



**Universidad del  
Rosario**



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá

***Seguridad psicológica de los médicos rurales en Colombia:  
Percepción, factores e influencia en el aprendizaje en el sitio de trabajo***

**Autores:**

Cristian Felipe Espinel Pachón, MD, Esp.

Juan Felipe Solano Rodríguez, MD. Esp.

Germán José Medina Rincón, MD. Esp.

**Tutor:**

Francisco Manuel Olmos Vega MD., Esp., MHPE, PhD.

**Trabajo de Grado para Optar por el Título:**

Magíster en Educación para Profesionales de la Salud

**Maestría en Educación para Profesionales de la Salud**

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud – Facultad de Medicina  
Convenio Universidad del Rosario – Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá D.C., Colombia

2025

## 0. RESUMEN

**Introducción:** En Colombia, el Servicio Social Obligatorio (SSO) representa una transición crítica entre la formación médica y la práctica profesional, particularmente en áreas rurales. Esta etapa puede influir de forma única en la percepción de Seguridad Psicológica (SP) de los médicos rurales, entendida como la creencia compartida de que un entorno es seguro para asumir riesgos interpersonales y, a su vez, tiene el potencial de impactar significativamente en sus procesos de aprendizaje en el sitio de trabajo. Sin embargo, existe escasa investigación sobre esta relación en equipos de atención en salud fuera del contexto de formación universitaria/urbana, y en países de ingresos medios.

**Métodos:** Se realizó un estudio bajo el método de investigación cualitativo de Teoría Fundamentada Constructivista. Participaron 12 médicos generales que realizaron su SSO en hospitales rurales de primer o segundo nivel de complejidad del territorio colombiano. Se aplicaron dos grupos focales y dos entrevistas semiestructuradas, analizadas mediante codificación abierta, focal y axial. El proceso fue iterativo, reflexivo y guiado por comparación constante y muestreo teórico hasta alcanzar la suficiencia teórica.

**Resultados:** Existen dinámicas sociales únicas entre los miembros de los equipos de atención en salud de SSO en Colombia. Se identificaron seis factores facilitadores y ocho inhibidores de SP, distribuidos en los niveles interpersonal, de equipo y de organización; siendo más diversos en los dos primeros niveles. Estos factores influyeron en el aprendizaje en el sitio de trabajo de los médicos rurales principalmente en términos de adaptabilidad, integración y participación en el nuevo entorno sociocultural del SSO.

**Conclusiones:** Desde una perspectiva educativa, es necesario repensar el SSO como un escenario formativo no formal, con dinámicas sociales únicas entre sus miembros, y donde la

SP es un mediador fundamental. Se evidenció que la SP en los médicos rurales es una construcción dinámica modelada por experiencias de: guianza profesional, reconocimiento de competencias, ambientes colaborativos, condiciones estructurales del entorno, deslegitimación del rol profesional, ambientes autoritarios y tensiones organizativas. Estos factores influyen en su aprendizaje en el sitio de trabajo en términos de adaptación, integración y participación dentro del nuevo entorno sociocultural del SSO.

**Palabras clave:** Seguridad psicológica, médicos rurales, aprendizaje en el sitio de trabajo, servicio social, equipos de atención en salud, atención primaria en salud, áreas rurales, teoría fundamentada constructivista, educación médica.

## 1. INTRODUCCIÓN

La literatura en educación para profesionales de la salud en áreas rurales se centra principalmente en el contexto universitario de pregrado y posgrado, y en países desarrollados. La Organización Mundial de Médicos de Familia (en inglés, *World Organization of Family Doctors, [WONCA]*) publicó en el 2021 la segunda versión del libro *Rural Medical Education Guidebook* (Chater et. al, 2021), el cual es una referencia útil para aquellos que buscan ideas para apoyar su incursión en la educación médica rural, especialmente al intentar establecer un programa por primera vez bajo los retos y características propias de los procesos de aprendizaje en entornos rurales (Hepburn et al., 2024). Sin embargo, tanto el contenido del texto como sus referencias se estructuran bajo un modelo educativo liderado por instituciones universitarias, y a partir de dinámicas propias de los servicios de salud de países angloparlantes y/o pertenecientes a Europa, Asia o África. En contraste, en Latinoamérica los procesos educativos y de aprendizaje en áreas rurales de los profesionales de la salud ocurren principalmente durante el *Servicio Social Obligatorio (SSO)* (Moya, 2014). Según el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia (2022), el SSO se define como:

*El cumplimiento de un deber a través del desempeño de una profesión con carácter social, mediante el cual los egresados de los programas de educación superior del área de la salud contribuyen a la solución de los problemas de salud desde el campo de su competencia profesional, como uno de los requisitos para obtener la autorización del ejercicio, en los términos que definan las normas vigentes (p.3).*

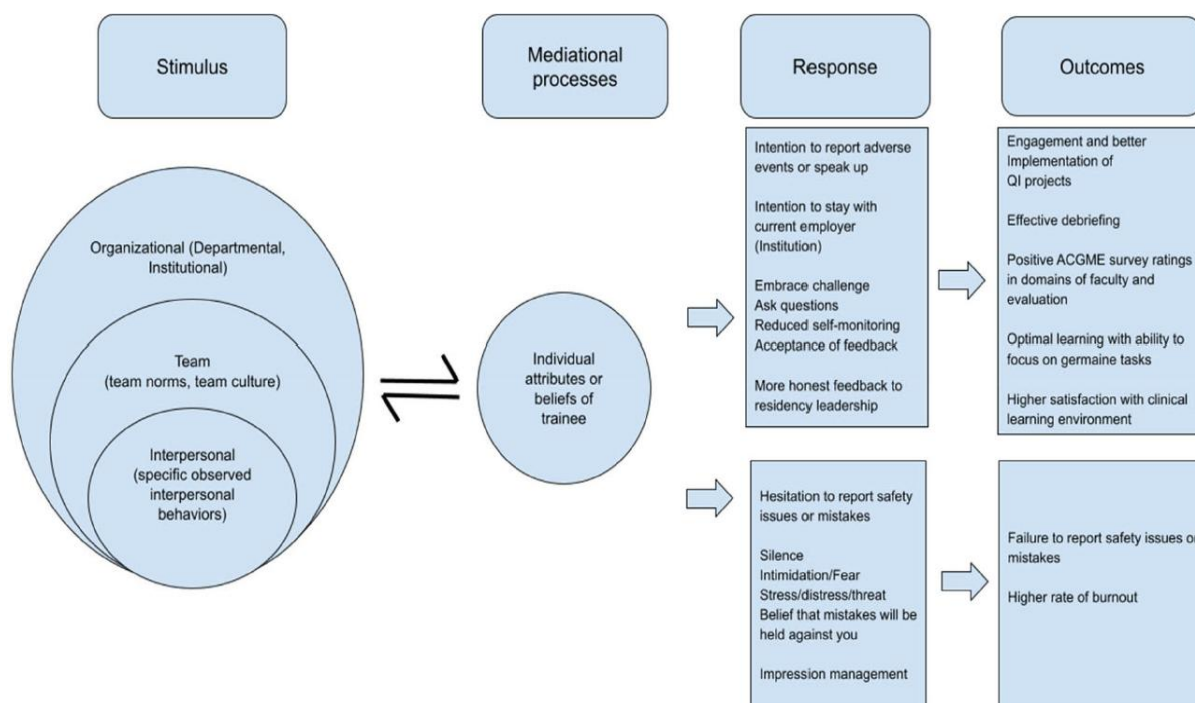
Durante el SSO los médicos rurales se enfrentan a múltiples desafíos (*Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1998*) (**Figura 1.**), los cuales influyen en diversos desenlaces dentro de su plaza asignada, tales como desempeño, motivación, retención e incluso proyección

profesional dentro de estas áreas. Distintas intervenciones se han planteado para promover estos desenlaces dentro de los *equipos de atención en salud en áreas rurales* de países en desarrollo, tales como 1) recompensas financieras, 2) desarrollo profesional, 3) educación continua, 4) infraestructura hospitalaria, 5) disponibilidad de recursos, 6) gestión hospitalaria y 7) reconocimiento/aprecio (Lehman et al., 2008; Willis-Shattuck et al., 2008). Respecto a este último, no es de extrañar que los desafíos propios del SSO puedan impactar en los médicos rurales en términos de *Seguridad Psicológica* (SP), definida como la creencia compartida de que un entorno es seguro para asumir riesgos interpersonales, permitiendo conductas tales como expresar ideas, señalar errores, pedir ayuda o participar sin temor a ser juzgado (Edmondson, 1999).

<p><b>Dimensión conceptual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discrepancia sobre la misión y los objetivos del servicio social entre las instituciones formadoras y prestadoras de servicios.</li> </ul> <p><b>Dimensión académica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de dotación de materiales educativos.</li> <li>• Poco valor al componente preventivo-promocional.</li> <li>• Falta de capacitación en servicio.</li> <li>• Desconocimiento del impacto del servicio social.</li> <li>• Ausencia de estímulos y reconocimiento académicos.</li> <li>• Ausencia de un sistema de comunicación, referencia y contrarreferencia.</li> <li>• Programas curriculares y formación de médicos y otros profesionales de la salud y especialistas están desarticulados de la realidad social y de los servicios.</li> </ul> <p><b>Dimensión asistencial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reproducción de la práctica curativa hegemónica.</li> <li>• No existen políticas claras del sector salud en los aspectos preventivo-promocionales y de prioridades poblacionales.</li> <li>• No hay evaluación de la gestión en servicio.</li> <li>• Recursos materiales y financieros insuficientes.</li> <li>• Dificultades de acceso y en términos de las condiciones laborales.</li> </ul> <p><b>Dimensión jurídico administrativa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obsolescencia, inexistencia o falta de divulgación de normas y procedimientos con vacío legal local y entre países.</li> <li>• Incumplimiento del servicio.</li> <li>• Injerencia de factores políticos y económicos en la contratación y distribución del personal del servicio</li> <li>• Falta de un sistema integrado a nivel latinoamericano desde el punto de vista normativo.</li> <li>• Amenaza de desaparición o de redefinición</li> </ul> <p><b>Dimensión organizacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelos de atención que obstaculizan el servicio.</li> <li>• Ausencia de investigación de los problemas para aplicar correctivos.</li> <li>• Fallas en el cumplimiento y nivelación de asignaciones económicas.</li> <li>• Pocas plazas disponibles.</li> <li>• Escasa coordinación intra e interinstitucional.</li> <li>• No se aplican incentivos para acreditación o concursos.</li> </ul> <p><b>Dimensión relacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarticulación docencia-servicio.</li> <li>• Dificultades para la tutoría, supervisión, monitoreo y evaluación de las actividades en forma conjunta.</li> <li>• Desfase entre el programa educativo y la reforma de salud.</li> <li>• Sobreproducción y centralización de recursos humanos de salud frente a la escasez e inadecuada distribución de plazas disponibles.</li> </ul> <p><b>Dimensión social</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de relación de los graduandos y profesionales con las comunidades.</li> <li>• Falta de participación social en la planeación, control y evaluación de las actividades.</li> <li>• El servicio no siempre se efectúa en las comunidades menos favorecidas.</li> <li>• El modelo curativo imperante hacia la especialización se orienta a la</li> </ul>
--

Figura 1. Desafíos detectados en el Servicio Social de medicina en América Latina. Tomado de OPS (1998).

La SP de un entorno social se construye a partir de factores facilitadores e inhibidores que influyen en el conjunto de creencias, expectativas y competencias del individuo y su equipo en 3 niveles distintos: *interpersonal*, *de equipo* y *de organización* (McClintock et al., 2023) (**Figura 2.**). La SP a nivel *interpersonal* se refiere a la confianza que tienen los individuos para comunicarse abiertamente con otras personas, expresando dudas o preocupaciones sin temor a ser juzgados o ridiculizados. La SP a nivel *de equipo* implica una cultura de colaboración, respeto mutuo y apoyo dentro del grupo, donde los miembros se sienten cómodos participando, cuestionando y proporcionando retroalimentación. Por último, la SP a nivel *de organización* abarca las políticas, estructuras y valores institucionales que crean un entorno que fomenta la inclusión, el respeto, la protección del bienestar de los colaboradores, y que refuerza la SP en todos los niveles previos (Newman et al., 2017).



**Figura 2. Modelo conceptual de percepción de seguridad psicológica en educación médica. Tomado de McClintock et al. (2023).**

Sin embargo, al igual que en educación para profesionales de la salud en áreas rurales, el foco principal en investigación sobre factores que influyen en la percepción de SP en profesionales de la salud se ha centrado en contextos urbanos, universitarios, de atención secundaria y/o en países desarrollados. En *equipos de atención en salud en formación universitaria*, los factores que influyen en la percepción de SP se ubican predominantemente a *nivel de organización y de equipo (como cultura)* y, en menor medida, a *nivel de equipo (como estructura) e interpersonal* (Hardie et al., 2022; McClintock et al., 2023). En contraste, en *equipos de atención primaria en salud* se destaca que los factores que más influyen en la percepción de SP se ubican a *nivel de equipo e interpersonal*, producto de las diferencias existentes entre las dinámicas de trabajo, estructura de equipo, enfoque en la atención y responsabilidades existentes con los *equipos de atención secundaria en salud (estructura frecuente en equipos de atención en salud en formación universitaria)*; resaltando, por ejemplo, que entornos psicológicamente seguros pueden ser promovidos por cualquier miembro de equipo de atención y no sólo recaer en la figura de un único líder (Remtulla et al. 2021) (**Tabla 1a. y 1b.**).

