

SECRETARÍA 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 Estado de Morelos.

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 MORELOS.

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 Morelos, 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

Morelos			
Cobertura de afiliación mensual			1,020,077
Crecimiento mensual PROSPERA			2,341
Metas			
Meses	Reafiliación		Cobertura
	Acumulada	Mínima	PROSPERA
	A	B	C
Enero	20,294	1,624	270,981
Febrero	45,753	7,778	273,322
Marzo	74,244	18,561	275,663
Abril	104,016	34,325	278,004
Mayo	135,784	57,029	280,345
Junio	181,928	90,964	282,686
Julio	229,450	121,609	285,027

Agosto	260,690	148,593	287,368
Septiembre	292,776	175,666	289,709
Octubre	324,492	204,430	292,050
Noviembre	345,856	231,724	294,391
Diciembre	359,253	251,477	296,732
Total anual	359,253	251,477	296,732

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 a 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 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 = 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 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 56,388 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 remplazar 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	6,767	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	14,661	
Junio	38	21,427	
Julio	50	28,194	
Agosto	62	34,961	
Septiembre	76	42,855	
Octubre	88	49,621	
Noviembre	100	56,388	

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	15,446	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	29,655	
Junio	59	53,669	
Julio	66	80,262	
Agosto	72	106,987	
Septiembre	79	138,776	
Octubre	86	175,810	
Noviembre	93	215,503	
Diciembre	100	251,477	

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	812
Febrero	3,889
Marzo	9,281
Abril	17,163
Mayo	28,515
Junio	45,482
Julio	60,805
Agosto	74,297
Septiembre	87,833
Octubre	102,215
Noviembre	115,862
Diciembre	125,739

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 Morelos: la Secretaria de Salud del Estado de Morelos, **Ángela Patricia Mora González**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Morelos: el Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Morelos, **Roberto Martínez Poblete**.- 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 Nayarit.

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 NAYARIT.

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 Nayarit, 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

Nayarit			
Cobertura de afiliación mensual			593,470
Crecimiento mensual PROSPERA			2,321
			Metas
Meses	Reafiliación		Cobertura
	Acumulada	Mínima	PROSPERA
	A	B	C
Enero	7,764	621	129,195
Febrero	25,536	4,341	131,516
Marzo	46,263	11,566	133,837
Abril	60,552	19,982	136,158
Mayo	75,915	31,884	138,479
Junio	81,296	40,648	140,800
Julio	89,514	47,442	143,121

Agosto	98,309	56,036	145,442
Septiembre	116,679	70,007	147,763
Octubre	130,213	82,034	150,084
Noviembre	148,973	99,812	152,405
Diciembre	160,807	112,565	154,726
Total anual	160,807	112,565	154,726

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 a 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 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:

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 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 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 89,970 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 remplazar 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	10,796	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	23,392	
Junio	38	34,189	
Julio	50	44,985	
Agosto	62	55,781	
Septiembre	76	68,377	
Octubre	88	79,174	
Noviembre	100	89,970	

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	8,992	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	16,580	
Junio	59	23,982	
Julio	66	31,312	
Agosto	72	40,346	
Septiembre	79	55,306	
Octubre	86	70,549	
Noviembre	93	92,825	
Diciembre	100	112,565	

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 reafluencia 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	311
Febrero	2,171
Marzo	5,783
Abril	9,991
Mayo	15,942
Junio	20,324
Julio	23,721
Agosto	28,018
Septiembre	35,004
Octubre	41,017
Noviembre	49,906
Diciembre	56,283

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:

2.3 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.

2.4 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 Nayarit: el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Nayarit, **Jesús Pavel Plata Jarero**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Nayarit: el Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Nayarit, **José Ramón Alcántar 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 Nuevo León.

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 NUEVO LEÓN.

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 Nuevo León, 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

Nuevo León			
Cobertura de afiliación mensual			1,200,000
Crecimiento mensual PROSPERA			3,598
Metas			
Meses	Reafiliación		Cobertura PROSPERA
	Acumulada	Mínima	
	A	B	C
Enero	25,782	2,063	219,081
Febrero	60,864	10,347	222,679
Marzo	100,964	25,241	226,277
Abril	138,539	45,718	229,875
Mayo	182,393	76,605	233,473
Junio	228,112	114,056	237,071
Julio	274,888	145,691	240,669

Agosto	306,330	174,608	244,267
Septiembre	328,925	197,355	247,865
Octubre	345,910	217,923	251,463
Noviembre	364,390	244,141	255,061
Diciembre	382,633	267,843	258,659
Total anual	382,633	267,843	258,659

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 a 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 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:

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 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 = 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 reafileada 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 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 67,336 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 remplazar 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	8,080	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	17,507	
Junio	38	25,588	
Julio	50	33,668	
Agosto	62	41,748	
Septiembre	76	51,175	
Octubre	88	59,256	
Noviembre	100	67,336	

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	20,573	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	39,835	
Junio	59	67,293	
Julio	66	96,156	
Agosto	72	125,718	
Septiembre	79	155,910	
Octubre	86	187,414	
Noviembre	93	227,051	
Diciembre	100	267,843	

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 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 reafluencia 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	1,032
Febrero	5,174
Marzo	12,621
Abril	22,859
Mayo	38,303
Junio	57,028
Julio	72,846
Agosto	87,304
Septiembre	98,678
Octubre	108,962
Noviembre	122,071
Diciembre	133,922

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 Nuevo León: el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Nuevo León, **Manuel Enrique de la O Cavazos**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Nuevo León: el Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Nuevo León, **Juan Luis González Treviño**.- 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 Oaxaca.
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 OAXACA

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 Oaxaca, 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

Oaxaca			
Cobertura de afiliación mensual			2,695,399
Crecimiento mensual PROSPERA			14,456
Metas			
Meses	Reafiliación		Cobertura PROSPERA
	Acumulada	Mínima	
	A	B	C
Enero	50,448	4,036	1,424,896
Febrero	161,032	27,375	1,439,352
Marzo	252,030	63,008	1,453,808
Abril	337,268	111,298	1,468,264
Mayo	421,988	177,235	1,482,720
Junio	502,396	251,198	1,497,176
Julio	588,263	311,779	1,511,632

Agosto	663,316	378,090	1,526,088
Septiembre	732,649	439,589	1,540,544
Octubre	803,548	506,235	1,555,000
Noviembre	863,830	578,766	1,569,456
Diciembre	903,229	632,260	1,583,912
Total anual	903,229	632,260	1,583,912

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 a 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 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:

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 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 = 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 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 120,097 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 remplazar 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	14,412	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	31,225	
Junio	38	45,637	
Julio	50	60,049	
Agosto	62	74,460	
Septiembre	76	91,274	
Octubre	88	105,685	
Noviembre	100	120,097	

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	50,084	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	92,162	
Junio	59	148,207	
Julio	66	205,774	
Agosto	72	272,225	
Septiembre	79	347,275	
Octubre	86	435,362	
Noviembre	93	538,252	
Diciembre	100	632,260	

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	2,018
Febrero	13,688
Marzo	31,504
Abril	55,649
Mayo	88,618
Junio	125,599
Julio	155,890
Agosto	189,045
Septiembre	219,795
Octubre	253,118
Noviembre	289,383
Diciembre	316,130

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 Oaxaca: la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud de Oaxaca, **Gabriela del Refugio Velásquez Rosas**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Oaxaca: el Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Oaxaca, **Antonio Tovar González**.- Rúbrica.