



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-06-013

I. NOMBRE DEL TRÁMITE:

1.1 Informes cuatrimestrales del Contralor Médico.

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

- 4.1 El trámite debe presentarse en escrito libre.
- 4.2 El trámite se debe realizar en forma personal o por representante legal.
- 4.3 En la información solicitada, el Contralor Médico, deberá incorporar los elementos de juicio en los que sustente sus opiniones y demás conclusiones.

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

5.1 No aplica.

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 Nombre o razón social de la ISAOSRS.
- 6.1.2 Domicilio.
 - 6.1.2.1 Calle.
 - 6.1.2.2 Número exterior.
 - 6.1.2.3 Colonia o localidad.
 - 6.1.2.4 Código Postal.
 - 6.1.2.5 Delegación Política o Municipio.
 - 6.1.2.6 Entidad Federativa.
 - 6.1.2.7 Teléfono.
 - 6.1.2.8 Fax (opcional).

6.1.3 Nombre de la persona como 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 Se deberá entregar por escrito y medios electrónicos o dispositivos magnéticos, la siguiente documentación:

6.2.1 Primer apartado.

6.2.1.1 Programa de Capacidad y suficiencia.

- 6.2.1.1.1 Reporte para el cuatrimestre de que se trate, el estado que guarda la infraestructura que asegure la capacidad y suficiencia de la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud para la cobertura de los asegurados, por área geográfica, que incorpore los estándares de cobertura y atención establecidos para la autorización de operaciones y derivadas de los siguientes aspectos: Cambios en las plantillas de la red de médicos, altas y bajas en el periodo y relación de la red final del periodo que reporta contra el estándar.
- 6.2.1.1.2 Modificaciones en infraestructura médica propia o contratada.
- 6.2.1.1.3 Variación en el número de afiliados por género y grupos de edad.
- 6.2.1.1.4 Informe sobre el desempeño de los mecanismos utilizados para garantizar el acceso oportuno de los afiliados a los servicios ofrecidos.
- 6.2.1.1.5 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.
- 6.2.1.1.6 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 6.2.1.1.4 del presente trámite.

6.2.1.2 Certificación de prestadores.

- 6.2.1.2.1 Informe sobre el cumplimiento de los requisitos establecidos en las reglas para la operación del ramo de salud, referentes a la integración de la red de prestadores de atención médica y el apego al proceso interno establecido.
- 6.2.1.2.2 Reporte sobre el proceso de revisión de las solicitudes de los prestadores establecidos por la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud, especificando problemas detectados, así como número y causas de médicos rechazados.
- 6.2.1.2.3 Informe sobre la validación de los aspectos médicos de los contratos de la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud con los prestadores de servicios médicos, en términos del numeral 3 de la vigésima de las reglas para la operación del ramo de salud.
- 6.2.1.2.4 Señalar en caso de que existan posibles conflictos de interés en términos de la vigésima segunda de las reglas para la operación del ramo de salud.



**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**

6.2.1.2.5 Reportar en el caso de que algún contrato de la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud con los prestadores de servicios médicos, promueva o incentive la sobre o subutilización de los servicios.

6.2.1.3 Programa de Quejas de los usuarios de índole médica.

- 6.2.1.3.1 Presentar un análisis de las quejas recibidas en el cuatrimestre que se trate identificando:
 - 6.2.1.3.1.1 El desempeño general del sistema de recepción y atención de quejas.
 - 6.2.1.3.1.2 Las áreas o prestadores que registren mayor número de quejas, así como las causas que las motivan.
 - 6.2.1.3.1.3 Las quejas reportadas en periodos anteriores que no han sido resueltas, así como las acciones emprendidas y motivos por los cuales continúan en trámite.
 - 6.2.1.3.1.4 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.

