

POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA

Metodología para su estimación y resultados obtenidos.

Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud,
Riesgos Laborales y Pensiones.

Septiembre de 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Carmen Eugenia Dávila Guerrero
Viceministra de Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Direcciones

José Luis Ortiz Hoyos, Regulación del Aseguramiento en Salud, Riesgos
Laborales y Pensiones
Omar Guaje Miranda, Financiamiento Sectorial
.

Oficinas

Dolly Esperanza Ovalle Carranza, Tecnología de la Información y la Comunicación
TIC

Contenido

Abreviaturas.....	4
Introducción	5
1 Marco Normativo relevante	6
2 Marco de referencia.	6
3 Metodología para la estimación de la Población Pobre No Asegurada, PPNA.	9
3.1 Comportamiento de la Población Pobre No Asegurada.....	10
4 Poblaciones especiales.....	12
4.1 Población en condiciones de desplazamiento forzado.	13
4.2 Población Indígena	15
5 Conclusiones y recomendaciones.....	17
6 Referencias.....	18
7 Anexos	19
7.1 Anexo 1. PPNA certificada por el MSPS al Departamento Nacional de Planeación, 2010 a 2015. 19	
7.2 Anexo 2. Nota técnica PPNA, certificación al DNP en enero del 2015.	20
7.3 Anexo 3. PPNA certificada al DNP en Enero del 2015	23
7.4 Anexo 4. PPNA utilizando información del Sisbén de Marzo del 2015.	23
7.5 Anexo 5. PPNA utilizando información del Sisbén de Junio del 2015.....	23
7.6 Anexo 6. Variación PPNA por Departamento certificaciones al DNP 2014 y 2015.	23
7.7 Anexo 7. Variación PPNA por Municipio, certificaciones al DNP 2014 y 2015.	24

Índice de Figuras

Figura 1 Árbol de problemas, Población No Afiliada al SGSSS	7
Figura 2 Variación PPNA por Departamento, Certificación al DNP Enero 2015 – Enero 2014.....	11
Figura 3 Variación PPNA por Municipio, Certificación al DNP Enero 2015 – Enero 2014.	12
Figura 4 Municipios receptores de más de 10.000 desplazados, Septiembre de 2014.	15
Figura 5 Municipios expulsores más de 15.000 desplazados, septiembre de 2014.	15

Abreviaturas

DNP	Departamento Nacional de Planeación
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
PPNA	Población Pobre No Asegurada
SGP	Sistema General de Participaciones

Introducción

La Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, tiene entre sus funciones proponer políticas, planes, programas y proyectos en materia de aseguramiento en salud, así como apoyar la definición de políticas para la asignación y focalización de beneficiarios de subsidios en salud (Decreto 2562, 2012). Esta función se desarrolla teniendo en cuenta la necesidad de desplegar estrategias para la consolidación de la cobertura universal¹, tales como el cierre de brechas de cobertura para ciertos grupos de población que presentan dificultades para la afiliación en salud, el fortalecimiento del aseguramiento en términos de la operación de la afiliación y la realización de arreglos institucionales tendientes a eliminar la fragmentación del aseguramiento (DNP, 2015).

La afiliación de la población no cubierta implica avanzar en varios frentes: i) el establecimiento de mecanismos para hacer efectiva la afiliación de los recién nacidos al sistema, promoviendo su debida identificación, ii) la definición los mecanismos para la afiliación de las personas identificadas como pobres, que no se encuentren afiliadas al momento del contacto con los servicios de salud, iii) la coordinación de acciones con las entidades responsables para la afiliación de poblaciones especiales no afiliadas y iv) el desarrollo de subsidios parciales y otros mecanismos que permitan la continuidad de la protección en salud, ante los cambios en la capacidad de pago de las personas (DNP, 2015).

La población no afiliada al SGSS corresponde a dos grupos: i) la Población Pobre No Asegurada, PPNA, que teniendo el beneficio a un subsidio pleno no se afilia y ii) la población no identificada como pobre, que sin tener el beneficio de un subsidio, en muchas ocasiones no tiene la capacidad de pago suficiente para pertenecer al régimen contributivo.

La PPNA es utilizada para varios fines. De un lado, el DNP usa las estimaciones certificadas por el MSPS, para efectos de la distribución del Sistema General de Participaciones, SGP, en lo concerniente a los recursos requeridos para la atención en salud de esta población. De otro lado, la Dirección de Financiamiento Sectorial del MSPS, utiliza las estimaciones de la PPNA para la asignación de recursos financieros complementarios que permitan su afiliación al régimen subsidiado, los cuales se encuentran en la matriz de continuidad². A su vez, la PPNA es un insumo para la formulación de los planes financieros territoriales de salud, en los cuales se especifican las metas y las estrategias para la afiliación de esta población en la búsqueda de la cobertura universal (Resolución 4015 de 2013).

En este documento, después de la presentación del marco normativo relevante y del marco de referencia, se explica la metodología desarrollada por el MSPS para la estimación de la PPNA, presentando la certificación realizada para el DNP en enero del 2015, y la estimación de la PPNA utilizando como referencia el Sisbén de los meses de marzo y junio del 2015. Así mismo se describe la situación de la población desplazada en los meses de septiembre del 2014 y marzo del 2015 y se

¹ En sus tres dimensiones: i) la proporción de la población cubierta, ii) el conjunto de los servicios de salud cubiertos, y iii) la protección financiera para que el gasto de bolsillo relacionado con la prestación de servicios de salud no ponga en riesgo la economía de las familias. En el presente documento nos concentramos en la primera dimensión.

² <http://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Financiamiento/Paginas/matriz-continuidad.aspx>. La información de la PPNA para el 2015 se encuentra en el archivo Monto-estimado-recursos-agosto-ajustado-2015, con fecha de agosto.

explican las razones por las cuales esta población no se considera PPNA para efectos de la distribución del SGP.

1 Marco Normativo relevante

La Ley 715 de 2001, la Ley 1438 de enero del 2011, el decreto 196 del 2013, la resolución 4015 de 2013 y las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014- 2018 establecen el marco de referencia para la definición de estas políticas. La Ley 715 de 2001 estableció la destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, SGP, en los componentes de subsidios a la demanda, prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y acciones de salud pública definidas como prioritarias para el país. La Ley 1438 de 2011 dispuso que todos los residentes en el país deberán ser afiliados al SGSSS a través de los mecanismos que para efecto desarrolle el Gobierno Nacional y define como proceder en términos de afiliación cuando una persona no asegurada demanda servicios. Así mismo establece los subsidios parciales a la cotización³ como un mecanismo para afiliar a aquellas personas sin capacidad de pago, no identificadas como beneficiarias por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios, SISBEN.

Para efectos de la distribución del SGP en lo relacionado con la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, el decreto 196 de febrero de 2013 establece que el MSPS debe certificar al DNP la Población Pobre No Asegurada, así como la metodología y los datos que sirvieron de base para el cálculo de dicha población. La certificación debe ser realizada en el mes de enero de cada año.

La resolución 4015 de 2013 establece los criterios para la estimación de la PPNA en el contexto de la metodología para la elaboración de los Planes Financieros Territoriales de Salud. En su formulación, los Departamentos y Distritos deben indicar, entre otros, las metas de afiliación de esta población al SGSSS, así como los recursos financieros requeridos para garantizar su atención mientras surte el proceso de afiliación. Finalmente, las bases del Plan Nacional de Desarrollo consideran la afiliación de la PPNA como una de las estrategias para cerrar las brechas de cobertura en el SGSSS.

