



Clima ético en el entorno de trabajo en la atención primaria de la salud: un estudio mixto*


Lenna Eloisa Madureira Pereira^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-9326-0538>


Laura Cavalcanti de Farias Brehmer³

 <https://orcid.org/0000-0001-9965-8811>


José Luís Guedes dos Santos^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0003-3186-8286>


Graziele de Lima Dalmolin⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-0985-5788>

Lucas Lorrán Costa de Andrade^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-7924-0538>

Flávia Regina Souza Ramos^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-0077-2292>

Destacados: (1) Los profesionales de la Atención Primaria de la Salud presentan un clima ético cohesionado en sus entornos de trabajo. (2) Los valores varían en los entornos de salud, debido a la diversidad asistencial y tecnológica. (3) La cooperación subvierte el sufrimiento impuesto en entornos de trabajo adversos.

Objetivo: analizar el clima ético en el entorno de trabajo de la atención primaria de la salud en un municipio de la región amazónica, mediante la articulación de datos cuantitativos y cualitativos. **Método:** estudio mixto convergente paralelo. Los datos cualitativos de entrevistas con 46 profesionales se sometieron a análisis temático reflexivo. Por su parte, los datos cuantitativos se obtuvieron con 170 profesionales por medio del Inventario de Clima Ético. El análisis factorial exploratorio probó el modelo del Inventario de Clima Ético, proponiendo una nueva configuración de los ítems, con poder explicativo superior al mantenido en el análisis factorial confirmatorio. La integración de los datos fue independiente y se presentó en *joint display*. **Resultados:** los ítems con mayor carga factorial de los cuatro factores del Inventario de Clima Ético (1. principios y reglas, 2. benevolencia, 3. independencia/individualismo, y 4. sentido de comunidad/responsabilidad social) se analizaron en fusión con la categoría cualitativa, con múltiples expresiones de la subjetividad y de la ética en el entorno de trabajo, no observándose divergencias entre los datos, sino solo convergencias y complementación en síntesis analíticas por factor. **Conclusión:** la integración de los datos amplió la comprensión del clima ético en un escenario poco explorado, demostrando la distinción de esa realidad en términos de los constructos analizados y la fuerza de los elementos éticos como herramienta conceptual y analítica de los entornos de trabajo.

Descriptorios: Atención Primaria de Salud; Ética; Trabajo; Encuestas y Cuestionarios; Enfermería; Servicios de Salud.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Ética e ambiente de trabalho de trabalho na Atenção Primária à saúde", presentada en la Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.


¹ Universidade Federal do Pará, Departamento de Enfermagem, Belém, PA, Brasil.

² Becaria (o) del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

³ Universidade Federal da Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.

Cómo citar este artículo

Pereira LEM, Brehmer LCF, Santos JLG, Dalmolin GL, Andrade LLC, Ramos FRS. Ethical climate in the primary health care workplace: a mixed-method study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2026;34:e4756 [cited ____]. Available from: _____ URL 
año mes día

Introducción

El clima ético (CE) fue definido en la década de 1980, por Victor y Cullen, como un conjunto de comportamientos, emociones y percepciones que caracterizan a una organización y son moldeados por elementos diversos, como valores profesionales, normas, concepciones y tradiciones. Fue redefinido en Enfermería, por Olson, como las percepciones del equipo de enfermería sobre cómo se abordan o resuelven las cuestiones éticas en su entorno de trabajo (ET) específico, en este caso, el hospitalario⁽¹⁾. Tales percepciones problematizan las condiciones organizacionales para ayudar a los trabajadores en las reflexiones éticas cotidianas, que involucran la asistencia, la gestión, las políticas y las decisiones sobre problemas éticos; de ahí que el CE promueva la satisfacción profesional y un entorno saludable y seguro para el cuidado, mientras que el CE negativo es un predictor de riesgos de agravamiento de la salud del trabajador⁽²⁾.

A lo largo de los años, los estudios sobre CE se han perfeccionado tanto en el área de la administración y la psicología como en el área de la salud, aunque en este campo se han concentrado en escenarios hospitalarios⁽³⁾ y en relaciones con otros factores, como salud del trabajador⁽²⁾, habilidad de toma de decisiones y capacitación en comunicación interprofesional⁽⁴⁾; compromiso de enfermeras(os)⁽⁵⁾; distrés moral⁽⁶⁻⁷⁾ y fatiga por compasión⁽⁷⁾; intención de abandonar el trabajo⁽⁸⁾; satisfacción laboral⁽⁴⁾, entre otros^(3,9).

En el campo de la Enfermería y del ámbito hospitalario se destaca el estudio pionero de la escala *Hospital Ethical Climate Survey* (HECS)⁽⁹⁾, de autoría de la enfermera Linda Olson, la más utilizada según una revisión que analizó 61 estudios sobre CE en 21 países⁽³⁾. Esta misma revisión evidenció la brecha de análisis en escenarios de la Atención Primaria en Salud (APS), al observar variabilidad únicamente en unidades hospitalarias, aun cuando se utilizaron

escalas generales, como el *Ethical Climate Questionnaire* o ECIndex (ECQ/ECI); además del mayor número de estudios con muestras de enfermeras(os)⁽³⁾. El ECQ posee versiones traducidas para diferentes países^(3,10-11); el HECS también cuenta con traducciones y aplicaciones en los cinco continentes, incluido el portugués brasileño^(3,9,12), esta última con la colaboración de la autora de la versión original. Cabe mencionar además la *Social Capital and Ethical Climate at the Workplace Scale* (SEW)⁽¹³⁾, que analiza las intenciones de rotación, lesiones y accidentes de trabajo entre cuidadores profesionales; y el *Ethical Decision-making Climate Questionnaire* (EDMCQ)⁽⁸⁾, que evalúa el CE en unidades de cuidados intensivos.

El análisis del CE cuenta con diferentes enfoques y marcos teóricos, de acuerdo con los factores asociados al concepto. La tipología del CE de Victor y Cullen se basó en una matriz 3×3 que combina tres criterios éticos (principio, benevolencia y egoísmo) con tres locus de análisis (individual, local y cosmopolita)⁽¹⁴⁾, produciendo nueve arquetipos. Según este referencial, en términos de criterios éticos, un CE contempla la benevolencia cuando se fundamenta en la "preocupación por los otros/bienestar del otro"; los principios y reglas, cuando está afectado por la adhesión del individuo a las normativas y reglamentos de su profesión y/o determinados por la organización; y se configura por la independencia/individualismo (denominada inicialmente "egoísmo"), cuando la actuación se orienta por creencias e intereses personales^(11,14). En términos de locus de análisis, el individual se refiere a los intereses personales; el local, cuando recae sobre los intereses del sistema interno de la organización/grupos; y el cosmopolita, cuando involucra el sistema social externo a la organización. La representación gráfica de los nueve arquetipos, según la propuesta original de Victor y Cullen, consta en la Figura 1, siendo que el término "egoísmo" dio origen al constructo independencia/instrumentalismo y el término "principios" originó el constructo principios y reglas.

		Locus de análisis		
		INDIVIDUAL	LOCAL	COSMOPOLITA
Criterio ético	EGOÍSMO	Interés propio	Beneficios/intereses de la empresa	Eficiencia
	BENEVOLENCIA	Amistad	Interés del equipo	Responsabilidad social
	PRINCIPIO	Interés propio	Reglas y procedimientos de la organización	Códigos profesionales y leyes

Fuente: Ribeiro, et al, 2016⁽¹⁵⁾

Figura 1 - Locus de análisis ético en las decisiones: individual, local y cosmopolita. Belém, PA, Brasil, 2025

A partir de ese enfoque, Victor y Cullen construyeron un instrumento de medición, el Inventario de Clima Ético (ICE, en inglés ECQ/ECI), con adaptación

y validación en versión brasileña⁽¹⁵⁾ en el ámbito de la psicología y la gestión de personas. Para el campo de la salud y la Enfermería existen adaptaciones de

la versión original en lenguas extranjeras, pero no para Brasil⁽⁴⁾.

Los ET en salud se diferencian según contextos culturales, complejidad y tipos de servicios, equipos actuantes, entre otros. En el escenario hospitalario, existe una porción considerable de estudios pertinentes al CE^(3,9,16-18). Por otro lado, no existen instrumentos específicamente elaborados para evaluar el CE en la APS. A partir de esa laguna identificada en la literatura, se justifica la importancia de relacionar las experiencias de los trabajadores en ET en la APS con la evaluación del CE realizada por trabajadores de esos escenarios.

En el escenario brasileño, se destaca el hecho de que el país cuenta con un sistema de salud público y universal que, a pesar de los avances, aún enfrenta desafíos relacionados con disparidades socioeconómicas, escasez de recursos, integración de servicios y diversas barreras de acceso a la atención médica⁽¹⁹⁾. Además, Brasil cuenta con vastas áreas geográficas remotas, como en la Amazonía, con oferta de servicios limitada, falta de profesionales de la salud y de infraestructura adecuada. La escasez de recursos en esas áreas puede traducirse en largas distancias que recorrer para obtener atención y en la falta de equipos y medicamentos esenciales⁽¹⁹⁾.