6.2.1.4 Programa de Control de la utilización.

- 6.2.1.4.1 Análisis de la instrumentación del programa para el control de la utilización de los servicios médicos por parte de la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud y de acuerdo con su programa y estándares establecido, el cual deberá incluir:
 - 6.2.1.4.1.1 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.
 - 6.2.1.4.1.2 Los avances en el cumplimiento de las metas programadas, especificando en su caso, las desviaciones ocurridas en el cumplimiento de las mismas.
 - 6.2.1.4.1.3 Los ajustes al programa y acciones realizadas derivadas de los mismos.
 - 6.2.1.4.1.4 Los resultados de la supervisión de la utilización, indicando principales problemas detectados y acciones emprendidas para su corrección.
 - 6.2.1.4.1.5 Los mecanismos empleados para detectar y corregir problemas de sobreutilización, subutilización y mal uso de los recursos.
 - 6.2.1.4.1.6 Análisis comparativo de los indicadores de desempeño de proveedores utilizados, con relación a estándares de referencia y a informes anteriores.
- 6.2.1.4.2 Opinión sobre las acciones de supervisión de aplicación y seguimiento por los médicos de la red a las guías de atención médica establecidas por la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud cuando sea el caso.



**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**

6.2.1.5 Programa de Mejora Continua en la prestación de los servicios.

- 6.2.1.5.1 Análisis de la instrumentación del programa de mejora continua en la prestación del servicio a cargo de la institución durante el cuatrimestre, mencionando:
- 6.2.1.5.1.1 Avances en el cumplimiento de las metas programadas, especificando en su caso, las desviaciones ocurridas en el cumplimiento de las mismas.
 - 6.2.1.5.1.2 Opinión sobre los proyectos de calidad instrumentados durante el periodo y relevancia de los mismos.
 - 6.2.1.5.1.3 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.
 - 6.2.1.5.1.4 Análisis comparativo de los indicadores de calidad con relación a estándares de referencia e informes anteriores.
 - 6.2.1.5.1.5 Opinión sobre las acciones instrumentadas por la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud, para fomentar la enseñanza e investigación médicas.
 - 6.2.1.5.1.6 Opinión sobre el comportamiento de los principales indicadores de desempeño de la atención médica.

6.2.1.6 Programa de Derechos del paciente.

- 6.2.1.6.1 Opinión sobre los mecanismos utilizados por la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud para preservar los derechos de paciente, incluyendo problemas detectados y acciones emprendidas para su corrección.
- 6.2.1.6.2 Las quejas que se refieran a la violación de los derechos del paciente, presentadas en el cuatrimestre y su resolución.

6.2.1.7 Juicio clínico.

- 6.2.1.7.1 Opinión sobre los mecanismos utilizados por la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud para preservar el juicio clínico del médico, incluyendo problemas detectados y acciones emprendidas para su corrección.

6.2.1.8 Participación en el Consejo de Administración.

- 6.2.1.8.1 Informe sobre su participación en las juntas del consejo de administración, en términos de lo previsto en la vigésima primera de las reglas para la operación del ramo de salud.

6.2.1.9 Apego a las Reglas de Operación.

- 6.2.1.9.1 Opinión acerca de la observancia de la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud de todo lo concerniente a las reglas para la operación del ramo de salud en materia de salud.

6.2.2 Segundo apartado:

6.2.2.1 Acciones preventivas iniciadas por 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**

- 6.2.2.1.1 Señalar y documentar las desviaciones detectadas, así como las medidas preventivas recomendadas por el contralor médico y derivadas de las acciones de vigilancia y auditoría realizadas de acuerdo a su plan de trabajo.
- 6.2.2.1.2 Señalar las medidas correctivas y los plazos para su cumplimiento, que ha adoptado o adoptará la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud para subsanar dichas desviaciones.
- 6.2.2.1.3 Informe del seguimiento a las medidas de autocorrección pendientes de resolución que sean de periodos anteriores, su cumplimiento, desviaciones, omisiones o falta de cumplimiento de las mismas.
- 6.2.2.1.4 Reporte de las comunicaciones al presidente del consejo de administración, auditor interno, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a la Secretaría de Salud, sobre los incumplimientos en los que incurra la Institución de Seguros Autorizada a Operar los Seguros del Ramo de Salud derivados de recomendaciones de índole preventivas realizadas por el contralor médico.

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 No aplica.

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.