2 Marco de referencia.

No obstante los logros alcanzados en materia de cobertura del aseguramiento en salud, a diciembre del 2014 alrededor de 1.6 millones de colombianos (un 3.4% de la población proyectada por el DANE) no estaban afiliados al SGSSS.

La PPNA corresponde a la población clasificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN que se encuentra en los puntos de corte adoptados en la resolución 3778 del 2011 y a las poblaciones especiales registradas en los listados censales, que no se encuentran afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado y que tampoco están cubiertas por los regímenes especiales y de excepción de que habla el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

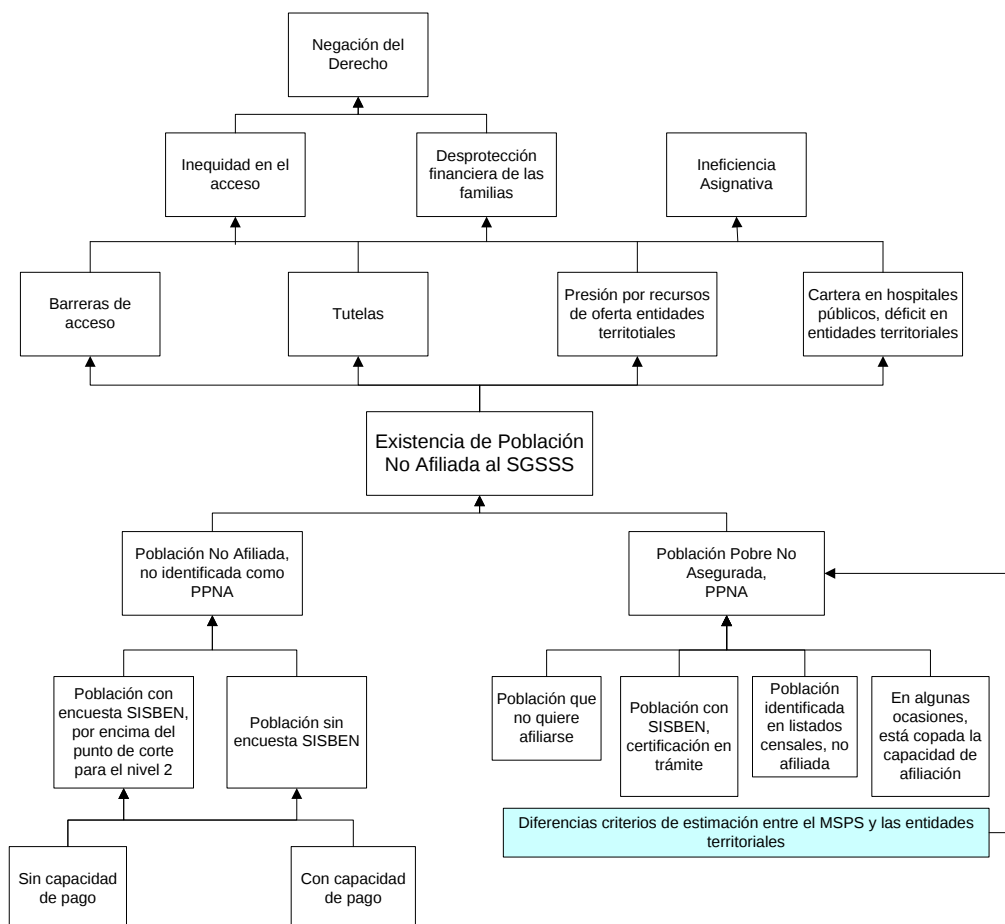
La población no afiliada no identificada como pobre corresponde a la población encuestada en el SISBEN con puntajes superiores a los establecidos como punto de corte para el nivel 2 de la

³ Artículo 34, Ley 1438.

resolución 3778 del 2011 y a la no encuestada no afiliada al SGSSS o a los regímenes de excepción o especiales, una parte de la cual carece de recursos para pertenecer al régimen contributivo.

Las principales razones para la existencia de población no afiliada al SGSSS se presentan en la figura 1

Figura 1 Árbol de problemas, Población No Afiliada al SGSSS



Fuente: Grupo de trabajo, Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

Son varias las causas para la existencia de población no afiliada. Según cifras de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada por el DANE y conforme se muestra en la tabla 1, las principales causas de no afiliación en el año 2014 están relacionadas con la falta de interés en la afiliación y la presencia de muchos trámites (16.9% y 13.8% respectivamente) y con la no vinculación laboral a una empresa o entidad y la falta de dinero (15.6% y 14.1% respectivamente). En un 27.2% de los casos, la afiliación está en proceso.

Tabla 1 Distribución porcentual de la población no afiliada al sistema general de seguridad social en salud por motivo principal de no afiliación. Total nacional 2011, 2013 y 2014.

Razón de la no afiliación	Año 2011	Año 2013	Año 2014
Por falta de dinero	20,40%	21,30%	14,10%
Muchos Trámites	18,90%	10,40%	13,80%
No le interesa o descuido	14,90%	15,50%	16,90%
No sabe que debe afiliarse	1,20%	1,10%	2,00%
No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad	10,60%	14,50%	15,60%
Está en trámite de afiliación	22%	26,10%	27,20%
No hay una entidad cercana	1,50%	1,10%	1,20%
Otra razón	10,50%	10,10%	9,30%

Fuente: Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE 2011, 2013, 2014.

De forma general, estos resultados podrían indicar que en el año 2014 un 30.7% de la población no afiliada no estaría dispuesta a afiliarse al menos en el corto plazo (no le interesa o descuido y muchos trámites), porcentaje que aumentó un 4.8% con respecto al año anterior y un 29.7% requeriría del desarrollo de medidas como los subsidios parciales para proceder a su afiliación (no está vinculado laboralmente a una empresa o entidad y falta de dinero). Estas razones, aunadas a fenómenos como la movilidad poblacional, explican las dificultades para lograr una cobertura del 100%. No obstante, el MSPS está trabajando en estrategias para cerrar las brechas de cobertura en algunos grupos de población que presentan dificultades para la afiliación en salud, ya que el objetivo de política es afiliar a toda la población.

Aunque existen diversas situaciones para la no afiliación que en algunos casos se salen del control del MSPS, se está trabajando en diferentes frentes para aumentar la cobertura tales como el trabajo con las entidades territoriales para fortalecer su capacidad para la identificación de la población pobre no asegurada y las poblaciones especiales y el análisis de alternativas para subsidios parciales.

Para la afiliación de la PPNA, el MSPS dispone anualmente recursos financieros complementarios para que las entidades territoriales procedan a su afiliación al régimen subsidiado. Si bien la PPNA no está formalmente afiliada al SGSSS, la prestación de servicios de salud está cubierta mediante el SGP para las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda.

La población no afiliada no identificada como pobre y sin capacidad de pago suficiente para afiliarse al Régimen Contributivo, puede ser cubierta por el sistema mediante diferentes alternativas, como por ejemplo la afiliación al sistema pagando solo la cotización en salud, mediante el subsidio al desempleo para la cotización en salud que otorgan las Cajas de Compensación Familiar (Ley del Cesante), y mediante la asignación de subsidios parciales a la cotización. Esta última alternativa se encuentra en proceso de desarrollo.

