Caja Costarricense de Seguro Social

Dirección Actuarial y Económica

Área de Análisis Financiero

Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017

EST-0007-2019

Elaborado por:

Carolina González Gaitán, Actuaria
Evelyn Guzmán Solano, Actuaria

Revisado por:

Luis Guillermo López Vargas, Director

LUIS GUILLERMO LOPEZ VARGAS (FIRMA)

Firmado digitalmente por LUIS GUILLERMO LOPEZ VARGAS (FIRMA)
Fecha: 2019.09.24 13:32:00 -06'00'

Agosto, 2019

Índice

1. Resumen ejecutivo. **4**

2. Introducción. **9**

3. Marco conceptual. **11**

4. Marco normativo. **15**

5. Aspectos generales. **18**
5.1. Cobertura. . . . 18
5.2. Prestaciones. . . . 18
5.3. Financiamiento. . . . 19

6. Análisis retrospectivo. **22**
6.1. Cobertura. . . . 22
6.2. Ingresos y gastos. . . . 26
6.2.1. Composición de los ingresos. . . . 28
6.2.2. Nivel de las fuentes de financiamiento. . . . 30
6.2.3. Composición de los gastos. . . . 31
6.2.4. Gasto asociado con remuneraciones. . . . 32
6.2.5. Gasto según tipo de prestaciones. . . . 37
6.2.6. Gasto en medicamentos de alto costo. . . . 49
6.2.7. Gasto asociado con nuevas tecnologías. . . . 51
6.3. Portafolio de proyectos de inversión. . . . 53
6.4. Provisiones del Seguro de Salud. . . . 54

7. Entorno económico, demográfico y epidemiológico. **56**
7.1. Entorno económico. . . . 56
7.1.1. Inflación. . . . 57
7.1.2. Producto interno bruto 58
7.1.3. Déficit fiscal. . . . 58
7.1.4. Empleo. . . . 61
7.1.5. Comportamiento de los salarios. . . . 63
7.2. Entorno demográfico. . . . 66
7.2.1. Estructura de la Población 66
7.2.2. Fecundidad 68
7.2.3. Esperanza de vida al nacer. . . . 70
7.2.4. Migración. . . . 74
7.3. Perfil epidemiológico. . . . 78
7.4. Carga de la enfermedad. . . . 80

8. Metodología e hipótesis. 81
8.1. Metodología. . . . 82
8.2. Bases demográficas. . . . 84
8.2.1. Tasa de ingreso de nuevos afiliados. . . . 84
8.2.2. Población Económicamente Activa Ocupada. . . . 84
8.2.3. Tasas de utilización de los servicios de salud. . . . 85
8.2.4. Estancias hospitalarias. . . . 85
8.3. Bases biométricas. . . . 85
8.3.1. Tasas de decrementos. . . . 85
8.4. Bases económicas. . . . 86
8.4.1. Inflación. . . . 86
8.4.2. Tasa de crecimiento de los salarios o ingresos de referencia. . . . 86
8.4.3. Tasa de morosidad por contribuciones. . . . 86
8.4.4. Proyección de los costos de los servicios de salud. . . . 87

9. Resultados del escenario base. 87
9.1. Ingresos. . . . 87
9.2. Gastos. . . . 89
9.3. Inversiones. . . . 96
9.4. Balance de ingresos y gastos. . . . 99
9.5. Balance por modalidad de aseguramiento. . . . 102

10. Identificación de riesgos. 104

11. Escenarios de sensibilización. 109
11.1. Escenario 1: Fortalecimiento del primer nivel de atención. . . . 109
11.2. Escenario 2: Mejora en la gestión hospitalaria. . . . 110
11.3. Escenario 3: Incremento del costo de las atenciones hospitalarias. . . . 112
11.4. Escenario 4: Portafolio de proyectos de Inversión. . . . 112

12. Comparación de resultados anteriores. 114

13. Conclusiones. 117

14. Recomendaciones. 120

15. Anexos. 124
15.1. Cuadros de bases y supuestos. . . . 124
15.2. Nota técnica: Análisis de la población adulta mayor -mayor de 65 años- (solicitada por Presidencia Ejecutiva, mediante oficio PE-2353-2019. . . . 171

1. Resumen ejecutivo.

El Área de Análisis Financiero de la Dirección Actuarial y Económica de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), es el Área encargada de la elaboración de la Valuación Actuarial del Seguro de Salud, estudio que se realiza de conformidad con lo que se establece en el Plan de Trabajo de dicha Área, con fundamento en el Artículo 42 de la Ley Nº 17 o Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El Seguro de Salud tiene su fundamento en la Ley Nº 17 y en el artículo 73 de la Constitución Política de Costa Rica. El objetivo consistió en establecer las garantías sociales para la población y además, darle a la CCSS la autonomía para la administración de los seguros sociales. De esta forma, se designa a esta Institución como la encargada de aplicar los seguros sociales obligatorios, tal es el caso del Seguro de Salud, el cual además es universal y está encargado de dar cobertura a todos los habitantes del país, según se establece en el Artículo 177 de la Constitución Política de Costa Rica.

El Seguro de Salud se encuentra constituido con un sistema de financiamiento de reparto, de conformidad con lo que se establece en el Artículo 32 de la Ley Constitutiva de la CCSS, con el objetivo de dar la atención integral a la salud, prestaciones en dinero y prestaciones sociales a los asegurados directos y sus beneficiarios familiares.

Al cierre del año 2017, el Seguro de Salud contaba con un total de asegurados directos de 3 000 221, representando un incremento de 3.8 % con respecto al año anterior. Un 69 % corresponde a asegurados directos activos, un 14 % son asegurados directos pensionados, mientras que el restante 17 % corresponden a asegurados por cuenta del Estado. El ingreso promedio asciende a 475 500 para todos los asegurados directos; el ingreso promedio más alto corresponde a los asalariados del sector público, los cuales reportan un salario promedio mensual de 1 028 959, seguido de los asalariados del sector privado con 411 660 por mes.

En relación con la distribución de la población nacional según tipo de seguro, cerca del 55.72 % corresponden a asegurados directos, aproximadamente el 33.92 % son beneficiarios familiares y el restante 9.72 % son no asegurados.

De conformidad con las Liquidaciones Presupuestarias del Seguro de Salud al cierre del año 2017, se contó con un ingreso de 2 427 385 millones de colones, mientras que el gasto ascendió a la suma de 1 911 798.

Los cálculos que se realizan en el presente estudio, se fundamentan en una metodología basada en proyecciones demográficas y financieras, con base en información al mes de diciembre del año 2017. Las proyecciones se realizan a 15 años, es decir, el período de proyección es el comprendido entre los años 2018 al 2032.

Como parte de las principales hipótesis utilizadas para realizar las proyecciones, se encuentran un 3,5 % de inflación se conformidad con los históricos observados y con las metas de inflación del Banco Central de Costa Rica (BCCR), una tasa de morosidad por concepto de contribuciones de 10,21 %, una tasa de incremento real de los salarios de 2 %, así como tasas de utilización de los servicios de salud con base en el comportamiento histórico observado por edad, sexo y tipo de servicio.

En concordancia con lo anterior, los resultados de la proyección de los ingresos y los gastos, en billones de colones, son los que se muestran a continuación, para el respectivo período de proyección, de donde se puede apreciar un balance positivo hasta el año 2026, es decir, un nivel de ingresos mayor al gasto.

Cuadro 1: Proyección de ingresos, gastos, masa cotizante y prima de reparto.

Año	Gastos	Ingresos Efectivos	Diferencia	Masa Cotizante	Prima
2018	2.06	2.34	0.29	15.97	12.88 %
2019	2.26	2.55	0.30	17.45	12.95 %
2020	2.49	2.78	0.29	18.99	13.10 %
2021	2.75	3.00	0.26	20.52	13.38 %
2022	3.02	3.24	0.22	22.15	13.65 %
2023	3.31	3.50	0.19	23.89	13.87 %
2024	3.63	3.77	0.15	25.74	14.09 %
2025	4.00	4.06	0.06	27.72	14.43 %
2026	4.34	4.37	0.03	29.82	14.54 %
2027	4.75	4.70	-0.05	32.06	14.82 %
2028	5.20	5.05	-0.15	34.44	15.08 %
2029	5.70	5.42	-0.28	36.99	15.41 %
2030	6.23	5.81	-0.42	39.70	15.69 %
2031	6.82	6.23	-0.59	42.59	16.01 %
2032	7.46	6.68	-0.78	45.69	16.32 %

Fuente: Elaboración propia, montos en billones de colones.

Es importante destacar que el Seguro de Salud tiene un sistema de financiamiento de reparto, el cual presenta diferencias significativas con respecto a los sistemas de financiamiento de capitalización como lo son la mayoría de los regímenes de pensiones, por lo que desde esta perspectiva es que deben abordarse los análisis actuariales que se le hagan, así como la interpretación de sus resultados.

Estas diferencias se presentan por un lado, al considerar que la naturaleza de ambos sistemas de financiamiento es diferente, pues en un régimen de reparto las prestaciones

son de corto plazo y la consolidación de derechos se da prácticamente en forma inmediata a la afiliación; mientras que en un régimen de capitalización las prestaciones son de largo plazo. En estos últimos, las variables que influyen en la determinación de sus prestaciones, en su mayoría son más predecibles y definidas. En el caso de los regímenes de reparto, particularmente el caso de los seguros de salud, se cuenta con una mayor volatilidad en las variables que intervienen en sus respectivos análisis.

Los seguros de salud son altamente dinámicos, en donde por el lado del gasto, variables como los cambios tecnológicos, demográficos, epidemiológicos, la siniestralidad, judicialidad, entre otras, influyen directamente en los resultados y pueden tener costos muy elevados, aunado al hecho de que algunas de estas variables no pueden ser controladas directamente, como lo es el caso del aspecto epidemiológico y la siniestralidad asociada por ejemplo con pandemias, accidentes de tránsito, etc. Una volatilidad similar puede presentarse por el lado de los ingresos, principalmente derivados del entorno económico y laboral.

De esta forma, las principales conclusiones que se pueden desprender de la presente valuación actuarial del Seguro de Salud, son las que se mencionan a continuación:

- De conformidad con el modelo de proyección empleado, el balance de ingresos y gastos en un escenario base es positivo hasta el año 2027, reflejando, en el marco de las hipótesis utilizadas, un período de sostenibilidad financiera para el Seguro de Salud de diez años, ese período de sostenibilidad se ubica entre seis y trece años, según el escenario empleado. Naturalmente, el entorno económico, epidemiológico, demográfico y tecnológico en que se encuentra inmerso o está expuesto el Seguro de Salud, así como por la creciente judicialización de la salud, condicionan esos resultados y por tanto deben valorarse con cierta discreción. Esto, principalmente por la volatilidad y dinamismo de las variables que determinan o caracterizan estructuralmente el gasto, además de la probabilidad de surgimiento de coyunturas específicas –pandemias, crisis económicas, etc.– que financieramente inciden en la sostenibilidad.

- El análisis efectuado revela, de manera sostenida, una mayor tasa de crecimiento en el gasto respecto al ingreso, lo que da por resultado una prima de reparto global que se va incrementando durante el período de proyección, superando en el 2032 el 15 % de contribución, bajo las condiciones del escenario base.

  Al respecto, debe tomarse en cuenta que el Seguro de Salud posee tasas de contribución diferenciadas por modalidad de aseguramiento que van desde el 12.25 % para los trabajadores independientes y asegurados voluntarios, hasta el 15 % en el caso de los asalariados, dando por resultado una prima media de aproximadamente 14.58 %, situación que conjuntamente con aspectos de evasión, explican que el balance se vuelva negativo con una prima de reparto global, cuya tendencia supera al 15 %.

- Los principales componentes que determinan o condicionan la sostenibilidad del Seguro de Salud, son por el lado del gasto, los asociados con el comportamiento de la demanda de los servicios de salud y sus respectivos costos; mientras que desde una perspectiva de los ingresos, es el comportamiento del mercado laboral y la situación fiscal. Esta situación se evidencia en los escenarios de sensibilización planteados, según la información que se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 2: Resumen de Resultados de los Escenarios de Sensibilización.

Escenario	Hipótesis	Año de Sostenibilidad
Base	Condiciones esperadas.	2027
1	Fortalecimiento del primer nivel de atención	2030
2	Mejora en la Gestión Hospitalaria	2028
3	Incremento del costo de las hospitalizaciones	2023
4	Portafolio de proyectos de inversión	2024

- El gasto de la atención de la salud se ve afectado directamente por el envejecimiento poblacional, situación que se puede evidenciar en el incremento de un 8 % en la proporción del gasto correspondiente a la población adulta mayor al cabo de los 15 años de proyección. En esa línea, el análisis sobre carga de enfermedad se torna fundamental para evitar mayores presiones sobre el gasto, producto de ese envejecimiento, así como de patologías que requieren priorización en su atención.

- El Seguro de Salud además de ser de reparto cuyas prestaciones son de corto plazo, se constituye como un seguro social, público, solidario y enmarcado en los principios de la doctrina de la seguridad social, de forma que los resultados del presente estudio deben ser analizados bajo ese contexto y tomando en consideración que los análisis actuariales a este Seguro se deben realizar frecuentemente, con el objetivo de analizar en forma periódica su sostenibilidad financiera inmediata, dada la volatilidad y dinámica de las variables y de su naturaleza.

Por otro lado, las principales recomendaciones que se plantean en la presente valuación actuarial, son las siguientes:

1. Solicitar a la Gerencia Financiera, que en un plazo de seis meses elabore y presente a Junta Directiva un informe respecto al avance en el diseño del sistema de costos que se está incorporando dentro del plan de innovación. Es claro que disponer de un sistema de que permita establecer los costos unitarios – no solamente costos promedios – conduce y contribuye a una más eficiente asignación de recursos y por tanto a períodos de sostenibilidad financiera más prolongados.

2. Encargar a la Gerencia Financiera, para que en los próximos seis meses elabore y presente a Junta Directiva, un informe sobre el comportamiento de la morosidad en las obligaciones del Estado con el Seguro de Salud. Esto permitirá adoptar las medidas o acciones que correspondan, y así disminuir el riesgo que representa para la liquidez del régimen la acumulación permanente de esas obligaciones.

3. En concordancia con la Política de Sostenibilidad Financiera del Seguro de Salud, se encarga a la Gerencia Financiera para que en un plazo de seis meses y en coordinación con la Dirección Actuarial y Económica, se elabore y presente a Junta Directiva un estudio que contenga opciones sobre nuevas fuentes de financiamiento.

4. Solicitar a la Gerencia Financiera, que en coordinación con la Dirección Actuarial y Económica, y en el marco de un proceso de normalización en el esquema de contribuciones, se elabore en los próximos seis meses un estudio orientado hacia un ajuste gradual en la prima global de contribución de los trabajadores independientes y asegurados voluntarios, de modo que se alcance el 15 % y el 14 % respectivamente.

5. Encargar a la Gerencia Médica la elaboración de un plan específico donde se valoren acciones, o medidas de corto y mediano plazo, que permitan incidir en reducciones en la duración del tiempo promedio de las estancias hospitalarias. Es precisamente esa variable la que mayor impacto presenta en el gasto y en los objetivos de extensión de la sostenibilidad.

6. Encargar a la Gerencia Médica, para que conjuntamente con la Dirección Actuarial y Económica, continúe efectuando y fortaleciendo los estudios sobre carga de enfermedad. Esto, con el objetivo de disponer de elementos actualizados que permitan priorizar las intervenciones en salud, e impactar positivamente en la asignación de recursos, con lo que no solamente se fortalecen los indicadores de salud, sino que contribuye en el mediano y largo plazo a una desaceleración de las tasas de crecimiento del gasto, mediante una atención al paciente más eficiente.

7. Encargar a la Gerencia Financiera y Médica, en conjunto con la Dirección de Planificación Institucional, que se fortalezcan los procesos para la inclusión de proyectos en el portafolio de inversiones, de manera que éstos respondan a mejoras de los servicios que brinda el Seguro, ya que el gasto de operación que genera cada proyecto, puede ser un determinante importante de la sostenibilidad.

2. Introducción.

El presente informe de valuación actuarial del Seguro Salud se elabora como parte de las actividades programadas en el plan de trabajo del año 2018 y 2019 del Área de Análisis Financiero de la Dirección Actuarial y Económica, en atención a lo establecido en el artículo 42º de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y considerando que la periodicidad para la elaboración de dichos estudios es de dos años, de conformidad con lo establecido en el oficio PE-12205-2017. De esta forma, el presente informe se realiza con la información disponible al cierre del año 2017.

Además este estudio incorpora la atención de las disposiciones planteadas por la Contraloría General de la República (CGR), en el informe DFOE-SOC-IF-00014-2017 denominado Ïnforme de Auditoría de carácter especial en el Seguro de Salud, sobre la deuda estatal y su valuación actuarial", específicamente las disposiciones 4.6 y 4.7 relacionadas con la incorporación en el análisis de riesgos de temas como judicialización de la salud, sistemas de información, mercado laboral, entre otros; así como la ampliación en la justificación de los supuestos considerados en el estudio.

La presente valuación actuarial correspond también a un insumo importante como parte del "Programa por Resultados para el fortalecimiento del seguro universal de salud en Costa Rica"del Banco Mundial, para el cumplimiento del indicador ILD7, denominado Çreación y ejecución de un plan integral a mediano y largo plazo para garantizar la sostenibilidad financiera de la CCSS", específicamente lo relacionado con el hito de desembolso número 2, "Valuación actuarial del Seguro de Salud", la cual debe cumplir ciertos requerimientos establecidos en el programa, los cuales enriquecen el contenido de este estudio.

Por otro lado, se atienden observaciones realizadas por la Auditoría Interna de la Institución mediante oficio 54805 de noviembre del 2017 y cuya atención quedó pendiente, como la incorporación del análisis del portafolio de proyectos de infraestructura del seguro.

De esta forma, el primer capítulo de este informe, presenta el resumen ejecutivo, seguido por la introducción, luego en el apartado tres se incluye un glosario de términos, en el cual se describen brevemente los principales conceptos que intervienen en el análisis e informe de la valuación actuarial para el Seguro de Salud. Luego, en el capítulo cuarto se analiza brevemente el marco normativo considerado en la elaboración de la presente valuación actuarial del Seguro de Salud.

El quinto capítulo se refiere a algunos aspectos generales del Seguro de Salud que deben ser tomados en cuenta en el análisis y en la elaboración de las proyecciones, como lo son la cobertura del seguro, las prestaciones que otorga y el respectivo financiamiento.

En el sexto capítulo se analiza la situación actual del seguro, en relación con la población cubierta, un histórico de los ingresos y gastos que se han obtenido, detallando principal-

mente aquellos asociados con las remuneraciones, así como, según el tipo de prestaciones, es decir de salud y subsidios. Además se presenta la principal información relacionada con el portafolio de proyectos de inversión y la situación de la reserva de contingencias del Seguro.

El sétimo capítulo hace referencia al entorno económico y demográfico, detallando aspectos tales como inflación, producto interno bruto (PIB), elasticidades del PIB con respecto a la masa salarial, déficit fiscal, comportamiento del empleo y de los salarios. Por el lado del entorno demográfico se muestra la estructura de la población nacional, así como aspectos relacionados con la fecundidad, esperanza de vida al nacer, migración, perfil epidemiológico y carga de la enfermedad.

Por su parte, el octavo capítulo se refiere a la metodología empleada en el estudio, así como la definición y justificación de hipótesis. El noveno capítulo consiste en la presentación de los resultados del estudio, es decir las proyecciones de ingresos y gastos, para el periodo de análisis de 15 años.

El capítulo diez, hace una identificación de los riesgos a los que está expuesto el Seguro de Salud, y en el capítulo once se presentan 4 escenarios de sensibilización. Posteriormente, en el siguiente apartado se realiza una comparación de resultados anteriores. Se finaliza el estudio con conclusiones y recomendaciones, así como una sección de anexos que detalla el resto de la información utilizada para la elaboración del presente estudio.

La elaboración de la presente valuación actuarial estuvo a cargo de las Actuarias Carolina González Gaitán y Evelyn Guzmán Solano, bajo la supervisión y revisión del Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director a.i. de la Dirección Actuarial y Económica. Además se contó con la colaboración de la Actuaria Ivannia Miranda Sánchez hasta el mes de febrero del 2019, durante su nombramiento en el Área de Análisis Financiero, así como con el apoyo del M.A.S. Ronald Cartín Carranza en algunas de las etapas de la revisión del documento, mientras estuvo como Director a.i. de la Dirección Actuarial y Económica o como Asesor Actuario de la Presidencia Ejecutiva.

3. Marco conceptual.

Este apartado tiene como objetivo conocer los principales términos y conceptos que se emplean a lo largo del presente informe.

- Asegurado activo: Persona, hombre o mujer, que se encuentra trabajando y cubriendo la cotización respectiva, cualquiera que sea el tipo de trabajo que origine su actividad. Incluye el trabajo asalariado subordinado y el trabajo independiente o por cuenta propia.

- Corto Plazo: Depende de la naturaleza de cada seguro, para el Seguro de Salud corresponde a un período de uno a dos años.

- Subsidio: Suma de dinero que se paga al asegurado directo activo, por motivo de incapacidad o de licencia.

- Incapacidad: Periodo de reposo ordenado por médicos de la Caja o autorizados por ésta, al asegurado directo activo que no esté en posibilidad de trabajar por pérdida temporal de las facultades o aptitudes para el desempeño de las labores habituales u otras compatibles con ésta. Justifica la inasistencia de ese asegurado a su trabajo, a la vez lo habilita para el cobro de subsidios. Tendrá derecho al pago de subsidios por incapacidad el asegurado que haya cotizado con 6 cuotas mensuales dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad. Los subsidios pagarán hasta por un máximo de 52 semanas y corresponde al 60 % del promedio de los salarios consignados por la Caja, el pago del mismo procede a partir del cuarto día de incapacidad.

- Incapacidades por Accidentes de Tránsito: Se ejerce cuando las pólizas por accidentes de tránsito (Seguro Obligatorio para Vehículos Automotores (SOA)) se agoten, por ende el asegurado podrá ser incapacitado, en caso necesario, por la Caja Costarricense de Seguro Social, siempre y cuando sea un asegurado (a) activo (a) y que cumplan con los requisitos reglamentarios para acceder a dichos beneficios, a partir de la presentación del documento médico de traslado (referencia médica o epicrisis) y el documento que compruebe el agotamiento de la póliza; documentos que debe gestionar el trabajador (a) ante el ente asegurador, de acuerdo con lo establecido.

- Largo Plazo: Depende de la naturaleza de cada seguro, para el Seguro de Salud el largo plazo corresponde a más de 10 años.

- Licencia por Maternidad: Período obligatorio de reposo establecido por ley, para las trabajadoras embarazadas, con motivo de parto. Se divide en licencia pre-parto y licencia post-parto, dependiendo de si se refiere al período anterior o posterior al alumbramiento. La licencia se extiende por 120 días naturales.

  Tiene derecho a subsidios aquella trabajadora que haya aportado por lo menos seis cuotas mensuales en las doce anteriores a la licencia o parto. El subsidio es igual al

50 % del promedio de los salarios reportados en planillas de la Caja, correspondientes a los tres meses procesados con anterioridad a la licencia o al parto.

- Licencia por Fase Terminal: Período de tiempo con derecho a subsidio otorgado por la Caja al trabajador asalariado, con la finalidad de que cuide a un paciente en fase terminal.

  El derecho a subsidios por la licencia, procede cuando el trabajador designado ha cotizado por lo menos 6 meses en los 12 anteriores al inicio de la licencia.

  El subsidio corresponde al 60 % del promedio de los salarios procesados por la Caja en los tres meses consecutivos inmediatamente anteriores al inicio de la licencia y procede desde el primer día. Los subsidios pagados por este concepto no son computables con los de enfermedad.

- Licencia para cuido de persona menor gravemente enferma: Se ejerce a la persona asegurada activa asalariada que sea designada como responsable para cuidar a una persona gravemente enferma menor de edad, que cumpla con los requisitos en donde el paciente menor de edad, necesariamente sufre una enfermedad grave, con efectos significativos para su salud, la cual lo pone en riesgo de muerte y además su médico tratante certifica que para su tratamiento requiere la asistencia constante y directa de uno de sus padres o persona responsable; Para ello el cuidador(a) debe ser asegurado activo asalariado y haber cotizado para el Seguro de Salud, los tres meses inmediatamente anteriores al otorgamiento de la licencia, el plazo de la licencia y el pago del subsidio se otorgarán por el plazo que el médico tratante declare al paciente gravemente enfermo y necesario de cuidados constantes y directos por parte de uno de sus padres o representante legal.

- Licencia Extraordinaria: Se ejerce a la persona asegurada activa asalariada que sea designada como responsable para cuidar a una persona enferma o menor de edad o mayor de edad hasta 25 años pero dependiente de alguno de sus progenitores o persona responsable (ejemplo: estudiantes), que cumpla con los requisitos en donde el paciente enfermo sufre una enfermedad o situación de salud no grave pero debidamente calificada (se deberá tratar de una situación especial o excepcional de salud). Que el médico tratante deberá detallar y además certificar que la presencia del cuidador es indispensable o esencial para el tratamiento requerido por el paciente enfermo. Es decir, que el paciente enfermo requiere para su tratamiento asistencia constante y directa de uno de sus padres o persona responsable. El cuidador(a) debe ser asegurado activo asalariado y haber cotizado para el Seguro de Salud, los tres meses inmediatamente anteriores al otorgamiento de la licencia. La licencia extraordinaria y el pago del subsidio se otorgarán por el plazo que el médico tratante declare la situación de salud del paciente como debidamente calificada, por períodos de hasta 3 meses y prorrogable hasta por un período igual, lo que podría significar que dicha licencia contabilice un total de hasta 6 meses calendario.

- Masa Cotizante: Es la suma de los salarios e ingresos de los contribuyentes al Seguro de Salud, durante un periodo definido, usualmente se consideran masas cotizantes anuales
- Sistema de Reparto: Es aquel sistema en donde los ingresos del período son prácticamente equivalentes a los gastos del periodo, dada la existencia de una Prima de Reparto o Tasa de Reparto, la cual corresponde al costo neto de las prestaciones, o sea el gasto total en prestaciones dividido por la masa cotizante.
- Valuación Actuarial: Se trata de un estudio que combina técnicas demográficas, financieras y matemáticas, todo dentro del respectivo marco normativo aplicable, cuya finalidad es determinar si los ingresos futuros son suficientes para hacer frente a las obligaciones presentes y futuras en el corto y largo plazo, de un plan de protección.
- Prima: es la aportación económica que paga el asegurado, patrono y/o Estado por la transferencia del riesgo bajo las coberturas que esta última ofrece a sus beneficiarios, durante un determinado período de tiempo.
- Tasas de decrementos: Es una tabla por edad y sexo con las tasas que representan la probabilidad de que una persona salga de una población, por una determinada causa.
- Modalidad de aseguramiento: Tipo de aseguramiento al Seguro de Salud según condición, a saber: trabajador independiente, asalariado, pensionado, servidor doméstico,asegurado voluntario,asegurado por el Estado, interno en centro penal.
- Base Mínima Contributiva: Es el ingreso mínimo sobre el cual se cotiza al Seguro de Salud.
- PEAO: Representa al grupo de personas que se encuentran dentro de la Población Económicamente Activa y están laborando.
- Nuevos Cotizantes: Son las personas que ingresan a cotizar en un año con respecto al año anterior.
- Esperanza de vida al nacer:representa el número de años que pueden esperar vivir los miembros de una generación de la tabla de mortalidad al momento de su nacimiento.
- Esperanza de vida residual: es el número de años que puede esperar vivir una persona de edad x.
- Morosidad: Son los montos dejados de percibir producto del pago de las contribuciones al Seguro de Salud, por parte de las poblaciones que ya se encuentran afiliadas a dicho seguro

- Consulta Externa: atenciones directas a pacientes bajo esta modalidad, donde debe existir la aprobación de un agenda por el ente competente, existencia de un horario programado, identificación de un escenario de atención, otorgamiento de una cita, identificación de la consulta, registro de la atención en el expediente de salud y su respectivo reporte estadístico.(CCSS. Área de Estadística en Salud, s.f.)
- Hospitalización: Área donde se brinda "atención en salud impartida por personal calificado a una persona hospitalizada, que utiliza una cama de dotación normal para pernoctar en el servicio de salud". (CCSS. Área de Estadística en Salud, s.f.).
- Urgencias: Toda atención inmediata, no programada, brindada a un paciente no hospitalizado ni con cita previa (ambulatorio), en cualquier instante de las veinticuatro horas del día de cualquier día, por justificarlo así su aparente grave estado de salud, ya que de acuerdo con el sentir del paciente o de sus acompañantes o del médico que lo refiere, está en serio peligro su vida o integridad física.
- Cirugía Mayor Ambulatoria: se define como la cirugía de tipo mayor y practicada en el marco de un programa del mismo nombre, formalmente establecido en centro de atención (Hospital o Clínica Mayor) donde el paciente es ingresado formalmente, pero no ocupa una cama de dotación normal, esto en el caso de un Hospital.
- Centro de Salud: establecimiento de salud donde se brindan los servicios que la C.C.S.S. ofrece.
- Área de Salud: Se refiere al Centro de Salud que otorga servicios integrales de salud a la población ubicada en un espacio territorial asignado previamente.
- EBAIS: es el Equipo Básico de Atención Integral de Salud responsable de prestar servicios de salud en el primer nivel de atención, en un determinado sector territorial.
- Egreso Hospitalario: Registro de salida de un paciente de un centro hospitalario.
- Estancia: Permanencia de un paciente de un día en un centro hospitalario ocupando una cama de dotación normal.
- Consulta odontológica: Se refiere a una consulta externa realizada por un profesional en odontología.
- Tasas de utilización de servicios de salud: corresponde al cociente entre los servicios brindados en un periodo y l población con acceso a esos servicios.

4. Marco normativo.

El Seguro de Salud tiene su fundamento legal en la Ley Nº 17, Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) del año 1941 –reformada en el año 1943– y en el artículo 73 de la Constitución Política de Costa Rica. Dichas normativas establecen las garantías sociales para la población, designando a la CCSS como la institución encargada de aplicar los seguros sociales obligatorios, con autonomía para administrarlos. Dentro de dichos seguros se encuentra el Seguro de Salud, el cual además es universal y se encarga de brindar cobertura a todos los habitantes del país, según se establece en el Artículo 177 de la Constitución Política del país.

En correspondencia con lo anterior, en el artículo 73 de la Constitución Política de Costa Rica se señala lo siguiente:

"Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social. No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales."

Asimismo, el artículo 32 de la Ley Constitutiva de la CCSS, establece que la Junta Directiva de la Institución formará dos fondos o regímenes, uno para los beneficios y gastos del régimen de reparto y el otro, para los beneficios y gastos del régimen de capitalización colectiva. De esta forma, el Seguro de Salud es el que se constituye como el régimen de reparto, de conformidad con lo que se establece en el artículo supracitado, el cual indica:

"El fondo del régimen de reparto estará conformado por las cuotas de los patronos y se destinará a las prestaciones que exijan los seguros de enfermedad y maternidad, con la extensión que indique la Junta Directiva, y a cubrir, además, los gastos que ocasionen los mismos seguros, así como los de administración en la parte que determine la Junta Directiva en el presupuesto correspondiente, todo de acuerdo con los cálculos actuariales."

Los aspectos relacionados específicamente con su financiamiento, cobertura, estructura de las prestaciones, entre otros, se encuentran establecidos en el Reglamento del Seguro de Salud; los cuales se describen en cada uno de los apartados correspondientes del presente informe.

En forma adicional, se considera una serie de normativas en las cuales se determinan algunos aspectos asociados con financiamiento y cobertura, para algunas poblaciones específicas, como lo son leyes, decretos, reglamentos, entre otros. Como parte de esta normativa se puede mencionar el Reglamento para el otorgamiento de incapacidades y licencias

a los beneficiarios del Seguro de Salud, Reglamento para la afiliación de los trabajadores independientes, Reglamento para la afiliación de los asegurados voluntarios, Ley Nº 7756 "Beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal", la Ley Nº 7982 "Ley de Protección al Trabajador", entre otros. También se consideran los convenios que mantiene la CCSS con otras instituciones, como es el caso del Ministerio de Justicia y Paz.

Por otro lado, en relación con la normativa asociada con las poblaciones cubiertas por leyes especiales, se considera la Ley Nº 7735 y Ley Nº 8312 "Ley General de Protección a la Madre Adolescente", Ley Nº 8612 "Aprobación de la Convención Iberoamericana de los Jóvenes", Ley Nº 7374 "Préstamo BID Programa Servicios de Salud y Construcción Hospital Alajuela", Decreto Ejecutivo Nº 33119-S, Decreto Ejecutivo Nº 17898-S, Código de la Niñez y la Adolescencia, entre otras normativas específicas.

Se considera también lo establecido en el "Reglamento del Artículo 42º de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social", en el cual se establece que el marco regulatorio para evaluar las previsiones financieras de los Seguros Sociales corresponde a la valuación actuarial, delimitando algunos aspectos que se deben considerar al elaborar tales estudios.

De esta forma y en atención a los artículos 4 y 5 del Reglamento citado en el párrafo anterior, en el aspecto meramente procedimental debe señalarse que la metodología con que se elabora la presente valuación actuarial, se basa en el contenido del "Instructivo para la elaboración de Valuaciones Actuariales en el Seguro de Salud", aprobado por la Junta Directiva de la Institución en el artículo N 29 de la sesión N 8855, celebrada el 21 de junio del 2016, el cual a su vez, se encuentra sustentado en las directrices de la Asociación Internacional de Actuarios y además, la metodología corresponde a la establecida en el documento "Metodología Valuación Actuarial del Seguro de Salud" de marzo del 2016, aprobada en la misma sesión se Junta Directiva señalada anteriormente.

Por último, se consideran diversos criterios jurídicos emitidos por la Institución asociados con diferentes aspectos y particularmente en relación con el financiamiento, sobre este último punto cabe destacar el oficio DJ-1820-2015, donde se atiende consulta de la Gerencia Financiera en relación con la procedencia de "*determinar balances entre ingresos y gastos o costos derivados de las prestaciones de servicios de salud, según modalidad de aseguramiento, a saber: trabajadores independientes, asegurados voluntarios, convenios especiales, asalariados y pensionados; así como registrar cuentas por cobrar para cada segmento y de que en caso de que se determine algún déficit relativo a alguna de estas poblaciones, se proceda a cobrar al Estado la suma correspondiente.*"

Al respecto, el criterio de la Dirección Jurídica establece en lo que interesa lo siguiente:

" *...se observa que tal y como lo señala el consultante las recomendaciones que exter-*

na la Auditoría no solo implicarían necesariamente una modificación de las disposiciones reglamentarias que actualmente se encuentran vigentes, sino que también implican una afectación del Principio de Solidaridad, por cuanto el propio artículo 23 de la Ley Constitutiva de la Caja no establece que la determinación de las contribuciones lo es dependiendo del costo de los servicios según determinado grupo, sino que lo dispone en forma general, según sector contributivo."

Y para una mayor claridad en relación con alguna normativa asociada con las poblaciones cubiertas por el Seguro de Salud y su aplicación en el financiamiento de dicho seguro; se realiza la consulta a la Dirección Jurídica en forma puntual, sobre lo siguiente:

" *I. ¿Los regímenes de protección de administra la CCSS, según los artículos 33º y 34º de la Ley Constitutiva, son el régimen de reparto del Seguro de Salud y el Régimen de capitalización del Seguro de Pensiones, o dentro del Seguro de Salud existen otros regímenes?*

II. ¿La modalidad de aseguramiento de asalariados, trabajadores independientes, asegurados voluntarios, pensionados, asegurados por Cuenta del Estado, etc. se pueden conceptualizar como regímenes, y por tanto darles el alcance que indica la Ley Constitutiva, en sentido de no permitir transferencias entre regímenes?"

Al respecto, mediante oficio DJ-0431-2017 de abril del 2017 se emite el criterio respecto en atención a la consulta planteada, de donde se pueden extraer los siguientes aspectos, que contestan puntualmente cada una de las consultas anteriores:

"*En relación con la primera consulta vale indicar que teniendo en consideración tanto lo dispuesto en el artículo 73 de la Constitución Política, como lo dispuesto en los artículos 1, 2, 33, 34 y 35 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, se observa que la Institución administra únicamente dos Regímenes en materia de seguros sociales: el Régimen de Salud o Reparto (. . .) y el Régimen de Pensiones o Capitalización Colectiva.*

En relación con la segunda consulta, procede a señalar que desde el punto de vista legal las modalidades de aseguramiento como asalariado, trabajador independiente, asegurado voluntario, pensionados, asegurados por cuenta del Estado, entre otros, no se pueden conceptualizar como regímenes, sino que es la forma como la Institución ha venido determinando los distintos sectores o grupos que reciben protección y beneficios de los seguros de Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte, según sea el caso."

5. Aspectos generales.

5.1. Cobertura.

La cobertura que brinda el Seguro de Salud se conforma por dos grupos: los asegurados directos según su respectiva modalidad de cotización y la protección del beneficio familiar. El primer grupo se encuentra compuesto por las modalidades de cotización establecidas en el Artículo 11º del Reglamento del Seguro de Salud, que corresponden a los asegurados directos, ya sea como trabajadores asalariados, trabajadores independientes, asegurados voluntarios, pensionados y jubilados de cualquiera de los regímenes estatales, así como asegurados en condición de pobreza por cuenta del Estado.

El segundo grupo correspondiente a la protección del beneficio familiar, se encuentra conformado por el cónyuge, hijos, padre, madre, etc., según el artículo 12 del Reglamento del Seguro de Salud y que se constituyen en los familiares dependientes de los asegurados directos mencionados en el párrafo anterior.

En relación con la población cubierta por la modalidad de los asegurados por el Estado, corresponde a aquella población en condición de pobreza, pobreza extrema o indigencia médica, costarricenses o extranjeros residentes legales del país y menores de edad sin importar su condición migratoria. Adicionalmente con cargo al Estado también se incluye a la población que la institución le presta una atención médica por estar cubierta por las diversas leyes, normas y decretos específicos establecidas por el Estado.

5.2. Prestaciones.

El Seguro de Salud, según las regulaciones que para cada caso se establezcan y de conformidad con las posibilidades financieras de este Seguro, otorga las siguientes prestaciones a los asegurados directos y a sus familiares:

- Atención integral a la salud
- Prestaciones en dinero
- Prestaciones sociales

La atención integral a la salud comprende beneficios tales como promoción, prevención, curación y rehabilitación; asistencia médica especializada y quirúrgica; asistencia ambulatoria y hospitalaria; farmacia; laboratorio y exámenes; óptica; asistencia en salud oral; entre otros.

En relación con las prestaciones en dinero, éstas comprenden a toda aquella ayuda económica o subsidios por incapacidad y licencias; compra de prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos; traslados y hospedajes; gastos de funeral en caso de fallecimiento del asegurado

o de su cónyuge o compañero y libre elección médica.

Por último, las prestaciones sociales tienen como finalidad atender las necesidades de orden social, relacionadas con la salud integral y comprenden el fomento de la participación social; convenios de cooperación con instituciones de beneficencia pública o privada para la atención integral a la salud; entre otros.

5.3. Financiamiento.

El financiamiento al Seguro de Salud está dado por las diferentes contribuciones bajo cada una de las modalidades de aseguramiento existentes, dichas contribuciones son realizadas por los asegurados, patronos y Estado, según lo que se encuentra establecido en el Artículo 62 del Reglamento del Seguro de Salud.

Según las diferentes modalidades de aseguramiento o cobertura del Seguro de Salud, los porcentajes de contribución correspondientes a los asegurados, patronos y Estado, se detallan en los siguientes apartados.

1. **Trabajadores asalariados.**

   Comprende a los trabajadores asalariados que tienen capacidad de pago, así como a sus familiares económicamente dependientes. Esta modalidad se financia mediante el sistema de contribución forzosa y tripartita entre el trabajador, patrono y Estado. El nivel de contribución bajo esta modalidad de aseguramiento se debe aplicar al monto del salario ordinario y de las retribuciones extraordinarias o especiales incluidas en el salario en especie y está dado de la siguiente forma:

   - Trabajadores: 5.50 % de sus salarios
   - Patronos: 9.25 % de los salarios de sus trabajadores.
   - Estado como tal: 0.25 % de los salarios de todos los trabajadores del país.

2. **Pensionados.**

   Bajo esta modalidad se brinda cobertura a los pensionados, así como a sus familiares económicamente dependientes, tal y como se señala en el Artículo 1 de la Ley 5905. Las contribuciones de este grupo están dadas de la siguiente forma, donde el Fondo que paga la pensión es el que asume la cuota patronal:

   - Pensionados: 5.00 % del monto de sus pensiones
   - Fondo que paga la pensión: 8.75 % del monto de las pensiones.
   - Estado como tal: 0.25 % del monto de las pensiones de todos los pensionados cubiertos por este Seguro.

El Artículo 2 de la Ley citada anteriormente, señala que los pensionados no cuentan con el derecho a pagos de subsidios, toda vez que ante una eventual enfermedad, no pierden sus ingresos ni parte de ellos, que en este caso corresponde al monto de la pensión. Adicionalmente dicho artículo establece que en caso de existir algún déficit, éste sería cubierto por el Estado, el cual tomará los recursos de las rentas creadas por leyes anteriores para cubrir la cuota estatal y la cuota del Estado como patrono.

3. **Asegurados voluntarios y trabajadores independientes.**

   Esta modalidad es también conocida como Cuenta Propia, e incluye a los trabajadores independientes y asegurados voluntarios, afiliados en forma individual o colectiva mediante convenios especiales, así como a sus familiares económicamente dependientes.

   El nivel de contribución que les corresponde está determinado por la escala contributiva aprobada por la Junta Directiva con base en la recomendación técnica de la Dirección Actuarial y Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, será asumida por el Estado como cuota complementaria. Adicionalmente el Estado debe aportar el 0.25 % sobre la masa cotizante de este grupo de población.

   La escala contributiva a la que hace referencia el párrafo anterior, es la distribución del porcentaje que corresponde al trabajador y al Estado en su condición subsidiaria, con base en su nivel de ingreso, por lo que la contribución total bajo esta modalidad de aseguramiento, está dada de la siguiente manera:

   - Cuota global (asegurado y Estado): 12.0 % del monto de sus ingresos de referencia.
   - Estado como tal: 0.25 % del monto de los ingresos de referencia de todos los asegurados bajo esta modalidad.

4. **Asegurados por el Estado.**

   En esta modalidad de aseguramiento se incorpora a aquellas personas que por diversas razones no pueden estar cubiertas por un régimen obligatorio contributivo, tal como es el caso de las personas que se encuentran en condición de pobreza. Para esto, existe una serie de leyes, acuerdos y convenios, con el fin de proteger a estas poblaciones.

   La contribución para financiar el aseguramiento de esta población se determinará de conformidad con los cálculos realizados por la Dirección Actuarial y Económica, para ello, se considera lo que se establece en el Artículo 6 de la Ley 7374, la cual establece que para determinar los costos de esta población “se utilizará como referencia el porcentaje de cotización media”.

En correspondencia con lo anterior, el nivel de contribución de los asegurados por el Estado, considerando el porcentaje de cotización media calculado por esta Instancia, está dado por:

- Porcentaje de cotización media: 14.33 % de la base mínima contributiva.
- Estado como tal: 0.25 % del monto de los ingresos de referencia de todos los asegurados por el Estado.

Por último, para determinar los costos en los que incurre el Seguro de Salud por la atención de esta población, se considera lo que se establece en el Decreto 17.898-S, Reglamento Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado, del año 1987, en el cual se describen los procedimientos y el régimen financiero del programa, particularmente en su artículo 12, se señala que:

"La Caja hará la determinación de los costos de la atención médico – hospitalaria, con base en los resultados estadísticos y de orden financiero relativos a estancias hospitalarias y consultas, pero el cobro de los servicios se hará, conforme con los principios enunciados en el considerando 4, sobre la base de los núcleos familiares incorporados al régimen previsto en este Reglamento, cuya tarifa no serán (sic) inferior a la mínima establecida para el régimen de asegurados independientes."

5. **Internos en centros penales.**

   Se considera un grupo de población que pertenece a la modalidad de los Asegurados por el Estado. Incorpora a las personas privadas de libertad, cuya protección se encuentra a cargo del Estado, de conformidad con lo establecido en el "Convenio entre Ministerio de Justicia y Gracia y la Caja Costarricense de Seguro Social", del año de 1998, el cual señala que *"... la Caja asume la protección en el Seguro de Enfermedad y Maternidad de las personas privadas de libertad y minoría infractora, ubicados en los Niveles de Atención Institucional y Semi-Institucional de la Dirección en todo el país..."*, esta protección incluye las prestaciones del Seguro de Salud como la atención integral a la salud, pero no los subsidios, licencias, ni otras prestaciones en dinero.

   De esta forma, el nivel de contribución para esta modalidad de aseguramiento, es el siguiente:

   - Cuota Global: 13.75 % del monto de ingreso de referencia, que se considera igual a la base mínima contributiva de los trabajadores independientes y asegurados voluntarios.
   - Estado como tal: 0.25 % del ingreso de referencia de la población privada de libertad cubierta según el respectivo Convenio.

Para todas las modalidades de aseguramiento de la PEA activa, es importante destacar que el monto del ingreso de referencia o ingreso cotizable, no puede ser inferior al ingreso de referencia mínimo que se considera en la escala contributiva de los Trabajadores Independientes, el cual es aprobado en forma periódica por la Junta Directiva de la Institución.

