

325

**Segmentación en
seguros de salud: la 3ª y 4ª edad**
La edad sénior

**Máster en Dirección de Entidades
Aseguradoras y Financieras**



325

**Segmentación en
seguros de salud: la 3ª y 4ª edad**
La edad sénior

Estudio realizado por: Sergio Ruiz Robles
Tutor: Javier Sierra

**Tesis del Máster en Dirección de Entidades
Aseguradoras y Financieras**

Curso 2022/2023

Cuadernos de Dirección Aseguradora es una colección de estudios que comprende las tesis realizadas por los alumnos del Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras de la Universidad de Barcelona desde su primera edición en el año 2003. La colección de estudios es una idea original del Dr. José Luis Pérez Torres, profesor honorífico de la Universidad de Barcelona y la Dra. Mercedes Ayuso Gutiérrez, catedrática de la misma Universidad, y cuenta con la coordinación del Sr. Ferran Rovira Isanda, profesor del Máster.

Esta tesis es propiedad del autor. No está permitida la reproducción total o parcial de este documento sin mencionar su fuente. El contenido de este documento es de exclusiva responsabilidad del autor, quien declara que no ha incurrido en plagio y que la totalidad de referencias a otros autores han sido expresadas en el texto.

Presentación y agradecimientos

La elección de este trabajo fue todo un reto para mí ya que la temática y la metodología para su elaboración distan bastante de mi día a día profesional en el sector asegurador. He querido aprovechar este Máster al máximo y fruto de ello ha sido este trabajo.

Agradezco a la Dirección de MGC Mutua la oportunidad que me brindaron de cursar este Máster y la ayuda prestada para obtener la información necesaria para el estudio.

Agradecer a Javier Sierra todo su apoyo y paciencia con la tutoría de este trabajo y como no, por estar siempre ahí cuando lo necesitamos.

A mi esposa e hijos darles las gracias por la paciencia y soportarme. Ellos han sido y son mi mayor inspiración y apoyo.

Resumen

Sin duda la evolución de la población y en especial el envejecimiento de ésta va a suponer un reto en muchos ámbitos de la sociedad y de la economía. Los seguros personales tienen una relación muy estrecha con la evolución etaria de la sociedad y por lo tanto su envejecimiento va a suponer un mayor esfuerzo en los análisis para las aseguradoras sin duda. Uno de los seguros que tiene una mayor correlación con la edad es el seguro de salud. Si bien la edad es un factor que hasta ahora era claramente diferenciador a la hora de segmentar y tarificar en los seguros de salud, la evolución de las nuevas generaciones y en concreto de sus hábitos puede marcar un cambio en las tendencias hasta ahora establecidas de los tramos de edad comprendidos a partir de los 55 años. Este trabajo quiere ser una contribución a los cambios que se irán produciendo en los estudios sobre segmentación en estos tramos de edad que actualmente existen.

Palabras Clave: Segmentación, Seguro de salud, senior, “silver economy”, cluster,

Resum

Sens dubte l'evolució de la població i especialment l'envelliment d'aquesta suposarà un repte en molts àmbits de la societat i de l'economia. Les assegurances personals tenen una relació molt estreta amb l'evolució etària de la societat i per tant el seu envelliment suposarà un esforç més gran en les anàlisis per a les asseguradores sens dubte. Una de les assegurances que té més correlació amb l'edat és l'assegurança de salut. Si bé l'edat és un factor que fins ara era clarament diferenciador a l'hora de segmentar i tarificar les assegurances de salut, l'evolució de les noves generacions i en concret dels seus hàbits pot marcar un canvi en les tendències fins ara establertes dels trams compresos a partir dels 55 anys. Aquest treball vol ser una contribució als canvis que s'aniran produint als estudis sobre segmentació en aquests trams d'edat que actualment existeixen.

Paraules Clau: segmentació, Assegurança salut, sènior, “silver economy”, clúster.

Summary

Undoubtedly, the evolution of the population and, especially, its aging are set to pose a challenge in many areas of society and the economy. Given the extremely close ties between personal insurance and the age evolution of society, aging will clearly suppose a greater effort in the analyses insurers have to make. One of the areas of insurance with a very strong correlation with age is health insurance. Although until now age has been an obvious differentiating factor when it comes to segmenting and pricing health insurance, the evolution taken by new generations and, specifically, of their habits is likely to change prevailing trends in age ranges from 55 onwards. This work seeks to shed light on the changes that will take place in the segmentation studies conducted for these age groups.

Keywords: Segmentation, health insurance, senior, “silver economy”, cluster.

Índice

La segmentación en los seguros de salud : la 3ª y 4ª edad	9
1. Presentación del problema.....	9
2. Los seguros de salud.	13
2.1. Características del seguro de salud.....	13
2.2. Antecedentes del seguro de salud.	15
2.3. El seguro de salud en la actualidad.....	18
3. La composición etaria de la sociedad.....	27
3.1. La composición de la edad sénior. Una primera segmentación.	29
3.2. Indicadores sobre la salud en los tramos sénior.....	32
3.2.1. Indicadores comparativos sobre la salud en el tramo senior.....	34
4. Segmentación de una muestra de asegurados de una póliza de salud en el tramo de edad sénior.	39
4.1. Análisis de la muestra.....	40
4.2. Metodología de segmentación.....	46
4.2.1. Análisis de correspondencias múltiples.....	47
4.2.2. Análisis Clúster.....	52
5. Conclusiones.....	57
6. Bibliografía	61
Sergio Ruiz Robles	63
Anexos	65

La segmentación en los seguros de salud: la 3ª y 4ª edad

1. Presentación del problema

A nadie se le escapa que el paulatino envejecimiento de la sociedad es un hecho que a nadie se le escapa va a provocar grandes cambios en la gestión tanto público como privada de los recursos. Si bien por un lado tendremos cada vez personas con una edad más avanzada en la pirámide poblacional, el comportamiento de estos tramos de edad serán diferentes a los que hasta ahora se han conocido. Los cambios en los hábitos de las personas, además de los avances médicos y sociales, han conllevado un alargamiento de la esperanza de vida y de la calidad de vida de las personas.

El fenómeno sénior tiene creciente impacto y relevancia en la sociedad y la economía. En España, hoy, el grupo social de las personas sénior lo constituyen más de 16 de millones de ciudadanos de 55 y más años, una tercera parte de la población total.

La cobertura estadística de este gran grupo poblacional es cada vez mejor, pero choca todavía con un prejuicio generalizado por el que, a partir de los 65 años, se amalgama a la población en un solo grupo en la mayor parte de las estadísticas oficiales y no oficiales. Ello significa que la enorme diversidad que alberga este grupo no sólo en términos de edad, sino también culturalmente, en un rango de más de 50 años, queda sumida en la niebla de las medias estadísticas cuyos rangos de variación pueden ser enormes.

Si derivamos el análisis hacia los seguros personales, en especial los seguros de salud, este segmento de edad se está convirtiendo en la franja más representativa de las carteras de las entidades aseguradoras. Las entidades también se encuentran con dificultades para atraer a las nuevas generaciones para la contratación de este tipo de seguros. Esta combinación de hecho ya está provocando que en este ramo las carteras de las compañías estén aumentando la media de edad de las personas que contratan estos seguros, y por lo tanto se esté derivando hacia su envejecimiento en términos medios.

Hoy en día, también es una realidad que el seguro de salud está cobrando una gran relevancia. Se trata de un mercado en expansión y que cada vez más compañías aseguradoras están volcando parte de sus recursos en potenciar la captación y retención de clientes. Hay diversos análisis que plantean que posiblemente el seguro de salud rebasará al seguro de autos (este ramo tiene una peculiaridad en España que lo hace el más contratado y es que tiene carácter obligatorio) en cuanto a volumen de primas en un periodo no demasiado lejano.

Otra característica que hace que la relación entre las compañías aseguradoras y el tramo de edad sénior se esté convirtiendo en un reto en cuanto a los análisis de éstas es que estos tramos de edad suelen ser los que más servicios necesitan de los que ofrecen las entidades aseguradoras. Además, una de las características en la contratación de estos seguros es que las compañías pongan limitaciones a la hora de contratar las nuevas pólizas. Estas limitaciones en la subscripción suelen ser en forma de exclusiones por patologías previas, hecho que acaba teniendo un efecto cautivo en las personas de cierta edad y que ya tienen contratado un seguro de salud o incluso se estén planteando contratarlo por primera vez.

Otro aspecto a tener en cuenta y que este estudio quiere abordar es que tradicionalmente se ha establecido la edad de 65 años como tramo inicial de la edad a partir de la cual se considera 3ª edad. Quizá el hecho que sea la edad en la que hasta ahora se entendía que una persona pasaba a formar parte de las clases no trabajadora estableció este tramo de edad como el inicio de una nueva etapa en la vida. Quizá otros seguros es posible que esa segmentación tenga cabida ya que se pueden producir cambios sustanciales en las condiciones de vida, pero en lo referente a los seguros de salud no es un elemento que pueda afectar a las condiciones de salud en un aspecto negativo. Como se verá en el estudio, es posible que los cambios de hábitos y el paso a un estilo de vida más ocioso influya en el uso del seguro de salud. Resaltar la expresión “uso de este seguro” es necesario ya que es importante tenerlo en cuenta puesto que influirá en la frecuencia de las prestaciones que los seguros ofrezcan.

Los estilos de vida saludable que suelen producirse cuando se empieza a llegar a cierta edad, menos estrés, etc. influirán también en la frecuentación de los seguros de salud. El hecho de que cada vez haya más esperanza de vida hace que el tramo que va desde los 65 años en adelante sea cada vez más extenso, condición que podría argumentar esta necesidad de segmentación.

En términos de subscripción, este grupo de edad conjuga dos importantes factores que hacen que en estos momentos puedan convertirse o bien en una amenaza para el sector o bien una oportunidad. Estos dos factores son los que más influyen en los denominados seguros de No Vida (entre los cuales se encuentra el seguro de salud): la frecuencia en los siniestros y los costes medios de estos siniestros. Estas dos variables son las que el mercado suele tener en cuenta para calcular sus modelos de subscripción. Por lo tanto, puede parecer que el modelo de mercado para este tipo de seguro tienda a ser muy homogéneo. En cambio, nos vamos a encontrar con tomadores de estos seguros que presentan diferentes características personales y que muestren un comportamiento futuro diferente. Paralelamente, los avances médicos pueden ser la clave para contener tanto la frecuencia de los siniestros como los costes medios de estos siniestros.

Este trabajo pretende mostrar cómo se puede plantear una posible segmentación del tramo de edad comprendido entre la 3ª y 4ª edad desde el punto de vista de los seguros de salud, dado que como se ha visto anteriormente este tramo de edad se va a convertir en el tramo más importante de las carteras de las entidades que apuesten por este ramo. Obviamente no pretende ser un estudio médico sobre que incidencia tiene el avance de la edad sobre las enfermedades de las personas, sino más bien un reflejo de como la evolución de la sociedad se puede acabar trasladando hacia los seguros de salud.

Para ello, en primer lugar, se hace una introducción a los seguros de salud: cuáles son sus características principales respecto a otros seguros, sus orígenes para comprender como se ha percibido y se percibe el suscribir un seguro de salud. Seguidamente una visión de la composición etaria de la sociedad y en concreto de los tramos de edad sénior y algunos índices de su evolución. A continuación, y a través de una muestra, se procederá a obtener modelos de segmentación teniendo como variables clave la edad, la frecuencia y el coste de los servicios. Por último y partir de los puntos anteriores se procede a determinar las conclusiones del trabajo.

2. Los seguros de salud.

2.1. Características del seguro de salud.

El seguro de salud en realidad tiene la denominación, según la ley 50/1980 del Contrato de Seguro, de seguro de asistencia sanitaria. Este seguro se enmarca en los contratos de seguros de personas del título III de esta norma. En la sección cuarta, artículos 105 y 106 hace mención a los seguros de enfermedad y asistencia sanitaria de la siguiente manera:

“Cuando el riesgo asegurado sea la enfermedad, el asegurador podrá obligarse, dentro de los límites de la póliza, en caso de siniestro, al pago de ciertas sumas y de los gastos de asistencia médica y farmacéutica. Si el asegurador asume directamente la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos, la realización de tales servicios se efectuará dentro de los límites y condiciones que las disposiciones reglamentarias determinan.

Los seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria quedarán sometidos a las normas contenidas en la sección anterior en cuanto sean compatibles con este tipo de seguros”.

El seguro de salud en España tiene tres componentes fundamentales, dos de los cuales están más relacionados entre ellos:

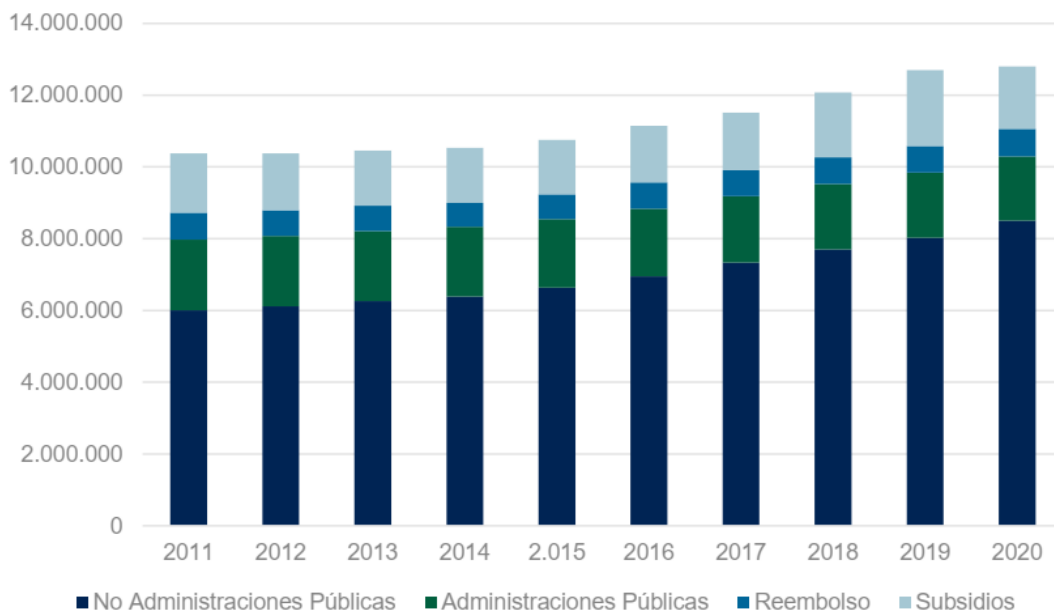
- Existen dos tipos de seguros cuyo objetivo es aportar a los asegurados el acceso a servicios de salud; por eso conjuntamente se denominan seguros de “prestación de servicios”. La diferencia es el enfoque que utiliza cada uno de estos seguros:
 - o Los denominados comúnmente seguros de asistencia sanitaria son seguros que facilitan, a cambio del pago del precio del seguro, acceso a un conjunto cerrado de servicios sanitarios sin más coste que el propio pago ya citado.
 - o Los denominados como seguros de reembolso de gastos médicos son seguros que, presentando o no un cuadro médico de asistencia sanitaria como el del punto anterior, también incluyen la posibilidad de que el asegurado haga uso del servicio sanitario de su elección y, entonces, el asegurador le reembolse un porcentaje de dicho pago.
- El tercer tipo de seguro, denominado se subsidios, es un seguro que indemniza al asegurado en el caso de que deba estar de baja por enfermedad, hospitalización, o causa relacionada con la salud.
- A todos estos seguros se unen los seguros específicamente dentales. Éstos, sin embargo, se consideran aparte y no se suman, por considerar

que la mayoría de los seguros dentales son seguros de doble contabilidad (quienes los tienen también tienen otros seguros de salud).

Todos estos seguros tienen una expresión colectiva (aseguramiento, por ejemplo, de los trabajadores de una empresa) o individual. En el caso del seguro de asistencia sanitaria, un tipo muy especial de seguro colectivo es el conocido como de administraciones públicas, donde se acumulan las tres mutualidades de funcionarios de la Administración Central del Estado (Muface, Isfas y Mugeju).

Este conjunto de seguros acumuló, en el año 2020, 12,8 millones de asegurados, además de unos 5,3 millones de asegurados del seguro dental. Los componentes de asistencia sanitaria diferente de la de Administraciones Públicas, tanto individuales como colectivos, son los principales del conjunto de asegurados.

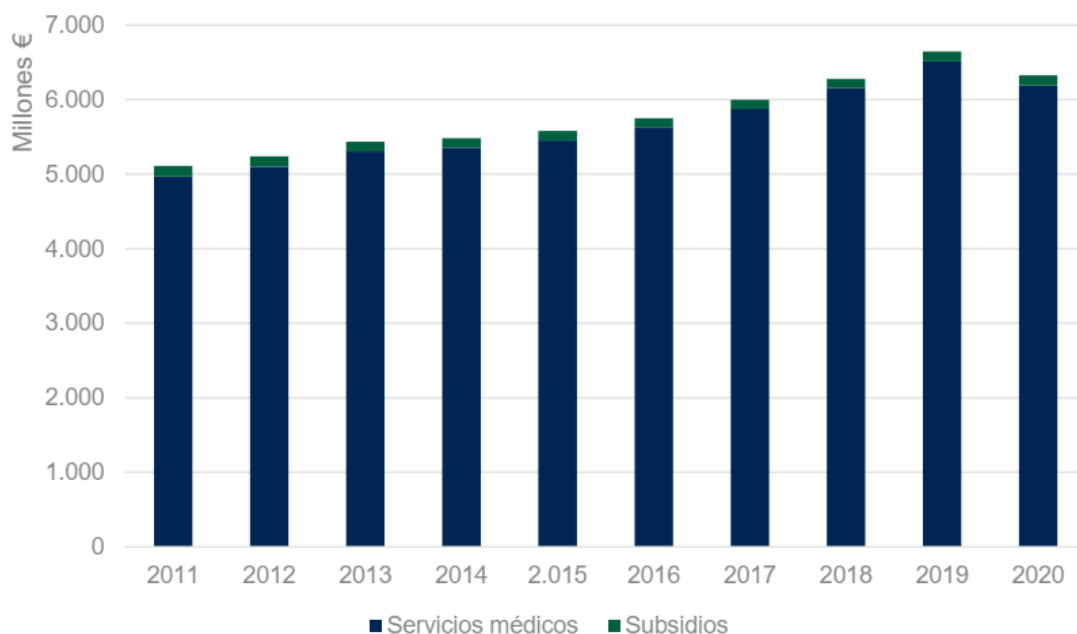
Gráfico 1: Evolución reciente de los asegurados de salud



Fuente: ICEA

Por otra parte, se estima que en el año 2020 las prestaciones totales liquidadas por este tipo de seguros han sido de 6.300 millones de euros, de los cuales 6.200 millones se corresponden a las prestaciones de servicios médicos.

Gráfico 2: Evolución de las prestaciones del seguro de salud.



Fuente: ICEA

2.2. Antecedentes del seguro de salud.

Resultará interesante para el presente estudio hacer un repaso de cómo surgió en España el seguro de salud. Se deberá tener en cuenta que los actuales seguros de salud son fruto de la interacción del sector privado que tuvo que hacer frente a la necesidad de una sociedad que debido a los pocos medios que disponía siempre ha tenido un déficit de infraestructuras sanitarias además de una cobertura insuficiente para la población.

En España hubo un gran atraso en la aplicación de los seguros de salud. Mejor dicho, en los seguros sociales de salud. Antes de la guerra civil no se aprobó ningún seguro de enfermedad y cuando se implantó en 1929 el seguro de maternidad obligatorio, se vinculó al retiro laboral, el único seguro que existía en España. Este seguro se creó en base a un sistema de cotización de mujeres trabajadoras, patronal con aportación, sin determinar, del propio Estado. La población continua durante muchos años recurriendo al mercado o a la solidaridad mutua para cubrir la necesidad de un seguro de enfermedad.

