



Subsecretaría de Integración Sectorial y
Coordinación de Servicios de Atención Médica
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Procesos Normativos en Salud

Trámites relativos a Instituciones de Seguros Autorizadas a Operar los Seguros del Ramo de Salud

Inscrito en el Registro Federal de Trámites y Servicios: 12 de diciembre de 2000
Publicación en el Diario Oficial de la Federación: 19 de diciembre de 2000

HOMOCLAVE: SSA-06-011

I. NOMBRE DEL TRÁMITE:

1.1 Solicitud de dictamen anual.

IV. MANERA DE PRESENTAR EL TRÁMITE (ESCRITO LIBRE, FORMATO U OTRA):

- 4.1 El trámite debe presentarse en formato.
- 4.2 El trámite se debe realizar en forma personal o por representante legal.
- 4.3 El trámite deberá presentarse a partir del 20 de septiembre al 15 de octubre del ejercicio anual correspondiente.
- 4.4. La información deberá ser entregada por escrito con excepción del numeral 6.2.1 que deberá ser entregado en medio magnético en hoja electrónica de cálculo de Microsoft Excel versión 97 o anterior.
- 4.5 El trámite puede presentarse cuatrimestralmente, independientemente de la presentación del Dictamen Anual, en el caso de la documentación correspondiente a los incisos 6.2.1.1, 6.2.1.2, 6.2.2.1, 6.2.3.1, 6.2.4.1, 6.2.5.1 y 6.2.6.1, en cuyo caso se presentará dentro de los veinte días naturales siguientes al cierre de cada periodo (septiembre a diciembre, enero a abril y mayo a agosto). Asimismo, se podrá entregar la documentación correspondiente a los incisos 6.2.1.3, 6.2.1.4, 6.2.2.2, 6.2.2.3, 6.2.3.2, 6.2.3.3, 6.2.3.4, 6.2.3.5, 6.2.4.2, 6.2.5.2, 6.2.6.2, 6.2.6.3, 6.2.6.4, 6.2.7.1 dentro de los treinta días naturales siguientes al cierre del periodo anual señalado. En ambas situaciones, se deberá considerar que si el día de la fecha límite para la entrega es inhábil, se tomará como fecha límite el día hábil inmediato siguiente.

V. FORMATO CORRESPONDIENTE AL TRÁMITE, EN SU CASO, Y SU FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DOF:

- 5.1 Solicitud de dictamen anual, publicado el 19 de diciembre de 2000 en el DOF.
(Formato actualizado publicado en el Diario Oficial de la Federación el 02 de septiembre de 2015, disponible en la página gob.mx o catalogonacional.gob.mx)

VI. DATOS Y DOCUMENTOS ESPECÍFICOS QUE DEBEN CONTENER O SE DEBEN PROPORCIONAR CON EL TRÁMITE, ADEMÁS DE LOS DATOS Y DOCUMENTOS A QUE SE REFIEREN LOS ARTÍCULOS TERCERO DE ESTE ACUERDO Y EL 15 DE LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO (LFPA):

- 6.1 **Datos:**
 - 6.1.1 No aplica.





**Subsecretaría de Integración Sectorial y
Coordinación de Servicios de Atención Médica
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Procesos Normativos en Salud**