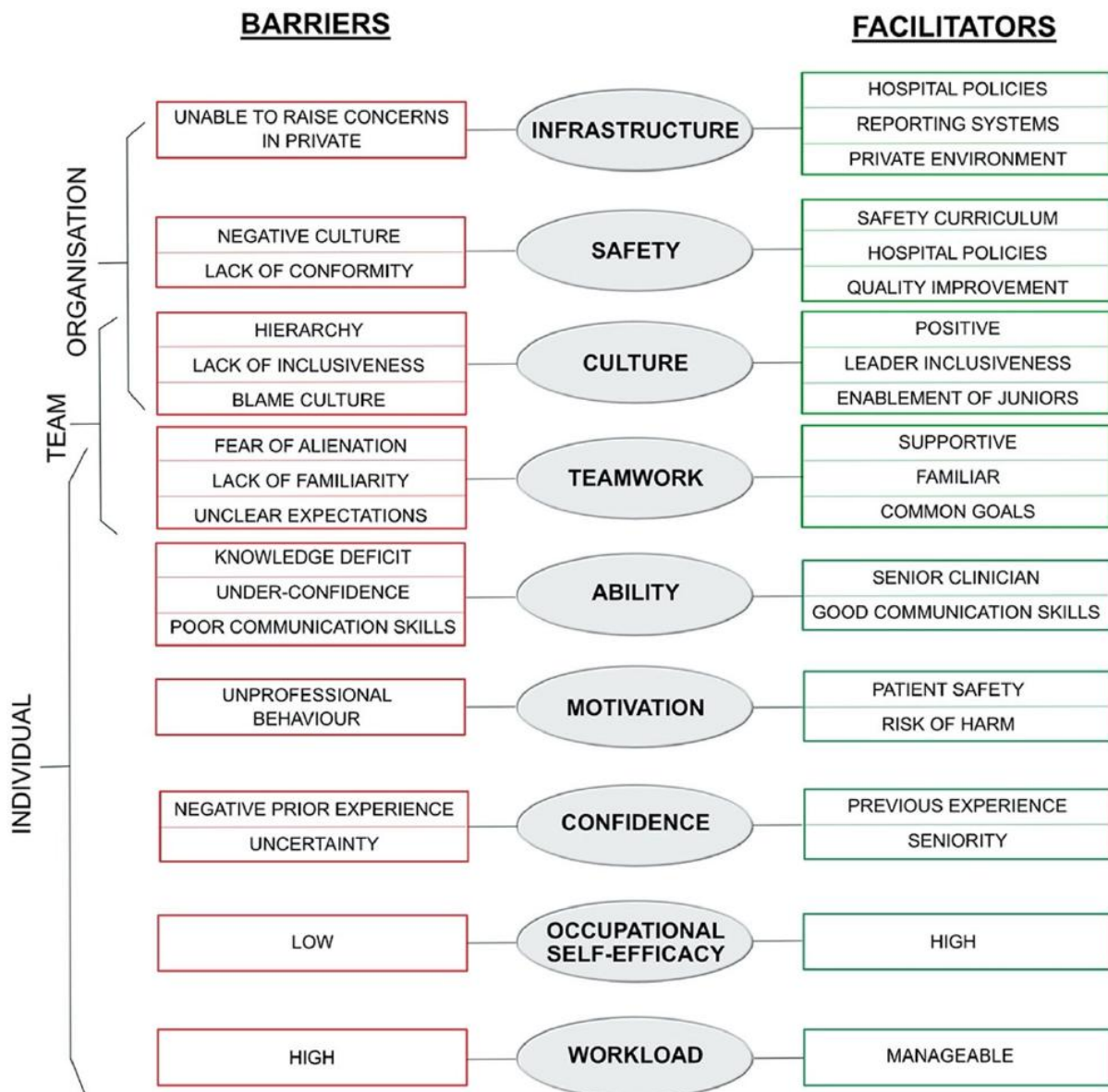
Facilitador	Descripción	Nivel
<b>Liderazgo y su inclusividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentar a los nuevos integrantes al equipo.</li> <li>• Acciones y cualidades del líder, como el fomento activo de la participación en las discusiones del equipo multidisciplinar, una actitud solidaria y habilidades efectivas de escucha.</li> </ul>	Equipo
<b>Cultura abierta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiente libre de juicios.</li> <li>• Receptividad a las contribuciones de todos los miembros.</li> </ul>	Equipo
<b>Personalidad expresiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poseer una cualidad inherente que permite a una persona expresar sus opiniones con confianza.</li> </ul>	Interpersonal
<b>Apoyo en “silos”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificarse con un grupo de individuos similares (silo) fortalece su voz y fomenta la unidad dentro del subgrupo.</li> <li>• Un líder “silo” redujo la brecha de poder al actuar como portavoz del grupo.</li> </ul>	Equipo
<b>Rol de mediador entre grupos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La existencia de un “mediador de fronteras”, una persona encargada de vincular subgrupos dentro del equipo multidisciplinario más amplio, a menudo identificado como el gestor de la práctica.</li> </ul>	Equipo
<b>Coordinador de encuentros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar encuentros facilitaba que los individuos se expresaran, y a su vez, ellos actuaban como facilitadores para que otros también se manifestaran</li> </ul>	Interpersonal
<b>Habilidades comunicativas e interpersonales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los miembros antiguos con habilidades comunicativas e interpersonales más sólidas se sentían más cómodos al expresarse en comparación con los nuevos integrantes del equipo.</li> </ul>	Interpersonal
<b>Grupos pequeños</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los equipos pequeños ayudan a que las personas se sientan más cómodas y seguras, evitando que se sientan superadas en número.</li> </ul>	Equipo

Tabla 1a. Facilitadores de la percepción de seguridad psicológica en equipos de atención primaria en salud. Adaptado de Remtulla et al., 2021.

Inhibidor	Descripción	Nivel
<b>Jerarquía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los miembros médicos del equipo multidisciplinario son más valorados.</li> </ul>	Organizacional
<b>Percepción de falta de conocimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de conocimiento sobre los casos discutidos.</li> <li>Aumento de la ansiedad por expresar algo incorrecto o por parecer el único miembro que carece de conocimiento</li> </ul>	Equipo
<b>Liderazgo autoritario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La discusión se impone en lugar de debatirse, lo que hace que los miembros se sientan impotentes en la toma de decisiones clínicas.</li> <li>Líderes que menosprecian las ideas de los miembros del equipo.</li> </ul>	Equipo
<b>Personalidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personalidades dominantes que monopolizan las conversaciones, impidiendo la participación de otros miembros.</li> <li>Barreras intrínsecas: personalidad tímida, falta de confianza, miedo a hablar en público y preocupaciones personales sobre la autoimagen.</li> </ul>	Interpersonal

**Tabla 1b. Inhibidores de la percepción de seguridad psicológica en equipos de atención primaria en salud. Adaptado de Remtulla et al., 2021.**

En *equipos de atención secundaria en salud*, según O'Donovan & McAuliffe (2020a) los factores descritos como facilitadores de SP apuntan a: prioridad por la seguridad del paciente, orientación a la mejora o aprendizaje, apoyo, familiaridad entre colegas, estatus, jerarquía e inclusividad, y diferencias individuales. Ahora bien, más allá de describir en los 3 niveles los factores que influyen en la percepción de SP en *equipos de atención en salud*, Grailey et al. (2021) a partir de una síntesis de evidencia exponen varios subniveles que dependiendo su presentación pueden fungir tanto como facilitadores como inhibidores en el sitio de trabajo (**Figura 3.**):



**Figura 3. Diagrama que muestra los inhibidores y facilitadores de la seguridad psicológica y los niveles/subniveles en el sitio de trabajo donde fueron más relevantes en equipos de atención en salud. Tomado de Grailey et al. (2021)**

En *equipos de atención en salud*, los ambientes con SP se han asociado con una mayor participación y apertura en la comunicación, una disposición para preguntar y divulgar errores o vacíos de conocimiento, y una mejor colaboración en equipos de salud; lo que a su vez favorece el aprendizaje, la satisfacción laboral, el bienestar emocional, la mejora en la atención al paciente y la eficacia en la toma de decisiones. En contraste, en ambientes sin SP se ha reportado mayor recelo en comunicar dudas o errores, aumento del estrés, menor compromiso,

percepción de cultura de culpa y miedo; incluso posibles impactos negativos en la seguridad del paciente y en la calidad del trabajo en equipo (Grailey et al. 2021; McClintock et al., 2023; Newman et al., 2017). En cuanto a desenlaces relacionados al aprendizaje en el sitio de trabajo, la SP se relaciona directamente con el compromiso del empleado, el desempeño en las tareas, la satisfacción y la cultura organizacional; e indirectamente con el comportamiento de ciudadanía organizacional y la creatividad (Frazier et al., 2017).

Los procesos educativos y de aprendizaje durante el SSO en Colombia ocurren durante un periodo de transición crítico entre la formación médica profesional y la vida laboral, dentro de un marco de obligatoriedad constitucional, y expuestos a diversos desafíos (Moya 2014; OPS, 1998). Este conjunto de factores puede influir de forma única en la percepción de SP de los médicos rurales dentro de sus *equipos de atención en salud de SSO (atención primaria en salud en áreas rurales)* y, a su vez, tiene el potencial de impactar significativamente en los procesos de aprendizaje en el sitio de trabajo. Sin embargo, no hay estudios que analicen dicha relación en medios rurales de atención primaria en salud fuera del contexto de formación universitaria/urbana, y en un país de ingreso medio como lo es Colombia.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es identificar los factores que influyen en la percepción de SP de los médicos rurales y su influencia en el aprendizaje en el sitio de trabajo en Colombia. Identificar estos factores contribuirá al diseño, vigilancia y promoción de escenarios de práctica profesional durante el SSO que estén: 1) fundamentados en ambientes de SP, 2) alineados con el desarrollo continuo de competencias profesionales por parte de las entidades reguladoras gubernamentales, y 3) enfocadas en las necesidades específicas de los servicios de salud de nuestra población.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1. Diseño metodológico

Se decidió implementar el diseño metodológico de investigación cualitativa *Teoría Fundamentada Constructivista* dada la naturaleza exploratoria de la pregunta de investigación. El objetivo fue comprender un proceso social (*percepción de SP en los médicos rurales, y su influencia en el aprendizaje en el sitio de trabajo*), dentro de un contexto particular (*SSO en hospitales de primer nivel de áreas rurales en Colombia*); pero guiado no sólo por el análisis aislado de los datos obtenidos, sino a través de su interpretación bajo la óptica de un constructo teórico (*Seguridad Psicológica*) que esté basado en la conjunción de conceptos, percepciones y experiencias tanto de los participantes (médicos generales y rurales) como de los investigadores del estudio (médicos generales y especialistas con formación en educación para profesionales de la salud) (Charmaz, 2014; p.61), con énfasis en los aspectos socioculturales. Se aplicaron los principios fundamentales de la *Teoría Fundamentada Constructivista*, incluyendo el muestreo teórico, la recolección y análisis iterativos de los datos, la comparación constante y la reflexividad (Eppich et. al., 2019; Olmos et. al., 2022).

Dada la naturaleza epistemológica exploratoria, social e interpretativista de la pregunta de investigación, el estudio se enmarcó bajo el paradigma de investigación *constructivista*, ya que plantea la generación del conocimiento como resultado de un proceso de construcción social dinámico cimentado en las experiencias únicas pero interdependientes de sus participantes (Gredler, 1997).

## 2.2. Contexto

Los médicos rurales en Colombia (médicos generales egresados y seleccionados para realizar el SSO) deben cumplir con 12 meses de SSO en alguna de las siguientes 5 modalidades como condicionante para la expedición de su tarjeta profesional, y así poder continuar con su crecimiento laboral y/o profesional: 1) instituciones prestadoras de servicios hospitalarios de baja complejidad en zonas rurales (SSO-IPSH) 2) planes de salud pública en zonas de difícil acceso, 3) programas de salud dirigidos a poblaciones vulnerables, 4) asistencia en Fuerzas Militares o Policía Nacional, y 5) programas en investigación en salud (MinSalud, 2022).

La investigación se desarrolló a través del contacto virtual con varios médicos rurales y médicos generales a lo largo del territorio colombiano que hayan ejercido su SSO en hospitales de áreas rurales. Se escogió la modalidad SSO-IPSH ya que, en comparación con las otras modalidades de SSO en Colombia, con frecuencia se acompaña de diversas dificultades y retos (Moya, 2014; Ramírez de la Roche et. al., 2012) que pueden impactar de forma única en los procesos y fenómenos sociales que buscamos comprender, además de ser la modalidad de SSO más frecuente en nuestro medio con diferencia.

Se incluyeron médicos generales con menos de 3 años de haber finalizado su SSO-IPSH, o médicos rurales con al menos 6 meses de experiencia realizando el SSO-IPSH. Se excluyeron médicos generales con un posgrado universitario (especialización, maestría o doctorado) ya finalizado, o médicos rurales que se encuentran realizando el SSO bajo una modalidad diferente a la de SSO-IPSH. La información obtenida del participante A5 fue excluida por dificultades técnicas y de señal de internet desde su plaza

de SSO durante la realización del primer grupo focal de médicos rurales, donde sólo pudo participar en los primeros 40 minutos.

### 2.3. Recolección de datos y análisis

Se realizaron tanto grupos focales como entrevistas semiestructuradas a través de la plataforma *Zoom*® para la recolección de datos en dos fases. Los datos de contacto telefónico de participantes fueron provistos por 2 de los investigadores: J.F.S.R. para el grupo de médicos rurales y entrevista semiestructurada #2, y C.F.E.P. para el grupo de médicos generales y entrevista semiestructurada #1. Las características sociodemográficas de los participantes se presentan en la (Tabla 2.)

Característica	Participantes
<i>Edad</i>	
20-25	4
25-30	8
<i>Género</i>	
Femenino	5
Masculino	6
Otro	1
<i>Profesión</i>	
Médicos rurales	6
Médicos generales	6
<i>Tipo de Universidad egresada</i>	
Pública	6

Privada	6
<i>Servicios ejercidos durante el SSO</i>	
Consulta externa	12
Urgencias	12
Hospitalización	9
Traslados en ambulancia	12
Comunitario	6
<i>Tipo de vinculación laboral con la plaza del SSO</i>	
Contrato de prestación de servicios	2
Contrato a término fijo	5
Contrato indefinido o de planta	5
<i>Nivel de complejidad hospitalaria de la plaza del SSO</i>	
Primer nivel	9
Segundo nivel	3
Tercer nivel	0
Cuarto nivel	0
<i>Presencia de otro médico dentro de la plaza del SSO</i>	
Sí	11
No	1
<i>Estancia previa en la ciudad/municipio del SSO</i>	
Sí	0
No	12

**Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes.**

**En la primera fase se realizaron dos grupos focales.** El primer grupo focal estuvo compuesto por 4 médicos rurales con al menos 6 meses de experiencia realizando sus respectivos SSO, a partir de una estrategia de muestreo por conveniencia. El segundo grupo focal estuvo compuesto por 6 médicos generales con menos de 3 años de haber finalizado su SSO, el cual se conformó a partir de una estrategia de muestreo intencional en bola de nieve, siendo los primeros 3 participantes ex-internos durante el periodo comprendido entre 2020 y 2024 elegidos por conveniencia.

Ambos grupos focales fueron realizados de forma virtual dado que los horarios laborales y diferentes ubicaciones geográficas donde residen los participantes hacían de esta vía la más factible en términos de recursos y planificación, además de facilitar la grabación de la reunión mediante la plataforma *Zoom*®.

