



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

TEMA:

**Políticas públicas para la gestión de factores de riesgo psicosocial en médicos
rurales: revisión bibliográfica y análisis comparativo entre Ecuador,
Colombia, Perú y México**

AUTOR:

Dr. Jordan Andrés Tobar Domenech

Previo a la obtención del grado Académico de:

MAGISTER EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TUTORA:

Psi. Alexandra Galarza Colamarco, Mgs.

GUAYAQUIL, ECUADOR

2026



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

CERTIFICACION

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Médico, **Jordan Andrés Tobar Domenech**, como requerimiento parcial para la obtención del grado Académico de Magister en Seguridad y Salud en el trabajo

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Psic. Alexandra Galarza Colamarco, Mgs.

REVISORA

Lic. Andrea Ocaña Ocaña, Ph.D.

DIRECTOR DEL PROGRAMA

Dr. Ricardo Loaiza Cucalón, Mgs.

Guayaquil, a los 19 días del mes de octubre de 2026



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Tobar Domenech Jordan Andrés

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **Políticas públicas para la gestión de factores de riesgo psicosocial en médicos rurales: revisión bibliográfica y análisis comparativo entre Ecuador, Colombia, Perú y México**, previa a la obtención del **Grado académico de Magister en Seguridad y Salud en el Trabajo**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Estudio de Caso del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 19 días del mes de octubre de 2026

EL AUTOR (A)



Jordan Andres
Tobar Domenech



f. _____

Tobar Domenech, Jordan Andrés



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

AUTORIZACIÓN

Yo, Tobar Domenech Jordan Andrés

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Proyecto de Investigación del Magister en Seguridad y Salud en el Trabajo titulada: **“Políticas públicas para la gestión de factores de riesgo psicosocial en médicos rurales: revisión bibliográfica y análisis comparativo entre Ecuador, Colombia, Perú y México”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 19 días del mes de octubre de 2026

EL AUTOR (A)



Jordan Andres
Tobar Domenech



f. _____

Tobar Domenech, Jordan Andrés



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

INFORME DE COMPILATIO



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA GESTIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN MÉDICOS RURALES
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE ECUADOR, COLOMBIA, PERÚ Y MÉXICO

ID : a558925a7309f807a096ae5ac028424855523be6



8%

Textos
sospechosos

Nombre del fichero : Políticas públicas para la gestión de riesgos
psicosociales en médicos rurales final.txt
Tamaño del archivo original : 90,72 kB
Número de palabras : 12.162

Depositante : Jordan Andres Tobar Domenech
Autor : Jordan Andres Tobar Domenech
Fecha de depósito : 19 de octubre de 2026
Tipo de carga : url_submission
fecha de fin de análisis : 19 de octubre de 2026

TEMA: Políticas públicas para la gestión de factores de riesgo psicosocial en médicos rurales: revisión bibliográfica y análisis comparativo entre Ecuador, Colombia, Perú y México

MAESTRANTE: Tobar Domenech Jordan Andrés

MAESTRIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN E TRABAJO, IV COHORTE

ELABORADO POR: Psic. Alexandra Galarza Colamarco, Mgs.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios, por guiar cada paso de mi camino con su infinita sabiduría y permitirme culminar otra importante etapa de mi vida. A mis padres, Dr. Leonardo Tobar Romero y Dra. María Domenech Rodríguez, por ser mi pilar fundamental, por su amor incondicional, sacrificio y dedicación, que han sido esenciales en mi formación personal y profesional. A mis hermanos, Andrea Tobar Domenech y Christian Tobar Domenech, por su apoyo constante y confianza en mí. A mi esposa, Chenoa Yepez Meza, por compartir mis sueños y desafíos, por su amor, paciencia y fe inquebrantable en mis capacidades y A mis abuelos, quienes desde el cielo continúan acompañándome con su amor eterno, dedico también este logro, con la certeza de que su recuerdo permanece vivo en cada paso que doy. A mi familia y amigos, por su compañía, sus palabras de aliento y por formar parte de este camino.

A mis profesores, docentes y maestros, por contribuir con vocación y compromiso a mi formación académica y profesional, transmitiéndome conocimientos, valores y enseñanzas que llevaré conmigo a lo largo de mi ejercicio profesional. Cada experiencia compartida ha sido fundamental para mi crecimiento y para alcanzar esta meta. Hoy, al culminar esta etapa de posgrado, reconozco que este logro es también el reflejo del amor, el esfuerzo y la inspiración de quienes me han acompañado durante este recorrido. Como expresa la célebre frase: «Si he logrado ver más lejos, ha sido porque he subido a hombros de gigantes». A todos ustedes, que han sido parte esencial de mi aprendizaje, dedico este logro con profundo cariño y reconocimiento.

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y fortaleza, sostenerme en los momentos difíciles y concederme la perseverancia necesaria para alcanzar esta meta.

A mis padres, Leonardo y María, por ser el fundamento de mi formación, por sus sacrificios, enseñanzas y amor incondicional. A ellos dedico este logro, que también es fruto de sus esfuerzos y de los valores que han guiado mi vida.

A mis hermanos, Andrea y Christian, por su compañía, apoyo incondicional y por compartir conmigo cada desafío y alegría de este camino.

A mi amada Chenoa, por ser compañera de vida, por su comprensión, fortaleza y confianza, y por acompañarme con amor en cada desafío. Su presencia ha sido una fuente constante de motivación y un recordatorio del valor de perseverar en la consecución de nuestros sueños.

A mi futuro hijo, cuya llegada representa una de las más grandes esperanzas de mi vida y una nueva razón para continuar creciendo, tanto en lo personal como en lo profesional. Dedico también a él este logro, con el anhelo de que algún día encuentre en mi ejemplo una inspiración para perseguir sus propios ideales con honestidad, humildad y perseverancia, y comprenda que el conocimiento, la vocación y el esfuerzo adquieren su mayor significado cuando se ponen al servicio de los demás.

A mis abuelos, que desde el cielo me acompañan con su amor eterno y a cada persona que, de alguna forma dejó una huella en este camino.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	X
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 Contextualización del problema.....	3
1.2 Situación problemática	5
1.3 Formulación del problema	6
1.4 Pregunta de investigación.....	6
1.5 Objetivo general	6
1.6 Objetivos específicos.....	7
1.7 Justificación.....	7
1.8 Alcance y delimitaciones.....	8
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL Y LEGAL	9
2.1 Políticas públicas en salud.....	9
2.2 Salud ocupacional y seguridad y salud en el trabajo	10
2.3 Factores de riesgo psicosocial laboral	11
2.4 Modelos explicativos de riesgo psicosocial	12
2.5 Condiciones laborales y ejercicio médico rural.....	14
2.6 Gestión institucional de los riesgos psicosociales	15
2.7 Marco internacional y regional	16
2.8 Marco legal de Ecuador	17
2.9 Marco legal de Colombia	19
2.10 Marco legal de Perú.....	20
2.11 Marco legal de México.....	21
2.12 Categorías y Subcategorías de análisis.....	22

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	23
3.1 Enfoque, tipo y alcance de la investigación	23
3.2 Técnicas e instrumento de recolección y análisis.....	24
3.3 Fuentes de información y estrategia de búsqueda	24
3.4 Criterios de inclusión	25
3.5 Criterios de exclusión.....	26
3.6 Conformación de la base documental	26
3.7 Valoración de calidad, pertinencia y utilidad documental	27
3.8 Procedimiento de análisis.....	28
3.9 Consideraciones éticas	29
3.10 Limitaciones metodológicas	29
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	30
4.1 Características de la base documental	30
4.2 Factores de riesgo psicosocial y condiciones laborales identificadas.	30
4.3 Políticas y marcos normativos.....	35
4.8 Vacíos principales identificados	36
CAPÍTULO V. ANÁLISIS COMPARATIVO.....	39
5.1 Criterios comunes de comparación	39
Regulación	40
Brecha principal	42
5.4 Brechas del contexto ecuatoriano.....	42
5.5 Elementos comparables relevantes para Ecuador	43
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN.....	43
6.1 Interpretación de los factores y condiciones laborales identificados.....	43
6.2 Protección general, especificidad rural y articulación normativa.....	44
6.3 comparación regional e implicaciones para Ecuador	44

6.4 Tensiones entre regulación, experiencias e implementación.....	45
6.5 ALCANCE Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	46
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
Referencias	49
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	53
C.C. 0923975940.....	53

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Categorías de análisis de la investigación	23
Tabla 2 Conformación de base documental	28
Tabla 3 Síntesis temática de factores y condiciones laborales	33
Tabla 4 Vacíos críticos identificados.....	38
Tabla 5 Matriz comparativa de políticas y marcos normativos.....	40

RESUMEN

El trabajo analizó comparativamente las políticas públicas y los marcos normativos relacionados con la gestión de los factores de riesgo psicosociales en médicos rurales de Ecuador, Colombia, Perú y México. Se desarrolló mediante un enfoque cualitativo, documental, descriptivo y comparativo, sustentado en la revisión bibliográfica y análisis de contenido. La base documental correspondientes a 83 fuentes únicas. De los registros conservados, 81 fueron verificados, dos mantuvieron una verificación parcial y dos quedaron pendientes de confirmación mediante fuente primaria. Asimismo, 35 registros fueron clasificados como evidencia directa y 50 como evidencia indirecta. El análisis mostró que los cuatro países cuentan con disposiciones generales en materia de seguridad y salud en el trabajo, factores de riesgo psicosocial o condiciones del entorno organizacional, además de normas destinadas a regular sus respectivos programas de servicio social. Las fuentes directas concentraron los hallazgos en aspectos concretos del trabajo rural: carga y distribución de tareas, recursos disponibles, aislamiento, responsabilidad profesional, apoyo institucional, seguridad, reconocimiento e inducción. Cada país tiene un soporte normativo diferente. En Colombia y México existen instrumentos generales sobre riesgo psicosocial; Perú ha incorporado, un marco de seguridad y salud en el trabajo junto con instrumentos institucionales de prevención. Ecuador presenta la dificultad de conectar elementos que existen por separado: la regulación general de seguridad y salud en el trabajo, la administración del año de salud rural, los mecanismos de vigilancia y las responsabilidades de las instituciones que se encuentran involucradas. La regulación existente ofrece una base formal de protección, pero poca especificidad sobre las condiciones del médico rural, dejando escasa evidencia publicada sobre su aplicación y seguimiento.

Palabras clave: políticas públicas; factores de riesgo psicosocial; seguridad y salud en el trabajo; marcos normativos.

INTRODUCCIÓN

Un desafío para los sistemas de salud es la presencia de médicos en territorios rurales. Las instituciones puedan sostener la atención en comunidades alejadas, con recursos limitados o de difícil acceso. Ecuador, Colombia, Perú y México han utilizado modalidades diferentes de servicio rural, social u obligatorio para responder a esta necesidad. Estas medidas favorecen la distribución territorial del talento humano, pero sitúan a los profesionales en entornos laborales que se diferencian respecto de los centros urbanos o de mayor complejidad.

