**Revista Salud, Trabajo y Sostenibilidad.**
2026; 3(1):101-122. ISSN: 3028-6999 (en línea)



Artículo de revisión producto de una investigación

# Principales enfermedades y accidentes laborales en trabajadores de la salud, factores de riesgo y sus estrategias de prevención: una revisión rápida de la literatura

## Main Occupational Diseases and Workplace Accidents among Healthcare Workers, Risk Factors, and Prevention Strategies: A Rapid Literature Review

## Autores

**Juliana Sofía Murcia-Ojeda**[1]

**Juliana Garzón-Largo**[2]

**Melissa María Osorio-Duarte**[3]

**Francisco Palencia-Sánchez**[4*]

***Recibido:*** *08-02-20256*
***Aceptado:*** *06-04-2026*
***Publicado:*** *25-06-2026*

***Palabras clave:***
*Personal de salud, enfermedades profesionales, accidentes de trabajo, exposición ocupacional (DeCS).*

***Key words:***
*Healthcare workers, occupational diseases, occupational accident occupational exposure (MeSH).*

***Forma de citar este artículo:***
Murcia-Ojeda, JS; Garzón-Largo, J.; Osorio-Duarte, MM; Palencia-Sánchez, F. Principales enfermedades y accidentes laborales en trabajadores de la salud, factores de riesgo y sus estrategias de prevención: una revisión rápida de la literatura. Salud, Trab. Sosten. (Cons. Colomb. Segur). 2026. 3(1): 101-122. *https://doi.org/10.63434/30286999.434*

## Resumen

Los trabajadores del sector salud (TS) son uno de los principales grupos de riesgo dada su mayor exposición a peligros biológicos, físicos, ergonómicos y psicosociales que generan afectación en su calidad de vida e incremento de la incidencia de las enfermedades y accidentes en el ambiente laboral.

**Objetivo:** identificar las principales enfermedades y accidentes laborales en trabajadores de la salud, sus factores de riesgo y sus estrategias de prevención.

**Metodología:** revisión rápida de la literatura a fin de revisar las principales enfermedades en el ambiente laboral y sus consecuencias en los trabajadores de la salud.

**Resultados:** entre los hallazgos más importantes destacan la alta prevalencia de enfermedades musculoesqueléticas, lesiones por objetos cortopunzantes, lesiones cutáneas y afectaciones en la salud mental. De ahí la importancia de las estrategias preventivas y capacitaciones al personal de salud con el fin de priorizar su salud y seguridad, optimizar su bienestar y mejorar la calidad de la atención en las instituciones de salud.

**Conclusiones:** mejorar la salud mental, prevenir trastornos musculoesqueléticos y dermatitis, así como fortalecer entornos laborales seguros son claves para el bienestar del personal de salud y la sostenibilidad del sistema sanitario.

[1] Médica en formación de la Pontificia Universidad Javeriana. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-8321-8254. Correo: jsofia_murcia@javeriana.edu.co

[2] Médica en formación de la Pontificia Universidad Javeriana. ORCID: https://orcid.org/0009-0006-6694-3185. Correo: juliana.garzon@javeriana.edu.co

[3] Médica en formación de la Pontificia Universidad Javeriana. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0079-3285. Correo: me.osorio@javeriana.edu.co

[4*] Ph. D. en Salud Pública. Docente de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8126-7748. CvLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001511865. Correo: fpalencia@javeriana.edu.co. Autor de correspondencia.

**Revista Salud, Trabajo y Sostenibilidad.**
2026; 3(1): 101-122. ISSN: 3028-6999 (en línea)

## Abstract

Healthcare workers (HWs) are one of the main at-risk groups due to their increased exposure to biological, physical, ergonomic, and psychosocial hazards, which negatively affect their quality of life and lead to a higher incidence of diseases and workplace accidents.

**Objective:** To identify the main occupational diseases and workplace accidents among healthcare workers, their risk factors and prevention strategies.

**Methodology:** A rapid literature review was conducted to examine the main occupational diseases in the workplace and their consequences for healthcare workers.

**Results:** Among the most significant findings are the high prevalence of musculoskeletal disorders, injuries caused by sharp objects, skin lesions, and mental health issues. Therefore, the importance of preventive strategies and training for healthcare personnel is emphasized to prioritize their health and safety, thereby optimizing their well-being and the quality of care in healthcare institutions.

**Conclusions:** Improving mental health, preventing musculoskeletal disorders and dermatitis, and fostering safe environments are key to the well-being of healthcare personnel and the sustainability of the healthcare system.

## Introducción

El sector salud se considera uno de los que presenta entornos laborales más inseguros (1), debido a que los profesionales sanitarios y personal auxiliar se exponen a numerosos peligros biológicos y no biológicos que ponen en riesgo la seguridad, el bienestar y, en última instancia, la vida del trabajador de la salud (2,3).

A nivel internacional se ha documentado que las enfermedades profesionales y los accidentes laborales en trabajadores de la salud constituyen un problema de salud ocupacional de alcance mundial al contribuir al incremento de la Carga Global de Enfermedades (GBD), la cual estima 1,53 millones de años de vida ajustados por discapacidad (Disability-Adjusted Life Year- DALYs) (IC 95 %: 1,39 – 1,68) atribuibles a factores de riesgo ocupacional lo que representa el 2,8 % de las muertes y el 3,2 % de los DALYs (3).

Frente a este panorama, garantizar un entorno laboral seguro y saludable se reconoce como un principio y un derecho fundamental en el trabajo. En este sentido, Colombia, como miembro de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) desde 1919, tiene la obligación de respetar, promover y materializar dichos principios (4).

Si bien los esfuerzos de investigación y las iniciativas de seguridad en el ámbito sanitario suelen enfocarse en la prevención de infecciones como la hepatitis B, el VIH, la influenza y la tuberculosis (5), los trabajadores de la salud (TS) también están expuestos a otros peligros laborales adicionales. Entre ellos, destacan los riesgos ergonómicos (lesiones musculoesqueléticas por cuenta de la manipulación de pacientes o equipos) y químicos (ya sea por exposición o manipulación de sustancias, por ejemplo, productos de limpieza y desinfección en los centros de salud; afecciones cutáneas derivadas del lavado de manos frecuente y el uso continuo durante toda la jornada laboral de los Elementos de Protección Personal (EPP) como guantes de látex (que constituyen, a su vez, una exposición química por su carácter sensibilizante)(6). En efecto, la dermatitis de contacto ocupacional (DCO) es uno de los riesgos más representativos en los trabajadores de la salud (TS), debido a la exposición a sustancias químicas al seguir estrictamente los protocolos de bioseguridad

como el lavado repetitivo de manos con jabones y desinfectantes que contienen agentes químicos como el alcohol isopropílico, el gluconato de clorhexidina o la yodopovidona y al uso prolongado de guantes durante extensas jornadas (7,8). En estudios de cohorte, la incidencia de DCO en los TS ha demostrado ser mayor que la reportada en trabajadores de la construcción —21,4 casos por cada 10.000 personas al año— (7,9) e inferior a la documentada en mecánicos —9,2 casos por cada 100 personas al año— (7,10).

Además de los peligros anteriormente mencionados, los factores de riesgo psicosocial representan un fenómeno importante con considerable visibilidad y estrecho vínculo con las actividades laborales de estos trabajadores. Los TS se enfrentan diariamente a condiciones de trabajo exigentes que incluyen sobrecarga laboral, largas jornadas, presión asistencial constante, toma de decisiones en situaciones críticas, y relaciones interpersonales tensas con pacientes, familiares y miembros de su equipo de trabajo. Una posible consecuencia del agotamiento psicobiológico en este contexto puede dar lugar al síndrome de burnout (SBU) (11). La 11ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (12) define el SBU como resultado del estrés crónico experimentado en el lugar de trabajo que consta de tres dimensiones: la sensación de pérdida de energía, sentimientos negativos sobre el trabajo o la distancia psicológica hacia el mismo, así como la reducción de la eficacia profesional.

La prevalencia del SBU no solo fluctúa según el tipo de trabajador de la salud sino también en función de factores como el género, el área de desempeño (por ejemplo, cuidados intensivos, urgencias, atención primaria), carga emocional asociada al tipo de pacientes atendidos y las políticas institucionales de apoyo y bienestar.

Algunos autores (13) determinaron que la prevalencia de SBU en estudiantes de medicina cursando su internado en México fue del 20 %, con una distribución del 21,8 % en mujeres y del 17,5 % en hombres. Otros autores (14) identificaron una prevalencia global del SBU en el personal de enfermería evaluado en tres áreas: agotamiento emocional (33,4 %), despersonalización (25 %) y baja realización personal (33,4 %). De forma complementaria y mediante una revisión sistemática, Ghahramani et al.(15) reportaron una prevalencia del 52 % (IC del 95 %: 40 – 63 %) entre todos los trabajadores de la salud, siendo las enfermeras y los médicos los más afectados, con niveles de hasta el 66 % (IC 95 %: 51 – 81 %).