Las sociedades de socorros mutuos, los montepíos, mutuas y cajas de empresas, así como los igualatorios cubrirían el seguro de enfermedad dentro del ámbito de los denominados seguros libres (Rodríguez Ocaña, 1990, 321-330). El porcentaje de la población cubierta por estas sociedades era muy limitado. A principios del siglo XX, el número de socios por provincia de las

sociedades de socorros mutuos, no sólo del seguro de enfermedad, mostraba una clara concentración en la zona del levante español. En esas fechas, Barcelona tenía 11782 socios por cada 100.000 habitantes, seguida por Gerona con 8707 y Baleares con 4613. Madrid les seguía con 4509, Alicante con 3444 y Guipúzcoa con 3232. La media de toda España era de 1889. Como se ha visto, una de las zonas con más personas cubiertas era Barcelona. De ahí que en 1917, según los registros de la Federación de Sociedades de Socorros Mutuos de dicha provincia constaran con 726 sociedades integradas por 177234 socios. De ellas 454 estaban constituidas solo por socios varones (92.358), 115 solo por mujeres (38.041) y 157 eran mixtas (26169 socios y 20666 socias). Estas sociedades ofrecían subsidios de enfermedad, por defunción o imposibilidad, podían disponer de médicos y en algunos casos cubrían los gastos farmacéuticos. Sin embargo, las sociedades de seguros mutuos empezaron a entrar en declive debido al descenso de la afiliación de trabajadores jóvenes (aviso para navegantes) y la reducción de las altas debido en parte a la introducción de los seguros sociales por parte del estado.

También comenzó a aparecer la práctica de crear mutualidades por parte de las patronales. Como ejemplo, el caso de Papelera Española, con sede en Bilbao, y la Mutualidad de la Federación Obrera de la Papelera, que cubría a partir de un canon que satisfacía la empresa la asistencia médica y subsidio de enfermedad y otros complementos a los que la ley ofrecía por accidentes de trabajo. Otros empresarios, en lugar de fundar mutualidades cubrieron a sus trabajadores a través de mutuas patronales ya existentes, como es el caso de Mutua General de Seguros que empezaron a ofrecer, además del seguro de accidentes de trabajo, el seguro de enfermedad, maternidad y muerte.

A principios de los años 20 del siglo pasado, el Gobierno barajó la posibilidad de implantar el seguro de enfermedad con la inclusión del seguro de maternidad. Sin embargo, lo consideró inviable debido al elevado coste y la casi nula infraestructura necesaria.

En 1942 se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), un sistema de salud público obligatorio que daba cobertura médica a todas las personas residentes en España y que se financiaba gracias a las cotizaciones de los trabajadores, como en el sistema público actual de la Seguridad Social. Protegía a los trabajadores y sus familiares, en casos de enfermedad común y maternidad, con una prestación de asistencia sanitaria, una indemnización económica por la pérdida de la retribución derivada de los riesgos anteriores y una indemnización por gastos funerarios por fallecimiento de los asegurados. La gestión y administración del seguro se atribuyó al Instituto Nacional de Previsión, que organizó la denominada "Caja Nacional del Seguro de Enfermedad" con separación del resto de sus bienes y responsabilidades y se completaba con entidades colaboradoras privadas.

Aunque en el balance global del Seguro Obligatorio de Enfermedad, existen múltiples notas negativas como la falta de financiación, la ausencia de

infraestructuras y el uso propagandístico; en su haber se debe señalar que permitió la atención médica a una parte de la población que anteriormente no disponía más que de la beneficencia y estableció las bases de la atención sanitaria para el último cuarto del siglo XX.

En el seguro, actuaban entidades colaboradoras de carácter privado que realizaban múltiples labores desde la recaudación de las primas hasta la asistencia sanitarias y económicas. Para ilustrar la importancia cuantitativa de esta colaboración privada es reseñable que el porcentaje de asegurados directos por el Instituto Nacional de Previsión representaba, en 1945, solo un 22,40% del total de asegurados, el resto eran afiliados a entidades colaboradoras.

El seguro obligatorio cubría a todos los productores definidos en la Ley como "económicamente débiles", que comprendía a aquellos que tuviesen rentas del trabajo inferiores a 9.000 pesetas anuales. Quedaban fuera, los funcionarios públicos por estar cubiertos por otra normativa. Los beneficiarios del seguro, de acuerdo con el artículo 8 de su ley de creación, eran también los familiares que convivieran con el asegurado y a sus expensas (cónyuges, ascendientes descendientes y hermanos menores de 18 años o incapacitados para el trabajo). Se consideraba también como requisito indispensable para ser beneficiario del régimen la afiliación al mismo.

El SOE se concibió de una forma muy limitada en cuanto a la población que abarcaba. En 1946, las personas amparadas alcanzaban 8.000.000, lo que representaba el 30% de la población. En 1960, dieciséis años después de su implantación, el seguro seguía sin cubrir a la mayoría de los españoles, pues los protegidos suponían unos 13.000.000 de personas lo que suponía el 44% de la población. Este aumento de afiliados procedió fundamentalmente del crecimiento vegetativo, puesto que el tope salarial de retribuciones para la cobertura médica, aunque fue subiendo, permaneció constante en términos de poder adquisitivo.

De acuerdo con la normativa aprobada, los servicios médicos del Seguro se prestarían, a través de conciertos, por:

- Con carácter general, por la obra Sindical 18 de Julio. En el concierto firmado, se fijaba la prestación de los servicios médicos y la utilización de los inmuebles de la Obra Sindical.
- De forma secundaria, por las instituciones dependientes del Estado, provincia o municipio.
- De forma excepcional, por instituciones privadas.

La carencia de medios propios del SOE era muy alta. En el nacimiento del seguro, en 1948, solo los medios propios representaban un 3% de las camas hospitalarias. Para poder dar cumplimiento a las prestaciones establecidas en la normativa del Seguro Obligatorio de Enfermedad, el

Ministerio de Trabajo aprobó un Plan Nacional de instalaciones sanitarias que tenía como objetivo la construcción, básicamente de hospitales (Residencias en la terminología del Seguro) y ambulatorios. En 1948, el gobierno declaró estas obras como de "interés nacional". A pesar de la ejecución de este plan, en 1973, el porcentaje de camas propias había subido hasta el 20% y las camas proporcionadas por el sector privado ascendían al 33,2%.

Antes de la implantación del Seguro de Enfermedad, las principales formas de atención médica en España eran:

- La beneficencia, financiada por ayuntamientos y diputaciones, atendía a la población de bajo ingresos que no podían permitirse otro tipo de asistencia. Contaba con hospitales dedicados a tratar determinadas enfermedades (lepra, bubas y enfermedades incurables) y a las personas desamparadas.
- En el ámbito público también existían una red de hospitales militares que atendía a la oficialidad y a la tropa.
- El servicio de médicos titulares, cuerpo de funcionarios que ejercían en el medio rural.
- El sistema de "iguales" por el que los miembros de un determinado colectivo contrataban su asistencia médica a cambio del pago de una cuota fija.
- El sistema de mutuas de trabajo, en empresas o gremios, más habituales en zonas urbanas industrializadas.
- La medicina privada para quienes pudiesen costear estos servicios.

Desde 1965, el Instituto Nacional de Previsión se hizo cargo de la asistencia sanitaria y del abono de las prestaciones económicas de los asegurados que estuviesen adscritos a entidades colaboradoras, sin perjuicio de poder convenir la adquisición o utilización de instalaciones de aquellas entidades privadas que tuvieran centros sanitarios adecuados.

Es con la llegada de la democracia cuando comienzan a crearse los seguros médicos privados para ofrecer servicios más especializados a aquellas personas que querían reforzar su asistencia médica a través de estos seguros de salud médico privados.

2.3. El seguro de salud en la actualidad.

Una pregunta interesante, cuando se estudia el seguro médico (o de prestación de servicios), es aquélla que se refiere al papel que juega dentro de la provisión general de cuidados sanitarios. Para realizar esta aproximación, se parte de la base de que las prestaciones médicas, en una sociedad como la española, pueden proceder de tres fuentes. Tres fuentes que pueden ser estudiadas a partir de tres orígenes de datos también distintos:

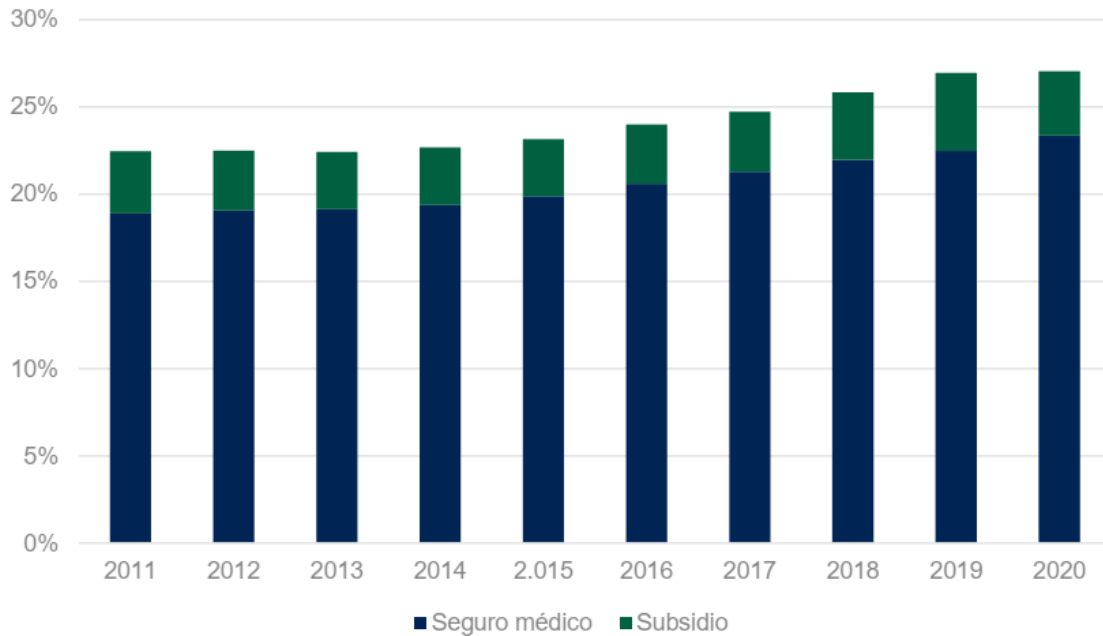
- Por un lado, se encuentran las prestaciones de la sanidad pública. Para aproximar éstas, se utilizan las cifras presupuestadas en el capítulo de sanidad por las diferentes comunidades autónomas, tal y como se ha publicado por parte del Ministerio de Hacienda.
- En segundo lugar, está la cifra de prestaciones del seguro médico. En este caso, se dispone de datos de ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras). ICEA no aborda la distribución de las prestaciones por territorios, por lo que los datos que se mostrarán a continuación realizaron una distribución teórica basada en la distribución de los ingresos. Esto supone, por lo tanto, asumir que, en cada territorio, la relación entre recaudación y pagos por prestaciones es relativamente estable.
- En tercer lugar, está el componente normalmente conocido como *out of the pocket*. Esto es, el gasto médico financiado por las propias familias por sí solas. En este caso, la fuente más fiable es la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) del Instituto Nacional de Estadística (INE).

El resultado de este ejercicio sugiere que las prestaciones del sistema público de salud suponen aproximadamente el 71% del gasto total en salud. A ello hay que sumar un 22% que asumen las familias de sus propios presupuestos de consumo. Normalmente corresponden a prestaciones que no están cubiertas por la sanidad pública (como la compra de gafas, por ejemplo). En tercer lugar, figura el seguro de salud, que supondría alrededor del 7% de las prestaciones totales de salud.

Los territorios donde el peso del gasto en salud derivado del seguro es mayor son, lógicamente, aquéllos donde dicho seguro es más denso. En la Comunidad de Madrid, por ejemplo, se estima que el 11,6% de las prestaciones de salud proceden del seguro, mientras que esa tasa es del 10,4% en Cataluña y del 9,8% en las Islas Baleares. El hecho de que Madrid y Cataluña estén tan pobladas condiciona, claramente, el resultado del conjunto de España. Por el contrario, las comunidades donde el peso de las prestaciones del seguro es más bajo son Cantabria, Navarra y Asturias.

Las diferentes modalidades del seguro de salud muestran, por lo general, una tendencia al incremento de su presencia en la sociedad, lo cual quiere decir que crecen más deprisa que la población.

Gráfico 3: Evolución de la presencia entre la población de los seguros de salud.

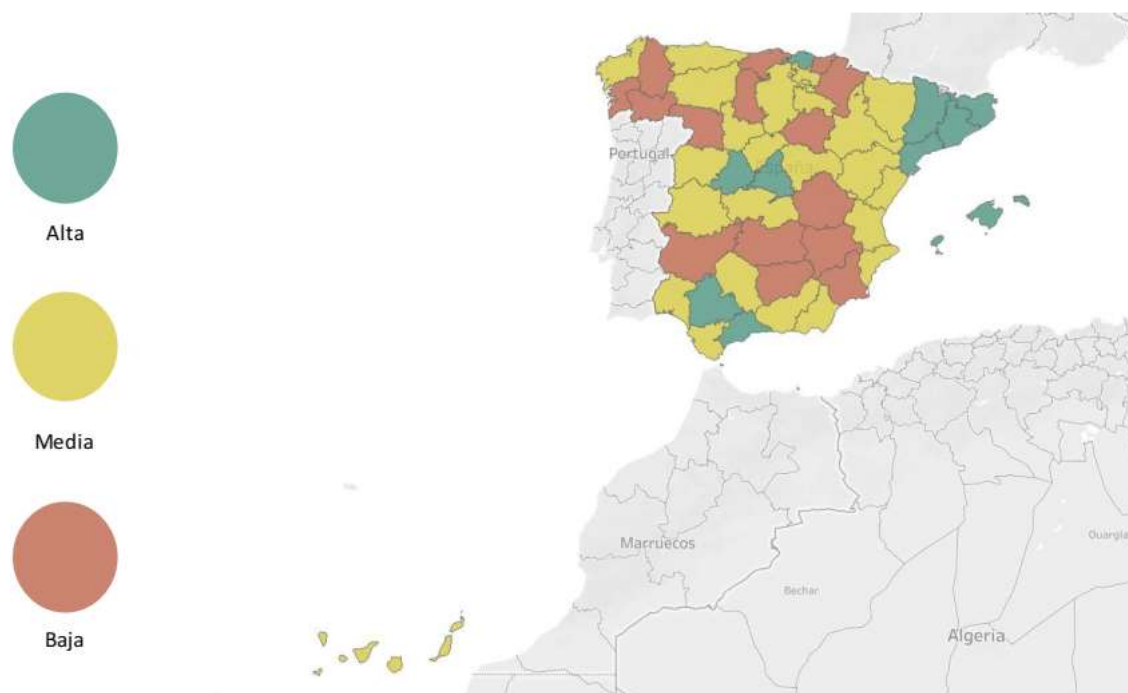


Fuente: Elaboración de Estamos Seguros con datos de ICEA y del Instituto Nacional de Estadística

La tasa de penetración, es decir, el porcentaje que supone el número de asegurados sobre el total de la población, del seguro médico o de prestación de servicios es bastante variable. Madrid es la provincia de España que tiene una presencia social más elevada. Ahí se estima que un 37% de la población tiene seguro de asistencia sanitaria o de reembolso. Le siguen las ciudades autónomas (Ceuta y Melilla) y Barcelona, las tres por encima del 30%. Continúan la lista Baleares y Vizcaya. Por el contrario, las provincias con menor penetración son Cantabria, Navarra, Lugo, Jaén y Orense.

La evolución de la capilaridad del seguro de salud, en este caso, muestra una tendencia al alza en los últimos años.

Gráfico 4: Expresión geográfica de la penetración del seguro médico en la población



Fuente: Elaboración de Estamos Seguros con datos de ICEA y del Instituto Nacional de Estadística

Tabla 1. Evolución histórica de la capilaridad del seguro médico, por CCAA. En % de la población.

CCAA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Andalucía	14,78%	14,96%	14,61%	15,16%	15,24%	15,46%	16,18%	17,17%	18,10%	18,90%	19,55%	20,63%
Aragón	24,24%	27,09%	17,05%	17,88%	17,86%	17,97%	18,95%	19,64%	19,65%	20,24%	20,79%	21,40%
Asturias	13,22%	11,07%	10,42%	11,12%	10,66%	12,34%	12,31%	13,55%	13,81%	14,81%	15,52%	16,03%
Islas Baleares	27,94%	27,63%	26,46%	25,00%	26,98%	27,64%	27,96%	28,53%	28,70%	29,23%	29,33%	29,49%
Canarias	14,61%	13,08%	12,96%	14,01%	14,26%	14,60%	15,64%	16,58%	18,02%	18,94%	19,69%	19,87%
Cantabria	18,41%	15,36%	14,82%	15,59%	15,31%	15,59%	5,81%	5,28%	5,92%	6,19%	6,34%	7,70%
Castilla-La Mancha	10,43%	10,54%	10,28%	11,11%	11,43%	11,66%	12,33%	13,05%	13,79%	14,32%	14,76%	15,84%
Castilla y León	17,24%	16,00%	14,31%	14,73%	14,43%	14,48%	14,95%	15,46%	16,10%	16,55%	17,00%	18,03%
Cataluña	29,49%	30,18%	26,87%	24,79%	26,92%	27,53%	28,26%	29,09%	30,10%	31,11%	31,36%	31,82%
Comunidad Valenciana	13,65%	14,10%	13,38%	14,22%	14,15%	14,27%	14,60%	15,15%	15,69%	16,24%	16,98%	17,89%
Extremadura	11,18%	10,94%	10,58%	10,87%	10,61%	10,72%	11,07%	11,58%	12,07%	12,73%	13,41%	14,43%
Galicia	16,31%	14,39%	13,34%	14,22%	13,97%	14,48%	14,44%	14,82%	15,10%	15,66%	16,00%	16,25%
La Rioja	14,91%	13,35%	13,00%	13,89%	14,23%	14,68%	15,19%	15,33%	15,91%	16,46%	16,75%	17,05%
Madrid	32,32%	37,15%	30,60%	32,13%	31,74%	31,93%	32,90%	33,40%	34,13%	34,34%	34,80%	36,65%
Murcia	7,03%	11,67%	11,20%	11,55%	11,41%	10,88%	11,11%	11,44%	11,65%	11,91%	12,04%	12,76%
Navarra	6,91%	5,96%	5,66%	6,32%	6,19%	7,35%	6,66%	7,90%	8,12%	9,33%	10,01%	10,00%
País Vasco	22,01%	20,49%	19,97%	20,55%	19,98%	19,84%	21,39%	21,65%	20,97%	21,75%	21,97%	21,96%
España	19,35%	20,05%	18,89%	19,06%	19,13%	19,37%	19,89%	20,59%	21,28%	21,97%	22,48%	23,35%

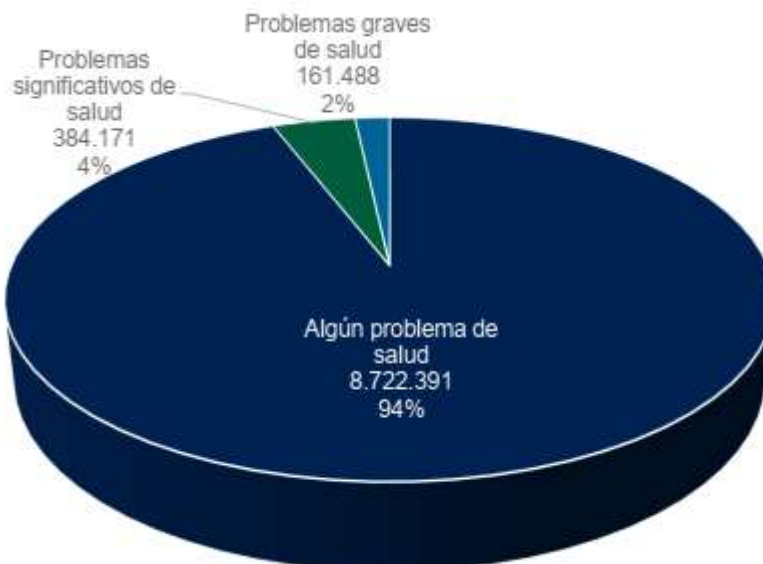
Fuente: Elaboración de Estamos Seguros con datos de ICEA y del Instituto Nacional de Estadística

Por el lado de las prestaciones resulta relevante analizar el papel de las enfermedades o dolencias graves. Para modelizar este concepto de gravedad, en algunos estudios se ha agregado a los clientes del seguro de salud de la siguiente manera:

- Personas con algunos problemas de salud: personas que causan a su aseguradora unos gastos entre 0 y 2.000 euros al año.
- Personas con problemas significativos de salud: personas causando un gasto anual entre 2.000 y 6.000 euros.
- Personas con problemas graves: gasto causado superior a los 6.000 euros al año.