3 Metodología para la estimación de la Población Pobre No Asegurada, PPNA.

La metodología para la estimación de la PPNA ha sufrido varias modificaciones en el período 2010 a 2014, lo cual incide en los resultados observados. Para las certificaciones al DNP en los años 2010 y 2011, a la población con encuesta Sisbén se le suma la población de resguardos indígenas según cifras del DANE y a la población así obtenida se descuentan los afiliados al régimen contributivo, los regímenes de excepción y los cupos del régimen subsidiado. En los años 2012 y 2013 se utiliza el Sisbén Metodología III, sumando a la población de los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén la población indígena y a la población así obtenida se le restan los afiliados que cruzan con la Base de Datos Única de Afiliados para los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción.

Para certificación el año 2014, la metodología utiliza la base de datos del SISBEN Metodología III certificada por el Departamento Nacional de Planeación, la Base de Datos Única de Afiliados, BDUA, las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, RNEC y la Base de Datos de Estadísticas Vitales, del Sistema de Información de Protección Social, SISPRO. En el anexo 1 se presentan las estimaciones de la PPNA certificadas para el período 2010 a 2015.

Para la certificación del año 2015, se utilizan la base de datos del SISBEN metodología III certificada por el DNP, la Base de Datos Única de Afiliados, BDUA, la base de datos de la Planilla Integrada de Aportes a la Seguridad Social, PILA, la base de datos “identificaciones_RNEC_certificadas” que contiene la información de la Registraduría Nacional del Estado Civil -RNEC e información de nacimientos y defunciones reportada por los prestadores de servicios de salud y Medicina Legal a la base de datos RUAF-ND, la base de datos de los Regímenes de Excepción y Especial, BDEX, y la Base de Datos de Evolución de Documento versión 3.1, BED, del Ministerio de Salud y Protección Social, que contiene la asociación de los diferentes documentos de identidad de una persona, según se indica en la nota técnica incluida en el anexo 2.

La PPNA corresponde a la población identificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN (condición de pobre que establece la ley), que nunca ha estado afiliada al sistema de seguridad social en salud. La población con nivel superior del SISBEN tiene alguna capacidad de pago, razón por la cual no es pobre y por ende no puede ser PPNA, así se encuentre desafiada.

La población registrada como desafiada o retirada de la BDUA no se tiene en cuenta para el cálculo de la PPNA, porque de hacerlo se estaría produciendo un aumento artificial de la población pobre no asegurada, por las siguientes razones⁴:

- Existen personas inactivas (retiradas o desafiadas), para las cuales no sabemos si su desafiación es temporal o permanente.
- Los retirados del régimen subsidiado solo se pueden ir para el Contributivo o para los regímenes de Excepción. Por lo tanto ya están y siguen afiliados, y si migraron al contributivo es por que dejaron de ser pobres de manera definitiva o temporal, razones por las cuales NO pueden ser PPNA.
- Los retirados del Contributivo es posible que migren al subsidiado o se queden en el limbo. Una parte de ellos ya tenían SISBEN 1 y 2 por lo que automáticamente regresan a su afiliación previa

⁴ Dirección de Regulación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. Explicaciones dadas al Departamento Nacional de Planeación sobre población del Régimen Subsidiado y Población Pobre No Asegurada, enero 28 del 2014.

en el subsidiado, por lo que en estricto sentido NO son PPNA y solo deben ser considerados para la distribución de subsidios de demanda. Si no tienen SISBEN deben solicitar la aplicación de la encuesta. Si quedan clasificados en los niveles 1 y 2 automáticamente pasan a ser PPNA pero además deben ser afiliados de inmediato, en cuyo caso entran para la distribución de subsidios de demanda.

- En aplicación del decreto de movilidad, las personas identificadas en los niveles 1 y 2 del Sisbén, migran entre los regímenes contributivo y subsidiado, por lo que siempre se encuentran afiliados al sistema.
- La población indígena ya se encuentra afiliada al SGSSS, y de hallarse población sin afiliar, existen recursos que permiten su afiliación al SGSSS⁵.

En la metodología para la estimación de la PPNA que se certifica al DNP no se incluyen como base para el cálculo la población de listados censales, porque o bien están afiliados e incluidos en la BDUA o porque de hallarse población sin afiliar, al igual que para los indígenas, existen otros recursos que permiten su afiliación al SGSSS. En el anexo 3 se presentan los resultados certificados en enero del 2015, en el anexo 4 se presentan los resultados para la PPNA utilizando los cortes del SISBEN de marzo del 2015 y en el anexo 5 los resultados para la PPNA utilizando los cortes del SISBEN de junio del 2015.

3.1 Comportamiento de la Población Pobre No Asegurada.

Para efectos del seguimiento al comportamiento de la PPNA, se vienen realizando estimaciones periódicas como se presenta en la tabla 2⁶.

Tabla 2 Población No Afiliada, Colombia, del 2014 a Junio del 2015.

Nivel SISBEN	Certificación al DNP Enero 2014 (1)	Certificación al DNP Enero 2015 (1)	Sisbén de referencia : Marzo 2015	Sisbén de referencia : Junio 2015	Variación certificación Ene 2015 - Ene 2014	Tasa de variación Ene 2015 - Ene 2014	Variación Jun 2015 – certificación Ene 2014	Tasa de variación Jun 2015 - Ene 2014
	A	B	C	D	B-A	B / A-1	E-A	E / A-1
Nivel 1 SISBEN	766.631	677.936	707.093	626.772	-88.695	-11,57%	-139.859	-18,24%
Nivel 2 SISBEN	90.829	69.492	68.955	61.917	-21.337	-23,49%	-28.912	-31,83%
INDIGENAS (2)	1.630	0	0	0	-1630		-1630	
Total PPNA	859.090	747.428	776.048	688.689	-111.662	-13,00%	-170.401	-19,84%

(1) Por disponibilidad de la información del Sisbén reportada por el DNP, se utiliza el Sisbén del mes de octubre del año anterior.

(2) Para la certificación del realizada al DNP en enero del 2014, se incluye la población indígena según censo DANE sólo para los municipios y áreas no municipalizadas para los cuales no existe el SISBEN (Jambaló, Puerto Nariño y Áreas No Municipalizadas). El resto de la población indígena se encuentra afiliada. Para la certificación realizada en enero del el año 2015 y para la estimaciones posteriores, se asume la afiliación completa de los indígenas.

⁵ Matriz de continuidad.

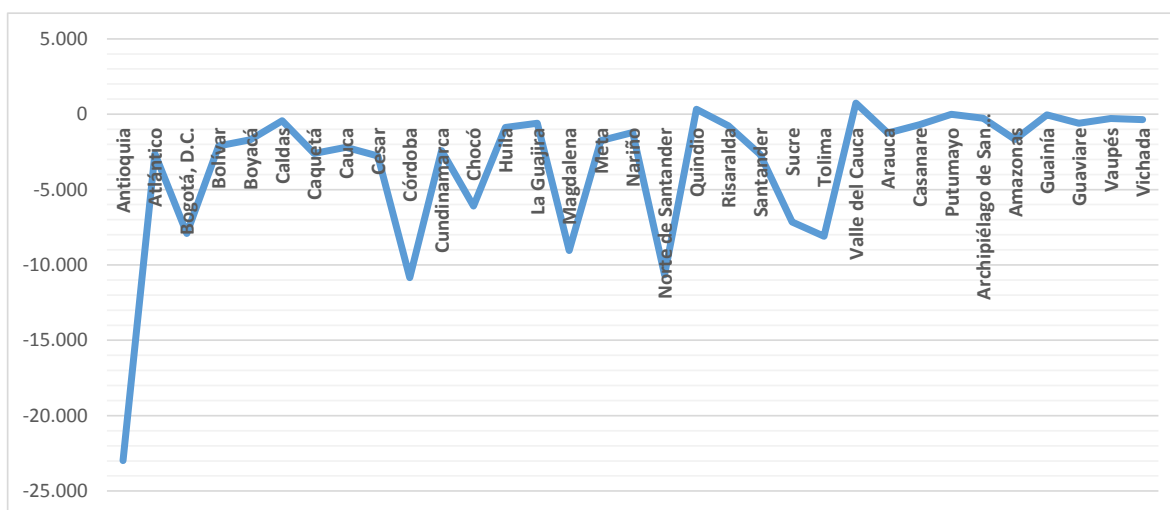
⁶ A partir del año 2015 se realizará un seguimiento trimestral al comportamiento de la PPNA.

