CARACTERIZACIÓN DE CONDICIONES DE SALUD OSTEOMUSCULAR

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA DIRECCIÓN SECCIONAL DE ADMINISTRACIÓN JUDICIAL
805.003.838

ASESORÓ
ANGELICA HERNANDEZ
PROFESIÓN:
FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA
LICENCIA SO: 5325 DE 2020

Intersalud Ocupacional
Seguridad y Salud en el Trabajo

CALI
FECHA DE PRESTACÓN JULIO Y AGOSTO 2025
FECHA ENTREGA INFORME 22 DE SEPTIEMBRE 2025

TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCION
2 METODOLOGIA
3. ENFOQUE
4. ANALISIS DE RESULTADO
5 CONCLUSIONES
6. RECOMENDACIONES

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene como propósito caracterizar la población evaluada en relación con la sintomatología musculoesquelética y los factores asociados, a partir de la información consignada en la matriz de reporte de sintomatología diligenciada en diferentes seccionales.

La importancia de este ejercicio radica en que los desórdenes musculoesqueléticos constituyen una de las principales causas de limitación funcional, ausentismo laboral y disminución de la productividad en entornos organizacionales. Dichas condiciones suelen estar asociadas a factores como el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, las posturas inadecuadas, las cargas repetitivas y los antecedentes familiares o personales, los cuales, al interactuar con las características sociodemográficas y laborales de la población, incrementan el riesgo de desarrollar o agravar síntomas clínicos.

Esta caracterización permite identificar de manera detallada las tendencias sociodemográficas de la población trabajadora, considerando variables como edad, género, seccional, condiciones laborales, cargos y funciones desempeñadas. Asimismo, integra determinantes de salud relevantes como el índice de masa corporal, la práctica de actividad física, los hábitos de vida, los antecedentes personales y familiares, que en conjunto proporcionan una visión integral del estado actual de la población evaluada.

El análisis de esta información constituye un insumo fundamental para la planeación, formulación y priorización de estrategias de promoción y prevención, orientadas a minimizar la inseguridad, prevenir el dolor, reducir la incidencia de factores de riesgo musculoesquelético y favorecer la adopción de hábitos de vida saludables. De igual manera, permite la implementación de programas de ergonomía, pausas activas y prácticas de autocuidado, contribuyendo de forma directa a la mejora de la calidad de vida laboral, la productividad y la sostenibilidad organizacional.

De forma complementaria, se incluye la dimensión psicosocial, incorporando el manejo adecuado de las emociones, la promoción de entornos laborales saludables y la enseñanza de herramientas para la aceptación y resolución de situaciones específicas que puedan generar estrés, ansiedad o conflictos interpersonales. Esto garantiza un abordaje integral de la salud, en el que no solo se previene la aparición de enfermedades de origen laboral o común, sino que también se promueve el bienestar emocional, la resiliencia y el fortalecimiento de competencias socioemocionales que repercuten positivamente en el desempeño individual y colectivo.

En conjunto, esta caracterización y su respectiva aplicación en programas y estrategias integrales permiten consolidar un modelo preventivo y sostenible, en el cual los colaboradores adquieren conciencia de autocuidado y la organización cumple con su responsabilidad social y normativa en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo orientadas a:

- Reducir los factores de riesgo musculoesqueléticos.
- Favorecer la adopción de hábitos saludables.
- Implementar programas de ergonomía y autocuidado.
- Contribuir a la mejora de la calidad de vida laboral y la sostenibilidad organizacional.

2. METODOLOGIA

La información utilizada en el presente informe proviene de la matriz consolidada de reporte de sintomatología, instrumento que recopila datos de carácter sociodemográfico, extralaboral y clínico de los participantes evaluados en diferentes seccionales. Esta base de datos constituye la fuente principal para la caracterización de la población con sintomatología musculoesquelética y los factores asociados.

El proceso metodológico incluyó las siguientes fases:

1. **Recolección de la información**

- Consolidación de la matriz con los registros individuales diligenciados durante las valoraciones.
- Verificación de la calidad de los datos, identificando posibles vacíos o inconsistencias.