Es importante tener en cuenta que la cartera de asegurados al sistema denominado de Administraciones Públicas o de mutualismo administrativo y el seguro vendido a particulares no funcionarios son bastante distintas, por lo que los datos mostrados a continuación sólo hacen referencia al segundo supuesto, es decir, no contempla los asegurados de las Administraciones Públicas.

Gráfico 5. Distribución básica de los asegurados médicos según su morbilidad.



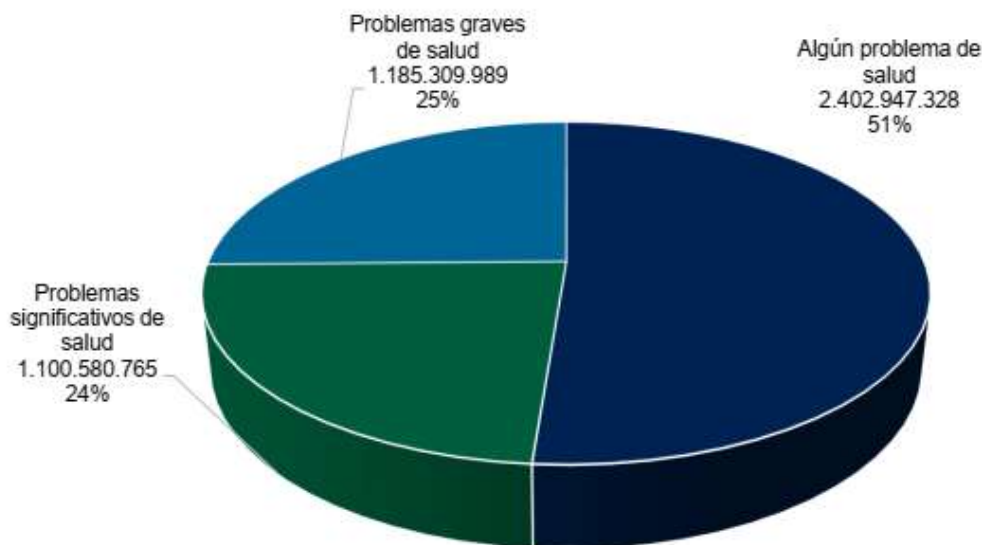
Fuente: Elaboración de Estamos Seguros

Los datos sugieren lo siguiente: existen unos 160.000 asegurados de morbilidad grave en el seguro médico, 385.000 de morbilidad significativa y 8,7 millones que hacen un uso algo menor de los servicios de su aseguradora.

Un aspecto relevante del seguro de salud español es que responde a la clásica estructura de un riesgo colectivizado. Es decir, para que exista un colectivo de clientes a los que se les pueda sobrellevar un gasto elevado, hace falta que exista otro colectivo, más nutrido, de clientes con bajo gasto.

Existe, pues, un mecanismo intrínseco de solidaridad en el seguro de salud como refleja el siguiente gráfico, en donde se puede ver el porcentaje de gasto que supone para las aseguradoras la diferenciación que anteriormente se ha utilizado basándose en la importancia de los problemas de salud que tienen los afiliados a estos seguros:

Gráfico 6. Gasto en seguro de salud privado, según el tramo de coste anual del asegurado.



Fuente: Elaboración de Estamos Seguros

Realizando un modelo de distribución regular de las prestaciones (es decir, distribuyendo dichas prestaciones en cada colectivo de asegurados de acuerdo con su peso sobre el total), y poniendo dichas cifras en relación con las prestaciones realmente realizadas en cada colectivo, se obtiene una información sobre el nivel de transferencia neta (las cifras negativas indican que son clientes que han cedido recursos a otros) o de recepción neta (las cifras serán positivas indicando que los clientes han recibido recursos de otros).

La observación de estos datos revela que el seguro de salud funciona de la misma manera que lo hace un sistema de salud financiado con impuestos. Las personas con algunos problemas de salud transfieren 2.850 millones de euros de prestaciones a las personas que tienen problemas de salud. Más de la mitad de esta cantidad se dirige a clientes con situaciones graves de salud, de modo que casi la totalidad de las prestaciones de las que éstos son beneficiarios está financiada con transferencias de otros asegurados.

Tabla 2. Cifras del proceso de solidaridad interna del seguro de salud.

Tramo	Transferencia	% prestaciones
Algún problema de salud	-2.850.779.042	-96,37%
Problemas significativos de salud	1.134.930.355	81,07%
Problemas graves de salud	1.715.467.834	93,72%

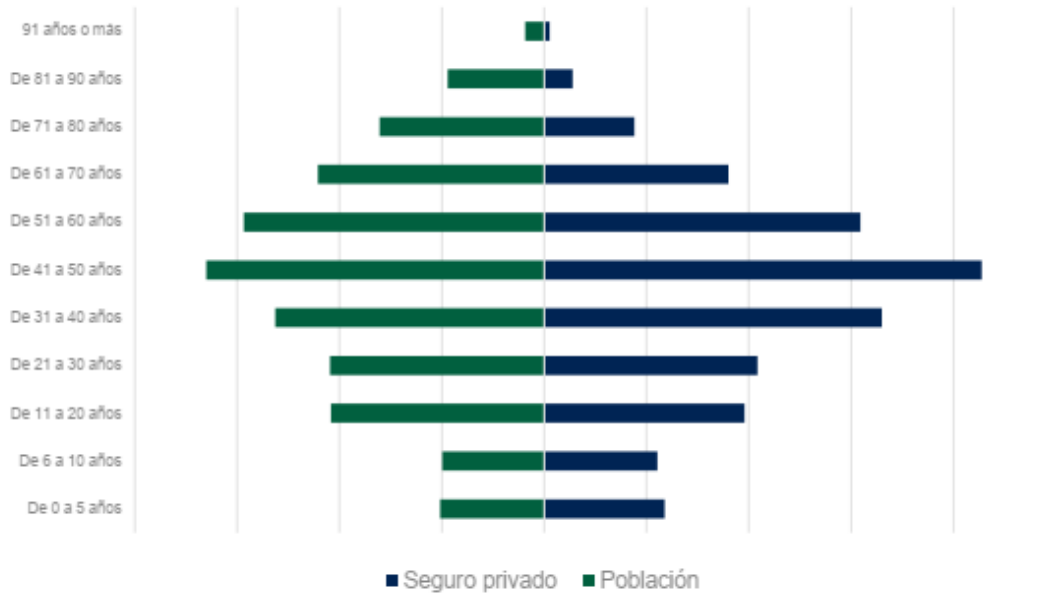
Fuente: Elaboración de Estamos Seguros

Otro aspecto a tener en cuenta sobre el aseguramiento privado de la asistencia sanitaria es la pirámide de asegurados. Tiene importancia esta perspectiva para el actual estudio, puesto que llega a desmentir claramente la idea de que el seguro privado de salud no tiene asegurados de edad elevada. En realidad, si las personas de alta morbilidad tienen la importancia que tienen en el seguro de salud, y teniendo en cuenta que los problemas graves de salud correlacionan bastante con la edad, deja claro que el seguro de salud debe tener una cantidad de asegurados sénior significativa.

Los datos, en este aspecto, son claros: las personas de más de 50 años de edad, que constituían en 2020 el 39,4% de la población española eran, asimismo, el 30,5% de la población asegurada del seguro individual (sin tener en cuenta el sistema de mutualismo administrativo). Casi uno de cada tres asegurados del seguro individual está en el tramo de edad sénior.

Si comparamos la pirámide poblacional con la pirámide del seguro individual se encuentran puntos de fuerte representatividad en dos momentos distintos de la vida o, dicho de otra manera, dos conjuntos diferentes de cohortes demográficas. Por un lado, están los niños de corta edad, lo que sugiere el papel que el seguro juega en relación con la maternidad y la paternidad, así como con las prestaciones pediátricas. El segundo tramo con peso elevado va de los 30 a 50 años. Comienza a ser significativo la presencia de asegurados en tramos de edad avanzados.

Gráfico 7. Pirámides de población y de población asegurada en el seguro individual.



Fuente: Elaboración de Estamos Seguros con datos de las entidades aseguradoras y del Instituto Nacional de Estadística.

Si bien hasta ahora hemos visto un modelo en el que la aseguradora ejercía un papel clave para poder dar cobertura a sus asegurados ejerciendo básicamente un papel de intermediación con los prestadores de servicios procurando unas tarifas adecuadas que permitieran el equilibrio entre aquellos asegurados que requerían una mayor atención sanitaria respecto a los que no la necesitaban, empiezan a verse nuevos modelos de gestión sanitaria que las aseguradoras deberán tener muy en cuenta en el corto y medio plazo. Se trata de la autonomía del usuario y la gestión de sus datos. Algunas aseguradoras han tomado nota de cuál importante y dependiente puede ser para el sector la evolución del sector sanitario que han apostado por modelos de creación de sus propios centros hospitalarios.

La aplicación de la tecnología digital está transformando el sector salud hacia un enfoque más integral, incluso por encima de los avances tecnológicos. Esta tecnología también será un instrumento para los profesionales del sector que les aportará conocimiento y control, igual que a los pacientes. Potenciará, así mismo, la capacidad de los profesionales para tomar decisiones.

Puede suceder que esta aplicación de nueva tecnología tenga un impacto inicial negativo en las compañías aseguradoras, puesto que quien las implemente buscará recuperar parte de la inversión mediante un incremento de las tarifas.

No debemos pasar por alto en este capítulo la incidencia que tuvo la pandemia de Covid19. Ha sido, por desgracia, un evento que ha acelerado ciertas tendencias:

- En los pacientes: ha habido un cambio de paradigma. No sólo quieren curarse de una patología una vez manifestada, sino buscan o más bien insisten en la prevención. De aquí y como se verá más adelante en el estudio de segmentación, que las pruebas diagnósticas hayan tomado un fuerte impulso en las prestaciones que los usuarios utilizan en los seguros de salud.
- La gestión de la salud: ha aumentado la exigencia de disponer de atención sanitaria personalizada. Valga el ejemplo de la implantación de salas virtuales, control a distancia de los pacientes o la HAPTICA (tecnología capaz de recrear experiencias táctiles).
- Patrones de vida, costumbres y prioridades: aumenta la esperanza de vida y con ello la demanda de atención y servicios diferentes en función de la generación:
 - *Boomers*: requerirán más cuidados
 - *Milenials*: acceso instantáneo a sus necesidades o deseos. Buscan experiencias fluidas y personalizadas. En busca de la conectividad total.
 - *Generación +75*: Lastrados por la brecha digital.

Esta demanda de asistencia “a medida” requerirá de un elemento muy importante: los datos y la capacidad de compartirlos. Existen iniciativas actualmente como compartir expedientes entre hospitales privados, pero se encuentran con un punto crítico que es el de la ciberseguridad.

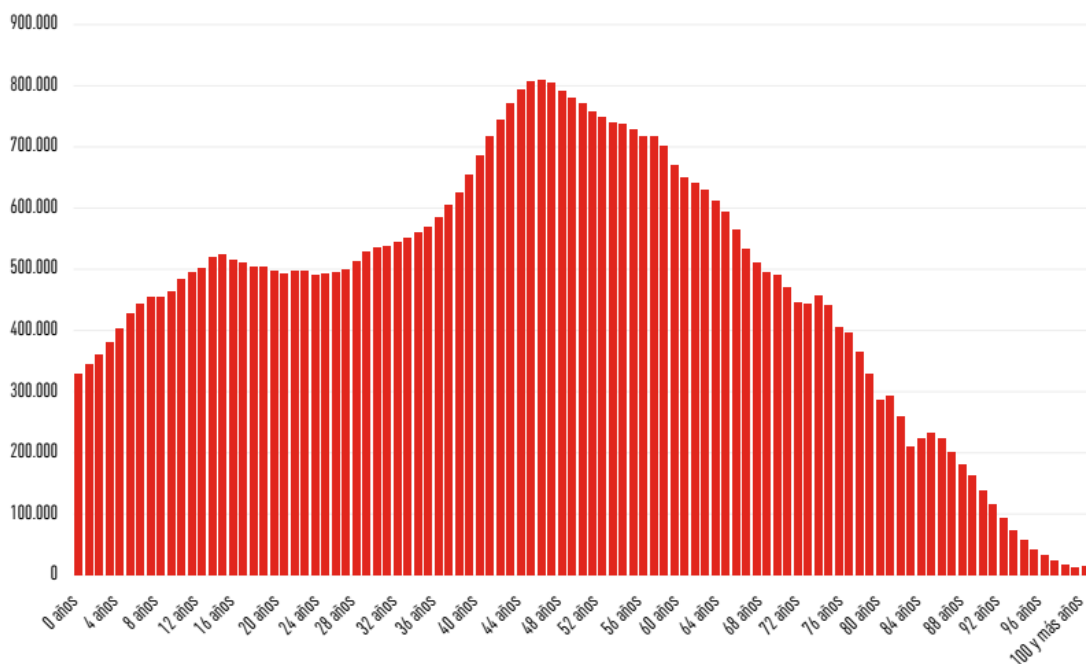
3. La composición etaria de la sociedad

De los 47.432.805 españoles a fecha de 1 de enero de 2022, el 34% tiene 55 años o más. En 10 años, alrededor de 6,5 millones de la población española se habrán incorporado al segmento con más de 65 años.

La deriva de la población hacia la predominancia de los ciudadanos y ciudadanas de más edad, como consecuencia de la doble presión del alargamiento de la vida y a la baja natalidad, hace que la edad media de la población aumente sin cesar.

Si las estadísticas oficiales publicadas reconociesen la importancia cuantitativa de los grupos poblacionales de mayores edades, una docena de indicadores socioeconómicos junto al análisis general que muestra la enorme diversidad de condiciones que exhibe cada grupo de edad permitirían profundizar en los análisis de segmentación de las compañías.

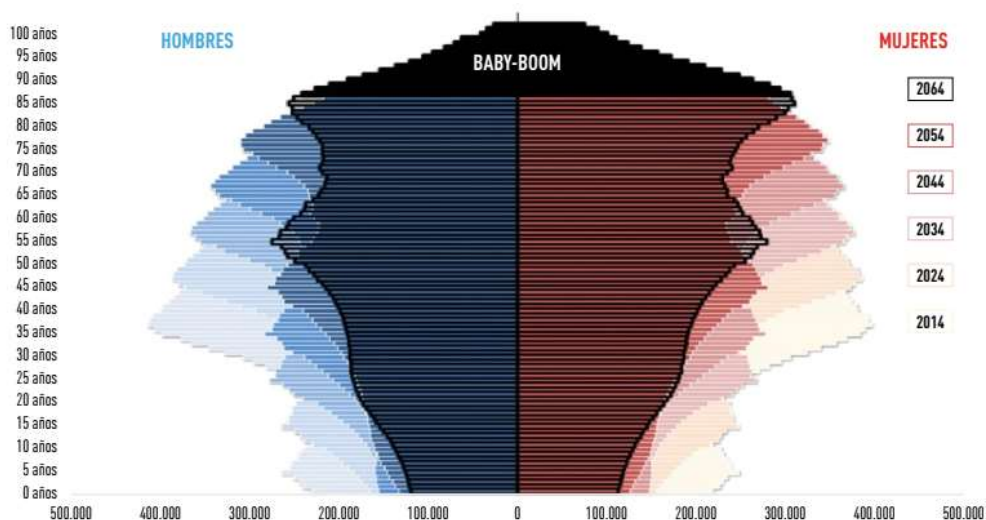
Gráfico 8. Población española por edades



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística.

Aproximadamente entre 1958 y 1977 se sitúa el periodo del “baby boom” en España. Veinte años en los que nacieron casi 14 millones de personas, más del doble de los nacimientos registrados en las dos décadas anteriores y 4,5 millones más que los producidos en los veinte años siguientes. Este progresivo envejecimiento al que se enfrenta nuestra estructura demográfica se manifiesta como evidente ante la evolución de la pirámide poblacional de España.

Gráfico 9. Pirámide de población de España por sexo y edad (2014-2064)



	2042	2038	2034	2030	2026
Todas las edades	49.148.870	48.655.243	48.163.459	47.749.007	47.492.624
Menos de 15 años	5.795.705	5.557.502	5.440.492	5.614.786	6.021.903
15 a 24 años	4.281.538	4.560.698	4.939.338	5.180.700	5.134.073
25 a 34 años	5.966.989	5.998.560	5.701.416	5.254.252	5.095.060
35 a 44 años	5.969.983	5.579.936	5.467.367	5.590.090	6.002.849
45 a 54 años	5.709.057	5.924.078	6.472.821	7.299.033	7.780.997
SILVER: 55 años o más	21.425.599	21.034.468	20.142.024	18.810.146	17.457.742
55 a 64 años	6.795.109	7.457.949	7.609.621	7.342.888	6.995.037
65 o más	14.630.490	13.576.519	12.532.403	11.467.258	10.462.705
% población silver	44%	43%	42%	39%	37%

Fuente: Monitor de las empresas de la economía sénior 2023 con datos de proyección de población del INE 2022.

En 20 años, según las proyecciones de población, el 44% de la población en España tendrá 55 años o más. Entre los que superan esa edad, la mayoría tendrá más de 64 años.

Hay que tener en cuenta que los que han empezado a incorporarse a este segmento denominado *silver* (55 años o más) tiene un perfil distinto a la anterior generación. En general, son personas con un nivel educativo más elevado y las mujeres participan en mayor medida en el mercado laboral, por tanto, se trata de un colectivo con un nivel adquisitivo y unas inquietudes distintas a generaciones anteriores.

La economía silver se considera un factor dinamizador para la creación de nuevos bienes y servicios y para el desarrollo económico de las regiones.

Las acciones de las empresas, muchas de ellas aseguradoras, van más encaminadas a la estrategia de negocio que a la responsabilidad corporativa o la competitividad. Según el estudio de MAPFRE de 2023, los porcentajes que representan las anteriores acciones son el 52%,30% y 12% respectivamente. También asegura dicho estudio que la orientación de la actividad hacia ese tramo de edad irá en aumento en los próximos cinco años.

3.1. La composición de la edad sénior. Una primera segmentación.

La identificación de la población dentro de lo que actualmente se denomina “tramo sénior” o como hasta ahora se ha denominado habitualmente como tercera y cuarta edad presentan una amplia diversidad que la propia nomenclatura oculta. Si los agrupamos en tan sólo una o dos tipologías daríamos a entender que se tratan de colectivos homogéneos bajo el denominador común de la edad; una edad avanzada que a cada uno le evoca problemas diferentes que, strictu sensu, a menudo, poco tienen que ver con la edad.

Si ya es complicado determinar a qué edad se inicia la “vida sénior”, en general y no digamos para cada individuo, no lo es menos entrar a dividir ese lapso vital en diferentes etapas, aspirando a que cada una de las cuales pueda venir caracterizada por rasgos distintivos de la persona representativa de la población sénior que se aplicarían de manera uniforme todos los integrantes de cada segmento y que, a mayor incidencia, pudiesen estos rasgos distinguirse con nitidez entre cada segmento de edad.

Existen estudios, como el de Instituto Santalucía y LoRIS de marzo 2023 que intenta hacer algo parecido a diferenciar con mayor nitidez diferentes tramos dentro de la edad sénior.

La evidencia residual confirma, sin embargo, que la persona representativa de, por ejemplo, el segmento etario de los 55 a los 64 años es muy diferente a la persona representativa del segmento etario de 85 años y más. Para empezar, a ambas las separa una generación. Muy bien podría ser la primera hija de la segunda. Ello implica diferente estado de salud, o condición activa (trabajando o jubilado), diferente nivel educativo o estilo de vida. La frontera que separa cada uno de estos grupos de edad puede trazarse con relativa simplicidad, basándose tanto en la observación de la realidad de estos grupos de población como en la información estadística disponible.

Gráfico 10. Principales características socioeconómicas y de salud de la población sénior española.