Fuente: Fuente: OTIC, MSPS, 2014, 2015. Cálculos de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y pensiones.

Como se observa en la tabla, la PPNA presentó una disminución de 111.662 personas al comparar la certificación enviada al DNP en los meses de enero de los años 2014 y 2015, las cuales equivalen a una disminución del 13%.⁷ Al comparar junio del 2015 con la certificación de enero del 2014, la disminución fue de 170.401 personas, correspondiente a una variación del -19,8%.

En la figura se presenta la variación en el número de PPNA por Departamento al comparar las certificaciones de la PPNA enviadas al DNP en el mes de enero de los años 2014 y 2015.

Figura 2 Variación PPNA por Departamento, Certificación al DNP Enero 2015 – Enero 2014.



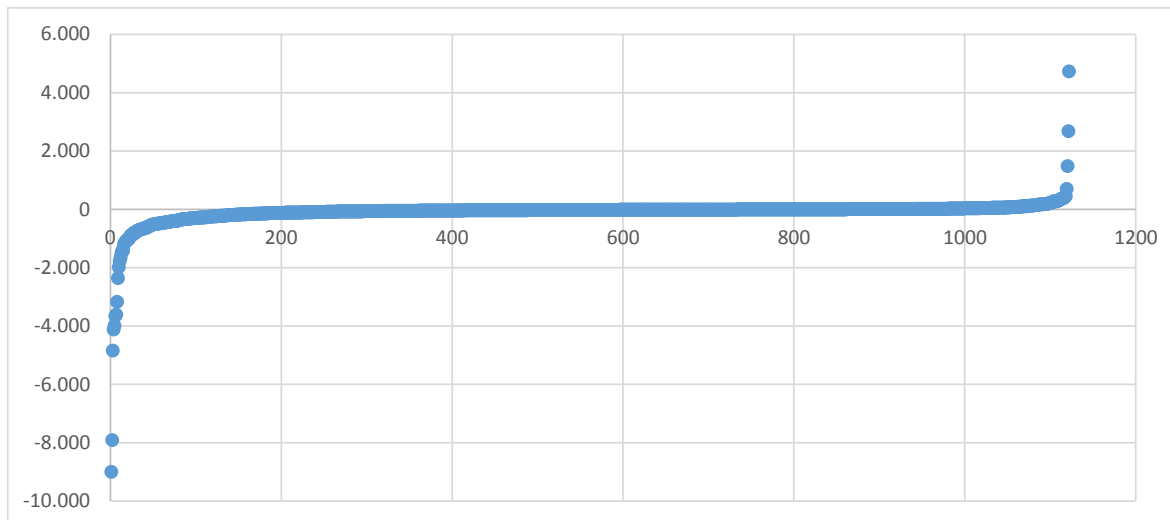
Fuente: Fuente: OTIC, MSPS, 2014. Cálculos de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, MSPS

Según se desprende de la tabla, a excepción de Valle del Cauca y Quindío, quienes tuvieron aumentos leves, los demás departamentos y el distrito capital disminuyeron la PPNA. La mayor disminución se presentó en los departamentos de Antioquia, Córdoba, Norte de Santander y Magdalena con 22.975, 10.847, 10.655 y 9.037 respectivamente. Los resultados para todos los departamentos y el distrito capital se presentan en el anexo 6.

El comportamiento a nivel municipal se presenta en la figura 3

⁷ La estimación de la PPNA se continuará realizando trimestralmente.

Figura 3 Variación PPNA por Municipio, Certificación al DNP Enero 2015 – Enero 2014.



Fuente: Fuente: OTIC, MSPS, 2014. Cálculos del autor. Datos preliminares en proceso de revisión.

La mayor disminución de PPNA se presentó en los municipios de Medellín, Bogotá, D.C, Ibagué, Cúcuta y Quibdó con 9.002, 7.910, 4.841, 4.114 y 3.986 personas respectivamente. La disminución de la PPNA se presentó en el 71.7% de los municipios y áreas no municipalizadas. En Cali, San Andrés de Tumaco, Cartagena, Popayán y Barranquilla se presentó el mayor aumento de esta población en 4.729, 2.686, 1.486, 697 y 457 personas respectivamente. La información detallada por municipio se presenta en el anexo 7.

4 Poblaciones especiales

Las poblaciones especiales son beneficiarias del régimen subsidiado, cuya identificación se realiza mediante listados censales, sin que sea exigible la aplicación del SISBEN⁸. En la **tabla 3** se presentan las distintas poblaciones especiales y las entidades responsables del diligenciamiento de los listados censales.

Tabla 3 Poblaciones especiales y entidades responsables del listado censal.

Población Especial	Entidad Responsable del Listado Censal
Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
Menores desvinculados del conflicto armado	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICB	Alcaldías municipales.
Población en condiciones de desplazamiento forzado	Unidad Administrativa Especial para la Atención y

⁸ Acuerdo 415 del 2009.

Población Especial	Entidad Responsable del Listado Censal
	Reparación Integral a las Víctimas, UARIV, del Departamento de la Prosperidad Social. (1)
Comunidades Indígenas.	Autoridades tradicionales indígenas.
Población desmovilizada	Alta Consejería para la Reinserción
Personas mayores en centros de protección	Alcaldías municipales o distritales.
Población rural migratoria	Gremios agrícolas o las organizaciones campesinas de usuarios correspondientes
Población ROM	Autoridad legítimamente constituida (Shero Rom o portavoz de cada Kumpania) y reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia.
Personas incluidas en el programa de protección a testigos	Fiscalía General de la Nación.

Fuente: Acuerdo 415 del 2009

(1) Decreto 4800 del 2011.

A continuación se presentan las principales características de la población en desplazamiento forzado.

4.1 Población en condiciones de desplazamiento forzado.

La población de víctimas es de 4.9 millones a marzo del 2015, de las cuales 4.4 millones corresponde a población en desplazamiento forzado (89%, según se observa en la siguiente tabla

Tabla 4 Consolidado de víctimas y víctimas no afiliadas por municipio de residencia, a marzo de 2015.

Nivel SISBEN	Población en desplazamiento forzado A	Resto hechos victimizantes B	Total A+B
Consolidado de víctimas por municipio de residencia			
NIVEL 1 y 2	1.934.835	253.172	2.188.007
NO APLICA (NIVEL SUPERIOR)	816.927	46.055	862.982
NO REPORTADO	1.687.333	247.185	1.934.518
Total general	4.439.095	546.412	4.985.507
Víctimas no afiliadas por municipio de residencia			
NIVEL 1 y 2	158.253	19.859	178.112
NO APLICA (NIVEL SUPERIOR)	61.724	3.948	65.672
NO REPORTADO	371.176	86.637	457.813
Total por afiliar	591.153	110.444	701.597
% Víctimas afiliadas	86,7%	79,8%	85,9%

(1) Fuente: OTIC-SISPRO, Víctimas, 2015.