2. **Variables analizadas.**

   Se realizó una revisión detallada de variables clave relacionadas con la caracterización integral de la población, entre ellas:

- Sociodemográficas**:** género, ciudad y rango de edad.
- Clínicas y de salud: clasificación del índice de masa corporal (IMC), diagnósticos médicos asociados a desórdenes musculoesqueléticos, antecedentes familiares o personales, postura y marcha.
- Hábitos y factores extralaborales: práctica de deporte, frecuencia de la actividad física, consumo de alcohol y tabaquismo.

3. **Enfoque de análisis**

- Se empleó un análisis descriptivo, que permite identificar la distribución y frecuencia de las variables seleccionadas.
- La información se organizó y representó mediante tablas dinámicas y gráficos, con el fin de facilitar la interpretación de tendencias, relaciones y patrones en la población evaluada.
- Se tuvo en cuenta la naturaleza de los datos (categóricos y cuantitativos) para asegurar una lectura adecuada de los resultados.

4. **Alcance**

- Este análisis se centra en la caracterización del estado de salud musculoesquelético de los participantes y en la identificación de factores de riesgo asociados.

3. ENFOQUE

El análisis se centra en la caracterización integral de la población atendida, con el objetivo de identificar los factores de riesgo y las condiciones clínicas, laborales y sociodemográficas que puedan predisponer a la presencia de desórdenes musculoesqueléticos (DME) y otras afectaciones relacionadas con el bienestar físico, emocional y social.

El enfoque adoptado corresponde a un análisis descriptivo de tipo transversal, que permite:

- Reconocer el estado actual de la población en términos de distribución por edad, género, seccional, características del puesto de trabajo y condiciones de salud.

- Identificar patrones y tendencias asociados con el exceso de peso, la inactividad física, la presencia de síntomas musculoesqueléticos, antecedentes personales o familiares, así como la percepción de fatiga y malestar general.

- Visibilizar los hábitos y factores extralaborales (como la práctica de deporte, el consumo de alcohol, el tabaquismo, los hábitos de sueño y alimentación), que en conjunto con las condiciones de trabajo inciden directamente en la salud integral de los colaboradores.

- Relacionar los hallazgos clínicos y diagnósticos con la información sociodemográfica y laboral, logrando una visión global del riesgo y permitiendo priorizar intervenciones preventivas y correctivas.

- Incorporar la dimensión psicosocial, mediante la identificación de factores de riesgo asociados al estrés, el manejo de emociones, la resiliencia y las habilidades para resolver situaciones específicas que puedan generar tensión o conflicto en el entorno laboral y personal.

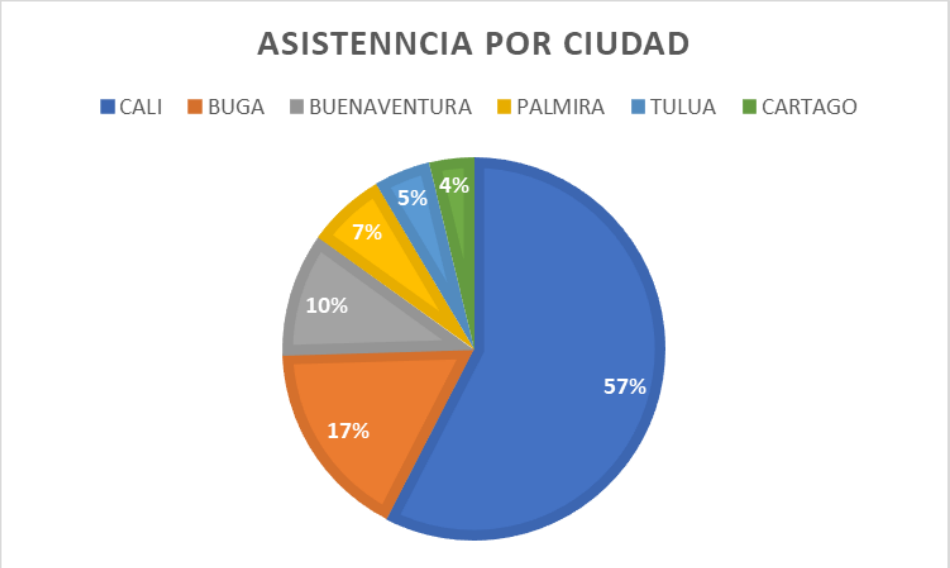
- Favorecer la adopción de hábitos de vida saludables, integrando prácticas de autocuidado, ergonomía, pausas activas, alimentación balanceada y estrategias de promoción de la salud mental.

