Gobierno de México | IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Coordinación de Unidades de Primer Nivel

División de Atención Médica de Primer Nivel

Área de Gestión de Salud Poblacional

Guía para el Registro de Actividades de la Estrategia de Atención Proactiva

Cédula de Registro de Actividades de la Estrategia de Atención Proactiva (v7)

IMSS-BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Instrucciones.

1. Ingrese al Portal de Gestión de Salud Poblacional en el siguiente enlace: https://cgsp.online/ o con el código QR:

Figura 1. Código QR para Ingreso.

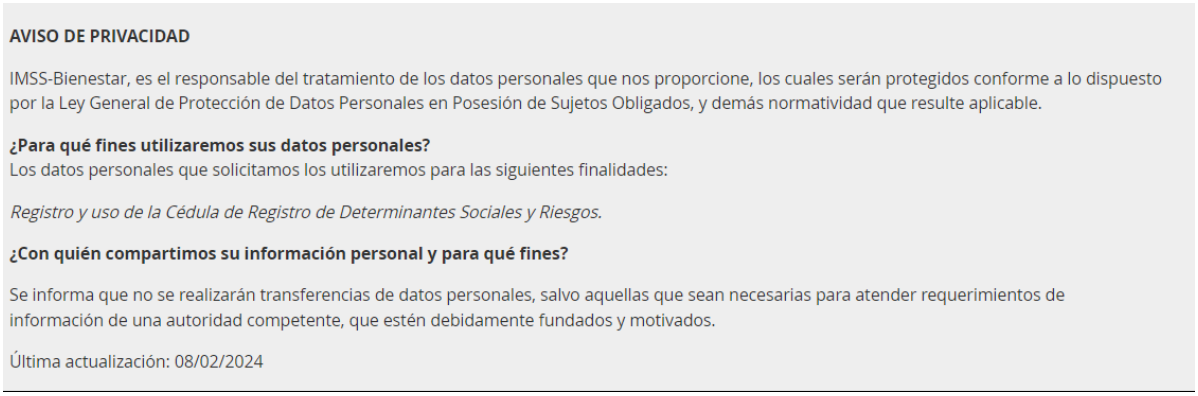
2. Ingrese su usuario y contraseña.
3. Diríjase al apartado “PLAN 110”, elija la opción “Atención Proactiva” y dé clic para abrirla.
4. Encontrará dos opciones: Formulario digital y Formatos en papel.
5. Si da clic en Formatos en papel, encontrará una serie de documentos relacionados al programa, como la estrategia, los lineamientos, archivos anexos y formatos requeridos, los cuales puede consultar o descargar.
6. Dé clic en Formulario digital y podrá acceder al cuestionario de las Estrategias de Atención Proactiva.

Figura 2. Formulario digital.

7. Una vez dentro, en la parte inferior, aparecerán tres opciones: “Volver”, la cual sirve para regresar a la página anterior; “Volver al principio”, que sirve para regresar a la primera página del formulario; e “Ir al final”, con la cual se puede ir a la última hoja del formulario (Ilustración 3).

Figura 3. Opciones de la Cédula.

8. Dé clic en el botón naranja “Siguiente” que se encuentra en la parte inferior de la página, y aparecerá el “Aviso de Privacidad”. Una vez que lo haya leído, nuevamente dé clic en el botón naranja “Siguiente [Figura 4]”.



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 Registro de Determinantes Sociales y Riesgos.

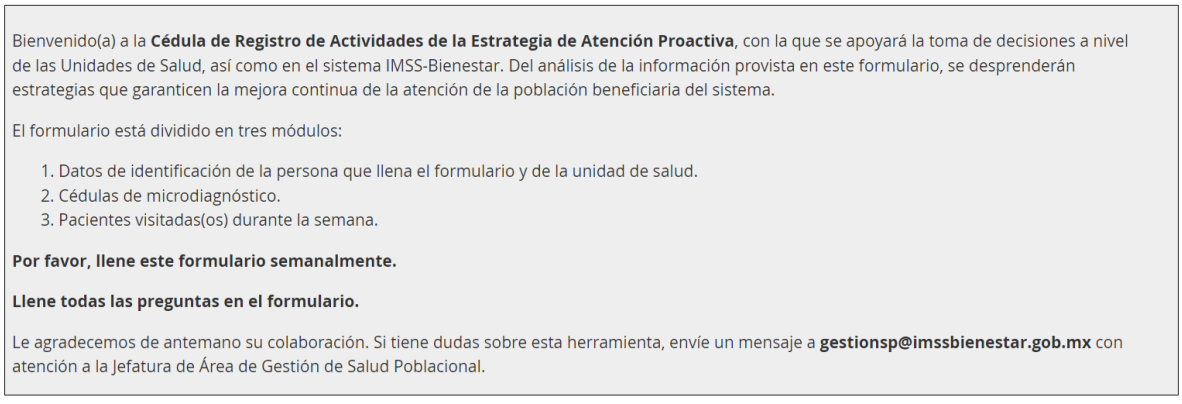
¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines?

