere decir que nosotros, en cada turno, tenemos tres conductores. Ventajosamente, los conductores de nuestra unidad todos están capacitados y todos tienen ese plus, de ayudar en lo que puedan en medio de sus conocimientos. Entonces, me parece que la comunicación que tenemos con los señores conductores, al menos en mi caso, es muy buena”.

Categoría 4. Falta de información clínica del paciente. Esta categoría se caracterizó por las circunstancias que obstaculizaron la obtención de información relativa a la condición clínica del paciente, haciendo referencia a los datos recopilados en el lugar del evento. Existieron varios factores que afectaron la comunicación, los cuales actuaron al mismo tiempo, debido a que la atención se desarrolló en ambientes de alto estrés, ruido y peligro.

Subcategoría 4.1. Reacciones de familiares o testigos. El personal notó que las reacciones de los testigos o familiares a menudo complicaron la gestión de la escena. Esto resultó en un ambiente ruidoso e inseguro, lo que ocasionó que la información obtenida resulte tergiversada, incompleta o distorsionada, afectando directamente la calidad de la atención.

P12: “Las reacciones malas de los familiares afectan directamente al paciente y en un porcentaje alto, porque los familiares quieren una atención rápida y, a veces, aparecen el ruido, los gritos, los llantos, el dolor del paciente, el dolor del familiar, entonces no nos dejan brindar una adecuada atención”.

P17: “Otro obstáculo es el entorno familiar: los parientes apresuran a la unidad para que actúe rápido, pero no brindan información completa o empiezan a discutir”.

Subcategoría 4.2. Estado clínico del paciente e intoxicación por sustancias etílicas. Una barrera para la comunicación fue la propia condición clínica del paciente, especialmente de aquellos que se encontraban bajo la influencia de sustancias como el alcohol, lo cual comprometió la posibilidad de obtener información fidedigna directamente de la persona afectada.

P11: “La mayoría de veces es con los pacientes que están bajo efecto secundario de alguna sustancia, como el alcohol, porque muchas veces cuando uno tiene un auxilio solamente sabemos que hay un

paciente que está caído. Pero no sabemos si se cayó, si le golpearon, de pronto está escopolaminado o solamente está tomado. Eso no permite que tengamos una buena comunicación ni tampoco saber qué es lo que presenta”.

P5: “La mayor dificultad para comunicarse entre los pacientes es cuando se encuentran en estado etílico; son pacientes combativos, no colaboradores”.

Subcategoría 4.3. Nivel de comprensión de la información de la población. Según los participantes, la población atendida percibió frecuentemente la atención de la ambulancia simplemente como un medio de transporte hacia los hospitales. Esta percepción dificultó la comunicación, ya que los afectados a menudo no comprendieron la necesidad de seguir protocolos para una atención adecuada o para solicitar la recepción hospitalaria. Esta falta de comprensión provocó reacciones indeseadas que complicaron la escena de atención.

P10: “Los familiares quieren que llegue, y sea como un taxi y se le traslade inmediatamente. Pues uno se les dice, se les informa que nuestro trabajo no es ese y que le vamos a atender y vamos a solicitar con consolas para que nos ayuden con la recepción del paciente. Entonces dicen: ‘Para esto, ¿cuánto se demoran? Esto no sirve, mejor era irme directo’. Entonces eso es falta de conocimiento, que pensamos que la ambulancia es para llegar y trasladar, no sabemos cuál es la función de la atención prehospitalaria”.

Subcategoría 4.4. Barreras idiomáticas o culturales de la población. Se observaron casos en los que la comunicación con los pacientes se veía completamente obstaculizada, debido a que los pacientes y sus familiares hablaban awapít. Este factor impidió la obtención de información por parte de los profesionales, quienes además percibieron que la cultura de los pacientes tendía a ser menos expresiva.

P11: “El idioma del paciente también. Si está consciente y el paciente no es del mismo idioma que nosotros, se nos va a dificultar la atención. En donde trabajo, existen muchas personas de nacionalidad awá, entonces ellos no son expresivos”.

