

**Diseño de un programa de hábitos saludables para la prevención del riesgo cardiovascular
en los colaboradores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.**

Adriana Marcela Reyes Villalobos

Laura Valentina Aranda Pineda

Diana Carolina Lara Fortich

Consultoría para optar al título de especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

Directora:

Yohanna Milena Rueda Mahecha

Magíster en Educación

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de ingenierías y arquitectura

Especialización en Seguridad y Salud en el Trabajo

Bucaramanga

2026

Contenido

Introducción	10
1. Identificación de la empresa donde se desarrolla la consultoría.....	12
2. Diseño de un programa de hábitos saludables para la prevención del riesgo cardiovascular en los colaboradores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.....	12
2.1 Descripción del Problema	12
2.2 Formulación del problema	14
2.3 Justificación	15
2.4 Objetivos.....	17
2.4.1 Objetivo General	17
2.4.2 Objetivos específicos	18
3. Marco referencial	18
3.1 Antecedentes	18
3.1.1 Internacionales	18
3.1.2 Nacionales	19
3.1.3 Locales	20
3.2 Marco Teórico	20
3.3 Marco conceptual.....	22
3.4 Marco legal	24
3.5 Marco normativo.....	26

4. Diseño metodológico	27
4.1 Alcance.....	27
4.2 Propuesta metodológica	30
4.2.1 Diagnóstico situacional	30
4.2.2 Análisis de brechas	35
4.2.3 Desarrollo de soluciones	37
4.2.4 Plan de desarrollo de la consultoría	39
4.2.5 Presupuesto	40
4.3 Universo, población y muestra	40
4.4 Aspectos éticos.....	42
5. Desarrollo.....	45
5.1 Objetivo 1. Caracterización de los factores de riesgo cardiovascular y los hábitos de vida actuales de los colaboradores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.....	45
5.1.1 Diagnóstico situacional	45
5.1.2 Caracterización sociodemográfica	45
5.1.3 Factores de riesgo cardiovascular modificables.....	48
5.1.4 Factores de riesgos no modificables.	57
5.1.5 Percepciones y condiciones laborales relacionadas con el bienestar	60
5.1.6 Percepción de la promoción institucional de hábitos de vida saludable	64
5.1.7 Priorización de componentes para el programa institucional	66

5.1.8 Percepción institucional – Hallazgos de las entrevistas semiestructuradas	67
5.1.9 Síntesis del Objetivo 1	70
5.2 Objetivo 2. Análisis de brechas entre los hábitos de vida actuales y las recomendaciones internacionales y nacionales	72
5.2.1 Brecha en actividad física	73
5.2.2 Brecha en alimentación y consumo de frutas y verduras	74
5.2.3 Brecha en estrés laboral y bienestar psicosocial	76
5.2.4 Brecha en apoyo institucional y cultura de bienestar.....	78
5.2.5 Brecha entre el interés en participar y la acción real	80
5.2.6 Priorización estratégica de las brechas identificadas	82
5.2.7 Síntesis y cumplimiento del Objetivo 2	83
5.3. Objetivo 3. Diseño técnico del programa de hábitos saludables para la prevención del riesgo cardiovascular	84
5.3.1 Fase 1: Planear (P)	89
5.3.2 Fase 2: Hacer (H)	95
5.3.3 Fase 3: Verificar (V).....	97
5.3.4 Fase 4: Actuar (A)	100
5. Conclusiones	104
6. Recomendaciones	106
Referencias.....	110

Apéndices.....	117
----------------	-----

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Identificación de la empresa</i>	12
Tabla 2. <i>Rol de la Empresa y del Consultor por Fase</i>	29
Tabla 3. <i>Descripción de los aspectos abordados en la encuesta</i> <i>Tripción de los aspectos abordados en la encuesta</i>	33
Tabla 4. <i>Plan de desarrollo de la consultoría</i>	39
Tabla 5. <i>Presupuesto para el desarrollo de la consultoría</i>	40
Tabla 6. <i>Frecuencia de la actividad física semanal</i>	49
Tabla 7. <i>Síntesis de los hallazgos cualitativos</i>	69
Tabla 8. <i>Cuantificación de la brecha en actividad física</i>	74
Tabla 9. <i>Cuantificación de la brecha en alimentación</i>	75
Tabla 10. <i>Cuantificación de la brecha en estrés laboral</i>	77
Tabla 11. <i>Cuantificación de la brecha en apoyo institucional</i>	79
Tabla 12. <i>Cuantificación de la brecha intención-comportamiento</i>	81
Tabla 13. <i>Matriz de priorización de brechas para el diseño del programa</i>	82
Tabla 14. <i>Matriz de trazabilidad: Brechas – Componentes – Objetivos – Metas</i>	84
Tabla 15. <i>Protocolo de actuación frente a hallazgos en tamizaje</i>	93
Tabla 16. <i>Recursos humanos requeridos para la ejecución del programa</i>	94
Tabla 17. <i>Cronograma de implementación del programa de hábitos saludables en la IPS Sanarte</i>	95
Tabla 18. <i>Cronograma de implementación del programa "Corazón en Acción" (Fases 2, 3, 4)</i>	96
Tabla 19. <i>Responsables del programa "Corazón en Acción"</i>	96
Tabla 20. <i>Indicadores de proceso del programa "Corazón en Acción"</i>	98

Tabla 21. <i>Indicadores de resultado del programa "Corazón en Acción"</i>	98
Tabla 22. <i>Indicadores de impacto del programa "Corazón en Acción"</i>	99
Tabla 23. <i>Presupuesto estimado para la implementación del programa "Corazón en Acción"</i>	103
Tabla 24. <i>Protocolo de actuación inmediata</i>	108

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Distribución sociodemográfica de los colaboradores de la IPS Sanarte</i>	46
Figura 2. <i>Percepción de la alimentación saludable por parte de los colaboradores.</i>	51
Figura 3. <i>Consumo de frutas o verduras por parte de los colaboradores al menos una vez al día.</i>	52
Figura 4. <i>Patrón de consumo de bebidas alcohólicas en colaboradores de la IPS Sanarte.</i>	54
Figura 5. <i>Percepción de estrés laboral en colaboradores de la IPS Sanarte</i>	56
Figura 6. <i>Presencia de antecedentes personales o familiares de enfermedades cardiovasculares en colaboradores.....</i>	58
Figura 7. <i>Percepción de apoyo social para el autocuidado en colaboradores de la IPS Sanarte.</i>	61
Figura 8. <i>Principales barreras percibidas para adoptar hábitos saludables.....</i>	62
Figura 9. <i>Interés en participar en un programa de hábitos saludables institucional.....</i>	63
Figura 10. <i>Percepción de la promoción de hábitos saludables por parte de la empresa.....</i>	65
Figura 11. <i>Componente prioritario para un programa de hábitos saludables según los colaboradores</i>	66

Lista de Apéndices

Apéndice A. <i>Encuesta sobre Hábito de Vida y Bienestar Laboral</i>	117
Apéndice B. <i>Consentimiento Informado Encuesta – Colaboradores IPS Sanarte</i>	118
Apéndice C. <i>Guía de entrevista semiestructurada</i>	119
Apéndice D. <i>Consentimiento Informado para Entrevista</i>	120

Introducción

En el ámbito laboral actual, los factores de riesgo cardiovascular constituyen una amenaza creciente para la salud de los colaboradores y para la sostenibilidad de las empresas. Los hallazgos epidemiológicos han mostrado que eventos de salud como la hipertensión arterial, la dislipidemia, la obesidad y el sedentarismo están reciamente asociadas a estilos de vida poco saludables, los cuales, en el campo laboral, tienden a acentuarse por condiciones como el estrés crónico, la ansiedad, la inactividad física prolongada y las prácticas alimentarias inadecuadas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Este horizonte adquiere especial notabilidad en instituciones prestadoras de servicios de salud, donde paradójicamente se espera que los trabajadores no solo avalen el bienestar de otros, sino que también cuenten con condiciones óptimas de salud para el correcto desempeño de sus labores.

La IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S., ubicada en la ciudad de Montería, Córdoba, se caracteriza por brindar servicios en salud laboral y seguridad y salud en el trabajo (SST), lo cual le demanda realizar políticas internas coherentes con el autocuidado y la promoción de la salud entre sus propios colaboradores. Sin embargo, el diagnóstico inicial demostró una débil articulación entre las estrategias de promoción de hábitos saludables y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), así como la ausencia de un programa organizado y sostenible que aborde de manera preventiva los riesgos cardiovasculares del personal. Este escenario representa una oportunidad para intervenir, desde un enfoque integral y normativo, los factores de riesgo modificables que trasgreden directamente en la salud y productividad del capital humano.

La presente consultoría tuvo como intención diseñar un programa de hábitos de vida saludable, orientado a la prevención del riesgo cardiovascular en los colaboradores de la IPS

Sanarte Medicina Especializada S.A.S., en conformidad con los lineamientos establecidos por el SG-SST y la normativa colombiana vigente, especialmente la Resolución 0312 de 2019 del Ministerio del Trabajo. El diseño de este programa se creó como una respuesta técnica y contextualizada a las necesidades reconocidas en la organización, buscando robustecer una cultura organizacional del autocuidado, avivar estilos de vida activos y saludables, y reducir la exposición a factores de riesgo cardiovasculares en el entorno ocupacional.

Este proyecto se cimenta en un enfoque preventivo de la salud ocupacional y en modelos teóricos de cambio de comportamiento, como la Teoría del Comportamiento Planeado y el modelo de Promoción de la Salud de Pender, que respaldan la efectividad de las intervenciones estructuradas en el ámbito laboral. Asimismo, se apoya en prácticas previas documentadas tanto a nivel nacional como internacional, que han justificado el impacto positivo de programas integrales de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Así, esta consultoría no solo procura responder a una necesidad específica de la IPS Sanarte, sino también aportar evidencia ajustable al campo de la seguridad y salud en el campo laboral en Colombia.

1. Identificación de la empresa donde se desarrolla la consultoría

Tabla 1. *Identificación de la empresa*

Razón social	Descripción
Nombre representante legal	Yeiner Ramos Hernández
NIT	900519519
Ciudad	Montería
Departamento	Córdoba
Dirección	Carrera 9 #56-72
Teléfono	3053441687
Sucursales o agencias	Castellana
Nombre de la ARL	Positiva
Clase de riesgo asignado por la ARL.	2
Código de la actividad económica CIIU	Q8621
Actividad económica	Actividades de la práctica médica sin internación
Número de trabajadores directos e indirectos	31

Nota: información institucional suministrada por la Gerencia y la Cámara de Comercio de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.

2. Diseño de un programa de hábitos saludables para la prevención del riesgo cardiovascular en los colaboradores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.

2.1 Descripción del Problema

En el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo, las enfermedades cardiovasculares representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre la población trabajadora a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud OMS (2021), ha señalado que los factores de riesgo modificables —como el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el consumo de tabaco y alcohol, y el estrés crónico— son responsables de más del 80% de los eventos cardiovasculares prematuros. En el contexto colombiano, particularmente en la región Caribe, las condiciones climáticas, los patrones alimentarios tradicionales y los estilos de vida sedentarios acentúan la prevalencia de estos factores de riesgo (Instituto Nacional de Salud, 2023).

La IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S., ubicada en Montería, Córdoba, es una institución dedicada a la prestación de servicios en salud laboral y seguridad y salud en el trabajo. Su planta de personal está conformada por 18 colaboradores, de los cuales el 88.9% son mujeres y el 33.3% supera los 40 años de edad, grupo etario que, según la OMS (2021), presenta mayor predisposición al riesgo cardiovascular. El diagnóstico situacional realizado en el marco de esta consultoría reveló hallazgos preocupantes: el 83.3% de los colaboradores presenta niveles de actividad física insuficientes según las recomendaciones internacionales, el 44.4% califica su alimentación como poco saludable, el 61.1% reporta experimentar estrés laboral de manera intermitente o frecuente, y el 55.6% refiere antecedentes personales o familiares de enfermedades cardiovasculares. Estos datos configuran un perfil de riesgo cardiovascular elevado que demanda intervención prioritaria.

Frente a esta realidad, se identificó como problema central la ausencia de un programa estructurado de promoción de hábitos de vida saludable que esté articulado con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la institución. Si bien la organización ha desarrollado acciones puntuales orientadas al bienestar del personal, estas carecen de continuidad, sistematización y alineación con los estándares normativos vigentes.

Las causas de esta problemática son de naturaleza multifactorial. En primer lugar, existe una débil articulación entre las iniciativas de bienestar y la estructura del SG-SST, lo que impide su planificación sistemática y seguimiento. En segundo lugar, la institución carece de un diagnóstico formal de los factores de riesgo cardiovascular de su población trabajadora. En tercer lugar, no se han establecido indicadores de gestión que permitan medir el impacto de las acciones de promoción de la salud sobre el bienestar del talento humano.

Las consecuencias de esta situación se manifiestan en varios niveles. Desde la perspectiva de la salud ocupacional, la persistencia de factores de riesgo modificables sin intervención incrementa la probabilidad de eventos cardiovasculares, incapacidades prolongadas y deterioro de la calidad de vida de los trabajadores. Desde el punto de vista normativo, la ausencia de un programa estructurado limita el cumplimiento del estándar 3.1.4 de la Resolución 0312 de 2019, que exige el desarrollo de actividades de promoción de estilos de vida saludables. Desde la óptica organizacional, esta situación puede traducirse en mayor ausentismo laboral, disminución de la productividad y afectación del clima institucional.

Es en este contexto donde surge la necesidad de desarrollar la presente consultoría, cuyo propósito es cerrar la brecha existente entre la situación actual de la IPS Sanarte y los lineamientos técnicos y normativos en materia de promoción de la salud cardiovascular. El valor agregado de esta intervención radica en tres aspectos fundamentales: primero, proporciona a la institución una herramienta técnica validada para planificar, ejecutar y evaluar acciones preventivas de manera sistemática; segundo, fortalece el cumplimiento de los estándares mínimos del SG-SST, particularmente en lo relacionado con la promoción de hábitos saludables y la gestión del riesgo; tercero, genera un modelo replicable que puede ser transferido a otras instituciones del sector salud con características similares.

2.2 Formulación del problema

¿Qué diseño técnico de un programa de hábitos de vida saludable se requiere para abordar la prevención del riesgo cardiovascular en los colaboradores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S., conforme a los lineamientos del SG-SST y la normativa colombiana vigente?

2.3 Justificación

La promoción de hábitos de vida saludable en el entorno laboral constituye una estrategia reconocida internacionalmente por su efectividad en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente las de origen cardiovascular. Modelos teóricos ampliamente validados, como el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (2015) y la Teoría del Comportamiento Planeado de Ajzen (1991), sustentan que las intervenciones estructuradas en el lugar de trabajo pueden modificar conductas de riesgo cuando se integran factores individuales, interpersonales y organizacionales. Esta fundamentación teórica otorga solidez conceptual a la presente consultoría, al articular el diseño del programa con marcos explicativos del cambio comportamental que han demostrado eficacia en contextos institucionales.

Desde la perspectiva epidemiológica, la intervención resulta urgente. El diagnóstico situacional realizado en la IPS Sanarte reveló que el 83.3% de los colaboradores no cumple con las recomendaciones de actividad física de la OMS, el 55.6% presenta antecedentes personales o familiares de enfermedades cardiovasculares y el 61.1% experimenta estrés laboral de forma intermitente o frecuente. Estos indicadores configuran un perfil de riesgo que, de no intervenir oportunamente, podría derivar en eventos cardiovasculares, incapacidades prolongadas y deterioro de la calidad de vida del talento humano. La ventana de oportunidad para la prevención primaria exige una actuación inmediata y planificada.

La intervención adquiere especial relevancia al considerar la naturaleza misional de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S., institución dedicada a la prestación de servicios en salud laboral y seguridad y salud en el trabajo. En este contexto, promover hábitos saludables entre sus propios colaboradores no solo responde a una necesidad de bienestar interno, sino que fortalece la coherencia ética e institucional: una organización que asesora a otras empresas en materia de salud

ocupacional debe reflejar en su propia gestión los principios que promueve. Este valor estratégico diferenciador posiciona a Sanarte como referente en el sector, demostrando que la promoción de la salud cardiovascular es viable, medible y sostenible incluso en instituciones de pequeña escala.

Desde el marco normativo colombiano, la consultoría contribuye directamente al cumplimiento de los estándares mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo establecidos en la Resolución 0312 de 2019. Específicamente, el programa diseñado fortalece el estándar 3.1.4, que exige "actividades de promoción y prevención en salud" orientadas a fomentar estilos de vida saludables, incluyendo condiciones de salud física, mental y hábitos de vida. Asimismo, aporta al cumplimiento del estándar 4.1.1 relacionado con la "identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos", al incorporar el riesgo cardiovascular como factor susceptible de gestión preventiva. Esta articulación normativa garantiza que el programa no sea una iniciativa aislada, sino un componente integrado al ciclo de mejora continua del SG-SST.

En términos económicos y organizacionales, la justificación del programa se sustenta en la relación directa entre la salud cardiovascular y la productividad empresarial. Las enfermedades cardiovasculares representan una de las mayores cargas económicas para los sistemas de salud y las organizaciones debido a los costos asociados con tratamientos médicos, pensiones por invalidez y pérdida de días laborables. Si bien el ausentismo es un indicador visible, la literatura especializada señala que el presentismo, trabajar con salud comprometida lo que reduce la eficiencia, puede generar costos incluso superiores. Estudios han demostrado que los programas de promoción de hábitos saludables en el lugar de trabajo reducen el ausentismo laboral hasta en un 25% y generan retornos de inversión (ROI) de entre 2 y 6 dólares por cada dólar invertido (Goetzel et al., 2014). Para la IPS Sanarte, esto se traduce en una optimización del capital humano:

colaboradores con mejor salud cardiovascular presentan mayor energía, mejor capacidad cognitiva y menor tasa de rotación voluntaria.

Adicionalmente, la calidad de vida laboral se ve impactada positivamente. Un entorno que fomenta el autocuidado reduce la percepción de estrés y mejora el clima organizacional, factores que están correlacionados con la retención del talento y la calidad del servicio al cliente. En el sector salud, donde la demanda emocional es alta, contar con un equipo físicamente saludable es un activo estratégico que incide directamente en la continuidad operativa y la reputación corporativa. El programa genera, además, un modelo técnico documentado y replicable, que puede ser transferido a las empresas cliente de la IPS como parte de su portafolio de servicios en salud laboral, creando una nueva línea de valor agregado.

En síntesis, la presente consultoría se justifica por su pertinencia teórica, su urgencia epidemiológica, su alineación con el marco normativo vigente y su sólido valor económico y estratégico para la institución. El diseño de un programa de hábitos saludables orientado a la prevención del riesgo cardiovascular no constituye únicamente una respuesta a una necesidad operativa, sino una oportunidad para consolidar a la IPS Sanarte como organización ejemplar en la gestión integral del bienestar laboral, coherente con su misión institucional y con los principios de la salud pública y la medicina del trabajo.

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo General

Diseñar un programa de hábitos de vida saludable, alineado con los requisitos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y la normativa colombiana vigente,

orientado a la prevención del riesgo cardiovascular en los colaboradores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.

2.4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los factores de riesgo cardiovascular y los hábitos de vida actuales de los colaboradores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S., como insumo para el diseño del programa.
- Estructurar el programa de hábitos saludables, definiendo sus componentes esenciales y los lineamientos operativos necesarios para su puesta en marcha.
- Elaborar un sistema de indicadores y evaluación, alineado con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) como herramienta para la valoración de la eficacia del programa.

3. Marco referencial

3.1 Antecedentes

3.1.1 Internacionales

Diversos estudios a nivel internacional han abordado el diseño e implementación de programas de promoción de hábitos saludables en el entorno laboral como estrategia para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que los lugares de trabajo son entornos estratégicos para influir en los comportamientos de salud de los empleados, recomendando programas integrales que aborden alimentación, actividad física, salud mental y cesación del consumo de tabaco (OMS, 2021). En países como

Finlandia y Canadá, estos programas han demostrado eficacia en la disminución de los factores de riesgo y en la mejora de la productividad laboral (Proper y van Mechelen, 2008).

Por ejemplo, en un metaanálisis realizado por Conn et al. (2009), se concluyó que los programas de intervención en el lugar de trabajo, centrados en actividad física, generaron mejoras significativas en los niveles de presión arterial, peso corporal y condición cardiorrespiratoria. Asimismo, la literatura sugiere que las intervenciones exitosas son aquellas que se integran en la cultura organizacional, están alineadas con políticas institucionales y cuentan con mecanismos de seguimiento y evaluación.

3.1.2 Nacionales

En el contexto colombiano, la promoción de la salud en el entorno laboral ha adquirido mayor relevancia tras la implementación obligatoria del SG-SST, en el cual se exige el desarrollo de actividades que fomenten estilos de vida saludables (Decreto 1072 de 2015; Resolución 0312 de 2019). Investigaciones recientes han documentado iniciativas en empresas del sector salud y educación, orientadas a la prevención de enfermedades crónicas mediante programas que combinan actividades formativas, campañas internas y monitoreo de indicadores de salud.

Por ejemplo, Rodríguez y Pardo (2020), desarrollaron un estudio de intervención en una clínica del Valle del Cauca, en el que se implementó un programa de hábitos saludables con enfoque cardiovascular, obteniendo como resultado la disminución del sedentarismo y la adopción progresiva de prácticas alimentarias saludables entre los trabajadores. Igualmente, González et al. (2021), destacaron que las estrategias exitosas en empresas del sector público han sido aquellas que articulan acciones del SG-SST con iniciativas institucionales de bienestar laboral.

3.1.3 Locales

En el departamento de Córdoba, si bien existen experiencias de promoción de la salud desde el sector público, como jornadas de salud en entornos escolares y comunitarios, son escasas las intervenciones documentadas específicamente dirigidas al personal de las IPS privadas. La mayoría de las acciones se han limitado a campañas esporádicas o actividades sin continuidad ni sistematización, lo cual impide medir su efectividad e impacto sostenido.

En Montería, estudios exploratorios han evidenciado altos índices de sedentarismo y sobrepeso entre trabajadores del sector salud, atribuibles a jornadas laborales extensas, alimentación fuera de casa y estrés organizacional, según el informe *Factores de riesgo asociados al sedentarismo y sobrepeso en trabajadores del sector salud de Montería* (Universidad de Córdoba, 2022). Esta situación hace evidente la necesidad de diseñar propuestas estructuradas, con enfoque preventivo y adaptadas al contexto socioambiental local, que respondan no solo a las exigencias normativas, sino también a la realidad sanitaria de la región.

3.2 Marco Teórico

La promoción de la salud en el entorno laboral ha evolucionado como una estrategia clave dentro de los SG-SST, en la medida en que permite intervenir de manera preventiva los factores de riesgo que afectan la salud física y mental de los trabajadores. En este contexto, el diseño e implementación de programas orientados a la modificación de hábitos de vida no saludables cobra especial importancia, no solo como medida de cumplimiento normativo, sino como práctica organizacional responsable y sostenible.

Uno de los referentes teóricos más ampliamente reconocidos para sustentar este tipo de intervenciones es el *Modelo de Promoción de la Salud* de Nola Pender (2015), el cual plantea que la probabilidad de que una persona adopte conductas saludables depende de sus características

personales, experiencias previas, percepciones de beneficio y barreras percibidas, así como de influencias interpersonales y situacionales. Este modelo ha sido aplicado exitosamente en contextos institucionales para el diseño de programas que buscan fomentar el ejercicio físico, mejorar la alimentación y fortalecer el autocuidado, variables clave en la prevención del riesgo cardiovascular.

Por otra parte, la *Teoría del Comportamiento Planeado*, propuesta por Ajzen (1991), permite comprender cómo las intenciones conductuales, influenciadas por la actitud, la norma subjetiva y el control percibido, determinan la adopción de comportamientos saludables. Esta teoría ha demostrado ser eficaz en la formulación de estrategias orientadas al cambio de hábitos en el ámbito laboral, ya que permite identificar con claridad los factores que facilitan o dificultan la puesta en práctica de acciones preventivas entre los colaboradores.

En el campo específico de la salud ocupacional, el enfoque preventivo adoptado en los sistemas de gestión se fundamenta en el principio de mejora continua, operacionalizado mediante el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar), propuesto inicialmente por Deming (1986) y adoptado por normas técnicas como la ISO 45001:2018. Este enfoque permite estructurar los procesos de intervención en etapas que facilitan la planificación estratégica, la ejecución operativa, la evaluación de resultados y el ajuste de acciones, asegurando con ello la sostenibilidad y eficacia del programa en el tiempo (ISO, 2018).