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

Figura 4. Aviso de Privacidad.

9. Aparecerá la bienvenida a la Cédula de Registro de la Estrategia Atención Proactiva, así como su conformación por módulos [Ilustración 5].



Bienvenido(a) a la **Cédula de Registro de Actividades de la Estrategia de Atención Proactiva**, con la que se apoyará la toma de decisiones a nivel de las Unidades de Salud, así como en el sistema IMSS-Bienestar. Del análisis de la información provista en este formulario, se desprenderán estrategias que garanticen la mejora continua de la atención de la población beneficiaria del sistema.

El formulario está dividido en tres módulos:

1. Datos de identificación de la persona que llena el formulario y de la unidad de salud.
2. Cédulas de microdiagnóstico.
3. Pacientes visitadas(os) durante la semana.

Por favor, llene este formulario semanalmente.

Llene todas las preguntas en el formulario.

Le agradecemos de antemano su colaboración. Si tiene dudas sobre esta herramienta, envíe un mensaje a **gestionsp@imssbienestar.gob.mx** con atención a la Jefatura de Área de Gestión de Salud Poblacional.

Figura 5. Indicaciones.

10. La captura de información para esta cédula se hará en cada visita realizada.
11. Use las herramientas de navegación para dirigirse al módulo donde desea ingresar información.

1. Datos de identificación de la persona que llena el formulario y de la unidad médica.

Seleccione la fecha de su reporte.

De la lista desplegable, seleccione la fecha en la que realiza su reporte. La fecha de reporte debe corresponder al día actual.

Anote su nombre.

Anote su nombre completo, iniciando por nombre y apellido.

Anote su cargo.

Anote el cargo o función que tiene dentro de la Unidad de Salud.

Anote su correo electrónico.

Se selecciona su correo electrónico para futuras correcciones potenciales de información.

Seleccione su tipo de personal.

Indique si es médica(o), enfermero, promotor de salud u otra.

Si elije la opción "Otra", se desplegará la opción para que ingrese su tipo de personal.

Anote el nombre del/de la responsable de la unidad de salud.

Anote el nombre del responsable de la unidad de salud con letras mayúsculas.

Anote el número telefónico de la unidad de salud.

Anote el número telefónico de contacto de la unidad de salud. Pudiendo ser opcional si no hay teléfono en la unidad de salud.

Seleccione el horario de servicio de la unidad de salud

Seleccione todos los que apliquen (Matutino, vespertino, jornada acumulada).

Seleccione su entidad federativa de la lista.

De clic en el espacio en blanco, lo cual desplegará la lista donde podrá elegir la correspondiente.

Seleccione la CLUES de su unidad médica.

Use el autocompletado para facilitar su búsqueda, tecleando las primeras letras de su unidad y seleccionando la clave correspondiente de la lista desplegable. Si su CLUES no se encuentra dentro del listado seleccione la opción "Otra" que se encuentra en la parte inferior del listado y posteriormente anote manualmente su CLUES y las siguientes preguntas.
Si la información de la CLUES aparece dentro del catálogo hay que seleccionarla y los campos siguientes se llenarán de manera automática. Revísela, si los datos son correctos, continúe, si son incorrectos pero la CLUES es la correcta de acuerdo con su selección hay que ingresar los siguientes campos manualmente.

1. Datos de identificación de la persona que llena el formulario y de la unidad de salud.

Seleccione la fecha de su reporte. *
yyyy-mm-dd

Anote su nombre: *
Por favor, anote la respuesta con letras mayúsculas y sin acentos.

Anote su cargo: *
Por favor, anote la respuesta con letras mayúsculas y sin acentos.

Anote su correo electrónico: *
Se solicita la dirección de correo para futuras correcciones potenciales de la información.

Seleccione su tipo de personal. *
- ◯ Médica(o) general
- ◯ Enfermera(o)
- ◯ Promotor(a) de salud
- ◯ Otra

Anote el nombre del/de la responsable de la unidad de salud:
Por favor, anote la respuesta con letras mayúsculas y sin acentos.

Anote el número telefónico de la unidad de salud:

Seleccione el horario de servicio de la unidad de salud:
Seleccione todos los que apliquen.
- ☐ Matutino
- ☐ Vespertino
- ☐ Jornada acumulada

Seleccione su entidad federativa de la lista. *
Use el autocompletado para facilitar su búsqueda, tecleando las primeras letras de la entidad federativa, y seleccionándola de la lista posteriormente.

