



Coordinación de Unidades de Primer Nivel

División de Atención Médica de Primer Nivel

Área de Regulación de los Servicios de las Unidades de Primer Nivel de
Atención

Guía para el registro de la “Actualización de Estatus de Regulación Sanitaria de las Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención”

Actualización de Estatus de Regulación Sanitaria de las Unidades de
Salud de Primer Nivel de Atención



→ Siguiente



Volver al principio

Ir al final



Descripción

El presente instructivo ha sido elaborado para guiar a los responsables de las unidades de salud de primer nivel en el proceso de llenado del formulario “Actualización de Estatus de Regulación Sanitaria de las Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención” con la finalidad de recopilar información precisa y actualizada sobre la cartera de servicios otorgados.

Objetivo

Identificar a través de la información proporcionada por cada una de las Unidades de Salud de Primer Nivel de IMSS-BIENESTAR, los servicios que se otorgan en cada una de estas, con la finalidad de determinar la regulación sanitaria que les corresponde.

Instrucciones

- Antes de llenar su formulario lea detenidamente la presente guía.
- Se deberá llenar cada campo solicitado en MAYÚSCULAS y sin acentos.
- Los campos que contienen un “*” se deberán de responder de manera obligatoria.

Procedimiento

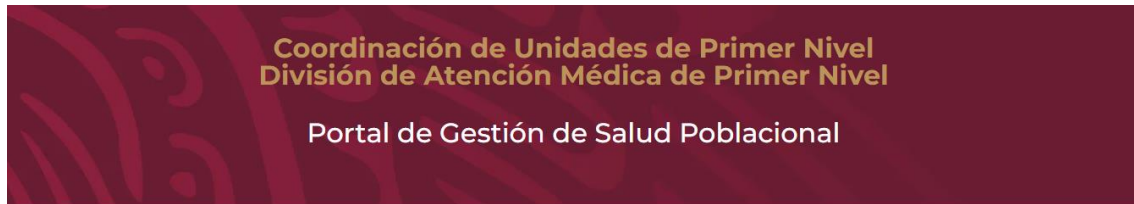
1. Acceso al Formulario

- Ingrese a la página del Portal de Gestión de Salud Poblacional por medio del siguiente enlace: <https://cgsp.online> o con el siguiente código QR:



Ilustración 1. Código QR.

- Introduzca su usuario y contraseña en los campos correspondientes para acceder al portal, y dé clic en “Iniciar sesión”.
Asegúrese de que sus credenciales sean correctas para evitar bloqueos en el acceso.



Nombre de usuario o Correo electrónico
INSTRUCTOR-E

Contraseña

Iniciar sesión

Ilustración 2. Ingreso de credenciales.

2. Selección del Formulario

- o En la página principal del portal, localice y seleccione el formulario denominado “Actualización de Estatus de Regulación Sanitaria de las Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención” que debe completar.

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS BIENESTAR Inicio Jornada Nacional de Salud Pública PLAN 110 Cédulas de Registro Visualizadores Cédulas UMM Salir

Portal de Gestión de Salud Poblacional

Cédulas de Registro

- 1.- Determinantes Sociales y Riesgos
- Guía del Portal de Gestión de Salud Poblacional
- Guía 1. Cédula de Registro de Determinantes Sociales y Riesgos
- Guía 2. Cédula de Registro de Condiciones de Salud
- Guía 3. Cédula de Registro de Medicamentos y Materiales de Curación
- Guía 4. Regulación Sanitaria en Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención
- Guía del Visualizador de Datos

Ilustración 3. Selección de formulario en el Portal de Gestión de Salud Poblacional.

3. Inicio del formulario

- o Al seleccionar el formulario, nos dirigirá a una ventana donde podrá corroborar que es el cuestionario correcto. Dé clic en siguiente.

Actualización de Estatus de Regulación Sanitaria de las Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención

 **IMSS**
BIENESTAR

→ Siguiente

Volver al principio Ir al final

Ilustración 4. Cédula de Actualización de Estatus de Regulación Sanitaria.

4. Aviso de privacidad

- o La siguiente ventana nos mostrará el aviso de privacidad de nuestros datos. Después de leer, dé clic en siguiente.

Actualización de Estatus de Regulación Sanitaria de las Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención

AVISO DE PRIVACIDAD

IMSS-Bienestar, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable.

¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?
Los datos personales que solicitamos los utilizaremos para las siguientes finalidades:

Registro y uso de la Cédula de Actualización del Estatus de Regulación Sanitaria de las Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención.

¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines?
Se informa que no se realizarán transferencias de datos personales, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

Última actualización: 08/02/2024

→ Siguiente

[Volver](#) Volver al principio Ir al final

Ilustración 5. Aviso de privacidad.

5. Bienvenida

- o En la siguiente ventana se muestra la bienvenida, el objetivo y las secciones con las que cuenta el formulario, además de los datos de contacto en caso de alguna duda o inconvenientes técnico sobre la información solicitada.

Actualización de Estatus de Regulación Sanitaria de las Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención

Bienvenido(a) a la **Cédula de Registro de Actualización del Estatus de Regulación Sanitaria de las Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención**, con la que se apoyará la toma de decisiones para Unidades de Salud, así como para el OPD Servicios de Salud IMSS-Bienestar.

El formulario contiene dos módulos:

1. Datos de identificación de la persona que reporta la información y de la Unidad de Salud.
2. Datos para la actualización del estatus de Regulación Sanitaria de la Unidad de Salud.

Por favor, llene todas las preguntas en el formulario.

Le agradecemos de antemano su colaboración. Si tiene dudas sobre la información solicitada en esta herramienta, envíe un mensaje a tania.villa@imssbienestar.gob.mx con atención a la **Dra. Tania Villa Reyes, Jefa de Área de Regulación de la Atención**. Si tiene dudas o problemas técnicos al utilizar la herramienta, envíe un mensaje a gestionsp@imssbienestar.gob.mx.

[Volver](#)

[→ Sigüente](#)

[↶](#) Volver al principio [Ir al final](#) [→](#)

Ilustración 6. Bienvenida al Portal.

6. Datos de identificación de la persona que reporta la información

- o Ingrese la información requerida sobre la persona que reporta la información, lo cual incluye:
 - 1.1 Nombre completo
 - 1.2 Número de trabajador (en caso de no contar con número de trabajador o de que no lo recuerde, favor de dejar en blanco)
 - 1.3 Función o puesto actual
 - 1.4 Correo electrónico de contacto
 - 1.5 Código del equipo zonal de supervisión al que pertenece la Unidad de Salud.

▼ 1. Datos de identificación de la persona que reporta la información y de la Unidad de Salud.

1.1. Anote su nombre. <i>Nombre de la persona que llena el formulario.</i>
SONIA
1.2. Anote su número de trabajador(a). <i>Si no tiene un número de trabajador asignado, o lo desconoce, favor de dejar en blanco.</i>
1.3. Anote su función o puesto.
MEDICO GENERAL
1.4. Anote su correo electrónico. <i>Se solicita la dirección de correo para correcciones potenciales de la información.</i>
sonia.luna@imssbienestar.gob.mx
1.5. Seleccione el código del equipo zonal de supervisión al que pertenece la Unidad de Salud.
ESZ3

Ilustración 7. Módulo de identificación.

7. Datos de Identificación de la Unidad de Salud

- Complete la sección de identificación de la unidad de salud, con los siguientes datos:
 - 1.6. CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud)

Si la información en los campos 1.6.2 a 1.6.6 se llena automáticamente, verifique que los datos sean correctos. Si no es así, verifique la CLUES proporcionada en 1.6 y vuelva a este apartado.

Si tecleó su CLUES manualmente en la pregunta 1.6.1, anote, también, manualmente sus respuestas en los campos 1.6.2 a 1.6.6. Por favor, anote sus respuestas con letras mayúsculas.

- 1.6.2 Entidad federativa
- 1.6.3 Jurisdicción Sanitaria
- 1.6.4 Municipio
- 1.6.5 Localidad
- 1.6.6 Nombre de la Unidad de Salud
- 1.7 Tipo de Unidad de Salud
- 1.8 En qué turnos brinda atención la Unidad de Salud (Seleccione todos los turnos en los que la unidad de salud se encuentra operando).

» Datos de identificación de la Unidad de Salud.

1.6. Seleccione la CLUES de la Unidad de Salud. *
Use el autocompletado para facilitar su búsqueda, tecleando las primeras letras de su Unidad y seleccionando la clave correspondiente de la lista desplegada. Si su CLUES no aparece en el listado, anote y seleccione "Otra".

BCSSA000131 ▼

Siga una de estas dos instrucciones:

1. Si la información en los campos 1.6.2 a 1.6.6 se llenó automáticamente, verifique que los datos sean correctos. Si no es así, verifique la CLUES proporcionada en 1.6 y vuelva a este apartado.
2. Si tecleó su CLUES manualmente en la pregunta 1.6.1, anote también manualmente sus respuestas en los campos 1.6.2 a 1.6.6. Por favor, anote sus respuestas con letras mayúsculas.

