

SEGUNDA SECCION
PODER EJECUTIVO
SECRETARIA DE SALUD

ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2017 correspondiente al Distrito Federal.

ANEXO II DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017 CORRESPONDIENTE AL DISTRITO FEDERAL.

De conformidad con lo dispuesto en las cláusulas Sexta y Décima Segunda del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en adelante "LA SECRETARÍA" representada por el titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Ejecutivo Estatal en lo sucesivo "ENTIDAD FEDERATIVA" representado por los titulares de la Secretaría de Salud y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Distrito Federal, a quienes de manera conjunta se les denominará "LAS PARTES", reconocen el presente instrumento como el ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en adelante "ANEXO II", para el presente ejercicio fiscal, el cual se suscribe por los representantes operativos debidamente acreditados por "LA SECRETARÍA" y la "ENTIDAD FEDERATIVA".

Al amparo del presente "ANEXO II" se establece la Cobertura de Afiliación y Meta de Reafiliación para el ejercicio fiscal 2017, en adelante "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN", en los términos que se señalan en el "APARTADO UNO".

Asimismo, con fundamento en los artículos 77 bis 6 de la Ley General de Salud y 67 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen Indicadores de Seguimiento del Desempeño en materia de afiliación y operación, detallados en el "APARTADO DOS" del presente "ANEXO II".

APARTADO UNO: COBERTURA DE AFILIACIÓN Y META DE REAFILIACIÓN

Distrito Federal			
Cobertura de afiliación mensual			2,780,205
Crecimiento mensual PROSPERA			8,595
			Metas
Meses	Reafiliación		Cobertura
	Acumulada	Mínima	PROSPERA
	A	B	C
Enero	61,109	4,889	225,358
Febrero	135,865	23,097	233,953
Marzo	215,851	53,963	242,548
Abril	293,074	96,714	251,143
Mayo	373,486	156,864	259,738
Junio	460,274	230,137	268,333

Julio	547,564	290,209	276,928
Agosto	629,301	358,702	285,523
Septiembre	697,779	418,667	294,118
Octubre	780,315	491,598	302,713
Noviembre	812,277	544,226	311,308
Diciembre	825,891	578,124	319,903
Total anual	825,891	578,124	319,903

La Cobertura de afiliación mensual, se refiere al número máximo de registros por los cuales podrá gestionarse la transferencia de recursos.

El crecimiento mensual PROSPERA, se refiere al número de registros de ese tipo de población que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe incorporar.

- A. La columna "A" corresponde a los vencimientos mensuales acumulados de 2017, con base en la información del cierre de afiliación de diciembre de 2016.
- B. La columna "B" corresponde a la Meta mínima mensual acumulada de reafiliación que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir.
- C. La columna "C" corresponde a la Meta de afiliación mensual acumulada de la población PROSPERA que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir, incluye beneficiarios de los programas PROSPERA (con corresponsabilidad) y Apoyo Alimentario (sin corresponsabilidad), con base en la información de afiliación de diciembre de 2016.
- I. "LAS PARTES" convienen que la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" podrá ser sujeta de revisión y, en su caso, de ajuste, cuando:
 - a) A la baja: Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la "ENTIDAD FEDERATIVA", por tanto, se afecte la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN".
 - b) A la alza: Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio fiscal. En este caso, su procedencia quedará sujeta al cumplimiento de los indicadores de seguimiento del desempeño que se describen en el "APARTADO DOS" y a la disponibilidad financiera.

En ambos casos, "LAS PARTES" acuerdan que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá dirigir comunicación expresa al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Para el ajuste a la baja, presentar el soporte documental correspondiente que acredite las condiciones adversas que impidieron la ejecución de los procesos operativos de afiliación y reafiliación; en caso de la alza, la manifestación de que cuenta con los recursos necesarios para realizar la Aportación Solidaria Estatal que corresponda para hacer frente a la demanda adicional de afiliación. Con el objetivo de evaluar y analizar las circunstancias y poder dar una resolución, la cual será notificada mediante comunicación formal misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente "ANEXO II".

- II. "LAS PARTES" convienen que la meta mínima de reafiliación columna "B" de este apartado se evaluará de enero a diciembre y su incumplimiento podrá afectar en junio la cobertura de afiliación y de julio a diciembre la gestión de transferencia de recursos, de acuerdo a lo siguiente:

Si el resultado de la reafiliación alcanzada es menor al dato de la columna "B" de este apartado se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes}^1 - \text{Meta mínima acumulada de reafiliación del mes} + \text{Reafiliación alcanzada del mes} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

¹ La cobertura de afiliación del mes, se refiere al número de registros por lo que se puede gestionar la transferencia de recursos o, en su caso, se considera como nueva cobertura de afiliación mensual a la resultante en el mes de junio, conforme al cumplimiento de meta de reafiliación y evaluación de los indicadores del desempeño.

La cobertura mensual de afiliación en el mes de junio será modificada al número de registros gestionados para la transferencia de recursos como resultado de aplicar el cálculo descrito en esta cláusula y no podrán ser recuperados, por lo tanto será su nueva cobertura de afiliación para los meses subsecuentes. La "ENTIDAD FEDERATIVA" estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras al final del presente ejercicio fiscal. Para los meses de julio a diciembre, únicamente se afectará la gestión de transferencia de recursos, de manera que podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual o la modificada de ser el caso, en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

- III. "LAS PARTES" convienen que el incumplimiento de la meta de afiliación PROSPERA columna "C" de este apartado, así como la evaluación de los indicadores 1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General, 1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas, 1.5 Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea, 1.6 CURP validada por RENAPO y 1.7 Supervisión del "APARTADO DOS", podrán afectar la gestión de transferencia de recursos mensual, de acuerdo a los criterios que a continuación se describen.

III.1 COBERTURA PROSPERA

Si en los meses de julio, septiembre y noviembre, el resultado de la cobertura PROSPERA alcanzada en el mes que corresponda es menor al dato de la columna "C", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - (2 \text{ veces el crecimiento neto PROSPERA del mes}) = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación del mes en los meses subsecuentes con registros de población abierta. Sin embargo, para el mes de diciembre deberá hacerlo con registros PROSPERA, en caso contrario estará cediendo los registros para una reasignación a otras, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Si en los meses de abril a noviembre, no se reduce la brecha de beneficiarios con doble derechohabencia conforme al máximo establecido en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - \text{Meta de registros en colisión del mes}^2 + \text{Número de registros que alcanzó a sustituir en el mes} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla, con población no derechohabiente. Sin embargo, los registros que no logró sustituir se estarán cediendo para una reasignación a otras en el mes de diciembre, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.3 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el número alcanzado en el mes que corresponda de beneficiarios reafiliados asignados en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas es menor a los datos establecidos en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - \text{Meta acumulada del mes de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas}^3 + \text{Alcanzado de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

² La meta de registros en colisión corresponde al número de registros susceptibles de sustitución que se indican en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS".

³ La meta de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas acumulada del mes se indica en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS".

III.4 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el porcentaje alcanzado de Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea en el mes que corresponda es menor a los datos establecidos en el numeral 1.5 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (30,000 registros⁴) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.5 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Se medirá el número de CURP validadas por RENAPO en los meses de abril, junio, agosto y octubre, con el resultado alcanzado de afiliación del mes anterior al que aplique la regla. Si el porcentaje alcanzado en el mes que corresponda es menor a los porcentajes establecidos en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes de medición – Meta acumulada del mes anterior de CURP⁵ + Alcanzado de CURP validadas por RENAPO del mes anterior = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.6 SUPERVISIÓN⁶

Si en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación no se presenta el total de expedientes de la muestra, se detectan expedientes incompletos y/o con inconsistencias, al cierre del mes en el que se realice la supervisión⁷, para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no entregados + incompletos + inconsistentes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" contará con treinta días hábiles para solventar los hallazgos, una vez concluido este periodo, en caso de no atenderlos en su totalidad, se procederá a ajustar la cobertura de afiliación conforme a lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no solventados⁸) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" no podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual ya que estará cediendo los registros que representen los expedientes no solventados para una reasignación a otras al cierre del ejercicio fiscal, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

IV. "LAS PARTES" convienen que para la gestión de transferencia de recursos mensual se aplicará la prelación siguiente:

- a) Población vulnerable (menores de 5 años, mujeres embarazadas y adultos mayores).
- b) Población beneficiaria del programa PROSPERA.
- c) Población reafiliada en el corte de información.
- d) Población abierta.

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud se cubrirá con base en lo establecido en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del presente ejercicio fiscal.

⁴ Los 30,000 registros, corresponden al criterio de cálculo establecido en los Lineamientos Generales del Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la apertura de este tipo de oficinas.

⁵ La meta de CURP validadas por RENAPO se indica en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS".

⁶ Se medirá de acuerdo a los tiempos establecidos en el Macroproceso de Supervisión de Afiliación y Operación vigente.

⁷ Para el caso de la última semana del mes se recorrerá la aplicación de la regla al siguiente.

⁸ Se refiere a la integración y/o corrección de los expedientes no entregados, incompletos y/o con inconsistencias.

**APARTADO DOS: INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO
EN MATERIA DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN**

V. "LAS PARTES" convienen que para el presente ejercicio fiscal la evaluación en materia de afiliación y operación para la posible ampliación de la cobertura de afiliación se realizará a partir de los indicadores de seguimiento del desempeño que se muestran a continuación:

1. PARÁMETROS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Indicador	Peso relativo en el global	Fecha de aplicación		
		Evaluación del desempeño	Gestión de transferencia de recursos	Ajuste de cobertura de afiliación mensual
1.1 Reafiliación	15	Mensual (enero-diciembre)	julio-diciembre	junio
1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General	15	Mensual (abril-noviembre)	Mensual (abril-noviembre)	NA
1.3 Cobertura PROSPERA	10	Mensual (enero-diciembre)	Julio, septiembre y noviembre	Diciembre
1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.5 Módulos de Afiliación y Orientación en línea	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.6 CURP validada por RENAPO	10	Mensual (enero-noviembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre, a mes vencido)	NA
1.7 Supervisión	10	Cuando aplique (enero-diciembre)	En el mes que aplique la supervisión	En el mes que concluya el periodo de treinta días hábiles de solventación de hallazgos
1.8 Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017	10	Hasta abril	NA	NA
1.9 Digitalización de expedientes	10	Mensual (enero-diciembre)	NA	NA
Total	100			

NA: No aplica el ajuste de gestión de transferencia de recursos y/o cobertura de afiliación mensual.

1.1 REAFILIACIÓN

Con el propósito de que los beneficiarios sin derechohabiencia mantengan el acceso efectivo a la seguridad social en materia de salud, así como poder medir el grado de aceptación del Seguro Popular en la población objetivo, la reafiliación se evaluará mensualmente para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá cumplir al menos con lo establecido en la columna "B" del "APARTADO UNO".

Reafiliación		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	8	Mensual (enero-diciembre)
Febrero	17	
Marzo	25	
Abril	33	
Mayo	42	
Junio	50	
Julio	53	
Agosto	57	
Septiembre	60	
Octubre	63	
Noviembre	67	
Diciembre	70	

Este indicador tiene un peso relativo de 15 puntos como se muestra a continuación:

Reafiliación		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	15.00	Mensual (enero-diciembre)
11	13.75	
10	12.50	
9	11.25	
8	10.00	
7	8.75	
6	7.50	
5	6.25	
4	5.00	
3	3.75	
2	2.50	
1	1.25	

1.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Como resultado del cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud contra los padrones de las instituciones de seguridad y esquemas públicos y sociales de atención médica realizados por el Consejo de Salubridad General, se busca reducir la brecha existente de beneficiarios con doble derechohabiencia y cumplir lo establecido en la fracción V del artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017.

Este indicador se medirá mensualmente de abril a noviembre, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar una meta de sustitución hasta un máximo de 169,892 registros con doble derechohabencia o, en su caso, un número menor siempre y cuando así lo reporte la última confronta que se disponga por parte del Consejo de Salubridad General, para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá reemplazar en el mes que corresponda al menos el número de registros acumulados que se enlistan en la tabla siguiente:

Colisión			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	12	20,387	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	44,172	
Junio	38	64,559	
Julio	50	84,946	
Agosto	62	105,333	
Septiembre	76	129,118	
Octubre	88	149,505	
Noviembre	100	169,892	

El peso relativo de este indicador es de 15 puntos, como se presenta a continuación:

Colisión		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
8	15.00	Mensual (abril-noviembre)
7	13.13	
6	11.26	
5	9.39	
4	7.52	
3	5.65	
2	3.78	
1	1.91	

1.3 COBERTURA PROSPERA

Como parte de la meta nacional "México Incluyente", que tiene como objetivo garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y con el fin de instrumentar la política de Protección Social en Salud para reducir la brecha en el acceso a los servicios de salud de los beneficiarios del Programa de Inclusión Social PROSPERA, se establece como indicador la afiliación de este grupo de personas. Por lo que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar mensualmente lo indicado en la columna "C" del "APARTADO UNO".

Este indicador considera un máximo de 10 puntos como se señala en la tabla siguiente:

Cobertura PROSPERA		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

1.4 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Con la finalidad de impulsar el acceso a los servicios de salud de calidad, se establece como indicador la asignación de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas. Considerando que la Acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud.

Este indicador tiene un peso relativo de 10 puntos y se medirá mensualmente de abril a diciembre, para lo cual se tomará como base el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud del mes que corresponda, el Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud de la Dirección General de Información en Salud vigente y el Sistema de Información de Establecimientos y Servicios Acreditados vigente, integrado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El porcentaje mínimo de cumplimiento mensual que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe alcanzar se muestra en la tabla siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	45	43,521	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	81,569	
Junio	59	135,781	
Julio	66	191,538	
Agosto	72	258,265	
Septiembre	79	330,747	
Octubre	86	422,774	
Noviembre	93	506,130	
Diciembre	100	578,124	

El cumplimiento del indicador se evaluará acorde a los casos siguientes:

- 1) Afiliados vigentes en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá promover las acciones necesarias para que las unidades médicas mantengan la Acreditación.
- 2) Reafiliaciones, deberán estar asignadas en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas de conformidad con el área de influencia que corresponda atender a la del domicilio del beneficiario.

De manera que, el peso relativo que se establece se distribuirá del modo siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

1.5 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Tomando en cuenta que los Módulos de Afiliación y Orientación fijos son el espacio físico en los que se realiza la afiliación y reafiliación de las personas y familias, el objetivo es que éstos dispongan del servicio de internet, a fin de poder consultar la posible derechohabiencia, el seguimiento de los procesos de afiliación, reafiliación y resguardo de expedientes digitales e integración de la base de datos del padrón estatal. Se establece como indicador la operación de los Módulos de Afiliación y Orientación Fijos en línea. El cual tiene un peso relativo de 10 puntos como se desglosan en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

El porcentaje mensual que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe cumplir se indica en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Abril	30	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	39	
Junio	48	
Julio	56	
Agosto	65	
Septiembre	74	
Octubre	83	
Noviembre	91	
Diciembre	100	

1.6 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Considerando que la CURP es un documento de identidad único de las personas que fortalece la confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y que permite la verificación de derechohabiencia, se dará seguimiento de enero a noviembre para poder contar con un 96% de CURP validadas por RENAPO, para lo cual se deberá cumplir como mínimo el porcentaje establecido en la siguiente tabla respecto a la cobertura mensual de afiliación que corresponda:

CURP validada por RENAPO		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	85	Mensual (enero-noviembre)
Febrero	86	
Marzo	87	
Abril	88	
Mayo	89	
Junio	91	
Julio	92	
Agosto	93	
Septiembre	94	
Octubre	95	
Noviembre	96	

Este indicador tiene un valor máximo de 10 puntos como se muestra en el cuadro siguiente:

CURP validada por RENAPO		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
11	10.00	Mensual (enero-noviembre)
10	9.09	
9	8.18	
8	7.27	
7	6.36	
6	5.45	
5	4.54	
4	3.63	
3	2.72	
2	1.81	
1	0.90	

1.7 SUPERVISIÓN

Derivado a que el proceso de supervisión tiene como objetivos principales comprobar el apego a la norma y los procedimientos en los procesos de afiliación y reafiliación mediante la revisión de los expedientes y la verificación de la existencia de las personas que integran el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, se establece este indicador, el cual se medirá con la calificación que obtenga la "ENTIDAD FEDERATIVA" en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación. Para tal propósito se determina como fecha máxima de evaluación el mes de diciembre y se considera un peso relativo de 10 puntos, de conformidad con la calificación obtenida en el proceso de acuerdo con la tabla siguiente:

Supervisión		
Calificación	Peso relativo	Fecha de evaluación
De 90.01 a 100	10.00	Cuando aplique (enero-diciembre)
De 80.01 a 90	8.00	
De 70.01 a 80	6.00	
De 60.01 a 70	4.00	
De 50.01 a 60	2.00	
Menos de 50	0.00	

En caso de que la "ENTIDAD FEDERATIVA" no sea supervisada en el ejercicio fiscal, la calificación que se tomará para este indicador será la registrada en la última supervisión efectuada en cualquier otro ejercicio fiscal.

1.8 REGISTRO DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DEL GASTO DE OPERACIÓN DEL REPSS 2017

Este indicador evalúa la oportunidad de registrar el Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente al ejercicio fiscal 2017, a partir de la emisión de los Lineamientos Generales que establecen los criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el Apoyo Administrativo y Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Tendrá un peso relativo máximo de 10 puntos conforme a las fechas siguientes:

Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017		
Fecha de registro	Peso relativo	Fecha de evaluación
Hasta el 10 de marzo	10.00	Hasta abril
Del 13 al 24 de marzo	7.50	
Del 27 de marzo al 7 de abril	5.00	
Del 10 al 28 de abril	2.50	
Después del 28 de abril	0.00	

1.9 DIGITALIZACIÓN DE EXPEDIENTES

Se establece como indicador la digitalización de expedientes para facilitar el acceso y la organización de la información, aumentar la seguridad y control, así como reducir los espacios físicos y uso de papel en la integración de los expedientes, este indicador se evaluará mensualmente de enero a diciembre y deberá cumplirse con la digitalización de documentos del 50% de la meta mínima de reafiliación referida en la columna "B" del "APARTADO UNO", como se muestra en la siguiente tabla:

Meta mínima de digitalización	
Mes	Número de registros acumulados
Enero	2,445
Febrero	11,549
Marzo	26,982
Abril	48,357
Mayo	78,432
Junio	115,069
Julio	145,105
Agosto	179,351
Septiembre	209,334
Octubre	245,799
Noviembre	272,113
Diciembre	289,062

Para la evaluación de este indicador se establece un valor máximo de 10 puntos como se presenta a continuación:

Digitalización de expedientes		
Número de meses que cumplió	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

2. RESULTADO DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO

Al cierre del ejercicio fiscal, las entidades federativas situadas en las diez primeras calificaciones resultantes de la evaluación de los indicadores de desempeño en materia de afiliación y operación, serán objeto de una posible ampliación de cobertura de afiliación con los registros cedidos por las entidades federativas que no alcancen la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" establecidas en el "APARTADO UNO".

La posible asignación de los registros cedidos se realizará con base en el peso relativo del lugar que ocupe la "ENTIDAD FEDERATIVA" como resultado de la calificación que obtenga en la evaluación del desempeño en materia de afiliación y operación, esto quiere decir, que la "ENTIDAD FEDERATIVA" que tenga la calificación mayor se le asignarán más registros y a la ubicada en la última posición menos y sólo se tomarán los registros existentes sin derechohabencia, conforme al resultado de la validación contra el último resultado del cotejo de padrones disponible y tomando en cuenta la estimación de cobertura de población sin derechohabencia emitida por la Dirección General de Información en Salud.

Para efectos del párrafo anterior se considerarán las reglas siguientes:

2.1 Reglas de distribución

- La "ENTIDAD FEDERATIVA" tiene una demanda de afiliación por arriba de los registros cedidos, se asignará solamente el número de registros que resulte de aplicar el peso relativo de acuerdo a la calificación obtenida.
- La "ENTIDAD FEDERATIVA" no tiene registros suficientes para incorporar los cedidos, se cubrirán únicamente sus registros existentes.
- En caso de persistir registros cedidos se distribuirán nuevamente y así sucesivamente hasta agotar los registros disponibles.
- En caso de empate, se tomará en cuenta el Índice de Marginación emitido por el CONAPO para la "ENTIDAD FEDERATIVA" aplicando lo establecido en los párrafos anteriores.

2.2 Mejor desempeño sin demanda adicional

- Se considerará a las entidades federativas siguientes con mejor desempeño y se les aplicará lo establecido en el punto 2.1.

VI. "LAS PARTES" acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente "ANEXO II", será resuelto de común acuerdo y de ser el caso, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales aplicables.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente Anexo II que consta de quince fojas incluyendo ésta, y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por cuadruplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, a los 31 días del mes de marzo de 2017.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel Jaime O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Ciudad de México: el Secretario de Salud y Titular de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, **José Armando Ahued Ortega**.- Rúbrica.- Por el Régimen de Protección Social en Salud del Distrito Federal: el Director General del Régimen de Protección Social en Salud del Distrito Federal, **Rubén Fernando Ramírez Ortuño**.- Rúbrica.

ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2017, correspondiente al Estado de Durango.

ANEXO II DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017 CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE DURANGO.

De conformidad con lo dispuesto en las cláusulas Sexta y Décima Segunda del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en adelante "LA SECRETARÍA" representada por el titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Ejecutivo Estatal en lo sucesivo "ENTIDAD FEDERATIVA" representado por los titulares de la Secretaría de Salud y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el Estado de Durango, a quienes de manera conjunta se les denominará "LAS PARTES", reconocen el presente instrumento como el ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en adelante "ANEXO II", para el presente ejercicio fiscal, el cual se suscribe por los representantes operativos debidamente acreditados por "LA SECRETARÍA" y la "ENTIDAD FEDERATIVA".

Al amparo del presente "ANEXO II" se establece la Cobertura de Afiliación y Meta de Reafiliación para el ejercicio fiscal 2017, en adelante "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN", en los términos que se señalan en el "APARTADO UNO".

Asimismo, con fundamento en los artículos 77 bis 6 de la Ley General de Salud y 67 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen Indicadores de Seguimiento del Desempeño en materia de afiliación y operación, detallados en el "APARTADO DOS" del presente "ANEXO II".

APARTADO UNO: COBERTURA DE AFILIACIÓN Y META DE REAFILIACIÓN

Durango			
Cobertura de afiliación mensual			773,640
Crecimiento mensual PROSPERA			4,377
			Metas
Meses	Reafiliación		Cobertura
	Acumulada	Mínima	PROSPERA
	A	B	C
Enero	13,582	1,087	321,124
Febrero	34,666	5,893	325,501
Marzo	60,249	15,062	329,878
Abril	85,627	28,257	334,255
Mayo	109,696	46,072	338,632
Junio	137,887	68,944	343,009
Julio	160,063	84,833	347,386

Agosto	178,319	101,642	351,763
Septiembre	196,522	117,913	356,140
Octubre	210,203	132,428	360,517
Noviembre	218,231	146,215	364,894
Diciembre	224,858	157,401	369,271
Total anual	224,858	157,401	369,271

La Cobertura de afiliación mensual, se refiere al número máximo de registros por los cuales podrá gestionarse la transferencia de recursos.

El crecimiento mensual PROSPERA, se refiere al número de registros de ese tipo de población que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe incorporar.

- A. La columna "A" corresponde a los vencimientos mensuales acumulados de 2017, con base en la información del cierre de afiliación de diciembre de 2016.
- B. La columna "B" corresponde a la Meta mínima mensual acumulada de reafiliación que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir.
- C. La columna "C" corresponde a la Meta de afiliación mensual acumulada de la población PROSPERA que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir, incluye registros de beneficiarios con y sin corresponsabilidad en Salud.
- I. "LAS PARTES" convienen que la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" podrá ser sujeta de revisión y, en su caso, de ajuste, cuando:
 - a) A la baja: Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la "ENTIDAD FEDERATIVA", por tanto, se afecte la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN".
 - b) A la alza: Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio fiscal. En este caso, su procedencia quedará sujeta al cumplimiento de los indicadores de seguimiento del desempeño que se describen en el "APARTADO DOS" y a la disponibilidad financiera.

En ambos casos, "LAS PARTES" acuerdan que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá dirigir comunicación expresa al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Para el ajuste a la baja, presentar el soporte documental correspondiente que acredite las condiciones adversas que impidieron la ejecución de los procesos operativos de afiliación y reafiliación; en caso de la alza, la manifestación de que cuenta con los recursos necesarios para realizar la Aportación Solidaria Estatal que corresponda para hacer frente a la demanda adicional de afiliación. Con el objetivo de evaluar y analizar las circunstancias y poder dar una resolución, la cual será notificada mediante comunicación formal misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente "ANEXO II".

- II. "LAS PARTES" convienen que la meta mínima de reafiliación columna "B" de este apartado se evaluará de enero a diciembre y su incumplimiento podrá afectar en junio la cobertura de afiliación y de julio a diciembre la gestión de transferencia de recursos, de acuerdo a lo siguiente:

Si el resultado de la reafiliación alcanzada es menor al dato de la columna "B" de este apartado se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes}^1 - \text{Meta mínima acumulada de reafiliación del mes} \\ + \text{Reafiliación alcanzada del mes} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

¹ La cobertura de afiliación del mes, se refiere al número de registros por lo que se puede gestionar la transferencia de recursos o, en su caso, se considera como nueva cobertura de afiliación mensual a la resultante en el mes de junio, conforme al cumplimiento de meta de reafiliación y evaluación de los indicadores del desempeño.

La cobertura mensual de afiliación en el mes de junio será modificada al número de registros gestionados para la transferencia de recursos como resultado de aplicar el cálculo descrito en esta cláusula y no podrán ser recuperados, por lo tanto será su nueva cobertura de afiliación para los meses subsecuentes. La "ENTIDAD FEDERATIVA" estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras al final del presente ejercicio fiscal. Para los meses de julio a diciembre, únicamente se afectará la gestión de transferencia de recursos, de manera que podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual o la modificada de ser el caso, en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

- III. "LAS PARTES" convienen que el incumplimiento de la meta de afiliación PROSPERA columna "C" de este apartado, así como la evaluación de los indicadores 1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General, 1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas, 1.5 Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea, 1.6 CURP validada por RENAPO y 1.7 Supervisión del "APARTADO DOS", podrán afectar la gestión de transferencia de recursos mensual, de acuerdo a los criterios que a continuación se describen.

III.1 COBERTURA PROSPERA

Si en los meses de julio, septiembre y noviembre, el resultado de la cobertura PROSPERA alcanzada en el mes que corresponda es menor al dato de la columna "C", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - (2 \text{ veces el crecimiento neto PROSPERA del mes}) = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación del mes en los meses subsecuentes con registros de población abierta. Sin embargo, para el mes de diciembre deberá hacerlo con registros PROSPERA, en caso contrario estará cediendo los registros para una reasignación a otras, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Si en los meses de abril a noviembre, no se reduce la brecha de beneficiarios con doble derechohabencia conforme al máximo establecido en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - \text{Meta de registros en colisión del mes}^2 + \text{Número de registros que alcanzó a sustituir en el mes} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla, con población no derechohabiente. Sin embargo, los registros que no logró sustituir se estarán cediendo para una reasignación a otras en el mes de diciembre, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.3 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el número alcanzado en el mes que corresponda de beneficiarios reaafiliados asignados en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas es menor a los datos establecidos en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - \text{Meta acumulada del mes de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas}^3 + \text{Alcanzado de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

² La meta de registros en colisión corresponde al número de registros susceptibles de sustitución que se indican en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS".

³ La meta de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas acumulada del mes se indica en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS".

III.4 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el porcentaje alcanzado de Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea en el mes que corresponda es menor a los datos establecidos en el numeral 1.5 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (30,000 registros⁴) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsiguientes al que le haya aplicado la regla.

III.5 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Se medirá el número de CURP validadas por RENAPO en los meses de abril, junio, agosto y octubre, con el resultado alcanzado de afiliación del mes anterior al que aplique la regla. Si el porcentaje alcanzado en el mes que corresponda es menor a los porcentajes establecidos en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes de medición – Meta acumulada del mes anterior de CURP⁵ + Alcanzado de CURP validadas por RENAPO del mes anterior = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsiguientes al que le haya aplicado la regla.

III.6 SUPERVISIÓN⁶

Si en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación no se presenta el total de expedientes de la muestra, se detectan expedientes incompletos y/o con inconsistencias, al cierre del mes en el que se realice la supervisión⁷, para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no entregados + incompletos + inconsistentes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" contará con treinta días hábiles para solventar los hallazgos, una vez concluido este periodo, en caso de no atenderlos en su totalidad, se procederá a ajustar la cobertura de afiliación conforme a lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no solventados⁸) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" no podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual ya que estará cediendo los registros que representen los expedientes no solventados para una reasignación a otras al cierre del ejercicio fiscal, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

IV. "LAS PARTES" convienen que para la gestión de transferencia de recursos mensual se aplicará la prelación siguiente:

- a) Población vulnerable (menores de 5 años, mujeres embarazadas y adultos mayores).
- b) Población beneficiaria del programa PROSPERA.
- c) Población reafiliada en el corte de información.
- d) Población abierta.

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud se cubrirá con base en lo establecido en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del presente ejercicio fiscal.

⁴ Los 30,000 registros, corresponden al criterio de cálculo establecido en los Lineamientos Generales del Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la apertura de este tipo de oficinas.

⁵ La meta de CURP validadas por RENAPO se indica en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS".

⁶ Se medirá de acuerdo a los tiempos establecidos en el Macroproceso de Supervisión de Afiliación y Operación vigente.

⁷ Para el caso de la última semana del mes se recorrerá la aplicación de la regla al siguiente.

⁸ Se refiere a la integración y/o corrección de los expedientes no entregados, incompletos y/o con inconsistencias.

**APARTADO DOS: INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO
EN MATERIA DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN**

V. “LAS PARTES” convienen que para el presente ejercicio fiscal la evaluación en materia de afiliación y operación para la posible ampliación de la cobertura de afiliación se realizará a partir de los indicadores de seguimiento del desempeño que se muestran a continuación:

1. PARÁMETROS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Indicador	Peso relativo en el global	Fecha de aplicación		
		Evaluación del desempeño	Gestión de transferencia de recursos	Ajuste de cobertura de afiliación mensual
1.1 Reafiliación	15	Mensual (enero-diciembre)	julio-diciembre	junio
1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General	15	Mensual (abril-noviembre)	Mensual (abril-noviembre)	NA
1.3 Cobertura PROSPERA	10	Mensual (enero-diciembre)	Julio, septiembre y noviembre	Diciembre
1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.5 Módulos de Afiliación y Orientación en línea	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.6 CURP validada por RENAPO	10	Mensual (enero-noviembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre, a mes vencido)	NA
1.7 Supervisión	10	Cuando aplique (enero-diciembre)	En el mes que aplique la supervisión	En el mes que concluya el periodo de treinta días hábiles de solventación de hallazgos
1.8 Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017	10	Hasta abril	NA	NA
1.9 Digitalización de expedientes	10	Mensual (enero-diciembre)	NA	NA
Total	100			

NA: No aplica el ajuste de gestión de transferencia de recursos y/o cobertura de afiliación mensual.

1.1 REAFILIACIÓN

Con el propósito de que los beneficiarios sin derechohabiencia mantengan el acceso efectivo a la seguridad social en materia de salud, así como poder medir el grado de aceptación del Seguro Popular en la población objetivo, la reafiliación se evaluará mensualmente para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá cumplir al menos con lo establecido en la columna "B" del "APARTADO UNO".

Reafiliación		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	8	Mensual (enero-diciembre)
Febrero	17	
Marzo	25	
Abril	33	
Mayo	42	
Junio	50	
Julio	53	
Agosto	57	
Septiembre	60	
Octubre	63	
Noviembre	67	
Diciembre	70	

Este indicador tiene un peso relativo de 15 puntos como se muestra a continuación:

Reafiliación		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	15.00	Mensual (enero-diciembre)
11	13.75	
10	12.50	
9	11.25	
8	10.00	
7	8.75	
6	7.50	
5	6.25	
4	5.00	
3	3.75	
2	2.50	
1	1.25	

1.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Como resultado del cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud contra los padrones de las instituciones de seguridad y esquemas públicos y sociales de atención médica realizados por el Consejo de Salubridad General, se busca reducir la brecha existente de beneficiarios con doble derechohabiencia y cumplir lo establecido en la fracción V del artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017.

Este indicador se medirá mensualmente de abril a noviembre, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar una meta de sustitución hasta un máximo de 66,885 registros con doble derechohabiencia o, en su caso, un número menor siempre y cuando así lo reporte la última confronta que se disponga por parte del Consejo de Salubridad General, para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá reemplazar en el mes que corresponda al menos el número de registros acumulados que se enlistan en la tabla siguiente:

Colisión			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	12	8,026	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	17,390	
Junio	38	25,416	
Julio	50	33,443	
Agosto	62	41,469	
Septiembre	76	50,833	
Octubre	88	58,859	
Noviembre	100	66,885	

El peso relativo de este indicador es de 15 puntos, como se presenta a continuación:

Colisión		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
8	15.00	Mensual (abril-noviembre)
7	13.13	
6	11.26	
5	9.39	
4	7.52	
3	5.65	
2	3.78	
1	1.91	

1.3 COBERTURA PROSPERA

Como parte de la meta nacional "México Incluyente", que tiene como objetivo garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y con el fin de instrumentar la política de Protección Social en Salud para reducir la brecha en el acceso a los servicios de salud de los beneficiarios del Programa de Inclusión Social PROSPERA, se establece como indicador la afiliación de este grupo de personas. Por lo que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar mensualmente lo indicado en la columna "C" del "APARTADO UNO".

Este indicador considera un máximo de 10 puntos como se señala en la tabla siguiente:

Cobertura PROSPERA		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

1.4 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Con la finalidad de impulsar el acceso a los servicios de salud de calidad, se establece como indicador la asignación de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas. Considerando que la Acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud.

Este indicador tiene un peso relativo de 10 puntos y se medirá mensualmente de abril a diciembre, para lo cual se tomará como base el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud del mes que corresponda, el Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud de la Dirección General de Información en Salud vigente y el Sistema de Información de Establecimientos y Servicios Acreditados vigente, integrado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El porcentaje mínimo de cumplimiento mensual que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe alcanzar se muestra en la tabla siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	45	12,716	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	23,957	
Junio	59	40,677	
Julio	66	55,990	
Agosto	72	73,182	
Septiembre	79	93,151	
Octubre	86	113,888	
Noviembre	93	135,980	
Diciembre	100	157,401	

El cumplimiento del indicador se evaluará acorde a los casos siguientes:

- 1) Afiliados vigentes en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá promover las acciones necesarias para que las unidades médicas mantengan la Acreditación.
- 2) Reafiliaciones, deberán estar asignadas en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas de conformidad con el área de influencia que corresponda atender a la del domicilio del beneficiario.

De manera que, el peso relativo que se establece se distribuirá del modo siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

1.5 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Tomando en cuenta que los Módulos de Afiliación y Orientación fijos son el espacio físico en los que se realiza la afiliación y reafluencia de las personas y familias, el objetivo es que éstos dispongan del servicio de internet, a fin de poder consultar la posible derechohabencia, el seguimiento de los procesos de afiliación, reafluencia y resguardo de expedientes digitales e integración de la base de datos del padrón estatal. Se establece como indicador la operación de los Módulos de Afiliación y Orientación Fijos en línea. El cual tiene un peso relativo de 10 puntos como se desglosan en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

El porcentaje mensual que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir se indica en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Abril	30	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	39	
Junio	48	
Julio	56	
Agosto	65	
Septiembre	74	
Octubre	83	
Noviembre	91	
Diciembre	100	

1.6 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Considerando que la CURP es un documento de identidad único de las personas que fortalece la confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y que permite la verificación de derechohabencia, se dará seguimiento de enero a noviembre para poder contar con un 96% de CURP validadas por RENAPO, para lo cual se deberá cumplir como mínimo el porcentaje establecido en la siguiente tabla respecto a la cobertura mensual de afiliación que corresponda:

CURP validada por RENAPO		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	85	Mensual (enero-noviembre)
Febrero	86	
Marzo	87	
Abril	88	
Mayo	89	
Junio	91	
Julio	92	
Agosto	93	
Septiembre	94	
Octubre	95	
Noviembre	96	

Este indicador tiene un valor máximo de 10 puntos como se muestra en el cuadro siguiente:

CURP validada por RENAPO		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
11	10.00	Mensual (enero-noviembre)
10	9.09	
9	8.18	
8	7.27	
7	6.36	
6	5.45	
5	4.54	
4	3.63	
3	2.72	
2	1.81	
1	0.90	

1.7 SUPERVISIÓN

Derivado a que el proceso de supervisión tiene como objetivos principales comprobar el apego a la norma y los procedimientos en los procesos de afiliación y reafiliación mediante la revisión de los expedientes y la verificación de la existencia de las personas que integran el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, se establece este indicador, el cual se medirá con la calificación que obtenga la "ENTIDAD FEDERATIVA" en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación. Para tal propósito se determina como fecha máxima de evaluación el mes de diciembre y se considera un peso relativo de 10 puntos, de conformidad con la calificación obtenida en el proceso de acuerdo con la tabla siguiente:

Supervisión		
Calificación	Peso relativo	Fecha de evaluación
De 90.01 a 100	10.00	Cuando aplique (enero-diciembre)
De 80.01 a 90	8.00	
De 70.01 a 80	6.00	
De 60.01 a 70	4.00	
De 50.01 a 60	2.00	
Menos de 50	0.00	

En caso de que la "ENTIDAD FEDERATIVA" no sea supervisada en el ejercicio fiscal, la calificación que se tomará para este indicador será la registrada en la última supervisión efectuada en cualquier otro ejercicio fiscal.

1.8 REGISTRO DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DEL GASTO DE OPERACIÓN DEL REPSS 2017

Este indicador evalúa la oportunidad de registrar el Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente al ejercicio fiscal 2017, a partir de la emisión de los Lineamientos Generales que establecen los criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el Apoyo Administrativo y Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Tendrá un peso relativo máximo de 10 puntos conforme a las fechas siguientes:

Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017		
Fecha de registro	Peso relativo	Fecha de evaluación
Hasta el 10 de marzo	10.00	Hasta abril
Del 13 al 24 de marzo	7.50	
Del 27 de marzo al 7 de abril	5.00	
Del 10 al 28 de abril	2.50	
Después del 28 de abril	0.00	

1.9 DIGITALIZACIÓN DE EXPEDIENTES

Se establece como indicador la digitalización de expedientes para facilitar el acceso y la organización de la información, aumentar la seguridad y control, así como reducir los espacios físicos y uso de papel en la integración de los expedientes, este indicador se evaluará mensualmente de enero a diciembre y deberá cumplirse con la digitalización de documentos del 50% de la meta mínima de reafiliación referida en la columna "B" del "APARTADO UNO", como se muestra en la siguiente tabla:

Meta mínima de digitalización	
Mes	Número de registros acumulados
Enero	544
Febrero	2,947
Marzo	7,531
Abril	14,129
Mayo	23,036
Junio	34,472
Julio	42,417
Agosto	50,821
Septiembre	58,957
Octubre	66,214
Noviembre	73,108
Diciembre	78,701

Para la evaluación de este indicador se establece un valor máximo de 10 puntos como se presenta a continuación:

Digitalización de expedientes		
Número de meses que cumplió	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

2. RESULTADO DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO

Al cierre del ejercicio fiscal, las entidades federativas situadas en las diez primeras calificaciones resultantes de la evaluación de los indicadores de desempeño en materia de afiliación y operación, serán objeto de una posible ampliación de cobertura de afiliación con los registros cedidos por las entidades federativas que no alcancen la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" establecidas en el "APARTADO UNO".

La posible asignación de los registros cedidos se realizará con base en el peso relativo del lugar que ocupe la "ENTIDAD FEDERATIVA" como resultado de la calificación que obtenga en la evaluación del desempeño en materia de afiliación y operación, esto quiere decir, que la "ENTIDAD FEDERATIVA" que tenga la calificación mayor se le asignarán más registros y a la ubicada en la última posición menos y sólo se tomarán los registros existentes sin derechohabencia, conforme al resultado de la validación contra el último resultado del cotejo de padrones disponible y tomando en cuenta la estimación de cobertura de población sin derechohabencia emitida por la Dirección General de Información en Salud.

Para efectos del párrafo anterior se considerarán las reglas siguientes:

2.1 Reglas de distribución

- La "ENTIDAD FEDERATIVA" tiene una demanda de afiliación por arriba de los registros cedidos, se asignará solamente el número de registros que resulte de aplicar el peso relativo de acuerdo a la calificación obtenida.
- La "ENTIDAD FEDERATIVA" no tiene registros suficientes para incorporar los cedidos, se cubrirán únicamente sus registros existentes.
- En caso de persistir registros cedidos se distribuirán nuevamente y así sucesivamente hasta agotar los registros disponibles.
- En caso de empate, se tomará en cuenta el Índice de Marginación emitido por el CONAPO para la "ENTIDAD FEDERATIVA" aplicando lo establecido en los párrafos anteriores.

2.2 Mejor desempeño sin demanda adicional

- Se considerará a las entidades federativas siguientes con mejor desempeño y se les aplicará lo establecido en el punto 2.1.

VI. "LAS PARTES" acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente "ANEXO II", será resuelto de común acuerdo y de ser el caso, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales aplicables.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente Anexo II que consta de quince fojas incluyendo ésta, y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por cuadruplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, a los 31 días del mes de marzo de 2017.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel Jaime O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Durango: el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Durango, **César Humberto Franco Mariscal**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Durango: el Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Durango, **Jesús María Araujo Contreras**.- Rúbrica.

ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2017, correspondiente al Estado de Guanajuato.

