

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Xochimilco · División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Licenciatura en Medicina

Perfil de la consulta médica de primer contacto en trabajadores del Sistema DIF atendidos en la unidad Xochicalco 949

*Análisis descriptivo por sexo, adscripción institucional, tipo de consulta, diagnóstico y mes
Agosto de 2025 a julio de 2026*

Alumno	Lucio Vera Villafañez
Matrícula	2193068783
Sede	Servicio médico institucional, Xochicalco 949, Sistema Nacional DIF
Asesor(a)	Mtra. Alejandra Gasca García y Miriam Madrid Vázquez
Lugar y fecha	Ciudad de México, 31 de julio de 2026

Resumen

Introducción. Los servicios médicos institucionales de primer contacto permiten resolver problemas frecuentes de salud, realizar una valoración inicial, orientar y referir a la unidad médica familiar los casos que requieren atención longitudinal, además de generar información útil para la prevención en población trabajadora. **Objetivo.** Describir el perfil de las consultas médicas otorgadas en la unidad Xochicalco 949 entre agosto de 2025 y julio de 2026, según sexo, adscripción institucional, tipo de consulta, diagnóstico y mes. **Material y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y de análisis secundario de registros mensuales. La unidad de análisis fue cada consulta; los nombres de los pacientes no se utilizaron. Los diagnósticos se estandarizaron con la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y se documentó la homologación de textos sin código y de códigos mal formados. **Resultados.** Se analizaron 1,359 consultas: 931 correspondieron a mujeres (68.5%) y 428 a hombres (31.5%). DIF Nacional concentró 917 registros (67.5%), DIF CDMX 296 (21.8%) y otras adscripciones 146 (10.7%). Las consultas de primera vez fueron 1,255 (92.3%) y las subsecuentes 104 (7.7%). Treinta registros originalmente sin código CIE-10 y ocho códigos no ajustados a la estructura de la clasificación fueron revisados y homologados, por lo que la totalidad quedó con un código identificable. El sistema respiratorio concentró 462 consultas (34.0%) y la faringitis aguda no especificada (J02.9) fue el diagnóstico más frecuente, con 244 (18.0%). **Conclusiones.** La demanda fue principalmente respiratoria y de primera vez. La unidad funciona como servicio de primer contacto; no realiza control longitudinal de enfermedades crónicas y orienta a las personas trabajadoras para acudir a su unidad médica familiar cuando se requiere seguimiento.

Palabras clave: atención primaria de salud; salud laboral; trabajadores; morbilidad atendida; consulta médica; Sistema Nacional DIF; CIE-10.

Abstract

Background. Institutional first-contact medical services can resolve common health problems, provide an initial assessment, and refer patients who require longitudinal care to their family medicine unit, while generating information for prevention among workers. **Objective.** To describe medical consultations provided at the Xochicalco 949 unit from August 2025 through July 2026 according to sex, institutional affiliation, consultation type, diagnosis, and month. **Methods.** Observational, retrospective, descriptive secondary analysis of monthly records. Each consultation was the unit of analysis; patient names were not used. Diagnoses were standardized with the World Health Organization ICD-10, and uncoded text entries and malformed codes were documented and mapped. **Results.** A total of 1,359 consultations were analyzed: 931 were provided to women (68.5%) and 428 to men (31.5%). National DIF accounted for 917 records (67.5%), Mexico City DIF for 296 (21.8%), and other affiliations for 146 (10.7%). First consultations represented 1,255

encounters (92.3%) and subsequent consultations 104 (7.7%). Thirty records originally lacking an ICD-10 code and eight malformed codes were reviewed and mapped; consequently, every record had an identifiable code. Respiratory conditions accounted for 462 consultations (34.0%), and unspecified acute pharyngitis (J02.9) was the most frequent diagnosis, with 244 consultations (18.0%). Conclusions. Demand was predominantly respiratory and consisted mainly of first consultations. The unit provides first-contact care; it does not conduct longitudinal management of chronic diseases and refers workers to their family medicine unit when follow-up is required.

Keywords: primary health care; occupational health; workers; attended morbidity; medical consultation; National DIF System; ICD-10.

Índice

Resumen	1
Abstract	1
Índice	2
Abreviaturas	2
1. Introducción	2
2. Planteamiento del problema	4
3. Justificación	5
3.1 Relevancia institucional	5
3.2 Relevancia epidemiológica	5
3.3 Relevancia para la salud laboral	6
3.4 Relevancia académica y metodológica	6
4. Pregunta de investigación	6
5. Supuesto de trabajo	6
6. Objetivos	7
6.1 Objetivo general	7
6.2 Objetivos específicos	7
7. Marco teórico	7
7.1 Asistencia social y derecho a la salud en México	7
7.2 ¿Qué es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia?	8
7.3 Antecedentes históricos del DIF	8
7.4 La salud de las personas trabajadoras como condición para la misión institucional	9
7.5 Origen y fundamento de los servicios médicos institucionales para trabajadores	10
7.6 Unidad médica de primer contacto en Xochicalco 949	10
7.7 Atención primaria de salud y primer contacto	11
7.8 Salud laboral, medicina del trabajo y salud ocupacional	12
7.9 Perfil de salud de la población trabajadora	12
7.10 Motivo de consulta, diagnóstico y episodio de atención	13
7.11 Consulta de primera vez y consulta subsecuente	13
7.12 Clasificación Internacional de Enfermedades	14
7.13 Registros clínicos, calidad del dato y confidencialidad	15

7.14 Diferencias por sexo en la utilización de servicios	15
7.15 Temporalidad y variación mensual	16
7.16 Utilidad del análisis epidemiológico para la mejora institucional	16
8. Antecedentes de investigación	16
8.1 Estudios sobre atención primaria y motivos de consulta	16
8.2 Estudios en servicios de salud ocupacional	17
8.3 Contexto mexicano de enfermedades crónicas y prevención	17
8.4 Vacío de conocimiento local	17
9. Material y métodos	18
9.1 Diseño del estudio	18
9.2 Lugar del estudio	18
9.3 Periodo de estudio	18
9.4 Población y unidad de análisis	18
9.5 Universo, muestra y estrategia de selección	18
9.6 Criterios de inclusión	19
9.7 Criterios de exclusión	19
9.8 Criterios de eliminación	19
9.9 Variables y operacionalización	19
9.10 Procedimiento de depuración y codificación	20
9.11 Plan de análisis estadístico	21
9.12 Presentación de resultados	21
9.13 Software	21
9.14 Control de calidad	22
9.15 Consideraciones éticas y de protección de datos	22
9.16 Limitaciones del estudio	22
10. Resultados	23
10.1 Flujo de registros	23
10.2 Características generales	23
10.3 Diagnósticos específicos más frecuentes	25
10.4 Distribución por capítulos o sistemas	26
10.5 Distribución mensual	27
10.6 Comparaciones descriptivas	28
10.7 Homologación y calidad de la codificación	29
11. Discusión	29
11.1 Hallazgo principal	29
11.2 Comparación con atención primaria	29
11.3 Interpretación por sexo y adscripción	29
11.4 Tipo de consulta: primera vez y subsecuente	30
11.5 Variación temporal	30
11.6 Implicaciones	30
11.7 Fortalezas y limitaciones	30
12. Conclusiones	31
13. Propuesta de mejora institucional	31

14. Cronograma**32****15. Referencias****32**

Abreviaturas

Abreviatura	Significado
APS	Atención Primaria de Salud
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión
DIF	Desarrollo Integral de la Familia
DIF CDMX	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México
DOF	Diario Oficial de la Federación
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social

1. Introducción

La salud de las personas trabajadoras es un componente esencial del funcionamiento de cualquier institución. El estado de salud influye en la capacidad para realizar las actividades cotidianas, en la continuidad laboral, en el ausentismo, en la calidad del desempeño y en el bienestar individual y colectivo. En los centros de trabajo, la atención médica de primer contacto puede ofrecer una respuesta oportuna ante padecimientos agudos, identificar hallazgos compatibles con enfermedades crónicas, ofrecer orientación inicial y canalizar a las personas a su unidad médica familiar, donde corresponde el control y seguimiento longitudinal, además de vincular las necesidades observadas con acciones preventivas en el entorno institucional.

La atención primaria de salud se entiende como un enfoque integral que busca atender las necesidades de las personas desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, tan cerca como sea posible de su entorno habitual. En el nivel operativo, la atención de primer contacto funciona como puerta de entrada al sistema, resuelve una proporción importante de los problemas frecuentes y orienta la referencia cuando se requiere atención especializada (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025; OMS & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020).

En el ámbito laboral, la consulta de primer contacto adquiere una dimensión adicional: no solo atiende enfermedades generales, sino que puede reconocer problemas relacionados o agravados por el trabajo, identificar grupos con mayor utilización del servicio y aportar información para campañas de prevención. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha señalado que los servicios de salud en el trabajo pueden organizarse dentro de una sola institución o compartirse entre varias, y que sus funciones deben orientarse a proteger y promover la salud de las personas trabajadoras (OIT, 1985a, 1985b). En México, la NOM-030-STPS-2009 establece funciones preventivas de seguridad y salud en los centros de trabajo, incluyendo el diagnóstico de condiciones, el seguimiento y las acciones de promoción de la salud (Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS], 2009).

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia es un organismo público descentralizado que coordina la asistencia social pública y privada en México. Su origen institucional se remonta a diversas iniciativas de protección a la infancia y asistencia alimentaria; en 1977 se creó formalmente mediante la fusión del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez. Con el tiempo, su marco de actuación evolucionó hacia un enfoque de derechos y coordinación de la asistencia social (Diario Oficial de la Federación [DOF], 1977; Sistema Nacional DIF, 2022).

Dentro del SNDIF, la unidad ubicada en Xochicalco 949 brinda atención médica de primer contacto exclusivamente a personal trabajador del Sistema DIF, conforme a la operación institucional descrita para esta sede. La consulta representa un punto accesible para la valoración inicial, el manejo de problemas agudos frecuentes, la educación sanitaria y la orientación o referencia cuando la condición rebasa la capacidad resolutoria del consultorio. La unidad no realiza control longitudinal de diabetes, hipertensión ni de otros padecimientos crónicos; cuando se identifican estas condiciones, se enfatiza que la persona debe acudir a su unidad médica familiar para valoración integral, tratamiento y seguimiento. La ubicación de Xochicalco 949 aparece además en información institucional pública del SNDIF como uno de sus domicilios operativos en la colonia Santa Cruz Atoyac, Ciudad de México (Sistema Nacional DIF, 2016).

Los registros generados durante la consulta constituyen una fuente de información para conocer la morbilidad atendida. A partir de variables como sexo, adscripción institucional, tipo de consulta, diagnóstico y mes es posible describir cómo se distribuye la demanda, cuáles son los diagnósticos más frecuentes y en qué periodos se concentran determinados problemas. La clasificación estandarizada de los diagnósticos mediante la CIE permite comparar categorías de morbilidad, reducir variaciones terminológicas y organizar los resultados por capítulos o sistemas (OMS, 2019).

El presente proyecto analizará las consultas otorgadas de agosto de 2025 a julio de 2026. Su propósito no es estimar la prevalencia de enfermedades en toda la plantilla laboral —para lo cual sería necesario conocer el número total de trabajadores y distinguir pacientes únicos—, sino

caracterizar la distribución de las consultas registradas en la unidad. Esta precisión es importante porque una persona puede acudir más de una vez y porque la frecuencia de consultas refleja tanto la presencia de enfermedad como el patrón de utilización del servicio.