El propósito de esta investigación es el análisis de las condiciones de trabajo que pueden generar exposición a factores de riesgo psicosocial y, especialmente, a la manera en que las políticas públicas y los marcos normativos las reconocen y gestionan. Desde esa perspectiva el interés se relaciona con la organización del trabajo, las responsabilidades institucionales y los mecanismos previstos para prevenir, evaluar, intervenir y vigilar esos riesgos. No hay interés por calcular el número de médicos rurales presentan estrés, burnout, depresión o ansiedad. Estos aspectos aparecen en parte de la literatura revisada, pero aquí cumplen una función contextual y no constituyen el resultado principal del estudio.

Este enfoque busca la prevención exponiendo la atención desde la capacidad individual de la profesión hacia las condiciones en las que se desarrolla el trabajo. La Organización Mundial de la Salud, (2022) y la Organización Internacional del Trabajo, (2022) han planteado la necesidad de intervenir sobre el entorno organizacional, controlar cargas laborales excesivas, promover la participación de los trabajadores e integrar la salud mental en los sistemas de seguridad y salud en el trabajo. Desde esta perspectiva, la exposición psicosocial no puede analizarse únicamente como una cuestión de afrontamiento individual.

La revisión inicial permitió reconocer dos ámbitos normativos que convergen sobre los médicos rurales. El primer corresponde a las disposiciones generales de seguridad y salud en el trabajo y a los instrumentos relacionados con riesgos psicosociales. El segundo regula modalidades mediante las cuales se organiza el servicio médico rural o social en cada país. La coexistencia de ambos campos no garantiza que estén articulados. Una norma puede establecer obligaciones generales de prevención y otra regular plazas, duración, responsabilidades o procedimientos del servicio sin que exista necesariamente una ruta específica que conecte ambas dimensiones.

Esta posible desconexión constituye el eje del problema investigado, Ecuador ocupa la posición central del análisis porque dispone, por una parte, de un marco reciente de seguridad y salud en el trabajo y de instrumentos institucionales relacionados con riesgos psicosociales y, por otra parte, de una regulación propia para el año de salud rural.

Colombia, Perú y México organizan modalidades obligatorias de servicio social médico, aunque bajo normativas diferentes que funcionan como referentes. Su incorporación permite observar contraste frente al caso ecuatoriano, además de reconocer vacíos que adquieren relevancia cuando se articula con la protección psicosocial con el servicio rural. Desde lo metodológico el presente estudio adopta un enfoque cualitativo, documental y descriptivo-comparativo.

Para examinar y ordenar la revisión bibliográfica se utilizó una matriz de extracción y clasificación, mientras que PRISMA 2020 (Page, y otros, 2021) sirvió como referencia para transparentar el proceso de selección documental; esto no convierte al trabajo en una revisión sistemática formal. La base reunió 85 registros y, después del control de duplicados, correspondieron a 83 fuentes únicas. En cuanto a la verificación, 81 registros fueron confirmados, dos conservaron una condición parcial y otros dos quedaron pendientes de comprobación mediante una fuente primaria.

La documentación establecida se clasificó según su relación directa o indirecta con el objeto de estudio y su función dentro del análisis. Abarcar la mayor cantidad de fuentes (200) no fue posibles, por lo que se reconoce como una delimitación metodológica que se compensa mediante la incorporación de documentos con menor pertinencia o verificabilidad.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Contextualización del problema

La atención médica se garantiza en varios sectores, a través de los procesos de formación, distribución y permanencia del talento humano en salud. Los programas de servicio social constituyen una de las estrategias que se utilizan para responder a la concentración de profesionales en zonas urbanas. La Organización mundial de la salud (2010) señala que, para mejorar la disponibilidad de personal sanitario en áreas rurales, se requiere reunir medidas educativas y regulatorias con incentivos y apoyo profesional. Sin embargo, asignar un médico a una plaza rural no garantiza que las condiciones laborales propias de ese entorno hayan sido adecuadamente identificadas y gestionadas.

El trabajo de un médico rural puede reunir ciertos criterios como las responsabilidades asistenciales, administrativas y comunitarias. A estas funciones se añaden, en algunas de las fuentes revisadas, dificultades vinculadas con recursos, transporte, comunicación, referencia de pacientes y apoyo institucional. Las condiciones no pueden ser uniformes, varían entre establecimientos y contextos, de modo que no es posible extenderlas a todos los médicos rurales, pero sí constituyen elementos documentados que deben ser examinados desde la organización del trabajo y la prevención de riesgos psicosociales.

En Ecuador, Cavender & Albán (1998) e Izquierdo Condoy, et. al. (2023) descubrieron aspectos relacionados con la preparación previa, la inducción, las expectativas

profesionales y las condiciones experimentadas durante el servicio. El estudio más reciente encontró asociaciones entre una orientación académica e inducciones insuficientes, experiencias negativas durante el año rural y mayor insatisfacción laboral. Estos resultados evidencian condiciones institucionales pertinentes para el análisis preventivo.

Estas situaciones desarrolladas bajo estructuras jurídicas e institucionales distintas han sido documentadas en otros países. En Perú Bendezu-Quispe, Mari-Huarache, Taype-Rondan, Mejia, & Inga-Berrosapi (2020) observaron que existe un deterioro en la percepción de los médicos respecto del trabajo en el primer nivel de atención después de iniciar el SERUMS. Con estos resultados, los autores plantearon la necesidad de combinar incentivos económicos y no económicos, además de considerar la influencia de una formación profesional orientada hacia el ámbito hospitalario. Otros estudios han descrito accidentes laborales, limitaciones de recursos y dificultades vinculadas con el apoyo institucional (Mejía-Álvarez, et. al. (2017).

En México Ramírez de la Roche, et. al. (2012) identificaron una particular tensión entre la dimensión laboral y la formativa del servicio social. Según estos autores, los pasantes no son considerados trabajadores, aunque asumían obligaciones y responsabilidades propias de un médico general dentro de condiciones precarias. Este tipo de situaciones obliga a ampliar el análisis: un programa destinado a cubrir plazas de servicio médico no es suficiente; también se necesita examinar las condiciones en qué se desarrolla, la protección aplicable a quienes participan en él y la manera en que se integran las obligaciones preventivas propias de la seguridad y salud en el trabajo.

Desde esta perspectiva, el problema se centra en la posible falta de articulación entre los ámbitos regulatorios que persiguen diferentes resultados, pero que se reúnen sobre una misma población profesional. Las normas de seguridad y salud en el trabajo permiten definir las responsabilidades, reconocen los factores de riesgo psicosocial y, de acuerdo con el país,

incorporan instrumentos para la identificación, evaluación y control. Por otra parte, las disposiciones que organizan el servicio rural, regulan plazas, duración, jornada, supervisión, requisitos, derechos y deberes.

1.2 Situación problemática

La revisión documental logró identificar las disposiciones generales relacionadas con la prevención y gestión de factores de riesgo psicosocial entre los países del estudio. En la bibliografía revisada no fue posible encontrar evidencia suficiente y verificable sobre una política integral específica que esté orientada a regular estas disposiciones en médicos de servicio rural.

No existe una evidencia documental que pueda confirmar la carencia de protección jurídica o acciones preventivas en médicos rurales. Existen normas generales de seguridad y salud en el trabajo y disposiciones institucionales que aseguran la protección. El problema reside en que no fue posible reconstruir de manera pública y trazable, una ruta específica que vincule la identificación de riesgos, la evaluación, la intervención, la vigilancia y el seguimiento de las condiciones propias del ejercicio de medicatura rural.

Esta falta de articulación dificulta la distribución de responsabilidades institucionales, las condiciones en que deben aplicarse los instrumentos de evaluación y los mecanismos que permiten actuar frente a los riesgos detectados en establecimientos con recursos o personal limitados. La dificultad mayor se presenta cuando estos profesionales están bajo modalidades laborales o formativas diferentes y permanecen en las plazas durante periodos determinados.

Los programas no son equivalentes desde el aspecto jurídico. El año de salud rural ecuatoriano, el Servicio Social Obligatorio colombiano, el SERUMS peruano y el servicio social mexicano comparten la finalidad que vincula la distribución territorial al personal sanitario, pero difieren respecto a su estructura jurídica, administrativa y formativa. Esa

diferencia la forma de interpretar las normas laborales en cada caso y obliga a evitar comparaciones automáticas entre países.

Ecuador y Perú cuentan con biografía específica para médicos rurales, en cambio, México habla sobre pasantes en servicio social, a diferencia de Colombia el cual ha desarrollado normas sobre factores de riesgo psicosociales con evidencia empírica comprobada en médicos que cumplen su servicio social obligatorio.

1.3 Formulación del problema

Ecuador, Colombia, Perú y México disponen de marcos normativos relacionados con la gestión de factores de riesgo psicosocial y, de forma paralela, regulan distintas modalidades de servicio médico rural, obligatorio o social. La coexistencia de ambos componentes no permite asumir que exista una articulación específica entre ellos ni que las condiciones particulares del ejercicio médico rural sean abordadas con el mismo grado de precisión en cada país, por lo cual se plantea la necesidad de investigar las brechas normativas al respecto en Ecuador.

1.4 Pregunta de investigación

¿Cómo se abordan, desde las políticas públicas y los marcos normativos, los factores de riesgo psicosocial en médicos rurales de Ecuador en comparación con los médicos de Colombia, Perú y México?

1.5 Objetivo general

Analizar de manera comparativa las políticas públicas y los marcos normativos relacionados con la gestión de los factores de riesgo psicosocial en médicos rurales de Ecuador, Colombia, Perú y México, mediante una revisión bibliográfica y documental para

lograr determinar los factores de riesgo psicosocial y las brechas existentes con el caso ecuatoriano

1.6 Objetivos específicos

1. Identificar los principales factores de riesgo psicosocial y las condiciones laborales asociadas al ejercicio de la medicina rural descritos en la literatura científica.
2. Describir las políticas públicas y los marcos normativos relacionados con la gestión de los factores de riesgo psicosocial en médicos rurales de Ecuador, Colombia, Perú y México.
3. Explicar las políticas públicas y los marcos normativos de los países seleccionados, con énfasis en las estrategias de gestión de los factores de riesgo psicosocial y las brechas existentes en el contexto ecuatoriano.

1.7 Justificación

Esta investigación es relevante porque considera la situación normativa de los médicos rurales al precisar que la cobertura sanitaria en territorios rurales no depende únicamente de asignar profesionales a determinadas plazas, sino que exige considerar las condiciones en la que esos médicos desarrollarán su trabajo. La disponibilidad de recurso, el respaldo institucional, la organización de las actividades y los mecanismos de protección laboral forman parte del entrono que sostiene la prestación de los servicios y por lo tanto, no pueden analizarse como elementos secundarios frente a la distribución territorial del talento humano, por lo cual se centra en diferentes ámbitos específicos:

- *Ámbito académico:* se evidencian tres temas que no siempre se estudian de manera conjunta: las políticas públicas, el riesgo psicosocial y el servicio médico rural.

Buena parte de la literatura sobre esta población se ha preocupado por los resultados

obtenidos como satisfacción laboral, burnout, depresión o intención de permanencia. Las normas, en cambio, suelen establecer obligaciones preventivas para los trabajadores en términos generales. Entre esas dos perspectivas queda una cuestión todavía relevante para esta investigación: cómo las condiciones particulares del trabajo rural son reconocidas y atendidas por los marcos institucionales.