Para abordar los riesgos y la considerable presión inherente al entorno prehospitalario, los profesionales entrevistados recurrieron a la comunicación asertiva como una estrategia de carácter integral. Esta competencia resultó crucial no sólo para gestionar la interacción con pacientes y familiares, facilitando la mitigación de emociones intensas y la superación de obstáculos interpersonales, sino que también constituyó un pilar fundamental para garantizar la colaboración efectiva del equipo de salud y asegurar la obtención y la transmisión fidedigna de la información.

P16: “La comunicación asertiva es un punto muy importante, ya que es la forma cómo llegar a las personas, a los pacientes y también al personal de salud, tanto en el equipo de trabajo como en el entorno del trabajo, en este caso en las instituciones articuladas”.

Discusión

El análisis de las experiencias de los 21 profesionales de atención prehospitalaria revela que las barreras de la comunicación no son eventos aislados, sino un fenómeno multifactorial y sistémico que impacta directamente la seguridad del paciente. Los hallazgos se organizan en cuatro categorías principales: la comunicación inadecuada en puntos críticos, las limitaciones tecnológicas, las deficiencias en el trabajo en equipo y la falta de información clínica del paciente. La comprensión de estas barreras es el resultado de un ejercicio de hermenéutica dialógica flexible basada en los

postulados de Gadamer, enfoque que permite la fusión de horizontes entre las vivencias narradas por el personal del Carchi y la precomprensión del investigador, y que revela significados presentes en el lenguaje cotidiano de la atención prehospitalaria (Rosales-Veitia et al., 2024). Una vez concluida la interpretación desde su esencia fenomenológica, la TLM de Imogene King proporciona la estructura sistémica para organizar dichos significados. Lo que inicialmente emerge como un caos comunicativo acompañado de un sentimiento de frustración, puede ser analizado como una fractura del sistema interpersonal ocasionado por las deficiencias del sistema social. En síntesis, estos resultados describen un escenario donde el personal se ve obligado a gestionar de manera continua fallas del sistema, en una lucha constante por alcanzar la transacción del cuidado en un entorno sistémicamente adverso (Florez-Hernández et al., 2025). Esto confirma la relevancia de aplicar un análisis basado en los sistemas de interacción propuestos por Imogene King para comprender la complejidad del paciente en el ámbito prehospitalario.

Las limitaciones tecnológicas se interpretan, desde la TLM de King, como una falla crítica del sistema social. La obsolescencia o falta de equipos y la ausencia de un lenguaje común para los trasposos (por ejemplo, SBAR) configuran un entorno que no aporta la estructura necesaria para una comunicación eficaz. Como documentan Shepard et al. (2022), la tecnología anticuada es un problema sistémico en los servicios de ambulancias. La teoría de King permite, además, apreciar que esa falla del sistema social genera estrés que se traslada al sistema interpersonal. En este estudio, la herramienta más empleada fueron los teléfonos móviles, que Nishimwe et al. (2024) describen como un medio ineficiente para coordinar ambulancias, despachos y hospitales receptores, lo que provoca retrasos en la atención. Esto es similar a los resultados del presente estudio, pero esto se añade otra problemática: el uso de estas herramientas empeora el caos y el estrés de la escena debido a la mala impresión que se da a los espectadores al distraerse en el dispositivo. Respecto a las radios, se observó que muchas unidades carecen de radios portátiles funcionales, situación que constituye una crisis operativa; además, la radio fija empotrada en la cabina del conductor, separada de la cabina médica, representa un riesgo por distracción y añade un eslabón más a la cadena del “teléfono descompuesto”, como señalan Jakonen et al. (2022) y Wilson y Woodrow (2023).

La distorsión o pérdida de información en las transferencias al solicitar la recepción de pacientes en los hospitales es referida por los participantes como un “teléfono descompuesto”. Este hallazgo coincide con lo detallado por Alabdullah et al. (2024) en su estudio. Desde la TLM, este fenómeno se interpreta como una consecuencia directa de la falla del sistema social, con efectos negativos sobre el sistema interpersonal. En respuesta, los participantes adoptan estrategias informales, como la omisión del CREU como canal oficial de comunicación en la tríada APH-CREU-hospital durante la gestión de incidentes. Esta medida tiene como propósito la mitigación de riesgos inmediatos para la seguridad del paciente.