1.6.2. Entidad Federativa.
BAJA CALIFORNIA

1.6.3. Jurisdicción Sanitaria.
ENSENADA

1.6.4. Municipio.
ENSENADA

1.6.5. Localidad.
ENSENADA

1.6.6. Nombre de la Unidad de Salud.
COL. OBRERA

1.7. Seleccione el tipo de Unidad de Salud. *

Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud (CAAPS) Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA)
 Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud (CEAPS) Centro de salud con hospitalización
 Clínica de especialidades UNEME Casa de la Mujer UNEME de cirugía ambulatoria UNEME de hemodiálisis
 UNEME detección y diagnóstico del cáncer de mama (DEDICAM) UNEME oncología UNEME salud mental
 UNEME salud mental y adicciones UNEME SORID UNEME Salud y Género (SYGUE) Unidad Médica Móvil
 Urbana Rural Otro tipo de Unidad de Salud

1.7.1. Indique la cantidad de núcleos de la Unidad de Salud. *

5 ▼

1.8. ¿En qué turnos brinda atención la Unidad de Salud? *

Matutino
 Vespertino
 Nocturno A
 Nocturno B
 Jornada Acumulada (Matutino)
 Jornada Acumulada (Nocturno)

→ Sigüiente

[Volver](#)

Ilustración 8. Datos de identificación de la Unidad de Salud.

8. Servicios de la Unidad de Salud y personal adscrito

- o Seleccione el apartado correspondiente a los servicios que están actualmente disponibles en la unidad médica. Asegúrese de seleccionar todos los servicios con los que cuenta.

» 2.1. Servicios de la Unidad de Salud y personal adscrito

Servicios	2.1.1. ¿Con qué servicios cuenta la Unidad de Salud?	2.1.2. ¿Con cuántos consultorios/ áreas de funcionamiento cuenta la Unidad de Salud?	2.1.3. ¿Cuál es el número total de personal adscrito, sin contar a personal pasante en servicio social y/o médicos cubanos?	2.1.4. ¿Cuál es el número total de personal pasante en servicio social?	2.1.5. ¿Cuál es el número total de médicos cubanos?
-----------	--	--	---	---	---

Ilustración 9. Datos de actualización el estatus de Reg. Sanitaria.

Listado de servicios, seleccione "Sí" o "No" según corresponda.

- Medicina familiar o general
- Medicina preventiva
- Estomatología
- Nutrición
- Trabajo social
- Planificación familiar
- Psicología
- Salud mental y adicciones
- Epidemiología
- Ginecología y obstetricia
- Pediatría
- Anestesiología
- Medicina interna
- Psiquiatría
- Cardiología
- Endocrinología
- Neurología
- Hematología
- Geriatria
- Gerontología
- Oncología y displasias
- Rehabilitación (Medicina física)
- Calidad/Enseñanza
- Telemedicina/Telesalud
- Urgencias
- Actos quirúrgicos u obstétricos
- Cirugía ambulatoria o corta estancia
- Puesto de sangrado
- Banco de sangre
- Laboratorio clínico
- Gabinete de diagnóstico (Ultrasonografía)

- Fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (Rayos X)
 - Fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (Mastografía)
- Para cada uno de los servicios en los cuales su respuesta fue afirmativa, se desplegarán cuatro preguntas a responder.
 - Si su respuesta es negativa, no se desagregará ninguna pregunta, y podrá continuar con el llenado de información para los otros campos.

Servicios	2.1.1. ¿Con qué servicios cuenta la Unidad de Salud?	2.1.2. ¿Con cuántos consultorios/ áreas de funcionamiento cuenta la Unidad de Salud?	2.1.3. ¿Cuál es el número total de personal adscrito, sin contar a personal pasante en servicio social y/o médicos cubanos?	2.1.4. ¿Cuál es el número total de personal pasante en servicio social?	2.1.5. ¿Cuál es el número total de médicos cubanos?
Medicina familiar o general	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No *	*	*	*	*
Medicina preventiva	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No *				
Estomatología	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No *	*	*	*	*
Nutrición	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No *				
Trabajo Social	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No *	*	*	*	*

Ilustración 10. Servicios con los que cuenta la Unidad de Salud.

9. Otros servicios en la Unidad de Salud

- Indique si la Unidad de Salud ofrece algún servicio adicional que no esté incluido en el listado descrito.

» 2.2. Otros servicios en la Unidad de Salud

2.2.1 ¿La Unidad de Salud cuenta con algún **servicio diferente a los previamente descritos**?

Sí

No

Ilustración 11. ¿La Unidad de Salud cuenta con otros servicios?