ANEXO II DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017 CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE GUANAJUATO.

De conformidad con lo dispuesto en las cláusulas Sexta y Décima Segunda del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en adelante "LA SECRETARÍA" representada por el titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Ejecutivo Estatal en lo sucesivo "ENTIDAD FEDERATIVA" representado por los titulares de la Secretaría de Salud y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el Estado de Guanajuato, a quienes de manera conjunta se les denominará "LAS PARTES", reconocen el presente instrumento como el ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en adelante "ANEXO II", para el presente ejercicio fiscal, el cual se suscribe por los representantes operativos debidamente acreditados por "LA SECRETARÍA" y la "ENTIDAD FEDERATIVA".

Al amparo del presente "ANEXO II" se establece la Cobertura de Afiliación y Meta de Reafiliación para el ejercicio fiscal 2017, en adelante "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN", en los términos que se señalan en el "APARTADO UNO".

Asimismo, con fundamento en los artículos 77 bis 6 de la Ley General de Salud y 67 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen Indicadores de Seguimiento del Desempeño en materia de afiliación y operación, detallados en el "APARTADO DOS" del presente "ANEXO II".

APARTADO UNO: COBERTURA DE AFILIACIÓN Y META DE REAFILIACIÓN.

Guanajuato			
Cobertura de afiliación mensual			3,112,864
Crecimiento mensual PROSPERA			9,725
			Metas
Meses	Reafiliación		Cobertura
	Acumulada	Mínima	PROSPERA
	A	B	C
Enero	64,097	5,128	996,431
Febrero	144,716	24,602	1,006,156
Marzo	255,985	63,996	1,015,881
Abril	427,438	141,055	1,025,606
Mayo	574,769	241,403	1,035,331
Junio	710,820	355,410	1,045,056
Julio	834,662	442,371	1,054,781
Agosto	940,321	535,983	1,064,506

Septiembre	1,056,532	633,919	1,074,231
Octubre	1,143,544	720,433	1,083,956
Noviembre	1,202,025	805,357	1,093,681
Diciembre	1,248,566	873,996	1,103,406
Total anual	1,248,566	873,996	1,103,406

La Cobertura de afiliación mensual, se refiere al número máximo de registros por los cuales podrá gestionarse la transferencia de recursos.

El crecimiento mensual PROSPERA, se refiere al número de registros de ese tipo de población que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe incorporar.

- A.** La columna "A" corresponde a los vencimientos mensuales acumulados de 2017, con base en la información del cierre de afiliación de diciembre de 2016.
- B.** La columna "B" corresponde a la Meta mínima mensual acumulada de reafiliación que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir.
- C.** La columna "C" corresponde a la Meta de afiliación mensual acumulada de la población PROSPERA que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir, incluye registros de beneficiarios con y sin corresponsabilidad en Salud.
- I.** "LAS PARTES" convienen que la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" podrá ser sujeta de revisión y, en su caso, de ajuste, cuando:
 - a)** A la baja: Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la "ENTIDAD FEDERATIVA", por tanto, se afecte la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN".
 - b)** A la alza: Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio fiscal. En este caso, su procedencia quedará sujeta al cumplimiento de los indicadores de seguimiento del desempeño que se describen en el "APARTADO DOS" y a la disponibilidad financiera.

En ambos casos, "LAS PARTES" acuerdan que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá dirigir comunicación expresa al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Para el ajuste a la baja, presentar el soporte documental correspondiente que acredite las condiciones adversas que impidieron la ejecución de los procesos operativos de afiliación y reafiliación; en caso de la alza, la manifestación de que cuenta con los recursos necesarios para realizar la Aportación Solidaria Estatal que corresponda para hacer frente a la demanda adicional de afiliación. Con el objetivo de evaluar y analizar las circunstancias y poder dar una resolución, la cual será notificada mediante comunicación formal misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente "ANEXO II".

- II.** "LAS PARTES" convienen que la meta mínima de reafiliación columna "B" de este apartado se evaluará de enero a diciembre y su incumplimiento podrá afectar en junio la cobertura de afiliación y de julio a diciembre la gestión de transferencia de recursos, de acuerdo a lo siguiente:

Si el resultado de la reafiliación alcanzada es menor al dato de la columna "B" de este apartado se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes¹ – Meta mínima acumulada de reafiliación del mes + Reafiliación alcanzada del mes = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

¹ La cobertura de afiliación del mes, se refiere al número de registros por lo que se puede gestionar la transferencia de recursos o, en su caso, se considera como nueva cobertura de afiliación mensual a la resultante en el mes de junio, conforme al cumplimiento de meta de reafiliación y evaluación de los indicadores del desempeño.

La cobertura mensual de afiliación en el mes de junio será modificada al número de registros gestionados para la transferencia de recursos como resultado de aplicar el cálculo descrito en esta cláusula y no podrán ser recuperados, por lo tanto será su nueva cobertura de afiliación para los meses subsecuentes. La "ENTIDAD FEDERATIVA" estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras al final del presente ejercicio fiscal. Para los meses de julio a diciembre, únicamente se afectará la gestión de transferencia de recursos, de manera que podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual o la modificada de ser el caso, en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

- III. "LAS PARTES" convienen que el incumplimiento de la meta de afiliación PROSPERA columna "C" de este apartado, así como la evaluación de los indicadores 1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General, 1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas, 1.5 Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea, 1.6 CURP validada por RENAPO y 1.7 Supervisión del "APARTADO DOS", podrán afectar la gestión de transferencia de recursos mensual, de acuerdo a los criterios que a continuación se describen.

III.1 COBERTURA PROSPERA

Si en los meses de julio, septiembre y noviembre, el resultado de la cobertura PROSPERA alcanzada en el mes que corresponda es menor al dato de la columna "C", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - (2 \text{ veces el crecimiento neto PROSPERA del mes}) = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación del mes en los meses subsecuentes con registros de población abierta. Sin embargo, para el mes de diciembre deberá hacerlo con registros PROSPERA, en caso contrario estará cediendo los registros para una reasignación a otras, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Si en los meses de abril a noviembre, no se reduce la brecha de beneficiarios con doble derechohabencia conforme al máximo establecido en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - \text{Meta de registros en colisión del mes}^2 + \text{Número de registros que alcanzó a sustituir en el mes} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla, con población no derechohabiente. Sin embargo, los registros que no logró sustituir se estarán cediendo para una reasignación a otras en el mes de diciembre, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.3 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el número alcanzado en el mes que corresponda de beneficiarios reafiliados asignados en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas es menor a los datos establecidos en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - \text{Meta acumulada del mes de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas}^3 + \text{Alcanzado de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

² La meta de registros en colisión corresponde al número de registros susceptibles de sustitución que se indican en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS".

³ La meta de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas acumulada del mes se indica en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS".

III.4 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el porcentaje alcanzado de Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea en el mes que corresponda es menor a los datos establecidos en el numeral 1.5 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (30,000 registros⁴) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.5 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Se medirá el número de CURP validadas por RENAPO en los meses de abril, junio, agosto y octubre, con el resultado alcanzado de afiliación del mes anterior al que aplique la regla. Si el porcentaje alcanzado en el mes que corresponda es menor a los porcentajes establecidos en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes de medición – Meta acumulada del mes anterior de CURP⁵
+ Alcanzado de CURP validadas por RENAPO del mes anterior = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.6 SUPERVISIÓN⁶

Si en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación no se presenta el total de expedientes de la muestra, se detectan expedientes incompletos y/o con inconsistencias, al cierre del mes en el que se realice la supervisión⁷, para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no entregados + incompletos + inconsistentes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" contará con treinta días hábiles para solventar los hallazgos, una vez concluido este periodo, en caso de no atenderlos en su totalidad, se procederá a ajustar la cobertura de afiliación conforme a lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no solventados⁸) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" no podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual ya que estará cediendo los registros que representen los expedientes no solventados para una reasignación a otras al cierre del ejercicio fiscal, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

IV. "LAS PARTES" convienen que para la gestión de transferencia de recursos mensual se aplicará la prelación siguiente:

- a) Población vulnerable (menores de 5 años, mujeres embarazadas y adultos mayores).
- b) Población beneficiaria del programa PROSPERA.
- c) Población reafiliada en el corte de información.
- d) Población abierta.

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud se cubrirá con base en lo establecido en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del presente ejercicio fiscal.

⁴ Los 30,000 registros, corresponden al criterio de cálculo establecido en los Lineamientos Generales del Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la apertura de este tipo de oficinas.

⁵ La meta de CURP validadas por RENAPO se indica en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS".

⁶ Se medirá de acuerdo a los tiempos establecidos en el Macroproceso de Supervisión de Afiliación y Operación vigente.

⁷ Para el caso de la última semana del mes se recorrerá la aplicación de la regla al siguiente.

⁸ Se refiere a la integración y/o corrección de los expedientes no entregados, incompletos y/o con inconsistencias.

**APARTADO DOS: INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO
EN MATERIA DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN**

V. "LAS PARTES" convienen que para el presente ejercicio fiscal la evaluación en materia de afiliación y operación para la posible ampliación de la cobertura de afiliación se realizará a partir de los indicadores de seguimiento del desempeño que se muestran a continuación:

1. PARÁMETROS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Indicador	Peso relativo en el global	Fecha de aplicación		
		Evaluación del desempeño	Gestión de transferencia de recursos	Ajuste de cobertura de afiliación mensual
1.1 Reafiliación	15	Mensual (enero-diciembre)	julio-diciembre	junio
1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General	15	Mensual (abril-noviembre)	Mensual (abril-noviembre)	NA
1.3 Cobertura PROSPERA	10	Mensual (enero-diciembre)	Julio, septiembre y noviembre	Diciembre
1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.5 Módulos de Afiliación y Orientación en línea	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.6 CURP validada por RENAPO	10	Mensual (enero-noviembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre, a mes vencido)	NA
1.7 Supervisión	10	Cuando aplique (enero-diciembre)	En el mes que aplique la supervisión	En el mes que concluya el periodo de treinta días hábiles de solventación de hallazgos
1.8 Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017	10	Hasta abril	NA	NA
1.9 Digitalización de expedientes	10	Mensual (enero-diciembre)	NA	NA
Total	100			

NA: No aplica el ajuste de gestión de transferencia de recursos y/o cobertura de afiliación mensual.

1.1 REAFILIACIÓN

Con el propósito de que los beneficiarios sin derechohabiencia mantengan el acceso efectivo a la seguridad social en materia de salud, así como poder medir el grado de aceptación del Seguro Popular en la población objetivo, la reafiliación se evaluará mensualmente para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá cumplir al menos con lo establecido en la columna "B" del "APARTADO UNO".

Reafiliación		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	8	Mensual (enero-diciembre)
Febrero	17	
Marzo	25	
Abril	33	
Mayo	42	
Junio	50	
Julio	53	
Agosto	57	
Septiembre	60	
Octubre	63	
Noviembre	67	
Diciembre	70	

Este indicador tiene un peso relativo de 15 puntos como se muestra a continuación:

Reafiliación		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	15.00	Mensual (enero-diciembre)
11	13.75	
10	12.50	
9	11.25	
8	10.00	
7	8.75	
6	7.50	
5	6.25	
4	5.00	
3	3.75	
2	2.50	
1	1.25	

1.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Como resultado del cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud contra los padrones de las instituciones de seguridad y esquemas públicos y sociales de atención médica realizados por el Consejo de Salubridad General, se busca reducir la brecha existente de beneficiarios con doble derechohabiencia y cumplir lo establecido en la fracción V del artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017.

Este indicador se medirá mensualmente de abril a noviembre, la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá alcanzar una meta de sustitución hasta un máximo de 200,868 registros con doble derechohabencia o, en su caso, un número menor siempre y cuando así lo reporte la última confronta que se disponga por parte del Consejo de Salubridad General, para lo cual la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá reemplazar en el mes que corresponda al menos el número de registros acumulados que se enlistan en la tabla siguiente:

Colisión			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	12	24,104	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	52,226	
Junio	38	76,330	
Julio	50	100,434	
Agosto	62	124,538	
Septiembre	76	152,660	
Octubre	88	176,764	
Noviembre	100	200,868	

El peso relativo de este indicador es de 15 puntos, como se presenta a continuación:

Colisión		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
8	15.00	Mensual (abril-noviembre)
7	13.13	
6	11.26	
5	9.39	
4	7.52	
3	5.65	
2	3.78	
1	1.91	

1.3 COBERTURA PROSPERA

Como parte de la meta nacional “México Incluyente”, que tiene como objetivo garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y con el fin de instrumentar la política de Protección Social en Salud para reducir la brecha en el acceso a los servicios de salud de los beneficiarios del Programa de Inclusión Social PROSPERA, se establece como indicador la afiliación de este grupo de personas. Por lo que la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá alcanzar mensualmente lo indicado en la columna “C” del “APARTADO UNO”.

Este indicador considera un máximo de 10 puntos como se señala en la tabla siguiente:

Cobertura PROSPERA		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

1.4 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Con la finalidad de impulsar el acceso a los servicios de salud de calidad, se establece como indicador la asignación de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas. Considerando que la Acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud.

Este indicador tiene un peso relativo de 10 puntos y se medirá mensualmente de abril a diciembre, para lo cual se tomará como base el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud del mes que corresponda, el Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud de la Dirección General de Información en Salud vigente y el Sistema de Información de Establecimientos de Servicios Acreditados vigente, integrado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El porcentaje mínimo de cumplimiento mensual que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe alcanzar se muestra en la tabla siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	45	63,475	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	125,530	
Junio	59	209,692	
Julio	66	291,965	
Agosto	72	385,908	
Septiembre	79	500,796	
Octubre	86	619,572	
Noviembre	93	748,982	
Diciembre	100	873,996	

El cumplimiento del indicador se evaluará acorde a los casos siguientes:

- 1) Afiliados vigentes en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá promover las acciones necesarias para que las unidades médicas mantengan la Acreditación.
- 2) Reafiliaciones, deberán estar asignadas en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas de conformidad con el área de influencia que corresponda atender a la del domicilio del beneficiario.

De manera que, el peso relativo que se establece se distribuirá del modo siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

1.5 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Tomando en cuenta que los Módulos de Afiliación y Orientación fijos son el espacio físico en los que se realiza la afiliación y reafiliación de las personas y familias, el objetivo es que éstos dispongan del servicio de internet, a fin de poder consultar la posible derechohabiencia, el seguimiento de los procesos de afiliación, reafiliación y resguardo de expedientes digitales e integración de la base de datos del padrón estatal. Se establece como indicador la operación de los Módulos de Afiliación y Orientación Fijos en línea. El cual tiene un peso relativo de 10 puntos como se desglosan en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

El porcentaje mensual que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe cumplir se indica en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Abril	30	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	39	
Junio	48	
Julio	56	
Agosto	65	
Septiembre	74	
Octubre	83	
Noviembre	91	
Diciembre	100	

1.6 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Considerando que la CURP es un documento de identidad único de las personas que fortalece la confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y que permite la verificación de derechohabiencia, se dará seguimiento de enero a noviembre para poder contar con un 96% de CURP validadas por RENAPO, para lo cual se deberá cumplir como mínimo el porcentaje establecido en la siguiente tabla respecto a la cobertura mensual de afiliación que corresponda:

CURP validada por RENAPO		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	85	Mensual (enero-noviembre)
Febrero	86	
Marzo	87	
Abril	88	
Mayo	89	
Junio	91	
Julio	92	
Agosto	93	
Septiembre	94	
Octubre	95	
Noviembre	96	

Este indicador tiene un valor máximo de 10 puntos como se muestra en el cuadro siguiente:

CURP validada por RENAPO		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
11	10.00	Mensual (enero-noviembre)
10	9.09	
9	8.18	
8	7.27	
7	6.36	
6	5.45	
5	4.54	
4	3.63	
3	2.72	
2	1.81	
1	0.90	

1.7 SUPERVISIÓN

Derivado a que el proceso de supervisión tiene como objetivos principales comprobar el apego a la norma y los procedimientos en los procesos de afiliación y reafiliación mediante la revisión de los expedientes y la verificación de la existencia de las personas que integran el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, se establece este indicador, el cual se medirá con la calificación que obtenga la "ENTIDAD FEDERATIVA" en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación. Para tal propósito se determina como fecha máxima de evaluación el mes de diciembre y se considera un peso relativo de 10 puntos, de conformidad con la calificación obtenida en el proceso de acuerdo con la tabla siguiente:

Supervisión		
Calificación	Peso relativo	Fecha de evaluación
De 90.01 a 100	10.00	Cuando aplique (enero-diciembre)
De 80.01 a 90	8.00	
De 70.01 a 80	6.00	
De 60.01 a 70	4.00	
De 50.01 a 60	2.00	
Menos de 50	0.00	

En caso de que la "ENTIDAD FEDERATIVA" no sea supervisada en el ejercicio fiscal, la calificación que se tomará para este indicador será la registrada en la última supervisión efectuada en cualquier otro ejercicio fiscal.

1.8 REGISTRO DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DEL GASTO DE OPERACIÓN DEL REPSS 2017

Este indicador evalúa la oportunidad de registrar el Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente al ejercicio fiscal 2017, a partir de la emisión de los Lineamientos Generales que establecen los criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el Apoyo Administrativo y Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Tendrá un peso relativo máximo de 10 puntos conforme a las fechas siguientes:

Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017		
Fecha de registro	Peso relativo	Fecha de evaluación
Hasta el 10 de marzo	10.00	Hasta abril
Del 13 al 24 de marzo	7.50	
Del 27 de marzo al 7 de abril	5.00	
Del 10 al 28 de abril	2.50	
Después del 28 de abril	0.00	

1.9 DIGITALIZACIÓN DE EXPEDIENTES

Se establece como indicador la digitalización de expedientes para facilitar el acceso y la organización de la información, aumentar la seguridad y control, así como reducir los espacios físicos y uso de papel en la integración de los expedientes, este indicador se evaluará mensualmente de enero a diciembre y deberá cumplirse con la digitalización de documentos del 50% de la meta mínima de reafiliación referida en la columna "B" del "APARTADO UNO", como se muestra en la siguiente tabla:

Meta mínima de digitalización	
Mes	Número de registros acumulados
Enero	2,564
Febrero	12,301
Marzo	31,998
Abril	70,528
Mayo	120,702
Junio	177,705
Julio	221,186
Agosto	267,992
Septiembre	316,960
Octubre	360,217
Noviembre	402,679
Diciembre	436,998

Para la evaluación de este indicador se establece un valor máximo de 10 puntos como se presenta a continuación:

Digitalización de expedientes		
Número de meses que cumplió	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

2. RESULTADO DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO

Al cierre del ejercicio fiscal, las entidades federativas situadas en las diez primeras calificaciones resultantes de la evaluación de los indicadores de desempeño en materia de afiliación y operación, serán objeto de una posible ampliación de cobertura de afiliación con los registros cedidos por las entidades federativas que no alcancen la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" establecidas en el "APARTADO UNO".

La posible asignación de los registros cedidos se realizará con base en el peso relativo del lugar que ocupe la "ENTIDAD FEDERATIVA" como resultado de la calificación que obtenga en la evaluación del desempeño en materia de afiliación y operación, esto quiere decir, que la "ENTIDAD FEDERATIVA" que tenga la calificación mayor se le asignarán más registros y a la ubicada en la última posición menos y sólo se tomarán los registros existentes sin derechohabencia, conforme al resultado de la validación contra el último resultado del cotejo de padrones disponible y tomando en cuenta la estimación de cobertura de población sin derechohabencia emitida por la Dirección General de Información en Salud.

Para efectos del párrafo anterior se considerarán las reglas siguientes:

2.1 Reglas de distribución

- La "ENTIDAD FEDERATIVA" tiene una demanda de afiliación por arriba de los registros cedidos, se asignará solamente el número de registros que resulte de aplicar el peso relativo de acuerdo a la calificación obtenida.
- La "ENTIDAD FEDERATIVA" no tiene registros suficientes para incorporar los cedidos, se cubrirán únicamente sus registros existentes.
- En caso de persistir registros cedidos se distribuirán nuevamente y así sucesivamente hasta agotar los registros disponibles.
- En caso de empate, se tomará en cuenta el Índice de Marginación emitido por el CONAPO para la "ENTIDAD FEDERATIVA" aplicando lo establecido en los párrafos anteriores.

2.2 Mejor desempeño sin demanda adicional

- Se considerará a las entidades federativas siguientes con mejor desempeño y se les aplicará lo establecido en el punto 2.1.

VI. "LAS PARTES" acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente "ANEXO II", será resuelto de común acuerdo y de ser el caso, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales aplicables.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente Anexo II que consta de quince fojas incluyendo ésta, y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por cuadruplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, a los 31 días del mes de marzo de 2017.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel Jaime O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato: el Secretario de Salud, Director General del Instituto de Salud Pública y Director General del Régimen de Protección Social en Salud del Estado de Guanajuato, **Francisco Ignacio Ortíz Aldana**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Guanajuato: el Encargado de Despacho de la Coordinación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Guanajuato, **Eduardo Villalobos Grzybowicz**.- Rúbrica.

ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2017, correspondiente al Estado de Guerrero.

ANEXO II DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017, CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE GUERRERO.

De conformidad con lo dispuesto en las cláusulas Sexta y Décima Segunda del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en adelante "LA SECRETARÍA" representada por el titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Ejecutivo Estatal en lo sucesivo "ENTIDAD FEDERATIVA" representado por los titulares de la Secretaría de Salud y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el Estado de Guerrero, a quienes de manera conjunta se les denominará "LAS PARTES", reconocen el presente instrumento como el ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en adelante "ANEXO II", para el presente ejercicio fiscal, el cual se suscribe por los representantes operativos debidamente acreditados por "LA SECRETARÍA" y la "ENTIDAD FEDERATIVA".

Al amparo del presente "ANEXO II" se establece la Cobertura de Afiliación y Meta de Reafiliación para el ejercicio fiscal 2017, en adelante "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN", en los términos que se señalan en el "APARTADO UNO".

Asimismo, con fundamento en los artículos 77 bis 6 de la Ley General de Salud y 67 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen Indicadores de Seguimiento del Desempeño en materia de afiliación y operación, detallados en el "APARTADO DOS" del presente "ANEXO II".

APARTADO UNO: COBERTURA DE AFILIACIÓN Y META DE REAFILIACIÓN

Guerrero			
Cobertura de afiliación mensual			2,297,653
Crecimiento mensual PROSPERA			15,737
			Metas
Meses	Reafiliación		Cobertura
	Acumulada	Mínima	PROSPERA
	A	B	C
Enero	27,941	2,235	1,534,378
Febrero	86,005	14,621	1,550,115
Marzo	157,835	39,459	1,565,852
Abril	206,561	68,165	1,581,589
Mayo	268,895	112,936	1,597,326
Junio	323,268	161,634	1,613,063
Julio	379,563	201,168	1,628,800
Agosto	437,958	249,636	1,644,537

Septiembre	507,152	304,291	1,660,274
Octubre	557,193	351,032	1,676,011
Noviembre	593,674	397,762	1,691,748
Diciembre	629,491	440,644	1,707,485
Total anual	629,491	440,644	1,707,485

La Cobertura de afiliación mensual, se refiere al número máximo de registros por los cuales podrá gestionarse la transferencia de recursos.

El crecimiento mensual PROSPERA, se refiere al número de registros de ese tipo de población que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe incorporar.

- A. La columna "A" corresponde a los vencimientos mensuales acumulados de 2017, con base en la información del cierre de afiliación de diciembre de 2016.
- B. La columna "B" corresponde a la Meta mínima mensual acumulada de reafiliación que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir.
- C. La columna "C" corresponde a la Meta de afiliación mensual acumulada de la población PROSPERA que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir, incluye registros de beneficiarios con y sin corresponsabilidad en Salud.
- I. "LAS PARTES" convienen que la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" podrá ser sujeta de revisión y, en su caso, de ajuste, cuando:
 - a) A la baja: Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la "ENTIDAD FEDERATIVA", por tanto, se afecte la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN".
 - b) A la alza: Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio fiscal. En este caso, su procedencia quedará sujeta al cumplimiento de los indicadores de seguimiento del desempeño que se describen en el "APARTADO DOS" y a la disponibilidad financiera.

En ambos casos, "LAS PARTES" acuerdan que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá dirigir comunicación expresa al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Para el ajuste a la baja, presentar el soporte documental correspondiente que acredite las condiciones adversas que impidieron la ejecución de los procesos operativos de afiliación y reafiliación; en caso de la alza, la manifestación de que cuenta con los recursos necesarios para realizar la Aportación Solidaria Estatal que corresponda para hacer frente a la demanda adicional de afiliación. Con el objetivo de evaluar y analizar las circunstancias y poder dar una resolución, la cual será notificada mediante comunicación formal misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente "ANEXO II".

- II. "LAS PARTES" convienen que la meta mínima de reafiliación columna "B" de este apartado se evaluará de enero a diciembre y su incumplimiento podrá afectar en junio la cobertura de afiliación y de julio a diciembre la gestión de transferencia de recursos, de acuerdo a lo siguiente:

Si el resultado de la reafiliación alcanzada es menor al dato de la columna "B" de este apartado se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes}^1 - \text{Meta mínima acumulada de reafiliación del mes} + \text{Reafiliación alcanzada del mes} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

¹ La cobertura de afiliación del mes, se refiere al número de registros por lo que se puede gestionar la transferencia de recursos o, en su caso, se considera como nueva cobertura de afiliación mensual a la resultante en el mes de junio, conforme al cumplimiento de meta de reafiliación y evaluación de los indicadores del desempeño.

La cobertura mensual de afiliación en el mes de junio será modificada al número de registros gestionados para la transferencia de recursos como resultado de aplicar el cálculo descrito en esta cláusula y no podrán ser recuperados, por lo tanto será su nueva cobertura de afiliación para los meses subsecuentes. La "ENTIDAD FEDERATIVA" estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras al final del presente ejercicio fiscal. Para los meses de julio a diciembre, únicamente se afectará la gestión de transferencia de recursos, de manera que podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual o la modificada de ser el caso, en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

- III. "LAS PARTES" convienen que el incumplimiento de la meta de afiliación PROSPERA columna "C" de este apartado, así como la evaluación de los indicadores 1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General, 1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas, 1.5 Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea, 1.6 CURP validada por RENAPO y 1.7 Supervisión del "APARTADO DOS", podrán afectar la gestión de transferencia de recursos mensual, de acuerdo a los criterios que a continuación se describen.

III.1 COBERTURA PROSPERA

Si en los meses de julio, septiembre y noviembre, el resultado de la cobertura PROSPERA alcanzada en el mes que corresponda es menor al dato de la columna "C", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - (2 \text{ veces el crecimiento neto PROSPERA del mes}) = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación del mes en los meses subsecuentes con registros de población abierta. Sin embargo, para el mes de diciembre deberá hacerlo con registros PROSPERA, en caso contrario estará cediendo los registros para una reasignación a otras, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Si en los meses de abril a noviembre, no se reduce la brecha de beneficiarios con doble derechohabencia conforme al máximo establecido en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - \text{Meta de registros en colisión del mes}^2 + \text{Número de registros que alcanzó a sustituir en el mes} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla, con población no derechohabiente. Sin embargo, los registros que no logró sustituir se estarán cediendo para una reasignación a otras en el mes de diciembre, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.3 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el número alcanzado en el mes que corresponda de beneficiarios reafiliados asignados en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas es menor a los datos establecidos en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - \text{Meta acumulada del mes de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas}^3 + \text{Alcanzado de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

² La meta de registros en colisión corresponde al número de registros susceptibles de sustitución que se indican en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS".

³ La meta de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas acumulada del mes se indica en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS".

III.4 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el porcentaje alcanzado de Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea en el mes que corresponda es menor a los datos establecidos en el numeral 1.5 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (30,000 registros⁴) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.5 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Se medirá el número de CURP validadas por RENAPO en los meses de abril, junio, agosto y octubre, con el resultado alcanzado de afiliación del mes anterior al que aplique la regla. Si el porcentaje alcanzado en el mes que corresponda es menor a los porcentajes establecidos en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes de medición – Meta acumulada del mes anterior de CURP⁵ +
Alcanzado de CURP validadas por RENAPO del mes anterior = Máximo de gestión
de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.6 SUPERVISIÓN⁶

Si en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación no se presenta el total de expedientes de la muestra, se detectan expedientes incompletos y/o con inconsistencias, al cierre del mes en el que se realice la supervisión⁷, para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no entregados +
incompletos + inconsistentes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" contará con treinta días hábiles para solventar los hallazgos, una vez concluido este periodo, en caso de no atenderlos en su totalidad, se procederá a ajustar la cobertura de afiliación conforme a lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no solventados⁸) =
Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" no podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual ya que estará cediendo los registros que representen los expedientes no solventados para una reasignación a otras al cierre del ejercicio fiscal, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

IV. "LAS PARTES" convienen que para la gestión de transferencia de recursos mensual se aplicará la prelación siguiente:

- a) Población vulnerable (menores de 5 años, mujeres embarazadas y adultos mayores).
- b) Población beneficiaria del programa PROSPERA.
- c) Población reafiliada en el corte de información.
- d) Población abierta.

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud se cubrirá con base en lo establecido en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del presente ejercicio fiscal.

⁴ Los 30,000 registros, corresponden al criterio de cálculo establecido en los Lineamientos Generales del Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la apertura de este tipo de oficinas.

⁵ La meta de CURP validadas por RENAPO se indica en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS".

⁶ Se medirá de acuerdo a los tiempos establecidos en el Macroproceso de Supervisión de Afiliación y Operación vigente.

⁷ Para el caso de la última semana del mes se recorrerá la aplicación de la regla al siguiente.

⁸ Se refiere a la integración y/o corrección de los expedientes no entregados, incompletos y/o con inconsistencias.

APARTADO DOS: INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO EN MATERIA DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN

V. "LAS PARTES" convienen que para el presente ejercicio fiscal la evaluación en materia de afiliación y operación para la posible ampliación de la cobertura de afiliación se realizará a partir de los indicadores de seguimiento del desempeño que se muestran a continuación:

1. PARÁMETROS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Indicador	Peso relativo en el global	Fecha de aplicación			
		Evaluación del desempeño	Gestión de transferencia de recursos	Ajuste de cobertura de afiliación mensual	
1.1	Reafiliación	15	Mensual (enero-diciembre)	julio-diciembre	junio
1.2	Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General	15	Mensual (abril-noviembre)	Mensual (abril-noviembre)	NA
1.3	Cobertura PROSPERA	10	Mensual (enero-diciembre)	Julio, septiembre y noviembre	Diciembre
1.4	Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.5	Módulos de Afiliación y Orientación en línea	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.6	CURP validada por RENAPO	10	Mensual (enero-noviembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre, a mes vencido)	NA
1.7	Supervisión	10	Cuando aplique (enero-diciembre)	En el mes que aplique la supervisión	En el mes que concluya el periodo de treinta días hábiles de solventación de hallazgos
1.8	Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017	10	Hasta abril	NA	NA
1.9	Digitalización de expedientes	10	Mensual (enero-diciembre)	NA	NA
Total		100			

NA: No aplica el ajuste de gestión de transferencia de recursos y/o cobertura de afiliación mensual.

1.1 REAFILIACIÓN

Con el propósito de que los beneficiarios sin derechohabiencia mantengan el acceso efectivo a la seguridad social en materia de salud, así como poder medir el grado de aceptación del Seguro Popular en la población objetivo, la reafiliación se evaluará mensualmente para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá cumplir al menos con lo establecido en la columna "B" del "APARTADO UNO".

Reafiliación		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	8	Mensual (enero-diciembre)
Febrero	17	
Marzo	25	
Abril	33	
Mayo	42	
Junio	50	
Julio	53	
Agosto	57	
Septiembre	60	
Octubre	63	
Noviembre	67	
Diciembre	70	

Este indicador tiene un peso relativo de 15 puntos como se muestra a continuación:

Reafiliación		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	15.00	Mensual (enero-diciembre)
11	13.75	
10	12.50	
9	11.25	
8	10.00	
7	8.75	
6	7.50	
5	6.25	
4	5.00	
3	3.75	
2	2.50	
1	1.25	

1.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Como resultado del cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud contra los padrones de las instituciones de seguridad y esquemas públicos y sociales de atención médica realizados por el Consejo de Salubridad General, se busca reducir la brecha existente de beneficiarios con doble derechohabiencia y cumplir lo establecido en la fracción V del artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017.

Este indicador se medirá mensualmente de abril a noviembre, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar una meta de sustitución hasta un máximo de 125,007 registros con doble derechohabencia o, en su caso, un número menor siempre y cuando así lo reporte la última confronta que se disponga por parte del Consejo de Salubridad General, para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá reemplazar en el mes que corresponda al menos el número de registros acumulados que se enlistan en la tabla siguiente:

Colisión			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	12	15,001	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	32,502	
Junio	38	47,503	
Julio	50	62,504	
Agosto	62	77,504	
Septiembre	76	95,005	
Octubre	88	110,006	
Noviembre	100	125,007	

El peso relativo de este indicador es de 15 puntos, como se presenta a continuación:

Colisión		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
8	15.00	Mensual (abril-noviembre)
7	13.13	
6	11.26	
5	9.39	
4	7.52	
3	5.65	
2	3.78	
1	1.91	

1.3 COBERTURA PROSPERA

Como parte de la meta nacional "México Incluyente", que tiene como objetivo garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y con el fin de instrumentar la política de Protección Social en Salud para reducir la brecha en el acceso a los servicios de salud de los beneficiarios del Programa de Inclusión Social PROSPERA, se establece como indicador la afiliación de este grupo de personas. Por lo que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar mensualmente lo indicado en la columna "C" del "APARTADO UNO".

Este indicador considera un máximo de 10 puntos como se señala en la tabla siguiente:

Cobertura PROSPERA		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

1.4 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Con la finalidad de impulsar el acceso a los servicios de salud de calidad, se establece como indicador la asignación de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas. Considerando que la Acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud.

Este indicador tiene un peso relativo de 10 puntos y se medirá mensualmente de abril a diciembre, para lo cual se tomará como base el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud del mes que corresponda, el Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud de la Dirección General de Información en Salud vigente y el Sistema de Información de Establecimientos y Servicios Acreditados vigente, integrado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El porcentaje mínimo de cumplimiento mensual que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe alcanzar se muestra en la tabla siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	45	30,674	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	58,727	
Junio	59	95,364	
Julio	66	132,771	
Agosto	72	179,738	
Septiembre	79	240,390	
Octubre	86	301,888	
Noviembre	93	369,919	
Diciembre	100	440,644	

El cumplimiento del indicador se evaluará acorde a los casos siguientes:

- 1) Afiliados vigentes en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá promover las acciones necesarias para que las unidades médicas mantengan la Acreditación.
- 2) Reafiliaciones, deberán estar asignadas en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas de conformidad con el área de influencia que corresponda atender a la del domicilio del beneficiario.

De manera que, el peso relativo que se establece se distribuirá del modo siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

1.5 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Tomando en cuenta que los Módulos de Afiliación y Orientación fijos son el espacio físico en los que se realiza la afiliación y reafiliación de las personas y familias, el objetivo es que éstos dispongan del servicio de internet, a fin de poder consultar la posible derechohabencia, el seguimiento de los procesos de afiliación, reafiliación y resguardo de expedientes digitales e integración de la base de datos del padrón estatal. Se establece como indicador la operación de los Módulos de Afiliación y Orientación Fijos en línea. El cual tiene un peso relativo de 10 puntos como se desglosan en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

El porcentaje mensual que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir se indica en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Abril	30	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	39	
Junio	48	
Julio	56	
Agosto	65	
Septiembre	74	
Octubre	83	
Noviembre	91	
Diciembre	100	

1.6 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Considerando que la CURP es un documento de identidad único de las personas que fortalece la confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y que permite la verificación de derechohabencia, se dará seguimiento de enero a noviembre para poder contar con un 96% de CURP validadas por RENAPO, para lo cual se deberá cumplir como mínimo el porcentaje establecido en la siguiente tabla respecto a la cobertura mensual de afiliación que corresponda:

CURP validada por RENAPO		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	85	Mensual (enero-noviembre)
Febrero	86	
Marzo	87	
Abril	88	
Mayo	89	
Junio	91	
Julio	92	
Agosto	93	
Septiembre	94	
Octubre	95	
Noviembre	96	

Este indicador tiene un valor máximo de 10 puntos como se muestra en el cuadro siguiente:

CURP validada por RENAPO		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
11	10.00	Mensual (enero-noviembre)
10	9.09	
9	8.18	
8	7.27	
7	6.36	
6	5.45	
5	4.54	
4	3.63	
3	2.72	
2	1.81	
1	0.90	

1.7 SUPERVISIÓN

Derivado a que el proceso de supervisión tiene como objetivos principales comprobar el apego a la norma y los procedimientos en los procesos de afiliación y reafiliación mediante la revisión de los expedientes y la verificación de la existencia de las personas que integran el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, se establece este indicador, el cual se medirá con la calificación que obtenga la "ENTIDAD FEDERATIVA" en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación. Para tal propósito se determina como fecha máxima de evaluación el mes de diciembre y se considera un peso relativo de 10 puntos, de conformidad con la calificación obtenida en el proceso de acuerdo con la tabla siguiente:

Supervisión		
Calificación	Peso relativo	Fecha de evaluación
De 90.01 a 100	10.00	Cuando aplique (enero-diciembre)
De 80.01 a 90	8.00	
De 70.01 a 80	6.00	
De 60.01 a 70	4.00	
De 50.01 a 60	2.00	
Menos de 50	0.00	

En caso de que la "ENTIDAD FEDERATIVA" no sea supervisada en el ejercicio fiscal, la calificación que se tomará para este indicador será la registrada en la última supervisión efectuada en cualquier otro ejercicio fiscal.

1.8 REGISTRO DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DEL GASTO DE OPERACIÓN DEL REPSS 2017

Este indicador evalúa la oportunidad de registrar el Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente al ejercicio fiscal 2017, a partir de la emisión de los Lineamientos Generales que establecen los criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el Apoyo Administrativo y Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Tendrá un peso relativo máximo de 10 puntos conforme a las fechas siguientes:

Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017		
Fecha de registro	Peso relativo	Fecha de evaluación
Hasta el 10 de marzo	10.00	Hasta abril
Del 13 al 24 de marzo	7.50	
Del 27 de marzo al 7 de abril	5.00	
Del 10 al 28 de abril	2.50	
Después del 28 de abril	0.00	

1.9 DIGITALIZACIÓN DE EXPEDIENTES

Se establece como indicador la digitalización de expedientes para facilitar el acceso y la organización de la información, aumentar la seguridad y control, así como reducir los espacios físicos y uso de papel en la integración de los expedientes, este indicador se evaluará mensualmente de enero a diciembre y deberá cumplirse con la digitalización de documentos del 50% de la meta mínima de reafiliación referida en la columna "B" del "APARTADO UNO", como se muestra en la siguiente tabla:

Meta mínima de digitalización	
Mes	Número de registros acumulados
Enero	1,118
Febrero	7,311
Marzo	19,730
Abril	34,083
Mayo	56,468
Junio	80,817
Julio	100,584
Agosto	124,818
Septiembre	152,146
Octubre	175,516
Noviembre	198,881
Diciembre	220,322

Para la evaluación de este indicador se establece un valor máximo de 10 puntos como se presenta a continuación:

Digitalización de expedientes		
Número de meses que cumplió	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

2. RESULTADO DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO

Al cierre del ejercicio fiscal, las entidades federativas situadas en las diez primeras calificaciones resultantes de la evaluación de los indicadores de desempeño en materia de afiliación y operación, serán objeto de una posible ampliación de cobertura de afiliación con los registros cedidos por las entidades federativas que no alcancen la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" establecidas en el "APARTADO UNO".

La posible asignación de los registros cedidos se realizará con base en el peso relativo del lugar que ocupe la "ENTIDAD FEDERATIVA" como resultado de la calificación que obtenga en la evaluación del desempeño en materia de afiliación y operación, esto quiere decir, que la "ENTIDAD FEDERATIVA" que tenga la calificación mayor se le asignarán más registros y a la ubicada en la última posición menos y sólo se tomarán los registros existentes sin derechohabencia, conforme al resultado de la validación contra el último resultado del cotejo de padrones disponible y tomando en cuenta la estimación de cobertura de población sin derechohabencia emitida por la Dirección General de Información en Salud.

Para efectos del párrafo anterior se considerarán las reglas siguientes:

2.1 Reglas de distribución

- La “ENTIDAD FEDERATIVA” tiene una demanda de afiliación por arriba de los registros cedidos, se asignará solamente el número de registros que resulte de aplicar el peso relativo de acuerdo a la calificación obtenida.
- La “ENTIDAD FEDERATIVA” no tiene registros suficientes para incorporar los cedidos, se cubrirán únicamente sus registros existentes.
- En caso de persistir registros cedidos se distribuirán nuevamente y así sucesivamente hasta agotar los registros disponibles.
- En caso de empate, se tomará en cuenta el Índice de Marginación emitido por el CONAPO para la “ENTIDAD FEDERATIVA” aplicando lo establecido en los párrafos anteriores.

2.2 Mejor desempeño sin demanda adicional

- Se considerará a las entidades federativas siguientes con mejor desempeño y se les aplicará lo establecido en el punto 2.1.

VI. “LAS PARTES” acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente “ANEXO II”, será resuelto de común acuerdo y de ser el caso, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales aplicables.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente Anexo II que consta de quince fojas incluyendo ésta, y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por cuadruplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, a los 31 días del mes de marzo de 2017.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel Jaime O’Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero: el Secretario de Salud del Estado de Guerrero, **Carlos de la Peña Pintos**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Guerrero: el Encargado de la Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Guerrero, **Juan Manuel Jiménez Herrera**.- Rúbrica.

ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2017, correspondiente al Estado de Hidalgo.

ANEXO II DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017 CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE HIDALGO.