Según se desprende de la tabla, existen 701.597 víctimas sin afiliar, de las cuales 591.153 se encuentran en desplazamiento forzado. De estas 158.253 se encuentran en los niveles 1 y 2 del Sisbén, por lo que ya se encuentran contabilizadas en la PPNA del mes de marzo, según se indica en la tabla 2. Por esta razón, para efecto de estimar la población pobre no afiliada, a la PPNA del mes de marzo que corresponde a 776.048 personas, faltaría agregarle 432.900 en desplazamiento forzado no afiliadas que se encuentran en el nivel superior del Sisbén o no tienen el mismo. Es importante señalar que la población en desplazamiento forzado no se contabiliza para efectos de la distribución del SGP para la atención de la PPNA, porque al ser una población prioritaria que debe ser afiliada al SGSSS, existen recursos complementarios en la matriz de continuidad para su afiliación.

En la tabla 5 se observa como en la casi totalidad de los municipios del país existen desplazados y se evidencia una gran movilidad de esta población, la cual debe ser tomada en cuenta para su afiliación al SGSSS. El 29% de los municipios se clasifican como receptores, indicando que en un período determinado la población desplazada que reside en sus territorios supera el desplazamiento forzado originado en el propio municipio.

Tabla 5 Tipo de Municipio de residencia según Población Desplazada, a marzo de 2015.

DIVIPOLA	No. Municipios	Municipios con población desplazada,			Porcentaje Receptores
		No. Expulsores (1)	No. Receptores (2)	Neutros (3)	
Municipios	1.102	772	318	12	28.9%
Áreas No Municipalizadas	20	14		5	
Total	1.122	786	318	17	28.3%

(1) Municipio expulsor: El número de desplazados que reside en el municipio es menor al número de hechos de desplazamiento generados en su territorio;

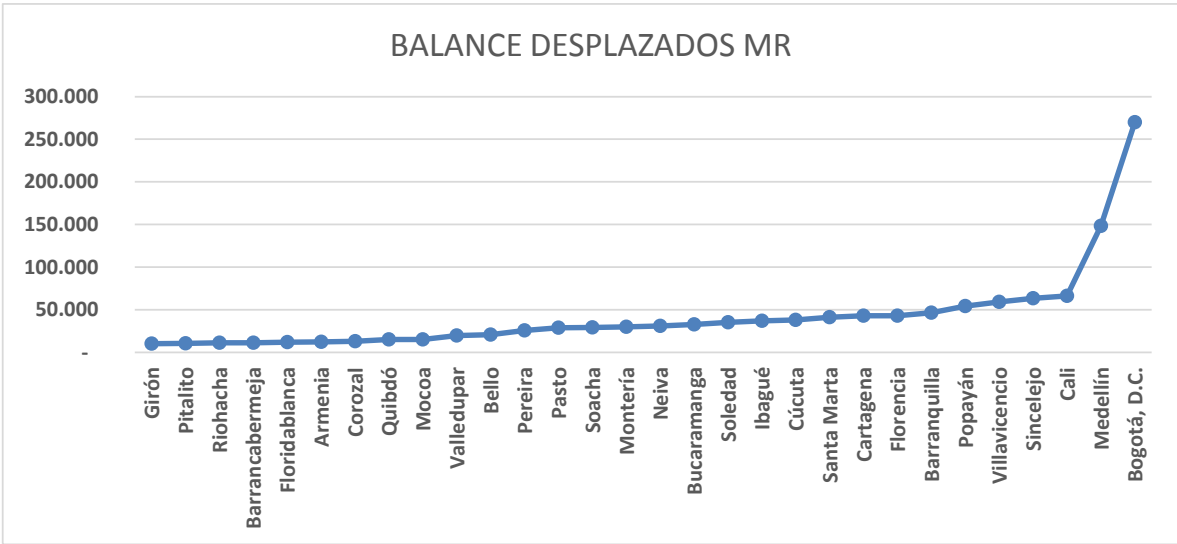
(2) Municipio receptor: El número de desplazados que reside en el municipio es mayor al número de hechos de desplazamiento generados en su territorio.

Fuente: SISPRO, Cubo Víctimas, 2014. Datos preliminares.

Un municipio se clasifica como receptor, cuando la población desplazada que reside en su territorio supera los hechos de desplazamiento originados en el mismo período. Por ejemplo si en el mes de junio un municipio reporta que se originaron 10 casos de desplazamiento forzado y en ese mismo mes residen en su territorio 100 personas desplazadas, el municipio se clasifica como receptor, ya que tiene un balance positivo de 90 personas (100 que residen – 10 que se generan). Un municipio es expulsor cuando se presenta la situación contraria. Si se originan 100 casos de desplazamiento forzado y en el mismo período de tiempo residen 10 personas desplazadas, el municipio expulsó 90 personas.

En la figura 4 se presentan los municipios que más reciben desplazados. Bogotá, Medellín, Cali, Sincelejo y Villavicencio con 269.771, 148.367, 66.166, 63.514 y 59.181 respectivamente, son las ciudades con un mayor impacto.

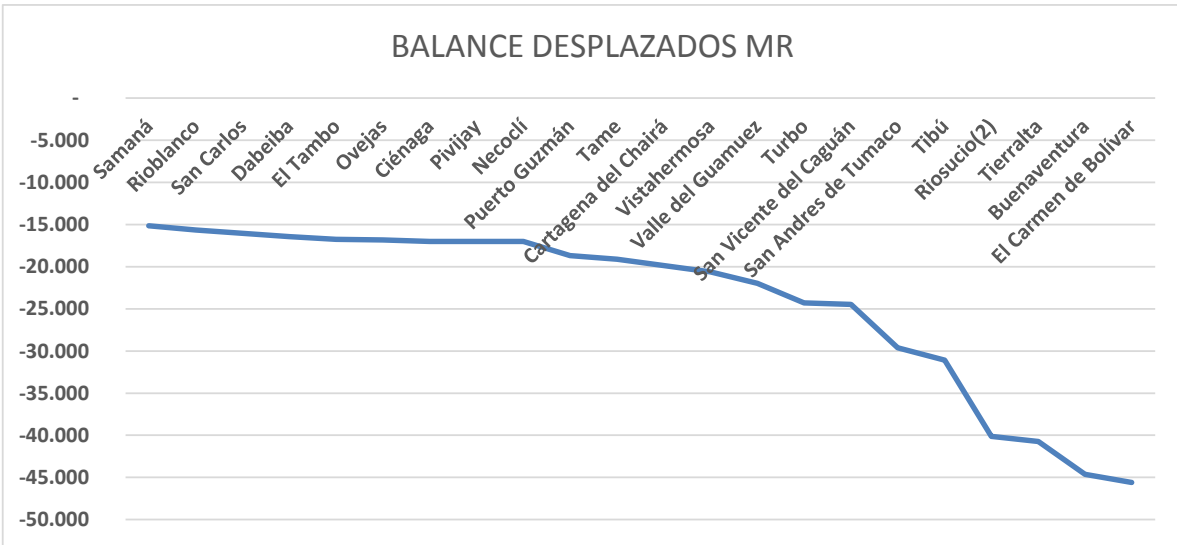
Figura 4 Municipios receptores de más de 10.000 desplazados, Septiembre de 2014.



Fuente: OTIC, 2015. Cálculos del autor.