Además, desde la perspectiva de la salud pública, la *Carta de Ottawa* (OMS, 1986) establece que la promoción de la salud debe permitir a las personas incrementar el control sobre su salud y mejorarla. En consecuencia, el entorno laboral debe ser entendido como un espacio que favorece o limita las posibilidades de adoptar estilos de vida saludables, y por tanto, las

organizaciones tienen la responsabilidad de generar condiciones estructurales, sociales y organizativas que faciliten dichos cambios.

Finalmente, estudios recientes han demostrado que los programas de promoción de hábitos saludables en el lugar de trabajo son más efectivos cuando están respaldados por marcos teóricos sólidos, incorporan la participación activa de los trabajadores y se integran de forma transversal en las políticas institucionales (Goetzel, et ál., 2014). Esta evidencia respalda la pertinencia de fundamentar la presente consultoría en teorías conductuales y de gestión, asegurando así su coherencia, efectividad y aplicabilidad en la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.

3.3 Marco conceptual

El desarrollo de esta consultoría requiere delimitar conceptualmente los principales términos que orientan la intervención. Estos conceptos no solo definen el objeto de estudio, sino que también permiten enmarcar la propuesta en el contexto normativo y técnico de la seguridad y salud en el trabajo en Colombia.

Hábitos de vida saludable. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), los hábitos de vida saludable son “prácticas cotidianas que permiten a las personas mantener o mejorar su salud física, mental y social” (p. 7). Estos incluyen, entre otros, una alimentación equilibrada, actividad física regular, manejo del estrés, sueño adecuado, relaciones interpersonales positivas y la abstención del consumo de sustancias nocivas. En el ámbito laboral, promover estos hábitos es una estrategia clave para reducir riesgos asociados a enfermedades crónicas, mejorar el rendimiento de los trabajadores y fortalecer la cultura del autocuidado (OPS, 2022).

Riesgo cardiovascular. el riesgo cardiovascular se define como la probabilidad que tiene una persona de sufrir eventos cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, entre otros) en un período determinado, generalmente a 10 años (OMS, 2021). Este riesgo está determinado por factores modificables (hipertensión, dislipidemias, tabaquismo, obesidad, sedentarismo) y no modificables (edad, sexo, antecedentes familiares). En el contexto laboral, la identificación y gestión del riesgo cardiovascular permite orientar acciones preventivas específicas dirigidas a preservar la salud del trabajador.

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Según el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019, el SG-SST es un conjunto de elementos interrelacionados, que incluye la política, la planificación, la implementación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora, con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo. En su estándar mínimo 3.1.4, esta normativa exige la implementación de estrategias de promoción de la salud, lo que justifica la necesidad de programas estructurados como el que propone esta consultoría.

Promoción de la salud en el trabajo. La promoción de la salud en el lugar de trabajo se define como el conjunto de acciones que permiten a los empleados aumentar el control sobre su salud y mejorarla, mediante la creación de ambientes de trabajo saludables y la implementación de políticas que favorezcan comportamientos protectores (OMS, 1986). Esta perspectiva va más allá del control de riesgos y se enfoca en generar condiciones que fortalezcan el bienestar integral de los trabajadores.

Prevención primaria. Este concepto hace referencia a las intervenciones que buscan evitar la aparición de enfermedades, actuando sobre los factores de riesgo antes de que se manifiesten.

En el caso del riesgo cardiovascular, la prevención primaria incluye campañas educativas, promoción del ejercicio físico, vigilancia nutricional y control de signos vitales en forma periódica (González y Ruiz, 2020). En el SG-SST, estas acciones deben ser planificadas y monitoreadas como parte de la gestión integral del riesgo.

La comprensión e integración de estos conceptos constituye la base para diseñar una propuesta metodológicamente sólida, alineada con los principios normativos y técnicos de la salud ocupacional en Colombia, y con capacidad de generar impacto real en el bienestar de los trabajadores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.

3.4 Marco legal

La presente consultoría se enmarca en el sistema normativo colombiano que regula la seguridad y salud en el trabajo, en particular, las disposiciones que establecen la obligación de las organizaciones de implementar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades laborales, conforme a los principios del trabajo decente, la salud pública y el bienestar integral de los trabajadores (Congreso de Colombia, 2015).

El principal referente normativo es el Decreto 1072 de 2015, que compila la regulación del sector trabajo. En su Libro 2, Parte 2, Título 4, este decreto establece la obligatoriedad de implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en todas las organizaciones, independientemente de su tamaño o naturaleza jurídica. Este sistema debe basarse en el ciclo de mejora continua PHVA e incluir explícitamente acciones de promoción y prevención como parte de la gestión del riesgo (Ministerio del trabajo, 2015).

Complementariamente, la Resolución 0312 de 2019, expedida por el Ministerio del Trabajo, define los estándares mínimos del SG-SST. En su numeral 3.1.4, exige desarrollar

acciones para fomentar estilos de vida saludables, incluyendo alimentación balanceada, actividad física, autocuidado y salud mental, adaptadas al perfil epidemiológico y ocupacional de los trabajadores (Ministerio del trabajo, 2019).

El marco legal se refuerza con la Ley 1562 de 2012, que reformó el Sistema General de Riesgos Laborales y enfatizó la prevención como eje central. En su artículo 1°, define la salud ocupacional como el conjunto de actividades orientadas a proteger y mejorar la salud de los trabajadores, así como a prevenir enfermedades y accidentes laborales (Congreso de Colombia, 2012). Esta ley marcó un cambio de enfoque, pasando de medidas correctivas a una estrategia proactiva basada en la gestión integral del riesgo.

Desde la perspectiva de salud pública, la Ley 1438 de 2011 (artículo 16) establece la obligación de promover hábitos de vida saludable en todos los entornos, incluido el laboral, como una responsabilidad compartida entre el Estado, los empleadores y los ciudadanos (Congreso de Colombia, 2011).

Adicionalmente, aunque de adopción voluntaria, la Norma Técnica Colombiana ISO 45001:2018 se ha consolidado como referencia para fortalecer los sistemas de seguridad y salud en el trabajo. Esta norma promueve un enfoque basado en procesos, que incluye la identificación de riesgos, el liderazgo organizacional y la participación activa de los trabajadores (ICONTEC, 2018).

En síntesis, esta consultoría se sustenta en un marco legal robusto que no solo exige acciones preventivas, sino que proporciona lineamientos técnicos y jurídicos para su diseño, implementación y evaluación. La articulación entre la normativa laboral, la legislación en salud pública y los estándares internacionales garantiza la viabilidad y pertinencia del programa.

3.5 Marco normativo

El diseño del programa de hábitos de vida saludable orientado a la prevención del riesgo cardiovascular en la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S. se sustenta en la aplicación de estándares normativos internacionales que garantizan la eficacia, sostenibilidad y mejora continua del proceso de intervención. Estas normas permiten estructurar un modelo de gestión que no solo responda a las exigencias legales, sino que incorpore buenas prácticas reconocidas globalmente en los ámbitos de la salud ocupacional, la gestión del riesgo y la calidad organizacional.

En primer lugar, la Norma ISO 45001:2018, sobre sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, constituye el referente técnico central para esta consultoría. Esta norma establece un marco organizacional que permite a las instituciones mejorar de manera proactiva su desempeño en SST, mediante la identificación de peligros, la evaluación de riesgos, la participación activa de los trabajadores y la integración del bienestar en todos los niveles de la gestión organizacional (ISO, 2018).

El enfoque basado en procesos y el principio de mejora continua, a través del ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar), se articulan con la lógica operativa del programa propuesto, permitiendo su planificación estratégica, implementación controlada y seguimiento evaluativo.

Complementariamente, la ISO 31000:2018, norma internacional de gestión del riesgo, ofrece lineamientos para establecer un marco sólido de identificación, análisis y tratamiento de riesgos en contextos organizacionales. Esta norma es especialmente pertinente para la gestión preventiva del riesgo cardiovascular, pues orienta a las organizaciones a tomar decisiones informadas y estructuradas respecto a la mitigación de factores de riesgo mediante medidas integradas en la gestión institucional (ISO, 2018).

La aplicación de esta norma en la consultoría permite alinear las acciones preventivas con una cultura organizacional basada en el conocimiento del riesgo, la responsabilidad compartida y la sostenibilidad.

Adicionalmente, la ISO 9001:2015, sobre sistemas de gestión de la calidad, aporta elementos metodológicos clave para garantizar la eficacia del programa en términos de satisfacción del usuario interno, control documental, evaluación de procesos y cumplimiento de objetivos. Esta norma establece que toda intervención debe ser planificada y evaluada a partir de un enfoque centrado en el cliente, lo que en el presente caso se traduce en considerar las necesidades, percepciones y condiciones de los colaboradores como eje estructurador del programa.

La trazabilidad de los resultados, el uso de indicadores y la toma de decisiones basadas en evidencia, son principios que fortalecen el componente técnico de la consultoría. El uso integrado de estas normas permite estructurar una propuesta que responde no solo a los marcos legales nacionales, sino también a estándares internacionales de excelencia organizacional, con un enfoque preventivo, participativo y orientado a resultados. La adopción de estos lineamientos normativos proporciona al programa un sustento técnico robusto, replicable y adaptable, favoreciendo su institucionalización como una herramienta estratégica en el marco del SG-SST de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.

4. Diseño metodológico

4.1 Alcance

La presente consultoría tiene como propósito diseñar un programa de hábitos de vida saludable orientado a la prevención del riesgo cardiovascular en los colaboradores de la IPS

Sanarte Medicina Especializada S.A.S., en coherencia con los lineamientos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y la normativa colombiana vigente. El alcance de la intervención abarca desde el diagnóstico situacional de los factores de riesgo y hábitos de vida del personal, hasta la estructuración técnica y operativa del programa, incluyendo la formulación de indicadores de seguimiento y evaluación.

El proceso de consultoría adopta como principio organizador el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar), ampliamente reconocido en los sistemas de gestión por su efectividad en la estructuración de intervenciones planificadas, ejecutables y evaluables. Este enfoque se alinea con los requisitos de la ISO 45001:2018 y con la definición de promoción de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), orientada a capacitar a las personas para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla.

El desarrollo de la consultoría contempla una duración total de cuatro meses, equivalentes a 16 semanas de trabajo, organizadas en cuatro fases secuenciales que responden al cumplimiento de los objetivos propuestos:

- Fase 1 – Diagnóstico situacional (Semanas 1 a 4): caracterización de los factores de riesgo cardiovascular y los hábitos de vida actuales de los colaboradores, mediante la aplicación de encuestas estructuradas y entrevistas semiestructuradas con actores clave.
- Fase 2 – Análisis de brechas (Semanas 5 a 7): identificación de las discrepancias entre la situación actual y las recomendaciones nacionales e internacionales en materia de salud cardiovascular, priorizando las áreas de intervención según su impacto y factibilidad.
- Fase 3 – Diseño del programa (Semanas 8 a 13): estructuración técnica del programa de hábitos saludables, definiendo componentes, objetivos, metas, cronograma de implementación, responsables y presupuesto estimado.

- Fase 4 – Evaluación y entrega (Semanas 14 a 16): formulación del sistema de indicadores de proceso, resultado e impacto, elaboración del documento final y socialización con el equipo directivo de la IPS.

Es importante precisar que el alcance de esta consultoría no contempla la implementación directa del programa en sus fases operativas, sino la entrega de un diseño técnico estructurado, validado conceptualmente y alineado con los requerimientos legales, que pueda ser ejecutado por el equipo del SG-SST de la institución. El producto tangible es el documento "Programa de Hábitos Saludables Sanarte: Corazón en Acción", el cual incluye especificaciones técnicas (objetivos, metas, cronograma, presupuesto e indicadores) y materiales de apoyo (guías y formatos) para su inmediata puesta en marcha.

La ejecución de cada fase implica una articulación de responsabilidades entre el equipo consultor y la IPS Sanarte. En la Tabla 2 se detallan los roles específicos de la empresa y del consultor por cada fase del proceso, garantizando una participación activa de la organización en el desarrollo de la consultoría.

Tabla 2. *Rol de la Empresa y del Consultor por Fase*

Fase del Ciclo PHVA	Rol del Consultor (Especialista en SST)	Rol de la IPS Sanarte (SG-SST)
<i>Planear</i>	Realiza el análisis de contexto y el diagnóstico situacional, e identifica los principales factores de riesgo modificables presentes en la población trabajadora. Define los objetivos, metas y componentes del programa.	Proporciona el acceso a la información y al personal. Válida la pertinencia del diagnóstico y las líneas de intervención propuestas por el consultor.
<i>Hacer</i>		Diseña el programa "Corazón en Acción" con base en los componentes estratégicos (educación, intervención, monitoreo), adaptados a las condiciones de la organización. Asigna al personal responsable (Coordinador de SG-SST) y gestiona los recursos logísticos para el diseño del programa.
<i>Verificar</i>	Construye un sistema de indicadores (proceso, resultado e impacto) y una matriz de evaluación que	Participa en la validación de los indicadores y se compromete con la recolección periódica de los

	permita valorar la eficacia y cobertura del programa.	datos para la futura evaluación.	
<i>Actuar</i>	Formula las acciones de mejora y ajustes futuros al modelo propuesto, y realiza la entrega formal del diseño técnico final.		Recibe el diseño técnico final y gestiona su implementación progresiva y sostenible.

Nota: la tabla detalla la articulación de responsabilidades entre la consultoría técnica y la empresa cliente para el cumplimiento del alcance propuesto.

El alcance de la consultoría no contempla la implementación directa del programa en sus fases operativas, sino la entrega de un diseño técnico estructurado, validado conceptualmente, alineado con los requerimientos legales y adaptable a las necesidades particulares de la organización.

El producto tangible de esta consultoría es el documento “Programa de Hábitos Saludables Sanarte: Corazón en Acción”, el cual incluye las especificaciones técnicas (objetivos, metas, cronograma, presupuesto y sistema de indicadores) y los materiales de apoyo (guías y formatos) para su inmediata puesta en marcha por parte del equipo de SG-SST de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.

4.2 Propuesta metodológica

4.2.1 Diagnóstico situacional

El diagnóstico situacional constituye el punto de partida de la consultoría, ya que permite identificar las condiciones actuales de salud y los hábitos de vida de los colaboradores, así como el grado de integración de la promoción de la salud cardiovascular dentro del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S. Esta fase resulta esencial para establecer la línea base sobre la cual se diseñará el programa de intervención.

Para la recolección de información, se adoptó una estrategia metodológica de carácter mixto, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas. En cuanto a la configuración de la muestra, se empleó un muestreo de tipo censal, dado el tamaño reducido de la población objeto. La muestra estuvo conformada por la totalidad de los colaboradores activos de la IPS Sanarte al momento del estudio, consolidando un total de 18 participantes.

Los parámetros para la selección de la muestra se rigieron por los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: (a) Ser trabajador activo con contrato vigente en la IPS Sanarte; (b) Prestar servicios regularmente en la sede principal; (c) Aceptar voluntariamente participar mediante la firma del consentimiento informado.
- Criterios de exclusión: (a) Trabajadores en licencia no remunerada, incapacidad médica prolongada o comisión externa durante el periodo de recolección; (b) Personal externo o contratistas ocasionales no vinculados a la planta estructural.

La información cuantitativa se recolectó mediante una encuesta estructurada *ad hoc*, basada en los dominios del cuestionario *WHO STEPwise Approach to Surveillance* (STEPS) y el *Cuestionario Internacional de Actividad Física* (IPAQ-SF). Los resultados obtenidos se procesaron mediante estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas) y se presentaron mediante gráficos y tablas, acompañados de un análisis interpretativo que relaciona los hallazgos con las implicaciones directas en el SG-SST y la normativa vigente. Complementariamente, la información cualitativa se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas a actores clave, cuyo análisis se realizó por categorización temática para triangular la información diagnóstica.

Para la recopilación de información, se aplicó una estrategia metodológica de carácter mixto (cuantitativa y cualitativa), que combina las siguientes técnicas:

4.2.1.1 Encuestas estructuradas. Se aplicó una encuesta estructurada ad hoc, basada en referentes técnicos y académicos en salud pública. La fuente de validación conceptual del instrumento se fundamentó en las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS), específicamente en los dominios de los módulos comportamentales del cuestionario WHO STEPwise Approach to Surveillance (STEPS) y el Cuestionario Internacional de Actividad Física en su versión corta (IPAQ-SF), priorizando la facilidad de respuesta sobre la métrica estandarizada, dada la limitación de tiempo de los colaboradores.

Esta base teórica asegura que las variables de riesgo cardiovascular (actividad física, alimentación, consumo de sustancias) se midan bajo estándares internacionales. Los datos recolectados se analizaron mediante estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central). Los resultados se presentaron mediante tablas y figuras, lo que permitió cuantificar los comportamientos y condiciones asociadas al riesgo, así como identificar barreras y motivaciones para el cambio de hábitos.

Descripción del instrumento cuantitativo. La encuesta ad hoc diseñada para esta consultoría se estructuró en cuatro secciones que abarcan las dimensiones clave del riesgo cardiovascular y el bienestar laboral, tal como se detalla en la Tabla 5:

Sección 1 – Datos sociodemográficos: contiene 5 preguntas orientadas a caracterizar el perfil de los colaboradores según género, edad, nivel educativo, cargo y tipo de contrato.

Sección 2 – Estilos de vida y hábitos saludables: presenta 6 preguntas relacionadas con actividad física, alimentación, consumo de tabaco y alcohol, y antecedentes cardiovasculares.

Sección 3 – Bienestar y salud laboral: incluye 5 preguntas asociadas a la percepción de estrés laboral, promoción institucional de hábitos saludables, disponibilidad de tiempo para pausas activas y apoyo social en el trabajo.

Sección 4 – Percepción sobre barreras y motivaciones: Contiene 2 preguntas sobre las barreras percibidas para adoptar hábitos saludables y los componentes prioritarios para un programa institucional.

Tabla 3. Descripción de los aspectos abordados en la encuesta *Tripción de los aspectos abordados en la encuesta*

Variables del estudio	Descripción
Datos sociodemográficos	Contiene 5 preguntas acerca del género, edad, nivel educativo, etc.)
Estilos de vida y hábitos saludables	Presenta 6 preguntas relacionadas con actividad física, alimentación, consumo de bebidas alcohólicas, uso de cigarrillos, etc.)
Bienestar y salud laboral	Son 5 preguntas asociadas a situaciones y políticas presentes en el lugar de trabajo (estrés, promoción de hábitos, pausas activas, etc.)
Percepción sobre barreras y motivaciones	Contiene 2 preguntas barreras e implementación de programas de hábitos saludables.

Nota: estructura del instrumento diagnóstico diseñado *ad hoc* para la recolección de información en la IPS Sanarte.

4.2.1.2 Entrevistas semiestructuradas. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con personal directivo, líderes de área y el responsable del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), con el propósito de identificar percepciones institucionales sobre la salud del personal, los recursos disponibles y la viabilidad operativa del programa. Esta técnica cualitativa permitió profundizar en el contexto organizacional desde una perspectiva estratégica, complementando la información cuantitativa obtenida en la encuesta.

Procesamiento y presentación de la información.

El análisis de las entrevistas se llevó a cabo mediante análisis de contenido temático, siguiendo los siguientes pasos para garantizar la claridad en la presentación de los resultados:

Transcripción y validación: Se transcribieron literalmente las grabaciones autorizadas y se validaron los testimonios con los participantes para asegurar la fidelidad del discurso.

Categorización: La información se organizó en categorías emergentes alineadas con los objetivos del diagnóstico (percepción del riesgo, cultura de bienestar, viabilidad operativa).

Forma de presentación: Los hallazgos cualitativos se presentaron en el Capítulo 5 (Desarrollo), específicamente en la sección 5.1.8, mediante una narrativa analítica estructurada que integra citas textuales relevantes con la interpretación técnica. Adicionalmente, se elaboró la Tabla 8 (Síntesis de los hallazgos cualitativos), la cual permite visualizar de manera comparativa la relación entre los testimonios directivos, los datos cuantitativos de la encuesta y las implicaciones para el programa.

Integración estratégica (Matriz DOFA).

Como herramienta de análisis integrador, se aplicó una matriz DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas). Esta herramienta permitió triangulación de los hallazgos (cuantitativos, cualitativos y normativos), identificando capacidades institucionales, brechas y posibles alianzas internas o externas (Kotler & Armstrong, 2018). La matriz se utilizó para fundamentar la priorización de las brechas descritas en la sección 5.2.6, asegurando que el diseño del programa responda a la evidencia empírica y a las condiciones reales de la IPS Sanarte.

La combinación de estas técnicas y herramientas garantiza un diagnóstico riguroso y contextualizado. El enfoque participativo favorece la apropiación institucional de los resultados, mientras que la estructuración clara de los hallazgos (tablas de síntesis y narrativa categorizada) facilita la toma de decisiones gerenciales para la posterior implementación del programa.

4.2.2 Análisis de brechas

El Análisis de Brechas constituye la fase interpretativa que sucede al diagnóstico situacional. Su finalidad es establecer la disparidad existente entre la situación actual de los colaboradores de la IPS Sanarte y el estado ideal o de referencia dictaminado por los estándares de salud ocupacional, la legislación colombiana y las mejores prácticas en promoción de la salud cardiovascular. La identificación de las carencias se centró en tres ejes: conocimiento, prácticas comportamentales y recursos institucionales para la prevención.

Fundamento Metodológico y Criterio de Priorización

Para la elaboración y ajuste de las herramientas de análisis y el mapeo de procesos internos, se adoptó una metodología participativa. Las herramientas de recolección de información cualitativa se elaboraron mediante sesiones de trabajo colaborativas con el equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la IPS Sanarte. Este enfoque garantizó que las brechas identificadas tuvieran una alta pertinencia y se ajustaran a la realidad operativa de la organización.

Para la toma de decisiones, las brechas identificadas fueron sometidas a un proceso de priorización explícita utilizando una matriz que sopesó la criticidad de cada hallazgo. El criterio de priorización adoptado fue la Matriz de Impacto vs. Factibilidad de Intervención, definido así:

- **Impacto Potencial:** Se valoró la magnitud del riesgo (p. ej., porcentaje de sedentarismo o malnutrición) y el potencial efecto positivo que su corrección tendría sobre el riesgo cardiovascular global de la población.
- **Factibilidad de Intervención:** Se evaluó la capacidad operativa y logística de la IPS para implementar una solución (disponibilidad de recursos, tiempo, apoyo directivo y capacidad de gestión del equipo SG-SST).

Las brechas seleccionadas como prioritarias fueron aquellas ubicadas en el cuadrante de Alto Impacto y Alta Factibilidad, asegurando que el diseño del programa se enfoque en soluciones que, además de necesarias, sean realistas y sostenibles.

Implicaciones Directas en el SG-SST.

Atendiendo a los requisitos de la consultoría, los hallazgos del análisis de brechas no se interpretan únicamente desde la perspectiva clínica o epidemiológica, sino que se relacionan directamente con el cumplimiento y la mejora del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), conforme al Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019 (Ministerio del Trabajo, 2019). Las implicaciones directas se estructuran de la siguiente manera:

1. Cumplimiento del Estándar 3.1.4 (Promoción de la Salud): La brecha identificada en actividad física (83.3% de inactividad) y alimentación (44.4% de percepción poco saludable) evidencia una insuficiencia en las actividades de promoción de estilos de vida saludables exigidas por la normativa. Esto implica que el SG-SST actual no está cumpliendo eficazmente con la prevención de factores de riesgo modificables.
2. Gestión del Peligro (Estándar 4.1.1): La prevalencia de estrés laboral (61.1%) y la falta de apoyo percibido indican una identificación incompleta de los peligros psicosociales. El análisis de brechas revela la necesidad de integrar el riesgo cardiovascular y el estrés como peligros prioritarios en la matriz de identificación de peligros del SG-SST.
3. Indicadores y Mejora Continua (Fase Verificar y Actuar): La ausencia de líneas base previas y de seguimiento estructurado demuestra una brecha en el sistema de indicadores de salud. El diseño propuesto subsana esta carencia al incorporar indicadores de proceso, resultado e impacto que alimentarán la revisión por la alta dirección.

4. Competencias y Formación: La brecha entre el interés de los colaboradores (88.9%) y la acción real sugiere una deficiencia en las estrategias de formación y comunicación del SG-SST, las cuales deben transitar de un enfoque informativo a uno transformacional y participativo.

Finalmente, el resultado de este riguroso análisis de brechas y su posterior priorización estratégica se constituye en el insumo técnico fundamental que guiará y legitimará el diseño de cada uno de los componentes, objetivos específicos y estrategias de intervención del Programa de Hábitos Saludables Sanarte. Esta coherencia metodológica garantiza que el diseño no sea una propuesta genérica, sino una solución focalizada, ajustada a las necesidades críticas de la IPS y alineada con los requisitos de cumplimiento normativo del SG-SST.