De conformidad con lo dispuesto en las cláusulas Sexta y Décima Segunda del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en adelante “LA SECRETARÍA” representada por el titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Ejecutivo Estatal en lo sucesivo “ENTIDAD FEDERATIVA” representado por los titulares de la Secretaría de Salud y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el Estado de Hidalgo, a quienes de manera conjunta se les denominará “LAS PARTES”, reconocen el presente instrumento como el ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en adelante “ANEXO II”, para el presente ejercicio fiscal, el cual se suscribe por los representantes operativos debidamente acreditados por “LA SECRETARÍA” y la “ENTIDAD FEDERATIVA”.

Al amparo del presente “ANEXO II” se establece la Cobertura de Afiliación y Meta de Reafiliación para el ejercicio fiscal 2017, en adelante “AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN”, en los términos que se señalan en el “APARTADO UNO”.

Asimismo, con fundamento en los artículos 77 bis 6 de la Ley General de Salud y 67 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen Indicadores de Seguimiento del Desempeño en materia de afiliación y operación, detallados en el “APARTADO DOS” del presente “ANEXO II”.

APARTADO UNO: COBERTURA DE AFILIACIÓN Y META DE REAFILIACIÓN

Hidalgo			
Cobertura de afiliación mensual			1,710,807
Crecimiento mensual PROSPERA			5,672
			Metas
Meses	Reafiliación		Cobertura
	Acumulada	Mínima	PROSPERA
	A	B	C
Enero	22,878	1,830	714,787
Febrero	57,346	9,749	720,459
Marzo	101,767	25,442	726,131
Abril	154,728	51,060	731,803
Mayo	216,305	90,848	737,475
Junio	276,279	138,140	743,147
Julio	312,577	165,666	748,819
Agosto	362,744	206,764	754,491
Septiembre	397,228	238,337	760,163
Octubre	431,638	271,932	765,835
Noviembre	467,383	313,147	771,507
Diciembre	478,479	334,935	777,179
Total anual	478,479	334,935	777,179

La Cobertura de afiliación mensual, se refiere al número máximo de registros por los cuales podrá gestionarse la transferencia de recursos.

El crecimiento mensual PROSPERA, se refiere al número de registros de ese tipo de población que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe incorporar.

- A. La columna "A" corresponde a los vencimientos mensuales acumulados de 2017, con base en la información del cierre de afiliación de diciembre de 2016.
- B. La columna "B" corresponde a la Meta mínima mensual acumulada de reafiliación que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir.
- C. La columna "C" corresponde a la Meta de afiliación mensual acumulada de la población PROSPERA que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir, incluye registros de beneficiarios con y sin corresponsabilidad en Salud.

- I. "LAS PARTES" convienen que la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" podrá ser sujeta de revisión y, en su caso, de ajuste, cuando:
- a) A la baja: Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la "ENTIDAD FEDERATIVA", por tanto, se afecte la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN".
 - b) A la alza: Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio fiscal. En este caso, su procedencia quedará sujeta al cumplimiento de los indicadores de seguimiento del desempeño que se describen en el "APARTADO DOS" y a la disponibilidad financiera.

En ambos casos, "LAS PARTES" acuerdan que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá dirigir comunicación expresa al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Para el ajuste a la baja, presentar el soporte documental correspondiente que acredite las condiciones adversas que impidieron la ejecución de los procesos operativos de afiliación y reafiliación; en caso de la alza, la manifestación de que cuenta con los recursos necesarios para realizar la Aportación Solidaria Estatal que corresponda para hacer frente a la demanda adicional de afiliación. Con el objetivo de evaluar y analizar las circunstancias y poder dar una resolución, la cual será notificada mediante comunicación formal misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente "ANEXO II".

- II. "LAS PARTES" convienen que la meta mínima de reafiliación columna "B" de este apartado se evaluará de enero a diciembre y su incumplimiento podrá afectar en junio la cobertura de afiliación y de julio a diciembre la gestión de transferencia de recursos, de acuerdo a lo siguiente:

Si el resultado de la reafiliación alcanzada es menor al dato de la columna "B" de este apartado se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes}^1 - \text{Meta mínima acumulada de reafiliación del mes} + \text{Reafiliación alcanzada del mes} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La cobertura mensual de afiliación en el mes de junio será modificada al número de registros gestionados para la transferencia de recursos como resultado de aplicar el cálculo descrito en esta cláusula y no podrán ser recuperados, por lo tanto será su nueva cobertura de afiliación para los meses subsecuentes. La "ENTIDAD FEDERATIVA" estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras al final del presente ejercicio fiscal. Para los meses de julio a diciembre, únicamente se afectará la gestión de transferencia de recursos, de manera que podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual o la modificada de ser el caso, en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

- III. "LAS PARTES" convienen que el incumplimiento de la meta de afiliación PROSPERA columna "C" de este apartado, así como la evaluación de los indicadores 1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General, 1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas, 1.5 Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea, 1.6 CURP validada por RENAPO y 1.7 Supervisión del "APARTADO DOS", podrán afectar la gestión de transferencia de recursos mensual, de acuerdo a los criterios que a continuación se describen.

III.1 COBERTURA PROSPERA

Si en los meses de julio, septiembre y noviembre, el resultado de la cobertura PROSPERA alcanzada en el mes que corresponda es menor al dato de la columna "C", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - (2 \text{ veces el crecimiento neto PROSPERA del mes}) = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación del mes en los meses subsecuentes con registros de población abierta. Sin embargo, para el mes de diciembre deberá hacerlo con registros PROSPERA, en caso contrario estará cediendo los registros para una reasignación a otras, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

¹ La cobertura de afiliación del mes, se refiere al número de registros por lo que se puede gestionar la transferencia de recursos o, en su caso, se considera como nueva cobertura de afiliación mensual a la resultante en el mes de junio, conforme al cumplimiento de meta de reafiliación y evaluación de los indicadores del desempeño.

III.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Si en los meses de abril a noviembre, no se reduce la brecha de beneficiarios con doble derechohabencia conforme al máximo establecido en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – Meta de registros en colisión del mes² + Número de registros que alcanzó a sustituir en el mes = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla, con población no derechohabiente. Sin embargo, los registros que no logró sustituir se estarán cediendo para una reasignación a otras en el mes de diciembre, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.3 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el número alcanzado en el mes que corresponda de beneficiarios reafliliados asignados en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas es menor a los datos establecidos en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – Meta acumulada del mes de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas³ + Alcanzado de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.4 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el porcentaje alcanzado de Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea en el mes que corresponda es menor a los datos establecidos en el numeral 1.5 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (30,000 registros⁴) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.5 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Se medirá el número de CURP validadas por RENAPO en los meses de abril, junio, agosto y octubre, con el resultado alcanzado de afiliación del mes anterior al que aplique la regla. Si el porcentaje alcanzado en el mes que corresponda es menor a los porcentajes establecidos en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes de medición – Meta acumulada del mes anterior de CURP⁵ + Alcanzado de CURP validadas por RENAPO del mes anterior = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.6 SUPERVISIÓN⁶

Si en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación no se presenta el total de expedientes de la muestra, se detectan expedientes incompletos y/o con inconsistencias, al cierre del mes en el que se realice la supervisión⁷, para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no entregados + incompletos + inconsistentes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

² La meta de registros en colisión corresponde al número de registros susceptibles de sustitución que se indican en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS".

³ La meta de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas acumulada del mes se indica en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS".

⁴ Los 30,000 registros, corresponden al criterio de cálculo establecido en los Lineamientos Generales del Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la apertura de este tipo de oficinas.

⁵ La meta de CURP validadas por RENAPO se indica en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS".

⁶ Se medirá de acuerdo a los tiempos establecidos en el Macroproceso de Supervisión de Afiliación y Operación vigente.

⁷ Para el caso de la última semana del mes se recorrerá la aplicación de la regla al siguiente.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" contará con treinta días hábiles para solventar los hallazgos, una vez concluido este periodo, en caso de no atenderlos en su totalidad, se procederá a ajustar la cobertura de afiliación conforme a lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no solventados⁸)= Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" no podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual ya que estará cediendo los registros que representen los expedientes no solventados para una reasignación a otras al cierre del ejercicio fiscal, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

IV. "LAS PARTES" convienen que para la gestión de transferencia de recursos mensual se aplicará la prelación siguiente:

- a) Población vulnerable (menores de 5 años, mujeres embarazadas y adultos mayores).
- b) Población beneficiaria del programa PROSPERA.
- c) Población reafiliada en el corte de información.
- d) Población abierta.

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud se cubrirá con base en lo establecido en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del presente ejercicio fiscal.

APARTADO DOS: INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO EN MATERIA DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN

V. "LAS PARTES" convienen que para el presente ejercicio fiscal la evaluación en materia de afiliación y operación para la posible ampliación de la cobertura de afiliación se realizará a partir de los indicadores de seguimiento del desempeño que se muestran a continuación:

1. PARÁMETROS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Indicador	Peso relativo en el global	Fecha de aplicación		
		Evaluación del desempeño	Gestión de transferencia de recursos	Ajuste de cobertura de afiliación mensual
1.1 Reafiliación	15	Mensual (enero-diciembre)	julio-diciembre	junio
1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General	15	Mensual (abril-noviembre)	Mensual (abril-noviembre)	NA
1.3 Cobertura PROSPERA	10	Mensual (enero-diciembre)	Julio, septiembre y noviembre	Diciembre
1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.5 Módulos de Afiliación y Orientación en línea	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.6 CURP validada por RENAPO	10	Mensual (enero-noviembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre, a mes vencido)	NA

⁸ Se refiere a la integración y/o corrección de los expedientes no entregados, incompletos y/o con inconsistencias.

1.7	Supervisión	10	Cuando aplique (enero-diciembre)	En el mes que aplique la supervisión	En el mes que concluya el periodo de treinta días hábiles de solventación de hallazgos
1.8	Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017	10	Hasta abril	NA	NA
1.9	Digitalización de expedientes	10	Mensual (enero-diciembre)	NA	NA
Total		100			

NA: No aplica el ajuste de gestión de transferencia de recursos y/o cobertura de afiliación mensual.

1.1 REAFILIACIÓN

Con el propósito de que los beneficiarios sin derechohabencia mantengan el acceso efectivo a la seguridad social en materia de salud, así como poder medir el grado de aceptación del Seguro Popular en la población objetivo, la reafiliación se evaluará mensualmente para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá cumplir al menos con lo establecido en la columna "B" del "APARTADO UNO".

Reafiliación		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	8	Mensual (enero-diciembre)
Febrero	17	
Marzo	25	
Abril	33	
Mayo	42	
Junio	50	
Julio	53	
Agosto	57	
Septiembre	60	
Octubre	63	
Noviembre	67	
Diciembre	70	

Este indicador tiene un peso relativo de 15 puntos como se muestra a continuación:

Reafiliación		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	15.00	Mensual (enero-diciembre)
11	13.75	
10	12.50	
9	11.25	
8	10.00	
7	8.75	
6	7.50	
5	6.25	
4	5.00	
3	3.75	
2	2.50	
1	1.25	

1.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Como resultado del cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud contra los padrones de las instituciones de seguridad y esquemas públicos y sociales de atención médica realizados por el Consejo de Salubridad General, se busca reducir la brecha existente de beneficiarios con doble derechohabencia y cumplir lo establecido en la fracción V del artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017.

Este indicador se medirá mensualmente de abril a noviembre, la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá alcanzar una meta de sustitución hasta un máximo de 99,271 registros con doble derechohabencia o, en su caso, un número menor siempre y cuando así lo reporte la última confronta que se disponga por parte del Consejo de Salubridad General, para lo cual la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá reemplazar en el mes que corresponda al menos el número de registros acumulados que se enlistan en la tabla siguiente:

Colisión			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	12	11,913	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	25,810	
Junio	38	37,723	
Julio	50	49,636	
Agosto	62	61,548	
Septiembre	76	75,446	
Octubre	88	87,358	
Noviembre	100	99,271	

El peso relativo de este indicador es de 15 puntos, como se presenta a continuación:

Colisión		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
8	15.00	Mensual (abril-noviembre)
7	13.13	
6	11.26	
5	9.39	
4	7.52	
3	5.65	
2	3.78	
1	1.91	

1.3 COBERTURA PROSPERA

Como parte de la meta nacional “México Incluyente”, que tiene como objetivo garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y con el fin de instrumentar la política de Protección Social en Salud para reducir la brecha en el acceso a los servicios de salud de los beneficiarios del Programa de Inclusión Social PROSPERA, se establece como indicador la afiliación de este grupo de personas. Por lo que la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá alcanzar mensualmente lo indicado en la columna “C” del “APARTADO UNO”.

Este indicador considera un máximo de 10 puntos como se señala en la tabla siguiente:

Cobertura PROSPERA		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

1.4 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Con la finalidad de impulsar el acceso a los servicios de salud de calidad, se establece como indicador la asignación de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas. Considerando que la Acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud.

Este indicador tiene un peso relativo de 10 puntos y se medirá mensualmente de abril a diciembre, para lo cual se tomará como base el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud del mes que corresponda, el Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud de la Dirección General de Información en Salud vigente y el Sistema de Información de Establecimientos y Servicios Acreditados vigente, integrado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El porcentaje mínimo de cumplimiento mensual que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe alcanzar se muestra en la tabla siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	45	22,977	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	47,241	
Junio	59	81,503	
Julio	66	109,340	
Agosto	72	148,870	
Septiembre	79	188,286	
Octubre	86	233,862	
Noviembre	93	291,227	
Diciembre	100	334,935	

El cumplimiento del indicador se evaluará acorde a los casos siguientes:

- 1) Afiliados vigentes en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá promover las acciones necesarias para que las unidades médicas mantengan la Acreditación.
- 2) Reafiliaciones, deberán estar asignadas en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas de conformidad con el área de influencia que corresponda atender a la del domicilio del beneficiario.

De manera que, el peso relativo que se establece se distribuirá del modo siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

1.5 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Tomando en cuenta que los Módulos de Afiliación y Orientación fijos son el espacio físico en los que se realiza la afiliación y reafiliación de las personas y familias, el objetivo es que éstos dispongan del servicio de internet, a fin de poder consultar la posible derechohabencia, el seguimiento de los procesos de afiliación, reafiliación y resguardo de expedientes digitales e integración de la base de datos del padrón estatal. Se establece como indicador la operación de los Módulos de Afiliación y Orientación Fijos en línea. El cual tiene un peso relativo de 10 puntos como se desglosan en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

El porcentaje mensual que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir se indica en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Abril	30	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	39	
Junio	48	
Julio	56	
Agosto	65	
Septiembre	74	
Octubre	83	
Noviembre	91	
Diciembre	100	

1.6 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Considerando que la CURP es un documento de identidad único de las personas que fortalece la confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y que permite la verificación de derechohabencia, se dará seguimiento de enero a noviembre para poder contar con un 96% de CURP validadas por RENAPO, para lo cual se deberá cumplir como mínimo el porcentaje establecido en la siguiente tabla respecto a la cobertura mensual de afiliación que corresponda:

CURP validada por RENAPO		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	85	Mensual (enero-noviembre)
Febrero	86	
Marzo	87	
Abril	88	
Mayo	89	
Junio	91	
Julio	92	
Agosto	93	
Septiembre	94	
Octubre	95	
Noviembre	96	

Este indicador tiene un valor máximo de 10 puntos como se muestra en el cuadro siguiente:

CURP validada por RENAPO		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
11	10.00	Mensual (enero-noviembre)
10	9.09	
9	8.18	
8	7.27	
7	6.36	
6	5.45	
5	4.54	
4	3.63	
3	2.72	
2	1.81	
1	0.90	

1.7 SUPERVISIÓN

Derivado a que el proceso de supervisión tiene como objetivos principales comprobar el apego a la norma y los procedimientos en los procesos de afiliación y reafiliación mediante la revisión de los expedientes y la verificación de la existencia de las personas que integran el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, se establece este indicador, el cual se medirá con la calificación que obtenga la "ENTIDAD FEDERATIVA" en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación. Para tal propósito se determina como fecha máxima de evaluación el mes de diciembre y se considera un peso relativo de 10 puntos, de conformidad con la calificación obtenida en el proceso de acuerdo con la tabla siguiente:

Supervisión		
Calificación	Peso relativo	Fecha de evaluación
De 90.01 a 100	10.00	Cuando aplique (enero-diciembre)
De 80.01 a 90	8.00	
De 70.01 a 80	6.00	
De 60.01 a 70	4.00	
De 50.01 a 60	2.00	
Menos de 50	0.00	

En caso de que la "ENTIDAD FEDERATIVA" no sea supervisada en el ejercicio fiscal, la calificación que se tomará para este indicador será la registrada en la última supervisión efectuada en cualquier otro ejercicio fiscal.

1.8 REGISTRO DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DEL GASTO DE OPERACIÓN DEL REPSS 2017

Este indicador evalúa la oportunidad de registrar el Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente al ejercicio fiscal 2017, a partir de la emisión de los Lineamientos Generales que establecen los criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el Apoyo Administrativo y Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Tendrá un peso relativo máximo de 10 puntos conforme a las fechas siguientes:

Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017		
Fecha de registro	Peso relativo	Fecha de evaluación
Hasta el 10 de marzo	10.00	Hasta abril
Del 13 al 24 de marzo	7.50	
Del 27 de marzo al 7 de abril	5.00	
Del 10 al 28 de abril	2.50	
Después del 28 de abril	0.00	

1.9 DIGITALIZACIÓN DE EXPEDIENTES

Se establece como indicador la digitalización de expedientes para facilitar el acceso y la organización de la información, aumentar la seguridad y control, así como reducir los espacios físicos y uso de papel en la integración de los expedientes, este indicador se evaluará mensualmente de enero a diciembre y deberá cumplirse con la digitalización de documentos del 50% de la meta mínima de reafiliación referida en la columna "B" del "APARTADO UNO", como se muestra en la siguiente tabla:

Meta mínima de digitalización	
Mes	Número de registros acumulados
Enero	915
Febrero	4,875
Marzo	12,721
Abril	25,530
Mayo	45,424
Junio	69,070
Julio	82,833
Agosto	103,382
Septiembre	119,169
Octubre	135,966
Noviembre	156,574
Diciembre	167,468

Para la evaluación de este indicador se establece un valor máximo de 10 puntos como se presenta a continuación:

Digitalización de expedientes		
Número de meses que cumplió	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

2. RESULTADO DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO

Al cierre del ejercicio fiscal, las entidades federativas situadas en las diez primeras calificaciones resultantes de la evaluación de los indicadores de desempeño en materia de afiliación y operación, serán objeto de una posible ampliación de cobertura de afiliación con los registros cedidos por las entidades federativas que no alcancen la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" establecidas en el "APARTADO UNO".

La posible asignación de los registros cedidos se realizará con base en el peso relativo del lugar que ocupe la "ENTIDAD FEDERATIVA" como resultado de la calificación que obtenga en la evaluación del desempeño en materia de afiliación y operación, esto quiere decir, que la "ENTIDAD FEDERATIVA" que tenga la calificación mayor se le asignarán más registros y a la ubicada en la última posición menos y sólo se tomarán los registros existentes sin derechohabencia, conforme al resultado de la validación contra el último resultado del cotejo de padrones disponible y tomando en cuenta la estimación de cobertura de población sin derechohabencia emitida por la Dirección General de Información en Salud.

Para efectos del párrafo anterior se considerarán las reglas siguientes:

2.1 Reglas de distribución

- La "ENTIDAD FEDERATIVA" tiene una demanda de afiliación por arriba de los registros cedidos, se asignará solamente el número de registros que resulte de aplicar el peso relativo de acuerdo a la calificación obtenida.
- La "ENTIDAD FEDERATIVA" no tiene registros suficientes para incorporar los cedidos, se cubrirán únicamente sus registros existentes.
- En caso de persistir registros cedidos se distribuirán nuevamente y así sucesivamente hasta agotar los registros disponibles.
- En caso de empate, se tomará en cuenta el Índice de Marginación emitido por el CONAPO para la "ENTIDAD FEDERATIVA" aplicando lo establecido en los párrafos anteriores.

2.2 Mejor desempeño sin demanda adicional

- Se considerará a las entidades federativas siguientes con mejor desempeño y se les aplicará lo establecido en el punto 2.1.

VI. "LAS PARTES" acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente "ANEXO II", será resuelto de común acuerdo y de ser el caso, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales aplicables.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente Anexo II que consta de quince fojas incluyendo ésta, y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por cuadruplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, a los 31 días del mes de marzo de 2017.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel Jaime O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo: el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Hidalgo, **Marco Antonio Escamilla Acosta**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Hidalgo: el Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Hidalgo, **Abraham Rublúo Parra**.- Rúbrica.

ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2017, correspondiente al Estado de Jalisco.

ANEXO II DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017 CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE JALISCO.