Por otro lado, según lo que se establece en el artículo 73 de la Constitución Política de Costa Rica y además, en el Artículo 1 de la Ley Nº 17, Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en relación con los fondos y reservas de los seguros sociales, provenientes de las contribuciones o aportes, se señala lo siguiente:

"... Los fondos y las reservas de estos seguros no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas de las que motivaron su creación. Esto último se prohíbe expresamente. Excepto la materia relativa a empleo público y salarios, la Caja no está sometida ni podrá estarlo a órdenes, instrucciones, circulares ni directrices emanadas del Poder Ejecutivo o la Autoridad Presupuestaria, en materia de gobierno y administración de dichos seguros, sus fondos ni reservas."

6. Análisis retrospectivo.

A continuación, se realiza una breve descripción retrospectiva de la cantidad de población cubierta, tanto los asegurados directos con sus respectivas masas cotizantes, así como los beneficiarios familiares. Por otro lado, se describe la evolución histórica de los costos de algunos de los principales servicios y los ingresos y egresos con base en la información de la ejecución y liquidación presupuestaria de dicho seguro.

6.1. Cobertura.

Según la información que se muestra en el Cuadro 3, al cierre del año 2017 se cuenta con un total de asegurados directos que asciende a la cantidad de 3 000 221, representando un incremento de 3.8 % con respecto al año anterior y un crecimiento promedio de 4 % durante el período comprendido entre el año 2011 y el 2017. Además se tiene que un 69 % corresponde a asegurados directos activos, un 14 % son asegurados directos pensionados, mientras que el restante 17 % corresponden a asegurados por cuenta del Estado, de conformidad con los datos suministrados por el Área de Coberturas Especiales.

Cuadro 3: Asegurados según condición de aseguramiento, por año, 2011 – 2017.

Año	Directos activos	Directos pensionados	Asegurados del Estado
2 011	1 795 835	330 823	249 453
2 012	1 815 331	344 718	299 449
2 013	1 853 889	357 970	356 695
2 014	1 885 847	372 973	433 076
2 015	1 918 101	390 378	427 852
2 016	1 988 053	408 338	493 681
2 017	2 058 279	427 947	513 995

Fuente: Elaboración propia, datos del SICERE y Dirección de Coberturas Especiales.

En relación con los asegurados directos activos según su modalidad de aseguramiento, para el período del año 2009 al 2017, son los que se muestran en el Cuadro 4, de donde se puede apreciar que al cierre del 2017 un 16.35 % de tales asegurados son servidores públicos, un 58.02 % son trabajadores del sector privado, un 15.18 % son trabajadores independientes (TI) y el restante 10.45 % son asegurados voluntarios (AV), estos dos últimos afiliados individual o colectivamente mediante convenios.

Cuadro 4: Asegurados directos activos según modalidad de aseguramiento, por año, 2009–2017.

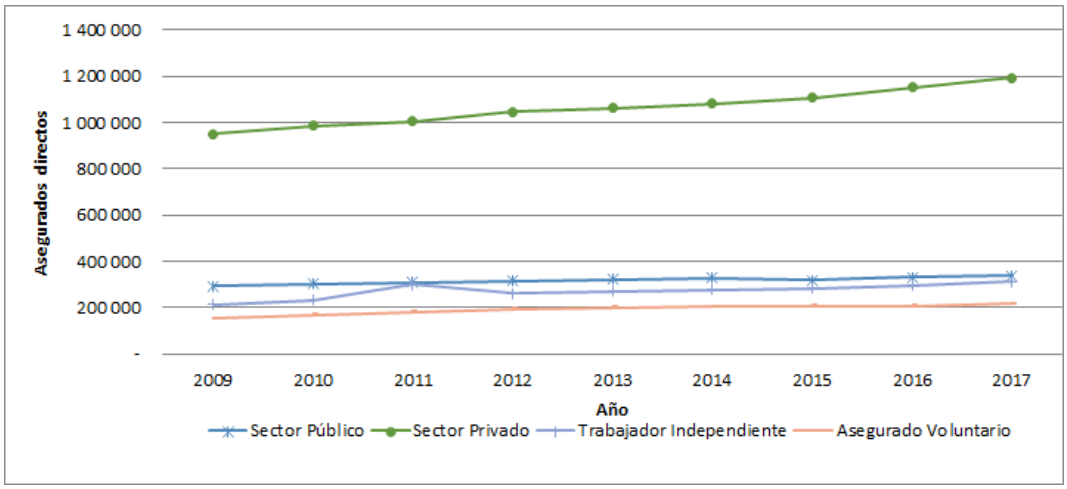
Año	Sector público	Sector privado	TI	AV	Total
2009	293 812	950 298	211 731	152 481	1 608 322
2010	300 963	985 063	232 411	169 810	1 688 247
2011	309 275	1 005 514	299 598	181 448	1 795 835
2012	316 777	1 045 323	260 310	192 921	1 815 331
2013	322 081	1 061 917	269 966	199 925	1 853 889
2014	326 857	1 081 447	275 431	202 112	1 885 847
2015	319 721	1 108 051	283 990	206 339	1 918 101
2016	330 924	1 153 179	296 259	207 691	1 988 053
2017	336 560	1 194 158	312 380	215 181	2 058 279

Fuente: Elaboración propia, datos del SICERE.

Adicionalmente, en la Figura 1 se muestra la evolución que ha tenido la cantidad de los asegurados directos activos según la modalidad de aseguramiento, desde el año 2009 y hasta el 2017, en donde se puede apreciar que los trabajadores del sector privado han presentado un crecimiento un poco más acelerado que los asegurados directos de las demás modalidades, mientras que los trabajadores independientes también han mostrado una

aceleración en la cantidad de personas aseguradas para dicho período, cerrando el 2017 con más de 300 000 asegurados como trabajadores independientes.

Figura 1: Comportamiento de los asegurados directos activos al Seguro de Salud, 2009 - 2017.



Fuente: Elaboración propia, datos del SICERE.

Por otro lado, en relación con el ingreso promedio, ya sea salario o ingreso de referencia, equivale a 475 500 colones para todos los asegurados directos; el ingreso promedio más alto corresponde a los asalariados del sector público, los cuales reportan un salario promedio mensual de 1 028 959 colones, seguido de los asalariados del sector privado con 411 660 colones por mes, según se puede observar en el Cuadro 5.

Cuadro 5: Ingreso promedio de asegurados directos activos según modalidad de aseguramiento, montos en colones, 2009-2017.

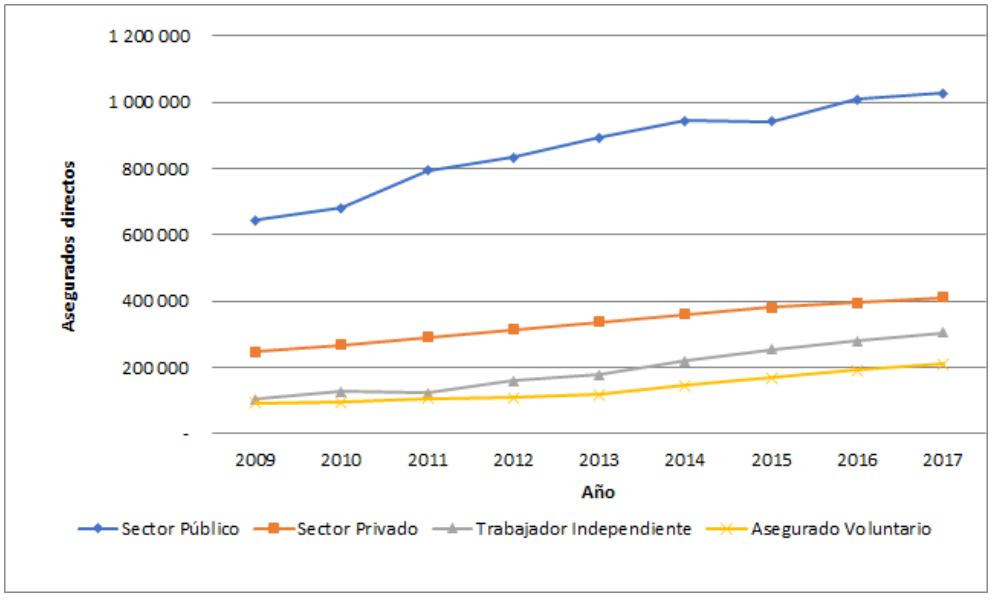
Año	Sector público	Sector privado	TI	AV	Total
2 009	645 068	246 890	104 869	94 017	286 440
2 010	681 793	268 097	127 864	94 846	305 115
2 011	795 451	292 713	122 238	106 592	332 048
2 012	835 084	314 527	159 175	109 497	361 299
2 013	894 613	336 885	178 124	117 748	387 029
2 014	944 586	361 670	220 017	146 300	418 931
2 015	941 309	381 368	255 366	168 712	433 171
2 016	1 008 328	396 590	280 900	191 986	459 802
2 017	1 028 959	411 660	305 322	211 179	475 500

Fuente: Elaboración propia, datos del SICERE.

En la Figura 2 se puede apreciar el comportamiento del ingreso promedio de los asegurados directos activos, para el período 2009-2017, según la información del Cuadro 5. Para todos los casos, el ingreso ha presentado un comportamiento creciente, en especial para los asalariados del sector público, así como los trabajadores independientes, mientras que para el sector privado el nivel del ingreso presenta también una tendencia creciente pero a un ritmo de crecimiento más lento.

En los últimos años el ingreso asociado con las modalidades de aseguramiento por cuenta propia -trabajadores independientes y asegurados voluntarios- aceleró su crecimiento, explicado en gran medida por los ajustes realizados por la Junta Directiva de la Institución al ingreso mínimo de referencia, con el objetivo de ir incrementando paulatinamente la Base Mínima Contributiva hasta equipararla con el salario mínimo legal de un trabajador no calificado; toda vez que el ingreso mínimo de contribución de las demás modalidades de aseguramiento, está ligado a dicha base de cotización.

Figura 2: Comportamiento del ingreso promedio de asegurados directos activos al Seguro de Salud, 2009-2017.



Fuente: Elaboración propia, datos del SICERE.

Por otro lado, la distribución de la totalidad de la población según tipo la condición de aseguramiento que poseen, es la que se muestra en el Cuadro 6, de donde se puede apreciar que el mayor grupo está conformado por los beneficiarios familiares con aproximadamente un 34 % de la población total, seguido de los asalariados que corresponden al 25.99 %.

Cuadro 6: Distribución de la población, según condición de aseguramiento, 2017.

Concepto	Porcentaje
Beneficiarios Familiares	33.92 %
Asalariados	25.99 %
TI y AV	9.28 %
Cuenta del Estado	11.80 %
Pensionados	8.65 %
Otros	0.64 %
No asegurados	9.72 %
Total	**100 %**

Fuente: Área de Estadística, Dirección Actuarial y Económica.

Adicionalmente se tiene que un 9.72 % de la población no cuenta con un aseguramiento al Seguro de Salud, sin embargo, debido a las diversas leyes especiales que existen para dar la atención en salud a diferentes grupos de población, aun cuando no estén asegurados (niños, adolescentes, mujeres embarazadas, entre otras), el porcentaje reflejado para este grupo de no asegurados podría ser menor en cuanto al acceso a los servicios de salud.

6.2. Ingresos y gastos.

En relación con los ingresos y gastos del Seguro de Salud, se considera lo que se encuentra establecido en los informes de Liquidación y Ejecución Presupuestaria de dicho seguro, al cierre de cada año, para el período comprendido entre el año 2013 y el 2017, sin incluir el financiamiento que está conformado mayoritariamente por recursos de vigencias anteriores y la compra de activos financieros, para los ingresos y gastos, respectivamente. Los ingresos obtenidos para dicho período son los que se muestran en el Cuadro 7.

Se puede apreciar que tanto los ingresos como los gastos, han presentado una tendencia creciente durante el período observado, los ingresos presentan una tasa de crecimiento promedio ligeramente mayor a la observada para el caso de los gastos, como se puede apreciar en la Figura 3.

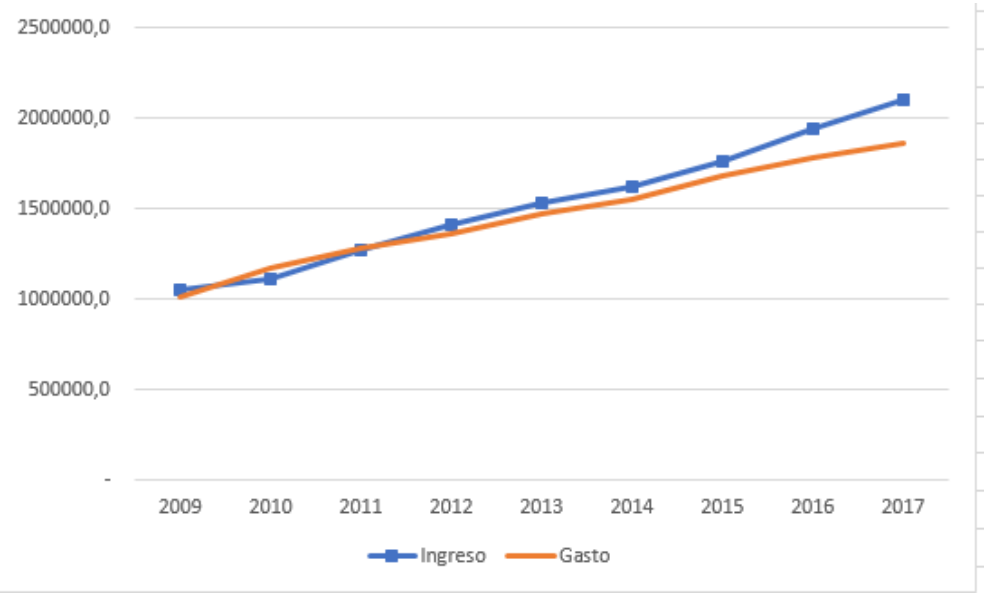
Los ingresos del 2017 muestran una desaceleración con respecto al crecimiento y tendencia observada en años anteriores, principalmente en las contribuciones y con una variabilidad muy alta, a causa de las transferencias corrientes, que en su mayoría corresponde al Estado.

Cuadro 7: Ingresos y egresos del Seguro de Salud por año, en millones de colones, 2009-2017.

Año	Ingreso		Gasto	
	Monto	Tasa de Crecimiento	Monto	Tasa de Crecimiento
2009	1 055 779		1.013.781	
2010	1 111 608	5 %	1 167 215	15 %
2011	1 272 430	14 %	1 280 133	10 %
2012	1 411 300	11 %	1 363 331	6 %
2013	1 527 459	8 %	1 468 161	8 %
2014	1 626 324	6 %	1 547 512	5 %
2015	1 763 783	8 %	1 679 479	9 %
2016	1 938 715	10 %	1 777 015	6 %
2017	2 100 166	8 %	1 860 809	5 %

Fuente: Elaboración propia con datos de las liquidaciones presupuestarias del Seguro de Salud.

Figura 3: Comportamiento del ingreso y del gasto, 2009-2017.



Fuente: Elaboración propia, con datos de las liquidaciones presupuestarias.

6.2.1. Composición de los ingresos.

En relación con los ingresos, en el Cuadro 8 se aprecia la distribución de los ingresos para los últimos cinco año, es decir, del 2013 al 2017. Los ingresos se conforman por los ingresos corrientes que incluyen los ingresos tributarios, los no tributarios y las transferencias corrientes, tal y como se detalla en el Cuadro 8.

Cuadro 8: Detalle de los ingresos del Seguro de Salud en millones de colones, 2013-2017.

Concepto	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Ingresos corrientes	1 526 385	1 625 997	1 763 268	1 937 426	2 099 352
Contribuciones	1 269 269	1 388 193	1 491 457	1 587 421	1 697 041
Sector Público	586 831	640 806	682 632	708 273	757 958
Sector Privado	682 438	747 387	808 825	879 148	939 083
Ingresos No Tributarios	68 473	78 302	105 987	103 857	140 078
Ingresos propiedad	21 878	21 014	51 150	40 964	71 959
Otros	46 595	57 288	54 837	62 893	68 119
Transferencias Corrientes	18 643	159 502	165 825	246 148	262 234
Ingresos de Capital	1 074	326	514	1 289	814
Total	**1 527 459**	**1 626 324**	**1 763 783**	**1 938 715**	**2 100 166**

Fuente: Elaboración propia con datos de las liquidaciones presupuestarias del Seguro de Salud.

Los ingresos tributarios o contribuciones, se encuentran conformados por las contribuciones patronales y obreras, dichas aportaciones se dividen en las patronales y obreras según el sector institucional, es decir, sector público, sector privado y cuenta propia, destacando que al 2017 la mayoría de los ingresos por contribuciones provienen del sector privado, seguido de las cuotas obrero patronales de los empleados del sector público (gobierno central, ministerios, gobiernos locales, entre otros), tal y como se puede observar en el Cuadro 9.

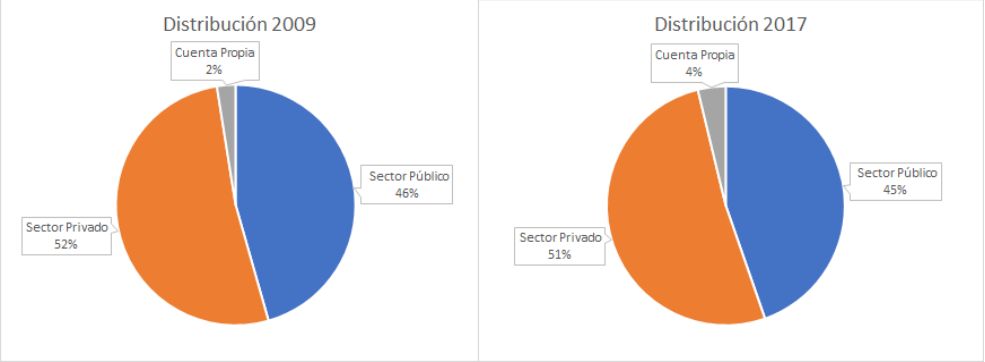
Cuadro 9: Detalle de las contribuciones del Seguro de Salud en millones de colones, 2013-2017.

Cuotas Particulares	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Patronales Gobierno Central	178 407	192 394	206 175	214 010	234 221
Patronales Sector Público	192 336	215 477	229 501	239 858	253 015
Patronales Sector Privado	399 239	433 596	469 666	510 504	546 614
Patronales Sector Externo	996	1 205	1 266	1 312	1 314
Obreras Sector Público	216 089	232 935	246 957	254 404	270 723
Obreras Sector Privado	237 777	259 415	280 215	304 379	326 180
Obreras Sector Externo	604	729	752	780	781
Obreras Cuenta Propia	43 823	52 443	56 925	62 173	64 194
Total	**1 269 269**	**1 388 193**	**1 491 457**	**1 587 421**	**1 697 041**

Fuente: Elaboración propia con datos de las liquidaciones presupuestarias del Seguro de Salud.

Es importante resaltar la variación de la distribución relativa de estas cuotas, sobre el ingreso por cuotas particulares obrero patronales, en donde se puede destacar el aumento de la participación del sector cuenta propia, el cual representó un 2 % para el año 2009 y pasó a un 4 % en el 2017 (ver Figura 4). Esta situación es reflejo de los esfuerzos institucionales que se han venido realizando para incrementar la afiliación de este grupo.

Figura 4: Distribución de cuotas por sector, 2009 y 2017.



Fuente: Elaboración propia, con base en información de Cuadro 9.

El segundo rubro de los ingresos corrientes son los ingresos no tributarios, los cuales se conforman de los ingresos de propiedad que abarcan los activos financieros, los intereses de las inversiones, los intereses y comisiones sobre préstamos; por último se encuentran los otros ingresos no tributarios los cuales incluyen la venta de bienes y servicios, como por ejemplo las aportaciones de DESAF, las multas, sanciones, remates y confiscaciones y otros ingresos.

Las Transferencias Corrientes se conforman por las transferencias corrientes del sector público a saber: Gobierno Central, Órganos Desconcentrados, Gobiernos Locales y Empresas Públicas Financieras. El detalle de las Transferencias Corrientes del Gobierno Central se muestran en el Cuadro 10.

Como se puede observar en el Cuadro 10 los montos más representativos son la Cuota Estatal de la CCSS, los aportes del Gobierno al Régimen No Contributivo y la Cuota Complementaria de los Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios. Asimismo, en los últimos dos años se registra como Transferencias Corrientes del Gobierno Central el monto aportado para cubrir los gastos generados por Leyes Especiales. Es importante mencionar que, en los últimos años las Transferencias por atención de la población indigente se registran como Transferencias Públicas de Servicios.

Cuadro 10: Detalle de las Transferencias Corrientes del Gobierno Central, 2013-2017.
En millones de colones

Concepto	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Cuota Estatal de la CCSS	27 514	27 500	38 507	35 683	36 524
Atención Población indigente (Ley N17)	42 178	28 881	2 745	3 365	
Leyes Especiales				24 765	23 979
Ley contra Tabaco	30 384	20 304	14 268	22 706	18 454
Gobierno Cuota Trabajador Independiente y RNCP	55 221	60 453	77 765	88 242	97 849
Sistema Penitenciario	2 837	3 514	7 730	6 977	7 645
Convenio CCSS-MIN Salud Prest. Birf 8269					
Ley Paternidad Responsable	565	541	525	546	604
Gobierno Central (pago de deuda)					
Gobierno Central (Hosp. Limón)	26 486				
Préstamo Banco Mundial, ley 9396					40 661
Total	**185 185**	**141 192**	**141 540**	**182 283**	**225 715**

Fuente: Elaboración propia con datos de las liquidaciones presupuestarias del Seguro de Salud.

Por otro lado, el rubro de Ingresos de Capital que se muestra en el Cuadro 8, se compone por la venta de activos fijos, transferencias de capital y recuperación de préstamos y colocaciones. Y por último, el Financiamiento se compone de Financiamiento Externo y Recursos de Vigencias Anteriores donde este último rubro representa el 98 % del monto total de Financiamiento.

6.2.2. Nivel de las fuentes de financiamiento.

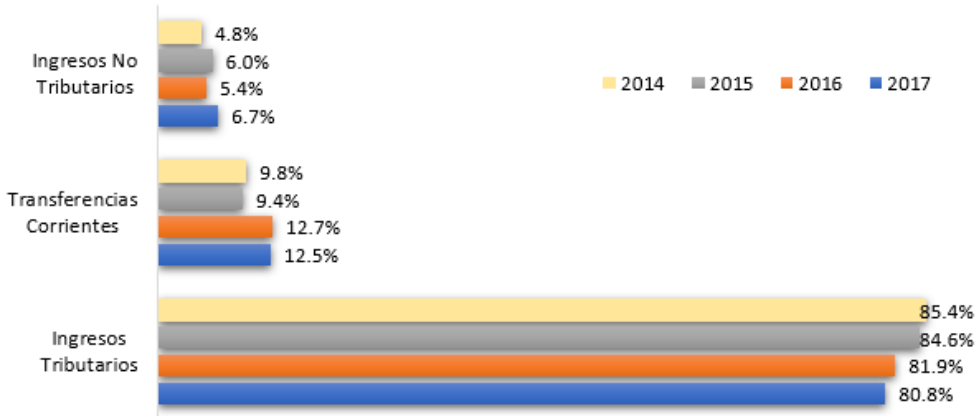
Los ingresos del Seguro de Salud, están regulados por la normativa correspondiente, establecida principalmente en la "Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social", en la cual se establecen sus fuentes de financiamiento y la utilización de los recursos financieros que ingresan al Seguro. El financiamiento del Seguro de Salud está definido bajo diversos esquemas de financiamientos, tales como lo son el contributivo - obligatorio, el aporte gubernamental, el gasto directo de los hogares y los relacionados con capital - financiamiento.

En el Seguro de Salud su financiamiento depende en gran medida de las contribuciones a la Seguridad Social, las cuales se ven afectadas por la dependencia del nivel de empleo, la morosidad, la evasión, el crecimiento del empleo informal, la utilización de la robótica, la desigualdad salarial, el envejecimiento de la población, las disminución de las tasas de natalidad, así como por presiones fiscales, entre otros.

En efecto, los ingresos tributarios en el Seguro de Salud, es decir, los ingresos por contribuciones, representaron al cierre del 2017 un 80.8 % de los ingresos corrientes de dicho seguro, disminuyendo su participación en los últimos años, lo que se ve reflejando en una disminución de 4.6 puntos porcentuales del 2014 al 2017, toda vez que al cierre del 2014

las contribuciones representaban un 85.4 % de los ingresos corrientes (ver Figura 5). Esto responde, principalmente al crecimiento en la facturación de programas a cargo del Estado, ligados a una Base Mínima de Contribución que se ha venido ajustando gradualmente, y que afecta directamente esos programas.

Figura 5: Cambios en la composición de los ingresos corrientes, 2014-2017.



Fuente: Área de Análisis Financiero, Dirección Actuarial y Económica.

En razón de lo anterior, es importante procurar reducir la dependencia del ingreso institucional de las contribuciones e introducir nuevas fuentes de financiamiento, como por ejemplo a través de un mayor financiamiento del presupuesto gubernamental (incorporación de impuestos o transferencias), mejoras en la gestión, afiliación y recaudación, buscando mayor estabilidad y protección financiera, entre otras opciones.

6.2.3. Composición de los gastos.

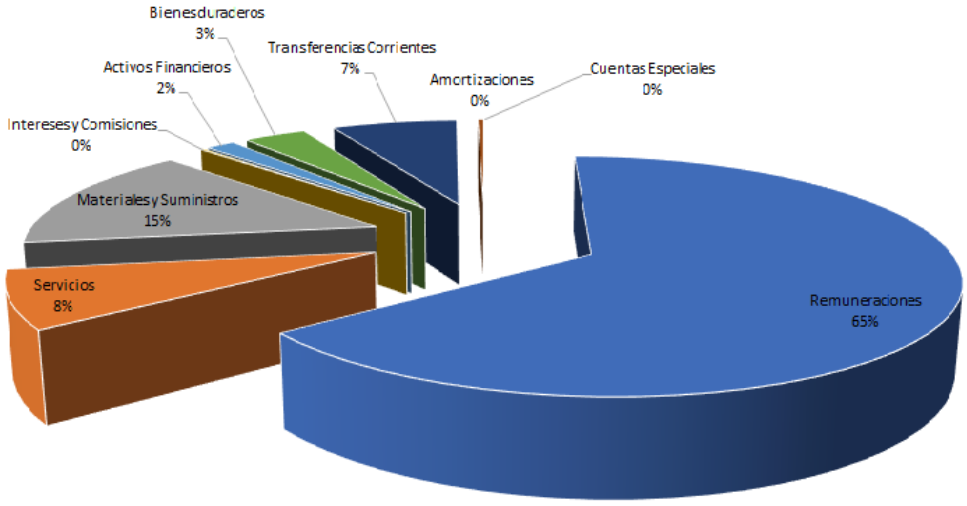
Con respecto al gasto total del Seguro de Salud, para el período comprendido entre los años 2013 y 2017, se ha registrado un comportamiento creciente del gasto a una tasa promedio de un 8.37 %, como se muestra en el Cuadro 11, donde además se muestra la distribución en los principales rubros que lo conforman, desde el enfoque de la información contenida en los informes de ejecución y liquidación presupuestaria.

Cuadro 11: Gastos del Seguro de Salud en millones de colones, 2013-2017.

GASTO	2013	2014	2015	2016	2017
Remuneraciones	970 253	1 030 801	1 106 276	1 146 507	1.198.155
Servicios	125 914	129 868	134 099	140 451	149.282
Materiales y Suministros	214 695	227 295	253 474	280 758	289 985
Intereses y Comisiones	1 485	1 500	1 515	5 272	3 089
Bienes duraderos	45 544	51 291	61 630	72 869	79 475
Transferencias Corrientes	104 912	103 122	118 900	127 583	137 016
Amortizaciones	5 358	3 636	3 585	3 576	3 808
Cuentas Especiales	-	-	-	-	-
Total	**1 468 161**	**1 547 512**	**1 679 479**	**1 777 015**	**1 860 809**

Fuente: Elaboración propia con datos de las liquidaciones presupuestarias del Seguro de Salud.

Figura 6: Composición del gasto del Seguro de Salud, 2017.



Por otro lado, es importante realizar un análisis del gasto desde un enfoque asociado con el tipo de prestaciones de se ofrecen por parte del Seguro de Salud, es decir, el gasto en que se incurre por la atención integral de la salud, licencias, subsidios y otros gastos. El detalle del gasto asociado con las prestaciones se muestra en el siguiente apartado.

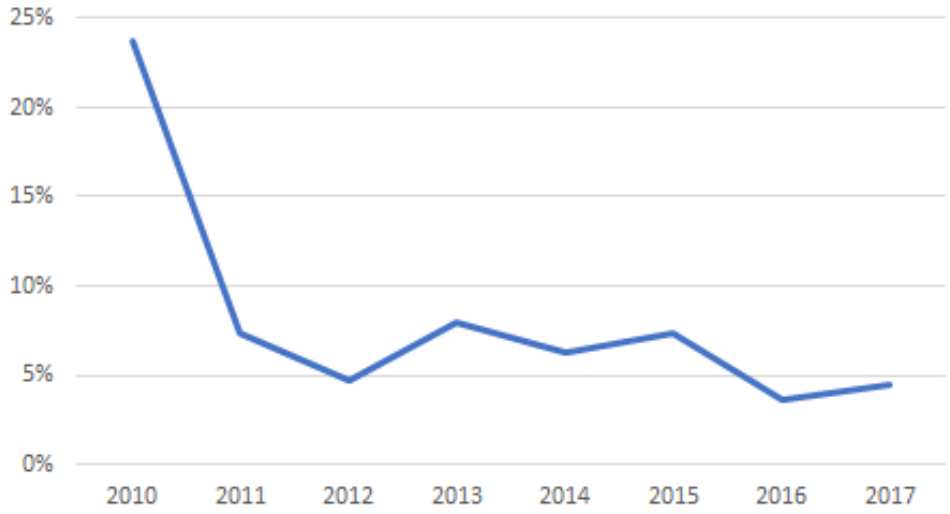
6.2.4. Gasto asociado con remuneraciones.

Este apartado tiene como objetivo describir el comportamiento del gasto específico por concepto de las remuneraciones, es decir, del gasto que se realiza asociado con los servicios personales que son los salarios e incentivos salariales de los funcionarios de la Institución.

El gasto por remuneraciones es un componente importante dentro del gasto del Seguro de Salud, representando para el año 2010 un 68.5 % del gasto total, mientras que para el 2017 dicha proporción se redujo a un 62.7 %.

El gasto por remuneraciones ha presentado una tasa de crecimiento promedio para el período comprendido entre tales años, un 8.2 %, para el último año dicha tasa de crecimiento fue de 4.5 %. Esta situación es importante destacarla debido a que a pesar de que el gasto por remuneraciones ha venido incrementándose en los últimos años, en términos generales dicho crecimiento tiene tendencia decreciente para dicho período, tal y como se puede apreciar en la Figura 7

Figura 7: Tasa de crecimiento del gasto por remuneraciones, 2010-2017.



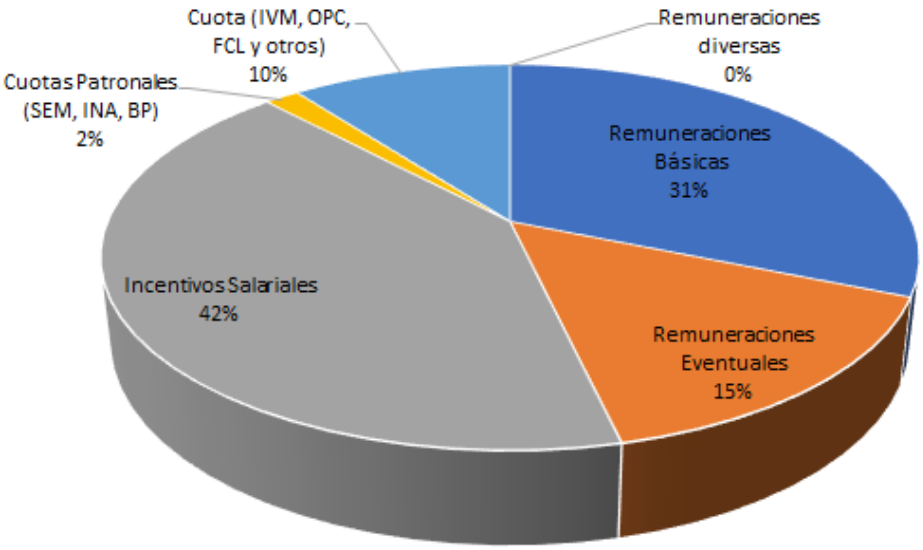
En el gasto asociado con las remuneraciones básicas se incluyen el pago de salario base, jornales, servicios especiales y suplencias. Por su parte las remuneraciones especiales incluye el pago de tiempo extraordinario, recargo de funciones, disponibilidad laboral, compensación por vacaciones y dietas. Además los incentivos salariales se componen por las anualidades, la dedicación exclusiva y la prohibición, el aguinaldo, el salario escolar y otros incentivos salariales, y por último se encuentran las cargas y las remuneraciones diversas, los montos asociados a los grandes grupos se pueden visualizar en el Cuadro 12.

Cuadro 12: Gastos por conceptos salariales de las remuneraciones en millones de colones, 2013-2017.

Concepto	2013	2014	2015	2016	2017
Remuneraciones Básicas	315 061	333 754	352 194	360 672	373 577
Remuneraciones Eventuales	132 129	138 651	155 864	166 409	181 768
Incentivos Salariales	410 727	438 835	465 183	481 507	498 730
Cuotas Patronales (SEM, INA, BP)	15 798	16 742	17 977	18 586	19 416
Cuota (IVM, OPC, FCL y otros)	96 511	102 792	115 031	119 305	124 635
Remuneraciones diversas	27	27	27	28	28
Total	970 253	1 030 774	1 106 249	1 146 479	1 198 127

Fuente: Elaboración propia con datos de las liquidaciones presupuestarias del Seguro de Salud.

Figura 8: Tasa de participación del gasto por remuneraciones, 2017.



En cuanto a las tasas de participación se puede observar en la Figura 8, que en el 2017 y la misma tendencia se tiene en los 5 años anteriores, el rubro que cuenta con mayor peso son los incentivos salariales con un 41.63 % siendo la retribución por años de servicio, el componente de mayor peso dentro de este rubro, con un 16 % del gasto total de remuneraciones, y el siguiente sería la dedicación exclusiva y la prohibición representando un 8 % del gasto total por remuneraciones.

El segundo rubro de mayor peso, son las remuneraciones básicas siendo un 31.8 % del

gasto de remuneraciones, del cual el peso tiene mayo lo tiene el salario base, el cual representa 27.9 % del gasto total de remuneraciones.

El tercer componente salarial de participación significativa, son las remuneraciones eventuales con un 15.17 % de participación en el gasto total de remuneraciones, siendo el tiempo extraordinario el de mayor participación con un 12.5 %.

Sin embargo, se debe notar en el Cuadro 13 que aún cuando las participaciones de las remuneraciones básicas y los incentivos salariales son los componentes de mayor peso en el gasto por remuneraciones, las tasas de crecimiento de los mismos han tenido un comportamiento decreciente, incluso por debajo del promedio de los últimos 5 años, no así con las remuneraciones eventuales, las cuales presentan un comportamiento oscilante, pero siempre mayor que los componentes más significativos en el gasto, y sólo en el 2017 crecieron un 9.23 % con respecto al año anterior, siendo que el crecimiento del pago por tiempo extraordinario representó un 11 %.

Cuadro 13: Tasas de crecimiento del gasto por remuneraciones del Seguro de Salud, 2014-2017.

Concepto	2014	2015	2016	2017
Remuneraciones Básicas	5.93 %	5.52 %	2.41 %	3.58 %
Remuneraciones Eventuales	4.94 %	12.41 %	6.77 %	9.23 %
Incentivos Salariales	6.84 %	6.00 %	3.51 %	3.58 %
Cuotas Patronales (SEM, INA, BP)	5.98 %	7.38 %	3.38 %	4.47 %
Cuota (IVM, OPC, FCL y otros)	6.51 %	11.91 %	3.72 %	4.47 %
Remuneraciones diversas	-1.00 %	2.30 %	3.14 %	0.36 %
Total	6.24 %	7.32 %	3.64 %	4.50 %

Fuente: Elaboración propia con datos de las liquidaciones presupuestarias del Seguro de Salud.

Con respecto al tema de retribución por años de servicio, se puede observar en el Cuadro 14 que el promedio de la participación de las anualidades en los últimos 5 años ha sido de un 16.03 %, sin embargo la anualidad promedio por grupo ocupacional del Cuadro 15 deja notar que la anualidad más costosa es la de los profesionales en ciencias médicas representando un 5.5 % del salario base.

Cuadro 14: Tasa de participación del gasto por anualidades en el gasto de remuneraciones en millones de colones, 2013-2017.

Año	Anualidades	Gasto Total	Peso
2013	157 561	970 253	16.24 %
2014	167 099	1 030 774	16.21 %
2015	178 383	1 106 249	16.13 %
2016	182 636	1 146 479	15.93 %
2017	187 423	1 198 127	15.64 %
Promedio			16,03 %

Fuente: Elaboración propia con datos de las liquidaciones presupuestarias del Seguro de Salud.

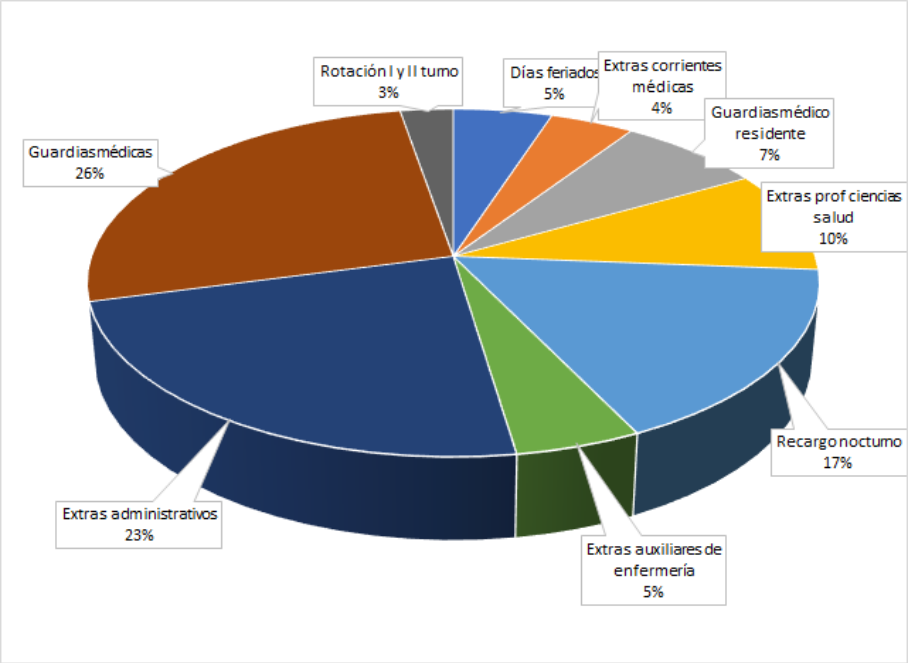
Cuadro 15: Anualidad promedio de los trabajadores de la CCSS.

Grupo Ocupacional	**Anualidad promedio**
Administrativo	2.77 %
Enfermería y Servicios de Apoyo	2.68 %
Profesionales en Ciencias Médicas	5.50 %
Servicios Generales	2.93 %

Fuente: Elaboración propia con datos de las liquidaciones presupuestarias del Seguro de Salud.

En cuanto al tiempo extraordinario en la Figura 9 se puede observar que el rubro de más participación son las guardias médicas, y si se suman todos los rubros de los profesionales en salud se tiene que el 50.32 % del pago de tiempo extraordinario le corresponde a este grupo ocupacional, incluso de los rubros de recargo nocturno del 17 %, el 11 % corresponde a profesionales en ciencias médicas, lo mismo sucede en el caso de los días feriados donde corresponde al 3 % del 5 % pagado a todos los funcionarios de la institución.

Figura 9: Distribución de tiempo extraordinario 2017.



Fuente: Elaboración propia con base en datos suministrados por el Área de Estadística de la DAE.

6.2.5. Gasto según tipo de prestaciones.

En el presente apartado, se describe el gasto del Seguro de Salud según el tipo de prestaciones brindadas, describiendo por un lado las prestaciones asociadas con la atención de la salud y por otro lado los subsidios por incapacidad y licencias. Adicionalmente se muestran las principales tasas de utilización de los servicios de salud y las estancias promedio de la población.

Atención de la Salud.

La atención de la salud es el principal rubro que conforma las prestaciones que otorga el Seguro de Salud, abarcando los servicios de hospitalización, consultas, odontología y atención en áreas de salud y cooperativas.

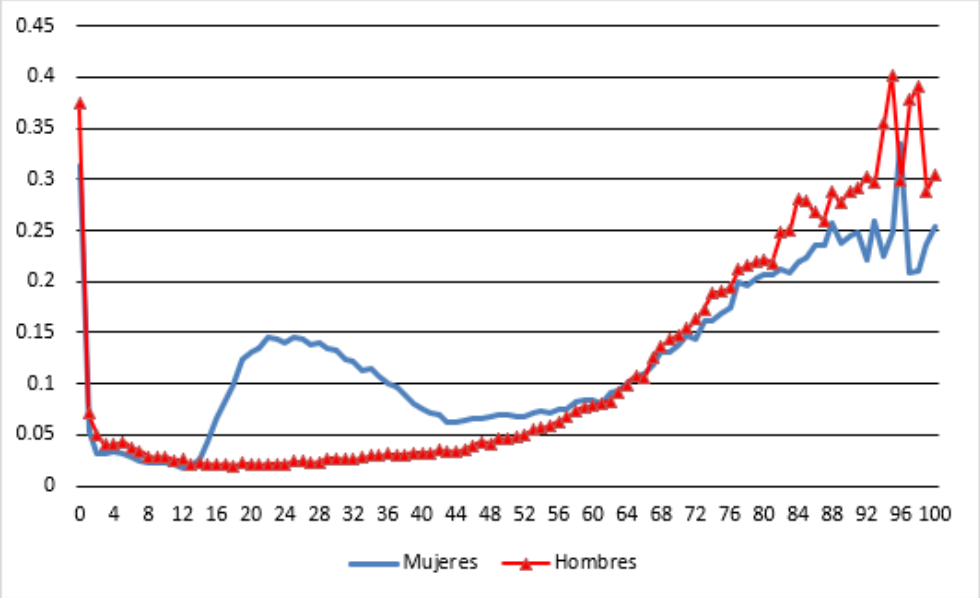
- **Hospitalizaciones.**

  Con base en la información del Anuario de Costos 2017, el servicio de hospitalización generó un gasto de alrededor de los 869 644.94 millones de colones, representando

aproximadamente un 45 % del gasto total. Además se brindó un total de 1 859 373 estancias, es decir 376 estancias hospitalarias por cada 1000 habitantes, esto representa una disminución de 1.92 % con respecto a la cantidad de hospitalizaciones registradas al cierre del año 2016.

En el caso de las hospitalizaciones, la tasa de utilización del servicio se puede visualizar en la Figura 10, por edad y sexo, en donde se puede observar que en general presenta una forma convexa. Con respecto a las hospitalizaciones correspondientes a las mujeres, se obtiene un aumento significativo del uso del servicio en las edades fértiles, precisamente por los temas asociados con la maternidad.

Figura 10: Tasa de utilización de Hospitalizaciones, por edad y sexo, 2017.



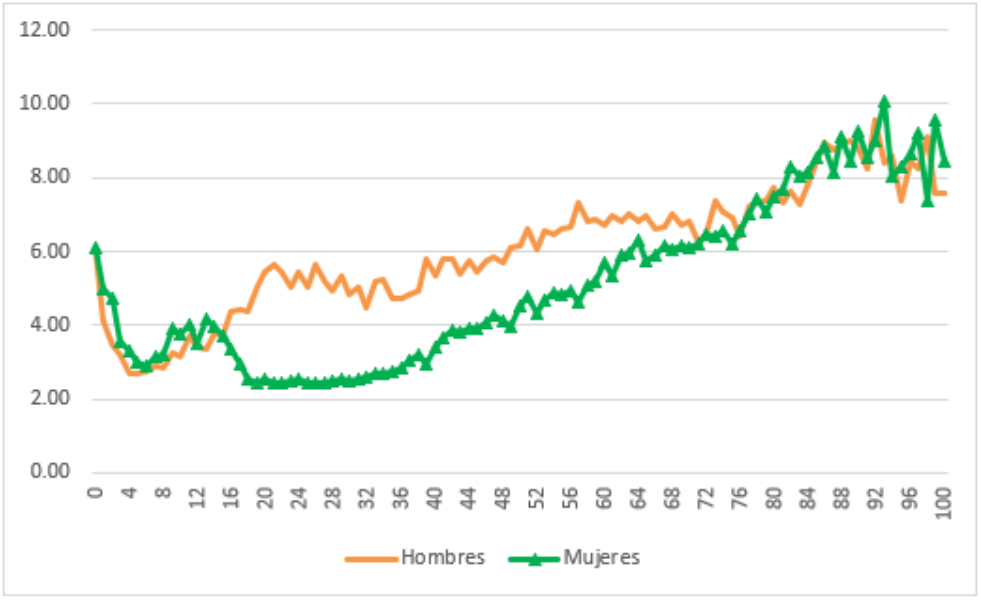
La tasa de utilización de los servicios de hospitalización es mayor en las primeras edades y en las últimas, siendo más significativo este aumento para el caso de los hombres, particularmente en las últimas edades.

Un indicador que está totalmente relacionado con la demanda o utilización de servicios hospitalarios, es la rotación de camas, es decir, la cantidad promedio de personas que utilizan cada cama instalada durante el año; para el año 2017 se tiene una rotación de camas de 48.78.