La evaluación del CE tiene el potencial de revelar cómo condiciones subjetivas y éticas específicas de cada contexto son percibidas por los trabajadores en sus impactos sobre sí mismos, sobre el trabajo y sobre el cuidado. Ante ello, es fundamental dirigir este tipo de investigación hacia campos aún poco explorados en el sistema de salud, como los servicios de APS y aquellos situados fuera de los grandes centros urbanos de Brasil. Debido a la complejidad que envuelve el fenómeno en cuestión, un enfoque monométodo se muestra limitado para captar sus múltiples dimensiones. En este sentido, el uso de un diseño de investigación de métodos mixtos se considera más adecuado, pues posibilita integrar diferentes perspectivas analíticas, ampliando la profundidad y el alcance de la comprensión del objeto investigado.

Así, se delinearón, en este estudio, tres preguntas de investigación articuladas al diseño de métodos mixtos: la pregunta cuantitativa buscó identificar qué factores o criterios evaluados por el ICE presentan relevancia en un escenario de la APS; la pregunta cualitativa investigó cómo se expresa la dimensión ética de los ET de la APS, según la perspectiva de los trabajadores; y la pregunta integradora procuró comprender las convergencias y/o divergencias entre los resultados obtenidos por medio del ICE y los relatos de los trabajadores sobre el ET en la APS de un municipio de la región amazónica.

Ante este panorama, el objetivo de este estudio fue analizar el clima ético en el entorno de trabajo de la

atención primaria de la salud en un municipio de la región amazónica, mediante la articulación de datos cuantitativos y cualitativos. Es decir, explorar convergencias y divergencias entre la evaluación realizada por medio del ICE y los relatos sobre el ET de los trabajadores de la APS.

Método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio mixto convergente paralelo (CUANTI-CUALI), en el que los datos cualitativos y cuantitativos se recopilan concomitantemente y con la misma atribución de peso. Se utilizó el enfoque de métodos mixtos por permitir la integración de datos cuantitativos y cualitativos, atendiendo a la necesidad de comprender el fenómeno del CE, foco de este estudio, de forma más amplia y profunda⁽²⁰⁻²¹⁾. El *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), versión 2018⁽²²⁾, se utilizó como guía metodológica⁽²³⁾.

Lugar y población del estudio

El escenario del estudio fue la APS de un municipio perteneciente a la región metropolitana de Belém, capital del estado de Pará, Brasil. Para atender a más de 500.000 habitantes, el municipio estudiado dispone de 12 unidades básicas de salud, distribuidas en cinco regiones. Se seleccionaron dos regiones que reúnen siete unidades municipales de salud, por atender a los mayores contingentes poblacionales. La población del estudio comprendió el número total de trabajadores de las siete unidades, totalizando 444 trabajadores.

Estudio cuantitativo: muestra, instrumento, recolección y análisis de los datos

La fase cuantitativa fue un estudio transversal analítico que abarcó a toda la población (trabajadores de las siete unidades). Los criterios de inclusión fueron: servidores concursados y/o contratados, con tiempo de actuación de al menos dos meses. Se excluyeron servidores en vacaciones o licencia, vigilantes y residentes de las unidades investigadas. Mediante cálculo muestral para población finita, considerando la población de 444 trabajadores con error muestral de 5% y nivel de confianza de 95%, se estimaron 169 participantes.

Se empleó un muestreo por conveniencia, invitándolos a participar a todos los trabajadores que estaban presencialmente en las siete unidades en los días de recolección de datos y, también, a aquellos a quienes se tuvo acceso vía *WhatsApp*[®]. Fueron abordados 214

trabajadores, de los cuales 44 declinaron, constituyéndose la muestra por 170 participantes, de las siguientes profesiones/cargos en las siete unidades: enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería, médicos, demás profesionales de nivel superior (trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, odontólogo), agentes comunitarios de salud (ACS), demás profesionales de nivel medio (técnico y auxiliar bucal, técnico en patología clínica, técnico en radiología), gestores y asistentes administrativos, agentes de servicios generales. Los términos trabajadores o servidores engloban a la mayoría de los participantes con profesiones reconocidas y a quienes ejercen una ocupación o cargo independientemente de la formación, como los tres últimos citados.

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el ICE (*Ethical Climate Index*) traducido, adaptado y validado para la realidad brasileña⁽¹⁵⁾. La versión original, con 36 ítems, ya había pasado por revisiones, incluso en portugués, de modo que el instrumento adoptado⁽¹⁵⁾ fue validado en tres constructos/factores y 19 ítems: benevolencia (9 ítems), principios y reglas (6 ítems) e independencia e instrumentalismo (4 ítems), manteniendo coherencia con los arquetipos iniciales (Figura 1). Las pruebas estadísticas para la extracción de los factores fueron Kaiser y método de ejes principales (PAF) con rotación Promax. Cada ítem se mide por escala Likert de 6 puntos; del 1 (completamente falsa) al 6 (completamente verdadera). El instrumento no sufrió cambio de contenido, tan solo el ajuste de un término en sus preguntas: el término "empresa" fue sustituido por "unidades de salud". Dado que el instrumento original contempla organizaciones en general y, en esta aplicación específica, el escenario se refería únicamente a la APS, tal modificación se realizó para una mejor comprensión de los participantes, de modo que las demás afirmaciones permanecieron inalteradas. Así, se optó por no realizar una nueva adaptación y validación, incluso considerando que su uso podría indicar tal necesidad futura. Se obtuvo la autorización de uso con la primera autora de la versión brasileña del instrumento⁽¹⁵⁾.

La recolección de datos ocurrió tras el reclutamiento mediante divulgación presencial en las unidades y vía *WhatsApp*® a contactos obtenidos por indicación de gestores y trabajadores. El diligenciamiento del instrumento, tras la firma del CI, fue en línea, individual, en el período de agosto de 2020 a marzo de 2021, vía formulario de *Google Forms*, conteniendo cuestionario sociolaboral (edad, género, estado civil, hijos, situación conyugal, posgrado y tipo y número de vínculos) y el ICE⁽¹⁴⁾.

El análisis estadístico se realizó con el *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 25 e *IBM Amos Graphics* v.20⁽²⁴⁾. Inicialmente, se efectuó un análisis de verificación de la aplicabilidad de la escala

al escenario estudiado, con el empleo de ecuaciones estructurales e índices de análisis factorial confirmatorio (AFC) y, posteriormente, análisis factorial exploratorio (AFE). La descripción de los resultados acerca de la evaluación del CE en esta población fue explorada detalladamente en una publicación previa⁽²⁵⁾, incluyendo pruebas de comparación entre análisis de correlación, cuando se trató de relacionar factores del ICE y variables categóricas o cuantitativas.

En este estudio, se utilizó el modelo de ecuaciones estructurales (*Structural Equations Modeling* – SEM) para poner a prueba el modelo del ICE en el contexto de la APS considerando la estructura y contenido del instrumento. Los índices de ajuste y parámetros para evaluar el modelo, que propusieron una nueva configuración para los ítems, con poder explicativo superior al mantenido en la AFC, fueron: razón chi-cuadrado por grados de libertad (χ^2/gl) menores que 3; (A)GFI representando el (*Adjusted Goodness of Fit*) mayores o iguales a 0,95; RMSEA menores que 0,06, donde el valor del intervalo de confianza del 90% de ese indicador no debe superar 0,10; valores de *Normed Fit Index* (NFI), *Comparative Fit Index* (CFI) y *Tucker-Lewis Index* (TLI) mayores que 0,9⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Se empleó también, para adecuar el modelo al escenario y a la población, la verificación del AFE. Se utilizaron las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para verificar el criterio de adecuación muestral (valores iguales o menores de 0,5 se consideran inadecuados para el análisis factorial) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < 0,05$) para la evaluación de la matriz de correlación. Los valores de comunalidad y carga factorial aceptables deben situarse por encima de 0,400; sin embargo, para la integración de los datos en el estudio mixto, se consideraron las preguntas que presentaron cargas superiores a 0,700⁽²⁸⁾.

Estudio cualitativo: muestra, instrumento, recolección y análisis de los datos

La fase cualitativa tuvo carácter exploratorio-descriptivo y se realizó con entrevistas a 46 trabajadores de la APS. Se adoptó un muestreo por conveniencia, siguiendo los mismos criterios de inclusión y exclusión de la etapa cualitativa.

El instrumento fue un guion de entrevista compuesto por siete preguntas abiertas, que fue sometido a ajustes por tres investigadoras y probado con dos trabajadores de los mismos servicios, uno con formación de nivel medio y otro de nivel superior, que no integraron la muestra. El guion de entrevista contenía siete preguntas abiertas sobre: percepción y elementos de un entorno saludable/positivo; percepción sobre entorno ético; identificación de condiciones de un entorno saludable/positivo y de un entorno ético en su escenario de trabajo; cómo contribuir

a entornos éticos; qué situaciones son limitantes y qué puede mejorarse para tornar los entornos éticos.