Esto, sin duda, se ha visto considerablemente exacerbado desde la reciente pandemia por la COVID-19, donde se ha encontrado un aumento significativo en los problemas de salud mental de este grupo de trabajadores. Algunas cifras resaltan que en 2021, la proporción de profesionales sanitarios que alcanzaron los umbrales de agotamiento y riesgo de ansiedad y depresión, según el Inventario de Burnout de Oldenburg (OLBI) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), fue del 84,1 % y del 39,6 %, respectivamente, frente al 68,2 % y 23,3 % registrados en 2020 (16).

Los TS también presentan riesgos ergonómicos que, a mediano y largo plazo, pueden comprometer tanto su salud como su desempeño profesional. Entre estos riesgos, los trastornos musculoesqueléticos (TME) ocupan un lugar destacado por su alta prevalencia en este grupo ocupacional(17). Dichos trastornos están estrechamente relacionados con las demandas físicas inherentes a la práctica sanitaria que incluyen levantar, mover, trasladar y manipular pacientes, así como realizar procedimientos que requieren gran precisión y adoptar posturas forzadas durante periodos prolongados. Numerosos estudios señalan

**Revista Salud, Trabajo y Sostenibilidad.**
2026; 3(1): 101-122. ISSN: 3028-6999 (en línea)

que la zona lumbar es especialmente vulnerable, con alta incidencia de afectación en esta región del cuerpo en fisioterapeutas, enfermeros y médicos cirujanos (17–20). Asimismo, el cuello y los hombros también se han reportado como zonas expuestas en trabajadores de la salud (17,21–24).

Por otro lado, las lesiones cortopunzantes por aguja (LPA, por sus siglas en inglés) se encuentran entre los accidentes laborales más comunes entre los TS en todo el mundo, constituyendo una de las principales vías de transmisión de patógenos (25,26). Este tipo de lesiones requiere especial atención ya que, además de la pérdida de la continuidad cutánea derivada del accidente, puede conllevar a la trasmisión de agentes biológicos que desarrollan enfermedades en el huésped. En este sentido, se ha evidenciado que al menos 20 patógenos diferentes pueden transmitirse por LPA como el virus de la hepatitis B (VHB), el virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (25–27). El riesgo de infección asociado varía aproximadamente entre el 0,2 y el 0,5 % para VIH, del 3 al 10 % para VHC y hasta el 40 % para VHB (25,28).

Aunque los problemas y enfermedades son evidentes y la conciencia sobre los mismos ha aumentado, aún faltan intervenciones efectivas. La literatura demuestra que existen múltiples medidas preventivas orientadas a reducir la incidencia de enfermedades y accidentes laborales en los TS como el uso de EPP, protocolos de bioseguridad, capacitaciones periódicas y programas de vigilancia epidemiológica; no obstante, la evidencia señala que estas acciones no siempre se implementan de manera uniforme ni sostenida en el tiempo (29). Por lo tanto, es clave identificar y priorizar aquellas intervenciones que hayan demostrado mayor eficacia, con el fin de prevenir de forma más efectiva la aparición de estas patologías y accidentes.

Mediante la presente revisión rápida de la literatura, se buscó identificar las principales enfermedades laborales y accidentes de trabajo que afectan al personal del sector salud, junto con sus principales factores de riesgo y estrategias de prevención. De igual manera, se busca sintetizar las principales estrategias de prevención más relevantes descritas en la literatura. Además, se espera que los resultados de este estudio puedan ser utilizados por diversas instituciones de salud como sustento para la implementación de intervenciones orientadas a mejorar la salud de sus trabajadores y reducir la ocurrencia de accidentes laborales.

## Materiales y métodos

Se realizó una revisión rápida de la literatura, de acuerdo con las recomendaciones propuestas en las guías para revisiones rápidas de Cochrane (30–32) con el propósito de presentar una visión completa y eficaz de las principales patologías y accidentes laborales en los trabajadores del sector salud. Inicialmente, se identificaron las palabras clave y se definieron los términos MeSH y EMTREE ("Healthcare personnel", "Occupational diseases", "Occupational exposure").

Para llevar a cabo la búsqueda, se utilizaron combinaciones de estos términos en las siguientes bases de datos: PubMed, Embase y Scopus, así como en literatura gris, es decir, en repositorios institucionales. Una vez que estos componentes fueron establecidos, se plantearon diferentes ecuaciones de búsqueda generales, priorizando aquellas que permitieran obtener una cantidad adecuada de resultados relevantes para el objetivo de la investi-

gación. Con esto, se lograron establecer tres ecuaciones de búsqueda para cada una de las bases de datos, las cuales se muestran resumidas en la tabla 1.

**Tabla 1.** Estrategia de búsqueda utilizada según la base de datos

| Base de datos | Estrategia de búsqueda | Resultados al correr la ecuación de búsqueda |
|---|---|---|
| **PubMed** | (occupational diseases* OR occupational disease* OR occupational accident* OR workplace* injury*) AND (healthcare worker* OR health care* personnel*) AND (prevention* OR occupational safety* OR preventive health care*) | 7364 |
| **Embase** | ('occupational disease'/exp OR 'work-related disease' OR 'occupational illness') AND ('health care personnel'/exp OR 'healthcare worker' OR 'medical staff' OR 'hospital personnel') AND ('occupational accident'/exp OR 'workplace injury') AND (prevention'/exp OR ' occupational safety' OR 'preventive health care ') | 1760 |
| **Scopus** | ("occupational disease" OR "work-related disease" OR "occupational illness" OR "workplace injury" OR "occupational accident") AND ("health care personnel" OR "healthcare worker" OR "health professional" OR "medical staff") AND ("safety" OR "hazard" OR "risk" OR "injury") AND ("prevention" OR "occupational safety" OR "preventive health care") | 1531 |

***Fuente:*** *elaboración propia*

## Criterios de inclusión de estudios

Se incluyeron estudios realizados en trabajadores de la salud: médicos, enfermeros, auxiliares, técnicos, personal de laboratorio, personal de apoyo hospitalario o personal administrativo clínico expuesto. Así mismo, se consideraron estudios que abordaran enfermedades laborales, accidentes de trabajo o exposición ocupacional en el entorno sanitario. Estos debían haber sido publicados en los últimos cinco años, en idioma español o inglés, y correspondientes a revisiones sistemáticas, revisiones rápidas, narrativas, metaanálisis o estudios observacionales, Finalmente, se incluyeron aquellos que reportaran información sobre factores de riesgo laborales (biológicos, físicos, químicos, ergonómicos o psicosociales) en servicios de salud.

## Criterios de exclusión

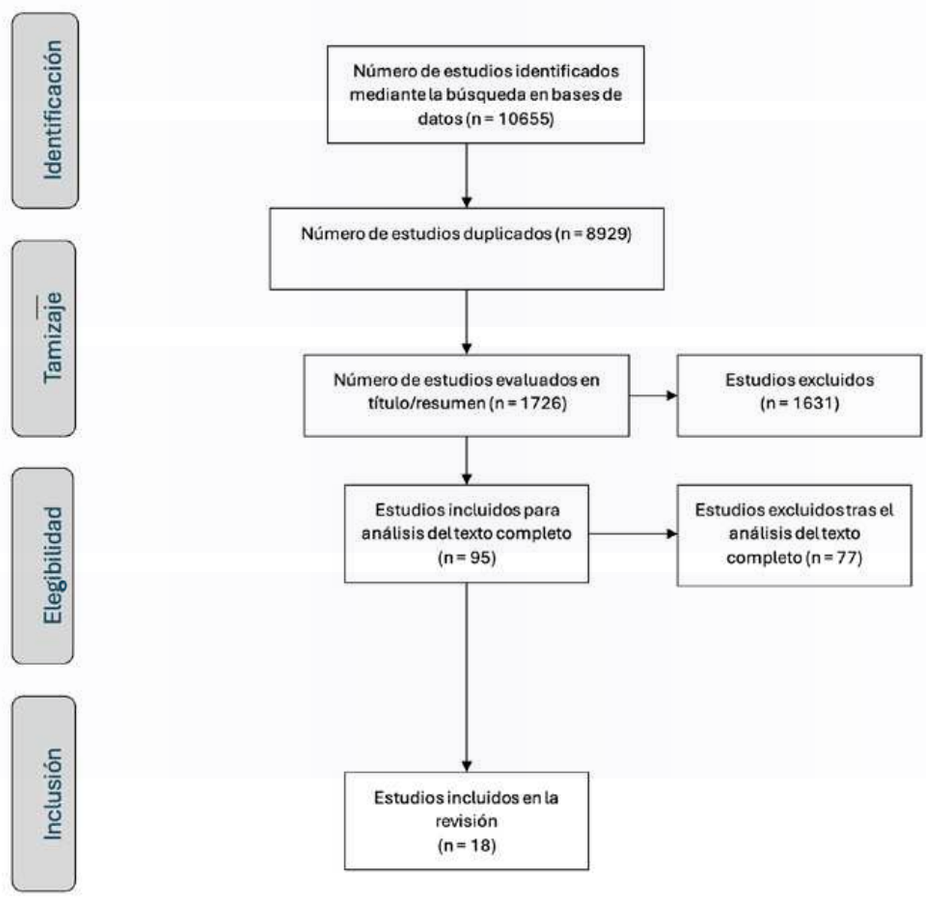
Se excluyeron estudios con población mixta (trabajadores de la salud y de otros sectores) que no presenten resultados desagregados para el personal sanitario. Así mismo, se descartaron publicaciones como cartas al editor, editoriales, resúmenes de conferencias, tesis no publicadas o reportes anecdóticos sin datos cuantitativos o cualitativos verificables y estudios enfocados en la prevención de enfermedades no laborales en personal de salud.