Al 2017, la red institucional de 29 hospitales suman un total de 5 754 camas, 121 camas más que en el 2015, representando un aumento del 2.15 %. Además, para el 2015 se tenía una cama por cada 861 habitantes, mientras que para el 2017 es una cama por cada 860 habitantes, es decir el indicador sea mantenido.

Los costos de la hospitalización dependen también de la estancia hospitalaria, que corresponde al número de días que una persona permanece hospitalizada. Para el año 2017, la estancia promedio fue cercana a los 6.05 días para los hombres y 5.12 días en el caso de las mujeres; de esta forma, en la Figura 11 se caracteriza esta variable, en donde se puede observar un comportamiento idéntico para ambos sexos en las primeras y últimas edades, pero que se diferencian en alrededor de día y medio entre los 16 y 70 años.

Figura 11: Estancia promedio de Hospitalizaciones por edad y sexo, 2017.



Es importante acotar que este indicador de estancia promedio por edad y sexo, no incluye los servicios de psiquiatría, los cuales presentan un comportamiento distinto (estancias muy altas) por la naturaleza de esta especialidad médica.

Las causas de las hospitalizaciones, se pueden clasificar de acuerdo al tipo de servicio, según la información que se muestra en los Cuadros 16, 17, 18 y 19 en donde se presenta por tipo de servicio, la cantidad de egresos para hombres y mujeres, así como la estancia promedio para hombres y mujeres, respectivamente.

Cuadro 16: Cantidad de egresos hospitalarios Hombres, por servicio, 2012-2017.

Servicio	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Gineco-obstetricia	0	0	0	0	0	0
Pediatría	24,243	25,822	25,096	25,476	26,693	26,176
Cirugía Mayor Ambulatoria	26,167	28,218	28,002	30,992	32,655	32,353
Cirugía	33,574	32,960	33,009	33,569	34,775	35,485
Medicina	26,453	28,094	26,775	27,439	27,724	27,260
Psiquiatría	2,584	2,601	2,387	2,115	2,709	2,577
Cirugía Vespertina	0	537	457	2,633	2,198	4,161
Cuidados intensivos	282	281	241	300	831	973
Total	**113,303**	**118,513**	**115,967**	**122,524**	**127,585**	**128,985**

Fuente: Elaboración propia, datos del Área de Estadísticas de Salud.

Cuadro 17: Cantidad de egresos hospitalarios Mujeres, por servicio 2012-2017.

Servicio	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Gineco-obstetricia	116,313	109,828	110,716	110,399	107,700	106,892
Pediatría	19,834	20,684	20,232	20,058	20,971	20,929
Cirugía Mayor Ambulatoria	31,393	33,944	33,776	35,036	35,821	36,529
Cirugía	29,936	28,859	29,404	28,989	29,771	30,585
Medicina	27,013	27,794	26,483	26,282	26,438	25,847
Psiquiatría	2,919	2,748	2,626	2,120	2,593	2,545
Cirugía Vespertina	0	429	656	3,141	3,087	6,053
Cuidados intensivos	279	278	196	252	591	708
Total	**227,687**	**224,564**	**224,089**	**226,277**	**226,972**	**230,088**

Fuente: Elaboración propia, datos del Área de Estadísticas de Salud.

Cuadro 18: Estancia promedio Hombres, por servicio, 2012-2017.

Servicio	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Gineco-obstetricia	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Pediatría	5.3	5.2	5.4	5.3	5.2	5.2
Cirugía Mayor Ambulatoria	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Cirugía	7.4	7.5	7.7	7.7	7.6	7.3
Medicina	10.1	9.8	10.3	10.3	10.2	10.6
Psiquiatría	59.7	55.5	64.8	83.1	114.3	73.1
Cirugía Vespertina	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Cuidados intensivos	73.0	13.6	10.8	9.0	13.7	12.0

Fuente: Elaboración propia, datos del Área de Estadísticas de Salud.

Cuadro 19: Estancia promedio Mujeres, por servicio, 2012-2017.

Servicio	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Gineco-obstetricia	2.5	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4
Pediatría	5.5	5.3	5.4	5.3	5.3	5.4
Cirugía Mayor Ambulatoria	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Cirugía	6.6	6.6	6.7	6.9	6.7	6.6
Medicina	9.6	9.3	9.9	10.1	9.9	10.2
Psiquiatría	43.6	30.9	31.4	58.0	59.0	40.1
Cirugía Vespertina	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Cuidados intensivos	11.2	34.1	9.0	10.0	11.8	12.0

Fuente: Elaboración propia, datos del Área de Estadísticas de Salud.

Al respecto, se debe indicar que a diciembre del 2017, la lista de espera para cirugías en los hospitales alcanzó un total de 120 911 casos, donde alrededor del 64 % de los casos se concentra en tres especialidades: cirugía general, oftalmología y ortopedia [20].

El servicio de hospitalización es el más costoso, de los servicios de salud con un costo promedio unitario de 467 709 colones para el 2017. Este costo incluye los servicios personales, no personales, materiales y suministros, Dirección y Administración, servicios domésticos, servicios generales, lavandería, entre otros. Además, incluye costos de servicios de diagnóstico: farmacia, laboratorio clínico, rayos x, Anatomía patológica, entre otros.

De este costo, un 80 % es costo fijo, y el restante 20 % costo variable. En el Cuadro 20 se puede observar la evolución de este costo para el periodo 2009-2017.

Cuadro 20: Costo promedio en colones de la estancia hospitalaria, 2009-2017.

Año	Costo unitario	Cambio
2009	269 975	
2010	311 091	15.2 %
2011	342 750	10.2 %
2012	347 998	1.5 %
2013	394 537	13.4 %
2014	403 547	2.3 %
2015	415 881	3.1 %
2016	441 599	6.2 %
2017	467 709	5.9 %

Fuente: Elaboración propia, datos del Anuario de Costos Hospitalarios.

El aumento de estos costos, se explica en gran medida por el aumento anual en las remuneraciones de los profesionales en ciencias médicas, así como por el aumento de los costos de los suministros médicos y medicamentos.

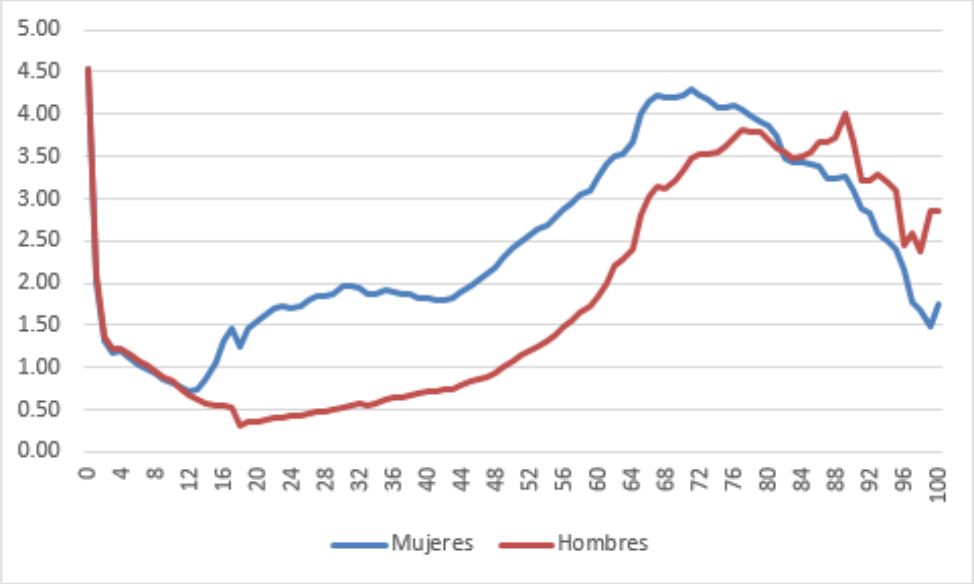
- **Consultas médicas.**

  En el caso de los servicios médicos relacionados con la consulta externa, consulta odontológica y la atención en áreas de salud y cooperativas; la tasa de la utilización por edad y sexo tiene un comportamiento muy similar entre sí, pero diferente a la tasa de utilización del servicio de hospitalizaciones.

  En el caso de la consulta externa, las mujeres son las que presentan una tasa de uso del servicio más alta con respecto a la tasa de utilización de los hombres para casi todas las edades, pero a partir de los 80 años aproximadamente, la tasa de utilización de este servicio es mayor para los hombres. Por otro lado, se presenta un incremento considerable en las tasas de utilización para ambos sexos que inicia cerca de los 50 años de edad, con su máximo alrededor de los 71 años de edad, tal y como se aprecia en la Figura 12.

  Específicamente para el servicio de consulta externa, la población total presentó un promedio de 2.15 consultas. Al realizar el análisis por sexo, se tiene que este promedio es de 2.46 consultas en el caso de las mujeres y hasta 1.83 para los hombres.

Figura 12: Tasa de utilización por edad y sexo de la consulta externa, 2017.



Fuente: Elaboración propia, con base en información del Área de Estadísticas de Salud.

El servicio de Consulta Externa tuvo un costo promedio unitario de 49 604 colones para el 2017. De este costo, un 60 % es costo fijo, y el restante 40 % costo variable. En el Cuadro 21 se puede observar la evolución de este costo para el periodo 2009-2017.

Cuadro 21: Costo promedio en colones de la consulta externa, 2009-2017.

Año	Costo unitario	Cambio
2009	26 145	
2010	30 511	16.7 %
2011	34 852	14.2 %
2012	36 849	5.7 %
2013	38 457	4.4 %
2014	40 784	6.1 %
2015	41 873	2.7 %
2016	46 526	11.1 %
2017	49 604	6.6 %

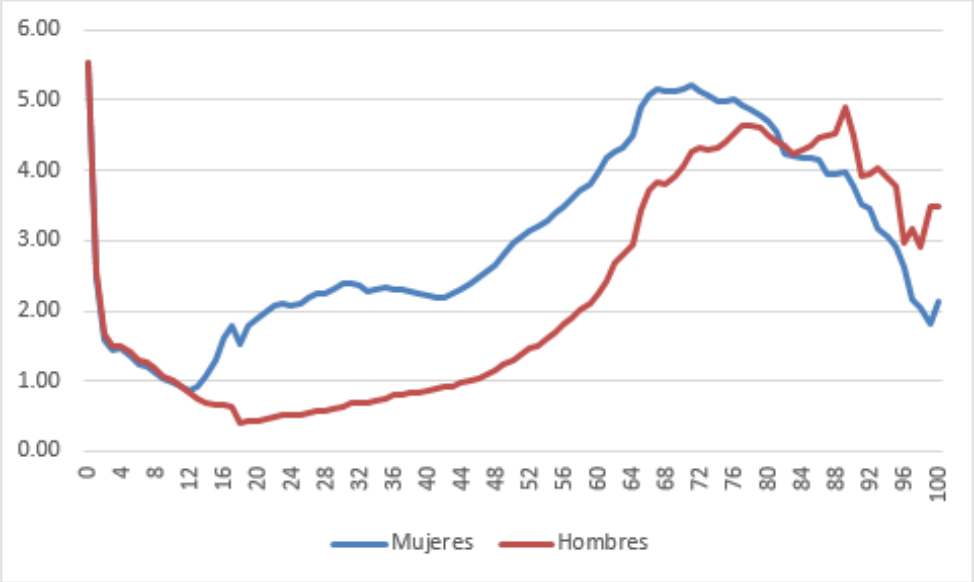
Fuente: Elaboración propia, datos del Anuario de Costos Hospitalarios.

Con respecto a la atención en las Áreas de Salud y Cooperativas, se presenta un comportamiento análogo al mostrado en la consulta externa, pero con tasas de utilización un poco más altas para ambos sexos y en términos generales para todas

las edades. El promedio de consultas para ambos sexos es de 2.62 mientras que por sexo, las mujeres presentan un promedio de 3 consultas y los hombres de 2.24.

En consistencia con lo anterior, para las consultas en áreas de salud y cooperativas las mujeres también presentan las tasas de utilización de los servicios más altas con respecto a los hombres en casi todas las edades, pero de igual forma, en las últimas edades se invierte dicho comportamiento, obteniéndose para los hombres una tasa de utilización más alta a partir de los 82 años aproximadamente. Similarmente, alrededor de los 50 años de edad se presenta un incremento considerable en las tasas de utilización para ambos sexos, con su máximo alrededor de los 71 años de edad, tal y como se aprecia en la Figura 13.

Figura 13: Tasa de utilización por edad y sexo en áreas de salud y cooperativas, 2017.



Fuente: Elaboración propia, con base en información del Área de Estadísticas de Salud.

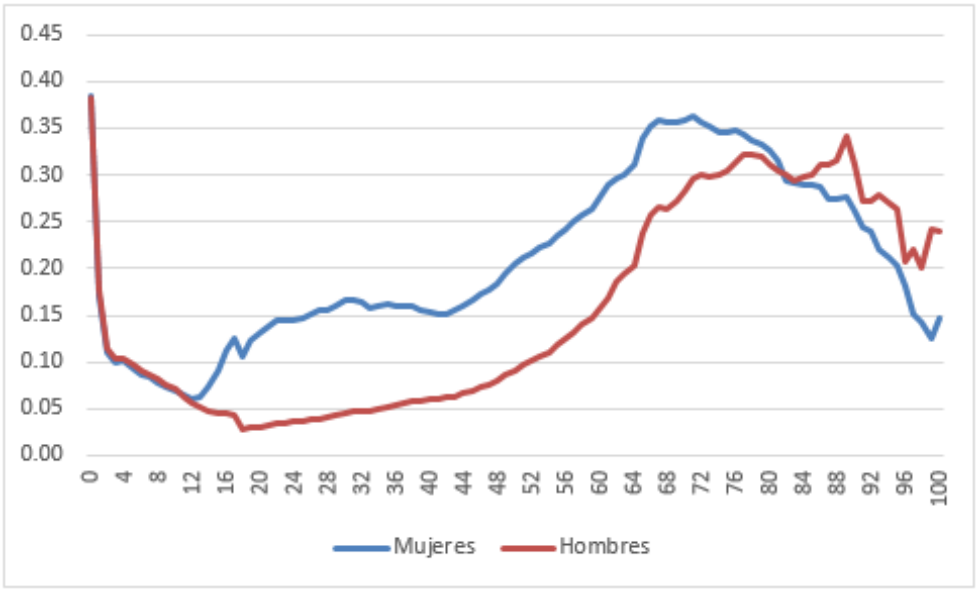
El servicio de Consulta Externa tuvo un costo promedio unitario de 40 186 colones para el 2017. De este costo, un 60 % es costo fijo, y el restante 40 % costo variable. En el Cuadro 22 se puede observar la evolución de este costo para el periodo 2009-2017.

Cuadro 22: Costo promedio en colones de las consultas en Áreas de Salud, 2009-2017.

Año	Costo unitario	Cambio
2009	23 935	
2010	28 210	17.9 %
2011	31 316	11.0 %
2012	31 967	2.1 %
2013	34 079	6.6 %
2014	37 018	8.6 %
2015	36 938	-0.2 %
2016	38 881	5.3 %
2017	40 186	3.4 %

Fuente: Elaboración propia, datos del Anuario de Costos Hospitalarios.

Figura 14: Tasa de utilización por edad y sexo de la consulta odontológica, 2017.



Fuente: Elaboración propia, con base en información del Área de Estadísticas de Salud.

Las consultas asociadas con el servicio de odontología promediaron una tasa de utilización de 0.18 para toda la población, levemente superior a la observada al cierre del 2015 (promedio de 0.16), mostrando análogamente un patrón creciente cerca de los 40 años de edad para ambos sexos y una mayor tasa de utilización para el caso de las mujeres en casi todas las edades, según se aprecia en la Figura 14.

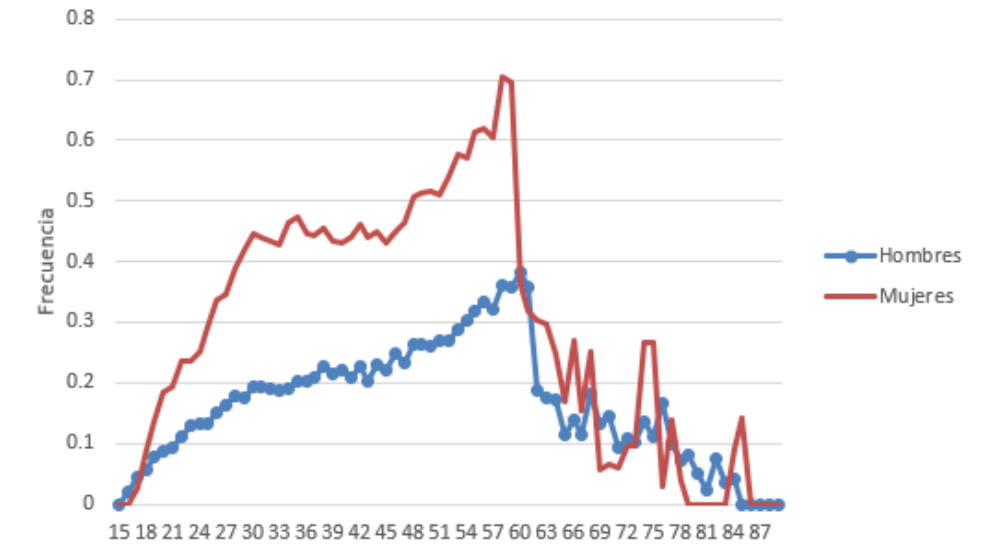
Subsidios.

Los subsidios del seguro de salud, son principalmente el de incapacidad en caso de enfermedad, licencia por maternidad, accidentes de tránsito y fase terminal, estos subsidios se otorgan únicamente a los asegurados directos asalariados y trabajadores independientes afiliados de manera individual o colectiva, salvo el subsidio de fase terminal que solamente es para asalariados y a su vez, estos últimos se financian con recursos de FODESAF.

Para el segundo semestre del 2016, se incluyen dos nuevas licencias para los asalariados, la licencia para cuido de persona menor gravemente enferma y la licencia extraordinaria, en ambos casos la persona activa asalariada funge como responsable designado de cuidar a la persona enferma.

Las incapacidades por enfermedad, generaron para el año 2017, un gasto cercano a los 75 mil millones de colones, y en promedio las incapacidades fueron de 17 días para el caso de los hombres y 13 para las mujeres, además en la Figura 15 se pueden observar las frecuencias de las incapacidades por concepto de enfermedad, según edad y sexo, para el caso de los asalariados, de donde se logra desprender que las mujeres son las que acceden con mayor frecuencia al subsidio y en general, con tendencias crecientes con respecto a la edad.

Figura 15: Frecuencia Incapacidades por enfermedad -Asalariados-, por edad y sexo



Además, en el siguiente cuadro se muestran las principales causas por las cuales se otorga este beneficio para el año 2017, donde destaca las infecciones en las vías respiratorias, dorsopatías o patologías del aparato locomotor,intestinales, entre otros.

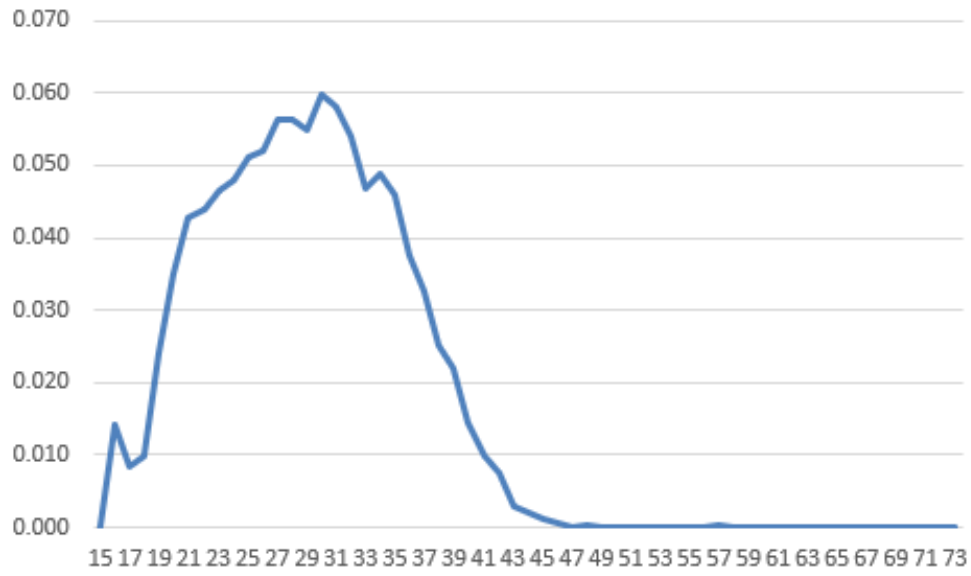
Cuadro 23: Incapacidades según causas de morbilidad más frecuentes, por sexo, 2017.

Causas más frecuentes de incapacidad	**Hombres**	**Mujeres**
Infecciones agudas de las vías respir superiores	63,514	74,228
Otras dorsopatías	54,748	46,883
Enfermedades infecciosas intestinales	50,167	48,065
Trastornos conjuntivos	17,231	12,877
Otras enf. Virales	16,954	12,763
Otros trastornos de los tejidos blandos	13,819	15,759
Trastornos del humor	7,275	19,699
Trast neuróticos relac con el estrés trast somatom	8,557	17,055
Trastornos episód. y paroxísticos	7,304	18,124
Enf de la cav bucde las glán. saliv. y de los max.	12,493	12,108
Trastornos de los músculos	9,315	11,552
Sínt y signos generales	9,842	11,006
Inf. de la piel tejidos subcutáneo	14,046	6,095
Otros trastornos articulares	11,285	8,232
Otras enfermedades del sist. urinario	3,359	15,757
Sínt signos sist. dig. abdom.	6,230	12,277
Traumatismo tobillo-pie	10,931	7,100
Enfermedades crónicas vías resp. inf.	6,367	9,815
Personas cont. serv. salud proc. esp. sal.	7,610	8,117
Otras enfermedades de los intestinos	6,595	8,601
Todas las demás causas	179,374	170,686
Total	**517,016**	**546,799**

Fuente: Área de Estadística, Dirección Actuarial y Económica.

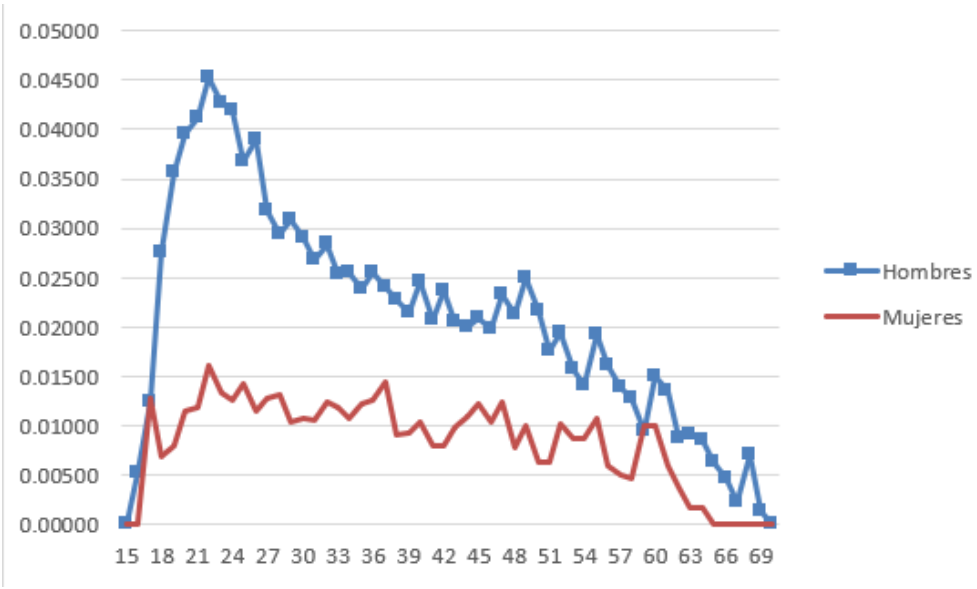
Para el año 2017 se pagaron alrededor de 18,643 licencias por maternidad, que representa alrededor de 28 licencias por cada mil aseguradas directas, con un promedio de 93 días de licencia, en el siguiente gráfico se observa un claro crecimiento a partir de los 18 años hasta alcanzar su máximo entre los 29 y 31 años, decreciendo luego hasta los 45 años.

Figura 16: Frecuencia Licencias Maternidad -Asalariadas-, por edad y sexo.



En el año 2017 se pagaron alrededor de 31 mil subsidios por concepto de accidentes de tránsito, de los cuales, un 80 % corresponde a hombres. Por su parte, el promedio de la cantidad de días pagados fue de 16.9 para los hombres y 13.9 en el caso de las mujeres, en el Gráfico 17 se puede observar las frecuencias por edad y sexo.

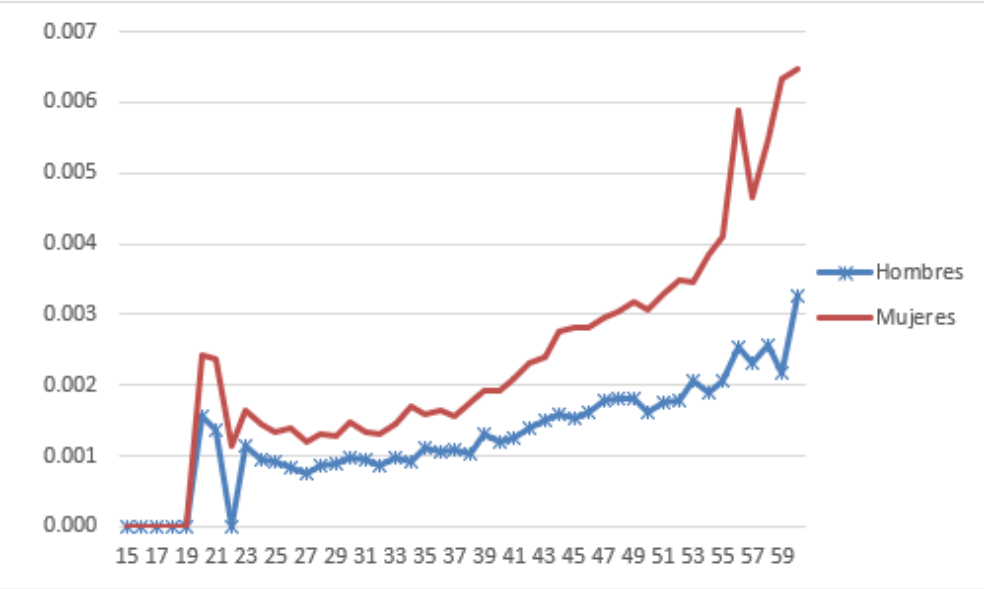
Figura 17: Frecuencia de subsidios por accidentes de tránsito, por edad y sexo.



Para el año 2017, 1 436 millones de colones fue el gasto en que se incurrió por concepto del

subsidio asociado con las licencias de fase terminal, pagándose un total de 2 554 licencias, con una cantidad de días promedio equivalente a 31. La gran mayoría de los subsidios por este concepto son otorgados a mujeres, tal y como se puede observar en la Figura 18.

Figura 18: Frecuencia de subsidios por fase terminal, por edad y sexo.



En el caso de las licencias de Menor grave, para el 2017 se otorgaron 1 137 subsidios, con un promedio de 16 días. Para la licencia extraordinaria se otorgaron 1 507 licencias , con un promedio de 14.7 días.

6.2.6. Gasto en medicamentos de alto costo.

Aunque el gasto en medicamentos de altos costo ya se encuentra incorporado en el gasto por prestaciones de atención de la salud del seguro, es importante dimensionar su efecto y el impacto que estos tienen dentro del gasto del seguro.

Según información de la Dirección de Farmacoepidemiología, en la institución se cuenta con una definición para el término de medicamentos de alto costo, definido en relación con la asignación anual media per cápita para la adquisición de medicamentos, con base en el presupuesto de medicamentos y es el denominado *índice de solidaridad*, que es una expresión de la capacidad del sistema de salud de financiar medicamentos para enfermedades poco frecuentes, sin comprometer los recursos necesarios para adquirir los medicamentos requeridos para atender las principales causas de enfermedad y mortalidad de la población. Este es variable, en función del presupuesto del Seguro de Salud y se ha establecido en 120 veces la asignación anual media per cápita para medicamentos.

Para la adquisición de estos medicamentos se realizó para el 2018 una reserva presupuestaria que asciende a la suma de $261.6 millones de dólares. Según el INEC, la población nacional proyectada al 30 de junio de 2017 de Costa Rica fue de 4 947 490 habitantes, por lo que se ha estimado una asignación per cápita anual de $52.88, resultando un índice de solidaridad que se estima en $6 345; es decir, cualquier tratamiento para condiciones de salud poco frecuentes, cuyo costo anual supere este monto, se define como de medicamento de alto costo.

Por parte del Seguro de Salud la asignación presupuestaria para adquirir medicamentos de alto impacto financiero ha sido creciente, bajo la partida denominada "Fármacos para tratamientos especiales", sin embargo, esta partida suele resultar insuficiente, por lo que existen medicamentos de alto costo que son adquiridos con la partida presupuestaria denominada "Medicinas" que está destinada a la adquisición del grueso de medicamentos de la institución.

Es importante destacar que se dispone de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) que incluye más de 450 principios activos en 677 formas farmacéuticas y que existen medicamentos de alto costo que se encuentran incluidos en la LOM. Adicionalmente, existe la posibilidad de solicitar tratamientos para casos excepcionales, que son analizados en forma individual, según lo establecido en la Normativa de la LOM.

Para el período 2014 al 2017, la evolución del monto destinado para la adquisición de medicamentos en la institución, así como la proporción del presupuesto del Seguro de Salud destinada a los medicamentos de alto costo, se aprecia en la Figura 19, en donde se aprecia que para el 2014 los medicamentos de alto costo representaron un 0.66 % del presupuesto del Seguro de Salud y para el 2017 pasó a un 0,80 %, que aunque es una proporción sumamente baja, ha mostrado una tendencia creciente, por lo que se debe dar un seguimiento y monitoreo continuo a este tema.

Por otro lado, según información de la Dirección de Farmacoepidemiología, el gasto asociado con medicamentos de alto costo en el Seguro de Salud con respecto al presupuesto total para medicamentos representó en el 2017 un 23.70 %, ascendiendo a la suma de $56.6 millones, de los cuales, cerca del 16 %, es decir, $9 millones, corresponden al gasto de medicamentos no LOM obligados por la Sala Constitucional (ver Figura 20). Este último aspecto constituye un riesgo legal que puede afectar la sostenibilidad del seguro, según se menciona más adelante en el apartado relacionado con la identificación de algunos posibles riesgos para el seguro.

Figura 19: Gasto en medicamentos y proporción destinada a medicamentos de alto costo.

PARTIDA PRESUPUESTARIA	Año 2014	2015	2016	2017
Medicinas	186,7	208,6	217,8	212,1
Porcentaje	*91%*	*90%*	*90%*	*89%*
Fármacos para tratamientos especiales	18,7	22,0	24,1	26,8
Porcentaje	*9%*	*10%*	*10%*	*11%*
Total Medicamentos	***205,4***	***230,6***	***241,9***	***238,9***
TOTAL SEGURO DE SALUD	*2 843,4*	*3 082,4*	*3 452,0*	*3 341,1*
Porcentaje del presupuesto del Seguro de Salud destinado a Medicamentos	7,2%	7,5%	7,0%	7,2%
Porcentaje del presupuesto del Seguro de Salud destinado a Medicamentos de alto costo	0,66%	0,71%	0,70%	0,80%
Producto interno bruto en dólares (Millones de dólares)	48 897,41	51 570,04	53 553,24	56 809,43
PBI *per cápita* en dólares (miles de dólares)	10 248,07	10 672,09	10 950,73	11 482,48
Relación fármacos de alto costo con PBI	0,038%	0,043%	0,045%	0,047%
Relación fármacos de alto costo con PBI per cápita	*1 824,7*	*2 061,5*	*2 200,8*	*2 334,0*

Fuente: Dirección de Farmacoepidemiología, CCSS.

Figura 20: Inversión en medicamentos de alto costo.

	Monto en dólares	Cantidad estimada de pacientes	Porcentaje del gasto	Inversión aproximada per cápita (USD)
Medicamentos LOM	33 916 510,78	2 588	14,20%	13 107,48
Medicamentos no LOM apoyados por el CCF	13 645 491,34	1 023	5,71%	13 342,06
Medicamentos no LOM obligados por la Sala Constitucional	9 046 053,53	350	3,79%	25 845,87
Total	**56 608 055,65**	**3 960**	**23,70%**	**14 293,84**

Fuente: Dirección de Farmacoepidemiología, CCSS.

6.2.7. Gasto asociado con nuevas tecnologías.

De igual forma que para el caso de los medicamentos de alto costo, el gasto asociado con las nuevas tecnologías también se encuentra implícito en el gasto por prestaciones de

atención de la salud, como lo es los equipos médicos, procedimientos, sistemas de información, entre otros, sin embargo, también se considera importante dimensionar su efecto y el impacto que tienen algunas de las nuevas tecnologías dentro del gasto del seguro.

El incremento de los costos en Salud, se explica en gran medida debido al aumento del costo de las nuevas tecnologías. El cambio tecnológico en salud se refiere a la introducción de nuevos productos, sistemas o técnicas y los respectivos ajustes a nivel clínico que representan.

A continuación se detalla brevemente la dimensión del costo en tecnologías más reciente a nivel de sistemas de información, sin embargo, en la sección 6.3 también se describe brevemente el impacto de nuevos equipos médicos y otras tecnologías que forman parte del portafolio de inversiones del Seguro de Salud.

Uno de los principales avances tecnológicos que se dio recientemente en el Seguro de Salud, es la introducción del Proyecto del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), conque tiene el objetivo de mejorar la gestión de los medicamentos, suministros y la prestación de servicios de salud en todos los centros de salud del país. Este es un tema de interés no solo institucional sino de interés público y nacional, toda vez que el EDUS tiene rango de ley de la Asamblea General de la República (Ley Nº 9162 del 2013).

En efecto, según el artículo 1 de dicha ley, se entiende por expediente digital único de salud el repositorio de los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser accedido por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva, y su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integralidad la atención de cuidados de salud.

Para la implementación del EDUS, se indica en la ley que la estrategia debe incluir la dotación de software y hardware, conectividad, almacenamientos de datos, marco regulatorio, capital humano y capacitaciones, gestión del cambio y controles. Para esto, debe garantizarse el financiamiento del proyecto en todas sus fases, lo que implica costos adicionales para la institución.

El EDUS consta de varios módulos como por ejemplo admisión y egresos, quirúrgico, urgencias, sistema de identificación de agendas y citas, sistema de expediente digital en salud, visita hospitalaria. Actualmente se está en la implementación en el tercer nivel de atención, es decir, a nivel hospitalario, en diferentes módulos. Llevar el expediente digital a todo el sistema hospitalario nacional ha implicado la instalación de equipos de comunicaciones, cómputo, redes inalámbricas infraestructura, capacitación a todo nivel, fortalecimiento y modernización de sistemas electromecánicos y eléctricos. Para esto se cuenta con el apoyo del Grupo ICE (Instituto Costarricense de Electricidad), que opera y da mantenimiento a la infraestructura tecnológica local del Expediente Digital, integrando

las redes de infocomunicaciones a nivel nacional con las redes internas y aplicaciones de la CCSS y además, brindando monitoreo durante las 24 horas para garantizar su continuidad y calidad.

Algunos de los costos en los que se ha incurrido por expediente digital, son los que se muestran en el Cuadro 24.

Cuadro 24: Costo del Proyecto Expediente EDUS, 2012-2017.

Año	**Monto del gasto**
2012	34
2013	482
2014	1 203
2015	1 679
2016	3 508
2017	11 170
Total	**18 075**

Fuente: Elaboración propia, datos del Proyecto EDUS. Montos en millones de colones.

Aun cuando los costos del proyecto son significativos, el EDUS mediante el uso de nuevas tecnologías permite darle un mayor y mejor seguimiento a los asegurados, al contar con expedientes en línea en todo el país, la creación de una aplicación en línea en teléfonos inteligentes para uso del asegurados, ficha familiar digital al contar con ATAP's conectados al sistema, permite elevar la calidad, oportunidad y seguridad en la atención, modernización de los servicios de salud, formas innovadoras de prestación de servicios de salud, uso de tecnologías para la promoción y servicios de salud, entre otros.

6.3. Portafolio de proyectos de inversión.

El Portafolio de proyectos de inversión en infraestructura y tecnologías de la CCSS, cuenta con 176 proyectos y 6 programas, para un total de 182 elementos. Se encuentra seccionado en dos grupos de proyectos según el modelo de gestión: proyectos por gestión interna y los proyectos por gestión de fideicomiso. Este portafolio supera el billón de colones y el detalle es el que se observa en el Cuadro 25.

Cuadro 25: Proyectos de Inversión, por Modalidad de Ejecución 2019-2023
En millones de colones

Gestión Interna	Infraestructura Hospitalaria	533 217
	Sedes de Área	58 894
	Sedes de Ebais	23 581
	Administrativos y Logísticos	46 800
	Equipo Médico	52 423
	Ingeniería Ambiental, Seguridad y equipamiento Industrial	55 696
	Inversión estimada (144 proyectos y 6 programas)	**770 611**
Gestión fideicomiso	Infraestructura Hospitalaria	40 000
	Administrativos y Logísticos	17 000
	Sedes de Área	194 063
	Inversión estimada (32 proyectos)	**251 063**
Total de la inversión		**1 021 674**

Fuente: Portafolio de Proyectos en Infraestructura y Tecnología 2019-2023.

En el portafolio se incluyen proyectos cuyo nivel de complejidad es variable y se caracteriza por incluir principalmente proyectos de alto costo de mediana y alta complejidad, como por ejemplo los proyectos de infraestructura, equipamiento médico y programas de ingeniería ambiental, seguridad y equipamiento industrial. De las inversiones destinadas a los servicios de salud, se tiene que un 31 % tiene como objetivo el fortalecimiento del primer nivel de atención, un 38 % el segundo nivel de atención y un 31 % el tercer nivel de atención.

Según las estimaciones actuales, durante el próximo quinquenio las inversiones se destinarán en un 92 % al fortalecimiento de los servicios de salud y un 8 % para servicios de apoyo logístico y financiero.

6.4. Provisiones del Seguro de Salud.

El Seguro de Salud, mantiene varias provisiones que al 2017 suman más de 738 mil millones de colones, se encuentran invertidas con un rendimiento nominal bruto de 6.02 % . En el Cuadro 26, se pueden observar los montos de cada una de las provisiones para los años 2016 y 2017.

Cuadro 26: Provisiones del Seguro del Salud, 2016-2017

Concepto	2016	2017
Red Oncológica	23 653	26 327
Ley del Tabaco	75 005	82 110
Provisiones Salariales	0	188 689
Plan Innovación Financiera	181 827	25 429
Plan de Contingencias	23 892	23 644
Fideicomiso	15 000	253 361
Financiamiento para Infraestructura	52 426	135 446
Garantías Ambientales	45 332	161
Bonos Bananeros (Corbana)	75	202
Centro Siquiátrico Penitenciario	196	2 498
Paternidad Responsable	2 058	1 000
Total	419 464	738 867

Fuente: Elaboración propia. Montos en millones de colones.

A Diciembre del 2017, se cuentan con 11 distintas provisiones, las más importantes son las salariales, donde se reservan aguinaldos y salario escolar, el financiamiento en infraestructura que busca cubrir los costos de ejecución de los proyectos del Portafolio de proyectos de inversión[1] y la provisión para los proyectos que se ejecutan mediante el fideicomiso [2] que representa más de una tercera parte de todas las provisiones.

Las restantes inversiones se distribuyen entre la Ley del Tabaco, Red Oncológica, plan de innovación, garantías ambientales, centro siquiátrico penitenciario, paternidad responsable y los bonos emitidos por Corbana como forma de pago para la deuda patronal de las compañías bananeras.

Además, a partir del año 2016 y según acuerdo de Junta Directiva de la sesión Nº 8855, artículo Nº 29 celebrada el 21 de julio del 2016, se crea la reserva de contingencias del Seguro de Salud, así como la definición de un cronograma para ir alimentando dicha reserva (ver Cuadro 27), con el objetivo de que alcanzara un nivel que correspondiera al monto equivalente al gasto mensual promedio de operación y capital que registra dicho seguro, excluyendo aquellos rubros asociados al pago de remuneraciones.

El monto al que debe llegar la reserva asciende a 45 000 millones de colones, por lo que en el año 2016 se inició con un monto de 15 000 millones de colones y su acumulación se llevaría a cabo en un período total de cinco años, es decir hasta el año 2020, con incrementos anuales de 7 500 millones de colones, de conformidad con las posibilidades

[1] a diciembre del 2018 el saldo es de 283 128 millones de colones
[2] a diciembre del 2018 el saldo es de 274 754 millones de colones

financieras y actuariales que registre el Seguro de Salud.

Cuadro 27: Programación reserva de contingencia.

Año	Monto	Reserva acumulada
2016	15 000	15 000
2017	7 500	22 500
2018	7 500	30 000
2019	7 500	37 500
2020	7 500	45 000
Total	**45 000**	**45 000**

Fuente: Elaboración propia. Montos en millones de colones.

Además de los montos ya programados, se debe propender a que esta reserva [3] se incremente también mediante las sumas asociadas con los intereses que se generen producto de su inversión. El objetivo de la constitución de esta reserva es que contribuya al seguro ante cualquier contingencia que se presente, asociada con desastres naturales, eventos epidemiológicos o pandemias, así como cualquier otro tipo de evento no previsto. En caso de que se requiera utilizar la reserva, posteriormente se debe procurar volver a alcanzar según las posibilidades financieras y actuariales del seguro.

7. Entorno económico, demográfico y epidemiológico.

7.1. Entorno económico.

En el presente apartado se realiza una breve descripción del entorno económico del país, con base en las principales variables macroeconómicas que pueden incidir, directa o indirectamente, en el análisis y sostenibilidad financiera y actuarial del Seguro de Salud. De esta forma, se consideran los principales indicadores y variables económicas, tales como el Producto Interno Bruto, Índice de Precios al Consumidor, tasas de crecimiento de los salarios, entre otros, de conformidad con lo que se establece en el documento denominado "Revisión Programa Macroeconómico 2018-2019", elaborado por el Banco Central de Costa Rica (BCCR) en julio del 2018, así como los comportamientos observados para cada una de las variables consideradas.

[3] al mes de diciembre del 2018 el saldo equivale a 31 169 millones de colones.

7.1.1. Inflación.

Durante los últimos años, la inflación general, la cual se mide por la variación interanual del Índice de Precios al Consumidor (IPC), ha mantenido un comportamiento decreciente, llegando a alcanzar niveles muy cercanos a cero e incluso negativos (-0.81 % en el 2015); para el año 2017, la inflación cerró en 2.57 % (ver Cuadro 28). Esta situación se encuentra ligada en alguna medida a la crisis financiera internacional, producto de bajas tasas de interés y bajo tipo de cambio.

Cuadro 28: Inflación interanual a diciembre, 2006-2017.

Año	Variación interanual
2006	9.43 %
2007	10.81 %
2008	13.90 %
2009	4.05 %
2010	5.82 %
2011	4.74 %
2012	4.55 %
2013	3.68 %
2014	5.13 %
2015	-0.81 %
2016	0.77 %
2017	2.57 %
Promedio 10 años	**6.13 %**
Promedio 5 años	**3.46 %**

Fuente: Elaboración propia con información del Banco Central de Costa Rica.

Según el BCCR, "*la evolución reciente de la inflación obedeció a la disipación del impacto de los choques de oferta asociados con los bajos precios de materias primas y, por otra parte, a que los determinantes macroeconómicos de la inflación se han comportado de manera congruente con un nivel de inflación local dentro del rango meta del Banco Central.*

El aumento en el precio de las materias primas, en particular del petróleo a partir de julio de 2017, aunado a la recuperación de la actividad económica mundial, llevó a la aceleración de la inflación mundial, situación que generó mayor presión sobre el componente importado en la inflación local."

De esta forma, se estima que para el período del 2019, la inflación interanual estará contenida en el rango meta establecido por el Banco Central de 3 % +- 1 p.p.

7.1.2. Producto interno bruto

Mediante el Producto Interno Bruto Real (PIB), se puede medir la actividad económica del país, siendo que para el año 2017, según la información contenida en la revisión del programa macroeconómico del Banco Central de Costa Rica para el período 2018-2019, se estima un crecimiento de la actividad económica en términos reales de 3.2 % para el 2018 y 3.4 % para el 2019, impulsada principalmente por la demanda interna. Por otra parte, el gasto interno impulsaría el crecimiento, ante el aumento en el ingreso disponible y la relativa estabilidad en los términos de intercambio.

El crecimiento económico para el período 2018-2019 mantiene el impulso de los servicios y en menor medida de la manufactura. En cuanto a los servicios, se pueden destacar principalmente aquellos clasificados en profesionales, científicos, técnicos, administrativos y servicios de apoyo; enseñanza y actividades de salud humana, información y comunicaciones; y actividades financieras y seguros.

La presencia de tasas bajas en el crecimiento de la actividad económica tiene un efecto directo sobre los ingresos del Seguro de Salud, en razón de que un bajo nivel de crecimiento económico incide en un bajo crecimiento en el empleo y salarios, lo cual afecta directamente la masa salarial y por tanto, incide directamente en el ingreso por contribuciones.

7.1.3. Déficit fiscal.

El financiamiento del Seguro de Salud está definido principalmente bajo un esquema de seguros sociales de carácter contributivo-obligatorio para los trabajadores, con una figura tripartida patronos, trabajadores y Estado; en otros casos bipartidos por parte de los trabajadores y Estado, como el de trabajadores independientes, asegurados voluntarios y empleadas domésticas.