6.2 Documentos:

6.2.1 Programa de Capacidad y Suficiencia.

- 6.2.1.1 Reporte cuatrimestral (septiembre a diciembre del año inmediato anterior del ejercicio para el que se está solicitando el dictamen anual; enero a abril y mayo a agosto del año del ejercicio para el que se está solicitando el dictamen anual) de la infraestructura propia o contratada tanto material como humana destinada para la atención de la población beneficiaria de acuerdo a las áreas geográficas de operación. Por cada prestador de servicios que se dio de alta o baja en el periodo correspondiente se deberá presentar la siguiente información: nombre completo del prestador, dirección y teléfonos así como la siguiente información dependiendo del tipo de prestador:
- 6.2.1.1.1 Infraestructura propia o contratada incluyendo clínicas, hospitales, laboratorios y farmacias:
- 6.2.1.1.1.1 Número de Camas Censables.
- 6.2.1.1.1.2 Número de Consultorios Generales.
- 6.2.1.1.1.3 Número de Consultorios de Especialidad.
- 6.2.1.1.1.4 Número de Consultorios Odontológicos.
- 6.2.1.1.2 Recursos humanos: Definir si es de primer contacto, especialista, indicando su especialidad, o cirujanos dentistas general o de especialidad.
- 6.2.1.2 Reportes cuatrimestrales. Reportes generados por la ISAOSRS para dar cumplimiento al Programa de Capacidad y Suficiencia de los informes cuatrimestrales del Contralor Médico, respecto de:
- 6.2.1.2.1 Informe sobre el desempeño de los mecanismos utilizados para garantizar el acceso oportuno de los afiliados a los servicios ofrecidos.
- 6.2.1.2.2 En el caso que la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud cuente con recursos propios, el informe, además deberá incluir resultados sobre el cumplimiento de los prestadores con los estándares establecidos por la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud, en cuanto a: puntualidad de las citas y tiempos de diferimiento, así como de cirugías programadas, disponibilidad y funcionamiento del servicio telefónico y acceso a la atención de urgencias.
- 6.2.1.2.3 En el caso que la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud cuente con una red de terceros, el contralor deberá inferir de las quejas recibidas u otro tipo de acciones de la propia institución sobre la afectación o no de lo marcado en el numeral 6.2.1.2.1 del presente trámite.
- 6.2.1.3 Reporte anual. Reporte al cierre del ejercicio anual de la infraestructura propia o contratada tanto material como humana destinada para la atención de la población beneficiaria de acuerdo a las áreas geográficas de operación. Por cada prestador de servicios se deberá presentar la siguiente información: nombre completo del prestador, dirección y teléfonos así como la siguiente información dependiendo del tipo de prestador:
- 6.2.1.3.1 Infraestructura propia o contratada incluyendo clínicas, hospitales, laboratorios y farmacias:
- 6.2.1.3.1.1 Tipo de contrato con cada uno.



**Subsecretaría de Integración Sectorial y
Coordinación de Servicios de Atención Médica
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Procesos Normativos en Salud**

- 6.2.1.3.1.2 Número de Camas Censables.
- 6.2.1.3.1.3 Número de Consultorios Generales.
- 6.2.1.3.1.4 Número de Consultorios de Especialidad.
- 6.2.1.3.1.5 Número de Consultorios Odontológicos.
- 6.2.1.3.2 Recursos humanos:
- 6.2.1.3.2.1 Definir si es de primer contacto, especialista, indicando su especialidad, o cirujanos dentistas general o de especialidad.
- 6.2.1.3.2.2 Número de asegurados atendidos por cada uno durante el año.
- 6.2.1.4 Reporte anual. Informe de resultados del Programa para garantizar que la red de prestadores de servicios de salud sea suficiente en tipo y número en cuanto a médicos de primer contacto, especialistas y prestadores no médicos conteniendo:
 - 6.2.1.4.1 Programa para garantizar que la red de prestadores de servicios de salud sea suficiente en tipo y número, en cuanto a médicos de primer contacto, especialistas y prestadores no médicos, y deberá contar como mínimo con los siguientes componentes:
 - 6.2.1.4.1.1 Objetivos.
 - 6.2.1.4.1.2 Metas.
 - 6.2.1.4.1.3 Procedimientos y Actividades.
 - 6.2.1.4.1.4 Indicadores que se utilizarán para la evaluación del programa.
 - 6.2.1.4.1.5 Recursos Materiales y Humanos.
- 6.2.2 Programa de Control de la utilización de los servicios médicos.**
 - 6.2.2.1 Reportes cuatrimestrales. Reportes generados por la ISAOSRS para dar cumplimiento al Programa de Control de la Utilización de la ficha de trámite sobre los informes cuatrimestrales que debe presentar el Contralor Médico:
 - 6.2.2.1.1 Cuadro de seguimiento de indicadores comparados con los estándares establecidos por la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud para su programa de utilización, incluyendo el análisis correspondiente.
 - 6.2.2.1.2 Los avances en el cumplimiento de las metas programadas, especificando en su caso, las desviaciones ocurridas en el cumplimiento de las mismas.
 - 6.2.2.1.3 Los resultados de la supervisión de la utilización, indicando principales problemas detectados y acciones emprendidas para su corrección.
 - 6.2.2.1.4 Análisis comparativo de los indicadores de desempeño de proveedores utilizados, con relación a estándares de referencia y a informes anteriores.
 - 6.2.2.2 Reporte anual. Reporte al cierre del ejercicio de resultados sobre la aplicación del Programa para el Control de la Utilización de los Servicios Médicos conteniendo:
 - 6.2.2.2.1 Este programa deberá basarse en evidencia médica bien documentada y deberá contar como mínimo con los siguientes componentes:
 - 6.2.2.2.1.1 Objetivos.