- *Ámbito normativo legal:* es necesario entender algunos aspectos: cuál es el alcance jurídico, cómo se aplica, qué seguimiento recibe y de qué manera se evalúan los resultados de las disposiciones específicas existentes. Una norma y un instrumento de evaluación demuestran que existe una capacidad regulatoria o técnica, pero ese dato no basta para establecer que su aplicación sea sistemática ni que sus procedimientos hayan sido adaptados a la población de estudio.

En el Ecuador, este análisis expone cuatro componentes: el marco general de seguridad y salud en el trabajo, los instrumentos del Ministerio del Trabajo, la normativa del año rural y las responsabilidades de las instituciones que intervienen en su administración. El aporte del trabajo se sitúa precisamente en los puntos donde esa relación pierde claridad documental. Su alcance no incluye medir la efectividad de las disposiciones o normas vigentes ni mucho menos formular una nueva política pública.

1.8 Alcance y delimitaciones

El estudio comprende Ecuador, Colombia, Perú y México. Los documentos internacionales y regionales se incorporan únicamente como referentes conceptuales, normativos o metodológicos y no forman parte de las unidades nacionales utilizadas para la comparación.

No se estableció una restricción estricta por año de publicación, debido a que el análisis requirió considerar antecedentes históricos y normativos necesarios para comprender

la evolución de los programas estudiados. Cada fuente fue valorada según el propósito que cumpla dentro del estudio y la utilidad para interpretar la teoría existente.

La población de interés se delimitó exclusivamente a médicos que ejercen en contextos rurales y que participan en modalidades de servicio obligatorio social regulados de manera formal, esta delimitación permitió excluir a todo personal sanitario en estudios realizados para equipos multidisciplinarios, trabajadores de salud en general o médicos generales que laboran dentro de la ciudad permitiendo clasificar esta información como evidencia indirecta y no sirvieron para atribuir hallazgos específicos a los médicos rurales.

El alcance del estudio se limita al análisis bibliográfico por lo cual dentro del estudio no se recopiló datos mediante entrevistas, encuestas o mediciones primarias, ni se realizaron análisis estadísticos propios impidiendo utilizar los resultados para estimar prevalencias, establecer causales o medir el impacto de las políticas públicas identificadas.

Cuando una afirmación no contó con respaldo documental suficiente, se utilizó la expresión *no se encontró evidencia verificable suficiente*. Su sentido es metodológico: señala una limitación de las fuentes revisadas y no constituye prueba de que una norma, procedimiento o práctica institucional sea inexistente.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL Y LEGAL

2.1 Políticas públicas en salud

Las políticas públicas en salud no se agotan en la existencia de leyes, reglamentos o disposiciones administrativas. También comprenden las decisiones mediante las cuales el Estado define un problema, distribuye responsabilidades, establece mecanismos de actuación y determina cómo deben implementarse, vigilarse y evaluarse las medidas adoptadas.

Esta distinción resulta especialmente relevante para el análisis de los factores de riesgo psicosocial, que una regla determine distintas obligaciones demuestra la existencia de un marco regulatorio, pero esto no quiere decir que estas reglas sean usadas de manera específicas a médicos rurales.

La información revisada donde se encontraron leyes y reglamentos establecieron obligaciones de carácter legal, en donde: las normas técnicas regulan procedimientos, las guías orientan la aplicación de estas, los cuestionarios permiten identificar factores de riesgo y la existencia de programas para organizar acciones concretas con sus respectivas responsabilidades, lo que nos permite diferenciar los diferentes alcances de cada documento.

Para los programas de servicio rural esta relación es vital, ya que su finalidad principal está vinculada con la distribución territorial de profesionales y la cobertura sanitaria, pero la asignación de una plaza también define condiciones concretas de trabajo. Por ello, las políticas de distribución del talento humano y las de seguridad y salud en el trabajo no pueden analizarse como ámbitos aislados cuando ambas inciden sobre los mismos profesionales.

2.2 Salud ocupacional y seguridad y salud en el trabajo

La salud ocupacional se orienta a proteger y promover el bienestar físico, mental y social de las personas en relación con su actividad laboral, procurando prevenir daños y favorecer una adecuada relación entre las características del trabajo y las capacidades de quienes lo desempeñan.

La gestión encargada de los servicios de Seguridad y Salud en el trabajo debería comprender la identificación y evaluación de riesgos para poder determinar medidas de control y asignaciones de responsabilidades de manera preventiva en la participación de los trabajadores y llegar a adaptarse a condiciones desfavorables.

Los países considerados en esta investigación han desarrollado, con formulaciones y alcances propios, marcos generales destinados a regular los riesgos laborales. Ecuador dispone de un reglamento nacional de seguridad y salud en el trabajo de aplicación general (Presidencia de la República del Ecuador, 2024). En Colombia se establece responsabilidades relacionadas con la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo de los factores de riesgo psicosocial (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2008). En Perú, la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo comprende disposiciones aplicables a los sectores público y privado (Congreso de la República del Perú, 2011). En México, se regula la identificación, análisis y prevención de los factores de riesgo psicosocial mediante la NOM-035-STPS-2018 (Secretaría del Trabajo y Previsión Social de México, 2018).

La existencia de estos marcos constituye una base general de protección, pero el interés de esta investigación no se limita a constatar su presencia. El análisis se centra en determinar la relación entre las obligaciones y las condiciones del servicio médico rural, frente a la existencia de poca personal, limitada capacidad resolutoria, dependencia administrativa de otras unidades y dificultades para ejecutar determinadas acciones preventivas.

2.3 Factores de riesgo psicosocial laboral

Estos factores se relacionan con la forma en que se organizan las tareas, las condiciones del empleo, las relaciones interpersonales del trabajo y los recursos disponibles para responder a las exigencias del puesto. Estas características no constituyen necesariamente un riesgo por sí mismas. Su relevancia aparece cuando determinadas condiciones de trabajo generan exposiciones capaces de afectar el bienestar o la salud de quienes las enfrentan

Entre las dimensiones más estudiadas se encuentran las demandas laborales, la autonomía y el control, el apoyo social e institucional, la relación entre esfuerzo y recompensa, el liderazgo, la claridad de funciones, la justicia organizacional y la exposición a situaciones de conflicto o violencia. La revisión de (Nieuwenhuijsen, Bruinvels, & Frings-Dresen, 2010) respalda lo importante que es relacionar estas dimensiones entre el entorno de trabajo y los trastornos de estrés en los trabajadores.

Este enfoque evita trasladar el problema hacia la capacidad individual del médico a adaptarse a condiciones adversas. La (Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2022) plante que la prevención debe intervenir también sobre el entorno de trabajo. En el ejercicio médico rural, esto dirige la atención hacia aspectos sujetos, al menos parcialmente a decisiones institucionales, como la organización de las tareas, la disponibilidad de personal y recursos, la supervisión, la comunicación y otros mecanismos de referencia.

Bajo esta perspectiva, la gestión de los factores de riesgo psicosocial no debería limitarse a actuar una vez producido el daño. El interés preventivo se encuentra en reconocer las condiciones modificables de la organización del trabajo y determinar que respuesta institucional existe frente a ellas.

2.4 Modelos explicativos de riesgo psicosocial

Los modelos teóricos de riesgo psicosocial se emplean en esta investigación como referentes para interpretar las condiciones de trabajo descritas en las fuentes. No se utilizan con fines diagnósticos ni para establecer relaciones causales, si no para organizar dimensiones que posteriormente pueden contrastarse con las respuestas previstas en el marco normativo.

El modelo demanda-control-apoyo plantea que la exposición puede adquirir mayor relevancia cuando coinciden exigencias elevadas, un margen reducido de decisión y apoyo insuficiente (Karasek, 1979) y (Johnson & Hall, 1988). En el ejercicio médico rural, esta relación permite analizar situaciones en las que la responsabilidad profesional y la diversidad de tareas se enfrentan a limitaciones de recursos, posibilidades profesionales y la diversidad de tareas se enfrentan a limitaciones de recursos, posibilidades de referencia o mecanismos de supervisión.

El modelo esfuerzo-recompensa ofrece una perspectiva diferente en organizar los hallazgos (Siegrist, 1996). Su interés está en la correspondencia entre las exigencias derivadas del trabajo y las recompensas recibidas a cambio. Estas adoptan dimensiones contractuales, profesionales, sociales o simbólicas que no deben entenderse únicamente en términos económicos.

Otros enfoques como el de justicia organizacional y apoyo institucional complementan el análisis (Greenberg, 1990) al considerar dimensiones vinculadas con la transparencia de los procedimientos, la capacidad institucional para responder ante dificultades, el trato recibido y la claridad de los roles. Estos elementos pueden observarse en programas de servicio rural, como la asignación de plazas, la existencia de canales para comunicar problemas o presentar reclamos, la definición de responsabilidades, el acompañamiento de los profesionales, la supervisión y las posibilidades de participación, entre otros.

La utilidad de estos enfoques para la investigación radica en que permiten formular una pregunta que trasciende la asignación territorial del personal: si la política pública se limita a ubicar profesionales en determinados establecimientos o si, además, contempla mecanismos de apoyo y gestión de las condiciones en las que deberán desarrollar su trabajo.

2.5 Condiciones laborales y ejercicio médico rural

Las condiciones laborales comprenden tanto las características de la relación profesional como aquellas derivadas del entorno en el que se desarrolla el trabajo. En el ejercicio médico rural, se adquieren características según la ubicación y la forma en que se organiza el servicio: la jornada laboral, la disponibilidad de recursos, infraestructura, carga de trabajo, autonomía, seguridad, apoyo institucional y posibilidades de desarrollo profesional.

Estas dimensiones se encuentran atravesadas por dos elementos que requieren consideración específica en el caso del médico rural: la ubicación territorial y la estructura del programa mediante el cual el profesional llega al establecimiento. Por ello, la ruralidad no se interpreta únicamente como una característica geográfica, sino como un contexto que puede interactuar con la organización institucional del trabajo.

Para efectos de esta investigación, se considera médico rural al profesional que desarrolla actividades médicas en comunidades, establecimientos o territorios rurales, dispersos, urbano-marginales o de difícil acceso. También se incluyen, cuando la fuente establece de manera suficientemente clara dicha relación territorial, los profesionales que cumplen modalidades de servicio rural, obligatorio o social en esas condiciones.

Esta definición operativa permite considerar otros elementos -en el análisis. El hecho de trabajar en el primer nivel de atención no convierte automáticamente a un profesional en médico rural. Por esta razón, las investigaciones desarrolladas en establecimientos urbanos de primer nivel no se consideran evidencia directa de las condiciones propias del ejercicio rural.

En la literatura revisada se describen escenarios donde las responsabilidades médicas coexisten con funciones administrativas, comunitarias o de gestión. En determinados establecimientos, el médico recién graduado se encuentra a cargo de actividades de coordinación, manejo de recursos o incluso la jefatura, con responsabilidades asistenciales correspondientes a su puesto.

Esta amplitud de funciones puede adquirir especial relevancia cuando la formación universitaria ha tenido una orientación predominantemente hospitalaria. Estudios realizados en Ecuador y Perú han señalado una posible distancia entre las competencias o expectativas desarrolladas durante la formación y las tareas que posteriormente deben asumirse durante el servicio rural (Izquierdo-Condoy J. S., y otros, 2023). En el marco de esta tesis, dicha observación interesa en cuanto permite examinar el papel de la inducción, la preparación para el puesto y el acompañamiento institucional dentro de las políticas analizadas.