	55 a 64	65 a 74	75 a 84	85 y más	Total 55 y más	Total Pob.	Ratio/Dif. (i)
Población (2022)	6.588.873	4.791.607	3.119.342	1.616.316	16.116.138	47.432.805	33,98%
Hombres	3.224.455	2.253.498	1.342.796	553.042	7.373.791	23.236.999	31,73%
Mujeres	3.364.418	2.538.109	1.776.546	1.063.274	8.742.347	24.195.806	36,13%
Ratio Mujeres/Hombres	1,04	1,13	1,32	1,92	1,19	1,04	--
Esperanza de Vida (2019) (a)	30,18	21,57	13,69	7,16	30,18	83,58	1,60
Hombres	27,78	19,52	12,24	6,41	27,78	80,86	1,92
Mujeres	32,44	23,40	14,83	7,62	32,44	86,22	1,22
Dif. M-H (años)	4,66	3,88	2,59	1,21	4,66	5,36	--
Población (2050)	5.786.405	6.762.950	5.714.685	3.216.733	21.480.774	49.910.653	43,04%
Hombres	2.789.131	3.224.279	2.602.798	1.206.353	9.822.561	24.155.426	40,66%
Mujeres	2.997.274	3.538.671	3.111.887	2.010.380	11.658.213	25.755.228	45,27%
Ratio Mujeres/Hombres	1,07	1,10	1,20	1,67	1,19	1,07	--
Renta y Riqueza Hogares (€) (b)							
Renta anual (a)	46.290	36.234	31.106		38.519	38.919	0,99
Riqueza Bruta	358.475	375.083	372.222		367.944	304.603	1,21
Vivienda Principal	141.391	160.313	140.525		147.270	127.720	1,15
Otras propiedades inmob.	96.420	107.382	121.195		107.335	84.715	1,27
Otros Activos	120.664	107.388	110.501		113.340	176.882	0,64
Deuda	29.165	11.919	2.786		15.736	34.688	0,45
Tasa de Actividad (%) (c)	64,44		3,27		28,77	58,51	-29,74
Hombres	70,87		4,22		33,66	63,57	-29,91
Mujeres	58,28		2,50		24,43	53,73	-29,30
Dif. M-H (p. porcentuales)	-12,59		-1,73		-9,23	-9,84	--
Tasa de Empleo (%) (c)	55,51		2,97		24,42	49,24	-24,82
Hombres	62,17		3,90		29,35	54,64	-25,29
Mujeres	49,13		2,26		20,26	44,15	-23,89
Dif. M-H (p. porcentuales)	-13,04		-1,64		-9,09	-10,50	--
Tasa de Paro (%) (c)	13,44		5,54		12,92	14,78	-1,86
Hombres	11,74		5,34		11,30	13,05	-1,75
Mujeres	15,41		5,81		14,81	16,71	-1,90
Dif. M-H (p. porcentuales)	3,66		0,47		3,52	3,66	--

Nota: las celdas en las que se combinan grupos de edad por falta de datos detallados se muestran resaltadas en gris.

(a) Datos del INE para 2019. Años de vida restante a las edades de 0 años (al nacer), 55, 65, 75 y 85 años. Las diferencias en la última columna son (EV a los 55) - (EV al nacer - 55). Se expresan también en años.

(b) Datos correspondientes a 2019 en la oleada 2020 de la Encuesta Financiera a las Familias (BdE, valores medios). La última columna muestra la ratio entre los valores de renta y riqueza de la población sénior y la población total.

(c) Datos extraídos de la Encuesta de Población Activa del INE, medias trimestrales para 2021. Se expresan en porcentaje de la población de 16 años y más (tasa de actividad y empleo) o de la población activa (tasa de paro). La última columna muestra la diferencia en puntos porcentuales entre las tasas de la población sénior y las de la población total correspondiente a cada indicador.

	55 a 64	65 a 74	75 a 84	85 y más	Total 55 y más	Total Pob.	Ratio/Dif. (i)
Ganancia Media anual (€) (d)	28.251		26.833		26.190	25.166	1,12
Hombres	31.242		31.899		31.272	27.643	1,13
Mujeres	25.058		21.784		24.926	22.467	1,11
Ratio Mujeres/Hombres	0,80		0,68		0,80	0,81	--
Nivel de estudios (%) (e)							
Hombres - Superiores	29,56%		21,32%		24,96%	31,25%	-6,29
Hombres - Medios	59,03%		36,59%		46,50%	54,18%	-7,68
Hombres - Básicos	11,41%		42,08%		28,54%	14,58%	13,96
Mujeres - Superiores	29,82%		12,48%		19,32%	33,35%	-14,04
Mujeres - Medios	58,01%		33,78%		43,33%	48,44%	-5,11
Mujeres - Básicos	12,17%		53,74%		37,35%	18,20%	19,14
Estado de Salud (%) (f)	60,43%	54,72%	36,66%	32,42%	51,44%	74,02%	-22,58
Hombres	62,29%	61,60%	42,60%	34,47%	56,62%	77,74%	-21,12
Mujeres	58,64%	48,51%	32,32%	31,37%	47,07%	70,43%	-23,36
Dif. M-H (p. porcentuales)	-3,65	-13,09	-10,28	-3,10	-9,55	-7,31	--
Riesgo de Pobreza (%) (g)	19,70		17,50		(f)	21,70	-4,20
Hombres	19,70		14,80		(f)	21,10	-6,30
Mujeres	19,80		19,60		(f)	22,20	-2,60
Dif. M-H (p. porcentuales)	0,10		4,80		(f)	1,10	--
Uso Servicios de Internet (%) (h)	91,04%	73,26%	38,86%	15,73%	68,97%	87,02%	-18,05

Nota: las celdas en las que se combinan grupos de edad por falta de datos detallados se muestran resaltadas en gris.

(d) Datos procedentes de la Encuesta de Estructura Salarial del INE para 2020. La última columna muestra la ratio entre la ganancia media de los asalariados sénior y el conjunto de asalariados.

(e) Datos procedentes de la Encuesta de Población Activa del INE, medias trimestrales para 2021. La última columna muestra la diferencia en puntos porcentuales entre las tasas de la población sénior y las de la población de 16 años y más.

(f) Datos extraídos de la Encuesta de Salud del INE para 2017 (la última disponible). Reflejan las respuestas de los entrevistados que declaran percibir su salud como "buena" o "muy buena", la siguiente categoría es "regular". La última columna muestra la diferencia en puntos porcentuales entre las respuestas de la población sénior y la de la población general.

(g) Datos procedentes de la Encuesta de Condiciones de Vida del INE para 2020 (oleada 2021). La primera columna se refiere a la población de 45 a 64 años. En esta categoría la columna de "55 y más" se refiere, por limitación de los datos, a la población de 45 y más.

(h) Datos de la Encuesta de Condiciones de Vida del INE para 2020 (oleada de 2021). Población usuaria en cada grupo de edad en % de la población total de dicho grupo, ambos sexos. La última columna son puntos porcentuales de diferencia entre la población sénior y la población de 16 años y más.

(i) Para los apartados de población en 2022 y 2050 se presenta el porcentaje que los sénior representan sobre el total de la población de referencia en cada indicador. Véanse las notas (b) a (c) para una explicación sobre el contenido de esta columna en cada indicador.

Fuente: Datos del informe del Instituto Santalucía y Loris sobre Las etapas de la Vida sénior con datos del Instituto Nacional de Estadística y de Banco de España.

Dicho estudio concluyó con la siguiente clasificación, formada por cuatro grupos, de las etapas relacionadas con la tercera y cuarta edad o la etapa sénior:

- De 55 a 64 años (nacidos entre 1958 y 1967): Etapa de transiciones laborales, para muchos salpicada de fases de inactividad o desempleo, bajas y desánimo. Es una década en donde la incertidumbre predomina.
- De 65 a 74 años (nacidos entre 1948 y 1957): Inactividad laboral, panorama económico y de salud, en general, despejado. Patrimonio, pensión y otras rentas.
- De 75 a 84 años (nacidos entre 1938 y 1947): Es una década decisiva. Esta etapa está centrada en la salud física, mental y financiera. Se toman importantes decisiones vitales para la etapa final.

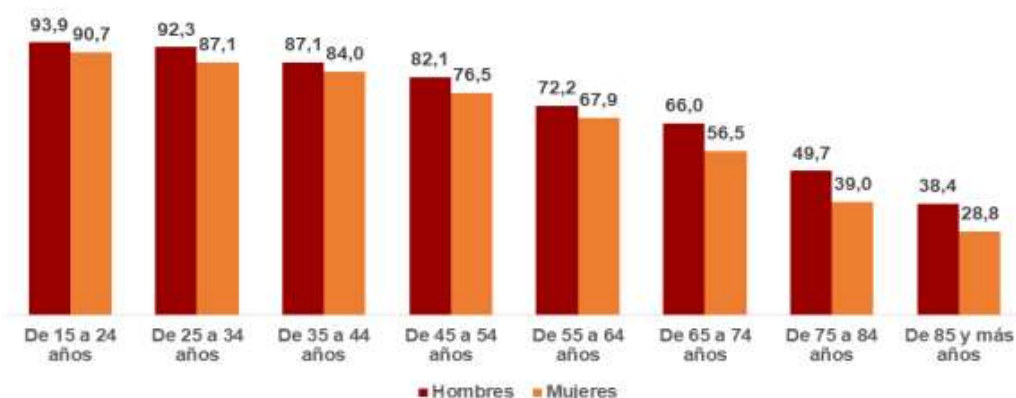
- Más de 85 años (nacidos en 1937 o antes): Es una etapa de vulnerabilidad, física y también cognitiva. Dependencia de familiares o terceros. La soledad predomina lamentablemente dentro de este segmento.

3.2. Indicadores sobre la salud en los tramos sénior.

De la misma manera que se observa que dentro de los diferentes tramos de edad que componen el segmento de la 3ª edad hay comportamientos socioeconómicos diferentes, existen diferencias lo suficiente significativas para entender que dentro de este tramo de edad también tienen componentes diferentes en cuanto a indicadores relacionados con la salud.

En primer lugar, podemos ver una diferencia significativa en la percepción positiva del estado de salud. Este índice disminuye con la edad, pero llama la atención como la diferencia entre el tramo de 55 a 65 años con respecto al de 85 y más varía en torno a un 50%.

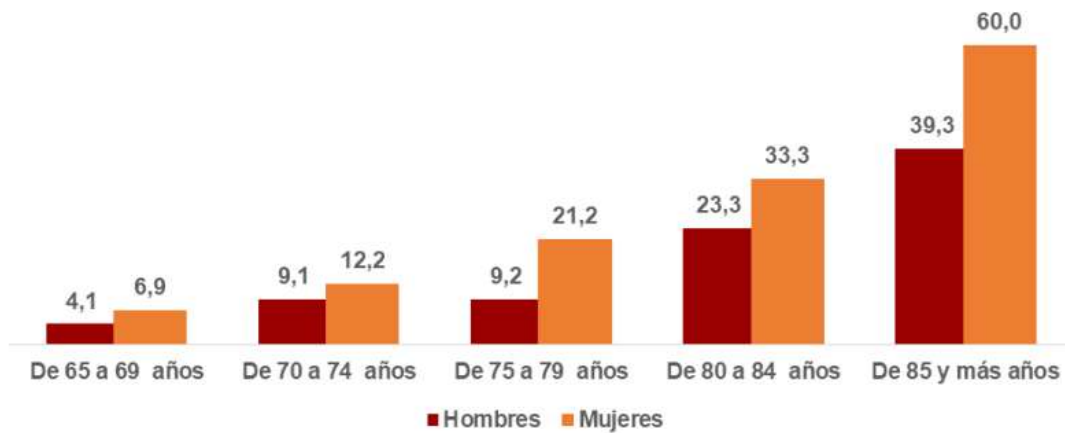
Gráfico 11. Valoración positiva del estado de salud por sexos y grupos de edad. Año 2020



Fuente: INE

Otro indicador que muestra una diferencia significativa en el tramo sénior es el de la dependencia funcional. La dificultad en la realización de actividades básicas de la vida diaria aumenta con la edad. Así, mientras que, en el grupo de edad de 65 a 69 años, el 4,1% de los hombres y el 6,9% de las mujeres tuvieron dificultad, en el de 85 y más años los porcentajes fueron del 39,3% en hombres y del 60,0% en mujeres.

Gráfico 12. Dificultad en la realización de actividades básicas de la vida diaria por sexo y grupos de edad. Año 2020



Fuente: INE

Las actividades en las que un mayor número de personas de 65 y más años encontraron dificultad fueron asearse (16,5%), vestirse (13,7%) y sentarse o levantarse (13,2%).

Según la encuesta española de salud del año 2020, ocho de cada 10 personas de 65 y más años con dificultades para realizar algunas de las actividades básicas de la vida diaria afirmaron que disponen de ayuda personal o técnica para llevarlas a cabo. Por su parte, el 53,0% declaró que necesitaba recibir ayuda o más ayuda de la que actualmente dispone.

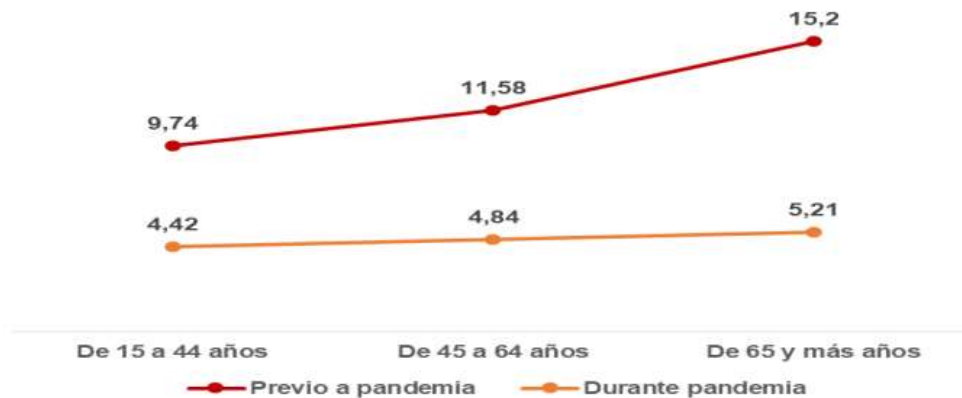
Si se observan el indicador de asistencia sanitaria, el INE no dispone de datos segmentados en el tramo de edad sénior, pero son lo suficiente interesantes para el estudio de este trabajo que a continuación se detallan los datos referentes a las consultas al médico de familia y al médico especialista (no se hace referencia en estos datos al origen público o privado de estas visitas; los datos hacen referencia al % de personas que se habían visitado cuatro semanas antes del estudio):

Gráfico 13. Consultas al médico de familia



Fuente: EESE 2020

Gráfico 14. Consultas al médico especialista



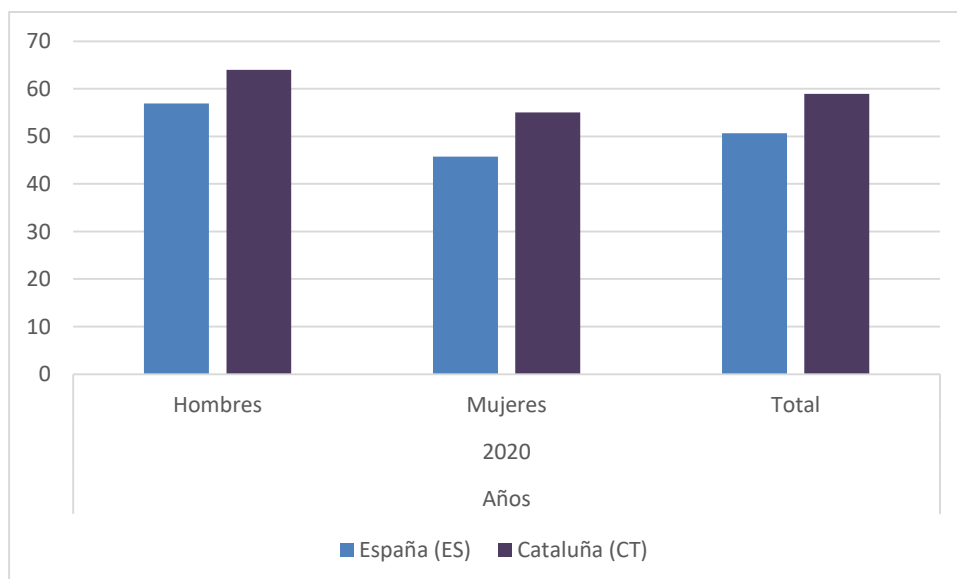
Fuente: EESE 2020

Como se observa, el tramo de 65 años y más tienen una frecuencia mayor respecto a los tramos de edad de 15 a 64 años.

3.2.1. Indicadores comparativos sobre la salud en el tramo senior.

Se muestran a continuación una serie de indicadores que permiten ver una comparativa de ciertos indicadores de salud comparándose los resultados a nivel nacional y a nivel de la comunidad autónoma de Cataluña, que es de donde se han obtenido los datos para el estudio de segmentación de posteriormente se analizará.

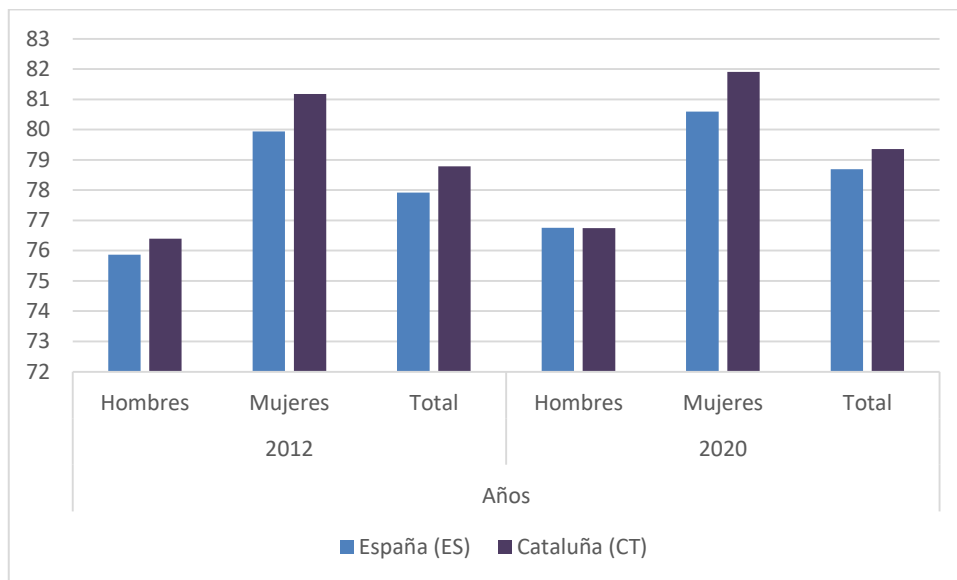
Gráfico 15. Porcentaje de población de 65 años y más con valoración positiva de su estado de salud.



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística

Se observa que, en la CCAA de Cataluña, la percepción sobre la salud es superior a la media española.

Gráfico 16. Años de vida saludable al nacer. Comparativa 2012 y 2020.

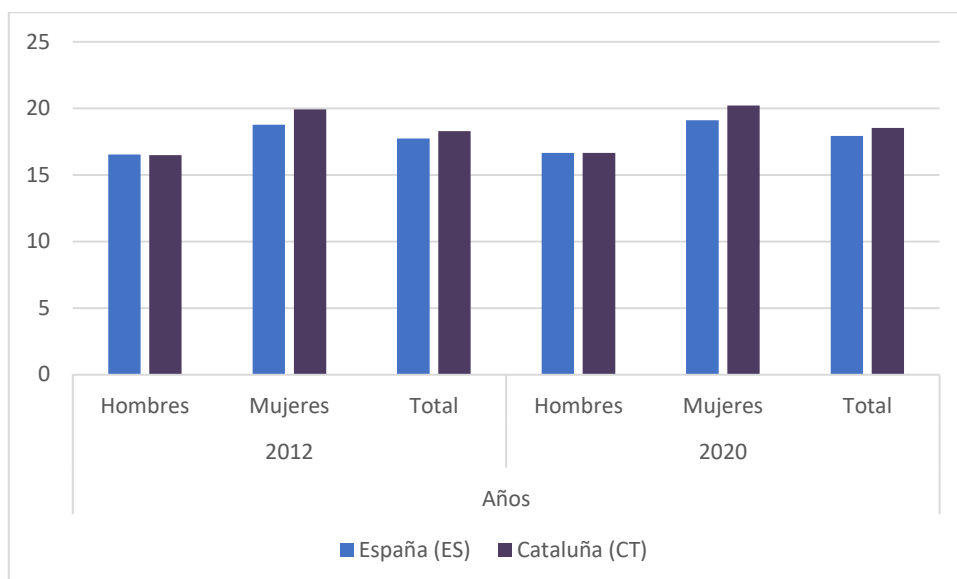


Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística.

