

Presentismo de los profesionales de la salud en un contexto hospitalario: una revisión de alcance

Cynthia Lima Sampaio¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0612-2781>

Thailane Cardoso Soares¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0208-3156>

Victoria Lohreine de Carvalho Grangense¹

 <https://orcid.org/0009-0001-8279-5155>

Bruna Victória da Silva Passos¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3135-2231>

Roberta Meneses Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0002-5803-8605>

Joselany Áfio Caetano¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0807-056X>

Destacados: **(1)** El presentismo es un fenómeno prevalente y multifactorial entre los profesionales sanitarios en entornos hospitalarios. **(2)** El presentismo contribuye al agravamiento de enfermedades crónicas, el estrés, la fatiga y la reducción de la capacidad laboral. **(3)** En el contexto organizacional, compromete la productividad, aumenta los costes sanitarios directos e indirectos. **(4)** Afecta negativamente a la seguridad del paciente, con un mayor riesgo de errores y propagación de infecciones. **(5)** Se necesitan estudios de intervención para avanzar en el conocimiento sobre este tema.

Objetivo: mapear la prevalencia del presentismo entre los profesionales de la salud en el entorno hospitalario, identificar factores relacionados, consecuencias para la seguridad del paciente y la salud laboral, así como las intervenciones utilizadas. **Método:** revisión de alcance basada en las recomendaciones del JBI *Reviewer's Manual*, incluyendo estudios disponibles íntegros en cinco bases de datos, sin restricciones de tiempo ni idioma. **Resultados:** los 31 artículos seleccionados mostraron una alta prevalencia de presentismo entre los profesionales de la salud en el ámbito hospitalario, y los principales factores relacionados fueron enfermedades (depresión e infecciones), aspectos ocupacionales (sobrecarga de trabajo) y aspectos organizacionales (falta de apoyo de los colegas). Las consecuencias para la salud del trabajador fueron empeoramiento de la salud, estrés, fatiga/agotamiento y deterioro de la capacidad laboral, mientras que, para la seguridad del paciente, hubo un mayor riesgo de infecciones y errores clínicos. Pocos estudios han informado sobre intervenciones, como los centros de bienestar ocupacional. Las consecuencias también impactaron aspectos económicos con pérdida de productividad y mayores costos de atención médica. **Conclusión:** la prevalencia de presentismo entre los profesionales de la salud en el ámbito hospitalario es alta y constituye un fenómeno multifactorial con consecuencias negativas para individuos, organizaciones y pacientes. El análisis multidimensional del presentismo puede contribuir al establecimiento de políticas y programas de salud organizacional en hospitales. Dada la escasez de estudios de intervención, es necesario avanzar en el conocimiento sobre el tema. El protocolo de investigación está contenido en la plataforma *Open Science Framework*: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/GVNX3>.

Descriptores: Hospitales; Presentismo; Salud Laboral; Gestión en Salud; Personal de Salud; Revisión de Alcance.

Cómo citar este artículo

Sampaio CL, Soares TC, Grangense VLC, Passos BVS, Oliveira RM, Caetano JA. Presenteeism among healthcare professionals in a hospital setting: a scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2026;34:e4900 [cited ____ ____ ____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.8286.4900>

año mes día

URL

¹ Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

Introducción

Las instituciones de salud son reconocidas como entornos laborales de alta complejidad y exposición a riesgos, abarcando aquellos comunes a otros sectores además de los inherentes a las prácticas de atención. Los profesionales sanitarios, especialmente aquellos que trabajan en hospitales, están expuestos a una amplia variedad de riesgos, ya sean biológicos, químicos, físicos, ergonómicos, además de problemas organizativos y riesgos psicosociales⁽¹⁾.

En este contexto, el absentismo y el presentismo son resultados comunes de estas exposiciones y afectan a la productividad y el bienestar de los profesionales. Sin embargo, aunque el absentismo entre los profesionales de enfermería es ampliamente estudiado debido a su alto coste para los sistemas de salud, el presentismo es un fenómeno más complejo y difícil de medir, ya que implica múltiples factores⁽²⁾.

Es posible ejemplificar los altos costes del ausentismo con la pérdida anual de aproximadamente 4 millones de dólares estadounidenses para la Provincia Oriental de Arabia Saudí⁽²⁾. En relación con el presentismo, los estudios existentes muestran una gran heterogeneidad metodológica y resultados contradictorios respecto a las asociaciones con variables ocupacionales u organizativas. Esto dificulta la formulación de conclusiones definitivas en el campo de la salud⁽³⁾.

Además, el presentismo sigue siendo un concepto en construcción, pero ya se reconoce como la presencia del profesional en el trabajo incluso cuando existen limitaciones físicas y mentales que impiden su actividad laboral, aunque también existe una clasificación de presentismo no relacionada con la enfermedad (por razones personales, como el conflicto entre la vida profesional y personal, la percepción de falta de apoyo organizativo, estrés, etc.)⁽³⁾.

El escenario posterior a la pandemia de COVID-19 ha incrementado el interés en este fenómeno, ya que los trabajadores de salud se enfrentaron a condiciones excepcionales de carga emocional, física y organizativa, con posibles repercusiones duraderas en el presentismo, la seguridad del paciente y la salud laboral⁽⁴⁾. Estudios recientes indican una alta prevalencia de presentismo entre los profesionales hospitalarios, asociado con agotamiento y repercusiones en la calidad de la atención y la seguridad del paciente⁽⁴⁻⁵⁾.

A pesar de las evidencias prácticas sobre el impacto del presentismo en los servicios de salud, faltan estudios que integren, de manera más profunda, la prevalencia, factores asociados, consecuencias e intervenciones específicas en el contexto hospitalario.

El presente estudio está justificado en vista de la necesidad de investigar más sobre la relación entre

el presentismo, el agotamiento físico y mental, el agotamiento, el síndrome de *burnout*, el estrés y la depresión, para permitir intervenciones eficaces.

En el campo de la enfermería, la relevancia de este estudio radica en que esta categoría representa la mayor fuerza laboral en las instituciones hospitalarias y desempeña un papel central en la atención directa al paciente. El presentismo entre los profesionales de enfermería puede tener implicaciones para la seguridad de la atención, la calidad de la atención y aumentar los costes organizativos.

Comprender el presentismo desde la perspectiva de la gestión de enfermería es esencial para apoyar intervenciones que promuevan entornos laborales más saludables, reduzcan los riesgos laborales y favorezcan prácticas de atención segura.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue mapear la prevalencia del presentismo entre los profesionales de la salud en el entorno hospitalario, identificar factores relacionados, consecuencias para la seguridad del paciente y la salud laboral, así como las intervenciones utilizadas.

Método

Tipo de estudio

El estudio es una revisión de alcance que siguió los pasos recomendados por el *JBI Reviewer's Manual*, desarrollado a través de cinco pasos: formulación de la pregunta de investigación; identificación de estudios relevantes; selección de estudios; extracción y análisis de datos; Síntesis y construcción del informe. Para la redacción del estudio se utilizaron los ítems preferidos de reporte para revisiones sistemáticas y metaanálisis para revisiones de alcance (PRISMA-ScR). El registro del protocolo de investigación está listado en la plataforma *Open Science Framework* (OSF) bajo el <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/GVNX3> de Identificador de Objetos Digitales (DOI). La búsqueda en las diferentes bases de datos se realizó en septiembre de 2024.

Pregunta de investigación

La pregunta del estudio se elaboró mediante el acrónimo PCC, según las recomendaciones del JBI. La población (P) se consideraba profesional de la salud; concepto de interés (C), presentismo; y, como contexto (C), hospital; formulando la siguiente pregunta: "¿Cuál es el panorama del tema del presentismo de los profesionales de la salud en el entorno hospitalario?"

Para responder a la pregunta orientadora, se plantearon otras preguntas: P1. ¿Cuál es la prevalencia del presentismo entre los profesionales sanitarios en el

entorno hospitalario? P2. ¿Cuáles son los factores que pueden influir en el presentismo en esta población?; P3. ¿Cuáles son las consecuencias del presentismo para la seguridad del paciente y la salud profesional en el entorno hospitalario?; y P4. ¿Qué intervenciones individuales y organizativas se sugieren para reducir el presentismo en el entorno hospitalario?