La información obtenida puede apoyar decisiones institucionales de bajo costo y alta pertinencia, como campañas de vacunación, prevención de infecciones respiratorias, detección oportuna de cifras anormales de presión arterial o glucosa con referencia a la unidad médica familiar, higiene postural, promoción de salud mental, análisis de las causas de consultas subsecuentes y fortalecimiento de la calidad del registro clínico. De este modo, el análisis convierte una base de datos operativa en evidencia para orientar acciones de mejora.

Delimitación conceptual

En este proyecto, “morbilidad atendida” se refiere a los diagnósticos registrados en las consultas. No equivale a prevalencia poblacional. Asimismo, “motivo de consulta” y “diagnóstico” son variables distintas: el motivo expresa lo que llevó a la persona a solicitar atención y el diagnóstico corresponde a la valoración clínica. Solo se analizará el motivo de consulta si existe un campo explícito en la base de datos; no se inferirá a partir del diagnóstico.

2. Planteamiento del problema

Los servicios médicos institucionales producen cotidianamente información sobre las necesidades de salud de la población trabajadora. Sin embargo, cuando los registros se utilizan únicamente para documentar la atención individual y no se analizan de manera agregada, se pierde la oportunidad de identificar patrones útiles para la prevención, la planeación de recursos y la mejora del servicio.

En la unidad médica de Xochicalco 949 se registraron consultas de trabajadores del Sistema DIF durante un periodo de doce meses. La base contiene, al menos, datos sobre sexo, adscripción institucional, diagnóstico y mes de atención; además, deberá verificarse si incluye el tipo de consulta —primera vez o subsecuente— y un motivo de consulta separado. Hasta el momento no se dispone de un informe sistemático que resuma la distribución de estos registros ni que identifique los diagnósticos que concentran la mayor demanda.

La ausencia de un perfil consolidado dificulta responder preguntas básicas para la gestión: ¿qué proporción de las consultas corresponde a mujeres y hombres?, ¿qué adscripción institucional utiliza con mayor frecuencia la unidad?, ¿cuáles son los diagnósticos más comunes?, ¿qué sistemas corporales concentran más atenciones?, ¿existen meses con mayor demanda?, ¿qué problemas generan consultas subsecuentes o requieren referencia a otros servicios de salud? Estas preguntas son relevantes porque los recursos preventivos deben orientarse a los problemas observados, y no únicamente a supuestos generales sobre la salud de los trabajadores.

Además, el registro de diagnósticos puede presentar variaciones de escritura, abreviaturas o términos clínicos no estandarizados. Sin una depuración y codificación consistente, un mismo padecimiento puede contabilizarse como varias categorías. Por ello, el proyecto requiere una fase de limpieza, homologación y clasificación mediante CIE-10, conservando la trazabilidad entre el diagnóstico original y la categoría analítica.

El problema de investigación se concreta en la necesidad de transformar los registros de consulta de agosto de 2025 a julio de 2026 en un perfil descriptivo válido, reproducible y útil para la toma de decisiones del servicio médico institucional.

Pregunta central: ¿Cuál es el perfil de las consultas médicas de primer contacto otorgadas a trabajadores del Sistema DIF en la unidad Xochicalco 949 durante el periodo de agosto de 2025 a julio de 2026, según sexo, adscripción institucional, tipo de consulta, diagnóstico y mes de atención?

3. Justificación

3.1 Relevancia institucional

El análisis permitirá conocer qué problemas de salud generan mayor utilización del consultorio y qué grupos concentran la demanda. Esta información puede servir para planear campañas internas, priorizar materiales educativos, anticipar temporadas de mayor atención y fortalecer la coordinación con otros servicios de salud.

El SNDIF reconoce la importancia del bienestar de sus trabajadores y ha desarrollado acciones institucionales de promoción y prevención, como ferias de salud dirigidas al personal. En 2025 informó la realización de la décimo cuarta edición de esta actividad, lo que muestra continuidad en las acciones de cuidado de la salud laboral (Sistema Nacional DIF, 2025). El presente proyecto complementa ese enfoque mediante evidencia derivada de la consulta cotidiana.

3.2 Relevancia epidemiológica

Los datos de consulta permiten describir la morbilidad atendida y explorar variaciones por sexo, adscripción y tiempo. Aunque no sustituyen a una encuesta de salud ni permiten estimar prevalencias sin denominadores poblacionales, constituyen una aproximación directa a los problemas que llegan al servicio y a las necesidades clínicas que requieren respuesta.

La agrupación de diagnósticos por capítulos CIE-10 facilita identificar conjuntos de problemas —respiratorios, musculoesqueléticos, digestivos, circulatorios, endocrinos o mentales, entre otros— y establecer prioridades para intervenciones preventivas.

3.3 Relevancia para la salud laboral

La consulta de trabajadores puede revelar padecimientos relacionados con posturas prolongadas, movimientos repetitivos, estrés, exposición a personas enfermas, hábitos sedentarios y enfermedades crónicas. Estudios en servicios de salud ocupacional han encontrado que los problemas musculoesqueléticos y de salud mental pueden representar una parte importante de las consultas vinculadas con el trabajo, y que la atención primaria ocupacional permite detectar tempranamente afectaciones de la capacidad laboral (Ikonen et al., 2012; Reho et al., 2019).

La identificación de diagnósticos frecuentes no demostrará causalidad laboral, pero sí permitirá generar hipótesis y seleccionar temas para futuras evaluaciones de riesgos y programas preventivos.

3.4 Relevancia académica y metodológica

El proyecto fortalecerá competencias de epidemiología descriptiva, manejo de bases de datos, codificación diagnóstica, análisis estadístico, elaboración de tablas y comunicación científica. Además, dejará un procedimiento reproducible que puede utilizarse para informes trimestrales o anuales posteriores.

4. Pregunta de investigación

Pregunta de investigación

¿Cuál es la distribución de las consultas médicas de primer contacto otorgadas en la unidad Xochicalco 949 durante agosto de 2025 a julio de 2026, de acuerdo con sexo, adscripción institucional, tipo de consulta, diagnóstico y mes?

5. Supuesto de trabajo

Por tratarse de un estudio descriptivo, el objetivo principal no es probar una relación causal. Como supuesto orientador se espera que la demanda se concentre en un número reducido de diagnósticos frecuentes de primer nivel y que la distribución de consultas varíe según sexo, adscripción y mes. Cualquier diferencia observada se interpretará de forma descriptiva y, si el tamaño y calidad de la base lo permiten, podrá explorarse con pruebas de asociación sin atribuir causalidad.

6. Objetivos

6.1 Objetivo general

Describir el perfil de las consultas médicas de primer contacto otorgadas a trabajadores del Sistema DIF en la unidad Xochicalco 949 durante el periodo de agosto de 2025 a julio de 2026, mediante el análisis de su distribución por sexo, adscripción institucional, tipo de consulta, diagnóstico y mes de atención.

6.2 Objetivos específicos

1. Cuantificar el número total de consultas registradas durante el periodo de estudio.
2. Describir la distribución de las consultas por sexo.
3. Determinar la distribución de las consultas por adscripción institucional: DIF Nacional, DIF Ciudad de México y otras categorías presentes en la base.
4. Estimar la proporción de consultas de primera vez y subsecuentes, si la variable está disponible y es consistente.
5. Depurar y estandarizar los diagnósticos registrados, asignando códigos o categorías compatibles con la CIE-10.
6. Identificar los diagnósticos específicos más frecuentes y la proporción que representan del total de consultas.
7. Agrupar los diagnósticos por capítulos CIE-10 o sistemas clínicos para describir la morbilidad atendida.
8. Describir la distribución mensual de las consultas y explorar variaciones temporales.
9. Comparar descriptivamente los principales diagnósticos según sexo, adscripción, tipo de consulta y mes.
10. Proponer acciones institucionales de promoción, prevención, orientación, referencia y mejora del registro con base en los hallazgos.

7. Marco teórico

7.1 Asistencia social y derecho a la salud en México

La asistencia social comprende acciones dirigidas a modificar y mejorar circunstancias sociales que impiden el desarrollo integral, así como a proteger a personas o grupos en situación de vulnerabilidad. En México, la Ley de Asistencia Social establece las bases para coordinar los servicios públicos y privados en esta materia y reconoce al Sistema Nacional DIF como actor central de dicha coordinación (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2024a).

La asistencia social contemporánea ha transitado de un modelo centrado exclusivamente en ayudas a un enfoque basado en derechos, inclusión, autonomía y desarrollo integral. Esta evolución es relevante para comprender al DIF: su función no se limita a entregar apoyos, sino que articula políticas, servicios y acciones dirigidas a garantizar condiciones de bienestar a poblaciones con necesidades específicas.

El derecho a la protección de la salud, reconocido en el marco constitucional y desarrollado por la Ley General de Salud, implica acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación. Aunque el consultorio de Xochicalco 949 está orientado a la población trabajadora y no constituye un servicio abierto a la población general, su operación se inserta en la misma lógica de protección de la salud, atención oportuna y prevención de daños (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026a).

7.2 ¿Qué es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia?

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal. Su función general es coordinar el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, promover el desarrollo integral de las familias y contribuir a la protección de personas y grupos que enfrentan condiciones de vulnerabilidad. Entre sus ámbitos de acción se encuentran la asistencia alimentaria, el desarrollo comunitario, la rehabilitación e inclusión, la protección de niñas, niños y adolescentes y la atención social integral (Sistema Nacional DIF, s. f.).

La naturaleza descentralizada del SNDIF le otorga personalidad jurídica y patrimonio propios. Esto permite que desarrolle programas y servicios especializados, coordine acciones con los sistemas estatales y municipales DIF y establezca estructuras administrativas para el cumplimiento de su objeto. La organización institucional incluye áreas responsables de atención a población vulnerable, asistencia e inclusión social, protección de derechos y administración de recursos humanos, materiales y financieros (Sistema Nacional DIF, 2019).

El término “Sistema DIF” no se refiere a una sola oficina. Comprende al SNDIF en el ámbito federal, a los sistemas estatales y municipales, y a diversas instancias que colaboran en la asistencia social. Por ello, en la base de consultas es relevante distinguir la adscripción de la persona atendida —por ejemplo, DIF Nacional o DIF Ciudad de México— sin suponer que ambas categorías son equivalentes.

7.3 Antecedentes históricos del DIF

Los antecedentes del DIF se relacionan con iniciativas de protección a la infancia y asistencia alimentaria. Entre ellas se encuentra el programa Gota de Leche, impulsado desde 1929 para apoyar la alimentación infantil, y la posterior Asociación Nacional de Protección a la Infancia. En 1961 se creó el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, asociado al desarrollo de los desayunos escolares. En 1968 surgió la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, orientada a niñas y niños en situación de abandono, orfandad, discapacidad o enfermedad. Posteriormente se constituyó el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (Sistema Nacional DIF, 2017).

El 13 de enero de 1977 se publicó el decreto que creó al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia mediante la integración de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez y

el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia. El decreto definió al nuevo organismo como público descentralizado y estableció objetivos relacionados con bienestar social, desarrollo comunitario, bienestar familiar, nutrición y acciones preventivas de salud, especialmente para la infancia y las madres gestantes (DOF, 1977).