Las deficiencias en el trabajo en equipo son una clara evidencia de disfunción en el sistema interpersonal. La percepción de un rol restringido “a sólo manejar” por parte de los operadores, así como la sensación de “falta de empatía” en el hospital, según relatan los participantes, constituyen factores de estrés que, según King, impiden la comunicación abierta y, por ende, el establecimiento de objetivos mutuos. Sin una meta compartida y una comunicación efectiva, la transacción hacia un cuidado colaborativo resulta imposible. Este hallazgo es consistente con lo señalado por Alnakhli et al. (2024), Hassan Elmi (2025) y Almutairi et al. (2024), quienes indican que existe una percepción por parte del personal de APH de que el reporte paramédico es desestimado o ignorado, y con los de Rowland y Adefuye (2022), al determinar que la ineficacia del trabajo en

equipo influye negativamente en la seguridad del paciente. Sin embargo, la teoría de King permite enmarcar este problema no como una simple dificultad de equipo, sino como un colapso en el proceso de interacción-transacción fundamental para el cuidado. Esta percepción de falta de trabajo en equipo con el operador parece resultar de una interacción compleja de factores como la carencia de una actitud laboral proactiva, el estrés ocupacional, las cargas emocionales y los turnos de 24 horas, que deberían ser menores, como recomiendan Wilson y Woodrow (2023). A ello se suma una deficiencia formativa, que se manifiesta al concentrar la capacitación exclusivamente en habilidades de conducción, omitiendo el entrenamiento indispensable para que el operador se perciba y se desempeñe como un componente esencial e integral del equipo de respuesta médica.

En relación con los factores que inciden en la comunicación con el paciente, sus familiares y el entorno, se observa que la obtención de información en el lugar de los hechos constituye un desafío. Esto resalta la importancia del sistema personal de la TLM, ya que abarca a los pacientes con alteraciones en el estado de conciencia, ya sea por su condición clínica subyacente o por la influencia de sustancias como el alcohol. En estos casos, los pacientes se encuentran imposibilitados para interactuar, como señalan Rivera-Rojas et al. (2023), lo que constituye una barrera crítica y un factor de riesgo de errores al obtener información de terceras personas, aspecto que concuerda con lo declarado por Filipe et al. (2024).

Además, el personal a menudo enfrenta el control de multitudes, ya que los familiares o espectadores pueden mostrarse agresivos, lo que desvía la atención de los paramédicos de la evaluación del paciente y la recopilación de datos, situación que concuerda con lo reportado por Almuwallad et al. (2024). También se incluyen los entornos inseguros y, en ocasiones, la confrontación con individuos que presentan barreras idiomáticas u otros desafíos de comunicación, como se documenta en el estudio de Kurkurina et al. (2025). Para enfrentar todos estos problemas, el personal entrevistado desarrolla estrategias de comunicación interpersonal y asertiva, como lo señalan Graniczna y Burak (2023), quienes destacan que los pacientes deben ser abordados con empatía, paciencia y comprensión, atendiendo a su esfera emocional.

Limitaciones

El diseño inherente a este estudio conlleva ciertas limitaciones. Principalmente, debido a su carácter cualitativo y enfoque fenomenológico, los resultados obtenidos no buscan la generalización estadística; más bien, su valor radica en la profundidad y la riqueza de la comprensión que ofrece sobre el fenómeno dentro de un contexto específico. Esto permite que los resultados sean transferibles a otros servicios de atención prehospitalaria que compartan características similares.

Otro aspecto a considerar es la limitación geográfica del estudio, circunscrito a la provincia del Carchi. Por consiguiente, las particularidades culturales y organizacionales descritas podrían no ser representativas de otras provincias del Ecuador, especialmente aquellas con distintas infraestructuras sanitarias o perfiles demográficos. Se sugiere que futuras investigaciones realicen un análisis comparativo entre diversas provincias para estudiar estas posibles variaciones.