De otro lado, los municipios expulsores de mayor tamaño son El Carmen de Bolívar (Bolívar), Buenaventura (Valle del Cauca), Tierralta (Córdoba), Riosucio (Chocó) y Tibú (Norte de Santander) con 45.578, 44.644, 40.722, 40.133 y 31.098 desplazados respectivamente que han migrado a otros municipios, según se observa en la [figura 5](#).

Figura 5 Municipios expulsores más de 15.000 desplazados, septiembre de 2014.



Fuente: OTIC, 2015. Cálculos del autor.

4.2 Población Indígena

En la tabla 5 se presenta el comportamiento de la afiliación de la población indígena incluida en la BDU. Es importante considerar que de hallarse población indígena sin afiliar, existen otros recursos que les permiten ser afiliados al Sistema y por consiguiente no se consideran PPNA.

Tabla 6 Comportamiento afiliados activos comunidades indígenas, Diciembre 2013 a Marzo 2015.

Departamento	Certificación Enero 2014	Certificación Enero 2015 (2)	Variación certificación 2015 vs. Certificación 2014	BDUA Mar. 2015	BDUA Jun. 2015
AMAZONAS	29.291	31.943	9,1%	32.189	32.746
ANTIOQUIA	31.105	32.053	3,0%	32.746	32.678
ARAUCA	7.392	7.517	1,7%	7.576	7.622
ATLANTICO	178	889	399,4%	2.661	2.691
BOGOTA D.C.	4.460	3.984	-10,7%	4.176	4.096
BOLIVAR	177	798	350,8%	787	808
BOYACA	4.489	4.549	1,3%	4.600	4.650
CALDAS	45.750	44.858	-1,9%	44.956	44.465
CAQUETA	3.888	3.924	0,9%	3.933	3.999
CASANARE	4.788	5.958	24,4%	5.945	5.974
CAUCA	265.098	269.468	1,6%	271.739	269.839
CESAR	60.265	60.791	0,9%	61.504	61.699
CHOCO	61.201	61.539	0,6%	61.216	62.164
CORDOBA	119.164	121.149	1,7%	123.018	122.780
CUNDINAMARCA	853	804	-5,7%	806	812
GUAINIA	28.732	30.407	5,8%	31.349	31.825
GUAVIARE	3.587	3.534	-1,5%	3.614	3.680
HUILA	9.671	9.924	2,6%	9.955	9.913
LA GUAJIRA	327.369	328.105	0,2%	330.636	334.702
MAGDALENA	11.485	12.352	7,5%	12.559	12.826
META	17.914	17.926	0,1%	18.837	19.372
NARINO	152.565	147.467	-3,3%	150.518	149.704
NORTE DE SANTANDER	1.388	1.580	13,8%	1.607	1.606
PUTUMAYO	46.190	49.398	6,9%	50.828	50.676
QUINDIO	570	615	7,9%	609	607
RISARALDA	20.364	20.721	1,8%	21.194	21.375
SANTANDER	866	877	1,3%	882	876
SUCRE	83.399	110.077	32,0%	116.980	116.741
TOLIMA	37.521	36.254	-3,4%	36.048	36.294
VALLE	19.044	19.380	1,8%	19.719	19.870
VAUPES	23.574	23.488	-0,4%	23.602	23.489
VICHADA	47.684	44.743	-6,2%	45.947	45.644
Total general	1.470.022	1.507.072	2,5%	1.532.736	1.536.223

Fuente: BDUA- SISPRO 2015.

Como puede observarse, existe un crecimiento en la afiliación de la población indígena del 2.5% al considerar las certificaciones enviadas al DNP el mes de enero de los años 2014 y 2015. El crecimiento en la afiliación se mantiene para los meses de marzo y junio del 2015.

5 Conclusiones y recomendaciones.

- La afiliación de la PPNA es una responsabilidad de las entidades territoriales que vienen adelantando en la actualidad, quienes deben realizar todos los esfuerzos posibles por agilizar el y reducir los tiempos de afiliación.
- Son varias las estrategias que se requieren para facilitar la afiliación de la PPNA al régimen subsidiado del SGSSS. Es necesario realizar un ajuste normativo para resaltar la obligatoriedad de la afiliación, agilizar la certificación de las bases de datos del SISBEN por parte del DNP, fortalecer las reglas de operación de los listados censales⁹ y estandarizar los criterios para la estimación de la PPNA, facilitando el descuento de los afiliados a la fuerzas militares y la policía y a otros regímenes de excepción.
- La formulación de los planes financieros por parte de las entidades territoriales, puso de manifiesto la existencia de diferencias en la estimación de la PPNA que realizan el MSPS y la entidad territorial explicada mayormente por los criterios utilizados. Teniendo en cuenta que el MSPS tiene definida una metodología que permite cruzar información de diferentes bases de datos, tales como el SISBEN, la BDUA y la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, así como unos criterios para la interpretación de los resultados, es importante realizar un trabajo coordinado entre ambas instituciones, para la discusión y estandarización de los criterios a ser utilizados, teniendo en cuenta las particularidades de cada entidad territorial. De esta forma se fortalecerán sus competencias para la identificación y afiliación de la población pobre no asegurada.
- La población no afiliada no identificada como pobre y sin capacidad de pago suficiente para afiliarse al Régimen Contributivo, demanda servicios que presiona los recursos de oferta. Se requiere definir el mecanismo para cubrir el valor de la atención integral del problema de salud por el cual demanda el servicio, y desarrollar el sistema de presunción de ingresos y capacidad de pago. A su vez es necesario avanzar en el desarrollo de los subsidios parciales a la cotización por parte del MSPS.
- En la metodología para la estimación de la PPNA desarrollada por el MSPS no se incluyen como base para el cálculo la población de listados censales, porque o bien están afiliados e incluidos en la BDUA o porque de hallarse población sin afiliar, existen otros recursos que les permiten ser afiliados al Sistema y por consiguiente no se consideran PPNA.
- Presentar la metodología propuesta para estimar la PPNA a las entidades territoriales.
- Realizar un seguimiento trimestral al comportamiento de la PPNA, sistematizando la metodología e incorporando los resultados en el SISPRO, de tal forma que pueda ser consultada en forma permanente por las entidades territoriales, la ciudadanía y otros actores del sector.
- Finalmente es importante continuar aplicando el SISBEN por demanda. La afiliación universal contribuirá a la disminución de las barreras de acceso, a la disminución de las tutelas interpuestas y a la presión por

⁹ Mientras se reglamenta la estructura y el procedimiento para el envío de la información por parte de las entidades responsables al MSPS, estas deberán reportar a la entidad territorial responsable de la operación del régimen subsidiado el listado censal con la información de la nueva población identificada y mantenerla informada de las novedades. La ET deberá enviar esta información al MSPS y tenerla en cuenta para la estimación de la PPNA, realizando los cruces respectivos en la BDUA.

los recursos de oferta. Así mismo contribuirá a mejorar la equidad en el acceso, la protección financiera de las familias y la eficiencia en la asignación de los recursos. Y lo más importante, es una estrategia para la protección del derecho a la salud.

6 Referencias

- Decreto 2562, 2012, por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 196 del 2013, por el cual se fija el procedimiento y los criterios de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud en el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y se dictan otras disposiciones.
- DNP, 2015. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Todos por un Nuevo País.
- Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones; artículo 47.
- Ley 1438 de enero del 2011; por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones; artículo 32.
- Resolución 3778 del 2011, por la cual se establecen los puntos de corte del Sisbén Metodología III y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 4015 del 2013, por la cual se establecen los términos y se adopta la metodología para la elaboración de los Planes Financieros Territoriales de Salud por parte de los departamentos y distritos y se dictan otras disposiciones

7 Anexos

7.1 Anexo 1. PPNA certificada por el MSPS al Departamento Nacional de Planeación, 2010 a 2015.

La Población Pobre No Asegurada (PPNA) en el país, pasó de 5.7 millones de personas en el año 2010 a 859 mil personas en el año 2014¹⁰, según se presenta en la siguiente tabla

Tabla 7 Población Pobre No Asegurada, Por Departamentos y Total País, 2010 a 2015.