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

Siga una de estas dos instrucciones:

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

Municipio donde se ubica la unidad de salud:

Localidad donde se ubica la unidad de salud: *

Nombre de la unidad de salud: *

Tipo de unidad de salud: *

Figura 6. Datos de identificación.

2. Cédulas de microdiagnóstico.

A continuación, llene la información de las cédulas de microdiagnósticos, especificando la información sobre cuántas casas fueron programadas para aplicar las cédulas de microdiagnósticos y cuántas casas fueron visitadas, así como la efectividad de las cédulas que se realizaron.

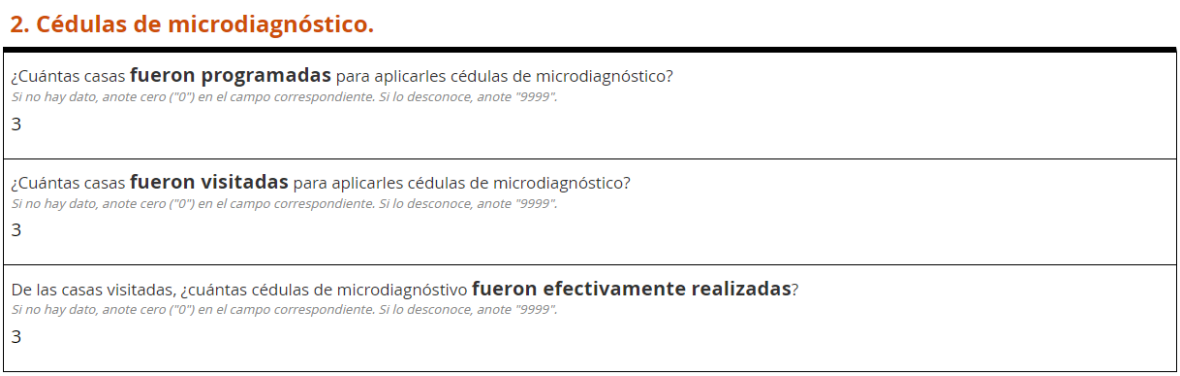


Figura 7. Cédulas de Microdiagnóstico.

3. Pacientes visitadas(os) durante la semana.

En este apartado deberá ingresar información sobre los pacientes visitados para Atención Proactiva durante la semana. Por ejemplo, si visitó una familia de 10 integrantes, pero solo brindó consulta a 3 de ellos solo debe capturar la información de los 3 pacientes a los que se le dio consulta de acuerdo al registro de la hoja diaria de atención proactiva.

Registre la información correspondiente a pacientes a los que se realizó una visita de Atención Proactiva durante la semana. Al finalizar el registro de un(a) paciente, presione el símbolo de suma (+), situado en la parte inferior, para comenzar la captura del(la) siguiente. Haga esto hasta agotar el total de pacientes atendidas(os) durante la semana. Haga esto hasta agotar el total de pacientes atendidas (os) durante la jornada.

Para saber la cantidad de pacientes atendidas(os) a capturar, sume los pacientes de todas las hojas diarias de Atención Proactiva llenadas durante la semana. Por ejemplo, si llenó dos hojas diarias y reportó datos de cinco pacientes en cada una, tendrá que realizar la captura de diez pacientes en este formulario.

3.1. Antecedentes del paciente.

Ingrese la información del (la) "Paciente", comenzando por la fecha en la que se realizó la visita. A continuación, ingrese si la visita fue programada con anticipación e introduzca el número de expediente asignado a la familia del paciente (el cual se ubica en el campo expediente, dentro de la Hoja de Atención Proactiva).

Se le preguntará a continuación si está introduciendo información para el o la *paciente 1* (es decir, para el primer paciente del expediente familiar), si es así, conteste siempre "No" a esta pregunta; si el número de expediente familiar del o la paciente 2 (o subsecuentes) es idéntico

al de algún[a] otra[o] paciente ya introducido en este formulario conteste siempre "Sí" (esto evitará introducir datos duplicados para miembros del mismo conjunto familiar).

Una vez entendida la diferencia entre "Sí" y "No", si se selecciona "No", la pregunta 3.1.5., que indaga si se aplicó la cédula de microdiagnóstico, estará disponible. Se preguntará si se aplicó o no dicha cédula durante la visita al domicilio. Además, se desplegarán los puntos 3.1.5.1. y 3.1.5.2. para que se puedan adjuntar las dos páginas de la cédula como evidencia. Si se elige "No", se podrá avanzar directamente a la pregunta 3.1.6.

Si elije "Sí", deberá llenar la misma información, con excepción de la pregunta 3.1.5.

» 3.1. Antecedentes de paciente 1.