Criterios de selección

La revisión abordó estudios completamente publicados que respondieron a la pregunta de investigación. Los criterios de inclusión fueron: publicaciones sin restricciones de tiempo ni idioma, con texto completo disponible. Se excluyeron editoriales, vídeos, páginas web, noticias, *preprints* y resúmenes.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: MEDLINE/PubMed (a través de la Biblioteca Nacional de Medicina), *Web of Science*, CINAHL (vía EBSCO), *Scopus* y *Embase*, en los siguientes pasos: 1) búsqueda inicial en MEDLINE para identificar estudios sobre el tema y seleccionar las palabras contenidas en estas publicaciones; 2) elaboración de la estrategia de búsqueda; 3) validación de la estrategia de búsqueda desarrollada con un bibliotecario; 4) Uso de la nueva estrategia.

La estrategia de búsqueda adoptada inicialmente fue "presenteeism" OR "sickness presence" AND "hospitals" AND "healthcare workers". Tras consultar con la bibliotecaria, la estrategia se definió de la siguiente manera, utilizándose el MeSH (*Medical Subject Headings*): ((Presenteeism OR "Sickness Presence" OR "Presence, Sickness") AND (Hospitals OR "Hospital Administration") AND ("Health Personnel" OR "Personnel, Health" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Professional, Health Care") y de la siguiente manera, utilizándose el Emtree: (('presenteeism' OR 'sickness presence' OR 'working while ill' OR 'working while sick' OR 'presenteeism') AND ('health care practitioner' OR 'health care professional' OR 'health care provider' OR 'health care worker' OR 'health personnel' OR 'health profession personnel' OR 'health worker' OR 'healthcare personnel' OR 'healthcare practitioner' OR 'healthcare professional' OR 'healthcare provider' OR 'healthcare worker' OR 'home health aides' OR 'personnel, health' OR 'public health officer' OR 'health care personnel') AND hospital).

La estrategia con descriptores catastrados en el Emtree se utilizó en la base de datos *Embase* y la estrategia con descriptores catastrados en el MeSH se utilizó en las otras bases de datos seleccionadas. El acceso a las bases de datos se realizó a través del Portal de Publicaciones Periódicas de la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior (CAPES).

Cabe señalar que se realizó una búsqueda en las plataformas *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO) y OSF para verificar la existencia de revisiones sobre el objeto de estudio, pero no se identificaron.

Una nueva búsqueda en la *Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações* (BDTD) (Biblioteca Digital Brasileña de Tesis y Disertaciones) y en los Catálogos de tesis y disertaciones de CAPES (Coordinación de Mejora de Personal de Nivel Superior) se realizó en noviembre de 2025, utilizando la siguiente estrategia: *Presenteeism AND Hospitals AND "Health Personnel"*, y solo se encontró un estudio, repetido en ambos repositorios. Este estudio ya había sido contemplado en la búsqueda inicial en las bases de datos.

Selección de estudios

Tras la búsqueda en las bases de datos, todos los registros identificados se agruparon y se subieron a la aplicación Rayyan (*Intelligent Systematic Review*)⁽⁶⁾. En el primer paso, se eliminaron los duplicados. Tras esta recuperación, los títulos y resúmenes fueron leídos y seleccionados por dos revisores independientes para su evaluación, aplicando los criterios de inclusión y exclusión. Los estudios potencialmente elegibles se obtuvieron en texto completo y fueron evaluados por los mismos revisores. Los desacuerdos sobre los estudios que conformarían la muestra se discutieron entre los revisores y, cuando no hubo consenso, se llamó a un tercer revisor.

Los evaluadores participantes tienen un título en Enfermería y forman parte de un Centro de Enseñanza, Investigación y Extensión en Gestión y Atención a la Salud en una universidad federal, en la línea de investigación: Atención y Gestión de la Atención a la Salud Organizacional y Seguridad del Paciente. La fase de selección y selección fue inicialmente realizada por dos revisores independientes, uno de los cuales era estudiante de doctorado con experiencia en revisión de alcance y otro miembro del programa de iniciación científica. El primer revisor seleccionó 31 estudios y el segundo, 15, con acuerdo en 12 registros, lo que corresponde a un 35% de acuerdo. En vista de la divergencia observada, un tercer revisor, un estudiante de máster con experiencia en revisión de alcance, realizó un nuevo cribado y seleccionó 29 estudios, todos coincidiendo con las elecciones del

primer revisor, resultando en un acuerdo total entre ellos ($\kappa = 1,00$).

Las razones de la exclusión en texto completo se registraron y presentaron en el diagrama de flujo PRISMA-ScR.

Instrumento utilizado para la recopilación de información

La extracción de datos se realizó utilizando un instrumento desarrollado por los autores, basado en la forma sugerida por el manual y las publicaciones del protocolo JBI, que se adaptó al objeto de estudio⁽⁷⁾. Los datos extraídos fueron: identificación del estudio (autor, título, año, país, diseño, objetivo); participantes (número total, formación profesional, lugar de estudio); resultados encontrados (prevalencia del presentismo entre los trabajadores de salud en el entorno hospitalario, factores relacionados, consecuencias para la seguridad del paciente y la salud laboral, intervenciones utilizadas para reducir el presentismo); conclusiones.

Las informaciones fueron organizadas en una hoja de cálculo electrónica en Microsoft Excel®, lo que permitía el control de los pasos y la verificación cruzada de los datos. No se modificaron ni eliminaron datos sin acuerdo entre los revisores.

Procesamiento y análisis de datos

A partir de los datos extraídos, se realizó un análisis descriptivo y se construyeron tablas y figuras con los datos de las publicaciones. Los resultados de la investigación y el

proceso de inclusión del estudio se informan íntegramente en la revisión final de alcance y se presentan en un diagrama de flujo titulado *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for scoping review* (PRISMA-ScR).

La síntesis de los resultados se organizó de forma narrativa, agrupando los hallazgos según similitudes conceptuales y metodológicas. Se decidió no realizar una evaluación crítica de la calidad metodológica, en línea con las recomendaciones del JBI para las revisiones de alcance.

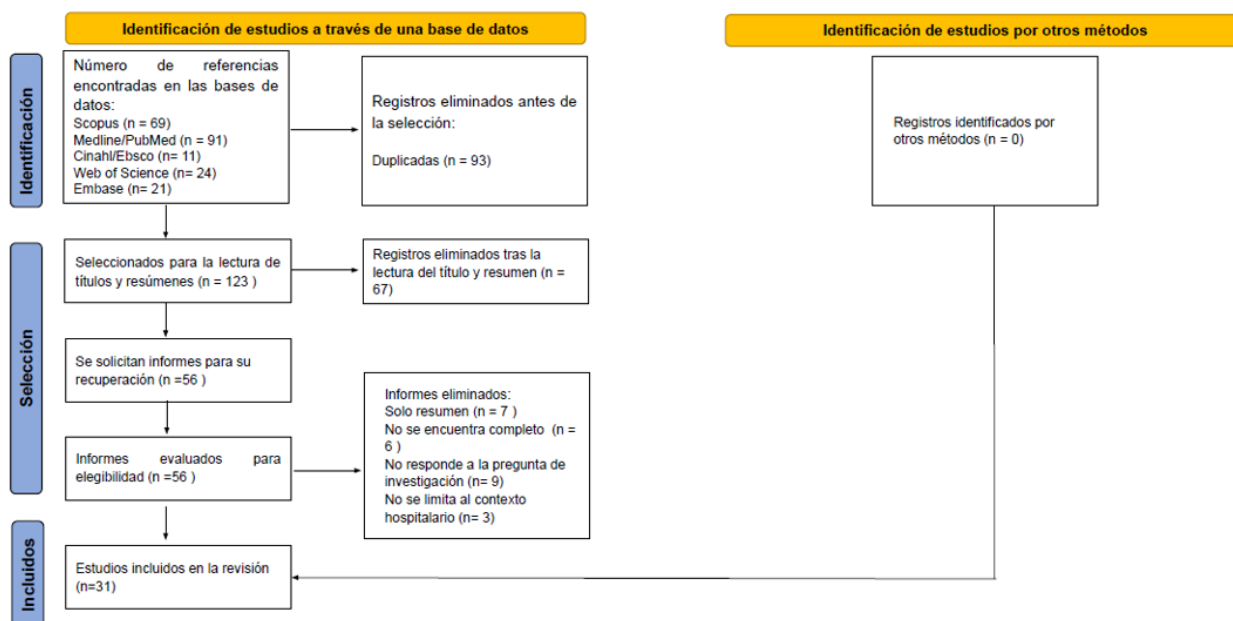
Los factores que influyen en el presentismo se identificaron en los estudios mediante pruebas estadísticas de asociación y correlación, incluyendo: chi-cuadrado (χ^2), test t de Student y ANOVA para asociaciones, y correlación (r) de Pearson y Spearman para medir correlaciones⁽⁸⁾.