**Subsecretaría de Integración Sectorial y
Coordinación de Servicios de Atención Médica
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Procesos Normativos en Salud**

- 6.2.2.2.1.2 Metas.
- 6.2.2.2.1.3 Alcances.
- 6.2.2.2.1.4 Proyectos de utilización.
- 6.2.2.2.1.5 Supervisión de acciones.
- 6.2.2.2.1.6 Mecanismos de evaluación.
- 6.2.2.2.1.7 Indicadores:
 - 6.2.2.2.1.7.1 Hospitalarios:
 - 6.2.2.2.1.7.1.1 Tasa anual de utilización de servicios hospitalarios por asegurado.
 - 6.2.2.2.1.7.1.2 Tasa de intervenciones quirúrgicas por mil asegurados.
 - 6.2.2.2.1.7.1.3 Promedio de días estancia por egreso de asegurados.
 - 6.2.2.2.1.7.1.4 Porcentaje de ocupación de la ISAOSRS en el hospital.
 - 6.2.2.2.1.7.2 Ambulatorios:
 - 6.2.2.2.1.7.2.1 Porcentaje anual de consultas por asegurado.
 - 6.2.2.2.1.7.2.2 Porcentaje de utilización anual de exámenes de diagnóstico (laboratorio e imagenología).
 - 6.2.2.2.1.7.2.3 Relación de consulta de primera vez sobre subsecuente.
 - 6.2.2.2.1.7.3 Prevención:
 - 6.2.2.2.1.7.3.1 Porcentaje anual de consultas prenatales.
 - 6.2.2.2.1.7.3.2 Porcentaje anual de consultas del niño sano.
 - 6.2.2.2.1.7.3.3 Porcentaje de estudios de detección de diabetes aplicados a la población asegurada en riesgo.
 - 6.2.2.2.1.7.3.4 Porcentaje de estudios de detección de hipertensión arterial aplicados a la población asegurada en riesgo.
 - 6.2.2.2.1.7.3.5 Porcentaje de estudios de detección de cáncer mamario aplicados a la población asegurada en riesgo.
 - 6.2.2.2.1.7.3.6 Porcentaje de estudios de detección de CaCu aplicados a la población asegurada en riesgo.
 - 6.2.2.2.1.7.3.7 Porcentaje de estudios de detección de cáncer prostático aplicados a la población asegurada en riesgo.
 - 6.2.2.2.1.7.3.8 Porcentaje de estudios de detección de dislipidemias aplicados a la población asegurada en riesgo.
- 6.2.2.2.1.8 Responsable del programa.
- 6.2.2.3 Reporte anual. Reporte de cumplimiento sobre el programa anual de Guías o Protocolos Médicos referidos en los numerales conteniendo:
 - 6.2.2.3.1 Presentar guías o protocolos médicos que serán utilizados por sus médicos asegurados sobre los procedimientos médicos más comunes. Dichas guías deberán estar realizadas con base a la metodología de medicina basada en evidencias.
 - 6.2.2.3.2 Programa anual para la actualización de Guías o Protocolos Médicos que contemplen mecanismos para el desarrollo o aprobación de las Guías o Protocolos Médicos que serán utilizados por sus médicos asegurados.