3.1.1. Seleccione la fecha en que ocurrió la visita de Atención Proactiva a **paciente 1**. *
En la Hoja Diaria de Atención Proactiva, ubique el campo 'FECHA' y reporte la que aparece en este.
2024-10-23

3.1.2. ¿La visita a **paciente 1** fue programada con anticipación? *
- (•) Sí
- ( ) No

3.1.3. Por favor, introduzca el número de expediente asignado a la familia de **paciente 1**: *
*Este se ubica en el campo 'EXPEDIENTE' dentro de la Hoja de Atención Proactiva. **Si lo desconoce, anote la leyenda 'ND'**.*
88

3.1.3.1. ¿El expediente asignado a la familia de **paciente 1** ha sido introducido con anterioridad durante el llenado de este formulario? *
*Con esta pregunta se busca optimizar el llenado de este instrumento, al eliminar la posibilidad de introducir datos duplicados para miembros del mismo conjunto familiar. **Instrucciones**: 1) Si está introduciendo información para el o la paciente 1, conteste siempre "No" a esta pregunta; 2) Si el número de expediente familiar del o la paciente 2 en adelante, es idéntico al de algun(a) otra(o) paciente ya introducido en este formulario, conteste "Sí". Ejemplo: si el paciente 1 tiene número de expediente 65914 y es idéntico al de la paciente 2, entonces la respuesta buscada es "Sí".*
- (•) Sí
- ( ) No

3.1.4. ¿La visita realizada a **paciente 1** fue de primera vez o subsecuente? *
- (•) Primera vez
- ( ) Subsecuente

3.1.5.1. Por favor, suba la primera página de la cédula de microdiagnóstico familiar. *
Haga clic aquí para subir el archivo. (<10MB)

3.1.5.2. Por favor, suba la segunda página de la cédula de microdiagnóstico familiar. *
Haga clic aquí para subir el archivo. (<10MB)

3.1.6. ¿El (la) **paciente 1** tiene antecedente de ausentismo a consulta médica?

- (•) Sí
- ( ) No

3.1.7. Seleccione el proveedor de servicios de salud al que **paciente 1** declaró estar afiliada(o) *

- ( ) Ninguno
- ( ) IMSS
- ( ) ISSSTE
- ( ) PEMEX
- ( ) SEDENA
- ( ) SEMAR
- (•) IMSS-BIENESTAR
- ( ) ISSFAM
- ( ) Otra
- ( ) Se ignora

Figura 8. Antecedentes de paciente 1.

3.2. Datos sociodemográficos de paciente.

En este apartado, complete los datos sociodemográficos del paciente, incluyendo la edad, el sexo, el origen étnico, si se ha declarado migrante y si es persona cuidadora, de acuerdo con el grupo de edad y sexo correspondiente. El apartado 3.3. se ajustará para ingresar información específica sobre "Salud de niñas, niños y adolescentes", "Salud en el embarazo" y "Detecciones realizadas a personas mayores", de acuerdo con lo indicado.

» 3.2. Datos sociodemográficos de paciente 1.

3.2.1. Anote la edad de **paciente 1**: *

Por favor:

1. *Reporte la edad en años.*
2. *Si **paciente 1** no ha cumplido un año de edad, anote cero en este campo.*
3. *Anote sus respuestas con números arábigos.*
4. *Si la edad no fue registrada, anote 9999.*

4

3.2.2. ¿Cuál es el sexo de **paciente 1**? *

- ( ) Mujer
- (•) Hombre

3.2.3. ¿Cuál es el origen étnico de **paciente 1**? *

- ( ) Indígena
- ( ) Afromexicano
- ( ) Asiático
- (•) Latinoamericano
- ( ) Europeo
- ( ) Otro