Aspectos éticos

El presente estudio no involucró a personas y los datos utilizados se consideran secundarios en el dominio público con acceso libre. Además, se insertaron todas las referencias relativas a derechos de autor⁽⁹⁾. Por lo tanto, no era necesario presentarlo al Comité de Ética en Investigación.

Resultados

Las búsquedas dieron lugar a 216 registros. Tras la exclusión de los duplicados, quedaban 123 para la selección. En el análisis de títulos y resúmenes, se seleccionaron 56; y, tras leer los estudios completos, se incluyeron 31 en la revisión (Figura 1).



Fuente: Diagrama de flujo de selección del estudio PRISMA

Figura 1 - Diagrama de flujo PRISMA utilizado para la identificación y selección de estudios. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Los 31 estudios muestran una amplia diversidad en cuanto a país de origen, año de publicación, diseño metodológico e instrumentos utilizados (Figura 2). La mayoría son estudios transversales (n = 22; 70,97%),

seguidos de tres estudios longitudinales prospectivos (9,68%) y tres estudios retrospectivos (9,68%). Además, se identificaron un estudio metodológico (3,23%), una revisión sistemática (3,23%) y una carta al editor (3,23%).

Código del artículo	País/Año	Diseño	Respuesta a las preguntas de Revisión (P1 a P4)	Instrumentos de medición
A1 ⁽¹⁰⁾	Suiza, 2021	Longitudinal prospectivo	P1	<i>Charlson Comorbidity Index</i> Antecedentes de la vacunación contra la gripe y características del hogar que podrían interferir con el riesgo de gripe Diarios de síntomas respiratorios y adherencia a la mascarilla
A2 ⁽¹¹⁾	Nigeria, 2021	Transversal	P1 y P2	<i>Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)</i> <i>Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)</i> <i>Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)</i>
A3 ⁽¹²⁾	China, 2021	Transversal	P2	<i>Perceived Ability to Work Scale (PAWS)</i> <i>Challenge and Hindrance-related Self-Reported Stress Scale (C-HSS)</i> <i>Short Form Health Survey (SF-8)</i> <i>Public Service Motivation Scale</i>
A4 ⁽¹³⁾	China, 2019	Transversal	P1 y P2	<i>Perceived Ability to Work Scale (PAWS)</i> <i>Short Form Health Survey (SF-8)</i> <i>Challenge and Hindrance-related Self-Reported Stress Scale (C-HSS)</i> <i>Short-form PSM Scale</i> <i>Job in General Scale</i> <i>Turnover Intention Scale</i> <i>Job Performance Scale</i> <i>Chirurgisches Qualitätssiegel Scale</i>
A5 ⁽¹⁴⁾	China, 2022	Transversal	P1 y P2	Escala de Niehoff & Moorman (justicia distributiva); Escala de Pierce et al (autoestima organizacional) <i>Perceived Ability to Work Scale (PAWS)</i> Escala de Eisenberger, et al. (Apoyo Organizacional Percibido)
A6 ⁽¹⁵⁾	Turquía, 2024	Metodológico	P2	<i>Stanford Presenteeism Scale (STAS)</i> <i>Happiness At Work Scale</i> <i>Burnout Scale Short Version</i>
A7 ⁽¹⁶⁾	China, 2024	Transversal	P2	<i>Impact of Events Scale (IES)</i> <i>Turnover intention Scale (PTSD)</i> <i>Stanford presenteeism Scale (STAS)</i> <i>Social Support Scale (SSS)</i>
A8 ⁽¹⁷⁾	Brasil, 2021	Transversal	P1 y P2	<i>Stanford Presenteeism Scale (STAS)</i> - versión brasileña <i>Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)</i>
A9 ⁽¹⁸⁾	Malta, 2020	Transversal	P2 y P3	Cuestionario sobre las percepciones de enfermedades durante episodios de presentismo y absentismo <i>Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ)</i>
A10 ⁽¹⁹⁾	Francia, 2022	Revisión sistemática	P3	<i>Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)</i> <i>Work Limitations Questionnaire (WLQ)</i> <i>Work Productivity and Activity Impairment (WPAI)</i> <i>Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)</i> <i>Perceived Ability to Work Scale (PAWS)</i>
A11 ⁽²⁰⁾	Brasil, 2022	Transversal	P1, P2 y P3	<i>Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)</i> <i>Work Ability Index (WAI)</i>
A12 ⁽²¹⁾	Japón, 2020	Carta al editor	P1	Dos preguntas abiertas sobre síntomas, reconocimiento y la enfermedad y razones para ir al trabajo estando enfermo.
A13 ⁽²²⁾	Reino Unido, 2024	Transversal	P4	<i>Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS)</i> Cuatro medidas globales de un solo ítem de estrés laboral, satisfacción laboral, presentismo e intenciones de rotación.
A14 ⁽²³⁾	Reino Unido, 2020	Transversal	P1 y P4	<i>Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS)</i> Escala global de un solo ítem (estrés, satisfacción, intención de salida y presentismo); <i>Utrecht Work Engagement Scale (UWES)</i> – subescala de dedicación, 3 ítems Preguntas abiertas sobre la percepción, los beneficios y las barreras de los centros.
A15 ⁽²⁴⁾	Australia, 2021	Transversal	P1 y P2	Pregunta sobre cuántas veces han ido a trabajar cuando estaban enfermos o no se sentían bien en los últimos 12 meses.

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Código del artículo	País/Año	Diseño	Respuesta a las preguntas de Revisión (P1 a P4)	Instrumentos de medición
A16 ⁽²⁵⁾	China, 2017	Transversal	P1 y P2	<i>Perceived Ability to Work Scale</i> (PAWS)
A17 ⁽²⁶⁾	Estados Unidos, 2017	Transversal	P1	Cuestionario autorreportado en línea y anónimo
A18 ⁽²⁷⁾	Portugal, 2016	Longitudinal retrospectivo	P1 y P3	<i>Work Limitations Questionnaire</i> 8 (WLQ8) (versión abreviada de 8 items) <i>Stanford Presenteeism Scale</i> (SPS6)
A19 ⁽²⁸⁾	China, 2019	Transversal	P1 y P2	<i>Perceived Ability to Work Scale</i> (PAWS) <i>Short Form Health Survey</i> (SF-8) <i>Challenge and Hindrance-related Self-Reported Stress Scale</i> (C-HSS) <i>Short-form PSM scale</i> Escala de Ironson, et al. (satisfacción laboral) Escala de Singh, et al. (intención de rotación) Escala de Darwish (rendimiento laboral) <i>Chirurgisches Qualitätssiegel Scale</i>
A20 ⁽²⁹⁾	Australia, 2020	Longitudinal retrospectivo	P1	Presentismo inferido por ausencia de registro de baja médica durante el periodo de infección confirmada Absentismo medido por horas de permiso registradas / horas totales programadas × 100 Datos laborales, administrativos y nóminas integrados mediante número de identificación del empleado.
A21 ⁽³⁰⁾	China, 2019	Transversal	P2	<i>Perceived Ability to Work Scale</i> (PAWS)
A22 ⁽³¹⁾	Japón, 2022	Longitudinal retrospectivo	P3	No se utilizó ningún cuestionario ni escala estandarizada de presentismo
A23 ⁽³²⁾	Croacia, 2017	Transversal	P1 y P2	<i>Patient Safety Culture</i> ; <i>Health and Work Performance Questionnaire</i> (HPQ)
A24 ⁽³³⁾	China, 2018	Transversal	P1 y P2	<i>Perceived Ability to Work Scale</i> (PAWS) <i>Challenge and HindranceRelated SelfReported Stress Scale</i>
A25 ⁽³⁴⁾	Eslovenia, 2020	Transversal	P1 y P3	Cuestionario desarrollado por los propios autores, con varias preguntas sobre salud, trabajo y comportamiento
A26 ⁽³⁵⁾	España, 2018	Transversal	P1 y P2	<i>Stanford Presenteeism Scale</i> 6 (SPS-6)
A27 ⁽³⁶⁾	Japón, 2020	Transversal	P1 e P2	Cuestionario preparado por el autor para variables demográficas y síntomas <i>Work Productivity and Activity Impairment – General Health</i> (WPAIGH)
A28 ⁽³⁷⁾	Tailandia, 2022	Longitudinal prospectivo	P1	Registro directo por parte de los observadores durante el turno y cuestionario con autoinforme de los síntomas en los últimos siete días
A29 ⁽³⁸⁾	Israel, 2024	Longitudinal prospectivo	P1	Informes de los participantes, combinados con datos de vigilancia activa
A30 ⁽³⁹⁾	Irán, 2022	Transversal	P1 y P2	<i>Valuation of Lost Productivity Questionnaire</i> (VOLP), adaptado la a COVID-19 <i>WHO STEPwise</i>
A31 ⁽⁴⁰⁾	Estados Unidos, 2019	Transversal	P1 y P2	Cuestionario anónimo desarrollado por los autores con los artículos cerrados sobre las razones del presentismo