De esta manera, el análisis no solo orienta a la prevención de desórdenes musculoesqueléticos, sino que también contribuye a la construcción de entornos de trabajo saludables, al fortalecimiento de la cultura del autocuidado y a la mejora de la calidad de vida y la sostenibilidad organizacional.

4. ANALISIS DE RESULTADOS

Distribución de asistencia por ciudad

ASISTENCIA		
ciudad	**Asistentes**	**Porcentaje**
CALI	61	58%
BUGA	18	17%
BUENAVENTURA	11	10%
PALMIRA	7	7%
TULUA	5	5%
CARTAGO	4	4%



Las ciudades con mayor cantidad de personas evaluadas son:

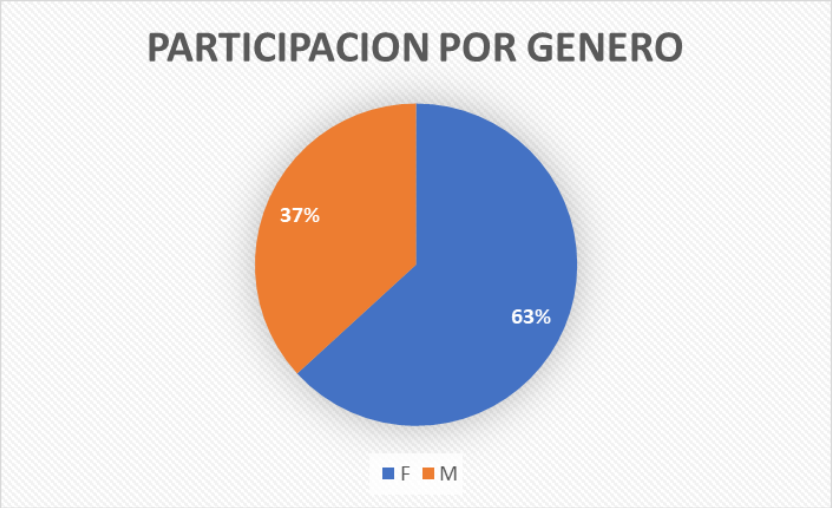
Cali: 58% de participación

Buga: 17% de participación

Esta información coincide con el número de personal convocada por sede.

Distribución de participación por genero

GENERO		
GENERO	**ASISTNETES**	**PORCENTAJE**
F	67	63%
M	39	37%

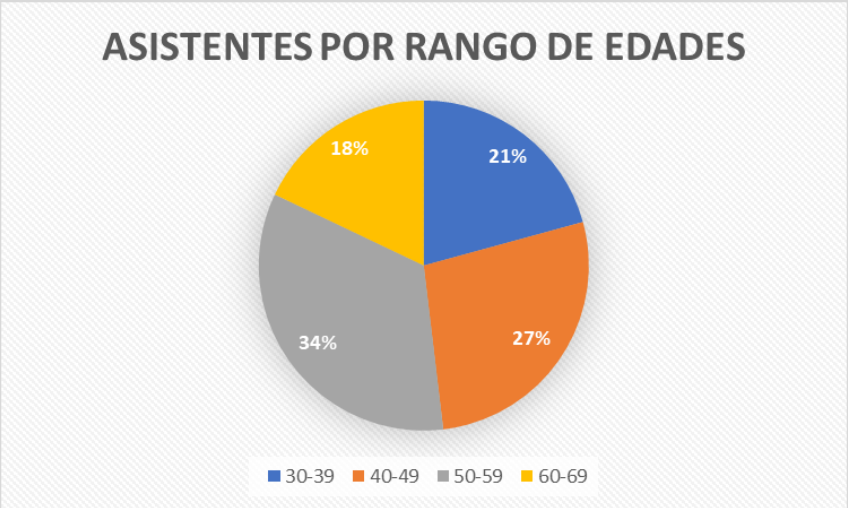


Las mujeres representan el **63%** del total de casos reportados con sintomatología.