2.6 Gestión institucional de los riesgos psicosociales

La gestión de los factores de riesgo psicosocial puede entenderse como un proceso continuo y no como la aplicación aislada de un instrumento. Este proceso comprende al menos seis componentes: identificación de los factores presentes, evaluación de su magnitud y distribución, selección de medidas preventivas, intervención sobre las condiciones de trabajo, vigilancia y seguimiento, y evaluación de los resultados obtenidos.

La participación de los trabajadores y de los responsables institucionales requiere capacidad para adoptar decisiones y verificar sus efectos. En contextos rurales, esta gestión puede exigir considerar elementos adicionales vinculados con la distancia, comunicación, transporte, seguridad territorial y coordinación entre diferentes niveles o instituciones.

Desde esta perspectiva, un cuestionario o una batería de evaluación aporta una herramienta dentro de un proceso. Este permite identificar capacidad técnica para valorar determinadas dimensiones, pero no equivale a una política integral de prevención. Si los resultados obtenidos no generan capacidad de respuesta o modificaciones en las condiciones identificadas, la evaluación corre el riesgo de convertirse únicamente en un procedimiento administrativo.

Por esta razón, el análisis comparativo no se limita a identificar si cada país dispone de cuestionarios, normas o programas o si los documentos definen algún tipo de responsabilidad, desde esta perspectiva se evita considerar que el simple hecho de ser médico rural sea ya un factor de riesgo.

2.7 Marco internacional y regional

Las orientaciones internacionales proporcionan un marco de referencia para interpretar las políticas nacionales relacionadas con salud mental y riesgos psicosociales en el trabajo. Las directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre salud mental en el trabajo promueven intervenciones organizacionales destinadas a prevenir los riesgos y favorecer entornos laborales con liderazgo, recursos, participación y cumplimiento normativo (Organización Mundial de la Salud, 2022).

De forma complementaria, el documento elaborado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo destaca la responsabilidad compartida entre gobiernos, empleadores y organizaciones de trabajadores, así como la necesidad de integrar la salud mental dentro de los sistemas generales de seguridad y salud en el trabajo (Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2022). Este planteamiento resulta consistente con la perspectiva adoptada en esta tesis, en la medida en que sitúa la prevención dentro de la organización laboral y no exclusivamente en las respuestas individuales del trabajador.

En relación con la distribución territorial del talento humano sanitario, las recomendaciones internacionales destinadas a mejorar la disponibilidad de trabajadores de salud en zonas rurales contemplan intervenciones educativas, regulatorias, financieras y de apoyo profesional (Organización Mundial de la Salud, 2010). La asignación obligatoria de

plazas, la permanencia y la distribución de los profesionales dependen de múltiples factores o estrategias.

La revisión Cochrane realizada por Grobler, Marais, & Mabunda, (2015) refuerza la necesidad de interpretar estas intervenciones dentro de su contexto y advierte que la evidencia disponible sobre su efectividad puede ser limitada. A partir de lo expuesto, en esta investigación las recomendaciones internacionales, sirven como referentes para interpretar los componentes de las políticas nacionales, pero no constituyen evidencia suficiente para asumir que una intervención aplicada en un escenario determinado produciría los mismos resultados en Ecuador.

En el ámbito regional, la decisión 584 de la comunidad andina y la resolución 957 establecen un marco común de seguridad y salud en el trabajo para Ecuador, Colombia y Perú, con énfasis en la prevención y gestión de los riesgos laborales (Comunidad Andina, 2004) y (Comunidad Andina., 2005). En esta investigación, ambos instrumentos cumplen una función regional y no se consideran unidades independientes dentro de la comparación entre países.

2.8 Marco legal de Ecuador

En Ecuador se combina existe una combinación de disposiciones en seguridad y salud en el trabajo entre las cuales contamos con el decreto ejecutivo 255 de 2024 que establece el reglamento de Seguridad y Salud en el trabajo el cual promueve una cultura de prevención en el sector público (Presidencia de la República del Ecuador, 2024) .

Dentro de este desarrollo normativo, el Acuerdo Ministerial MDT-2024-196 y la Norma Técnica de Seguridad e Higiene en el Trabajo desarrollan obligaciones y lineamientos técnicos relacionados con la gestión preventiva (Ministerio del Trabajo del Ecuador, 2024). El Ministerio del Trabajo también dispone de una guía para la aplicación del cuestionario

nacional de evaluación de riesgo psicosocial y de una guía para implementar el programa de prevención de riesgos psicosociales (Ministerio del Trabajo del Ecuador, 2018).

De manera paralela, el país posee disposiciones específicas para la organización del año de salud rural. La Ley Orgánica de Salud establece su fundamento general, mientras que la Norma para el cumplimiento del año de salud rural de servicio social, expedida mediante el Acuerdo Ministerial No. 00005307 en 2015 y posteriormente reformada, desarrolla aspectos relacionados con su cumplimiento, organización, duración, inducción, actividades y responsabilidades (Asamblea Nacional del Ecuador, 2006) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

Se configuran así dos conjuntos normativos relacionados con el objeto de esta investigación. Uno regula de manera general la prevención y gestión de riesgos laborales, incluidos aquellos de naturaleza psicosocial; el otro organiza las condiciones bajo las cuales los profesionales cumplen el año de salud rural. La revisión documental realizada no permitió identificar un procedimiento publicado que adapte expresamente el cuestionario nacional de evaluación psicosocial o el programa preventivo a las particularidades de los médicos que cumplen este servicio.

Esta afirmación no supone que dichos profesionales se encuentren automáticamente excluidos de la protección general ni que las instituciones no desarrollen acciones preventivas en determinadas unidades. De forma más precisa, se indica que dentro de la información revisada no se encontró una articulación documental específica que conecte de manera explícita ambos campos.

Un desarrollo operativo del marco general de seguridad y salud en el trabajo se evidencia con la existencia de formatos, registros, normas técnicas y guías institucionales evidencia. Sin embargo, estos instrumentos en sí mismos no demuestran que todas las plazas

rurales sean evaluadas ni que los resultados obtenidos se traduzcan sistemáticamente en intervenciones sobre las condiciones identificadas.

Desde la perspectiva planteada en esta tesis, uno de los aspectos centrales para el análisis ecuatoriano se encuentra en la relación entre las competencias del Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud Pública, el IESS y las instituciones vinculadas con la administración de las plazas. Más que una ausencia absoluta de regulación, el punto de interés reside en determinar el grado de articulación existente entre estos actores y los instrumentos que cada uno administra.

2.9 Marco legal de Colombia

Colombia cuenta con un desarrollo normativo explícito para la gestión de los factores de riesgo psicosocial. La resolución 2646 de 2028 establece responsabilidades para su identificación, mientras que la resolución 2764 de 2022 adopta una batería de instrumentos, la guía técnica general y protocolos para su aplicación (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2008), lo que nos ayuda a identificar el alcance de esta normativa.

El servicio social obligatorio tiene sustento en la ley 50 de 1981 y la ley 1164 de 2007, además de normas posteriores que regulan su funcionamiento. Entre ellas, la resolución antes mencionada desarrolla aspectos relacionados con la administración del servicio y la asignación de plazas (Congreso de Colombia, 1981) (Congreso de Colombia, 2007).

Al contrastar ambos grupos de disposiciones, la documentación revisada no permitió identificar una adaptación publicada de la batería de riesgo psicosocial dirigida específicamente a médicos que cumplen el servicio social obligatorio en plazas rurales. Por ello, Colombia aporta un referente técnico claro para la gestión general de estos factores, pero la especificidad de su aplicación permanece menos desarrollada que otras fuentes analizadas.

La literatura académica aporta además elementos sobre la experiencia de quienes participan en este servicio. Para (Moya Peñafiel M. J., 2014) por ejemplo, analizo la incertidumbre de médicos recién graduados frente a estas obligaciones permitiendo contextualizar las condiciones del programa, aunque no de manera general estos resultados son iguales para todos los profesionales.

2.10 Marco legal de Perú

En Perú, la Ley 29783 y su reglamento conforman la base general de seguridad y salud en el trabajo. Este marco incorpora un enfoque preventivo y distribuye responsabilidades entre el Estado, los empleadores y los trabajadores, además de reconocer mecanismos de participación dentro de la gestión de la seguridad y salud laboral (Congreso de la República del Perú, 2011) (Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, 2012).

El servicio rural y urbano marginal (SERUMS) se rige por un marco normativo propio. Su fundamento se encuentra en la ley 23330 y en el decreto supremo 005-97-SA, junto con sus modificaciones posteriores. Estas disposiciones regulan la organización del servicio, las plazas, las obligaciones de los participantes y los procedimientos vinculados con su cumplimiento (Congreso de la República del Perú, 1981) (Ministerio de Salud del Perú, 1997).

Paralelamente, el país dispone de instrumentos técnicos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Entre los documentos revisados se encuentran el cuestionario de identificación y evaluación de riesgos psicosociales en los lugares de trabajo y la metodología CENSOPAS-COPSOQ, adaptadas al contexto peruano (Ministerio de Salud del Perú, 2024).

Sin embargo, nuevamente es necesario diferenciar capacidad técnica de articulación específica. Dentro del corpus revisado no se demostró una conexión normativa y operativa

explícita entre estos instrumentos de evaluación o prevención y la administración de las plazas SERUMS.

2.11 Marco legal de México

México dispone de un instrumento específico para la gestión de factores de riesgo psicosocial en el ámbito laboral. La NOM-035-STPS-2018 tiene como propósito identificar, analizar y prevenir estos factores, además de promover un entorno organizacional favorable. Entre las dimensiones contempladas se encuentran las cargas de trabajo, la falta de control, las jornadas, la interferencia entre trabajo y familia, el liderazgo, las relaciones laborales y la violencia en el trabajo (Secretaría del Trabajo y Previsión Social de México, 2018).

El servicio social de medicina se encuentra regulado a través de instrumentos pertenecientes al ámbito sanitario y formativo. La NOM-009-SSA3-2013 establece criterios para la utilización de establecimientos de atención médica como campos clínicos destinados al servicio social de medicina y estomatología. La NOM-033-SSA-2023, por su parte, desarrolla criterios relacionados con ciclos clínicos e internado, por lo que su función no debe confundirse automáticamente con la regulación específica del servicio social (Secretaría de Salud de México, 2014) (Secretaría de Salud de México, 2024).

Esta diferencia entre la formación y actividad laboral permite cuestionar la relevancia de determinar el alcance práctico de las disposiciones del marco legal. Dentro de la bibliografía revisada no fue posible resolver de manera definitiva si la NOM-035 puede usarse para los médicos rurales.

La situación se aborda como una incertidumbre normativa y no como una exclusión automática. Los pasantes se encuentran fuera del alcance de la protección, de esta manera no es posible asumir que todos se encuentran plenamente cubiertos y sujetos a los mismos

procedimientos de aplicación, lo cual no sería compatible con el alcance de la evidencia identificada.

El caso mexicano muestra así que la existencia de una norma general sobre riesgos psicosociales no resuelve, por si sola, el problema de su alcance. La condición laboral-formativa del pasante introduce una diferencia relevante frente a los demás países y obliga a considerar no solo que instrumentos existen, sino también a que población alcanzan y bajo qué relación jurídica pueden aplicarse.