Finalmente, la recolección de datos se basó exclusivamente en entrevistas semiestructuradas. Aunque el método empleado resultó adecuado para recopilar las experiencias y percepciones de los participantes, la inclusión de la observación participante habría robustecido la triangulación de datos. Esto habría permitido un análisis en tiempo real de las barreras de comunicación no verbales y contextuales, ofreciendo una perspectiva más completa. Para minimizar el posible sesgo en la interpretación de los datos y practicar la reflexividad, el investigador mantuvo un diario de

campo. No obstante, resulta fundamental reconocer la influencia intrínseca que la perspectiva del investigador ejerce siempre en todo análisis cualitativo.

Conclusiones

La percepción del personal sobre las barreras de la comunicación se caracteriza por una vivencia de la fragmentación sistémica de la información. Los profesionales experimentan un flujo de comunicativo denominado como “teléfono descompuesto”, lo que implica que la información entre las ambulancias, el CREU y el hospital receptor se perciba como distorsionada o incompleta. Esta situación genera incertidumbre constante, amenaza directamente la seguridad del paciente y obliga al personal a desarrollar estrategias para mitigar los riesgos.

Se identificaron factores interconectados en los tres sistemas de interacción propuestos por la TLM de King, los cuales ejercen una influencia considerable en las barreras de la comunicación. En el sistema social, las deficiencias tecnológicas, como la carencia de equipos de radio y la mala señal, junto con la percepción de ausencia de protocolos de comunicación estandarizados, constituyen las barreras más relevantes. En el sistema interpersonal, la falta de empatía, las dinámicas de índole jerárquico y la deficiencia en el trabajo en equipo deterioran la calidad de la interacción. Finalmente, en el sistema personal, el estrés y la fatiga del propio personal, aunados a las condiciones inherentes al paciente, como el estado ético o clínico, las barreras idiomáticas y culturales, actúan como obstáculos críticos en el punto de atención.

Como consecuencia de la percepción de fallas sistémicas en el flujo estandarizado de información, el personal desarrolla estrategias informales de adaptación para mitigar los riesgos. La omisión deliberada del canal oficial del CREU para establecer comunicación directa con los hospitales a través del teléfono móvil personal constituye la estrategia más notable. Esto evidencia una desconfianza en el sistema formal y una priorización de la seguridad del paciente mediante mecanismos no regulados.

En conclusión, las barreras comunicacionales identificadas en el entorno prehospitalario analizado no constituyen eventos aislados, sino que configuran un fenómeno complejo y multifactorial que evidencia una desarticulación entre los sistemas social, interpersonal y personal. La seguridad del paciente, bajo las circunstancias descritas por este grupo de profesionales, se percibe estrechamente vinculada a la capacidad de resiliencia y adaptación del personal, quien gestiona las deficiencias del entorno con el propósito de alcanzar el objetivo de un cuidado seguro. Este hallazgo, dada la naturaleza cualitativa del estudio, invita a reflexionar sobre la necesidad de fortalecer el sistema formal sin desestimar el papel de la respuesta humana en la primera línea de atención.

Recomendaciones

Es fundamental mejorar el sistema social con la implementación de un protocolo de transferencia de información de pacientes, como el modelo SBAR que es recomendado por el *Manual de seguridad del paciente* del MSP (2016a), con la finalidad de abordar directamente la fragmentación de la información del fenómeno del “teléfono descompuesto” identificado en los resultados. Es importante hacer un análisis más profundo si pueden ser aplicadas al entorno local otras herramientas como MIST o DMIST, que, según Wilson y Woodrow (2023), mejoran la comunicación percibida entre el hospital y el equipo prehospitalario. No obstante, se considera que estos métodos de traspaso de información no funcionarían sin un fortalecimiento de la infraestructura tecnológica; por ello, es

necesario invertir en radios portátiles funcionales para todas las unidades de APH, de modo que se permita la comunicación directa desde la cabina médica, para no depender exclusivamente de la telefonía móvil personal. Además, debe mejorarse la cobertura de la red de comunicación en zonas rurales o de difícil acceso.