El objetivo de esta fase fue identificar las diversas opiniones, significados, emociones, actitudes, creencias y experiencias relacionadas con la pregunta de investigación, durante la prestación del servicio profesional de los médicos rurales a una comunidad. En ambos grupos focales se aplicó una guía de preguntas abiertas (**Anexo 1.**) teniendo en cuenta los fundamentos y conceptos sensitivos de SP alineadas con el propósito de investigación (Stalmeijer, et al., 2014). Dos investigadores participaron en los grupos focales, de los cuales uno actuó como moderador (J.F.S.R para el grupo focal de médicos generales, y C.F.E.P. para el grupo de los médicos rurales) y otro como observador (G.J.M.R. para ambos grupos focales). El observador tomó notas sobre las reacciones e interacciones de los médicos generales a medida que respondía las preguntas. A través de una técnica exploratoria, los moderadores generaron un espacio de confianza y reciprocidad buscando una amplia participación, además de asegurar una participación

equilibrada de todos los integrantes del grupo focal para evitar dinámicas dominantes o disruptivas. Ambos grupos focales tuvieron una duración promedio de 2-3 horas.

**En la segunda fase se realizaron entrevistas semiestructuradas.** Teniendo en cuenta los datos obtenidos en la fase previa, se realizaron inicialmente dos entrevistas semiestructuradas individuales a partir de una población de médicos rurales con más de 6 meses de experiencia ejerciendo su SSO vía virtual mediante la plataforma *Zoom*®, utilizando una estrategia de muestreo teórico para crear y modificar iterativamente la guía de preguntas. Las entrevistas semiestructuradas tuvieron una duración promedio de 1 hora.

El desarrollo y la construcción continua de una teoría emergente fueron soportados por técnicas de análisis de datos desde la *Teoría Fundamentada Constructivista*, los cuales tienen su base en la comparación constante, redacción de memorandos, análisis iterativo y codificación (abierta, focal y axial) de los datos obtenidos en los grupos focales y las entrevistas (Eppich et. al., 2019; Olmos et. al., 2022). Los resultados de los grupos focales guiaron la creación y modificación iterativa de la guía de preguntas para las entrevistas semiestructuradas (**Anexo 2.**).

Para el análisis iterativo y codificación de los datos obtenidos tanto de los grupos focales como de las entrevistas semiestructuradas se utilizó el software para análisis de datos cualitativos *Quirkos*®, y participaron los cuatro investigadores del estudio (F.M.O.V., C.F.E.P., J.F.S.R., y G.J.M.R.). La *codificación abierta* de los datos se realizó inicialmente para conocer los datos y descomponer las historias y descripciones de los relatos en sus partes componentes, empleando los gerundios (o la forma verbal en ‘-ando’ o ‘-iendo’) para cumplir con este propósito. Posteriormente, la *codificación focal* permitió

sintetizar, analizar y conceptualizar segmentos más grandes de datos mediante la comparación constante para, una vez desarrollados, probar los códigos focales en todos los datos para determinar su fortaleza conceptual y posibilidad de convertirse en categorías preliminares dentro de la teoría emergente. Finalmente, la *codificación axial* permitió crear, desarrollar y especificar las principales categorías al integrarlas dentro de una explicación teórica conceptualizada a partir de las experiencias de los participantes e investigadores siguiendo la vertiente constructivista de la *Teoría Fundamentada* (Charmaz, 2014).

Se respaldó cada categoría con citas representativas pero anonimizadas de las transcripciones de las entrevistas; y se construyó un diagrama para facilitar la comprensión y organización de los conceptos, además de fungir como herramienta de representación visual de las relaciones entre los conceptos claves que dieron estructura a la teoría (Watling & Lingard, 2012). Siguiendo el principio de procesamiento iterativo de la información dentro de la *Teoría Fundamentada Constructivista*, los datos fueron recolectados y analizados al mismo tiempo con el fin de que puedan retroalimentar las fases de recolección y análisis de los datos a través de su comparación, codificación y conceptualización constante por parte de los investigadores (Varpio et. al., 2017; Eppich et. al., 2019). Se declaró suficiencia teórica una vez codificadas las dos entrevistas iniciales dado que las categorías emergentes lograban explicar los datos previamente recopilados sin requerir modificaciones.

#### **2.4. Reflexividad**

Se evaluó y valoró la forma en el que la subjetividad y contexto de los investigadores aportó a lo largo de la presente investigación cualitativa bajo el paradigma

*constructivista* (Olmos, et al., 2022). Nuestro equipo estuvo conformado por un médico anesthesiólogo (FMOV), un médico internista (CFEP), un residente de anestesiología (GJMR) y un médico general que trabaja actualmente en áreas rurales (JFSR); los cuatro con formación en educación para profesionales de la salud, y dos (JFSR y FMOV) que realizaron SSO con experiencias de predominio positivas y 2 (CFEP y GJMR) que no realizaron SSO y con una percepción de predominio negativa. A lo largo del proceso de investigación se utilizaron métodos de escritura reflexiva (memorandos) y reflexión colaborativa (sesiones virtuales semanales) para la planeación y consignación de los procesos reflexivos. Esto con el objetivo de documentar dinámicas sociales críticas que impactaran en los diferentes actores de la investigación, registrar y explorar decisiones, y para resaltar momentos de percepción analítica y su evolución a lo largo de configuración de la teoría emergente (Birks et. al., 2008).

Como ejercicio de metaposición y siendo conscientes las posibles influencias de las preconcepciones previas de los investigadores, CFEP y GJMR realizaron una narración autobiográfica sobre sus experiencias y percepciones a lo largo de su proceso de presentación al sorteo del SSO del cual finalmente fueron exonerados, y JFSR elaboró una autoentrevista a partir de la misma guía de preguntas de los participantes; esto con el fin de hacer explícita su posición frente al SSO tanto para sí mismo como al grupo de investigadores, generando diversas perceptivas de abordaje en la interpretación y análisis iterativo de los datos emergentes los cuales se integraron a partir de consensos semanales para la construcción progresiva de la teoría emergente.

## 2.5. Consideraciones éticas

Esta investigación contó con la aprobación del *Comité de Ética de la Universidad del Rosario – Sala de Ciencias de la Vida, Bogotá - Colombia*. Con el fin de garantizar la autonomía de los participantes y la confidencialidad de sus datos se diseñó un consentimiento informado (**Anexo 3.**); el cual detalló el propósito y condiciones del estudio, siendo explicado siempre que se requiriera, y finalmente fue firmado por cada uno de los doce participantes.

En las reuniones de los grupos focales y entrevistas semiestructuradas no asistieron investigadores que tuvieran alguna relación con los participantes, esto con el objetivo no sólo de evitar sesgos en sus respuestas producto de posibles relaciones de poder, sino principalmente para garantizar la protección continua y transversal de su identidad a lo largo del proceso de investigación. Todos los datos recolectados fueron anonimizados para proteger la identidad de los participantes, eliminando cualquier información en las transcripciones que pueda identificarlos directamente, tales como nombres, direcciones de correo electrónico, o cualquier otro dato personal. Las transcripciones anonimizadas se almacenaron en una carpeta de *OneDrive*® compartida por los investigadores y se accedió a ellas mediante contraseña.

Dado que el estudio involucró la exploración de temas potencialmente sensibles relacionados con la SP en el entorno de trabajo de médicos rurales se diseñó una estrategia de apoyo psicológico para garantizar el bienestar de los participantes, mediante la identificación de necesidades de apoyo psicológico y posterior direccionamiento a las siguientes redes de apoyo psicológico en caso de ser necesario: 1) *Solicitud de Atención*

por Psicología o Psiquiatría a través de la EPS o Medicina Prepagada del Participante, y/o 2) Activación de ruta de Atención Distrital Línea 106 “El poder de ser escuchado”.

### 3. RESULTADOS

A partir de las experiencias relatadas por los médicos rurales y generales entrevistados, los *equipos de atención en salud de SSO* se suelen estructurar bajo las siguientes dinámicas sociales de sus miembros (**Tabla 3.**):

<p>A. <i>Son predominantemente multidisciplinarios (médicos rurales, médicos generales, jefes de enfermería, auxiliares de enfermería, personal administrativo-gubernamental).</i></p> <p>B. <i>Excluyendo al personal administrativo-gubernamental, las relaciones son más horizontales que verticales.</i></p> <p>C. <i>Suelen condicionar sus conductas a influencias de actores externos al equipo, en general políticas o sociales.</i></p> <p>D. <i>Fuera del entorno asistencial, sus relaciones se cimentan más desde la convivencia que desde la academia.</i></p> <p>E. <i>Limitan su ambiente de aprendizaje casi exclusivamente al sitio de trabajo en su hospital base.</i></p> <p>F. <i>Su percepción de ciudadanía organizacional suele estar inhibida por la cultura organizacional del SSO.</i></p>
--

**Tabla 3. Dinámicas sociales únicas entre los miembros de los equipos de atención en salud de SSO en Colombia**

Se identificaron diversos factores que influyeron en la percepción compartida, tanto de los médicos rurales como de su grupo social dentro del SSO, de que su entorno de trabajo era seguro o no para asumir riesgos interpersonales (pedir ayuda, admitir errores y/o compartir

ideas sin temor a ser juzgados), con resultados de aprendizaje en el sitio de trabajo en términos de *adaptabilidad, integración y participación en el nuevo entorno sociocultural del SSO* (Figura 4).

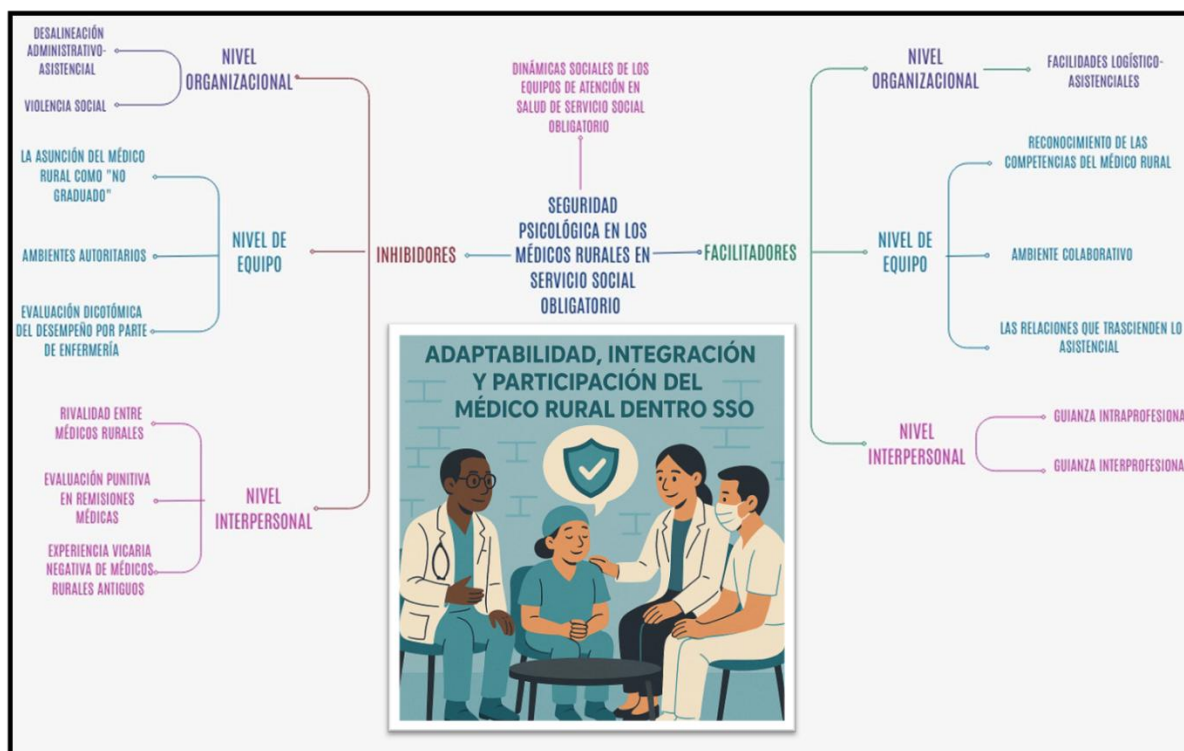


Figura 4. Diagrama Principal. Factores que determinan la percepción de SP de los médicos rurales dentro del SSO y su influencia en el aprendizaje en el sitio de trabajo. Elaboración propia.

Los resultados del estudio fueron validados nuevamente con los participantes a través de correo electrónico (*member checking*), con la intención de no sólo de verificar la precisión de nuestros resultados, sino como una invitación para discutir cómo los perciben y cómo estos pueden ser útiles en sus contextos, fomentando un diálogo más profundo y significativo entre investigadores y participantes además de una colaboración más equitativa en la producción de conocimiento (Urry, et al., 2024).