2.12 Categorías y Subcategorías de análisis

Categoría	Subcategorías
Marco legal y políticas públicas	Existe o no la normativa, ¿Cuál es su alcance? ¿Cuál es la población objetivo? ¿Cuáles son las instituciones responsables? Y ¿Cuál es su especificidad para médicos rurales?
Factores de riesgo psicosocial	Carga laboral, Demanda de las exigencias psicológicas y emocionales, autonomía del médico rural, existencia de apoyo social, reconocimiento de las organizaciones, conflicto trabajo-vida personal.
Condiciones laborales de los médicos rurales	Entorno rural; aislamiento; recursos; organización; jornada; responsabilidad profesional; apoyo institucional; características del servicio rural.

Tabla 1 Categorías de análisis de la investigación

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Enfoque, tipo y alcance de la investigación

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, debido a que su propósito fue comprender el contenido, alcance y relación existente entre políticas públicas, disposiciones normativas, instrumentos técnicos y evidencia científica vinculada con la gestión de los factores de riesgo psicosocial en médicos rurales. El estudio no contempló la medición primaria de variables ni la estimación de asociaciones o efectos mediante procedimientos estadísticos.

Por la naturaleza de las fuentes utilizadas, correspondió a una investigación de tipo documental, con alcance descriptivo-comparativo. El componente descriptivo permitió caracterizar el marco regulatorio, los instrumentos institucionales y las condiciones laborales que se encontraron en cada país; mientras que el componente comparativo orientó el reconocimiento de similitudes, diferencias, vacíos y particularidades mediante la aplicación de criterios semejantes entre Ecuador, Colombia, Perú y México.

El método utilizado integró la revisión bibliográfica y el análisis documental. La primera permitió recuperar antecedentes laborales y experiencias asociadas con el ejercicio médico rural, el segundo estuvo dirigido al examen de normas, reglamentos, políticas, guías, instrumentos básicos, informes institucionales y literatura gris pertinente para los objetivos del estudio.

La comparación no se basó en la cantidad de documentos disponibles para cada país. Se aplicaron categorías comunes que permitieran examinar el contexto del servicio médico rural con la función, población de referencia, alcance y relación con la gestión de los riesgos psicosociales.

3.2 Técnicas e instrumento de recolección y análisis

Se utilizaron tres técnicas principales: revisión bibliográfica, documental y análisis de contenido. Su aplicación permitió localizar las fuentes, organizar la información relevante y posteriormente identificar patrones vinculados con los objetivos de la investigación

Se desarrolló una matriz principal con la documentación extraída en la web sobre el tema de interés la cual permitió el registro de datos específicos como la procedencia, el tipo de documento, país de origen, nivel de relevancia académica, condición de la evidencia: directa o indirecta, para decidir si se podía incluir y era útil para el estudio.

Esta estructura permitió diferenciar fuentes que cumplían funciones distintas. Una norma oficial, un estudio científico, una tesis, una guía técnica o un documento utilizado únicamente como referencia contextual podían formar parte de la base documental sin recibir el mismo peso analítico. Esta diferenciación fue necesaria para evitar que documentos de distinta naturaleza fueran interpretados como evidencia equivalente.

3.3 Fuentes de información y estrategia de búsqueda

La búsqueda documental se realizó mediante buscadores como: PubMed, Medline, SciELO y Redalyc, y se complementó con repositorios universitarios, portales institucionales, diarios y sistemas oficiales de legislación y sitios web de organismos internacionales vinculados con salud, trabajo, trabajo y salud ocupacional.

Cada fuente de información fue verificable por una fuente institucional, editorial científico, repositorio académico, base bibliográfica reconocible o sitio web oficial, permitiendo establecer su procedencia y trazabilidad. Esta decisión permitió integrar la literatura científica, normas, documentos técnicos y la literatura gris sin otorgarles automáticamente el mismo valor analítico.

La estrategia combinó términos en español e inglés con relación a tres ejes: ejercicio médico rural, factores de riesgo psicosociales y políticas y condiciones laborales.

Se emplearon expresiones como: médico rural, rural physician, rural doctor, rural health workforce, servicio social obligatorio, SERUMS, año de salud rural, riesgos psicosociales, occupational psychosocial factors, workload, emocional demandas, organizational support, working conditions, public policy y occupational health policy.

Estas expresiones se combinaron para localizar evidencia específica de cada contexto. Posteriormente los registros fueron sometidos a identificación, control, revisión y elegibilidad. La organización del proceso tomó como referencia criterios de transparencia compatibles con PRISMA 2020, sin atribuir al estudio la condición de revisión sistemática formal.

Los conectores utilizados en la estrategia de búsqueda, para relacionar los términos de búsqueda se utilizaron principalmente los operadores booleanos AND. OR. El operador AND permitió vincular conceptos pertenecientes a dimensiones diferentes con el fin de obtener resultados específicos. El operador OR se empleó para agrupar términos equivalentes, variantes lingüísticas o denominaciones utilizadas para una misma categoría.

3.4 Criterios de inclusión

- Se incluyeron normas, políticas, reglamentos, instrumentos técnicos y guías relacionadas con la identificación, evaluación, prevención, intervención y gestión de factores de riesgo psicosociales para los países que participan en el estudio.
- Se incorporaron documentos oficiales vinculados con el ejercicio médico rural y con las distintas modalidades de servicio obligatorio o social analizadas: año de salud rural, servicio social obligatorio, servicio rural y urbano marginal de salud y servicio social de medicina.

- En cuanto a la evidencia científica, se consideraron estudios que abordan condiciones laborales, organización del trabajo y factores de riesgo psicosocial siempre que población pudiera identificarse con el estudio
- Se incluyeron tesis de posgrado, literatura gris institucional y fuentes regionales e internacionales.

3.5 Criterios de exclusión

- Se excluyeron fuentes cuya autoría, procedencia o contenido no pueda verificarse, así como los registros duplicados correspondientes a un mismo documento
- No se consideraron como evidencia directa los estudios realizados exclusivamente en médicos urbanos u otros profesionales de la salud o poblaciones que no constituían la población de estudio.
- Documentos de otros países no mencionados en el estudio tampoco se incorporó, salvo cuando cumpliera la función de contextualizar teoría.
- Publicaciones con finalidades clínicas o enfocadas en la salud mental sin relacionar a las condiciones de trabajo.
- Opiniones personales encontradas en blogs u otros contenidos sin respaldo bibliográfico.

3.6 Conformación de la base documental

Se registraron 85 fuentes principales las cuales se procedieron a clasificar de la siguiente manera véase (Tabla 2).

Indicador	Resultado
Registros conservados	85
Fuentes únicas contabilizables	83
Registros auxiliares duplicados	2
Fuentes verificadas	81
Verificación parcial o pendiente	2
Pendientes de fuentes primarias	2
Evidencia directa	35
Evidencia indirecta	50
Elegibles para resultados	36
Nivel A - núcleo probatorio	43
Nivel B - soporte sólido	28
Nivel C - contextual útil	8
Uso condicionado	4
Registros auxiliares	2

Tabla 2 Conformación de base documental

3.7 Valoración de calidad, pertinencia y utilidad documental

La calidad y utilidad documental fueron valoradas mediante seis dimensiones: autoridad de la fuente, estado de verificación, especificidad de la población estudiada, alineación con los objetivos de investigación, aplicabilidad geográfica y actualidad documental.

- Autoridad de la fuente 25 puntos
- Estado de verificación 20 puntos
- Especificidad de la población estudiada 20 puntos

- Alineación con los objetivos de investigación 20 puntos
- Aplicabilidad geográfica 10 puntos
- Actualidad documental 5 puntos

El puntaje máximo obtenido fue de 100 puntos donde las fuentes verificadas y únicas se clasifican como nivel A o núcleo prioritario (100 – 85 puntos), nivel B o soporte sólido (84 – 70 puntos), nivel C o contexto útil (55 – 66 puntos) y nivel D o uso restringido (< 54 puntos)

Los registros cuya información no podía ser verificada fueron clasificados como condicionados, mientras que los duplicados se conservaron únicamente como registros auxiliares para mantener una trazabilidad del proceso.

Debido al contenido de la información: normas jurídicas, instrumentos técnicos, publicaciones científicas, tesis y literatura gris. No se aplicó una herramienta estandarizada de riesgo de sesgo a toda la base documental, en su lugar se diseñó una rubrica interna de valoración orientada a establecer solidez, pertinencia y utilidad de cada fuente para los objetivos de estudio, adaptadas al análisis descriptivo-comparativo de la investigación.

3.8 Procedimiento de análisis

El análisis del contenido se desarrolló en tres niveles. El primero se registró la información expresamente contenida en cada fuente, para los documentos normativos se identificaron disposiciones, población aplicable, responsabilidad institucional, mecanismos, instrumentos y acciones previstas, en los estudios científicos se recuperaron únicamente los hallazgos relacionados a la categoría de análisis.

En el segundo nivel se realizó una síntesis temática, agrupando la información en categorías comunes relacionadas a las condiciones laborales, factores de riesgo psicosocial, regulación, prevención, evaluación, intervención, vigilancia y seguimiento.

En el último nivel se realizó el análisis comparativo entre los países participantes y la información obtenida en la matriz para poder obtener información en cuanto a las similitudes o diferencias de los estudios, la articulación de los marcos legales y los vacíos existentes. Esta comparación permitió identificar 18 vacíos, de los cuales 10 fueron considerados críticos, 8 de prioridad alta. Su priorización considero la relación con los objetivos del estudio y el grado de certeza documental junto a la relevancia de su interpretación, estas categorías se utilizaron para organizar el análisis comparativo y no implicaron por sí mismas incumplimiento normativo ni ineffectividad de las políticas.

3.9 Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló exclusivamente a partir de fuentes documentales públicas, académicas e institucionales y no involucro participantes, recolección de datos ni intervenciones a información confidencial. El tratamiento de la documentación se orientó por criterios de integridad academia, trazabilidad y atribución adecuada de las fuentes, manteniendo la información contenida directamente en los documentos de las interpretaciones elaboradas durante el análisis.

3.10 Limitaciones metodológicas

- La meta inicial para el estudio fueron 200 fuentes bibliográficas la cual no fue reproducible debido a la poca existencia de literatura con respecto al tema de estudio, lo cual nos impide considerar una base documental exhaustiva equivalente a una revisión sistemática formal.
- Dentro de las bibliografías predominaron las evidencias indirectas, fueron escasos los estudios sobre implementación, cobertura y efectividad de políticas públicas asociadas a médicos en el contexto rural.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 Características de la base documental

La base documental estuvo conformada por 85 registros, correspondientes a 83 fuentes únicas después del control de dos registros auxiliares duplicados. La distribución geográfica comprendió 21 registros para Ecuador, 20 para Colombia, 21 son de Perú y 11 para México. Además, se incluyeron nueve documentos internacionales, dos de alcance andino y uno regional-internacional.

Respecto al estado de verificación, 81 registros fueron clasificados como verificados, dos mantuvieron una verificación parcial y otros 2 permanecieron endientes de confirmación de fuente primaria.