En 1986 se fortaleció su papel como coordinador de los esfuerzos asistenciales, y en 2004 la Ley de Asistencia Social consolidó el marco general para la coordinación del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada. La evolución normativa acompañó el tránsito de una visión asistencialista hacia un enfoque de derechos, profesionalización e intervención integral (Sistema Nacional DIF, 2022; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2024a).

Año	Hito	Relevancia
1929	Programa Gota de Leche	Antecedente de apoyo alimentario y protección infantil.
1961	Instituto Nacional de Protección a la Infancia	Consolidación de programas de protección y desayunos escolares.
1968	Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez	Atención de niñas y niños en condiciones de abandono, discapacidad o enfermedad.
Década de 1970	Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia	Ampliación de la perspectiva hacia la familia.
1977	Creación del SNDIF	Fusión institucional y creación del organismo descentralizado.
1986	Ampliación de facultades de coordinación	Fortalecimiento de la rectoría y coordinación asistencial.
2004	Ley de Asistencia Social	Marco vigente para la asistencia social y coordinación nacional.
Actualidad	Enfoque de derechos e inclusión	Programas integrales, protección de derechos y coordinación interinstitucional.

Tabla 1. Síntesis histórica del Sistema Nacional DIF. Elaboración propia con base en DOF (1977), Sistema Nacional DIF (2017, 2022) y Ley de Asistencia Social.

7.4 La salud de las personas trabajadoras como condición para la misión institucional

El cumplimiento de las funciones del SNDIF depende del trabajo de personal administrativo, profesional, técnico, operativo y de apoyo. La población trabajadora participa en actividades diversas: gestión, atención directa, trabajo social, psicología, salud, rehabilitación, alimentación, protección de derechos, transporte, mantenimiento y servicios generales. Esta diversidad implica perfiles de exposición distintos y necesidades de salud heterogéneas.

Proteger la salud del personal no es una actividad separada de la misión institucional. Una fuerza laboral saludable favorece la continuidad de los programas, la calidad de la atención a las personas usuarias y la capacidad de respuesta ante demandas sociales. Asimismo, una institución

dedicada al cuidado y la asistencia social requiere coherencia interna mediante acciones que promuevan el bienestar de quienes realizan ese trabajo.

El SNDIF ha mantenido acciones de promoción dirigidas a sus trabajadores. La realización de ferias de salud con servicios preventivos y atención oportuna muestra que la salud laboral forma parte de las actividades institucionales. Estas estrategias pueden complementarse con información agregada sobre la demanda cotidiana del consultorio (Sistema Nacional DIF, 2025).

7.5 Origen y fundamento de los servicios médicos institucionales para trabajadores

Los servicios médicos internos en instituciones públicas y privadas pueden entenderse como una respuesta práctica a tres necesidades: atender oportunamente problemas de salud frecuentes, apoyar la vigilancia de la salud en el trabajo y reducir barreras de acceso durante la jornada laboral. Su desarrollo se vincula con la evolución de la medicina del trabajo, la seguridad social, la prevención de riesgos y la atención primaria.

La OIT define los servicios de salud en el trabajo como servicios con funciones esencialmente preventivas que asesoran a empleadores y trabajadores sobre condiciones necesarias para establecer y mantener un ambiente de trabajo seguro y saludable. El Convenio 161 permite que estos servicios se organicen para una sola empresa o institución, o de manera compartida, y contempla su articulación con servicios de atención primaria (OIT, 1985a). La Recomendación 171 amplía funciones como vigilancia de la salud, promoción, primeros auxilios, educación y análisis de información, manteniendo la confidencialidad (OIT, 1985b).

En México, la NOM-030-STPS-2009 establece que los servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo pueden ser internos, externos o mixtos. Su objetivo es prevenir accidentes y enfermedades mediante diagnósticos, programas, seguimiento de medidas preventivas y acciones correctivas. Aunque una consulta médica general no sustituye todas las funciones de un servicio especializado de salud ocupacional, puede contribuir a la detección temprana de problemas, la promoción y la referencia (STPS, 2009).

La documentación pública revisada no permite establecer con precisión la fecha de apertura ni el instrumento específico de creación del consultorio médico de Xochicalco 949. Por ello, este trabajo no atribuye una fecha no verificada. Su existencia se contextualiza como parte de las acciones institucionales de cuidado de la salud del personal y se describe a partir de su operación actual, los registros disponibles y la experiencia documentada durante el servicio social.

7.6 Unidad médica de primer contacto en Xochicalco 949

La unidad de interés se encuentra en Xochicalco 949, colonia Santa Cruz Atoyac, alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México. El domicilio aparece en información pública del SNDIF relacionada con sus operaciones administrativas y de servicio social (Sistema Nacional DIF, 2016).

Conforme a la descripción institucional proporcionada para este proyecto, el consultorio brinda atención médica de primer contacto exclusivamente a trabajadores del Sistema DIF.

La atención de primer contacto incluye la recepción de la demanda, el interrogatorio y la exploración clínica, la formulación de una impresión diagnóstica, el manejo inicial dentro de la capacidad del consultorio, la educación sanitaria y la referencia cuando el caso requiere mayor capacidad diagnóstica o terapéutica. En Xochicalco 949, una consulta subsecuente puede corresponder a la revaloración de un episodio agudo, revisión de estudios o persistencia de síntomas, pero no equivale al control longitudinal de una enfermedad crónica. El seguimiento de diabetes, hipertensión y otros padecimientos crónicos debe realizarse en la unidad médica familiar correspondiente.

La unidad atiende una población laboral delimitada, pero no necesariamente homogénea. La variable de adscripción permitirá distinguir al personal de DIF Nacional, DIF Ciudad de México y otras categorías que aparezcan en los registros. Esta distinción es importante para describir la utilización del servicio, aunque no permite comparar tasas de uso si no se conoce el número total de trabajadores de cada adscripción.

Por su ubicación dentro del entorno institucional, el consultorio puede reducir el tiempo entre el inicio de síntomas y la valoración, facilitar la atención oportuna y proporcionar educación sanitaria contextualizada. También genera una base de datos útil para reconocer problemas recurrentes, planear intervenciones preventivas y fortalecer la referencia a los servicios de salud responsables de la atención longitudinal.

7.7 Atención primaria de salud y primer contacto

La APS es un enfoque de organización de la salud centrado en las necesidades de las personas y cercano a sus entornos cotidianos. Integra servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados, junto con acciones sobre determinantes sociales y participación de las comunidades. La OMS considera a la APS una estrategia fundamental para lograr sistemas más equitativos, eficientes y resilientes (OMS, 2025).

La atención primaria y el primer nivel no son conceptos idénticos. La APS es un enfoque amplio que incluye políticas, participación y acción intersectorial; el primer nivel corresponde a la estructura asistencial más cercana y accesible. Una unidad médica institucional puede aplicar principios de APS —accesibilidad, integralidad, continuidad, prevención y coordinación— aun cuando su cobertura se limite a trabajadores.

La OPS identifica como atributos de las redes basadas en APS el acceso y cobertura, el primer contacto, la atención integral, integrada y continua, la orientación familiar y comunitaria y la coordinación. En el consultorio de Xochicalco 949, estos principios se expresan mediante atención oportuna, valoración inicial, educación sanitaria, referencia y coordinación con la unidad médica

familiar cuando se requiere control longitudinal (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s. f.).

El primer contacto es especialmente valioso en problemas agudos frecuentes, síntomas inespecíficos, necesidades preventivas y descompensaciones que requieren una valoración inicial. Su función no es resolver todos los problemas ni asumir el control de enfermedades crónicas, sino valorar, tratar lo que corresponde a su capacidad, reconocer criterios de alarma y asegurar una ruta apropiada hacia la unidad médica familiar u otro nivel de atención.

7.8 Salud laboral, medicina del trabajo y salud ocupacional

La salud laboral estudia y promueve la relación entre trabajo y salud. Incluye la prevención de accidentes y enfermedades de trabajo, la vigilancia de exposiciones, la adaptación del trabajo a las capacidades de las personas, la promoción de entornos saludables y la atención de factores que afectan el bienestar y la capacidad laboral.

La salud ocupacional no se limita a enfermedades legalmente reconocidas como profesionales. También considera enfermedades generales que pueden agravarse por el trabajo, síntomas que interfieren con el desempeño, factores psicosociales y condiciones crónicas que pueden requerir ajustes laborales y control en los servicios de salud correspondientes. En 2022 la OIT incorporó un entorno de trabajo seguro y saludable como principio y derecho fundamental en el trabajo (OIT, 2022).

En oficinas y dependencias públicas pueden presentarse riesgos ergonómicos por posturas prolongadas, uso de computadora y movimientos repetitivos; factores psicosociales por cargas de trabajo, organización y atención a situaciones complejas; exposición a agentes biológicos en áreas de atención; y riesgos asociados con sedentarismo y enfermedades crónicas. La NOM-035-STPS-2018 establece obligaciones para identificar y prevenir factores de riesgo psicosocial, mientras que la NOM-030-STPS-2009 orienta la organización de acciones preventivas (STPS, 2018, 2009).

El análisis de consultas no permite demostrar que un diagnóstico fue causado por el trabajo. Para establecer causalidad se requiere historia ocupacional, evaluación de exposición, temporalidad y criterios clínicos específicos. Sin embargo, la concentración de ciertos diagnósticos puede señalar áreas que ameriten evaluación adicional, como trastornos musculoesqueléticos, ansiedad, infecciones respiratorias o enfermedades metabólicas.

7.9 Perfil de salud de la población trabajadora

La población en edad laboral presenta una combinación de enfermedades agudas, padecimientos crónicos, síntomas musculoesqueléticos y problemas de salud mental. La distribución depende de edad, sexo, ocupación, condiciones del trabajo, hábitos, acceso a servicios y contexto epidemiológico.

En México, la ENSANUT muestra la relevancia de enfermedades crónicas como obesidad, diabetes e hipertensión en adultos, así como la necesidad de detección y tratamiento oportunos (Escamilla-Núñez et al., 2023; Instituto Nacional de Salud Pública, 2022). Estas condiciones pueden identificarse de manera incidental durante una consulta de primer contacto; ante su detección o sospecha, la función de la unidad es orientar y referir a la persona a su unidad médica familiar para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento longitudinal.

En servicios de salud ocupacional con atención primaria se ha observado que una parte importante de las consultas se relaciona con síntomas que afectan la capacidad de trabajo. Los problemas musculoesqueléticos y mentales destacan entre las consultas relacionadas con el trabajo; además, las personas con enfermedades de larga evolución y síntomas laborales utilizan con mayor frecuencia estos servicios (Ikonen et al., 2012; Kimanen et al., 2011).

Estos antecedentes no deben utilizarse para anticipar indebidamente los resultados de Xochicalco 949. Su función es ofrecer categorías plausibles para interpretar los datos cuando se conozcan los diagnósticos reales.

7.10 Motivo de consulta, diagnóstico y episodio de atención

El motivo de consulta es la razón expresada por la persona para buscar atención: un síntoma, una preocupación, una solicitud de revaloración, revisión de estudios, receta, valoración preventiva u otra necesidad. El diagnóstico es la conclusión clínica —definitiva o presuntiva— registrada por el profesional después de la valoración.

Una consulta puede tener más de un motivo y más de un diagnóstico. Además, varias consultas pueden formar parte de un mismo episodio de enfermedad. Por ello, el análisis debe especificar si contará una sola categoría principal por consulta o múltiples diagnósticos. En esta versión se propone utilizar el diagnóstico principal registrado; si existen varios diagnósticos en una celda, se realizará una revisión para definir reglas consistentes.