Siguiendo los 3 niveles que influyen en la percepción de SP descritos previamente, se identificaron los siguientes factores facilitadoras e inhibidores de SP de los médicos rurales durante el SSO:

### 3.1. Factores facilitadores de seguridad psicológica

#### 3.1.1. Nivel interpersonal

✓ *Guianza intraprofesional:*

Se observaron diversas experiencias de guianza intraprofesional durante el SSO ante la ausencia de supervisión académica de una figura docente. Usualmente el disparador de un escenario de guianza intraprofesional era un caso desafiante, donde el médico rural autopercibía sus competencias como limitadas y que requería apoyo. Los médicos rurales manifestaron que contar durante su SSO con médicos con más experiencia abiertos a apoyarlos en casos desafiantes mejoraba su percepción de SP, traducido en el hecho de sentirse en la capacidad de pedir ayuda cuando requería un acompañamiento asistencial efectivo por parte de otro profesional de la salud médico:

*“Con el que compartimos más tiempo es con R3, pues R3 es como la salvación para nosotros porque es como el médico más experimentado y con más practicidad en el campo. Entonces como siempre tenemos dudas, le pegamos una llamada, mandamos a preguntar dónde está, o si no lo buscamos, vamos, nos acercamos hasta él y le decimos: hola ¿nos ayudas? Gracias. Y él muy fácilmente va, nos ayuda y nos dice qué hacer, qué no hacer, nos hace hasta videollamada...”*

**(Grupo Focal 1, Participante A1)**

Vivir el SSO en compañía de otros médicos rurales facilitó su percepción de SP a nivel interpersonal. Entre ellos se entendían y empatizaban con el estado de vulnerabilidad e incertidumbre que se vive durante el SSO, lo cual favorecía su

capacidad para pedir ayuda de manera directa y pronta cuando la situación lo requería, tal y como lo menciona el siguiente participante:

*“De hecho, mi gran apoyo fueron mis amigos y mi pareja. Si yo tenía miedo o algo así, enviaba una foto, enviaba un audio sobre tal paciente y todos muy amablemente iban y decían: no hágale esto... Recuerdo mucho una historia... llegó un paciente con una lesión vascular. El paciente estaba entrando en choque y yo les mandé una foto a mis amigos. Lo empaqueté, le hice de todo, pero no funcionaba, no funcionaba. Logré detener el sangrado con un torniquete, pero pues yo sabía que eso le iba a hacer perder la pierna y el sangrado no era tan grande. Un compañero me dijo: A8, métale una sonda a la lesión, intenta ponérsela donde está el sangrado y vete con él. Justamente le puse la sonda, lo estabilizó muchísimo mejor que el torniquete y salí corriendo. Entonces, al final mis grandes ayudantes fueron mis amigos y mi pareja, fueron como tener muchas voces de médicos: como que uno va a hacer el rural solo realmente”.*

**(Grupo Focal 2, Participante A8)**

Adicionalmente, que los mismos rurales brindaran guianza intraprofesional les permitía comprender, de forma indirecta, que este factor es una potente herramienta que facilitaba un ambiente de SP entre pares, como concluye el siguiente participante:

*“Yo me contacté con ella [la nueva médica rural] justamente porque sabía que uno cuando se entera del rural y va a llegar allá, a uno le dan muchas incertidumbres, tiene muchos miedos, genera mucha ansiedad. Entonces quería ser como una voz de apoyo y ayuda para ella, y darle como parte de mis*

*experiencias para que ella esté más tranquila y sepa a qué se va a enfrentar y no llegue, así como a un mundo nuevo y desconocido, sino que ya tenga algunos pasitos en esa nueva experiencia”*

**(Grupo Focal 2, Participante A11)**

Por último, los escenarios de guianza intraprofesional, al facilitar ambientes de SP, les permitió a los médicos rurales engancharse mejor a las oportunidades de aprendizaje ofrecidas en su sitio de trabajo durante el SSO. En gran medida, esto fue producto de que la percepción de autoeficacia de los médicos rurales en la atención de pacientes aumentaba en dichos escenarios, acompañado de la adquisición de otras competencias en términos de trabajo en equipo e inteligencia emocional, como reflexiona el siguiente participante:

*“Pero ese primer mes de rural siempre era muy, muy pesado... Entonces, esos episodios de ansiedad fueron bastante frecuentes y pesados para mí, cosa que, gracias a Dios, fueron mejorando conforme pasaba el tiempo. Entonces me di cuenta que... si me apoyo de mis amigos especialistas, de mis amigos de la universidad que también estaban haciendo el rural o ya tenían algo más de experiencia que yo porque habían trabajado más tiempo, podía sacar a flote las cosas: me vi como más apoyado, me sentía ya más seguro. Afortunadamente ya hacia finalizar el rural y todo eso siento que esa parte de la ansiedad que me generaba todo ese tipo de casos disminuyó o dejó de aparecer: ya trabajo con mucha más seguridad, ya llegó a urgencias sin esa problemática de qué puede ser lo que me llegue o qué puede pasar, porque al final de cuentas aunque uno se sienta solo en ese tipo de instituciones donde uno siempre es el que está a*

*cargo, siempre va a haber alguien apoyándolo que le va a brindar a uno la mano, o con quien uno pueda resolver algún tipo de duda”.*

**(Grupo Focal 2, Participante A11)**

✓ *Guianza interprofesional*

Al ingresar al nuevo entorno del SSO, los médicos rurales buscaban adaptarse guiados por profesionales no médicos con experiencia, en especial jefes de enfermería que conocían bien el terreno del SSO. Al igual que en guianza intraprofesional, los escenarios desafiantes eran disparadores comunes de guianza interprofesional, como lo describe el siguiente participante:

*“A mí no me gusta hacer reducciones cerradas, yo las detesto con toda mi vida, son muy bruscas... me acuerdo muy bien que eran como las tres de la mañana y una señora se había luxado el hombro y era la primera reducción cerrada que me había tocado a mí. Y entonces yo me acuerdo que ya me daba pena llamar a R3, pero no me daba pena llamar al jefe. Y llamé al jefe, le dije: Hola, necesito ayuda, por favor. Y le llamé, y le expliqué el caso y me dijo qué hacer, puso videollamada... ¿y ahora qué hago? Y van a jalar así, y yo: ¿qué hago? ¿cuánto le pongo? ¿y es todo? estaba súper asustado, pero ya después como que la señora se le resolvió la reducción... después de eso como que ya pude tener como más claridad del caso y ya con la ayuda de él, pues, como que puede salir de eso”*

**(Grupo Focal 1, Participante A1)**

En particular, que el personal de enfermería tuviera no sólo más experiencia dentro del SSO que los médicos rurales (los cuales permanecen sólo 1 año), sino que además pudieran empatizar con ellos teniendo en cuenta sus experiencias previas con médicos rurales pasados facilitaba la percepción de SP a nivel interpersonal por parte de los médicos rurales en términos de expresar sus ideas y emociones libremente ante integrantes de su equipo de trabajo, como lo manifiesta el siguiente participante ante el personal de enfermería:

*“Llamaron a decir que llevaban una niña sin signos vitales y eso fue un caos total... yo nunca esperé que mi primer turno empezara pues de esa manera. Yo inicié con mucho miedo obviamente... Incluso el jefe me vio tan asustada que se fue conmigo en la remisión, o sea, yo no me fui sola, me fui con la auxiliar y con el jefe también viendo que, pues era mi primer día de rural, y que yo la verdad también tenía muchas ganas de llorar en todo momento, con el miedo, el susto porque pues uno se iba a ir en una ambulancia con una niña: me dio muchísimo miedo. Entonces pues yo lo que noté fue eso: el apoyo del personal en general, de la auxiliar, del jefe... me sentí pues un poquito más tranquila a pesar de todo el caos”*

**(Grupo Focal 1, Participante A2)**

De igual forma que en guianza intraprofesional, los escenarios de guianza interprofesional al facilitar ambientes de SP, les permitió a los médicos rurales engancharse mejor a las oportunidades de aprendizaje ofrecidas en su sitio de trabajo durante el SSO. Si bien el enganche también fue producto de un aumento en la percepción de autoeficacia en la atención de pacientes, los médicos rurales resaltaron

el profesionalismo y las habilidades comunicativas como competencias que pudieron reforzar gracias a recibir guianza por profesionales de la salud no médicos, como reflexiona el siguiente participante:

*“Con los auxiliares me la llevé muy bien porque yo tenía la costumbre de estar en la revista de enfermería porque como el sistema [historia clínica electrónica] era un tanto anticuado y demás. Realmente era ahí donde uno se enteraba de cómo fue la evolución, de cómo ha estado realmente el paciente: una cosa es lo que dice el sistema o pasar rápido revista viendo por encima al paciente, eso nunca me gustó. Entonces estaba en revista con ellas, obviamente hablábamos, convivíamos entonces se hizo una relación muy amable... al final de cuentas era básicamente tratar con completa normalidad a las personas con las que yo trabajaba y así mismo pues hubo esa reciprocidad y todo fluyó bastante bien”*

**(Grupo Focal 2, Participante A10)**

### 3.1.2. Nivel de equipo

#### ✓ *Reconocimiento de competencias del médico rural*

En cuanto a las dinámicas dentro del equipo de trabajo, para sus integrantes era importante contar con personal competente en atender las necesidades en salud de su población dentro del SSO. Cuando el equipo de trabajo observaba que el médico rural contaba con conocimientos, habilidades y/o actitudes para responder a las necesidades del equipo, lo reconocían como competente, y esto a su vez facilitaba la percepción de SP de éste a nivel de equipo, como lo relata la siguiente participante:

*“Siempre me he sentido insegura, y a pesar de que de cualquier forma uno tiene que responder [en el trabajo], la sensación al hacerlo pues no es como la mejor... esa sensación de pronto ha mejorado un poquito en cuanto a que, más allá de tener esa costumbre de tener que tomar decisiones y no siempre buscar la validación de alguien externo, porque pues en la mayoría de las veces no hay el tiempo ni el espacio... cuando mis compañeros, cada uno en ciertas situaciones específicas, consideran que digamos tenía algún fuerte en algo, eso me iba llenando como de confianza”*

**(Grupo Focal 1, Participante A3)**

El ser reconocido como *médico rural competente* por parte de su equipo de trabajo, le permitía acceder más fácilmente a oportunidades de aprendizaje invitacionales dentro del SSO. Su equipo de trabajo se coordinaba de tal forma que éste pudiera acceder a casos que estuvieran alineados con sus competencias y muchas veces incluso con sus preferencias, y así reforzar competencias principalmente en la atención de pacientes, como lo reconoce el siguiente participante:

*“Como tal yo pasaba más que todo por Promoción y Prevención y se me consideraba como el médico pues líder de Promoción y Prevención y el que más hacía... el que organizaba las plantillas, el que revisaba como toda esa parte de esa área, también fui el médico líder del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), y pues yo realicé más que todo la realización de la plantilla para hacer ese tipo de consulta... en conjunto con el coordinador que decidió como que yo tomara ese rol porque me iba bien.”*

**(Entrevista Semiestructurada 2, Participante A13)**

✓ *Ambiente colaborativo*

Percibir un ambiente colaborativo dentro del equipo, definido como un entorno donde los miembros trabajan juntos de manera coordinada, respetuosa, horizontal y con metas compartidas, facilitaba la percepción de SP a nivel de equipo a través de la expresión de sus ideas sin temor a ser juzgado y en la libertad de pedir ayuda, como relata el siguiente participante:

*“Acá en el hospital no hay como una dinámica de poder en el sentido del ámbito asistencial... prácticamente somos como amigos todos, incluso con auxiliares, con enfermeros, con todos. Entonces todos nos ayudamos entre todos. Entonces en ese ámbito como tal no hay como que digan: ¡Ay! es que yo te estoy mandando, tú tienes que hacer esto... No. No se ve”*

**(Grupo Focal 1, Participante A1)**

Los ambientes colaborativos en los equipos de trabajo del SSO promovían escenarios de prácticas participativas para el médico rural, además de potenciar factores de SP a nivel interpersonal como los de guianza intraprofesional e interprofesional discutidos anteriormente. La participación activa, ayuda mutua y la toma de decisiones conjunta dentro de dichos ambientes en el sitio de trabajo, además le permitió reconocer el trabajo en equipo y las habilidades comunicativas como competencias promotoras de ambientes colaborativos laborales, como reflexiona el siguiente participante:

*“Siempre traten de tener una muy buena comunicación y buena relación con sus otros compañeros, porque siento que ese ha sido uno de los pilares fundamentales de todos nosotros acá. Todos hemos pasado situaciones en que*

*no hemos sabido qué hacer, en que hemos estado en shock, en que nos hemos bloqueado, en que estamos en situaciones difíciles; y considero que pues gracias a Dios hemos tenido como el apoyo de todos cuando se ha podido... eso es algo que pues nos ayuda mucho a enfrentar todo esto (el SSO)”*

**(Grupo Focal 1, Participante A3)**

✓ *Relaciones que trascienden las labores asistenciales*

Al estar inmersos en un entorno sociocultural nuevo, y con frecuencia lejos de su hogar y seres queridos, los médicos rurales buscaban desarrollar relaciones interpersonales más allá de las que eran producto directamente de la atención de pacientes en su SSO o entorno asistencial. Al cimentar las relaciones con su equipo de trabajo desde la convivencia basada en lazos emocionales, los médicos rurales percibían que podrían mostrarse *tal cual son* más fácilmente ante éstos, como lo menciona el siguiente participante:

*“Además de eso, pues hacer amistades, hacerse como su grupito de trabajo con los otros rurales, ver que no son sólo compañeros, sino también pueden ser amigos. Yo me fui con muy buenos amigos, de hecho, me fui con pareja del rural. Entonces son cosas que uno, yo creo que en la cabeza nunca se le pasan cuando uno le sale en ese papel de asignado, pero que al final de cuentas implica bastante las experiencias y que son muy constructivas”*

**(Grupo Focal 2, Participante A11)**

El apoyo emocional por parte de su equipo en dicho contexto era clave, siendo la empatía la herramienta más usada para crear dichos lazos. Compartir con su equipo

en espacios fuera del trabajo mejoraba la percepción de SP de los médicos rurales, fomentando escenarios de diálogo sobre la práctica y retroalimentación mutua más fácilmente al llevarlos a cabo en escenarios externos al hospital, potenciando competencias que facilitaban la adaptación e integración del médico rural al SSO tales como atención de pacientes y profesionalismo; según lo resalta la siguiente participante:

*"Yo pues como por fuera del ámbito [hospitalario] pues más que todo con A3, porque pues A3 y yo vivimos juntas. Entonces pues para mí A3 ha sido un apoyo súper grande. Siento que, pues hemos tenido una buena convivencia, a pesar de que digamos en la universidad ya nos conocíamos, pero pues nunca como para de pronto compartir hasta casa; pero sí es muy bonito por ejemplo uno poder llegar a la casa y saber pues que no está completamente solo. Uno puede llegar a charlar sobre lo que hizo en el día... nos comentamos los casos que pensamos que fueron como los más raros, y bueno, escuchamos la opinión siempre la una de la otra. Entonces siento que tener como esa esa compañía en la casa también lo ayuda muchísimo a uno a sentirse mucho mejor"*

**(Grupo Focal 1, Participante A2)**

### 3.1.3. Nivel de organización

#### ✓ *Facilidades logístico-asistenciales preestablecidas del SSO*

A nivel organizacional, el factor más importante que influyó positivamente en la percepción de SP de los médicos rurales dentro del nuevo entorno sociocultural del SSO fue que la plaza donde fueran asignados contara con un conjunto de recursos suficientes que les permitiera ejercer sus funciones asistenciales y, en caso de ver sus

competencias sobrepasadas, poder pedir ayuda en forma de remisión a un centro de mayor nivel de complejidad hospitalaria; tal y como expresa el siguiente participante:

*“Entonces a pesar de tener la menta abierta, de todas formas, fue un alivio enorme cuando vi que me tocó en [Municipio/Plaza de SSO]. Afortunadamente donde me tocó es una clínica pequeña y también tenía su hospital de referencia que es un hospital mucho más grande y demás. Entonces la clínica era bastante pequeñita, pocos pacientes, urgencias normalmente no se llenaba, hospitalización normalmente no se llenaba y pues si ya era algo grave, rápidamente se podía remitir a [Ciudad de Referencia]. Entonces sí, da un parte de tranquilidad ese tipo de cosas: que sea un pueblo donde uno se pueda ir rápido a una ciudad, que las referencias sean rápidas y demás. Da un parte de tranquilidad enorme cuando ví donde me tocaba”*