Este dato sugiere una mayor prevalencia o manifestación de síntomas en el género femenino

Distribución de participación por Rango de edades

RANGO DE EDADES		
RANGO	**ASISTENTES**	**PORCENTAJE**
30-39	22	21%
40-49	29	27%
50-59	36	34%
60-69	19	18%



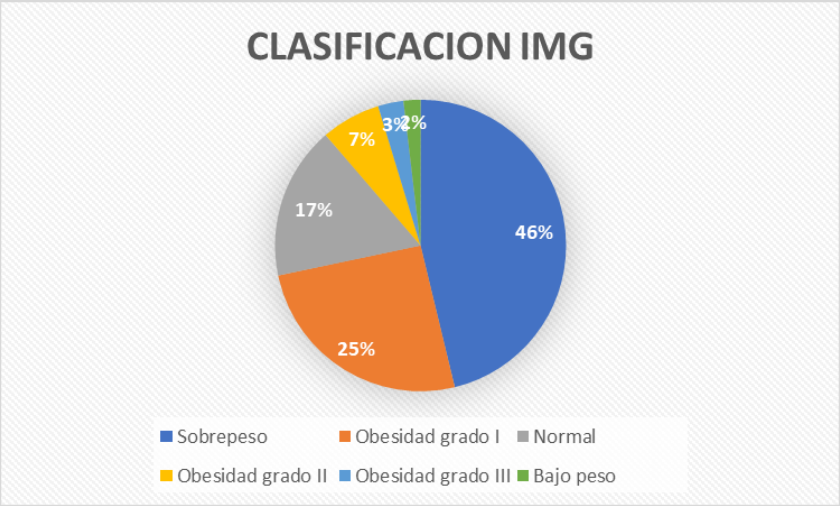
La mayoría del grupo está entre los 40 y 59 años (65 personas), lo que representa más del 60% de la muestra.

No hay personas menores de 30 años, por lo tanto, el análisis está enfocado en adultos de mediana y avanzada edad.

Este perfil etario es coherente con una población laboralmente activa y con riesgo acumulado de enfermedades musculoesqueléticas

Clasificación de IMC

CLASIFICACION IMC		
CLASIFICACION	**ASISTENTES**	**PORCENTAJE**
Sobrepeso	49	46%
Obesidad grado I	27	25%
Normal	18	17%
Obesidad grado II	7	7%
Obesidad grado III	3	3%
Bajo peso	2	2%



Predominio de exceso de peso

- Sumando sobrepeso y obesidad (grados I, II y III), se observa que el 81% de la población evaluada presenta exceso de peso**.**
- Esto es un hallazgo crítico, ya que el exceso de peso es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, metabólicas y musculoesqueléticas, que ya se reflejan en la sintomatología reportada.

Baja proporción de personas en rango normal

- Solo el 17% se encuentra en un IMC saludable.
- Esto indica que la mayoría de la población con sintomatología presenta condiciones relacionadas con un balance energético inadecuado.

Casos de bajo peso

- Aunque representan apenas un 2**%**, no deben pasarse por alto, ya que también puede relacionarse con debilidad muscular, deficiencias nutricionales o condiciones médicas de base.

Actividad física

ACTIVIDAD FISICA		
REALIZA ACTIVIDAD FISICA	ASISTENTES	PORCENTAJE
SI	64	60%
NO	42	40%



Aunque el 60% de la población manifiesta realizar algún tipo de actividad física, todavía hay un 40% que permanece inactiva.

Este porcentaje de sedentarismo es significativo, sobre todo en una población con sintomatología y exceso de peso.