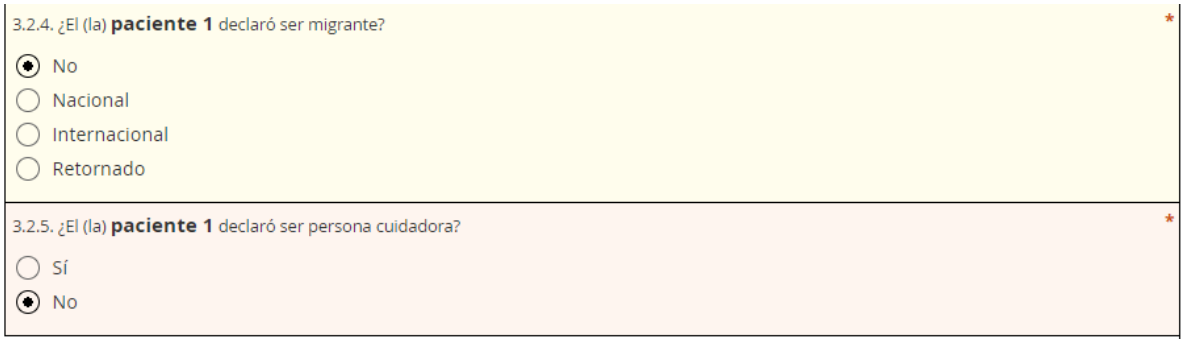
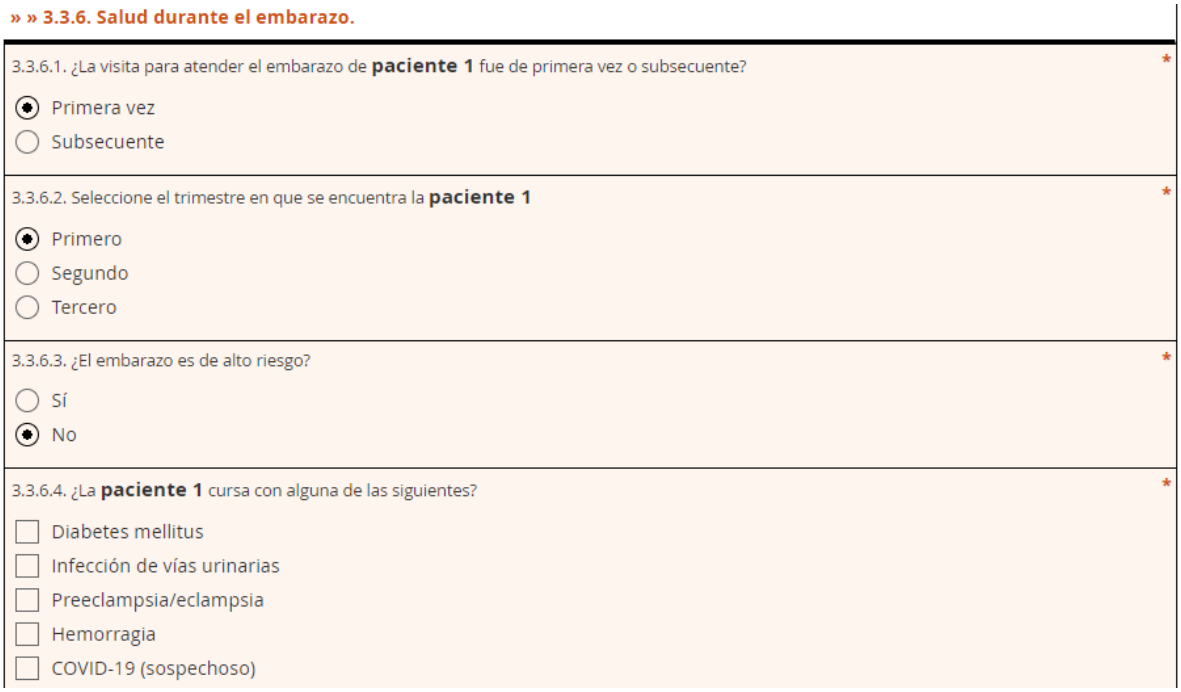


Figura 9. Datos socioeconómicos del paciente.

Cada una de estas tres alternativas de detecciones arrojará preguntas específicas, las cuales se revisarán a continuación:

3.3.6. Salud durante el embarazo.

Si al ingresar la edad y sexo del paciente, resulta ser mujer en edad reproductiva, la batería de preguntas para los apartados 3.3.3., 3.3.4. y 3.3.5. se adecuarán para preguntar acerca de la presencia de síntomas de embarazo, si se le realizó una prueba de embarazo y su resultado, de tal suerte que, si resulta una prueba positiva, se desagregará el apartado 3.3.6. para ingresar la información relacionada al embarazo.



- [ ] COVID-19 (confirmado)
- [ ] Hipertensión arterial preexistente
- [ ] Obesidad
- [x] Ninguno
- [ ] Otra

3.4. ¿La visita a **paciente 1** concluyó con alguna de las siguientes acciones? *

- [ ] Referencia a unidad de salud de primer nivel (USPN)
- [ ] Referencia a segundo nivel
- [x] Se le asignó fecha de próxima cita en USPN
- [ ] Ninguna

Figura 10. Salud durante el embarazo.

3.3.7. Salud de niñas, niños y adolescentes.

Ingrese la información solicitada para este grupo de edad, poniendo especial atención a si el a si a la (el) paciente se le aplicó la prueba EDI y mostraba signos de violencia (Prueba EDI). En caso afirmativo, indique si fue referido a la unidad de salud de primer nivel por esta razón, lo cual podrá hacer a través de una pregunta desplegable que aparecerá a continuación. En seguida, llene la demás información solicitada.

» » 3.3.7. Salud de niñas, niños y adolescentes.