**(Grupo Focal 2, Participante A10)**

Estar en la capacidad de delimitar en qué momento remitir o no un paciente basado no sólo en el reconocimiento de las propias competencias del rural sino de los recursos e infraestructura ofrecidos por su propia plaza de SSO como organización, le permitió al médico rural reconocer más fácilmente las oportunidades de aprendizaje que ofrecía su SSO, reforzando competencias tanto en aprendizaje basado en la práctica como práctica basada en el sistema; tal y como menciona el siguiente participante:

*“El hospital es un primer nivel, pero teníamos la ventaja de que en caso de cualquier emergencia o algo que uno no tuviera la manera de manejarlo adecuadamente allá, pues podíamos correr ya fuera para [Ciudad de Referencia], que es acá donde estoy viviendo ahora, o para [Ciudad de*

*Referencia], que es uno de los pueblos también con un Segundo Nivel cercano, que quedaba a treinta 30 min. Eso lo respaldaba a uno, y le daba la oportunidad de que, si uno se veía muy envainado y todo, pues uno listo, arranca en la ambulancia y organiza el paciente, estabilice, y allá continúa su manejo”.*

**(Grupo Focal 2, Participante A11)**

### **3.2. Factores inhibidores de la seguridad psicológica**

#### **3.2.1. Nivel interpersonal**

##### **✘ *Rivalidad entre médicos rurales***

Entre pares en ocasiones se pudo observar una actitud de competitividad que puede tornar un ambiente hostil entre colegas en la misma posición de médicos rurales, lo cual se presta como escenario para el desarrollo de habilidades comunicativas, aceptar la vulnerabilidad y ser partícipes de un cambio de situación:

*“A mí me ha pasado lo mismo, yo creo que con el mismo compañero, porque nos ha pasado con todos, pues que al principio era muy así, que tú le entregabas pacientes, y él te decía como eres una escupa [inútil], todo lo estás haciendo mal, yo soy el único que sé, y uno se sentía como ¿por qué? y yo después de un tiempo, me estaba sintiendo cargada por muchas cosas del hospital, me sentía juzgada por todo el mundo, por los pacientes, la parte administrativa, y tras del hecho él: un compañero que venga y lo juzgue a uno. Entonces un día me senté con él y le dije: mira, eso no se hace, uno se siente mal, y desde ese día como que ha cambiado su forma de expresar su opinión.”*

**(Grupo Focal 1, Participante A4)**

✘ *Evaluación punitiva en remisiones médicas*

Los médicos rurales destacaron escenarios de falta de confianza y actitud de escrutinio al momento de trasladar pacientes a otro nivel de complejidad, sintiéndose altamente juzgados por otros profesionales, incluso afectando su percepción del SSO al sentir que los tratan como médicos no competentes, tal y como manifiesta el siguiente participante:

*“No sé, es algo que es muy común en Colombia, y es que, al médico rural de remisión, cuando llega a un sitio de remisión le tienen que preguntar cosas tratándolo mal. No sé por qué. Lo he escuchado en muchas partes... Al llevar un paciente [remitido] a un hospital, no sé si es por la carga laboral que implica llevarlo allá, pero el médico general de urgencias, la mayoría de veces ni siquiera es el especialista, que es del mismo nivel académico que uno, en realidad ellos no lo ven así a uno: para ellos es el rural, es como un internado 2.0 y lo tienen que tratar mal a uno, lo llenaban de preguntas a uno. Eso es algo que me pasó a mí muchísimas veces”.*

**(Grupo Focal 2, Participante A7)**

✘ *Experiencia vicaria negativa de médicos rurales antiguos del SSO:*

La perspectiva general negativa manifestada por médicos que previamente realizaron el SSO en la plaza donde los médicos rurales acababan de llegar desencadenó una sensación de inseguridad previo a la inmersión en el nuevo entorno sociocultural, tal y como manifiesta la siguiente participante:

*“Creo que fue más influenciada por el hecho de que al contactarme con un rural que estaba en el momento en esa plaza me pudo meter los miedos más*

*terribles de todo y realmente fue algo que me desanimó bastante. El hecho de que me dijera que los pagos no se hacían efectivos, vivían en constante exposición a que la población lo agrediera a uno, que realmente no habían como buenas garantías para prestar un buen servicio, que era todo lo que hubiera. Eso me desanimó bastante porque, no era lo que yo quería y ahorita a usted le toca ser obligada pues tampoco es algo que me genere mucha tranquilidad”.*

**(Grupo Focal 2, Participante A9)**

### 3.2.2. Nivel de equipo

✘ *Asunción del médico rural como médico no graduado*

Resaltamos un término utilizado por varios médicos rurales del SSO donde demuestran sentirse que los tratan aún como médicos no graduados con responsabilidades más de apoyo logístico que de atención en salud propiamente médicas: “*Internado 2.0*”, término que limita al médico rural a percibir su rol dentro del SSO desde una expresión peyorativa:

*“Nosotros pues dentro de la plaza hay mucha rotación y no solo se hace ese secretariado que les contaba, sino que también uno puede hacer consulta externa, hace urgencias donde uno tiene algo más de independencia; pero sí claro, yo creo que una cosa importante que se nota en esos segundos niveles es un internado 2.0: tienes que responder y hacer tal cual, así no estés de acuerdo, con lo que diga el especialista respecto a la conducta de cierto paciente”.*

**(Grupo Focal 2, Participante A6)**

✘ *Ambiente autoritario*

En ocasiones su mismo grupo de trabajo imponía tareas administrativas no deseables al médico rural recién ingresado al SSO, aumentando la sensación de obligatoriedad e inequidad. Sin embargo, como mecanismo indirecto de aprendizaje ante estos roles, algunos participantes desarrollaron habilidades de liderazgo que aumentaban su compromiso y participación en el sitio de trabajo:

*“Entonces mis compañeros cuando yo llegué, ellos creo que ya estaban cansados de batallar con el rural, llevan ya siete u ocho meses cuando yo llegué y pues bueno, los rurales con mayor antigüedad dijeron: no, nosotros no queremos. Entonces me pusieron a mí: haga usted los turnos y usted tiene que ir a las reuniones y eso. Entonces tuve como ese rol de ser la voz de nosotros los rurales frente a los administrativos. Además de eso, acá en [Municipio/Plaza de SSO] comenzaron a generar como unas estrategias de grupos de intervención para dengue y todo eso por los picos que se han estado viviendo en la región, entonces solicitaron que fuera un médico que se encargara entonces también tuve ese rol de coordinador de ese grupo de respuesta inmediata sobre dengue y me tocaba ir constantemente a [Ciudad de Referencia] a hacer capacitaciones, a entregar unos informes allá del pueblo, de los casos, del rol epidemiológico, de todo lo que se está viviendo y todo ese tipo de cosas”.*

**(Grupo Focal 2, Participante A11)**

✘ *Evaluación dicotómica del desempeño por parte de enfermería*

Por último, se observó una serie de comentarios enmarcados desde una mirada subjetiva y que juzga por parte del equipo de enfermería hacia el médico rural, que en circunstancias dan como resultado obstáculos para un trabajo colaborativo, incluso hasta el extremo de fomentar el abandono del médico rural de su SSO:

*“Está la otra cara de la moneda y es que son enfermeras que tienen muchos años de experiencia. Entonces, de vez en cuando llegaba un doctor a hacernos las disponibilidades para que nosotros [los rurales] saliéramos de compensatorios o demás y, si ellas consideraban a su criterio que el doctor no era bueno le hacían la vida realmente imposible. Tuve compañeros que vinieron y dijeron: no, no vuelvo y no vuelvo y no vuelvo. Una compañera, éramos tres rurales al inicio, una compañera salió al mes y medio como por la presión que ejercían las enfermeras sobre ella. Entonces claro si tú eres buena gente y si eres como tranquilo y eso todo bien, te tratan bien, te cuidan, te quieren. Pero si llegas como a imponer o a tratarlas mal, o tienen algún conflicto con un paciente y hay choques: se vuelven un grupo muy tóxico y muy complicado”.*

**(Grupo Focal 2, Participante A8)**

3.2.3. Nivel de organización

✘ *Violencia social dentro del SSO*

En países de Latinoamérica como Colombia, existen aún grupos armados al margen de la ley con influencia a nivel municipal. Esto implica un cambio en las dinámicas organizacionales del SSO en cuanto a prioridad de atención, no registro de

historia clínica y paso de información a autoridades policiales; todo esto permeado por el miedo y un ambiente de inseguridad local, manifiesta el siguiente participante:

*“Había también una influencia militar: mi zona era controlada por paramilitares. Era solo un grupo armado, pero ellos controlaban entonces había claves: si llegaba uno de ellos, a uno le tocaba atenderlo independiente del paciente que fuera, uno para y lo atiende y lo revisa, no se le hace historia, no se le hace nada, solo se revisa que tenga una herida, una sutura. Cualquier cosa le decían: Vengo de parte de [Clave]. Esa era como la clave, pero uno sabía que venían del grupo paramilitar y lo atendíamos. Era gente normal, eran campesinos, nunca tuvimos ningún problema, pero tenían como esa dinámica diferente, no importa que estuvieras atendiendo una embarazada, un parto o algo así: parabas y lo ibas a atender o se armaba un problema”.*

**(Grupo Focal 2, Participante A8)**

✘ *Desalineación administrativo-asistencial del SSO*

Los médicos rurales resaltaron una marcada y constante tensión entre los intereses divergentes del área administrativa y la asistencial, lo que generó en el médico rural una sensación de malestar, obligatoriedad y de condiciones ajenas a una cultura de SP. Esta situación intensificó la percepción de vulnerabilidad para asumir y cometer errores en su práctica profesional, anulando así el interés de comprometerse con su lugar de trabajo dentro del SSO debido a dinámicas administrativas percibidas como “puramente burocráticas”, como menciona la siguiente participante:

*“Al final llegó una nueva coordinadora médica, entonces como que ella empezó fue a imponernos muchas cosas nuevas, y pues por ejemplo nos atribuyeron a nosotros el realizar protocolos clínicos del hospital. Yo peleé muchísimo porque decía como: ¿en qué tiempo vamos a hacer protocolos? Si no estamos de disponibilidad, estamos de turno, y si no, estamos en nuestros días libres. Yo en mis días libres la verdad no pienso sentarme frente a un computador a hacer un protocolo entonces como que sí lo peleé bastante”*

*(Entrevista Semiestructurada 1, Participante A12)*

#### 4. DISCUSIÓN

La llegada de los médicos rurales al entorno sociocultural desconocido del SSO, en plena transición entre la formación médica y la vida laboral bajo un mandato constitucional, los enfrentó a múltiples desafíos que revelaron espacios laborales percibidos como seguros o inseguros en términos de SP. Si bien los *equipos de atención en salud de SSO* desde su estructura y funciones corresponden a *equipos de atención primaria en salud en áreas rurales*, presentan dinámicas sociales únicas (**Tabla 3.**) que permiten comprender mejor los factores que determinan la percepción de SP de los médicos rurales y la influencia en su aprendizaje en el sitio de trabajo. Se identificaron seis *factores facilitadores* y ocho *factores inhibidores* de la SP, de los cuales tres se ubicaron a *nivel de organización*, seis a *nivel de equipo*, y cinco a *nivel interpersonal*. Su influencia en el aprendizaje de los médicos rurales se vio reflejado principalmente en términos de *adaptabilidad, integración y participación en el nuevo entorno sociocultural del SSO*.

Globalmente, los factores tanto facilitadores como inhibidores de la SP en los *equipos de atención en salud de SSO* fueron más diversos a *nivel de equipo e interpersonal*, siendo consistente con los hallazgos encontrados en *equipos de atención en salud* (Remtulla et al., 2021; Grailey et al. 2021) fuera de ambientes *formativos universitarios* (Hardie et al., 2022; McClintock et al., 2023) o de *atención secundaria en salud* (Aranzamendez et al.; 2014; O'Donovan & McAuliffe, 2020a). Al comparar la complejidad estructural y grado de especialización de la organización y sus miembros entre: 1) una plaza particular de SSO (centros de primer o segundo nivel de complejidad) y 2) hospitales universitarios (centros de tercer o cuarto nivel de complejidad), puede explicarse el menor grado de diversidad de factores encontrados a *nivel de organización*, siendo una diferencia que la misma doctora Edmondson destaca al comparar la SP en entornos de atención en salud vs entornos de formación universitaria (Edmondson et al., 2016).

Los factores que inciden en la SP a *nivel de organización*, sin embargo, no dejan de ser claves ya que al abarcar las políticas, estructuras y valores institucionales del SSO bajo una relación vertical (personal administrativo-gubernamental sobre personal asistencial en salud multidisciplinario), tienen el poder de influir positiva o negativamente en los factores ubicados en los otros dos niveles (O'Leary, 2016; Newman et al., 2017). Por ejemplo, en el subnivel "Cultura" compartido entre *nivel de equipo* (entendida como ciudadanía organizacional) y *nivel de organización* (entendida como cultura organizacional) propuesto por Grailey et al. (2021), dependiendo de la presentación de cultura organizacional, ésta puede influir de forma dicotómica en la ciudadanía organizacional (Frazier et al., 2017). En *equipos de atención en salud*, Pérez et al. (2015) demostró que una cultura organizacional fuerte, caracterizada por valores y normas compartidas y cohesivas, se asociaba positivamente con una mayor intención

de permanencia y con la manifestación de comportamientos de ciudadanía organizacional (comportamientos individuales voluntarios que van más allá de los requerimientos formales del rol laboral y que contribuyen al buen funcionamiento y clima de la organización); en contraste, en entornos con una cultura organizacional débil, estas conductas fueron menos frecuentes.

Desde una perspectiva educativa, se hace necesario repensar el SSO como un escenario formativo no formal. A continuación, se discutirán nuestros resultados sobre factores facilitadores e inhibidores de la percepción de SP de los médicos rurales en el SSO a través de los tres niveles de SP y su influencia en el aprendizaje en el sitio de trabajo en cada uno de ellos, comparado con literatura relacionada con énfasis en *equipos de atención en salud en áreas rurales y equipos de atención primaria en salud*.

#### **4.1. Seguridad psicológica a nivel de organización**

A nivel organizacional, dos factores inhibidores y un facilitador fueron identificados como determinantes en la percepción de SP de los médicos rurales durante el SSO. La *desalineación administrativo-asistencial* y la *violencia social* emergieron como barreras estructurales, mientras que las *facilidades logístico-asistenciales preestablecidas del SSO* se destacaron como un facilitador. Estos hallazgos coinciden parcialmente con la literatura internacional, especialmente aquella centrada en sistemas de salud rurales de países de ingreso medio o bajo.