Figura 2 - Identificación de los estudios incluidos en la muestra según el código, país, año de publicación, diseño, preguntas respondidas en la revisión e instrumentos utilizados. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

En cuanto a los países, predominaron estudios realizados en China (n = 8; 25,81%), seguidos de Japón (n = 3; 9,68%), Australia (n = 2; 6,46%), Brasil (n = 2; 6,45%), Reino Unido (n = 2; 6,45%), Estados Unidos (n = 2; 6,45%) y un estudio para Suiza, Nigeria, Malta, Turquía, Francia, Portugal, Croacia, Eslovenia, España, Tailandia, Israel e Irán (3,23%). En cuanto al año de publicación, la mayor concentración se observó en 2020 (n = 6; 19,35%)

y 2022 (n = 6; 19,35%), seguida de 2021 (n = 5; 16,13%), 2019 (n = 4; 12,90%) y 2024 (n = 4; 12,90%). Los otros años tuvieron menor frecuencia: 2017 (n = 3; 9,68%), 2018 (n = 2; 6,45%) y 2016 (n = 1; 3,23%).

Los instrumentos utilizados para evaluar el presentismo incluyeron escalas estandarizadas, como la *Perceived Ability to Work Scale* (PAWS) (n= 8), la *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6) (n= 7), el *Work*

Limitations Questionnaire (WLQ) (n= 2), la *Work Productivity and Activity Impairment* (WPAI) (n= 2), el *Health and Work Performance Questionnaire* (HPQ) (HPQ) (n= 2) y el *Valuation of Lost Productivity Questionnaire* (VOLP) (VOLP), adaptado para COVID-19 (n=1). Además, algunos estudios aplicaron sus propios cuestionarios con preguntas directas sobre la frecuencia del comportamiento presentista y otros instrumentos para medir los constructos asociados, como *Burnout*, Motivación para el trabajo, Felicidad en el trabajo, Apoyo Social, Estrés por el cambio, *Turnover*, entre otros (n= 26).

De los treinta y un artículos seleccionados para la muestra, veintitrés respondieron a la pregunta sobre el resultado de la medición del presentismo (P1), como se muestra en la Figura 3. Los estudios analizan el presentismo desde diferentes perspectivas, como trabajar enfermo o pérdida de productividad, utilizando distintas escalas. Algunos estudios proporcionan datos sobre la prevalencia del presentismo y la intensidad con la que ocurre. Otros solo revelan la prevalencia, la media o la unidad de medida (pérdida de productividad, grado o valor financiero).

Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)			
País, año	N.º de participantes	Resultados sobre presentismo	
		Prevalencia	Media
Nigeria, 2021 ⁽¹¹⁾	155	no informado	22,1 (DE* 5,1)
España, 2018 ⁽³⁵⁾	323	52,9%	19,84 (DE* 4,2)
Brasil, 2021 ⁽¹⁷⁾	754	43,5%	20,9 (DE* 4,7)
Brasil, 2022 ⁽²⁰⁾	299	65,6%	21,36 (DE* 4,7)
Perceived Ability to Work Scale (PAWS)			
China, 2017 ⁽²⁵⁾	1392	no informada	7,25 (DE* 1,79) a 7,63 (DE* 1,57)
China, 2019 ⁽¹³⁾	572	no informada	3,92 (DE* 2,33) a 4,12 (DE* 2,38)
China, 2019 ⁽²⁸⁾	1434	no informada	7,44 (DE* 1,716) a 7,71 (DE* 1,59)
China, 2018 ⁽³³⁾	1392	no informada	2,37 (DE* 1,67) a 2,75 (DE* 1,79)
China, 2022 ⁽¹⁴⁾	1122	no informada	2,09 (DE* 1,46) a 2,35 (DE* 1,61)
Work Limitations Questionnaire- 8 (WLQ-8) e SPS-6			
Portugal, 2016 ⁽²⁷⁾	188	no informada	WLQ-8: Pérdida de 19,56% de productividad por día laborable. SPS-6: enfermeros 1,95 (0,96) y asistentes 2,28 (0,70)
Work Productivity and Activity Impairment-General Health (WPAI-GH)			
Japón, 2020 ⁽³⁶⁾	668	62,1%	El grado de presentismo era 30
Valuation of Lost Productivity Questionnaire (VOLP) adaptado a la COVID-19			
Irán, 2022 ⁽³⁹⁾	250	100%	US\$ 1.489,05 (DP* = US\$ 1.143,15) en el periodo de tres meses.
Health and Work Performance Questionnaire (WHO-HPQ)			
Croacia, 2017 ⁽³²⁾	595	70%	6,82%
Preguntas sobre la percepción del presentismo elaboradas por el autor			
Japón, 2020 ⁽²¹⁾	90	Prevalencia de 48,9%	
Reino Unido, 2020 ⁽²³⁾	819	Prevalencia de 68,6%	
Australia, 2021 ⁽²⁴⁾	320	Prevalencia de 87,8%	
Estados Unidos, 2017 ⁽²⁶⁾	286	Prevalencia de 92,0%	
Israel, 2024 ⁽³⁸⁾	2505	Prevalencia de 72,3% (IC ⁺ de 95%: 60,4–86,4).	
Eslovenia, 2020 ⁽³⁴⁾	5.865	Prevalencia de 57,0%	
Tailandia, 2022 ⁽³⁷⁾	240	Prevalencia de 23,0%	
Análisis de casos de gripe confirmados en laboratorio			
Australia, 2020 ⁽²⁹⁾	1.540	Prevalencia de 14,1%	
Suiza, 2021 ⁽¹⁰⁾	152	Prevalencia de 67,9%	
Otras escalas			
Japón, 2020 ⁽⁴⁰⁾	14	Prevalencia de 64,0%	

*DP = Desviación estándar; ⁺IC = Intervalo de confianza

Figura 3 - Estudios sobre la prevalencia del presentismo entre profesionales en el contexto hospitalario, por país, año, número de participantes, instrumentos utilizados y principales resultados. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Los resultados muestran una amplia variación en la prevalencia del presentismo, con oscilaciones del 14,1% en Australia al 100% en Irán. En cuanto a las medias de las escalas, se observaron variaciones de 2,37 (DE = 1,67) a 7,71 (DE = 1,59) en el PAWS, y de 19,84 (DE = 4,2) a 22,1 (DE = 5,1) en el SPS-6.

Solo tres estudios compararon el presentismo entre diferentes categorías profesionales. En uno de ellos, las enfermeras tenían un nivel de presentismo más bajo (14,48%) en comparación con los asistentes operativos (27,19%)⁽²⁷⁾. En otro, el presentismo era mayor entre los médicos⁽³⁹⁾. Por otro lado, un estudio brasileño encontró

una menor pérdida de productividad entre los médicos en comparación con todos los profesionales de la muestra (23,85 puntos), seguidos de los técnicos de enfermería y enfermeros, que obtuvieron puntuaciones de 20,91 y 20,65 puntos, respectivamente, indicando una menor reducción en su productividad ante problemas de salud⁽²⁰⁾.

Diecinueve artículos respondieron sobre los factores que pueden influir en el presentismo (P2). Estos datos se encontraron en los artículos mediante asociaciones y correlaciones (Figura 4). Un estudio con una pregunta directa sobre el motivo de trabajar enfermo obtuvo un porcentaje mayor (56%) de respuestas para "sentido del deber como profesional de la salud"⁽⁴⁰⁾.