- Al seleccionar “Sí”, se desglosará una serie de preguntas sobre los servicios adicionales:
 - Nombre del servicio
 - Número de consultorios/áreas de funcionamiento
 - Número total de personal adscrito

- Número total de personal pasante en servicio social
- Número total de médicos cubanos contratados

» 2.2. Otros servicios en la Unidad de Salud

2.2.1 ¿La Unidad de Salud cuenta con algún servicio diferente a los previamente descritos ?	
<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Nombre del servicio <small>Anote la respuesta con letras mayúsculas y sin acentos.</small>	*
OTORRINOLARINGOLOGÍA	1
Número de consultorios/áreas de funcionamiento	*
1	
Número total de personal adscrito , sin contar a personal pasante en servicio social y/o médicos cubanos	*
2	
Número total de personal pasante en servicio social	*
0	
Número total de médicos cubanos	*
0	

Ilustración 12. Otros servicios.

- o Si cuenta con más de un servicio adicional, presione el botón con signo de “+” ubicado en la parte inferior de la tabla, y ahí podrá agregar tantos servicios adicionales como se requiera.

Nombre del servicio <small>Anote la respuesta con letras mayúsculas y sin acentos.</small>	*
Número de consultorios/áreas de funcionamiento	*
Número total de personal adscrito , sin contar a personal pasante en servicio social y/o médicos cubanos	*
Número total de personal pasante en servicio social	*
Número total de médicos cubanos	*
+	

Ilustración 13. Servicios adicionales.

10. Servicio de Farmacia y personal adscrito

- o Seleccione si la Unidad de Salud ofrece el servicio de farmacia y especifique si es **CON** o **SIN** medicamentos controlados.
- o En caso de contar con el servicio, se desplegarán dos preguntas para especificar el número y tipo de personal adscrito a esa actividad de farmacia.

- o Si su respuesta es negativa, no se desplegará ninguna pregunta sobre el personal, y podrá continuar al siguiente punto.

» 2.3. Servicio de farmacia y personal adscrito

Farmacia	2.3.1. ¿Cuenta con el servicio de farmacia?	2.3.2. ¿Cuál es el número total de personal adscrito, sin contar a personal pasante en servicio social, en el servicio?	2.3.3. ¿Cuál es el número total de personal pasante en servicio social en el servicio?
Farmacia sin medicamentos controlados	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No *	*	*
Farmacia con medicamentos controlados	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No *		*

Ilustración 14. Farmacia y personal adscrito.

11. Servicio de ambulancia

- o Seleccione si la Unidad de Salud cuenta con el servicio de ambulancia.

» 2.4. Servicio de ambulancia

2.4.1. ¿Cuenta con el servicio de **ambulancia**? *

Sí
 No

Guardar borrador

Enviar

[Volver](#)

Ilustración 15. Servicio de ambulancia.

- o En caso de que su respuesta sea “Sí”, se desplegarán tres preguntas:

» 2.4. Servicio de ambulancia

2.4.1. ¿Cuenta con el servicio de **ambulancia**? *

Sí
 No

2.4.2. ¿Cuál es el número total de **ambulancias en operación**? *

2.4.3. ¿Cuál es el número total de **personal adscrito**, sin contar a personal pasante, en el servicio? *

2.4.4. ¿Cuál es el número total de personal **pasante en servicio social** en el servicio? *

Ilustración 16. Especificaciones del servicio de ambulancia.

12. Finalización del Proceso

- Revise toda la información capturada para asegurarse de que sea correcta y completa.
- En caso de no poder concluir su formulario, podrá dar clic en “**Guardar borrador**” y completar el llenado cuando le sea posible.
- Si completó el formulario satisfactoriamente, dé clic en el botón “**Enviar**” para que sus respuestas sean registradas.

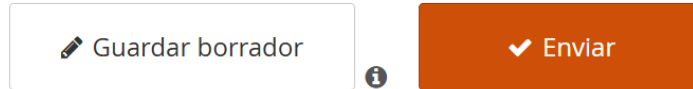


Ilustración 17. Guardar borrador y Enviar.

Para cualquier duda o asesoría, envíe un mensaje a:

- Dra. Tania Villa Reyes tania.villa@imssbienestar.gob.mx
- Mtra. Carmen Espinosa Ruiz carmen.espinosa@imssbienestar.gob.mx
- Ing. Daniela Bernal Luna daniela.bernal@imssbienestar.gob.mx

Si tiene alguna duda o problema técnico con el formulario, envíe un mensaje a gestionsp@imssbienestar.gob.mx.