Diversos estudios han señalado cómo la cultura organizacional, la alineación entre políticas y prácticas, y la estabilidad contextual impactan en la percepción de SP en el personal de salud. Grailey et al. (2021) afirman que la SP organizacional se ve

comprometida cuando existen estructuras jerárquicas rígidas y una pobre gestión del entorno institucional, especialmente en contextos donde el personal está expuesto a riesgos psicosociales constantes. En nuestro estudio, los médicos rurales percibieron una *ruptura entre los lineamientos administrativos del SSO y las realidades asistenciales de los centros de salud*, lo cual es congruente con la noción de "incongruencia sistémica" identificada en estudios como el de Newman et al. (2017) o en las dimensiones asistencial y relacional identificados por la OPS en los Servicios Sociales en Medicina en América Latina (OPS, 1998) , donde dicha desalineación contribuye a ambientes organizacionales inseguros.

Respecto a la *violencia social*, aunque no todos los artículos revisados la abordan directamente, Hepburn et al. (2024) evidencian que las prácticas clínicas en zonas rurales con bajo soporte institucional aumentan la sensación de inseguridad y reducen la disposición de los estudiantes y profesionales a expresar errores o dudas. De forma similar, Ohta et al. (2023) documentan cómo en entornos rurales japoneses la falta de protección institucional en zonas con limitados recursos compromete no solo la SP, sino también el involucramiento activo en procesos de aprendizaje.

En contraste, la existencia de una *estructura básica predefinida por el SSO* que garantice los recursos básicos para un desempeño asistencial óptimo, incluida la posibilidad de remisiones médicas cuando dichos recursos eran limitados, actuó como un facilitador organizacional que favoreció la SP. Este resultado guarda similitud con lo propuesto por Reeves et al. (2013), quienes afirman que los programas de formación y práctica interprofesional organizados y estructurados generan un contexto que habilita la colaboración, la expresión de ideas y el aprendizaje activo. Asimismo, el estudio de

Pérez et al. (2015) sugiere que marcos organizativos claros y sostenidos aumentan la percepción de pertenencia al equipo y refuerzan la identidad profesional en formación.

Finalmente, nuestros resultados aportan evidencia de que estos factores organizacionales influyen principalmente en la *adaptabilidad e integración dentro del SSO*, a través de competencias tales como el afrontamiento de la incertidumbre, la regulación emocional en contextos adversos y la adaptación al entorno institucional. Esto es coherente con lo señalado por Edmondson et al. (2016), quienes argumentan que la SP organizacional promueve climas de aprendizaje donde el error se transforma en una oportunidad de crecimiento, especialmente en ambientes de baja complejidad estructural como los del primer nivel de atención.

#### **4.2. Seguridad psicológica a nivel de equipo**

El nivel de equipo resultó ser el más rico en factores relacionados con la percepción de SP de los médicos rurales durante el SSO, con tres facilitadores y tres inhibidores claramente identificados. La literatura consultada coincide en destacar la importancia crítica del equipo como espacio inmediato de aprendizaje y pertenencia, especialmente en contextos rurales y de atención primaria.

Entre los facilitadores, el *reconocimiento de las competencias del médico rural* por parte del equipo se mostró como una fuente clave de validación profesional y emocional. Esto coincide con los hallazgos de Ajjawi et al. (2022), quienes demostraron que los comentarios valorativos y el respeto por las capacidades clínicas del aprendiz favorecen la apertura a la retroalimentación y al diálogo. En contextos rurales, donde las jerarquías pueden ser menos formales pero igualmente impactantes, este

reconocimiento favorece el aprendizaje en el sitio de trabajo al promover la participación activa y la confianza en el juicio clínico propio (Hepburn et al., 2024).

Así mismo, la presencia de un *ambiente colaborativo* en los equipos del SSO facilitó el desarrollo de conductas prosociales y la disposición a asumir riesgos interpersonales. Este aspecto fue ampliamente respaldado en la evidencia. O'Donovan & McAuliffe (2020b) y Remtulla et al., (2021), subrayan que la colaboración horizontal dentro de los equipos interprofesionales de atención primaria potencia la SP y genera climas de trabajo donde el error se convierte en una fuente de aprendizaje colectivo. La literatura también señala *que las relaciones que trascienden lo asistencial*, como las interacciones socioafectivas y de familiaridad, fortalecen la cohesión grupal y la percepción de respaldo mutuo (O'Donovan & McAuliffe, 2020b), efecto igualmente reportado por los médicos rurales participantes de este estudio.

En cuanto a los inhibidores, *la asunción del médico rural como "no graduado"* refleja una forma de deslegitimación simbólica que deteriora la SP. Hepburn et al. (2024) documentan cómo los estudiantes y egresados en prácticas rurales pueden ser percibidos como aprendices perpetuos, lo que limita su agencia profesional y reduce su participación en la toma de decisiones clínicas. Este fenómeno se ve reforzado por *ambientes autoritarios*, donde las decisiones unilaterales, en particular de enfermería o de superiores jerárquicos, impiden la construcción de confianza en equipos de atención primaria en salud (Remtulla et al., 2021). Según Grailey et al. (2021) y Edmondson et al. (2016), la verticalidad dentro del equipo clínico obstaculiza la expresión de dudas, limita la iniciativa y refuerza conductas de autocensura.

Adicionalmente, la *evaluación dicotómica del desempeño por parte de enfermería*, caracterizada por juicios reduccionistas sobre ser "bueno o malo", afectó

negativamente la SP al generar temor a la descalificación social. Este tipo de juicio evaluativo ha sido identificado como inhibidor en otros estudios, como los de Kim et al. (2017) y Ohta et al. (2023), donde se evidencia que la retroalimentación no constructiva erosiona la motivación intrínseca para el aprendizaje y favorece respuestas defensivas.

En conjunto, estos hallazgos subrayan que el equipo de trabajo en el SSO no solo es el principal contexto de interacción cotidiana, sino también el principal mediador entre las condiciones organizacionales y la experiencia individual de aprendizaje. La SP en este nivel se vincula estrechamente con *la integración y participación dentro del SSO* a través de competencias como la comunicación empática, la gestión del conflicto y la cooperación interprofesional (Edmondson et al., 2016; McClintock et al., 2023; Reeves et al., 2017).

#### **4.3. Seguridad Psicológica a nivel interpersonal**

A nivel interpersonal, los médicos rurales durante el SSO identificaron dos factores facilitadores y tres inhibidores de la seguridad psicológica SP, que incidieron de manera directa en su experiencia de aprendizaje situado. Este nivel representa la esfera más íntima de las relaciones profesionales y, por tanto, es donde las dinámicas de confianza, rivalidad, guía y evaluación adquieren matices profundamente personales.

Como facilitadores, la *guianza intraprofesional* y la *guianza interprofesional* fueron fundamentales para construir espacios seguros de aprendizaje informal. Estas formas de acompañamiento fueron descritas como accesibles y empáticas, sin embargo *en equipos de atención en salud del SSO a diferencia de los equipos de atención en*

*salud en formación universitaria*, los escenarios de guianza no eran ajustadas al nivel de competencia del médico rural sino consecuencia de una limitada percepción de autoeficacia dentro de un ambiente psicológicamente seguro. Ohta et al. (2023) documentan que, en contextos de escasez de recursos y jerarquías informales, el aprendizaje a través de modelos cercanos o pares con mayor experiencia, como en el aprendizaje entre iguales (*near-peer learning*) no solo facilita la adquisición de habilidades clínicas, sino que también refuerza la SP mediante el respeto mutuo y el apoyo emocional. De igual manera, Stalmeijer et al. (2025) demostraron que la presencia de guías inter e intraprofesionales accesibles, especialmente del personal de enfermería o médicos generales, actúa como puente entre el entorno de trabajo y la identidad profesional en desarrollo, reforzando la motivación y el compromiso.

En contraste, tres factores inhibidores dificultaron el establecimiento de relaciones interpersonales seguras: *la rivalidad entre médicos rurales, la evaluación punitiva en remisiones médicas y la experiencia vicaria negativa de médicos rurales antiguos*. La *rivalidad* emergió como un fenómeno inesperado en un entorno que, idealmente, debería fomentar el apoyo mutuo. Según Brown et al. (2011) y Pérez et al. (2015) en entornos laborales desafiantes, la competencia por recursos limitados, reconocimiento o necesidad de validación externa puede erosionar la confianza entre pares y debilitar la SP. La *evaluación punitiva*, particularmente en escenarios de remisiones médicas por parte de médicos generales y especialistas, generó temor a represalias, exposición pública de errores y desmotivación para preguntar o asumir responsabilidades clínicas. Esta forma de retroalimentación, más cercana a la censura que a la enseñanza, ha sido descrita como un factor de inhibición en múltiples entornos rurales (Ajjawi et al., 2022; Hepburn et al., 2024). La percepción de castigo por parte

de referentes más experimentados inhibe la vulnerabilidad necesaria para aprender, y promueve actitudes defensivas. Por último, *la experiencia vicaria negativa* (historias compartidas de maltrato, fracaso o sufrimiento de médicos rurales previos) condicionó negativamente la disposición de los nuevos médicos a confiar o arriesgarse. Según Edmondson et al. (2016), las narrativas organizacionales pueden moldear de manera poderosa las expectativas individuales, y cuando estas anticipan sanciones o rechazo, la SP se ve comprometida incluso antes de la interacción directa.

En conjunto, los hallazgos muestran que la SP interpersonal actúa como catalizador o inhibidor del aprendizaje dentro del SSO, afectando la capacidad de los médicos rurales para integrar saberes, recibir retroalimentación y participar activamente en su entorno clínico. Las relaciones basadas en la guía, el respeto y el reconocimiento mutuo emergen como esenciales para cultivar una cultura de aprendizaje en contextos de ruralidad y atención primaria, en donde el aprendizaje autorregulado es necesario pero no suficiente: requiere un ambiente psicológicamente seguro para garantizar la *integración y participación del médico rural dentro de su SSO* (Edmondson et al., 2016; Wang et al., 2025).

## **5. LIMITACIONES**

Entre las principales limitaciones se encuentra el uso de plataformas virtuales para la recolección de datos, las cuales, aunque facilitaron el alcance territorial de los participantes, pudieron haber reducido la riqueza de las interacciones no verbales y paraverbales entre los participantes. Por otro lado, la inclusión sólo de médicos que realizaron el SSO en la modalidad SSO-IPSH restringe la comparación con otras modalidades. Finalmente, el objetivo fue

explorar cómo el contexto particular del SSO influye en la percepción de SP y en los procesos de aprendizaje de los médicos rurales a partir de sus experiencias vividas; sin embargo, por la metodología y perspectiva teórica sociocultural empleada en el estudio no se indagó en variables individuales previas (creencias, expectativas o competencias iniciales) las cuales si bien son importantes para el entendimiento holístico del fenómeno, corresponden a objetivos de investigación futuros.

## 6. CONCLUSIONES

Este estudio identificó múltiples factores que influyen en la percepción de SP de los médicos rurales dentro de sus *equipos de atención en salud de SSO* en Colombia, organizados en tres niveles: *de organización, de equipo e interpersonal*. Se evidenció que la SP es una construcción dinámica, modelada por experiencias de guianza profesional, reconocimiento de competencias, ambientes colaborativos y condiciones estructurales del entorno. La presencia de estos facilitadores permitió que los médicos rurales asumieran riesgos interpersonales, influyendo para que *se adaptaran, integraran y participaran activamente dentro de su SSO*. En contraste, factores inhibidores como la deslegitimación del rol profesional, ambientes autoritarios y tensiones organizativas, obstaculizaron el desarrollo de aprendizajes significativos, *afectando su participación y enganche a su nuevo entorno sociocultural*. Este trabajo aporta una comprensión situada de la SP en contextos rurales de un país de ingreso medio, alejándose de los marcos universitarios/urbanos tradicionales donde suele centrarse la literatura. Desde una perspectiva educativa, su valor radica en visibilizar al SSO como un escenario formativo no formal, con dinámicas sociales únicas entre sus miembros, y donde la SP es un mediador fundamental.

## 7. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA

- ***Reconocer el SSO como un escenario formativo no formal:***

Las instituciones gubernamentales y hospitalarias deben asumir que el SSO, además de su función asistencial y social, constituye una etapa crítica de transición profesional. Por tanto, se recomienda incorporar marcos de acompañamiento formativo que reconozcan su valor educativo y garanticen condiciones mínimas para el aprendizaje en el sitio de trabajo, incluyendo retroalimentación constructiva y espacios seguros para la expresión de dudas o errores.

- ***Promover culturas organizacionales basadas en la seguridad psicológica:*** Las entidades responsables del diseño y supervisión del SSO deben fomentar culturas institucionales que prioricen la colaboración, el respeto mutuo y el reconocimiento de las competencias de los médicos rurales. Esto implica capacitar a los equipos administrativos y asistenciales en liderazgo inclusivo, comunicación empática y resolución no violenta de conflictos, así como vigilar activamente prácticas que puedan perpetuar ambientes punitivos o jerárquicos perjudiciales para el aprendizaje.

- ***Fortalecer el apoyo inter e intraprofesional en las plazas de SSO:***

Se sugiere incentivar mecanismos de guianza entre pares, especialmente entre médicos rurales de diferentes cohortes o con experiencia previa, así como favorecer la participación activa de otros profesionales de la salud, como enfermeros(as) jefes y auxiliares, en procesos de inducción y acompañamiento informal. Estos vínculos favorecen el aprendizaje horizontal y la construcción de confianza en contextos con poca supervisión académica formal.

- ***Garantizar condiciones logísticas básicas y entornos seguros:***

La percepción de SP está estrechamente ligada a la disponibilidad de recursos asistenciales, claridad en los canales de remisión y previsibilidad del entorno institucional. Por ello, se recomienda asegurar la dotación mínima de insumos, rutas claras de apoyo ante situaciones clínicas complejas y protocolos que resguarden la integridad física y emocional del médico rural, especialmente en zonas con presencia de conflictividad social.

- ***Incorporar criterios de SP en la evaluación y mejora del SSO:***

Las políticas públicas relacionadas con el SSO deberían integrar indicadores de seguridad psicológica en sus sistemas de monitoreo y evaluación. Esto permitirá identificar zonas de riesgo psicosocial, promover buenas prácticas institucionales y orientar intervenciones pedagógicas o estructurales que mejoren la experiencia del médico rural y su aprendizaje profesional.