3.3.7.1. ¿El (la) **paciente 1** fue referido a la unidad de salud de primer nivel para aplicación de la prueba EDI? *

- (•) Sí
- ( ) No

3.3.7.2. ¿El (la) **paciente 1** mostraba signos de violencia? *

- (•) Sí
- ( ) No

3.3.7.2.1. ¿El (la) **paciente 1** fue referido a la unidad de salud de primer nivel por esta razón? *

- ( ) Sí
- (•) No

3.3.7.3. ¿Cuál fue el estado nutricional de **paciente 1**? *

- ( ) Bajo peso severo (solamente menores de 10 años)
- ( ) Bajo peso
- ( ) Peso normal
- ( ) Sobrepeso
- (•) Obesidad

3.3.7.4. ¿Se detectó que **paciente 1** cursa actualmente con enfermedad diarréica aguda (EDA)? *

- ( ) Sí
- (•) No

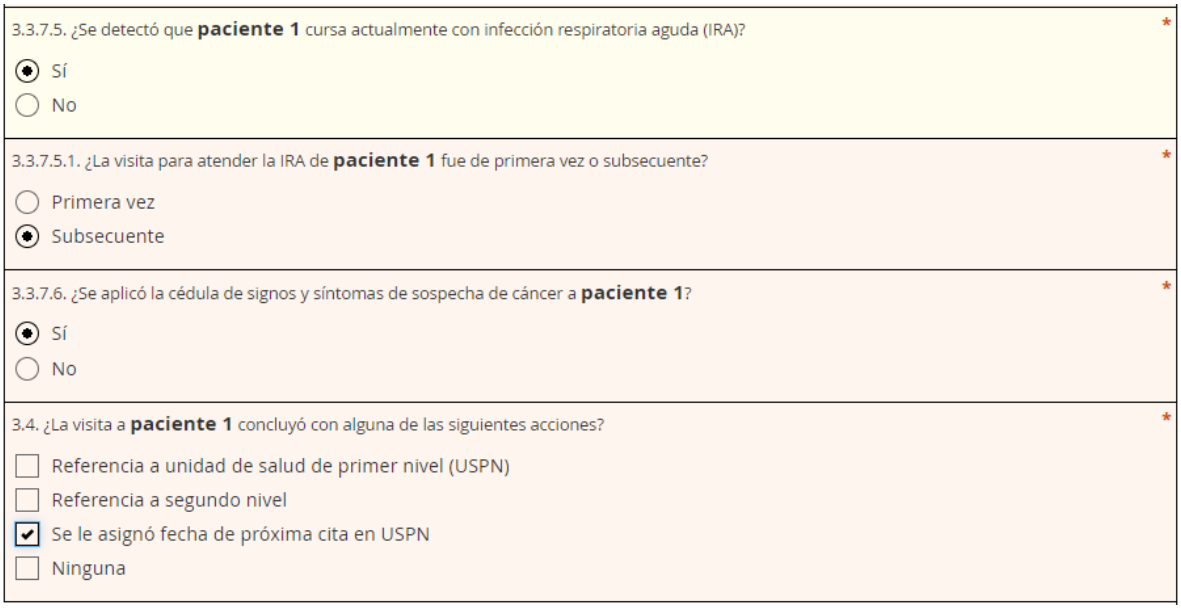


Figura 11. Salud de niñas, niños y adolescentes.

3.3.8. Detecciones realizadas a personas mayores.

Ahora ingrese la información sobre las detecciones realizadas a los adultos mayores, entre las preguntas que podrá encontrar están si sufrió: perdida de movilidad, deterioro cognitivo, capacidad visual, capacidad auditiva, entre otras. Para cada una de las que haya seleccionado, indique si resultaron positivas. Es decir, si realiza la detección de deterioro cognitivo y capacidad visual, deberá indicar si cada una de estas resultaron positiva o no. Para ello, se desplegará un siguiente cuadro de opciones para que indique las positivas.

Lo mismo ocurrirá cuando se pregunte acerca de detecciones esenciales, como fragilidad y síndrome de caídas. Indique cuáles se realizaron y si fueron positivas (Figura 12).