En la búsqueda se identificó un total de 10.655 artículos. Específicamente, se recuperaron 1760 resultados de Embase, 7364 de PubMed y 1531 de Scopus. Tras la eliminación de 8929 elementos duplicados mediante la herramienta Rayyan® (33), diseñada para apoyar revisiones sistemáticas con

**Revista Salud, Trabajo y Sostenibilidad.**
2026; 3(1): 101-122. ISSN: 3028-6999 (en línea)

inteligencia artificial, se evaluaron los registros restantes en función de los criterios de inclusión, resultando en 1726 artículos elegibles para el cribado. Posteriormente, estos fueron revisados exhaustivamente por los investigadores, quienes los evaluaron según el título y el resumen, identificando 95 artículos relevantes. Los investigadores revisaron minuciosamente estos informes por texto completo, teniendo en cuenta criterios de elegibilidad como la inclusión de medidas de prevención, intervención o factores de riesgo, incorporando finalmente 18 artículos en la revisión rápida de la literatura. La figura 1 presenta el diagrama PRISMA que describe el proceso de selección.

**Figura 1.** Flujograma PRISMA para búsqueda y selección de artículos




***Fuente:*** *elaboración propia a partir de Page et al. (34).*

## Resultados

Para esta revisión rápida de la literatura se analizaron 18 estudios publicados que abordaron las principales enfermedades laborales, accidentes y estrategias de prevención de estos. En cuanto al diseño metodológico, seis correspondieron a revisiones sistemáticas (una de ellas con metaanálisis), dos a revisiones narrativas, uno a metaanálisis independiente, tres a estudios observacionales transversales, dos a estudios retrospectivos, uno a cohorte prospectiva, uno a ensayo experimental, uno a estudio descriptivo y uno a estudio observacional ecológico de alcance global. Respecto al origen geográfico, se identificaron investigaciones realizadas en Colombia (n = 1), Chile (n = 1), España (n = 2), Italia (n = 1), Turquía (n = 3), Brasil (n = 1) e Irán (n = 1). Las revisiones de la literatura y el estudio global integraron evidencia procedente de múltiples países. En relación con los temas abordados, seis estudios analizaron la salud mental ocupacional (síndrome de burnout, ansiedad y depresión); seis, los trastornos musculoesqueléticos; dos, la dermatitis de contacto ocupacional; tres, los accidentes laborales y lesiones por objetos cortopunzantes y uno, la carga global de enfermedad de origen laboral. La mayoría de los estudios reportaron tanto factores de riesgo como estrategias de prevención, con énfasis en intervenciones organizacionales, ergonómicas, educativas y de soporte psicosocial.

Navinés et al. (35) realizaron una revisión sistemática con metaanálisis en 22.000 médicos residentes de diversas especialidades y países, hallando una prevalencia media de burnout del 51 % (IC del 95 %: 45 % - 57 %) mediante el cuestionario de Maslach. Los autores identificaron factores de riesgo como el género femenino (mayor cansancio emocional), rasgos de personalidad (neuroticismo e introversión), historia de depresión/ansiedad, elevada percepción del estrés, altas expectativas y uso de sustancias psicoactivas. Como factores protectores destacaron pareja estable, empatía, inteligencia emocional, buen sueño, ejercicio, ocio, apoyo social, supervisión, tutorías, reconocimiento y compensación. Propusieron medidas preventivas como educación, manejo del estrés, hábitos saludables, comunicación entre tutores y residentes, tutorías y reducción de carga laboral, aunque sin detallar su implementación.

Estos resultados concuerdan con un estudio cuantitativo de corte transversal (36) llevado a cabo en Chile donde se reportó que un 44,5 % (IC 95 %: 35,6 - 53,8) y un 41,4 % (IC 95 %: 34,5 - 48,6) de los participantes (875 trabajadores de la salud) reportaron puntajes indicativos de sintomatología ansiosa y depresiva, respectivamente. Como factores de riesgo se encontró también, para el género femenino, la falta de apoyo por parte de superiores, percibido como ausencia de consideración y de reconocimiento al compromiso laboral. Como medidas preventivas recomiendan establecer canales de retroalimentación, así como grupos de escucha, sugerencias por correo y visitas de líderes a las unidades, que permitan al personal sentirse escuchado y participar en la toma de decisiones relacionadas con su salud mental.

En la literatura local encontrada, Restrepo-Martínez et al. (37) llevaron a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en Medellín donde incluyeron un total de 1247 trabajadores de salud (auxiliar de enfermería, enfermero profesional, médico, terapeuta respiratorio, entre otros) tanto de las áreas sanitarias como administrativas. De ellos, el 14,6 % reportó síntomas de depresión y el 18,5 % de ansiedad clínicamente significativa. Estos hallazgos se enmarcan en el contexto de la reciente pandemia por la COVID-19, periodo en el que el estrés laboral y el SBU

**Revista Salud, Trabajo y Sostenibilidad.**
2026; 3(1): 101-122. ISSN: 3028-6999 (en línea)

se hicieron particularmente evidentes entre los TS, quienes desempeñaron un papel fundamental en la respuesta sanitaria.

En una situación como la provocada por la COVID-19, las demandas laborales que deben atender los TS pueden ser superiores a las habituales en su entorno de trabajo y los recursos de los que dispone este personal pueden resultar insuficientes, dando lugar a la posibilidad del desarrollo de burnout. García-Iglesias et al. (38) reportaron que las situaciones de estrés pueden deberse al miedo de contagiar a amigos y seres queridos, aumento de la carga laboral, cambios de turnos y lugar de trabajo, contacto frecuente con pacientes infectados por la COVID-19, entre otros. Del mismo modo, El-Hage et al. (39) identificaron factores de riesgo para desarrollar síntomas del SBU tales como factores organizacionales, donde la escasez de EPP, reasignaciones de funciones o reubicaciones laborales, falta de comunicación efectiva, carencia de medicamentos específicos e insuficiencia de ventiladores, juegan un papel importante para la instauración del SBU. Así mismo, identificaron factores individuales, como la sensación de no recibir apoyo adecuado, miedo a contagiar familiares o seres queridos, aislamiento social y estigmatización, sobrecarga laboral extrema, apego inseguro o dificultades emocionales individuales. Este estudio propone como prevención primaria el apoyo psicológico, comunicación clara, organización del trabajo y soporte social/familiar. En prevención secundaria, sugiere detección temprana de trastornos mediante cuestionarios, junto con soluciones locales e institucionales como debriefing y líneas de ayuda.

De manera complementaria a las medidas de prevención que disminuyan la prevalencia del SBU, Priede et al. (40) describieron programas de salud mental implementados en algunos hospitales de España durante la pandemia de la COVID-19, cuyo principal objetivo fue mejorar la regulación emocional. Los equipos de intervención psicológica estaban conformados por psicólogos clínicos, internos de psicología clínica, psiquiatras, internos de psiquiatría y otro personal. Las intervenciones individuales emplearon principalmente psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales, mientras que las grupales emplearon psicoeducación y *mindfulness*. Estas intervenciones proporcionan algunas herramientas necesarias para prevenir o afrontar el estrés. En conjunto, los hallazgos evidencian la existencia de medidas preventivas para reducir el riesgo de burnout; no obstante, aún se requiere mayor evidencia que respalde su efectividad.

La evidencia disponible muestra que los trastornos musculoesqueléticos (TME) son altamente prevalentes entre los trabajadores de la salud, especialmente en enfermería donde la prevalencia anual oscila entre el 71,8 % y el 84 %. Estos problemas se asocian a elevadas demandas biomecánicas, incluyendo movilización y manipulación de pacientes, mantenimiento de posturas forzadas y repetitivas y trabajo en posiciones incómodas o por encima del nivel de los hombros (17,41).

En términos de carga de enfermedad, los TME impactan de manera significativa en la capacidad funcional, la productividad y la dinámica de los equipos, generando absentismo y presentismo, así como disminución del rendimiento cuando los síntomas son de mayor intensidad (19,42). El riesgo aumenta con la edad, el índice de masa corporal elevado y el desempeño de actividades con alto esfuerzo físico. Además, se observó que los trabajadores sanitarios que realizan actividades en consultas externas presentan un riesgo casi triple de desarrollar trastornos de hombro (HR 2,82; IC 95 %: 1,89 – 4,21), mientras que quienes

laboran en salas de hospitalización tienen más del doble de riesgo (HR 2,37; IC 95 %: 1,68 – 3,33), lo que evidencia que ambos entornos implican una alta carga biomecánica, ligeramente mayor en el trabajo ambulatorio (41).