Se encontraron asociaciones significativas entre el presentismo y los factores identificados en los estudios revisados
Factores demográficos: Tabaquismo (Fumadores con presentismo más alto: OR* = 2,99, p = 0,030) ⁽³⁹⁾ Edad (Edad media: OR* = 11.189, p = 0,046) ⁽³⁹⁾ Edad (30 años o menos, p = 0,023) ⁽¹⁵⁾ Soltero (p = 0,014) ⁽¹⁵⁾ Vivir solo (p = 0,030) ⁽¹⁵⁾ Género (Mujeres con un riesgo 1,88 veces mayor, IC*: 1,06-3,32, p = 0,03) ⁽²⁰⁾ Género (Hombres) (p < 0,05) ⁽¹³⁾
Factores de salud y enfermedades: Estrés (p < 0,01) ⁽³⁵⁾ Depresión (p < 0,015) ⁽¹¹⁾ Trastornos musculoesqueléticos (p < 0,05) ⁽¹⁸⁾ Enfermedades crónicas (p < 0,05) ⁽¹⁸⁾ Dolores de cabeza/migrañas (p < 0,05) ⁽¹⁸⁾ COVID-19 (una infección: OR* = 6.816, p = 0,000), dos infecciones: OR* = 24.023, p = 0,001) ⁽³⁹⁾
Factores ocupacionales: Urgencias hospitalarias (p = 0,004) ⁽³⁵⁾ Clima de seguridad negativo (p < 0,05) ⁽¹⁷⁾ Cultura de seguridad del paciente ⁽³²⁾ Carga y duración de la carrera (Profesionales en la mitad/final de carrera) ⁽¹³⁾ Trabajar 9 horas o más diarias (p < 0,001) ⁽¹⁵⁾ 5 años o menos en la profesión (p = 0,012) ⁽¹⁵⁾ Ingresos (Tercer y cuarto cuarteles con el presentismo más alto) ⁽³⁹⁾ Médico (p = 0,005) ⁽¹⁵⁾ Equidad en la distribución de recompensas y reconocimientos (por ejemplo, salarios, carga de trabajo, ascensos) presentan niveles más altos de presentismo ⁽¹⁴⁾
Correlaciones significativas encontradas entre el presentismo y los factores identificados en los estudios revisados
Carga de trabajo Agotamiento (-0,350, p < 0,001) ^{‡(11)} Desvinculación (-0,475, p < 0,001) ^{‡(11)} Horas de trabajo excesivas (r = 0,105, p = 0,016) ^{§(36)} Trabajo por turnos (r = 0,106, p = 0,015) ^{§(36)} Workaholism (r = 0,232, p < 0,001) ^{§(36)}
Compromiso organizacional Compromiso organizacional (β = -0,42, p < 0,001) ^{‡(28)} Apoyo de compañeros de trabajo (β = -0,15, p < 0,001) ^{‡(28)} Motivación en el servicio público (β = -0,35; p < 0,001) ^{‡(30)} e (β = -0,13, p < 0,01) ^{‡(12)} Compromiso afectivo (β = -0,27; p < 0,001) ^{‡(25)} Felicidad en el trabajo (r = -0,567, p < 0,001) ^{‡(15)}
Salud y enfermedad Estrés de desafío (β = 0,07, p < 0,01) ^{§(12)} Estrés de desafío (-0,05, p = 0,001) ^{‡(33)} Estrés de impedimento (β = 0,13, p < 0,01) ^{§(12)} y (0,25, p = 0,001) ^{§(33)} Salud (β = -0,12, p < 0,01) ^{‡(12)} y (r = -0,35) ^{‡(33)} Estrés de desafío y estrés de impedimento (r = 0,20, r = 0,32) ^{§(25)} TEPT ^{II} (β = 0,638, p < 0,001) ^{§(16)} Intensidad del dolor lumbar (r = 0,248, p < 0,001) ^{§(36)} , Duración del sueño (-0,131, p = 0,003) ^{‡(36)} Síntomas depresivos (r = 0,269, p < 0,001) ^{§(36)} Estabilidad emocional (r = -0,226, p ≤ 0,01) ^{‡(24)} Estrés relacionado con el trabajo (r = 0,218, p ≤ 0,001) ^{§(24)} Burnout (r = 0,653, p < 0,001) ^{§(15)}

*OR = Odds Ratio; †IC = Intervalo de confianza; ‡Correlación negativa; §Correlación positiva; ^{II}TEPT = Trastorno del estrés posttraumático

Figura 4 - Factores que pueden influir el presentismo verificados a través de asociaciones y correlaciones en los estudios revisados. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Los factores de asociación identificados se dividieron en: demografía, salud y enfermedades y ocupacional, lo que revela la importancia de la edad, el sexo, el tabaquismo, las enfermedades físicas y mentales, los ingresos, el sector, la carga de trabajo y el clima de seguridad.

Se observó que la presencia de factores como agotamiento, desconexión, compromiso organizativo, apoyo de compañeros, motivación en el servicio público, compromiso afectivo, felicidad en el trabajo, mejor salud general, mayor duración del sueño y estabilidad emocional se correlacionaron con un menor presentismo.

Por otro lado, una mayor carga de trabajo, el trabajo por turnos, el estrés por desafíos e impedimentos, los síntomas depresivos, una mayor intensidad de dolor lumbar y la presencia de síntomas de TEPT (Trastorno del estrés postraumático) se correlacionaron con un mayor presentismo.

En cuanto a las consecuencias del presentismo (P3), se encontraron siete artículos que respondían sobre las repercusiones para la seguridad de pacientes y trabajadores, así como sobre el impacto en la capacidad laboral y económica, como se muestra en la Figura 5.

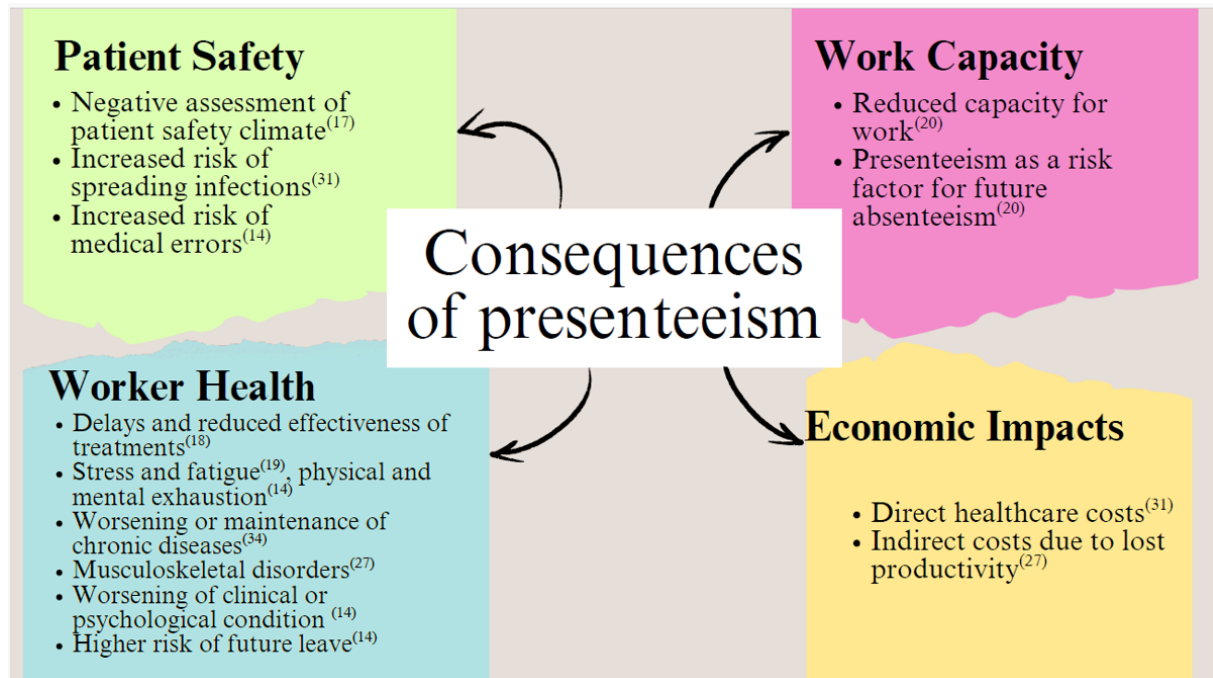


Figura 5 - Mapa mental sobre las consecuencias del presentismo. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

En cuanto a las intervenciones individuales y organizativas adoptadas (P4), solo dos estudios informaron del uso de centros de bienestar como estrategia institucional. En una de estas investigaciones, se observó que los profesionales de la salud sin acceso a centros de bienestar presentaban niveles más altos de presentismo ($\beta = -0,22$; $p < 0,001$) y eran, de media, más jóvenes ($\beta = 0,09$; $p = 0,002$). Además, se identificó una interacción significativa entre el presentismo y el acceso al centro de bienestar en los niveles de bienestar de los profesionales, con $F(1,791) = 18,65$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,02$. Los profesionales que presentaron presentismo y accedieron al centro informaron niveles más altos de bienestar (media = 3,30; desviación estándar — DE = 0,04), en comparación con quienes accedieron al centro, pero no reportaron presentismo (media = 3,06; SD = 0,040)⁽²²⁾.