DEPARTAMENTO	PPNA 2010	PPNA 2011	PPNA 2012	PPNA 2013	PPNA 2014	PPNA 2015
ANTIOQUIA	968.966	757.769	524.565	152.927	105.377	82.402
ATLÁNTICO	265.937	80.261	0	72.546	34.749	32.125
BOGOTÁ, D.C.	1.316.319	1.100.132	393.500	137.457	77.145	69.235
BOLÍVAR	281.031	272.397	0	66.541	46.633	44.527
BOYACÁ	51.958	58.017	17.150	24.066	13.279	11.583
CALDAS	104.740	63.187	23.572	17.497	8.446	8.015
CAQUETÁ	85.142	46.183	2.921	24.892	18.737	16.141
CAUCA	157.842	140.583	12.746	39.306	23.516	21.314
CESAR	50.825	6.624	0	36.251	28.077	25.297
CÓRDOBA	269.452	136.183	24.090	118.753	51.687	40.840
CUNDINAMARCA	263.153	175.807	156.722	45.594	21.296	18.869
CHOCÓ	21.205	33.763	0	16.585	33.348	27.261
HUILA	117.278	12.714	424	31.848	18.348	17.473
LA GUAJIRA	65.677	48.568	31.147	33.254	18.613	18.013
MAGDALENA	136.966	24.596	0	50.931	45.213	36.176
META	131.973	116.242	3.368	26.797	19.160	17.401
NARIÑO	131.828	195.650	25.443	80.145	48.792	47.575
NORTE DE SANTANDER	146.741	157.583	1.062	75.336	54.944	44.289
QUINDÍO	89.034	18.452	24.285	12.462	6.194	6.522
RISARALDA	134.020	110.438	11.552	31.689	14.641	13.871
SANTANDER	134.571	118.272	17.090	46.557	30.235	27.549
SUCRE	59.546	12.574	6.534	34.655	23.749	16.601
TOLIMA	221.277	105.279	23.481	68.438	31.956	23.862

¹⁰ Es importante precisar que la PPNA certificada al DNP en cada año utiliza la última información disponible del Sisbén del año anterior, que corresponde al mes de octubre para las certificaciones realizadas en el mes de enero de los años 2014 y 2015.

DEPARTAMENTO	PPNA 2010	PPNA 2011	PPNA 2012	PPNA 2013	PPNA 2014	PPNA 2015
VALLE DEL CAUCA	419.531	419.057	50.774	86.451	55.223	55.952
ARAUCA	18.432	22.601	0	5.077	6.614	5.356
CASANARE	43.290	44.043	5.355	7.442	5.263	4.562
PUTUMAYO	15.214	34.922	0	11.602	8.028	8.014
ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS	7.491	10.007	0	2.237	1.221	962
AMAZONAS	5.622	6.343	3.170	357	2.975	1.297
GUAINÍA	2.414	985	950	0	422	383
GUAVIARE	14.029	22.281	2.061	1.825	2.415	1.812
VAUPÉS	688	5.303	2.329	96	513	228
VICHADA	1.948	1.930	0	0	2.281	1.921
TOTAL PAÍS	5.734.140	4.358.746	1.364.291	1.359.614	859.090	747.428

Es importante señalar la dificultad para comparar los resultados obtenidos, sobre todo por los cambios realizados en las metodologías utilizadas. Si bien las metodologías utilizadas para reportar la información en los años 2014 y 2015 son similares, para el año 2015 se incluye la Base de Datos de Evolución de Documento versión 3.1, BED, del Ministerio de Salud y Protección Social, que contiene la asociación de los diferentes documentos de identidad de una persona. Por lo anterior, la línea de base para el seguimiento de la PPNA corresponde a la información reportada al DNP en enero del año 2015.

7.2 Anexo 2. Nota técnica PPNA, certificación al DNP en enero del 2015.

Metodología

Con el propósito de determinar la Población Pobre No Asegurada, PPNA, a continuación se describen los cruces realizados con las bases de datos de las fuentes de información, según lo reportado por la Oficina de Tecnología de la Información y Comunicación, OTIC, mediante memorando con el radicado 201513000004033, el cual señala que el archivo estadístico entregado por esa dependencia, corresponde al resultado de los cruces que a continuación se detallan, con base en la información dispuesta por el DNP -SISBEN III, con corte octubre de 2014.

BASES DE DATOS UTILIZADAS

- Base de SISBEN III reportada por el DNP con corte a octubre de 2014¹¹.
- Base de Datos de la Planilla Integrada de Aportes a la Seguridad Social _ PILA, corte abril a octubre 2014.
- Base de datos única de afiliados BDUA con corte a 31 de octubre de 2014.
- Base de datos “identificaciones_RNEC_certificadas” que contiene la información de la Registraduría Nacional del Estado Civil -RNEC filtrando fallecidos y cancelados e información de

¹¹ Corresponde a la información dispuesta por el DNP -SISBEN III en el momento de realizar los análisis.

nacimientos y defunciones reportada por los prestadores de servicios de salud y Medicina Legal a la base de datos RUAF-ND, con corte a 9 de enero de 2015.

- Base de datos de los Regímenes de Excepción y Especial, BDEX, con corte a octubre y diciembre de 2014. Se utilizó este último corte por cuanto contiene información de afiliados de la Policía Nacional.
- Base de Datos de Evolución de Documento versión 3.1, BED, del Ministerio de Salud y Protección Social, que contiene la asociación de los diferentes documentos de identidad de una persona¹².

CRUCES REALIZADOS CON LAS BASES DE DATOS

Los cruces fueron realizados por el Consorcio SAYP a excepción del cruce con PILA que fue realizado por la OTIC.

SISBEN III FRENTE PILA

Coincidencia por tipo y número de documento entre la base de Datos SISBEN III frente a la base de datos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA corte Abril –Octubre 2014.

SISBEN FRENTE BDUA

- Cruce 1 con BDUA: Coincidencia por tipo y número de documento.
- Cruce 2 con BDUA: No existe en Cruce 1, pero existe en BDUA por nombres, apellidos y fecha de nacimiento carácter a carácter.
- Cruce 3 con BDUA: No existe en Cruce 1 y Cruce 2, pero existe en BDUA por primer nombre, primer apellido y fecha de nacimiento carácter a carácter.
- Cruce 4 con BDUA: No existe en Cruce 1, Cruce 2 y Cruce 3, pero existe en BDUA por nombres, apellidos y fecha de nacimiento fonético.
- Cruce 5 con BDUA: No existe en Cruce 1, Cruce 2, Cruce 3 y Cruce 4, pero existe en BDUA por primer nombre, primer apellido y fecha de nacimiento fonético.
- Cruce 6 con BDUA: No existe en Cruce 1, Cruce 2, Cruce 3 y Cruce 4, Cruce 5, pero existe en BDUA por número documento, primer nombre, segundo nombre, primer apellido, segundo apellido.