Tras la firma del CI, las entrevistas individuales fueron realizadas presencialmente, por la primera autora, entre agosto y diciembre de 2020, conforme a la disponibilidad de los participantes y tuvieron una duración media de quince minutos. El registro de los datos se realizó mediante la aplicación digital Grabadora de Voz® Versión 3 (42.0). Los audios fueron íntegramente transcritos por la entrevistadora y organizados en el *software* Atlas.ti, cuyas funcionalidades apoyaron el análisis cualitativo en las seis fases del análisis temático reflexivo (ATR) (familiarización de los datos; generación de códigos iniciales; búsqueda de temas; revisión de temas; definición de temas; elaboración del informe) ⁽²⁹⁻³⁰⁾. Todo el proceso fue sometido a doble verificación hasta la categorización final (primera y última autora). Del libro de códigos (*codebook*), la categoría "Elementos subjetivos y éticos", con magnitud (Mt) de 163 extractos, fue posteriormente integrada a los datos cuantitativos de los 19 ítems del ICE.

Previamente a la integración, todos los datos cualitativos fueron codificados y analizados de forma independiente a la finalidad de integrar. De este análisis derivaron dos grandes redes temáticas que agrupan categorías o agrupamientos de códigos, refiriéndose a: 1) Entorno de trabajo (ET) y salud, o formas de ver la realidad de su entorno y proyectar ET deseables; esta red reunió 322 extractos/citas (magnitud) y tres categorías (condiciones materiales, de gestión y de comunicación, con 10 códigos en total); 2) Componentes subjetivos y relacionales del AT en la APS, compuesta por tres categorías con magnitud total de 311 extractos y 30 códigos, que tratan de las múltiples expresiones de la ética y la subjetividad (concepciones y cuestionamientos éticos, problemas éticos y atributos para el CE), de las relaciones de trabajo y de los equipos profesionales y de las percepciones y experiencias de sí en el trabajo (como apoyo, pertenencia, esperanza, pero también irrespeto y desvalorización).

Estudio mixto: procedimientos de fusión de los datos

Tras el análisis individual e independiente de los datos cualitativos y cuantitativos, se procedió a la etapa de integración, que consiste en producir un resultado sincrónico y consistente mayor que la suma de las partes cualitativa y cuantitativa⁽³¹⁾.

Algunos procedimientos estadísticos fueron especialmente útiles para definir resultados aplicables a la integración o fusión de datos CUANTI-CUALI, en diferencias y semejanzas (diseño convergente)⁽²³⁾. Como ya se mencionó, a partir de la verificación del modelo

del ICE en el escenario de la APS, a partir del AFE, se consideraron solo las preguntas que presentaron mayor impacto en sus respectivos factores, evaluadas por la mayor carga factorial (>0,700).

Para el presente recorte mixto, se asociaron las preguntas de mayor carga factorial de los cuatro factores del ICE con los 19 códigos (subcategorías) cualitativos estudiados. Un nuevo análisis recayó sobre 163 extractos, inicialmente contenidos en la categoría múltiples expresiones de la ética y subjetividad, ahora revisados por sus contribuciones al profundizamiento de datos cuantitativos relevantes. Es decir, del conjunto de datos cualitativos, solo se produjo un agrupamiento para esta finalidad de integración, preservando la originalidad de los datos cualitativos de otros agrupamientos, susceptibles de ser explorados en publicaciones exclusivamente cualitativas.

Los datos cualitativos y cuantitativos fueron integrados vía *joint display*. Cada asociación de ideas, convergentes y/o divergentes, según los testimonios asociados al ICE, fue insertada en dominios. Se constituyó, así, un enfoque de entrelazamiento a nivel del método mixto, es decir, hilos de encuentros con base tema por tema, o concepto por concepto⁽²¹⁾.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación recibió anuencia institucional de la Secretaría de Salud del municipio y obtuvo aprobación del Comité de Ética en Investigación de la *Universidade Federal de Santa Catarina*, bajo dictamen n.º 4079091, de 09/06/2020, CAAE 32493920.4.0000.0121, en consonancia con la Resolución del Consejo Nacional de Salud n.º 466/2012.

Resultados

Los resultados de la etapa cuantitativa fueron reportados en una publicación anterior⁽²⁵⁾, en la cual los datos e interpretaciones, característicos de un estudio transversal y correlacional, no son objeto del presente artículo. Por ejemplo, los datos de correlación son exclusivos de aquel recorte, así como las medias de intensidades por cada ítem, manteniendo la configuración original de la escala en tres factores. En el presente recorte (mixto) se presentó una nueva configuración, en cuatro factores, obtenida en pruebas complementarias y como contribución exclusiva y respaldada por la integración CUANTI-CUALI.

De hecho, el ya referido entrelazamiento, que explora hilos de encuentros entre los enfoques en torno a un tema/concepto, supera su mera sumatoria y, por ello, se recomienda el informe en artículos distintos, no tratándose ya de abordar la completitud de los resultados CUANTI-

CUALI⁽¹⁹⁾. Una de las ventajas de los estudios de métodos mixtos es la posibilidad de desdoblarse diferentes productos académicos a partir de un único proyecto. En general, pueden generarse hasta cuatro publicaciones distintas: una con los resultados cuantitativos, otra con los resultados cualitativos, una tercera con el análisis integrado de los datos y, por último, un relato metodológico que destaque las innovaciones en la concepción y conducción del estudio. Es importante destacar que esta estrategia no se configura como repetición de contenido, sino como una utilización legítima y planificada del banco de datos, en la que cada publicación posee identidad propia, con recortes analíticos y objetivos específicos, respetando los principios éticos y científicos de la investigación⁽¹⁹⁾.

Los participantes de la etapa cuantitativa fueron 170 trabajadores de la salud, con edad media de 39 años (DE± 10,2), mayoritariamente mujeres (78,1%), con compañero (DE± 49,4) e hijos (65,7%), con nivel de formación superior (57,0%), concursados en régimen de 40 horas semanales (62,0%); sin otros vínculos laborales (64,1%).

Los parámetros de la AFC, considerando el modelo original del ICE para el escenario estudiado, presentaron los siguientes valores: chi-cuadrado (χ^2) de 293,1 con 146 grados de libertad (df), resultando en una razón χ^2/df de 2,00. El *Goodness of Fit Index* (GFI) fue de 0,854, y el *Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI) alcanzó 0,810. El *Normed Fit Index* (NFI) registró 0,817, mientras que el *Tucker-Lewis Index* (TLI) obtuvo 0,880. El *Comparative Fit Index* (CFI) fue de 0,897, y el *Root Mean Square Error*

of Approximation (RMSEA) presentó un valor de 0,075, con intervalo de confianza del 90% entre 0,063 y 0,087.

La razón entre la estadística chi-cuadrado y los grados de libertad presentó valores dentro de lo esperado. Los parámetros de la AFC se mostraron muy próximos a lo esperado, resultado que sugirió probar un nuevo modelo mediante AFE en el presente estudio.

En el AFE, los indicadores confirmaron la adecuación del ICE en cuatro dimensiones (Tabla 1), con valor de KMO (por encima de 0,8) que sugiere adecuación muestral aceptable para el AFE, así como prueba de esfericidad de Bartlett significativa ($p < 0,01$) indicando la factorabilidad de la matriz de correlación. Los valores de carga factorial variaron de 0,442 a 0,834, indicando que una proporción moderada a sustancial de la varianza en cada ítem fue compartida con su respectivo factor.

El AFE, según la Tabla 1, presenta la nueva configuración de los ítems: factor principios y reglas (Factor 1 – PR), que mantiene seis ítems (preguntas 8, 10, 11, 12, 13, 15); factor benevolencia (Factor 2 – BNV), con cinco ítems (1, 2, 3, 4, 6); factor independencia/individualismo (Factor 3 – IDP), con cuatro ítems (16, 17, 18, 19); y la constitución de un nuevo factor, denominado sentido de comunidad social (Factor – 4 RS), con cuatro ítems que antes pertenecían al factor benevolencia (5, 7, 9, 14). La Tabla 1 presenta los 19 ítems de la escala original, distribuidos en los cuatro factores, destacando aquellos que alcanzaron preponderancia (cargas factoriales superiores a 0,700), los cuales fueron utilizados para la integración con los datos cualitativos.