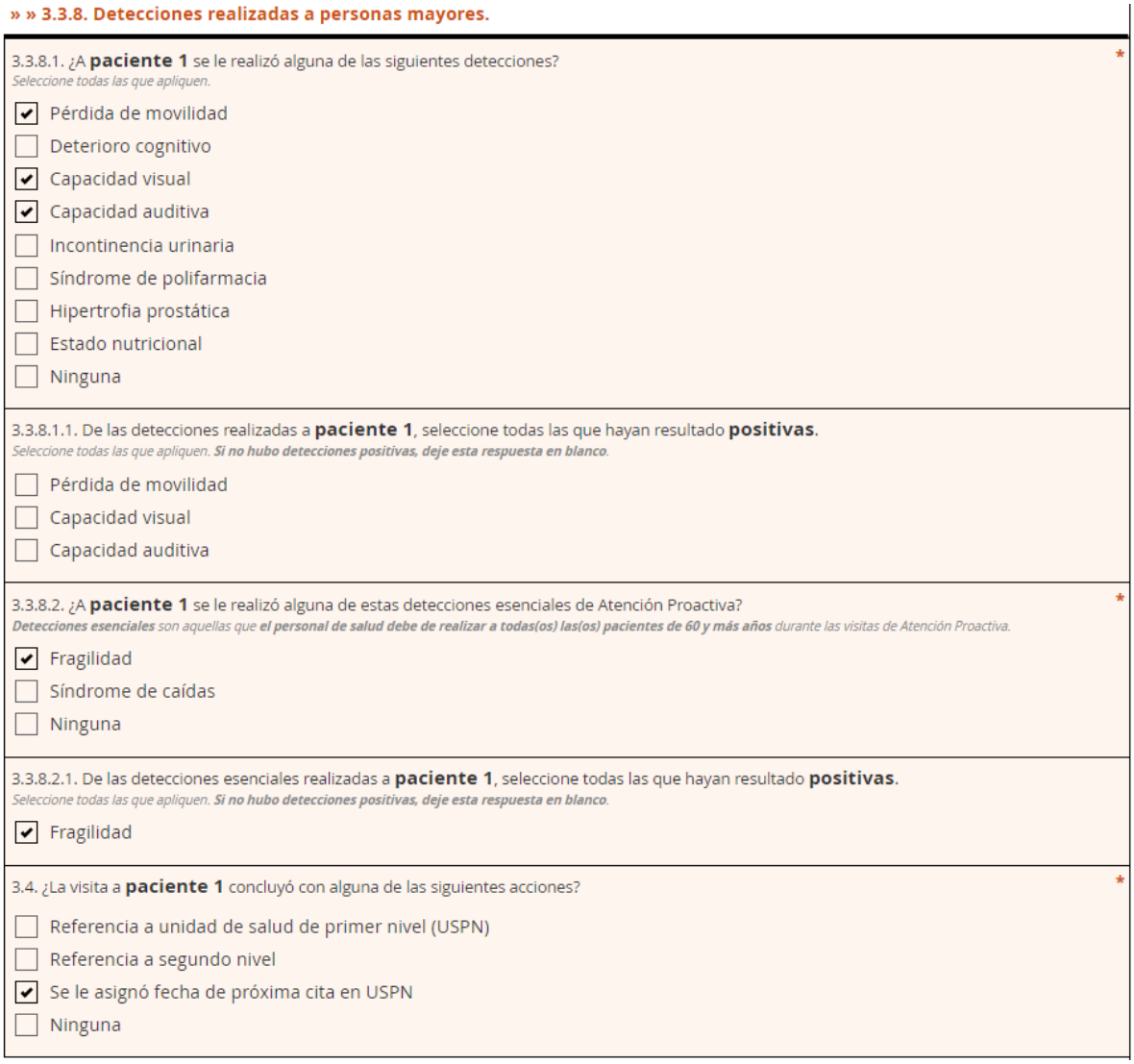


Figura 12. Detecciones realizadas a personas mayores.

3.5. Detecciones y acciones de promoción de la salud realizadas a paciente.

A continuación, ingrese la información de las detecciones y acciones de promoción de la salud realizadas a los pacientes visitados, llene la información referente a salud mental de cada uno de los pacientes, definiendo cuáles fueron realizadas y cuáles fueron positivas, en seguida ingrese la información sobre las acciones realizadas, como consulta integrada *línea de vida*, cartilla de vacunación, cartilla nacional de vacunación y aplicación de biológicos, así como las pláticas de promoción de la salud y prevención de enfermedades impartidas y las detecciones de violencia realizadas.

» 3.5. Detecciones y acciones de promoción de la salud realizadas a paciente 1.

3.5.1. Seleccione las **detecciones de salud mental** realizadas a **paciente 1**. *

Seleccione todas los que apliquen.

- [ ] Depresión
- [ ] Riesgo de suicidio
- [ ] Consumo de alcohol
- [ ] Consumo de tabaco
- [ ] Consumo de otras sustancias
- [x] Ansiedad
- [x] Depresion (personas cuidadoras)
- [ ] Ninguna

3.5.1.1. De las **detecciones de salud mental** realizadas a **paciente 1**, seleccione las que hayan resultado **positivas**.

*Seleccione todas las que apliquen. **Si no hubo detecciones positivas, deje esta respuesta en blanco**.*

- [x] Ansiedad
- [x] Depresion (personas cuidadoras)

3.5.2. Seleccione las **acciones de promoción de la salud** realizadas a **paciente 1**. *

Seleccione todas los que apliquen.