Por otro lado, un segundo estudio no identificó diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales que acudieron a los centros de bienestar

y aquellos que no accedieron a los centros de bienestar respecto a las variables: percepción del estrés en el trabajo, satisfacción laboral, presentismo o intención de rotación⁽²³⁾.

Discusión

Los resultados presentados nos permiten visualizar una visión completa de varios aspectos del presentismo. Las preguntas orientadoras sobre la prevalencia del presentismo y los factores que lo influyen se respondieron en gran medida a través del mapeo realizado. Sin embargo, en pocos estudios se han encontrado respuestas a preguntas sobre consecuencias e intervenciones.

Los hallazgos refuerzan la heterogeneidad de los instrumentos para medir el presentismo y la importancia de considerar múltiples factores contextuales y metodológicos al interpretar los resultados. En cuanto a la prevalencia del presentismo evaluado, los resultados varían según el instrumento de medición utilizado.

La PAWS fue la escala más utilizada para investigaciones sobre la pérdida de productividad, seguida por la SPS-6. El instrumento original considera la autopercepción de la capacidad laboral, con resultados que van de 0 a 10, en los que valores más altos indican mayor capacidad de trabajo y mejor rendimiento. En los estudios incluidos en esta revisión, los autores invierten las puntuaciones para una interpretación más intuitiva, en la que puntuaciones más altas representan un mayor presentismo, mientras que las puntuaciones más bajas reflejan un menor presentismo o una mayor percepción para trabajar. El SPS-6, por otro lado, permite medir la influencia de los problemas de salud en la calidad del trabajo y en el rendimiento del profesional, demostrando ser un instrumento fácil de entender, que favorece su finalización y análisis⁽¹⁵⁾.

Hay una concentración de estudios más recientes, principalmente entre 2017 y 2023. Esto puede estar relacionado con el creciente interés en el tema, especialmente tras la pandemia de COVID-19, que intensificó los debates sobre la salud laboral y el absentismo. Sin embargo, incluso antes de la pandemia, las tasas de presentismo ya eran altas en algunos contextos⁽²⁷⁾.

La prevalencia del presentismo varió considerablemente, desde el 14,1% en Australia⁽²⁹⁾ hasta el 100% en Irán⁽³⁹⁾, con muchos estudios mostrando tasas superiores al 50%. Cabe destacar que países como Australia (87,8%)⁽²⁴⁾, Israel (72,3%)⁽³⁸⁾, Reino Unido⁽²³⁾ y Estados Unidos⁽²⁶⁾ (con variaciones entre el 68,6% y el 92%) presentaban una prevalencia significativamente alta de presentismo, lo que puede reflejar una mayor presión institucional para asistir al trabajo incluso en condiciones de salud inadecuadas, o incluso indicar la presencia de culturas organizativas más permisivas y tolerantes con esta práctica.

En cuanto al origen del presentismo, los resultados sugieren la influencia de factores individuales, como el compromiso profesional y el miedo a represalias, y factores organizativos, como la alta carga de trabajo y los bajos niveles de personal. Estos factores merecen una interpretación cuidadosa, ya que las correlaciones encontradas entre variables predictoras y el resultado del presentismo pueden ser ambivalentes. Por ejemplo, en un estudio, el agotamiento y el desinterés se correlacionaron con un índice de presentismo más bajo⁽¹¹⁾, mientras que en otro, los niveles de agotamiento se correlacionaron con un presentismo más alto⁽¹⁵⁾.

De manera similar, la estabilidad emocional se asoció con un aumento del presentismo⁽²⁴⁾. Esto se puede explicar por el hecho de que los trabajadores con comportamientos de ánimo más estables tienden a presentarse a trabajar incluso cuando están enfermos.

Los resultados indican que un mayor presentismo también se asoció con una cultura organizativa desfavorable. Por otro lado, factores como el compromiso organizativo ($\beta = -0,42$, $p < 0,001$), el apoyo de los compañeros ($\beta = -0,15$, $p < 0,001$)⁽²⁸⁾, la motivación en el servicio público ($\beta = -0,35$; $p < 0,001$)⁽³⁰⁾ y ($\beta = -0,13$, $p < 0,01$)⁽¹²⁾ y el compromiso afectivo ($\beta = -0,27$; $p < 0,001$) reducen el riesgo de presentismo. Además, el 75% de los profesionales informó que la causa principal de este episodio fue de naturaleza organizativa⁽¹⁸⁾.

La carga de trabajo también se ha asociado fuertemente con el presentismo. Entre los factores mencionados en los artículos se encuentran el exceso de horas de trabajo ($r=0,105$, $p=0,016$)⁽³⁶⁾, el trabajo por turnos ($r=0,106$, $p=0,015$)⁽³⁶⁾ y el adicto al trabajo ($r=0,232$, $p<0,001$)⁽³⁶⁾.

Durante la pandemia, una revisión bibliográfica identificó factores que influyeron en el presentismo, incluyendo cuestiones directamente relacionadas con la salud mental, factores individuales, factores relacionados con la situación causada por la pandemia de COVID-19 y condiciones laborales⁽⁴⁾.

Los factores demográficos, como la edad y el género, fueron divergentes en los estudios analizados, sin permitir generalizaciones. Al ser factores de naturaleza individual, merecen una atención especial en cada contexto analizado, teniendo en cuenta las diferencias culturales y socioeconómicas de cada región.

Las razones más frecuentemente citadas para el presentismo incluyeron síntomas leves (36/90; 40,0%) y dificultad para encontrar proveedores sanitarios de reemplazo que cubrirlos (25/90; 27,8%). Dos enfermeras afirmaron que sus supervisores les prohibieron tomar baja por enfermedad, aunque presentaban síntomas. En total, 106 profesionales sanitarios asistieron al trabajo mientras estaban enfermos, lo que llevó a la exposición de hasta 234 pacientes, de los cuales 137 recibieron quimioprofilaxis antiviral posteriormente⁽²¹⁾. La razón más común era el "sentido del deber profesional"⁽⁴⁰⁾. Estos resultados convergen con un estudio cualitativo realizado con enfermeras brasileñas, en el que se citó el compromiso profesional como motivo del presentismo, además de la necesidad financiera⁽⁴¹⁾.

En cuanto a las consecuencias para la salud individual y organizacional, los estudios han confirmado relaciones entre el presentismo, resultados clínicos desfavorables y baja calidad de atención, como el aumento de errores médicos y la seguridad del paciente comprometida^(18-20,27,31,34). En uno de estos estudios, el origen de un brote de infección respiratoria en una pequeña unidad de tratamiento de salud mental se atribuyó al presentismo de un solo profesional de la salud.

Las infecciones se propagaron gracias a este profesional, que fue a trabajar enfermo e infectó a 17 pacientes en total. De estos, cinco desarrollaron complicaciones por neumonía y un total de 12.324 dólares estadounidenses en costes médicos adicionales se incurrieron como resultado del brote⁽³¹⁾.

Estos resultados desfavorables son los costes del presentismo, a menudo invisibles, para las instituciones, ya que, en la mayoría de los casos, los exámenes forenses realizados no investigan en profundidad las variables implicadas en la práctica del presentismo ni las consecuencias que se derivan de él. Es necesario entender este fenómeno desde una perspectiva sistémica y multidimensional, ya que el deterioro de la salud del profesional (tanto de quienes ejercen como de quienes trabajan con él) se refleja en la agravación de enfermedades preexistentes, fatiga, menor productividad, mayor riesgo de ausentismo futuro, agotamiento, aumento de costes con futuros permisos, enfermedades crónicas y la intención de dejar el trabajo⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Todas estas consecuencias, a nivel individual, se reflejan en consecuencias para pacientes e instituciones, convirtiéndose en un círculo vicioso de enfermedad organizacional.

Las personas que practican el presentismo pueden tener beneficios para la salud a corto plazo, pero su bienestar puede deteriorarse con el tiempo⁽⁴²⁾. Otros estudios informan que el presentismo puede tener aspectos positivos y ser funcional en ciertos contextos cuando disponen de los recursos adecuados⁽⁴³⁾. Sin embargo, los hallazgos de esta investigación indican que las consecuencias del presentismo son predominantemente negativas para la seguridad del paciente.