4.2.3 Desarrollo de soluciones

La solución planteada en esta consultoría se materializó a través del diseño técnico de un programa de hábitos de vida saludable que responda a la necesidad de prevenir el riesgo cardiovascular en los colaboradores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S. Para ello, se adoptó como enfoque principal el ciclo PHVA, ampliamente reconocido en los sistemas de gestión de la calidad y seguridad en el trabajo por su efectividad en la estructuración, evaluación y mejora continua de procesos (Deming, 1986; ISO, 2018).

Este enfoque se justifica por su compatibilidad con la estructura del SG-SST, exigido por el Decreto 1072 de 2015 y desarrollado normativamente en la Resolución 0312 de 2019. El ciclo PHVA permite diseñar el programa como un proceso vivo y ajustable, con acciones planificadas, ejecución controlada, evaluación de resultados y retroalimentación permanente para garantizar su sostenibilidad y pertinencia.

La solución se desarrolló bajo las siguientes fases:

1. *Planear*: en esta fase se establecieron los objetivos del programa, las metas específicas, los recursos requeridos y los indicadores de evaluación. Se definieron los componentes centrales del programa, que incluían: educación en salud cardiovascular, estrategias de promoción de la actividad física, intervenciones nutricionales, pausas activas, control de factores psicosociales y seguimiento clínico básico. Esta planeación se fundamenta en la evidencia obtenida en el diagnóstico y en los elementos identificados en el análisis de brechas.
2. *Hacer*: corresponde a la estructuración operativa del programa, incluyendo la definición de cronogramas, asignación de responsables, elaboración de instrumentos técnicos (formatos, fichas de intervención, campañas educativas), desarrollo de materiales comunicativos y criterios para la ejecución progresiva del programa por parte del equipo del SG-SST de la IPS. En esta fase se incorporó también la capacitación inicial del personal encargado de liderar la implementación.
3. *Verificar*: se diseñó un sistema de evaluación interno del programa mediante la formulación de indicadores de proceso, resultado e impacto, alineados con el enfoque de gestión por resultados. Esta evaluación incluyó aspectos como cobertura, satisfacción del personal, cambio de comportamiento, reducción de factores de riesgo y cumplimiento de metas previstas. La verificación se realizó con periodicidad definida en el plan de seguimiento.
4. *Actuar*: a partir de los resultados obtenidos en la fase de verificación, se definieron acciones correctivas, preventivas o de mejora, las cuales retroalimentaron el programa. Esta fase aseguró que el diseño no fuera estático, sino que evolucionará conforme a los hallazgos obtenidos y a los cambios en el entorno institucional.

4.2.4 Plan de desarrollo de la consultoría

El desarrollo operativo de esta consultoría está estructurado en fases secuenciales que responden al cumplimiento de los objetivos propuestos y a la lógica metodológica adoptada. La temporalización del proceso contempla una duración de cuatro meses, organizada en 16 semanas de trabajo. Las actividades han sido distribuidas de manera progresiva, permitiendo una articulación entre los componentes de diagnóstico, análisis, diseño y evaluación.

A continuación, se presenta el cronograma de ejecución de las fases de la consultoría, articulado al enfoque metodológico del ciclo PHVA:

Tabla 4. Plan de desarrollo de la consultoría

Fases / Semanas	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fase 1: Recolección de información (diagnóstico situacional)	X	X	X	X												
Fase 2: Análisis de brechas y elaboración de herramientas gráficas					X	X										
Fase 3: Diseño técnico del programa (componentes, contenidos, responsables)							X	X	X	X						
Fase 4: Construcción del sistema de evaluación e indicadores								X	X	X	X	X				
Fase 5: Elaboración de cronograma, presupuesto y documentación final										X	X	X	X	X		
Fase 6: Revisión, ajustes, validación y entrega final de resultados													X	X	X	X

Nota: cronograma estimado de ejecución de las fases del proyecto durante las 16 semanas de consultoría.

4.2.5 Presupuesto

El desarrollo integral de esta consultoría requiere de recursos físicos, logísticos y técnicos que garanticen la ejecución de cada fase del proceso. El presupuesto contempla los insumos necesarios para la recolección y procesamiento de la información, elaboración documental, desplazamientos para trabajo de campo y asesorías especializadas. Se ha tenido en cuenta una temporalidad de cuatro meses, por lo que los costos han sido calculados según esa proyección. A continuación, se presenta la tabla con la estimación de costos para la ejecución de la propuesta:

Tabla 5. Presupuesto para el desarrollo de la consultoría

Cantidad	Concepto	Valor unitario	Valor total
4	Resma tamaño carta	\$ 16.500	\$ 66.000
4 meses	Internet	\$ 80.000	\$ 320.000
1	Memoria USB	\$ 30.000	\$ 30.000
3	Lapiceros negros	\$ 2.000	\$ 6.000
100	Fotocopias	\$ 200	\$ 20.000
200	Impresiones blanco y negro	\$ 400	\$ 80.000
20	Impresiones Color	\$ 600	\$ 12.000
4	Asesoría técnica mensual	\$ 500.000	\$ 2.000.000
4	Transporte/gasolina	\$ 200.000	\$ 800.000
—	Gastos varios	\$100.000	\$ 100.000
	<i>Total</i>		<i>\$ 3.434.000</i>

Nota: valores expresados en pesos colombianos (COP). Los costos de asesoría técnica y transporte se proyectan para los cuatro meses de ejecución.

4.3 Universo, población y muestra

La consultoría se desarrollará en la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S., ubicada en la ciudad de Montería, Córdoba. Esta institución, de carácter privado, presta servicios en salud laboral, medicina especializada y seguridad y salud en el trabajo (SST), y tiene como población trabajadora a profesionales de distintas áreas del sector salud, personal administrativo y personal de apoyo. La sede principal concentra las operaciones administrativas, clínicas y de consultoría

externa, y opera bajo condiciones climáticas propias de la región Caribe colombiana, caracterizadas por altas temperaturas y exigencias laborales en jornada continua.

El universo de la consultoría está constituido por la totalidad de los trabajadores de la IPS. La Población de estudio está conformada por 18 trabajadores activos, distribuidos en los siguientes cargos: médicos especialistas, auxiliares de enfermería, tecnólogos en SST, psicólogos, profesionales en seguridad y salud en el trabajo, personal administrativo y de apoyo logístico. Esta estructura organizacional es representativa de una empresa de pequeña escala en el sector salud, conforme a la clasificación del Decreto 957 de 2019.

Se emplea una técnica de muestreo censal, lo cual implica la inclusión de la totalidad de los trabajadores activos al momento de realizar la recolección de información. Esta estrategia elimina el error muestral y asegura la representatividad absoluta de los hallazgos diagnósticos.

Para garantizar esta participación total del 100%, se coordinará el proceso de recolección de datos mediante sesiones programadas en conjunto con la Coordinación de Talento Humano y el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Se asegurará que la aplicación de los instrumentos se realice durante la jornada laboral y con el respaldo formal de la Gerencia, lo que facilita y legitima la dedicación del tiempo necesario para el diligenciamiento.

Los criterios de inclusión para la participación son los siguientes:

- Ser trabajador activo de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S., con contrato vigente.
- Prestar servicios de manera regular en la sede principal de la IPS.
- Aceptar voluntariamente participar en el proceso mediante firma del consentimiento informado.

Los criterios de exclusión incluyen:

- Trabajadores en condición de licencia no remunerada, incapacidad médica prolongada o comisión externa durante el periodo de recolección de datos.
- Personal externo o contratistas ocasionales que no hacen parte del núcleo estructural de la planta laboral.

Para aumentar la utilidad práctica y la pertinencia de las estrategias del programa "Corazón en Acción", el análisis de datos se realizará de manera diferenciada según las variables sociodemográficas y ocupacionales clave. Se realizarán análisis de frecuencias y comparaciones (si el tamaño muestral lo permite) entre los siguientes grupos:

Tipo de Cargo: clínicos (Asistenciales) vs. Administrativos.

Rango de Edad: menores de 40 años vs. Mayores de 40 años, dada la mayor predisposición al riesgo cardiovascular en este último grupo.

Género: femenino vs. Masculino, considerando que la población es mayoritariamente femenina (88.9%).

Esta estratificación permitirá identificar los factores de riesgo con mayor prevalencia y urgencia de intervención en subgrupos específicos, garantizando que los componentes del programa sean focalizados y maximicen la efectividad.

4.4 Aspectos éticos

El desarrollo de la presente consultoría se acogió a los principios éticos fundamentales de respeto a la dignidad humana, autonomía, confidencialidad, consentimiento informado y uso responsable de la información, en concordancia con la legislación colombiana y las buenas prácticas de investigación y gestión en salud ocupacional. Se garantizó que todas las actividades

de recolección, análisis y uso de datos se desarrollaron con pleno respeto por los derechos individuales y colectivos de los trabajadores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.

Consentimiento informado y autonomía. Uno de los aspectos centrales fue la aplicación del principio de autonomía, asegurado mediante la utilización de consentimientos informados que fueron diligenciados de forma libre y voluntaria por la totalidad de los colaboradores que participaron en el diagnóstico situacional (n=18). Este documento, cuyo modelo se adjunta en el Apéndice B (para encuestas) y Apéndice D (para entrevistas), informó claramente sobre los propósitos de la consultoría, la naturaleza de los datos recolectados, el carácter anónimo y confidencial de la información, y la posibilidad de desistir en cualquier momento sin represalias (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS], 2017). Todos los formatos firmados fueron custodiados en archivo físico seguro por el Coordinador del SG-SST de la IPS, con acceso restringido exclusivamente al equipo consultor.

Protección de datos personales (Habeas Data). En cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, que regula la protección de datos personales en Colombia, se aplicaron los principios del régimen de habeas data, garantizando que la información suministrada fuera utilizada exclusivamente para los fines académicos y técnicos de la consultoría, y no se divulgó en ninguna circunstancia sin autorización expresa del titular de los datos (Congreso de Colombia, 2012). El tratamiento de los datos se limitó estrictamente a lo necesario para cumplir los objetivos del estudio, y se implementaron medidas de seguridad digital (archivos encriptados) y documental (carpetas bajo llave) para evitar su uso indebido o acceso por terceros no autorizados. La base de datos final fue anonimizada, eliminando cualquier identificador directo (nombre, cédula) antes del procesamiento estadístico.

Propiedad intelectual y autoría. En cuanto a los derechos de propiedad intelectual, se respetaron los principios de autoría y citación adecuada de todas las fuentes utilizadas para el desarrollo del marco teórico, normativo y metodológico. El presente documento fue elaborado conforme a las normas internacionales de citación académica establecidas por la American Psychological Association (APA, 7.^a ed.), y no se incluyeron fuentes no verificadas ni se reprodujeron contenidos sin la debida atribución.

Ausencia de conflicto de intereses. Por último, se realiza una declaración de ausencia de conflicto de intereses. Las autoras de esta consultoría manifiestan que no existen intereses personales, comerciales, laborales ni institucionales que interfieran con la imparcialidad, transparencia y objetividad en la ejecución del presente trabajo. Todas las decisiones metodológicas y técnicas se tomaron con base en criterios profesionales, académicos y éticos, en beneficio de la comunidad laboral de la IPS y del campo de la salud ocupacional. La consultoría no generó vínculos contractuales adicionales entre las consultoras y la IPS más allá del alcance académico aquí descrito.

Adicionalmente, se contó con el aval formal de la Gerencia de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S., quien autorizó por escrito el desarrollo de las actividades de diagnóstico y la publicación de los resultados con fines académicos, garantizando la legitimidad institucional del proceso.

5. Desarrollo

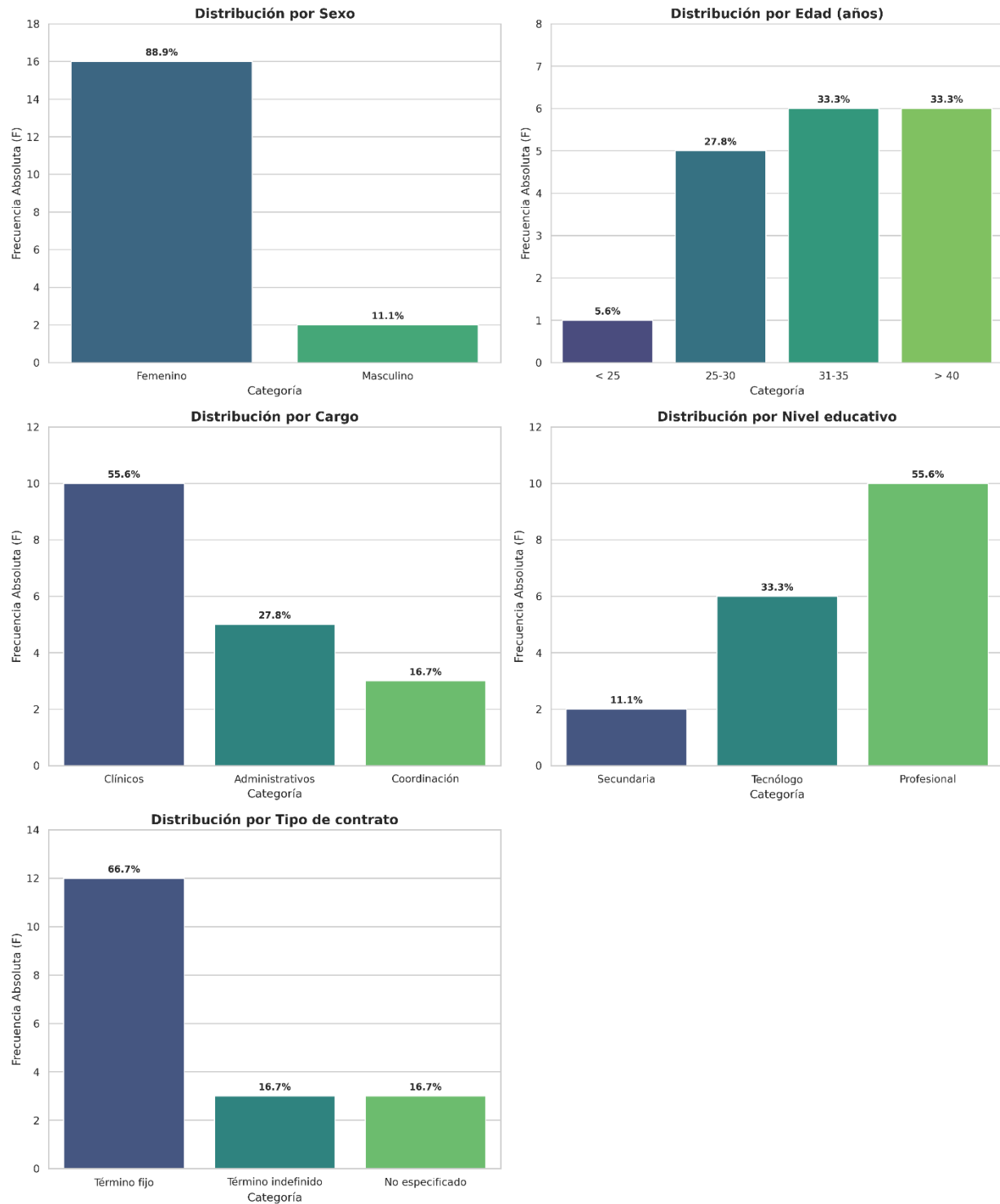
5.1 Objetivo 1. Caracterización de los factores de riesgo cardiovascular y los hábitos de vida actuales de los colaboradores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.

5.1.1 Diagnóstico situacional

A continuación, se presentan los resultados del diagnóstico situacional realizado en la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S., siguiendo la metodología descrita en el apartado 4.2.1 del presente documento. Los hallazgos se organizan en cinco dimensiones: caracterización sociodemográfica, factores de riesgo cardiovascular modificables, factores de riesgo no modificables, percepciones y condiciones laborales relacionadas con el bienestar, y percepción institucional derivada de las entrevistas semiestructuradas.

5.1.2 Caracterización sociodemográfica

A continuación, se presentan en la figura 1 los datos sociodemográficos de la población estudiada, junto con su análisis interpretativo. La gráfica adjunta muestra la frecuencia absoluta de cada categoría, con sus respectivos porcentajes de frecuencia relativa indicados sobre cada barra para facilitar su lectura. Es importante precisar que los resultados corresponden a un muestreo censal (n=18), lo que garantiza la representatividad total de la fuerza laboral de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S. al momento del diagnóstico.

Figura 1. *Distribución sociodemográfica de los colaboradores de la IPS Sanarte*

Nota: datos obtenidos de la Encuesta sobre Hábito de Vida y Bienestar Laboral aplicada al personal de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S. (2025).

La Figura 1 muestra que la IPS Sanarte está conformada en su mayoría por mujeres, representando un 88.9% de la muestra. Estos datos concuerdan con las cifras reportadas por el Ministerio de Salud y Protección Social (2021), que indican que el 80% del talento humano en salud en Colombia corresponde a mujeres. Desde la perspectiva del riesgo cardiovascular, esta predominancia femenina es relevante, ya que las mujeres suelen subestimar los síntomas de alerta cardiovascular y enfrentan una doble carga laboral (trabajo remunerado y doméstico) que puede incrementar los niveles de estrés crónico, un factor de riesgo indirecto para enfermedades cardiometabólicas.

En cuanto a la variable Cargo, se observa que el 55.6% del personal desempeña funciones clínicas, mientras que el 27.8% son administrativos. Este hallazgo es crítico para el diseño del programa, ya que el personal clínico está expuesto a factores de riesgo ocupacional específicos, como el trabajo por turnos (que altera los ritmos circadianos y el metabolismo), estar de pie de manera prolongada o el sedentarismo entre consultas, y una mayor carga emocional frente al sufrimiento de los pacientes. Estas condiciones pueden exacerbar la hipertensión y el estrés, requiriendo pausas activas y estrategias de manejo del estrés adaptadas a la dinámica asistencial.

Sobre el nivel educativo, el 88.9% posee formación técnica o profesional, lo que sugiere un nivel adecuado en conocimientos teóricos relacionados con la salud. No obstante, esto no necesariamente se traduce en buenos hábitos o prácticas de vida saludables, fenómeno conocido como la "brecha conocimiento-comportamiento", tal como se ha observado en estudios previos en trabajadores de la salud (González et al., 2021). Esto implica que la estrategia de intervención no debe centrarse únicamente en la educación informativa, sino en el cambio comportamental y la facilitación de entornos saludables.

Por último, cabe destacar que el 66.7% de los colaboradores tiene contrato a término fijo. Esta condición de temporalidad puede asociarse con mayor inestabilidad laboral percibida, ansiedad y estrés psicosocial, factores que inciden negativamente en el bienestar físico y mental (Vélez & Ramírez, 2019). Desde la gestión del SG-SST, esto exige monitorear el riesgo psicosocial y fortalecer el apoyo organizacional para mitigar el impacto de la precariedad contractual en la salud cardiovascular.

En definitiva, esta caracterización sociodemográfica permite contextualizar los hallazgos encontrados y segmentar la población para el diseño del programa. La intervención deberá ser sensible a las condiciones reales de los trabajadores, priorizando al grupo de mayores de 40 años, adaptándose a las restricciones de tiempo del personal clínico y abordando el estrés derivado de la vinculación laboral temporal.

5.1.3 Factores de riesgo cardiovascular modificables

Actividad Física. La inactividad física es un factor de riesgo independiente y modificable para enfermedades cardiovasculares (ECV), asociándose directamente con el desarrollo de obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia y resistencia a la insulina (World Health Organization [WHO], 2020). La Organización Mundial de la Salud recomienda que los adultos realicen al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada, o 75 minutos de actividad vigorosa, distribuidos en al menos tres días a la semana. No obstante, estudios globales indican que aproximadamente el 27.5% de la población adulta mundial no cumple con estas recomendaciones, con tasas aún más altas en entornos laborales sedentarios (Guthold, et ál., 2020).

En esta investigación, se indagó sobre la frecuencia de actividad física mediante la pregunta: “¿Con qué frecuencia realiza actividad física (mínimo 30 minutos continuos)?”. Los

resultados muestran que solo el 16.7% de los colaboradores (3 de 18) realiza actividad física 4 o más veces por semana, mientras que el 83.3% (15 de 18) presenta actividad insuficiente o nula: 27.8% (n = 5) nunca realiza actividad física y 38.9% (n = 7) lo hace solo una vez por semana (Tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia de la actividad física semanal

Frecuencia de actividad física	Frecuencia Absoluta (F)	Frecuencia Relativa (%)
<i>Nunca</i>	5	27.8%
<i>1 vez/semana</i>	7	38.9%
<i>2–3 veces/semana</i>	3	16.7%
<i>4 o más veces/semana</i>	3	16.7%
<i>Total</i>	18	100%

Nota: datos obtenidos de la Encuesta sobre Hábito de Vida y Bienestar Laboral aplicada al personal de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S. (2025).

Este hallazgo es alarmante desde la perspectiva de la salud cardiovascular, ya que evidencia una alta prevalencia de sedentarismo en una población que, por su formación en salud, debería tener un autocuidado superior. La inactividad física prolongada incrementa el riesgo de infarto agudo de miocardio en un 30% y de accidente cerebrovascular en un 20–30% (Kivimäki, et ál., 2020). Aunque el 83.3% de los colaboradores declaró disponer de tiempo para pausas activas (pregunta 14), el bajo nivel de actividad física sugiere una brecha entre disponibilidad y legitimidad del tiempo para el autocuidado, fenómeno común en entornos con alta carga emocional o presión implícita para mantenerse en actividad continua (Vélez y Ramírez, 2019).

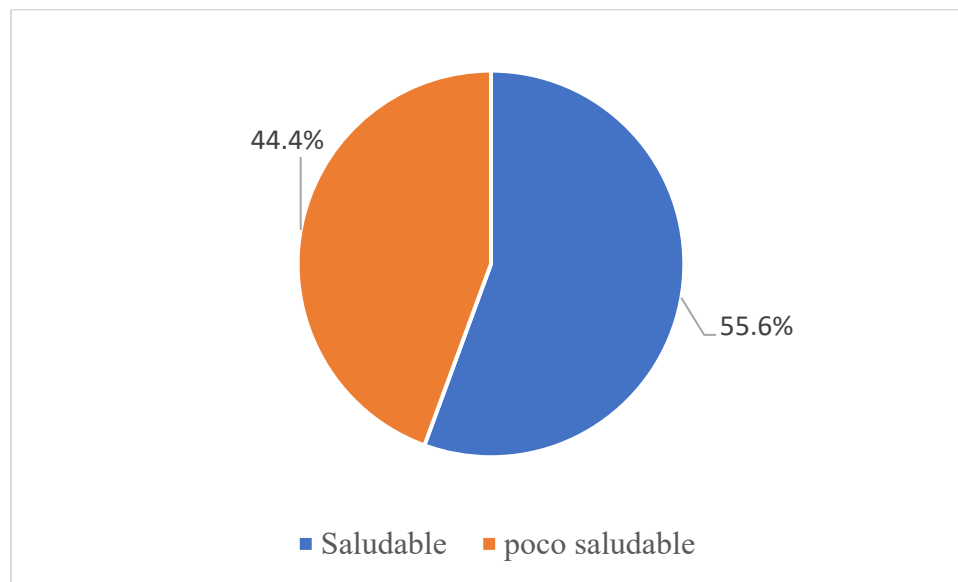
Este resultado es consistente con investigaciones en trabajadores del sector salud en Colombia. Un estudio en una IPS del suroccidente del país encontró que el 78% del personal no

cumplía con las recomendaciones de actividad física, a pesar de su conocimiento teórico sobre sus beneficios (Rodríguez y Pardo, 2020). Asimismo, González et al. (2021), destacaron que las estrategias más efectivas para reducir el sedentarismo en este grupo son aquellas que estructuran el tiempo para el ejercicio (ej. pausas activas guiadas) y cuentan con apoyo del liderazgo institucional.

El hecho de que solo el 16.7% realice actividad física con frecuencia sugiere que el programa debe ir más allá de la educación y enfocarse en intervenciones estructurales, como la incorporación de sesiones breves de ejercicio durante la jornada laboral, desafíos grupales de pasos diarios o alianzas con espacios deportivos cercanos. La evidencia demuestra que los programas de actividad física en el lugar de trabajo pueden aumentar la adherencia hasta en un 40% cuando son voluntarios, accesibles y socialmente reforzados (Conn, et ál., 2009).

Alimentación y consumos de frutas y verduras. La alimentación inadecuada es uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, siendo responsable de más del 20% de las muertes cardiovasculares a nivel global (Afshin, et ál., 2019). Una dieta rica en frutas, verduras, granos enteros y baja en sal, azúcares añadidos y grasas saturadas es fundamental para la prevención primaria y secundaria de ECV. La OMS recomienda el consumo de al menos 400 g diarios de frutas y verduras (equivalente a cinco porciones) para reducir el riesgo de enfermedades crónicas (WHO, 2020).