La incidencia anual estimada para trastornos de hombro en trabajadores de la salud se sitúa entre 13,1 (hombres, con un IC del 95 %: 10,6 – 16,3) y 20,1 (mujeres, con un IC del 95 %: 17,8 – 22,6) casos por 1000 personas/año, siendo mayor en mujeres y reflejando una clara relación con la exposición ocupacional(41). Globalmente, las áreas corporales más afectadas incluyen la zona lumbar, cuello, hombros y muñecas/manos, independientemente de la profesión sanitaria, aunque con variaciones: enfermeras y fisioterapeutas presentan mayor prevalencia de dolor lumbar y en extremidades inferiores, mientras que cirujanos y dentistas destacan en hombros y miembros superiores (17).

En cuanto a estrategias de prevención, la evidencia indica que las intervenciones multimodales son más efectivas que las aisladas (43,44). Los dispositivos motorizados de asistencia (sistemas de elevación eléctrica) mostraron la mayor reducción relativa del riesgo de TME, con una diferencia de medias estandarizada (SMD, por sus siglas en inglés) = −3,32; IC 95 %: −4,53 a −2,12; $p < 0,0000$ (44).

Así mismo, son de relevancia las intervenciones cognitivas, las cuales consisten en la educación y entrenamiento del personal sanitario para prevenir TME, incluyendo técnicas seguras de movilización de pacientes y ergonomía, pudiendo combinarse con ejercicio físico aplicando programas de estiramientos, acondicionamiento físico o con dispositivos asistidos (herramientas mecánicas o electrónicas —motorizadas o no— que ayudan a mover al paciente y a reducir la carga física). Respecto a lo anterior, se evidenció que la combinación de intervenciones cognitivas con ejercicio físico redujo el riesgo o la severidad de TME con un efecto moderado (SMD = −0,62; IC 95 %: −0,91 a −0,33), mientras que su combinación con dispositivos asistidos mostró una reducción ligeramente mayor (SMD = −0,77; IC 95 %: −1,42 a −0,12), ambas con significancia estadística. También se han documentado mejoras con dispositivos no motorizados y programas educativos o de ejercicio individual, aunque con magnitudes de efecto menores (44).

Finalmente, la implementación práctica de estas medidas ha mostrado resultados positivos: en unidades de cuidados intensivos, la capacitación específica en técnicas ergonómicas junto con la provisión de tablas deslizantes redujo el riesgo postural (estadístico (Z) = −8,39; $p < 0,001$) y la sintomatología musculoesquelética en enfermeras (45). A pesar de ello, persiste una brecha en la integración de programas que aborden de manera simultánea factores individuales, organizacionales y psicosociales, lo que podría potenciar la efectividad preventiva (43).

En cuanto a enfermedades de la piel, se analizaron dos revisiones sistemáticas que evaluaron la incidencia y la efectividad de medidas preventivas frente a la dermatitis de contacto ocupacional (DCO) en trabajadores de la salud. Para empezar, la incidencia de DCO varía ampliamente según el diseño y fuente de datos. Los estudios basados en registros de enfermedades ocupacionales reportaron tasas entre 0,6 y 6,7 casos por 10.000 personas/año, mientras que las cohortes prospectivas informaron incidencias considerablemente mayores, de 15,9 hasta 780 por 10.000 personas/año (7). Se observaron valores más altos en personal en formación como enfermeras aprendices, así como en odontólogos debido a la frecuente exposición a agentes irritantes y al uso prolongado

**Revista Salud, Trabajo y Sostenibilidad.**
2026; 3(1): 101-122. ISSN: 3028-6999 (en línea)

de guantes (7). Entre los principales factores de riesgo identificados se incluyen el lavado repetitivo de manos con jabones o desinfectantes, el uso prolongado de guantes, la exposición a sustancias sensibilizantes (acrilatos y productos de limpieza/desinfección) y la falta de medidas protectoras adecuadas (7).

En relación con las estrategias de prevención, la evidencia sintetizada indica que las medidas preventivas personales —uso regular de emolientes o cremas barrera, hidratación cutánea frecuente, empleo de guantes protectores adecuados y programas educativos estructurados— reducen tanto la incidencia como la severidad de la DCO (46). Los emolientes y cremas barrera han demostrado mejorar la integridad de la barrera cutánea y disminuir síntomas como prurito, eritema y fisuras, especialmente cuando se aplican inmediatamente después del lavado de manos (46).

Los programas educativos centrados en capacitación sobre higiene de manos (incluyendo selección y uso de jabones/desinfectantes menos irritantes), cuidados de la piel y buenas prácticas de uso de guantes, incrementan la adherencia a conductas protectoras, mientras que el uso de guantes no empolvados y fabricados con materiales menos sensibilizantes (p. ej., nitrilo en lugar de látex) reduce la exposición directa a irritantes. No obstante, el uso prolongado de este tipo de EPP, especialmente cuando hay humedad atrapada dentro, puede agravar los síntomas de la dermatitis. Por ello, tras retirar los guantes se recomienda aplicar hidratantes o cremas barrera para mantener la integridad cutánea(46).

En cuanto a los accidentes de trabajo, es importante mencionar que en Colombia estos están definidos por la Ley 1562 de 2012 (artículo 3) como todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca al trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte (47). Al respecto, la literatura científica identifica diversos eventos clasificados como accidentes laborales.

Un estudio retrospectivo realizado en 2024 en la Universidad de Gazi (Turquía) analizó a trabajadores de la salud considerando variables como género, edad, departamento, horas de trabajo, composición corporal y causas de los accidentes dentro de la institución. El análisis, correspondiente a los últimos tres años, mostró variaciones en el número de lesiones laborales: 174 en 2020, 138 en 2021, 179 en 2022 y 203 en 2023. A nivel mensual, el mayor número de casos se registró en marzo con 73 eventos, seguido de una disminución en abril (41 reportes) y mayo (43 registros)(48) evidenciando un mayor número de accidentes por caídas, objetos punzantes y riesgos biológicos.

Este dato está asociado a desafíos organizacionales como la alta carga laboral y la limitada implementación de prácticas de seguridad en las instituciones. Lo anterior resalta la necesidad de diseñar estrategias específicas que fortalezcan la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) del personal sanitario (48).

En estos estudios, los hospitales se reconocen como centros clave de prestación de servicios de salud; sin embargo, la calidad de la atención a los usuarios suele priorizarse por encima de la seguridad de los trabajadores. Como consecuencia, los accidentes laborales se interpretan como fallas en los sistemas de cuidado, lo que lleva a que muchos casos no sean reportados o, en caso de serlo, no se garantice el cumplimiento adecuado de las incapacidades ni de las medidas de protección correspondientes.

El 57,3 % de las lesiones laborales se originaron por conductas inseguras y el 30,1 % por entornos de riesgo. Las herramientas cortantes y punzantes fueron responsables del 48,8 % de los casos, principalmente en manos, dedos y muñecas (53,3 %). Entre los afectados, el 69,9 % usaba equipo de protección personal, el 76,4 % recibió atención médica y el 88,9 % no presentó incapacidad laboral posterior (48,49).

Los accidentes más frecuentes fueron los provocados por elementos punzantes, concentrándose principalmente en el personal de limpieza (33,6 %) y de enfermería (32,1 %). Las lesiones se notificaron con mayor frecuencia en salas de hospitalización (26,9 %), unidades de cuidados intensivos (14,8 %) y servicios de urgencias (11,5 %). Además, el 34,4 % correspondió a empleados con menos de dos años en la institución y el 60,1 % a trabajadores con menos de dos años en su departamento. En síntesis, la recurrencia de estos accidentes refleja la ausencia de una gestión adecuada en SST, lo que favorece la persistencia de conductas inseguras y la ocurrencia de eventos dentro de los centros de atención (48).

Los accidentes por cortopunzantes presentan una alta prevalencia, dado que este es el dispositivo más utilizado en entornos médicos y constituye el principal riesgo de exposición a accidentes biológicos.

Por su parte, una revisión sistemática en trabajadores de la salud en Irán evidenció las mayores tasas de prevalencia en los estudios de Parsapili (64,9 %), Rakhshani (54,6 %) y Vahedi (49,9 %), mientras que las más bajas fueron reportadas por Gholami (14,5 %), Ehsani (18,9 %) y Adib-Hajbagheri (22,2 %) (50).

La afectación a los trabajadores del sector salud evidencia disparidades significativas en el manejo y los planes de atención entre instituciones, lo que refleja la ausencia de estrategias adecuadas para regular estos problemas. En distintos contextos, las lesiones por pinchazos con agujas se identifican como el tipo más frecuente de accidente laboral: por ejemplo, un estudio en India reportó una prevalencia del 86 % entre los trabajadores de la salud (51); en Polonia, el 36,9 % declaró haber sufrido al menos una lesión de este tipo a lo largo de su carrera (25); mientras que, en Finlandia, donde se emplean con mayor frecuencia dispositivos cortopunzantes más seguros, la prevalencia fue del 25,3 % (49). Estos hallazgos muestran que aun cuando los pinchazos con agujas son más comunes que los eventos violentos contra el personal sanitario persisten importantes deficiencias en las condiciones de salud y de seguridad laboral que en muchos casos resultan insuficientes o inexistentes.