La literatura sobre atención primaria subraya que los motivos de consulta aportan información distinta de los diagnósticos y pueden incluir actividades preventivas, renovación de medicamentos o revisión de resultados. Un estudio nacional en Brasil identificó diferencias de motivos por edad y una alta frecuencia de seguimiento y prevención (Chueiri et al., 2020).

Si el Excel contiene únicamente diagnósticos, el estudio debe titular y concluir en términos de “diagnósticos frecuentes” o “morbilidad atendida”, evitando afirmar cuáles fueron los principales motivos subjetivos de consulta.

7.11 Consulta de primera vez y consulta subsecuente

La consulta de primera vez representa el primer contacto registrado para un problema o episodio de atención. La consulta subsecuente corresponde a un encuentro posterior relacionado

con ese episodio, por ejemplo para revaloración clínica, revisión de estudios o persistencia de síntomas. En este servicio, la categoría subsecuente no debe interpretarse como control longitudinal de diabetes, hipertensión u otra enfermedad crónica, ya que dicho seguimiento corresponde a la unidad médica familiar.

Una proporción alta de primeras veces puede reflejar una demanda predominantemente aguda. Las consultas subsecuentes pueden relacionarse con revaloración de síntomas persistentes, revisión de resultados o continuación breve de un episodio agudo. Su frecuencia no debe utilizarse para afirmar que la unidad realiza control de padecimientos crónicos.

Antes del análisis se verificó que los valores estuvieran estandarizados y que la categoría se refiriera a la consulta, no a la primera vez que la persona acudió en toda su vida. Las ambigüedades se documentaron como limitaciones.

7.12 Clasificación Internacional de Enfermedades

La CIE es el estándar internacional para registrar, analizar, interpretar y comparar datos de mortalidad y morbilidad. Facilita la organización de diagnósticos en categorías jerárquicas y permite producir estadísticas comparables. Aunque la CIE-11 entró en vigor internacional en 2022, la base analizada se encontraba codificada con CIE-10 y se utilizó la versión 2019 del navegador oficial de la OMS (OMS, 2019).

En este proyecto se utilizó CIE-10 porque fue la referencia indicada en el documento original y la base se elaboró bajo esa codificación. Cuando los registros contenían únicamente texto libre, se asignó el código correspondiente con apoyo de la descripción clínica y se conservó una columna con el texto original.

Para el análisis general, los códigos podrán agruparse por capítulos CIE-10. Esta agrupación evita listas excesivamente fragmentadas y permite identificar grandes áreas de morbilidad. Para los diagnósticos más frecuentes se presentarán también categorías específicas.

Capítulo	Rango	Grupo general
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
II	C00-D48	Neoplasias
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y ciertos trastornos inmunitarios
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos

Capítulo	Rango	Grupo general
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio
XI	K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo
XIV	N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario
XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados en otra parte
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios

Tabla 2. Capítulos CIE-10 potencialmente relevantes para el análisis. La clasificación final dependerá de los diagnósticos presentes en la base.

7.13 Registros clínicos, calidad del dato y confidencialidad

La calidad del análisis depende de la calidad del registro. Los errores de captura, abreviaturas, duplicados, celdas vacías y diagnósticos no específicos pueden modificar las frecuencias. Por ello, la depuración no es una etapa secundaria, sino parte central del método.

La NOM-004-SSA3-2012 establece criterios para la integración y manejo del expediente clínico y reconoce la importancia de la confidencialidad de la información. Para el proyecto se trabajará con una base analítica sin nombres ni datos que permitan identificar directamente a las personas. Los datos de salud son datos personales sensibles y deben recibir protección reforzada (Secretaría de Salud, 2012; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2025).

La base original con nombres permanece bajo resguardo institucional y no se incluyó en anexos, resultados ni archivos derivados. Para el análisis se generó una copia sin nombres; no se creó ni utilizó un identificador individual.

La normalización diagnóstica deberá documentar cada decisión. Se recomienda conservar las columnas “diagnóstico original”, “diagnóstico estandarizado”, “código CIE-10” y “capítulo/sistema”, lo que permite auditar cambios sin modificar el registro fuente.

7.14 Diferencias por sexo en la utilización de servicios

El sexo puede asociarse con patrones diferentes de enfermedad, exposición, búsqueda de atención y utilización de servicios. El análisis por sexo es útil para identificar diferencias descriptivas, pero debe evitar explicaciones simplistas o estereotipos. Una mayor proporción de consultas en un grupo puede reflejar diferencias en composición de la plantilla, necesidades de salud, acceso, conductas de búsqueda o recurrencia de consultas.

Para interpretar adecuadamente la distribución sería ideal contar con el número total de mujeres y hombres empleados en cada adscripción. Sin ese denominador, solo podrán compararse porcentajes de las consultas, no tasas de utilización por sexo.

Los resultados se presentarán tanto en números absolutos como en porcentajes. En la base corregida, las variables edad, sexo, procedencia y tipo de consulta se encontraron completas y con códigos válidos.

7.15 Temporalidad y variación mensual

La distribución mensual permite identificar picos de demanda y variaciones estacionales. Las infecciones respiratorias pueden aumentar en temporadas específicas; los problemas gastrointestinales pueden relacionarse con brotes o cambios ambientales; y las consultas musculoesqueléticas o de salud mental pueden variar con cargas de trabajo y periodos institucionales.

La distribución mensual permite identificar variaciones en el volumen de demanda. El archivo final incluyó registros de agosto de 2025 a julio de 2026, con el periodo completo cerrado al 31 de julio de 2026. El análisis se presentó exclusivamente por mes; no se elaboraron conteos por día.

7.16 Utilidad del análisis epidemiológico para la mejora institucional

El análisis descriptivo de los registros permite convertir datos clínicos en información de gestión. Un listado ordenado de diagnósticos puede identificar el pequeño número de categorías que concentra la mayor parte de consultas, apoyar la priorización de insumos y seleccionar temas de educación para la salud.

La comparación por sexo y adscripción puede orientar mensajes y horarios; el análisis de primeras veces y subsecuentes puede mostrar necesidades de continuidad; y la tendencia mensual puede ayudar a planear campañas antes de los periodos de mayor demanda.

Los resultados también pueden mejorar la calidad del sistema de registro. Por ejemplo, una alta frecuencia de códigos inespecíficos puede indicar necesidad de capacitación en codificación; muchos valores faltantes pueden motivar ajustes del formato; y diagnósticos duplicados por variaciones ortográficas pueden justificar catálogos desplegables.

La finalidad no es evaluar el desempeño individual del personal ni identificar a pacientes, sino describir necesidades colectivas y proponer mejoras factibles.

8. Antecedentes de investigación

8.1 Estudios sobre atención primaria y motivos de consulta

Los estudios de motivos de consulta y diagnósticos en atención primaria muestran que un número relativamente pequeño de problemas suele concentrar una proporción importante de la demanda. La revisión sistemática de Bigio et al. (2022) destacó que conocer los motivos y diagnósticos más comunes es útil para planear servicios, recursos y formación del personal de salud en países de ingresos bajos y medios.

En Brasil, Chueiri et al. (2020) analizaron más de seis mil encuentros de atención primaria. Los motivos incluyeron revisión de resultados, renovación de medicamentos y actividades preventivas, además de síntomas. El estudio mostró que la edad modificó la distribución de los motivos y reforzó la necesidad de diferenciar lo que solicita el paciente del diagnóstico final.

Estos antecedentes apoyan la utilidad de analizar los registros locales, pero también advierten que los resultados dependen de la estructura de la base y del sistema de clasificación utilizado.

8.2 Estudios en servicios de salud ocupacional

Kimanen et al. (2011) estudiaron el uso de atención primaria integrada a servicios de salud ocupacional en trabajadores finlandeses. Encontraron una utilización amplia y asociaciones con enfermedades de larga duración, síntomas relacionados con el trabajo y estrés psicológico. Aunque el contexto es distinto al mexicano, el estudio muestra cómo una consulta accesible en el ámbito laboral puede captar problemas generales y ocupacionales.

Ikonen et al. (2012) analizaron consultas consecutivas de médicos de salud ocupacional y observaron que los problemas musculoesqueléticos y mentales eran frecuentes entre los problemas relacionados con el trabajo. Los autores destacaron la función del médico para realizar intervenciones tempranas y prevenir discapacidad.

Reho et al. (2019) analizaron usuarios frecuentes de atención primaria ocupacional y encontraron que un grupo pequeño concentraba una proporción considerable de visitas. La asistencia frecuente se asoció con sexo femenino y diagnósticos musculoesqueléticos y mentales. Este antecedente es pertinente para justificar el análisis de consultas subsecuentes, aunque la base de Xochicalco deberá permitir distinguir personas o episodios para estudiar frecuentación individual.

8.3 Contexto mexicano de enfermedades crónicas y prevención

La ENSANUT Continua 2022 documentó una carga importante de enfermedades crónicas y factores de riesgo en población adulta mexicana. Escamilla-Núñez et al. (2023) analizaron la detección, diagnóstico previo y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, evidenciando la necesidad de fortalecer la detección oportuna y la vinculación con los servicios de salud responsables del tratamiento y seguimiento longitudinal.

Para una unidad de trabajadores, estos antecedentes justifican revisar diagnósticos endocrinos, metabólicos y circulatorios, así como contactos preventivos. Sin embargo, la frecuencia observada en consulta dependerá del acceso, la cobertura de otros servicios y el propósito del consultorio.

8.4 Vacío de conocimiento local

No se identificó un informe público específico que describa el perfil de consultas de la unidad médica de Xochicalco 949 durante el periodo estudiado. El proyecto cubrirá este vacío mediante el análisis de la base operativa y producirá un diagnóstico situacional útil para el servicio. La originalidad radica en su contexto institucional y en la integración de sexo, adscripción, temporalidad y codificación diagnóstica.

9. Material y métodos

9.1 Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y de análisis secundario de registros. Se examinó el censo de consultas registradas en las hojas mensuales de agosto de 2025 a julio de 2026. No se efectuó intervención sobre las personas atendidas ni modificación de tratamientos.

9.2 Lugar del estudio

Servicio médico institucional ubicado en Xochicalco 949, colonia Santa Cruz Atoyac, alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México. La unidad brinda atención médica de primer contacto a trabajadores del Sistema DIF.

9.3 Periodo de estudio

El periodo analítico comprendió del 1 de agosto de 2025 al 31 de julio de 2026. Las doce hojas mensuales se incorporaron al análisis final.

9.4 Población y unidad de análisis

- Población fuente: trabajadores del Sistema DIF atendidos en la unidad médica durante el periodo de estudio.

- Unidad de análisis principal: cada consulta médica registrada. Una misma persona puede contribuir con más de una consulta.
- No se calculó el número de pacientes únicos ni la frecuencia de consultas por persona, porque el nombre no se utilizó para ninguna operación analítica. En consecuencia, los resultados describen consultas y no individuos.

Implicación metodológica

Al analizar consultas, los porcentajes describen la distribución de atenciones, no la proporción de trabajadores enfermos. Para estimar prevalencia o tasas de utilización sería necesario conocer la plantilla total y contar pacientes únicos.