Asimismo, figura el esquema de financiamiento gubernamental a través de ingresos por concepto de transferencias corrientes, las cuales garantizan el acceso a los servicios de servicios de salud a grupos específicos de la población mediante la participación obligatoria y la elegibilidad basada en el pago de cotizaciones por parte del asegurado o en su nombre; entre otros esquemas de financiamiento que están relacionados con la venta de servicios médicos, ingresos de capital y financiamiento externo.

En efecto, entre las principales obligaciones del Estado con el Seguro de Salud se destacan las cuotas patronales del sector público y de los pensionados del Estado, la cuota del Estado como tal, las cuotas subsidiarias de la modalidad de cuenta propia (trabajadores independientes y asegurados voluntarios), pagos asociados con el traslado del programa del Ministerio de Salud y los servicios de salud que se brindan a los internos en centros penales, asegurados directos a cargo del Estado y poblaciones cubiertas por el Código de la Niñez y la Adolescencia y por otras leyes especiales.

En correspondencia con lo anterior, se puede apreciar como los ingresos del Seguro de Salud tienen un componente importante asociado con ingresos provenientes del Gobierno, por lo que un déficit fiscal alto puede representar un riesgo importante para este seguro, ante un eventual atraso o incumplimientos parciales o totales con los pagos de parte de las obligaciones del Estado con la Institución.

En razón de lo anterior, para el año 2019 se prevé que el déficit del Gobierno Central ronde el 7.5 %, dada la trayectoria creciente de la deuda pública y el financiamiento del déficit fiscal, lo cual constituye el principal riesgo para la sostenibilidad de las finanzas públicas y de la estabilidad macroeconómica del país, así como para las finanzas del Seguro de Salud.

Para dimensionar la dependencia de los ingresos del Seguro de Salud con respecto a los pagos del Estado, en el Cuadro 29 se pueden apreciar los ingresos por concepto de las cuotas del Estado a dicho seguro, los cuales han representado alrededor de un 31 % del total de ingresos por cuotas de dicho seguro, mostrando un comportamiento estable en el período 2013-2017 y evidenciando la importancia de los ingresos del Estado asociados específicamente con contribuciones al Seguro de Salud.

Cuadro 29: Cuotas del Estado por año, 2013-2017
En millones de colones

Cuotas del Estado	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Patronal sector público	364 515	394 341	417 651	438 154	450 523
Estado como tal	32 634	26 211	33 063	34 740	37 256
Cuotas Subsidiarias	61 495	66 962	81 833	101 565	114 412
Total cuotas Estado (a)	**458 644**	**487 514**	**532 547**	**574 460**	**602 191**
Ingreso Total Cuotas (b)	1 440 064	1 566 571	1 697 049	1 827 987	1 939 548
Relación (a/b)	**31,8 %**	**31,1 %**	**31,4 %**	**31,4 %**	**31,0 %**

Fuente: Elaboración propia con información de los Estados Financieros del Seguro de Salud.

Por otra parte, en relación con las obligaciones del Estado asociadas con los servicios de salud por la protección de poblaciones específicas, así como los intereses generados, han tenido variaciones significativas en relación con la proporción que representan sobre los ingresos totales del seguro. En el Cuadro 30 se observa que para el 2017 tales obligaciones representaron un 10.7 % de los ingresos totales del seguro, siendo el rubro más importante el asociado con la protección de la salud de las poblaciones a cargo del Estado. Este porcentaje ha bajado debido a que a finales del año 2015 se presentó un ajuste en los costos asociados con una disminución en la cantidad de registros de Código de la Niñez y la Adolescencia y otras leyes especiales, por procesos adicionales de depuración en los

mismos.

Es importante destacar que los montos indicados para otras obligaciones del Estado corresponde a los registros contables que se han realizado por dichas obligaciones y no a los pagos que se han efectuado, por ejemplo para el caso del traslado del programa del Ministerio de Salud, se encuentra un proceso judicial pendiente de resolver. Adicionalmente, no se puede dejar de lado que el Estado no ha pagado en forma oportuna estas obligaciones al 100 % y que algunas de sus obligaciones con la Institución se incorporan para ser pagadas mediante convenios de negociación de la deuda, en gran medida debido al efecto que pudiese haber tenido el déficit fiscal que afronta el país.

Cuadro 30: Otras obligaciones del Estado, 2013-2017.
En millones de colones

Obligaciones del Estado	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Traslado Programa MS	19 239	19 972	20 272	18 508	18 693
Intereses Programa MS	10 119	12 147	13 325	11 521	12 644
Poblac. a cargo Estado	118 579	177 571	284 092	133 701	197 001
Intereses Código de Niñez	0	10 132	15 531	4 510	4 954
Intereses Indig. DESAF	0	0	18 173	3 014	4 181
Intereses Deuda Estado	5 883	4 624	5 254	12 709	15 139
Pensionados del RNC	12 676	13 531	14 303	15 320	15 946
Total (A)	**166 496**	**237 977**	**370 950**	**199 283**	**268 557**
Ingreso Total (B)	1 904 688	2 122 394	2 281 928	2 275 737	2 506 930
Relación (A/B)	**8.74 %**	**11.21 %**	**16.26 %**	**8.76 %**	**10.71 %**

Fuente: Elaboración propia con información de los Estados Financieros del Seguro de Salud

En efecto, la deuda del Estado con el Seguro de Salud alcanzó los 965 440 millones de colones al mes de diciembre del 2017, de la cual 770 042 millones de colones corresponden a la deuda no negociada con la CCSS y los restantes 195 397 millones de colones corresponden a la deuda ya negociada con la Institución [4]. En razón de lo anterior, se tiene que el Estado debe asignar recursos de sus obligaciones con la Caja, tanto del período corriente, así como para el pago de la deuda.

La dependencia de los recursos del Estado en los ingresos del Seguro de Salud es significativa y creciente, debido a las últimas reformas realizadas, principalmente en la base mínima contributiva y de los traslados por los servicios médicos de poblaciones específicas, por lo que es un componente que se debe tener presente en las estimaciones de ingresos y su análisis de sensibilidad.

[4]La deuda ascendió a 1 217 793 millones de colones a noviembre del 2018.

7.1.4. Empleo.

Al cierre del último trimestre año 2017, se contó con una tasa de desempleo abierto igual al 9.3 %, la cual muestra una disminución de 0.2 p.p. con respecto al mismo período del año anterior, mientras que la tasa bruta de participación de la cantidad de personas que conforman la fuerza de trabajo, con respecto a la población total, pasó de un 46.5 % en el cuarto trimestre del 2016, a un 44.3 % en el mismo trimestre pero del 2017 (ver Cuadro 31), lo cual es concordante con el nivel de crecimiento económico que se ha experimentado en el país durante los últimos años.

Cuadro 31: Población nacional, población desocupada y fuerza de trabajo, 2016-2017.

Trimestre	**Población nacional**	**Fuerza de trabajo**	**Tasa bruta participación**	**Población desocupada**	**Tasa desempleo abierto**
I-2016	4 865 436	2 201 957	45.3 %	209 216	9.5 %
II - 2016	4 881 713	2 157 319	44.2 %	202 563	9.4 %
III - 2016	4 895 459	2 184 451	44.6 %	212 323	9.7 %
IV - 2016	4 909 297	2 280 989	46.5 %	217 623	9.5 %
I-2017	4 923 317	2 267 804	46.1 %	207 047	9.1 %
II - 2017	4 938 264	2 272 966	46.0 %	193 126	8.5 %
III - 2017	4 951 219	2 282 526	46.1 %	213 816	9.4 %
IV - 2017	4 966 414	2 200 092	44.3 %	204 452	9.3 %

Fuente: Elaboración propia con información del Banco Central de Costa Rica.

La disminución obtenida en la tasa bruta de participación durante el año 2017, puede incidir negativamente sobre la masa salarial y cotizante al tener una menor participación de la población en el mercado laboral, situación que podría generar un efecto negativo sobre los ingresos del Seguro de Salud, directamente en sus ingresos por contribuciones, no así en sus gastos.

Según se desprende del Programa Macroeconómico del BCCR, en el país se han mantenido altos niveles de desempleo en los últimos años, situación que entre otros factores, se puede asociar a la falta de correspondencia entre la oferta y la demanda de trabajo, tanto a nivel de ramas de actividad como de sector institucional.

En el Cuadro 32 se puede apreciar desde el año 2008 y hasta el 2017, la evolución anual de la tasa bruta de participación y de la tasa de desempleo abierto. Claramente se evidencia un incremento importante en la tasa de desempleo abierto, pasando de un nivel de 4.9 % a un 9.3 % para dicho período, con un promedio de 8.2 %, mientras que la tasa bruta de participación se mantiene relativamente estable, con un promedio cercano al 46 % en todo el período.

Tales indicadores son importantes en las proyecciones de la población económicamente

activa que se encuentra ocupada y por tanto, mediante tasas de ingreso de nuevos cotizantes del Seguro de Salud a dicha de población, se pueden obtener los nuevos ingresos de cotizantes a dicho Seguro.

Este aumento de la tasa de desempleo abierto, conlleva a analizar la relación capital – trabajo, la cual se refiere a la proporción de los ingresos generados por un país –Producto Interno Bruto (PIB)– que se destina a salarios y la proporción de estos ingresos que conservan los empresarios. Este indicador es relevante para analizar las tendencias del mercado de trabajo en el corto y largo plazo.

Cuadro 32: Tasa bruta de participación y tasa de desempleo abierto 2008-2017.

Año	**Tasa bruta de participación**	**Tasa de desempleo abierto**
2008	45.40 %	4.90 %
2009	45.90 %	7.80 %
2010	44.97 %	7.29 %
2011	46.69 %	7.66 %
2012	46.75 %	7.77 %
2013	46.86 %	8.51 %
2014	47.76 %	9.66 %
2015	46.42 %	9.60 %
2016	46.64 %	9.54 %
2017	44.47 %	9.29 %
Promedio	**46.19 %**	**8.20 %**

Fuente: Elaboración propia con información del Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Según datos del BCCR, la participación ajustada (que incluye los ingresos de los no asalariados) de los salarios en el PIB ha sido de 51.0 % en el 2012 y 52.7 % en el 2013. Estos datos no permiten ver una tendencia pero sí evidencian que el nivel actual de este indicador es inferior a los valores mínimos de los países avanzados.

Los descensos en la relación capital - trabajo, se deben fundamentalmente, al desplazamiento de trabajos con alto coeficiente de mano de obra por los más intensivos en capital, esto se ha presentado principalmente en la fabricación de tecnología media – alta y en los servicios financieros, que a su vez, tienen su origen en los cambios tecnológicos y a la globalización del comercio internacional.

La tendencia a la baja en la relación capital – trabajo es considerada una dificultad para reducir el desempleo en el mediano y largo plazo y por tanto, un reto para el finan-

ciamiento de la seguridad social.

7.1.5. Comportamiento de los salarios.

El análisis del comportamiento que han tenido los salarios, resulta importante toda vez que además de las proyecciones de población que se deben realizar, también se debe proyectar la masa cotizante asociada con tales poblaciones.

Para las poblaciones de asegurados directos que cotizan al Seguro de Salud, toma relevancia el análisis del crecimiento que han mostrado los salarios en los últimos años. En los Cuadros 33 y 34 se puede apreciar el monto del ingreso promedio de los trabajadores asalariados y por cuenta propia (trabajador independiente y asegurado voluntario), respectivamente, así como la tasa de crecimiento de dichos salarios o ingresos, para el período comprendido entre los años 2009 al 2017, ambos inclusive, a diciembre de cada año.

Cuadro 33: Cantidad de asalariados, masa salarial y crecimiento del salario promedio, a diciembre de cada año, 2009-2017.

Año	Asalariados	Masa Salarial (miles de colones)	Salario Promedio	Crecimiento Salario promedio
2009	1 244 110	424 148 274	340 925	
2010	1 286 026	469 287 252	364 913	7.0 %
2011	1 314 789	540 339 933	410 971	12.6 %
2012	1 362 100	593 317 569	435 590	6.0 %
2013	1 383 998	645 881 441	466 678	7.1 %
2014	1 408 304	699 871 877	496 961	6.5 %
2015	1 427 772	723 531 726	506 756	2.0 %
2016	1 484 103	791 018 553	532 994	5.2 %
2017	1 530 718	837 893 988	547 386	2.7 %
Promedio				**6.14 %**

Fuente: Elaboración propia con base en datos del SICERE.

Se puede apreciar como el salario promedio muestra una tendencia creciente tanto para los asalariados como para los afiliados por cuenta propia en el período analizado y la tasa promedio de crecimiento en el caso de los asalariados corresponde a 6.14 % de dicho salario, mientras en el caso de los trabajadores por cuenta propia, dicho crecimiento promedio corresponde a un 13.18 %.

Cuadro 34: Afiliados por cuenta propia, masa salarial y crecimiento del ingreso promedio, a diciembre de cada año, 2009-2017.

Año	Afiliados	Masa cotizante (miles de colones)	Ingresos promedio	Crecimiento del ingreso promedio
2009	364 212	36 539 851	100 326	
2010	402 221	45 822 611	113 924	13.6 %
2011	481 046	55 963 300	116 337	2.1 %
2012	453 231	62 559 062	138 029	18.6 %
2013	469 891	71 628 164	152 436	10.4 %
2014	477 543	90 168 438	188 817	23.9 %
2015	490 329	107 333 161	218 900	15.9 %
2016	503 950	123 092 701	244 256	11.6 %
2017	527 561	140 818 200	266 923	9.3 %
Promedio				**13,18 %**

Fuente: Elaboración propia con base en datos del SICERE.

En relación con las poblaciones de trabajadores independientes y asegurados voluntarios, ya sea asegurados individualmente o mediante convenios, así como las coberturas y aseguramientos a cargo del Estado; su contribución se encuentra asociada a una base denominada Base Mínima Contributiva (BMC), la cual se establece actualmente como un porcentaje del salario mínimo legal que corresponde al salario de un trabajador no calificado.

En razón de lo anterior, la tasa de crecimiento de los ingresos de los trabajadores por cuenta propia es más alta, ya que se establecieron ajustes en la BMC por acuerdo de Junta Directiva, donde de forma escalonada dicha base iba a representar un porcentaje del salario mínimo legal hasta llegar a ser el 100 % del mismo en el mes de octubre del 2019, para el Seguro de Salud.

De lo anterior se tiene que durante el período 2009-2017, la mayor parte del comportamiento de la masa salarial ha sido guiada por el crecimiento del salario promedio más que por la cantidad de trabajadores. Cabe señalar, que ese crecimiento en el salario promedio, obedece en parte a la existencia de un salario mínimo en la economía, el cual crece similar a la tasa de inflación, mientras que la cantidad de trabajadores responde más al crecimiento económico del país.

Cuadro 35: Tasas de crecimiento de los ingresos y tasa de inflación interanual, 2010-2017.

Año	Inflación	Asalariados		Cuenta propia	
		Tasa nominal	Tasa real	Tasa nominal	Tasa real
2010	5,82 %	7,04 %		13,55 %	7,30 %
2011	4,74 %	12,62 %	7,53 %	2,12 %	-2,50 %
2012	4,55 %	5,99 %	1,38 %	18,65 %	13,48 %
2013	3,68 %	7,14 %	3,33 %	10,44 %	6,52 %
2014	5,13 %	6,49 %	1,30 %	23,87 %	17,83 %
2015	-0,81 %	1,97 %	2,80 %	15,93 %	16,88 %
2016	0,77 %	5,18 %	4,38 %	11,58 %	10,74 %
2017	2,57 %	2,70 %	0,12 %	9,28 %	6,54 %
Promedio	**3,31 %**	**6,14 %**	**2,75 %**	**13,18 %**	**9,60 %**

*Fuente: Elaboración propia con base en datos de los Cuadros 33 y 34. *Inflación corresponde al IPC interanual a diciembre de cada año, según información del BCCR.*

Según se puede apreciar en el Cuadro 35, las tasas reales de crecimiento de los salarios, equivalen a un promedio de 2.75 % para los asalariados en todo el período analizado, es importante destacar que la tasa de crecimiento promedio de los asalariados del sector público es de un 2.71 % y un 3.23 % para los asalariados del sector privado, mientras que para los afiliados cuenta propia la tasa promedio de crecimiento de los ingresos ronda el 9.6 %.

Como se explicó anteriormente, la tasa real de crecimiento en el caso de los ingresos de los afiliados por cuenta propia, es muy alta ya que se ve afectada por la tasa nominal que a su vez ha sufrido el impacto del aumento en los porcentajes que representa la base mínima contributiva en relación con el salario mínimo legal de un trabajador no calificado.

En correspondencia con lo anterior, resulta importante también analizar el comportamiento que han tenido los salarios mínimos legales durante los últimos años, los cuales son fijados en forma semestral, mediante los respectivos Decretos Ejecutivos emitidos por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS). De esta forma, en el Cuadro 39, se puede apreciar la evolución anual del salario mínimo para un trabajador no calificado.

Las tasas de crecimiento de los salarios promedio y del salario mínimo tienden a parecerse en períodos largos y reflejan la importancia del salario mínimo como uno de los determinantes del salario promedio. Se puede apreciar en el Cuadro 39, que para los últimos diez años, el crecimiento de los salarios en términos nominales ha representado un 6.58 % y en términos reales es un 2.06 %.

Cuadro 36: Salario mínimo legal y tasas de crecimiento nominal y real, 2006 – 2017.

Año	SML	Tasa nominal	Tasa real
2006	141 474		
2007	156 049	10.30 %	
2008	179 799	15.22 %	1.16 %
2009	196 233	9.14 %	4.90 %
2010	214 699	9.41 %	3.39 %
2011	228 058	6.22 %	1.42 %
2012	242 346	6.27 %	1.64 %
2013	257 220	6.14 %	2.37 %
2014	278 208	8.16 %	2.88 %
2015	286 467	2.97 %	3.81 %
2016	289 828	1.17 %	0.40 %
2017	293 133	1.14 %	-1.40 %
Promedio		**6.58 %**	**2.06 %**

Fuente: Elaboración propia con base en información del MTSS.

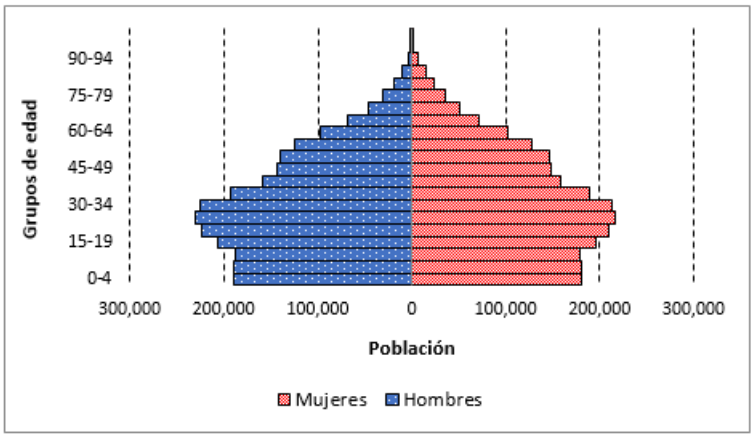
7.2. Entorno demográfico.

Para analizar el comportamiento de la población nacional y realizar las respectivas proyecciones de los diferentes grupos de población asegurados o cotizantes al Seguro de Salud, es necesario considerar los principales aspectos demográficos que han incidido en la distribución de la población, tanto por edad y sexo, así como en las tendencias del crecimiento poblacional y su estructura.

7.2.1. Estructura de la Población

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la estructura de la población al año 2017 es la que se muestra en la Figura 21. La población del país a dicho año asciende a 4 947 490, de la cual un 50.45 % son hombres y un 49.55 % corresponde a mujeres. Adicionalmente según las estimaciones realizadas por el INEC, al final del período de proyección del presente informe (año 2032) la población se estima en 5 637 740, manteniendo una estructura por sexo muy similar a la mostrada para el 2017, en donde el 50.13 % son hombres y el restante 49.87 % mujeres.

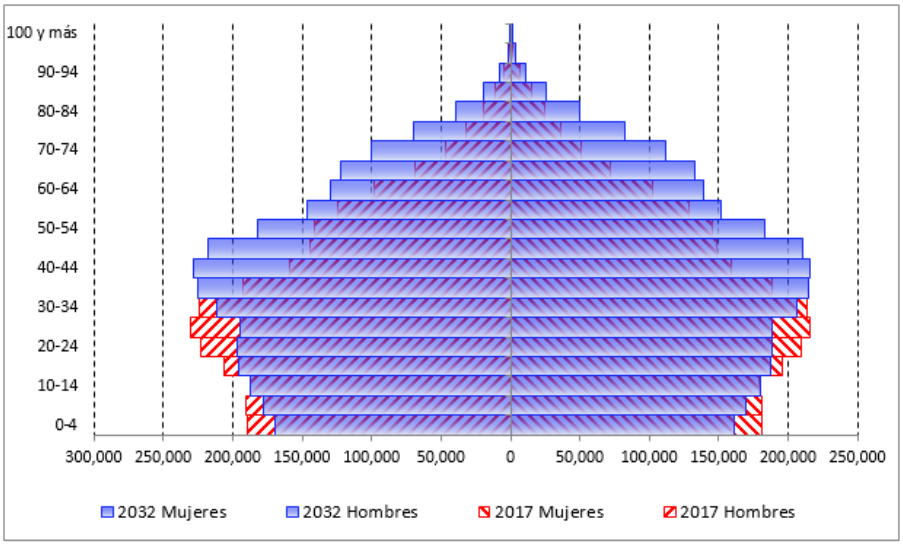
Figura 21: Estructura de la población por sexo y grupos de edad, 2017.



Fuente: Elaboración propia con base en información del INEC.

Con respecto a la estructura de la población por edad, al 2017 se tiene que un 7.88 % corresponden a personas de 65 años o más, mientras que un 22.4 % son personas de 0 a 15 años. Al cabo de 15 años, la población adulta mayor se incrementa en cerca de 6 puntos porcentuales, pasando a un nivel de 13.83 %, mientras que la proporción de las personas de 15 años o menos se reduce en a 18.54 %. Este comportamiento se puede apreciar por sexo y grupos quinquenales de edad, en la Figura 22.

Figura 22: Estructura de la población por sexo y grupos de edad, 2017 y 2032.



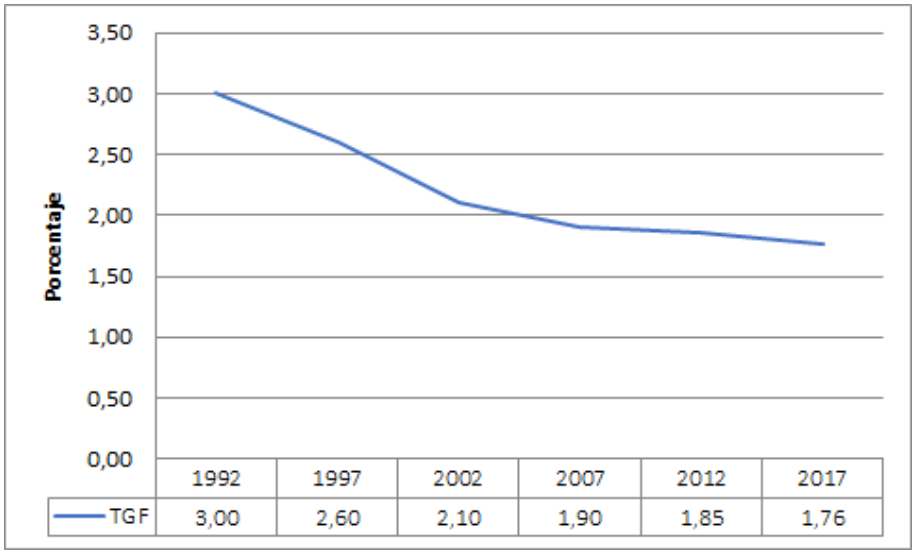
Fuente: Elaboración propia con base en información del INEC.

7.2.2. Fecundidad

De conformidad con el INEC, se define la tasa global de fecundidad (TGF), como *"el número de hijos e hijas que en promedio tendría cada mujer al final del período fértil (. . .) y, además estas mujeres no están afectadas por la mortalidad desde el nacimiento hasta el final del período fértil"*. Adicionalmente se indica que la tasa de fecundidad se encuentra en un nivel de reemplazo, cuando en un país dicha tasa equivale a 2.1; es decir, que las parejas tienen el número de hijos necesarios para reemplazarse a sí mismas.

En correspondencia con lo anterior, se puede apreciar en la Figura 23 que desde el año 1992 hasta el 2017, la tasa global de fecundidad ha presentado una tendencia decreciente, pasando de un nivel de 3 hijos por mujer en 1992, a menos de 2 hijos por mujer en el 2017, es decir, no se alcanza al menos la tasa mínima para el reemplazo de la población.

Figura 23: Tasa global de fecundidad, 1992 - 2017.



Fuente: Elaboración propia con base en información del INEC.

Esta tendencia decreciente que ha mostrado la tasa global de fecundidad, se puede explicar debido a la disminución en la cantidad de nacimientos que se han registrado en el país en los últimos años y adicionalmente, en relación con las expectativas asociadas con la tasa global de fecundidad, según el estudio "Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad 1950 -2050 (cifras actualizadas) 2009" del CCP y del INEC, esta tasa ha presentado una caída desde los años 60's, cuando el número de hijos era alrededor de 7 por mujer, a menos de 2 hijos en la actualidad.

Estas dos instituciones han logrado establecer proyecciones para la tasa global de fecundidad, con base en 3 escenarios. En el primero de ellos que se considera el escenario esperado, corresponde a la tasa media y dos escenarios adicionales los cuales se refieren a

un escenario pesimista (tasa baja) y uno optimista (tasa alta). Para ellos se parte de la tasa de fecundidad observada en el año 2007, que fue 1.96 hijos por mujer, de esta manera el documento mencionado indica:

"La hipótesis media, que es la recomendada, proyecta que la fecundidad continúe disminuyendo a un ritmo cada vez más lento hasta una TGF de 1.70 en el 2015 y que luego se recupere hasta alcanzar un valor de equilibrio de 1.90 a partir del 2030 (Cuadro 2). Esta recuperación entre 2015 y 2030 se sustenta en fenómenos similares observados en otras poblaciones, así como en el hecho de que la caída reciente y en los próximos años se debe en parte a efectos temporales de posposición de nacimientos, originados especialmente en un retardo en la edad al tener el primer hijo. La hipótesis baja no incluye esa recuperación y la TGF se estabiliza en 1.6 hijos a partir del 2020. La hipótesis alta de fecundidad no se cambió con respecto a la proyección vigente: se asume una recuperación para alcanzar el nivel de reemplazo (2.1 hijos) en el que la fecundidad se estabilizaría."

Figura 24: Proyección tasa global de fecundidad 2010-2100

Tasas Globales de Fecundidad proyectadas por hipótesis
2010 - 2100

Año	Media	Baja	Alta
2010	1,77	1,7	1,87
2015	1,70	1,62	1,92
2020	1,77	1,6	2,1
2025	1,88	1,6	2,1
2030	1,90	1,6	2,1
2035	1,90	1,6	2,1
2100	1,90	1,6	2,1

Fuente: Estudio denominado "Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad, 1950 -2050 (cifras actualizadas)", 2009, CCP e INEC.

Según las proyecciones realizadas por ambas instituciones, las estructuras de la tasa de fecundidad proyectada por grupos de edades se muestran en la Figura 25, en donde se puede ver que la fecundidad en Costa Rica será más tardía, mostrando para el año 2030 un peso más alto en las edades comprendidas entre los 20 y 25 años, mientras que el mayor peso para el año 2070 se traslada para el grupo de edades de 30-34 años.

Figura 25: Proyección de fecundidad por grupos de edad, 2030 y 2070.

Estructuras de la fecundidad proyectada por grupos de edades
2030, 2070

Edad	2030	2070
15-19	0,110	0,040
20-24	0,260	0,110
25-29	0,280	0,260
30-34	0,230	0,380
35-39	0,100	0,180
40-44	0,019	0,028
45-49	0,001	0,002

Fuente: Estudio denominado "Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad, 1950 -2050 (cifras actualizadas)", 2009, CCP e INEC.

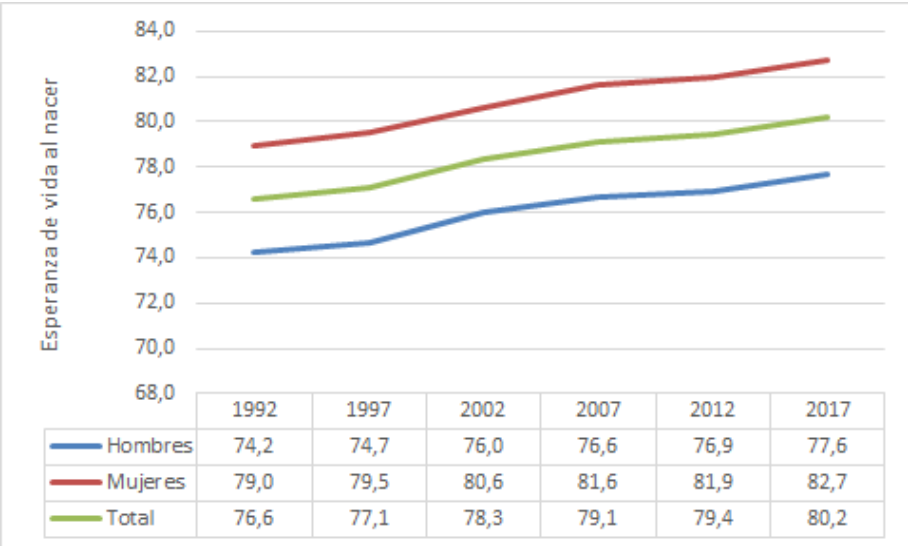
Es importante mencionar, que dichas proyecciones se hicieron en el año 2009, sin embargo, las mismas han tenido una tendencia similar a los datos reales dado que para el 2015, se tiene que la TGF se encuentra en 1.8 hijos por mujer según el artículo "Fecundidad mantiene tendencia al descenso" del 2015 elaborado por el INEC, dato que se encuentra entre el escenario alto y bajo proyectado.

Por lo tanto, se puede desprender que la tasa de fecundidad presenta una tendencia decreciente y que en el mediano a largo plazo, considerando el escenario base, se tiende a estabilizar en un valor menor a la tasa de reemplazo, lo que ratifica el reto que tiene la Institución en relación con la atención de la salud principalmente para las personas adultas mayores, considerando una posible disminución de la población joven para los próximos años.

7.2.3. Esperanza de vida al nacer.

El indicador asociado con la esperanza de vida al nacer, corresponde a una estimación del promedio del número de años que viviría un determinado grupo de personas al nacer, tomando en consideración que las posibles variaciones en la tasa de mortalidad del grupo de población evaluado se mantengan constantes.

Figura 26: Comportamiento de la esperanza de vida al nacer, 1992-2017.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEC.

En correspondencia con lo anterior, en la Figura 26 se puede apreciar la tendencia creciente que se ha presentado para el indicador asociado con la esperanza de vida al nacer de la población total del país, por sexo, durante el período comprendido entre el año 1992 y al 2017, en donde se puede apreciar que para los hombres la esperanza de vida se ha incrementado de 74.2 años en 1992 a 77.6 años en el año 2017; mientras que para las mujeres la esperanza de vida al nacer pasó de 79 años en 1992 a un valor de 82.7 en el año 2017.

Cuadro 37: Tasa de mortalidad infantil, 1992 - 2017.

Año	**Tasa de mortalidad infantil**
1992	13.7
1997	14.2
2002	11.1
2007	10.0
2012	8.5
2017	7.9

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEC.

En relación con la tasa de mortalidad infantil, se refiere a la cantidad anual de defunciones de niños antes de cumplir su primer año de edad, por cada mil nacimientos. Según datos del INEC, a nivel nacional se han obtenido buenos resultados al lograr una importante

disminución de dicho indicador, pasando de 13.7 defunciones por cada mil nacimientos en el año de 1992 a 7.9 defunciones en el 2017, tal y como se aprecia en el Cuadro 37, mostrando una tendencia decreciente desde el año 1950 hasta el 2017 (ver Figura 27).

Figura 27: Comportamiento de la mortalidad infantil 1992-2017.

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEC.

Con respecto a la población nacional, también se han experimentado disminuciones importantes en la tasa de mortalidad general, la cual corresponde a la cantidad de defunciones que ocurren cada año, por cada mil habitantes, al 30 de junio de cada año; según datos del INEC. Los valores que ha tomado dicho indicador de tasa de mortalidad general de la población, desde el año 2008 al 2017, son los que se aprecian en el Cuadro 38.

Cuadro 38: Tasa de mortalidad general, 2006 - 2017.

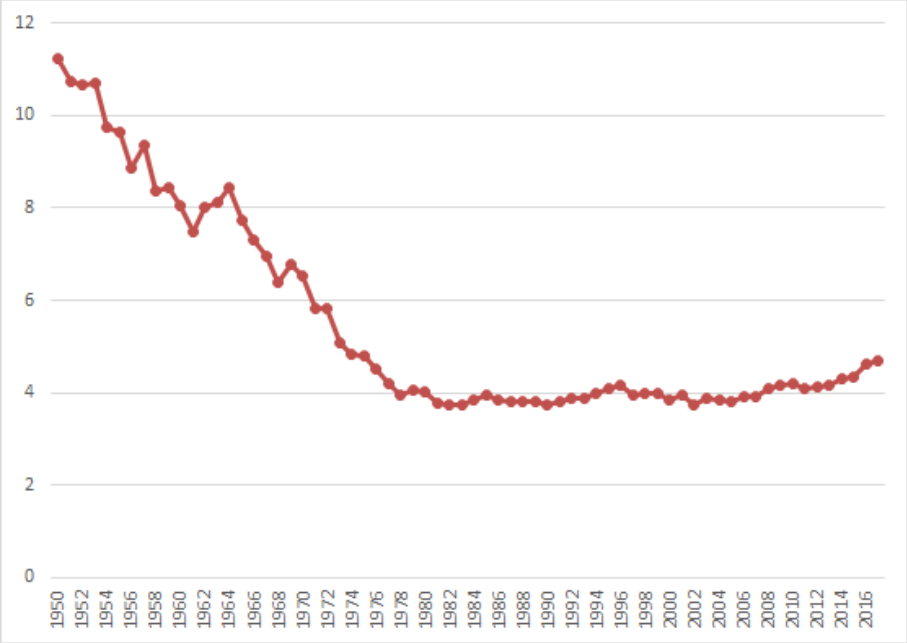
Año	**Tasa bruta de mortalidad**
2008	4.1
2009	4.2
2010	4.2
2011	4.1
2012	4.1
2013	4.2
2014	4.3
2015	4.4
2016	4.6
2017	4.7

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEC.

Por otro lado, de la Figura 28 se logra concluir que el comportamiento que ha mostrado la tasa de mortalidad general para el período comprendido entre los años 1950 al 2017, es decreciente, toda vez que en el año de 1950 se colocaba en niveles cercanos a 11; mientras que para el año 2017 se logró disminuir a 4.7; con una clara tendencia decreciente.

Sin embargo, para los últimos años se puede evidenciar un leve incremento en dicha tasa a partir del año 2013, tal y como se puede apreciar en el Cuadro 38, en el cual se detallan los valores de las tasas de mortalidad, a partir del año 2008 y hasta el año 2017, para cada año. Ese ligero incremento es producto de un aumento en accidentes de tránsito, muertes violentas, entre otros factores.

Figura 28: Comportamiento de la mortalidad general, 1992-2017.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEC.

Por lo tanto, se puede concluir que la mejora que se ha logrado en los indicadores de mortalidad general e infantil, han estado estrechamente relacionados con la ampliación de la cobertura de la prestación de los servicios de salud a la población y en las mejoras en tales servicios producto de la tecnología, entre otros factores. Esta situación se traduce a su vez en una mejora en los índices asociados con la esperanza de vida al nacer.

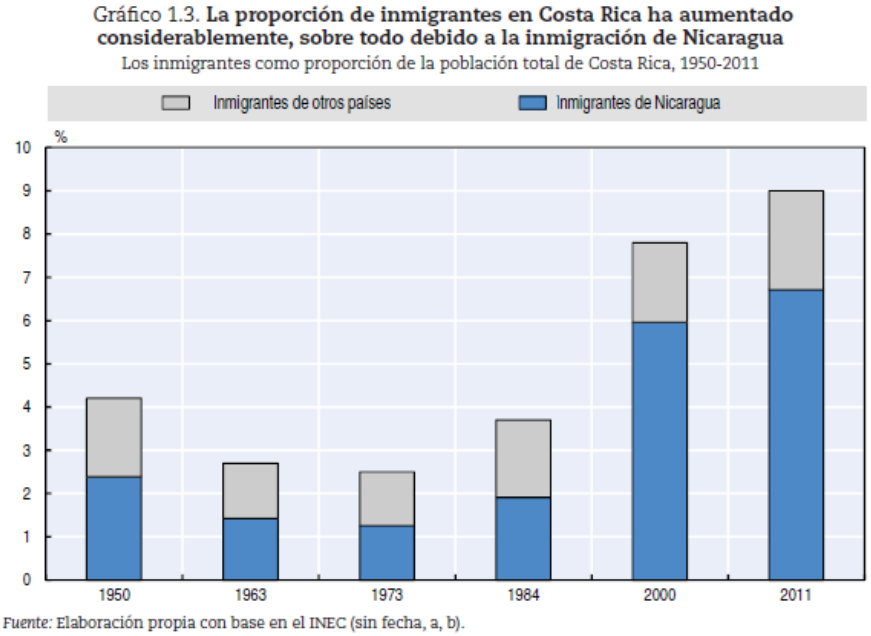
Estos avances ratifican una vez más, el reto del sistema de salud y en forma particular, del Seguro de Salud, por prestar mejores servicios de salud a la población adulta mayor, pues adicional al incremento en la población de adultos mayores y disminución de la población joven (proceso de envejecimiento), se cuenta con una mayor probabilidad de

que la población adulta mayor pueda vivir una mayor cantidad de años.

7.2.4. Migración.

Costa Rica sigue siendo un país de América Latina atractivo para albergar inmigrantes, dadas sus condiciones de estabilidad política y desarrollo social, además de que las políticas nacionales de inmigración se basan en la protección de los derechos humanos de los inmigrantes. Lo anterior se refleja en que según el Censo realizado por el INEC en el 2011, el 9 % de los habitantes nacieron el extranjero, de los cuales la mayoría pertenecen al país vecino Nicaragua, tal y como se puede apreciar en la Figura 29.

Figura 29: Composición de inmigrantes en Costa Rica.



Fuente: Estudio OCDE,OIT (2018).

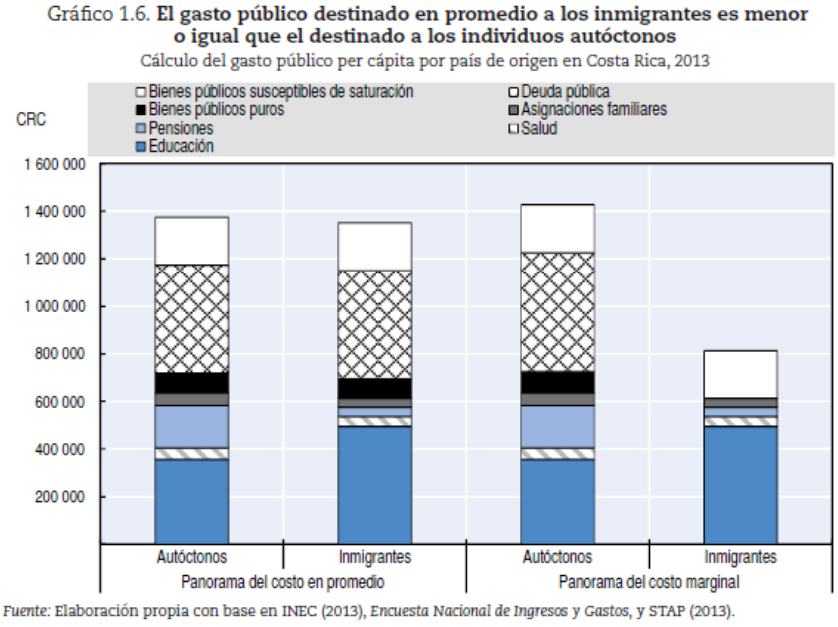
Según un estudio del Centro de Desarrollo de la OCDE, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Comisión Europea denominado *Cómo los inmigrantes contribuyen a la economía de Costa Rica*, el efecto fiscal neto de la población de Costa Rica tanto de inmigrantes como nacionales es negativo, sin embargo es mayor en el caso de los inmigrantes debido a la baja contribución fiscal de los mismos, principalmente por las diferencias de impuestos sobre bienes y servicios y las contribuciones a la seguridad social.

Según el mismo estudio, el gasto público que se destina a los inmigrantes es casi igual al dedicado a la población nacional según el panorama del costo promedio, tal y como se muestra en la Figura 30.

Sin embargo, en términos marginales el gasto público destinado a los inmigrantes representa aproximadamente el 60 % del gasto que se dedica a la población autóctona. Lo anterior significa que los inmigrantes representaron una mayor carga que la población nacional en el año 2013, pero bajo la hipótesis de que los costos de la deuda pública y los bienes públicos puros se asignan a toda la población. Sin embargo, hay ciertos gastos fijos que probablemente no se definen por la cantidad de población, y que si los inmigrantes se marcharan del país, igualmente el país incurriría en tales costos.

Por otro lado, la proporción de inmigrantes en edad de trabajar es mayor que la proporción correspondiente de individuos autóctonos. Según datos del censo de 2011, el 84 % de la población nacida en el exterior tenía entre 15 y 64 años, a diferencia del 66 % en el caso de la población nacional. Lo que indica que la población de personas en edad de trabajar es mayor en el caso de los inmigrantes que en el caso de los nacionales como se puede visualizar en la Figura 31.

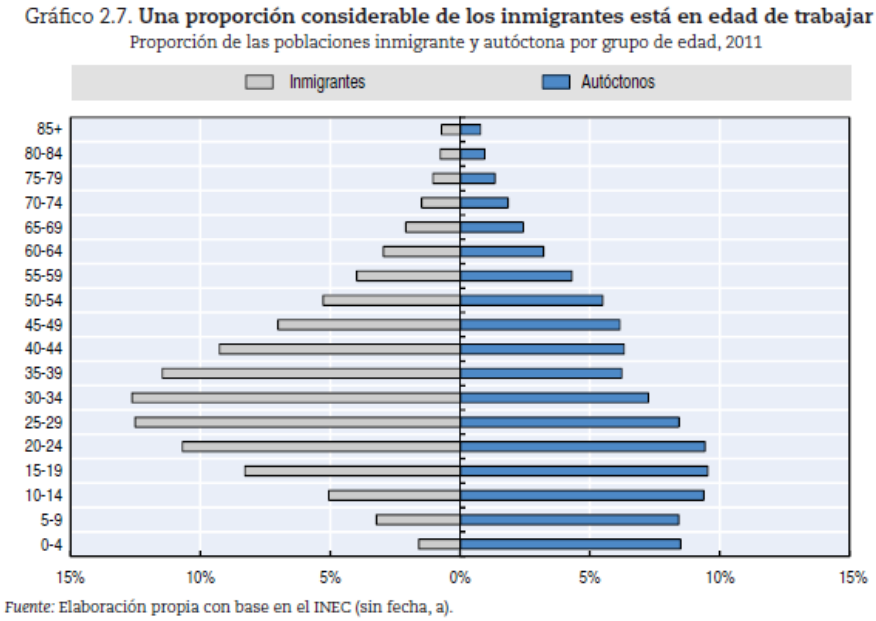
Figura 30: Gasto público promedio destinado a inmigrantes.



Fuente: Estudio OCDE,OIT (2018).

La diferencia de nivel educativo entre la fuerza de trabajo inmigrante y la nacional aumentó debido a que entre 2001 y 2016 el nivel educativo de esta última ascendió más que el de los trabajadores inmigrantes. En el año 2016 la proporción de quienes no habían terminado la educación primaria entre la fuerza de trabajo inmigrante era un 25 % mientras que la fuerza de trabajo autóctona (10 %).

Figura 31: Distribución inmigrantes



Fuente: Estudio OCDE,OIT (2018).

Por lo tanto, aunque la fuerza de trabajo es mayor en la población inmigrante, los trabajos en los que se desempeñan generalmente son los menos calificados, como servicio doméstico, o construcción, esto se revela en el Cuadro 39, donde se puede observar el histórico de los extranjeros según el sector institucional al que se encuentran afiliados, desde el 2009 al 2017.

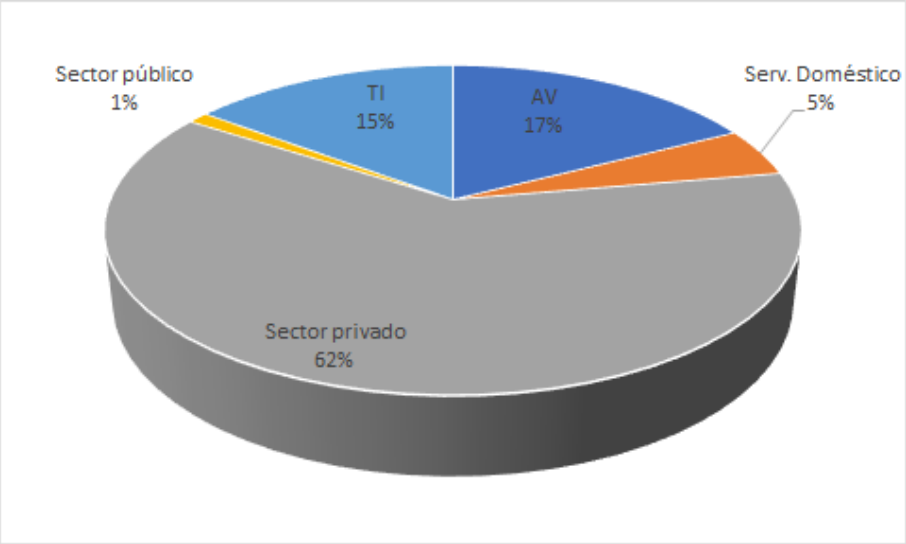
Cuadro 39: Histórico de cantidad de extranjeros por modalidad, 2009 al 2017.