También se observa como respecto a los años de vida saludable al nacer, Cataluña tiene mejores datos con respecto a la media nacional. Así mismo, en casi una década ha incrementado un año.

Si se centra el dato anterior sobre las personas de más de 65 años, la situación es la siguiente:

Gráfico 17. Años de vida saludable a los 65 años.



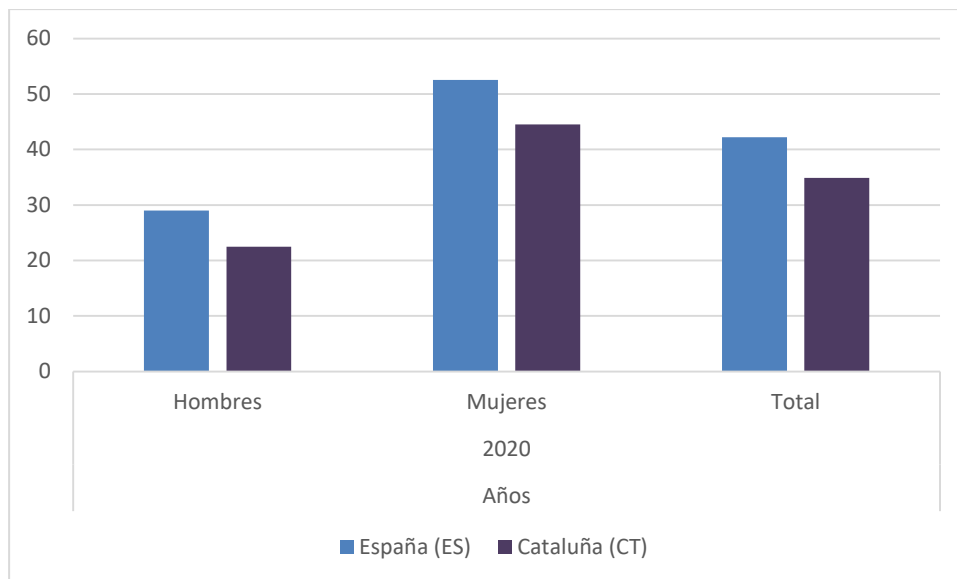
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística.

En este caso, la diferencia con respecto a la media nacional no es tan acusada ni tampoco se observa ningún incremento significativo en los años de vida saludable en una década (es posible que la alta mortalidad de la pandemia haya influido en esta estadística).

Dos indicadores importantes sobre la calidad de vida de las personas que están en el tramo de edad sénior, como anteriormente se ha visto, son el de la limitación para hacer tareas domésticas o el indicador sobre el deterioro cognitivo.

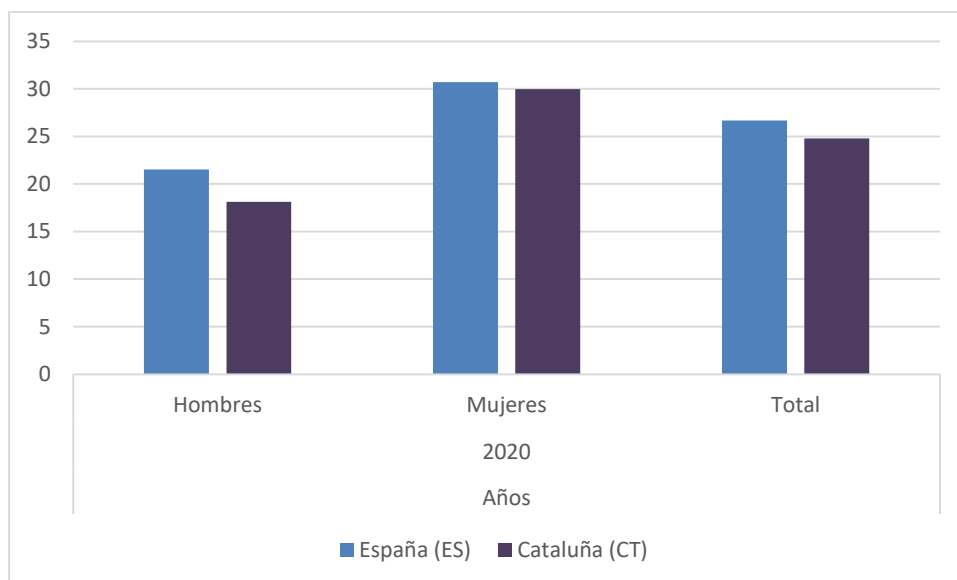
Así, en relación con la media estatal, Cataluña tiene la siguiente composición:

Gráfico 18. Limitación para la realización de actividades relacionadas con el hogar en 65 y más años.



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 19. Deterioro cognitivo en 65 y más años.



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística.

En el primero de los indicadores, Cataluña muestra unos índices relativamente mejores que la media española. Respecto al deterioro cognitivo, en cambio, los datos estatales y autonómicos tienden a igualarse.

Se deduce a priori que aquellos indicadores que tengan un componente socioeconómico intrínseco hacen que los datos sean mejores o con valores que reflejan progreso en cuanto a la calidad de vida de las personas en aquellos ámbitos dónde el propio desarrollo socioeconómico de las regiones haya sido representativo.

En cambio, aquellos indicadores que tengan un componente propio de la naturaleza humana, como son las enfermedades crónicas o relacionadas con el envejecimiento de las personas, las diferencias entre regiones pueden verse reducida tal y como se ve en el gráfico anterior.

4. Segmentación de una muestra de asegurados de una póliza de salud en el tramo de edad sénior.

Actualmente las entidades aseguradoras disponen de una cantidad casi ilimitada de datos que provienen de sus propias bases de datos históricas. La explotación de dichos datos ha sido crucial para la aplicación de tarifas y para tener referencias a la hora de crear nuevos productos.

No cabe duda de que dicha explotación de datos, patroneados generalmente por las áreas actuariales de las entidades han procurado abastecer a las direcciones de dichas entidades para tomar las decisiones oportunas en cada momento.

En este estudio se ha querido poner de manifiesto la importancia que está tomando y que va a tomar el tramo de edad senior en las carteras de las entidades aseguradoras. Así pues, en el presente capítulo se abordará el problema del envejecimiento de las carteras de los seguros de salud y se plantearán posibles segmentaciones dentro de los tramos de edad de 55 años en adelante.

Siendo el objeto de estudio las prestaciones que los asegurados de un seguro de salud tienen concertadas, es importante remarcar que el presente estudio se basará en los datos puramente estadísticos que la muestra arroja. Este estudio no puede sustituir los estudios médicos que existen sobre las enfermedades que padecen las personas que están en el tramo de edad estudiado.

El ejercicio parte de una base de datos de una entidad aseguradora con un ámbito territorial mayoritariamente centrado en la comunidad autónoma de Cataluña. La base de datos obtenida para el año 2022 contiene por un lado la cartera de asegurados y por otro lado las prestaciones que han ocurrido en dicho año. Las prestaciones se han simplificado en agrupaciones para evitar un análisis particular de la propia entidad.

En primer lugar, se analizará la muestra para mostrar la composición de los datos.

A continuación, se han planteado dos metodologías para la obtención de segmentos homogéneos de los tramos de edad analizados:

-Método de correspondencias múltiples

-Método de análisis Clúster

Por último, se analizarán los resultados obtenidos.

El software utilizado en ambos métodos ha sido SPSS de IBM versión 23.

4.1. Análisis de la muestra.

Las entidades aseguradoras, tal y como anteriormente se ha comentado, disponen de gran cantidad de datos sobre sus asegurados. La implantación de las nuevas tecnologías y su mayor conocimiento por parte de las diferentes áreas de las entidades (el conocimiento técnico ya no solo es una habilidad del personal de departamentos relacionados con las tecnologías de la información) ha permitido el aumento de la explotación de dichos datos. Obviamente cada entidad con su propia metodología y limitaciones, puesto que para disponer de dichos datos se debe tener una estructura informática preparada y unos sistemas de entrada de datos que lo permita.

En cuanto a los seguros de salud, cobra especial relevancia la disponibilidad de datos referentes a enfermedades y sus diagnósticos. Debida a la gran diversidad que existen y a la cada vez más amplias coberturas que se dan en estos seguros, la implantación de una base de datos que recoja dicha información requiere de un gran esfuerzo por parte de las compañías. No sólo eso, en gran medida dependerán de la información que reciban de las entidades y profesionales que prestan los servicios médicos para los asegurados de dichas compañías, por lo que en muchos casos se encuentran con ciertas limitaciones para poder obtener la información suficiente para alimentar sus bases de datos. Aun así, el gran volumen de información que se transmite entre entidades prestadoras de servicios y las compañías está permitiendo que las entidades amplíen cada vez más su capacidad de análisis.

Para la consecución de este trabajo se ha partido de los datos de una entidad referente en el sector asegurador, dentro del ámbito de los seguros de salud, con gran implantación en el territorio de la Comunidad Autónoma de Cataluña.

Se han obtenido datos, por un lado, de sus asegurados y por otro lado de las prestaciones que estos asegurados han tenido durante un año. El año de referencia ha sido el ejercicio 2022.

El alcance de los datos se ha limitado, por motivos de confidencialidad, a los estrictamente necesarios para la elaboración de este estudio, quedando patente, como se podrá observar más adelante, que en función de las variables que se escogen los métodos de segmentación pueden diferir en los resultados obtenidos. Claramente, el disponer de más variables conlleva que los resultados nos aportarán más poder de información y por ende más capacidad de análisis.

Otro punto para destacar es que la diferenciación por sexos no se ha tenido en cuenta en los métodos de segmentación. Pese a que existen diferencias entre los individuos por sexos, el hecho de que a la hora de tarificar las pólizas de seguros el sexo no debe ser considerado como un elemento diferenciador no tiene sentido mostrarlo como un elemento de segmentación. ¿Puede ser la edad la próxima variable en quedar apartada en los cálculos de tarificación? Resultará interesante si en un futuro esto llega a suceder ver cómo afectará al sector y como será éste capaz de defender la edad como variable de segmentación.

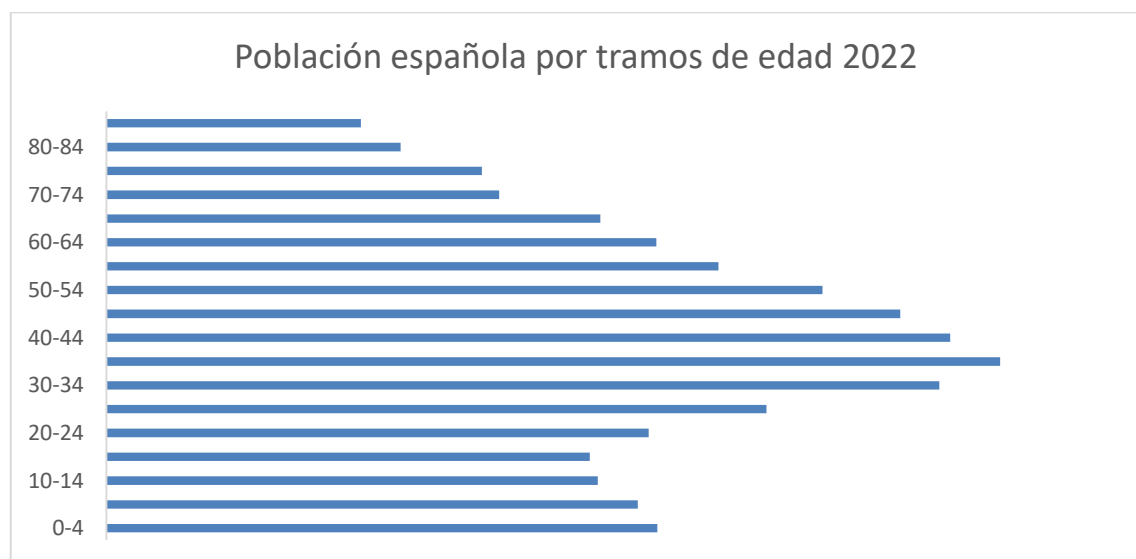
La elección de las variables para el estudio ha tratado de centrarse en la frecuencia del uso del seguro y en la tipología de las prestaciones que han sucedido. Éstas últimas se han agrupado en tipologías de siniestros de la siguiente manera:

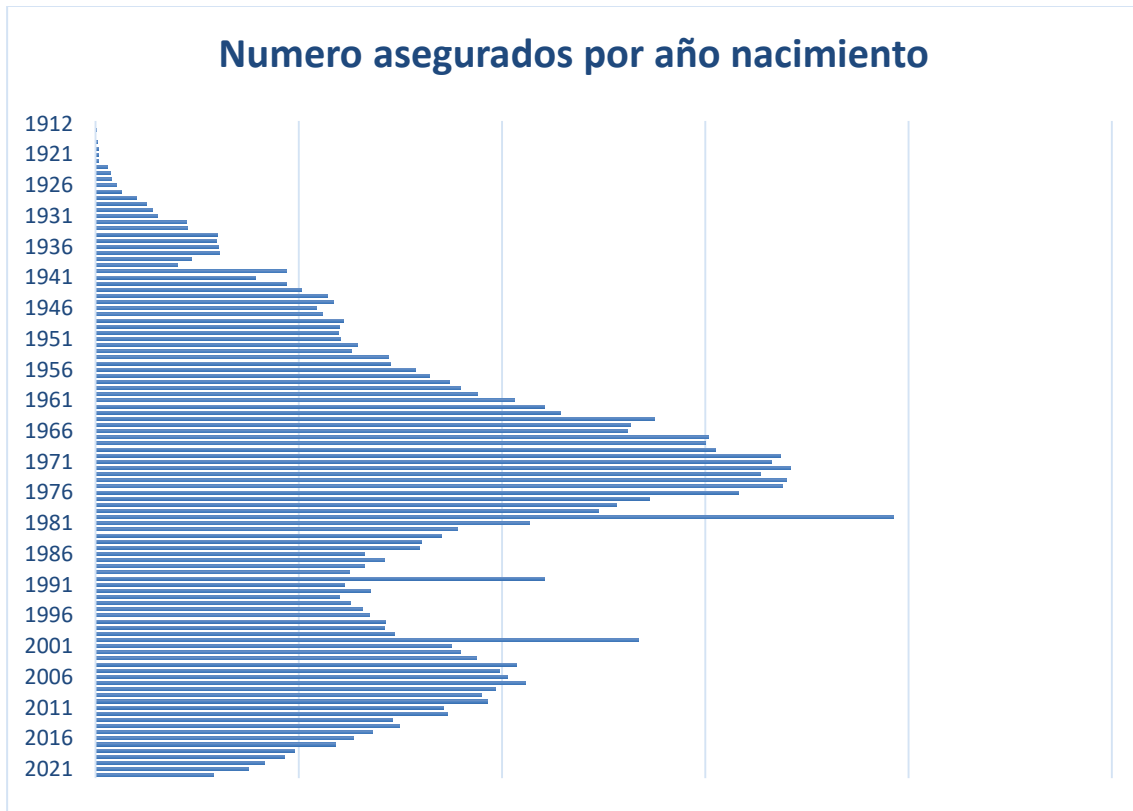
- Analíticas y diagnosis
- Aparato digestivo y renal
- Cardiología
- Cirugía y hospitalización
- Enfermería
- Medicina general
- Neurología/Psiquiatría
- Odontología
- Oncología
- Traumatología y rehabilitación
- Urgencias
- Resto de prestaciones

Esta agrupación responde a la idea por un lado de simplificar el análisis y por otro de no caer en el error de hacer un análisis de ámbito médico/hospitalario.

Un primer análisis de la muestra escogida nos permite ver si es representativa o no de la población española en general. Se procede a comparar la población española con la muestra.

Gráfico 20. Población española 2022 vs muestra número de asegurados



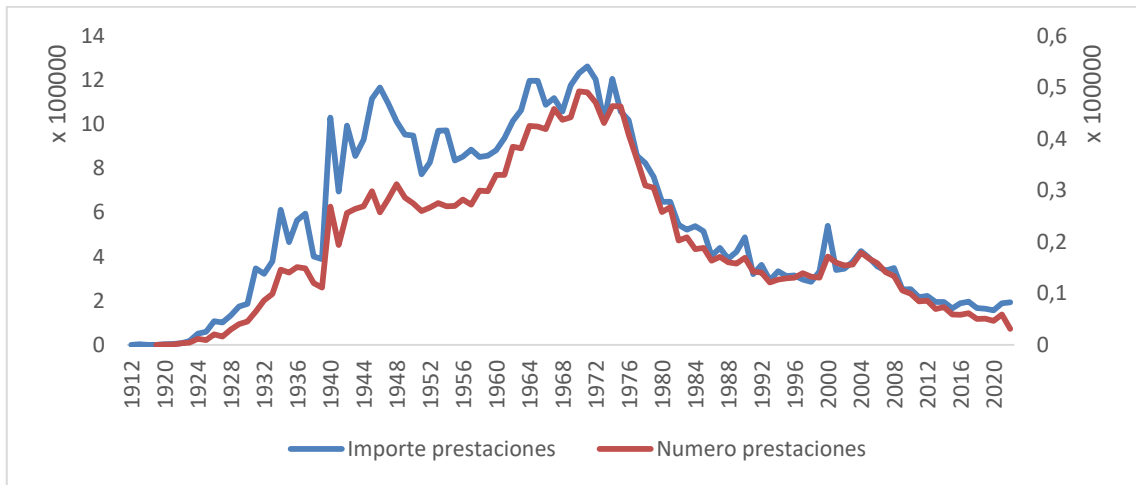


Fuente: (1) Instituto Nacional de Estadística y (2) elaboración propia.

Se observa cierta correlación entre la población española y la muestra, aunque también se observa que la composición de la muestra tiene más peso el tramo de edad 45-60 años que en la población española. Es importante ver que existe esta representatividad ya que se podría asimilar ciertos índices anteriormente visto como la salud percibida o los años de salud al nacer que nos indican que los tramos de edad en donde hay mayor concentración como es el caso de la muestra pueden tener un comportamiento positivo en el medio plazo. Por el contrario, estadísticas como el deterioro cognitivo o la limitación para hacer ciertas tareas influirán negativamente en la evolución de las personas mayores y por ende, a los tramos de más edad de las carteras de las compañías aseguradoras.

Seguidamente se analizarán los comportamientos la de muestra en cuanto a la media de las prestaciones pagadas, la media de las prestaciones por asegurado partiendo de la edad de nacimiento como eje comparativo y de evolución.

Gráfico 21. Importe prestaciones vs número de prestaciones



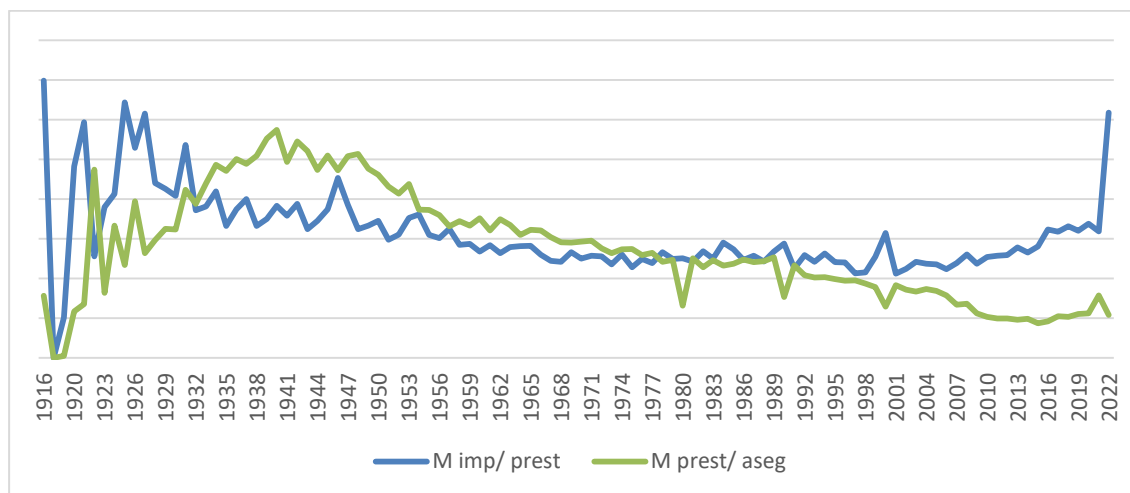
Fuente: Elaboración propia.