9.5 Universo, muestra y estrategia de selección

Se utilizó un censo de 1,359 consultas identificadas en las hojas mensuales del periodo. No se calculó tamaño de muestra. Las variables edad, sexo, procedencia y tipo de consulta estuvieron completas. Después de la homologación, todos los registros contaron con un código CIE-10 identificable.

9.6 Criterios de inclusión

- Registros de consulta médica realizados entre agosto de 2025 y julio de 2026.
- Consultas otorgadas en la unidad Xochicalco 949 a trabajadores del Sistema DIF.
- Registros con fecha o mes identificable y al menos un diagnóstico o categoría clínica utilizable.
- Registros correspondientes a las adscripciones incluidas en la operación del servicio.

9.7 Criterios de exclusión

- Registros fuera del periodo de estudio.
- Atenciones administrativas sin valoración médica, si no corresponden al objetivo del proyecto.
- Registros de personas no pertenecientes a la población trabajadora objetivo, cuando sea posible identificarlos mediante una categoría no nominal.
- Filas utilizadas como encabezados, subtotales o notas y que no representan una consulta.

9.8 Criterios de eliminación

- No se eliminaron consultas por posible repetición de una persona, ya que no se utilizó el nombre ni otro identificador individual. Solo se excluyeron filas que no representaban una consulta.
- Los 1,359 registros contaron con edad, sexo, procedencia y tipo de consulta válidos, por lo que se utilizó el mismo denominador para estas variables.
- Los 30 registros originalmente sin código CIE-10 se homologaron a partir del texto clínico, y ocho códigos mal formados o pertenecientes a extensiones clínicas se normalizaron a una categoría válida de la CIE-10. Las abreviaturas TAB y FAB se conservaron en la bitácora como interpretaciones clínicas que requieren corroboración institucional si tuvieron un significado diferente.

9.9 Variables y operacionalización

Variable	Definición operacional	Tipo	Codificación	Análisis previsto
Fecha/mes de consulta	Momento en que se otorgó la atención.	Cuantitativa temporal / categórica	Fecha válida; mes de agosto 2025 a julio 2026.	Frecuencia y porcentaje mensual; descripción del volumen. No se presentan conteos por día.
Sexo	Sexo registrado en la base.	Categórica nominal	1 = hombre; 2 = mujer.	n y % del total de consultas; cruces con diagnóstico, adscripción y mes.
Adscripción institucional	Institución de procedencia laboral.	Categórica nominal	1 = DIF Nacional; 2 = DIF CDMX; 3 = otro.	n y %; principales diagnósticos por adscripción.
Tipo de consulta	Clasificación operativa del encuentro.	Categórica nominal dicotómica	1 = primera vez; 2 = subsecuente.	n y %; diagnóstico por tipo de consulta.
Motivo de consulta	Razón expresada para solicitar atención.	Texto/categórica	No existe un campo independiente en la base recibida; no se inferirá a partir del diagnóstico.	Frecuencias por motivo; agrupación clínica.
Diagnóstico original	Texto registrado por el profesional.	Categórica/texto	Se conservará sin modificaciones en una columna fuente.	Control de calidad y trazabilidad.
Diagnóstico estandarizado	Nombre clínico homologado.	Categórica nominal	Catálogo consolidado después de depuración.	Ranking de diagnósticos; frecuencia y porcentaje.
Código CIE-10	Código asignado al diagnóstico.	Categórica jerárquica	Código de tres o cuatro caracteres cuando la información lo permita.	Agrupación por código y capítulo.
Capítulo/sistema CIE-10	Grupo general de morbilidad.	Categórica nominal	Respiratorio, musculoesquelético, digestivo, circulatorio, etc., de acuerdo con CIE-10.	Frecuencias y porcentajes; comparación por sexo/mes.
Identificador anonimizado	No utilizado. El análisis se efectuó por consulta y no por paciente.	Categórica nominal	No se creó identificador; el nombre fue excluido de todas las operaciones.	No se estimó número de pacientes únicos ni consultas por persona.

Tabla 3. Operacionalización de variables aplicada a la base analítica.

9.10 Procedimiento de depuración y codificación

1. Conservar una copia intacta del archivo original en una ubicación institucional segura.

2. Crear una copia de trabajo sin nombres, números de empleado, teléfonos u otros identificadores directos.
3. Revisar nombres de columnas, formato de fechas, valores faltantes y categorías únicas.
4. Eliminar filas vacías, encabezados repetidos y duplicados confirmados, documentando el número eliminado.
5. Estandarizar sexo, adscripción y tipo de consulta mediante un diccionario de recodificación.
6. Conservar el diagnóstico original y crear una columna separada de diagnóstico estandarizado.
7. Se corrigieron variaciones ortográficas y abreviaturas cuando el significado fue inequívoco. Las abreviaturas con más de una interpretación posible se documentaron de forma explícita en la bitácora.
8. Se asignó un código CIE-10 con el mayor nivel de especificidad permitido por la información disponible, utilizando como referencia el navegador oficial de la versión 2019 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019).
9. Clasificar los diagnósticos por capítulo CIE-10 y, para presentación, por sistema clínico si facilita la comprensión.
10. Se efectuó una segunda revisión de los diagnósticos más frecuentes, de los 30 registros originalmente sin código y de los códigos que no coincidían con la estructura de la CIE-10.
11. Generar una bitácora de cambios con reglas de codificación y decisiones dudosas.

9.11 Plan de análisis estadístico

- Se calculó el número total de registros identificados, excluidos y analizados, así como la integridad de las variables.
- Para las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes. El denominador fue el total de consultas válidas para cada variable.
- Se elaboró un ranking de diagnósticos específicos y se mostraron los diez más frecuentes. También se calculó el porcentaje acumulado.
- Los diagnósticos se agruparon por capítulos o sistemas CIE-10. Se presentaron frecuencias y porcentajes globales y distribuciones descriptivas por sexo, adscripción, tipo de consulta y mes.
- Se construyó una serie mensual con el número y porcentaje de consultas correspondientes a cada mes del periodo. No se realizaron ni presentaron conteos de consultas por día.
- No se realizaron pruebas inferenciales, porque una misma persona podía contribuir con varias consultas y no se utilizó un identificador para evaluar independencia entre observaciones. Las comparaciones por sexo, procedencia, tipo de consulta y mes fueron exclusivamente descriptivas.
- La interpretación se limitó a la distribución de las consultas registradas; no se estimaron tasas de utilización ni prevalencias, ya que no se contó con denominadores de la plantilla laboral.
- Para la edad se calcularon media, desviación estándar, mediana, rango intercuartílico y grupos etarios. Los registros sin edad se excluyeron únicamente de estos cálculos.

Regla de denominadores

Las variables edad, sexo, procedencia, tipo de consulta y código CIE-10 utilizan el total de 1,359 consultas. Los resultados representan encuentros y no pacientes únicos.

9.12 Presentación de resultados

- Las tablas muestran números absolutos y porcentajes con un decimal cuando resulta útil.
- Las gráficas principales incluyen barras para sexo, barras horizontales para diagnósticos y sistemas, y columnas para la distribución mensual.
- Las gráficas de pastel se evitarán cuando existan muchas categorías o diferencias pequeñas, porque dificultan la comparación.
- Los elementos visuales mantienen un diseño institucional sobrio, con verde bosque y tonos neutros, asegurando contraste y legibilidad.
- No se presentarán celdas que permitan identificar a una persona. Las categorías con recuentos muy pequeños se agruparán o suprimirán si existe riesgo de reidentificación.

9.13 Software

La depuración y el análisis se realizaron mediante Microsoft Excel y Python. Se generó un libro derivado sin nombres con la base anonimizada, tablas de frecuencia, porcentajes y controles de calidad.

9.14 Control de calidad

- Comparación del número total de filas antes y después de la depuración.
- Revisión de valores únicos y categorías inesperadas.
- Validación de la cobertura completa de los doce meses y comprobación de que la presentación se realizara exclusivamente por mes.
- Revisión cruzada de los diagnósticos estandarizados y códigos CIE-10.
- Verificación de que los porcentajes sumen aproximadamente 100%, considerando redondeo y datos faltantes.
- Reproducción de una muestra de cálculos de forma independiente.
- Conservación de una bitácora de decisiones y versión final de la base anonimizada.

9.15 Consideraciones éticas y de protección de datos

El estudio utilizará registros existentes y no implica intervención ni contacto adicional con las personas atendidas. De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el análisis documental retrospectivo puede clasificarse como investigación sin riesgo cuando no se realiza ninguna intervención y se protege la identidad. La clasificación definitiva y la necesidad de revisión institucional corresponderán a la autoridad académica o comité competente (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014).

La información clínica es confidencial. La base analítica excluirá nombres y cualquier identificador directo. Los datos serán utilizados exclusivamente para los objetivos académicos e institucionales del proyecto y se presentarán de manera agregada.

La Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados considera la información sobre salud como dato personal sensible. Por ello, se aplicarán principios de finalidad, proporcionalidad, seguridad y confidencialidad (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2025).

La NOM-004-SSA3-2012 establece criterios relacionados con el expediente clínico y la confidencialidad. El proyecto no sustituirá ni modificará los expedientes originales; trabajará con una base secundaria anonimizada (Secretaría de Salud, 2012).

No se emitirán juicios sobre desempeño individual, no se publicarán diagnósticos vinculados a personas y no se intentará reidentificar a ningún trabajador.

9.16 Limitaciones del estudio

- El estudio describe consultas y no prevalencia de enfermedad en toda la plantilla.
- Una misma persona puede aparecer varias veces; el nombre no se utilizó y no fue posible identificar pacientes únicos.
- El estudio cubre un periodo institucional específico de doce meses; no permite establecer tendencias de largo plazo ni atribuir causalidad a las variaciones mensuales.
- Las variables edad, sexo, procedencia y tipo de consulta se encontraron completas. Se conservaron dos registros de 17 años, ambos clasificados en la categoría de procedencia 'Otro'.
- El uso de texto libre generó variaciones ortográficas, códigos mal formados y abreviaturas. Aunque todos los registros se homologaron, las interpretaciones de TAB y FAB deben corroborarse institucionalmente si la abreviatura tuvo otro significado.
- No existe un campo separado de motivo de consulta, por lo que no se infirió a partir del diagnóstico.
- Los hallazgos corresponden a una unidad y periodo específicos y no son generalizables de forma automática a todo el Sistema DIF.

10. Resultados

RESULTADOS FINALES

El archivo contiene el periodo completo de agosto de 2025 a julio de 2026. El nombre de los pacientes no se utilizó para el análisis ni aparece en la base derivada. Los resultados se presentan por mes y no por día. Todos los diagnósticos quedaron con un código CIE-10 identificable después de la homologación.

10.1 Flujo de registros

En las doce hojas mensuales se identificaron 1,359 filas correspondientes a consultas. No fue necesario excluir registros de consulta. La base analítica final quedó integrada por 1,359 encuentros. Las variables edad, sexo, procedencia y tipo de consulta estuvieron completas y presentaron códigos válidos. Treinta registros carecían originalmente de código CIE-10 y ocho contenían códigos mal formados o con extensiones no propias de la clasificación base; todos fueron revisados y homologados. Dos registros presentaron edad de 17 años, ambos con procedencia clasificada como 'Otro', y se conservaron porque correspondían a atenciones registradas en el periodo.