## 8. DERECHOS DE AUTOR

El presente trabajo de grado es una obra original protegida por la legislación colombiana en materia de derechos de autor, conforme a lo establecido en la Ley 23 de 1982, la Ley 1915 de 2018 y la Decisión Andina 351 de 1993. En virtud de estas normativas, los autores son titulares de los derechos morales y patrimoniales sobre su creación, salvo que se haya acordado lo contrario mediante contrato o cesión expresa.

De acuerdo con las políticas de propiedad intelectual de la Universidad del Rosario, los estudiantes son titulares de los derechos patrimoniales de autor sobre su tesis, a menos que esta sea resultado de un uso significativo de recursos de la Universidad. En tal caso, la Universidad puede detentar la titularidad de los derechos patrimoniales, sin perjuicio de los derechos morales que siempre radicarán en cabeza del estudiante. Por su parte, la Pontificia Universidad Javeriana establece que los estudiantes de pregrado o posgrado podrán ceder, de manera voluntaria y libre, los derechos patrimoniales sobre los trabajos de grado y tesis doctorales en favor de la Universidad. En caso de no ceder sus derechos, pueden suscribir y otorgar la consecuente autorización de uso de su trabajo, permitiendo a la Universidad utilizarlo para fines de consulta y de mención en sus catálogos bibliográficos tanto físicos como en línea.

En cumplimiento de las políticas institucionales, los autores han autorizado la publicación de esta tesis en los repositorios institucionales de ambas universidades, permitiendo su consulta para fines académicos y de investigación. Esta autorización no implica la cesión de los derechos patrimoniales, los cuales permanecen bajo la titularidad de los autores.

Cualquier reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra, total o parcial, debe contar con la autorización expresa de los autores, salvo en los casos legalmente previstos para uso académico y sin fines comerciales.

## 9. REFERENCIAS

- Aranzamendez, G., James, D., & Toms, R. (2014). Finding antecedents of psychological safety: a step toward quality improvement. *Nursing Forum*, 50(3), 171-178. <https://doi.org/10.1111/nuf.12084>
- Birks, M., Chapman, Y., & Francis, K. (2008). Memoing in Qualitative Research. *Journal of Research in Nursing*, 13(1), 68–75.
- Brown, J., Lewis, L., Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T. R., & Kasperski, M. J. (2011). Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *Journal of Interprofessional Care*, 25(1), 4–10. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.497750>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis* (2nd ed.). Sage Publications.
- Chater, A., Rourke, J., Strasser, R., Couper, I., Reid, S. (2021). *Rural Medical Education Guidebook 2ed*. World Organization of Family Doctors (WONCA). Retrieved August 27, 2024, from <https://ruralwonca.org/wp-content/uploads/RMEG-2021.pdf>
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. Retrieved August 27, 2024, from [https://web.mit.edu/curhan/www/docs/Articles/15341\\_Readings/Group\\_Performance/Edmondson%20Psychological%20safety.pdf](https://web.mit.edu/curhan/www/docs/Articles/15341_Readings/Group_Performance/Edmondson%20Psychological%20safety.pdf)
- Edmondson, A. C., Higgins, M., Singer, S., & Weiner, J. (2016). Understanding Psychological Safety in Health Care and Education Organizations: A Comparative Perspective. *Research in Human Development*, 13(1), 65–83. <https://doi.org/10.1080/15427609.2016.1141280>

- Eppich, W., Olmos-Vega, F. M., & Watling, C. (2019). Grounded Theory Methodology: Key Principles. Springer EBooks, 127–133. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-26837-4\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-030-26837-4_18)
- Frazier, M. L., Fainshmidt, S., Klinger, R. L., Pezeshkan, A., & Vracheva, V. (2017). Psychological Safety: A Meta-Analytic Review and Extension. *Personnel Psychology*, 70(1), 113–165. <https://doi.org/10.1111/peps.12183>
- Grailey, K. E., Murray, E., Reader, T., & Brett, S. J. (2021). The Presence and Potential Impact of Psychological Safety in the Healthcare setting: an Evidence Synthesis. *BMC Health Services Research*, 21(1), 773. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06740-6>
- Gredler, M.E. (1997). *Learning and Instruction: Theory into Practice*, 3e. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Hardie, P., O'Donovan, R., Jarvis, S., & Redmond, C. (2022). Key tips to providing a psychologically safe learning environment in the clinical setting. *BMC Medical Education*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03892-9>
- Hepburn, S.-J., Syadani Riyad Fatema, Jones, R., Rice, K., Usher, K., & Williams, J. (2024). Preparedness for practice, competency and skill development and learning in rural and remote clinical placements: A scoping review of the perspective and experience of health students. *Advances in Health Sciences Education*. <https://doi.org/10.1007/s10459-024-10378-4>
- Lehmann, U., Dieleman, M., & Martineau, T. (2008). Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-19>

- Kim, S., Bochatay, N., Relyea-Chew, A., Buttrick, E., Amdahl, C., Kim, L., Frans, E., Mossanen, M., Khandekar, A., Fehr, R., & Lee, Y.-M. (2017). Individual, interpersonal, and organisational factors of healthcare conflict: A scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 31(3), 282–290. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1272558>
- McClintock, A. H., Fainstad, T., Blau, K., & Jauregui, J. (2023). Psychological safety in medical education: A scoping review and synthesis of the literature. *Medical Teacher*, 45(11), 1290–1299. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2023.2216863>
- MinSalud. (2022). Resolución 774 de 2022. “Por la cual se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud”. Retrieved August 27, 2024, from [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20774%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20774%20de%202022.pdf)
- Moya Peñafiel, Mervin José. (2014). Servicio Social Obligatorio en Colombia: Incertidumbre de los recién graduados en medicina. *Revista Médica de Risaralda*, 20(2), 114-120. Retrieved August 27, 2024, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0122-06672014000200008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672014000200008)
- Newman, A., Donohue, R., & Eva, N. (2017). Psychological safety: A systematic review of the literature. *Human Resource Management Review*, 27(3), 521–535. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2017.01.001>

- O'Donovan, R., & McAuliffe, E. (2020a). A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(4), 240–250. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa025>
- O'Donovan, R., & McAuliffe, E. (2020b). Exploring psychological safety in healthcare teams to inform the development of interventions: combining observational, survey and interview data. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05646-z>
- Ohta, Katsube, & Sano. (2023). Psychological safety and self-regulated learning through near-peer learning for the sustainability of rural community-based medical education: grounded theory approach. *Rural and Remote Health*. <https://doi.org/10.22605/rrh8488>
- O'Leary, D. F. (2016). Exploring the importance of team psychological safety in the development of two interprofessional teams. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 29–34. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1072142>
- Olmos-Vega, F. M., Stalmeijer, R. E., Varpio, L., & Kahlke, R. (2022). A Practical Guide to Reflexivity in Qualitative research: AMEE Guide no. 149. *Medical Teacher*, 45(149), 1–11. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2022.2057287>
- OPS. (1998). El servicio social de medicina en América Latina: Situación actual y perspectivas: informe de un taller regional. In *El servicio social de medicina en América Latina: Situación actual y perspectivas: informe de un taller regional* (pp. 45-45).
- Pérez-Larrazabal, J., Aranda Carmena, M., & Topa, G. (2015). Influencia de la cultura organizacional de las unidades de enfermería en la intención de permanencia y las conductas de ciudadanía: un estudio multimuestra [Influence of Nursing Units'

- Organizational Culture on intention to remain and citizenship beh...]. *Acción Psicológica*, 12(2), 59. <https://doi.org/10.5944/ap.12.2.15754>
- Ramírez de la Roche, O. F., Hamui Sutton, A., Reynaga Obregón, J., Varela Ruiz, M., Ponce de León, M. E., Díaz Villanueva, A., & Valverde Luna, I. (2012). Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social. *Perfiles educativos*, 34(138), 92-107. Retrieved August 27, 2024, from <https://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v34n138/v34n138a7.pdf>
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000072.pub3>
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: Effects on Professional Practice and Healthcare Outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002213.pub3>
- Remtulla, R., Hagana, A., Houbby, N., Ruparell, K., Aojula, N., Menon, A., Thavarajasingam, S. G., & Meyer, E. (2021). Exploring the barriers and facilitators of psychological safety in primary care teams: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06232-7>
- Stalmeijer, R. E., McNaughton, N., & Van Mook, W. N. K. A. (2014). Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Medical Teacher*, 36(11), 923–939. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.917165>

- Stalmeijer, R. E., Willem, Frank, & Varpio, L. (2025). Guiding medical trainees' workplace learning for interprofessional collaboration-Looking to physicians or seeing nurses? PubMed. <https://doi.org/10.1111/medu.15617>
- Urry, K., Chur-Hansen, A., & Scholz, B. (2024). From member checking to collaborative reflection: a novel way to use a familiar method for engaging participants in qualitative research. *Qualitative Research in Psychology*, 21(3), 1–18. <https://doi.org/10.1080/14780887.2024.2355972>
- Varpio, L., Ajjawi, R., Monrouxe, L. V., O'Brien, B. C., & Rees, C. E. (2017). Shedding the cobra effect: problematising thematic emergence, triangulation, saturation and member checking. *Medical Education*, 51(1), 40–50. <https://doi.org/10.1111/medu.13124>
- Watling, C. J., & Lingard, L. (2012). Grounded theory in medical education research: AMEE Guide No. 70. *Medical Teacher*, 34(10), 850–861. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2012.704439>
- Wang, W., Zhang, J., Mitchell, R., Nicholas, S., Maitland, E., Lu, J., & Liu, X. (2025). Psychological safety and primary care physicians' well-being, work conditions and guideline adherence behavior: a cross-sectional study in China. *Global Health Action*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2025.2484096>
- Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., & Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-247>

## **10. ANEXOS**

### **Anexo 1. Guía de Preguntas para Grupos Focales**

**Categorías de preguntas en una ruta de preguntas** (basado en Krueger & Casey 2015).

#### **Preguntas de apertura**

1. ¿Qué expectativas tenían al comenzar su Servicio Social Obligatorio (SSO)?
2. ¿Qué experiencias personales creen que influyeron en esas expectativas?
3. ¿Cómo describirían su entorno de trabajo y cuál es su rol dentro de ese sistema?

#### **Preguntas introductorias**

4. ¿Con qué equipos trabajan en el hospital donde están haciendo su SSO, y cómo se relacionan con ellos?
5. ¿Cómo fueron sus primeros contactos con el equipo de trabajo y los distintos actores en el hospital?
6. ¿Qué jerarquías de poder observan en su SSO y cómo afectan su trabajo en equipo?

#### **Preguntas de transición**

7. ¿En qué situaciones se han sentido con la libertad de proponer ideas, hacer preguntas o pedir ayuda?
8. ¿Bajo qué circunstancias se han sentido juzgados por sus compañeros en el SSO?
9. ¿Cómo manejan las situaciones en las que su forma de trabajar es diferente a las normas del equipo?

10. ¿De qué forma reciben apoyo por sus compañeros de trabajo?

11. ¿Qué oportunidades de aprendizaje han encontrado al tener contacto con otros profesionales en el equipo, especialmente aquellos con enfoques diferentes?

### **Preguntas clave**

12. ¿Cómo la colaboración en este equipo de trabajo ha influenciado en su desarrollo como médico?

a. Pregunta de profundización: ¿Qué impacto tiene en el médico que son o desean ser?

13. ¿De qué forma sus metas personales se encuentran alineadas con las metas del hospital o el equipo donde se encuentran trabajando?

14. Reflexionando sobre su experiencia, ¿qué consejo le darían a otros médicos rurales que están por unirse a un nuevo equipo de atención médica? ¿Qué creen que les ayudaría?

### **Preguntas de cierre**

15. ¿Hay algo que no hemos mencionado y que creen que deberíamos haber discutido?

## **Anexo 2. Guía de Preguntas para Entrevistas Semi-Estructuradas**

**Categorías de preguntas en una ruta de preguntas** (basado en Krueger & Casey 2015).

### **Preguntas Introductorias**

1. ¿Cómo describirías el ambiente de trabajo durante tu SSO? ¿Con quiénes interactuabas más frecuentemente?
2. ¿Qué roles desempeñaste formal e informalmente durante tu SSO? ¿Cómo cambiaron a lo largo del tiempo?

### **Preguntas de Transición**

3. ¿Podrías contarme una situación en la que sentiste que podías ser tú mismo/a en el lugar donde trabajabas? ¿Qué lo permitió?
4. ¿Recuerdas una ocasión donde te sentiste juzgado o inseguro para pedir ayuda o admitir un error? ¿Qué consecuencias tuvo?
5. ¿Qué personas o grupos (del hospital o de fuera) fueron un apoyo importante para ti? ¿Cómo lo hicieron?

### **Preguntas Clave**

6. ¿Hubo momentos en los que sentiste que aprendías más o mejor? ¿Qué lo facilitó?
7. ¿Cómo te preparabas para enfrentar situaciones difíciles o decisiones clínicas sin supervisión académica?
8. ¿Recuerdas alguna experiencia de guianza de otro médico o personal del SSO que te haya marcado? ¿Qué aprendiste de ella?

9. ¿Te tocó alguna vez guiar o apoyar a otro médico o personal del SSO? ¿Cómo viviste esa experiencia?
10. ¿Hubo momentos donde sentiste tensión o conflicto con personal del SSO por diferencias en cómo se hacían las cosas? ¿Qué hiciste?
11. ¿Hubo un momento en el que decidiste dejar de insistir, proponer o exigir algo? ¿Qué te llevó a tomar esa decisión?
12. ¿Cómo imaginabas que sería tu año rural antes de empezarlo? ¿Qué cambió?
13. ¿Hubo un momento en el que sentiste que “ya hacías parte” del equipo dentro del SSO? ¿Cómo llegaste ahí?
14. ¿Alguna vez te sentiste como una figura clave dentro del SSO? ¿Cómo impactó eso tu forma de verte como médico?

### **Preguntas de Cierre**

15. Teniendo en cuenta todo lo que hemos hablado ¿Qué tanto crees que la forma en la que actuaste, decidiste o te relacionaste ante el distinto personal del SSO influyó en tu desempeño general a lo largo del mismo?
16. ¿En qué medida sientes que esta experiencia del SSO cambió tu forma de actuar, decidir o relacionarte como profesional?

### **Anexo 3. Documento de Consentimiento Informado**

## **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

### **“SEGURIDAD PSICOLÓGICA DE LOS MÉDICOS RURALES EN COLOMBIA: PERCEPCIÓN, FACTORES E INFLUENCIA EN EL APRENDIZAJE EN EL SITIO DE TRABAJO”**

Este documento de consentimiento informado está dirigido a médicos que participan en el servicio social obligatorio y a médicos generales que lo han cursado recientemente. Por favor, lea cuidadosamente la información que a continuación se describe sobre el estudio de investigación. Siéntase en completa libertad de preguntar al personal del estudio todo aquello que no entienda. Una vez haya comprendido la información, se le preguntará si desea participar del estudio. En caso afirmativo, deberá firmar este documento y recibirá una copia; en caso negativo, su información no será tenida en cuenta para la realización del estudio. Recuerde que su participación es voluntaria y en cualquier momento podrá retirarse y retirar sus datos del proyecto si así lo desea.