Se observa que, hasta la edad de 60 años, el número de prestaciones y los importes pagados llevan una tendencia similar. Esto indica por un lado que conforme avanza la edad el número de prestaciones aumenta y por tanto el coste acumulado de las prestaciones. Ello implica que el coste medio se mantiene constante y que el comportamiento dentro de cada colectivo es similar.

Por el contrario, a partir de los 60 años hasta los 80 años se puede observar una divergencia entre el número de prestaciones y el coste acumulado de ellas, indicando que existe un incremento del coste medio significativo en este tramo. Observando las fluctuaciones o dientes de sierra sobre todo en el importe pagado denota un comportamiento divergente en tramos de edad cercanos, cosa que además nos indica que dentro de los tramos de edad existen comportamientos muy diferentes del colectivo y con siniestros de gran importe (quizá sea un tramo donde el reaseguro de siniestros puntas pueda tener cabida). En todo caso, a partir de los 60 años vemos una tendencia a un menor "uso" del seguro, atenuándose a partir de los 80 años.

Se observa mejor este comportamiento si el análisis anterior lo hacemos por medias con respecto al número de asegurados:

Gráfico 22. Media importe prestaciones Vs media número de prestaciones



Fuente: Elaboración propia

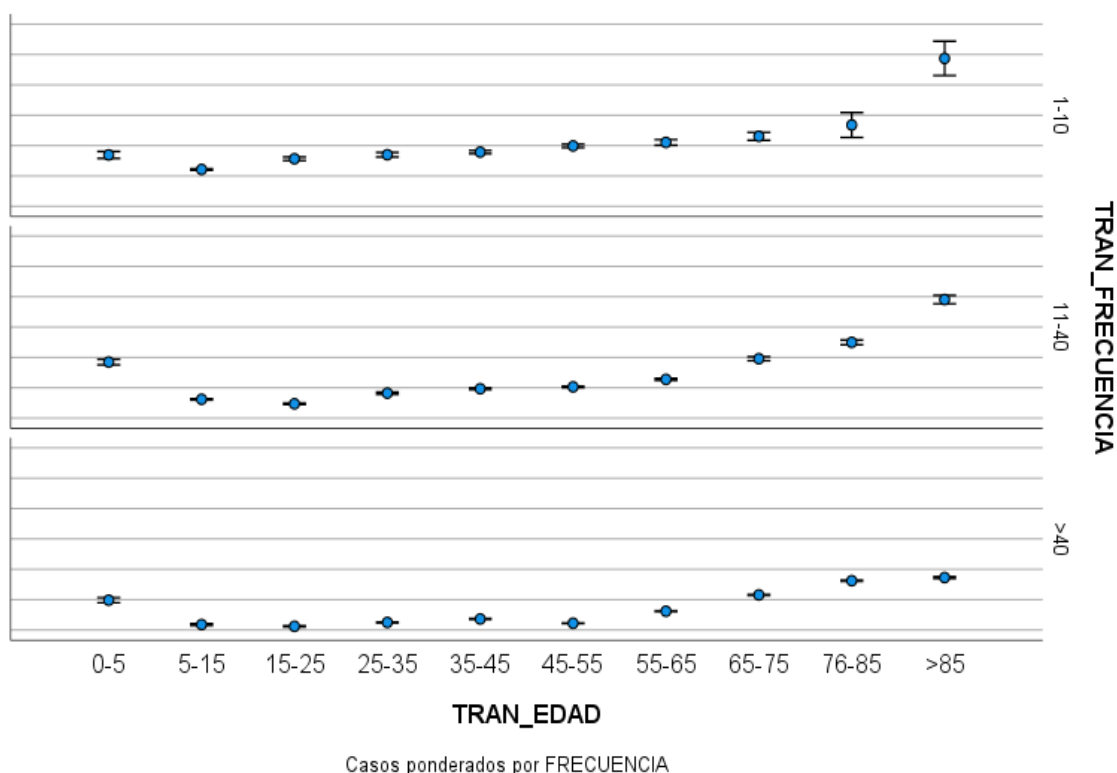
La concentración de las carteras de las aseguradoras ,en ciertos tramos de edad unido al hecho de que los individuos de esos tramos tienen un comportamiento similar en cuanto al uso del seguro ,da como resultado una estabilidad en cuanto a los costes medios por asegurado. En cambio, cuando los tramos de edad dejan de ser mayoritarios en las carteras y la media de uso de los asegurados dentro de ese tramo de edad tiene desviaciones significativas en cuanto al uso que hacen del seguro de salud, se producen las mayores diferencias entre el número medio de prestaciones y el coste medio de éstas. Así, en el tramo de edad del estudio se observa lo siguiente:

- A partir de los 60 años el número de prestaciones por asegurado aumenta considerablemente hasta los 80 años. Si bien el coste medio de las prestaciones no aumenta en la misma proporción, se dan algunos picos concretos por siniestros concretos. Nos encontramos ante un periodo de edad en donde las visitas de control de diagnósticos relacionados muy probablemente con enfermedades crónicas y relacionadas con la edad tienen su mayor peso. La poca volatilidad en la evolución de este tramo de edad puede indicar que dentro del grupo y como base del propio mecanismo de compensación generacional que rige el seguro de salud, existen individuos con un bajo uso del seguro que compensan a los que hacen un uso mayor de él.
- A partir de los 80 años se reduce considerablemente el número medio de prestaciones por asegurados. En cambio, los costes medios si tienen grandes altibajos y sin ninguna tendencia clara. En esta etapa, los asegurados hacen un menor uso del seguro, reduciéndose las visitas médicas y concentrándose el coste de las prestaciones en tratamientos

de enfermedades u hospitalizaciones graves, normalmente con un triste final.

Otro indicador que corroboraría esta primera agrupación nos lo daría el análisis de los diferentes tramos de edad en relación con los importes medios pagados y con unos tramos de frecuencia diferenciando entre una frecuencia baja, media y alta.

Gráfico 23. Intervalo de confianza para el importe pagado medio por tramos de frecuencia.



Fuente: Elaboración propia

Como se puede ver, los costes medios del tramo de edad de más de 85 años son más elevados y con más desviación con frecuencias más bajas que cuando los individuos tienen frecuencias altas.

El tramo de edad de 55 a 65 años y sobre todo el de 65 a 75 años tienen un comportamiento de crecimiento en frecuencias bajas y medias de siniestros haciendo que los costes medios también incrementen.

Con el análisis estadístico que se ha visto de la muestra ya se ha podido ver una primera diferenciación en el tramo etario de la tercera y cuarta edad. Un análisis comparativo y viendo la evolución durante un espacio de tiempo

más amplio permitiría establecer cuáles han sido los cambios de hábitos y de tendencias. Para ello es necesario que las entidades aseguradoras dispongan de la suficiente información en sus bases de datos sobre los siniestros ocurridos. Un análisis más profundo implica utilizar la tipología de siniestros, en referencia al seguro de salud, pudiendo establecer relaciones entre las frecuencias y costes medios con las diferentes tipologías de prestaciones que hoy en día las aseguradoras cubren en sus pólizas.

4.2. Metodología de segmentación.

Hoy en día, la segmentación en los seguros es una herramienta que permite a las áreas comerciales y de marketing identificar los perfiles de los clientes a los que dirigir sus acciones. Sin lugar a duda, y como se ha visto anteriormente, el seguro de salud está cobrando gran relevancia. Se trata de un mercado en expansión y para el que las entidades aseguradoras representan una importante apuesta de futuro.

La heterogeneidad del mercado hace que consumidores que presentan diferentes características personales también muestren diferente comportamiento futuro (Mittal and Kamakura, 2001). Además, el uso de diferentes metodologías en la segmentación puede proporcionar diferentes segmentos (Moscardo, 2001).

La segmentación está basada en la premisa de que todo mercado está formado por grupos o segmentos con diferentes deseos y necesidades (Kotler, 1999). En la segmentación a priori el investigador elige en primer lugar las variables de interés y posteriormente clasifica a los clientes en función de dichas variables. La elección de estas variables está basada en la experiencia del investigador o en la literatura existente. Así, en la segmentación a priori, se selecciona una variable categórica como descriptor de las similitudes y diferencias en las variables de interés entre los distintos grupos (Chen, 2003). Por el contrario, en la segmentación a posteriori, el mercado se divide en grupos en función de una serie de variables que explican el comportamiento de los clientes. Posteriormente se describe cada grupo en función de otras variables.

Una de las cuestiones más importantes planteadas por los investigadores ha sido si los segmentos que se obtienen son fiables o no (Moscardo, 2001), es decir, si los segmentos representan de forma correcta a los individuos en distintos grupos. Morrison (1996) definió ocho criterios que debía cumplir una segmentación eficaz:

- Homogeneidad. Los individuos de un segmento deberían ser homogéneos a otros del mismo segmento y deberían ser diferentes de los individuos de otros segmentos.
- Medible. Los segmentos deberían ser identificados con un cierto grado de precisión.
- Sustancial. Los segmentos deberían tener un tamaño considerable para garantizar la existencia de diferencias entre ellos.

- Accesible. Una organización debería fácilmente poder identificar los segmentos.
- Defendible. Los segmentos deben diferenciarse en características que son relevantes para las organizaciones.
- Competencia. Los segmentos deben ser apropiados para los productos o servicios que ofrece una organización.
- Compatible. Los segmentos identificados deben ser compatibles con los mercados que existen.
- Durable. Los segmentos identificados necesitan permanecer configurados a lo largo de un extenso periodo de tiempo.

La segmentación basa su eficacia, básicamente, en la correcta interpretación de los resultados obtenidos, pero sobre todo en la elección de las variables a utilizar. Resulta imprescindible que, a la hora de hacer un estudio de segmentación, la compañía conozca perfectamente a sus clientes (potenciales o no).

La elección del método también influirá significativamente en el resultado. Las variables que se utilicen tendrán su utilidad siempre que el método sea el que mejor se ajuste a las características de éstas.

En el presente estudio se han seleccionado dos metodologías estadísticas para establecer un modelo de segmentación en los seguros de salud para los tramos de edad de la tercera y cuarta edad. Las metodologías seleccionadas han sido el análisis de correspondencias múltiples y el análisis cluster y como se verá los resultados obtenidos tendrán diferente interpretación. Se ha querido poner de manifiesto precisamente la importancia de la elección de las variables, que a veces no serán las mejores sino simplemente las disponibles.

4.2.1. Análisis de correspondencias múltiples.

El análisis de correspondencias es una técnica descriptiva cuyo objetivo es resumir una gran cantidad de datos en un número reducido de dimensiones, con la menor pérdida de información posible (Santiago de la Fuente Fernández, 2011).

Dicho análisis puede hacerse con una metodología simple o múltiple. El análisis de correspondencias simples se utiliza a menudo en la representación de datos que se pueden presentar de forma de tablas de contingencia de dos variables nominales u ordinales. Otras utilidades implican el tratamiento de tablas de proximidad o distancia entre elementos, y tablas de preferencias.

Si se trata de una tabla de contingencia de dos variables cualitativas, una variable cuyas categorías aparecen en filas y la otra variable cuyas categorías son representadas en columnas, el análisis de correspondencias consiste en

resumir la información presente en las filas y columnas de manera que pueda proyectarse sobre un subespacio reducido, y representarse simultáneamente los puntos fila y los puntos columna, pudiéndose obtener conclusiones sobre relaciones entre las dos variables nominales u ordinales de origen.

La extensión del análisis de correspondencias simples al caso de varias variables nominales (tablas de contingencia multidimensionales) se denomina Análisis de correspondencias Múltiples, y utiliza los mismos principios generales que la técnica anterior. En general se orienta a casos en los cuales una variable representa ítems o individuos y el resto son variables cualitativas u ordinales que representan cualidades.

El análisis de correspondencias tiene dos objetivos básicos:

- Asociación entre categorías de columnas o filas: Medir la asociación de solo una fila o columna, para ver, por ejemplo, si las modalidades de una variable pueden ser combinadas.
- Asociación entre categorías de filas y columnas: Estudiar si existe relación entre categorías de las filas y columnas.

El análisis de correspondencias solo requiere que los datos representen las respuestas a una serie de preguntas y que estén organizadas en categorías. Dependiendo si existen dos o más variables el análisis será simple o múltiple.

La existencia o no de algún tipo de relación entre dos variables se analiza mediante contrastes de hipótesis sobre la independencia de dichas variables. El test de hipótesis habitualmente utilizado es el de la Chi-cuadrado de Pearson.

Se contrasta la hipótesis nula que presupone la independencia entre ambas variables, frente a la hipótesis de dependencia, mediante el estadístico X^2 de Pearson:

- H_0 : ambas variables son independientes

- H_1 : Existe una relación de dependencia

Cuando se detecta que las variables son dependientes, conviene analizar los residuos del modelo. Los residuos más utilizados son los residuos tipificados corregidos. Los residuos son las diferencias entre la frecuencia observada y la frecuencia esperada. Cuanto mayor sea el valor de los residuos mayor es la probabilidad de que una determinada combinación de valores de las variables sea significativa.

Para que el análisis de los residuos resulte adecuado es necesario que previamente éstos hayan sido ajustados y estandarizados, para lo cual se suele aplicar la fórmula propuesta por Haberman (1978), que consiste en dividir el valor del residuo por su error típico.

A continuación, se muestra cómo de interpreta el análisis de correspondencias múltiples:

- Proximidad entre individuos en términos de parecido: Dos individuos se parecen si tienen las mismas modalidades. Es decir, dos individuos están próximos si han elegido globalmente las mismas modalidades.
- Proximidad entre modalidades de variables diferentes en términos de asociación: Son cercanos puesto que globalmente están presentes en los mismos individuos. Es decir, dos modalidades están próximas si han sido elegidas globalmente por el mismo conjunto de individuos.
- Proximidad entre modalidades de una misma variable en términos de parecido: (a) Son excluyentes por construcción. (b) Si son cercanas es porque los individuos que las poseen presentan casi el mismo comportamiento en las otras variables.

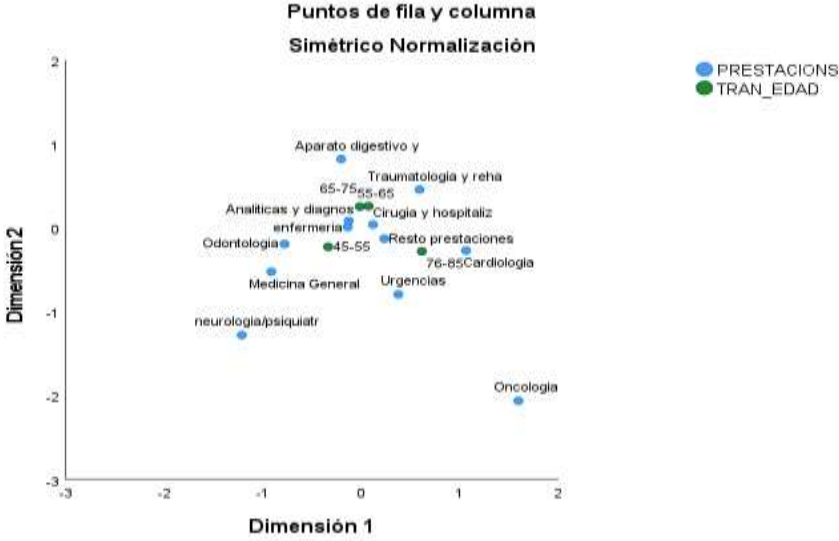
Para el presente estudio se han utilizado las siguientes variables:

- Conjunto de prestaciones: agrupadas tal y como anteriormente se ha determinado. La agrupación de éstas se ha efectuado atendiendo a criterios meramente prácticos y de terminología. Se podrá, mediante conocimientos médicos, establecer agrupaciones con un criterio diferente.
- Tramos de edad: se han agrupado las edades de los asegurados en tramos de cinco años, siendo el primer tramo el de los 45 a 50 años y el último el tramo de más de 85 años.
- Tramos de frecuencia: también se han agrupado los tramos de frecuencia de los siniestros en tramos de cinco y 10 siniestros, siendo el primer tramo el de 1 a 5 siniestros y el último el de más de 31 siniestros.

El resultado de la tabla cruzada de las variables antes mencionadas se presenta en el anexo1. En él observamos las posibles asociaciones a través del denominado "residuo corregido". Deben observarse como asociaciones aquellas cuyo valor de dicho residuo en valor absoluto sea mayor que 2.

A partir de la información obtenida se obtiene los siguientes gráficos, en donde podemos observar como las diferentes variables, en el primer gráfico las variables tipología de prestaciones y tramo de edad, en el segundo gráfico las variables tramos de edad y tramos de frecuencia y en el tercer gráfico las tres variables, quedan relacionadas mediante la proximidad de cada una de ellas.

Gráfico 24. Gráfico correspondencia múltiple variables TIPOLOGIA PRESTACIONES + TRAMOS EDAD



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 25. Gráfico Correspondencia múltiple variables TRAMOS EDAD+ TRAMOS FRECUENCIA

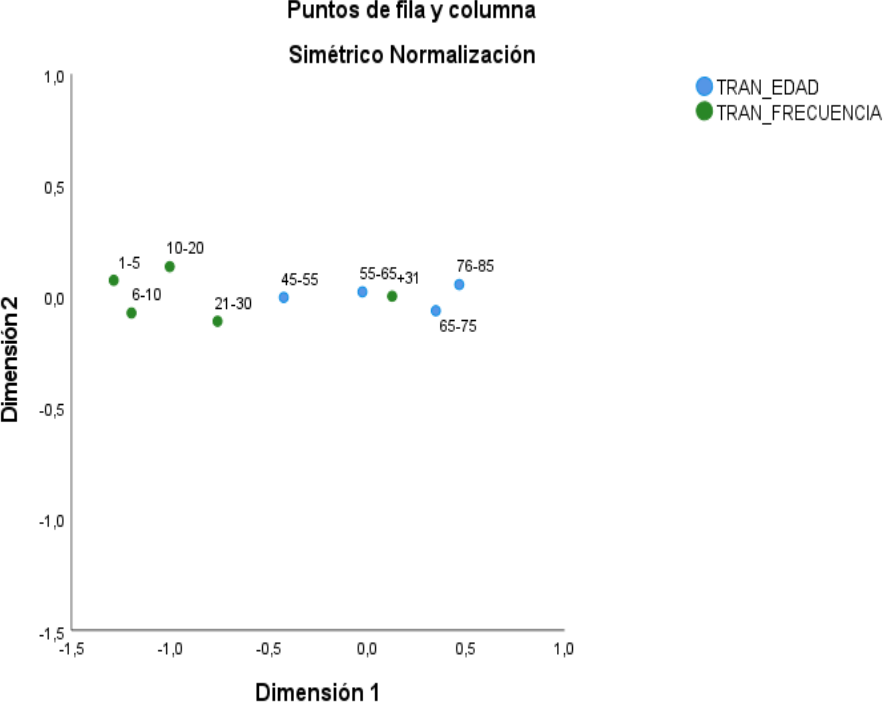
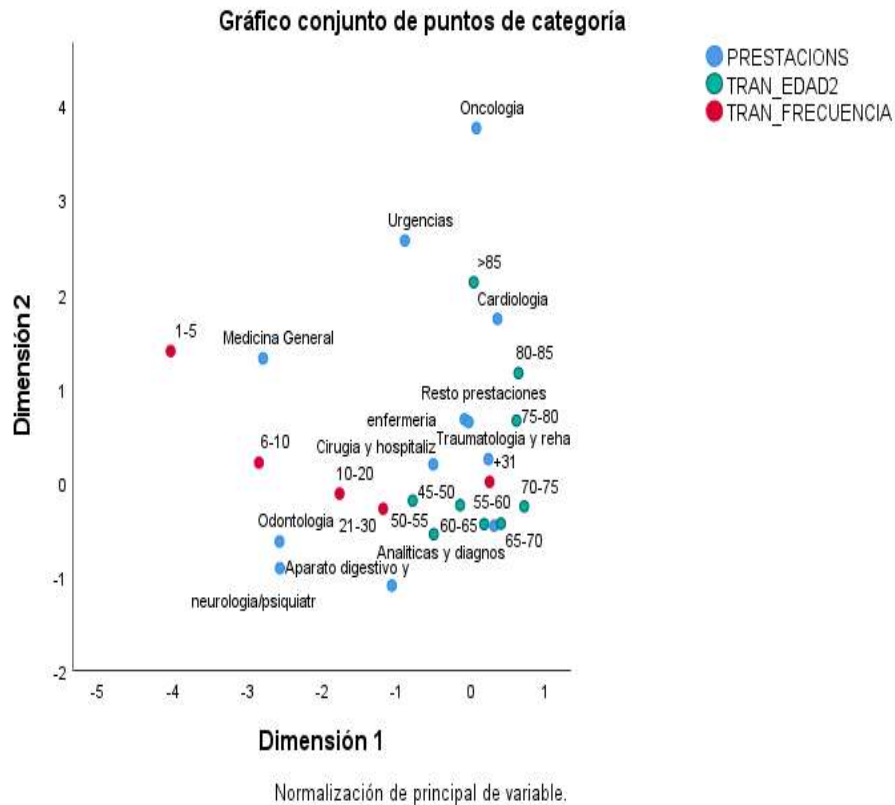


Gráfico 26. Gráfico Correspondencia múltiple variables TIPOLOGIA PRESTACIONES+ TRAMOS EDAD+ TRAMOS FRECUENCIA



Del análisis de los resultados obtenidos se observa que la combinación de solo dos variables como son la edad y la tipología de prestaciones se modifica cuando se introduce la tercera variable, la frecuencia. De ahí se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- El tramo de edad de los 55 a 65 años tiene un comportamiento muy similar con el tramo de 65 a 75 en cuanto a la tipología de prestaciones que suelen requerir. No en cambio con la frecuencia, ya que el segundo tramo tiene una frecuencia menor que el primero. En cuanto a la tipología de prestaciones, éstas se centran en las relacionadas con la diagnosis de enfermedades o su control mediante analíticas.
- A partir de los 75 años en adelante, las prestaciones con más correlación son las relacionadas con la cardiología y la traumatología. En muchos de estos casos, las patologías relacionadas con estas especialidades requerirán la intervención para la implantación de prótesis, con el consiguiente incremento del coste de dichas prestaciones.