**Subsecretaría de Integración Sectorial y
Coordinación de Servicios de Atención Médica
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Procesos Normativos en Salud**

6.2.3 Programa de Control y Mejoramiento de la Calidad.

- 6.2.3.1 Reportes cuatrimestrales. Reportes generados por la ISAOSRS para dar Programa de Mejora Continua en la Prestación de los Servicios de la ficha de trámite sobre los informes cuatrimestrales que debe presentar el Contralor Médico:
 - 6.2.3.1.1 Avances en el cumplimiento de las metas programadas, especificando en su caso, las desviaciones ocurridas en el cumplimiento de las mismas.
 - 6.2.3.1.2 Resultados de la supervisión del programa de mejora continua en la prestación de los servicios, indicando principales problemas detectados y acciones emprendidas para su corrección.
 - 6.2.3.1.3 Análisis comparativo de los indicadores de calidad con relación a estándares de referencia e informes anteriores.
 - 6.2.3.1.4 Opinión sobre el comportamiento de los principales indicadores de desempeño de la atención médica.
- 6.2.3.2 Reporte anual. Reporte de resultados del Programa de Control y Mejoramiento de la Calidad conteniendo:
 - 6.2.3.2.1.1 Programa de Mejora Continua en la Prestación de los Servicios Médicos que deberá contar como mínimo con los siguientes componentes:
 - 6.2.3.2.1.1.1 Objetivos.
 - 6.2.3.2.1.1.2 Metas.
 - 6.2.3.2.1.1.3 Alcances.
 - 6.2.3.2.1.1.4 Proyectos de calidad:
 - 6.2.3.2.1.1.4.1 Estructura. Recursos humanos, recursos materiales, organización de los servicios.
 - 6.2.3.2.1.1.4.2 Proceso. Aplicación de la normatividad, proceso de la atención médica en consulta externa, proceso de la atención en hospitalización, elaboración del expediente clínico.
 - 6.2.3.2.1.1.4.3 Resultado. Productos del proceso de la atención, desempeño en la atención médica.
 - 6.2.3.2.1.1.4.4 Satisfacción del usuario.
 - 6.2.3.2.1.1.4.4.1 Contar con mecanismos que garanticen que sus asegurados tengan acceso oportuno a la gama de servicios ofrecidos en el contrato.
 - 6.2.3.2.1.1.5 Indicadores, contando como mínimo con lo siguiente, refiriéndose solamente a la población asegurada en la propia ISAOSRS:
 - 6.2.3.2.1.1.5.1 Hospitalarios:
 - 6.2.3.2.1.1.5.1.1 Tasa bruta de mortalidad hospitalaria.
 - 6.2.3.2.1.1.5.1.2 Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria.
 - 6.2.3.2.1.1.5.1.3 Tasa de mortalidad materna hospitalaria.
 - 6.2.3.2.1.1.5.1.4 Porcentaje de nacimientos por cesárea.
 - 6.2.3.2.1.1.5.1.5 Tasa de infecciones intrahospitalarias.
 - 6.2.3.2.1.1.5.1.6 Tasa de infecciones postoperatorias.
 - 6.2.3.2.1.1.5.1.7 Porcentaje de reingresos hospitalarios.
 - 6.2.3.2.1.1.5.1.8 Porcentaje de congruencia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico.
 - 6.2.3.2.1.1.5.2 Prevención:





**Subsecretaría de Integración Sectorial y
Coordinación de Servicios de Atención Médica
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Procesos Normativos en Salud**

- 6.2.3.2.1.5.2.1 Promedio de consultas prenatales por embarazada;
- 6.2.3.2.1.5.2.2 Porcentaje de cobertura con esquema completo de vacunación en niños de un año de edad;
- 6.2.3.2.1.5.2.3 Porcentaje de cobertura con esquema completo de vacunación en preescolares;
- 6.2.3.2.1.5.2.4 Porcentaje de satisfacción de usuarios reportado en la última encuesta semestral.
- 6.2.3.2.1.6 Supervisión de acciones
- 6.2.3.2.1.7 Mecanismos de evaluación
- 6.2.3.2.1.8 Responsable del programa
- 6.2.3.3 Reporte anual. Reporte sobre los resultados del Programa de Calidad que será difundido anualmente a sus asegurados.
- 6.2.3.4 Reporte anual. Reporte de resultados sobre los programas de enseñanza e investigación clínica realizados.
- 6.2.3.5 Reporte anual. Reporte de resultados sobre el acceso oportuno a la gama de servicios ofrecidos en el contrato, tanto de sus prestadores individuales como organizacionales conteniendo:
 - 6.2.3.5.1 Tener mecanismos que promuevan la satisfacción de los asegurados en lo relativo a las solicitudes de los asegurados de cambio de médico o de sitio de atención.
 - 6.2.3.5.1.1 Contar con estándares y mecanismos para medir la satisfacción del usuario y conocer el grado en que los prestadores individuales y organizacionales cumplen con:
 - 6.2.3.5.1.1.1 Puntualidad en las citas.
 - 6.2.3.5.1.1.2 Tiempo de diferimiento de las citas.
 - 6.2.3.5.1.1.3 Tiempo de diferimiento de las cirugías programadas.
 - 6.2.3.5.1.1.4 Garantía de acceso de los asegurados a servicios médicos fuera del horario de atención.
 - 6.2.3.5.1.1.5 Disponibilidad y eficiencia en la prestación del servicio telefónico, como son: tiempo de respuesta a las llamadas de asegurados, amabilidad, información sobre servicios y solución de problemas del asegurado con otros prestadores (farmacia, gabinete, laboratorio, hospital.)
 - 6.2.3.5.1.1.6 Acceso a atención de urgencias en hospitales.
 - 6.2.3.5.1.1.7 Agilidad en los trámites administrativos para solicitar y recibir servicio.

6.2.4 Certificación de los prestadores.

- 6.2.4.1 Reporte cuatrimestral. Reporte generado por la ISAOSRS de proveedores médicos y/o hospitalarios que, durante el periodo del informe, hubiesen obtenido la certificación del Consejo de Especialidad correspondiente o del Consejo de Salubridad General, y que se encontraban bajo el supuesto de la cláusula Tercera y Cuarta de los Transitorios de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud.
- 6.2.4.2 Reporte anual. Presentar el listado de prestadores de servicios, verificando que cuenten con la certificación necesaria para cada caso.

6.2.5 Sistema de atención de quejas.

- 6.2.5.1 Reportes cuatrimestrales. Reportes generados por la ISAOSRS para dar cumplimiento a los informes cuatrimestrales que debe presentar el Contralor Médico:



**Subsecretaría de Integración Sectorial y
Coordinación de Servicios de Atención Médica
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Procesos Normativos en Salud**