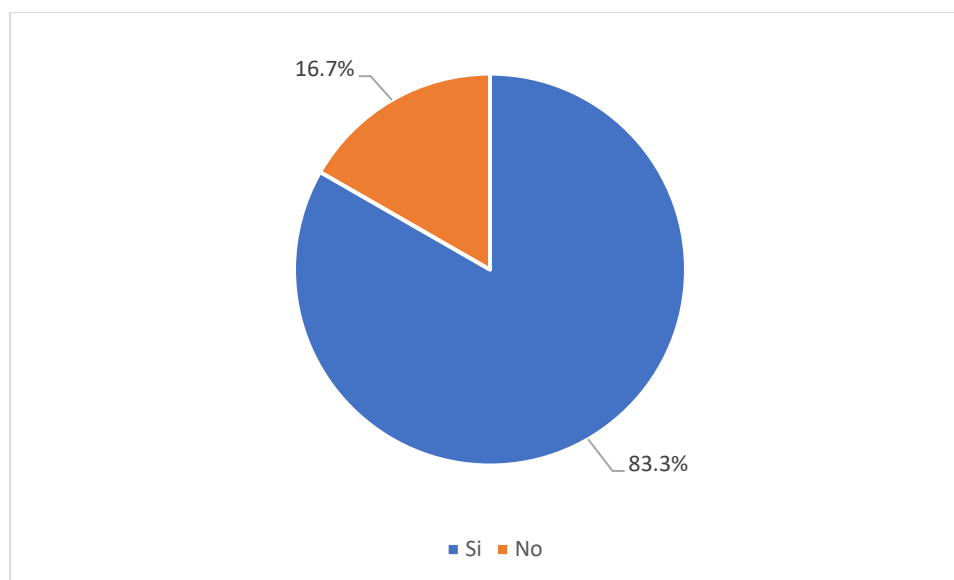
En este estudio, se indagó sobre la percepción de la alimentación y el consumo de frutas y verduras. Respecto a la percepción de la alimentación diaria, el 55.6% (10 de 18) la considera saludable, mientras que el 44.4% (8 de 18) la califica como poco saludable (Figura 2). En cuanto al consumo de frutas o verduras, el 83.3% (15 de 18) consume al menos una vez al día, y solo el 16.7% (3 de 18) no lo hace (Figura 3).

Figura 2. *Percepción de la alimentación saludable por parte de los colaboradores.*

La figura muestra el porcentaje de autopercepción sobre la calidad de la alimentación diaria.

Estos resultados revelan una disonancia entre percepción, comportamiento mínimo y calidad nutricional real. Aunque el 83.3% consume frutas o verduras al menos una vez al día, esta frecuencia no garantiza el cumplimiento de la recomendación de cinco porciones diarias. Además, el 44.4% considera su alimentación poco saludable, lo cual sugiere que, pese a un comportamiento mínimo, existe una conciencia de deficiencias en la dieta, como el exceso de alimentos ultraprocesados, sal o azúcares.

Este hallazgo es consistente con estudios en trabajadores de salud en Colombia, donde se ha observado una brecha entre conocimiento teórico y práctica alimentaria, especialmente en contextos de alta carga laboral (González, et ál., 2021). Un estudio en Montería encontró que, aunque el 80% del personal de salud consumía frutas ocasionalmente, solo el 35% alcanzaba las cinco porciones diarias recomendadas (Universidad de Córdoba, 2022).

Figura 3. Consumo de frutas o verduras por parte de los colaboradores al menos una vez al día.

La figura ilustra la proporción de trabajadores que incluyen frutas o verduras en su dieta diaria. Datos obtenidos del diagnóstico de estilos de vida.

La educación nutricional basada en la práctica es clave para transformar esta percepción en acción. Estrategias como talleres de planificación de menús, lectura de etiquetas nutricionales y preparación de comidas rápidas y saludables han demostrado ser efectivas en entornos laborales (Conn et al., 2009). Dado que el 61.1% de los colaboradores prioriza la educación nutricional como componente del programa (pregunta 18), este hallazgo debe ser el eje central de la intervención.

Consumo de sustancias (tabaco y alcohol). El consumo de sustancias psicoactivas, particularmente el tabaquismo y el alcohol, constituye uno de los principales factores de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (ECV), asociándose directamente con el incremento de la presión arterial, la disfunción endotelial, la inflamación sistémica y el desarrollo de aterosclerosis (World Health Organization [WHO], 2021). En este contexto, la

evaluación del consumo de estas sustancias en el entorno laboral permite identificar poblaciones vulnerables y diseñar intervenciones preventivas focalizadas.

En la presente encuesta aplicada a los colaboradores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S., se indagó sobre el consumo actual de cigarrillos y dispositivos electrónicos (vapeadores), así como sobre el patrón de consumo de bebidas alcohólicas. Los resultados revelan que el 100% de los participantes ($n = 18$) declaró no fumar ni usar vapeadores, lo cual representa un hallazgo altamente favorable para la salud cardiovascular de la población estudiada.

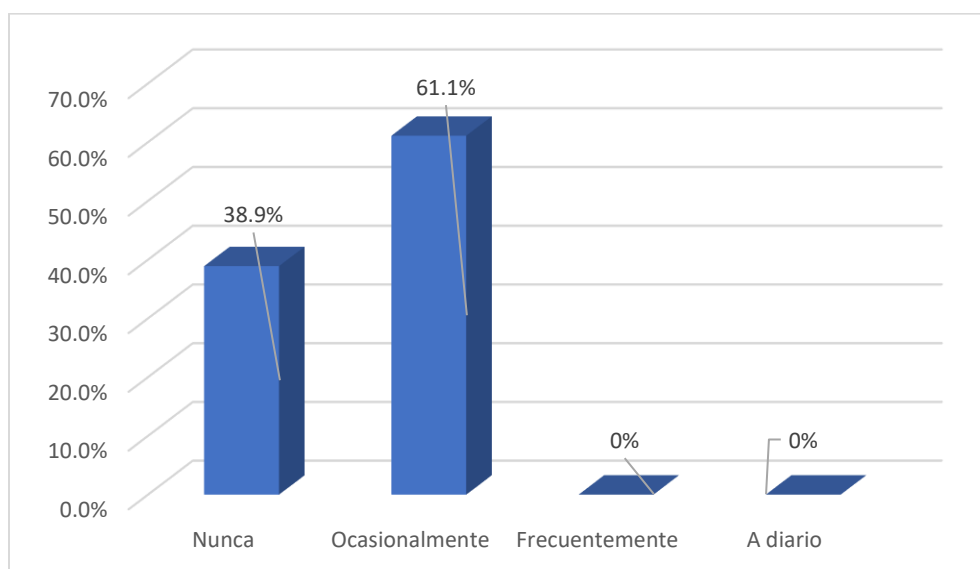
Este resultado contrasta positivamente con estudios previos en trabajadores del sector salud, donde el consumo de tabaco, aunque menor que en la población general, sigue siendo un problema de salud pública. Por ejemplo, un estudio realizado en hospitales de Bogotá encontró que el 8.2% del personal de salud fumaba regularmente, siendo más prevalente en personal administrativo y de servicios generales (González, et ál., 2021). En el contexto internacional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022), reporta que, en promedio, entre el 5% y el 12% de los trabajadores de la salud en América Latina son fumadores activos, lo cual subraya la importancia de mantener políticas de cero tabaco en instituciones de salud.

La ausencia total de consumo de tabaco en esta muestra puede atribuirse a múltiples factores, entre ellos: el alto nivel de formación académica (88.9% con nivel técnico o profesional), la cultura institucional de autocuidado y la normatividad interna que desincentiva el consumo en el entorno laboral. No obstante, es importante destacar que esta información se basa en autoreporte, lo cual puede estar influenciado por el deseo de dar una imagen socialmente deseable, especialmente en un entorno sanitario (Conn, et ál., 2009). Por ello, aunque el resultado es alentador, debe acompañarse de estrategias de prevención secundaria, como campañas educativas sobre riesgos del tabaquismo pasivo y apoyo para posibles exfumadores no declarados.

Respecto al consumo de alcohol, los resultados indican que el 38.9% ($n = 7$) de los colaboradores no consume bebidas alcohólicas, mientras que el 61.1% ($n = 11$) lo hace ocasionalmente. No se reportó consumo frecuente ni diario (Figura 4).

Este patrón de consumo ocasional se alinea con recomendaciones que consideran que el consumo ligero a moderado puede no representar un riesgo cardiovascular significativo, siempre que no se acompañe de episodios de consumo excesivo en una sola ocasión (*binge drinking*) (WHO, 2021). Sin embargo, estudios recientes han cuestionado incluso este supuesto beneficio, demostrando que cualquier nivel de consumo de alcohol incrementa el riesgo de accidente cerebrovascular y cardiopatía isquémica (Wood et al., 2018). Un metaanálisis publicado en *The Lancet*, basado en datos de 599 estudios y más de 28 millones de personas, concluyó que el nivel de consumo más seguro para la salud cardiovascular es cero bebidas alcohólicas (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018).

Figura 4. Patrón de consumo de bebidas alcohólicas en colaboradores de la IPS Sanarte.



Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de alcohol reportada por el personal.
Datos obtenidos del diagnóstico de estilos de vida

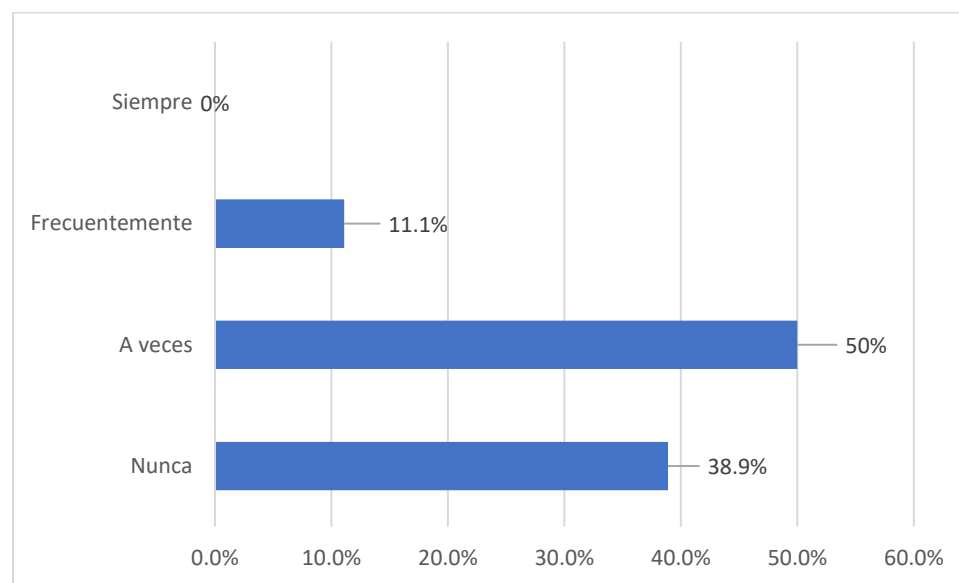
En el contexto colombiano, el consumo de alcohol en el entorno laboral ha sido identificado como un factor de riesgo psicosocial, especialmente en sectores con alta carga emocional. Un estudio en trabajadores de salud del Caribe colombiano encontró que el 45% consumía alcohol ocasionalmente, y que este hábito se asociaba con mayor percepción de estrés y menor calidad del sueño (Vélez y Ramírez, 2019). En este sentido, aunque el 61.1% de los colaboradores de Sanarte declara consumo ocasional, es fundamental monitorear este comportamiento como parte del programa de hábitos saludables, especialmente considerando que el 61.1% también reporta sentir estrés laboral en algún grado (pregunta 12), lo cual podría predisponer a un aumento del consumo como mecanismo de afrontamiento.

Estrés laboral. El estrés laboral crónico ha sido reconocido como un factor de riesgo psicosocial significativo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (ECV), asociándose con alteraciones neuroendocrinas, inflamación sistémica, hipertensión arterial y disfunción endotelial (World Health Organization [WHO], 2021). En el sector salud, este riesgo se intensifica por condiciones como la alta carga emocional, la responsabilidad clínica, las jornadas extensas y la exposición continua a situaciones de crisis, lo que lo convierte en un determinante crítico del bienestar del talento humano (Ministerio del Trabajo, 2019).

En esta investigación, se indagó sobre la percepción del estrés laboral mediante la pregunta: “¿Siente que su trabajo le genera altos niveles de estrés?”. Los resultados muestran que, de los 18 colaboradores encuestados, el 38.9% (n = 7) declaró no sentir estrés laboral, el 50.0% (n = 9) lo siente “a veces”, el 11.1% (n = 2) lo siente “frecuentemente” y ninguno lo siente “siempre” (Figura 5).

Estos hallazgos indican que, si bien no existe una percepción de estrés crónico generalizada, el 61.1% de los colaboradores (11 de 18) experimenta estrés en algún grado, lo cual constituye una señal de alerta temprana para la salud cardiovascular. La categoría “a veces” sugiere un estrés intermitente, que, aunque no sea constante, puede acumularse y desencadenar efectos fisiológicos adversos si no se gestionan adecuadamente los mecanismos de afrontamiento.

Figura 5. *Percepción de estrés laboral en colaboradores de la IPS Sanarte*



Niveles de estrés auto-percibido por los trabajadores en relación con sus funciones laborales. Datos obtenidos del diagnóstico situacional

Este resultado es consistente con estudios previos en trabajadores del sector salud en Colombia. Por ejemplo, Vélez y Ramírez (2019) encontraron que el 64% de los empleados de salud en el Caribe colombiano reportaba niveles moderados de estrés, asociados con sobrecarga de funciones y falta de reconocimiento. Asimismo, un estudio en una clínica del Valle del Cauca mostró que, aunque el estrés no era percibido como “constante”, su presencia intermitente se

relacionaba con mayor incidencia de trastornos del sueño, ansiedad y conductas no saludables como el consumo ocasional de alcohol (Rodríguez y Pardo, 2020).

Desde la perspectiva del riesgo cardiovascular, el estrés laboral, incluso en su forma intermitente, puede actuar como un potenciador de otros factores de riesgo. Por ejemplo, el 55.6% de los colaboradores de Sanarte reporta antecedentes personales o familiares de ECV (pregunta 11), lo cual aumenta su vulnerabilidad. Además, el 83.3% presenta actividad física insuficiente (pregunta 6), y el 44.4% considera su alimentación poco saludable (pregunta 7). En este contexto, el estrés puede exacerbar el impacto de estos factores, generando un efecto sinérgico que incrementa exponencialmente el riesgo cardiovascular (Kivimäki et al., 2020).

La ausencia de respuestas en la categoría “siempre” es un hallazgo positivo, ya que podría indicar la presencia de factores protectores, como el apoyo social, la estabilidad emocional o la satisfacción laboral parcial. No obstante, es importante destacar que la autoevaluación del estrés puede estar subestimada, especialmente en profesionales de la salud, quienes tienden a normalizar la carga emocional como parte de su labor (González, et ál., 2021). Esta “normalización del estrés” puede llevar a una baja conciencia del riesgo, dificultando la búsqueda de ayuda o la adopción de estrategias de autocuidado.

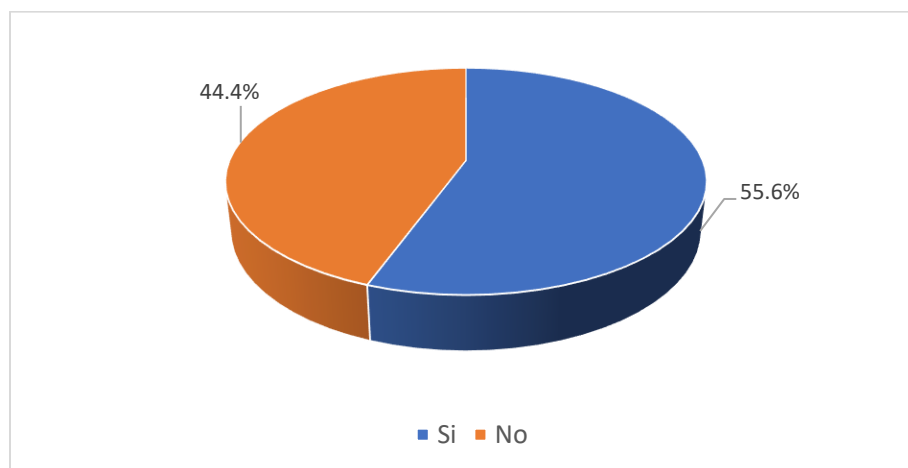
5.1.4 Factores de riesgos no modificables.

Antecedentes personales y familiares de enfermedades cardiovasculares. Los factores de riesgo no modificables para enfermedades cardiovasculares (ECV), como la edad, el sexo y los antecedentes personales o familiares, no pueden ser alterados por intervenciones conductuales, pero son cruciales para la estratificación del riesgo cardiovascular y para la planificación de estrategias de prevención primaria y secundaria (World Health Organization [WHO], 2021). En

particular, los antecedentes familiares de ECV son un marcador potente de predisposición genética y exposición temprana a factores ambientales adversos, mientras que los antecedentes personales indican una condición de alto riesgo inmediato (González y Ruiz, 2020).

En este estudio, se indagó sobre la presencia de antecedentes personales o familiares de enfermedades cardiovasculares mediante la pregunta: “¿Tiene antecedentes personales o familiares de enfermedades cardiovasculares?”. Los resultados revelan que el 55.6% de los colaboradores (n = 10) reportó tener antecedentes, mientras que el 44.4% (n = 8) indicó no tenerlos (Figura 6).

Figura 6. *Presencia de antecedentes personales o familiares de enfermedades cardiovasculares en colaboradores.*



Identificación de factores de riesgo no modificables (historial clínico y herencia genética) en la población trabajadora. Datos del diagnóstico situacional.

Este hallazgo es de alta relevancia clínica y ocupacional, ya que identifica a más de la mitad del personal como perteneciente a un grupo de riesgo cardiovascular elevado, independientemente de sus hábitos actuales. Según la American Heart Association (AHA, 2020), tener un familiar de primer grado (padre, madre, hermano) con enfermedad cardiovascular antes de los 55 años en

hombres o 65 en mujeres, duplica el riesgo de desarrollar ECV. Por tanto, este grupo requiere una atención prioritaria y estrategias de prevención más intensivas.

La alta prevalencia de antecedentes en esta muestra puede estar relacionada con factores comunes en la región Caribe colombiana, como la predisposición genética, los hábitos alimentarios tradicionales ricos en sal y grasas, y el sedentarismo, que se han asociado con un aumento en la incidencia de hipertensión, diabetes y obesidad (Instituto Nacional de Salud [INS], 2023). En este sentido, el contexto socio epidemiológico de Montería y Córdoba potencia el riesgo basal de la población trabajadora, lo cual exige intervenciones que no solo eduquen, sino que mitiguen activamente los factores modificables en quienes ya tienen una vulnerabilidad estructural.

Este resultado es consistente con estudios previos en trabajadores del sector salud en Colombia. Un estudio en una IPS del suroccidente del país encontró que el 58% del personal reportaba antecedentes familiares de hipertensión o infarto, lo cual se asoció con mayor ansiedad frente a su salud y menor adherencia a hábitos preventivos, especialmente en quienes no contaban con apoyo institucional (Rodríguez y Pardo, 2020). Asimismo, un informe de la Universidad de Córdoba (2022), sobre trabajadores de salud en Montería evidenció que los antecedentes familiares de ECV eran el segundo factor de riesgo más frecuente después del sedentarismo, lo que subraya la necesidad de integrar este dato en programas de salud ocupacional.

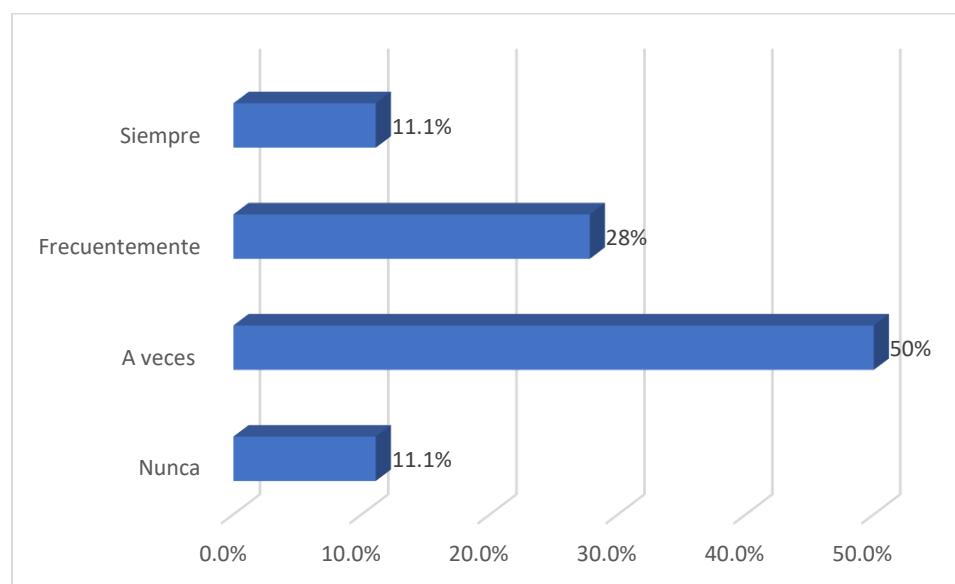
Es importante destacar que, aunque esta pregunta no desagrega si los antecedentes son personales o familiares, ambos escenarios tienen implicaciones significativas. Los antecedentes personales (como hipertensión, dislipidemia o diabetes previa) indican la necesidad de prevención secundaria, mientras que los familiares señalan la urgencia de prevención primaria intensificada. En ambos casos, la intervención debe ir más allá de la educación general y orientarse hacia acciones personalizadas, seguimiento clínico básico y empoderamiento del autocuidado.

5.1.5 Percepciones y condiciones laborales relacionadas con el bienestar

El bienestar laboral no depende únicamente de intervenciones individuales, sino de un entorno organizacional que promueva, apoye y legitime el autocuidado. Factores como la percepción de apoyo institucional, la disponibilidad de tiempo, el clima de trabajo y la motivación son determinantes clave para la adopción sostenible de hábitos saludables (World Health Organization [WHO], 2021). En este sentido, el diagnóstico situacional debe ir más allá de los comportamientos individuales y explorar las condiciones sociales y estructurales que facilitan o dificultan el cambio.

Apoyo organizacional para el autocuidado. En este estudio, se indagó sobre el apoyo percibido por parte de superiores o compañeros mediante la pregunta: “¿Siente apoyo por parte de sus superiores o compañeros para mantener hábitos saludables?”. Los resultados muestran que el 61.1% de los colaboradores (11 de 18) siente este apoyo solo “a veces” o “nunca”, mientras que el 38.9% (7 de 18) lo percibe “frecuentemente” o “siempre” (Figura 7).

Este hallazgo indica que, aunque existe un núcleo de apoyo, la mayoría de los colaboradores no percibe un respaldo constante de su entorno laboral para mantener hábitos saludables. Esta brecha es crítica, ya que múltiples estudios han demostrado que el apoyo social en el trabajo es un predictor significativo de la adherencia a programas de salud (González et al., 2021). La falta de este respaldo puede generar desmotivación, aislamiento y percepción de que el autocuidado es una responsabilidad individual, no institucional.