De conformidad con lo dispuesto en las cláusulas Sexta y Décima Segunda del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en adelante "LA SECRETARÍA" representada por el titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Ejecutivo Estatal en lo sucesivo "ENTIDAD FEDERATIVA" representado por los titulares de la Secretaría de Salud y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el Estado de Jalisco, a quienes de manera conjunta se les denominará "LAS PARTES", reconocen el presente instrumento como el ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en adelante "ANEXO II", para el presente ejercicio fiscal, el cual se suscribe por los representantes operativos debidamente acreditados por "LA SECRETARÍA" y la "ENTIDAD FEDERATIVA".

Al amparo del presente "ANEXO II" se establece la Cobertura de Afiliación y Meta de Reafiliación para el ejercicio fiscal 2017, en adelante "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN", en los términos que se señalan en el "APARTADO UNO".

Asimismo, con fundamento en los artículos 77 bis 6 de la Ley General de Salud y 67 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen Indicadores de Seguimiento del Desempeño en materia de afiliación y operación, detallados en el "APARTADO DOS" del presente "ANEXO II".

APARTADO UNO: COBERTURA DE AFILIACIÓN Y META DE REAFILIACIÓN

Jalisco			
Cobertura de afiliación mensual			3,072,948
Crecimiento mensual PROSPERA			11,745
			Metas
Meses	Reafiliación		Cobertura
	Acumulada	Mínima	PROSPERA
	A	B	C
Enero	73,838	5,907	691,722
Febrero	155,634	26,458	703,467
Marzo	232,768	58,192	715,212
Abril	305,547	100,831	726,957
Mayo	390,141	163,859	738,702
Junio	474,542	237,271	750,447
Julio	565,140	299,524	762,192

Agosto	656,203	374,036	773,937
Septiembre	826,699	496,019	785,682
Octubre	986,563	621,535	797,427
Noviembre	1,126,575	754,805	809,172
Diciembre	1,160,438	812,307	820,917
Total anual	1,160,438	812,307	820,917

La Cobertura de afiliación mensual, se refiere al número máximo de registros por los cuales podrá gestionarse la transferencia de recursos.

El crecimiento mensual PROSPERA, se refiere al número de registros de ese tipo de población que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe incorporar.

- A. La columna "A" corresponde a los vencimientos mensuales acumulados de 2017, con base en la información del cierre de afiliación de diciembre de 2016.
- B. La columna "B" corresponde a la Meta mínima mensual acumulada de reafiliación que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir.
- C. La columna "C" corresponde a la Meta de afiliación mensual acumulada de la población PROSPERA que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir, incluye registros de beneficiarios con y sin corresponsabilidad en Salud.
- I. "LAS PARTES" convienen que la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" podrá ser sujeta de revisión y, en su caso, de ajuste, cuando:
 - a) A la baja: Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la "ENTIDAD FEDERATIVA", por tanto, se afecte la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN".
 - b) A la alza: Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio fiscal. En este caso, su procedencia quedará sujeta al cumplimiento de los indicadores de seguimiento del desempeño que se describen en el "APARTADO DOS" y a la disponibilidad financiera.

En ambos casos, "LAS PARTES" acuerdan que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá dirigir comunicación expresa al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Para el ajuste a la baja, presentar el soporte documental correspondiente que acredite las condiciones adversas que impidieron la ejecución de los procesos operativos de afiliación y reafiliación; en caso de la alza, la manifestación de que cuenta con los recursos necesarios para realizar la Aportación Solidaria Estatal que corresponda para hacer frente a la demanda adicional de afiliación. Con el objetivo de evaluar y analizar las circunstancias y poder dar una resolución, la cual será notificada mediante comunicación formal misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente "ANEXO II".

- II. "LAS PARTES" convienen que la meta mínima de reafiliación columna "B" de este apartado se evaluará de enero a diciembre y su incumplimiento podrá afectar en junio la cobertura de afiliación y de julio a diciembre la gestión de transferencia de recursos, de acuerdo a lo siguiente:

Si el resultado de la reafiliación alcanzada es menor al dato de la columna "B" de este apartado se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes}^1 - \text{Meta mínima acumulada de reafiliación del mes} + \text{Reafiliación alcanzada del mes} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

¹ La cobertura de afiliación del mes, se refiere al número de registros por lo que se puede gestionar la transferencia de recursos o, en su caso, se considera como nueva cobertura de afiliación mensual a la resultante en el mes de junio, conforme al cumplimiento de meta de reafiliación y evaluación de los indicadores del desempeño.

La cobertura mensual de afiliación en el mes de junio será modificada al número de registros gestionados para la transferencia de recursos como resultado de aplicar el cálculo descrito en esta cláusula y no podrán ser recuperados, por lo tanto será su nueva cobertura de afiliación para los meses subsecuentes. La "ENTIDAD FEDERATIVA" estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras al final del presente ejercicio fiscal. Para los meses de julio a diciembre, únicamente se afectará la gestión de transferencia de recursos, de manera que podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual o la modificada de ser el caso, en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

- III. "LAS PARTES" convienen que el incumplimiento de la meta de afiliación PROSPERA columna "C" de este apartado, así como la evaluación de los indicadores 1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General, 1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas, 1.5 Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea, 1.6 CURP validada por RENAPO y 1.7 Supervisión del "APARTADO DOS", podrán afectar la gestión de transferencia de recursos mensual, de acuerdo a los criterios que a continuación se describen.

III.1 COBERTURA PROSPERA

Si en los meses de julio, septiembre y noviembre, el resultado de la cobertura PROSPERA alcanzada en el mes que corresponda es menor al dato de la columna "C", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - (2 \text{ veces el crecimiento neto PROSPERA del mes}) = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación del mes en los meses subsecuentes con registros de población abierta. Sin embargo, para el mes de diciembre deberá hacerlo con registros PROSPERA, en caso contrario estará cediendo los registros para una reasignación a otras, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Si en los meses de abril a noviembre, no se reduce la brecha de beneficiarios con doble derechohabencia conforme al máximo establecido en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - \text{Meta de registros en colisión del mes}^2 + \text{Número de registros que alcanzó a sustituir en el mes} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla, con población no derechohabiente. Sin embargo, los registros que no logró sustituir se estarán cediendo para una reasignación a otras en el mes de diciembre, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.3 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el número alcanzado en el mes que corresponda de beneficiarios reafiliados asignados en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas es menor a los datos establecidos en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - \text{Meta acumulada del mes de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas}^3 + \text{Alcanzado de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

² La meta de registros en colisión corresponde al número de registros susceptibles de sustitución que se indican en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS".

³ La meta de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas acumulada del mes se indica en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS".

III.4 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el porcentaje alcanzado de Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea en el mes que corresponda es menor a los datos establecidos en el numeral 1.5 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (30,000 registros⁴) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.5 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Se medirá el número de CURP validadas por RENAPO en los meses de abril, junio, agosto y octubre, con el resultado alcanzado de afiliación del mes anterior al que aplique la regla. Si el porcentaje alcanzado en el mes que corresponda es menor a los porcentajes establecidos en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes de medición – Meta acumulada del mes anterior de CURP⁵ + Alcanzado de CURP validadas por RENAPO del mes anterior = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.6 SUPERVISIÓN⁶

Si en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación no se presenta el total de expedientes de la muestra, se detectan expedientes incompletos y/o con inconsistencias, al cierre del mes en el que se realice la supervisión⁷, para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no entregados + incompletos + inconsistentes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" contará con treinta días hábiles para solventar los hallazgos, una vez concluido este periodo, en caso de no atenderlos en su totalidad, se procederá a ajustar la cobertura de afiliación conforme a lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no solventados⁸) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" no podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual ya que estará cediendo los registros que representen los expedientes no solventados para una reasignación a otras al cierre del ejercicio fiscal, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

IV. "LAS PARTES" convienen que para la gestión de transferencia de recursos mensual se aplicará la prelación siguiente:

- a) Población vulnerable (menores de 5 años, mujeres embarazadas y adultos mayores).
- b) Población beneficiaria del programa PROSPERA.
- c) Población reafiliada en el corte de información.
- d) Población abierta.

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud se cubrirá con base en lo establecido en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del presente ejercicio fiscal.

⁴ Los 30,000 registros, corresponden al criterio de cálculo establecido en los Lineamientos Generales del Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la apertura de este tipo de oficinas.

⁵ La meta de CURP validadas por RENAPO se indica en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS".

⁶ Se medirá de acuerdo a los tiempos establecidos en el Macroproceso de Supervisión de Afiliación y Operación vigente.

⁷ Para el caso de la última semana del mes se recorrerá la aplicación de la regla al siguiente.

⁸ Se refiere a la integración y/o corrección de los expedientes no entregados, incompletos y/o con inconsistencias.

**APARTADO DOS: INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL
DESEMPEÑO EN MATERIA DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN**

V. "LAS PARTES" convienen que para el presente ejercicio fiscal la evaluación en materia de afiliación y operación para la posible ampliación de la cobertura de afiliación se realizará a partir de los indicadores de seguimiento del desempeño que se muestran a continuación:

1. PARÁMETROS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Indicador	Peso relativo en el global	Fecha de aplicación		
		Evaluación del desempeño	Gestión de transferencia de recursos	Ajuste de cobertura de afiliación mensual
1.1 Reafiliación	15	Mensual (enero-diciembre)	julio-diciembre	junio
1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General	15	Mensual (abril-noviembre)	Mensual (abril-noviembre)	NA
1.3 Cobertura PROSPERA	10	Mensual (enero-diciembre)	Julio, septiembre y noviembre	Diciembre
1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.5 Módulos de Afiliación y Orientación en línea	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.6 CURP validada por RENAPO	10	Mensual (enero-noviembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre, a mes vencido)	NA
1.7 Supervisión	10	Cuando aplique (enero-diciembre)	En el mes que aplique la supervisión	En el mes que concluya el periodo de treinta días hábiles de solventación de hallazgos
1.8 Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017	10	Hasta abril	NA	NA
1.9 Digitalización de expedientes	10	Mensual (enero-diciembre)	NA	NA
Total	100			

NA: No aplica el ajuste de gestión de transferencia de recursos y/o cobertura de afiliación mensual.

1.1 REAFILIACIÓN

Con el propósito de que los beneficiarios sin derechohabiencia mantengan el acceso efectivo a la seguridad social en materia de salud, así como poder medir el grado de aceptación del Seguro Popular en la población objetivo, la reafiliación se evaluará mensualmente para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá cumplir al menos con lo establecido en la columna "B" del "APARTADO UNO".

Reafiliación		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	8	Mensual (enero-diciembre)
Febrero	17	
Marzo	25	
Abril	33	
Mayo	42	
Junio	50	
Julio	53	
Agosto	57	
Septiembre	60	
Octubre	63	
Noviembre	67	
Diciembre	70	

Este indicador tiene un peso relativo de 15 puntos como se muestra a continuación:

Reafiliación		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	15.00	Mensual (enero-diciembre)
11	13.75	
10	12.50	
9	11.25	
8	10.00	
7	8.75	
6	7.50	
5	6.25	
4	5.00	
3	3.75	
2	2.50	
1	1.25	

1.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Como resultado del cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud contra los padrones de las instituciones de seguridad y esquemas públicos y sociales de atención médica realizados por el Consejo de Salubridad General, se busca reducir la brecha existente de beneficiarios con doble derechohabiencia y cumplir lo establecido en la fracción V del artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017.

Este indicador se medirá mensualmente de abril a noviembre, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar una meta de sustitución hasta un máximo de 144,397 registros con doble derechohabencia o, en su caso, un número menor siempre y cuando así lo reporte la última confronta que se disponga por parte del Consejo de Salubridad General, para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá reemplazar en el mes que corresponda al menos el número de registros acumulados que se enlistan en la tabla siguiente:

Colisión			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	12	17,328	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	37,543	
Junio	38	54,871	
Julio	50	72,199	
Agosto	62	89,526	
Septiembre	76	109,742	
Octubre	88	127,069	
Noviembre	100	144,397	

El peso relativo de este indicador es de 15 puntos, como se presenta a continuación:

Colisión		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
8	15.00	Mensual (abril-noviembre)
7	13.13	
6	11.26	
5	9.39	
4	7.52	
3	5.65	
2	3.78	
1	1.91	

1.3 COBERTURA PROSPERA

Como parte de la meta nacional "México Incluyente", que tiene como objetivo garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y con el fin de instrumentar la política de Protección Social en Salud para reducir la brecha en el acceso a los servicios de salud de los beneficiarios del Programa de Inclusión Social PROSPERA, se establece como indicador la afiliación de este grupo de personas. Por lo que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar mensualmente lo indicado en la columna "C" del "APARTADO UNO".

Este indicador considera un máximo de 10 puntos como se señala en la tabla siguiente:

Cobertura PROSPERA		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

1.4 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Con la finalidad de impulsar el acceso a los servicios de salud de calidad, se establece como indicador la asignación de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas. Considerando que la Acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud.

Este indicador tiene un peso relativo de 10 puntos y se medirá mensualmente de abril a diciembre, para lo cual se tomará como base el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud del mes que corresponda, el Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud de la Dirección General de Información en Salud vigente y el Sistema de Información de Establecimientos y Servicios Acreditados vigente, integrado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El porcentaje mínimo de cumplimiento mensual que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe alcanzar se muestra en la tabla siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	45	45,374	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	85,207	
Junio	59	139,990	
Julio	66	197,686	
Agosto	72	269,306	
Septiembre	79	391,855	
Octubre	86	534,520	
Noviembre	93	701,969	
Diciembre	100	812,307	

El cumplimiento del indicador se evaluará acorde a los casos siguientes:

- 1) Afiliados vigentes en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá promover las acciones necesarias para que las unidades médicas mantengan la Acreditación.
- 2) Reafiliaciones, deberán estar asignadas en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas de conformidad con el área de influencia que corresponda atender a la del domicilio del beneficiario.

De manera que, el peso relativo que se establece se distribuirá del modo siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

1.5 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Tomando en cuenta que los Módulos de Afiliación y Orientación fijos son el espacio físico en los que se realiza la afiliación y reafiliación de las personas y familias, el objetivo es que éstos dispongan del servicio de internet, a fin de poder consultar la posible derechohabencia, el seguimiento de los procesos de afiliación, reafiliación y resguardo de expedientes digitales e integración de la base de datos del padrón estatal. Se establece como indicador la operación de los Módulos de Afiliación y Orientación Fijos en línea. El cual tiene un peso relativo de 10 puntos como se desglosan en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

El porcentaje mensual que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe cumplir se indica en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Abril	30	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	39	
Junio	48	
Julio	56	
Agosto	65	
Septiembre	74	
Octubre	83	
Noviembre	91	
Diciembre	100	

1.6 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Considerando que la CURP es un documento de identidad único de las personas que fortalece la confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y que permite la verificación de derechohabencia, se dará seguimiento de enero a noviembre para poder contar con un 96% de CURP validadas por RENAPO, para lo cual se deberá cumplir como mínimo el porcentaje establecido en la siguiente tabla respecto a la cobertura mensual de afiliación que corresponda:

CURP validada por RENAPO		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	85	Mensual (enero-noviembre)
Febrero	86	
Marzo	87	
Abril	88	
Mayo	89	
Junio	91	
Julio	92	
Agosto	93	
Septiembre	94	
Octubre	95	
Noviembre	96	

Este indicador tiene un valor máximo de 10 puntos como se muestra en el cuadro siguiente:

CURP validada por RENAPO		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
11	10.00	Mensual (enero-noviembre)
10	9.09	
9	8.18	
8	7.27	
7	6.36	
6	5.45	
5	4.54	
4	3.63	
3	2.72	
2	1.81	
1	0.90	

1.7 SUPERVISIÓN

Derivado a que el proceso de supervisión tiene como objetivos principales comprobar el apego a la norma y los procedimientos en los procesos de afiliación y reafiliación mediante la revisión de los expedientes y la verificación de la existencia de las personas que integran el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, se establece este indicador, el cual se medirá con la calificación que obtenga la "ENTIDAD FEDERATIVA" en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación. Para tal propósito se determina como fecha máxima de evaluación el mes de diciembre y se considera un peso relativo de 10 puntos, de conformidad con la calificación obtenida en el proceso de acuerdo con la tabla siguiente:

Supervisión		
Calificación	Peso relativo	Fecha de evaluación
De 90.01 a 100	10.00	Cuando aplique (enero-diciembre)
De 80.01 a 90	8.00	
De 70.01 a 80	6.00	
De 60.01 a 70	4.00	
De 50.01 a 60	2.00	
Menos de 50	0.00	

En caso de que la "ENTIDAD FEDERATIVA" no sea supervisada en el ejercicio fiscal, la calificación que se tomará para este indicador será la registrada en la última supervisión efectuada en cualquier otro ejercicio fiscal.

1.8 REGISTRO DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DEL GASTO DE OPERACIÓN DEL REPSS 2017

Este indicador evalúa la oportunidad de registrar el Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente al ejercicio fiscal 2017, a partir de la emisión de los Lineamientos Generales que establecen los criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el Apoyo Administrativo y Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Tendrá un peso relativo máximo de 10 puntos conforme a las fechas siguientes:

Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017		
Fecha de registro	Peso relativo	Fecha de evaluación
Hasta el 10 de marzo	10.00	Hasta abril
Del 13 al 24 de marzo	7.50	
Del 27 de marzo al 7 de abril	5.00	
Del 10 al 28 de abril	2.50	
Después del 28 de abril	0.00	

1.9 DIGITALIZACIÓN DE EXPEDIENTES

Se establece como indicador la digitalización de expedientes para facilitar el acceso y la organización de la información, aumentar la seguridad y control, así como reducir los espacios físicos y uso de papel en la integración de los expedientes, este indicador se evaluará mensualmente de enero a diciembre y deberá cumplirse con la digitalización de documentos del 50% de la meta mínima de reafiliación referida en la columna "B" del "APARTADO UNO", como se muestra en la siguiente tabla:

Meta mínima de digitalización	
Mes	Número de registros acumulados
Enero	2,954
Febrero	13,229
Marzo	29,096
Abril	50,416
Mayo	81,930
Junio	118,636
Julio	149,762
Agosto	187,018
Septiembre	248,010
Octubre	310,768
Noviembre	377,403
Diciembre	406,154

Para la evaluación de este indicador se establece un valor máximo de 10 puntos como se presenta a continuación:

Digitalización de expedientes		
Número de meses que cumplió	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

2. RESULTADO DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO

Al cierre del ejercicio fiscal, las entidades federativas situadas en las diez primeras calificaciones resultantes de la evaluación de los indicadores de desempeño en materia de afiliación y operación, serán objeto de una posible ampliación de cobertura de afiliación con los registros cedidos por las entidades federativas que no alcancen la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" establecidas en el "APARTADO UNO".

La posible asignación de los registros cedidos se realizará con base en el peso relativo del lugar que ocupe la "ENTIDAD FEDERATIVA" como resultado de la calificación que obtenga en la evaluación del desempeño en materia de afiliación y operación, esto quiere decir, que la "ENTIDAD FEDERATIVA" que tenga la calificación mayor se le asignarán más registros y a la ubicada en la última posición menos y sólo se tomarán los registros existentes sin derechohabencia, conforme al resultado de la validación contra el último resultado del cotejo de padrones disponible y tomando en cuenta la estimación de cobertura de población sin derechohabencia emitida por la Dirección General de Información en Salud.

Para efectos del párrafo anterior se considerarán las reglas siguientes:

2.1 Reglas de distribución

- La "ENTIDAD FEDERATIVA" tiene una demanda de afiliación por arriba de los registros cedidos, se asignará solamente el número de registros que resulte de aplicar el peso relativo de acuerdo a la calificación obtenida.
- La "ENTIDAD FEDERATIVA" no tiene registros suficientes para incorporar los cedidos, se cubrirán únicamente sus registros existentes.
- En caso de persistir registros cedidos se distribuirán nuevamente y así sucesivamente hasta agotar los registros disponibles.
- En caso de empate, se tomará en cuenta el Índice de Marginación emitido por el CONAPO para la "ENTIDAD FEDERATIVA" aplicando lo establecido en los párrafos anteriores.

2.2 Mejor desempeño sin demanda adicional

- Se considerará a las entidades federativas siguientes con mejor desempeño y se les aplicará lo establecido en el punto 2.1.

VI. "LAS PARTES" acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente "ANEXO II", será resuelto de común acuerdo y de ser el caso, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales aplicables.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente Anexo II que consta de quince fojas incluyendo ésta, y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por cuadruplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, a los 31 días del mes de marzo de 2017.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel Jaime O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco: el Secretario de Salud y Director General del O.P.D. Servicios de Salud de Jalisco, **Antonio Cruces Mada**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Jalisco: el Director General del O.P.D. Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Jalisco, **Celso del Ángel Montiel Hernández**.- Rúbrica.

ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2017, correspondiente al Estado de México.

ANEXO II DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017 CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE MÉXICO.

De conformidad con lo dispuesto en las cláusulas Sexta y Décima Segunda del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en adelante "LA SECRETARÍA" representada por el titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Ejecutivo Estatal en lo sucesivo "ENTIDAD FEDERATIVA" representado por los titulares de la Secretaría de Salud y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el Estado de México, a quienes de manera conjunta se les denominará "LAS PARTES", reconocen el presente instrumento como el ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en adelante "ANEXO II", para el presente ejercicio fiscal, el cual se suscribe por los representantes operativos debidamente acreditados por "LA SECRETARÍA" y la "ENTIDAD FEDERATIVA".