SISBEN FRENTE FALLECIDOS

Coincidencia por tipo y número de documento, primer apellido y primer nombre entre la base de datos SISBEN III y la base de datos “identificaciones_RNEC_certificadas”

SISBEN FRENTE AFILIADOS A REGIMENES DE EXCEPCION Y/O ESPECIALES BDEX

¹² La Tabla de Referencia de Evolución de Documentos ha sido construida por el Ministerio con base en diferentes fuentes de información, cuando la información del registro reportado no cruza en ninguno de sus campos contra la base antes mencionada, el registro no es tenido en cuenta y se le devuelve a la entidad solicitante para que adelante la verificación de la información en cuanto a los datos de identificación de la persona. La entidad fuente de información es la responsable por la calidad de la misma y de remitir información veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible

- Cruce contra la BDEX con corte a octubre/2014 y con corte a diciembre 2014, por cuanto este último corte contiene información de afiliados de la Policía Nacional.
- Cruce 1 con BDEX: Coincidencia por tipo y número de documento.
- Cruce 2 con BDEX: No existe en Cruce 1, pero existe en BDEX por nombres, apellidos y fecha de nacimiento carácter a carácter.
- Cruce 3 con BDEX: No existe en Cruce 1 y Cruce 2, pero existe en BDEX por primer nombre, primer apellido y fecha de nacimiento carácter a carácter.
- Cruce 4 con BDEX: No existe en Cruce 1, Cruce 2 y Cruce 3, pero existe en BDEX por nombres, apellidos y fecha de nacimiento fonético.
- Cruce 5 con BDEX: No existe en Cruce 1, Cruce 2, Cruce 3 y Cruce 4, pero existe en BDEX por primer nombre, primer apellido y fecha de nacimiento fonético.
- Cruce 6 con BDEX: No existe en Cruce 1, Cruce 2, Cruce 3 y Cruce 4, Cruce 5, pero existe en BDEX por número documento, primer nombre, segundo nombre, primer apellido, segundo apellido.

SISBEN FRENTE EVOLUCION DE DOCUMENTO BED

Coincidencia por tipo y número de documento frente a la base de datos de evolución de documento BED versión 3.1, excluyendo solo los documentos que no aparecen registrados en dicha base de datos a excepción de los Registros civiles por cuanto su actualización no es inmediata.

Los datos contenidos en la siguiente tabla son el resultado de los filtros sucesivos trabajados conjuntamente con la Subdirección de Operación del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social:

	FUENTE	CAMPOS	VALORES PERMITIDOS	REGISTROS CRUZARON	DIFERENCIA
1	SISBEN III Octubre 2014	DATOS RECIBIDOS	NA	34.645.104	34.645.104
2	SIBEN	Estructura invalida Documento = 0 o documento nulo o vacío	NULL 0 VACIOS Estructura invalida	614,083	34.031.021
3	SIBEN	Marca: <> 0	NA	898.087	33.132.934
4	BDUA - Octubre 2014	Coincidencia por criterios c1 a c6	NA	31.763.034	1.369.900
5	Fallecidos: Tabla de Evolución Documentos	Se encuentra fallecido (Fuente RNEC o Nacimientos y Defunciones)	COD ESTADO	2.544	1.367.356
6	PILA	Cruzan por tipo y numero de documento con PILA		31.925	1.335.431

	FUENTE	CAMPOS	VALORES PERMITIDOS	REGISTROS CRUZARON	DIFERENCIA
7	BDEX	Coincidencia por criterios c1 a c6	NA	271.828	1.063.603
8	Evolución Documento-RNEC	No Existencia Registraduría	CC , TI, CE	151.156	912.447
9	SISBEN	Criterio Nivel SISBEN	0	165.019	Niveles 1 y 2 747.428
			1	677.936	
			2	69.492	

La anterior información fue reportada por el consorcio SAYP a través de correo electrónico y formalizado mediante BDUA 002-15.

7.3 Anexo 3. PPNA certificada al DNP en Enero del 2015

Ver libro de trabajo en Excel, 01-Reporte PPNA-DNP-Enero 2015-pub

Ver documento PDF, 01-NotaTecnica PPNA -Enero 2015-pub

7.4 Anexo 4. PPNA utilizando información del Sisbén de Marzo del 2015.

Ver libro de trabajo en Excel, 02-PPNA-SISBEN corte Marzo 2015-pub

Ver documento PDF, 01-NotaTecnica PPNA –marzo 2015-pub

7.5 Anexo 5. PPNA utilizando información del Sisbén de Junio del 2015.

Ver libro de trabajo en Excel, 03-PPNA-SISBEN corte junio 2015-pub

Ver documento PDF, 03-NotaTecnica PPNA –junio 2015-pub

7.6 Anexo 6. Variación PPNA por Departamento certificaciones al DNP 2014 y 2015.

Cód. Departamento	Departamento	PPNA Certificación DNP Enero de 2014	PPNA Certificación DNP Enero de 2015	Variación PPNA Certificación 2015 vs. 2014	Tasa de variación Certificación PPNA 2015 vs. 2014
05	Antioquia	105.377	82.402	-22.975	-21,8%
08	Atlántico	34.749	32.125	-2.624	-7,6%
11	Bogotá, D.C.	77.145	69.235	-7.910	-10,3%
13	Bolívar	46.633	44.527	-2.106	-4,5%
15	Boyacá	13.279	11.583	-1.696	-12,8%
17	Caldas	8.446	8.015	-431	-5,1%
18	Caquetá	18.737	16.141	-2.596	-13,9%
19	Cauca	23.516	21.314	-2.202	-9,4%
20	Cesar	28.077	25.297	-2.780	-9,9%

Cód. Departamento	Departamento	PPNA Certificación DNP Enero de 2014	PPNA Certificación DNP Enero de 2015	Variación PPNA Certificación 2015 vs. 2014	Tasa de variación Certificación PPNA 2015 vs. 2014
23	Córdoba	51.687	40.840	-10.847	-21,0%
25	Cundinamarca	21.296	18.869	-2.427	-11,4%
27	Chocó	33.348	27.261	-6.087	-18,3%
41	Huila	18.348	17.473	-875	-4,8%
44	La Guajira	18.613	18.013	-600	-3,2%
47	Magdalena	45.213	36.176	-9.037	-20,0%
50	Meta	19.160	17.401	-1.759	-9,2%
52	Nariño	48.792	47.575	-1.217	-2,5%
54	Norte de Santander	54.944	44.289	-10.655	-19,4%
63	Quindío	6.194	6.522	328	5,3%
66	Risaralda	14.641	13.871	-770	-5,3%
68	Santander	30.235	27.549	-2.686	-8,9%
70	Sucre	23.749	16.601	-7.148	-30,1%
73	Tolima	31.956	23.862	-8.094	-25,3%
76	Valle del Cauca	55.223	55.952	729	1,3%
81	Arauca	6.614	5.356	-1.258	-19,0%
85	Casanare	5.263	4.562	-701	-13,3%
86	Putumayo	8.028	8.014	-14	-0,2%
88	Archipiélago de San Andrés	1.221	962	-259	-21,2%
91	Amazonas	2.975	1.297	-1.678	-56,4%
94	Guainía	422	383	-39	-9,2%
95	Guaviare	2.415	1.812	-603	-25,0%
97	Vaupés	513	228	-285	-55,6%
99	Vichada	2.281	1.921	-360	-15,8%
	Total país	859.090	747.428	-111.662	-13,0%

Fuente: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, MSPS, 2015.

7.7 Anexo 7. Variación PPNA por Municipio, certificaciones al DNP 2014 y 2015.

Ver libro de trabajo Excel, Evolucion PPNA Mpio-Dpto- Enero 2014-Junio 2015