Figura 7. *Percepción de apoyo social para el autocuidado en colaboradores de la IPS Sanarte.*

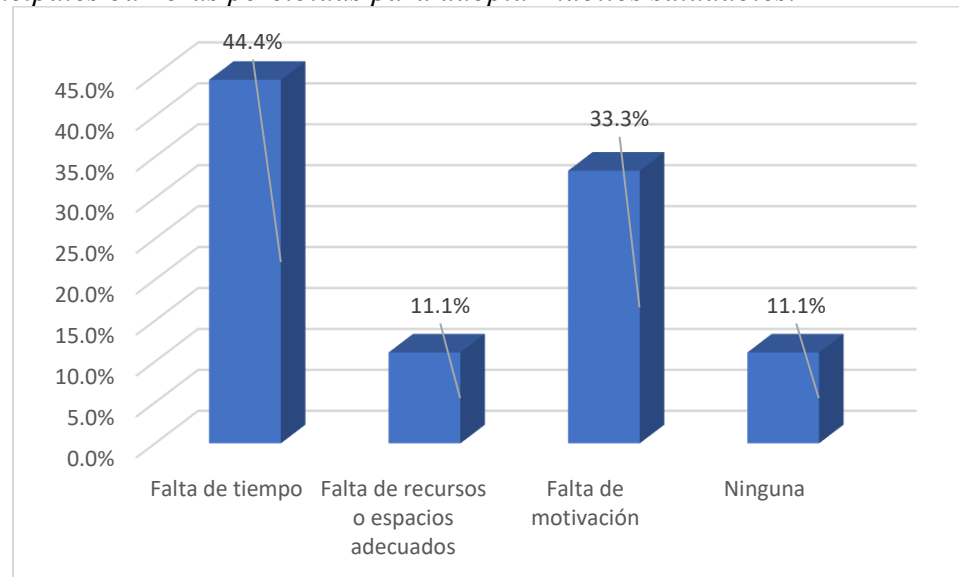
Nivel de respaldo percibido por los empleados por parte de sus compañeros y jefes para el mantenimiento de hábitos saludables. Datos del diagnóstico situacional

Este resultado contrasta con la pregunta 13, donde el 61.1% considera que la empresa promueve hábitos saludables, lo cual sugiere una disociación entre política institucional y práctica cotidiana. Es posible que existan acciones a nivel estructural (como campañas ocasionales), pero que no se traduzcan en un liderazgo visible ni en una cultura de acompañamiento. Este fenómeno ha sido documentado en otras IPS privadas del Caribe colombiano, donde las iniciativas de bienestar se perciben como aisladas, no sostenidas ni integradas al día a día laboral (Rodríguez y Pardo, 2020).

Barreras percibidas para adoptar hábitos saludables. Respecto a las barreras, los resultados indican que, de las 18 respuestas, el 44.4% (8 colaboradores) identificó la “falta de tiempo” como principal obstáculo, seguida por la “falta de motivación” (33.3%, $n = 6$), la “falta

de recursos o espacios adecuados” (11.1%, n = 2) y el “ninguna barrera” (11.1%, n = 2) (Figura 8).

Figura 8. *Principales barreras percibidas para adoptar hábitos saludables.*



Obstáculos identificados por los colaboradores que dificultan la implementación de estilos de vida saludable. Datos del diagnóstico situacional

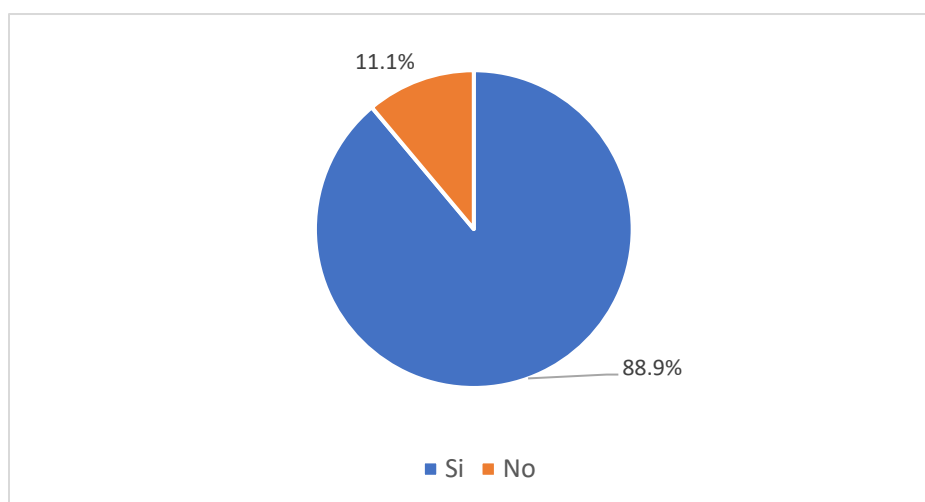
Este hallazgo es altamente revelador. Aunque en la pregunta 14 el 83.3% declaró disponer de tiempo suficiente para pausas activas, el hecho de que la “falta de tiempo” sea la principal barrera sugiere que el tiempo no es percibido como “legitimado” para el autocuidado. Es decir, aunque la jornada lo permita, los colaboradores pueden sentir que no es “aceptable” detenerse para realizar actividad física o descansar activamente, especialmente si no hay un respaldo explícito del liderazgo (Vélez y Ramírez, 2019).

La “falta de motivación” como segunda barrera refuerza la necesidad de un programa que no solo eduque, sino que inspire, acompañe y reconozca los avances. Estrategias como desafíos

grupales, reconocimiento simbólico o participación activa en el diseño del programa pueden aumentar la motivación intrínseca (Deci y Ryan, 2000).

Interés en participar en un programa institucional. Finalmente, respecto al interés en participar en un programa institucional, el 88.9% de los colaboradores (16 de 18) expresó un rotundo “sí”, mientras que solo el 11.1% (2 de 18) indicó “no” (Figura 9).

Figura 9. *Interés en participar en un programa de hábitos saludables institucional.*



Disposición manifestada por el personal para vincularse a las actividades de bienestar propuestas por la empresa. Datos del diagnóstico situacional.

Este resultado es uno de los más alentadores del diagnóstico, ya que evidencia una alta disposición al cambio y una demanda clara de intervención estructurada. Un interés del 88.9% no es solo un dato estadístico, sino una legitimación social del programa por parte del personal. Este nivel de aceptación es superior al reportado en estudios previos, donde entre el 60% y el 75% de los trabajadores mostraban interés en programas de bienestar (Proper y van Mechelen, 2008).

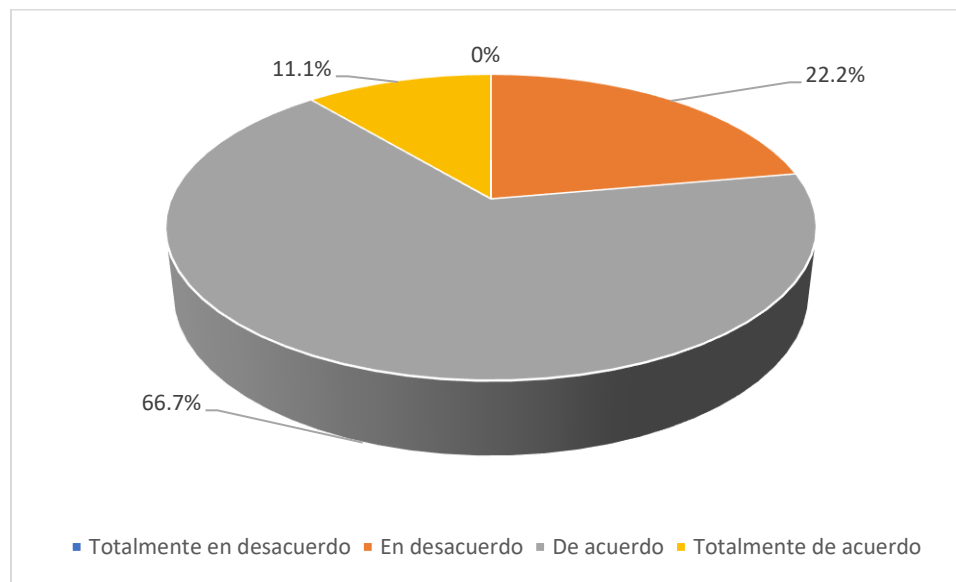
Este hallazgo justifica plenamente la implementación del programa y debe ser un pilar central en su diseño, comunicación y evaluación. No se trata de una imposición, sino de una respuesta a una necesidad percibida y expresada.

5.1.6 Percepción de la promoción institucional de hábitos de vida saludable

El apoyo institucional explícito es un determinante fundamental para la sostenibilidad de los programas de promoción de la salud en el trabajo. La percepción de que la organización valora y fomenta el bienestar del talento humano se asocia directamente con una mayor participación, compromiso y adherencia a las intervenciones (Proper y van Mechelen, 2008). En este sentido, indagar sobre la percepción de promoción institucional permite evaluar la cultura organizacional en salud y su alineación con los principios del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

En esta encuesta, se indagó: “¿Considera que la empresa promueve hábitos saludables en el lugar de trabajo?”. Los resultados muestran que el 61.1% de los colaboradores (11 de 18) considera que la empresa promueve hábitos saludables (entre “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”), mientras que el 38.9% (7 de 18) tiene una percepción negativa (entre “en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo”) (Figura 10).

Este hallazgo revela una brecha significativa en la experiencia de bienestar laboral: aunque existe una mayoría favorable, casi cuatro de cada diez colaboradores no perciben una promoción activa de la salud por parte de la organización. Esta disonancia puede deberse a múltiples factores, como la falta de visibilidad de las acciones existentes, la ausencia de una estrategia estructurada o la inconsistencia entre el discurso institucional y las prácticas cotidianas.

Figura 10. *Percepción de la promoción de hábitos saludables por parte de la empresa*

Evaluación que hacen los colaboradores sobre las acciones y políticas actuales de la IPS Sanarte para el fomento del bienestar. Datos del diagnóstico situacional.

Este resultado es consistente con estudios en instituciones de salud del Caribe colombiano, donde, a pesar de la existencia de campañas ocasionales, la mayoría de los trabajadores perciben que las iniciativas de bienestar carecen de continuidad y no están integradas al SG-SST (Rodríguez y Pardo, 2020). La norma ISO 45001:2018 enfatiza que la promoción de la salud debe ser un proceso sistemático, liderado desde la alta dirección y con participación activa de los trabajadores (ISO, 2018). La percepción negativa de un 38.9% sugiere que, si bien pueden existir acciones aisladas, no se ha consolidado un sistema articulado de promoción de la salud.

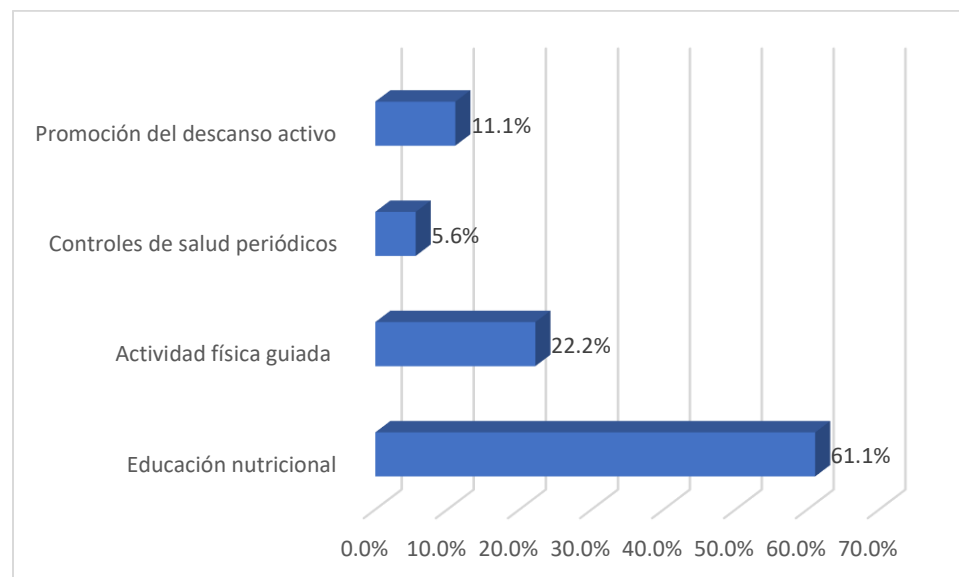
Este hallazgo justifica plenamente la necesidad de diseñar un programa formal, visible y sostenible, que no solo intervenga hábitos individuales, sino que transforme la cultura organizacional en salud, alineándose con el ciclo PHVA del SG-SST.

5.1.7 Priorización de componentes para el programa institucional

La participación de los trabajadores en el diseño de programas de salud es un principio clave del enfoque centrado en el cliente, promovido por la ISO 9001:2015 (ISO, 2015), y un predictor de éxito en intervenciones de bienestar laboral (Conn et al., 2009). Conocer cuáles son los componentes que los colaboradores consideran más importantes permite diseñar un programa pertinente, aceptado y alineado con sus necesidades reales.

En este estudio, se preguntó: “¿Cuál de los siguientes componentes considera más importante incluir en un programa de hábitos saludables institucional?”. Los resultados indican que el 61.1% (n = 11) prioriza la educación nutricional, seguida por la actividad física guiada (22.2%, n = 4), la promoción del descanso activo (11.1%, n = 2) y los controles de salud periódicos (5.6%, n = 1) (Figura 11).

Figura 11. Componente prioritario para un programa de hábitos saludables según los colaboradores



Preferencias temáticas manifestadas por los trabajadores para orientar el enfoque principal de las actividades de intervención. Datos del diagnóstico situacional.

Este resultado es altamente revelador. Aunque el 83.3% de los colaboradores consume frutas o verduras al menos una vez al día (pregunta 8), la priorización de la educación nutricional sugiere una brecha entre el comportamiento mínimo y la percepción de calidad o conocimiento práctico. Los colaboradores no solo necesitan acceso a alimentos saludables, sino herramientas para planificar comidas equilibradas, interpretar etiquetas nutricionales y adoptar patrones alimentarios sostenibles en el contexto de sus jornadas laborales.

Este hallazgo contrasta con la baja priorización de los controles de salud (5.6%), a pesar de que el 55.6% reporta antecedentes cardiovasculares. Esto puede deberse a una falta de conciencia sobre la importancia de la prevención secundaria o a temores relacionados con los resultados de los exámenes. No obstante, los controles de salud son esenciales para la estratificación del riesgo y deben incluirse como un componente obligatorio del programa, aunque no sea el más demandado.

La priorización de la actividad física guiada (22.2%) y el descanso activo (11.1%) refuerza la necesidad de estructurar el tiempo para el autocuidado, como se evidenció en la pregunta 14, donde el 83.3% dijo disponer de tiempo, pero el 44.4% lo percibe como una barrera.

5.1.8 Percepción institucional – Hallazgos de las entrevistas semiestructuradas

Para complementar el diagnóstico situacional basado en la encuesta aplicada a los colaboradores, se realizaron tres entrevistas semiestructuradas con actores clave de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.: Coordinador del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST), Coordinadora Asistencial y Directivo institucional. Estas entrevistas tuvieron

como propósito explorar la percepción institucional sobre el riesgo cardiovascular, la cultura de bienestar laboral y la viabilidad de un programa de hábitos saludables.

Los testimonios recogidos confirman y profundizan los hallazgos del análisis cuantitativo, validando la necesidad de implementar un programa estructurado bajo el ciclo PHVA del SG-SST.

Percepción del riesgo cardiovascular. El Coordinador del SG-SST, reconoció que, aunque no existe un seguimiento formal, observa factores de riesgo frecuentes en el personal: *"Sabemos que hay colaboradores con hipertensión, diabetes y sobrepeso, pero no tenemos un programa que los acompañe más allá de las revisiones ocupacionales obligatorias"*. Esta declaración evidencia una conciencia del riesgo individual, pero también una falta de estrategia preventiva proactiva, lo cual concuerda con el 55.6% de colaboradores con antecedentes cardiovasculares identificado en la encuesta.

Estado actual de la promoción de hábitos saludables. Las entrevistas revelaron que, si bien existen iniciativas ocasionales (como charlas o campañas puntuales), no hay un programa institucional formalizado ni articulado con el SG-SST. La coordinadora asistencia señaló: *"Hacemos actividades cuando surge la idea, pero no hay continuidad, ni cronograma, ni responsables definidos"*. Este vacío operativo refuerza el hallazgo de la encuesta, donde el 38.9% de los colaboradores considera que la empresa no promueve hábitos saludables, a pesar de que el 61.1% sí lo percibe. La ausencia de una política clara genera inconsistencia en la experiencia de bienestar laboral.

Cultura organizacional y participación. Respecto a la cultura de autocuidado, el directivo institucional manifestó: *"Sí existe una cultura de bienestar, pero tenemos que reforzarla y fomentarla en todos los colaboradores"*. Esta afirmación es alentadora, ya que indica una base institucional favorable para la implementación del programa. Además, destacó que la participación

en actividades ha tenido "buena acogida", lo cual respalda el alto interés (88.9%) expresado por los trabajadores en participar en un programa institucional.

No obstante, se identificó una barrera crítica: la falta de mecanismos de reconocimiento. Este mismo directivo propuso: *"Una de las estrategias para tener mejor participación sería implementar incentivos... no necesariamente económicos, pero que motiven al colaborador a cumplir sus metas de salud"*. Esta sugerencia es clave, ya que coincide con la barrera de “falta de motivación” (33.3%) reportada en la encuesta, y orienta directamente el diseño de componentes de engagement en el programa.

Viabilidad y sostenibilidad del programa. Todos los entrevistados coincidieron en que un programa de hábitos saludables es necesario, viable y bienvenido, siempre que sea:

- Articulado con el SG-SST.
- Progresivo y sin carga adicional para el personal.
- Con liderazgo visible y participación activa.

La coordinadora de SG-SST, como responsable se comprometió a liderar su implementación: *"Si el programa está bien diseñado y tiene apoyo de la gerencia, lo podemos incorporar a nuestro plan anual de actividades"*. Esta disposición es fundamental para la sostenibilidad institucional del programa.

Tabla 7. *Síntesis de los hallazgos cualitativos*

Hallazgos en Entrevista	Relación con Datos Cuantitativos	Implicación para el Programa
Ausencia de programa formal	Solo el 61.1% percibe promoción de hábitos	Justifica la necesidad de un diseño estructurado
Reconocimiento del riesgo cardiovascular	55.6% tiene antecedentes	Refuerza la urgencia de prevención primaria y secundaria
Cultura de bienestar incipiente	88.9% desea participar en el programa	Apoya la alta disposición al cambio

Necesidad de incentivos	33.3% señala "falta de motivación" como barrera	Sugiere incluir estrategias de reconocimiento no económico
Disposición del Coordinador SST	El programa requiere liderazgo técnico	Garantiza viabilidad operativa y articulación con el SG-SST

Nota: matriz de triangulación que contrasta la percepción directiva con los resultados estadísticos del diagnóstico a trabajadores.

Este análisis cualitativo demuestra que el programa "Corazón en Acción" no solo responde a una necesidad empírica, sino que también cuenta con el apoyo estratégico y operativo de los líderes institucionales, lo cual maximiza sus posibilidades de éxito y sostenibilidad.

5.1.9 Síntesis del Objetivo 1

El análisis realizado en este apartado permite caracterizar de manera integral los factores de riesgo cardiovascular y los hábitos de vida actuales de los colaboradores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S., como insumo fundamental para el diseño de un programa de hábitos saludables. Los hallazgos evidencian una población laboral mayoritariamente femenina (88.9%), con un alto nivel educativo (88.9% con formación técnica o profesional), y una distribución de edades que concentra el 66.7% entre los 25 y 40 años, con un 33.3% mayor de 40 años, grupo con mayor predisposición a enfermedades cardiovasculares (World Health Organization [WHO], 2021).

En cuanto a los factores de riesgo modificables, se identifican brechas críticas que demandan intervención inmediata. El 83.3% de los colaboradores presenta actividad física insuficiente, por debajo de las recomendaciones de la OMS (2020), un hallazgo consistente con estudios en trabajadores del sector salud en Colombia (González, et ál., 2021). Aunque el 83.3% consume frutas o verduras al menos una vez al día, el 44.4% califica su alimentación como poco

saludable, lo que indica una disonancia entre comportamiento mínimo y percepción de calidad nutricional, una brecha que debe abordarse con educación nutricional práctica y contextualizada (Rodríguez y Pardo, 2020).

El consumo de sustancias muestra un perfil de bajo riesgo: 0% de tabaquismo actual, lo cual es un hallazgo altamente positivo, y 61.1% de consumo ocasional de alcohol, sin reportes de consumo frecuente o diario. No obstante, estudios recientes han demostrado que cualquier nivel de consumo de alcohol incrementa el riesgo cardiovascular, por lo que este comportamiento debe monitorearse como parte de la prevención primaria (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018).

El estrés laboral es un factor de riesgo psicosocial presente en el 61.1% de los colaboradores, quienes lo perciben como “a veces” o “frecuentemente”. Este dato es especialmente preocupante cuando se combina con el 55.6% que reporta antecedentes personales o familiares de enfermedades cardiovasculares, lo cual duplica el riesgo de eventos adversos (American Heart Association [AHA], 2020). El estrés crónico, incluso en su forma intermitente, actúa como un potenciador de otros factores de riesgo, generando un efecto sinérgico que incrementa exponencialmente la vulnerabilidad cardiovascular (Kivimäki, et ál., 2020).

En el ámbito organizacional, se identifican fortalezas y desafíos clave. Por un lado, el 61.1% considera que la empresa promueve hábitos saludables, lo que indica una base institucional favorable. Por otro, el 38.9% no lo percibe así, lo que revela una brecha de percepción entre política y práctica. Además, aunque el 83.3% considera tener tiempo para pausas activas, la “falta de tiempo” es la principal barrera percibida (44.4%), lo que sugiere que el tiempo no es percibido como “legitimado” para el autocuidado, especialmente si no hay un respaldo explícito del liderazgo (Vélez y Ramírez, 2019).

El apoyo social también es limitado: el 61.1% siente apoyo solo “a veces” o “nunca” por parte de sus superiores o compañeros, un hallazgo que debilita la sostenibilidad de los hábitos saludables. No obstante, el 88.9% de los colaboradores expresa interés en participar en un programa institucional, lo cual constituye una alta disposición al cambio y una demanda clara de intervención estructurada.

Finalmente, la priorización de componentes muestra que el 61.1% considera más importante la educación nutricional, seguida por la actividad física guiada (22.2%), lo que guía directamente el diseño del programa hacia una estrategia centrada en el conocimiento práctico y la acción estructurada.

En conjunto, estos hallazgos permiten concluir que, aunque existen fortalezas importantes (como la ausencia de tabaquismo y el alto interés en participar), la mayoría de los colaboradores enfrentan múltiples factores de riesgo cardiovascular, tanto individuales como organizacionales, que requieren una intervención sistémica, articulada con el SG-SST y fundamentada en el ciclo PHVA. Este diagnóstico no solo justifica la necesidad del programa, sino que proporciona los insumos precisos para su diseño, priorización y evaluación.

5.2 Objetivo 2. Análisis de brechas entre los hábitos de vida actuales y las recomendaciones internacionales y nacionales

El diagnóstico situacional realizado en la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S. evidenció múltiples factores de riesgo cardiovascular modificables y condiciones laborales que afectan el bienestar del talento humano. Sin embargo, para transformar estos hallazgos en acciones estratégicas, es fundamental realizar un análisis de brechas que permita identificar las diferencias entre la realidad actual y las buenas prácticas establecidas por organismos científicos y normativos.

Este enfoque, alineado con el ciclo PHVA del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), garantiza que el programa no se base en supuestos, sino en intervenciones fundadas en evidencia (Ministerio del Trabajo, 2019).

A continuación, se presentan las brechas más críticas identificadas.

5.2.1 Brecha en actividad física

La inactividad física es uno de los factores de riesgo más prevalentes en esta población, constituyendo una brecha significativa frente a las recomendaciones internacionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), establece que los adultos deben realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada, o 75 minutos de actividad vigorosa, distribuidos en al menos tres días a la semana, con el fin de reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y obesidad.

En este estudio, solo el 16.7% de los colaboradores (3 de 18) realiza actividad física 4 o más veces por semana, mientras que el 83.3% (15 de 18) no cumple con la recomendación mínima. Este hallazgo contrasta directamente con la meta de salud pública, lo que sitúa a la mayoría del personal en una condición de alto riesgo cardiovascular evitable.

Esta brecha es consistente con estudios en el sector salud colombiano. González et al. (2021), encontraron que el 78% del personal de salud no alcanza los niveles recomendados de actividad física, a pesar de su formación en salud, lo que evidencia una disociación entre conocimiento y práctica. La falta de estructura, liderazgo y legitimidad del tiempo para el autocuidado son factores que perpetúan esta brecha (Rodríguez y Pardo, 2020).

Desde el marco normativo, la Resolución 0312 de 2019 exige que las empresas implementen acciones para fomentar la actividad física como parte de los estilos de vida saludables

(Ministerio del Trabajo, 2019). Asimismo, la ISO 45001:2018 promueve la identificación de riesgos psicosociales y físicos derivados del sedentarismo prolongado (ISO, 2018). La ausencia de un programa estructurado de actividad física en la IPS Sanarte representa, por tanto, no solo una brecha en salud, sino también una oportunidad de mejora en el cumplimiento del SG-SST.