La falta de implementación efectiva de planes de protección refleja una debilidad en las barreras de seguridad laboral, sin considerar adecuadamente los estándares establecidos. Esto resulta especialmente preocupante en grandes ciudades, donde deberían existir mayores recursos para brindar apoyo y reducir las tasas de accidentalidad. En cuanto a la distribución por sexo, entre las trabajadoras el 64,6 % de las lesiones se originaron por agujas, el 24,7 % por recolección de residuos y el 10,8 % por otras causas; mientras que en los trabajadores, el 49,1 % correspondió a recolección de residuos y el 25,9 % a accidentes con agujas (49). En la tabla 2 se sintetiza la evidencia extraída de los artículos incluidos.

**Revista Salud, Trabajo y Sostenibilidad.**
2026; 3(1): 101-122. ISSN: 3028-6999 (en línea)

**Tabla 2.** Tabla de síntesis de la literatura

| | Autor y año | Tipo de estudio | Tipo de población incluida | Objetivo | Hallazgos y recomendaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **Navinés et al. 2021 (35)** | Revisión narrativa de la literatura. | 98 estudios. | Realizar una puesta al día de las principales evidencias sobre el burnout en los médicos residentes, su prevalencia, los factores de riesgo y protección, antes y durante la pandemia por la COVID-19. | La prevalencia promedio de burnout en médicos residentes fue del 30 al 50 %, con un incremento durante la pandemia (rango 26 – 76 %, según estudios). Los factores de riesgo más comunes incluyeron: género femenino (agotamiento emocional), especialidades quirúrgicas, errores médicos, falta de sueño, dificultad para conciliar vida laboral y familiar, y alta carga de pacientes COVID-19 (a mayor cantidad de pacientes atendidos, mayor riesgo). |
| 2 | **González-Santa Cruz et al. 2024 (36)** | Estudio observacional, correlacional y transversal. | 703 trabajadores de la salud (Chile). | Determinar si las condiciones del trabajo, el apoyo social y las características socio-ocupacionales se asocian a sintomatología ansiosa y depresiva reportada por personal sanitario durante la pandemia en Chile. | La prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva fue del 44,5 % (IC 95%: 35,6 - 53,8) y del 41,4 % (IC 95 %: 34,5 - 48,6), respectivamente. Mayor apoyo de superiores se asoció a menores posibilidades de generar sintomatología ansiosa (Odds Ratio ajustado, aOR= 0,87 IC 95 % 0,79 - 0,96) y depresiva (aOR= 0,86 IC 95 % 0,78 - 0,94). Además, las mujeres presentaron el doble de posibilidades de presentar sintomatología ansiosa (aOR= 2,00 IC95% 1,28-3,19) y quienes desconfiaron en la gestión gubernamental mostraron el doble de oportunidades de sintomatología depresiva (aOR= 1,98 IC95% 1,34-2,94). |
| 3 | **Restrepo-Martínez et al. 2023 (37)** | Estudio observacional, descriptivo y transversal. | 1247 trabajadores de una institución de salud (Medellín, Colombia). | Determinar la prevalencia y las características clínicas de los síntomas ansiosos y depresivos del personal que trabaja en una institución de salud en Medellín, Colombia. | Se evidenció que el 14,6 % del personal de salud presentó síntomas depresivos y el 18,5 % síntomas ansiosos clínicamente significativos. Al comparar estos datos con las prevalencias de trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada en la población general de Medellín, se observó que la frecuencia de síntomas depresivos en el personal de salud fue hasta siete veces mayor, mientras que la de síntomas ansiosos hasta 40 veces mayor. Además, la presencia de ansiedad se asoció significativamente con el sexo femenino (p = 0,004) y con la modalidad de trabajo presencial, mientras que los síntomas depresivos se relacionaron con el sexo femenino (p = 0,005), sin encontrarse asociación con la modalidad de trabajo presencial (p = 0,133). |
| 4 | **García-Iglesias et al. 2021 (38)** | Revisión sistemática de la literatura. | 27 estudios | Describir los factores que influyen en los niveles de burnout y work-engagement en los médicos y las enfermeras. | Se evidenció variabilidad en los niveles de burnout y work engagement entre profesionales de la salud, influenciados por demandas laborales (sobrecarga, tipo de turno, servicio) y recursos personales, situacionales y organizacionales |

| | Autor y año | Tipo de estudio | Tipo de población incluida | Objetivo | Hallazgos y recomendaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| 4 | | | | | (capital psicológico, apoyo social, valores personales). La sobrecarga y turnos prolongados se asociaron con mayor agotamiento emocional y despersonalización, mientras que el apoyo social, la autonomía y el sentido del trabajo favorecieron mayor compromiso laboral. |
| 5 | **El-Hage et al. 2020(39)** | Revisión narrativa de la literatura. | No aplica. | Revisar los riesgos para la salud mental asociados a la exposición a la COVID-19 de profesionales de la salud. | Se concluye que la pandemia por la COVID-19 expuso a los profesionales de salud (especialmente a la primera línea de atención) a una combinación de factores que incrementaron notablemente el riesgo de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, agotamiento, adicciones y conductas suicidas. Entre los detonantes identificados destacan la falta de equipos de protección y recursos, la reorganización acelerada del sistema sanitario, la sobrecarga de trabajo, los dilemas éticos, el aislamiento social y el miedo a contagiar a familiares. |
| 6 | **Priede et al. 2021(40)** | Estudio descriptivo. | Programas de intervención en salud mental de 36 hospitales (España). | Describir las principales características y componentes de los programas de intervención psicológica en profesionales sanitarios que atienden a pacientes con COVID-19 en hospitales españoles. | Se concluye que la mayoría de los programas de intervención combinó atención presencial y remota, con la regulación emocional como principal objetivo, así como mejorar la comunicación dentro del equipo médico. Las intervenciones individuales emplearon principalmente psicoeducación y terapia cognitivo-conductual, mientras que las grupales se basaron en psicoeducación y *mindfulness*. Estas intervenciones fueron impartidas por especialistas en salud mental, principalmente psicólogos clínicos. |
| 7 | **Iavernig et al. 2023 (41)** | Cohorte prospectiva (2009 - 2020). | 4406 trabajadores de la salud (Italia). | Estimar la incidencia de trastornos de hombro en trabajadores sanitarios y su relación con factores ocupacionales. | Incidencia anual: hombres 13,1 y mujeres 20,1 casos por cada 1000 personas por año; mayor riesgo en actividades ambulatorias (Hazard Ratio HR 2,82) y hospitalización (HR 2,37). La prevalencia general fue del 18,4 %. Se evidenció que las enfermedades del hombro aumentaron con la edad y una mayor incidencia en trabajadores mayores de 49 años. Finalmente, se encontró un efecto protector para los hombres (HR 0,76; IC del 95 %: 0,59 - 1,00). |
| 8 | **Jacquier-Bret y Gorce, 2023(17)** | Revisión sistemática. | 36 estudios, en profesionales de la salud. | Resumir estos TME por zonas corporales en relación con las profesiones sanitarias. | Los cirujanos y dentistas presentaron la prevalencia más alta de TME en la espalda baja (>60 %), hombro y extremidades superiores (35–55 %). La prevalencia más alta de TME en las extremidades inferiores se encontró en personal de enfermería (>25 %). Las principales causas reportadas para todos los profesionales de la salud |

