



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-06-009

I. NOMBRE DEL TRÁMITE:

1.1 Solicitud de dictamen provisional.

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.

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

- 5.1 Solicitud de dictamen provisional, 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.

6.2 Documentos: se deberá entregar por escrito y en medios electrónicos o dispositivos magnéticos, la siguiente documentación:

6.2.1 Manuales de Organización y Procedimientos.

6.2.2 Programa de Capacidad y Suficiencia.

- 6.2.2.1 Proyección del primer año de sus asegurados según sexo y edad por área geográfica de operación, acorde al plan de negocios de la ISAOSRS.



2025
Año de
**La Mujer
Indígena**

Av. Marina Nacional N° 60, Ala "B", Piso 8, Col. Tacuba, C.P. 11410, Miguel Hidalgo, Ciudad de México
Tel: 55 2000 3400 Ext 53485 y 53484 | www.calidad.salud.gob.mx



**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 Estimación de la infraestructura propia o contratada tanto material como humana destinada durante el primer año de operación, para la atención de la población beneficiaria de acuerdo a las áreas geográficas de operación.
- 6.2.2.3 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:
 - 6.2.2.3.1 Objetivos.
 - 6.2.2.3.2 Metas.
 - 6.2.2.3.3 Procedimientos y Actividades.
 - 6.2.2.3.4 Indicadores que se utilizarán para la evaluación del programa.
 - 6.2.2.3.5 Recursos Materiales y Humanos.

6.2.3 Programa de Control de la Utilización de los Servicios Médicos.

- 6.2.3.1 Este programa deberá basarse en evidencia médica bien documentada y deberá contar como mínimo con los siguientes componentes:
 - 6.2.3.1.1 Objetivos.
 - 6.2.3.1.2 Metas.
 - 6.2.3.1.3 Alcances.
 - 6.2.3.1.4 Proyectos de utilización.
 - 6.2.3.1.5 Supervisión de acciones.
 - 6.2.3.1.6 Mecanismos de evaluación.
 - 6.2.3.1.7 Indicadores:
 - 6.2.3.1.7.1 Hospitalarios:
 - 6.2.3.1.7.1.1 Tasa anual de utilización de servicios hospitalarios por asegurado.
 - 6.2.3.1.7.1.2 Tasa de intervenciones quirúrgicas por mil asegurados.
 - 6.2.3.1.7.1.3 Promedio de días estancia por egreso de asegurados.
 - 6.2.3.1.7.1.4 Porcentaje de ocupación de la ISAOSRS en el hospital.
 - 6.2.3.1.7.2 Ambulatorios:
 - 6.2.3.1.7.2.1 Porcentaje anual de consultas por asegurado.
 - 6.2.3.1.7.2.2 Porcentaje de utilización anual de exámenes de diagnóstico (laboratorio e imagenología).
 - 6.2.3.1.7.2.3 Relación de consulta de primera vez sobre subsecuente.
 - 6.2.3.1.7.3 Prevención:
 - 6.2.3.1.7.3.1 Porcentaje anual de consultas prenatales.
 - 6.2.3.1.7.3.2 Porcentaje anual de consultas del niño sano.
 - 6.2.3.1.7.3.3 Porcentaje de estudios de detección de diabetes aplicados a la población asegurada en riesgo.
 - 6.2.3.1.7.3.4 Porcentaje de estudios de detección de hipertensión arterial aplicados a la población asegurada en riesgo.