Tabla 8. *Cuantificación de la brecha en actividad física*

Parámetro	Valor
<i>Estándar de referencia</i>	≥150 min/semana de actividad física moderada (OMS, 2020)
<i>Situación actual</i>	83.3% no cumple la recomendación (solo 16.7% activo)
<i>Magnitud de la brecha</i>	66.6 puntos porcentuales por debajo del estándar ideal (100% cumplimiento)
<i>Nivel de impacto CV</i>	<i>Alto.</i> El sedentarismo incrementa el riesgo de infarto en 30% y de ACV en 20-30% (Kivimäki et al., 2020)
<i>Urgencia de intervención</i>	<i>Alta.</i> Requiere acción inmediata dada la prevalencia y el impacto cardiovascular directo
<i>Consecuencias de no intervenir</i>	Incremento progresivo del riesgo cardiovascular, mayor probabilidad de eventos cardíacos, aumento del ausentismo por enfermedad general
<i>Responsabilidad principal</i>	Compartida: Empresa (estructurar tiempo, pausas activas) / Trabajador (adherencia voluntaria)

Nota: análisis comparativo realizado entre los hallazgos del diagnóstico y los estándares de la OMS y la Resolución 0312 de 2019.

5.2.2 Brecha en alimentación y consumo de frutas y verduras

La alimentación es un pilar fundamental en la prevención de enfermedades cardiovasculares. La OMS recomienda el consumo de al menos 400 g diarios de frutas y verduras (equivalente a cinco porciones) para reducir el riesgo de hipertensión, obesidad y enfermedades crónicas (WHO, 2020). No obstante, en esta población, aunque el 83.3% (15 de 18) consume frutas o verduras al menos una vez al día, no se especifica la cantidad ni la variedad, por lo que es improbable que se alcance la recomendación de cinco porciones.

Además, el 44.4% (8 de 18) considera su alimentación como “poco saludable”, lo cual indica una percepción de deficiencia nutricional, a pesar de un comportamiento mínimo. Esta

disonancia entre conducta y percepción refleja una falta de educación nutricional práctica, que limita la capacidad de los colaboradores para planificar comidas equilibradas, interpretar etiquetas o elegir opciones saludables en contextos laborales reales.

Este hallazgo es consistente con investigaciones en trabajadores del sector salud, donde se ha observado que, aunque el conocimiento teórico sobre nutrición es alto, la aplicación en la vida diaria es baja, especialmente en jornadas extensas o con alto estrés (González, et ál., 2021). La Universidad de Córdoba (2022), encontró que solo el 35% del personal de salud en Montería alcanza las cinco porciones diarias recomendadas, lo que subraya la necesidad de intervenciones contextualizadas.

Desde el marco normativo, el Ministerio de Salud (2015), establece que las estrategias de promoción de hábitos saludables deben incluir educación nutricional basada en guías alimentarias. La brecha identificada justifica la inclusión de talleres prácticos, planificación de menús y estrategias de elección saludable como componentes esenciales del programa.

Tabla 9. Cuantificación de la brecha en alimentación

Parámetro	Valor
<i>Estándar de referencia</i>	≥5 porciones diarias de frutas y verduras (OMS, 2020)
<i>Situación actual</i>	83.3% consume al menos 1 porción/día, pero 44.4% percibe su alimentación como poco saludable; solo 35% alcanza las 5 porciones (U. de Córdoba, 2022)
<i>Magnitud de la brecha</i>	Aproximadamente 65 puntos porcentuales por debajo del consumo óptimo
<i>Nivel de impacto CV</i>	<i>Moderado-Alto.</i> La alimentación inadecuada es responsable del 20% de muertes CV globales (Afshin et al., 2019)
<i>Urgencia de intervención</i>	<i>Moderada.</i> Permite intervención progresiva mediante educación nutricional
<i>Consecuencias de no intervenir</i>	Persistencia de factores metabólicos de riesgo (obesidad, dislipidemia, hipertensión), progresión hacia síndrome metabólico
<i>Responsabilidad principal</i>	Compartida: Empresa (educación, opciones saludables) / Trabajador (elección alimentaria)

Nota: análisis comparativo realizado entre los hallazgos del diagnóstico y los estándares de la OMS y la Resolución 0312 de 2019.

5.2.3 Brecha en estrés laboral y bienestar psicosocial

El estrés laboral crónico ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud OMS (2021), como un riesgo psicosocial emergente, directamente asociado con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos y problemas de salud mental. La OMS define el estrés laboral como una respuesta fisiológica y emocional a las demandas del trabajo que exceden las capacidades o recursos del trabajador, especialmente cuando no existen mecanismos de afrontamiento adecuados.

En este estudio, el 61.1% de los colaboradores (11 de 18) reporta sentir estrés laboral “a veces” o “frecuentemente”, lo cual indica una exposición intermitente pero significativa a este factor de riesgo. Aunque nadie reportó sentirlo “siempre”, la prevalencia del 61.1% supera el umbral de alerta para la salud organizacional, especialmente en un sector de alta carga emocional como la salud.

Este hallazgo contrasta con las recomendaciones de la ISO 45001:2018, que exige la identificación, evaluación y control de riesgos psicosociales como parte del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) (ISO, 2018). Asimismo, la Resolución 0312 de 2019 del Ministerio del Trabajo colombiano establece que las empresas deben implementar estrategias para la gestión del estrés laboral, incluyendo la promoción de entornos saludables y el fomento de la salud mental (Ministerio del Trabajo, 2019).

La brecha radica en que, aunque el 61.1% percibe estrés, no se han implementado acciones estructuradas para su manejo. Este vacío se agrava al considerar que el 55.6% de los colaboradores tiene antecedentes personales o familiares de enfermedades cardiovasculares, lo que potencia el impacto del estrés sobre el sistema cardiovascular (Kivimäki, et ál., 2020). La ausencia de un

componente formal de manejo del estrés en la institución representa una omisión crítica en la prevención primaria.

Este resultado es consistente con estudios en el sector salud colombiano. Vélez y Ramírez (2019), encontraron que el 64% de los trabajadores de salud en el Caribe colombiano experimentaban estrés moderado, pero solo el 20% tenía acceso a programas de apoyo psicológico o estrategias de autocuidado institucionalizadas. Este desfase entre necesidad y oferta de bienestar psicosocial subraya la urgencia de integrar el manejo del estrés como un componente no negociable del programa.

La evidencia científica es contundente: intervenciones basadas en mindfulness, respiración consciente y pausas activas guiadas han demostrado reducir significativamente los niveles de cortisol y mejorar la resiliencia emocional en entornos laborales (Good, et ál., 2016). Por tanto, la brecha no es solo de presencia de estrés, sino de ausencia de herramientas institucionales para gestionarlo.

Tabla 10. *Cuantificación de la brecha en estrés laboral*

Parámetro	Valor
<i>Estándar de referencia</i>	Gestión activa de riesgos psicosociales con estrategias institucionalizadas (ISO 45001:2018; Res. 0312/2019)
<i>Situación actual</i>	61.1% experimenta estrés "a veces" o "frecuentemente"; 0% tiene acceso a programa estructurado de manejo
<i>Magnitud de la brecha</i>	61.1 puntos porcentuales de colaboradores expuestos sin herramientas de gestión
<i>Nivel de impacto CV</i>	<i>Alto.</i> El estrés crónico duplica el riesgo de eventos coronarios, especialmente en personas con antecedentes CV (55.6% de esta población)
<i>Urgencia de intervención</i>	<i>Alta.</i> La combinación estrés + antecedentes CV configura un perfil de alto riesgo
<i>Consecuencias de no intervenir</i>	Potenciación de otros factores de riesgo, deterioro de la salud mental, aumento de ausentismo, posibles eventos cardiovasculares
<i>Responsabilidad principal</i>	Principalmente empresa (condiciones laborales, carga, clima) / Trabajador (técnicas de afrontamiento)

Nota: análisis comparativo realizado entre los hallazgos del diagnóstico y los estándares de la OMS y la Resolución 0312 de 2019.

5.2.4 Brecha en apoyo institucional y cultura de bienestar

El apoyo organizacional es un determinante fundamental para la adopción y mantenimiento de hábitos saludables en el entorno laboral. La ISO 45001:2018 establece que el liderazgo y la participación activa de los trabajadores son pilares esenciales para la efectividad de los sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST), ya que, sin compromiso institucional, las intervenciones tienden a ser aisladas, poco sostenidas y con baja adherencia (ISO, 2018). Asimismo, la Resolución 0312 de 2019 exige que las acciones de promoción de la salud estén alineadas con el liderazgo, la cultura organizacional y la participación de los trabajadores (Ministerio del Trabajo, 2019).

En este diagnóstico, se indagó sobre la percepción de apoyo por parte de superiores o compañeros con la pregunta: “¿Siente apoyo por parte de sus superiores o compañeros para mantener hábitos saludables?”. Los resultados muestran que el 61.1% de los colaboradores (11 de 18) siente este apoyo solo “a veces” o “nunca”, mientras que solo el 38.9% (7 de 18) lo percibe “frecuentemente” o “siempre”.

Este hallazgo revela una brecha significativa en el clima organizacional de bienestar, a pesar de que el 61.1% considere que la empresa promueve hábitos saludables (pregunta 13). Esta disonancia sugiere que, aunque existen acciones institucionales, estas no se traducen en un respaldo interpersonal visible y constante. La falta de apoyo social puede generar desmotivación, aislamiento y la percepción de que el autocuidado es una responsabilidad individual, no colectiva.

Este resultado es consistente con estudios en el sector salud colombiano. Vélez y Ramírez (2019), encontraron que, aunque las instituciones implementan campañas ocasionales, el apoyo

del liderazgo directo (jefes inmediatos) es uno de los factores más débiles, lo cual limita la internalización de los hábitos saludables. Un estudio en una IPS del suroccidente del país mostró que las iniciativas de bienestar tienen mayor impacto cuando son modeladas por los líderes y acompañadas de reconocimiento social (Rodríguez y Pardo, 2020).

La brecha no es solo de percepción, sino de cultura organizacional. La OMS (2021), destaca que los entornos laborales saludables se construyen cuando el bienestar es una práctica cotidiana, no un evento aislado. En este caso, la alta disposición al cambio (88.9% desea participar en el programa) contrasta con la baja percepción de apoyo, lo que indica una oportunidad crítica para fortalecer el liderazgo transformacional en salud.

Este análisis justifica que el programa incluya estrategias de formación para líderes, actividades grupales que fomenten la cohesión y mecanismos de reconocimiento que legitimen el autocuidado como parte del desempeño laboral.

Tabla 11. *Cuantificación de la brecha en apoyo institucional*

Parámetro	Valor
<i>Estándar de referencia</i>	Liderazgo visible y participación activa como pilares del SG-SST (ISO 45001:2018)
<i>Situación actual</i>	61.1% percibe apoyo solo "a veces" o "nunca"; solo 38.9% siente respaldo frecuente
<i>Magnitud de la brecha</i>	61.1 puntos porcentuales sin percepción de apoyo constante
<i>Nivel de impacto CV</i>	<i>Moderado.</i> Factor indirecto que afecta la adherencia a conductas saludables
<i>Urgencia de intervención</i>	<i>Moderada.</i> Requiere intervención estructural en cultura organizacional
<i>Consecuencias de no intervenir</i>	Baja adherencia a cualquier programa implementado, percepción de autocuidado como responsabilidad individual, fracaso de intervenciones
<i>Responsabilidad principal</i>	Principalmente empresa (liderazgo, modelamiento, reconocimiento)

Nota: análisis comparativo realizado entre los hallazgos del diagnóstico y los estándares de la OMS y la Resolución 0312 de 2019.

5.2.5 Brecha entre el interés en participar y la acción real

El interés expresado por los colaboradores en participar en un programa de hábitos saludables es un indicador clave de disposición al cambio y aceptación institucional. En esta encuesta, el 88.9% de los colaboradores (16 de 18) manifestó su deseo de participar en un programa institucional, lo cual representa una alta motivación inicial y una oportunidad estratégica para implementar intervenciones sostenibles (Figura 6.17).

Sin embargo, esta disposición positiva contrasta con los bajos niveles de actividad física (83.3% inactivos o insuficientemente activos), la percepción de alimentación poco saludable (44.4%) y el estrés laboral reportado (61.1%), lo que evidencia una brecha crítica entre intención y comportamiento.

Este fenómeno, conocido en la literatura como la "intention-behavior gap", es común en intervenciones de salud pública, donde factores como la falta de tiempo, la falta de motivación y la ausencia de apoyo social impiden que las intenciones se traduzcan en acciones sostenibles (Sniehotta et al., 2014). En este estudio, las barreras más frecuentes reportadas fueron la falta de tiempo (44.4%) y la falta de motivación (33.3%), lo cual sugiere que, aunque existe interés, no se dispone de condiciones estructurales ni de refuerzo psicosocial para actuar.

Este hallazgo es consistente con estudios en entornos laborales, donde se ha demostrado que los programas de bienestar tienen mayor éxito cuando no solo generan interés, sino que también estructuran el tiempo, proporcionan acompañamiento y reconocen los avances (Proper y van Mechelen, 2008). La falta de tiempo, aunque contradicha por el 83.3% que dice disponer de tiempo para pausas activas, refleja una percepción de que el autocuidado no es "legitimado" en la jornada laboral, especialmente si no hay un respaldo explícito del liderazgo (Vélez y Ramírez, 2019).

Además, la falta de motivación como segunda barrera indica que el programa debe ir más allá de la educación y enfocarse en estrategias de engagement, como desafíos grupales, actividades lúdicas, reconocimiento simbólico y participación activa en el diseño. La teoría de la autodeterminación (Deci y Ryan, 2000) sostiene que la motivación intrínseca se fortalece cuando las personas sienten autonomía, competencia y conexión social, elementos que deben integrarse en el programa.

La Resolución 0312 de 2019 exige que las acciones de promoción de hábitos saludables sean adecuadas al perfil ocupacional y con participación activa de los trabajadores (Ministerio del Trabajo, 2019). Esta brecha entre interés y acción justifica que el programa no sea un diseño "top-down", sino co-creado con los colaboradores, para asegurar su pertinencia, aceptación y sostenibilidad.

Tabla 12. *Cuantificación de la brecha intención-comportamiento*

Parámetro	Valor
Estándar de referencia	Coherencia entre intención declarada y comportamiento efectivo
Situación actual	88.9% desea participar, pero 83.3% es inactivo, 44.4% come mal, 61.1% tiene estrés
Magnitud de la brecha	Entre 44 y 72 puntos porcentuales de diferencia entre intención y acción
Nivel de impacto CV	Moderado. Factor mediador que determina el éxito de cualquier intervención
Urgencia de intervención	Alta. Sin cerrar esta brecha, las demás intervenciones serán ineficaces
Consecuencias de no intervenir	Programas con alta deserción, inversión sin retorno, frustración institucional y personal
Responsabilidad principal	Compartida: Empresa (facilitar condiciones, motivar) / Trabajador (compromiso personal)

Nota: análisis comparativo realizado entre los hallazgos del diagnóstico y los estándares de la OMS y la Resolución 0312 de 2019.

5.2.6 Priorización estratégica de las brechas identificadas

Con el propósito de orientar el diseño del programa hacia intervenciones focalizadas y de mayor impacto, las brechas identificadas se jerarquizan según criterios de impacto cardiovascular y factibilidad de intervención, siguiendo el modelo de matriz Impacto vs. Factibilidad descrito en la metodología:

Tabla 13. Matriz de priorización de brechas para el diseño del programa

Brecha	Impacto CV	Factibilidad	Prioridad	Justificación
<i>Actividad física</i>	Alto	Alta	<i>1 - Crítica</i>	Mayor prevalencia (83.3%), alto impacto CV, intervención viable mediante pausas activas
<i>Estrés laboral</i>	Alto	Moderada	<i>2 - Crítica</i>	Alta prevalencia (61.1%), potenciador de otros riesgos, requiere cambio organizacional
<i>Intención-comportamiento</i>	Moderado	Alta	<i>3 - Estratégica</i>	Brecha mediadora; cerrarla potencia todas las demás intervenciones
<i>Alimentación</i>	Moderado-Alto	Moderada	<i>4 - Importante</i>	Requiere educación sostenida; cambio gradual
<i>Apoyo institucional</i>	Moderado	Moderada	<i>5 - Habilitadora</i>	Condición estructural para sostenibilidad del programa

Nota: diseño técnico del programa basado en el análisis de brechas y los lineamientos del SG-SST.

Esta priorización establece que el programa debe iniciar con intervenciones en actividad física y manejo del estrés como ejes críticos, simultáneamente con estrategias para cerrar la brecha intención-comportamiento que garanticen la adherencia. La educación nutricional y el fortalecimiento del apoyo institucional se integran como componentes complementarios que consolidan el impacto a mediano plazo.

5.2.7 Síntesis y cumplimiento del Objetivo 2

El análisis de brechas realizado permite cuantificar las desviaciones entre los hábitos de vida actuales de los colaboradores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S. y los estándares nacionales e internacionales en materia de salud cardiovascular. Las cinco brechas identificadas (actividad física, alimentación, estrés laboral, apoyo institucional e intención-comportamiento) evidencian un perfil de riesgo cardiovascular elevado que demanda intervención prioritaria y estructurada.

La brecha más crítica corresponde a la actividad física, donde el 83.3% de los colaboradores no cumple con la recomendación de la OMS, configurando una desviación de 66.6 puntos porcentuales respecto al estándar ideal. Le sigue el estrés laboral, presente en el 61.1% del personal y potenciado por el 55.6% con antecedentes cardiovasculares, lo que duplica el riesgo de eventos coronarios. La brecha intención-comportamiento revela que, aunque el 88.9% desea participar en un programa, las barreras estructurales (falta de tiempo percibido, motivación y apoyo) impiden la traducción de esta disposición en acción efectiva.

La jerarquización de brechas según impacto cardiovascular y factibilidad de intervención permite orientar el diseño del programa hacia acciones priorizadas: intervenciones inmediatas en actividad física y manejo del estrés, estrategias de engagement para cerrar la brecha intención-comportamiento, y acciones sostenidas en educación nutricional y fortalecimiento de la cultura organizacional.

Con este análisis se evidencia la magnitud de las desviaciones entre las prácticas actuales y los estándares nacionales e internacionales, lo cual permite orientar el diseño del Programa de Hábitos Saludables "Corazón en Acción" hacia intervenciones priorizadas, focalizadas y alineadas

con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. De esta manera, se da cumplimiento al Objetivo 2 de la presente consultoría.

5.3. Objetivo 3. Diseño técnico del programa de hábitos saludables para la prevención del riesgo cardiovascular

El diseño técnico del programa "Corazón en Acción" se fundamenta en el principio de trazabilidad entre el diagnóstico situacional, el análisis de brechas y los componentes de intervención. Cada componente ha sido diseñado para cerrar una brecha específica identificada en el Objetivo 2, garantizando coherencia metodológica y focalización de los esfuerzos. A continuación, se presenta la articulación entre brechas, componentes, objetivos y metas:

Tabla 14. Matriz de trazabilidad: Brechas – Componentes – Objetivos – Metas

Brecha identificada	Magnitud	Componente del programa	Objetivo específico	Meta
<i>Actividad física insuficiente</i>	83.3% no cumple recomendación OMS (brecha de 66.6 p.p.)	<i>Componente 1:</i> Actividad física guiada y pausas activas	Reducir la prevalencia de inactividad física	Disminuir en 30% la inactividad a los 6 meses
<i>Alimentación inadecuada</i>	44.4% percibe alimentación poco saludable; ~65% no alcanza 5 porciones/día	<i>Componente 2:</i> Educación nutricional práctica	Incrementar el consumo de frutas y verduras	Aumentar en 40% el consumo óptimo en un año
<i>Estrés laboral</i>	61.1% experimenta estrés "a veces" o "frecuentemente"	<i>Componente 3:</i> Manejo del estrés y bienestar psicosocial	Disminuir la percepción de estrés laboral	Reducir en 25% el estrés percibido a los 6 meses
<i>Bajo apoyo institucional</i>	61.1% no percibe apoyo frecuente de superiores/compañeros	<i>Componente 4:</i> Promoción del descanso activo + Cultura de bienestar	Aumentar el apoyo percibido para hábitos saludables	Incrementar en 50% la percepción de apoyo

Brecha identificada	Magnitud	Componente del programa	Objetivo específico	Meta
<i>Brecha intención-comportamiento</i>	88.9% quiere participar pero barreras impiden acción	<i>Componente 5:</i> Estrategias de engagement y reconocimiento	Alcanzar alta participación efectiva	Lograr 80% de participación en actividades
<i>Déficit de seguimiento preventivo</i>	55.6% con antecedentes CV sin monitoreo estructurado	<i>Componente 6:</i> Controles de salud periódicos	Estratificar y monitorear el riesgo cardiovascular	Cobertura del 100% en tamizajes trimestrales

Nota: diseño técnico del programa basado en el análisis de brechas y los lineamientos del SG-SST.

Componente 1: Actividad física guiada y pausas activas

- *Brecha que atiende:* el 83.3% de los colaboradores no cumple con la recomendación de la OMS de realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada, configurando una brecha de 66.6 puntos porcentuales respecto al estándar ideal.
- *Estrategia de intervención:* implementación de sesiones semanales de actividad física guiada de 15 minutos (yoga, estiramientos, baile terapia) y pausas activas estructuradas cada 2 horas durante la jornada laboral.
- *Fundamentación:* la estructuración del tiempo para el ejercicio en el entorno laboral incrementa la adherencia hasta en un 40% (Conn, et ál., 2009). Las pausas activas reducen el sedentarismo prolongado y mejoran la circulación, la concentración y el bienestar general.
- *Meta asociada:* reducir en un 30% la prevalencia de inactividad física en los colaboradores a los 6 meses de implementación.

Componente 2: Educación nutricional práctica

- *Brecha que atiende:* el 44.4% de los colaboradores califica su alimentación como poco saludable, y estudios regionales indican que solo el 35% del personal de salud alcanza las 5 porciones diarias de frutas y verduras recomendadas por la OMS.
- *Estrategia de intervención:* talleres mensuales con enfoque práctico sobre planificación de menús semanales, lectura e interpretación de etiquetas nutricionales, y preparación de comidas rápidas y saludables adaptadas al contexto laboral.
- *Fundamentación:* la educación nutricional basada en la práctica ha demostrado ser más efectiva que la información teórica para modificar patrones alimentarios en entornos laborales (González, et ál., 2021). El 61.1% de los colaboradores priorizó este componente en la encuesta diagnóstica.
- *Meta asociada:* incrementar en un 40% el consumo de frutas y verduras (5 porciones/día) en los colaboradores en un año.

Componente 3: Manejo del estrés y bienestar psicosocial

- *Brecha que atiende:* el 61.1% de los colaboradores reporta experimentar estrés laboral de manera intermitente o frecuente, sin contar con herramientas institucionales para su gestión. Esta situación se agrava al considerar que el 55.6% tiene antecedentes personales o familiares de enfermedades cardiovasculares.
- *Estrategia de intervención:* espacios de escucha psicológica, talleres de mindfulness y respiración consciente, y promoción del equilibrio vida-trabajo mediante políticas de desconexión y flexibilidad cuando sea posible.

- *Fundamentación:* las intervenciones basadas en mindfulness reducen significativamente los niveles de cortisol y mejoran la resiliencia emocional en entornos laborales (Good et al., 2016). El estrés crónico duplica el riesgo de eventos coronarios en personas con antecedentes cardiovasculares (Kivimäki, et ál., 2020).
- *Meta asociada:* disminuir en un 25% la percepción de estrés laboral en los colaboradores a los 6 meses.

Componente 4: Promoción del descanso activo y cultura de bienestar

- *Brecha que atiende:* el 61.1% de los colaboradores no percibe apoyo frecuente de sus superiores o compañeros para mantener hábitos saludables, lo que debilita la sostenibilidad de cualquier intervención individual.
- *Estrategia de intervención:* rutas recreativas grupales, desafíos colectivos de pasos diarios, jornadas de "Día sin silla", y formación de líderes en modelamiento de conductas saludables. Incluye mecanismos de reconocimiento simbólico para colaboradores comprometidos.
- *Fundamentación:* el apoyo social en el trabajo es un predictor significativo de la adherencia a programas de salud (González, et ál., 2021). Las actividades grupales fortalecen la cohesión y legitiman el autocuidado como práctica institucional.
- *Meta asociada:* aumentar en un 50% el apoyo percibido por parte de superiores y compañeros para mantener hábitos saludables.

Componente 5: Estrategias de engagement y motivación

- *Brecha que atiende:* aunque el 88.9% de los colaboradores expresó interés en participar en un programa institucional, las barreras de "falta de tiempo" (44.4%) y "falta de motivación" (33.3%) impiden que esta intención se traduzca en comportamiento efectivo (brecha intención-comportamiento).
- *Estrategia de intervención:* sistema de puntos por participación, reconocimientos simbólicos ("Colaborador del mes en bienestar"), desafíos grupales temáticos ("Semana sin azúcar añadido", "Reto de hidratación"), y participación activa de los colaboradores en el diseño de actividades.
- *Fundamentación:* la teoría de la autodeterminación (Deci y Ryan, 2000) establece que la motivación intrínseca se fortalece cuando las personas experimentan autonomía, competencia y conexión social. Los programas con componentes de gamificación y reconocimiento incrementan la adherencia hasta en un 35%.
- *Meta asociada:* alcanzar una participación del 80% en las actividades programadas durante el primer año.