En cuanto a las intervenciones para reducir el presentismo entre los profesionales sanitarios hospitalarios, solo dos estudios enfatizaron este tema⁽²²⁻²³⁾. Estas abordaron intervenciones en salud laboral y la creación de centros de bienestar profesional, y no hubo intervenciones organizativas específicas más sólidas. Esto es notable, dado que se ha demostrado que entornos con fuerte apoyo organizativo promueven una mayor autoestima entre los trabajadores y reducen las tasas de presentismo.

Los centros de bienestar fueron instalaciones creadas durante la pandemia de COVID-19 para ofrecer confort, mediante elementos sensoriales positivos (iluminación suave, pelotas antiestrés, aceites esenciales) y acceso a primeros auxilios psicológicos para los profesionales sanitarios en la lucha contra el coronavirus⁽²²⁻²³⁾.

Se necesitan inversiones en intervenciones capaces de incluir compromiso, apoyo mutuo y soporte organizacional como directrices para las políticas de

gestión de personas de las instituciones hospitalarias, que pueden insertar a profesionales como protagonistas en los procesos de toma de decisiones, planificación de la plantilla y participación en la discusión de cuestiones relacionadas con el presentismo y su relación con la calidad de la atención.

Además, se sugieren intervenciones tanto a nivel organizativo como individual. Las intervenciones organizativas también incluyen mejorar la distribución de los salarios, equilibrar la carga de trabajo y promover recompensas basadas en el *feedback* de los empleados. Es esencial fortalecer el apoyo organizativo, creando un entorno donde los trabajadores se sientan valorados, escuchados y apoyados, invirtiendo en líderes sensibles y empáticos, comprometidos con el bienestar del equipo. Promover una cultura organizativa que valore a los trabajadores, junto con la implementación de políticas claras de baja por enfermedad y la gestión de la sobrecarga de trabajo, también es fundamental.

A nivel individual, se recomienda contemplar, en los procesos de selección, la evaluación de las competencias emocionales para el trabajo, que incluyen autoconciencia, autocontrol, autorrealización y empatía. También es importante ofrecer formación continua y apoyo psicológico para fortalecer la autoestima de los profesionales. Por último, las campañas internas de concienciación sobre los riesgos del presentismo son esenciales para alertar a los profesionales sobre los impactos negativos de trabajar enfermos tanto para ellos mismos como para los equipos y los pacientes.

En vista de ello, se destaca la necesidad de avances en la formulación de políticas institucionales que prioricen la salud organizacional y la promoción de entornos de práctica positivos, y que reconozcan el presentismo como un fenómeno que, si se descuida, compromete tanto la atención proporcionada como la salud de los propios profesionales. Por tanto, los gestores hospitalarios desempeñan un papel fundamental en la reducción del presentismo. Realizar nuevos estudios, con un enfoque cualitativo y longitudinal, es esencial para profundizar en la comprensión de las causas y consecuencias del presentismo y para apoyar la construcción de intervenciones efectivas.

Entre algunas limitaciones, algunos artículos no presentaron información detallada sobre el sector hospitalario ni sobre la categoría profesional de los participantes. En varios casos, los estudios se refieren generalmente a "profesionales de la salud" o "trabajadores hospitalarios", sin distinción de función o área de actividad. Esta falta de detalle limita la comparación entre contextos institucionales y categorías específicas dentro del entorno hospitalario. A pesar de la gravedad de los impactos,

pocos estudios abordan intervenciones para prevenir o mitigar el presentismo. Las estrategias identificadas fueron puntuales, como la implantación de centros de bienestar, pero no hay consenso sobre su efectividad. Además, la predominancia de estudios transversales en esta revisión también revela limitaciones en los resultados.

Conclusión

Esta revisión de alcance cumplió su carácter cartográfico y mostró que el presentismo es un fenómeno prevalente y multifactorial entre los profesionales de la salud en un entorno hospitalario. Los resultados indican que los profesionales suelen acudir al trabajo incluso en condiciones de salud comprometidas, motivados por factores como la presión organizativa, la cultura institucional que valora el “trabajar a pesar de la enfermedad”, la ausencia de políticas de apoyo, el miedo a represalias y el sentimiento de responsabilidad con los pacientes.

Las consecuencias son amplias: en la dimensión individual, el presentismo contribuye al agravamiento de enfermedades crónicas, estrés, fatiga y reducción de la capacidad laboral; a nivel organizativo, compromete la productividad, incrementa los costes sanitarios directos e indirectos y afecta negativamente al clima de seguridad del paciente, con un mayor riesgo de errores y propagación de infecciones.

Referencias

1. Ferreira BE, Vilela RAG, Nascimento A, Almeida IM, Lopes MGR, Braatz D, et al. Occupational risk prevention in hospitals based on the Cultural-Historical Activity Theory. *Cien Saude Colet*. 2024;29(5):e012892022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.12892022EN>
2. Al Ismail H, Herzallah NH, Al-Otaibi ST. What are the predictors and costs of nurse absenteeism at select multicenter government hospitals? A cross-sectional study. *Front Public Health*. 2023;11:1073832. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1073832>
3. Gerlach M, Hahn S, Rossier C, Geese F, Hamers J, Backhaus R. Presenteeism among nurses: an integrative review. *Int J Nurs Stud Adv*. 2024;7:100261. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100261>
4. García-Iglesias J, Gómez-Salgado J, Apostolo J, Rodrigues R, Costa EI, Ruiz-Frutos C, et al. Presenteeism and mental health of workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Front Public Health*. 2023;11:1224332. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1224332>
5. Laranjeira C, Pereira F, Querido A, Bieri M, Verloo H. Contributing factors of presenteeism among Portuguese and Swiss nurses: a qualitative study using focus groups. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14):8844. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148844>
6. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5:210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
7. Oliveira RS, Machado MFAS, Moreira MRC. Clinical communication skills in health care for the elderly: a scoping review protocol. *Online Braz J Nurs*. 2023;22(Suppl 1):e20236607. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20236607>
8. Mohammadi MM, Nayeri ND, Varaei S, Rasti A. Exploring the concept of presenteeism in nursing: a hybrid concept analysis. *Int J Nurs Terminol Knowl*. 2020;31(4):210-20. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12308>
9. Brasil. Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013. Altera os arts. 5º, 68, 97, 98, 99 e 100, acrescenta arts. 98-A, 98-B, 98-C, 99-A, 99B, 100-A, 100-B e 109-A, e revoga o art. 94 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, para dispor sobre a gestão coletiva de direitos autorais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2013 Aug 15 [cited 2025 Jul 10];seção 1:1-3. Available from: <https://www.gov.br/propriedade-intelectual/pt-br/legislacao/direitos-autorais/legislacao-nacional/12853.pdf>
10. Kuster SP, Böni J, Kouyos RD, Huber M, Schmutz S, Shah C, et al. Absenteeism and presenteeism in healthcare workers due to respiratory illness. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2021;42(3):268-73. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.444>
11. Nwosu ADG, Ossai E, Onwuasoigwe O, Ezeigweneme M, Okpamen J. Burnout and presenteeism among healthcare workers in Nigeria: Implications for patient care, occupational health and workforce productivity. *J Public Health Res*. 2021;10(1):1900. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.1900>
12. Deng J, Wu Z, Ma M, Zang Z, Yang T. How stress affects presenteeism in public sectors: a dual path analysis of Chinese healthcare workers. *J Public Health (Berl)*. 2022;30:1949-58. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01588-w>
13. Deng J, Sun Y, Lei R, Guo Y, Liu J, Yang T. Status of healthcare workers after comprehensive reform of urban public hospitals in Beijing, China: sustainable supply, psychological perception, and work outcomes. *Hum Resour Health*. 2019;17:77. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0421-1>
14. Yang T, Jin Y, Jin X, Deng J. How organizational support can help employees mitigate the effects of distributive injustice: a hierarchical moderated mediation model. *Int J Occup Saf Ergon*. 2023;29(4):1395-401. <https://doi.org/10.1080/10803548.2022.2131270>