Al amparo del presente "ANEXO II" se establece la Cobertura de Afiliación y Meta de Reafiliación para el ejercicio fiscal 2017, en adelante "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN", en los términos que se señalan en el "APARTADO UNO".

Asimismo, con fundamento en los artículos 77 bis 6 de la Ley General de Salud y 67 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen Indicadores de Seguimiento del Desempeño en materia de afiliación y operación, detallados en el "APARTADO DOS" del presente "ANEXO II".

APARTADO UNO: COBERTURA DE AFILIACIÓN Y META DE REAFILIACIÓN.

México			
Cobertura de afiliación mensual			7,180,487
Crecimiento mensual PROSPERA			32,959
			Metas
Meses	Reafiliación		Cobertura
	Acumulada	Mínima	PROSPERA
	A	B	C
Enero	169,665	13,573	2,202,393
Febrero	383,547	65,203	2,235,352
Marzo	629,634	157,409	2,268,311
Abril	903,671	298,211	2,301,270
Mayo	1,177,052	494,362	2,334,229
Junio	1,455,722	727,861	2,367,188
Julio	1,679,986	890,393	2,400,147

Agosto	1,815,838	1,035,028	2,433,106
Septiembre	1,973,872	1,184,323	2,466,065
Octubre	2,120,739	1,336,066	2,499,024
Noviembre	2,230,265	1,494,278	2,531,983
Diciembre	2,305,350	1,613,745	2,564,942
Total anual	2,305,350	1,613,745	2,564,942

La Cobertura de afiliación mensual, se refiere al número máximo de registros por los cuales podrá gestionarse la transferencia de recursos.

El crecimiento mensual PROSPERA, se refiere al número de registros de ese tipo de población que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe incorporar.

- A. La columna "A" corresponde a los vencimientos mensuales acumulados de 2017, con base en la información del cierre de afiliación de diciembre de 2016.
- B. La columna "B" corresponde a la Meta mínima mensual acumulada de reafiliación que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir.
- C. La columna "C" corresponde a la Meta de afiliación mensual acumulada de la población PROSPERA que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir, incluye registros de beneficiarios con y sin corresponsabilidad en Salud.
- I. "LAS PARTES" convienen que la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" podrá ser sujeta de revisión y, en su caso, de ajuste, cuando:
 - a) A la baja: Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la "ENTIDAD FEDERATIVA", por tanto, se afecte la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN".
 - b) A la alza: Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio fiscal. En este caso, su procedencia quedará sujeta al cumplimiento de los indicadores de seguimiento del desempeño que se describen en el "APARTADO DOS" y a la disponibilidad financiera.

En ambos casos, "LAS PARTES" acuerdan que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá dirigir comunicación expresa al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Para el ajuste a la baja, presentar el soporte documental correspondiente que acredite las condiciones adversas que impidieron la ejecución de los procesos operativos de afiliación y reafiliación; en caso de la alza, la manifestación de que cuenta con los recursos necesarios para realizar la Aportación Solidaria Estatal que corresponda para hacer frente a la demanda adicional de afiliación. Con el objetivo de evaluar y analizar las circunstancias y poder dar una resolución, la cual será notificada mediante comunicación formal misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente "ANEXO II".

- II. "LAS PARTES" convienen que la meta mínima de reafiliación columna "B" de este apartado se evaluará de enero a diciembre y su incumplimiento podrá afectar en junio la cobertura de afiliación y de julio a diciembre la gestión de transferencia de recursos, de acuerdo a lo siguiente:

Si el resultado de la reafiliación alcanzada es menor al dato de la columna "B" de este apartado se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes}^1 - \text{Meta mínima acumulada de reafiliación del mes} + \text{Reafiliación alcanzada del mes} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

¹ La cobertura de afiliación del mes, se refiere al número de registros por lo que se puede gestionar la transferencia de recursos o, en su caso, se considera como nueva cobertura de afiliación mensual a la resultante en el mes de junio, conforme al cumplimiento de meta de reafiliación y evaluación de los indicadores del desempeño.

La cobertura mensual de afiliación en el mes de junio será modificada al número de registros gestionados para la transferencia de recursos como resultado de aplicar el cálculo descrito en esta cláusula y no podrán ser recuperados, por lo tanto será su nueva cobertura de afiliación para los meses subsecuentes. La "ENTIDAD FEDERATIVA" estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras al final del presente ejercicio fiscal. Para los meses de julio a diciembre, únicamente se afectará la gestión de transferencia de recursos, de manera que podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual o la modificada de ser el caso, en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

- III. "LAS PARTES" convienen que el incumplimiento de la meta de afiliación PROSPERA columna "C" de este apartado, así como la evaluación de los indicadores 1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General, 1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas, 1.5 Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea, 1.6 CURP validada por RENAPO y 1.7 Supervisión del "APARTADO DOS", podrán afectar la gestión de transferencia de recursos mensual, de acuerdo a los criterios que a continuación se describen.

III.1 COBERTURA PROSPERA

Si en los meses de julio, septiembre y noviembre, el resultado de la cobertura PROSPERA alcanzada en el mes que corresponda es menor al dato de la columna "C", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - (2 \text{ veces el crecimiento neto PROSPERA del mes}) = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación del mes en los meses subsecuentes con registros de población abierta. Sin embargo, para el mes de diciembre deberá hacerlo con registros PROSPERA, en caso contrario estará cediendo los registros para una reasignación a otras, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Si en los meses de abril a noviembre, no se reduce la brecha de beneficiarios con doble derechohabencia conforme al máximo establecido en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - \text{Meta de registros en colisión del mes}^2 + \text{Número de registros que alcanzó a sustituir en el mes} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla, con población no derechohabiente. Sin embargo, los registros que no logro sustituir se estarán cediendo para una reasignación a otras en el mes de diciembre, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.3 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el número alcanzado en el mes que corresponda de beneficiarios reafiliados asignados en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas es menor a los datos establecidos en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes} - \text{Meta acumulada del mes de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas}^3 + \text{Alcanzado de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

² La meta de registros en colisión corresponde al número de registros susceptibles de sustitución que se indican en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS".

³ La meta de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas acumulada del mes se indica en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS".

III.4 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el porcentaje alcanzado de Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea en el mes que corresponda es menor a los datos establecidos en el numeral 1.5 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (30,000 registros⁴) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsiguientes al que le haya aplicado la regla.

III.5 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Se medirá el número de CURP validadas por RENAPO en los meses de abril, junio, agosto y octubre, con el resultado alcanzado de afiliación del mes anterior al que aplique la regla. Si el porcentaje alcanzado en el mes que corresponda es menor a los porcentajes establecidos en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes de medición – Meta acumulada del mes anterior de CURP⁵ +
Alcanzado de CURP validadas por RENAPO = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsiguientes al que le haya aplicado la regla.

III.6 SUPERVISIÓN⁶

Si en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación no se presenta el total de expedientes de la muestra, se detectan expedientes incompletos y/o con inconsistencias, al cierre del mes en el que se realice la supervisión⁷, para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no entregados +
incompletos + inconsistentes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" contará con treinta días hábiles para solventar los hallazgos, una vez concluido este periodo, en caso de no atenderlos en su totalidad, se procederá a ajustar la cobertura de afiliación conforme a lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no solventados⁸)=
Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" no podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual ya que estará cediendo los registros que representen los expedientes no solventados para una reasignación a otras al cierre del ejercicio fiscal, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

IV. "LAS PARTES" convienen que para la gestión de transferencia de recursos mensual se aplicará la prelación siguiente:

- a) Población vulnerable (menores de 5 años, mujeres embarazadas y adultos mayores).
- b) Población beneficiaria del programa PROSPERA.
- c) Población reafiliada en el corte de información.
- d) Población abierta.

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud se cubrirá con base en lo establecido en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del presente ejercicio fiscal.

⁴ Los 30,000 registros, corresponden al criterio de cálculo establecido en los Lineamientos Generales del Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la apertura de este tipo de oficinas.

⁵ La meta de CURP validadas por RENAPO se indica en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS".

⁶ Se medirá de acuerdo a los tiempos establecidos en el Macroproceso de Supervisión de Afiliación y Operación vigente.

⁷ Para el caso de la última semana del mes se recorrerá la aplicación de la regla al siguiente.

⁸ Se refiere a la integración y/o corrección de los expedientes no entregados, incompletos y/o con inconsistencias.

**APARTADO DOS: INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO
EN MATERIA DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN**

V. "LAS PARTES" convienen que para el presente ejercicio fiscal la evaluación en materia de afiliación y operación para la posible ampliación de la cobertura de afiliación se realizará a partir de los indicadores de seguimiento del desempeño que se muestran a continuación:

1. PARÁMETROS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Indicador	Peso relativo en el global	Fecha de aplicación		
		Evaluación del desempeño	Gestión de transferencia de recursos	Ajuste de cobertura de afiliación mensual
1.1 Reafiliación	15	Mensual (enero-diciembre)	julio-diciembre	junio
1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General	15	Mensual (abril-noviembre)	Mensual (abril-noviembre)	NA
1.3 Cobertura PROSPERA	10	Mensual (enero-diciembre)	Julio, septiembre y noviembre	Diciembre
1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.5 Módulos de Afiliación y Orientación en línea	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.6 CURP validada por RENAPO	10	Mensual (enero-noviembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre, a mes vencido)	NA
1.7 Supervisión	10	Cuando aplique (enero-diciembre)	En el mes que aplique la supervisión	En el mes que concluya el periodo de treinta días hábiles de solvatación de hallazgos
1.8 Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017	10	Hasta abril	NA	NA
1.9 Digitalización de expedientes	10	Mensual (enero-diciembre)	NA	NA
Total	100			

NA: No aplica el ajuste de gestión de transferencia de recursos y/o cobertura de afiliación mensual.

1.1 REAFILIACIÓN

Con el propósito de que los beneficiarios sin derechohabiencia mantengan el acceso efectivo a la seguridad social en materia de salud, así como poder medir el grado de aceptación del Seguro Popular en la población objetivo, la reafiliación se evaluará mensualmente para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá cumplir al menos con lo establecido en la columna "B" del "APARTADO UNO".

Reafiliación		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	8	Mensual (enero-diciembre)
Febrero	17	
Marzo	25	
Abril	33	
Mayo	42	
Junio	50	
Julio	53	
Agosto	57	
Septiembre	60	
Octubre	63	
Noviembre	67	
Diciembre	70	

Este indicador tiene un peso relativo de 15 puntos como se muestra a continuación:

Reafiliación		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	15.00	Mensual (enero-diciembre)
11	13.75	
10	12.50	
9	11.25	
8	10.00	
7	8.75	
6	7.50	
5	6.25	
4	5.00	
3	3.75	
2	2.50	
1	1.25	

1.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Como resultado del cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud contra los padrones de las instituciones de seguridad y esquemas públicos y sociales de atención médica realizados por el Consejo de Salubridad General, se busca reducir la brecha existente de beneficiarios con doble derechohabiencia y cumplir lo establecido en la fracción V del artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017.

Este indicador se medirá mensualmente de abril a noviembre, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar una meta de sustitución hasta un máximo de 392,090 registros con doble derechohabencia o, en su caso, un número menor siempre y cuando así lo reporte la última confronta que se disponga por parte del Consejo de Salubridad General, para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá reemplazar en el mes que corresponda al menos el número de registros acumulados que se enlistan en la tabla siguiente:

Colisión			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	12	47,051	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	101,943	
Junio	38	148,994	
Julio	50	196,045	
Agosto	62	243,096	
Septiembre	76	297,988	
Octubre	88	345,039	
Noviembre	100	392,090	

El peso relativo de este indicador es de 15 puntos, como se presenta a continuación:

Colisión		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
8	15.00	Mensual (abril-noviembre)
7	13.13	
6	11.26	
5	9.39	
4	7.52	
3	5.65	
2	3.78	
1	1.91	

1.3 COBERTURA PROSPERA

Como parte de la meta nacional "México Incluyente", que tiene como objetivo garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y con el fin de instrumentar la política de Protección Social en Salud para reducir la brecha en el acceso a los servicios de salud de los beneficiarios del Programa de Inclusión Social PROSPERA, se establece como indicador la afiliación de este grupo de personas. Por lo que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar mensualmente lo indicado en la columna "C" del "APARTADO UNO".

Este indicador considera un máximo de 10 puntos como se señala en la tabla siguiente:

Cobertura PROSPERA		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

1.4 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Con la finalidad de impulsar el acceso a los servicios de salud de calidad, se establece como indicador la asignación de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas. Considerando que la Acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud.

Este indicador tiene un peso relativo de 10 puntos y se medirá mensualmente de abril a diciembre, para lo cual se tomará como base el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud del mes que corresponda, el Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud de la Dirección General de Información en Salud vigente y el Sistema de Información de Establecimientos de Servicios Acreditados vigente, integrado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El porcentaje mínimo de cumplimiento mensual que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe alcanzar se muestra en la tabla siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	45	134,195	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	257,068	
Junio	59	429,438	
Julio	66	587,659	
Agosto	72	745,220	
Septiembre	79	935,615	
Octubre	86	1,149,017	
Noviembre	93	1,389,679	
Diciembre	100	1,613,745	

El cumplimiento del indicador se evaluará acorde a los casos siguientes:

- 1) Afiliados vigentes en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá promover las acciones necesarias para que las unidades médicas mantengan la Acreditación.
- 2) Reafiliaciones, deberán estar asignadas en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas de conformidad con el área de influencia que corresponda atender a la del domicilio del beneficiario.

De manera que, el peso relativo que se establece se distribuirá del modo siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

1.5 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Tomando en cuenta que los Módulos de Afiliación y Orientación fijos son el espacio físico en los que se realiza la afiliación y reafluación de las personas y familias, el objetivo es que éstos dispongan del servicio de internet, a fin de poder consultar la posible derechohabencia, el seguimiento de los procesos de afiliación, reafluación y resguardo de expedientes digitales e integración de la base de datos del padrón estatal. Se establece como indicador la operación de los Módulos de Afiliación y Orientación Fijos en línea. El cual tiene un peso relativo de 10 puntos como se desglosan en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

El porcentaje mensual que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir se indica en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Abril	30	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	39	
Junio	48	
Julio	56	
Agosto	65	
Septiembre	74	
Octubre	83	
Noviembre	91	
Diciembre	100	

1.6 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Considerando que la CURP es un documento de identidad único de las personas que fortalece la confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y que permite la verificación de derechohabencia, se dará seguimiento de enero a noviembre para poder contar con un 96% de CURP validadas por RENAPO, para lo cual se deberá cumplir como mínimo el porcentaje establecido en la siguiente tabla respecto a la cobertura mensual de afiliación que corresponda:

CURP validada por RENAPO		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	85	Mensual (enero-noviembre)
Febrero	86	
Marzo	87	
Abril	88	
Mayo	89	
Junio	91	
Julio	92	
Agosto	93	
Septiembre	94	
Octubre	95	
Noviembre	96	

Este indicador tiene un valor máximo de 10 puntos como se muestra en el cuadro siguiente:

CURP validada por RENAPO		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
11	10.00	Mensual (enero-noviembre)
10	9.09	
9	8.18	
8	7.27	
7	6.36	
6	5.45	
5	4.54	
4	3.63	
3	2.72	
2	1.81	
1	0.90	

1.7 SUPERVISIÓN

Derivado a que el proceso de supervisión tiene como objetivos principales comprobar el apego a la norma y los procedimientos en los procesos de afiliación y reafiliación mediante la revisión de los expedientes y la verificación de la existencia de las personas que integran el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, se establece este indicador, el cual se medirá con la calificación que obtenga la "ENTIDAD FEDERATIVA" en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación. Para tal propósito se determina como fecha máxima de evaluación el mes de diciembre y se considera un peso relativo de 10 puntos, de conformidad con la calificación obtenida en el proceso de acuerdo con la tabla siguiente:

Supervisión		
Calificación	Peso relativo	Fecha de evaluación
De 90.01 a 100	10.00	Cuando aplique (enero-diciembre)
De 80.01 a 90	8.00	
De 70.01 a 80	6.00	
De 60.01 a 70	4.00	
De 50.01 a 60	2.00	
Menos de 50	0.00	

En caso de que la "ENTIDAD FEDERATIVA" no sea supervisada en el ejercicio fiscal, la calificación que se tomará para este indicador será la registrada en la última supervisión efectuada en cualquier otro ejercicio fiscal.

1.8 REGISTRO DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DEL GASTO DE OPERACIÓN DEL REPSS 2017

Este indicador evalúa la oportunidad de registrar el Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente al ejercicio fiscal 2017, a partir de la emisión de los Lineamientos Generales que establecen los criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el Apoyo Administrativo y Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Tendrá un peso relativo máximo de 10 puntos conforme a las fechas siguientes:

Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017		
Fecha de registro	Peso relativo	Fecha de evaluación
Hasta el 10 de marzo	10.00	Hasta abril
Del 13 al 24 de marzo	7.50	
Del 27 de marzo al 7 de abril	5.00	
Del 10 al 28 de abril	2.50	
Después del 28 de abril	0.00	

1.9 DIGITALIZACIÓN DE EXPEDIENTES

Se establece como indicador la digitalización de expedientes para facilitar el acceso y la organización de la información, aumentar la seguridad y control, así como reducir los espacios físicos y uso de papel en la integración de los expedientes, este indicador se evaluará mensualmente de enero a diciembre y deberá cumplirse con la digitalización de documentos del 50% de la meta mínima de reafiliación referida en la columna "B" del "APARTADO UNO", como se muestra en la siguiente tabla:

Meta mínima de digitalización	
Mes	Número de registros acumulados
Enero	6,787
Febrero	32,602
Marzo	78,705
Abril	149,106
Mayo	247,181
Junio	363,931
Julio	445,197
Agosto	517,514
Septiembre	592,162
Octubre	668,033
Noviembre	747,139
Diciembre	806,873

Para la evaluación de este indicador se establece un valor máximo de 10 puntos como se presenta a continuación:

Digitalización de expedientes		
Número de meses que cumplió	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

2. RESULTADO DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO

Al cierre del ejercicio fiscal, las entidades federativas situadas en las diez primeras calificaciones resultantes de la evaluación de los indicadores de desempeño en materia de afiliación y operación, serán objeto de una posible ampliación de cobertura de afiliación con los registros cedidos por las entidades federativas que no alcancen la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" establecidas en el "APARTADO UNO".

La posible asignación de los registros cedidos se realizará con base en el peso relativo del lugar que ocupe la "ENTIDAD FEDERATIVA" como resultado de la calificación que obtenga en la evaluación del desempeño en materia de afiliación y operación, esto quiere decir, que la "ENTIDAD FEDERATIVA" que tenga la calificación mayor se le asignarán más registros y a la ubicada en la última posición menos y sólo se tomarán los registros existentes sin derechohabencia, conforme al resultado de la validación contra el último resultado del cotejo de padrones disponible y tomando en cuenta la estimación de cobertura de población sin derechohabencia emitida por la Dirección General de Información en Salud.

Para efectos del párrafo anterior se considerarán las reglas siguientes:

2.1 Reglas de distribución

- La "ENTIDAD FEDERATIVA" tiene una demanda de afiliación por arriba de los registros cedidos, se asignará solamente el número de registros que resulte de aplicar el peso relativo de acuerdo a la calificación obtenida.
- La "ENTIDAD FEDERATIVA" no tiene registros suficientes para incorporar los cedidos, se cubrirán únicamente sus registros existentes.
- En caso de persistir registros cedidos se distribuirán nuevamente y así sucesivamente hasta agotar los registros disponibles.
- En caso de empate, se tomará en cuenta el Índice de Marginación emitido por el CONAPO para la "ENTIDAD FEDERATIVA" aplicando lo establecido en los párrafos anteriores.

2.2 Mejor desempeño sin demanda adicional

- Se considerará a las entidades federativas siguientes con mejor desempeño y se les aplicará lo establecido en el punto 2.1.

VI. "LAS PARTES" acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente "ANEXO II", será resuelto de común acuerdo y de ser el caso, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales aplicables.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente Anexo II que consta de quince fojas incluyendo ésta, y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por cuadruplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, a los 31 días de mes de marzo de 2017.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel Jaime O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de México: el Secretario de Salud del Estado de México, **César Nomar Gómez Monge**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de México: el Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el Estado de México, **Aldo Ledezma Reyna**.- Rúbrica.

ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2017, correspondiente al Estado de Michoacán.

ANEXO II DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017 CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE MICHOACÁN.

De conformidad con lo dispuesto en las cláusulas Sexta y Décima Segunda del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en adelante "LA SECRETARÍA" representada por el titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Ejecutivo Estatal en lo sucesivo "ENTIDAD FEDERATIVA" representado por los titulares de la Secretaría de Salud y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el Estado de Michoacán, a quienes de manera conjunta se les denominará "LAS PARTES", reconocen el presente instrumento como el ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en adelante "ANEXO II", para el presente ejercicio fiscal, el cual se suscribe por los representantes operativos debidamente acreditados por "LA SECRETARÍA" y la "ENTIDAD FEDERATIVA".