Tabla 1 – Análisis factorial exploratorio de los cuatro factores del Inventario de Clima Ético: principios y reglas (PR*), benevolencia (BNV[†]), independencia/individualismo (IDP[‡]) y sentido de comunidad/responsabilidad social (RS[§]). Belém, PA, Brasil, 2021

Ítems	Componentes			
	Factor 1 PR*	Factor 2 BNV [†]	Factor 3 IDP [‡]	Factor 4 RS [§]
11. Se espera que las personas cumplan, por encima de todo, las leyes y las normas profesionales.	0,815	0,314	-0,141	0,105
12. En este servicio, se espera que las personas sigan estrictamente las normas legales y profesionales.	0,772	0,265	-0,067	0,229
10. Se espera la adhesión de todas las personas a las normas y a los procedimientos organizacionales.	0,737	0,273	-0,124	0,193
15. Es muy importante seguir estrictamente las reglas y procedimientos de la unidad de salud.	0,736	0,143	-0,086	0,048
13. Se espera que las personas hagan siempre lo que es mejor para los clientes y el público.	0,573	0,216	-0,276	0,343
8. Se espera que cada persona sea bien tratada cuando se toman decisiones.	0,512	0,331	-0,099	0,484
2. Nuestra mayor preocupación es el bien de todos los que trabajan en esta unidad de salud.	0,277	0,834	-0,013	0,173
1. La preocupación más importante del servicio es el bienestar de todas las personas que trabajan en él.	0,213	0,753	0,143	0,091
6. En la unidad de salud, nuestra mayor preocupación se concentra en lo que es mejor para la otra persona.	0,343	0,663	-0,308	0,198

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Ítems	Componentes			
	Factor 1 PR*	Factor 2 BNV†	Factor 3 IDP‡	Factor 4 RS§
3.En la unidad de salud, las personas se preocupan por el bien de cada uno de los demás.	0,367	0,488	-0,251	0,269
4.Las personas se preocupan mucho por lo que es globalmente mejor para los trabajadores.	0,281	0,442	0,057	0,440
17.En este servicio, las personas se guían por su propia ética personal.	0,087	-0,220	0,783	0,006
16.En este servicio, cada persona, por sí misma, decide lo que considera correcto e incorrecto.	-0,254	0,178	0,717	-0,066
18.En este servicio, las personas protegen, por encima de todo, sus propios intereses.	-0,153	-0,126	0,716	-0,354
19.Lo que importa en este servicio es lo que cada persona considera correcto o incorrecto.	-0,421	0,082	0,682	-0,125
14.Las personas se preocupan activamente por los intereses de los clientes y del público.	0,115	0,094	-0,257	0,742
9.Las personas de esta unidad de salud tienen un fuerte sentido de responsabilidad ante la comunidad exterior/externa.	0,229	0,352	-0,175	0,616
5.La primera preocupación en esta unidad de salud es lo que es bueno para cada individuo.	0,083	-0,018	0,475	0,590
7.Las personas de este servicio dan mucha importancia al espíritu de equipo.	0,239	0,356	-0,384	0,560

*PR = Principios y reglas; †BNV = Benevolencia; ‡IDP = Independencia/individualismo; §RS = Sentido de comunidad/responsabilidad social

En la etapa cualitativa, fueron entrevistados 46 profesionales, con características distribuidas de forma semejante a la muestra cuantitativa, quienes también fueron invitados a participar en la etapa cuantitativa o a indicar nuevos participantes.

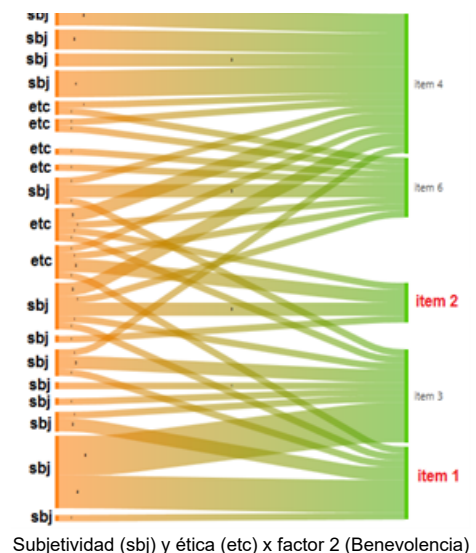
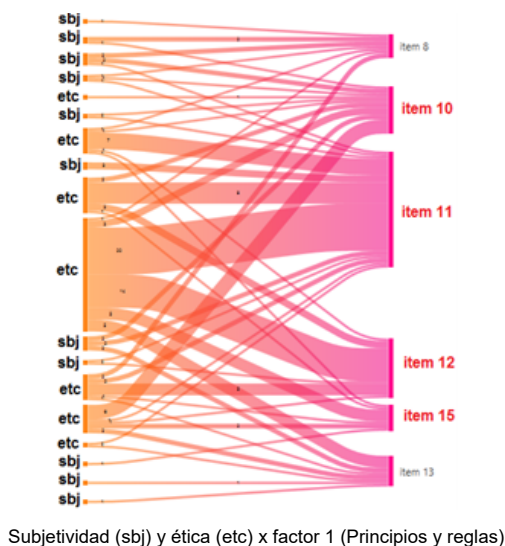
El punto de fusión CUANTI-CUALI fueron las convergencias con los 19 ítems del ICE, que generaron un nuevo proceso analítico. Los códigos cualitativos se agruparon en: subjetividad o "sbj"; y ética o "etc". Estos se describen a continuación, en la columna 2 de las Figuras 3 y 4.

Las múltiples expresiones de la subjetividad (sbj) se refirieron a las percepciones o efectos negativos que el ET producía en los trabajadores o que estos consideraban limitantes de un CE, por ejemplo, expresiones de miedo, desvalorización e irrespeto, negativismo en las formas de vislumbrar cambios y percibirse desatendido en sus necesidades. Al mismo tiempo, y paradójicamente, percepciones y efectos positivos eran atribuidos al esfuerzo y la proactividad individual y de equipo, al apoyo

recibido, a la empatía, al reconocimiento y a la satisfacción a pesar de las dificultades; todos como elementos de un ET saludable y de un CE positivo.

A su vez, las expresiones de la ética (etc) se mostraron como la base o las justificaciones de las posturas y acciones profesionales, ya basadas en la ética personal (valores, principios y formación familiar), pero, principalmente, en la ética profesional (principios y normas, de carácter deontológico, derechos y deberes). Además, se reportaron dudas morales (inseguridad y falta de sustento), conflictos éticos (situaciones de desacuerdo moral entre profesionales o con usuarios) que, aunque dificultaban, no impedían manifestaciones de agencia moral, o condiciones de actuar conforme a un juicio moral y en dirección a la promoción del CE.

La Figura 2 presenta el análisis de relaciones (coocurrencia) de cada uno de los cuatro factores del ICE con los códigos cualitativos de la red temática "ética y subjetividad", obtenidos con el auxilio del software Atlas.ti®.



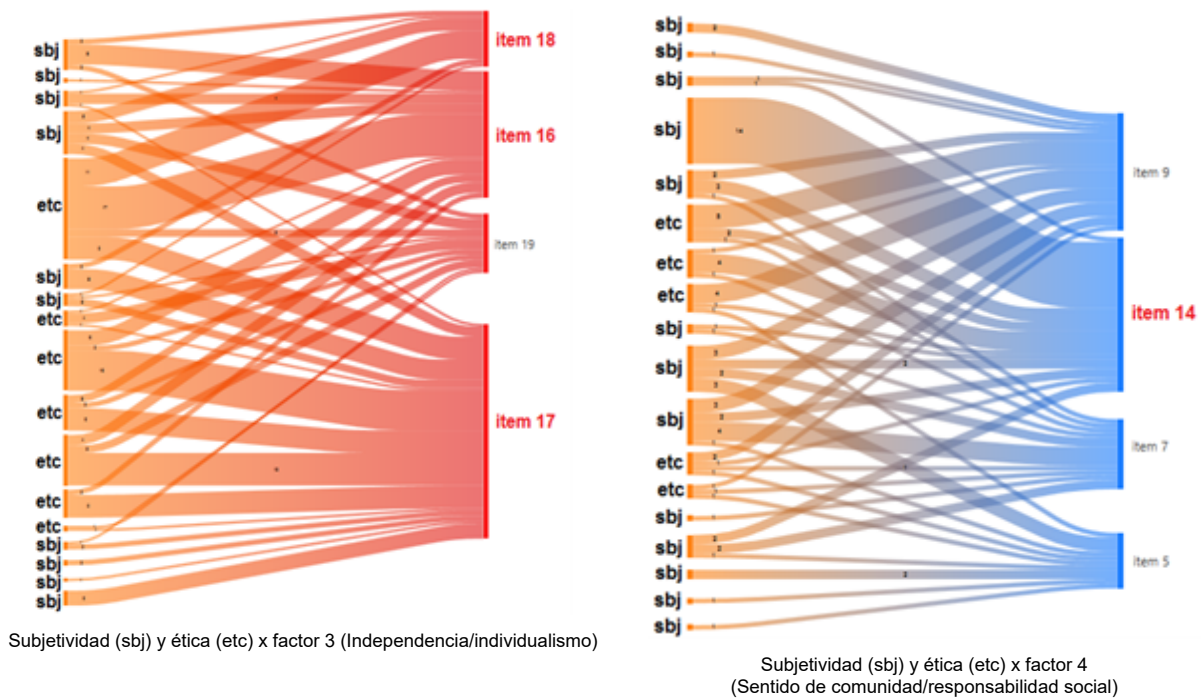


Figura 2 - Análisis de coocurrencia entre códigos cualitativos e ítems de los 4 factores del Inventario de Clima Ético. Belém, PA, Brasil, 2021

Los resultados integrados se presentan en dos figuras que destacan, para cada factor de la escala, síntesis relevantes del análisis cuantitativo y convergencias y divergencias observadas cuando se articulan con subcategorías de la fase cualitativa, abordando específicamente expresiones e importancia de la ética profesional/personal y percepciones y experiencias en el ET que involucran el CE.