Se recomienda fortalecer el sistema interpersonal mediante la capacitación conjunta y la integración horizontal del personal de enfermería, del TEM y del operador, a través de la aplicación de la gestión de recursos de la tripulación, que, según Jakonen et al. (2022), podría ser una solución para involucrar a los miembros, optimizar tareas y promover la seguridad. En cuanto al operador de la ambulancia es imperativo reconocerlo no sólo como un conductor, sino como un actor clave para la atención de emergencias, el traspaso de información y el mantenimiento de la seguridad de la escena, por lo que debe recibir formación en primeros auxilios. Para asegurar un flujo de información adecuado, se debe fomentar la comunicación por circuito cerrado con el fin de mitigar significativamente los errores derivados de la interpretación incorrecta de instrucciones en ambientes de alto estrés o con ruido ambiental considerable.

No debe dejarse de lado el sistema personal, ya que quienes laboran en la ambulancia requieren cuidado continuo mediante la implementación de programas de descarga emocional y gestión del estrés, debido a que las barreras de comunicación están vinculadas con su bienestar psicológico y, en situaciones complejas, pueden dificultar la obtención de información. Por ello, es necesario promover el crecimiento y desarrollo de competencias a través del entrenamiento en habilidades de comunicación en crisis y fomentar estrategias de resiliencia adaptativa que permitan mantener un autoconcepto de control y seguridad, lo que facilitará la recolección de datos en entornos hostiles. Al empoderar al personal, se asegura una interacción más asertiva y la consecución de metas que garanticen un cuidado seguro del paciente.

Se recomienda que las mallas curriculares de enfermería y tecnología en emergencias incluyan programas de entrenamiento basados en simulación, que repliquen escenarios de alta presión y caos sensorial. Estas simulaciones deben evaluar no sólo las competencias técnicas, sino específicamente las habilidades de comunicación asertiva, trabajo en equipo y liderazgo en crisis.

Debido a las limitaciones del estudio y a los hallazgos, se recomienda que se realicen nuevas investigaciones para fusionar horizontes con los diferentes actores del ciclo de emergencia como el personal del CREU y el receptor en los distintos hospitales, y ampliar el estudio con enfoque fenomenológico-hermenéutico a otras provincias para determinar si las barreras percibidas son a nivel nacional, lo que podría permitir el diseño de políticas públicas para mejorar la seguridad del paciente.

Referencias

- Alabdullah, F. M., Alqahtani, S. H. S., Almalki, R. A., Albalawi, A. S., Alsallami, O. A., & Alqahtani, R. M. (2024). Quality of EMS to emergency department handoffs and communication barriers and challenges: A systematic review. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 24(3), 3311-3315. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2024.24.3.3670>
- Alcalá Minagorre, P. J., Domingo Garau, A., Salmerón Fernández, M. J., Casado Reina, C., Díaz Pernas, P., Hernández Borges, Á. A., & Rodríguez Marrodán, B. (2023). Transferencia segura de pacientes y mejora de la comunicación en distintos entornos asistenciales. *Anales de Pediatría*, 99(3), 185-194. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.07.001>
- Al-Haliq, S., & AlShammari, T. (2025). Communication handover barriers among nurses and paramedics in emergency care settings. *BMC Nursing*, 24(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03286-4>
- Almutairi, Y. M., Mahammad Almutairi, Y., Almutairi, M. H., Abdullh, N., Zoaed, N., Alhomidani, H., Almutairi, F. S., Aljamal, M. A., Almutairi, K. N., Soud Almutairi, K., Alharbi, A. M., & Al_Mutairi, A. (2024). The role of communication in pre-hospital care: A literature review of best practices and challenges. *ISAR Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences*, 2(10), 44-51. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13954342>
- Almuwallad, A., Harthi, N., Albargi, H., Siddig, B., & Alharbi, R. J. (2024). Exploring Saudi paramedics' experiences in managing adult trauma cases: A qualitative study. *BMC Emergency Medicine*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/S12873-024-01145-0>
- Alnakhli, H. I. N., Alibrahim, W. S. A., Almasoud, M. A. F. A., Al Garwan, S. A. G., Alenzl, F. S. H., Al-Shammari, H. R. H., Alhawsawi, M. A., Almuahini, A. M. A., Alruwaili, S. A. B., Alkhudhiri, H. A. H., & Alhazimi, M. A. S. (2024). Collaboration in emergency and prehospital settings: The impact of teamwork among physicians, nurses, health assistants, and emergency medical services personnel on patient outcomes. *International Journal of Computational and Experimental Science and Engineering*, 10(4), 2761-2770. <https://doi.org/10.22399/ijcesen.4239>
- Bhattarai, H. K., Bhusal, S., Barone-Adesi, F., & Hubloue, I. (2023). Prehospital emergency care in low- and middle-income countries: A systematic review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 38(4), 495-512. <https://doi.org/10.1017/S1049023X23006088>
- Dave, V., Priyadarsini, P., Pranchi, O., Sukuntana, B., & Seema, Y. (2024). Patient safety and quality improvement in emergency medical services: Current practices and future directions. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 31(9), 1535-1546. <https://doi.org/10.53555/5vh38e40>
- Filipe, E. D., Modesto, R. C., Carmo, H. de O., Martins, H. O., & Martins, M. S. (2024). Nurses' experience regarding patient safety in mobile pre-hospital care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(5), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0529>