**Revista Salud, Trabajo y Sostenibilidad.**
2026; 3(1): 101-122. ISSN: 3028-6999 (en línea)

| | Autor y año | Tipo de estudio | Tipo de población incluida | Objetivo | Hallazgos y recomendaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| 8 | | | | | fueron el mantenimiento y la repetición de posturas incómodas. |
| 9 | **Abdul Halim et al, 2023 (44)** | Revisión sistemática y metaanálisis. | 40 estudios de profesionales sanitarios. | Evaluar la eficacia de las intervenciones existentes para reducir el riesgo de TME en esta población. | Intervenciones multimodales más efectivas; dispositivos motorizados (Standarized Median Diference SMD −3,32), intervenciones combinadas de actividad cognitiva y ejercicio (SMD – 0,62) o intervención combinada de intervención cognitiva y dispositivo de asistencia (SMD −0,77) con reducción significativa de TME. |
| 10 | **Kersu y Kosgeroglu, 2025 (45)** | Ensayo experimental (2018-2019). | 103 enfermeras de UCI (Turquía). | Determinar la asociación de los trastornos musculoesqueléticos con la formación y equipamiento ergonómico respecto a la calidad de vida de las enfermeras que trabajan en la unidad de cuidados intensivos. | La implementación combinada de equipos ergonómicos (rollboards) y un programa de capacitación en su uso durante un mes, redujo de forma significativa tanto los síntomas musculoesqueléticos como los puntajes de riesgo postural (REBA - Rapid Entire Body Assessment) de 8,00 a 5,00, p<0,001), con mejoras marcadas en la región lumbar y en posturas laborales de alto riesgo. |
| 11 | **De Araújo Vieira et al, 2023 (52)** | Estudio transversal. | Trabajadores de 24 servicios de salud que integran el Sistema de salud brasileño. | Investigar la relación entre la carga de trabajo del equipo y el rendimiento en trabajadores de la salud con diferentes intensidades de síntomas musculoesqueléticos. | Mayor intensidad de síntomas musculoesqueléticos asociada con menor rendimiento y mayor carga de trabajo en equipo. Se sugirió reforzar la vigilancia en atención primaria y obtener directrices para mejorar las interacciones laborales, como la vigilancia de la carga sintomática del profesional de la salud. |
| 12 | **Sousa et al, 2023 (43)** | Revisión sistemática. | 13 estudios analizados en personal de enfermería. | Identificar las diferentes intervenciones adoptadas para la prevención de TME relacionados con el trabajo en enfermeras y comparar su efectividad, proporcionando una base científica adecuada para el desarrollo de una intervención con enfoque en prevención de TME en enfermeras. | Las intervenciones más efectivas son las de carácter multifactorial, que combinan educación y entrenamiento en principios de biomecánica y manejo seguro de pacientes, políticas institucionales de "cero levantamientos manuales", provisión y uso de dispositivos de asistencia mecánicos, y la participación de la gestión organizacional para fomentar una cultura de seguridad. |
| 13 | **Salsabila et al, 2022 (46)** | Revisión sistemática. | 16 estudios realizados en trabajadores de la salud. | Evaluar la efectividad de las medidas preventivas personales frente a la dermatitis de contacto ocupacional en trabajadores de la salud. | Los resultados del estudio mostraron que el uso de crema barrera, humectante o emoliente, guantes y educación fueron herramientas efectivas para reducir el número de síntomas clínicos en casos de DCO. Se recomendó el uso de guantes sin látex o de látex sin polvo. También se observó que la educación mejora el comportamiento preventivo entre los trabajadores. |

| | Autor y año | Tipo de estudio | Tipo de población incluida | Objetivo | Hallazgos y recomendaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| **14** | **Larese Filon et al, 2021 (7)** | Revisión sistemática. | 16 estudios incluidos (6 cohortes, 10 basados en registros); trabajadores de la salud (enfermeras, médicos, odontólogos). | Resumir la incidencia de la dermatitis de contacto ocupacional en trabajadores de la salud. | Los estudios de cohorte informaron una incidencia del 15,9 al 780,0 por 10.000 personas/año. En registros varió entre el 0,6 y el 6,7 de los casos por 10.000 personas/año, la incidencia fue mayor en los estudios que incluyeron enfermeras aprendices y odontólogos. No se dispuso de tasas de incidencia específicas por sexo en los estudios incluidos. |
| **15** | **Medeni V., 2025 (48)** | Estudio retrospectivo. | 694 casos reportados en el Hospital de la Universidad de Gazi durante el período 2020–2023. | Evaluar la frecuencia, las características y los factores que influyen en las lesiones ocupacionales sufridas por trabajadores sanitarios no médicos en un hospital universitario en Turquía. | Durante el periodo 2020–2023 se registraron 694 lesiones ocupacionales en trabajadores sanitarios no médicos de un hospital universitario en Turquía, siendo 2021 el año con menor número de casos. El 58,8 % de los lesionados fueron mujeres y el 89,2 % de ellas tenía entre 20 y 49 años. Las ocupaciones más afectadas fueron el personal de limpieza (33,6 %) y las enfermeras (32,1 %). El tipo de lesión más frecuente fueron las producidas por objetos punzocortantes (48,8 %), localizándose principalmente en manos, dedos y muñecas (53,3 %). |
| **16** | **Medeni I, 2024(49)** | Estudio retrospectivo de alcance nacional. | 68.563 casos registrados en Turquía entre el primero de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2023. | Analizar la distribución y causas de las lesiones ocupacionales experimentadas por los trabajadores sanitarios en Turquía en los últimos 5 años (2019–2023). | El estudio encontró que las lesiones ocupacionales entre los trabajadores de la salud en Turquía se concentraron principalmente en enfermeras y personal de apoyo, siendo las mujeres y el grupo de edad de 20 a 39 años los más afectados. La causa más común fueron las lesiones por objetos cortopunzantes, que representaron más de la mitad de los casos notificados, afectando principalmente a las manos y los dedos. |
| **17** | **Fereidouni, Zhila, 2018 (50)** | Metaanálisis. | Se revisaron 60 artículos, de los cuales 19 cumplieron los criterios de elegibilidad; se evaluó la prevalencia conjunta de lesiones por pinchazos o inyecciones. | Realizar un metaanálisis de estudios (2000–2016) sobre las principales causas de lesiones ocupacionales en personal sanitario en Irán. | La prevalencia combinada de lesiones fue del 52,95 % (IC 95 %: 46,05–59,84 %) y la de accidentes con inyección fue de 33,56 % (IC 95 %: 27,43–37,90 %)(8703 participantes). Las actividades rutinarias con aguja y jeringa representan la causa más frecuente de lesiones ocupacionales en trabajadores de la salud en Irán. Se necesita implementar estrategias eficaces de prevención. |
| **18** | **Takala J, 2024 (53)** | Estudio de observacional ecológico descriptivo basado en estimaciones globales, regionales y nacionales. | Se utilizaron datos de mortalidad y morbilidad laboral, combinados con fracciones atribuibles (PAF, por sus siglas en inglés) y razones de riesgo para 120 pares exposición-resultado en siete importantes grupos | Estimar a nivel global, regional y por país (181 países) el impacto del trabajo en términos de muertes, años de vida ajustados por discapacidad (DALYs, por sus siglas en inglés) y pérdida económica en 2019. | En 2019 se estimaron 2,9 millones de muertes relacionadas con el trabajo, de las cuales 2,58 millones fueron por enfermedades laborales y 0,32 millones por lesiones ocupacionales. Las enfermedades circulatorias (912 000 muertes) y los cánceres de origen laboral (843 000 muertes) fueron las principales causas de fallecimiento. El estudio calculó aproximadamente 180 millones de años de vida ajustados por discapacidad |

**Revista Salud, Trabajo y Sostenibilidad.**
2026; 3(1): 101-122. ISSN: 3028-6999 (en línea)

| | Autor y año | Tipo de estudio | Tipo de población incluida | Objetivo | Hallazgos y recomendaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| 18 | | Estudio de observacional ecológico descriptivo basado en estimaciones globales, regionales y nacionales. | de enfermedad, sobre una base de 181 países. | | (DALYs) atribuibles al trabajo y una pérdida económica equivalente al 5,8 % del PIB mundial. |

***Fuente:*** *elaboración propia*

## Discusión

De los estudios incluidos, un 30 % abordó enfermedades mentales, principalmente el SBU, ansiedad, depresión y estrés laboral, relacionadas con la exposición a factores de riesgo psicosociales adversos en el entorno de trabajo en el sector salud.

En el contexto colombiano, los hallazgos coinciden con las tendencias documentadas a nivel internacional. La prevalencia de síntomas depresivos (14,6 %) y ansiosos (18,5 %) reportada por Restrepo-Martínez et al., en Medellín, supera ampliamente la prevalencia de trastornos mentales descrita en la población general colombiana, evidenciando una carga ocupacional diferencial sobre el personal sanitario. De manera análoga, los accidentes con elementos cortopunzantes constituyen uno de los eventos más frecuentemente notificados al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) en Colombia, con un patrón epidemiológico consistente con lo observado en estudios internacionales. Estos resultados son coherentes con las cifras reportadas por el Ministerio del Trabajo y por las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), que ubican al sector salud entre los de mayor incidencia de enfermedades laborales y accidentes de trabajo en el país.

Los factores más fuertemente asociados a la ocurrencia de enfermedades y accidentes laborales en el personal sanitario son de naturaleza multidimensional. Desde el ámbito organizacional, destacan la sobrecarga laboral, la insuficiencia de personal, la limitada provisión de Elementos de Protección Personal (EPP) adecuados y la deficiente implementación de programas de capacitación continua.

En el plano individual, sobresalen la falta de formación específica en bioseguridad y en manejo seguro de pacientes, las jornadas prolongadas y la rotación frecuente entre servicios. En el dominio psicosocial son determinantes el escaso apoyo de superiores, la baja autonomía decisional, las relaciones interpersonales tensas con pacientes y compañeros y la débil cultura institucional de seguridad. La interacción de estos factores explica por qué las intervenciones aisladas suelen mostrar efectos limitados frente a estrategias multimodales que actúan simultáneamente sobre el trabajador, la tarea y la organización.

En términos de eficacia, las estrategias con mejor evidencia son de carácter multimodal: programas de capacitación en ergonomía combinados con dispositivos motorizados de asistencia para los TME; programas estructurados de cui-

dado cutáneo (uso de emolientes, guantes no empolvados y educación) para prevenir la DCO; intervenciones psicológicas individuales y grupales (psicoeducación, terapia cognitivo-conductual y mindfulness) para los problemas de salud mental; y la incorporación de dispositivos cortopunzantes con mecanismos de seguridad para reducir las lesiones percutáneas.