Año	Asegurado voluntario	Servicio doméstico	Sector privado	Sector público	Trabajador independiente	Total extranjeros
2009	11 286	5 940	132 455	3 439	14 719	167 839
2010	26 632	8 431	132 015	3 597	21 906	192 581
2011	33 945	9 001	138 280	2 944	26 677	210 847
2012	35 607	9 920	148 154	2 890	29 790	226 361
2013	36 991	11 084	143 981	2 915	31 439	226 410
2014	39 553	12 386	146 644	2 822	32 908	234 313
2015	42 768	13 033	149 667	2 946	34 713	243 127
2016	43 290	12 572	155 905	3 162	36 776	251 705
2017	46 261	12 705	163 419	3 012	39 212	264 609

Fuente: Elaboración propia con base en información del SICERE.

Como se puede observar la mayor cantidad de extranjeros se ubican en el sector privado (62 %), como trabajadores independientes (15 %) y como asegurados voluntarios (17 %), y una pequeña parte en servicio doméstico (5 %), sin embargo, esto puede no es totalmente representativo de la realidad, ya que muchas trabajadoras domésticas se afilian como aseguradas voluntarias según se aprecia en la Figura .

Figura 32: Distribución de extranjeros por sector institucional, 2017.



Fuente: Elaboración propia con base en información del SICERE.

Por otro lado, en el Cuadro 40 se aprecia también el histórico de los ingresos promedio anuales reportados por los extranjeros según el sector institucional al que se encuentran afiliados, para el mismo período (2009 al 2017).

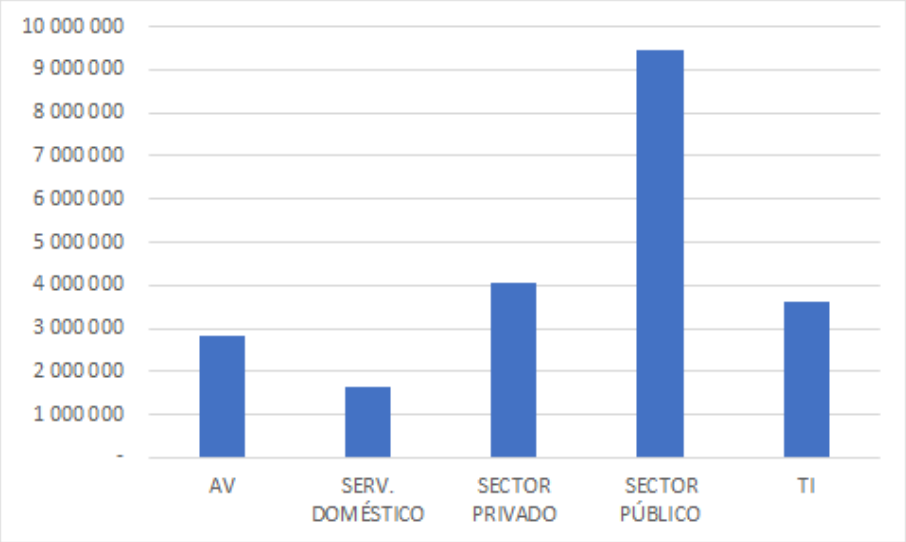
El efecto de los trabajos no calificados se puede observar en la Figura 33, en donde se desprende que el salario promedio anual de los extranjeros en el sector privado es mucho más bajo que el de aquellos que laboran en el sector público y similar a los trabajadores independientes y asegurados voluntarios. Además, se evidencia los bajos salarios reportados para el servicio doméstico, que en su mayoría son trabajos realizados por mujeres.

Cuadro 40: Histórico del ingreso promedio anual en colones de los extranjeros, 2009 al 2017.

Año	Asegurado voluntario	Servicio doméstico	Sector privado	Sector público	Trabajador independiente	Total extranjeros
2009	1 149 498	981 039	2 368 803	5 609 760	1 297 329	2 210 141
2010	993 071	1 025 390	2 660 970	6 019 644	1 407 835	2 278 902
2011	1 268 683	1 194 348	2 860 169	8 021 616	1 695 153	2 457 503
2012	1 409 961	1 212 496	3 044 206	8 554 859	2 018 841	2 642 277
2013	1 608 542	1 301 291	3 327 705	8 897 867	2 166 869	2 858 146
2014	1 979 014	1 379 632	3 596 054	9 632 478	2 650 354	3 145 811
2015	2 306 099	1 507 865	3 836 960	8 958 140	3 065 284	3 394 693
2016	2 623 200	1 640 524	3 952 869	9 054 679	3 370 137	3 587 637
2017	2 816 517	1 635 617	4 049 923	9 448 434	3 626 846	3 717 124

Fuente: Elaboración propia con base en información del SICERE.

Figura 33: Salario promedio de extranjeros por modalidad 2017.



7.3. Perfil epidemiológico.

El perfil epidemiológico de una población es la expresión del estado de salud que sufre la población y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.

De acuerdo con los datos que recopila el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), en el Cuadro 41, se puede observar que un 31.6 % de las consultas corresponden a atenciones sin

patologías asociadas, un 11.6 % a enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, donde destaca la condición de obesidad y diabetes. En efecto, la Federación Internacional de Diabetes señala que esta enfermedad es responsable de un 12 % del gasto en salud a nivel mundial. En Costa Rica se estima que un 12.8 % de las personas mayores de 20 años padecen la enfermedad.

Las enfermedades del Sistema Circulatorio son la causa de un 10.7 % de las atenciones, cuyo principal padecimiento es la hipertensión. Según la Organización Panamericana de la Salud, la hipertensión afecta entre un 20-40 % de la población adulta en América, es decir unas 250 millones de personas y causa alrededor de 7.5 millones de muertes al año. Para el 2017, en los servicios de la CCSS, se atendieron alrededor de 498 689 personas con este padecimiento en el primer nivel de atención.

Las siguientes causas más frecuentes son del sistema respiratorio, digestivo y osteomuscular, donde destacan padecimientos como las afecciones de las vías respiratorias superiores, gastritis y dorsolumbopatías, respectivamente.

De lo anterior se observa que la gran mayoría de las consultas se originan por enfermedades del tipo no transmisibles o crónico degenerativas, las cuales se asocian a estilos de vida poco saludables, en alimentación y niveles de actividad física, y que por ende, se pueden evitar.

Cuadro 41: Distribución de los diagnósticos de Consulta externa, Seguro de Salud, 2017.

Causa	%
Atención sin patologías	31.6 %
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11.6 %
Enfermedades del Sistema Circulatorio	10.7 %
Enfermedades del Sistema Respiratorio	7.3 %
Enfermedades del Sistema Digestivo	7.1 %
Enfermedades del Sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	5.8 %
Enfermedades del Sistema Genitourinario	3.7 %
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2.8 %
Otros padecimientos	19.3 %

Fuente: Elaboración propia con información del EDUS.

A nivel nacional, este tipo de enfermedades también integran las principales causas de defunción, de acuerdo con las estadísticas de egresos hospitalarios, en donde para el año 2017, se obtuvo que las enfermedades del corazón y las asociadas al sistema circulatorio, representaron un 23.6 % de las muertes, seguido de las enfermedades respiratorias (19.9 %), cáncer y tumores (12.8 %) y diabetes mellitus (3.14 %).

Esta situación se traduce en un incremento sustancial en los gastos de salud, puesto que las enfermedades no transmisibles (crónico-degenerativas) representan una demanda importante de consultas médicas, ya que son más duraderas, y además, implican una atención médica especializada basada en tecnologías y medicamentos más costosos que se asocian a períodos de hospitalización más prolongados.

Por otro lado, en cuanto a la hospitalización se tiene que las enfermedades que requieren una mayor cantidad de internamientos son las relacionadas con el sistema digestivo, seguidas por los traumatismos y las enfermedades genitourinarias, que representan para el año 2016 el 10.7 %, 7.1 %, y 7.1 %, respectivamente, según las causas de egresos hospitalarios del 2016 (Cuadro 42).

Cuadro 42: Distribución de los egresos hospitalarios, Seguro de Salud, 1997-2016.

Causa de egreso hospitalario	1997	2000	2005	2010	2016
Ciertas enfermedades infecc. y parasitarias	3.3 %	2.9 %	4.0 %	2.6 %	1.5 %
Tumores	5.0 %	4.8 %	5.1 %	5.5 %	6.6 %
Enf. del ojo y sus anexos	2.1 %	2.7 %	4.1 %	4.7 %	6.5 %
Enf. del sistema circulatorio	5.4 %	5.5 %	5.6 %	6.0 %	6.5 %
Enf. del sistema respiratorio	6.9 %	7.1 %	6.5 %	6.5 %	6.7 %
Enf. del sistema digestivo	9.0 %	9.5 %	10.4 %	10.3 %	10.7 %
Enf. del sistema osteomuscular y del tejido conj.	2.8 %	2.8 %	3.3 %	2.9 %	3.1 %
Enf. del sistema genitourinario	6.9 %	6.8 %	7.1 %	7.3 %	7.1 %
Ciertas afecciones en el período perinatal	3.6 %	3.6 %	3.3 %	3.5 %	3.6 %
Traumatismos, envenenamientos y consec. causas ext.	6.6 %	6.6 %	6.6 %	6.9 %	7.1 %
Otros	48.4 %	47.7 %	43.9 %	43.7 %	40.5 %

Fuente: Elaboración propia con información del EDUS.

7.4. Carga de la enfermedad.

Para el año 2017 se estimó que la población que habita en Costa Rica perdió un total de 997.373 años de vida saludables, por enfermedades transmisibles, lesiones, o por enfermedades no transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales. La esperanza de años de vida saludable (EVISA) para el año 2017 se estimó en 69.83, alrededor de 10 años menos que la esperanza de vida.

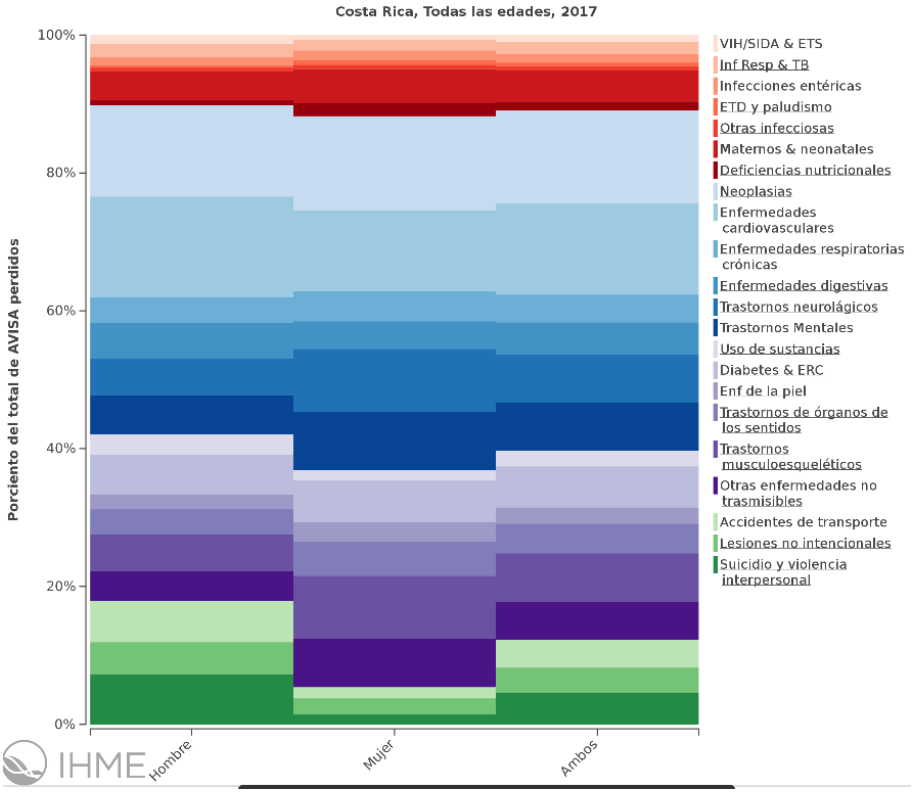
Las enfermedades no transmisibles representan un 77 % de la carga de enfermedad; entre éstas destacan: las enfermedades cardiovasculares, endocrinas, metabólicas y nutricionales, trastornos mentales y del comportamiento, neoplasias, enfermedades musculoesqueléticas, respiratorias, digestivas, neurológicas, entre otras.

Por su parte, el segundo grupo de causas de la carga de enfermedad lo constituye las lesiones, que constituyen un 12 %, mientras que el grupo de las enfermedades transmisibles,

maternas, neonatales y nutricionales representó el restante 11 %.

En la Figura 34, se puede observar el peso relativo de los padecimientos, como causas de años de vida saludable (AVISA) perdidos. La mayor carga de enfermedad se da a expensas de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) que representan un 54 % frente al 46 % de años de vida vividos con discapacidad (AVD); esto coincide con el incremento de AVP por lesiones observadas en los últimos años.

Figura 34: Porcentaje de AVISA perdidos por causa, 2017.



8. Metodología e hipótesis.

En el presente apartado se describe brevemente la metodología empleada para la elaboración de la valuación actuarial del Seguro de Salud, así como las principales hipótesis utilizadas para las respectivas proyecciones.

8.1. Metodología.

La metodología empleada en la presente valuación actuarial, es la que se encuentra definida en el documento denominado "Metodología Valuación Actuarial del Seguro de Salud", elaborado en esta Dirección y actualizado en marzo del 2016 de conformidad con el informe DFOE-SOC-IF-2015.

Los cálculos elaborados en el presente estudio se fundamentan en una metodología basada en proyecciones, considerando un sistema de financiamiento de reparto que es el que corresponde al Seguro de Salud.

La naturaleza de los servicios que brinda el Seguro de Salud se considera de corto plazo, toda vez que pueden ser disfrutados de manera casi inmediata una vez que la persona ingresa al sistema. Por esta razón y debido a la incertidumbre de las proyecciones en los gastos asociados con salud, las proyecciones no son realizadas a plazos tan largos. De esta forma, se considera un período de proyección de quince años, es decir, las proyecciones se realizan para el período comprendido entre los años 2018 al 2032, considerando información con corte al cierre del año 2017.

En relación con la metodología de las proyecciones para el período señalado anteriormente, por un lado se proyectan los ingresos del Seguro de Salud, así como los gastos, con el fin de obtener el balance.

Con respecto a los ingresos, para cada año se realizan proyecciones de población por edad simple y sexo, considerando los respectivos decrementos y bases biométricas, la masa cotizante de la población afiliada, la tasa de contribución reglamentaria para cada modalidad de aseguramiento y los otros ingresos del Seguro de Salud, como lo son principalmente los ingresos corrientes (las contribuciones, ingresos no tributarios y transferencias corrientes) y los ingresos de capital, el financiamiento no se incorporó porque es una variable que se adecúa a las necesidades del momento.

Las proyecciones de la población asegurada directa, se realizan según su modalidad de aseguramiento: asalariados del sector público, asalariados del sector privado, servicio doméstico, pensionados, trabajadores independientes, asegurados voluntarios y asegurados por el Estado (incluyen internos en centros penales y leyes especiales). Para ello se contó con bases de datos, facilitadas por SICERE, La Junta de Pensiones del Magisterio Nacional, el Fondo de Jubilaciones del Poder Judicial y la Dirección Nacional de Pensiones, con la información de los asegurados del Seguro de Salud, de las cuales se extrajo una distribución de las poblaciones por edad y sexo.

Dichas distribuciones se obtuvieron al depurar las bases mensuales históricas suministradas por el SICERE para las modalidades de asalariados, trabajadores independientes, asegurados voluntarios y convenios, se separaron los asalariados en sector privado, sector

público y servicio doméstico para proyectar cada población por separado, y en el caso de los convenios se unieron a los trabajadores independientes y asegurados voluntarios según correspondía, ya que los convenios es sólo una forma de aseguramiento individual o colectiva pero no difiere en hipótesis a las poblaciones de cuenta propia.

Los históricos de las distribuciones de cada modalidad se obtuvieron de manera anualizada, es decir se incorporaron todas las personas que al menos hayan aportado una cotización en el año.

La población de pensionados también se proyectó de forma anualizada, pero la fuente de la información fue cada una de las instituciones que aportaron información.

Los egresos se proyectan considerando también para cada año, el gasto asociado con la atención de la salud (cantidad de estancias, hospitalizaciones, consultas, entre otros), considerando la tasa de utilización de los servicios, población cubierta, estancia promedio y costo del servicio. Además, se considera también el gasto por los subsidios correspondientes a incapacidades y licencias, otras prestaciones (gastos funerarios, prótesis y accesorios médicos), así como los gastos asociados con los servicios administrativos, gastos de infraestructura y mantenimiento y otros de dicho Seguro.

Posteriormente, para cada año del período de proyección, se obtiene un balance entre los ingresos y los gastos, así como una prima global, la cual es obtenida de la siguiente forma:

$$\pi = (GT - OI)/MC$$

donde:

- GT: Gastos totales
- OI: Otros ingresos
- MC: Masa cotizante total

Adicionalmente, para cada modalidad de aseguramiento se puede obtener una prima de reparto, realizando el cociente entre gastos y masa cotizante de cada modalidad.

Además, se cuenta con una reserva de contingencias cuyo objetivo es amortiguar el gasto que potencialmente se podría ocasionar producto de alguna contingencia o evento de difícil o imposible previsión, tal como los desastres naturales, emergencias epidemiológicas, entre otros. Es importante destacar que no está previsto que dicha reserva sirva para financiar prestaciones corrientes, toda vez que en un sistema de reparto –cuyo objetivo no es la acumulación de capital–, la presencia de una reserva se limita a atender posibles contingencias.

La determinación del nivel de la reserva de contingencias usualmente es fijada como una proporción de los gastos anuales en que incurre el seguro, generalmente es menor o igual a uno, sin embargo, también debe establecerse un tope para dicho monto.

De la misma manera, existen provisiones para costear la ejecución de proyectos de inversión, programas y compras de equipos, las cuales se financian con los excedentes de periodos anteriores, en el balance de ingresos y gastos. También se forman provisiones de corto plazo de índole salarial.

8.2. Bases demográficas.

8.2.1. Tasa de ingreso de nuevos afiliados.

Para el ingreso de nuevos afiliados directos activos, se utiliza la tasa de ingreso observada de los nuevos cotizantes del Seguro de Salud a la Población Económicamente Activa ocupada; para cada modalidad de aseguramiento. Para los asalariados se utiliza: un 2.38 % para el Sector Privado, 0.67 % Sector Público y 0.08 % para el Servicio Doméstico. Para Trabajador Independiente un 1 % y Asegurado Voluntario un 0,.4 %. Dichas tasas se aplican a la distribución del histórico de nuevos cotizantes por edad, sexo y modalidad de aseguramiento.

Las distribuciones de nuevos cotizantes se obtienen en el caso de sector público, sector privado, servicio doméstico, trabajadores independientes y asegurados voluntarios, al tomar las bases mensuales desde el año 2009 al 2017 aportadas por el SICERE, depurarlas, anualizarlas, y compararlas año a año (un año con el siguiente) para determinar el crecimiento por edad y por sexo, aplicando las bases biométricas y promediando dicho crecimiento en el período considerado.

En el caso de la población de pensionados, los nuevos ingresos se generan con base en tasas de nuevos jubilados, nuevos inválidos y nuevos pensionados por los riesgos asociados con muerte (orfandad y viudez).

Para los asegurados por el Estado, internos en centros penales y leyes especiales, se aplica una tasa de incremento promedio por mes; la cual se construyó con un histórico de 7 años.

8.2.2. Población Económicamente Activa Ocupada.

Para el caso de asalariados y cuenta propia, se realiza una proyección de la Población Económicamente Activa Ocupada, con base en los datos históricos de la Población Nacional Total y la Fuerza de Trabajo del INEC, obteniéndose una tasa bruta de participación y una tasa promedio de desempleo abierto, que permite estimar la PEA Ocupada para

los años de proyección.

8.2.3. Tasas de utilización de los servicios de salud.

Las tasas de utilización de los servicios, se calculan mediante el cociente entre las producciones y la población expuesta, según edad y sexo. Se supone que estas tasas tendrán un comportamiento de acuerdo a lo observado históricamente, es decir, las tasas evolucionan conforme al cambio promedio por edad y sexo.

Para lo anterior se utilizan las bases de hospitalización y para las consultas en áreas de salud, odontología y consulta externa, se utilizan los datos generados por el EDUS. El detalle de estas hipótesis se puede observar en la sección de anexos.

8.2.4. Estancias hospitalarias.

Utilizando las bases de hospitalización, se calcula la estancia promedio por edad y sexo observadas. Se separaron las estancias del servicio de siquiatría, que tiene un comportamiento atípico al resto, por la naturaleza de esta especialidad médica. Se supone que las estancias tendrán un comportamiento de acuerdo a lo observado históricamente, es decir, las tasas evolucionan conforme al cambio promedio por edad y sexo. El detalle de estas hipótesis se puede observar en la sección de anexos.

8.3. Bases biométricas.

8.3.1. Tasas de decrementos.

En relación con los decrementos o bases biométricas, son utilizadas para realizar las proyecciones de población, representando los niveles de las posibles entradas y salidas de población a las diferentes modalidades de aseguramiento.

De esta forma, para el caso de las salidas, por un lado se consideran las tasas de mortalidad, las cuales representan las probabilidades de muerte de la población que se analiza por edad y sexo. Para esto se utiliza la Tabla de Mortalidad Completa 2012 – 2014, elaborada en la Subárea de Demografía de esta Dirección.

Adicionalmente se consideran decrementos asociados con los riesgos de jubilación e invalidez, con base en las tasas utilizadas para la Valuación Actuarial del IVM. Estos decrementos corresponden a las probabilidades de que un asegurados directo activo, salga de esta población y pase a formar parte de la población de pensionados, ya sea por el riesgo de jubilación o de invalidez. Además, se considera también como tasas de salida de pensionados, las probabilidades de abandono de estudios.

8.4. Bases económicas.

8.4.1. Inflación.

De acuerdo con lo señalado en el Cuadro 28, para el período comprendido entre los años 2006 al 2017, la inflación interanual al cierre de cada año ha presentado una tendencia decreciente, manteniendo un promedio aproximado de 3.46 % para los últimos cinco años. Además, de conformidad con lo señalado en el "Programa Macroeconómico 2016-2017" del Banco Central de Costa Rica, se establece para el período 2016-2017, una meta de inflación de 3 %, con un rango de tolerancia de un punto porcentual.

En correspondencia con lo anterior, se considera para efectos de las proyecciones de ingresos y gastos, una hipótesis de inflación equivalente al 3.5 % para el período de proyección.

8.4.2. Tasa de crecimiento de los salarios o ingresos de referencia.

La tasa de crecimiento de los salarios o ingresos de referencia sobre los cuales se cotiza, constituye una de las variables fundamentales para realizar las proyecciones de la masa cotizante y por tanto, de los ingresos por concepto de contribuciones. De esta forma, de conformidad con lo señalado en el Cuadro N 35 y Cuadro N39, se tiene que la tasa de crecimiento real de los salarios promedio de los afiliados, así como de los salarios mínimos, ha superado el 2 % real para el período comprendido entre el año 2010 al 2017.

En concordancia con lo señalado anteriormente, se establece como hipótesis de la tasa de crecimiento de los salarios e ingresos de referencia, un 2 % real por año. Para el caso de los pensionados, se considera que los montos de pensión crecen al ritmo de la inflación, es decir, a un 3.5 % en términos nominales.

Asimismo para el caso de la proyección de la Base Mínima Contributiva, dado que a partir de octubre del 2019 la misma representa el 100 % de salario mínimo de un trabajador no calificado, debe crecer con base en el el aumento de salarios del sector privado, el cual en los últimos años ha sido muy cercano a la inflación por lo que se considera que la tasa real corresponderá al 3.5 % para cada año de proyección.

8.4.3. Tasa de morosidad por contribuciones.

En relación con la hipótesis de morosidad por concepto de contribuciones, definida esta como los montos dejados de percibir producto del pago de las contribuciones al Seguro de Salud, por parte de las poblaciones que ya se encuentran afiliadas a dicho seguro.

En correspondencia con lo anterior, se identifican los distintos comportamientos que presenta la morosidad, para cada población afiliada al Seguro de Salud (asalariados del sector

público y privado, servicio doméstico, TI, AV, pensionados y poblaciones a cargo del Estado –asegurados directos del Estado, leyes especiales y pensionados del RNC), así como el origen de las contribuciones, del trabajador o asegurado, del patrono y las contribuciones a cargo del Estado. En los últimos 5 años, se ha registrado una tasa de morosidad promedio de 2.25 % para el sector privado, para poblaciones de cuenta propia un 21.44 %, para la cuota complementaria del Estado para los cuenta propia un 2.89 %, para el sector público y centros penales un 0.10 % y para las poblaciones a cargo del Estado un 48.83 %, las cuales constituyen las principales hipótesis de morosidad que se utilizan en la presente valuación, con el objetivo de obtener los ingresos efectivos que estaría percibiendo el Seguro de Salud por concepto de contribuciones.

8.4.4. Proyección de los costos de los servicios de salud.

Los costos de cada uno de los servicios de la atención de la salud, se proyectan a partir de los costos unitarios observados, incrementándose a través del tiempo de acuerdo al supuesto de inflación, al incremento real observado para la parte del costo asociado a gastos no personales, según cada tipo de servicio y a un incremento salarial real, para la parte de gastos personales del costo unitario del servicio. Este incremento considera el aumento salarial por anualidades.

9. Resultados del escenario base.

En el presente apartado se muestran los resultado obtenidos en relación con la proyección de los ingresos y egresos del Seguro de Salud, para el período comprendido entre el año 2018 y 2032, ambos inclusive, así como el respectivo balance entre estos dos rubros, para cada año.

En el escenario base se plantean los resultados, de acuerdo con las hipótesis que se espera sean las más probables.

9.1. Ingresos.

La proyección de los montos correspondientes a los ingresos se pueden apreciar en el Cuadro 43, separados en ingresos por contribuciones, ingresos no tributarios, transferencias corrientes e Ingresos de capital, cabe señalar que las transferencias corrientes no incluyen los ingresos relacionados con los aportes del Gobierno y DESAF para cubrir las necesidades de la población de asegurados por el Estado, leyes especiales y los internos en centros penales. También se debe acotar, que el Financiamiento no forma parte de las proyecciones porque el mismo está constituido por los préstamos de Organizaciones Internacionales como el BCIE y los Recursos de Vigencias Anteriores. En términos generales, los ingresos

presentan una tendencia creciente durante el período de proyección, creciendo a un ritmo de un 7 % promedio para el período de proyección.

Cuadro 43: Proyección de Ingresos del Seguro de Salud, en millones de colones, 2018 – 2032.

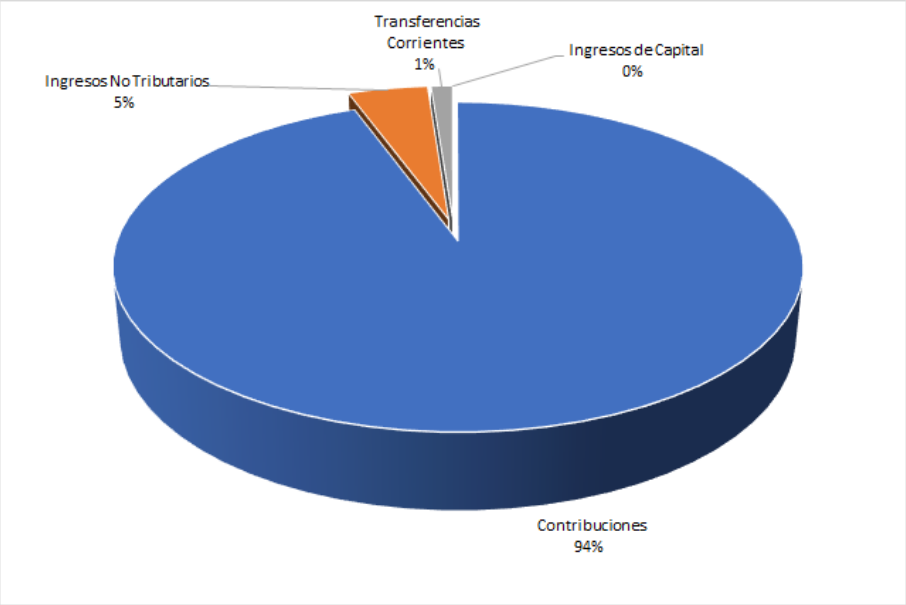
Año	**Ingresos corrientes**			**Ingresos**	**Total**
	Contribuciones	Ingresos No Tributarios	Transferencias Corrientes	**de Capital**	
2018	2 279 887	132 049	31 620	829	**2 444 385**
2019	2 493 302	142 597	35 028	844	**2 671 771**
2020	2 717 462	153 145	38 437	859	**2 909 903**
2021	2 940 303	163 693	41 846	875	**3 146 717**
2022	3 178 057	174 241	45 255	891	**3 398 443**
2023	3 431 281	184 789	48 664	907	**3 665 641**
2024	3 694 775	195 337	52 072	924	**3 943 108**
2025	3 980 264	205 885	55 481	941	**4 242 571**
2026	4 283 209	216 433	58 890	958	**4 559 490**
2027	4 605 480	226 981	62 299	976	**4 895 735**
2028	4 946 468	237 528	65 708	993	**5 250 697**
2029	5 306 376	248 076	69 116	1 012	**5 624 580**
2030	5 692 184	258 624	72 525	1 030	**6 024 364**
2031	6 098 901	269 172	75 934	1 049	**6 445 056**
2032	6 532 393	279 720	79 343	1 068	**6 892 525**

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a los ingresos por contribuciones, constituyen el ingreso más importante del Seguro de Salud, representando en promedio para el período de proyección un 94.10 % según se aprecia en la Figura 35. En este rubro se incluyen los montos de contribución de las diferentes modalidades de aseguramiento –asalariados (sector público, sector privado, servicio doméstico), TI, AV, pensionados, asegurados por el Estado–, incluyendo la contribución del trabajador, patrono y Estado.

En el caso de las contribuciones del Sector Público, se considera el efecto de la Ley 9635: Fortalecimiento de las Finanzas Públicas, el cual se estima va a provocar una contracción de los ingresos provenientes de este sector de aproximadamente un 6.2 % hacia el 2032.[]

Figura 35: Distribución porcentual de los ingresos, 2018-2032.



Fuente: Elaboración propia.

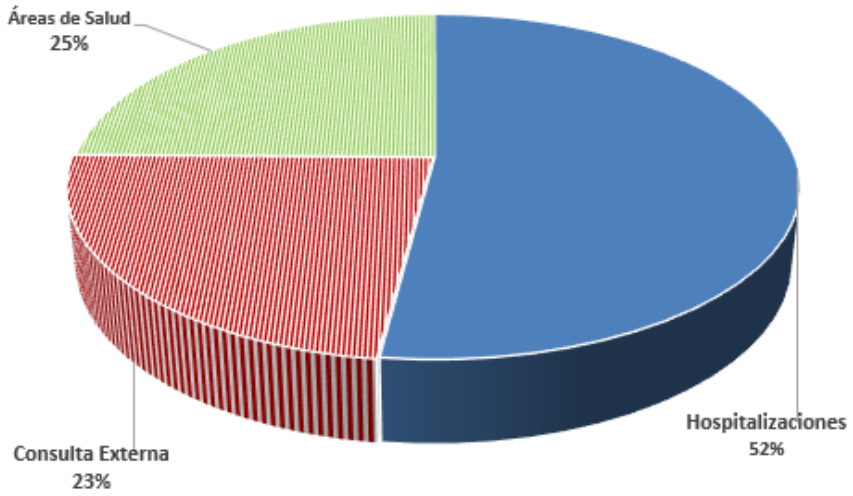
Por otro lado, se tienen los Ingresos No Tributarios con un 4.63 % de los ingresos totales, que están conformados principalmente por los ingresos por ventas de bienes y servicios y productos por intereses. Adicionalmente se tiene un 1.25 % de Transferencias Corrientes, que incluyen todas las transferencias del Gobierno Central y otras instituciones sin incluir las transferencias de las poblaciones que se encuentran a cargo del Estado (asegurados directos del Estado, leyes especiales incluyendo Código de la Niñez y la Adolescencia, así como los pensionados del RNC), debido a que éstas se incluyeron en los ingresos asociados con contribuciones y por último, un 0.02 % correspondiente a ingresos de capital que básicamente se refiere a recuperación de préstamos y colocaciones y venta de activos intangibles.

En relación con la distribución por sexo del ingreso por contribuciones, se tiene que para el período proyectado, en promedio un 62 % de este ingreso corresponde a los hombres y el restante 38 % a las mujeres.

9.2. Gastos.

En el caso de los gastos, se estima tengan un comportamiento creciente a una tasa en promedio del 9.73 %, donde propiamente la atención a la salud abarca un 77 % del gasto, que al final del año 2032 llega a representar un 80 %.

Figura 36: Distribución del gasto en la atención de la salud, 2018.



Tal como se puede apreciar en la Figura 36, el servicio que genera mayores gastos en la atención de la salud, más de un 50 %, son las hospitalizaciones, principalmente por su elevado costo, seguido de la atención en áreas de salud y consulta externa, con pesos en el gasto muy similares.

Esta distribución también permite indicar, aproximadamente, cuál es el gasto por nivel de atención, principalmente para el primer y tercer nivel, siendo consultas en áreas de salud y hospitalizaciones, respectivamente. El detalle se observa en el Cuadro 44, donde también se pueden visualizar los gastos asociados con los conceptos de medicina mixta y medicina de empresa.

Desde una perspectiva demográfica, el gasto en salud, cambia su distribución por grupos de edades, como se puede observar en la Figura 37, en donde la aceleración del gasto asociado específicamente con la población adulta mayor la convierte a partir del año 2025, en la población más costosa para el Seguro de Salud, principalmente por las tasas de utilización de los servicios de salud para esas edades y además, por el proceso de envejecimiento de la población.

Cuadro 44: Proyección del gasto en atención de la Salud, 2018-2032.
En millones de colones

Año	Hospitalización	Consulta externa	Áreas de Salud	Mixta, empresa	Total
2018	920 787	402 843	409 213	2 629	1 735 472
2019	1 016 012	442 196	446 589	2 783	1 907 579
2020	1 121 047	484 946	486 932	2 946	2 095 871
2021	1 236 820	531 558	530 644	3 119	2 302 142
2022	1 364 910	582 427	578 056	3 304	2 528 697
2023	1 506 571	637 885	629 430	3 500	2 777 386
2024	1 662 921	698 270	685 023	3 708	3 049 923
2025	1 835 652	764 292	745 437	3 930	3 349 312
2026	2 026 684	836 334	810 967	4 166	3 678 150
2027	2 238 760	914 944	882 056	4 417	4 040 177
2028	2 473 669	1 000 863	959 286	4 685	4 438 502
2029	2 734 739	1 094 808	1 043 220	4 970	4 877 737
2030	3 023 109	1 197 435	1 134 400	5 273	5 360 217
2031	3 344 405	1 309 609	1 233 496	5 596	5 893 107
2032	3 700 728	1 432 014	1 340 955	5 940	6 479 637

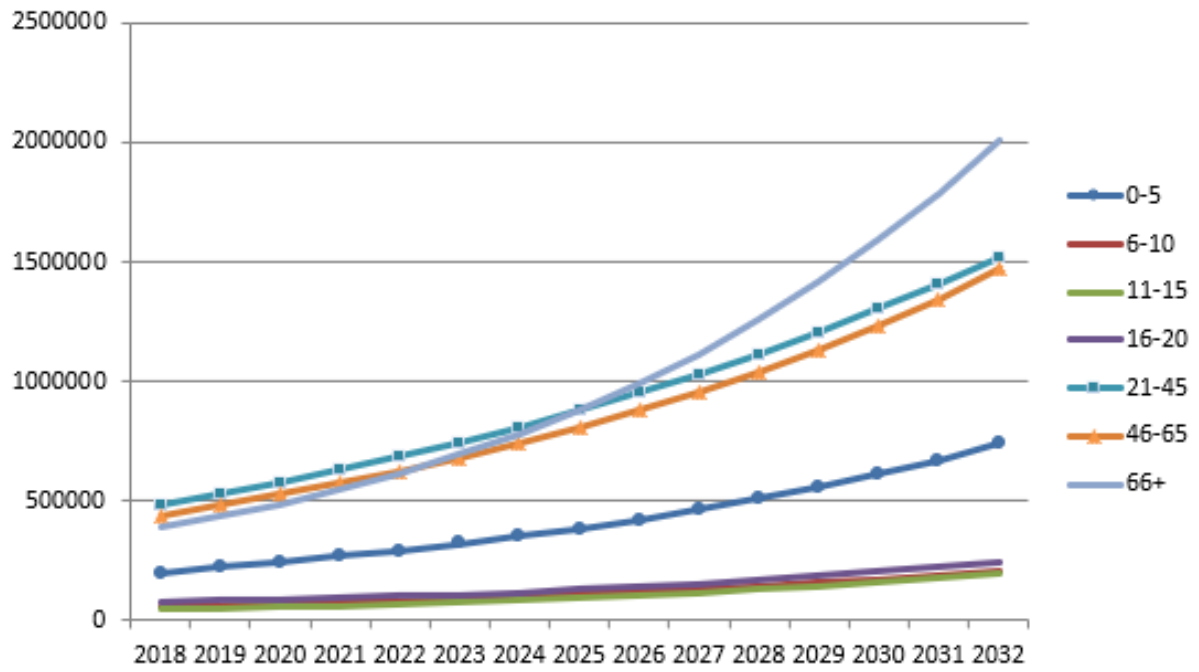
Fuente: Elaboración propia.

Al final de los 15 años del período de proyección, la población adulta mayor (mayores de 65 años) desplaza en cuanto al nivel de los gastos asociados con la atención de la salud, a las poblaciones de los otros dos grupos de edad que tienen mayor peso en dicho gasto, los cuales corresponden a las poblaciones de 21 a 45 años y de 46 a 65 años. Además, es importante señalar la desaceleración del gasto en el grupo de población de los 0 a los 5 años, en línea con la disminución en las tasas de natalidad. Este cambio en la distribución del gasto asociado con la atención de la salud según grupos de edad, es el que se aprecia en la Figura 37.

En forma adicional, es importante indicar en relación con el proceso de envejecimiento de la población, que la participación relativa de la población de adultos mayores dentro de la población total nacional, pasa de una participación de un 7.5 % en el año 2018, a casi un peso del 13 % en el año 2032, es decir, se incrementa su participación en poco más de 5 puntos porcentuales.

Para el caso de la distribución relativa del gasto asociado con la atención médica de este grupo de población, se tiene que pasa de una participación del 23 % en el año 2018, a un 32 %, para el año 2032, es decir, la distribución relativa del gasto por grupos de edad para ese grupo de población se incrementa en 9 puntos porcentuales (ver Figura 38).

Figura 37: Evolución del gasto en la atención a la Salud, por grupos de edades: 2018-2032.

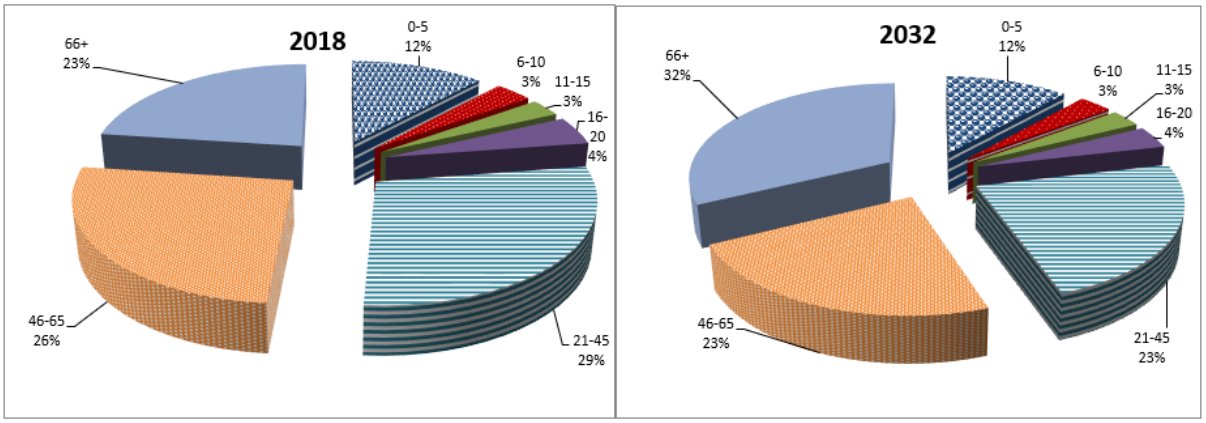


No obstante lo anterior, es preciso indicar que si bien es cierto que la población adulta mayor casi que se duplica al cabo de los 15 años de proyección, se obtiene como parte de los resultados que el gasto de la atención de la salud asociado precisamente con la población de adultos mayores, crece en forma más acelerada, toda vez que dicho gasto para esa población se incrementa aproximadamente 5 veces al cabo de los 15 años de proyección, ocasionado por el envejecimiento de la población, la frecuencia de uso de los servicios de salud, los costos de los servicios, entre otros.

Aún y cuando la población adulta mayor prácticamente se duplica en el período 2018-2032, y su gasto asociado se quintuplique, en términos de la participación relativa dentro del gasto total en atención de la salud, esa población pasa de representar el 23 % a representar el 32 %, según lo muestra la Figura 38. Cabe aclarar que el hecho de que esa participación no aumente en esa misma proporción, obedece a que no se trata de un modelo lineal, sino que responde a la dinámica misma del gasto o costo en el resto de los grupos etáreos que proyecta el modelo.

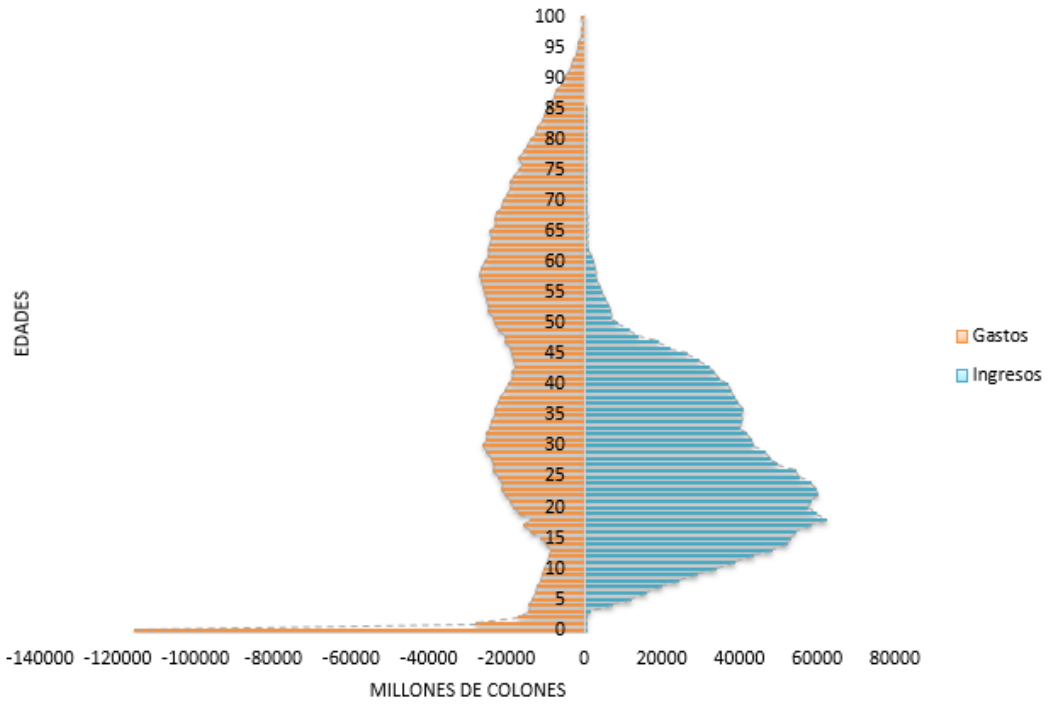
La situación descrita anteriormente se puede apreciar con más detalle en el Anexo 15.2 asociado con el análisis de la población adulta mayor.

Figura 38: Distribución del gasto en la atención a la Salud, por grupos de edades – años 2018 y 2032.



De la misma manera, se puede obtener el aporte porcentual por edades a los ingresos por contribuciones (cuotas) y al gasto (atención de la salud y subsidios), en donde se puede evidenciar la solidaridad intergeneracional del Seguro de Salud, subsidiando principalmente en las edades tempranas, toda vez que a esas edades aún no se forma parte de las poblaciones activas económicamente, tal como se ilustra en la Figura 39.