10.2 Características generales

De las 1,359 consultas, 931 correspondieron a mujeres (68.5%) y 428 a hombres (31.5%). La edad estuvo disponible en todos los registros; la media fue de 47.9 años (DE 14.3), la mediana de 49 años y el rango intercuartílico de 36 a 58 años. El grupo de 50 a 59 años concentró 27.7% de las consultas. Respecto a la procedencia, 917 consultas fueron de DIF Nacional (67.5%), 296 de DIF CDMX (21.8%) y 146 de otras adscripciones (10.7%). Se registraron 1,255 consultas de primera vez (92.3%) y 104 subsecuentes (7.7%). Estas cifras representan consultas, no personas únicas.

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Mujer	931	68.5
Sexo	Hombre	428	31.5
Procedencia	DIF Nacional	917	67.5
Procedencia	DIF CDMX	296	21.8
Procedencia	Otro	146	10.7
Tipo de consulta	Primera vez	1,255	92.3
Tipo de consulta	Subsecuente	104	7.7
Grupo de edad	<18	2	0.1
Grupo de edad	18-29	162	11.9
Grupo de edad	30-39	258	19.0
Grupo de edad	40-49	258	19.0

Variable	Categoría	n	%
Grupo de edad	50-59	377	27.7
Grupo de edad	60-69	218	16.0
Grupo de edad	70 o más	84	6.2

Tabla 4. Distribución general de las consultas (n = 1,359).

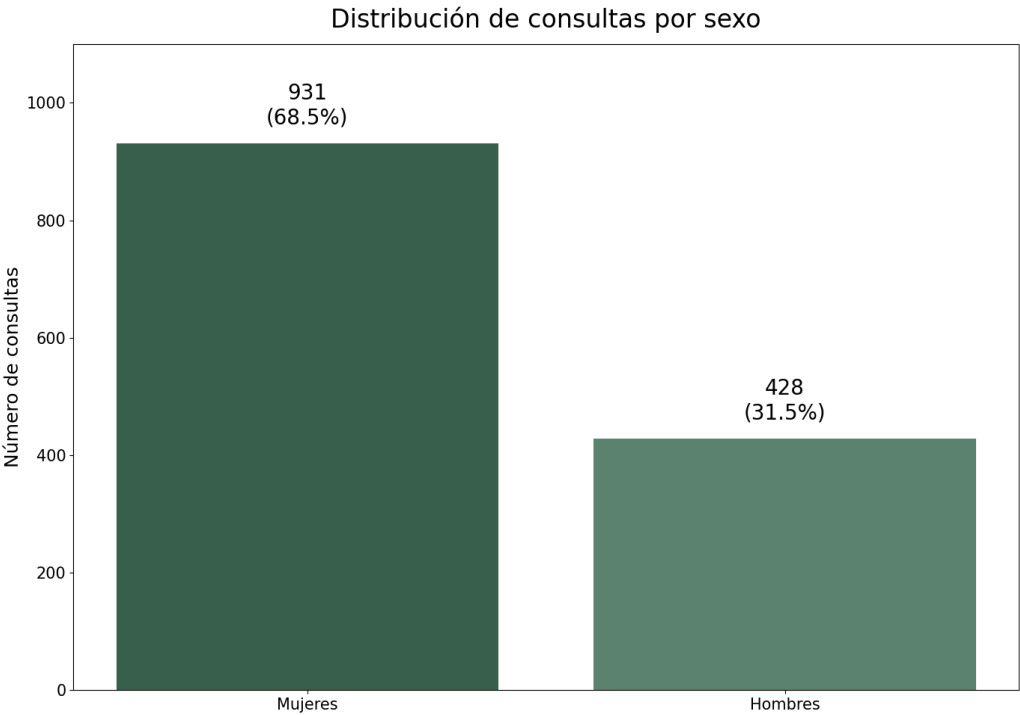


Figura 1. Distribución de las consultas por sexo. Los porcentajes describen consultas y no tasas de utilización de la plantilla.

Participación asistencial durante el servicio social

Consultas otorgadas directamente	Mujeres	Hombres
670	457 (68.2%)	213 (31.8%)

Durante el periodo de servicio social, la alumna otorgó directamente 670 consultas, de las cuales 457 correspondieron a mujeres y 213 a hombres. Esta cifra constituye un subconjunto del total de 1,359 consultas registradas en la unidad y se presenta como evidencia de la actividad asistencial realizada, sin sustituir el análisis global del servicio.

10.3 Diagnósticos específicos más frecuentes

El diagnóstico con mayor frecuencia fue la faringitis aguda no especificada (J02.9), con 244 consultas (18.0%). Le siguieron el examen general de salud/persona sana (Z00.0), con 90 (6.6%); la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09), con 68 (5.0%); y la nasofaringitis

aguda o resfriado común (J00), con 66 (4.9%). Los diez diagnósticos principales concentraron 47.8% de las consultas. Después de la revisión y homologación, todos los registros contaron con un código CIE-10 identificable.

Posición	Diagnóstico estandarizado	Código CIE-10	n	%	% acumulado
1	Faringitis aguda no especificada	J02.9	244	18.0	18.0
2	Examen general de salud / persona sana	Z00.0	90	6.6	24.6
3	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	A09	68	5.0	29.6
4	Nasofaringitis aguda (resfriado común)	J00	66	4.9	34.4
5	Infección aguda de vías respiratorias superiores, no especificada	J06.9	52	3.8	38.3
6	Amigdalitis aguda no especificada	J03.9	36	2.6	40.9
7	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	N39.0	35	2.6	43.5
8	Amigdalitis estreptocócica aguda	J03.0	23	1.7	45.2
9	Síndrome del intestino irritable, no especificado	K58.9	18	1.3	46.5
10	Tos	R05	18	1.3	47.8

Tabla 5. Diez diagnósticos/códigos más frecuentes en 1,359 consultas.

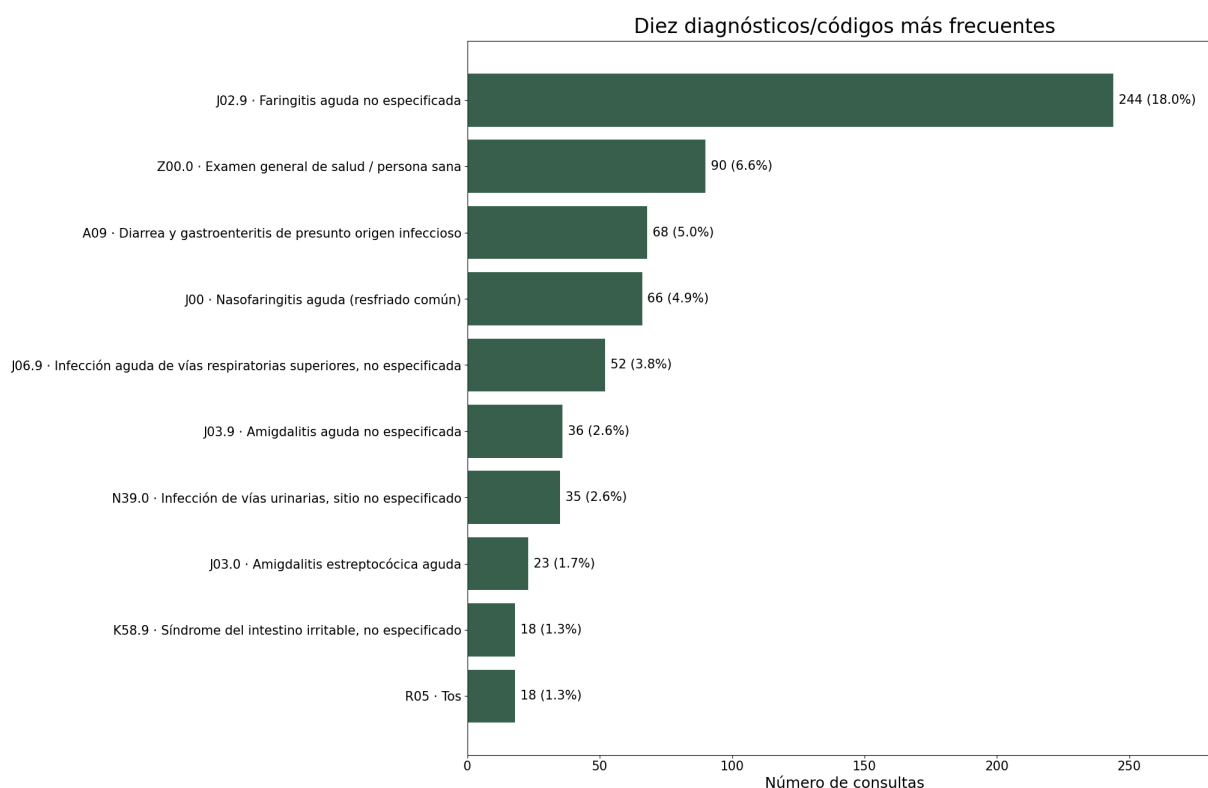


Figura 2. Diez diagnósticos/códigos más frecuentes.

10.4 Distribución por capítulos o sistemas

El sistema respiratorio representó el principal grupo, con 462 consultas (34.0%). Le siguieron el sistema digestivo con 103 (7.6%), los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias

externas con 101 (7.4%), y las enfermedades infecciosas y parasitarias con 101 (7.4%). Los factores que influyen en el estado de salud sumaron 93 consultas (6.8%), principalmente por exámenes generales de salud. Después de la homologación no permanecieron registros sin capítulo CIE-10 identificable.

Capítulo/sistema	n	%	Diagnósticos principales
Sistema respiratorio	462	34.0	J02.9 Faringitis aguda no especificada (244); J00 Nasofaringitis aguda (66); J06.9 Infección aguda de vías respiratorias superiores (52)
Sistema digestivo	103	7.6	K58.9 Síndrome del intestino irritable (18); K29.0 Gastritis aguda (13); K58 Síndrome del intestino irritable (10)
Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias externas	101	7.4	Contusiones, heridas, esguinces y otros traumatismos de diversas regiones
Infecciosas y parasitarias	101	7.4	A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (68); A05.9 Intoxicación alimentaria bacteriana (12)
Factores que influyen en el estado de salud	93	6.8	Z00.0 Examen general de salud / persona sana (90)
Síntomas, signos y hallazgos anormales	90	6.6	R05 Tos (18); R51 Cefalea (13); R10.4 Dolor abdominal (10)
Sistema musculoesquelético y tejido conjuntivo	74	5.4	M54.5 Lumbalgia (13); M25.5 Dolor articular (9); M62.4 Contractura muscular (9)
Ojo y anexos	73	5.4	H11.3 Hemorragia conjuntival (15); H00.0 Orzuelo (11); H10.9 Conjuntivitis no especificada (9)
Sistema genitourinario	55	4.0	N39.0 Infección de vías urinarias (35); N30.0 Cistitis aguda y otros diagnósticos genitourinarios
Sistema circulatorio	51	3.8	I10 Hipertensión esencial (14); I15 Hipertensión secundaria (9); I87.2 Insuficiencia venosa crónica (9)
Piel y tejido subcutáneo	46	3.4	Dermatitis, abscesos, urticaria y otras afecciones cutáneas
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	38	2.8	E66.9 Obesidad no especificada (12); E78.1 Hipertrigliceridemia (4); E66.3 Sobrepeso (4)
Oído y apófisis mastoides	33	2.4	H92.0 Otagia (6); H61.2 Tapón de cerumen (5); H81.1 Vértigo paroxístico benigno (5)
Sistema nervioso	19	1.4	G44.2 Cefalea tensional (9); G43.9 Migraña no especificada (3); G47.0 Insomnio (2)
Trastornos mentales y del comportamiento	15	1.1	F41.9 Trastorno de ansiedad (4); F41.0 Trastorno de pánico (4); F31.9 Trastorno afectivo bipolar (1, interpretación de TAB)
Neoplasias	3	0.2	D25 Leiomioma uterino; D17.9 y D17.2 lipomas
Causas externas de morbilidad	1	0.1	W54.0 Mordedura de perro
Sangre, órganos hematopoyéticos e inmunidad	1	0.1	D64.9 Anemia
Total	1,359	100.0	Todos los registros quedaron clasificados en un capítulo CIE-10

Tabla 6. Consultas agrupadas por capítulo o sistema CIE-10.