Estas estrategias son consistentes con el marco normativo colombiano vigente. La Ley 1562 de 2012 modernizó el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) y amplió la cobertura para los trabajadores; el Decreto 1072 de 2015 (Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo) consolidó las obligaciones de los empleadores en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST); la Resolución 0312 de 2019 fijó los estándares mínimos del Sistema de Gestión de la SST, según el tamaño y nivel de riesgo de la empresa; y el Decreto 1477 de 2014 actualizó la tabla de enfermedades laborales reconocidas, incluyendo trastornos musculoesqueléticos, dermatitis de contacto y trastornos mentales asociados al trabajo (47,54–56).

De forma complementaria, los lineamientos de bioseguridad emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las disposiciones del Sistema Globalmente Armonizado (SGA) para el etiquetado y almacenamiento seguro de sustancias químicas constituyen herramientas operativas para la prevención de exposiciones biológicas y químicas en el sector salud. En este contexto, fortalecer las evaluaciones médicas ocupacionales periódicas y los programas de vigilancia epidemiológica específicos por peligro (psicosocial, biomecánico, biológico y químico) constituye una recomendación coherente tanto con la mejor evidencia científica disponible como con la normativa nacional vigente.

Este estudio presenta diversas fortalezas, ya que la literatura fue obtenida tanto de bases de datos indexadas como de literatura gris. Los criterios de inclusión y exclusión están claramente definidos, lo que contribuye a la consistencia y relevancia del estudio. El riguroso proceso de cribado, facilitado por una herramienta con inteligencia artificial, minimiza el riesgo de pasar por alto estudios pertinentes. Además, el uso de un diagrama PRISMA aporta claridad al proceso de selección.

Sin embargo, este estudio no está exento de limitaciones. La heterogeneidad entre las investigaciones revisadas en cuanto a diseño, población, intervenciones y desenlaces puede dificultar la comparación directa de resultados y limitar la validez externa de las conclusiones. Finalmente, la imposibilidad de acceder a bases de datos no disponibles en acceso abierto limitó el alcance de la búsqueda bibliográfica.

## Conclusiones

Desde la última década, la salud mental en el personal sanitario ha cobrado un auge significativo, posicionándose como un aspecto prioritario dentro de la investigación y las políticas de bienestar laboral. Los trastornos en esta dimensión de la salud representan un aspecto crítico que con frecuencia se subestima, pese a su impacto directo en la calidad de vida de los profesionales y en la seguridad de los pacientes. Más allá de la creciente concientización sobre esta problemática, resulta indispensable avanzar hacia la implementación de propuestas de intervención sólidas y sostenibles. Esto implica no solo ofrecer apoyo psicológico oportuno, sino también promover entornos laborales más saludables, con cargas de trabajo equilibradas, espacios de descanso adecuados y programas de resiliencia y autocuidado.

**Revista Salud, Trabajo y Sostenibilidad.**
2026; 3(1): 101-122. ISSN: 3028-6999 (en línea)

Ahora bien, en cuanto a los trastornos musculoesqueléticos se recomienda implementar un enfoque integral multimodal en modificaciones de técnicas institucionales en las cuales se incluyan: provisión de dispositivos motorizados de asistencia, aplicación de intervenciones cognitivas en las instituciones, la práctica de ejercicios físicos de fortalecimiento y estiramiento muscular para disminuir la incidencia y prevalencia de estos trastornos dado su elevado impacto en la salud del personal, la calidad asistencial y los costos asociados al sistema sanitario.

Con respecto a la dermatitis por contacto, resulta fundamental implementar programas institucionales que integren medidas personales y educativas. Entre ellas destacan el uso sistemático de emolientes, la hidratación frecuente y la elección de guantes no empolvados, acciones que han demostrado reducir la incidencia de esta enfermedad. Estas medidas deben complementarse con programas de capacitación en higiene de manos segura, cuidado de la piel y uso adecuado de guantes, para optimizar su efectividad.

Por último, para abordar la accidentalidad laboral se requiere generar una intervención institucional y sistémica que contribuya a disminuir la ocurrencia de estos eventos, evitando así el deterioro de la calidad asistencial y de la seguridad en el sistema de salud. La implementación de medidas preventivas es fundamental para reducir la incidencia de enfermedades laborales en el personal de salud. Generar entornos laborales más seguros y saludables constituye, por tanto, una estrategia prioritaria para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud y el bienestar de quienes lo sostienen.

## Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

## Declaración de financiamiento

Los autores declaran no haber recibido recursos para realizar esta investigación.

## Agradecimientos

Agradecemos al equipo de salud laboral la sugerencia sobre este tema de investigación para el beneficio de los trabajadores de la salud.

## Referencias bibliográficas

1. Maltezou HC, Martínez-Jarreta B, Rapisarda V, Ledda C. Editorial: Occupational risks of healthcare personnel. Front Public Health. 2022;10. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1022327

2. Tawiah PA, Baffour-Awuah A, Appiah-Brempong E, Afriyie-Gyawu E. Identifying occupational health hazards among healthcare providers and ancillary staff in Ghana: a scoping review protocol. BMJ Open. 2022;12(1):e058048. https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2021-058048

3. Yunihastuti E. Prioritizing Health Care Workers Safety: The International Year of Health and Care Workers 2021 - PubMed [Internet]. 2021 [cited 2025 Aug 6];53(4):371–3. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35027483/

4. International Labour Organization. Seguridad y Salud en el Trabajo [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 16]. Available from: https://www.ilo.org/es/temas-y-sectores/seguridad-y-salud-en-el-trabajo

5. Castañeda Aguilera E, Garcí JEG de A. Prevalence of Burnout Syndrome and Associated Variables in Mexican Medical Specialists. Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed). 2022;51(1):41–50. https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2020.06.002

6. Taskingul AB, Kiran S, Emerce E. Comparison of Health Complaints, Occupational Risks, and Occupational Health Practices of Healthcare Workers According to Professions and Departments in the Hospital. Cureus. 2024;16(7):e65614. https://doi.org/10.7759/cureus.65614

7. Larese Filon F, Pesce M, Paulo MS, Loney T, Modenese A, John SM, et al. Incidence of occupational contact dermatitis in healthcare workers: a systematic review. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2021;35(6):1285–9. https://doi.org/10.1111/jdv.17096

8. Loh EDW, Yew YW. Hand hygiene and hand eczema: A systematic review and metaanalysis. Contact Dermatitis. 2022 Oct 2;87(4):303–14. https://doi.org/10.1111/cod.14133

9. Van der Molen HF, de Vries SC, Stocks SJ, Warning J, Frings-Dresen MHW. Incidence rates of occupational diseases in the Dutch construction sector, 2010–2014. Occup Environ Med. 2016;73(5):350. https://doi.org/10.1136/oemed-2015-103429

10. Funke U, Fartasch M, Diepgen TL. Incidence of work-related hand eczema during apprenticeship: First results of a prospective cohort study in the car industry. Contact Dermatitis. 2001;44(3):166–72. https://doi.org/10.1034/j.1600-0536.2001.044003166.x

11. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016;15(2):103–11. https://doi.org/10.1002/WPS.20311

12. World Health Organization (WHO). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 10]. Available from: https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases

13. Miranda-Ackerman RC, Barbosa-Camacho FJ, Sander-Möller MJ, Buenrostro-Jiménez AD, Mares-País R, Cortes-Flores AO, et al. Burnout syndrome prevalence during internship in public and private hospitals: a survey study in Mexico. Med Educ Online. 2019;24(1):1593785. https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1593785

**Revista Salud, Trabajo y Sostenibilidad.**
2026; 3(1): 101-122. ISSN: 3028-6999 (en línea)

14. Getie A, Ayenew T, Amlak BT, Gedfew M, Edmealem A, Kebede WM. Global prevalence and contributing factors of nurse burnout: an umbrella review of systematic review and meta-analysis. BMC Nurs. 2025;24(1):596. https://doi.org/10.1186/S12912-025-03266-8

15. Ghahramani S, Lankarani KB, Yousefi M, Heydari K, Shahabi S, Azmand S. A Systematic Review and Meta-Analysis of Burnout Among Healthcare Workers During COVID-19. Front Psychiatry. 2021;12:758849. doi:10.3389/FPSYT.2021.758849/BIBTEX PubMed PMID: 34858231.