15. Yılmaz S, Söyük S. A theory of presenteeism beyond being sick and a measurement tool. *Rev Adm Empres.* 2024;64(2):e2023-0081. <https://doi.org/10.1590/S0034-759020240205x>
16. Zhang J, Yang X, Zhang X, Liu Y, Liu M, Fang Y, et al. Mediating effects of social support and presenteeism on turnover intention and post-traumatic stress disorder among Chinese nurses in the post-pandemic era: a cross-sectional study. *Front Public Health.* 2024;12:1323126. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1323126>
17. Zanon REB, Dalmolin GDL, Magnago TSBS, Andolhe R, Carvalho REFL. Presenteeism and safety culture: evaluation of health workers in a teaching hospital. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(1):e20190463. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0463>
18. Fiorini LA, Houdmont J, Griffiths A. Nurses' illness perceptions during presenteeism and absenteeism. *Occup Med (Lond).* 2020;70(2):101-6. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa012>
19. Daouda OS, Bun RS, Bouziad KA, Miliani K, Essa-Eworo A, Espinasse F, et al. Multilevel approach to individual and organisational predictors of stress and fatigue among healthcare workers of a university hospital: a longitudinal study. *Occup Environ Med.* 2022;79:839-47. <https://doi.org/10.1136/oemed-2022-108220>
20. Gonçalves RHA, Jilou V, Bracarense CF, Costa NS, Lima FR, Simões ALA. Presenteeism and its influence on health personnel's capacity for work. *Rev Enferm UERJ.* 2022;30:e68234. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.68234>
21. Miwa T, Tagashira Y, Uenoyama Y, Honda H. Healthcare workers' presenteeism and chemoprophylaxis against nosocomial influenza in patients hospitalized during the 2018-2019 season. *J Hosp Infect.* 2020;106(2):399-400. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.07.026>
22. Blake H, Mancini H, Coyne E, Cooper J, Stanulewicz-Buckley N. Workforce wellbeing centres and their positive role for wellbeing and presenteeism in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: secondary analysis of COVID-Well data. *BMC Health Serv Res.* 2024;24:302. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10730-9>
23. Blake H, Yildirim M, Wood B, Knowles S, Mancini H, Coyne E, et al. COVID-Well: evaluation of the implementation of supported wellbeing centres for hospital employees during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(24):9401. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249401>
24. Banks C, Pearson S. Personality, staff attitudes and their association with absenteeism and presenteeism in Australian public sector hospital-based nurses: a cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2021;29:2639-46. <https://doi.org/10.1111/jonm.13443>
25. Yang T, Guo Y, Ma M, Li Y, Tian H, Deng J. Job stress and presenteeism among Chinese healthcare workers: the mediating effects of affective commitment. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(9):978. <https://doi.org/10.3390/ijerph14090978>
26. Mossad SB, Deshpande A, Schramm S, Liu X, Rothberg MB. Working despite having influenza-like illness: results of an anonymous survey of healthcare providers who care for transplant recipients. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2017;38(8):966-9. <https://doi.org/10.1017/ice.2017.91>
27. Queiroz-Lima ME, Serranheira F. Absenteeism and presenteeism costs from occupational accidents with WRMSDs in a Portuguese hospital. *DYNA.* 2016;83(196):27-30. <https://doi.org/10.15446/dyna.v83n196.56605>
28. Yang T, Liu Y, Chen Q, Zhang Z, Guo Y, Deng J. Perceived social support and presenteeism among healthcare workers in China: the mediating role of organizational commitment. *Environ Health Prev Med.* 2019;24:55. <https://doi.org/10.1186/s12199-019-0814-8>
29. Imai C, Hall L, Lambert SB, Merollini KMD. Presenteeism among health care workers with laboratory-confirmed influenza infection: a retrospective cohort study in Queensland, Australia. *Am J Infect Control.* 2020;48(4):355-60. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.07.024>
30. Deng J, Li Y, Sun Y, Lei R, Yang T. Public service motivation as a mediator of the relationship between job stress and presenteeism: a cross-sectional study from Chinese public hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2019;19:625. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4483-5>
31. Takayama N, Sakaki H, Shirai M, Toyoda A, Takayanagi H, Takagi K, et al. Healthcare workers' presenteeism causing an outbreak of respiratory infections in a facility for patients with severe motor and intellectual disabilities. *Am J Infect Control.* 2023;51(4):420-5. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.07.016>
32. Brborović H, Brborović O. Patient safety culture shapes presenteeism and absenteeism: a cross-sectional study among Croatian healthcare workers. *Arh Hig Rada Toksikol.* 2017;68(3):185-9. <https://doi.org/10.1515/aiht-2017-68-2957>
33. Yang T, Ma M, Zhu M, Liu Y, Chen Q, Zhang S, et al. Challenge or hindrance: Does job stress affect presenteeism among Chinese healthcare workers? *J Occup Health.* 2018;60(2):163-71. <https://doi.org/10.1539/joh.17-0195-OA>
34. Skerjanc A, Fikfak MD. Sickness presence among health care professionals: a cross sectional study of health care professionals in Slovenia. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(1):367. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010367>

35. Sánchez-Zaballos M, Baldonado-Mosteiro M, Mosteiro-Díaz MP. Presenteeism among emergency health care staff. *Emergencias* [Internet]. 2018 [cited 2026 May 29];30(1):35-40. Available from: <https://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-30/numero-1/presentismo-en-profesionales-sanitarios-de-los-servicios-de-urgencias-y-emergencias/>
36. Yoshimoto T, Oka H, Ochiai H, Ishikawa S, Kokaze A, Muranaga S, et al. Presenteeism and associated factors among nursing personnel with low back pain: a cross-sectional study. *J Pain Res.* 2020;13:2979-86. <https://doi.org/10.2147/JPR.S269529>
37. Piyaraj P, Kittikraisak W, Buathong S, Sinhuwattanawibool C, Nivesvivat T, Yoocharoen P, et al. Encounter patterns and worker absenteeism/presenteeism among healthcare providers in Thailand. *Curr Res Behav Sci.* 2022;3:100067. <https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2022.100067>
38. Azziz-Baumgartner E, Hirsch A, Yoo YM, Peretz A, Greenberg D, Avni YS, et al. Incidence of laboratory-confirmed influenza and RSV and associated presenteeism and absenteeism among healthcare personnel, Israel, influenza seasons 2016 to 2019. *Euro Surveill.* 2024;29(31):2300580. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.31.2300580>
39. Yaghoubi M, Salimi M, Meskarpour-Amiri M, Hosseini-Shokouh SM. COVID-19-related absenteeism and presenteeism among healthcare workers. *Iran Red Crescent Med J.* 2022;24(10):e189006. <https://doi.org/10.32592/ircmj.2022.24.10.1785>
40. Wilson KE, Wood SM, Schaecher KE, Cromwell KB, Godich J, Knapp MH, et al. Nosocomial outbreak of influenza A H3N2 in an inpatient oncology unit related to health care workers presenting to work while ill. *Am J Infect Control.* 2019;47(6):683-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.10.024>
41. Soares LC, Porto AR. Nurses' experiences of presenteeist behaviors in the hospital. *Rev Bras Enferm.* 2025;78(4):e20240331. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0331>
42. Kinman G. Sickness presenteeism at work: prevalence, costs and management. *Br Med Bull.* 2019;129(1):69-78. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldy043>
43. Biron C, Karanika-Murray M, Ivers H. The health-performance framework of presenteeism: A proof-of-

concept study. *Front Psychol.* 2022;13:1029434. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1029434>

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; 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: Cynthia Lima Sampaio, Thailane Cardoso Soares, Victoria Lohreine de Carvalho Grangense, Bruna Victória da Silva Passos, Roberta Meneses Oliveira, Joselany Áfio Caetano.

Contribuciones específicas

Curación de datos: Cynthia Lima Sampaio, Thailane Cardoso Soares, Victoria Lohreine de Carvalho Grangense, Bruna Victória da Silva Passos, Roberta Meneses Oliveira, Joselany Áfio Caetano. **Supervisión y gestión del proyecto:** Cynthia Lima Sampaio, Thailane Cardoso Soares, Victoria Lohreine de Carvalho Grangense, Bruna Victória da Silva Passos, Roberta Meneses Oliveira, Joselany Áfio Caetano.

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

Declaración de Disponibilidad de Datos

El conjunto de datos de este artículo está disponible en la página de la RLAE en el repositorio SciELO Data, en el enlace <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/GVNX3>

Recibido: 03.09.2025

Aceptado: 01.01.2026

Editora Asociada:
Maria Lúcia Zanetti

Autora de correspondencia:
Cynthia Lima Sampaio
E-mail: sampaio.cynthia@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0003-0612-2781>

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.