Por categoría temática 51 registros corresponden a marco legal y políticas públicas, 22 a condiciones laborales de médicos rurales, 11 a factores de riesgo psicosocial y 1 a aspectos metodológicos. Asimismo, 35 registros fueron clasificados como evidencia directa y 50 como evidencia indirecta.

La distribución documental mostró una mayor concentración de fuentes en el componente normativo, mientras que la evidencia específicamente dirigida a factores de riesgo psicosocial y condiciones laborales de médicos rurales fue comparativamente menor.

4.2 Factores de riesgo psicosocial y condiciones laborales identificadas.

El análisis de la evidencia directa permitió organizar los factores de riesgo psicosocial y las condiciones laborales asociadas con el ejercicio médico rural en siete dimensiones (ver tabla 3). Estas dimensiones se relacionaron, a su vez con características propias del ejercicio rural como disponibilidad limitada de recursos, aislamiento geográfico,

responsabilidad clínica y administrativa, seguridad y características de la vinculación profesional.

Dimensión	Manifestaciones identificadas	Alcance de la evidencia
Carga y demandas laborales	Multiplicidad de funciones; responsabilidades clínicas, administrativas y organizacionales; atención con disponibilidad limitada de personal, medicamentos, equipos y otros recursos.	Predominio de evidencia indirecta lo cual no permitió un análisis profundo entre los países de estudio.
Exigencias psicológicas y emocionales	Toma de decisiones, atención en unidades de emergencia, responsabilidades administrativas del personal médico, situaciones de inseguridad del lugar de trabajo, poco apoyo institucional	Predominio de evidencia directa con diferencias marcadas en estudios y variables específicas evaluadas
Autonomía y control	Toma de decisiones en escenarios específicos junto a limitada capacidad resolutive en cuanto a recursos y disponibilidad de interconsultas.	Depende del contexto no se puede determinar si es favorable o no.
Apoyo social, liderazgo y supervisión	Referente a procesos de Inducción, capacitación, acompañamiento institucional y comunicación con autoridades.	Predominio de evidencia directa, la bibliografía determino contextos diferentes para cada país de

estu

dio.

Dimensión	Manifestaciones identificadas	Alcance de la evidencia
Reconocimiento y recompensas	Sensación de bajo reconocimiento profesional en cuanto a remuneración, beneficios, oportunidades laborales con malas expectativa posterior al servicio rural.	Evidencia Indirecta sustentada por estudios de percepción, satisfacción e incentivos diferente en cada país de estudio.
	Respecto a las jornadas laborales, turnos rotativos, distribución de funciones, poca claridad en los roles a desempeñar, dificultad de movilidad a zonas de difícil acceso.	Se encontraron normas y estudios, aunque su existencia no determina una aplicación directa.
Conflicto trabajo-vida personal	Aislamiento geográfico con dispersión territorial, comprometiendo lazos familiares y profesionales y duración del periodo de servicio.	Menor desarrollo en la evidencia directa y limitada comparabilidad entre países.

Tabla 3 Síntesis temática de factores y condiciones laborales

La carga de trabajo apareció vinculada con la multiplicad de funciones, la atención clínica en contextos con recursos limitados y la combinación de responsabilidades asistenciales, administrativas y organizacionales. Estas condiciones fueron descritas en estudios realizados con médicos rurales o participantes de programas equivalentes en Ecuador, Perú y México (Cavender & Albán, 1998). Las exigencias psicológicas y emocionales se relacionado con la toma de decisiones, atención de emergencias, inseguridad

y ejercicio profesional con apoyo limitado. La autonomía por su parte, no se presentó como una condición exclusivamente favorable o desfavorable, sino vinculada con el grado de responsabilidad asumida, los recursos disponibles y las posibilidades reales del entorno laboral.

El apoyo institucional constituyó otra dimensión recurrente e incluyó inducción, supervisión, acompañamiento con autoridades y redes de referencia, en Ecuador (Izquierdo-Condoy J. S., y otros, 2023) identificaron asociaciones entre una inducción insuficiente, experiencias desfavorables durante el servicio y mayor insatisfacción laboral, mientras que en México (Ramírez de la Roche O. F., y otros, 2012) describieron particularidades derivadas de la condición formativa y asistencial de los pasantes. En relación con el reconocimiento y las recompensas (Bendezu-Quispe, Mari-Huarache, Taype-Rondan, Mejia, & Inga-Berrosapi, 2020) documentaron cambios desfavorables en la percepción del trabajo en el primer nivel de atención durante el servicio social en Perú y planearon la importancia de considerar incentivos económicos y no económicos. De manera complementaria la literatura internacional señala que los incentivos financieros por si solos no garantizan la permanencia de profesionales en zonas rurales (Bärnighausen & Bloom, Financial incentives for return of service in underserved areas: A systematic review, 2009).

En conjunto, estos hallazgos muestran que los factores de riesgo psicosocial identificados no aparecen de forma aislada, si no asociados a condiciones propias del ejercicio médico rural.

4.3 Políticas y marcos normativos.

La revisión documental mostró que los cuatro países disponen de marcos generales relacionados con seguridad y salud en el trabajo y la gestión de factores de riesgo psicosociales, además de disposiciones que regulan sus respectivos programas de servicio médico rural. Sin embargo, la documentación analizada no permitió identificar en ninguno de los cuatro casos una política integral específica diseñada para articular la gestión de estos factores ya mencionados con las particularidades del ejercicio médico rural.

En Ecuador, el marco general comprende el reglamento de seguridad y salud en el trabajo, el acuerdo ministerial MDT-2024-196 revisada en (Ministerio del Trabajo del Ecuador, 2024), la norma técnica de seguridad e higiene del trabajo (Ministerio del Trabajo del Ecuador, 2024) y los instrumentos institucionales para la prevención y evaluación de factores psicosociales (Ministerio del Trabajo del Ecuador, 2018). De manera paralela, el año de salud rural se sustenta en la ley orgánica de salud y en la norma para el cumplimiento del año de salud rural de servicio social dictaminada por (Asamblea Nacional del Ecuador, 2006) y el (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015). Ambos conjuntos normativos fueron identificados, pero no se encontró una articulación explícita y específica que permita reconstruir como se evalúan, intervienen y supervisan los factores de riesgo psicosocial durante este año de servicio, la normativa solo regula aspectos como organización, duración, inducción, actividades y responsabilidades.

En Colombia, la Resolución 2646 de 2008 (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2008) establece disposiciones para la identificación, prevención, intervención y monitoreo de factores de riesgo psicosocial, mientras la Resolución 2764 de 2022 (Ministerio del Trabajo de Colombia, 2022) adopta una batería de instrumentos, la guía técnica y los protocolos correspondientes. El servicio social Obligatorio posee una regulación diferenciada

sustentada en la ley 50 de 1981 (Congreso de Colombia, 1981), la ley 1164 de 2007 (Congreso de Colombia, 2007) y la resolución 774 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2022). No se identificaron adaptaciones publicadas de los instrumentos psicosociales específicamente dirigidas a médicos que realizan el año rural obligatorio.

En Perú, la ley 29783 del (Congreso de la República del Perú, 2011) conforman el reglamento para el marco general de la seguridad y salud del trabajo, mientras que el año de servicio social es regulada por la ley 23330 del (Congreso de la República del Perú, 1981) y el decreto supremo 005-97-SA DEL (Ministerio de Salud del Perú, 1997). También se identificaron desarrollo técnico para la evaluación psicosocial, entre ellos el cuestionario del ministerio de salud de 2024 (Ministerio de Salud del Perú, 2024) y la metodología CENSOPAS-COPSOQ del instituto nacional de salud del 2025 (Instituto Nacional de Salud, 2025). No obstante, la documentación revisada no permitió demostrar una articulación normativa explícita entre estos instrumentos.

En México, la NOM-035-STPS-2018 (Secretaría del Trabajo y Previsión Social de México, 2018) regula la identificación, análisis y prevención de factores de riesgo psicosocial, y a su vez la NOM-009-SSA3-2013 de la secretaria de salud de México, Establece criterios para la utilización de establecimientos de atención medica como campos clínicos para la presentación del servicio social de medicina. La evidencia mostró en el caso de México mostró además la particular condición laboral-formativa de los pasantes como explicaba (Ramírez de la Roche O. F., y otros, 2012), por lo que tampoco fue posible establecer de manera concluyente el alcance operativo de estas normas en el servicio rural, además este país no se logró identificar un instrumento psicosocial específico.

4.8 Vacíos principales identificados

El análisis comparativo permitió registrar 18 vacíos documentales, de los cuales diez fueron clasificados como críticos y ocho como de prioridad alta

Estos vacíos se entienden como aspectos donde la bibliografía no documenta información suficiente o no puede demostrarse por lo cual se evidencian limitaciones relevantes para responder los objetivos del estudio, estos vacíos se concentraron en la especificidad en la regulación para los médicos rurales permitiendo establecer la siguiente tabla Véase (Tabla4.)

Vacío	Síntesis del resultado
Especificidad de Norma	Se identificaron marcos legales donde se generalizan el estudio para los factores psicosociales sin regulaciones específicas para el servicio médico rural en su gestión en el año de servicio obligatorio.
Implementación	Existen normas donde se establecen obligaciones, instrumentos y responsabilidades generales para servidores públicos sin aplicación específica para médicos rurales.
Seguimiento y evaluación	No se encontró evidencia suficiente de evaluación y seguimiento de médicos rurales.
Vinculación política-resultados	Estudios con evidencia directa describen condiciones de trabajo y experiencias laborales sin evaluar resultados en la gestión de riesgo psicosociales en médicos rurales.
Articulación institucional en Ecuador	Se identificaron por separado el marco general de sistema de seguridad y salud en el trabajo y una norma de regulación para el año de salud rural, sin una articulación integrada de estas.

Cobertura jurídica de los pasantes en México	El alcance de la norma NOM-035-STPS-2018 no es concluyente ni específica sobre todos los pasantes de medicina en servicio social rural.
Comparabilidad jurídica	Los programas analizados presentan relaciones jurídicas y formas de vinculación diferentes, lo que limita su comparación normativa directa.

Vacío	Síntesis del resultado
Predominio de evidencia indirecta	De las 85 fuentes estudiadas, 50 son evidencia indirecta y 35 evidencia indirecta.
Desagregación profesional	Parte de la evidencia estudió conjuntamente a profesionales o trabajadores de salud sin presentar resultados diferenciados para médicos rurales.
Transferibilidad	No se logó demostrar que las políticas públicas, los instrumentos o procedimientos de Colombia, Perú o México puedan trasladarse de manera automática al contexto ecuatoriano.

Tabla 4 Vacíos críticos identificados

CAPÍTULO V. ANÁLISIS COMPARATIVO

5.1 Criterios comunes de comparación

El análisis comparativo se realizó mediante criterios homogéneos aplicados a Ecuador, Colombia, Perú y México véase (Tabla 5.) donde se muestra que estos países comparten un patrón general es decir todos disponen de una normativa de seguridad y salud en el trabajo o de gestión de factores de riesgo junto con normas que regulan su respectivo año de servicio social, sin embargo, las diferencias principales se encuentran en el desarrollo de los instrumentos disponibles.

Criterio	Ecuador	Colombia	Perú	México
Regulación general psicosocial	Marco general de SST, guías e instrumentos de	Resoluciones 2646/2008 y 2764/2022;	Ley 29783, reglamento e instrumentos	NOM-035-STPS-2018.