Sería posible llegar a una clasificación por frecuencia y tipología de prestaciones predominante en donde se puede ver una evolución de las prestaciones requeridas por los usuarios, pasando de un estado en donde

las intervenciones quirúrgicas pasan a una edad en tal y como se ve en la siguiente tabla:

Tabla 3. Resultados agregados método correspondencia múltiples.

Tramos edad	Frecuencias	Tipologías predominantes
50-55	Media/Alta	Cirugía y hospitalización
55-60	Alta	Cirugía y hospitalización/analíticas y diagnosis
60-65	Alta	Analíticas y diagnosis
65-70	Alta	Analíticas y diagnosis
70-75	Media/Alta	Analíticas y diagnosis/Traumatología y rehabilitación
75-80	Media/Alta	Enfermería/Traumatología y rehabilitación
80-85	Media/Alta	Cardiología/Enfermería
>85	Media/Alta	Cardiología

Fuente: Elaboración propia

Obviamente estos resultados deben ser considerados como parte del ejercicio de segmentación. La obtención de los datos, su tratamiento y su interpretación previa son muy importantes para poder llegar a obtener los resultados y requerirán, en este caso, de la colaboración con especialistas sanitarios para poder interpretar los datos previa y posteriormente los resultados.

Se puede establecer un cronograma de las prestaciones de una persona al llegar a la edad sénior, viendo como pasamos de una etapa donde se empiezan a detectar ciertas enfermedades que conllevan el ingreso para su tratamiento o incluso la intervención quirúrgica. Pasaríamos a una época en donde la diagnosis y control de estos diagnósticos es la prestación predominante. Posteriormente empiezan a aparecer los problemas relacionados con la traumatología y rehabilitación, necesitando cada vez más el uso de los servicios de enfermería. Por último, aparecerían los problemas cardiacos en la última fase del asegurado.

4.2.2. Análisis Clúster.

El análisis Cluster, conocido como análisis de Conglomerados, es una técnica estadística multivariante que busca agrupar elementos (o variables) tratando de lograr la máxima homogeneidad en cada grupo y la mayor diferencia entre los grupos (Laura de la Fuente Crespo, 2021).

Es un método estadístico multivariante de clasificación automática de datos. A partir de una tabla de casos-variables, trata de situar los casos (individuos) en grupos homogéneos, conglomerados o clusters, no conocidos de antemano,

pero sugeridos por la propia esencia de los datos, de manera que individuos que puedan ser considerados similares sean asignados a un mismo cluster, mientras que individuos diferentes (disimilares) se localicen en clusters distintos.

La diferencia esencial con el análisis discriminante estriba en que este último es necesario especificar previamente los grupos por un camino objetivo, ajeno a la medida de las variables en los casos de la muestra. En análisis cluster define grupos tan distintos como sea posible en función de los propios datos.

La creación de grupos basados en casos similares exige una definición de este concepto, o de su complementaria distancia entre individuos.

La variedad de formas de medir diferencias multivariantes o distancias entre casos proporciona diversas posibilidades de análisis. El empleo de ellas, y el de las que continuamente siguen apareciendo, así como de los algoritmos de clasificación, o diferentes reglas matemáticas para asignar los individuos a distintos grupos, depende del fenómeno estudiado y del conocimiento previo de posible agrupamiento que de él se tenga.

Puesto que la utilización del análisis cluster ya implica un desconocimiento o conocimiento incompleto de la clasificación de los datos, el investigador ha de ser consciente de la necesidad de emplear varios métodos, ninguno de ellos incuestionable, con el fin de contratar los resultados.

Existen dos grandes tipos de análisis de clusters: no jerárquicos y jerárquicos.

Se conocen como no jerárquicos a aquellos que asignan los casos o grupos diferenciados que el propio análisis configura, sin que unos dependan de otros. Los métodos no jerárquicos pueden, a su vez, producir clusters disjuntos (cada caso pertenece sólo a un cluster), o bien clusters solapados (un caso puede pertenecer a más de un grupo). Estos últimos de difícil interpretación son poco utilizados.

Se denominan jerárquicos a los que configuran grupos con estructura arborescente, de forma que clusters de niveles más bajos van siendo englobados en otros clusters de niveles superiores.

Una vez finalizado un análisis de clusters, el investigador dispondrá de una colección de casos agrupada en subconjuntos jerárquicos o no jerárquicos. Podrá aplicar técnicas estadísticas comparativas convencionales siempre que lo permita la propia relevancia de la práctica de los grupos que se han creado.

El análisis cluster se puede utilizar para agrupar individuos (casos) y también para agrupar variables. Antes de iniciar un análisis cluster deben tomarse tres decisiones:

- Selección de las variables relevantes para identificar a los grupos.
- Elección de la medida de proximidad entre los individuos.
- Seleccionar el criterio para agrupar individuos en conglomerados.

Es decisiva la selección de las variables que realmente sean relevantes para identificar a los grupos, de acuerdo con el objetivo que se pretenda lograr en el estudio. De lo contrario, el análisis carecerá de sentido.

Para seleccionar la medida de proximidad es conveniente estar familiarizado con este tipo de medidas, básicamente similitudes y distancias, ya que los conglomerados que se forman lo hacen en base a las proximidades entre variables o individuos. Los grupos que se forman en cada caso dependen de la proximidad, distintas medidas de proximidad pueden dar resultados distintos para los mismos datos.

A continuación se muestra el resultado de los cluster que el aplicativo SPSS nos devuelve a partir de la base de datos proporcionada. La base de datos es exactamente la misma que la utilizada para el método de correspondencias múltiples:

Tabla 4. Resultado metodología cluster

		Número de clúster bietápico					Total	
		valor atípico % de N totales de columna	1 % de N totales de columna	2 % de N totales de columna	3 % de N totales de columna	4 % de N totales de columna		% de N totales de columna
TRAN_EDAD 2	<=45	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	45-50	0,0%	9,9%	24,0%	18,1%	11,1%	15,5%	
	50-55	0,0%	13,3%	22,6%	17,7%	13,0%	16,4%	
	55-60	0,0%	13,6%	16,1%	15,4%	10,6%	14,7%	
	60-65	0,0%	11,8%	11,2%	11,1%	10,3%	11,4%	
	65-70	0,0%	10,9%	7,4%	9,0%	7,9%	9,5%	
	70-75	0,0%	12,6%	5,9%	9,2%	8,3%	10,1%	
	75-80	0,0%	11,8%	5,3%	8,5%	12,2%	9,5%	
	80-85	0,0%	8,1%	3,1%	5,3%	10,6%	6,2%	
	>85	0,0%	8,0%	4,4%	5,8%	16,0%	6,7%	
	Total	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
TRAN_FREC UENCIA	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	1-5	0,0%	0,0%	9,0%	0,0%	2,1%	1,0%	
	6-10	0,0%	0,0%	15,4%	0,0%	3,6%	1,7%	
	10-20	0,0%	0,0%	32,3%	0,0%	14,1%	3,8%	
	21-30	0,0%	0,0%	43,4%	0,0%	18,8%	5,1%	
	31	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	61,4%	88,5%	
	Total	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
PRESTACIO NS	Análíticas y diagnosís	0,0%	55,5%	41,7%	61,8%	44,7%	56,9%	
	Aparato digestivo y renal	0,0%	1,6%	2,3%	0,3%	0,3%	1,0%	
	Cardiología	0,0%	2,1%	2,4%	1,6%	2,3%	1,9%	
	Cirugía y hospitalizacio n	0,0%	3,2%	2,3%	1,1%	11,5%	2,2%	
	enfermería	0,0%	1,2%	0,8%	0,4%	0,1%	0,7%	
	Medicina General	0,0%	0,3%	0,8%	0,2%	0,0%	0,3%	
	neurología/p siquiatría	0,0%	0,5%	1,6%	0,5%	0,0%	0,6%	
	Odontología	0,0%	3,8%	10,4%	2,7%	2,3%	3,9%	
	Oncología	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	
	Resto prestaciones	0,0%	25,6%	25,4%	21,7%	21,7%	23,5%	
	Traumatología y rehabilitación	0,0%	2,1%	6,6%	7,2%	2,2%	5,1%	
	Urgencias	0,0%	4,0%	5,7%	2,5%	15,0%	3,7%	
		Total	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

A continuación se muestran los resultados que de una manera agregada se obtienen de la anterior tabla.

Tabla 5. Resultados agregados metodología cluster

Grupo 1						
Tramos edad	45-50	50-55	55-60			
Frecuencias	1-5	6-10	10-20	21-30		
Tipologías predominantes	Aparato digestivo y renal	Cardiología	Medicina General	neurología/ psiquiatría	Odontología	Oncología

Grupo 2			
Tramos edad	60-65	65-70	70-75
Frecuencias	+31		
Tipologías predominantes	enfermería	Resto prestaciones	

Grupo 3			
Tramos edad	75-80	80-85	>85
Frecuencias	+31		
Tipologías predominantes	Cirugía y hospitalización	Urgencias	

Fuente: Elaboración propia

Utilizar esta metodología nos arroja la siguiente información: se establecen tres grupos en donde encontraremos unos grupos de edad, frecuencias y tipologías predominantes de prestaciones que según el método cluster tienen una gran relación entre ellos.

Una de las primeras cosas que se observa es que los tramos de edad son secuenciales, o lo que es lo mismo, los grupos de edad se agrupan cronológicamente. Es decir, no existen tramos de edad que tengan características similares con grandes diferencias cronológicas. Así vemos como tramos de edad de 15 años, inferior a una generación, se agrupan.

Más en detalle se observa la etapa hasta los 60 años en donde se da una mayor variedad de prestaciones predominantes que en las etapas anteriores. Las frecuencias de uso también aparecen con un amplio rango, desde frecuencias de menor uso hasta frecuencias más altas. Así pues, es una etapa con una variada casuística en cuanto a las prestaciones y frecuencia de uso.

A partir de los 60 años hasta los 75 años la variedad de frecuencias se reduce y se centran en frecuencias altas de uso. También se reducen las tipologías de prestaciones.

Idéntico comportamiento a partir de los 75 años con la franja anterior, aunque cambian las tipologías de las prestaciones predominantes.

5. Conclusiones

El estudio de la tercera y cuarta edad ya sea mediante indicadores elaborados por terceros como a partir de análisis estadísticos elaborados por las propias compañías, permiten que se pueden observar comportamientos y características suficientemente diferentes y con posibilidad de diferenciar dentro de este tramo de edad diferentes hábitos, conllevando la posibilidad de ofrecer productos más a medida de estos consumidores sénior.

Se ha comprobado que, en este tramo de edad, los análisis efectuados con ambas técnicas (Correspondencias múltiples y cluster), nos ha facilitado perfiles distintos de comportamiento. También se ha podido ver cómo la elección del método para segmentar lleva a resultados más o menos amplios, siempre dependiendo de los datos utilizados y de la capacidad técnica de las compañías para poder explotarlos. Será siempre indispensable el conocimiento previo de los asegurados y de las variables que se quieren analizar y por supuesto disponer de ellas con un alto grado de fiabilidad.

En cuanto a los seguros de salud, las compañías aseguradoras están actualmente apostando por captar más clientes. Hay que hacer hincapié en que se trata de un seguro que, en la mayoría de los casos, permite a los asegurados a partir del pago de una prima acceder a un conjunto cerrado de servicios sanitarios. Este uso de los servicios sanitarios está incrementándose cada vez más, incrementando el volumen del pago de las prestaciones. Los análisis de las frecuencias de uso y de las tipologías de estas prestaciones son indispensables en las entidades aseguradoras para poder ofrecer las primas suficientes que cubran estos siniestros.

Si unimos los dos puntos anteriores nos da como resultado una ecuación complicada para las aseguradoras: incrementar cuota de mercado con una siniestralidad creciente debido al incremento de la frecuencia de uso y al incremento de los costes. ¿La solución? Pasa seguramente por analizar los perfiles de los asegurados, por un lado, y diversificar ramos por otro. Esta diversificación no sólo debe permitir que las compañías se sirvan de las sinergias de los procedimientos internos para mejorar los costes, sino que puede permitir combinar más variables y ser utilizadas en estudios de segmentación. Esto permite conocer mejor a tus asegurados y así se entraría en un círculo virtuoso.

Sobre el análisis efectuado sobre la segmentación en los seguros de salud de la edad senior, de los resultados obtenidos vemos que nos encontramos con un tramo de edad que requiere de un seguimiento, podríamos decir que constante, de su estado de salud. Resultaría interesante el estudio sobre quien es realmente quien inicia el seguimiento del estado de salud, si es el propio paciente por consultar su estado de salud o es por motivo de algún indicador o síntoma que lleve al paciente a consultarlo. Es posible que la suma de una mayor concienciación sobre el estado de salud de las propias personas, de querer tener en todo momento el conocimiento de su estado de salud bien para prevenir cualquier enfermedad o bien por propia satisfacción de saber que se está en un estado saludable de la vida, con el hecho de que el seguro de salud sea un seguro que ha derivado en la prestación de servicios sanitarios a partir

del pago de un importe fijo nos esté llevando hacia un modelo de alta frecuentación en estas tipologías de prestaciones.

¿Cómo pueden las aseguradoras tener monitorizada y controlada frecuentación?

Fomentar el despliegue de soluciones digitales, por ejemplo, que promuevan el apoyo y la prolongación de una vida sana e independiente para las personas mayores (señalar que en la reciente encuesta del IMSERSO, el 87% de los mayores de 65 años prefiere envejecer y ser atendido en su propio hogar en lugar de en otro tipo de institución) deben ser consideradas por los agentes públicos y privados. Soluciones para prevenir el deterioro físico y cognitivo que puede dar lugar a enfermedades crónicas, fragilidad o dependencia.

Este tipo de enfermedades son las que como se ha podido ver en el estudio las que hacen incrementar la frecuencia de uso de los seguros de salud en los tramos de edad senior, por lo que cualquier avance en este aspecto debe ser aplaudido e incluso promovido por las propias entidades aseguradoras, ya que acabará redundando en su propio beneficio y en el de la propia cartera de asegurados.

Como ejemplo, algunas entidades ya están trabajando en:

- Nuevas plataformas para seleccionar estos riesgos, incluyendo la coordinación de pruebas y reconocimientos médicos.
- Plataformas de gestión de asegurados senior y crónicos para la prevención y seguimiento de asegurados con ciertas enfermedades.
- Consultas adicionales en psicología (no hay que olvidar que muchas personas en este tramo de edad viven solas), dietética/nutrición, podología o fisioterapia.
- Atención domiciliaria tras el alta hospitalaria.
- Servicio de teleasistencia personal.

Otras cuestiones que deberán plantearse en el sector en relación al aumento del peso del colectivo silver en la población son:

- Se deberían recalcular las notas técnicas de los seguros
- Ofertar nuevas gamas de seguros específicos para este colectivo
- Modificar los tramos de edad establecidos como límites de aseguramiento
- Ampliar o modificar las coberturas de los seguros ya existentes
- Plantear una prima nivelada desde el comienzo de la contratación del seguro

Como complemento al presente estudio o futuras líneas de trabajo se podría hacer un estudio de segmentación temporal, de tipo evolutivo. Utilizando bases de datos de más años permitiría tener una visión evolutiva sobre los clientes que quizá arrojará tendencias de siniestralidad que permitan avanzar en el actual estudio.

6. Bibliografía

Estudios:

DE LA FUENTE CRESPO, L. Análisis Cluster. Trabajo académico del año 2021

ARAGONÉS JERICÓ, C., KÜSTER BOLUDA, I . Y VILA LÓPEZ,N. (2021). Segmentación del turista Deportivo: el caso del espectador de la formula 1. *Investigaciones Turísticas (21)*, pp.182-204.

RAMÍREZ-HURTADO, JOSE M., BERBEL-PINEDA, JUAN M. (2021). Segmentación en el turismo de senderismo : una aplicación con los turistas extranjeros en España.

Artículos:

INESE. Capacidad de gasto mayores 55 años. 2023

INESE. Digitalización seguros de salud. 2023

INESE. Economía silver. 2023

INESE. Servicios Zurich para salud. 2023

INESE. Servicios mejora de la salud. 2023

INESE. Servicios a mayores. 2023

Informes:

UNESPA. El seguro de salud en el año 2020. Madrid. Editorial Aseguradora, 2021.

INSTITUTO SANTA LUCIA. Las etapas de la vida sénior. Madrid. 2023.

FUNDACION MAPFRE. Monitor de empresas de la economía sénior. Madrid. 2023

KPMG. Evolución seguros de salud. 2023

Fuentes Oficiales:

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro

Sergio Ruiz Robles

Nacido en Barcelona en 1978, soy licenciado en Administración y Dirección de Empresas por la Universitat de Barcelona.

Comencé mi relación con el mundo asegurador en diciembre de 2006, cuando entré a formar parte del departamento de Administración de MGC Insurance como adjunto del responsable de dicho departamento.

En 2021 fui promocionado como responsable del departamento de Administración y responsable del área de Unit Linked. También formo parte del equipo responsable de Solvencia II.