Solo los ítems con mayores valores de carga factorial ($\geq 0,700$) se describen en columnas, según el AFE (Tabla 1), seguido por la identificación de la categoría temática cualitativa con expresiva concentración de ítems (columna 2) y ejemplos de extractos discursivos que ejemplifican tal interpretación convergente (+) o divergente (-) en la columna 3. Como se observa en la Figura 2, hay

coocurrencia con prácticamente todas las categorías, pero la integración (Figura 3) explora la categoría con mayor concentración de relaciones.

El factor "principios y reglas" (ítems 11 con 0,815; 12 con 0,772; 10 con 0,737 y 15 con 0,736) mostró expresivas convergencias con la categoría "ética profesional" (mayor concentración), convergiendo con los discursos sobre la importancia de los códigos, normativas y regulaciones profesionales e institucionales para un CE positivo.

En el factor benevolencia (ítems 2 con 0,834; 1 con 0,753) se observa convergencia con la percepción del entorno de trabajo saludable que destaca la preocupación por el bien de todos los que trabajan en la unidad de salud o que allí son atendidos.

Factor 1 – Principios y reglas (PR*)		
ICE [†] – CUANTI [‡]	Categoría CUALI [§]	Convergencias (+) o Divergencia (-)
Se evidencia una importante valoración de: Leyes y normas profesionales (expectativa de cumplimiento y seguimiento estricto) (ítems 11 y 12); Adhesión de todas las personas a las normas y a los procedimientos organizacionales (ítem 10); Reglas y procedimientos de la unidad de salud (seguimiento estricto) (ítem 15).	Coocurrencia concentrada de los ítems 11, 12 y 10 con las categorías "Ética profesional": valores, principios y normas que rigen el ejercicio profesional y el trabajo en equipos multiprofesionales, pero que pueden generar conflicto ético cuando las obligaciones se incumplen.	(+): <i>Es mantener el sigilo de las cosas, de lo que ocurre aquí. A veces comento sobre algún paciente en particular y comento para que no salga de aquí, que la persona no vaya a comentar con la gente de afuera. Que quede solo entre el equipo. (ACS_05)[¶]</i> <i>Eso para mí no es ético; si entraste en el área como profesional entonces tienes que hacer lo que tu área o profesión te exige. (TECENF_06)[¶]</i> <i>Yo no puedo interferir en la conducta profesional de otra persona, del médico por ejemplo, porque cada uno tiene su propia reglamentación, cada uno tiene su legislación sobre lo que debe hacer. Entonces tenemos que trabajar dentro de los límites que nuestra profesión y actuación mandan. (ENF_02)**</i> (-): no observado
Síntesis analítica: El Clima Ético en el Entorno de Trabajo de la APS ^{††} se relaciona con la ética profesional/profesionalismo que, a su vez, se vincula tanto al cumplimiento de leyes y normas profesionales como a las normas y reglas institucionales.		

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Factor 2 – Benevolencia (BNV ^{††})		
ICE [†] – CUANTI [‡]	Categoría CUALI [§]	Convergencias (+) o Divergencia (-)
Se evidencia una importante valoración del: Bien (benevolencia) de todos los que trabajan en la unidad de salud (ítem 2); Bien (benevolencia) de las personas que trabajan en ella (ítem 1).	Coocurrencia concentrada de los ítems 2 y 1 con las categorías subjetivas “Percepciones y experiencias (construido en la interfaz entre impresiones positivas y negativas), y Pertenencia al grupo” (fuerza agregadora capaz de dar sentido al trabajo)	(+): Respetándonos todos primeramente y tratando de hacer lo mejor que podemos dentro de la estructura, del entorno de trabajo, para el usuario. (ENF_01)** <i>Nosotros somos una familia, procuramos respetar el sector de cada uno. En términos de organización, procuramos ser lo más organizados posible. (AUXBUC_0)^{§§}</i> (-): no observado
Síntesis analítica: El Clima Ético en el Entorno de Trabajo de la APS ^{††} se relaciona con la benevolencia que, a su vez, se expresa en las percepciones y experiencias de los trabajadores de consideración por el bien común y de la unión entre profesionales, así como exige y promueve relaciones de mutuo respeto en el equipo.		

*PR = Principios y reglas; [†]ICE = Inventario de Clima Ético; [‡]CUANTI = Cuantitativo; [§]CUALI = Cualitativo; ^{||}ACS = Agente Comunitario de Salud (+ el orden de participación); ^{††}TECENF = Técnico de Enfermería (+ el orden de participación); ^{**}ENF = Enfermero (+ el orden de participación); ^{†††}APS = Atención Primaria de la Salud; ^{††††}BNV = Benevolencia; ^{§§}AUXBUC = Auxiliar Bucal (+ el orden de participación)

Figura 3 - Integración de resultados entre Factor (1) Principios y reglas (CUANTI[‡]) y categoría Ética profesional (CUALI[§]), y Factor (2) Benevolencia (BNV^{††}) (CUANTI[‡]) y categoría Percepciones y experiencias en el entorno de trabajo (CUALI[§]). Belém, PA, Brasil, 2021

En la Figura 4, se presenta el factor independencia e instrumentalismo (ítems 17 con 0,783; 16 con 0,783 y 18 con 0,716), al cual se integró el código cualitativo denominado agencia moral. Se observa convergencia cuando se manifiesta la capacidad y el empeño de los profesionales por guiarse por su propia ética personal mientras trabajan. Sin embargo, se observó una

connotación complementaria atribuida a los sentidos de los discursos: por más que sean coherentes con el factor independencia, expresan también la influencia negativa sobre el CE por parte de sujetos negligentes, que desconocen o siguen poco los estándares éticos en el ET. La falta o negligencia se revela en los discursos como factor de insatisfacción en el servicio.

Factor 3 – Independencia e instrumentalismo (IDP*)		
ICE [†] – CUANTI [‡]	Categoría CUALI [§]	Convergencias (+) o Divergencia (-)
Se evidencia una importante valoración de: Guía de su propia ética personal (ítem 17); Por sí misma decidir lo que considera correcto e incorrecto (ítem 16); Protección de los propios intereses (ítem 18).	Coocurrencia concentrada de los ítems 17, 16 y 18 con las categorías éticas: “Agencia moral (capacidad de actuar para concretar acciones justas en el cuidado – ser sujeto moral), ética personal (valores y atributos personales que influyen en el actuar) y conflicto ético (disensos y enfrentamientos por valores y juicios morales)”.	<i>Escucho comentarios de los que procuro hasta huir. Solo se genera chisme cuando uno da cuerda. Hay gente que deja de trabajar y se queda hablando, escuchando. (TEC_ENF_03)</i> <i>Contribuyo con mis actitudes; con el ejemplo se pueden modificar muchas cosas. (MED_03)^{††}</i> <i>Intento hacer mi parte ética con todas las personas, para ver si logramos tener un entorno ético. (ACS_12)^{**}</i> <i>Las decisiones de la alta gerencia son un poco injustas y eso afecta nuestra relación en el trabajo. (ACS_04)^{**}</i> <i>Pero hay situaciones en que uno no sabe cómo se trabaja y la persona viene y señala con el dedo juzgando. (AUXBUC_03)^{†††}</i> <i>Quedarse hablando de los datos de los pacientes, mantener conflicto entre colegas. Creo que ahí ya se pierde la ética. (ENF_03)^{**}</i> (-): no observado
Síntesis analítica: El Clima Ético en el Entorno de Trabajo de la APS ^{§§} se relaciona con la agencia moral, en la medida en que los sujetos ejercitan su juicio moral y definen elecciones razonables ante situaciones que involucran problemas o conflictos morales. Tales juicios recaen sobre hechos y circunstancias que, negativa (complemento que no representa una divergencia) o positivamente, remiten a aquellos principios y valores éticos que sirven de base autodeclarada (personales o profesionales).		
Factor 4 – Sentido de comunidad/responsabilidad social (RS)		
ICE [†] – CUANTI [‡]	Categoría CUALI [§]	Convergencias (+) o Divergencia (-)
Se evidencia una importante valoración de la Preocupación por los intereses de los clientes y del público	Coocurrencia concentrada del ítem 14 con la categoría “subjetividad: Pertenencia al grupo; y ética: CE”.	(+): Procuro atender a mi clientela y ayudo a mis colegas en lo que puedo; dentro de mis limitaciones, ayudo y contribuyo al trabajo. (ENF_04)^{††} <i>Cuido mucho del servicio y voy más allá del servicio social, hago lo que puedo para que las cosas sucedan. (ACS_01)^{**}</i> <i>No puedo ayudar tanto al paciente como me gustaría. Hay pacientes que no tienen condiciones de pagar exámenes, me los exigen y trato de hablar con la gerencia; a veces no logran programarlos, entonces me siento mal y eso limita mi trabajo. (ACS_05)^{**}</i> (-): no observado
Síntesis analítica: El Clima Ético en el Entorno de Trabajo de la APS ^{§§} también se relaciona con el sentido de responsabilidad social de los trabajadores en el esfuerzo por realizar un trabajo digno, lo que incluye ítems objetivos constitutivos de un entorno de trabajo favorable.		