Criterio	Ecuador	Colombia	Perú	México
	evaluación psicosocial.	batería, guías y protocolos.	técnicos de evaluación psicosocial.	
Regulación del servicio	Ley Orgánica de Salud y norma del año rural.	Leyes que regulan el SSO y Resolución 774/2022.	Ley 23330 y D.S. 005-97- SA sobre SERUMS.	NOM-009-SSA3- 2013 y guías de servicio social.
Especificidad para médicos rurales	No identificada de forma integral.	No identificada adaptación específica de la batería.	No identificada articulación específica SERUMS- riesgo psicosocial.	No identificada adaptación específica; cobertura del pasante requiere precisión.
Identificación de factores	Cuestionario y guía general.	Batería nacional y guías.	Cuestionario y metodología técnica.	Guías de referencia de NOM-035.
Prevención y gestión	Programa general y obligaciones SST.	Prevención, intervención y monitoreo general.	Prevención general y medidas de control.	Identificación, análisis y prevención general.
Vigilancia y seguimiento rural	No demostrados específicamente .	No demostrados específicamente e.	No demostrados específicamente e.	No demostrados específicamente.

Criterio	Ecuador	Colombia	Perú	México
Brecha principal		Especificidad	Regulación	Alcance de la
	Articulación	limitada de los	SERUMS sin	regulación general
	limitada entre	instrumentos	articulación	respecto de los
	SST y año rural.	para el SSO	psicosocial	pasantes rurales no
		rural.	explícita.	determinado de
				manera concluyente.

Tabla 5 Matriz comparativa de políticas y marcos normativos

Las diferencias identificadas también estuvieron relacionadas con la condición jurídica y administrativa de los participantes de cada programa, cuyos requisitos, modalidades de vinculación, responsabilidades y características no son equivalentes. Por ello, las variaciones observadas deben interpretarse distinguiendo entre desarrollo normativo, disponibilidad de evidencia científica e implementación, ya que un mayor detalle regulatorio o una mayor producción científica no demuestran por sí mismos mayor aplicación, cobertura o efectividad de las medidas en contextos rurales.

5.4 Brechas del contexto ecuatoriano

El estudio permitió identificar tres brechas principales para Ecuador:

- Limitada información documental entre marco legal y regulación del año rural.
- Ausencia de mecanismos regulatorios que permita delimitar las responsabilidades institucionales para la gestión de riesgos psicosociales en médicos rurales.
- Poca documentación sobre instrumentos existentes para la evaluación de estos riesgos en médicos rurales

5.5 Elementos comparables relevantes para Ecuador

- Colombia aporta elementos comparativos en la evaluación de riesgos psicosociales con la implementación de instrumentos, guías y protocolos específicos.
- Perú aporta el desarrollo y adaptación de herramientas técnicas dentro de su propio territorio
- México aporta definiciones específicas de factores de riesgo, responsabilidad y obligaciones preventivas a pesar de que no son exclusivas para sus médicos pasantes.

A partir de aquí estos elementos comparables para Ecuador se relacionan con la limitación de la población en médicos rurales y la adaptación de procedimientos a su año rural con establecimientos territorialmente dispersos, la definición de responsabilidades institucionales y la incorporación de mecanismos de intervención, seguimiento y evaluación. Estos componentes constituyen referentes derivados del análisis comparativo y no modelos destinados a ser reproducidos de manera literal.

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

6.1 Interpretación de los factores y condiciones laborales identificados

Los factores identificados sugieren que las condiciones del ejercicio médico rural deben analizarse principalmente desde la organización del trabajo y no como características aisladas del profesional. La coexistencia de demandas laborales, responsabilidad clínica, recursos limitados, autonomía, apoyo institucional y posibilidades de referencia es consistente con el enfoque de la Organización Mundial de la Salud, que prioriza intervenciones sobre el entorno y las condiciones organizacionales del trabajo (Organización Mundial de la Salud, 2022).

La formación, la inducción y la transición hacia el ejercicio rural forman parte de esta misma dinámica organizacional. La evidencia ecuatoriana ha señalado una posible distancia entre una formación predominantemente hospitalaria y las responsabilidades asumidas posteriormente en establecimientos rurales o de primer nivel, además de asociaciones entre procesos de inducción insuficientes y experiencias menos favorables durante el servicio (Izquierdo-Condoy J. S., y otros, 2023).

La preparación para el puesto y el acompañamiento institucional adquieren una relevancia importante durante la incorporación del año rural, aunque estas dificultades descritas no dependen únicamente de la formación universitario si no también de las condiciones territoriales administrativas y organizacionales donde se desempeña el trabajo.

6.2 Protección general, especificidad rural y articulación normativa

Los cuatro países cuentan con disposiciones generales de seguridad y salud en el trabajo como se explicó antes, existen normas que regulan sus respectivos programas de servicio rural, aunque la principal brecha no es la ausencia de una regulación específica si no la limitada articulación de diferentes ámbitos entre lo general y lo específico, la documentación no permitió reconocer una ruta específica que conectar la evaluación de los riesgos psicosociales con una intervención, vigilancia y seguimiento durante el año rural frente a condiciones como aislamiento, recursos limitados, movilidad, seguridad y necesidad de supervisión.

6.3 comparación regional e implicaciones para Ecuador

La comparación entre los países involucrados en el estudio demuestra una diferencia importante dentro de los instrumentos y mecanismos utilizados para la gestión de los factores de riesgo psicosociales asociados al ámbito laboral, aunque en ninguno de los casos la

información obtenida permitió demostrar que existe una articulación específica para el año de servicio social obligatorio, mientras en Ecuador el valor de esta comparación podría permitir identificar componentes que fortalezcan su propia estructura, como delimitaciones claras de la población estudiada con procedimientos adaptados a establecimientos rurales, responsabilidades institucionales definidas y una continua evaluación intervención y seguimiento de estos factores de riesgo para una eventual incorporación técnica e institucional acorde a nuestro territorio.

6.4 Tensiones entre regulación, experiencias e implementación

La revisión permitió identificar situaciones en las que el contenido normativo y las experiencias descritas en la literatura no aparecen completamente alineados. Estas situaciones se interpretaron como tensiones analíticas y no como contradicciones jurídicas ni como evidencia directa de incumplimiento.

En Ecuador, por ejemplo, la normativa del año rural contempla aspectos relacionados con organización e inducción, mientras que algunos estudios describen experiencias de inducción insuficiente o valoraciones desfavorables del servicio. En Colombia, la regulación del Servicio Social Obligatorio convive con debates académicos y gremiales sobre las condiciones en que este se desarrolla (Moya Peñafiel M. J., 2014), en Perú, la normativa del SERUMS se encuentra junto a estudios que describen percepciones desfavorables, limitaciones de recursos y accidentes entre algunos participantes (Bendezu-Quispe, Mari-Huarache, Taype-Rondan, Mejia, & Inga-Berrosapi, 2020), para México, las disposiciones sobre servicio social coexisten con investigaciones que han señalado condiciones laborales desfavorables en determinados grupos de pasantes (Ramírez de la Roche O. F., y otros, 2012). Estos hallazgos no permiten concluir que exista incumplimiento generalizado, ya que

los estudios empíricos no fueron diseñados para auditar de manera sistemática la aplicación de normas específicas.

A esta tensión se suma la limitada disponibilidad de evaluaciones sobre implementación y efectividad. La existencia de una norma permite conocer obligaciones, responsabilidades y procedimientos formalmente establecidos, mientras que un instrumento técnico demuestra capacidad para identificar determinados factores; sin embargo, ninguno de estos elementos permite determinar por sí solo cuántos médicos rurales han sido evaluados, qué intervenciones se ejecutaron o si las condiciones laborales se modificaron posteriormente. También es posible que existan actuaciones institucionales cuyos resultados no hayan sido publicados.

Por esta razón, la ausencia de evidencia disponible sobre implementación debe entenderse como una limitación del conocimiento accesible y no como demostración de ausencia de actuación institucional. El estudio permite establecer qué instrumentos fueron identificados, su grado de especificidad y la articulación que puede reconstruirse documentalmente, pero no determinar con igual certeza su nivel real de cumplimiento o efectividad en las plazas rurales.

6.5 ALCANCE Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El alcance de esta investigación se limita al análisis único y exclusivo documental para crear una base comparativa de políticas públicas, marcos normativos y condiciones de trabajo relacionadas con factores de riesgo psicosociales en médicos rurales que nos permita identificar patrones, diferencias y brechas documentales entre los países del estudio sin medir su efectividad.

CONCLUSIONES

1. Los hallazgos evidencian varios factores de riesgos del trabajo médico rural, estos son: la carga y demandas laborales; exigencias psicológicas y emocionales; autonomía y control, apoyo social; liderazgo y supervisión, reconocimiento y recompensas; organizaciones del trabajo; conflicto entre el trabajo y vida personal. Estas aparecen vinculadas a condiciones laborales propias del contexto médico rural entre ellas la disponibilidad limitada de recursos, el aislamiento geográfico, la responsabilidades clínicas y administrativas, la seguridad y procesos de capacitación del año rural.

2. Los países del estudio cuentan con marcos generales de seguridad y salud en el trabajo o de gestión de factores de riesgo psicosociales, además de disposiciones que regulan sus respectivos programas de medicatura rural. Por su lado, Colombia cuenta de instrumentos específicos para la evaluación de riesgos psicosociales; Perú incorpora herramientas técnicas para la evaluación de la gestión en médicos rurales; México cuenta con normativa que permite identificar y prevenir riesgos psicosociales y Ecuador mantiene un marco general actualizado. Sin embargo, la bibliografía estudiada no identifica una articulación específica entre estos mecanismos y las condiciones del servicio rural.

3. La comparación realizada demostró que los cuatro países cuentan con mecanismos generales para la gestión de estos factores estudiados, pero difieren entre los instrumentos o normas utilizadas y en la forma en que estos se pueden adaptar al año médico rural. En Ecuador, el principal problema se identifica con la limitada articulación de las normas de seguridad y salud en el trabajo y el año de servicio rural, especialmente en la definición de responsabilidades, la evaluación y la intervención de los organismos oficiales

RECOMENDACIONES

Fortalecer la articulación entre la gestión de los factores de riesgo psicosocial y la administración del año de salud rural en Ecuador, mediante una definición más clara de las responsabilidades institucionales y de los procedimientos de evaluación, intervención y seguimiento durante el servicio. Estos mecanismos deberían considerar las condiciones identificadas en el estudio, como carga de trabajo, disponibilidad de recursos, apoyo institucional, supervisión, seguridad, movilidad, capacidad de referencia e inducción.

Establecer la evaluación y adaptar los instrumentos existentes a las condiciones propias del servicio rural de cada país, especialmente en el Ecuador. De este modo, los mecanismos generales dejarían de operar de forma aislada y responderían a la realidad del médico rural.

Diseñar planes de acción que ofrezcan supervisión y acompañamiento técnico a distancia, fortaleciendo el apoyo social entre pares y estableciendo mecanismos de reconocimiento y conciliación entre el trabajo y la vida personal (por ejemplo, rotaciones, descansos programados y canales de atención en salud mental). Además, realizar monitoreos periódicos que permitan evaluar el efecto de estas medidas y ajustarlas con base en la evidencia.