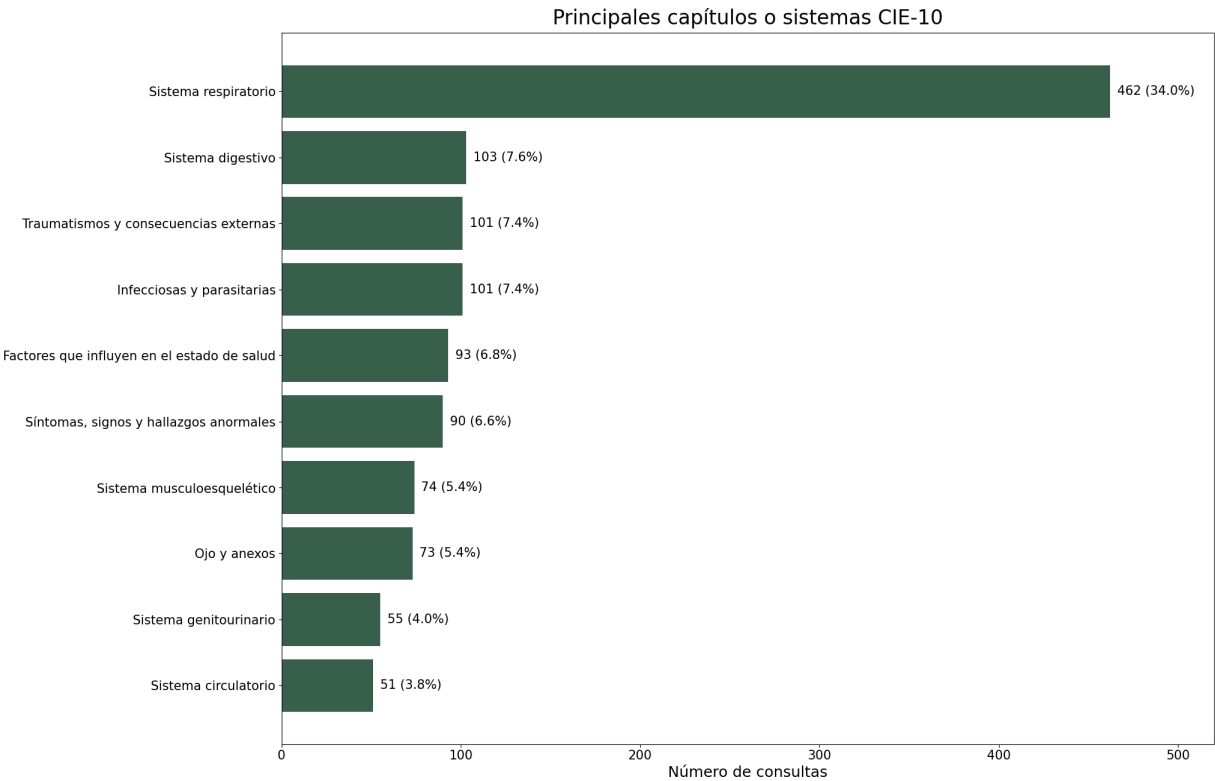


Figura 3. Principales capítulos o sistemas CIE-10.

10.5 Distribución mensual

Agosto de 2025 registró el mayor número de consultas, con 151; le siguieron febrero de 2026 con 143 y septiembre de 2025 con 132. Abril y junio de 2026 presentaron el menor número, con 81 consultas cada uno. Julio de 2026 cerró con 100 consultas. La faringitis aguda no especificada fue el diagnóstico principal en nueve de los doce meses; en agosto predominó el examen general de salud, en noviembre la amigdalitis estreptocócica y en enero la infección aguda de vías respiratorias superiores no especificada.

Mes	Total de consultas	% del periodo	Diagnóstico principal
Agosto 2025	151	11.1	Z00.0 Examen general de salud / persona sana (43)
Septiembre 2025	132	9.7	J02.9 Faringitis aguda no especificada (37)
Octubre 2025	126	9.3	J02.9 Faringitis aguda no especificada (15)
Noviembre 2025	87	6.4	J03.0 Amigdalitis estreptocócica aguda (10)
Diciembre 2025	125	9.2	J02.9 Faringitis aguda no especificada (26)
Enero 2026	119	8.8	J06.9 Infección aguda de vías respiratorias superiores, no especificada (24)
Febrero 2026	143	10.5	J02.9 Faringitis aguda no especificada (25)
Marzo 2026	121	8.9	J02.9 Faringitis aguda no especificada (27)
Abril 2026	81	6.0	J02.9 Faringitis aguda no especificada (17)
Mayo 2026	93	6.8	J02.9 Faringitis aguda no especificada (28)

Mes	Total de consultas	% del periodo	Diagnóstico principal
Junio 2026	81	6.0	J02.9 Faringitis aguda no especificada (14)
Julio 2026	100	7.4	J02.9 Faringitis aguda no especificada (36)

Tabla 7. Distribución mensual de las consultas, agosto de 2025 a julio de 2026.

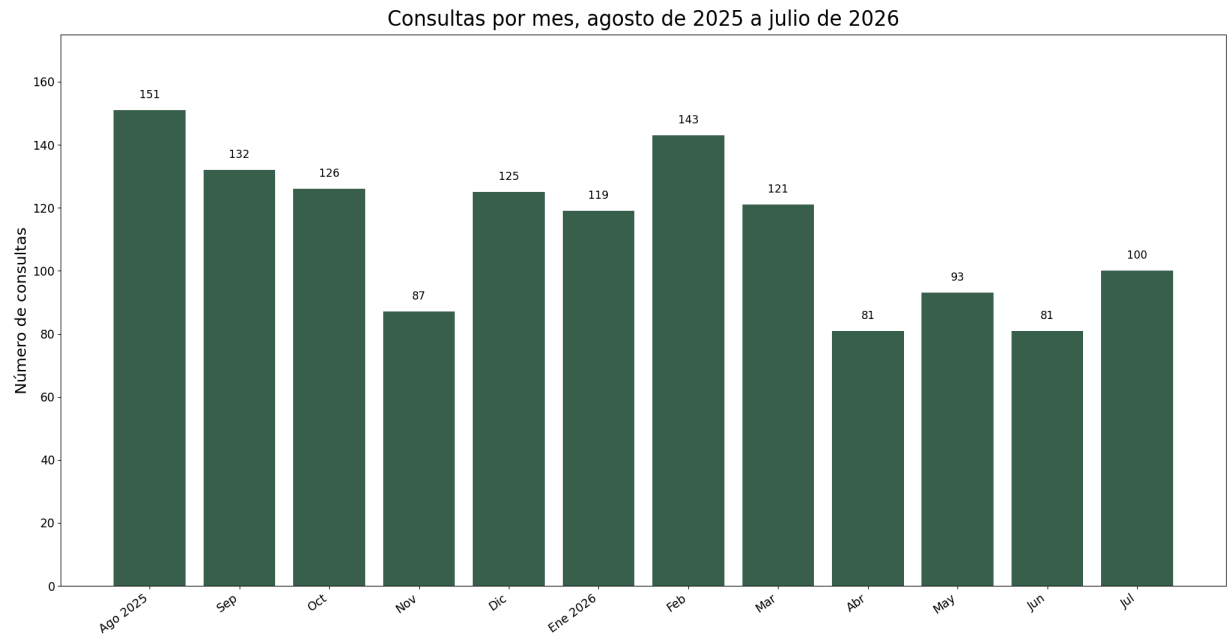


Figura 4. Número de consultas por mes, agosto de 2025 a julio de 2026.

10.6 Comparaciones descriptivas

En mujeres y hombres el diagnóstico principal fue J02.9 (faringitis aguda no especificada): 170 consultas en mujeres (18.3% de las consultas de mujeres) y 74 en hombres (17.3% de las consultas de hombres). Los siguientes diagnósticos también fueron similares, con predominio de exámenes generales de salud y afecciones respiratorias o gastrointestinales.

La faringitis aguda no especificada fue igualmente el diagnóstico principal en DIF Nacional (160; 17.4%), DIF CDMX (60; 20.3%) y otras adscripciones (24; 16.4%). Los exámenes generales de salud representaron 8.3% de las consultas de DIF Nacional y 4.7% de las de DIF CDMX.

Las consultas de primera vez representaron la mayoría del registro. En este grupo, la faringitis aguda no especificada fue el diagnóstico principal (227; 18.1%). Entre las consultas subsecuentes, el mismo diagnóstico ocupó el primer lugar (17; 16.3%), seguido de tos (7; 6.7%). Estos datos describen encuentros y no permiten valorar continuidad individual sin un identificador anonimizado.

Las comparaciones son descriptivas. No se puede concluir que mujeres, hombres o una adscripción presenten mayor enfermedad o utilización, porque no se dispone del número total de personas empleadas en cada grupo.

En materia de calidad del registro, las variables edad, sexo, procedencia y tipo de consulta estuvieron completas. La revisión de CIE-10 permitió homologar los 30 registros originalmente sin código y normalizar ocho códigos mal formados; en consecuencia, 100% de las consultas quedó con un código identificable. Las abreviaturas TAB y FAB se marcaron como

interpretaciones clínicas que deben corroborarse institucionalmente si existe duda sobre su significado.

10.7 Homologación y calidad de la codificación

Se revisaron individualmente 30 registros que no contenían un código CIE-10 y ocho registros con códigos mal formados o con extensiones no propias de la clasificación base. La asignación se realizó por correspondencia entre el texto clínico y el navegador oficial CIE-10, versión 2019, de la Organización Mundial de la Salud. Tras este procedimiento, los 1,359 registros contaron con un código identificable. TAB se interpretó como trastorno afectivo bipolar y FAB como faringoamigdalitis bacteriana; ambas decisiones se señalan como interpretaciones que deben corroborarse si la institución utiliza esas siglas con otro significado (OMS, 2019).

11. Discusión

Interpretación central

El perfil observado corresponde a morbilidad atendida en una unidad de primer contacto, no a prevalencia de enfermedad en toda la plantilla. Las comparaciones entre grupos reflejan la composición de las consultas y deben interpretarse con denominadores y limitaciones explícitos.

11.1 Hallazgo principal

El hallazgo principal fue el predominio de problemas respiratorios: aproximadamente una de cada tres consultas se clasificó en el capítulo respiratorio y la faringitis aguda no especificada concentró 18.0% de todos los encuentros. La demanda también incluyó exámenes generales de salud, gastroenteritis, infecciones urinarias, problemas oftalmológicos, síntomas inespecíficos y traumatismos. Esto confirma que el servicio funciona como punto de primer contacto para una combinación de atención aguda, valoración inicial y actividades preventivas.