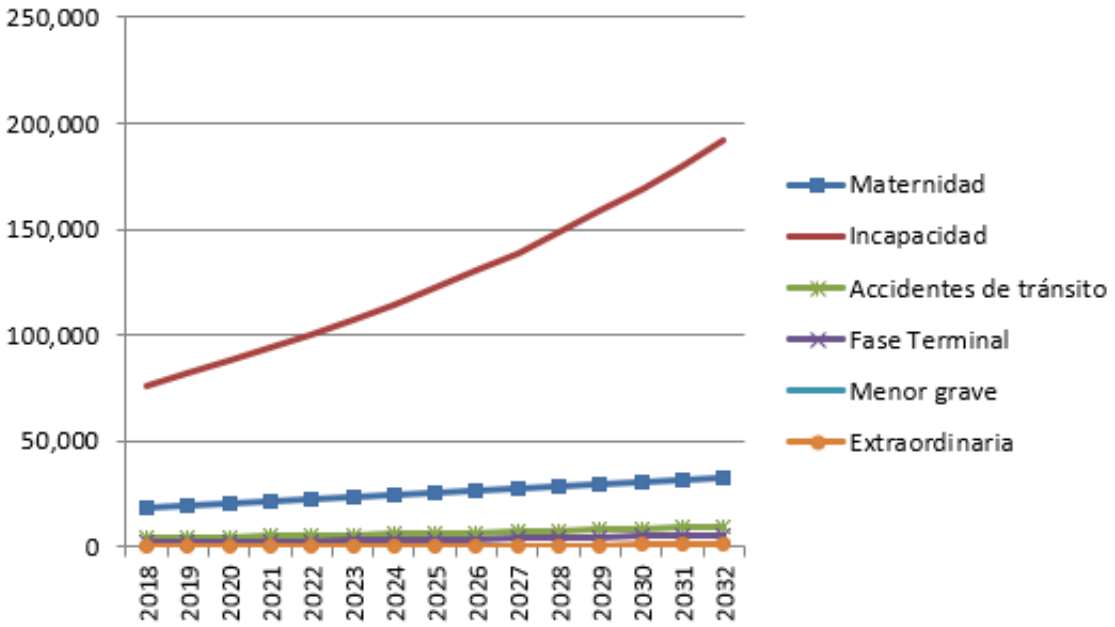
Figura 39: Distribución actual del gasto y el ingreso por edades.



Con respecto a las demás prestaciones, los subsidios representan un 5 % del gasto del Seguro de Salud; se espera que tengan un comportamiento creciente, tal y como se refleja en la Figura 40, en el cual se destaca principalmente las incapacidades por enfermedad, que corresponde al componente de mayor peso en este rubro, con un 75 %, seguido de la licencia por maternidad con un peso del 18 %, sobre los subsidios, el cual decrece a un 13.6 %, al final del periodo de proyección.

El restante 7 %, es de los subsidios de accidentes de tránsito, el cual pasa de un 4 % a un 9 % al final del periodo; seguido de los subsidios de fase terminal, menor grave y extraordinaria.

Figura 40: Evolución del gasto en subsidios, 2018 - 2032.



Como se observa en el Cuadro 45, además de la proyección del gasto en subsidios, están otras prestaciones, donde se encuentran los anteojos, las prótesis dentales, aparatos ortopédicos y gastos funerarios.

Cuadro 45: Gastos en Subsidios y Prestaciones Económicas, 2018–2032.
En millones de colones

Año	**Subsidios**	**Prestaciones**
2018	102 488	6 860
2019	110 066	7 210
2020	118 056	7 563
2021	126 494	7 919
2022	135 432	8 279
2023	144 839	8 641
2024	154 738	9 008
2025	165 189	9 379
2026	176 241	9 753
2027	188 006	10 130
2028	200 546	10 511
2029	214 002	10 896
2030	228 477	11 285
2031	243 960	11 678
2032	260 557	12 073

Fuente: Elaboración propia.

En el Cuadro 46, se pueden observar las proyecciones de los demás gastos del Seguro de Salud, en primera instancia está los gastos en mantenimiento e infraestructura, que representa un 4 % del gasto, incluye la compra de equipos de baja complejidad, mobiliarios, maquinarias, pequeñas construcciones y mejoras.

El gasto administrativo, representa también alrededor de un 4 % del gasto total, este incluye el gasto de las unidades programáticas de la Institución, que forman parte del programa institucional asociado con los gastos generales de administración, como lo son las gerencias, Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva, unidades asesoras, Direcciones regionales y sucursales. Es en este rubro donde se observa otro de los efectos de la Ley 9635, como un ahorro en el gasto administrativo, al darse los cambios en el reconocimiento de la dedicación exclusiva, anualidades y carrera profesional, se estima que esto provocaría una contracción del gasto administrativo en 4.6 % al final del año 2032.

En el rubro denominado otros gasto se contemplan los gastos en amortizaciones, intereses, comisiones, transferencias y el gasto en cesantía. De la misma manera, la cesantía es otro de los puntos a los que, en su texto se refiere la Ley 9635, al respecto en estas proyecciones se considera el ahorro en gasto por la disminución de este beneficio.

Cuadro 46: Gastos del Seguro de Salud, 2018–2032.
En millones de colones

Año	Mantenimiento e infraestructura	Administrativo	Otros gastos
2018	89 924	78 096	45 802
2019	99 353	85 841	48 867
2020	108 783	94 314	49 300
2021	118 213	103 596	54 518
2022	127 643	113 791	60 168
2023	137 072	124 982	64 443
2024	146 502	137 247	74 392
2025	155 932	150 719	79 693
2026	165 361	165 517	90 532
2027	174 791	181 808	94 570
2028	184 221	199 733	109 071
2029	193 650	219 498	132 530
2030	203 080	241 210	149 627
2031	212 510	265 190	160 621
2032	221 939	291 584	181 664

Fuente: Elaboración propia.

9.3. Inversiones.

Como se desarrolló en la sección 6.3, la Institución cuenta con un amplio portafolio de inversiones, que además del gasto que genera la realización de los proyectos, hay que considerar los gastos de operación que éstas nuevas estructuras y programas pueden generarle al Seguro de Salud, principalmente cuando la naturaleza de los proyectos requiere la contratación de recurso humano adicional.

Se analizó y formuló, el presupuesto de operación de 87 proyectos, los cuales representan el 80 % del valor del portafolio de proyectos y que por sus particularidades le representan un gasto operativo adicional.

Se proyectan los costos en servicios personales, servicios no personales, materiales y suministros, maquinaria y equipos, mantenimiento, según corresponda a cada proyecto. Además se toman en cuenta aspectos como año de inicio de operación del proyecto, condiciones de equipamiento, ficha técnica del proyecto, metros cuadrados, estudios de necesidad de recurso humano, requerimientos de cómputo, comunicación, seguridad y limpieza, aumentos salariales, pluses salariales, personal sustituto, entre otros. Como base de estas estimaciones se consideran los proyectos en operación reciente y que están en periodo de

seguimiento por parte de la Dirección de Presupuesto.

Actualmente hay 19 proyectos que están en la etapa de ejecución o contratación, el gasto corriente que se estima van a generar estos proyectos se observa en el Cuadro 47, los proyectos son los siguientes:

- Construcción y Equipamiento Nueva Sede Hospital Monseñor Sanabria Martínez, Puntarenas.
- Construcción y Equipamiento Nueva Sede Hospital Dr. William Allen Taylor, Turrialba
- Fortalecimiento Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia II Etapa, Torre Este
- Construcción y Equipamiento Quirófanos Hospital México
- Adquisición Edificio para traslado por reforzamiento de Oficinas Centrales (mantenimiento)
- Reforzamiento Estructural y Readecuación Oficinas Centrales (mantenimiento)
- Programa Equipos de Rayos X
- Construcción y Equipamiento Servicio de Urgencias Hospital San Carlos
- Construcción y Equipamiento Unidad de Medicina Reproductiva de Alta Complejidad, Hospital de Las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva
- Ultrasonidos
- Construcción y Equipamiento Sede de Área de Salud Naranjo
- Construcción y Equipamiento Sede de Área de Salud Santa Cruz
- Construcción y Equipamiento Sede de Área de Salud Santa Bárbara
- Construcción y Equipamiento Sede de Área de Salud San Isidro de Heredia
- Programa Equipos de Rayos X Portátiles

Además de los proyectos anteriores, hay 4 proyectos que son solamente compras, es decir no se incurre en gastos de operación adicionales significativos: Tecnologías de digitalización de imágenes médicas, Programa de Equipamiento Industrial, Lámparas y Mesas Quirúrgicas y Programa de Ingeniería Ambiental.

La estimación de gastos de los proyectos en etapa de ejecución y contratación se observa en el Cuadro 47 y la estimación para el resto de los proyectos del portafolio que están en etapas anteriores se visualizan en el Cuadro 48.

Cuadro 47: Gastos de operación de los proyectos en Ejecución y Contratación, 2018–2032.
En millones de colones

Año	Gastos de operación
2 018	506
2 019	3 681
2 020	19 353
2 021	40 831
2 022	60 529
2 023	70 665
2 024	73 795
2 025	114 312
2 026	81 176
2 027	94 172
2 028	96 541
2 029	105 951
2 030	102 436
2 031	109 345
2 032	102 809

Fuente: Informe de sostenibilidad del portafolio de inversiones del Seguro de Salud

En términos de gastos de inversión, éstos 19 proyectos suman un total de 369 111 millones de colones y tienen un plazo de ejecución que va desde 2019 hasta el 2024.

Cuadro 48: Estimación de gastos de los proyectos de inversión, 2018–2032.
En millones de colones

Año	Gastos de operación
2018	0
2019	117
2020	2 772
2021	10 544
2022	62 924
2023	124 305
2024	171 717
2025	261 256
2026	313 583
2027	381 152
2028	403 758
2029	423 376
2030	442 777
2031	460 488
2032	484 462

Fuente: Informe de Sostenibilidad del portafolio de inversiones del Seguro de Salud.

9.4. Balance de ingresos y gastos.

Mediante el balance de ingresos y gastos corrientes se realiza una comparación entre ambos componentes, de forma que se pueda apreciar si el ingreso que se estaría percibiendo por parte del Seguro de Salud, es suficiente para cubrir sus gastos, durante el período proyectado.

El balance para el período comprendido entre el año 2018 y 2032, es el que se muestra en el Cuadro 49, en donde se puede apreciar que los ingresos reglamentarios, es decir sin tomar en cuenta la morosidad, superan a la totalidad de los gastos hasta el año 2029 y a partir del año 2030 se presenta un balance negativo. Al considerar la morosidad, los ingresos por contribuciones se reducen en alrededor de un 7 %, lo cual implica que para el año 2027 los ingresos efectivos dejan de ser suficientes para cubrir el gasto del Seguro.

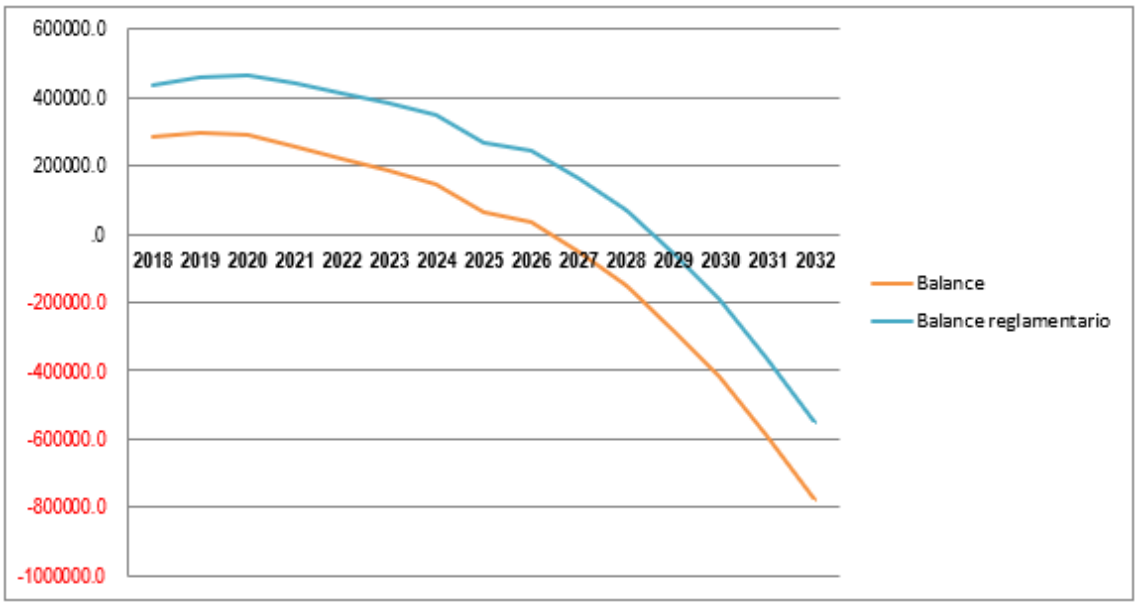
Cuadro 49: Proyección de ingresos y gastos, 2018–2032.
En millones de colones

Año	Gastos	Ingresos Reglamentarios	Balance Reglamentario	Ingresos Efectivos	Balance Efectivo
2018	2 055 797	2 489 752	433 954	2 342 663	286 866
2019	2 258 836	2 717 141	458 305	2 554 623	295 787
2020	2 488 565	2 954 443	465 878	2 777 170	288 604
2021	2 746 254	3 188 220	441 966	3 003 772	257 518
2022	3 023 748	3 436 647	412 898	3 244 922	221 173
2023	3 313 727	3 700 186	386 458	3 501 119	187 391
2024	3 625 859	3 973 400	347 541	3 773 169	147 310
2025	4 000 429	4 268 990	268 561	4 062 864	62 435
2026	4 335 950	4 582 235	246 286	4 370 370	34 421
2027	4 749 331	4 914 841	165 511	4 697 444	**-51 887**
2028	5 195 838	5 266 729	70 890	5 045 429	**-150 409**
2029	5 698 179	5 637 641	**-60 538**	5 415 879	**-282 300**
2030	6 228 563	6 035 947	**-192 616**	5 810 062	**-418 501**
2031	6 819 118	6 455 875	**-363 243**	6 229 749	**-589 368**
2032	7 457 177	6 905 088	**-552 089**	6 678 011	**-779 166**

Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente en la Figura 41 se muestra el balance de la diferencia entre los ingresos y los gastos, en donde se puede apreciar la diferencia que provoca en el balance el efecto de la morosidad, y como en ambos casos se mantiene decreciendo durante todo el periodo.

Figura 41: Balances de ingreso - gasto, 2018-2032



Con respecto al tema particular de los proyectos de inversión, es es también importante abordar el tema de las provisiones que financian el costo de inversión.

Cuadro 50: Provisiones para Inversión del Seguro de Salud, 2018–2032.
En millones de colones

Año	Provisión	Ingresos (excedentes)	Gastos de Inversión
2018	248 305		
2019	276 413	97 893	69 785
2020	221 101	94 302	149 615
2021	238 693	78 759	61 167
2022	292 735	60 587	6 545
2023	331 799	43 696	4 631

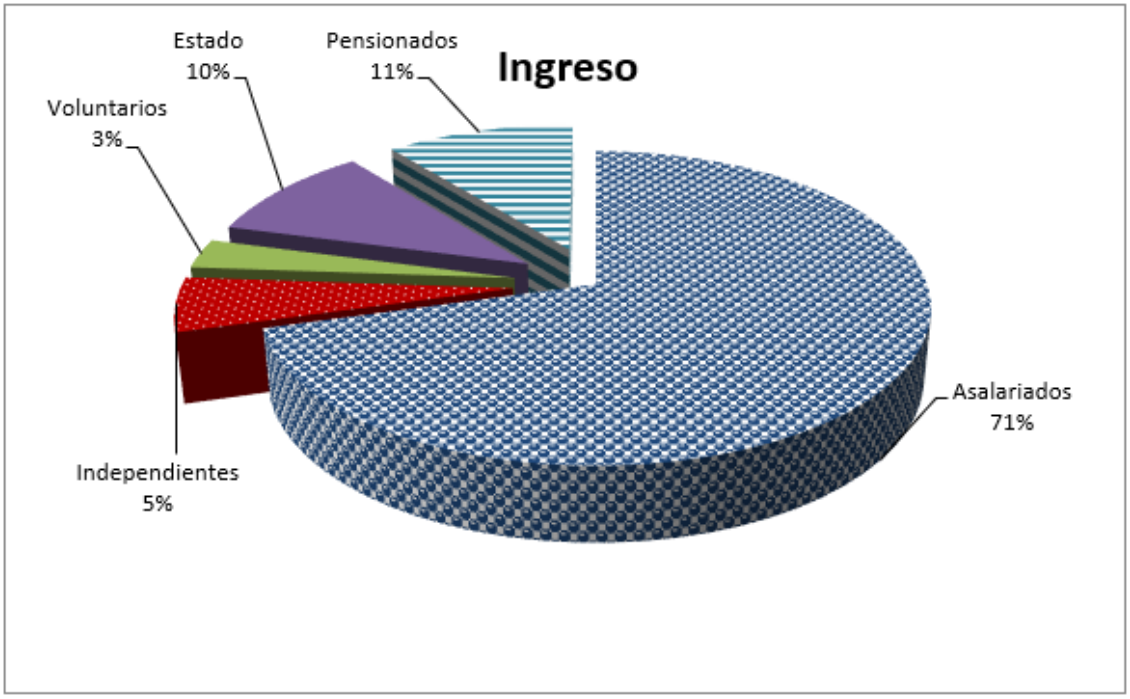
En el cuadro 50 se muestra como punto de partida la cuantía de la provisión a octubre del 2018, estas provisiones se financian con alrededor del 50 % de los excedentes de años anteriores, tomando en cuenta que se aprovisionan alrededor de 100 000 millones de colones, en salarios y otros. Además, se considera los gastos de inversión de los proyectos, para obtener un balance de la provisión al final del año 2023, año en el que se estima que los proyectos en etapa ejecución y contratación, ya va a estar operando. Por lo que se puede concluir que la provisión actual más los ingresos esperados a esta, son suficientes para financiar los costos de inversión de los proyectos en etapas de contratación y ejecución.

9.5. Balance por modalidad de aseguramiento.

Esta sección pretende mostrar los resultados de la estimación de gastos e ingresos, según modalidad de aseguramiento. Es importante recalcar que en el caso de los ingresos que son directamente atribuibles a cada modalidad, es decir los ingresos por contribuciones, éstos se calculan en base a los registros del SICERE y del Área de Coberturas Especiales, que permite realizar una identificación bastante precisa de los ingresos provenientes de cada modalidad.

En la Figura 42 se puede observar la distribución de los ingresos por contribuciones por modalidad de aseguramiento, donde la mayoría, un 71 % provienen de los asalariados, un 11 % de los pensionados, un 10 % de contribuciones del Estado y 5 % y 3 % de los trabajadores independientes y los asegurados voluntarios, respectivamente.

Figura 42: Distribución del Ingreso por Contribuciones, por modalidad de aseguramiento.

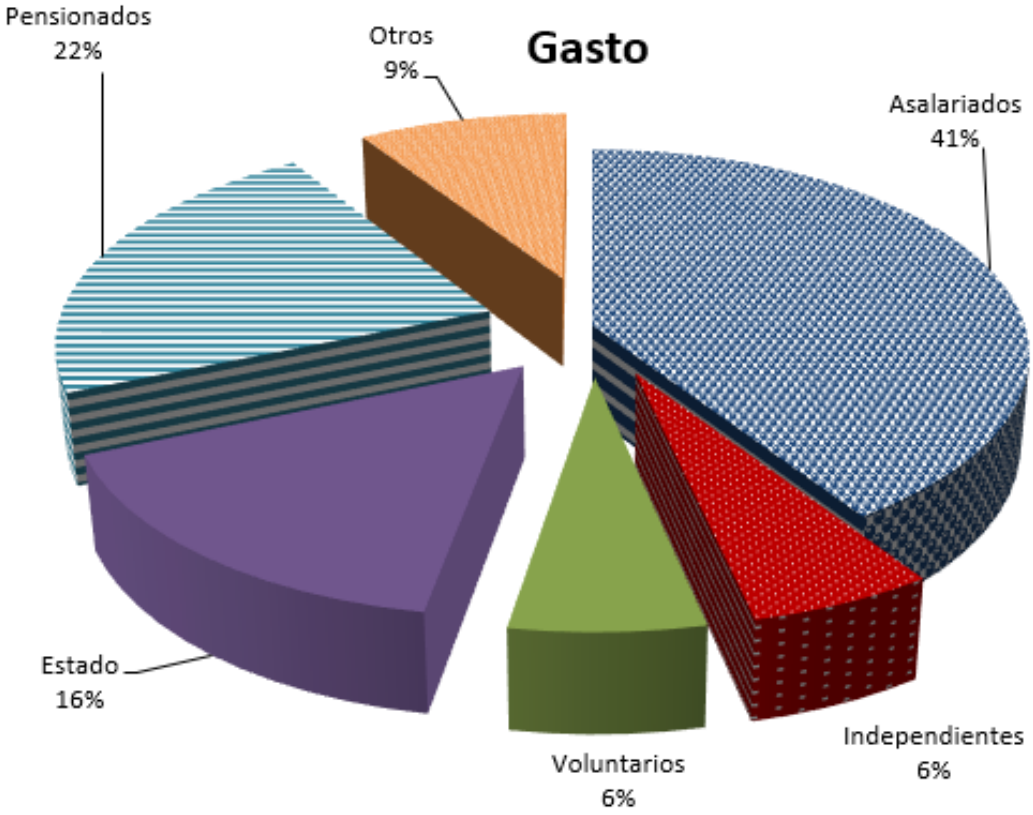


En el caso de los gastos, no ocurre lo mismo, pues no existe un registro del costo que generó cada atención médica, por lo que se utiliza un costo promedio de atención. En esta oportunidad se contó con la información que genera el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), el cual permite identificar la cantidad de atenciones que se brindaron, según la condición de aseguramiento de cada usuario, esto ha permitido contar con una mejor aproximación de los gastos directamente atribuibles a cada modalidad de aseguramiento, sin embargo la limitación en los costos, sigue siendo un inconveniente para lograr estima-

ciones más certeras.

En la Figura 43 se visualiza la composición del gasto, según la condición de aseguramiento, la cual incluye los asegurados directos y sus beneficiarios, como es de esperar la porción más grande es de la modalidad de asalariados, con un 41 %, seguido de la población de pensionados con un 22 % , en tercer lugar están las poblaciones a cargo del Estado, las cuales incluye asegurados por el Estado, Leyes Especiales y centros penales. En la clasificación de "otros", se incluyen los no asegurados y desconocidos, que representa un 9 % del gasto, por último están los trabajadores independientes y asegurados voluntarios, con un 6 % cada uno.

Figura 43: Distribución del Gasto en atención de la salud y subsidios, por condición de aseguramiento.



Con la estimación de gastos y masas cotizantes, directamente atribuibles a cada modalidad, se puede calcular una prima de referencia del costo que representa cada una de éstas poblaciones. Los resultados de estas primas para el año 2018, se puede observar en el Cuadro 51.

Cuadro 51: Prima de reparto, por modalidad de aseguramiento.

Modalidad	Prima reparto
Asalariados	7.11 %
Independientes	10.62 %
Voluntarios	20.37 %
Estado	18.98 %
Pensionados	23.80 %

Fuente: Elaboración propia.

Según lo indicado en la sección 5.3, donde se visualizan las primas reglamentarias correspondientes a cada modalidad, las modalidades de asegurados voluntarios, del Estado y los pensionados tienen una prima superior, es decir, los ingresos correspondientes a estas modalidades no son suficientes para cubrir los gastos. En el caso de los pensionados, es un efecto esperado de un uso más intensivo de los servicios médicos propios de las características de esta población y de la reducción de sus ingresos, respecto a su anterior condición de activos.

10. Identificación de riesgos.

El Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social tiene un gran nivel de complejidad, por lo que está expuesto a una múltiple cantidad de riesgos de distinta naturaleza. Este apartado pretende recopilar algunos de los riesgos a los cuales se expone este Seguro y que podrían afectar su sostenibilidad financiera - actuarial, muchos de los cuales se han expuesto a lo largo del presente estudio.

1. **Riesgos Financieros:** Este tipo de riesgos se pueden presentar por posibles insuficiencias de recursos ante diferentes situaciones que puede enfrentar el seguro, como por ejemplo, medicamentos de altos costo, adquisición de nuevas tecnologías, ampliación o construcción de nuevas obras de infraestructura, entre otros. Estos conceptos ya han sido explicados en apartados anteriores del presente informe.

2. **Riesgos Económicos:** El comportamiento de la economía afecta la sostenibilidad del Seguro de Salud, como lo son factores tales como la inflación que inciden tanto en los componentes del gasto como del ingreso, el comportamiento del mercado laboral que repercute en la afiliación de trabajadores y asegurados y por tanto, en el nivel de ingresos por cuotas, así como el comportamiento de los salarios.

   De la misma manera la situación fiscal del país, pone en riesgo una reducción o decrecimiento de los ingresos por concepto de las obligaciones del Estado, ya sea

mediante cuotas o vía transferencias.

3. **Riesgos Demográficos:** el principal riesgo a nivel demográfico, lo constituyen las reducciones en las tasas de mortalidad y natalidad que conducen a un aceleramiento en el envejecimiento de la población. Es decir, se cuenta más personas expuestas a mayores tasas de utilización de los servicios de salud, como es característico de las personas adultas mayores, y que implican un incremento en el gasto (ver Figura 38).

4. **Riesgos Legales:** dentro de los riesgos legales se cuenta con una serie de aspectos que pueden incidir o afectar de alguna manera la sostenibilidad del seguro, como es el caso de las sentencias judiciales y recursos de amparo que fallan en contra de la institución, es decir, judicialización de la salud, como el caso de la fertilización in vitro (FIV), medicamentos y otros procedimientos; además otros que están definidos mediante leyes u otras normativas como los riesgos excluidos del Seguro de Salud (SOA y Riesgos de Trabajo), aseguramiento de funcionarios del cuerpo diplomático en el extranjero mediante la póliza INS-Medical, entre otros.

   La judicialización de la salud en la Institución es un problema que se ha venido incrementando en los últimos años y que se identifica principalmente con el acceso a medicamentos. La mayoría de recursos de amparo interpuestos para solicitar medicamentos, es por medicamentos de alto costo. Según información de la Dirección de Farmacoepidemiología, tal y como se aprecia en la Figura 44, la cantidad de recursos de amparo por año ha mostrado una tendencia creciente y en promedio, para el período comprendido entre los años 2009 al 2017, el 60 % de dichos recursos son declarados con lugar por la Sala Constitucional.

Figura 44: Recursos de amparo para solicitar medicamentos atendidos por la Dirección de Farmacoepidemiología, 2009-2017.

Año	Número	Con lugar	Sin lugar	Porcentaje con lugar
2009	164	106	58	65%
2010	60	26	34	43%
2011	100	62	38	62%
2012	158	85	73	54%
2013	164	97	67	59%
2014	167	99	68	59%
2015	201	123	78	61%
2016	200	129	71	65%
2017	317	186	131	59%
Total	1531	913	618	60%

Fuente: Base de datos de Recursos de Amparo, Dirección de Farmacoepidemiología

Póliza INS - Medical:

El aseguramiento de los trabajadores o funcionarios públicos en el exterior, se encuentra fundamentado mediante el acuerdo firmado entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, denominado "Acuerdo de cooperación entre el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto y la Caja Costarricense de Seguro Social para la cobertura contra los riesgos de enfermedad y maternidad de los funcionarios del Servicio Exterior de la República", aprobado mediante el artículo 5 de la sesión 7561 de la Junta Directiva de la Institución, llevada a cabo el 05 de julio del año 2001.

El acuerdo establece que la Caja asumirá en forma íntegra el costo del seguro médico internacional, para lo cual, el Ministerio debe mantenerse al día en el pago a la Institución de las cuotas obrero patronales de los funcionarios beneficiarios de este seguro y por su parte el seguro médico internacional que se elija, deberá comprender todos los posibles beneficios o al menos las condiciones más parecidas de servicio que recibirían esos trabajadores, si el tratamiento médico fuera otorgado directamente por la CCSS en Costa Rica.

Para efectos del gasto en el que incurre la Caja por concepto de este Acuerdo, se establece que la CCSS contratará a la empresa aseguradora y pagará el monto de las primas correspondientes al seguro en cuestión, de conformidad con los mecanismos establecidos en la Ley de Contratación Administrativa y otras regulaciones

aplicables. Actualmente y para tales efectos, se cuenta con una póliza contratada con el Instituto Nacional de Seguros. Por otro lado, se señala que para el caso de los extremos no cubiertos por el seguro médico internacional, la Caja es la que debe cubrir los gastos asumidos por el trabajador por riesgos de enfermedad y maternidad hasta por el monto máximo autorizado por la Institución, según los cálculos que para ese efecto realice la Dirección Actuarial y Económica.

Lo anterior introduce un riesgo a la sostenibilidad del Seguro de Salud, toda vez que, la naturaleza de la prima que se paga al ente asegurador como mediador, es una prima comercial, mientras que la prima que aportan los beneficiarios al Seguro Social es una prima social de reparto. La diferencia radica, en que la aseguradora debe obtener una ganancia por sus servicios, siendo que el Seguro Social no obtiene ganancias comerciales por el servicio brindado. Además, la prima comercial introduce recargos por el estado de salud (enfermedades ya adquiridas) de los asegurados en el extranjero, lo que no sucede en el Seguro de Salud, ya que los aportes de los asegurados dentro del país provienen de un porcentaje del salario, independientemente del estado de salud de los mismos. El principal riesgo consiste en que el costo de dicha póliza sea muy alto, provocando posibles afectaciones en el balance de los ingresos con respecto a los gastos de dicho convenio.

Riesgos Excluidos:

La Caja Costarricense de Seguro Social a través de sus dos seguros, cubre los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Ante esto, están los llamados riesgos excluídos: accidentes de tránsito y riesgos del trabajo que han sido administrados por un ente asegurador, actualmente el Instituto Nacional de Seguros. Sin embargo la CCSS al ser la única Institución con un sistema hospitalario y de centros de salud con cobertura a todo el país, se ha encargado de forma total o parcial de atender estos riesgos, como parte de las prestaciones sociales, en un servicio a otras instituciones en el marco de la atención integral de la salud.

En el caso del Seguro Obligatorio de Automóviles(SOA), en el artículo 71 de la Ley de tránsito, se señala la responsabilidad de la CCSS en brindar los servicios médicos, a pesar del agote de la póliza y de la condición de aseguramiento de la víctima.

Actualmente la cobertura del SOA es de 6 millones de colones, cuando el costo de las atenciones de accidentes supera esta cifra, los costos son asumidos por la Institución, por esta razón para el 2017 la Caja asumió más de 10 mil millones de colones. Otra de las razones por las cuales las atenciones por accidentes de tránsito no son canceladas, son las devoluciones de facturas por parte del INS, donde la principal razón de devolución es el no reporte de los casos al INS, por esto la Institución asumió como gasto para 2017, más de 5 mil millones de colones.

En conclusión la Caja está asumiendo los gastos por la cobertura de riesgos, de los cuales no está recibiendo una prima o contribución, lo cual se vuelve un riesgo para la sosteniblidad financiera del Seguro de Salud. Es importante la revisión de las coberturas que ofrecen las aseguradoras por estos riesgos y hacer los ajustes que correspondan, o inclusive valorar que sea la Caja la que asuma la cobertura de los riesgos de accidentes de tránsito y de riesgos del trabajo, y reciba los ingresos respectivos por estas coberturas.

Fertilización In Vitro:

La Fertilización In Vitro (FIV) se indica cuando una pareja completa el estudio exhaustivo y agota sus posibilidades de un embarazo con técnicas de baja complejidad reproductiva, sin lograr el objetivo de embarazo.

La FIV fue aprobada en Costa Rica vía judicial e implica un riesgo a la sostenibilidad del Seguro de Salud dado que requiere la capacitación y disponibilidad de profesionales especialistas en dicha técnica, además se requiere 148 insumos adicionales tales como materiales médicos-quirúrgico, reactivos de laboratorio y medicamentos, e infraestructura adecuada para el desarrollo del procedimiento respectivo (Solís M., 2017).

5. **Riesgos ambientales:** Nuestro país se encuentra ubicado en el cinturón de fuego del pacífico, lo que lo hace más propenso a la ocurrencia de desastres naturales como terremotos, inundaciones, etc. Esto representa un riesgo significativo del Seguro de Salud que podría provocar saturación en los servicios de salud. Asimismo, pueden existir riesgos antrópicos, es decir acciones del hombre que pueden repercutir en daños ambientales, por ejemplo en la contaminación del agua, que puede ocasionar una enfermedad pandémica. Estas situaciones podrían manifestarse en un incremento en los costos del seguro, ya sea debido a gastos asociados con nuevas inversiones o infraestructura, o bien, un mayor gasto por el incremento en la utilización de los servicios médicos.

6. **Riesgos en la salud:** El incremento de las enfermedades no transmisibles o crónico-degenerativas plantean un reto muy importante, pues dan cabida a un aumento de la demanda de servicios médicos especializados, y por tanto en el gasto. Por otro lado, pueden presentarse riesgos de pandemias por inmigrantes de zonas afectadas con enfermedades infecto-contagiosas.

11. Escenarios de sensibilización.

En el presente apartado pretende medir el impacto relativo en el balance ingreso-gasto, de los cambios de determinadas variables, que podrían representar un riesgo a la sostenibilidad del Seguro. Además, los escenarios tienen también la finalidad de guiar y plantear las estrategias de acción que pro de la sostenibilidad, con el fin de medir resultados de la aplicación una determinada política o medidas que contrarresten posibles resultados desfavorables.

11.1. Escenario 1: Fortalecimiento del primer nivel de atención.

Las enfermedades que causan más asistencia a los centros médicos son las enfermedades no transmisibles, que se caracterizan en su mayoría por necesitar tratamientos constantes. Esto ha provocado que las tasas de utilización de los servicios tengan un comportamiento creciente. Por lo cual, está variable está relacionada con el estilo de vida, por lo que programas de prevención y promoción de la salud, tendrían un efecto positivo en este sentido.

Este escenario propone un fortalecimiento del modelo de atención, un enfoque preventivo, mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención, lo cual se simula con incremento de las atenciones en EBAIS y áreas de salud, y una disminución en las tasas de utilización de los servicios del segundo y tercer nivel.

Actualmente, se dan poco más de 2 atenciones por habitante en el primer nivel -áreas de salud y EBAIS-, se propone que se duplique, es decir 4 atenciones por habitante en un plazo de 15 años. Esta meta se acerca un poco más al promedio de atenciones por habitante de los países miembros de la OCDE, que ronda las 6 atenciones por habitante. En el segundo y tercer nivel, se simula una disminución equivalente en un plazo de 15 años de 1,3 atenciones por habitante y 245 estancias hospitalarias por cada 1000 habitantes, respectivamente.

Así, el balance se torna positivo hasta el año 2030, como se observa en la Figura 45, y lo más destacable la distribución del gasto en Salud hacia el año 2032 cambia, correspondiendo a un modelo de atención de enfoque preventivo, como se observa en la Figura 46. El gasto en hospitalizaciones pasa de un 52 % a un 40 %, y el gasto en EBAIS y áreas de salud, aumenta de un 25 % a representar un 40 % del gasto en atención de la salud.(Ver Figura 36).

Figura 45: Escenario 1: Comparación balance del Seguro de Salud, 2018-2032.

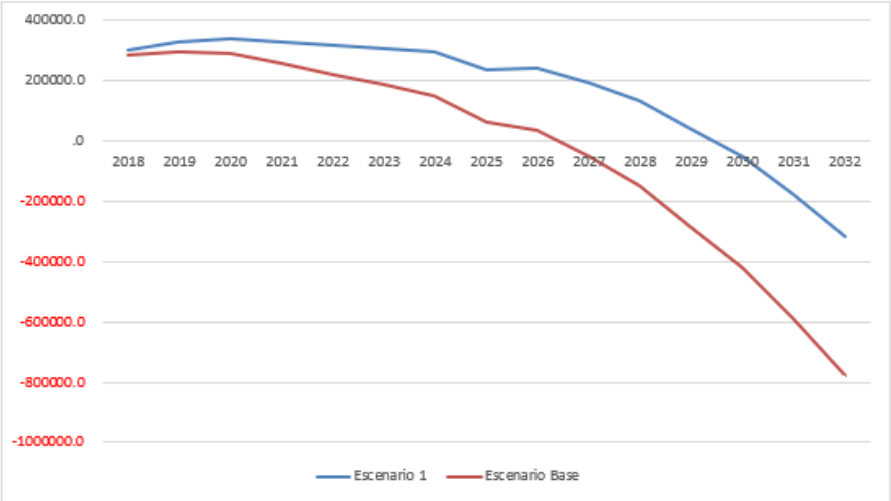
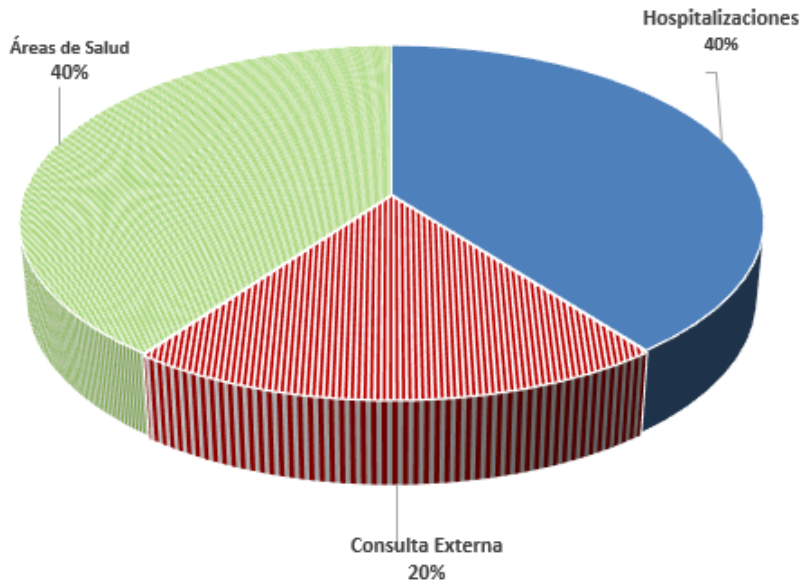


Figura 46: Distribución del gasto en atención de la salud al 2032.



11.2. Escenario 2: Mejora en la gestión hospitalaria.

Las mejoras en gestión tendrían un impacto económico positivo en toda la red de servicios, sin embargo el más significativo en el corto y mediano plazo, sería en los hospitales, por

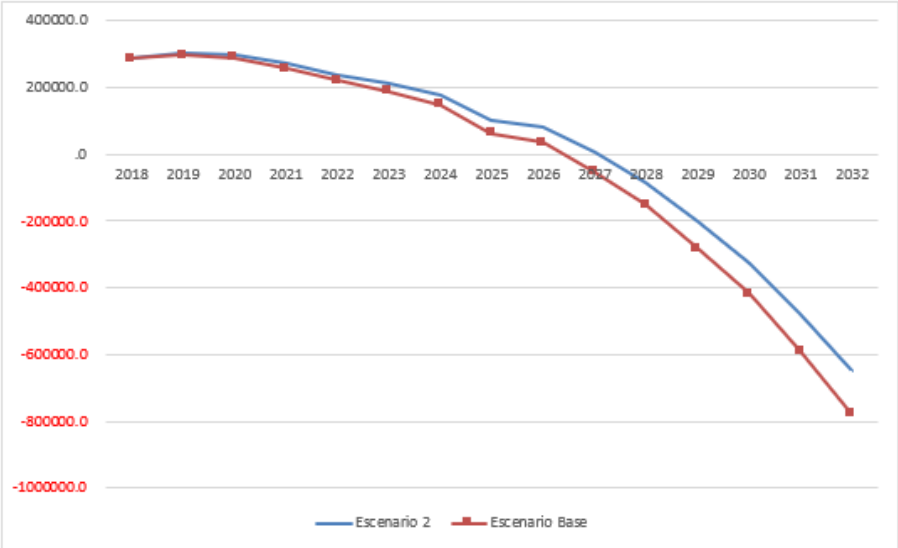
sus elevados costos, y donde uno de sus principales parámetros es la estancia hospitalaria.

Las estancias hospitalarias, dependen de parámetros muy diversos, como el motivo del ingreso, la edad del paciente, trámites administrativos, diagnósticos y el tipo de procesos médicos y quirúrgicos (gestión clínica).

Como se observa en los Cuadros 18 y 19, existe bastante diferencias en la estancia promedio por sexo, principalmente según la especialidad y particularmente en medicina y cirugía. En esta línea es importante crear protocolos de atención para los diferentes padecimientos.

En este escenario se plantea una mejora en los procesos de hospitalización, traducido en una disminución de la estancia promedio, que permitirá en el corto plazo reducir las listas de espera de procedimientos quirúrgicos y en el mediano y largo plazo, un decrecimiento de la aceleración del gasto. Se simula una reducción de un día en el promedio de estancia al final de los 15 años de proyección, es decir 4.24 días en las mujeres y 5.28 en el caso de los hombres. Es importante tomar en cuenta que el 80 % de los gastos en hospitalizaciones son gastos fijos. Así los resultados se pueden observar en la Figura 47, donde se presenta un ligero cambio en el año de insuficiencia de ingresos y en la cuantía de los balances.

Figura 47: Escenario 2: Comparación balance del Seguro de Salud, 2018-2032.



La mejora en la gestión clínica, más allá del ahorro económico, conlleva una mejor atención al paciente, la posibilidad disminuir los tiempos de espera para procedimientos en hospitales, y la posibilidad de replantearse la necesidad de ampliar la capacidad instalada hospitalaria, en efecto la disminución de la estancia hospitalaria, aumentaría la disponibilidad de camas, y por ende el índice de ocupación de camas. Se estima que la disminución de un día en la duración de la estancia, es equivalente, en términos de este indicador de

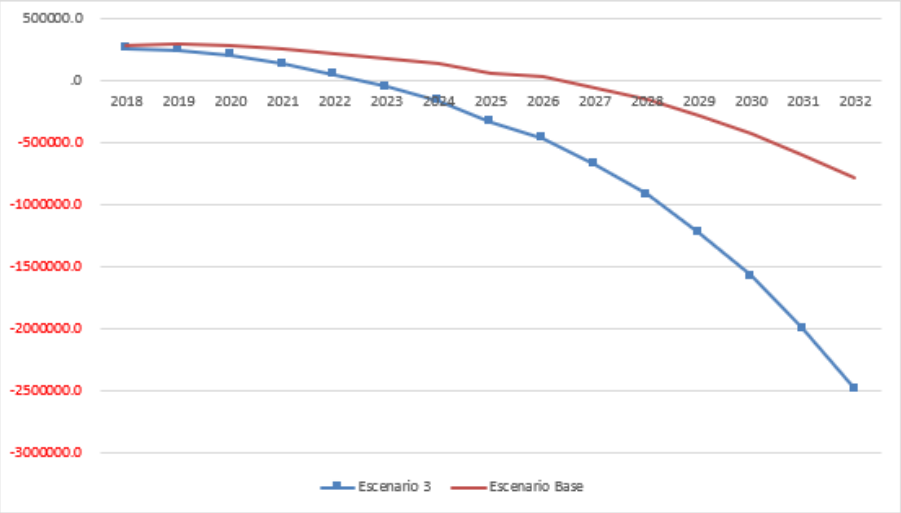
eficiencia, a contar con aproximadamente 1000 camas disponibles adicionales.

11.3. Escenario 3: Incremento del costo de las atenciones hospitalarias.

Los costos de los procedimientos médicos, se caracterizan por su gran variabilidad, pues dependen de parámetros muy dinámicos, asociados principalmente a cambios en las tecnologías utilizadas. Por lo que es importante evaluar el impacto de éstos cambios en las finanzas y la sostenibilidad del seguro.

En este escenario se plantea un aumento en los costos de las hospitalizaciones, los cuales pueden asociarse con la utilización de nuevas tecnologías más costosas o al uso intensivo de las tecnologías disponibles. El costo de la hospitalización en conceptos distintos al factor humano, en promedio ha crecido un 4.35 %, en los últimos 8 años, para este escenario se plantea un crecimiento de 11.15 %, que corresponde al máximo crecimiento observado. En la Figura 48 se observa la comparación del balance entre los ingresos y gastos para este escenario, que resulta en un balance negativo para el 2023, 4 años antes, con respecto al escenario base.

Figura 48: Escenario 3: Comparación balance del Seguro de Salud, 2018-2032.



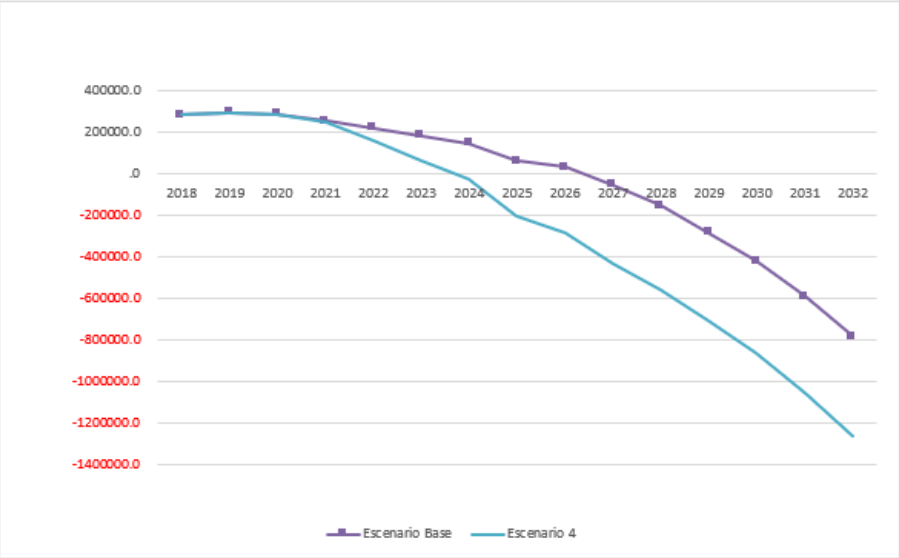
11.4. Escenario 4: Portafolio de proyectos de Inversión.

