CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

REPSS
RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

SEGURO POPULAR
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

No. de Oficio: REPSS/DG/374/2017
Tlaxcala, Tlaxcala a 19 de abril de 2017
Asunto: Envío Anexo II

DR. ALBERTO JONGUITUD FÁLCON
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR
GENERAL DEL OPD SALUD DE TLAXCALA.
P R E S E N T E.

Sírvase este medio para enviarle un cordial saludo, y a su vez remito a Usted un ejemplar en original del Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, correspondiente al ejercicio 2017 donde establece las "Coberturas de Afiliación y Meta de Reafiliación; lo anterior para su observancia, resguardo y seguimiento que así corresponda a las áreas a su digno cargo.

Sin otro particular por el momento, quedo de usted.

O.P.D. SALUD DE TLAXCALA
TLAXCALA 2011-2016
RECIBIDO
20 ABR 2017
HORA 14:43
Departamento de Programación Y Organización

ATENTAMENTE

DR. JOSÉ HIPÓLITO SÁNCHEZ HERNÁNDEZ
DIRECTOR GENERAL DEL OPD REPSS EN TLAXCALA.

C.c.p C.P. Mario Hernández Ramírez.-Director de Administración de OPD Salud Tlaxcala.
Dr. Efrén Samuel Orrico Torres.- Director de Atención Médica Especializada de OPD Salud Tlaxcala.
Ing. Jesús Téllez Téllez.- Encargado de la Dirección de Infraestructura de OPD Salud Tlaxcala.
Dra. Claudia Salamanca Vázquez.- Directora de Promoción a la Salud del OPD Salud de Tlaxcala.

RECIBIDO
TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO 2011 - 2016
SALUD de TLAXCALA
20 ABR 2017
DEPARTAMENTO DE PLANEACION Y SISTEMAS
RECIBE:
HORA: 12:55
RECIBIDO

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 TLAXCALA

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 Tlaxcala, 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.

Tlaxcala	
Cobertura de afiliación mensual	865,929
Crecimiento mensual PROSPERA	2,128

	Metas		
Meses	Reafiliación Acumulada	Reafiliación Mínima	Cobertura PROSPERA
	A	B	C
Enero	31,138	2,491	254,695
Febrero	55,199	9,384	256,823
Marzo	87,652	21,913	258,951
Abril	131,234	43,307	261,079
Mayo	178,673	75,043	263,207
Junio	227,779	113,890	265,335
Julio	280,846	148,848	267,463
Agosto	319,216	181,953	269,591
Septiembre	346,717	208,030	271,719
Octubre	361,598	227,807	273,847
Noviembre	371,613	248,981	275,975
Diciembre	376,356	263,449	278,103
Total anual	**376,356**	**263,449**	**278,103**

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:

Cobertura de afiliación del mes[1] *– Meta mínima acumulada de reafiliación del mes + Reafiliación alcanzada del mes = Máximo de gestión de transferencia de recursos.*

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

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

III.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 derechohabiencia 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 mes[2] + Número de registros que alcanzó a sustituir en el mes = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

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

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

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

Cobertura de afiliación del mes – Meta acumulada del mes de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas[3] + 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 registros[4]) = 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 CURP[5] + 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 SUPERVISIÓN[6].

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 supervisión[7], 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 lo cobertura de afiliación conforme a lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no solventados[8])= 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.

---

[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.

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

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

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

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

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

1. PARÁMETROS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO.

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

Meses	Reafiliación % 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 **82,474** 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	9,897	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	21,443	
Junio	38	31,340	
Julio	50	41,237	
Agosto	62	51,134	
Septiembre	76	62,680	
Octubre	88	72,577	
Noviembre	100	82,474	

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	19,488	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	39,022	
Junio	59	67,195	
Julio	66	98,240	
Agosto	72	131,006	
Septiembre	79	164,344	
Octubre	86	195,914	
Noviembre	93	231,552	
Diciembre	100	263,449	

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 estos dispongan del servicio de internet, a fin de poder consultar la posible derechohabiencia, el seguimiento de los procesos de afiliación, reafiliación y resguardo de expedientes digitales e integración de la base de datos del padrón estatal. Se establece como indicador la operación de los Módulos de Afiliación y Orientación Fijos en línea. El cual tiene un peso relativo de 10 puntos como se desglosan en la tabla siguiente:

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

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

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

1.6 CURP VALIDADAS POR RENAPO.

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

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

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

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

1.7 SUPERVISIÓN.

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

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

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

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

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

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

1.9 DIGITALIZACIÓN DE EXPEDIENTES.

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

Meta mínima de digitalización	
Mes	Número de registros acumulados
Enero	1,246
Febrero	4,692
Marzo	10,957
Abril	21,654
Mayo	37,522
Junio	56,945
Julio	74,424
Agosto	90,977
Septiembre	104,015
Octubre	113,904
Noviembre	124,491
Diciembre	131,725

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 asignaran más registros y a la ubicada en la última posición menos y sólo se tomarán los registros existentes sin derechohabiencia, 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 derechohabiencia emitida por la Dirección General de Información en Salud.

Para efectos del párrafo anterior se consideraran 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 el 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

Dr. Gabriel Jaime O´Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Por la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala

Dr. Alberto Jonguitud Falcón
Secretario de Salud y Director General del O.P.D.Salud de Tlaxcala

Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Tlaxcala

Dr. José Hipólito Sánchez Hernández
Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Tlaxcala