*IDP = Independencia e instrumentalismo; [†]ICE = Inventario de Clima Ético; [‡]CUANTI = Cuantitativo; [§]CUALI = Cualitativo; ^{||}TECENF = Técnico de Enfermería (+ el orden de participación); ^{††}MED = Medicina (+ el orden de participación); ^{**}ACS = Agente Comunitario de Salud (+ el orden de participación); ^{†††}AUXBUC = Auxiliar Bucal (+ el orden de participación); ^{††††}ENF = Enfermero (+ el orden de participación); ^{§§}APS = Atención Primaria de la Salud; ^{|||}BAT-S = Síntomas secundarios

Figura 4 - Integración de resultados entre Factor (3) Independencia/instrumentalismo (IDP*) (QUANT[‡]) y categoría Ética personal (CUALI[§]), y Factor Benevolencia - Responsabilidad social (CUANT[‡]) y categoría Pertenencia al grupo y Clima Ético (CUALI[§]). Belém, PA, Brasil, 2021

Aún en la Figura 4, se presenta el factor 4 - Responsabilidad Social (ítem 14 con 0,742), generado a partir de una subdivisión del factor Benevolencia (escala original). En la convergencia, el código esfuerzo expresa la preocupación activa de los profesionales por los intereses del público y por las personas usuarias de la APS; la crítica a las carencias de condiciones físicas y estructurales que escapan a la gobernabilidad y limitan la capacidad de actuación de los trabajadores, evidenciando la necesidad de la actuación de las políticas públicas en este ET.

Discusión

La diferenciación de los hallazgos según la ICE en portugués brasileño

Se observó que el instrumento utilizado para la medición del CE en los entornos de la APS se adapta conforme a algunas características de estos entornos; por lo tanto, no es absoluto. Los propios traductores de la versión brasileña señalan que se necesitan estudios futuros para identificar la adecuación de la estructura propuesta y su poder predictivo del CE en diferentes organizaciones⁽¹⁵⁾.

Los profesionales de la APS expresan niveles coherentes (estables) de CE en sus ET. Sin embargo, partiendo de los arquetipos de CE, donde se lo entiende como un atributo de una organización que puede ser captado por percepciones individuales⁽¹⁵⁾, fue posible identificar los siguientes factores dominantes en estos entornos: Principios y reglas; Benevolencia; Independencia (individualismo/instrumentalismo) y Responsabilidad social (desmembrado del factor Benevolencia).

Un hallazgo destacado del estudio fue la división del factor benevolencia, generando el nuevo factor de sentido de comunidad/responsabilidad social. Esto representa una contribución a futuras investigaciones, pues, aunque no expresa un conflicto con respecto al autor original de la escala, cuando sitúa el locus cosmopolita de la benevolencia⁽³²⁾, ya en una percepción del CE orientada al sistema social y a los intereses colectivos. Sin embargo, al observarse una relevancia significativa del sentido de comunidad/responsabilidad social, hasta el punto de sugerir una discriminación mayor y constitutiva de un nuevo factor, puede vislumbrarse una posible insuficiencia de su abordaje como simple locus de benevolencia en el grupo estudiado.

Estudiar el CE en la APS requiere más análisis tanto cualitativos como cuantitativos del fenómeno, dado que el escenario está inmerso en dimensiones subjetivas y objetivas complejas y complementarias. Se entiende que la forma en que se atribuyen los significados y las comprensiones sobre la ética (su presencia y/o ausencia en el cotidiano del trabajo) y la forma en que la ética es

“percibida y vivida” añade un sentido/valor al entorno de trabajo para cada profesional.

El factor 1 - “Principios y reglas” presentó la mayor carga factorial entre los profesionales. La afirmación que corresponde al Ítem 11 de la ICE - “Se espera que las personas cumplan, por encima de todo, las leyes y las normas profesionales” muestra, de forma general, que los profesionales comprenden y esperan el cumplimiento de las normas pertinentes de cada profesión, lo que entienden como elementos constitutivos del CE presentes en estos entornos.

Este hallazgo también fue semejante en la atención primaria, entre enfermeros y médicos que compartían la percepción de un clima de equipo favorable cuando hay respeto a los objetivos del equipo; y el reconocimiento de la enfermería como la categoría más cercana a los ideales del proceso de trabajo colectivo⁽³³⁾.

La ética organizacional implica coherencia de las acciones con la misión, la visión y los valores de la organización, lo que hace necesarias formas de autorregulación dinámicas, valores compartidos entre diversos actores y atención a su cotidianidad de interacciones sociales⁽³³⁾. Los valores varían en los entornos de salud, incluso por las diferentes complejidades asistenciales o tecnológicas, y difieren de las reglas o normas constitutivas de la deontología de cada profesión⁽³⁴⁾. Los valores y las normas profesionales deben considerarse en sus distinciones, pero también en la manera en que interactúan e integran la formación de identidades profesionales⁽³⁵⁾.

Tal apropiación y sentido local otorgado a las normas sugiere que las intervenciones éticas en los entornos no necesitan estar limitadas a reglas y normas, sino ser estimuladas mediante la educación ética a los profesionales, de modo que puedan ejercer el juicio de manera honesta y responsable. La apertura al diálogo entre equipos puede hacer que el CE sea mejor comprendido y modificado por los profesionales.

En el factor 2 - “Benevolencia”, la afirmación “Nuestra mayor preocupación es el bien de todos los que trabajan en esta unidad de salud” (ítem 2 de la ICE) puede estar relacionada con el reconocimiento y la satisfacción con los gestores y con la adhesión del equipo a objetivos comunes. La cooperación entre profesionales y su involucramiento con las personas usuarias que acuden a la APS son elementos reportados como causas de satisfacción laboral de gestores en la estrategia de salud de la familia⁽³⁶⁾. El hallazgo expresa cómo la unión de los profesionales y el sentido de equipo refuerzan el interés común y son ingredientes para el mantenimiento de un entorno de trabajo favorable.

La cooperación también se ve como un elemento de subversión del sufrimiento impuesto por las condiciones adversas presentes en los ET. El sentido de colectividad

puede ser equivalente a la benevolencia en el sentido de contribuir a la construcción de objetivos comunes, a la comprensión mutua y al respeto a todos los que actúan bajo normas comunes⁽³⁷⁾.

El factor 3 – “Independencia e individualismo” expresó el sentido de prioridad de aquello que es el interés propio dentro de determinada situación, o el interés en la acción determinado por lo que el individuo cree ser lo correcto. Fue posible detectar el grado de adhesión de los datos cualitativos al factor en el ítem “En este servicio, las personas se guían por su propia ética personal” (ítem 17 de la ICE).

El individualismo puede superponerse a los intereses del público o del equipo, contribuyendo a la sobrecarga de trabajo y al exceso de demanda a los colegas. El exceso de demandas propias y de terceros favorece la ocurrencia de efectos indeseados tanto sobre el entorno como sobre el público atendido, además de la insatisfacción por parte del profesional⁽³⁸⁾. Lo mismo ocurre con el desgaste de las relaciones, en el que episodios conflictivos y éticamente negativos pueden provocar un clima desfavorable e incluso distrés moral⁽³⁹⁾.

Obviamente, la insatisfacción, la sobrecarga de trabajo, el desgaste y el sufrimiento son fenómenos complejos, con múltiples causas y consecuencias, cabiendo aquí solo indicar la posibilidad de vinculación con procesos de agotamiento de la cooperación y estímulo a respuestas individualistas, de defensa de intereses personales o de autopreservación en tales ET.

El problema de acceso a oportunidades de educación ética para los trabajadores es una realidad en estos entornos. Para la categoría de los agentes comunitarios de salud (ACS), aún no existe un código de ética ni una entidad con atribución de fiscalización del ejercicio profesional, y mucho menos la percepción de ese respaldo ético de la categoría profesional ante situaciones recurrentes en la atención de personas usuarias de la APS. Tal vacío no impide que dichos trabajadores evalúen y formulen juicios morales sobre el entorno de acogida y asistencia⁽⁴⁰⁾. De ahí la urgencia de inversiones y de la valorización de la educación permanente en salud (EPS) en la práctica concreta de los servicios de salud, con la inclusión del ACS en espacios de aprendizajes colectivos⁽⁴¹⁾.