- Florez-Hernández, J. A., Zapata-Henao, L. C., Cardona-Restrepo, F. A., & Duque-Ortiz, C. (2025). Modelo Cuidarte: adopción institucional de un modelo de cuidado enfermero basado en la teoría de King. *Enfermería Clínica*, 35(5), 502333. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2025.502333>
- Graniczna, J. M., & Burak, A. M. (2023). Interpersonal communication between medical rescue service employees and patients as perceived by patients. *Medical Research Journal*, 8(3), 226-233. <https://doi.org/10.5603/MRJ.A2023.0036>
- Hassan Elmi, A. (2025). Communication handover barriers among nurses and paramedics in emergency care settings: A call for structured interprofessional solutions. *Journal of Nursing Reports in Clinical Practice*, 4(1), 63-65. <https://doi.org/10.32598/JNRCP.2505.1275>
- Jakonen, A., Mänty, M., & Nordquist, H. (2022). Structured communication during emergency response driving: Safety-critical points identified by Finnish emergency response driving experts. *Australasian Emergency Care*, 25(4), 308-315. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.03.002>
- Júnior, L. da S. S., Mello, M. E. R. de, Angel, D. J., & Dantas, M. F. da N. (2025). Desafios enfrentados pelo profissional de enfermagem no atendimento pré-hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista Foco*, 18(3), 1-19. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n3-086>
- Keshtkar, L., Bennett-Weston, A., Khan, A. S., Mohan, S., Jones, M., Nockels, K., Gunn, S., Armstrong, N., Bostock, J., & Howick, J. (2025). Impacts of communication type and quality on patient safety incidents: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 178(5), 687-700. <https://doi.org/10.7326/ANNALS-24-02904>
- Kurkurina, E., Rothenberg, C., Couturier, K., Breyre, A., Yang, D., Nelson, A. R., Cordone, A., Venkatesh, A. K., & Gettel, C. J. (2025). Emergency medical services time on scene and non-transport: Role of communication barriers. *Western Journal of Emergency Medicine*, 26(5), 1265-1273. <https://doi.org/10.5811/westjem.41212>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Manual de seguridad del paciente-usuario para el Sistema Nacional de Salud*. MSP. <https://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016b). *Modelo de gestión, organización y funcionamiento del servicio de atención de salud móvil*. MSP. http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2022/Documentos/ACUERDOS_MINISTERIALES/ACUERDO%20MINISTERIAL%2000023%20MODELO%20DE%20GESTION%20CORGANIZACION%20Y%20FUNCIONAMIENTO%20DEL%20SERVICIO%20DE%20ATENCION%20EN%20SALUD%20MOVIL.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS: Ministerio de Salud Pública*. MSP. https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/15135/1/MAIS_2018.pdf