**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**

- 6.2.3.1.7.3.5 Porcentaje de estudios de detección de cáncer mamario aplicados a la población asegurada en riesgo.
- 6.2.3.1.7.3.6 Porcentaje de estudios de detección de CaCu aplicados a la población asegurada en riesgo.
- 6.2.3.1.7.3.7 Porcentaje de estudios de detección de cáncer prostático aplicados a la población asegurada en riesgo.
- 6.2.3.1.7.3.8 Porcentaje de estudios de detección de dislipidemias aplicados a la población asegurada en riesgo.
- 6.2.3.1.8 Responsable del programa.
- 6.2.3.1.9 Contar con mecanismos que midan la utilización de los prestadores por parte de los asegurados con la finalidad de ajustar la composición y distribución de la red.
- 6.2.3.1.10 Incluir información de desempeño de prestadores que permita realizar comparaciones referenciales.
- 6.2.3.1.11 Procesos de manejo de revisión y control de la utilización de servicios claramente definidos y bajo la responsabilidad de individuos con capacidad y experiencia, específicamente designados para tal propósito.

6.2.4 Programa de Control y Mejoramiento de la Calidad.

- 6.2.4.1 Programa de Mejora Continua en la Prestación de los Servicios Médicos que deberá contar como mínimo con los siguientes componentes:
 - 6.2.4.1.1 Objetivos
 - 6.2.4.1.2 Metas
 - 6.2.4.1.3 Alcances
 - 6.2.4.1.4 Proyectos de calidad:
 - 6.2.4.1.4.1. Estructura. Recursos humanos, recursos materiales, organización de los servicios.
 - 6.2.4.1.4.2 Proceso. Aplicación de la normatividad, proceso de la atención médica en consulta externa, proceso de la atención en hospitalización, elaboración del expediente clínico.
 - 6.2.4.1.4.3 Resultado. Productos del proceso de la atención, desempeño en la atención médica.
 - 6.2.4.1.4.4 Satisfacción del usuario:
 - 6.2.4.1.4.4.1 Contar con mecanismos que garanticen que sus asegurados tengan acceso oportuno a la gama de servicios ofrecidos en el contrato.
 - 6.2.4.1.5 Indicadores, contando como mínimo con lo siguiente, refiriéndose solamente a la población asegurada en la propia ISAOSRS:
 - 6.2.4.1.5.1 Hospitalarios:
 - 6.2.4.1.5.1.1 Tasa bruta de mortalidad hospitalaria.
 - 6.2.4.1.5.1.2 Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria.
 - 6.2.4.1.5.1.3 Tasa de mortalidad materna hospitalaria.
 - 6.2.4.1.5.1.4 Porcentaje de nacimientos por cesárea.
 - 6.2.4.1.5.1.5 Tasa de infecciones intrahospitalarias.
 - 6.2.4.1.5.1.6 Tasa de infecciones postoperatorias.
 - 6.2.4.1.5.1.7 Porcentaje de reingresos hospitalarios.



**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**

- 6.2.4.1.5.1.8 Porcentaje de congruencia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico.
- 6.2.4.1.5.2 Prevención:
 - 6.2.4.1.5.2.1 Promedio de consultas prenatales por embarazada;
 - 6.2.4.1.5.2.2 Porcentaje de cobertura con esquema completo de vacunación en niños de un año de edad;
 - 6.2.4.1.5.2.3 Porcentaje de cobertura con esquema completo de vacunación en preescolares;
 - 6.2.4.1.5.2.4 Porcentaje de satisfacción de usuarios reportado en la última encuesta semestral.
- 6.2.4.1.6 Supervisión de acciones.
- 6.2.4.1.7 Mecanismos de evaluación.
- 6.2.4.1.8 Responsable del programa.
- 6.2.4.2 Contar con procesos claramente definidos, que cubran la difusión anual de la información del programa y sus avances de mejora continua de la calidad a los asegurados y prestadores de servicios.
- 6.2.4.3 Tener mecanismos que promuevan la enseñanza e investigación clínica de acuerdo a las principales causas de morbilidad y mortalidad dentro de sus redes y establecimientos de prestadores de servicios.
- 6.2.4.4 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.
 - 6.2.4.4.1 Contar con estándares y mecanismos para medir la satisfacción del usuario y conocer el grado en que los prestadores individuales y organizacionales cumplen con:
 - 6.2.4.4.1.1 Puntualidad en las citas.
 - 6.2.4.4.1.2 Tiempo de diferimiento de las citas.
 - 6.2.4.4.1.3 Tiempo de diferimiento de las cirugías programadas.
 - 6.2.4.4.1.4 Garantía de acceso de los asegurados a servicios médicos fuera del horario de atención.
 - 6.2.4.4.1.5 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.)
 - 6.2.4.4.1.6 Acceso a atención de urgencias en hospitales.
 - 6.2.4.4.1.7 Agilidad en los trámites administrativos para solicitar y recibir servicio.
 - 6.2.4.5 Se deberá contar con mecanismos que promuevan que los prestadores individuales y organizacionales ofrezcan las mejores condiciones en la provisión de servicios a través de:
 - 6.2.4.5.1 Integrar a todos sus prestadores de servicios médicos dentro de las acciones del Programa de Mejora Continua en la Prestación de los Servicios, para favorecer su desarrollo.
 - 6.2.4.5.2 Llevar un registro de información comparativa de un nivel de calidad con respecto a organizaciones o prestadores similares.
 - 6.2.4.5.3 Evidencia de evaluación sistemática de sus procesos de mejora.