Como ya se ha mencionado en la sección 6.3, la Institución tiene una cartera de proyectos de inversión de 182 proyectos. Estos proyectos generarán gastos de operación, en el caso que se lleguen a desarrollar. Este escenario plantea que todos los proyectos incluídos en el portafolio a la fecha corte, se ejecutarán, y por tanto se incluye en las proyecciones, el gasto adicional de éstos. La estimación del gasto de los proyectos de inversión por año, se

observa en el Cuadro 48.

En términos de resultados, en la Figura 49, se puede observar como este gasto adicional se traduce en un balance negativo para el año 2024, tres años de diferencia respecto a las proyecciones base.

Figura 49: Escenario 4: Comparación balance del Seguro de Salud, 2018-2032.



Igual de importante es el costo de inversión de este grupo de proyectos, a la fecha se estima en más de 1.2 billones de colones y que hay que considerar la suficiencia de las provisiones para este fin, a la fecha de ejecución de los proyectos, las cuales se encuentran entre el 2022 y el 2027. Por lo que de la misma forma que en el escenario base, se analiza el estado de las provisiones, el cual tiene la particularidad de contener los proyectos financiados mediante fideicomiso, el cual tiene una provisión independiente al resto de proyectos.

En el cuadro 52, se observa que la provisión actual, más sus posibles incrementos por excedentes y considerando los costos de inversión de los proyectos del fideicomiso, la provisión sería suficiente, caso contrario a la provisión asociada al resto de los proyectos, donde en el cuadro 53 se observa que se presentarían dificultades para financiar estos costos a partir del 2022.

Cuadro 52: Provisiones para Inversión del Seguro de Salud - Fideicomiso, en millones de colones: Escenario 4.

Año	Provisión	Excedentes	Gastos de Inversión
2018	252 058		
2019	343 893	97 835	6 000
2020	436 809	92 916	0
2021	504 296	73 487	6 000
2022	430 197		74 099
2023	346 758		83 439
2024	282 260		64 498
2025	223 943		58 317
2026	137 953		85 990
2027	59 396		78 557

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 53: Provisiones para Inversión del Seguro de Salud, en millones de colones: Escenario 4.

Año	Provisión	Excedentes	Gastos de Inversión
2018	248 305		
2019	273 161	97 835	72 979
2020	162 714	92 916	203 363
2021	51 185	73 487	185 016
2022	-132 398		183 583

Fuente: Elaboración propia.

12. Comparación de resultados anteriores.

Realizando la comparación de las dos valuaciones actuariales anteriores con respecto a la presente valuación, en primera instancia es importante señalar la existencia de algunas diferencias metodológicas entre ellas, siendo la valuación actuarial con corte al 2013 la que presenta mayores diferencias, pues utilizaba una mayor cantidad de supuestos, distribución de consultas por modalidad de aseguramiento con base en una encuesta que se aplicaba cada cinco años y estimaciones del gasto por modalidad de aseguramiento con base en proporciones estimadas que provocaron que los resultados obtenidos se distanciaran de forma importante de los resultados reales registrados, como se puede apreciar más adelante. Para el caso de la valuación actuarial del 2017, se utiliza información generada por el EDUS, que facilita la disponibilidad de información para las estimaciones.

Por otro lado, las valuaciones de los años 2013 y 2015 consideran la información de otros ingresos y otros gastos con base en los estados financieros, mientras que la presente valuación considera dicha información con base en liquidaciones presupuestarias.

Con respecto a las hipótesis, se tiene algunas diferencias importantes en algunas de las hipótesis consideradas en los tres informes de la valuación, como es el caso de la hipótesis de inflación, el plazo de proyección y la tasa de morosidad de las contribuciones, según se muestra en el Cuadro 54.

Cuadro 54: Diferencias hipótesis de valuaciones actuariales con corte al 2013, 2015 y 2017.

Variable	**Valuación 2013**	**Valuación 2015**	**Valuación 2017**
Plazo de proyección	5	15	15
Inflación	5.00 %	3.00 %	3.50 %
Tasa de morosidad	4.98 %	6.61 %	Según sector %

Fuente: Elaboración propia, datos de valuaciones actuariales.

Cuadro 55: Ingresos y gastos de valuaciones actuariales con corte al 2013, 2015 y 2017.

Año	**Valuación 2013**	**Valuación 2015**	**Valuación 2017**
Ingresos totales			
2014	1 799 777		
2015	2 005 747		
2016	2 331 966	2 261 920	
2017	2 480 820	2 479 256	
2018	2 769 740	2 712 352	2 444 385
2019	-	2 962 728	2 673 732
Gastos totales			
2014	1 878 892		
2015	2 057 057		
2016	2 253 447	1 970 972	
2017	2 470 057	2 166 336	
2018	2 709 125	2 363 276	2 038 888
2019	-	2 582 647	2 247 854

Fuente: Elaboración propia, datos de valuaciones actuariales.

Con respecto a los principales resultados obtenidos en los tres informes, en el Cuadro 55) se muestra la comparación de los ingresos y gastos totales proyectados, en donde la

disminución observada en los resultados del 2017, obedecen a que la proyección de otros ingresos y otros gastos se realiza con base en la información de las liquidaciones presupuestarias.

Por otro lado, se realiza la comparación de los resultados obtenidos en las valuaciones anteriores (valuación con corte al 2013 y al 2015), con respecto a los resultados reales de ingresos y gastos obtenidos en los estados financieros del Seguro de Salud de dichos años (ver Cuadro 13).

Cuadro 56: Ingresos obtenidos en valuaciones anteriores con respecto a ingresos registrados en los Estados Financieros.

Año	**Valuación 2013**	**Valuación 2015**	**Estados Financieros**
2014	1 799 777		2 122 394
2015	2 005 747		2 281 928
2016	2 231 966	2 261 920	2 275 737
2017	2 480 820	2 479 256	2 506 930

Fuente: Elaboración propia, datos de valuaciones anteriores y estados financieros a diciembre de cada año.

Se puede desprender que la valuación del año 2013 tuvo una mayor desviación con respecto a los datos reales registrados en los estados financieros, tanto para el ingreso como para el gasto, siendo más significativa la diferencia en el caso del gasto. Para el primer año de proyección, año 2014, la diferencia en el ingreso fue de 15.20 %, con un promedio cercano al 6 % en las diferencias obtenidas para el período 2014-2018, mientras que por el lado del gasto, el primer año tuvo una diferencia de 7.42 % pero dicha diferencia se incrementó considerablemente hasta llegar a un 25.4 % de diferencia para el 2018, con un promedio para el período 2014-2018 de 18 %.

En el caso de la valuación del año 2015, las estimaciones realizadas para los ingresos se acercaron bastante a los datos reales registrados, pues se obtuvo un promedio de 0.98 % para el período 2016-2018, mientras que por el lado del gasto el promedio de las diferencias presentadas para dicho período fue de 7.76 %.

Tales diferencias pueden explicarse debido a que la valuación del año 2015 tuvo un cambio metodológico por medio del cual se afinaron las estimaciones tanto para los ingresos como para los gastos y en forma particular, con respecto a las diferencias tan amplias obtenidas en las estimaciones del gasto, en la valuación actuarial del año 2013 se realizaron proyecciones del gasto por modalidad de aseguramiento, para lo cual debido a la falta de información con detallada por sexo, edad y modalidad de aseguramiento, tanto de cantidad de consultas, costos, entre otros, se tuvo que recurrir al uso de muchos supuestos, estimaciones de distribuciones con base en encuestas o proporciones estimadas, situación que ocasionó que los resultados se alejaran bastante de los datos reales registrados.

13. Conclusiones.

- La sostenibilidad del Seguro de Salud depende de múltiples factores. Con fundamento en las condiciones esperadas en el mediano y largo plazo, más que un aumento del ingreso, lo que debe priorizarse, es trabajar en el aumento de la eficiencia en el uso de los recursos, en todos los niveles, pero de manera muy especial en las prestaciones que consumen mayor cantidad de recursos, como lo es el ámbito hospitalario.

- El modelo empleado en la elaboración de esta valuación actuarial, se apega plenamente a las directrices de la Asociación Internacional de Actuarios, las cuáles en lo sustantivo están contenidas en la Metodología e Instructivo para la elaboración de Valuaciones Actuariales, aprobadas por la Junta Directiva. Al respecto, considerando que el Seguro de Salud se rige por un Sistema de Financiamiento de Reparto, en la metodología se utilizan proyecciones demográficas y financieras a efecto de determinar las primas de reparto e ir observando balances anuales.

  Cabe destacar, que el horizonte de proyección considera un período de quince años, del 2018 al 2032, en concordancia con las observaciones contenidas en el informe DFOE-SOC-IF-2015, efectuado por la Contraloría General de la República.

- De conformidad con el modelo de proyección empleado, el balance de ingresos y gastos en un escenario base es positivo hasta el año 2027, reflejando –en el marco de las hipótesis utilizadas– sostenibilidad financiera para el Seguro de Salud por un período de diez años. Así mismo, al efectuar un análisis de sensibilidad, empleando diferentes escenarios, ese período de sostenibilidad se ubica entre seis y trece años, según el escenario empleado.

  Naturalmente, el entorno económico, epidemiológico, demográfico y tecnológico en que se encuentra inmerso o está expuesto el Seguro de Salud, así como por la creciente judicialización de la salud, condicionan esos resultados y por tanto deben valorarse con cierta discreción. Esto, principalmente por la volatilidad y dinamismo de las variables que determinan o caracterizan estructuralmente el gasto, además de la probabilidad de surgimiento de coyunturas específicas (pandemias, crisis económicas, etc.) que financieramente inciden en la sostenibilidad.

- El Seguro de Salud además de ser de reparto cuyas prestaciones son de corto plazo, se constituye como un seguro social, público, solidario y enmarcado en los principios de la doctrina de la seguridad social, de forma que los resultados del presente estudio deben ser analizados bajo ese contexto y tomando en consideración que los análisis

actuariales a este Seguro se deben realizar frecuentemente, con el objetivo de analizar en forma periódica su sostenibilidad financiera inmediata, dada la volatilidad y dinámica de las variables y de su naturaleza.

- El análisis efectuado revela, de manera sostenida, una mayor tasa de crecimiento en el gasto respecto al ingreso, lo que da por resultado una prima de reparto global que se va incrementando durante el período de proyección, superando en el 2032 el 15 % de contribución, bajo las condiciones del escenario base, según se aprecia en el siguiente cuadro:

Cuadro 57: Prima de Reparto Global, 2018-2032

Año	Gastos	Ingresos Efectivos	Diferencia	Masa Cotizante	Prima
2018	2.06	2.34	0.29	15.97	12.88 %
2019	2.26	2.55	0.30	17.45	12.95 %
2020	2.49	2.78	0.29	18.99	13.10 %
2021	2.75	3.00	0.26	20.52	13.38 %
2022	3.02	3.24	0.22	22.15	13.65 %
2023	3.31	3.50	0.19	23.89	13.87 %
2024	3.63	3.77	0.15	25.74	14.09 %
2025	4.00	4.06	0.06	27.72	14.43 %
2026	4.34	4.37	0.03	29.82	14.54 %
2027	4.75	4.70	-0.05	32.06	14.82 %
2028	5.20	5.05	-0.15	34.44	15.08 %
2029	5.70	5.42	-0.28	36.99	15.41 %
2030	6.23	5.81	-0.42	39.70	15.69 %
2031	6.82	6.23	-0.59	42.59	16.01 %
2032	7.46	6.68	-0.78	45.69	16.32 %

Fuente: Elaboración propia, montos en billones de colones.

Al respecto, debe tomarse en cuenta que el Seguro de Salud posee tasas de contribución diferenciadas por modalidad de aseguramiento que van desde el 12.25 % –trabajadores independientes y asegurados voluntarios– hasta el 15 % en el caso de los asalariados, dando por resultado una prima promedio de aproximadamente 14.58 %, situación que conjuntamente con aspectos de evasión, explican que el balance se vuelva negativo con una prima de reparto global, con una tendencia superior al 15 %.

- Los principales componentes que determinan o condicionan la sostenibilidad del Seguro de Salud, son por el lado del gasto, los asociados con el comportamiento de

la demanda de los servicios de salud y sus respectivos costos; mientras que desde una perspectiva de los ingresos, es el comportamiento del mercado laboral y la situación fiscal. Esta situación se evidencia en los escenarios de sensibilización planteados, según la información que se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 58: Resumen de Resultados de los Escenarios de Sensibilización.

Escenario	Hipótesis	Año de Sostenibilidad
Base	Condiciones esperadas.	2027
1	Fortalecimiento del primer nivel de atención	2030
2	Mejora en la Gestión Hospitalaria	2028
4	Incremento del costo de las hospitalizaciones	2023
5	Portafolio de proyectos de inversión	2024

- El gasto de la atención de la salud se ve afectado directamente por el envejecimiento poblacional, situación que se puede evidenciar en el incremento de un 9 % en la proporción del gasto correspondiente a la población adulta mayor al cabo de los 15 años de proyección. En esa línea, el análisis sobre carga de enfermedad se torna fundamental para evitar mayores presiones sobre el gasto, producto de ese envejecimiento, así como de patologías que requieren priorización en su atención.

- Por la naturaleza solidaria del seguro, la no elegibilidad de la cobertura en los servicios se vuelve un factor de riesgo, al haber un sector de la población que hace uso de los servicios, pero que no tienen un aseguramiento asociado a un nivel de ingresos identificado por la Institución.

14. Recomendaciones.

La insuficiencia de ingresos a partir del 2027, que se presenta en el escenario base de la valuación actuarial del Seguro de Salud, hace necesaria la adopción de medidas que permitan incidir sobre algunas de las variables endógenas que determinan la sostenibilidad financiera de este Seguro. En esa línea, las recomendaciones contenidas en este apartado, abarcan tanto el tema de los ingresos como de los gastos; teniendo claridad que la mayor tarea, o al menos, la que mayor impacto va tener sobre la sostenibilidad, se ubica por la vertiente del gasto. Esto, no en el sentido de una contracción, sino de una racionalización del gasto mediante la identificación de criterios de asignación de recursos más eficientes.

1. Solicitar a la Gerencia Financiera, que en un plazo de seis meses elabore y presente a Junta Directiva un informe respecto al avance en el diseño del sistema de costos que se está incorporando dentro del plan de innovación. Es claro que disponer de un sistema de que permita establecer los costos unitarios – no solamente costos promedios – conduce y contribuye a una más eficiente asignación de recursos y por tanto a períodos de sostenibilidad financiera más prolongados.

2. Encargar a la Gerencia Financiera, para que en los próximos seis meses elabore y presente a Junta Directiva, un informe sobre el comportamiento de la morosidad en las obligaciones del Estado con el Seguro de Salud. Esto permitirá adoptar las medidas o acciones que correspondan, y así disminuir el riesgo que representa para la liquidez del régimen la acumulación permanente de esas obligaciones.

3. En concordancia con la Política de Sostenibilidad Financiera del Seguro de Salud, se encarga a la Gerencia Financiera para que en un plazo de seis meses y en coordinación con la Dirección Actuarial y Económica, se elabore y presente a Junta Directiva un estudio que contenga opciones sobre nuevas fuentes de financiamiento.

4. Solicitar a la Gerencia Financiera, que en coordinación con la Dirección Actuarial y Económica, y en el marco de un proceso de normalización en el esquema de contribuciones, se elabore en los próximos seis meses un estudio orientado hacia un ajuste gradual en la prima global de contribución de los trabajadores independientes y asegurados voluntarios, de modo que se alcance el 15 % y el 14 % respectivamente.

5. Encargar a la Gerencia Médica la elaboración de un plan específico donde se valoren acciones, o medidas de corto y mediano plazo, que permitan incidir en reducciones en la duración del tiempo promedio de las estancias hospitalarias. Es precisamente esa variable la que mayor impacto presenta en el gasto y en los objetivos de extensión de la sostenibilidad.

6. Encargar a la Gerencia Médica, para que conjuntamente con la Dirección Actuarial y Económica, continúe efectuando y fortaleciendo los estudios sobre carga de enfermedad. Esto, con el objetivo de disponer de elementos actualizados que permitan priorizar las intervenciones en salud, e impactar positivamente en la asignación de

recursos, con lo que no solamente se fortalecen los indicadores de salud, sino que contribuye en el mediano y largo plazo a una desaceleración de las tasas de crecimiento del gasto, mediante una atención al paciente más eficiente.

7. Encargar a la Gerencia Financiera y Médica, en conjunto con la Dirección de Planificación Institucional, que se fortalezcan los procesos para la inclusión de proyectos en el portafolio de inversiones, de manera que éstos respondan a mejoras de los servicios que brinda el Seguro, ya que el gasto de operación que genera cada proyecto, puede ser un determinante importante de la sostenibilidad.

Referencias

[1] Reglamento del Seguro de Salud.

[2] Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

[3] República de Costa Rica. (1943) Ley 17, Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

[4] Anuarios de Costos Hospitalarios, Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Financiero Contable, Área de Contabilidad de Costos.

[5] Medicamentos de alto costo utilizados en la CCSS. Dirección de Farmacoepidemiología, oficio DFE-AFEC-338-08-18. 2018.

[6] Reglamento para el otorgamiento de incapacidades y licencias a los beneficiarios del Seguro de Salud.

[7] Reglamento para la afiliación de los asegurados voluntarios.

[8] Ley N 7756, Beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal.

[9] Ley N 9162, Expediente Digital Único en Salud.

[10] Reglamento para la afiliación de los trabajadores independientes

[11] Estudio del Monto Destinado al Fondo Nacional de Mutualidad, Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Actuarial y Económica, 2018.

[12] Metodología Valuación Actuarial del Seguro de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Actuarial y Económica, 2016.

[13] Instructivo para la Elaboración de Valuaciones Actuariales en el Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Actuarial y Económica, 2016.

[14] Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías. Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, CCSS.

[15] Informes Mensuales de Inversiones del Seguro de Salud, Dirección de Inversiones, Gerencia de Pensiones.

[16] Informe Evaluación Anual Plan Presupuesto II Semestre 2018, Proyecto Expediente Digital Único en Salud, 2018.

[17] Dirección Actuarial y Económica, Área de Análisis Financiero (2018) Estimación del Pago de Auxilio de Cesantía de los Trabajadores de la C.C.S.S.

[18] Dirección Actuarial y Económica, Área de Análisis Financiero, Valuación Actuarial Seguro de Salud, 2015.

[19] Banco Central de Costa Rica. (2018) Programa Macroeconómico 2018-2019. San José, Costa Rica.

[20] Gerencia Médica, Dirección Compra de Servicios de Salud, Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

[21] Dirección Actuarial y Económica, Área de Estadística, La esperanza de vida saludable y la carga de enfermedad en Costa Rica: 2017, 2019.

[22] Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (16 de mayo de 2018). Marco de Monitoreo y Evaluación para programas de control de la hipertensión.

[23] Bowers, N.L., Gerber, H.U., Hickman, J.C., Jones, D.A. y Nesbitt, C.J. (1997). Actuarial Mathematics. Schaumburg, Illinois: The Society of Actuaries.

[24] Reglamento al Artículo 42 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

[25] Plan Estratégico Institucional de la CCSS.

[26] OCDE/OIT 2018) Cómo los inmigrantes contribuyen a la economía de Costa Rica.

[27] CCSS enlaza a sus establecimientos de salud mediante el Expediente Digital, Presidencia de la República de Costa Rica, 2018.

[28] Soto, F. EDUS se proyecta como referente digital en América Latina, Caja Costarricense de Seguro Social, 2018.

[29] Dirección Actuarial y Económica, (2019), Nota Técnica Impacto Financiero de la Modificación en Incentivos salariales y Cesantía contenida en la Ley 9635 Fortalecimiento de las Finanzas Públicas,

15. Anexos.

15.1. Cuadros de bases y supuestos.

Cuadro 59: Proyección de la población nacional según sexo, 2018-2032.

Año	Mujeres	Hombres	Total
2018	2 480 330	2 523 072	5 003 402
2019	2 508 330	2 549 677	5 058 007
2020	2 535 688	2 575 550	5 111 238
2021	2 562 378	2 600 660	5 163 038
2022	2 588 385	2 624 989	5 213 374
2023	2 613 705	2 648 531	5 262 237
2024	2 638 345	2 671 292	5 309 638
2025	2 662 312	2 693 280	5 355 592
2026	2 685 600	2 714 493	5 400 093
2027	2 708 211	2 734 932	5 443 143
2028	2 730 158	2 754 615	5 484 773
2029	2 751 453	2 773 562	5 525 016
2030	2 772 112	2 791 794	5 563 906
2031	2 792 143	2 809 329	5 601 472
2032	2 811 556	2 826 184	5 637 740

Fuente: INEC.

Cuadro 60: Tasa de ingreso a la PEA Ocupada por modalidad

Modalidad	**Tasa Ingreso**
Serv. Doméstico	0.08 %
Trabajador Independiente	1.00 %
Asegurado Voluntario	0.84 %
Sector Privado	2.38 %
Sector Público	0.67 %

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 61: Proyección de la población económicamente activa ocupada, 2018 - 2032.

Año	Pobl. Total	Tasa Bruta Part.	Fuerza de Trabajo	Desempleo	PEAO
2018	5 003 402	44.59 %	2 230 991	9.32 %	2 023 063
2019	5 058 007	44.71 %	2 261 457	9.32 %	2 050 690
2020	5 111 238	44.83 %	2 291 457	9.32 %	2 077 893
2021	5 163 038	44.95 %	2 320 958	9.32 %	2 104 645
2022	5 213 374	45.08 %	2 349 943	9.32 %	2 130 929
2023	5 262 237	45.20 %	2 378 403	9.32 %	2 156 736
2024	5 309 638	45.32 %	2 406 337	9.32 %	2 182 067
2025	5 355 592	45.44 %	2 433 748	9.32 %	2 206 922
2026	5 400 093	45.57 %	2 460 627	9.32 %	2 231 297
2027	5 443 143	45.69 %	2 486 972	9.32 %	2 255 186
2028	5 484 773	45.81 %	2 512 791	9.32 %	2 278 598
2029	5 525 016	45.94 %	2 538 094	9.32 %	2 301 544
2030	5 563 906	46.06 %	2 562 893	9.32 %	2 324 031
2031	5 601 472	46.19 %	2 587 196	9.32 %	2 346 070
2032	5 637 740	46.31 %	2 611 011	9.32 %	2 367 665

Fuente: Elaboración propia con base en información del INEC.

Cuadro 62: Distribución de nuevos cotizantes por sexo y modalidad

Modalidad	**Hombre**	**Mujer**
Asalariado	58.13 %	41.87 %
Serv. Doméstico	14.49 %	85.51 %
Trabajador Independiente	71.25 %	28.75 %
Asegurado Voluntario	44.26 %	55.74 %
Sector Privado	64.43 %	35.57 %
Sector Público	53.13 %	46.87 %

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 63: Distribución de población, por sector, edad y sexo.

Edad	Privado		Público		TI		AV		Domésticos	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
15	0,30 %	0,17 %	0 %	0,01 %	0,01 %	0,00 %	0,01 %	0,02 %	0,14 %	0,00 %
16	0,67 %	0,40 %	0 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,11 %	0,13 %	0,11 %	0,02 %
17	1,71 %	1,20 %	0 %	0,01 %	0,01 %	0,00 %	0,26 %	0,33 %	0,75 %	0,07 %
18	21,31 %	16,37 %	2 %	0,90 %	1,34 %	1,62 %	6,16 %	6,41 %	2,53 %	0,90 %
19	26,70 %	25,13 %	9 %	4,50 %	2,25 %	2,75 %	9,49 %	10,82 %	3,36 %	1,94 %
20	13,07 %	14,26 %	8 %	4,80 %	1,71 %	1,56 %	4,83 %	4,95 %	2,60 %	2,34 %
21	8,60 %	10,26 %	7 %	5,13 %	1,41 %	1,13 %	2,77 %	2,88 %	5,07 %	2,71 %
22	6,23 %	8,60 %	8 %	6,52 %	1,35 %	1,34 %	2,26 %	2,60 %	3,36 %	1,98 %
23	4,91 %	7,28 %	7 %	7,73 %	1,42 %	1,36 %	2,06 %	2,24 %	1,38 %	3,28 %
24	3,59 %	5,48 %	8 %	8,18 %	1,45 %	2,06 %	2,11 %	2,30 %	4,26 %	2,71 %
25	2,62 %	3,28 %	7 %	8,21 %	1,82 %	2,65 %	4,18 %	5,06 %	1,79 %	2,40 %
26	1,56 %	1,52 %	6 %	6,33 %	1,82 %	2,70 %	2,82 %	3,24 %	3,44 %	1,90 %
27	0,92 %	0,52 %	4 %	5,39 %	1,84 %	2,25 %	1,25 %	1,07 %	1,93 %	2,13 %
28	0,46 %	0,41 %	4 %	4,09 %	1,94 %	1,88 %	1,12 %	0,67 %	2,90 %	2,42 %
29	0,37 %	0,18 %	3 %	3,47 %	2,00 %	2,37 %	0,94 %	0,92 %	3,66 %	2,45 %
30	0,25 %	0,05 %	2 %	3,38 %	1,87 %	1,99 %	0,96 %	1,06 %	3,18 %	2,67 %
31	0,20 %	0,09 %	2 %	2,58 %	2,04 %	2,31 %	0,85 %	1,04 %	0,63 %	2,66 %
32	0,11 %	0,08 %	2 %	1,98 %	2,10 %	2,39 %	0,87 %	1,26 %	3,52 %	3,05 %
33	0,06 %	0,04 %	2 %	2,08 %	2,05 %	2,44 %	0,92 %	1,01 %	1,87 %	2,03 %
34	0,08 %	0,25 %	1 %	2,16 %	1,83 %	2,39 %	0,83 %	1,05 %	1,40 %	2,94 %
35	0,02 %	0,10 %	1 %	1,79 %	1,91 %	1,97 %	0,81 %	1,20 %	3,40 %	1,95 %
36	0,02 %	0,23 %	1 %	1,71 %	1,92 %	2,40 %	0,76 %	1,14 %	2,10 %	2,86 %
37	0,03 %	0,19 %	1 %	1,52 %	1,85 %	2,37 %	0,48 %	1,10 %	1,34 %	3,42 %
38	0,02 %	0,23 %	1 %	1,20 %	1,70 %	2,04 %	0,33 %	1,01 %	2,78 %	3,14 %
39	0,01 %	0,16 %	1 %	1,17 %	1,84 %	1,90 %	0,57 %	0,97 %	2,65 %	2,85 %
40	0,01 %	0,13 %	1 %	1,04 %	1,86 %	1,85 %	0,40 %	1,03 %	1,98 %	3,06 %
41	0,04 %	0,09 %	0 %	1,02 %	1,66 %	1,90 %	0,21 %	1,00 %	1,20 %	2,90 %
42	0,03 %	0,05 %	1 %	0,92 %	1,65 %	1,73 %	0,32 %	0,87 %	1,42 %	2,78 %
43	0,00 %	0,07 %	0 %	0,66 %	1,63 %	1,70 %	0,21 %	0,92 %	2,60 %	2,48 %
44	0,02 %	0,02 %	0 %	0,70 %	1,58 %	1,77 %	0,24 %	0,81 %	1,37 %	2,95 %
45	0,00 %	0,00 %	0 %	0,72 %	1,64 %	1,65 %	0,20 %	1,01 %	0,52 %	2,16 %
46	0,00 %	0,00 %	0 %	0,53 %	1,56 %	1,92 %	0,16 %	0,69 %	1,37 %	1,90 %
47	0,00 %	0,00 %	0 %	0,67 %	1,56 %	1,16 %	0,16 %	0,94 %	1,32 %	2,39 %
48	0,00 %	0,00 %	0 %	0,51 %	1,75 %	1,60 %	0,22 %	1,08 %	1,72 %	0,88 %
49	0,00 %	0,00 %	0 %	0,46 %	1,58 %	1,36 %	0,24 %	0,91 %	1,32 %	1,40 %
50	0,00 %	0,00 %	0 %	0,42 %	1,39 %	1,57 %	0,18 %	1,03 %	1,31 %	1,77 %
51	0,02 %	0,00 %	0 %	0,36 %	1,52 %	1,56 %	0,44 %	0,99 %	1,08 %	2,14 %
52	0,00 %	0,00 %	0 %	0,30 %	1,49 %	1,43 %	0,13 %	1,01 %	1,08 %	0,71 %

Edad	Privado		Público		TI		AV		Domésticos	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
53	0,00 %	0,00 %	0 %	0,21 %	1,26 %	1,32 %	0,30 %	0,93 %	0,81 %	1,47 %
54	0,00 %	0,00 %	0 %	0,24 %	1,30 %	1,37 %	0,19 %	0,97 %	1,28 %	0,81 %
55	0,03 %	0,00 %	0 %	0,19 %	1,16 %	1,25 %	0,37 %	1,02 %	1,14 %	0,95 %
56	0,00 %	0,00 %	0 %	0,20 %	1,18 %	1,27 %	0,62 %	1,11 %	0,91 %	0,19 %
57	0,01 %	0,00 %	0 %	0,14 %	1,10 %	1,06 %	0,60 %	0,96 %	1,42 %	0,50 %
58	0,00 %	0,00 %	0 %	0,15 %	1,11 %	1,30 %	0,55 %	1,17 %	1,09 %	0,38 %
59	0,00 %	0,00 %	0 %	0,18 %	1,01 %	0,96 %	0,73 %	1,00 %	1,34 %	0,14 %
60	0,00 %	0,00 %	0 %	0,14 %	0,97 %	1,16 %	1,14 %	1,15 %	0,89 %	0,44 %
61	0,00 %	0,85 %	0 %	2,52 %	1,00 %	4,08 %	1,24 %	3,35 %	0,85 %	3,90 %
62	0,00 %	0,33 %	0 %	0,38 %	0,96 %	2,44 %	1,11 %	2,40 %	0,97 %	1,52 %
63	1,98 %	0,15 %	4 %	0,20 %	6,95 %	1,96 %	7,53 %	2,05 %	2,52 %	1,05 %
64	0,99 %	0,12 %	0 %	0,05 %	4,41 %	1,66 %	5,90 %	1,84 %	1,66 %	1,02 %
65	0,50 %	0,20 %	0 %	0,26 %	2,89 %	1,81 %	4,21 %	2,12 %	1,28 %	0,82 %
66	1,83 %	0,96 %	3 %	1,68 %	6,17 %	4,44 %	8,26 %	4,74 %	1,97 %	2,98 %
67	0,40 %	0,20 %	0 %	0,18 %	2,05 %	1,59 %	3,05 %	1,61 %	0,43 %	0,48 %
68	0,15 %	0,10 %	0 %	0,05 %	1,27 %	1,00 %	2,02 %	0,95 %	0,53 %	0,18 %
69	0,03 %	0,05 %	0 %	0,03 %	0,70 %	0,74 %	1,30 %	0,78 %	0,81 %	0,20 %
70	0,03 %	0,02 %	0 %	0,01 %	0,66 %	0,49 %	1,15 %	0,47 %	0,10 %	0,13 %
71	0,01 %	0,03 %	0 %	0,02 %	0,46 %	0,54 %	0,92 %	0,55 %	0,33 %	0,10 %
72	0,00 %	0,02 %	0 %	0,01 %	0,38 %	0,44 %	0,60 %	0,62 %	0,12 %	0,02 %
73	0,01 %	0,02 %	0 %	0,00 %	0,41 %	0,37 %	1,02 %	0,48 %	0,14 %	0,12 %
74	0,01 %	0,01 %	0 %	0,00 %	0,34 %	0,21 %	0,85 %	0,29 %	0,16 %	0,04 %
75	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,28 %	0,16 %	0,50 %	0,19 %	0,20 %	0,00 %
76	0,00 %	0,01 %	0 %	0,00 %	0,23 %	0,23 %	0,61 %	0,27 %	0,09 %	0,01 %
77	0,01 %	0,01 %	0 %	0,00 %	0,22 %	0,17 %	0,61 %	0,24 %	0,10 %	0,01 %
78	0,01 %	0,01 %	0 %	0,00 %	0,20 %	0,14 %	0,50 %	0,22 %	0,12 %	0,03 %
79	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,17 %	0,13 %	0,52 %	0,20 %	0,05 %	0,01 %
80	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,14 %	0,11 %	0,43 %	0,18 %	0,05 %	0,01 %
81	0,01 %	0,01 %	0 %	0,00 %	0,11 %	0,10 %	0,37 %	0,13 %	0,04 %	0,00 %
82	0,01 %	0,01 %	0 %	0,00 %	0,09 %	0,07 %	0,34 %	0,14 %	0,03 %	0,00 %
83	0,00 %	0,01 %	0 %	0,00 %	0,07 %	0,07 %	0,26 %	0,18 %	0,01 %	0,00 %
84	0,00 %	0,01 %	0 %	0,00 %	0,07 %	0,07 %	0,25 %	0,11 %	0,02 %	0,02 %
85	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,05 %	0,02 %	0,17 %	0,11 %	0,02 %	0,00 %
86	0,00 %	0,01 %	0 %	0,00 %	0,05 %	0,05 %	0,16 %	0,11 %	0,00 %	0,00 %
87	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,03 %	0,04 %	0,15 %	0,11 %	0,00 %	0,02 %
88	0,00 %	0,01 %	0 %	0,00 %	0,04 %	0,02 %	0,11 %	0,05 %	0,00 %	0,02 %
89	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,02 %	0,01 %	0,12 %	0,06 %	0,07 %	0,02 %
90	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,03 %	0,02 %	0,08 %	0,06 %	0,01 %	0,00 %
91	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,01 %	0,01 %	0,08 %	0,05 %	0,00 %	0,00 %
92	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,00 %	0,01 %	0,05 %	0,07 %	0,00 %	0,00 %
93	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,01 %	0,01 %	0,03 %	0,05 %	0,00 %	0,02 %

Edad	Privado		Público		TI		AV		Domésticos	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
94	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,01 %	0,01 %	0,04 %	0,03 %	0,00 %	0,02 %
95	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,00 %	0,01 %	0,01 %	0,03 %	0,00 %	0,00 %
96	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,02 %	0,03 %	0,00 %	0,00 %
97	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,00 %	0,01 %	0,01 %	0,02 %	0,00 %	0,00 %
98	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,00 %	0,01 %	0,01 %	0,01 %	0,00 %	0,00 %
99	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,00 %	0,01 %	0,02 %	0,01 %	0,00 %	0,00 %
100	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,01 %	0,00 %	0,00 %
101	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,01 %	0,00 %	0,00 %
102	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
103	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
104	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
105	0,00 %	0,00 %	0 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %

Fuente: Elaboración propia, se muestran únicamente las dos primeras cifras decimales.

Cuadro 64: Proyección de la cobertura de pensionados.

Año	Hombres	Mujeres
2018	0,6877	0,5871
2019	0,6898	0,5922
2020	0,6918	0,5972
2021	0,6939	0,6023
2022	0,6959	0,6074
2023	0,6979	0,6125
2024	0,6998	0,6176
2025	0,7018	0,6227
2026	0,7037	0,6279
2027	0,7057	0,6331
2028	0,7076	0,6383
2029	0,7095	0,6435
2030	0,7114	0,6487
2031	0,7133	0,6539
2032	0,7151	0,6591

Cuadro 65: Proyección de Base Mínima Contributiva 2018-2032

Año	**Base Mínima Contributiva**
2018	263 212
2019	294 333
2020	321 642
2021	332 899
2022	344 550
2023	356 610
2024	369 091
2025	382 009
2026	395 380
2027	409 218
2028	423 540
2029	438 364
2030	453 707
2031	469 587
2032	486 022

Fuente: Elaboración propia, montos en colones corrientes.

Cuadro 66: Tabla de decrementos, hombres por edad

Edad	Muerte	Invalidez	Jubilación
15	0,0004	0,0000	
16	0,0004	0,0000	
17	0,0005	0,0000	
18	0,0006	0,0000	
19	0,0006	0,0002	
20	0,0007	0,0002	
21	0,0007	0,0002	
22	0,0008	0,0002	
23	0,0008	0,0002	
24	0,0009	0,0002	
25	0,0009	0,0002	
26	0,0009	0,0002	
27	0,0009	0,0002	
28	0,0010	0,0004	
29	0,0010	0,0004	
30	0,0010	0,0004	
31	0,0011	0,0004	
32	0,0011	0,0004	
33	0,0012	0,0004	
34	0,0013	0,0006	
35	0,0014	0,0006	
36	0,0014	0,0006	
37	0,0015	0,0006	
38	0,0016	0,0006	
39	0,0017	0,0006	
40	0,0018	0,0008	
41	0,0018	0,0010	
42	0,0019	0,0011	
43	0,0020	0,0014	
44	0,0021	0,0016	
45	0,0022	0,0019	
46	0,0023	0,0022	
47	0,0025	0,0026	
48	0,0027	0,0030	
49	0,0028	0,0034	
50	0,0030	0,0041	
51	0,0032	0,0048	
52	0,0036	0,0054	
53	0,0039	0,0064	

Edad	Muerte	Invalidez	Jubilación
54	0,0043	0,0075	
55	0,0050	0,0087	
56	0,0054	0,0102	
57	0,0058	0,0119	
58	0,0064	0,0140	
59	0,0069	0,0175	
60	0,0076	0,0215	
61	0,0080	0,0269	
62	0,0087	0,0277	0,3903
63	0,0093	0,0249	0,2863
64	0,0100	0,0211	0,2221
65	0,0110	0,0177	0,5961
66	0,0123	0,0131	0,2791
67	0,0132	0,0083	0,2002
68	0,0146	0,0046	0,1389
69	0,0166	0,0032	0,1424
70	0,0190	0,0000	0,1209
71	0,0211	0,0000	0,1054
72	0,0235	0,0000	0,1289
73	0,0260	0,0000	0,1174
74	0,0294	0,0000	0,0986
75	0,0335	0,0000	0,1125
76	0,0380	0,0000	0,9800
77	0,0416	0,0000	0,9800
78	0,0465	0,0000	0,9800
79	0,0502	0,0000	0,9800
80	0,0532	0,0000	0,9800
81	0,0575	0,0000	0,9800
82	0,0609	0,0000	0,9800
83	0,0655	0,0000	0,9800
84	0,0720	0,0000	0,9800
85	0,0762	0,0000	0,9800
86	0,0817	0,0000	0,9800
87	0,0894	0,0000	0,9800
88	0,0974	0,0000	0,9800
89	0,1048	0,0000	0,9800
90	0,1121	0,0000	0,9800
91	0,1224	0,0000	0,9800
92	0,1310	0,0000	0,9800
93	0,1420	0,0000	0,9800
94	0,1521	0,0000	0,9800
95	0,1610	0,0000	0,9800

Edad	Muerte	Invalidez	Jubilación
96	0,1780	0,0000	0,9800
97	0,1890	0,0000	0,9800
98	0,2010	0,0000	0,9800
99	0,2160	0,0000	0,9800
100	0,2300	0,0000	0,9800
101	0,2470	0,0000	0,9800
102	0,2650	0,0000	0,9800
103	0,2830	0,0000	0,9800
104	0,2980	0,0000	0,9800
105	1,0000	0,0000	0,9800

Fuente: Elaboración propia, se muestran las primeras cuatro cifras.

Cuadro 68: Tabla de decrementos de las mujeres por edad

Edad	Muerte	Invalidez	Jubilación
15	0,000144	0,0000	
16	0,000180	0,0000	
17	0,000213	0,0000	
18	0,000263	0,0000	
19	0,000302	0,0002	
20	0,000320	0,0002	
21	0,000322	0,0002	
22	0,000320	0,0002	
23	0,000325	0,0002	
24	0,000327	0,0002	
25	0,000330	0,0002	
26	0,000336	0,0002	
27	0,000342	0,0002	
28	0,000349	0,0002	
29	0,000363	0,0004	
30	0,000388	0,0004	
31	0,000408	0,0004	
32	0,000436	0,0006	
33	0,000453	0,0006	
34	0,000485	0,0006	
35	0,000505	0,0006	
36	0,000529	0,0006	
37	0,000560	0,0006	
38	0,000570	0,0008	
39	0,000620	0,0011	
40	0,000650	0,0012	
41	0,000710	0,0016	
42	0,000782	0,0019	
43	0,000850	0,0022	
44	0,000960	0,0026	
45	0,001090	0,0028	
46	0,001220	0,0034	
47	0,001330	0,0038	
48	0,001510	0,0045	
49	0,001630	0,0050	
50	0,001780	0,0058	
51	0,002020	0,0068	
52	0,002140	0,0077	
53	0,002290	0,0089	

Edad	Muerte	Invalidez	Jubilación
54	0,002480	0,0103	
55	0,002760	0,0118	
56	0,002990	0,0137	
57	0,003470	0,0157	
58	0,003900	0,0181	
59	0,004230	0,0219	
60	0,004710	0,0271	0,2815
61	0,005090	0,0312	0,1622
62	0,005310	0,0288	0,1365
63	0,005850	0,0258	0,1461
64	0,006400	0,0224	0,2061
65	0,007000	0,0194	0,7640
66	0,007850	0,0157	0,3177
67	0,009150	0,0118	0,2170
68	0,010080	0,0070	0,1885
69	0,011500	0,0034	0,1304
70	0,012400	0,0000	0,1655
71	0,013380	0,0000	0,1887
72	0,014710	0,0000	0,1515
73	0,015690	0,0000	0,0789
74	0,016700	0,0000	0,0566
75	0,017380	0,0000	0,0922
76	0,018500	0,0000	0,9800
77	0,022200	0,0000	0,9800
78	0,025200	0,0000	0,9800
79	0,028000	0,0000	0,9800
80	0,032600	0,0000	0,9800
81	0,036000	0,0000	0,9800
82	0,040600	0,0000	0,9800
83	0,044900	0,0000	0,9800
84	0,050000	0,0000	0,9800
85	0,053500	0,0000	0,9800
86	0,058500	0,0000	0,9800
87	0,064600	0,0000	0,9800
88	0,072000	0,0000	0,9800
89	0,080600	0,0000	0,9800
90	0,090500	0,0000	0,9800
91	0,101500	0,0000	0,9800
92	0,112600	0,0000	0,9800
93	0,125500	0,0000	0,9800
94	0,142300	0,0000	0,9800
95	0,167000	0,0000	0,9800

Edad	Muerte	Invalidez	Jubilación
96	0,180000	0,0000	0,9800
97	0,200000	0,0000	0,9800
98	0,220000	0,0000	0,9800
99	0,238000	0,0000	0,9800
100	0,256000	0,0000	0,9800
101	0,269000	0,0000	0,9800
102	0,283000	0,0000	0,9800
103	0,302000	0,0000	0,9800
104	0,318000	0,0000	0,9800
105	1,000000	0,0000	0,9800

Fuente: Elaboración propia, se muestran las primeras cuatro cifras.

Cuadro 70: Tasas de utilización hospitalización para las mujeres, por edad, 2018-2032.

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
13	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
16	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
17	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
18	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
19	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
20	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
21	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
22	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
23	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
24	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
25	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
26	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
27	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
28	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
29	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
30	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
31	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
32	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
33	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
34	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
35	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
36	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
37	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
38	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
39	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
40	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
41	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
42	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
43	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
44	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
45	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
46	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
47	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
48	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
49	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
50	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
51	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
52	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
53	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
54	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
55	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
56	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
57	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
58	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
59	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
60	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
61	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
62	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
63	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
64	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
65	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
66	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
67	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
68	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
69	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
70	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
71	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
72	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
73	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
74	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
75	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
76	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
77	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
78	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
79	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
80	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
81	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
82	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
83	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
84	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
85	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
86	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
87	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
88	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
89	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
90	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
91	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
92	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
93	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
94	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
95	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
96	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
97	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
98	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
99	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
100	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

Fuente: Elaboración propia, se muestra únicamente la primer cifra decimal.

Cuadro 71: Tasas de utilización hospitalización de los hombres, por edad, 2018-2032.

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6
1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
13	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
16	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
17	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
18	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
21	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
22	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
23	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
26	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
27	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
28	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
30	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
31	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
32	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
33	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
34	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
35	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
36	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
37	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
38	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
39	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
40	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
41	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
42	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
43	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
44	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
45	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
46	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
47	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
48	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
50	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
51	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
52	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
53	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
54	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
55	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
56	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
57	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
58	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
59	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
60	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
61	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
62	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
63	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
64	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
65	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
66	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
67	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
68	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
69	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
70	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
71	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
72	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
73	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
74	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
75	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
76	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
77	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
78	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
79	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
80	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
81	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
82	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
83	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
84	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
85	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
86	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
87	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
88	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
89	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
90	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
91	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
92	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
93	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
94	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7
95	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0
96	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
97	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7
98	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
99	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
100	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Fuente: Elaboración propia, se muestra únicamente la primer cifra decimal.

Cuadro 72: Tasas de utilización consulta externa, mujeres por edad 2018-2032.