16. Abhiram K, Tan BYQ, Tan M, Tan L, Sia CH, Chua YX, et al. The Effect of COVID-19 Endemicity on the Mental Health of Health Workers. J Am Med Dir Assoc. 2022;23(3):405-413.e3. https://doi.org/10.1016/J.JAMDA.2022.01.059

17. Jacquier-Bret J, Gorce P. Prevalence of Body Area Work-Related Musculoskeletal Disorders among Healthcare Professionals: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI; 2023. https://doi.org/10.3390/ijerph20010841

18. Rugelj D. Low back pain and other work-related musculoskeletal problems among physiotherapists. Appl Ergon. 2003;34(6):635–9. https://doi.org/10.1016/S0003-6870(03)00059-0

19. Vieira ER, Kumar S, Coury HJCG, Narayan Y. Low back problems and possible improvements in nursing jobs. J Adv Nurs. 2006;55(1):79–89. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03877.x

20. MEIJSEN P, KNIBBE HJJ. Work-Related Musculoskeletal Disorders of Perioperative Personnel in the Netherlands. AORN J. 2007;86(2). https://doi.org/10.1016/j.aorn.2007.07.011

21. Glover W, McGregor A, Sullivan C, Hague J. Work-related musculoskeletal disorders affecting members of the Chartered Society of Physiotherapy. Physiotherapy. 2005;91(3):138–47. https://doi.org/10.1016/j.physio.2005.06.001

22. Wauben LSGL, Van Veelen MA, Gossot D, Goossens RHM. Application of ergonomic guidelines during minimally invasive surgery: A questionnaire survey of 284 surgeons. Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques. 2006;20(8):1268–74. https://doi.org/10.1007/s00464-005-0647-y

23. Cromie JE, Robertson VJ, Best MO. Work-Related Musculoskeletal Disorders in Physical Therapists: Prevalence, Severity, Risks, and Responses. Phys Ther. 2000;80(4):336–51. https://doi.org/10.1093/ptj/80.4.336

24. Kee D, Seo SR. Musculoskeletal disorders among nursing personnel in Korea. Int J Ind Ergon. 2007;37(3):207–12. https://doi.org/10.1016/J.ERGON.2006.10.020

25. Mengistu DA, Tolera ST, Demmu YM. Worldwide Prevalence of Occupational Exposure to Needle Stick Injury among Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology. Hindawi Limited; 2021. https://doi.org/10.1155/2021/9019534

26. Bouya S, Balouchi A, Rafiemanesh H, Amirshahi M, Dastres M, Moghadam MP, et al. Global prevalence and device related causes of needle stick injuries among health care workers: A systematic review and meta-analysis. Annals of Global Health. Ubiquity Press; 2020. https://doi.org/10.5334/aogh.2698

27. Whitby RM, McLaws ML. Hollow-bore needlestick injuries in a tertiary teaching hospital: Epidemiology, education and engineering. Medical Journal of Australia. 2002 ;177(8):418–22. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04881.x

28. Cheng HC, Su CY, Yen AMF, Huang CF. Factors affecting occupational exposure to needlestick and sharps injuries among dentists in Taiwan: A nationwide survey. PLoS One. 2012;7(4). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034911

29. Robson LS, Stephenson CM, Schulte PA, Amick BC, Irvin EL, Eggerth DE, et al. A systematic review of the effectiveness of occupational health and safety training. Scand J Work Environ Health. 2012;38(3):193-208. https://doi.org/10.5271/SJWEH.3259

30. Garritty C, Gartlehner G, Nussbaumer-Streit B, King VJ, Hamel C, Kamel C, et al. Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. J Clin Epidemiol. 2021;130:13-22. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007

31. Tricco AC, Antony J, Zarin W, Strifler L, Ghassemi M, Ivory J, et al. A scoping review of rapid review methods. BMC Med. 2015;13(1):1-15. https://doi.org/10.1186/S12916-015-0465-6/TABLES/6

32. Nussbaumer-Streit B, Sommer I, Hamel C, Devane D, Noel-Storr A, Puljak L, et al. Rapid reviews methods series: Guidance on team considerations, study selection, data extraction and risk of bias assessment. Evid Based Med. 2023;28(6):418-23. https://doi.org/10.1136/bmjebm-2022-112185

33. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev. 2016;5(1):210. https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4

34. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372. https://doi.org/10.1136/BMJ.N71

35. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Work stress and resident burnout, before and during the COVID-19 pandemia: An up-date. Med Clin (Barc). 2021;157(3):130-40. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.003

36. González-Santa Cruz A, Ansoleaga E, Vargas-Plaza de los Reyes M. Otra lección de la pandemia: apoyo social de superiores para la protección de la salud mental en trabajadores de la salud, Chile. Rev Med Chil. 2024;152(8):875-88. https://doi.org/10.4067/s0034-98872024000800875

37. Restrepo-Martínez M, Escobar M, Marín LA, Restrepo D. Prevalence and clinical characteristics of depression and symptoms of anxiety in staff at a health institution in Medellin during the COVID-19 pandemic. Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed). 2023;52(1):51-7. https://doi.org/10.1016/J.RCPENG.2021.02.005

38. Jesús García-Iglesias J, Gómez-Salgado J, Fagundo-Rivera J, Romero-Martín M, Ortega-Moreno M, Navarro-Abal Y. Factores predictores de los niveles de burnout y work engagement en médicos y enfermeras: una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2021;5(95):e1-24.Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v95/1135-5727-resp-95-e202104046.pdf

39. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? Encephale. 2020;46(3):S73-80. https://doi.org/10.1016/J.ENCEP.2020.04.008

40. Priede A, López-Álvarez I, Carracedo-Sanchidrián D, González-Blanch C. Mental health interventions for healthcare workers during the first wave of COVID-19 pandemic in Spain. Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition). 2021;14(2):83-9. https://doi.org/10.1016/J.RPSMEN.2021.05.004

41. Iavernig T, Zanette M, Miani A, Ronchese F, Larese Filon F. Incidence of shoulder disorders in a cohort of healthcare workers from 2009 to 2020. Int Arch Occup Environ Health. 2023;96(6):883-9. https://doi.org/10.1007/S00420-023-01976-7

42. Gomes MR, De Araújo TM, de Souza Soares JF, de Sousa CC, Lua I. Occupational stressors and work accidents among health workers. Rev Saude Publica. 2021;55. https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2021055002938

**Revista Salud, Trabajo y Sostenibilidad.**
2026; 3(1): 101-122. ISSN: 3028-6999 (en línea)

43. Sousa AD, Baixinho CL, Presado MH, Henriques MA. The Effect of Interventions on Preventing Musculoskeletal Injuries Related to Nurses Work: Systematic Review. J Pers Med. 2023;13(2). https://doi.org/10.3390/JPM13020185

44. Abdul Halim NSS, Mohd Ripin Z, Ridzwan MIZ. Efficacy of Interventions in Reducing the Risks of Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. Workplace Health and Safety. SAGE Publications Inc.; 2023. p. 557–76. https://doi.org/10.1177/21650799231185335

45. Kersu O, Kosgeroglu N. Effects of ergonomic training and equipment on musculoskeletal system disorders and quality of life in healthcare professionals. J Pak Med Assoc. 2025;75(2):213–8. https://doi.org/10.47391/JPMA.11180

46. Salsabila KM, Febriana SA, Padmawati RS, Danarti R. The effectiveness of personal preventive measures against occupational contact dermatitis in healthcare workers: A systematic review. JKKI : Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Indonesia. 2022;13(2):192–212. https://doi.org/10.20885/JKKI.Vol13.Iss2art12

47. El Congreso de Colombia. Ley 1562 de 2012 "Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional" [Internet]. Bogotá D.C.: Congreso; 2012.Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1562-de-2012.pdf

48. Medeni V, Çetintepe SP, Medeni İ, Özdemir Öztel H, Bozdağ F, Uğraş Dikmen A. Occupational Injuries Among Hospital Workers: A Retrospective Study in Turkey. J Clin Med. 2025;14(4). https://doi.org/10.3390/JCM14041050

49. Medeni İ, Alagüney ME, Medeni V. Occupational injuries among healthcare workers: a nationwide study in Turkey. Front Public Health. 2024;12. https://doi.org/10.3389/FPUBH.2024.1505331

50. Fereidouni Z, Dehghan A, Najafi Kalyani M. Common Causes Associated with Occupational Injuries in Iranian Health Care Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. International Journal of Medical Reviews. 2018;5(2):77-81. https://doi.org/10.29252/IJMR-050206

51. Shenoy M S, Vangara H, Rego JE, Saldanha I, Lobo G, Kassim S, et al. Trends of needle stick injuries among health care workers in a tertiary care center in South India. Clin Epidemiol Glob Health. 2025;31. https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101903

52. De Araújo Vieira EM, da Silva JMN, Leite WK dos S, Lucas REC, da Silva LB. Team Workload and Performance of Healthcare Workers with Musculoskeletal Symptoms. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(1). https://doi.org/10.3390/IJERPH20010742

53. Takala J, Hämäläinen P, Sauni R, Nygård CH, Gagliardi D, Neupane S. Global-, regional-and country-level estimates of the work-related burden of diseases and accidents in 2019. Scand J Work Environ Health. 2024;50(2):73-82. https://doi.org/10.5271/sjweh.4132

54. Ministerio del Trabajo. Resolución 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y-Salud en el Trabajo SG-SST". Bogotá; 2019. Disponible en: https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/59995826/Resolucion+0312-2019-+Estandares+minimos+del+Sistema+de+la+Seguridad+y+Salud.pdf

55. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1477 de 2014 "Por el cual se expide la Tabla de Enfermedades Laborales". Bogotá; 2014. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=58849

56. Ministerio del Trabajo Colombia. Decreto 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" [Internet]. Bogotá; 2015. Disponible en: http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/0/DUR+Sector+Trabajo+Actualizado+a+15+de+abril++de+2016.pdf/a32b1dcf-7a4e-8a37-ac16-c121928719c8