11.2 Comparación con atención primaria

La concentración de afecciones respiratorias, digestivas, síntomas generales y problemas musculoesqueléticos es congruente con la diversidad de motivos atendidos en el primer nivel. Estudios de atención primaria en distintos contextos han mostrado que un número limitado de problemas frecuentes concentra una parte importante de los encuentros, aunque las comparaciones directas dependen de la población, el sistema de codificación y la organización del servicio (Bigio et al., 2022; Chueiri et al., 2020). En servicios de salud ocupacional también se ha descrito una mezcla de atención relacionada y no relacionada con el trabajo, prevención y manejo de enfermedades comunes (Ikonen et al., 2012; Kimanen et al., 2011).

11.3 Interpretación por sexo y adscripción

Las mujeres representaron 68.5% de las consultas y el personal del DIF Nacional 67.5%. Estas proporciones no deben interpretarse como mayor morbilidad sin conocer la composición de la plantilla y el acceso efectivo de cada grupo. El parecido de los diagnósticos principales entre mujeres y hombres y entre adscripciones sugiere una demanda clínica común, dominada por afecciones respiratorias, pero no descarta diferencias en diagnósticos menos frecuentes.

11.4 Tipo de consulta: primera vez y subsecuente

El 92.3% de los registros correspondió a consultas de primera vez y 7.7% a consultas subsecuentes. Este patrón es congruente con un servicio enfocado en problemas agudos, valoración inicial y resolución de primer contacto. Las consultas subsecuentes deben interpretarse como revaloraciones breves, revisión de estudios o persistencia de síntomas, según la definición operativa utilizada. La unidad no realiza control longitudinal de diabetes, hipertensión ni otros padecimientos crónicos; las personas con estas condiciones son orientadas para acudir a su unidad médica familiar.

11.5 Variación temporal

La demanda mensual fluctuó entre 81 y 151 consultas. Agosto presentó el mayor número, seguido de febrero y septiembre, mientras que abril y junio registraron los menores totales. Estas variaciones describen el volumen mensual observado y no demuestran por sí mismas un patrón estacional. El predominio respiratorio en la mayoría de los meses respalda la planeación de medidas preventivas antes de periodos de mayor circulación de infecciones respiratorias.

11.6 Implicaciones

Los hallazgos justifican fortalecer la educación sobre prevención de infecciones respiratorias, higiene de manos, vacunación y criterios de alarma; mantener capacidad para atender padecimientos gastrointestinales y urinarios; e incorporar acciones de ergonomía, detección cardiometabólica y salud mental. Los 90 exámenes generales de salud muestran además que la unidad puede funcionar como plataforma de detección oportuna y consejería preventiva. Cuando se identifiquen alteraciones compatibles con diabetes, hipertensión u otros padecimientos crónicos, debe documentarse la orientación para acudir a la unidad médica familiar, sin presentar esta actividad como seguimiento clínico institucional.

11.7 Fortalezas y limitaciones

Entre las fortalezas se encuentran la cobertura completa de doce meses, el uso de registros reales de la unidad, la presentación por sexo, adscripción, tipo de consulta y mes, y la bitácora de homologación CIE-10. Las principales limitaciones son el uso de texto libre, la interpretación necesaria de algunas abreviaturas, las discrepancias originales entre códigos y descripciones, la

ausencia de denominadores de la plantilla y la falta de un identificador anonimizado para reconocer personas únicas. Por ello, los resultados describen consultas y no prevalencia ni tasas de utilización.

12. Conclusiones

Se concluye que la unidad Xochicalco 949 atendió 1,359 consultas de primer contacto entre agosto de 2025 y julio de 2026. La demanda se concentró en mujeres, personal del DIF Nacional y consultas de primera vez. El sistema respiratorio fue el principal grupo diagnóstico y la faringitis aguda no especificada el diagnóstico individual más frecuente. Las variables edad, sexo, procedencia y tipo de consulta estuvieron completas, y la homologación permitió asignar un código CIE-10 identificable a todos los registros. La unidad funciona como servicio de primer contacto: valora y maneja problemas dentro de su capacidad resolutive, pero no lleva control longitudinal de diabetes, hipertensión ni otros padecimientos crónicos; cuando se requiere seguimiento, orienta a la persona trabajadora para acudir a su unidad médica familiar.

CONCLUSIÓN FINAL

1) Se analizaron 1,359 consultas. 2) Las mujeres representaron 68.5%. 3) DIF Nacional aportó 67.5% de los registros. 4) Las consultas de primera vez constituyeron 92.3%. 5) El sistema respiratorio concentró 34.0% y J02.9 fue el diagnóstico más frecuente (18.0%). 6) Todos los diagnósticos quedaron con un código CIE-10 identificable después de la homologación. 7) La unidad brinda primer contacto y refiere a la unidad médica familiar los padecimientos que requieren seguimiento longitudinal.

13. Propuesta de mejora institucional

1. Conservar una versión fechada de la base anonimizada, del análisis final y de la bitácora de homologación CIE-10.
2. Mantener la validación de códigos de captura y, si los criterios institucionales lo requieren, corroborar los dos registros de 17 años clasificados en la procedencia 'Otro'.
3. Implementar un catálogo desplegable de códigos y diagnósticos CIE-10, con validación para evitar discrepancias entre el código y la descripción clínica.
4. Incorporar un campo separado de motivo de consulta, porque actualmente solo puede analizarse el diagnóstico registrado.
5. Fortalecer campañas de prevención respiratoria, higiene de manos, ventilación, vacunación y reconocimiento de signos de alarma.
6. Mantener acciones de detección oportuna durante los exámenes generales de salud, especialmente presión arterial, glucosa, estado nutricional y factores de riesgo, acompañadas de orientación para acudir a la unidad médica familiar cuando se identifique una alteración.

7. Desarrollar educación sanitaria sobre gastroenteritis, hidratación, higiene de alimentos e infecciones de vías urinarias.
8. Crear un identificador anonimizado institucional, distinto del nombre, únicamente si existe autorización y medidas de seguridad, para estimar el número de personas usuarias y reconocer consultas repetidas sin reidentificar a nadie, sin utilizarlo para establecer control longitudinal de padecimientos crónicos.
9. Elaborar un informe anual comparable que permita evaluar cambios en el tiempo.

14. Cronograma

Actividad	Periodo	Estado
Revisión documental y estructura del protocolo	Julio 2026	Completado
Recepción y respaldo del archivo Excel	Julio 2026	Completado
Anonimización y diccionario de variables	Julio 2026	Completado; no se utilizaron nombres
Depuración y estandarización de diagnósticos	Julio 2026	Completado
Codificación CIE-10 y agrupación por sistemas	Julio 2026	Completado
Análisis descriptivo y elaboración de tablas	Julio 2026	Completado
Diseño de gráficas	Julio 2026	Completado
Redacción de resultados y discusión	Julio 2026	Completado
Conclusiones y propuesta institucional	Julio 2026	Completado
Incorporación del cierre de julio de 2026	31 de julio de 2026	Completado
Revisión con asesor y entrega institucional	Pendiente de validación	Pendiente de validación institucional

15. Referencias

- Bigio, J., MacLean, E., Aguilera Vasquez, N., Huria, L., Kohli, M., Gore, G., Hannay, E., Pai, M., & Adam, P. (2022). Most common reasons for primary care visits in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 2(5), e0000196. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000196>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (última reforma publicada el 2 de abril de 2014). https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2024a). Ley de Asistencia Social (última reforma publicada el 1 de abril de 2024). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LASoc.pdf>

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2025). Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (última reforma publicada el 14 de noviembre de 2025). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPDPSO.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2026a). Ley General de Salud (últimas reformas publicadas el 15 de enero de 2026). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2026b). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (última reforma publicada el 3 de marzo de 2026). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Chueiri, P. S., Gonçalves, M. R., Hauser, L., Wollmann, L., Mengue, S. S., Roman, R., & Harzheim, E. (2020). Reasons for encounter in primary health care in Brazil. *Family Practice*, 37(5), 648–654. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa029>
- Diario Oficial de la Federación. (1977, 13 de enero). Decreto por el que se crea un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se denominará Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. <https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/4600445>
- Escamilla-Núñez, M. C., Castro-Porras, L., Romero-Martínez, M., Zárate-Rojas, E., & Rojas-Martínez, R. (2023). Detección, diagnóstico previo y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mexicanos. *Ensanut 2022. Salud Pública de México*, 65(Supl. 1), S153–S162. <https://doi.org/10.21149/14726>
- Ikonen, A., Räsänen, K., Manninen, P., Rautio, M., Husman, P., & Husman, K. (2012). Work-related primary care in occupational health physician's practice. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(1), 88–96. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9325-1>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2022). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/>
- Kimani, A., Rautio, M., Manninen, P., Räsänen, K., Husman, P., & Husman, K. (2011). Primary care visits to occupational health physicians and nurses in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(5), 525–532. <https://doi.org/10.1177/1403494811399651>
- Organización Internacional del Trabajo. (1985a). Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (núm. 161). https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312306
- Organización Internacional del Trabajo. (1985b). Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (núm. 171). <https://www.ilo.org/es/resource/r171-recomendacion-sobre-los-servicios-de-salud-en-el-trabajo-1985>
- Organización Internacional del Trabajo. (2022). Un entorno de trabajo seguro y saludable como principio y derecho fundamental en el trabajo. <https://www.ilo.org/es/temas-y-sectores/seguridad-y-salud-en-el-trabajo/un-entorno-de-trabajo-seguro-y-saludable-como-principio-y-derecho>
- Organización Mundial de la Salud. (2025, 5 de diciembre). Atención primaria de salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10), versión 2019. <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
- Organización Mundial de la Salud, & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). Operational framework for primary health care: Transforming vision into action. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). Redes integradas de servicios de salud. <https://www.paho.org/es/temas/redes-integradas-servicios-salud>
- Reho, T. T. M., Atkins, S. A., Talola, N., Viljamaa, M., Sumanen, M. P. T., & Uitti, J. (2019). Frequent attenders in occupational health primary care: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 28–36. <https://doi.org/10.1177/1403494818777436>

- Secretaría de Salud. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo—Funciones y actividades. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5125949
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2018). Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo—Identificación, análisis y prevención. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/7415/stps2a11_C/stps2a11_C.html
- Sistema Nacional DIF. (s. f.). ¿Qué hacemos? Gobierno de México. <https://www.gob.mx/difnacional/que-hacemos>
- Sistema Nacional DIF. (2016, 6 de octubre). Servicio social en el Sistema Nacional DIF. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/difnacional/acciones-y-programas/servicio-social-71695>
- Sistema Nacional DIF. (2017, 21 de junio). DIF Nacional lanza billete de lotería conmemorativo por sus 40 años de creación. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/difnacional/articulos/dif-nacional-lanza-billete-de-loteria-conmemorativo-por-sus-40-anos-de-creacion>
- Sistema Nacional DIF. (2019). Estructura orgánica. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/difnacional/acciones-y-programas/estructura-236319>
- Sistema Nacional DIF. (2022, 13 de enero). SNDIF 45 años: La institución más cercana a la población. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/difnacional/prensa/sndif-45-anos-la-institucion-mas-cercana-a-la-poblacion-292304>
- Sistema Nacional DIF. (2025, 10 de noviembre). Inaugura DIF Nacional Feria de la Salud 2025. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/difnacional/articulos/inaugura-dif-nacional-feria-de-la-salud-2025>