Cuando no hay estímulos o acciones de EPS relacionados con situaciones que requieren competencia ética, las acciones/inacciones éticas pasan desapercibidas, omitidas, negligenciadas y, por lo tanto, sin resolutivez. Este aspecto puede traer sufrimiento moral a quien percibe tales lagunas; en esos casos, generalmente, el profesional de enfermería se sensibiliza para percibir problemas morales, pues su formación atraviesa tales definiciones y entendimientos⁽⁴²⁾.

En el factor 4 – “Sentido de comunidad/responsabilidad social”, se aportó una contribución adicional del estudio

mixto para un abordaje mutuamente complementario entre los factores 2 y 4. El factor 4 se presenta como un nuevo componente, derivado del segundo, no por divergencia, sino por profundización, pues una interpretación posible es que el sentido de comunidad/equipo o responsabilidad social se muestra como una forma de concretar el bien común (benevolencia – factor 2). Al mismo tiempo, una forma de benevolencia interna (entre pares) consolida e integra equipos de trabajo para que puedan ejercer mejor su papel social (el sentido de comunidad desdoblándose de la benevolencia). La responsabilidad social se configura como un criterio ético, no solo como locus de análisis o una característica cosmopolita del CE⁽⁴⁵⁾, conforme la propuesta inicial de Victor y Cullen⁽³²⁾. Así, se sugiere que el simple locus cosmopolita puede ser insuficiente para explicar los elementos aportados por el estudio mixto, pudiendo constituirse en un constructo propio.

La responsabilidad social se ve como un atributo del reconocimiento y pertenencia a un servicio y sistema público de salud: de la percepción de sí como apto para orientar, asistir y ayudar a personas que buscan atención. Es una noción apropiada por quienes trabajan con comunidades, nutren expectativas de resolutivez y enfrentan precariedades (estructurales, materiales y de seguridad) e impotencia en estos profesionales, pues extrapolan los límites de su unidad o campo de actuación⁽³⁷⁾.

A pesar de la riqueza de los hallazgos, el estudio tuvo como limitación la ausencia de ampliación de la estratificación muestral de algunas ocupaciones que permitiera explorar diferencias con los factores implicados. Además, es preciso reconocer que el momento retratado estaba altamente impactado por la pandemia de COVID-19.

Estudios futuros con el objetivo de confirmar la efectividad de la ICE en otros entornos de la APS, en otras regiones del país, con aspectos diferenciados de lo encontrado en la ciudad del norte amazónico, podrán brindar nuevas perspectivas para tipologías del CE en los ET de salud. Aunque sin objetivo de estudio metodológico, la aplicación del instrumento permite sugerir que sea adaptado al escenario de la salud, incluyendo el factor responsabilidad social, y ajustes lingüísticos (por ejemplo: personas usuarias en lugar de clientes).

El estudio contribuye a una comprensión más profunda del concepto de CE y de su potencial para subsidiar la transformación en los ET, en especial en la APS. La captación de múltiples datos y visiones es útil para subsidiar iniciativas de perfeccionamiento de estos ET para sus trabajadores y personas usuarias. La calidad de los resultados del trabajo y de la oferta de cuidados no puede alcanzarse sin la debida atención a los trabajadores y a los entornos en los que actúan, incluidas las dimensiones éticas de dichos entornos. La

contribución del estudio para la Enfermería se evidencia por ser estos los trabajadores grandemente afectados por sus ET y, también, por el papel de protagonismo que asumen para que sean transformados, siempre que la intersección entre ética y ET sea debidamente reconocida y problematizada. Además, el estudio mixto consiguió proyectar una configuración interpretativa ampliada de los resultados obtenidos con el inventario, apoyando la expresión de la complejidad del objeto, de modo que proporcione resultados indicativos de una futura adaptación del instrumento al campo de la salud.

Conclusión

Varios factores relacionados con la medición del CE se mostraron pertinentes en los entornos de la APS analizados: la relevancia de los principios y reglas, cuando se refiere a la adhesión a las normas pertinentes a los códigos deontológicos de cada profesión; la benevolencia, al referir el bienestar de los sujetos que allí trabajan como orientador de acciones y elecciones; la independencia e instrumentalismo, que trae la discusión sobre los agentes morales y los conflictos que pueden surgir en el ET cuando la actitud ética es negligenciada o desconocida; y, por último, el sentido de comunidad/responsabilidad social, derivado de la benevolencia como preocupación por prestar un buen servicio público y favorecer el trabajo colectivo integrado.

La integración de los datos cuantitativos y cualitativos teniendo como punto de fusión los cuatro constructos/ factores amplió y profundizó la comprensión sobre el objeto en síntesis analíticas que: refuerzan la importancia de la ética profesional/profesionalismo, anclada tanto en normas profesionales como institucionales; la fuerza de la benevolencia que se dirige tanto a la comunidad como a las relaciones entre profesionales en el equipo; el ejercicio de juicios morales imponiendo desafíos, pero también la imagen de agencia moral fundamental para que se perciban como sujetos morales de las acciones; y, por último, una importante distinción otorgada al sentido de comunidad (entre profesionales) y a la responsabilidad social, como constituyente de un CE en el escenario estudiado. Tal distinción del cuarto constructo fue una contribución importante y sustentada por datos cuantitativos y cualitativos, lo cual es deseable en aplicaciones de instrumentos validados, que requieren insumos para su perfeccionamiento.

El estudio trajo a discusión un escenario poco explorado en términos de CE: la APS y un municipio de la región amazónica. El objeto de estudio debe, necesariamente, considerar las particularidades de cada entorno; solo así tendrá un potencial transformador de escenarios, cualificando las experiencias de trabajo y sus resultados para personas y

comunidades usuarias. Las dimensiones éticas de entornos y relaciones en la APS tienen en el CE una herramienta conceptual y analítica relevante, mientras que los estudios mixtos apoyan la comprensión de su complejidad.

Referencias

1. Ozdoba P, Dziurka M, Pilewska-Kozak A, Dobrowolska B. Hospital ethical climate and job satisfaction among nurses: A scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(8):4554. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084554>
2. Lanes TC, Dalmolin GL, Silva AM, Bernardi CMS, Schutz TC, Tiguman GMB. Influence of the ethical climate on workers' health among healthcare professionals: a systematic review. *Rev Gaucha Enferm*. 2023;44:e20220247. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220247.en>
3. Essex R, Thompson T, Evans TR, Fortune V, Kalocsányiová E, Miller D, et al. Ethical climate in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Ethics*. 2023;30(7-8):910-21. <https://doi.org/10.1177/09697330231177419>
4. Maghsoudi S, Mohsenpour M, Nazif H. Comparison of ethical decision-making and interpersonal communication skills training effects on nurses' ethical climate. *Clin Ethics*. 2022;17(2):184-90. <https://doi.org/10.1177/14777509211034139>
5. Kau MD, Mitonga-Monga J, Molotsi TK. Work ethics climate in relation to nurses' commitment in a South African hospital. *SA J Hum Resour Manag*. 2024;22:a2239. <https://doi.org/10.4102/sajhrm.v22i0.2239>
6. Ventovaara P, Sandeberg M, Blomgren K, Pergert P. Moral distress and ethical climate in pediatric oncology care impact healthcare professionals' intentions to leave. *Psychooncology*. 2023;32(7):1067-75. <https://doi.org/10.1002/pon.6148>
7. Zare-Kaseb A, Borhani F, Abbaszadeh A, Nazari AM. Moral distress, ethical climate, and compassion fatigue among oncology nurses: the mediating role of moral distress. *BMC Nurs*. 2025;24(1):15. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02673-7>
8. Silverman H, Wilson T, Tisherman S, Kheirbek R, Mukherjee T, Tabatabai A, et al. Ethical decision-making climate, moral distress, and intention to leave among ICU professionals in a tertiary academic hospital center. *BMC Med Ethics*. 2022;23(1):45. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00775-y>
9. Lanes TC, Dalmolin GL, Silva AM, Ramos FRS, Olson LL. Cross-cultural adaptation of the Hospital Ethical Climate Survey to Brazil. *J Nurs Meas*. 2023;31(2):148-62. <https://doi.org/10.1891/jnm-2021-0036>
10. Malički M, Katavić V, Marković D, Marušić M, Marušić A. Perceptions of ethical climate and research pressures in