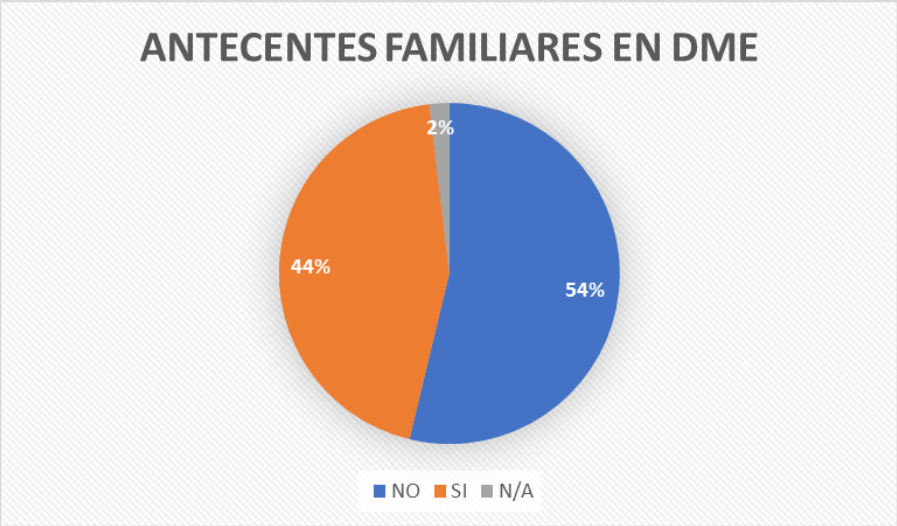
Aunque q más de la mitad realice actividad física, pero al mismo tiempo exista un 81% con sobrepeso u obesidad, sugiere que:

La intensidad, frecuencia o tipo de actividad física puede no ser suficiente.

Probablemente existen hábitos alimenticios inadecuados que contrarrestan el beneficio del ejercicio.

Antecedentes Familiares

ANTECEDENTES FAMILIARES EN DME		
ANTECEDENTES	**ASISITNETES**	**PORCENTAJE**
NO	57	54%
SI	47	44%
N/A	2	2%

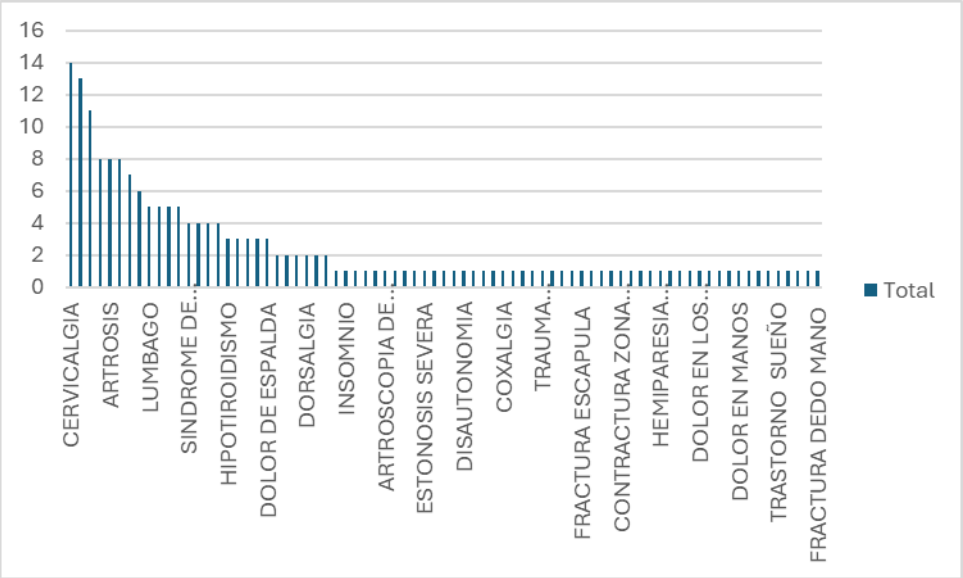


El 54% de las personas no refieren tener antecedentes familiares con patología en DME

El 44% del grupo evaluado tiene antecedentes personales o familiares de desórdenes musculoesqueléticos

Esto constituye un factor de vulnerabilidad importante, ya que dichos antecedentes pueden predisponer a una mayor recurrencia o agravamiento de síntomas actuales.