**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 Documento que describa su sistema de información.

- 6.2.5.1 Contar con un sistema de información médico y administrativo, que permita el acceso ágil y confiable de la información a los administradores y responsables de la toma de decisión, que refiera los siguientes aspectos:
- 6.2.5.1.1 El sistema de información será electrónico y accesible.
 - 6.2.5.1.2 El sistema contendrá bases de datos específicos para cada área: médica, administrativa y contable.
 - 6.2.5.1.3 Contar con procedimientos de protección de la información contra pérdida, destrucción, manipulación, alteración y acceso o uso no autorizado.
 - 6.2.5.1.4 Poner en operación un plan de contingencia para resolver fallas del sistema en el servidor, la energía eléctrica y el software.

6.2.6 Planes de Salud.

- 6.2.6.1 Copia de los planes de salud que se ofrecerán a sus asegurados.

6.2.7 Sistema de Atención de Quejas.

- 6.2.7.1. Programa de Atención y Resolución de Quejas que deberá contar como mínimo con los siguientes componentes:
- 6.2.7.1.1 Objetivos.
 - 6.2.7.1.2 Metas.
 - 6.2.7.1.3 Actividades.
 - 6.2.7.1.4 Procedimientos.
 - 6.2.7.1.5 Indicadores de monitoreo.
 - 6.2.7.1.6 Formulario o cédulas.
 - 6.2.7.1.7 Supervisión de acciones.
 - 6.2.7.1.8 Mecanismos de evaluación.
 - 6.2.7.1.9 Responsable del programa.
- 6.2.7.2. Conocer el tipo de quejas ante la provisión de servicios y soluciones de las mismas.
- 6.2.7.3 Enviar oportunamente a los prestadores la información sobre cualquier queja presentada por los asegurados, con la finalidad de generar acciones de mejora en el prestador.

6.2.8 Programa de Derechos del Paciente.

- 6.2.8.1 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:
- 6.2.8.1.1 Objetivos.
 - 6.2.8.1.2 Metas.
 - 6.2.8.1.3 Actividades.



**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**

- 6.2.8.1.4 Procedimientos.
- 6.2.8.1.5 Supervisión de acciones.
- 6.2.8.1.6 Mecanismos de evaluación.
- 6.2.8.1.7 Responsable del programa.
- 6.2.8.2 Contar con mecanismos para comunicar a sus asegurados de los cambios que sufra la infraestructura con la que cuenta para la prestación de los servicios objeto de los contratos de seguros, tales como instalaciones propias o contratadas con terceros y red de prestadores, entre otros.
- 6.2.8.3 Contar con mecanismos de información para sus asegurados que precisen sus derechos y obligaciones, a fin de que los consumidores preserven su libertad de elección de acuerdo a lo que pacten en los contratos.

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: 15 días hábiles.
 - 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.