- Myhr, K., Ballangrud, R., Aase, K., & Vifladt, A. (2024). Ambulance professionals' experiences of teamwork in the context of a team training programme: A qualitative study. *BMC Emergency Medicine*, 24(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/S12873-024-01018-6>
- Nishimwe, A., Iradukunda, J., D'Ambruoso, L., Assuman, N., Nyinawankusi, J., Uwitonze, J. M., Cyubahiro, V. K., Sindikubwabo, J. N., Hagumimana, D., Hagenimana, F., Semuto, J. C., Rukundo, G., Sheferaw, E. D., Munyura, O., Ignatowicz, A., Rickard, R., Muhire, P., Jayaraman, S., Belli, A., ... Davies, J. (2024). Mapping the processes and information flows of a prehospital emergency care system in Rwanda: A process mapping exercise. *BMJ Open*, 14(6), 1-10. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2024-085064>
- O'Connor, P., O'Malley, R., Oglesby, A. M., Lambe, K., & Lydon, S. (2021). Measurement and monitoring patient safety in prehospital care: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), 1-8. <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZAB013>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud*. OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/366407>
- Pereira, E. R., & Paes, G. O. (2023). Incidents in the context of pre-hospital care by ambulances: Contributions to patient safety. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(5), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0657>
- Rivera-Rojas, F., Valencia-Contrera, M., Villa-Velásquez, J., Reynaldos-Grandon, K., & González-Palacios, Y. (2023). Critical analysis of Imogene King's theory of goal attainment. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-5. <https://doi.org/10.12707/RVI23.17.29335>
- Rosales-Veítia, J., Mujica-López, Á., & Camacho-Guzmán, Y. (2024). El método fenomenológico-hermenéutico de Gadamer: Algunos aportes para el abordaje del círculo de la comprensión. *Cátedra Villarreal*, 12, 25-37. <https://doi.org/10.24039/rcv20241211741>
- Rowland, M., & Adefuye, A. (2022). Human errors and factors that influence patient safety in the pre-hospital emergency care setting: Perspectives of South African emergency care practitioners. *Health SA Gesondheid*, 27, 1-9. <https://doi.org/10.4102/HSAG.V27I0.1798>
- Shepard, K., Spencer, S., Kelly, C., & Wankhade, P. (2022). Staff perceptions of patient safety in the NHS ambulance services: An exploratory qualitative study. *British Paramedic Journal*, 6(4), 18-25. <https://doi.org/10.29045/14784726.2022.03.6.4.18>
- Strandås, M., Vizcaya-Moreno, M. F., Ingstad, K., Vaismoradi, M., Sepp, J., & Linnik, L. (2024). An integrative systematic review of promoting patient safety within prehospital emergency medical services by paramedics: A role theory perspective. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 1385-1400. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S460194>
- The Joint Commission. (2023). *Definitions of quality and patient safety in health care*. The Joint Commission. <https://digitalassets.jointcommission.org/api/public/content/0f631add218493684840f6dd43ffc54?v=a57fbac2>



- Tingle, J. (2025). NHS patient safety and problems with communication. *British Journal of Nursing*, 34(5), 300-301. <https://doi.org/10.12968/BJON.2025.0087>
- Venesoja, A., Lindström, V., Castrén, M., & Tella, S. (2023). Prehospital nursing students' experiences of patient safety culture in emergency medical services: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(5-6), 847-858. <https://doi.org/10.1111/JOCN.16396>
- Wardahni, R. K. (2024). Implementation of effective communication to realize patient safety in emergency installations. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 21(2), 1241-1246. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2024.21.2.0550>
- Webster, K. L. W., Keebler, J. R., Lazzara, E. H., Chaparro, A., Greilich, P., & Fagerlund, A. (2022). Handoffs and teamwork: A framework for care transition communication. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 48(6-7), 343-353. <https://doi.org/10.1016/J.JCJQ.2022.04.001>
- Wilson, B. R., & Woodrow, A. (2023). Patient Safety in Emergency Medical Services. En P. N. Salen, & S. P. Stawicki (Eds.), *Contemporary Topics in Patient Safety—Volume 2* (pp. 1-21). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.108690>