### **INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Si en algún momento desea obtener información adicional sobre el estudio, puede contactar a:

Investigadores:

- Investigador Principal: Francisco Manuel Olmos Vega - Cargo/profesión: Médico Anestesiólogo, Doctor en Educación para Profesionales de la Salud, Profesor Asistente

Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá, Colombia – Correo electrónico: [francisco-olmos@urosario.edu.co](mailto:francisco-olmos@urosario.edu.co)

- Co-Investigador: Cristian Felipe Espinel Pachón - Cargo/profesión: Médico Internista, estudiante de la maestría en Educación para Profesionales de la Salud – Celular: 350594408 – Correo electrónico: [cristian.espinel@urosario.edu.co](mailto:cristian.espinel@urosario.edu.co)
- Co-Investigador: Germán José Medina-Rincón, Cargo/profesión: Residente de Anestesiología, estudiante de la maestría en Educación para Profesionales de la Salud — Celular: +1 5077358214 e-mail: [germanj.medina@urosario.edu.co](mailto:germanj.medina@urosario.edu.co)
- Co-Investigador: Juan Felipe Solano Rodríguez. Cargo/profesión: Médico general, estudiante de la maestría en Educación para Profesionales de la Salud — Celular: 3134431809 e-mail: [juanf.solano@urosario.edu.co](mailto:juanf.solano@urosario.edu.co)

### **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO:**

Este proyecto busca comprender cómo los médicos que trabajan en zonas rurales de Colombia experimentan la seguridad psicológica en sus entornos de trabajo. Queremos saber cómo se sienten respecto a su bienestar emocional y profesional, y cómo esas sensaciones influyen en su proceso de aprendizaje y desarrollo. Para esto, estamos llevando a cabo grupos focales virtuales con médicos rurales y médicos generales, además de entrevistas semiestructuradas también virtuales, para escuchar directamente sus experiencias y preocupaciones. Identificar estos factores contribuirá al diseño y promoción de entornos laborales que favorezcan la seguridad psicológica, alineados con el desarrollo continuo de competencias profesionales.

## **OBJETIVO DEL ESTUDIO**

El objetivo es identificar si los médicos del servicio social obligatorio se sienten emocionalmente seguros en sus trabajos para aprender y desarrollarse. Queremos descubrir si la falta de apoyo o ciertas dificultades en sus entornos les afectan, y qué se puede hacer para que estos profesionales sientan que tienen un espacio donde crecer y mejorar, sin temores ni presiones innecesarias.

## **¿POR QUÉ FUE USTED ELEGIDO PARA PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?**

Usted cumple con los criterios de inclusión para participar en este estudio, ya que es médico que trabaja en el Servicio Social Obligatorio o un médico general que lo ha cursado recientemente y se desempeña en un hospital con plazas habilitadas para dicho servicio. No presenta criterios de exclusión, como desempeñarse en hospitales de fuerzas armadas, plazas rurales de investigación, o ejercer otra profesión en el ámbito de la salud distinta a la medicina.

## **¿CÓMO SERÁ SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO?**

Dependiendo de su modalidad de participación, usted podrá formar parte de:

1. Un grupo focal con médicos rurales, que se llevará a cabo a través de una plataforma de videoconferencia con una duración aproximada de 2-3 horas.
2. Un grupo focal virtual con médicos generales, que se llevará a cabo a través de una plataforma de videoconferencia con una duración aproximada de 2-3 horas.
3. Entrevistas semiestructuradas, que se llevará a cabo a través de una plataforma de videoconferencia en la que se le harán preguntas relacionadas con su experiencia laboral y percepción sobre la seguridad psicológica en su entorno de trabajo, con una duración aproximada de 1 hora.

Autorizo a los investigadores del estudio “ <b>Seguridad psicológica de los médicos rurales en Colombia: Percepción, factores e influencia en el aprendizaje en el sitio de trabajo.</b> ”:	<b>Acepto</b>	<b>No acepto</b>
Participar de manera voluntaria y libre en este estudio para los fines explicados en este documento de consentimiento informado.		
Llevar a cabo los procedimientos detallados en este documento, esenciales para la ejecución de la investigación.		
Que sus datos personales sean manejados de acuerdo con la ley de protección de datos para los propósitos de esta investigación.		
Que la información que proporcione, una vez anonimizada, pueda ser divulgada en una revista científica, póster o presentación en congreso.		
Que las entrevistas que se realicen puedan ser grabadas para su correcta transcripción.		

## **BENEFICIOS**

La participación en este estudio no implica beneficios directos inmediatos para usted como individuo. Sin embargo, a mediano y largo plazo, los resultados de la investigación podrían generar mejoras en su entorno laboral. Al comprender mejor cómo la seguridad psicológica influye en el aprendizaje de los médicos rurales y generales, es posible que se promuevan cambios en políticas y prácticas dentro de los hospitales y centros de salud rurales, lo que podría llevar a un ambiente de trabajo más seguro y favorable para su desarrollo profesional.

## **RIESGOS:**

El riesgo de daño social puede manifestarse a través de un impacto negativo en el entorno social o las relaciones interpersonales de los médicos rurales, lo que potencialmente podría derivar en estigmatización, pérdida de respeto o daño a su reputación. Este riesgo se acentúa al divulgar información sensible o privada que pueda identificar a los participantes o a las instituciones involucradas. Para mitigar este riesgo en nuestra investigación, nos adherimos al principio ético de no maleficencia, aplicando medidas para salvaguardar la privacidad y confidencialidad de los datos.

Los datos se almacenarán en una plataforma segura, donde a cada participante se le asignará un código único, garantizando que las transcripciones y el análisis de información no incluyan identificadores personales. De esta manera, se asegura que la información proporcionada por los médicos permanezca anónima durante todo el proceso de investigación, protegiendo tanto su reputación como la de las instituciones que participan en el estudio. Todos los datos recolectados serán anonimizados para proteger la identidad de los participantes. Esto implica la eliminación de cualquier información en las transcripciones que pueda identificar

directamente a los participantes, como nombres, direcciones de correo electrónico, o cualquier otro dato personal. Los mismos investigadores que participaron en los grupos focales y entrevistas semiestructuradas, pero que no tenían relación alguna con los participantes antes de las reuniones, serán los únicos que podrán acceder al material audiovisual y deberán anonimizar debidamente las transcripciones antes de compartirlas con el resto del equipo de investigación.

Respecto al riesgo de coacción, reconocemos que en el contexto rural, las relaciones jerárquicas o de subordinación pueden influir en la percepción de los participantes sobre su libertad para colaborar en el estudio. Para salvaguardar la autonomía y asegurar la voluntariedad de la participación, se empleará el presente consentimiento informado claro y detallado. En las reuniones de los grupos focales y entrevistas semiestructuradas no asistirán investigadores que tengan alguna relación con los participantes con el fin de garantizar la protección continua y transversal de su identidad a lo largo del proceso de investigación.

Dado que este estudio involucra la exploración de temas potencialmente sensibles relacionados con la seguridad psicológica en el entorno de trabajo de médicos rurales, es fundamental contar con una estrategia de apoyo psicológico para garantizar el bienestar de los participantes. Esta estrategia estará disponible para aquellos que experimenten angustia emocional o cualquier necesidad de apoyo psicológico durante su participación en el estudio. En caso de que se detecte la necesidad de apoyo psicológico, se ofrecerán las siguientes opciones a los participantes, de acuerdo con sus preferencias y situación:

- ✓ *Solicitud de Atención por Psicología o Psiquiatría a través de la EPS o Medicina Prepagada del Participante:* Se orientará al participante sobre cómo solicitar una cita de atención psicológica

o psiquiátrica a través de su Entidad Promotora de Salud (EPS) o plan de medicina prepagada.

- ✓ *Activación de ruta de Atención Distrital Línea 106 “El poder de ser escuchado”*: Se brindará información al participante sobre el contacto de esta línea de ayuda, intervención psicosocial y/o soporte en crisis no presencial, atendido por un equipo de profesionales en psicología que brindan un espacio de escucha, orientación y apoyo emocional a la ciudadanía de cualquier edad para que compartan todo tipo de situaciones que pueden presentarse en su cotidianidad. Es un servicio de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá que a través de sus canales de contacto promueve la salud mental, e identifica, previene, interviene y canaliza hacia los servicios de atención los eventos de riesgo para la salud mental.

## **COSTOS**

La participación en este estudio no implicará ningún costo para usted. Todas las actividades, entrevistas o procedimientos relacionados con la investigación serán cubiertos por el equipo de investigación. No se le solicitará ningún pago por participar ni por el uso de los recursos necesarios para la recolección de datos.

## **MANEJO DE LOS DATOS PERSONALES Y LOS DATOS DE INVESTIGACIÓN**

Los datos personales de los médicos rurales participantes en este estudio serán tratados conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y en la Política de Tratamiento de Datos

Personales de la Universidad del Rosario, garantizando que los mismos sean recolectados y procesados exclusivamente con fines de investigación. Para proteger la confidencialidad de los participantes, se eliminarán sus nombres de los registros de entrevistas y se les asignará un número de identificación único conocido únicamente por los investigadores.

Los datos recolectados obtenidos tanto de los grupos focales como de las entrevistas semiestructuradas a través de las transcripciones serán almacenados en una carpeta compartida creada en la nube digital *OneDrive*®, a la cual únicamente tendrán acceso restringido los 4 investigadores encargados del estudio a través de la vinculación de sus correos institucionales de la Universidad del Rosario ([urosario@edu.co](mailto:urosario@edu.co)), una vez ya estén debidamente anonimizadas y desidentificadas.

Las grabaciones audiovisuales sólo estarán disponibles para los investigadores que participaron bien sea en el grupo focal o en las entrevistas semiestructuradas y que realizaron las transcripciones. Dicha información se almacenará en los computadores personales de los investigadores responsables, los cuales sólo pueden accederse por clave. Se implementarán medidas de seguridad, como el cifrado de datos, para prevenir cualquier posible filtración de información. Se realizarán copias de seguridad regulares para evitar la pérdida de datos y garantizar su integridad.

En este estudio, utilizaremos el software Quirkos para el análisis de los datos cualitativos. A cada participante se le asignará un código único, y las transcripciones de las entrevistas se referenciarán únicamente con este código, eliminando cualquier identificador que pueda vincular directamente al participante con sus respuestas. De esta forma, se garantiza que toda la información proporcionada por los médicos se mantenga confidencial y anónima durante todo el proceso de investigación, así como una vez finalizado.

El acceso a los datos estará restringido exclusivamente a los investigadores principales, quienes tendrán el control de una contraseña robusta para el uso de Quirkos, la cual estará protegida siguiendo los estándares de seguridad más estrictos. La información recopilada será utilizada únicamente para los fines del estudio y se almacenará de manera segura en la plataforma de Quirkos, en cumplimiento con las políticas de gestión de datos de investigación de la Universidad del Rosario, por un periodo de cinco años.

Los resultados del estudio serán compartidos con los participantes y las partes interesadas, y el equipo de investigación estará disponible para atender cualquier situación imprevista o inquietud que surja durante el curso del estudio.

### **¿CÓMO SE REALIZARÁ LA DIVULGACIÓN DE RESULTADOS?**

Los resultados de este estudio se divulgarán al concluir la investigación mediante diferentes canales, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Los hallazgos serán presentados ante un comité evaluador como parte de la disertación del proyecto de grado, donde se expondrán los objetivos, la metodología, los resultados y las conclusiones de la investigación. Además, se compartirán en conferencias científicas, permitiendo el intercambio de ideas y el debate con otros profesionales del campo. Asimismo, se publicarán de manera anónima en revistas científicas indexadas y repositorios institucionales, contribuyendo al conocimiento sobre la seguridad psicológica en el ámbito rural.

### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. En cualquier momento, usted puede decidir retirarse del proyecto sin que esto afecte su relación con los investigadores,

instituciones, o cualquier otro profesional relacionado con el estudio. Si decide retirarse, los datos que haya proporcionado hasta ese momento se manejarán de acuerdo con su preferencia: pueden ser eliminados de forma definitiva o, si usted lo autoriza, pueden ser utilizados de manera anónima para contribuir a los resultados generales del estudio.

### **ACEPTACIÓN PARA PARTICIPAR**

Por medio del presente expreso que he leído o me ha sido leído completamente el documento de consentimiento informado, se me han aclarado las dudas y acepto participar voluntariamente en la investigación. Entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte de ninguna manera mi cuidado médico o mi relación con el equipo investigador.

### **ESPACIO PARA FIRMAS**

***Participante:***

**Firma/Huella:**

**Nombre:**

**Tipo de documento:** CC ( ) Otro ( ) Cuál: \_\_\_\_\_

**Documento Identidad:**

**Fecha firma (dd/mm/aaaa)**

**Testigo 1:****Firma/Huella:****Nombre:****Tipo de documento:** CC ( ) Otro ( ) Cuál: \_\_\_\_\_**Documento Identidad:****Fecha firma (dd/mm/aaaa):****Relación del testigo con el participante del estudio:-----** \_\_\_\_\_**ESPACIO RESERVADO PARA EL INVESTIGADOR**

Como Investigador principal del Proyecto de Investigación: Cristian Felipe Espinel Pachón, me comprometo a guardar la identidad de \_\_\_\_\_ como participante. Acepto su derecho a conocer los resultados de todas las encuestas y cuestionarios realizados, y a retirarse del estudio a su voluntad en cualquier momento. Me comprometo a manejar los resultados de esta evaluación de acuerdo con las normas aplicables para la realización de esta investigación, tales como la Resolución 8430 de 1993 sobre normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; la Resolución 2378 de 2008 que establece las directrices para la ética en investigación; la Ley 1581 de 2012 para la protección de datos personales; la Declaración de Helsinki Fortaleza, Brasil 2013 sobre principios éticos para la investigación médica con seres humanos; y la Ley 23 de 1981 sobre el Código de Ética Médica en Colombia.

**Firma****Nombre:****Tipo de documento:** CC ( ) Otro ( ) Cuál: \_\_\_\_\_**Documento Identidad:****Fecha firma (dd/mm/aaaa):****ESPACIO RESERVADO PARA FIRMA Y CLICHÉ DEL CEI-UR**

--