Componente 6: Controles de salud periódicos (tamizaje preventivo)

- *Brecha que atiende:* el 55.6% de los colaboradores reporta antecedentes personales o familiares de enfermedades cardiovasculares, configurando un grupo de alto riesgo que requiere vigilancia específica. Actualmente no existe un programa de seguimiento preventivo estructurado más allá de los exámenes ocupacionales obligatorios.
- *Estrategia de intervención:* jornadas de salud trimestrales con medición de presión arterial, glucosa capilar, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal y orientación

cardiovascular personalizada. Articulación con la ARL o servicios de salud ocupacional para casos que requieran derivación.

- *Fundamentación:* la estratificación del riesgo cardiovascular mediante tamizajes periódicos permite identificar casos de alto riesgo y direccionar intervenciones preventivas específicas (American Heart Association, 2020). Para el 55.6% con antecedentes, el monitoreo regular es una medida de prevención secundaria indispensable.
- *Meta asociada:* alcanzar cobertura del 100% de colaboradores en los tamizajes trimestrales de salud cardiovascular.

5.3.1 Fase 1: Planear (P)

En esta fase se definen los objetivos, metas, componentes, recursos, cronograma y responsables del programa, basados en los hallazgos del diagnóstico y el análisis de brechas. El propósito central es estructurar un plan técnico viable que la IPS Sanarte pueda ejecutar posteriormente.

Objetivo general del programa. Diseñar un programa de hábitos saludables, alineado con los requisitos del SG-SST, que oriente la implementación de estrategias orientadas a la prevención del riesgo cardiovascular en los colaboradores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.

Objetivos específicos y metas proyectadas. Los siguientes objetivos corresponden a las metas de desempeño que el programa diseñado busca alcanzar una vez sea ejecutado por la institución. Estas metas han sido calibradas para ser ambiciosas pero viables, sustentadas en la evidencia de intervenciones laborales exitosas reportadas por organismos internacionales y nacionales:

1. Reducir en un 30% la prevalencia de inactividad física en los colaboradores a los 6 meses de implementación.
 - *Sustentación:* La OMS (2020) indica que programas estructurados de actividad física en el trabajo pueden incrementar los niveles de actividad moderada significativamente. Estudios meta-analíticos en entornos laborales reportan reducciones de sedentarismo entre el 20% y 35% cuando existen pausas activas guiadas y liderazgo visible (Conn et al., 2009; Proper y van Mechelen, 2008).
2. Incrementar en un 40% el consumo de frutas y verduras (5 porciones/día) en los colaboradores en un año.
 - *Sustentación:* El Ministerio de Salud y Protección Social (2015) establece que la educación nutricional práctica en el entorno laboral es clave para alcanzar las recomendaciones de la OMS. Intervenciones combinadas (educación + acceso) han demostrado mejoras en la ingesta de micronutrientes superiores al 30% en periodos de 12 meses (Afshin et al., 2019).
3. Disminuir en un 25% la percepción de estrés laboral en los colaboradores a los 6 meses.
 - *Sustentación:* La OPS (2022) recomienda intervenciones psicosociales organizacionales para la reducción del estrés. La evidencia sugiere que estrategias de mindfulness y gestión del tiempo en el trabajo pueden reducir la percepción de estrés entre un 20% y 30% (Good et al., 2016).
4. Aumentar en un 50% el apoyo percibido por parte de superiores y compañeros para mantener hábitos saludables.
 - *Sustentación:* La ISO 45001 (2018) y la Resolución 0312 (2019) enfatizan el liderazgo como factor crítico. Programas que incluyen formación a líderes en salud

logran duplicar la percepción de apoyo organizacional en el primer año de gestión (González et al., 2021).

5. Alcanzar una participación del 80% en las actividades programadas durante el primer año.
 - *Sustentación:* Para garantizar el impacto poblacional, la OMS (2021) sugiere metas de cobertura superiores al 75% en programas de promoción de la salud. Estrategias de *engagement* y reconocimiento pueden elevar la adherencia inicial a niveles cercanos al 80% (Goetzel et al., 2014).

Componentes centrales del programa.

Basados en las prioridades expresadas por los colaboradores (pregunta 18) y las brechas identificadas en el análisis situacional, el programa "Corazón en Acción" se estructura en cinco componentes técnicos. Cada componente incluye criterios de priorización y viabilidad operativa ajustados al contexto de la IPS Sanarte.

1. Educación nutricional práctica

- Actividad: Talleres mensuales sobre planificación de menús, lectura de etiquetas, preparación de comidas rápidas y saludables.
- Población objetivo: Todos los colaboradores, con énfasis en quienes reportaron alimentación "poco saludable" (44.4%).
- Viabilidad: Sesiones de 45 minutos en horas de almuerzo o final de jornada, con apoyo de material digital para turnos rotativos.

2. Actividad física guiada y pausas activas (Segmentadas por riesgo)

- Actividad: Sesiones semanales de 15 minutos (yoga, estiramientos, baile terapia) y pausas activas estructuradas.

- Priorización por riesgo biomecánico: Dado el tipo de empresa (IPS de salud), las pausas activas se diferenciarán según la carga laboral:
 - Personal Clínico (Alto riesgo biomecánico): 55.6% de la planta. Se priorizarán pausas de compensación postural y estiramientos para miembros superiores e inferiores, enfocadas en reducir la fatiga por *standing* prolongado y manipulación de pacientes.
 - Personal Administrativo (Alto riesgo sedentario): 27.8% de la planta. Se priorizarán pausas de activación cardiovascular y movilidad articular para contrarrestar el sedentarismo de oficina.
- Viabilidad: Las pausas se programarán cada 2 horas, coordinadas con los jefes de área para no interrumpir la atención al paciente. Se utilizarán videos guiados de 5 minutos para facilitar la ejecución sin requerir instructores presenciales en cada sesión.

3. Manejo del estrés y bienestar psicosocial

- Actividad: Espacios de escucha, talleres de *mindfulness*, respiración consciente y promoción del equilibrio vida-trabajo.
- Población objetivo: Prioritario para personal con reporte de estrés "frecuente" (11.1%) e "intermitente" (50.0%).
- Viabilidad: Articulación con el Programa de Salud Mental de la ARL para sesiones grupales trimestrales.

4. Promoción del descanso activo

- Actividad: Rutas recreativas, desafíos de pasos diarios, "Día sin silla".

- Viabilidad: Uso de aplicaciones gratuitas de conteo de pasos y reconocimiento simbólico mensual.

5. Controles de salud periódicos con ruta de derivación clínica

- Actividad: Jornadas de salud trimestrales con medición de presión arterial, glucosa capilar, IMC y perímetro abdominal.
- Ruta de atención para hallazgos positivos: Para garantizar el seguimiento ético y clínico, se establece el siguiente flujograma de actuación ante hallazgos alterados:

Tabla 15. Protocolo de actuación frente a hallazgos en tamizaje

Hallazgo en Tamizaje	Acción Inmediata	Derivación	Seguimiento
Presión Arterial	Reposo 10 min y repetir toma	Si persiste: Remisión a médico tratante o EPS en < 72 horas	Control mensual por SST hasta normalización
Glucosa Capilar	Indagar ayuno vs. postprandial	Remisión a medicina general para perfil lipídico y glicémico	Seguimiento trimestral de estilo de vida
IMC / Obesidad	Valoración de riesgo cardiovascular global	Derivación prioritaria a nutrición y endocrinología	Inclusión en grupo focal de pérdida de peso del programa
Perímetro Abdominal	Educación en riesgo metabólico	Remisión a nutrición para plan alimentario	Medición bimestral de avance

Nota: Esta ruta clínica asegura que el programa no se limite a la medición, sino que active la red de atención en salud para los colaboradores en mayor riesgo, articulando las acciones con la ARL Positiva y los servicios de salud ocupacional.

Recursos requeridos (Equipo Multidisciplinario)

Para la ejecución técnica del programa, se requiere la articulación de un equipo interdisciplinario que garantice la cobertura de todos los componentes de salud:

Tabla 16. Recursos humanos requeridos para la ejecución del programa

Rol	Perfil Profesional	Responsabilidad Principal
Coordinador General	Profesional en SST (Coordinador SG-SST)	Liderazgo técnico, articulación con gerencia y reporte de indicadores.
Líderes de Bienestar	Voluntarios por área (Clínica y Admin.)	Convocatoria local, seguimiento de asistencia y modelado de hábitos.
Apoyo Nutricional	Nutricionista-Dietista (Interno o Externo)	Diseño de menús, talleres de alimentación y seguimiento a casos de obesidad.
Apoyo Psicosocial	Psicólogo Organizacional	Talleres de estrés, espacios de escucha y manejo de ansiedad.
Enlace Clínico	Médico Ocupacional / Enfermero	Ejecución de tamizajes, validación de hallazgos y remisiones.
Apoyo Institucional	Comité de Convivencia Laboral	Validación de estrategias de clima y reconocimiento.
Aliado Estratégico	ARL Positiva	Asesoría técnica, material educativo y cofinanciación de actividades preventivas.

Cronograma de implementación y medición de impacto

Se aclara que el cronograma de 4 meses corresponde a la fase de diseño y proyecto piloto de la consultoría académica. Sin embargo, para la medición real del impacto cardiovascular, el programa debe proyectarse a mediano y largo plazo, conforme a la evidencia científica sobre cambio comportamental y fisiológico.

Tabla 17. Cronograma de implementación del programa de hábitos saludables en la IPS Sanarte

Fase	Duración	Objetivo	Indicadores Medibles
Fase 1: Diseño y Piloto	4 meses (Consultoría)	Estructurar el programa, validar instrumentos e iniciar actividades base.	Cobertura de talleres, satisfacción, adherencia inicial.
Fase 2: Implementación	6 meses (Institucional)	Ejecución completa de los 5 componentes del programa.	Cambio en hábitos (actividad física, alimentación), reducción de estrés percibido.
Fase 3: Medición de Impacto	12 meses (Institucional)	Evaluación de cambios en factores de riesgo cardiovascular.	Reducción de PA, mejora de IMC, control de glucosa, disminución de ausentismo.

Nota de viabilidad: Los indicadores de impacto cardiovascular real (presión arterial, perfil lipídico, IMC) requieren un mínimo de 6 a 12 meses de intervención sostenida para mostrar cambios estadísticamente significativos (Conn et al., 2009; Goetzel et al., 2014). Por tanto, el cronograma de 4 meses de la consultoría se entiende como la línea base y arranque, debiendo la IPS Sanarte dar continuidad al programa para alcanzar las metas de impacto clínico planteadas en la Tabla 15 del documento.

5.3.2 Fase 2: Hacer (H)

La fase de Hacer (H) corresponde a la implementación operativa del programa, donde se concreta la ejecución de las actividades planificadas, se asignan responsabilidades, se desarrollan los materiales y se inicia la intervención con el talento humano. Esta fase es crucial, ya que transforma el diseño teórico en acción institucional tangible.

Cronograma de actividades

Basado en la Tabla 2 del documento de diseño metodológico, el programa se implementará durante cuatro meses, con actividades progresivas y articuladas con el SG-SST (Tabla 7).

Tabla 18. Cronograma de implementación del programa "Corazón en Acción" (Fases 2, 3, 4)

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4
Lanzamiento del programa		X		
Talleres de educación nutricional		X	X	
Sesiones de actividad física guiada		X	X	X
Pausas activas estructuradas		X	X	X
Talleres de manejo del estrés			X	X
Jornadas de salud preventiva			X	X
Evaluación intermedia			X	
Ajustes y mejoras				X
Cierre y entrega de resultados				X

Nota: planificación operativa y sistema de medición diseñado para el programa "Corazón en Acción".

Asignación de responsables. El programa será liderado por el Coordinador del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), con el apoyo del Comité de Convivencia Laboral y líderes de bienestar por área. La participación activa de los trabajadores es un requisito de la ISO 45001:2018 y la Resolución 0312 de 2019.

Tabla 19. Responsables del programa "Corazón en Acción"

Actividad	Responsable principal	Responsable de apoyo
Coordinación general del programa	Coordinador SG-SST	Gerencia, Comité de Convivencia
Talleres de educación nutricional	Psicóloga / Nutricionista	Líderes de bienestar
Actividad física guiada	Fisioterapeuta / Psicóloga	Colaboradores voluntarios
Pausas activas	Líderes de bienestar por área	Supervisores
Manejo del estrés	Psicóloga	Coordinador SST
Jornadas de salud	Coordinador SST	ARL / Profesional de salud ocupacional
Comunicación y difusión	Coordinador asistencial	Todos los líderes

Nota: diseño técnico del programa basado en el análisis de brechas y los lineamientos del SG-SST.

Desarrollo de instrumentos y materiales. Se elaborarán los siguientes materiales para garantizar la sostenibilidad y replicabilidad del programa:

- Guías nutricionales: Planificación de menús semanales, lectura de etiquetas, comidas rápidas y saludables.
- Videos de pausas activas: 3 videos de 5 minutos (mañana, medio día, tarde).
- Afiches motivacionales: Frases sobre autocuidado, riesgo cardiovascular y bienestar.
- Formatos de evaluación: Encuestas de satisfacción, fichas de participación, registro de cambios de hábitos.
- Carpeta digital del programa: Contendrá todos los documentos para su futura replicación.

5.3.3 Fase 3: Verificar (V)

La fase de Verificar (V) tiene como propósito evaluar el desempeño del programa "Corazón en Acción" mediante un sistema de indicadores que permita medir su proceso, resultados e impacto, en línea con lo establecido en la Resolución 0312 de 2019 y el enfoque de gestión por resultados. Esta evaluación no es un acto aislado, sino un proceso continuo que permite tomar decisiones informadas, identificar áreas de mejora y garantizar la sostenibilidad del programa.

El sistema de evaluación se estructura en tres niveles:

- Indicadores de proceso: Miden la ejecución de las actividades.
- Indicadores de resultado: Miden los cambios en comportamientos y percepciones.
- Indicadores de impacto: Miden los cambios en factores de riesgo cardiovascular.

Indicadores de proceso. Estos indicadores evalúan la implementación fiel del plan y la cobertura de las actividades.

Tabla 20. *Indicadores de proceso del programa "Corazón en Acción"*

Indicador	Fórmula	Meta	Frecuencia
<i>Cobertura de talleres de educación nutricional</i>	$(\text{Número de asistentes} / \text{Total de colaboradores}) \times 100$	70%	Mensual
<i>Cobertura de sesiones de actividad física guiada</i>	$(\text{Número de asistentes} / \text{Total de colaboradores}) \times 100$	70%	Semanal
<i>Cumplimiento de pausas activas estructuradas</i>	$(\text{Número de áreas que las implementan} / \text{Total de áreas}) \times 100$	100%	Quincenal
<i>Participación en jornadas de salud preventiva</i>	$(\text{Número de participantes} / \text{Total de colaboradores}) \times 100$	80%	Cada 3 meses
<i>Satisfacción con el programa</i>	$(\text{Número de colaboradores satisfechos o muy satisfechos} / \text{Total encuestados}) \times 100$	85%	Al final de cada mes

Nota: batería de indicadores diseñada para medir la ejecución operativa de las actividades planificadas en el cronograma.

Indicadores de resultado. Estos indicadores miden los cambios en comportamientos y percepciones de los colaboradores, directamente vinculados a los objetivos específicos del programa.

Tabla 21. *Indicadores de resultado del programa "Corazón en Acción"*

Indicador	Fórmula	Meta	Frecuencia
<i>Reducción de inactividad física</i>	$(\text{Número de colaboradores con } \geq 150 \text{ min/semana de AF} / \text{Total colaboradores}) \times 100$	Incrementar del 16.7% al 40%	A los 6 meses

Indicador	Fórmula	Meta	Frecuencia
<i>Incremento en el consumo de frutas y verduras</i>	(Número de colaboradores con ≥ 5 porciones/día / Total colaboradores) $\times 100$	Incrementar del 30% al 60%	A los 12 meses
<i>Disminución de la percepción de estrés laboral</i>	(Número de colaboradores que reportan estrés "a veces" o "nunca") $\times 100$	Reducir del 61.1% al 40%	A los 6 meses
<i>Aumento del apoyo percibido para el autocuidado</i>	(Número de colaboradores que sienten apoyo "frecuentemente" o "siempre") $\times 100$	Incrementar del 38.9% al 70%	A los 6 meses

Nota: los indicadores miden la modificación de hábitos y percepciones tras la implementación de las estrategias del programa. La línea base corresponde al diagnóstico inicial (2025).

Indicadores de impacto. Estos indicadores miden los cambios en factores de riesgo cardiovascular, que son el objetivo final del programa.

Tabla 22. *Indicadores de impacto del programa "Corazón en Acción"*

Indicador	Fórmula	Meta	Frecuencia
<i>Reducción de la prevalencia de sobrepeso/obesidad</i>	(Número de colaboradores con IMC < 25 / Total colaboradores) $\times 100$	Incrementar en un 15%	Cada 6 meses
<i>Control de la presión arterial</i>	(Número de colaboradores con PA $< 120/80$ mmHg / Total medidos) $\times 100$	Incrementar en un 20%	Cada 3 meses
<i>Control de glucosa capilar en ayunas</i>	(Número de colaboradores con glucosa < 100 mg/dL / Total medidos) $\times 100$	Incrementar en un 15%	Cada 6 meses

Nota: Estos indicadores evalúan la efectividad clínica del programa sobre los factores de riesgo cardiovascular a mediano y largo plazo. Los datos se obtendrán de las jornadas de salud trimestrales articuladas con el servicio de salud ocupacional.

Este sistema de indicadores permitirá realizar una evaluación interna rigurosa del programa, articulada con el SG-SST y con enfoque cuantitativo y cualitativo. Los datos se recolectarán mediante encuestas, registros de asistencia, mediciones clínicas y grupos focales.

5.3.4 Fase 4: Actuar (A)

La fase de Actuar (A) representa la culminación del ciclo PHVA y constituye el punto de partida para futuras iteraciones del programa. Según la ISO 45001:2018, esta fase implica tomar acciones basadas en los resultados de la evaluación para mejorar continuamente el desempeño del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (ISO, 2018). En este contexto, "actuar" no significa simplemente cerrar el proyecto, sino establecer condiciones para la sostenibilidad, la institucionalización y la mejora continua del programa "Corazón en Acción".

Ajustes y mejoras basados en la evaluación. Los resultados de la evaluación intermedia (verificada en la Fase 3) servirán como insumo para realizar ajustes estratégicos y operativos en el programa. Estos ajustes se enfocarán en:

- Fortalecer los componentes con baja cobertura o impacto: Si, por ejemplo, la participación en talleres de nutrición es inferior al 70%, se analizará si el horario, el formato o el contenido deben modificarse.
- Reforzar el liderazgo transformacional: Si el indicador de apoyo percibido no alcanza la meta del 70%, se implementarán estrategias de formación para líderes y supervisores, promoviendo el modelado de comportamientos saludables.
- Ampliar las estrategias de motivación: Si persiste la barrera de "falta de motivación", se incorporarán dinámicas de reconocimiento simbólico (ej. "Colaborador del mes en bienestar"), desafíos grupales y actividades lúdicas.
- Estos ajustes se documentarán en un Informe de Mejora Continua, que será presentado al Comité de Convivencia Laboral y al Coordinador del SG-SST para su validación y seguimiento.

Entrega de resultados e institucionalización del programa. El programa no concluye con la entrega del diseño técnico, sino con la transferencia formal del conocimiento a la organización.

Esta entrega incluirá:

- Documento final del programa "Corazón en Acción", con todas las fases del PHVA, indicadores, cronograma, presupuesto estimado y materiales desarrollados.
- Propuesta de inclusión en el Plan Anual de Trabajo del SG-SST: Se entrega la estructuración de las actividades del programa para que sean formalmente adoptadas en el Plan Anual de Trabajo de la IPS Sanarte, conforme al Estándar 2.2 de la Resolución 0312 de 2019 (Ministerio del Trabajo, 2019). Esto asegura que las actividades no sean percibidas como iniciativas aisladas, sino como cumplimiento obligatorio del sistema de gestión.
- Asignación presupuestal en el plan financiero: El presupuesto de implementación (Tabla 21) se presenta como un insumo para que la Gerencia de la IPS incluya los rubros necesarios (logística, refrigerios, materiales, honorarios externos) en su presupuesto operativo anual. Esto garantiza que los recursos estén disponibles antes del inicio de cada vigencia fiscal.
- Carpeta digital del programa, organizada en carpetas temáticas (educación nutricional, actividad física, manejo del estrés, etc.), para facilitar su acceso y replicabilidad.
- Sesión de socialización con el equipo directivo y el Comité de SST, donde se presentarán los hallazgos, el diseño del programa y las recomendaciones de implementación progresiva.
- Protocolo de seguimiento y evaluación, que establezca responsabilidades, frecuencias de monitoreo y criterios de éxito.

Este proceso garantiza que el programa no sea una intervención aislada, sino un insumo estructurado para la mejora continua del SG-SST, tal como lo exige la Resolución 0312 de 2019 (Ministerio del Trabajo, 2019). La inclusión formal en el plan de trabajo y la aseguración del presupuesto son los mecanismos críticos que transforman el diseño académico en una política institucional sostenible.

Declaración de ausencia de conflicto de intereses. En coherencia con los principios éticos del desarrollo de la consultoría, se declara formalmente que no existen conflictos de intereses que puedan comprometer la imparcialidad, transparencia u objetividad del presente trabajo. El diseño del programa se ha fundamentado únicamente en evidencia científica, diagnóstico empírico y lineamientos normativos, sin influencia de intereses comerciales, personales o institucionales.

Sostenibilidad y replicabilidad. Uno de los propósitos centrales de esta consultoría es fortalecer capacidades institucionales y proponer un modelo replicable en otras sedes o instituciones del sector salud. El programa está diseñado para ser:

- **Adaptable:** Sus componentes pueden ajustarse según el tamaño, perfil ocupacional y recursos de cada organización.
- **Económicamente viable:** Los costos están alineados con el presupuesto de la consultoría (Tabla 13), sin requerir inversiones masivas.
- **Integrado al SG-SST:** Su articulación con el ciclo PHVA y los indicadores de bienestar laboral permite su inclusión permanente en la gestión institucional.

Tabla 23. *Presupuesto estimado para la implementación del programa "Corazón en Acción"*

Cantidad	Concepto	Valor unitario	Valor total
12	Talleres de educación nutricional (nutricionista externo)	\$250.000	\$3.000.000
24	Sesiones de actividad física guiada (instructor/fisioterapeuta)	\$150.000	\$3.600.000
8	Talleres de manejo del estrés (psicólogo ocupacional)	\$200.000	\$1.600.000
4	Jornadas de salud preventiva (tamizaje: PA, glucosa, IMC)	\$400.000	\$1.600.000
48	Refrigerios saludables para talleres y actividades (18 personas × 4 talleres/mes)	\$180.000	\$8.640.000
1	Kit de insumos para pausas activas (colchonetas, bandas, pelotas)	\$500.000	\$500.000
1	Glucómetro y tiras reactivas (suministro anual)	\$350.000	\$350.000
1	Tensiómetro digital de uso institucional	\$250.000	\$250.000
12	Reconocimientos simbólicos "Colaborador del mes en bienestar"	\$50.000	\$600.000
50	Material educativo impreso (guías, afiches, folletos)	\$5.000	\$250.000
1	Memoria USB con contenidos digitales del programa	\$30.000	\$30.000
—	Gastos varios e imprevistos (10% del subtotal)	—	\$2.042.000
	<i>Total Presupuesto anual</i>		<i>\$22.462.000</i>

Nota: Los valores corresponden a los costos operativos que la IPS Sanarte deberá apropiar en su presupuesto anual de SG-SST para la ejecución del programa. Estos costos son independientes del presupuesto de la consultoría de diseño (Tabla 5). Se proyecta cofinanciación con la ARL Positiva para actividades preventivas (Ley 1562 de 2012).

5. Conclusiones

El presente proyecto de consultoría ha permitido diseñar un programa de hábitos saludables para la prevención del riesgo cardiovascular en los colaboradores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S., basado en un diagnóstico situacional riguroso, un análisis de brechas fundamentado en evidencia científica y un diseño técnico articulado con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

En primer lugar, el diagnóstico situacional reveló una población laboral mayoritariamente femenina (88.9%), con alto nivel educativo (88.9% con formación técnica o profesional), pero expuesta a múltiples factores de riesgo cardiovascular modificables. El 83.3% presenta actividad física insuficiente, por debajo de las recomendaciones de la OMS (2020), lo cual constituye una brecha crítica dada la asociación directa entre sedentarismo y enfermedades cardiovasculares (Kivimäki, et ál., 2020). Aunque el 83.3% consume frutas o verduras al menos una vez al día, el 44.4% califica su alimentación como poco saludable, lo que indica una disonancia entre comportamiento mínimo y percepción de calidad nutricional, una brecha que debe abordarse con educación práctica y contextualizada (González, et ál., 2021).