Referencias

- Asamblea Nacional del Ecuador. (Diciembre de 2006). *Ley Orgánica de Salud. Ley No. 67*. Obtenido de Registro Oficial Suplemento 423, 22 de diciembre de 2006: <https://salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Bärnighausen, T., & Bloom, D. E. (2009). Financial incentives for return of service in underserved areas: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 9(86). doi:<https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-86>
- Bendezu-Quispe, G., Mari-Huarache, L. F., Taype-Rondan, A., Mejia, C. R., & Inga-Berrosapi, F. (2020). Percepción de médicos que realizan el Servicio Rural y Urbano-Marginal de Salud en Perú sobre el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(4), 636–644. doi:10.17843/rpmesp.2020.374.5294
- Cavender, A., & Albán, M. (1998). Compulsory medical service in Ecuador: The physician's perspective. *Social Science & Medicine*, 47(12), 1937–1946. doi:10.1016/S0277-9536(98)00335-9
- Comunidad Andina. (2004). *Decisión 584. Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Obtenido de <https://sice.oas.org/trade/JUNAC/decisiones/DEC584s.asp>
- Comunidad Andina. (2005). *Resolución 957. Reglamento del Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Obtenido de <https://www.comunidadandina.org/StaticFiles/DocOf/RESO957.pdf>
- Congreso de Colombia. (27 de Mayo de 1981). *ey 50 de 1981, por la cual se crea el Servicio Social Obligatorio en todo el territorio nacional*. Obtenido de <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1604717>
- Congreso de Colombia. (2007). *Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*. Obtenido de <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1675003>
- Congreso de la República del Perú. (2 de Diciembre de 1981). *Ley N.º 23330. Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS*. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256956-23330>
- Congreso de la República del Perú. (2011). *Ley N.º 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Obtenido de <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29783.pdf>
- Congreso de la República del Perú. (2011 de Agosto de 2011). *Ley N.º 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Obtenido de <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29783.pdf>
- Greenberg, J. (1990). Organizational justice: Yesterday, today, and tomorrow. *Journal of Management*, 16(2), 399–432. doi:<https://doi.org/10.1177/014920639001600208>
- Grobler, L., Marais, B. J., & Mabunda, S. (2015). Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane*

Database of Systematic Reviews.(6).
doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005314.pub3>

Instituto Nacional de Salud. (2025). *CENSOPAS COPSOQ: Metodología peruana para la identificación y evaluación de los riesgos psicosociales laborales*. Obtenido de <https://www.gob.pe/54514-censopas-copsoq-metodologia-peruana-para-la-identificacion-y-evaluacion-de-los-riesgos-psicosociales-laborales>

Izquierdo-Condoy, J. S., Morales-Lapo, E., Hidalgo, M., Tello-De-la-Torre, A., Ruiz-Sosa, C., Guerrero-Castillo, G. S., . . . Ortiz-Prado, E. (2023). Job satisfaction and self-perceptions among Ecuadorian medical doctors during their compulsory rural community social service: A countrywide cross-sectional analysis. *Journal of Primary Care & Community Health*, 21501319231179936.
doi:10.1177/21501319231179936

Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 1336-1342. Obtenido de <https://www.jstor.org/stable/2392498?origin=crossref>

Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 285-308.
doi:<https://www.jstor.org/stable/2392498?origin=crossref>

Mejía-Álvarez, C. R., Valladares-Garrido, M. J., Romero, B. M., Valladares-Garrido, D. P., Linares-Reyes, E., & Perú., R. G. (2017). Accidentes laborales asociados al desánimo de médicos SERUMS para laborar en el primer nivel de atención de Lima, Perú. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.*, 55(6), 686-691.

Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2008). Obtenido de https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/resolucion_minproteccion_2646_2008.htm

Ministerio de la Protección Social de Colombia. (17 de Julio de 2008). *Resolución 2646 de 2008*. Obtenido de <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30044506>

Ministerio de Salud del Perú. (22 de Junio de 1997). *Decreto Supremo N.º 005-97-SA. Reglamento de la Ley N.º 23330, Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS*. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256674-005-97-sa>

Ministerio de Salud del Perú. (11 de Junio de 2024). *Cuestionario de Identificación y Evaluación de Riesgos Psicosociales en los Lugares de Trabajo*. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/5650129-cuestionario-de-identificacion-y-evaluacion-de-riesgos-psicosociales-en-los-lugares-de-trabajo>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (12 de Noviembre de 2015). *Norma para el cumplimiento del año de salud rural de servicio social*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/08/NORMA-PARA-EL-CUMPLIMIENTO-DEL-AÑO-DE-SALUD-aprobada-12-de-noviembre-2015-1.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (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*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20774%20de%202022.pdf
- Ministerio de Trabajo del Ecuador. (2021). *Ministerio del Trabajo del Ecuador. Título: Guía para la implementación del programa de prevención de riesgos psicosociales*. Obtenido de <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2024/01/Guia-para-la-implementacion-del-programa-de-prevencion-de-riesgo-psicosocial.pdf>
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. (24 de Abril de 2012). *Decreto Supremo N.º 005-2012-TR. Reglamento de la Ley N.º 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/presidencia/normas-legales/462577-005-2012-tr>
- Ministerio del Trabajo de Colombia. (18 de Julio de 2022). *Resolución 2764 de 2022*. Obtenido de https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/pdf/resolucion_mtra_2764_2022.pdf
- Ministerio del Trabajo del Ecuador. (Octubre de 2018). *Guía para la aplicación del cuestionario de evaluación de riesgo psicosocial*. Obtenido de <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2024/01/Guia-para-la-aplicacion-del-cuestionario-de-prevencion-de-riesgo-psicosocial.pdf>
- Ministerio del Trabajo del Ecuador. (2024). *Acuerdo Ministerial Nro. MDT-2024-196*. Obtenido de <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2024/10/ACUERDO-MINISTERIAL-NRO.-MDT-2024-196-signed.pdf>
- Ministerio del Trabajo del Ecuador. (2024). *Norma Técnica en Seguridad e Higiene del Trabajo*. Obtenido de https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2024/11/Anexo-3_Norma-Tecnica-de-Seguridad-e-Higiene-del-Trabajo-signed-signed-signed-signed.pdf
- Moya Peñafiel, M. J. (2014). Servicio Social Obligatorio en Colombia: incertidumbre de los recién graduados en medicina. *Revista Médica de Risaralda*, 114-120. doi:<https://doi.org/10.22517/25395203.9257>
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine*, 277-286. doi:doi.org/10.1093/occmed/kqq081
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564014>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations*. Obtenido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564014>

- Organización Mundial de la Salud. (2022). *WHO guidelines on mental health at work*. Obtenido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo. (2022). *Mental health at work: Policy brief*. Obtenido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., . . . Loder. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. doi:10.1136/bmj.n71
- Presidencia de la República del Ecuador. (2024). Decreto Ejecutivo No. 255: Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo. Obtenido de <https://www.trabajo.gob.ec/reglamento-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo/>
- 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. doi:10.22201/iisue.24486167e.2012.138.34157
- Secretaría de Salud de México. (7 de Agosto de 2014). : *NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología*. Obtenido de <https://dof.gob.mx/normasOficiales.php?codp=5438&view=si>
- Secretaría de Salud de México. (15 de Marzo de 2024). *NOM-033-SSA-2023, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina*. Obtenido de <https://dof.gob.mx/normasOficiales/9416/salud/salud.html>
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social de México. (2018). *NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo—Identificación, análisis y prevención*. Obtenido de https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5541828
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social de México. (23 de Octubre de 2018). *NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo—Identificación, análisis y prevención*. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41. doi:doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27
- Sório, R. E., Méndez, C., Celhay, P., Figueroa, N., Díaz, V., & Gutiérrez, D. (2023). *Eficiencia y equidad en la asignación de profesionales de la salud: análisis detallado del programa SERUMS en Perú*. Lima, Perú: Banco Interamericano de Desarrollo. doi:<https://doi.org/10.18235/0005300>

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **JORDAN ANDRES TOBAR DOMENECH**, con C.C: # **0923975940** autor del trabajo de titulación: “**Políticas públicas para la gestión de factores de riesgo psicosocial en médicos rurales: revisión bibliográfica y análisis comparativo entre Ecuador, Colombia, Perú y México.**”, previo a la obtención del título de **MAGISTER EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 19 de octubre de 2026.

f.  **Jordan Andres Tobar Domenech**


Nombre: TOBAR DOMENECH JORDAN ANDRES

C.C. 0923975940

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Políticas públicas para la gestión de factores de riesgo psicosocial en médicos rurales: revisión bibliográfica y análisis comparativo entre Ecuador, Colombia, Perú y México		
AUTORA:	Jordan Andrés Tobar Domenech		
REVISOR/ TUTOR:	Pisc. Alexandra Galarza Colamarco, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/ FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ ESPECIALIDAD:	Maestría en Seguridad y Salud en el Trabajo		
GRADO OBTENIDO	Magister en Seguridad y Salud en el Trabajo		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	19 de octubre de 2026	No. DE PÁGINAS	61
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Ocupacional, Políticas Públicas de Salud, Riesgos Psicosociales.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	políticas públicas; factores de riesgo psicosocial; seguridad y salud en el trabajo; marcos normativos.		
RESUMEN/ABSTRACT:	El trabajo analizó comparativamente las políticas públicas y los marcos normativos relacionados con la gestión de los factores de riesgo psicosociales en médicos rurales de Ecuador, Colombia, Perú y México. Se desarrolló mediante un enfoque cualitativo, documental, descriptivo y comparativo, sustentado en la revisión bibliográfica y análisis de contenido. La base documental correspondientes a 83 fuentes únicas. De los registros conservados, 81 fueron verificados, dos mantuvieron una verificación parcial y dos quedaron pendientes de confirmación mediante fuente primaria. Asimismo, 35 registros fueron clasificados como evidencia directa y 50 como evidencia indirecta. El análisis mostró que los cuatro países cuentan con disposiciones generales en materia de seguridad y salud en el trabajo, factores de riesgo psicosocial o condiciones del entorno organizacional, además de normas destinadas a regular sus respectivos programas de servicio social. Las fuentes directas concentraron los hallazgos en aspectos concretos del trabajo rural: carga y distribución de tareas, recursos disponibles, aislamiento, responsabilidad profesional, apoyo institucional, seguridad, reconocimiento e inducción. Cada país tiene un soporte normativo diferente. En Colombia y México existen instrumentos generales sobre riesgo psicosocial; Perú ha incorporado, un marco de seguridad y salud en el trabajo junto con instrumentos institucionales de prevención. Ecuador presenta la dificultad de conectar elementos que existen por separado: la regulación general de seguridad y salud en el trabajo, la administración del año de salud rural, los mecanismos de vigilancia y las responsabilidades de las instituciones que se encuentran involucradas. La regulación existente ofrece una base formal de protección, pero poca especificidad sobre las condiciones del médico rural, dejando escasa evidencia publicada sobre su aplicación y seguimiento.		
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR:	Teléfono: 0962853171	E-mail: dr.jtobard@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad Catolica de Santiago de Guayaquil Teléfono: +593-4-3804600 E-mail: info@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			