- [x] Consulta integrada línea de vida
- [x] Presenta cartilla nacional de salud
- [ ] Aplicación de biológicos
- [ ] Ninguna

3.5.3. ¿El esquema de vacunación de **paciente 1** estuvo completo? *

- ( ) Sí
- (•) No
- ( ) Se ignora

3.5.4. Seleccione las pláticas de **promoción de la salud y prevención de enfermedades** impartidas a **paciente 1**. *

Seleccione todas las que apliquen.

- [x] Planificación familiar
- [ ] Lactancia materna y alimentación complementaria
- [ ] Prevención de maltrato infantil
- [x] Prevención de accidentes y caídas
- [ ] Autoexploración de mamas
- [ ] Prevención de enfermedades crónicas
- [ ] Orientación sobre salud sexual y reproductiva
- [ ] Orientación y consejería de ITS
- [ ] Orientación alimentación correcta
- [x] Orientación consumo de agua
- [ ] Orientación actividad física
- [ ] Orientación higiene de alimentos
- [ ] Orientación desnutrición
- [ ] Información cáncer menores de 18 años
- [ ] EDA e IRA en menores de 5 años
- [ ] Orientación salud bucal
- [ ] Ninguna

3.5.5. Seleccione las **detecciones de violencia** realizadas a **paciente 1**. *

Seleccione todas las que apliquen.

- [ ] Física
- [x] Psicológica
- [ ] Sexual
- [x] Abandono
- [ ] Económica
- [ ] Bullying
- [ ] Ninguna

3.5.5.1. De las **detecciones de violencia** realizadas a **paciente 1**, seleccione las que hayan resultado **positivas**.

*Seleccione todas las que apliquen. **Si no hubo detecciones positivas, deje esta respuesta en blanco**.*

- [x] Psicológica
- [x] Abandono

3.5.6. Seleccione las detecciones realizadas a **paciente 1**. *

Seleccione todas las que apliquen.

- [ ] Obesidad (cuestionario de factores de riesgo)
- [x] Hipertensión arterial sistémica (cuestionario de factores de riesgo)
- [x] Diabetes mellitus (cuestionario de factores de riesgo)
- [ ] Dislipidemias (cuestionario de factores de riesgo)
- [ ] Ninguna

3.5.6.1. De las **detecciones realizadas** a **paciente 1**, seleccione las que hayan resultado **positivas**.

*Seleccione todas las que apliquen. **Si no hubo detecciones positivas, deje esta respuesta en blanco**.*

- [x] Hipertensión arterial sistémica (cuestionario de factores de riesgo)
- [x] Diabetes mellitus (cuestionario de factores de riesgo)

3.5.7. Seleccione las intervenciones realizadas a **paciente 1**. *

Seleccione todas las que apliquen.

- [ ] Cambio de sonda
- [ ] Curaciones
- [x] Aplicación de vendajes
- [ ] Valoración por úlceras por presión
- [ ] Colocación de venoclisis
- [ ] Ninguna

Figura 13. Detecciones y acciones de promoción de salud realizadas a paciente.

Cada vez que concluya un formulario y requiera ingresar información de otros pacientes, dé clic en el botón de más “+” para poder ingresar la información de un nuevo paciente. Ingrese tantos pacientes como sea necesario.

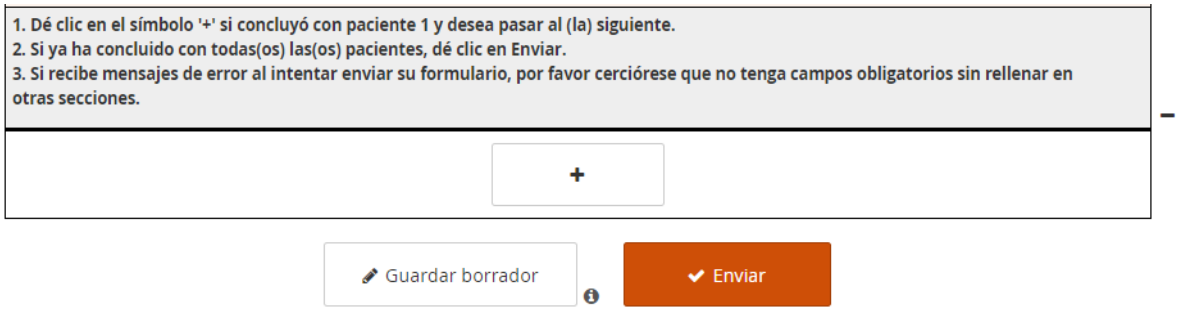


Figura 14. Botones de “+”, Guardar borrador y Enviar.

Una vez concluido con el registro completo de todos los pacientes, envíe la información.

Si tiene alguna duda o comentario sobre esta guía o la cédula de registro de condiciones de salud favor de dirigirse al correo:

gestionsp@imssbienestar.gob.mx