Al amparo del presente "ANEXO II" se establece la Cobertura de Afiliación y Meta de Reafiliación para el ejercicio fiscal 2017, en adelante "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN", en los términos que se señalan en el "APARTADO UNO".

Asimismo, con fundamento en los artículos 77 bis 6 de la Ley General de Salud y 67 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen Indicadores de Seguimiento del Desempeño en materia de afiliación y operación, detallados en el "APARTADO DOS" del presente "ANEXO II".

APARTADO UNO: COBERTURA DE AFILIACIÓN Y META DE REAFILIACIÓN

Michoacán			
Cobertura de afiliación mensual			2,369,058
Crecimiento mensual PROSPERA			16,029
			Metas
Meses	Reafiliación		Cobertura
	Acumulada	Mínima	PROSPERA
	A	B	C
Enero	33,411	2,673	1,062,961
Febrero	132,266	22,485	1,078,990
Marzo	177,390	44,348	1,095,019
Abril	232,624	76,766	1,111,048
Mayo	283,555	119,093	1,127,077
Junio	374,142	187,071	1,143,106
Julio	446,866	236,839	1,159,135

Agosto	524,654	299,053	1,175,164
Septiembre	605,435	363,261	1,191,193
Octubre	687,333	433,020	1,207,222
Noviembre	767,290	514,084	1,223,251
Diciembre	833,031	583,122	1,239,280
Total anual	833,031	583,122	1,239,280

La Cobertura de afiliación mensual, se refiere al número máximo de registros por los cuales podrá gestionarse la transferencia de recursos.

El crecimiento mensual PROSPERA, se refiere al número de registros de ese tipo de población que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe incorporar.

- A. La columna "A" corresponde a los vencimientos mensuales acumulados de 2017, con base en la información del cierre de afiliación de diciembre de 2016.
- B. La columna "B" corresponde a la Meta mínima mensual acumulada de reafiliación que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir.
- C. La columna "C" corresponde a la Meta de afiliación mensual acumulada de la población PROSPERA que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir, incluye registros de beneficiarios con y sin corresponsabilidad en Salud.
- I. "LAS PARTES" convienen que la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" podrá ser sujeta de revisión y, en su caso, de ajuste, cuando:
 - a) A la baja: Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la "ENTIDAD FEDERATIVA", por tanto, se afecte la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN".
 - b) A la alza: Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio fiscal. En este caso, su procedencia quedará sujeta al cumplimiento de los indicadores de seguimiento del desempeño que se describen en el "APARTADO DOS" y a la disponibilidad financiera.

En ambos casos, "LAS PARTES" acuerdan que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá dirigir comunicación expresa al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Para el ajuste a la baja, presentar el soporte documental correspondiente que acredite las condiciones adversas que impidieron la ejecución de los procesos operativos de afiliación y reafiliación; en caso de la alza, la manifestación de que cuenta con los recursos necesarios para realizar la Aportación Solidaria Estatal que corresponda para hacer frente a la demanda adicional de afiliación. Con el objetivo de evaluar y analizar las circunstancias y poder dar una resolución, la cual será notificada mediante comunicación formal misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente "ANEXO II".

- II. "LAS PARTES" convienen que la meta mínima de reafiliación columna "B" de este apartado se evaluará de enero a diciembre y su incumplimiento podrá afectar en junio la cobertura de afiliación y de julio a diciembre la gestión de transferencia de recursos, de acuerdo a lo siguiente:

Si el resultado de la reafiliación alcanzada es menor al dato de la columna "B" de este apartado se aplicará lo siguiente:

$$\text{Cobertura de afiliación del mes}^1 - \text{Meta mínima acumulada de reafiliación del mes} + \text{Reafiliación alcanzada del mes} = \text{Máximo de gestión de transferencia de recursos.}$$

¹ La cobertura de afiliación del mes, se refiere al número de registros por lo que se puede gestionar la transferencia de recursos o, en su caso, se considera como nueva cobertura de afiliación mensual a la resultante en el mes de junio, conforme al cumplimiento de meta de reafiliación y evaluación de los indicadores del desempeño.

La cobertura mensual de afiliación en el mes de junio será modificada al número de registros gestionados para la transferencia de recursos como resultado de aplicar el cálculo descrito en esta cláusula y no podrán ser recuperados, por lo tanto será su nueva cobertura de afiliación para los meses subsecuentes. La "ENTIDAD FEDERATIVA" estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras al final del presente ejercicio fiscal. Para los meses de julio a diciembre, únicamente se afectará la gestión de transferencia de recursos, de manera que podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual o la modificada de ser el caso, en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

- III. "LAS PARTES" convienen que el incumplimiento de la meta de afiliación PROSPERA columna "C" de este apartado, así como la evaluación de los indicadores 1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General, 1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas, 1.5 Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea, 1.6 CURP validada por RENAPO y 1.7 Supervisión del "APARTADO DOS", podrán afectar la gestión de transferencia de recursos mensual, de acuerdo a los criterios que a continuación se describen.

III.1 COBERTURA PROSPERA

Si en los meses de julio, septiembre y noviembre, el resultado de la cobertura PROSPERA alcanzada en el mes que corresponda es menor al dato de la columna "C", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (2 veces el crecimiento neto PROSPERA del mes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación del mes en los meses subsecuentes con registros de población abierta. Sin embargo, para el mes de diciembre deberá hacerlo con registros PROSPERA, en caso contrario estará cediendo los registros para una reasignación a otras, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Si en los meses de abril a noviembre, no se reduce la brecha de beneficiarios con doble derechohabencia conforme al máximo establecido en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – Meta de registros en colisión del mes² + Número de registros que alcanzó a sustituir en el mes = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla, con población no derechohabiente. Sin embargo, los registros que no logro sustituir se estarán cediendo para una reasignación a otras en el mes de diciembre, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.3 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el número alcanzado en el mes que corresponda de beneficiarios reafiliados asignados en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas es menor a los datos establecidos en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – Meta acumulada del mes de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas³ + Alcanzado de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

² La meta de registros en colisión corresponde al número de registros susceptibles de sustitución que se indican en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS".

³ La meta de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas acumulada del mes se indica en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS".

III.4 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el porcentaje alcanzado de Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea en el mes que corresponda es menor a los datos establecidos en el numeral 1.5 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (30,000 registros⁴) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsiguientes al que le haya aplicado la regla.

III.5 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Se medirá el número de CURP validadas por RENAPO en los meses de abril, junio, agosto y octubre, con el resultado alcanzado de afiliación del mes anterior al que aplique la regla. Si el porcentaje alcanzado en el mes que corresponda es menor a los porcentajes establecidos en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes de medición – Meta acumulada del mes anterior de CURP⁵ + Alcanzado de CURP validadas por RENAPO del mes anterior = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsiguientes al que le haya aplicado la regla.

III.6 SUPERVISIÓN⁶

Si en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación no se presenta el total de expedientes de la muestra, se detectan expedientes incompletos y/o con inconsistencias, al cierre del mes en el que se realice la supervisión⁷, para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no entregados + incompletos + inconsistentes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" contará con treinta días hábiles para solventar los hallazgos, una vez concluido este periodo, en caso de no atenderlos en su totalidad, se procederá a ajustar la cobertura de afiliación conforme a lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no solventados⁸) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" no podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual ya que estará cediendo los registros que representen los expedientes no solventados para una reasignación a otras al cierre del ejercicio fiscal, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

IV. "LAS PARTES" convienen que para la gestión de transferencia de recursos mensual se aplicará la prelación siguiente:

- a) Población vulnerable (menores de 5 años, mujeres embarazadas y adultos mayores).
- b) Población beneficiaria del programa PROSPERA.
- c) Población reafiliada en el corte de información.
- d) Población abierta.

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud se cubrirá con base en lo establecido en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del presente ejercicio fiscal.

⁴ Los 30,000 registros, corresponden al criterio de cálculo establecido en los Lineamientos Generales del Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la apertura de este tipo de oficinas.

⁵ La meta de CURP validadas por RENAPO se indica en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS".

⁶ Se medirá de acuerdo a los tiempos establecidos en el Macroproceso de Supervisión de Afiliación y Operación vigente.

⁷ Para el caso de la última semana del mes se recorrerá la aplicación de la regla al siguiente.

⁸ Se refiere a la integración y/o corrección de los expedientes no entregados, incompletos y/o con inconsistencias.

**APARTADO DOS: INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO
EN MATERIA DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN**

V. "LAS PARTES" convienen que para el presente ejercicio fiscal la evaluación en materia de afiliación y operación para la posible ampliación de la cobertura de afiliación se realizará a partir de los indicadores de seguimiento del desempeño que se muestran a continuación:

1. PARÁMETROS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Indicador	Peso relativo en el global	Fecha de aplicación		
		Evaluación del desempeño	Gestión de transferencia de recursos	Ajuste de cobertura de afiliación mensual
1.1 Reafiliación	15	Mensual (enero-diciembre)	julio-diciembre	junio
1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General	15	Mensual (abril-noviembre)	Mensual (abril-noviembre)	NA
1.3 Cobertura PROSPERA	10	Mensual (enero-diciembre)	Julio, septiembre y noviembre	Diciembre
1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.5 Módulos de Afiliación y Orientación en línea	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.6 CURP validada por RENAPO	10	Mensual (enero-noviembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre, a mes vencido)	NA
1.7 Supervisión	10	Cuando aplique (enero-diciembre)	En el mes que aplique la supervisión	En el mes que concluya el periodo de treinta días hábiles de solventación de hallazgos
1.8 Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017	10	Hasta abril	NA	NA
1.9 Digitalización de expedientes	10	Mensual (enero-diciembre)	NA	NA
Total	100			

NA: No aplica el ajuste de gestión de transferencia de recursos y/o cobertura de afiliación mensual.

1.1 REAFILIACIÓN

Con el propósito de que los beneficiarios sin derechohabencia mantengan el acceso efectivo a la seguridad social en materia de salud, así como poder medir el grado de aceptación del Seguro Popular en la población objetivo, la reafiliación se evaluará mensualmente para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá cumplir al menos con lo establecido en la columna "B" del "APARTADO UNO".

Reafiliación		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	8	Mensual (enero-diciembre)
Febrero	17	
Marzo	25	
Abril	33	
Mayo	42	
Junio	50	
Julio	53	
Agosto	57	
Septiembre	60	
Octubre	63	
Noviembre	67	
Diciembre	70	

Este indicador tiene un peso relativo de 15 puntos como se muestra a continuación:

Reafiliación		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	15.00	Mensual (enero-diciembre)
11	13.75	
10	12.50	
9	11.25	
8	10.00	
7	8.75	
6	7.50	
5	6.25	
4	5.00	
3	3.75	
2	2.50	
1	1.25	

1.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Como resultado del cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud contra los padrones de las instituciones de seguridad y esquemas públicos y sociales de atención médica realizados por el Consejo de Salubridad General, se busca reducir la brecha existente de beneficiarios con doble derechohabencia y cumplir lo establecido en la fracción V del artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017.

Este indicador se medirá mensualmente de abril a noviembre, la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá alcanzar una meta de sustitución hasta un máximo de 120,728 registros con doble derechohabencia o, en su caso, un número menor siempre y cuando así lo reporte la última confronta que se disponga por parte del Consejo de Salubridad General, para lo cual la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá reemplazar en el mes que corresponda al menos el número de registros acumulados que se enlistan en la tabla siguiente:

Colisión			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	12	14,487	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	31,389	
Junio	38	45,877	
Julio	50	60,364	
Agosto	62	74,851	
Septiembre	76	91,753	
Octubre	88	106,241	
Noviembre	100	120,728	

El peso relativo de este indicador es de 15 puntos, como se presenta a continuación:

Colisión		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
8	15.00	Mensual (abril-noviembre)
7	13.13	
6	11.26	
5	9.39	
4	7.52	
3	5.65	
2	3.78	
1	1.91	

1.3 COBERTURA PROSPERA

Como parte de la meta nacional “México Incluyente”, que tiene como objetivo garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y con el fin de instrumentar la política de Protección Social en Salud para reducir la brecha en el acceso a los servicios de salud de los beneficiarios del Programa de Inclusión Social PROSPERA, se establece como indicador la afiliación de este grupo de personas. Por lo que la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá alcanzar mensualmente lo indicado en la columna “C” del “APARTADO UNO”.

Este indicador considera un máximo de 10 puntos como se señala en la tabla siguiente:

Cobertura PROSPERA		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

1.4 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Con la finalidad de impulsar el acceso a los servicios de salud de calidad, se establece como indicador la asignación de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas. Considerando que la Acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud.

Este indicador tiene un peso relativo de 10 puntos y se medirá mensualmente de abril a diciembre, para lo cual se tomará como base el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud del mes que corresponda, el Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud de la Dirección General de Información en Salud vigente y el Sistema de Información de Establecimientos y Servicios Acreditados vigente, integrado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El porcentaje mínimo de cumplimiento mensual que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe alcanzar se muestra en la tabla siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas			
Mes	% de Cumplimiento mínimo	Número de registros acumulados	Fecha de evaluación
Abril	45	34,545	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	61,928	
Junio	59	110,372	
Julio	66	156,314	
Agosto	72	215,318	
Septiembre	79	286,976	
Octubre	86	372,397	
Noviembre	93	478,098	
Diciembre	100	583,122	

El cumplimiento del indicador se evaluará acorde a los casos siguientes:

- 1) Afiliados vigentes en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá promover las acciones necesarias para que las unidades médicas mantengan la Acreditación.
- 2) Reafiliaciones, deberán estar asignadas en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas de conformidad con el área de influencia que corresponda atender a la del domicilio del beneficiario.

De manera que, el peso relativo que se establece se distribuirá del modo siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

1.5 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Tomando en cuenta que los Módulos de Afiliación y Orientación fijos son el espacio físico en los que se realiza la afiliación y reafiliación de las personas y familias, el objetivo es que éstos dispongan del servicio de internet, a fin de poder consultar la posible derechohabiencia, el seguimiento de los procesos de afiliación, reafiliación y resguardo de expedientes digitales e integración de la base de datos del padrón estatal. Se establece como indicador la operación de los Módulos de Afiliación y Orientación Fijos en línea. El cual tiene un peso relativo de 10 puntos como se desglosan en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Número de meses que cumplió el % mínimo	Peso relativo	Fecha de evaluación
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

El porcentaje mensual que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe cumplir se indica en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Abril	30	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	39	
Junio	48	
Julio	56	
Agosto	65	
Septiembre	74	
Octubre	83	
Noviembre	91	
Diciembre	100	

1.6 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Considerando que la CURP es un documento de identidad único de las personas que fortalece la confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y que permite la verificación de derechohabiencia, se dará seguimiento de enero a noviembre para poder contar con un 96% de CURP validadas por RENAPO, para lo cual se deberá cumplir como mínimo el porcentaje establecido en la siguiente tabla respecto a la cobertura mensual de afiliación que corresponda:

CURP validada por RENAPO		
Meses	% mínimo de cumplimiento mensual	Fecha de evaluación
Enero	85	Mensual (enero-noviembre)
Febrero	86	
Marzo	87	
Abril	88	
Mayo	89	
Junio	91	
Julio	92	
Agosto	93	
Septiembre	94	
Octubre	95	
Noviembre	96	

Este indicador tiene un valor máximo de 10 puntos como se muestra en el cuadro siguiente:

CURP validada por RENAPO		
Número de meses de cumplimiento	Peso relativo	Fecha de evaluación
11	10.00	Mensual (enero-noviembre)
10	9.09	
9	8.18	
8	7.27	
7	6.36	
6	5.45	
5	4.54	
4	3.63	
3	2.72	
2	1.81	
1	0.90	

1.7 SUPERVISIÓN

Derivado a que el proceso de supervisión tiene como objetivos principales comprobar el apego a la norma y los procedimientos en los procesos de afiliación y reafiliación mediante la revisión de los expedientes y la verificación de la existencia de las personas que integran el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, se establece este indicador, el cual se medirá con la calificación que obtenga la "ENTIDAD FEDERATIVA" en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación. Para tal propósito se determina como fecha máxima de evaluación el mes de diciembre y se considera un peso relativo de 10 puntos, de conformidad con la calificación obtenida en el proceso de acuerdo con la tabla siguiente:

Supervisión		
Calificación	Peso relativo	Fecha de evaluación
De 90.01 a 100	10.00	Cuando aplique (enero-diciembre)
De 80.01 a 90	8.00	
De 70.01 a 80	6.00	
De 60.01 a 70	4.00	
De 50.01 a 60	2.00	
Menos de 50	0.00	

En caso de que la "ENTIDAD FEDERATIVA" no sea supervisada en el ejercicio fiscal, la calificación que se tomará para este indicador será la registrada en la última supervisión efectuada en cualquier otro ejercicio fiscal.

1.8 REGISTRO DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DEL GASTO DE OPERACIÓN DEL REPSS 2017

Este indicador evalúa la oportunidad de registrar el Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente al ejercicio fiscal 2017, a partir de la emisión de los Lineamientos Generales que establecen los criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el Apoyo Administrativo y Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Tendrá un peso relativo máximo de 10 puntos conforme a las fechas siguientes:

Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017		
Fecha de registro	Peso relativo	Fecha de evaluación
Hasta el 10 de marzo	10.00	Hasta abril
Del 13 al 24 de marzo	7.50	
Del 27 de marzo al 7 de abril	5.00	
Del 10 al 28 de abril	2.50	
Después del 28 de abril	0.00	

1.9 DIGITALIZACIÓN DE EXPEDIENTES

Se establece como indicador la digitalización de expedientes para facilitar el acceso y la organización de la información, aumentar la seguridad y control, así como reducir los espacios físicos y uso de papel en la integración de los expedientes, este indicador se evaluará mensualmente de enero a diciembre y deberá cumplirse con la digitalización de documentos del 50% de la meta mínima de reafiliación referida en la columna "B" del "APARTADO UNO", como se muestra en la siguiente tabla:

Meta mínima de digitalización	
Mes	Número de registros acumulados
Enero	1,337
Febrero	11,243
Marzo	22,174
Abril	38,383
Mayo	59,547
Junio	93,536
Julio	118,420
Agosto	149,527
Septiembre	181,631
Octubre	216,510
Noviembre	257,042
Diciembre	291,561

Para la evaluación de este indicador se establece un valor máximo de 10 puntos como se presenta a continuación:

Digitalización de expedientes		
Número de meses que cumplió	Peso relativo	Fecha de evaluación
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

2. RESULTADO DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO

Al cierre del ejercicio fiscal, las entidades federativas situadas en las diez primeras calificaciones resultantes de la evaluación de los indicadores de desempeño en materia de afiliación y operación, serán objeto de una posible ampliación de cobertura de afiliación con los registros cedidos por las entidades federativas que no alcancen la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" establecidas en el "APARTADO UNO".

La posible asignación de los registros cedidos se realizará con base en el peso relativo del lugar que ocupe la "ENTIDAD FEDERATIVA" como resultado de la calificación que obtenga en la evaluación del desempeño en materia de afiliación y operación, esto quiere decir, que la "ENTIDAD FEDERATIVA" que tenga la calificación mayor se le asignarán más registros y a la ubicada en la última posición menos y sólo se tomarán los registros existentes sin derechohabencia, conforme al resultado de la validación contra el último resultado del cotejo de padrones disponible y tomando en cuenta la estimación de cobertura de población sin derechohabencia emitida por la Dirección General de Información en Salud.

Para efectos del párrafo anterior se considerarán las reglas siguientes:

2.1 Reglas de distribución

- La "ENTIDAD FEDERATIVA" tiene una demanda de afiliación por arriba de los registros cedidos, se asignará solamente el número de registros que resulte de aplicar el peso relativo de acuerdo a la calificación obtenida.
- La "ENTIDAD FEDERATIVA" no tiene registros suficientes para incorporar los cedidos, se cubrirán únicamente sus registros existentes.
- En caso de persistir registros cedidos se distribuirán nuevamente y así sucesivamente hasta agotar los registros disponibles.
- En caso de empate, se tomará en cuenta el Índice de Marginación emitido por el CONAPO para la "ENTIDAD FEDERATIVA" aplicando lo establecido en los párrafos anteriores.

2.2 Mejor desempeño sin demanda adicional

- Se considerará a las entidades federativas siguientes con mejor desempeño y se les aplicará lo establecido en el punto 2.1.

VI. "LAS PARTES" acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente "ANEXO II", será resuelto de común acuerdo y de ser el caso, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales aplicables.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente Anexo II que consta de quince fojas incluyendo ésta, y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por cuadruplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, a los 31 días del mes de marzo de 2017.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel Jaime O'Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Michoacán: la Secretaria de Salud y Directora General del O.P.D. Servicios de Salud de Michoacán, **Silvia Hernández Capi**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Michoacán: la Directora General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Michoacán de Ocampo, **Diana Celia Carpio Ríos**.- Rúbrica.