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
0	4,6	4,7	4,8	4,9	5,0	5,1	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9
1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5
2	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
4	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
5	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
6	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3
7	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3
8	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3
9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3
10	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2
11	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2
12	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1
13	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1
14	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
15	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6
16	1,3	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	1,8
17	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9
18	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7
19	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,1
20	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,1
21	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0
22	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2
23	1,8	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,1	2,2	2,2	2,3	2,3	2,4	2,5	2,5
24	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2
25	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0
26	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0
27	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
28	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
29	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
30	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
31	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6
32	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5
33	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
34	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6
35	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6
36	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6
37	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6
38	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
39	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6
40	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
41	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
42	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2
43	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2
44	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3
45	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4
46	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4
47	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5	2,5
48	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5	2,5	2,6
49	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4
50	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2
51	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2
52	2,5	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2
53	2,6	2,6	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,1
54	2,6	2,6	2,6	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,1
55	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0
56	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	1,9	1,9

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
57	2,9	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	1,9
58	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,3	2,2	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9
59	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,3	2,2	2,1	2,0	2,0	1,9	1,8
60	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,8
61	3,3	3,1	3,0	2,9	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7
62	3,3	3,2	3,1	2,9	2,8	2,7	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,8
63	3,4	3,3	3,1	3,0	2,9	2,8	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	2,0	1,9
64	3,5	3,4	3,3	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0
65	3,8	3,7	3,5	3,4	3,3	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,5	2,4	2,3	2,3	2,2
66	4,0	3,9	3,7	3,6	3,5	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4
67	4,1	3,9	3,8	3,7	3,6	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5
68	4,1	4,0	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,7
69	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0	2,9	2,9
70	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0	2,9
71	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0
72	4,1	4,0	3,9	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0
73	4,1	4,0	3,9	3,8	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	3,3	3,2	3,1	3,1
74	4,0	3,9	3,8	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	3,3	3,2	3,1	3,1	3,0
75	4,0	3,9	3,9	3,8	3,7	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1
76	4,0	4,0	3,9	3,9	3,8	3,8	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3	3,3
77	4,0	3,9	3,9	3,8	3,8	3,7	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4	3,4	3,3
78	3,9	3,9	3,8	3,8	3,7	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3	3,3
79	3,9	3,8	3,8	3,7	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3	3,3	3,3	3,2
80	3,8	3,8	3,7	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2
81	3,7	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,5	3,4	3,4	3,4	3,3	3,3	3,3	3,2	3,2
82	3,5	3,4	3,4	3,4	3,3	3,3	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1
83	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0	2,9	2,9	2,9
84	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6
85	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,7	2,7	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3
86	3,3	3,2	3,1	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,7	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	2,3
87	3,2	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,7	2,7	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	2,3	2,2
88	3,1	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,3	2,2	2,1	2,1	2,0
89	3,1	3,0	2,9	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	2,0	1,9	1,8	1,7
90	3,0	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	2,0	1,9	1,8	1,7	1,7
91	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,1	2,0	1,9	1,9	1,8	1,7	1,7
92	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9	1,8	1,8
93	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,8
94	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0
95	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0
96	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
97	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4
98	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
99	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1
100	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1

Fuente: Elaboración propia, se muestra únicamente la primer cifra decimal.

Cuadro 73: Tasas de utilización consulta externa de los hombres, por edad, 2018-2032.

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
0	4,6	4,7	4,8	4,9	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	6,0
1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6	2,7
2	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6
3	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5
4	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
5	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4
6	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4
7	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4
8	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3
9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3
10	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
11	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1
12	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1
13	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0
14	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0
15	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9
16	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
17	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
18	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5
19	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
20	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
21	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
22	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
23	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
24	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
25	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
26	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
27	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4
28	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
29	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
30	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
31	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4
32	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
33	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4
34	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4
35	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
36	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
37	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
38	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
39	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
40	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
41	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
42	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
43	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
44	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0
45	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1
46	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1
47	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
48	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
49	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
50	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
51	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
52	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0
53	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0
54	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
55	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0
56	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0
57	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0
58	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0
59	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0
60	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0
61	1,9	1,8	1,7	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1
62	2,1	2,0	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2
63	2,2	2,1	2,0	1,9	1,9	1,8	1,7	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4	1,3	1,3	1,2
64	2,3	2,2	2,1	2,1	2,0	1,9	1,8	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3
65	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,1	2,0	1,9	1,8	1,8	1,7	1,6	1,6
66	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0	1,9	1,9	1,8	1,7
67	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,1	2,0	1,9	1,9
68	3,0	2,9	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0
69	3,1	3,1	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2
70	3,3	3,2	3,1	3,0	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3
71	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4
72	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
73	3,4	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,5
74	3,5	3,4	3,3	3,3	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6
75	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7
76	3,6	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	2,9	2,9
77	3,7	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0
78	3,8	3,7	3,6	3,6	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1
79	3,7	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2	3,2	3,1	3,1
80	3,6	3,6	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3	3,3	3,3	3,2	3,2	3,2	3,1	3,1
81	3,6	3,6	3,5	3,5	3,5	3,5	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,3	3,3	3,3	3,3
82	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,4	3,4	3,4	3,4	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,2
83	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	2,9	2,9	2,9	2,8
84	3,4	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6
85	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5
86	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,1	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5
87	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4
88	3,6	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1
89	3,8	3,6	3,5	3,3	3,1	3,0	2,8	2,7	2,6	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9
90	3,5	3,4	3,2	3,1	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,2	2,2	2,1	2,0	1,9
91	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0	1,9
92	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,7	2,7	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	2,3	2,2
93	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,5
94	3,2	3,1	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7
95	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	2,9	2,9	2,9	2,9
96	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
97	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6
98	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9
99	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9
100	2,8	2,7	2,7	2,6	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0

Fuente: Elaboración propia, se muestra únicamente la primer cifra decimal.

Cuadro 74: Tasas de utilización áreas de salud de las mujeres, por edad, 2018-2032.

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
0	5,6	5,6	5,7	5,7	5,8	5,8	5,9	5,9	6,0	6,0	6,1	6,1	6,2	6,2	6,3
1	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,7
2	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
6	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
7	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4
8	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4
9	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
10	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3
11	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
12	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2
13	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
14	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6
15	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7
16	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9
17	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0
18	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,8
19	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,3
20	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2
21	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2
22	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
23	2,1	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5	2,6	2,6	2,7
24	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4
25	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
26	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
27	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9
28	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
29	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
30	2,4	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0
31	2,3	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,8	1,8	1,7	1,7
32	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9	1,8	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6
33	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7
34	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7
35	2,3	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7
36	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7
37	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7
38	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8
39	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7
40	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0
41	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
42	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,4
43	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4
44	2,3	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5
45	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6
46	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6	2,6
47	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7
48	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
49	2,8	2,8	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6	2,6	2,6
50	2,9	2,9	2,8	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,6	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4
51	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3
52	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3
53	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3
54	3,2	3,1	3,1	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	2,3
55	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2
56	3,4	3,3	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0
57	3,5	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,1
58	3,6	3,4	3,3	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,5	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0
59	3,6	3,5	3,3	3,2	3,0	2,9	2,8	2,7	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	2,0
60	3,8	3,6	3,4	3,3	3,1	3,0	2,8	2,7	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9
61	3,9	3,7	3,5	3,4	3,2	3,0	2,9	2,7	2,6	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9
62	4,0	3,8	3,6	3,4	3,3	3,1	2,9	2,8	2,6	2,5	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9
63	4,1	3,9	3,7	3,5	3,3	3,2	3,0	2,9	2,7	2,6	2,5	2,3	2,2	2,1	2,0
64	4,3	4,1	3,9	3,7	3,5	3,3	3,2	3,0	2,9	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2
65	4,6	4,4	4,2	4,0	3,8	3,6	3,4	3,3	3,1	3,0	2,8	2,7	2,5	2,4	2,3
66	4,8	4,6	4,4	4,2	4,0	3,8	3,7	3,5	3,3	3,2	3,1	2,9	2,8	2,7	2,5
67	4,9	4,7	4,5	4,3	4,1	4,0	3,8	3,6	3,5	3,3	3,2	3,0	2,9	2,8	2,7
68	4,9	4,7	4,6	4,4	4,2	4,1	3,9	3,7	3,6	3,5	3,3	3,2	3,1	3,0	2,8
69	5,0	4,8	4,6	4,5	4,3	4,2	4,0	3,9	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,1	3,0
70	5,0	4,8	4,7	4,5	4,4	4,2	4,1	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,3	3,2	3,1
71	5,1	4,9	4,7	4,6	4,4	4,3	4,2	4,0	3,9	3,8	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2
72	5,0	4,8	4,7	4,5	4,4	4,3	4,1	4,0	3,9	3,8	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2
73	4,9	4,8	4,7	4,5	4,4	4,3	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3
74	4,8	4,7	4,6	4,4	4,3	4,2	4,1	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2
75	4,8	4,7	4,6	4,5	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3
76	4,9	4,8	4,7	4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,7	3,6	3,5
77	4,8	4,7	4,6	4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8	3,8	3,7	3,6	3,5
78	4,8	4,6	4,5	4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,7	3,6	3,5
79	4,7	4,6	4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,7	3,6	3,5	3,4
80	4,6	4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4
81	4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0	4,0	3,9	3,8	3,7	3,7	3,6	3,5	3,4	3,4
82	4,2	4,1	4,0	4,0	3,9	3,8	3,8	3,7	3,6	3,6	3,5	3,4	3,4	3,3	3,3
83	4,1	4,0	3,9	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0
84	4,1	4,0	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7
85	4,0	3,9	3,8	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5
86	4,0	3,9	3,7	3,6	3,5	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4
87	3,8	3,7	3,6	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,5	2,4
88	3,8	3,6	3,5	3,4	3,2	3,1	3,0	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1
89	3,8	3,6	3,4	3,2	3,1	2,9	2,8	2,6	2,5	2,4	2,3	2,1	2,0	1,9	1,8
90	3,6	3,4	3,2	3,1	2,9	2,8	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,0	1,9	1,8	1,8

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
91	3,4	3,2	3,1	2,9	2,8	2,7	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,8
92	3,3	3,2	3,1	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0	1,9
93	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,1	2,1	2,0	1,9
94	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2	2,1	2,1
95	2,9	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1
96	2,6	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0
97	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,5
98	2,0	1,9	1,8	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2
99	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1
100	2,0	2,0	1,9	1,8	1,7	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1

Fuente: Elaboración propia, se muestra únicamente la primer cifra decimal.

Cuadro 75: Tasas de utilización áreas de salud de los hombres, por edad, 2018-2032.

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
0	5,6	5,6	5,7	5,7	5,8	5,8	5,9	5,9	6,0	6,1	6,1	6,2	6,2	6,3	6,3
1	2,6	2,6	2,6	2,6	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
2	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
6	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5
7	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5
8	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4
9	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4
10	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3
11	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2
12	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1
13	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1
14	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0
15	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9
16	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9
17	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8
18	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
19	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
20	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6
21	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
22	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
23	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
24	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
25	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
26	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
27	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
28	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
29	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
30	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
31	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
32	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4
33	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
34	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
35	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
36	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
37	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
38	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6
39	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6
40	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
41	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
42	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
43	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
44	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1
45	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
46	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
47	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
48	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
49	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
50	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1
51	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1
52	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1
53	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1
54	1,6	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1
55	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1
56	1,7	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1
57	1,8	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1
58	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1
59	2,0	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,1	1,1
60	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1
61	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4	1,3	1,2	1,2	1,1
62	2,6	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	1,2
63	2,7	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4	1,3
64	2,8	2,7	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5	1,4

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
65	3,3	3,1	3,0	2,8	2,7	2,6	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7	1,7
66	3,5	3,4	3,2	3,1	2,9	2,8	2,7	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8
67	3,7	3,5	3,3	3,2	3,1	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0
68	3,7	3,5	3,4	3,3	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1
69	3,8	3,7	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3
70	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5
71	4,1	4,0	3,9	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6
72	4,2	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,7
73	4,2	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7
74	4,2	4,1	4,0	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	3,0	2,9	2,8
75	4,3	4,2	4,1	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0	2,9
76	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0
77	4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,4	3,3	3,2
78	4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,4	3,3
79	4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,3
80	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,6	3,5	3,4	3,3	3,3
81	4,3	4,3	4,2	4,1	4,1	4,0	3,9	3,9	3,8	3,8	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5
82	4,3	4,2	4,1	4,1	4,0	4,0	3,9	3,8	3,8	3,7	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5
83	4,1	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0
84	4,2	4,0	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,8
85	4,2	4,1	3,9	3,8	3,7	3,6	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6
86	4,3	4,2	4,0	3,9	3,8	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	2,9	2,8	2,7	2,7
87	4,3	4,2	4,0	3,9	3,7	3,6	3,5	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6
88	4,3	4,1	3,9	3,8	3,6	3,4	3,3	3,1	3,0	2,9	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3
89	4,6	4,4	4,1	3,9	3,7	3,5	3,3	3,1	2,9	2,7	2,6	2,4	2,3	2,2	2,0
90	4,3	4,0	3,8	3,6	3,4	3,2	3,1	2,9	2,8	2,6	2,5	2,3	2,2	2,1	2,0
91	3,8	3,6	3,4	3,3	3,2	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1
92	3,8	3,7	3,6	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,5	2,4
93	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6
94	3,8	3,7	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9
95	3,7	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1
96	2,9	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6
97	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0	3,0	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8
98	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0
99	3,4	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0
100	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	2,2	2,2

Fuente: Elaboración propia, se muestra únicamente la primer cifra decimal.

Cuadro 76: Tasas de utilización odontología de las mujeres, por edad, 2018-2032.

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
6	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
8	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
9	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
10	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
11	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
12	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
13	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
14	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
15	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
16	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
17	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
18	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
19	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
20	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
21	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
22	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
23	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
24	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
25	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
26	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
27	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
28	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
29	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
30	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
31	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
32	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
33	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
34	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
35	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
36	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
37	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
38	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
39	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
40	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
41	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
42	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
43	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
44	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
45	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
46	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
47	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
48	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
49	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
50	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
51	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
52	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
53	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
54	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
55	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
56	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
57	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
58	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
59	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
60	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
61	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
62	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
63	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
64	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
65	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
66	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
67	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
68	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
69	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
70	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
71	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
72	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
73	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
74	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
75	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
76	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
77	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
78	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
79	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
80	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
81	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
82	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
83	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
84	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
85	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
86	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
87	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
88	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
89	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
90	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
91	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
92	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
93	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
94	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
95	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
96	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
97	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
98	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
99	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
100	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Fuente: Elaboración propia, se muestra únicamente la primer cifra decimal.

Cuadro 77: Tasas de utilización odontología de los hombres, por edad, 2018-2032.

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
6	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
8	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
9	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
10	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
11	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
12	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
13	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
14	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
15	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
16	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
17	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
18	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
21	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
22	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
23	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
26	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
27	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
28	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
30	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
31	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
32	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
33	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
34	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
35	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
36	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
37	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
38	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
39	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
40	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
41	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
42	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
43	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
44	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
45	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
46	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
47	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
48	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
49	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
50	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
51	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
52	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
53	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
54	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
55	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
56	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
57	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
58	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
59	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
60	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
61	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
62	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
63	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
64	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
65	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
66	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
67	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
68	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
69	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
70	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
71	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
72	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
73	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
74	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
75	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
76	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
77	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
78	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
79	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
80	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
81	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
82	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
83	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
84	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
85	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
86	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
87	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
88	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
89	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
90	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
91	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
92	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
93	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
94	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
95	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
96	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
97	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
98	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
99	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
100	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1

Fuente: Elaboración propia, se muestra únicamente la primer cifra decimal.

Cuadro 78: Estancia hospitalaria promedio de las mujeres, por edad, 2018-2032.

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
0	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
1	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7
2	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5
4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
8	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3
13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
14	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
15	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
16	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
19	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
20	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
21	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
22	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
23	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
24	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
25	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
26	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
27	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2
31	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
32	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
39	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2
40	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
41	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
42	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
43	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
44	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
45	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
46	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
47	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
48	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
49	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
50	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
51	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
52	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
53	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
54	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
55	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
56	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4
57	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
58	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
59	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
60	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
61	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5
62	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5
63	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5
64	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
65	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5
66	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5
67	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5
68	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5
69	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5
70	7	7	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
71	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5
72	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6
73	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
74	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5
75	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5
76	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5
77	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6
78	8	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
79	8	8	8	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
80	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7
81	8	8	8	8	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
82	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	9	9	9	9
83	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
84	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
85	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7	7	7
86	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
87	9	9	9	9	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7
88	9	9	9	9	9	9	9	9	8	8	8	8	8	8	8
89	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
90	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
91	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
92	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10
93	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
94	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
95	9	9	9	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7	7
96	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	8	8
97	10	10	10	10	11	11	11	12	12	12	12	13	13	13	14
98	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10	10	11	11	11	11
99	8	9	9	10	10	11	12	12	13	14	15	15	16	17	18
100	8	8	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10	10

Fuente: Elaboración propia, cifras redondeadas.

Cuadro 79: Estancia hospitalaria promedio de los hombres, por edad, 2018-2032.

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
0	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
1	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
6	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
8	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
10	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
12	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
14	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5
17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
19	5	5	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	8
20	5	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	8
21	5	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	8
22	5	6	6	6	6	7	7	7	7	8	8	8	9	9	10
23	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7
24	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
25	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6
26	5	5	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	8
27	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
28	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
29	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6
30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
31	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
32	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
33	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
34	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6
35	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4
36	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4
37	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
38	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4
39	5	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	8	8
40	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
41	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
42	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
43	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5
44	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
45	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5
46	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
47	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
48	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5
49	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
50	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
51	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8
52	7	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5
53	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6
54	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6
55	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
56	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6
57	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6
58	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
59	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
60	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
61	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6
62	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
63	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6
64	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6
65	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
66	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6
67	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
68	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6
69	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	5	5
70	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6
71	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5
72	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6
73	8	8	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
74	8	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6
75	8	7	7	7	7	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5
76	8	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6
77	8	8	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6
78	8	8	8	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6
79	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7
80	8	8	8	8	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6
81	8	8	8	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6
82	8	8	8	8	8	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6
83	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7
84	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7	7	7	7
85	9	9	9	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7
86	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	8

x/t	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
87	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
88	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10
89	9	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10	11	11	11	11
90	9	9	9	9	10	10	10	10	10	10	10	11	11	11	11
91	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10
92	10	10	10	11	11	11	12	12	12	13	13	14	14	15	15
93	9	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10	11	11	11	11
94	9	9	9	9	10	10	10	10	10	11	11	11	11	12	12
95	9	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7	7	7	7
96	9	9	9	10	10	10	11	11	11	12	12	12	13	13	14
97	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10
98	9	10	10	10	11	11	12	12	12	13	13	14	14	15	15
99	8	9	9	10	11	12	13	14	15	16	17	19	20	22	24
100	8	8	8	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10

Fuente: Elaboración propia, cifras redondeadas.

Cuadro 80: Proyección de gasto y masa cotizante de asalariados, en millones de colones.

Año	Gasto	Masa Cotizante
2018	778 196	10 942 696
2019	852 160	11 894 778
2020	932 654	12 909 378
2021	1 020 412	13 990 762
2022	1 116 337	15 143 646
2023	1 221 082	16 372 987
2024	1 335 303	17 682 568
2025	1 460 209	19 081 403
2026	1 596 804	20 572 962
2027	1 746 521	22 165 761
2028	1 910 610	23 870 314
2029	2 090 892	25 693 714
2030	2 288 391	27 646 229
2031	2 505 586	29 736 999
2032	2 743 809	31 976 882

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 81: Proyección de gasto y masa cotizante de trabajador independiente, en millones de colones.

Año	Gasto	Masa Cotizante
2018	111 824	1 052 960
2019	122 912	1 130 787
2020	135 039	1 214 418
2021	148 319	1 303 069
2022	162 894	1 397 416
2023	178 879	1 495 391
2024	196 385	1 598 235
2025	215 603	1 706 214
2026	236 690	1 819 751
2027	259 892	1 939 454
2028	285 405	2 065 371
2029	313 518	2 198 845
2030	344 381	2 339 513
2031	378 457	2 488 504
2032	415 939	2 646 549

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 82: Proyección de gasto y masa cotizante de asegurado voluntario, en millones de colones.

Año	Gasto	Masa Cotizante
2018	117 172	575 085
2019	128 775	642 392
2020	141 464	711 861
2021	155 361	771 498
2022	170 620	835 492
2023	187 364	904 157
2024	205 708	977 948
2025	225 855	1 057 423
2026	247 978	1 142 410
2027	272 324	1 233 657
2028	299 105	1 331 901
2029	328 628	1 437 533
2030	361 050	1 551 177
2031	396 847	1 673 589
2032	436 235	1 805 432

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 83: Proyección de gasto y masa cotizante de pensionados, en millones de colones.

Año	Gasto	Masa Cotizante
2018	427 257	1 795 503
2019	470 102	1 971 010
2020	517 068	2 160 999
2021	568 597	2 367 896
2022	625 295	2 593 297
2023	687 640	2 836 894
2024	756 087	3 099 013
2025	831 386	3 382 178
2026	914 214	3 683 694
2027	1 005 596	4 005 850
2028	1 106 307	4 346 461
2029	1 217 559	4 707 619
2030	1 339 932	5 087 205
2031	1 475 397	5 486 609
2032	1 624 774	5 915 052

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 84: Proyección de gasto y masa cotizante de asegurados por el Estado y leyes especiales, en millones de colones.

Año	Gasto	Masa Cotizante
2018	301 295	1 540 620
2019	331 030	1 741 580
2020	363 527	1 923 194
2021	399 097	2 010 678
2022	438 129	2 101 341
2023	480 934	2 195 272
2024	527 797	2 292 573
2025	579 244	2 393 350
2026	635 702	2 497 700
2027	697 789	2 605 728
2028	766 044	2 717 555
2029	841 240	2 833 307
2030	923 778	2 953 114
2031	1 014 837	3 077 109
2032	1 114 966	3 205 429

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 85: Proyección de gasto y masa cotizante de internos en centros penales, en millones de colones.

Año	Gasto	Masa Cotizante
2018	2 567	60 158
2019	2 832	68 288
2020	3 122	75 735
2021	3 442	79 548
2022	3 794	83 573
2023	4 181	87 782
2024	4 608	92 214
2025	5 078	96 871
2026	5 595	101 742
2027	6 167	106 894
2028	6 799	112 282
2029	7 497	117 948
2030	8 266	123 906
2031	9 120	130 141
2032	10 063	136 726

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 86: Proyección de gasto de no asegurados, en millones de colones.

Año	Gasto
2018	175 363
2019	192 974
2020	212 291
2021	233 492
2022	256 831
2023	282 513
2024	310 721
2025	341 765
2026	375 943
2027	413 672
2028	455 277
2029	501 281
2030	551 909
2031	607 989
2032	669 876

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 87: Estimación Gasto del Seguro de Salud, 2018–2032, en millones de colones.

Año	**Atención de la Salud**	**Subsidios**	**Prestaciones**	**Mantenimiento E Infraestructura**	**Administrativo**	**Proyectos nuevos**	**Otros gastos**	**Total Total**
2018	1 735 472	102 488	6 860	89 924	43 056	77 492	506	2 055 797
2019	1 907 579	110 066	7 210	99 353	45 770	85 177	3 681	2 258 836
2020	2 095 871	118 056	7 563	108 783	45 739	93 200	19 353	2 488 565
2021	2 302 142	126 494	7 919	118 213	48 723	101 932	40 831	2 746 254
2022	2 528 697	135 432	8 279	127 643	51 624	111 545	60 529	3 023 748
2023	2 777 386	144 839	8 641	137 072	53 023	122 102	70 665	3 313 727
2024	3 049 923	154 738	9 008	146 502	58 240	133 654	73 795	3 625 859
2025	3 349 312	165 189	9 379	155 932	59 960	146 346	114 312	4 000 429
2026	3 678 150	176 241	9 753	165 361	65 024	160 245	81 176	4 335 950
2027	4 040 177	188 006	10 130	174 791	66 522	175 532	94 172	4 749 331
2028	4 438 502	200 546	10 511	184 221	73 219	192 298	96 541	5 195 838
2029	4 877 737	214 002	10 896	193 650	85 154	210 790	105 951	5 698 179
2030	5 360 217	228 477	11 285	203 080	91 985	231 083	102 436	6 228 563
2031	5 893 107	243 960	11 678	212 510	95 030	253 488	109 345	6 819 118
2032	6 479 637	260 557	12 073	221 939	101 988	278 172	102 809	7 457 177

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 88: Escenario 1: Proyección de ingresos y gastos, 2018–2032, en millones de colones.

Año	Gastos	Ingresos Efectivos	Balance
2018	2 055 797	2 342 663	301 809
2019	2 258 836	2 554 623	327 434
2020	2 488 565	2 777 170	338 837
2021	2 746 254	3 003 772	328 316
2022	3 023 748	3 244 922	314 673
2023	3 313 727	3 501 119	305 866
2024	3 625 859	3 773 169	293 124
2025	4 000 429	4 062 864	238 020
2026	4 335 950	4 370 370	242 343
2027	4 749 331	4 697 444	191 218
2028	5 195 838	5 045 429	130 679
2029	5 698 179	5 415 879	39 871
2030	6 228 563	5 810 062	-52 621
2031	6 819 118	6 229 749	-176 380
2032	7 457 177	6 678 011	-315 982

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 89: Escenario 2: Proyección de ingresos y gastos, 2018–2032, en millones de colones.

Año	Gastos	Ingresos Efectivos	Balance
2018	2 053 183	2 342 663	289 480
2019	2 253 147	2 554 623	301 476
2020	2 479 280	2 777 170	297 890
2021	2 732 784	3 003 772	270 988
2022	3 005 426	3 244 922	239 496
2023	3 289 795	3 501 119	211 323
2024	3 595 469	3 773 169	177 700
2025	3 962 622	4 062 864	100 242
2026	4 289 643	4 370 370	80 727
2027	4 693 285	4 697 444	4 159
2028	5 128 665	5 045 429	-83 236
2029	5 618 290	5 415 879	-202 411
2030	6 134 219	5 810 062	-324 157
2031	6 708 280	6 229 749	-478 530
2032	7 327 595	6 678 011	-649 584

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 90: Escenario 3: Proyección de ingresos y gastos, 2018–2032, en millones de colones.

Año	Gastos	Ingresos Efectivos	Balance
2018	2 077 218	2 342 663	265 445
2019	2 306 972	2 554 623	247 651
2020	2 569 694	2 777 170	207 476
2021	2 867 812	3 003 772	135 960
2022	3 194 595	3 244 922	50 327
2023	3 544 351	3 501 119	-43 233
2024	3 928 607	3 773 169	-155 438
2025	4 389 884	4 062 864	-327 020
2026	4 829 338	4 370 370	-458 967
2027	5 367 172	4 697 444	-669 728
2028	5 962 199	5 045 429	-916 770
2029	6 641 713	5 415 879	-1 225 834
2030	7 382 386	5 810 062	-1 572 324
2031	8 223 242	6 229 749	-1 993 493
2032	9 158 099	6 678 011	-2 480 088

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 91: Escenario 4: Proyección de ingresos y gastos, 2018–2032, en millones de colones.

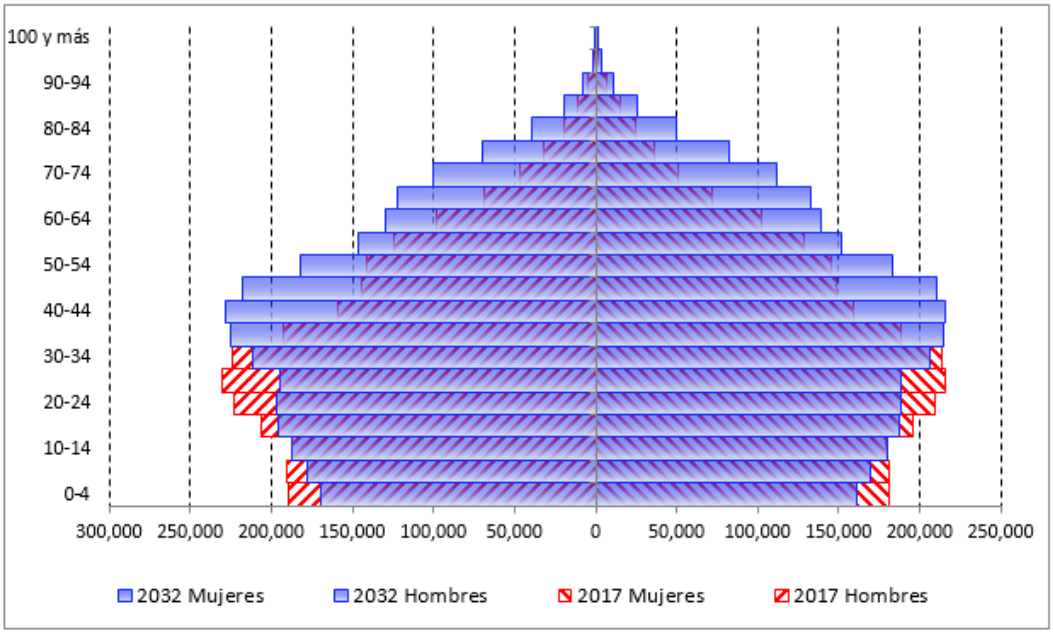
Año	Gastos	Ingresos Efectivos	Balance
2018	2 055 797	2 342 663	286 866
2019	2 258 954	2 554 623	295 669
2020	2 491 337	2 777 170	285 832
2021	2 756 798	3 003 772	246 974
2022	3 086 673	3 244 922	158 249
2023	3 438 032	3 501 119	63 087
2024	3 797 576	3 773 169	-24 407
2025	4 261 684	4 062 864	-198 821
2026	4 649 532	4 370 370	-279 162
2027	5 130 482	4 697 444	-433 038
2028	5 599 596	5 045 429	-554 167
2029	6 121 555	5 415 879	-705 676
2030	6 671 340	5 810 062	-861 278
2031	7 279 606	6 229 749	-1 049 856
2032	7 941 639	6 678 011	-1 263 628

Fuente: Elaboración propia.

15.2. Nota técnica: Análisis de la población adulta mayor -mayor de 65 años- (solicitada por Presidencia Ejecutiva, mediante oficio PE-2353-2019.

Con base en la información considerada en la Valuación Actuarial del Seguro de Salud al 2017 y según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la estructura de la población al año 2017, por grupos quinquenales de edad y según sexo, es la que se muestra en la Figura 50, junto con la estructura de la población al final de los 15 años del período de proyección considerado en la "Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017", es decir al año 2032.

Figura 50: Estructura de la población por sexo y grupos de edad, 2017 y 2032.



Fuente: Elaboración propia con base en información del INEC.

Con base en la información del INEC, se tiene que para el año 2018 la población de adultos mayores asciende a un total de 374 407 y representa un 7,48 % de la población total y para el año 2032 la población casi que se duplica (crece 1,94 veces), para un total de 726 262 personas, las cuales representan un 12,88 % de la población nacional a ese año, es decir, su peso relativo se incrementa en aproximadamente 5 puntos porcentuales al cabo de 15 años. Esta situación se puede apreciar en el Cuadro 92.

Cuadro 92: Estimaciones de la población nacional y de adultos mayores, 2018 – 2032.

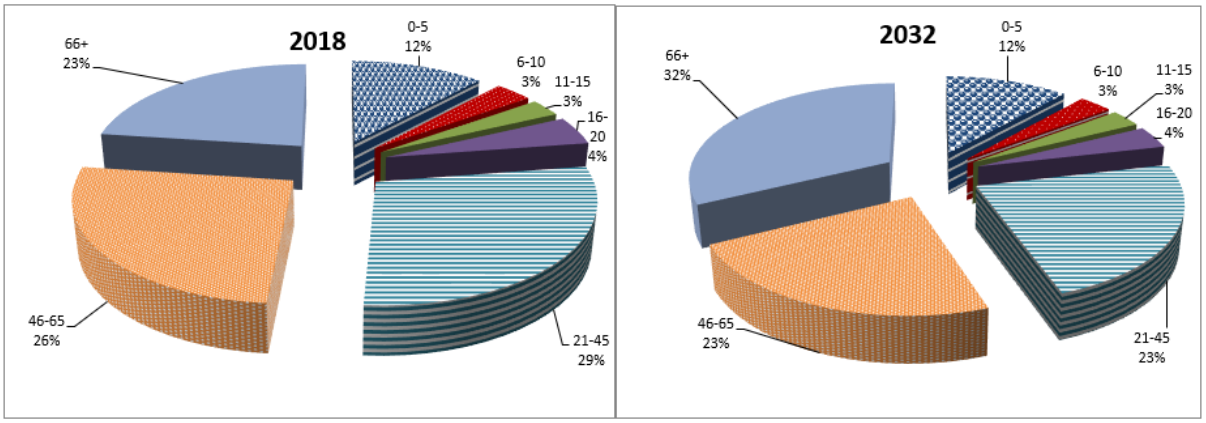
Año	**Población Nacional (A)**	**Población de 0-65 años**	**Tasa de cambio**	**Adultos mayores (B)**	**Tasa de cambio**	**Proporción población (B)/(A)**
2018	5 003 402	4 628 995		374 407		7,48 %
2019	5 058 007	4 664 695	0,77 %	393 312	5,05 %	7,78 %
2020	5 111 238	4 697 444	0,70 %	413 794	5,21 %	8,10 %
2021	5 163 038	4 727 041	0,63 %	435 997	5,37 %	8,44 %
2022	5 213 374	4 754 299	0,58 %	459 075	5,29 %	8,81 %
2023	5 262 237	4 779 427	0,53 %	482 810	5,17 %	9,17 %
2024	5 309 638	4 802 522	0,48 %	507 116	5,03 %	9,55 %
2025	5 355 592	4 822 959	0,43 %	532 633	5,03 %	9,95 %
2026	5 400 093	4 840 250	0,36 %	559 843	5,11 %	10,37 %
2027	5 443 143	4 855 112	0,31 %	588 031	5,03 %	10,80 %
2028	5 484 773	4 868 878	0,28 %	615 895	4,74 %	11,23 %
2029	5 525 016	4 881 609	0,26 %	643 407	4,47 %	11,65 %
2030	5 563 906	4 892 406	0,22 %	671 500	4,37 %	12,07 %
2031	5 601 472	4 902 345	0,20 %	699 127	4,11 %	12,48 %
2032	5 637 740	4 911 478	0,19 %	726 262	3,88 %	12,88 %

Fuente: Elaboración propia con base en información del INEC.

El gasto de atención de la salud asociado con los adultos mayores representa para el año 2018 un 22,9 % del gasto total por este concepto y para el año 2032 el gasto de esta población pasa a representar un 32,3 %, es decir, al final de los 15 años de proyección, el gasto de la salud de los adultos mayores incrementa su peso relativo en el gasto total en poco más de 9 puntos porcentuales. Esta situación es la que se puede apreciar en la Figura 51.

El gasto total por concepto de la atención integral de la salud (AIS) de la población adulta mayor, según los resultados de la Valuación Actuarial del Seguro de Salud, con corte a diciembre del 2017, asciende a la suma de 388 550,15 millones de colones, monto que crece en más de 5 veces al final del año 2032, pasando a un total de 2 052 992,22 millones de colones, según se muestra en el Cuadro 93.

Figura 51: Distribución del gasto en la atención a la Salud, por grupos de edades – años 2018 y 2032.



Fuente: Elaboración propia, Área de Análisis Financiero.

Cuadro 93: Proyección del gasto de atención de la salud para la población total y adultos mayores, 2018 – 2032.

Año	Gasto total AIS (A)	Gasto AIS Pobl. 0-65 años	Tasa de cambio (C)	Gasto AIS Pobl. +65 (B)	Tasa de cambio (D)	Proporción gasto (B)/(A)	Relación (D)/(C)
2018	1 696 866	1 308 316		388 550		23 %	
2019	1 865 703	1 430 189	9,32 %	435 514	12,09 %	23 %	29,8 %
2020	2 050 445	1 561 013	9,15 %	489 432	12,38 %	24 %	35,3 %
2021	2 252 861	1 702 004	9,03 %	550 857	12,55 %	24 %	39,0 %
2022	2 475 232	1 854 543	8,96 %	620 689	12,68 %	25 %	41,4 %
2023	2 719 378	2 019 568	8,90 %	699 810	12,75 %	26 %	43,3 %
2024	2 986 983	2 198 124	8,84 %	788 859	12,72 %	26 %	43,9 %
2025	3 281 018	2 391 729	8,81 %	889 288	12,73 %	27 %	44,5 %
2026	3 604 044	2 601 187	8,76 %	1 002 857	12,77 %	28 %	45,8 %
2027	3 959 759	2 828 147	8,73 %	1 131 612	12,84 %	29 %	47,1 %
2028	4 351 231	3 074 272	8,70 %	1 276 958	12,84 %	29 %	47,6 %
2029	4 783 024	3 342 843	8,74 %	1 440 181	12,78 %	30 %	46,3 %
2030	5 257 425	3 635 334	8,75 %	1 622 091	12,63 %	31 %	44,4 %
2031	5 781 542	3 956 273	8,83 %	1 825 269	12,53 %	32 %	41,9 %
2032	6 358 546	4 305 554	8,83 %	2 052 992	12,48 %	32 %	41,3 %
Promedio			**8.88 %**		**12.63 %**		**42.30 %**

Fuente: Elaboración propia, Área de Análisis Financiero, Dirección Actuarial y Económica.

En el Cuadro 93, se puede observar que el crecimiento esperado del gasto en atención a la salud, de la población adulta mayor para cada año es en promedio de un 12,63 %, contra un 8,88 % para el resto de la población, es decir el crecimiento del gasto correspondiente a los adultos mayores es en promedio un 42,3 % más alto que el esperado para el resto de la población lo cual es congruente con el cambio en la participación en el gasto en salud de la población mayor de 65 que se observa, ya que pasar de un 23 % de participación en el 2018 a un 32 % en el 2032, representa un aumento relativo del 41 %, el cual es consistente con el 42,3 % antes señalado.

Es importante indicar que el gasto asociado con la atención integral de la salud, según se indica en el contenido del documento de la valuación actuarial del Seguro de Salud, comprende el gasto asociado en forma específica por los servicios de salud, tanto de las hospitalizaciones y consultas médicas tanto externa como de Áreas de Salud, los cuales incluyen todos los servicios y prestaciones que se derivan de una hospitalización o consulta como los medicamentos, farmacia, laboratorio, exámenes y otros procedimientos derivados de la atención.

Por otro lado, para la elaboración de las proyecciones del gasto asociado con la atención de la salud, el modelo considera por sexo y edad simple, la información asociada con las tasas de utilización de los servicios, estancia hospitalaria y la cantidad de la población cubierta, de forma que es posible identificar la utilización y estancias específicas asociadas con la población de adultos mayores. En relación con los costos de los servicios, se cuenta con un costo promedio para cada servicio, ya sea hospitalización, consulta externa, consultas de EBAIS y Áreas de Salud, entre otros.

Los resultados obtenidos asociados con el gasto de la salud de la población adulta mayor y del resto de la población, también se ven sustentados en el comportamiento de los costos unitarios asociados con ambas poblaciones, según se aprecia en el Cuadro 94, en donde se puede apreciar que, el gasto de la atención de la salud por adulto mayor para el año 2018 se estima en 1,04 millones de colones, mientras que al final de los 15 años de proyección el gasto por adulto mayor más que se duplica, pasando a 2,83 millones de colones por adulto mayor.

Aunque los costos unitarios son significativamente superiores en la población adulta mayor, en el período 2018 – 2032 la variación porcentual acumulada es menor en esa población, ya que es de 172 %, con respecto al 214 % que muestra la población de 0 a 65 años. Además, al ser en términos absolutos tan significativa la población de 0 a 65 años, eso hace que la participación en el gasto en salud de la población adulta mayor no alcance a duplicarse.

Cuadro 94: Proyección del gasto de atención de la salud para la población total y adultos mayores, 2018 – 2032.

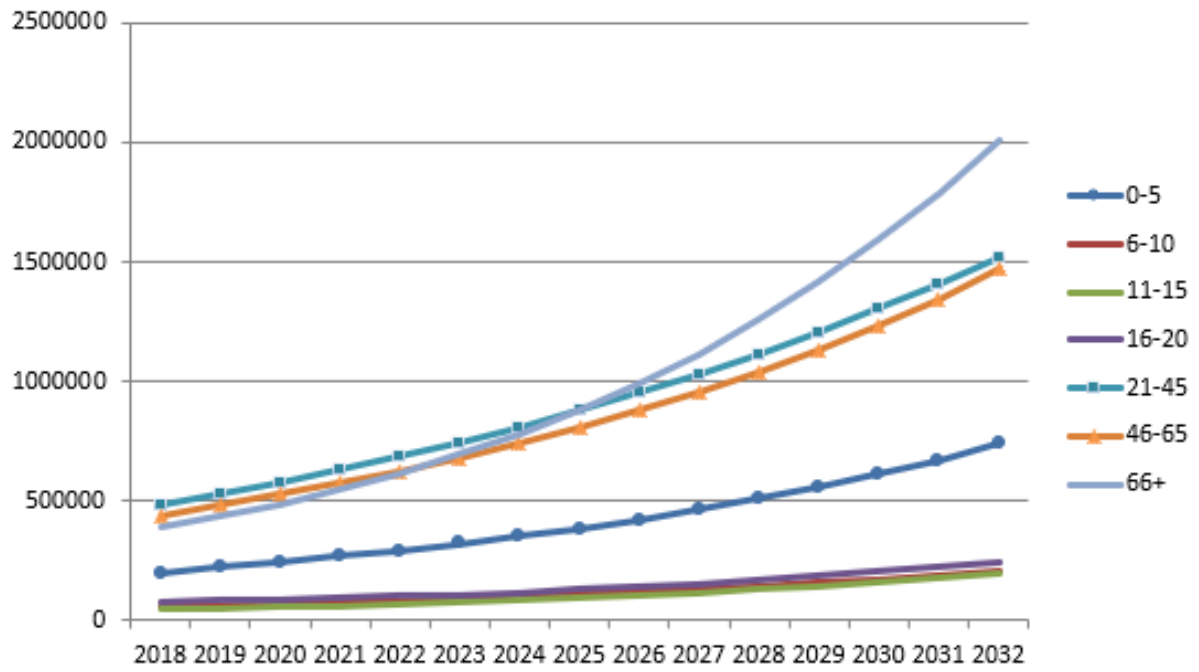
Año	Población de 0-65 años	Gasto AIS Pobl. 0-65 años	Costo Unitario Pobl. 0-65	Tasa de variación	Población adultos mayores	Gasto AIS adultos mayores	Costo unitario Pobl. +65	Tasa de variación
2018	4 628 995	1 308 316	0,28		374 407	388 550	1,04	
2019	4 664 695	1 430 189	0,31	8,5 %	393 312	435 514	1,11	6,7 %
2020	4 697 444	1 561 013	0,33	8,4 %	413 794	489 432	1,18	6,8 %
2021	4 727 041	1 702 004	0,36	8,3 %	435 997	550 857	1,26	6,8 %
2022	4 754 299	1 854 543	0,39	8,3 %	459 075	620 689	1,35	7,0 %
2023	4 779 427	2 019 568	0,42	8,3 %	482 810	699 810	1,45	7,2 %
2024	4 802 522	2 198 124	0,46	8,3 %	507 116	788 859	1,56	7,3 %
2025	4 822 959	2 391 729	0,50	8,3 %	532 633	889 288	1,67	7,3 %
2026	4 840 250	2 601 187	0,54	8,4 %	559 843	1 002 857	1,79	7,3 %
2027	4 855 112	2 828 147	0,58	8,4 %	588 031	1 131 612	1,92	7,4 %
2028	4 868 878	3 074 272	0,63	8,4 %	615 895	1 276 958	2,07	7,7 %
2029	4 881 609	3 342 843	0,68	8,5 %	643 407	1 440 181	2,07	8,0 %
2030	4 892 406	3 635 334	0,74	8,5 %	671 500	1 622 091	2,42	7,9 %
2031	4 902 345	3 956 273	0,81	8,6 %	699 127	1 825 269	2,61	8,1 %
2032	4 911 478	4 305 554	0,88	8,6 %	726 262	2 052 992	2,83	8,3 %

Fuente: Elaboración propia, Área de Análisis Financiero, Dirección Actuarial y Económica.

En efecto, según las estimaciones realizadas en la valuación actuarial del Seguro de Salud, se tiene que desde una perspectiva demográfica, el gasto en salud, cambia su distribución por grupos de edades, como se puede observar en la Figura 52, en donde la aceleración del gasto asociado específicamente con la población adulta mayor, la convierte a partir del año 2025, en la población más costosa para el Seguro de Salud, principalmente por las tasas de utilización de los servicios de salud para esas edades y además, por el proceso de envejecimiento de la población.

Al final de los 15 años del período de proyección, la población adulta mayor (mayores de 65 años) desplaza en cuanto al nivel de los gastos asociados con la atención de la salud, a las poblaciones de los otros dos grupos de edad que tienen mayor peso en dicho gasto, los cuales corresponden a las poblaciones de 21 a 45 años y de 46 a 65 años. Además, es importante señalar la desaceleración del gasto en el grupo de población de los 0 a los 5 años, en línea con la disminución en las tasas de natalidad.

Figura 52: Evolución del gasto en la atención a la Salud, por grupos de edades: 2018-2032.



Fuente: Elaboración propia, Área de Análisis Financiero, Dirección Actuarial y Económica.

No obstante lo anterior, es preciso indicar que si bien es cierto que la población adulta mayor casi que se duplica al cabo de los 15 años de proyección, se obtiene como parte de los resultados que el gasto de la atención de la salud asociado precisamente con la población de adultos mayores, crece en forma más acelerada, toda vez que dicho gasto para esa población se incrementa aproximadamente 5 veces al cabo de los 15 años de proyección, ocasionado por el envejecimiento de la población, la frecuencia de uso de los servicios de salud, los costos de los servicios, entre otros. Es decir, el aumento de 5 puntos porcentuales a nivel de participación demográfica se traduce en un aumento de 9 porcentuales en la participación del gasto.

Aún y cuando la población adulta mayor prácticamente se duplica en el período 2018-2032, y su gasto asociado se quintuplique, en términos de la participación relativa dentro del gasto total en atención de la salud, esa población pasa de representar el 23 % a representar el 32 %. Cabe aclarar que el hecho de que esa participación no aumente en esa misma proporción obedece a que no se trata de un modelo lineal, sino que responde a la dinámica misma del gasto o costo en el resto de los grupos etáreos que proyecta el modelo.