- 6.2.5.1.1 Las áreas o prestadores que registren mayor número de quejas, así como las causas que las motivan.
- 6.2.5.1.2 Las quejas reportadas en periodos anteriores que no han sido resueltas, así como las acciones emprendidas y motivos por los cuales continúan en trámite.
- 6.2.5.1.3 El número de quejas recibidas por la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud y notificadas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y/o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.
- 6.2.5.2. Reporte anual. Reporte de resultados sobre su Programa de Atención y Resolución de quejas con los siguientes componentes como mínimo:
 - 6.2.5.2.1 Objetivos.
 - 6.2.5.2.2 Metas.
 - 6.2.5.2.3 Actividades.
 - 6.2.5.2.4 Procedimientos.
 - 6.2.5.2.5 Indicadores de Monitoreo.
 - 6.2.5.2.6 Formulario de cédulas.
 - 6.2.5.2.7 Supervisión de acciones.
 - 6.2.5.2.8 Mecanismos de evaluación.
 - 6.2.5.2.9 Responsable del programa.
- 6.2.6 Programa de Derechos del paciente.
 - 6.2.6.1 Reportes cuatrimestrales. Reportes generados por la ISAOSRS para dar cumplimiento a los informes cuatrimestrales que debe presentar el Contralor Médico respecto de:
 - 6.2.6.1.1 Mecanismos utilizados por la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud para preservar los derechos del paciente, incluyendo problemas detectados y acciones emprendidas para su corrección.
 - 6.2.6.1.2 Quejas que se refieren a la violación de los derechos del paciente presentadas en el cuatrimestre y su resolución.
 - 6.2.6.2 Reporte anual. Incluir los mecanismos para preservar los derechos del paciente de acuerdo al numeral 14 del Capítulo Cuarto de la Regla Décima Sexta para la Operación del Ramo de Salud y contar como mínimo con los siguientes componentes:
 - 6.2.6.2.1 Objetivos.
 - 6.2.6.2.2 Metas.
 - 6.2.6.2.3 Actividades.
 - 6.2.6.2.4 Procedimientos.
 - 6.2.6.2.5 Supervisión de acciones.
 - 6.2.6.2.6 Mecanismos de evaluación.
 - 6.2.6.2.7 Responsable del programa.
 - 6.2.6.3 Reporte anual. Reporte de resultados sobre los mecanismos utilizados para comunicar a sus asegurados de los cambios en la infraestructura con la que cuenta para la prestación de los servicios ofrecidos.



**Subsecretaría de Integración Sectorial y
Coordinación de Servicios de Atención Médica
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Procesos Normativos en Salud**

- 6.2.6.4 Reporte anual. Reporte de resultados sobre los mecanismos utilizados en la difusión de información a sus asegurados sobre sus derechos y obligaciones.
- 6.2.7 Manuales de Organización y Procedimientos.
- 6.2.7.1 Reporte anual. Presentar, en su caso, los cambios ocurridos en el último año calendario de los Manuales de Organización y Procedimientos en la prestación de servicios de salud que ofrezcan y contemplen lo relativo a los programas de: capacidad y suficiencia, control de la utilización de los servicios médicos, mejora continua en la prestación de los servicios médicos, atención y resolución de quejas y derechos del paciente.
- VII. PLAZO MÁXIMO QUE TIENE LA DEPENDENCIA U ORGANISMO DESCENTRALIZADO PARA RESOLVER EL TRÁMITE EN SU CASO Y SI APLICA LA AFIRMATIVA O NEGATIVA FICTA:**
- 7.1 Plazo Máximo:**
- 7.1.1 La resolución debe emitirse dentro de un plazo: 45 días naturales.
- 7.1.2 La autoridad contará con la mitad del plazo de respuesta para requerir la información faltante.
- 7.2 Aplica la afirmativa ficta:**
- 7.2.1. No aplica.
- 7.3. Aplica la negativa ficta.**
- 7.3.1 Sí aplica.
- VIII. LAS EXCEPCIONES A LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 15ª DE LA LFPA, EN SU CASO:**
- 8.1 No aplica.

NOTA. La Circular Única de Seguros y Fianzas publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de diciembre de 2014 deja sin efectos las Reglas de Operación para las Instituciones de Seguros Autorizadas a Operar los Seguros del Ramo de Salud, por lo que en los puntos donde se hace referencia a estas, se deberá atender a lo señalado la Circular Única citada.