El consumo de sustancias muestra un perfil de bajo riesgo: 0% de tabaquismo actual, un hallazgo altamente positivo; sin embargo, el 61.1% consume alcohol ocasionalmente, y estudios recientes demuestran que cualquier nivel de consumo incrementa el riesgo cardiovascular (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018). Además, el 61.1% de los colaboradores siente estrés laboral “a veces” o “frecuentemente”, un factor psicosocial que potencia otros riesgos, especialmente considerando que el 55.6% reporta antecedentes personales o familiares de enfermedades cardiovasculares, lo que duplica su vulnerabilidad (AHA, 2020).

El análisis de condiciones laborales mostró que, si bien el 61.1% considera que la empresa promueve hábitos saludables, el 61.1% no siente apoyo frecuente de sus superiores o compañeros,

lo que revela una brecha entre política institucional y práctica cotidiana (Vélez y Ramírez, 2019). No obstante, el 88.9% expresó interés en participar en un programa institucional, lo cual constituye una alta disposición al cambio y una demanda clara de intervención estructurada.

Con base en estos hallazgos, se diseñó el programa “Corazón en Acción”, estructurado bajo el ciclo PHVA. La fase de Planear definió un programa centrado en cinco componentes prioritarios: educación nutricional (priorizado por el 61.1%), actividad física guiada, manejo del estrés, promoción del descanso activo y controles de salud periódicos. La fase de Hacer estableció un cronograma de cuatro meses, con asignación de responsables, desarrollo de materiales y ejecución progresiva, liderada por el Coordinador del SG-SST.

La fase de Verificar incorporó un sistema de indicadores de proceso, resultado e impacto, alineados con estándares internacionales, que permitirán evaluar la eficacia del programa y tomar decisiones informadas. Finalmente, la fase de Actuar garantiza la sostenibilidad mediante la entrega formal del programa, la institucionalización de sus componentes y la declaración de ausencia de conflictos de intereses, en coherencia con los principios éticos del CIOMS (2017).

Este proyecto cumple con el objetivo de diseñar una estrategia técnica orientada a prevenir el riesgo cardiovascular, representando un aporte estratégico para la organización. Desde el punto de vista económico y social, se proyecta que la implementación del programa diseñado contribuya a reducir el ausentismo laboral, mejorar el clima organizacional y fortalecer la cultura preventiva, factores determinantes en la eficiencia institucional (OMS, 2021). Además, el programa es replicable en otras sedes o instituciones del sector salud, convirtiéndose en un modelo de gestión que integra indicadores, componentes operativos y criterios normativos, garantizando su viabilidad, aplicabilidad y sostenibilidad en el tiempo.

En definitiva, esta consultoría ha generado un insumo técnico-científico valioso que trasciende la solución puntual de un problema operativo. Al articular el autocuidado individual con la gestión institucional, el diseño del programa "Corazón en Acción" se constituye en una propuesta estratégica con potencial de alto impacto para la salud del talento humano, coherente con los principios de la salud pública, la medicina del trabajo y la gestión del bienestar laboral.

6. Recomendaciones

Con base en el diagnóstico situacional, el análisis de brechas y el diseño técnico del programa "Corazón en Acción", se formulan las siguientes recomendaciones para la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S., con el fin de fortalecer la prevención del riesgo cardiovascular y promover un entorno laboral saludable.

Implementar el programa "Corazón en Acción" bajo el ciclo PHVA del SG-SST. Se recomienda implementar formalmente el programa de hábitos saludables diseñado, articulándolo con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) según lo establecido en la Resolución 0312 de 2019. El programa debe seguir el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) para garantizar su mejora continua, participación activa de los trabajadores y sostenibilidad institucional (ISO, 2018). La coordinación técnica debe estar a cargo del Coordinador del SG-SST, con el apoyo del Comité de Convivencia Laboral.

Fortalecer la educación nutricional con enfoque práctico y contextualizado. Dado que el 61.1% de los colaboradores priorizó la educación nutricional como componente más importante del programa, se recomienda desarrollar talleres mensuales basados en guías alimentarias del Ministerio de Salud (2015), con contenidos prácticos como planificación de menús semanales, lectura de etiquetas nutricionales y preparación de comidas rápidas y saludables. Estos talleres

deben ser breves (45–60 minutos), dinámicos y programados en horarios accesibles para todos los turnos.

Institucionalizar las pausas activas estructuradas durante la jornada laboral. Aunque el 83.3% de los colaboradores considera tener tiempo suficiente para pausas activas, solo el 16.7% realiza actividad física frecuente. Por ello, se recomienda institucionalizar mínimo dos pausas activas diarias de 5 minutos (mañana y tarde), con flexibilidad para una tercera pausa según la carga asistencial del día, guiadas por videos cortos o lideradas por líderes de bienestar por área.

Integrar el manejo del estrés como componente obligatorio del programa. El 61.1% de los colaboradores reporta sentir estrés laboral en algún grado, lo cual constituye un factor de riesgo psicosocial significativo. Se recomienda incluir actividades regulares de manejo del estrés, como sesiones de mindfulness, respiración consciente y espacios de escucha psicológica, especialmente dirigidas al personal clínico y administrativo con mayor carga emocional. Estas actividades deben integrarse al plan anual de capacitaciones del SG-SST.

Promover la participación activa de los líderes y supervisores en el autocuidado. El 61.1% de los colaboradores no siente apoyo frecuente de sus superiores o compañeros, lo cual debilita la cultura de bienestar. Se recomienda capacitar a los líderes y supervisores en liderazgo transformacional en salud, promoviendo el modelado de comportamientos saludables (ej. realizar pausas activas, consumir alimentos saludables, gestionar el estrés). Su participación visible legitimará el autocuidado como parte del desempeño laboral.

Realizar controles de salud periódicos como herramienta de prevención primaria y secundaria. A pesar de que solo el 5.6% priorizó los controles de salud, el 55.6% tiene antecedentes personales o familiares de enfermedades cardiovasculares, lo cual exige una vigilancia estrecha. Se recomienda organizar jornadas de salud cada trimestre, con mediciones de

presión arterial, glucosa capilar, índice de masa corporal (IMC) y orientación cardiovascular, articuladas con la ARL Positiva. Los resultados deben entregarse de forma confidencial y con acompañamiento para fomentar cambios de hábito.

Para garantizar la pertinencia clínica de estos controles, se debe establecer y divulgar una ruta de atención clara ante hallazgos alterados, asegurando que el tamizaje no sea un fin en sí mismo, sino el inicio de un proceso de cuidado. Se sugiere adoptar el siguiente protocolo de actuación inmediata:

Tabla 24. Protocolo de actuación inmediata

Hallazgo en Tamizaje	Criterio de Alerta	Acción Inmediata	Derivación	Seguimiento
Presión Arterial	$\geq 140/90$ mmHg (en 2 tomas)	Reposo 10 min y repetir toma	Si persiste: Remisión a médico tratante o EPS en < 72 horas	Control mensual por SST hasta normalización
Glucosa Capilar	≥ 140 mg/dL (aleatoria)	Indagar ayuno vs. postprandial	Remisión a medicina general para perfil lipídico y glicémico	Seguimiento trimestral de estilo de vida
IMC Obesidad	/ IMC ≥ 30 (Obesidad) o ≥ 40 (Mórbida)	Valoración de riesgo cardiovascular global	Derivación prioritaria a nutrición y endocrinología	Inclusión en grupo focal de pérdida de peso del programa
Perímetro Abdominal	Hombres > 102 cm / Mujeres > 88 cm	Educación en riesgo metabólico	Remisión a nutrición para plan alimentario	Medición bimestral de avance

Nota. Esta ruta clínica asegura que el programa no se limite a la medición, sino que active la red de atención en salud para los colaboradores en mayor riesgo, articulando las acciones con la ARL Positiva y los servicios de salud ocupacional.

Diseñar estrategias de motivación y reconocimiento continuo. La “falta de motivación” fue identificada como barrera por el 33.3% de los colaboradores. Para superar esta limitante, se recomienda implementar mecanismos de refuerzo positivo, como:

- Un sistema de puntos por participación en actividades.

- Reconocimientos simbólicos (“Colaborador del mes en bienestar”).
- Desafíos grupales (ej. “Semana sin azúcar añadido”, “Reto de pasos diarios”). Estas estrategias aumentan la motivación intrínseca y fomentan la cohesión grupal (Deci y Ryan, 2000).

Documentar, sistematizar y replicar el programa en otras sedes. El programa "Corazón en Acción" debe documentarse en una carpeta digital completa, que incluya cronograma, materiales, indicadores, presupuesto y formatos de evaluación. Esta documentación permitirá su replicabilidad en la sede de Castellana u otras futuras ubicaciones, convirtiéndose en un modelo de gestión institucional. Además, se recomienda presentar los resultados del programa en eventos internos de calidad y seguridad del paciente, como estrategia de visibilización y sostenibilidad.

Evaluar el impacto del programa mediante indicadores de proceso, resultado e impacto. Se recomienda aplicar el sistema de indicadores diseñado (Tabla 5.6, 5.7, 5.8) para evaluar periódicamente el desempeño del programa. Los resultados deben analizarse trimestralmente en reuniones del Comité de SST y utilizarse para ajustar las actividades, asegurando que el programa responda a las necesidades reales del talento humano.

Declarar formalmente la ausencia de conflictos de intereses. En coherencia con los principios éticos del CIOMS (2017), se recomienda incluir en el informe final una declaración formal de ausencia de conflictos de intereses, garantizando la transparencia, objetividad e imparcialidad del proceso de consultoría. Este acto fortalece la credibilidad del programa ante autoridades, trabajadores y partes interesadas.

Referencias

- Afshin, A., Forouzanfar, M. H., Reitsma, M. B., Sur, P., Estep, K., Lee, A., ... y Murray, C. J. L. (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 393(10184), 1958–1972. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- American Heart Association (AHA). (2020). *Cardiovascular disease and family history: A scientific statement from the American Heart Association*. *Circulation*, 142(22), e480–e492. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000915>
- Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011*. <https://www.funcionpublica.gov.co>
- Congreso de Colombia. (2012). *Ley Estatutaria 1581 de 2012*. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. <https://www.funcionpublica.gov.co>
- Congreso de Colombia. (2012). *Ley 1562 de 2012*. <https://www.mintrabajo.gov.co>
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R., Cooper, P. S., Brown, L. M., y Lusk, S. L. (2009). Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(4), 330–339. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.008>
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R., y Mehr, D. R. (2009). Interventions to increase physical activity among healthy adults: Meta-analysis of outcomes. *American Journal of Public Health*, 99(9), 1573–1583. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.160780>
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (2017). *Declaración de revisión de los principios éticos para la investigación médica en seres humanos*. <https://cioms.ch>

- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*.
<https://cioms.ch/publications/product/ethical-guidelines-2016/>
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (2000). *The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior*. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. MIT Press.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators. (2018). *Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. *The Lancet*, 392(10152), 1015–1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
- Goetzel, R. Z., Henke, R. M., Tabrizi, M., Benevent, R., Downey, R., Kent, K., ... y Metz, R. D. (2014). Do workplace health promotion (wellness) programs work? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(9), 927–934. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000276>
- González, A., y Ruiz, F. (2020). Estrategias de prevención primaria para enfermedades cardiovasculares en el ámbito ocupacional. *Revista Salud y Trabajo*, 18(2), 33–41.
- González, D., Lancheros, J., y Martínez, A. (2021). Promoción de estilos de vida saludables en el contexto del SG-SST: Una experiencia en el sector público colombiano. *Revista Salud y Trabajo*, 29(2), 45–54. <https://doi.org/10.22201/issn.25942864>
- González, D., y Ruiz, A. (2020). Prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en el entorno laboral: Una revisión narrativa. *Revista Salud Pública*, 22(1), 1-10.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v22n1.85241>

- Good, D. J., Lyddy, C. J., Glomb, T. M., Bono, J. E., Brown, K. W., Duffy, M. K., ... y Baer, R. A. (2016). Contemplating mindfulness at work: An integrative review. *Journal of Management*, 42(1), 114–142. <https://doi.org/10.1177/0149206315617003>
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., y Bull, F. C. (2020). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: A pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *The Lancet Global Health*, 8(1), e104–e114. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30349-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30349-7)
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.
- ICONTEC. (2018). *NTC ISO 45001:2018. Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo – Requisitos con orientación para su uso*.
- Instituto Nacional de Salud. (2023). Informe de evento: Enfermedades cardiovasculares, año 2022. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. <https://www.ins.gov.co/buscadorde-recursos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Enfermedades cardiovasculares. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Instituto Nacional de Salud (INS). (2023). *Perfil epidemiológico del departamento de Córdoba*. <https://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Paginas/default.aspx>
- Instituto Nacional de Salud. (2023). *Boletín epidemiológico semanal. Semana 52*. <https://www.ins.gov.co>
- International Organization for Standardization. (2015). *ISO 9001:2015 Quality management systems – Requirements*. <https://www.iso.org/standard/62085.html>
- International Organization for Standardization. (2018). *ISO 31000:2018 Risk management – Guidelines*. <https://www.iso.org/standard/65694.html>

International Organization for Standardization. (2018). *ISO 45001:2018 – Occupational health and safety management systems – Requirements with guidance for use*.
<https://www.iso.org/standard/63787.html>

Ishikawa, K. (1986). *Guide to quality control* (2nd ed.). Asian Productivity Organization.

ISO. (2018). *ISO 45001:2018 – Occupational health and safety management systems – Requirements with guidance for use*. International Organization for Standardization.
<https://www.iso.org/standard/63787.html>

Kivimäki, M., Nyberg, S. T., Batty, G. D., Fransson, E. I., Heikkilä, K., Alfredsson, L., ... y Theorell, T. (2020). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: A collaborative meta-analysis of individual participant data. *The Lancet*, 380(9852), 1491–1497. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60994-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60994-5)

Kivimäki, M., Pulkki-Råback, L., Ferrie, J. E., Batty, G. D., Nyberg, S. T., Alfredsson, L., ... y Kawachi, I. (2020). Overweight, obesity, and risk of cardiometabolic multimorbidity: pooled analysis of individual-level data for 120 813 adults from 17 high-income countries. *The Lancet Public Health*, 5(7), e377–e385. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30117-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30117-2)

Kotler, P., y Armstrong, G. (2018). *Fundamentos de marketing* (14.^a ed.). Pearson.

Leiva, A. M., Martínez, M. A., Cristi-Montero, C., Salas, C., Ramírez-Campillo, R., Díaz Martínez, X., Aguilar-Farías, N., y Celis-Morales, C. (2017). El sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y metabólicos independiente de los niveles de actividad física. *Revista Médica de Chile*, *145*(4), 458–463. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000400006>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Lineamientos para la promoción de hábitos de vida saludable en el entorno laboral*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Attachments/11745/Guia%20de%20promocion%20de%20h%C3%A1bitos%20saludables.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *En Colombia, más del 80 % del talento humano en salud son mujeres* [Artículo de prensa]. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/En-Colombia-mas-del-80-del-talento-humano-en-salud-son-mujeres-.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021, 8 de marzo). *En Colombia, más del 80 % del talento humano en salud son mujeres* [Artículo de prensa]. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/En-Colombia-mas-del-80-del-talento-humano-en-salud-son-mujeres-.aspx>

Ministerio del Trabajo. (2015). *Decreto 1072 de 2015*. <https://www.mintrabajo.gov.co>

Ministerio del Trabajo. (2019). *Resolución 0312 de 2019*. Por la cual se establecen las disposiciones generales para la implementación de los sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo – SG-SST. <https://www.mintrabajo.gov.co>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336657/9789240015111-eng.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Healthy diet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Mental health at work*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057982>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2030*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240051633>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Informe sobre el estado del tabaquismo en las Américas 2022*. <https://www.paho.org/es/temas/tabaco/informe-estado-tabaquismo-las-americas-2022>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Enfermedades cardiovasculares*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Promoción de la salud en el lugar de trabajo*. <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., y Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Pearson.

Proper, K. I., y van Mechelen, W. (2008). Effectiveness and economic impact of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet. *World Health Organization*. https://www.who.int/dietphysicalactivity/Proper_K.pdf

Proper, K. I., y van Mechelen, W. (2008). Effectiveness of occupational health and safety interventions for healthcare workers: A systematic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment y Health*, 34(3), 191–200. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1231>

Rodríguez, S., y Pardo, M. (2020). Evaluación de un programa de promoción de hábitos saludables en una institución de salud del suroccidente colombiano. *Revista Cuidarte*, 11(2), 99–108. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v11i2.888>

Sniehotta, F. F., Pesseau, J., y Araújo-Soares, V. (2014). Time to retire the theory of planned behaviour. *Health Psychology Review*, 8(1), 1–7. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.869710>

- Universidad de Córdoba. (2022). *Factores de riesgo asociados al sedentarismo y sobrepeso en trabajadores del sector salud de Montería*. Grupo de Investigación en Salud Pública.
- Vélez, C., y Ramírez, L. (2019). Contrato laboral y bienestar psicológico en empleados del sector salud. *Revista Colombiana de Psicología*, 28(2), 189–200.
<https://doi.org/10.15446/rev.colomb.psicol.v28n2.69187>
- Wang, D. D., Li, Y., Bhupathiraju, S. N., Rosner, B. A., Sun, Q., Giovannucci, E. L., ... y Hu, F. B. (2021). Fruit and vegetable intake and mortality: Results from 2 prospective cohort studies of US men and women and a meta-analysis of 26 cohort studies. *Circulation*, 143(17), 1642–1654.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.048996>
- Wood, A. M., Kaptoge, S., Butterworth, A. S., Willeit, P., Warnakula, S., Bacq, D., ... y Danesh, J. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: Combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet*, 391(10129), 1513–1523.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30134-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30134-X)
- World Health Organization. (2020). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- World Health Organization. (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Health Organization. (2021). *Global status report on alcohol and health 2021*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240035690>
- World Health Organization. (2021). *Mental health at work*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240057982>

Apéndices

Apéndice A. Encuesta sobre Hábito de Vida y Bienestar Laboral

Objetivo: Identificar factores de riesgo cardiovascular y condiciones relacionadas con los hábitos de vida y el bienestar en el entorno laboral.

Dirigida a: Personal administrativo, asistencial y profesional de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.

Carácter confidencial y anónimo.

Tiempo estimado: 10–15 minutos.

La presente encuesta tiene como finalidad identificar los factores de riesgo cardiovascular, así como los hábitos de vida y percepciones relacionadas con el bienestar laboral de los colaboradores de la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S. La información recopilada será utilizada exclusivamente con fines diagnósticos en el marco de una consultoría académica. Su participación es voluntaria, anónima y confidencial.

Sección 1. Datos sociodemográficos

1. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
2. Edad: _____ años
3. Cargo: _____
4. Nivel educativo:
☐ Secundaria ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Especialización o más
5. Tipo de contrato:
☐ Término fijo ☐ Término indefinido ☐ Prestación de servicios

Sección 2. Estilo de vida y hábitos saludables

6. ¿Con qué frecuencia realiza actividad física (mínimo 30 minutos continuos)?
☐ Nunca ☐ 1 vez/semana ☐ 2–3 veces/semana ☐ 4 o más veces/semana
7. ¿Cómo calificaría su alimentación diaria?
☐ Muy saludable ☐ Saludable ☐ Poco saludable ☐ Nada saludable
8. ¿Consume frutas o verduras al menos una vez al día? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Fuma cigarrillos o usa dispositivos electrónicos (vapeadores)? ☐ Sí ☐ No
10. ¿Consume bebidas alcohólicas?
☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente ☐ A diario
11. ¿Tiene antecedentes personales o familiares de enfermedades cardiovasculares?
☐ Sí ☐ No

Sección 3. Bienestar y salud laboral

12. ¿Siente que su trabajo le genera altos niveles de estrés?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Siempre
13. ¿Considera que la empresa promueve hábitos saludables en el lugar de trabajo?
☐ Totalmente en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Totalmente de acuerdo
14. ¿Dispone de tiempo suficiente para realizar pausas activas durante la jornada? ☐ Sí ☐ No
15. ¿Siente apoyo por parte de sus superiores o compañeros para mantener hábitos saludables?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Siempre
16. ¿Le gustaría participar en un programa institucional de promoción de hábitos saludables?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe / No responde

Sección 4. Percepción sobre barreras y motivaciones

17. Señale las principales barreras que le impiden adoptar hábitos saludables (puede marcar más de una):
☐ Falta de tiempo ☐ Fatiga laboral ☐ Falta de recursos o espacios adecuados
☐ Falta de motivación ☐ Desconocimiento ☐ Ninguna
18. ¿Cuál de los siguientes componentes considera más importante incluir en un programa de hábitos saludables institucional?
☐ Educación nutricional ☐ Actividad física guiada ☐ Manejo del estrés ☐ Controles de salud periódicos
☐ Promoción del descanso activo

Gracias por su participación. Sus respuestas son muy valiosas para la mejora del bienestar institucional.

Apéndice B. *Consentimiento Informado Encuesta – Colaboradores IPS Sanarte*

Yo, _____, identificado/a con cédula No. _____, declaro que he sido informado/a de forma clara y suficiente sobre los objetivos, fines y condiciones de la encuesta sobre hábitos de vida y bienestar laboral que se desarrolla en el marco de una consultoría académica en la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.

Comprendo que la participación es voluntaria, anónima y que los datos serán tratados de manera confidencial conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Entiendo que puedo retirarme del proceso en cualquier momento, sin que esto implique consecuencias negativas.

Autorizo el uso de la información con fines académicos y técnicos.

Firma: _____ Fecha: _____

Apéndice C. Guía de entrevista semiestructurada

Objetivo general: Explorar percepciones institucionales sobre los factores de riesgo cardiovascular en los colaboradores, así como los recursos, prácticas y condiciones que inciden en la implementación de un programa de hábitos de vida saludable en el entorno laboral.

Población objetivo:

- Representante legal o directivo general
- Líderes de área o coordinadores operativos
- Responsable del SG-SST

Duración estimada: 30 a 45 minutos

Modo de aplicación: Presencial o virtual (grabación con autorización previa)

1. Percepción general sobre la salud del talento humano

- ¿Cómo evalúa usted el estado de salud general de los colaboradores de la IPS?
 - ¿Considera que existen factores de riesgo cardiovascular frecuentes entre el personal?
- ¿Cuáles?

2. Hábitos de vida en el entorno laboral

- ¿Ha identificado hábitos poco saludables entre los trabajadores, como el sedentarismo, la alimentación inadecuada o el consumo de sustancias?
- ¿Qué prácticas saludables ha observado (si las hay) en el entorno laboral?

3. Factores organizacionales

- ¿Qué acciones ha desarrollado la IPS para promover la salud de sus trabajadores en los últimos años?
- ¿Cómo se articulan estas acciones con el SG-SST?
- ¿Qué barreras institucionales cree que dificultan la promoción de hábitos saludables?

4. Viabilidad operativa de un programa institucional

- ¿Considera viable implementar un programa institucional de promoción de hábitos saludables? ¿Por qué?
- ¿Qué recursos cree que son indispensables para ponerlo en marcha?
- ¿Qué actores institucionales deberían liderar o participar activamente en su ejecución?

5. Cultura organizacional y participación

- ¿Existe una cultura institucional que favorezca el autocuidado y el bienestar laboral?
- ¿Cómo es la participación del personal en actividades de promoción de la salud?
- ¿Qué estrategias considera que podrían fomentar una mayor adherencia del personal a estos programas?

6. Perspectivas y sugerencias

- ¿Qué expectativas tiene frente a la implementación de un programa de hábitos saludables?
- ¿Qué recomendaciones ofrecería para asegurar su sostenibilidad y eficacia?

Agradecemos su participación y disposición para compartir sus apreciaciones.

Apéndice D. Consentimiento Informado para Entrevista

Yo, _____, identificado/a con cédula No. _____, declaro que he sido informado/a de forma clara y suficiente sobre los objetivos y condiciones de la entrevista que se me va a realizar en el marco de una consultoría académica para el diseño de un programa de hábitos de vida saludable en la IPS Sanarte Medicina Especializada S.A.S.

Comprendo que la entrevista tiene fines exclusivamente académicos y que la información será tratada de forma confidencial, conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Mi participación es voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento sin consecuencias adversas.

Autorizo la grabación de la entrevista y el uso de la información con fines de análisis técnico.

Firma: _____ Fecha: _____