- different faculties of a university: Cross-sectional study at the university of Split, Croatia. *Sci Eng Ethics*. 2019;25(1):231-45. <https://doi.org/10.1007/s11948-017-9987-y>
11. Karaca T, Ozkan AS, Kucukkelepce D. Determining the ethical climate perceptions of nurses' and midwives' in an obstetrics and pediatrics hospital. *Int J Caring Sci [Internet]*. 2018 [cited 2023 Jul 12];11:1006-13 Available from: https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/42._karaka_original_10_2.pdf
 12. Fazljoo SE, Nasiriani K, Zamani N, Azimpor S. Nurses' perceptions of Ethical Climate, ethical reasoning, and Moral Courage in the hospital. *Iran J Nurs*. 2022;34(133):28-39. <https://doi.org/10.32598/ijn.34.5.3>
 13. Tei-tominaga M, Nakanishi M. Factors related to turnover intentions and work-related injuries and accidents among professional caregivers: a cross-sectional questionnaire study. *Environ Health Prev Med*. 2020;25:24. <https://doi.org/10.1186/s12199-020-00863-8>
 14. Silverman H, Wilson T, Tisherman S, Kheirbek R, Mukherjee T, Tabatabai A, et al. Ethical decision-making climate, moral distress, and intention to leave among ICU professionals in a tertiary academic hospital center. *BMC Med Ethics*. 2022;23:45. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00775-y>
 15. Almeida JG, Porto JB. Ethical climate index: Evidence of validity of the Brazilian version. *Rev Adm Mackenzie*. 2019;20(3):eRAMG190030. <https://doi.org/10.1590/1678-6971/eramg190030>
 16. Ribeiro PECD, Porto JB, Palacios KP, Resende MM. Ethical Climate within Organizations: Validity Evidence of a Measure's Scale. *Trends Psychol*. 2016;24(2):415-25. <https://doi.org/10.9788/TP2016.2-02>
 17. Dziurka M, Ozdoba P, Olson L, Jedynek A, Ozga D, Jurek K, et al. Hospital ethical climate survey - selected psychometric properties of the scale and results among polish nurses and midwives. *BMC Nurs*. 2022;21:295. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01067-x>
 18. Jiang W, Zhao X, Jiang J, Zhang H, Sun S, Li X. The association between perceived hospital ethical climate and self-evaluated care quality for COVID-19 patients: the mediating role of ethical sensitivity among Chinese anti-pandemic nurses. *BMC Med Ethics*. 2021;22:144. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00713-4>
 19. Okumoto A, Yoneyama S, Miyata C, Kinoshita A. The relationship between hospital ethical climate and continuing education in nursing ethics. *PLoS One*. 2022;17(7):e0269034. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269034>
 20. Lima LAO, Domingues PL Junior, Silva RT. The Covid-19 pandemic and its impact on the quality of public health services in Brazil. *J Bus Manag*. 2024;26(9):69-76. <https://doi.org/10.9790/487x-2609106976>
 21. Creswell JW. A concise introduction to mixed methods research. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2021. 176 p.
 22. Feters MD, Tajima C. Joint displays of integrated data collection in mixed methods research. *Int J Qual Methods*. 2022;22:1-13. <https://doi.org/10.1177/16094069221104564>
 23. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Educ Inform*. 2018;34(4):285-91. <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>
 24. Oliveira JLC, Magalhães AMM, Matsuda LM, Santos JLG, Souto RQ, Riboldi CO, et al. Mixed Methods Appraisal Tool: Strengthening the methodological rigor of mixed methods research studies in nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200603. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0603>
 25. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 [Software]. Armonk, NY: IBM Corp; 2013.
 26. Pereira LEM, Dalmolin GL, Barth PO, Brehmer LCF, Ramos FRS. Ethical climate in the primary healthcare setting: a cross-sectional study. *Rev Enferm UERJ*. 2024;32:e83070. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.83070>
 27. Hair J, Sarstedt M, Ringle CM, Gudergan SP. *Advanced Issues in Partial Least Squares Structural Equation Modeling*. 1. ed. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2017. 256 p.
 28. Henseler J, Ringle CM, Sarstedt M. A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *J Acad Mark Sci*. 2015;43(1):115-35. <https://doi.org/10.1007/s11747-014-0403-8>
 29. Hair JJF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada de dados*. 6.ed. Porto Alegre: Bookman; 2009. 688 p.
 30. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
 31. Lamba N, Van Tonder A, Raghavan A. Unpacking qualitative methodology to explore experiences of mothers with children with Autism Spectrum Disorder in the UAE: A thematic analysis inquiry. *Int J Qual Methods*. 2022;21:1-10. <https://doi.org/10.1177/16094069221110295>
 32. Matović N, Ovesni K. Interaction of quantitative and qualitative methodology in mixed methods research: integration and/or combination. *Int J Soc Res Methodol*. 2023;26(1):51-65. <https://doi.org/10.1080/13645579.2021.1964857>
 33. Victor B, Cullen JB. The organizational bases of ethical work climates. *Adm Sci Q*. 1988;33(1):101-25. <https://doi.org/10.2307/2392857>
 34. Peruzzo HE, Silva ES, Batista VC, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Organizational climate and teamwork at the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):721-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0770>

35. Ilyas SA. Unfolding the dilemma of values in healthcare organizations. *Int J Sci Res.* 2022;11(2): 60-1. <https://doi.org/10.36106/ijsr/2433013>
36. McHan K, Johnston-Taylor E, Piscopo B, Abate E, Dehom S. Nursing values and moral identity in baccalaureate nursing students. *J Prof Nurs.* 2022;39:171-6. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.01.009>
37. Andrade LLC, Brehmer LCF, Amazonas BAM, Monteiro WF, Sicsú AN, Ramos FRS. The work environment of primary health care nurses: An integrative review. *Aquichan.* 2024;33(1):1-20. <https://doi.org/10.5294/aqui.2024.24.3.7>
38. Delgado J, de Groot J, McCaffrey G, Dimitropoulos G, Sitter KC, Austin W. Communities of practice: acknowledging vulnerability to improve resilience in healthcare teams. *J Med Ethics.* 2021;47(7):488-93. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105865>
39. Fonte C, Barros C, Baylina P, Alves S, Moreira P. Impact of work and personal life conciliation problems on healthcare workers. *Int J Healthc Manag.* 2023;16(3):427-33. <https://doi.org/10.1080/20479700.2022.2112441>
40. Pereira LEM, Ramos FRS, Brehmer LCF, Diaz PS. Healthy work environment in primary health care: integrative literature review. *Rev Baiana Enferm [Internet].* 2021 [cited 2024 May 9];36:e38084. Available from: <https://revbaianaenferm.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/38084>
41. Gopichandran V, Subramaniam S, Palanisamy B, Chidambaram P. Ethics and professionalism among community health workers in Tamil Nadu, India: A qualitative study. *Dev World Bioeth.* 2024;24(3):151-66. <https://doi.org/10.1111/dewb.12414>
42. Figueiredo EBL, Souza AC, Abrahão A, Honorato GLT, Paquiela EOA. Continuing Health Education: an interprofessional and affective policy. *Saude Debate.* 2022;46(135):1164-73. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022135151>
43. Borba KP, Silva DAS, Barbosa LDC, Petry IL, Clapis MJ, Corrêa AK. Ethics and health promotion from the perspective of primary care nurses. *Rev Baiana Enferm [Internet].* 2021 [cited 2024 May 8];35:e43116. Available from: <https://revbaianaenferm.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43116/34731>

que se haya participado en la redacción del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual; que se haya intervenido en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada y que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas: Lenna Eloisa Madureira Pereira, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, José Luís Guedes dos Santos, Grazielle de Lima Dalmolin, Lucas Lorrán Costa de Andrade, Flávia Regina Souza Ramos.

Contribuciones específicas

Curación de datos: Lenna Eloisa Madureira Pereira, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Flávia Regina Souza Ramos.

Supervisión y gestión del proyecto: Lenna Eloisa Madureira Pereira, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Flávia Regina Souza Ramos.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Declaración de Disponibilidad de Datos

El conjunto de datos para este artículo está disponible en los siguientes enlaces:

https://www.dropbox.com/scl/fi/ghsc4rw2f73k8bayct5om/Relat-rio_21072021_FATOR1.pdf?rlkey=q8iw7p7uqsuewvuneddefc721&st=yw2jgg7c&dl=0

https://www.dropbox.com/scl/fi/szyv293q7vss8xsf3oywi/Relat-rio_21072021_FATOR2.pdf?rlkey=9anfauf9xnr2ml54pcvjaz0r8&st=fasfir3h&dl=0

https://www.dropbox.com/scl/fi/kb5wrpm1ar7ycapjk03p/Relat-rio_21072021_FATOR3.pdf?rlkey=pjrxfrumomx47ls5gbhlj7go&st=ppk2ee2r&dl=0


https://www.dropbox.com/scl/fi/ffxf9ybpp442gwea406o0/Relat-rio_21072021_FATOR4.pdf?rlkey=g5t0pa17v91wa81c4brl6aicl&st=x3vr3d00&dl=0

https://drive.google.com/file/d/1mApBFHq7PF6qADF9mzkAhq2KDyucQJwN/view?usp=drive_link

Contribución de los autores

Criterios obligatorios

Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el trabajo;

Autora de correspondencia:
Flávia Regina Souza Ramos
E-mail: flareginamos@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-0077-2292>

Recibido: 11.05.2024
Aceptado: 23.07.2025

Editor Asociado:
Aline Aparecida Monroe

Copyright © 2026 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.