Diagnostico o parte del cuerpo afectada



- Cervicalgia: 14 casos (31% del total reportado)
- Hernia discal: 13 casos (29% del total reportado)
- Otros diagnósticos incluyen diferentes patologías musculoesqueléticas en menor frecuencia, que, aunque no alcanzan la magnitud de los dos anteriores, también representan factores de limitación funcional y ausentismo.
- La cervicalgia y la hernia discal concentran más de la mitad de los diagnósticos reportados **(**60% en conjunto**).**
- Esto indica que la columna vertebral es la estructura más comprometida, probablemente como resultado de factores como:
- Posturas prolongadas y no ergonómicas.
- Sobrecarga mecánica derivada del exceso de peso.
- Movimientos repetitivos o esfuerzos físicos mal ejecutados.

5. CONCLUSIONES

La caracterización realizada permite evidenciar que la población evaluada presenta una alta prevalencia de factores de riesgo osteomusculares, dentro de los cuales se destacan el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo parcial y la presencia significativa de antecedentes familiares y personales de desórdenes musculoesqueléticos. Estos elementos, sumados a las condiciones propias de las labores desempeñadas, aumentan la vulnerabilidad del personal frente a la aparición y progresión de enfermedades relacionadas con el sistema musculoesquelético.

Los diagnósticos más frecuentes, como la cervicalgia, la lumbalgia y la hernia discal, reflejan una repercusión directa en la capacidad funcional, la salud general y la calidad de vida del trabajador. Se evidenció que estas condiciones se acentúan especialmente en los grupos etarios comprendidos entre los 40 y 59 años, los cuales concentran la mayor proporción de la muestra y, por ende, representan un grupo prioritario de intervención.

De igual manera, se resalta la importancia de abordar la dimensión psicosocial, mediante la promoción de prácticas para el manejo de emociones, la gestión del estrés y el fortalecimiento de la resiliencia individual y colectiva. Estas acciones contribuyen a que los trabajadores cuenten con herramientas efectivas para enfrentar situaciones específicas de presión laboral o personal, favoreciendo entornos más saludables y productivos.

En este sentido, la articulación de programas de ergonomía, pausas activas, autocuidado, acompañamiento psicosocial y promoción de estilos de vida saludables permitirá reducir la carga de enfermedad, prevenir complicaciones, mejorar el bienestar integral y garantizar una mayor sostenibilidad organizacional en el mediano y largo plazo.

6. RECOMENDACIONES

• Implementar programas de pausas activas y ergonomía en todos los despachos y áreas de trabajo, garantizando que sean permanentes, adaptados a las necesidades de cada puesto y con seguimiento a la adherencia del personal.

• Desarrollar intervenciones específicas para la población entre 40 y 59 años, debido a la mayor prevalencia de síntomas musculoesqueléticos, incluyendo programas de fortalecimiento físico, control de peso, manejo de dolor crónico y orientación nutricional.

• Fortalecer las estrategias de promoción de la actividad física regular, fomentando la práctica de ejercicio moderado dentro y fuera de la jornada laboral, con campañas de sensibilización, retos saludables y convenios con gimnasios o programas de actividad física comunitarios.

• Realizar seguimiento periódico a las alteraciones posturales identificadas, mediante evaluaciones ergonómicas, controles de salud ocupacional y monitoreo de síntomas, con el fin de prevenir complicaciones futuras y detectar tempranamente posibles incapacidades.

• Promover hábitos de vida saludables mediante campañas de alimentación balanceada, hidratación adecuada, higiene del sueño y reducción de consumo de alcohol y tabaco, integrando además el acompañamiento psicosocial como parte de la prevención integral.

• Fomentar una cultura organizacional de autocuidado, en la que los trabajadores sean agentes activos de su bienestar, participando en la identificación de riesgos, la generación de propuestas de mejora y la adopción de comportamientos protectores en su vida laboral y personal.

• Articular las estrategias preventivas con los objetivos de sostenibilidad empresarial, de manera que la inversión en salud laboral contribuya a reducir el ausentismo, mejorar la productividad y fortalecer el compromiso de los trabajadores con la organización.