Anexos

Anexo 1. Tabla cruzada variables PRESTACIONES*TRAMOS DE EDAD*TRAMOS DE FRECUENCIA

TRAN_FRECUENCIA		TRAN_EDAD										Total		
		0-5	5-15	15-25	25-35	35-45	45-55	55-65	65-75	76-85	>85			
1-5	PRESTACIONES	Análisis y diagnosis	Recuento	65	507	741	547	722	1144	521	210	104	76	4637
		% dentro de PRESTACIONES	1,4%	10,9%	16,0%	11,8%	15,6%	24,7%	11,2%	4,5%	2,2%	1,6%	100,0%	
		% dentro de TRAN_EDAD	3,3%	6,0%	10,6%	13,8%	15,1%	16,1%	13,4%	13,5%	11,3%	11,0%	11,5%	
		% del total	0,2%	1,3%	1,8%	1,4%	1,8%	2,8%	1,3%	0,5%	0,3%	0,2%	11,5%	
		Residuo corregido	-11,6	-18,0	-2,5	4,8	8,3	13,4	4,0	2,5	-0,2	-0,4		
	Aparato digestivo y renal	Recuento	10	55	116	79	99	123	83	74	20	33	692	
		% dentro de PRESTACIONES	1,4%	7,9%	16,8%	11,4%	14,3%	17,8%	12,0%	10,7%	2,9%	4,8%	100,0%	
		% dentro de TRAN_EDAD	0,5%	0,6%	1,7%	2,0%	2,1%	1,7%	2,1%	4,8%	2,2%	4,8%	1,7%	
		% del total	0,0%	0,1%	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%	1,7%	
		Residuo corregido	-4,2	-8,5	-0,4	1,4	2,0	0,1	2,1	9,4	1,1	6,3		
	Cardiología	Recuento	21	76	60	38	72	144	84	50	56	16	617	
		% dentro de PRESTACIONES	3,4%	12,3%	9,7%	6,2%	11,7%	23,3%	13,6%	8,1%	9,1%	2,6%	100,0%	
% dentro de TRAN_EDAD		1,1%	0,9%	0,9%	1,0%	1,5%	2,0%	2,2%	3,2%	6,1%	2,3%	1,5%		
	% del total	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	1,5%		
	Residuo corregido	-1,7	-5,4	-5,0	-3,1	-0,2	3,8	3,4	5,5	11,4	1,7			
Cirugía y hospitalización	Recuento	20	25	42	40	53	105	74	38	1	16	414		
	% dentro de PRESTACIONES	4,8%	6,0%	10,1%	9,7%	12,8%	25,4%	17,9%	9,2%	0,2%	3,9%	100,0%		
	% dentro de TRAN_EDAD	1,0%	0,3%	0,6%	1,0%	1,1%	1,5%	1,9%	2,4%	0,1%	2,3%	1,0%		
	% del total	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	1,0%		
	Residuo corregido	0,0	-7,5	-3,9	-0,1	0,6	4,2	5,7	5,7	-2,8	3,4			
enfermería	Recuento	66	96	45	7	22	61	31	2	8	6	344		
	% dentro de PRESTACIONES	19,2%	27,9%	13,1%	2,0%	6,4%	17,7%	9,0%	0,6%	2,3%	1,7%	100,0%		
	% dentro de TRAN_EDAD	3,4%	1,1%	0,6%	0,2%	0,5%	0,9%	0,8%	0,1%	0,9%	0,9%	0,9%		
	% del total	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%		
	Residuo corregido	12,5	3,1	-2,1	-4,9	-3,1	0,1	-0,4	-3,2	0,1	0,1			
Medicina General	Recuento	21	129	269	105	181	202	116	63	50	41	1177		
	% dentro de PRESTACIONES	1,8%	11,0%	22,9%	8,9%	15,4%	17,2%	9,9%	5,4%	4,2%	3,5%	100,0%		
	% dentro de TRAN_EDAD	1,1%	1,5%	3,9%	2,6%	3,8%	2,8%	3,0%	4,1%	5,4%	6,0%	2,9%		
	% del total	0,1%	0,3%	0,7%	0,3%	0,4%	0,5%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	2,9%		
	Residuo corregido	-4,9	-8,6	5,1	-1,1	3,8	-0,4	0,3	2,7	4,6	4,8			
neurología/psiquiatría	Recuento	2	143	180	141	116	126	51	17	18	22	816		
	% dentro de PRESTACIONES	0,2%	17,5%	22,1%	17,3%	14,2%	15,4%	6,3%	2,1%	2,2%	2,7%	100,0%		
	% dentro de TRAN_EDAD	0,1%	1,7%	2,6%	3,6%	2,4%	1,8%	1,3%	1,1%	2,0%	3,2%	2,0%		
	% del total	0,0%	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	2,0%		
	Residuo corregido	-6,2	-2,5	3,6	7,2	2,1	-1,7	-3,3	-2,7	-0,1	2,2			
Odontología	Recuento	132	1386	1369	961	1066	1541	862	346	121	62	7846		
	% dentro de PRESTACIONES	1,7%	17,7%	17,4%	12,2%	13,6%	19,6%	11,0%	4,4%	1,5%	0,8%	100,0%		
	% dentro de TRAN_EDAD	6,8%	16,3%	19,6%	24,2%	22,3%	21,7%	22,2%	22,3%	13,1%	9,0%	19,4%		
	% del total	0,3%	3,4%	3,4%	2,4%	2,6%	3,8%	2,1%	0,9%	0,3%	0,2%	19,4%		
	Residuo corregido	-14,5	-8,3	0,4	8,0	5,3	5,2	4,6	2,9	-4,9	-7,0			
Oncología	Recuento	0	0	0	4	4	0	8	1	4	1	22		
	% dentro de PRESTACIONES	0,0%	0,0%	0,0%	18,2%	18,2%	0,0%	36,4%	4,5%	18,2%	4,5%	100,0%		
	% dentro de TRAN_EDAD	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,1%	0,4%	0,1%	0,1%		
	% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%		
	Residuo corregido	-1,1	-2,4	-2,1	1,3	0,9	-2,2	4,3	0,2	5,0	1,0			
Resto prestaciones	Recuento	943	3595	2595	1361	1659	2559	1514	600	408	263	15497		
	% dentro de PRESTACIONES	6,1%	23,2%	16,7%	8,8%	10,7%	16,5%	9,8%	3,9%	2,6%	1,7%	100,0%		
	% dentro de TRAN_EDAD	48,4%	42,3%	37,2%	34,3%	34,7%	36,0%	39,1%	38,6%	44,3%	38,2%	38,4%		
	% del total	2,3%	8,9%	6,4%	3,4%	4,1%	6,3%	3,8%	1,5%	1,0%	0,7%	38,4%		
	Residuo corregido	9,3	8,2	-2,4	-5,6	-5,7	-4,6	0,9	0,2	3,7	-0,1			
Traumatología y rehabilitación	Recuento	16	411	339	134	176	378	267	87	63	32	1903		
	% dentro de PRESTACIONES	0,8%	21,6%	17,8%	7,0%	9,2%	19,9%	14,0%	4,6%	3,3%	1,7%	100,0%		
	% dentro de TRAN_EDAD	0,8%	4,8%	4,9%	3,4%	3,7%	5,3%	6,9%	5,6%	6,8%	4,6%	4,7%		
	% del total	0,0%	1,0%	0,8%	0,3%	0,4%	0,9%	0,7%	0,2%	0,2%	0,1%	4,7%		
	Residuo corregido	-8,3	0,6	0,6	-4,2	-3,6	2,6	6,7	1,7	3,1	-0,1			
Urgencias	Recuento	652	2082	1228	550	616	729	266	66	68	121	6378		
	% dentro de PRESTACIONES	10,2%	32,6%	19,3%	8,6%	9,7%	11,4%	4,2%	1,0%	1,1%	1,9%	100,0%		
	% dentro de TRAN_EDAD	33,5%	24,5%	17,6%	13,9%	12,9%	10,3%	6,9%	4,2%	7,4%	17,6%	15,8%		
	% del total	1,6%	5,2%	3,0%	1,4%	1,5%	1,8%	0,7%	0,2%	0,2%	0,3%	15,8%		
	Residuo corregido	21,9	24,7	4,5	-3,5	-5,9	-14,2	-16,1	-12,7	-7,1	1,3			
Total	Recuento	1948	8505	6984	3967	4786	7112	3877	1554	921	689	40343		
	% dentro de PRESTACIONES	4,8%	21,1%	17,3%	9,8%	11,9%	17,6%	9,6%	3,9%	2,3%	1,7%	100,0%		
	% dentro de TRAN_EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
	% del total	4,8%	21,1%	17,3%	9,8%	11,9%	17,6%	9,6%	3,9%	2,3%	1,7%	100,0%		

TRAN_FRECUENCIA			TRAN_EDAD									Total	
			0-5	5-15	15-25	25-35	35-45	45-55	55-65	65-75	76-85		>85
6-10	PRESTACIONES	Recuento	201	828	1880	1348	2938	4233	2088	706	324	233	14779
		% dentro de PRESTACIONES	1.4%	5.6%	12.7%	9.1%	19.9%	28.6%	14.1%	4.8%	2.2%	1.6%	100.0%
		% dentro de TRAN_EDAD	5.5%	6.9%	21.2%	23.9%	36.3%	35.7%	31.8%	24.7%	18.9%	18.6%	23.6%
		% del total	0.3%	1.3%	3.0%	2.2%	4.7%	6.8%	3.3%	1.1%	0.5%	0.4%	23.6%
		Residuo corregido	-26.7	-47.9	-5.9	0.5	28.7	34.3	16.4	1.4	-4.7	-4.2	
Aparato digestivo y renal	Recuento	25	30	103	80	128	105	131	60	25	10	697	
	% dentro de PRESTACIONES	3.6%	4.3%	14.8%	11.5%	18.4%	15.1%	18.8%	8.6%	3.6%	1.4%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	0.7%	0.3%	1.2%	1.4%	1.6%	0.9%	2.0%	2.1%	1.5%	0.8%	1.1%	
	% del total	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	1.1%	
	Residuo corregido	-2.6	-10.0	0.4	2.3	4.3	-2.7	7.2	5.1	1.4	-1.1		
Cardiología	Recuento	30	69	42	60	107	179	117	87	63	36	790	
	% dentro de PRESTACIONES	3.8%	8.7%	5.3%	7.6%	13.5%	22.7%	14.8%	11.0%	8.0%	4.6%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	0.8%	0.6%	0.5%	1.1%	1.3%	1.5%	1.8%	3.0%	3.7%	2.9%	1.3%	
	% del total	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.3%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	1.3%	
	Residuo corregido	-2.5	-7.5	-7.2	-1.4	0.5	2.7	4.0	8.7	9.1	5.2		
Cirugía y hospitalización	Recuento	72	92	105	167	178	359	265	117	48	10	1413	
	% dentro de PRESTACIONES	5.1%	6.5%	7.4%	11.8%	12.6%	25.4%	18.8%	8.3%	3.4%	0.7%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	2.0%	0.8%	1.2%	3.0%	2.2%	3.0%	4.0%	4.1%	2.8%	0.8%	2.3%	
	% del total	0.1%	0.1%	0.2%	0.3%	0.3%	0.6%	0.4%	0.2%	0.1%	0.0%	2.3%	
	Residuo corregido	-1.3	-12.2	-7.4	3.7	-0.4	6.2	10.2	6.8	1.5	-3.5		
enfermería	Recuento	85	263	80	36	36	71	38	26	10	8	653	
	% dentro de PRESTACIONES	13.0%	40.3%	12.3%	5.5%	5.5%	10.9%	5.8%	4.0%	1.5%	1.2%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	2.3%	2.2%	0.9%	0.6%	0.4%	0.6%	0.6%	0.9%	0.6%	0.6%	1.0%	
	% del total	0.1%	0.4%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	
	Residuo corregido	7.8	13.8	-1.4	-3.1	-5.7	-5.3	-3.9	-0.7	-1.9	-1.4		
Medicina General	Recuento	7	22	30	6	50	48	28	22	21	6	240	
	% dentro de PRESTACIONES	2.9%	9.2%	12.5%	2.5%	20.8%	20.0%	11.7%	9.2%	8.8%	2.5%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	0.2%	0.2%	0.3%	0.1%	0.6%	0.4%	0.4%	0.8%	1.2%	0.5%	0.4%	
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	
	Residuo corregido	-2.0	-3.9	-0.8	-3.5	3.6	0.4	0.6	3.4	5.7	0.6		
neurología/psiquiatría	Recuento	8	467	441	309	254	218	101	27	43	7	1875	
	% dentro de PRESTACIONES	0.4%	24.9%	23.5%	16.5%	13.5%	11.6%	5.4%	1.4%	2.3%	0.4%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	0.2%	3.9%	5.0%	5.5%	3.1%	1.8%	1.5%	0.9%	2.5%	0.6%	3.0%	
	% del total	0.0%	0.7%	0.7%	0.5%	0.4%	0.3%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	3.0%	
	Residuo corregido	-10.2	6.4	11.7	11.5	0.8	-8.2	-7.3	-6.6	-1.2	-5.1		
Odontología	Recuento	206	2019	1690	1208	1291	2078	1007	519	210	118	10346	
	% dentro de PRESTACIONES	2.0%	19.5%	16.3%	11.7%	12.5%	20.1%	9.7%	5.0%	2.0%	1.1%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	5.6%	16.9%	19.0%	21.4%	15.9%	17.5%	15.3%	18.2%	12.2%	9.4%	16.5%	
	% del total	0.3%	3.2%	2.7%	1.9%	2.1%	3.3%	1.6%	0.8%	0.3%	0.2%	16.5%	
	Residuo corregido	-18.4	1.0	6.8	10.4	-1.6	3.1	-2.8	2.4	-4.9	-6.8		
Oncología	Recuento	0	0	0	0	0	9	9	0	0	0	18	
	% dentro de PRESTACIONES	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	Residuo corregido	-1.1	-2.1	-1.7	-1.3	-1.6	3.4	5.5	-0.9	-0.7	-0.6		
Resto prestaciones	Recuento	1411	3740	2533	1536	1946	3171	2018	907	648	531	18441	
	% dentro de PRESTACIONES	7.7%	20.3%	13.7%	8.3%	10.6%	17.2%	10.9%	4.9%	3.5%	2.9%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	38.4%	31.2%	28.5%	27.3%	24.0%	26.7%	30.7%	31.8%	37.8%	42.4%	29.5%	
	% del total	2.3%	6.0%	4.1%	2.5%	3.1%	5.1%	3.2%	1.5%	1.0%	0.8%	29.5%	
	Residuo corregido	12.2	4.6	-2.2	-3.8	-11.5	-7.4	2.3	2.8	7.8	10.2		
Traumatología y rehabilitación	Recuento	56	839	412	217	325	541	357	248	186	123	3304	
	% dentro de PRESTACIONES	1.7%	25.4%	12.5%	6.6%	9.8%	16.4%	10.8%	7.5%	5.6%	3.7%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	1.5%	7.0%	4.6%	3.9%	4.0%	4.6%	5.4%	8.7%	10.8%	9.8%	5.3%	
	% del total	0.1%	1.3%	0.7%	0.3%	0.5%	0.9%	0.6%	0.4%	0.3%	0.2%	5.3%	
	Residuo corregido	-10.5	9.4	-2.9	-5.0	-5.5	-3.9	0.6	8.3	10.4	7.3		
Urgencias	Recuento	1574	3613	1570	667	846	859	414	134	137	169	9983	
	% dentro de PRESTACIONES	15.8%	36.2%	15.7%	6.7%	8.5%	8.6%	4.1%	1.3%	1.4%	1.7%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	42.8%	30.2%	17.7%	11.8%	10.4%	7.2%	6.3%	4.7%	8.0%	13.5%	16.0%	
	% del total	2.5%	5.8%	2.5%	1.1%	1.4%	1.4%	0.7%	0.2%	0.2%	0.3%	16.0%	
	Residuo corregido	45.8	47.2	4.7	-8.9	-14.5	-28.8	-22.6	-16.8	-9.1	-2.4		
Total	Recuento	3675	11982	8886	5634	8099	11871	6573	2853	1715	1251	62539	
	% dentro de PRESTACIONES	5.9%	19.2%	14.2%	9.0%	13.0%	19.0%	10.5%	4.8%	2.7%	2.0%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	5.9%	19.2%	14.2%	9.0%	13.0%	19.0%	10.5%	4.8%	2.7%	2.0%	100.0%	

TRAN_FRECUENCIA				TRAN_EDAD										Total	
				0-5	5-15	15-25	25-35	35-45	45-55	55-65	65-75	76-85	>85		
10-20	PRESTACIONES	Analíticas y diagnóstico	Recuento	831	2394	4086	3422	6750	11906	6710	2722	1486	914	41221	
			% dentro de PRESTACIONES	2.0%	5.8%	9.9%	8.3%	16.4%	28.9%	16.3%	6.6%	3.6%	2.2%	100.0%	
			% dentro de TRAN_EDAD	12.9%	15.2%	28.0%	35.8%	44.2%	48.9%	46.7%	40.2%	32.6%	29.2%	35.9%	
			% del total	0.7%	2.1%	3.6%	3.0%	5.9%	10.4%	5.8%	2.4%	1.3%	0.8%	35.9%	
			Residuo corregido	-39.7	-58.3	-21.2	-0.3	23.0	47.5	28.9	7.5	-4.8	-7.9		
			Aparato digestivo y renal	Recuento	0	64	146	154	109	299	401	119	56	71	1419
				% dentro de PRESTACIONES	0.0%	4.5%	10.3%	10.9%	7.7%	21.1%	28.3%	8.4%	3.9%	5.0%	100.0%
				% dentro de TRAN_EDAD	0.0%	0.4%	1.0%	1.6%	0.7%	1.2%	2.8%	1.8%	1.2%	2.3%	1.2%
				% del total	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.3%	0.3%	0.1%	0.0%	0.1%	1.2%
			Residuo corregido	-9.3	-10.1	-2.7	3.5	-6.3	-0.1	18.0	4.0	0.0	5.3		
			Cardiología	Recuento	0	38	20	108	174	348	329	178	201	103	1499
				% dentro de PRESTACIONES	0.0%	2.5%	1.3%	7.2%	11.6%	23.2%	21.9%	11.9%	13.4%	6.9%	100.0%
				% dentro de TRAN_EDAD	0.0%	0.2%	0.1%	1.1%	1.1%	1.4%	2.3%	2.6%	4.4%	3.3%	1.3%
				% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.1%	1.3%
			Residuo corregido	-9.5	-12.7	-13.3	-1.6	-1.9	1.9	11.1	9.9	18.8	9.9		
			Cirugía y hospitalización	Recuento	171	210	363	211	685	938	608	442	236	117	3981
				% dentro de PRESTACIONES	4.3%	5.3%	9.1%	5.3%	17.2%	23.6%	15.3%	11.1%	5.9%	2.9%	100.0%
				% dentro de TRAN_EDAD	2.6%	1.3%	2.5%	2.2%	4.5%	3.8%	4.2%	6.5%	5.2%	3.7%	3.5%
				% del total	0.1%	0.2%	0.3%	0.2%	0.6%	0.8%	0.5%	0.4%	0.2%	0.1%	3.5%
			Residuo corregido	-3.7	-15.8	-6.9	-7.1	7.4	3.7	5.4	14.2	6.4	0.8		
enfermería	Recuento	245	305	191	166	29	84	126	41	45	57	1289			
	% dentro de PRESTACIONES	19.0%	23.7%	14.8%	12.9%	2.2%	6.5%	9.8%	3.2%	3.5%	4.4%	100.0%			
	% dentro de TRAN_EDAD	3.8%	1.9%	1.3%	1.7%	0.2%	0.3%	0.9%	0.6%	1.0%	1.8%	1.1%			
	% del total	0.2%	0.3%	0.2%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%			
Residuo corregido	21.0	10.4	2.3	5.9	-11.7	-13.0	-3.0	-4.2	-0.9	3.8					
Medicina General	Recuento	0	13	45	0	46	44	35	0	0	29	212			
	% dentro de PRESTACIONES	0.0%	6.1%	21.2%	0.0%	21.7%	20.8%	16.5%	0.0%	0.0%	13.7%	100.0%			
	% dentro de TRAN_EDAD	0.0%	0.1%	0.3%	0.0%	0.3%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.9%	0.2%			
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%			
Residuo corregido	-3.6	-3.2	3.7	-4.4	3.6	-0.2	1.8	-3.6	-3.0	9.8					
neurología/psiquiatría	Recuento	61	946	1006	386	405	578	188	31	37	0	3638			
	% dentro de PRESTACIONES	1.7%	26.0%	27.7%	10.6%	11.1%	15.9%	5.2%	0.9%	1.0%	0.0%	100.0%			
	% dentro de TRAN_EDAD	0.9%	6.0%	6.9%	4.0%	2.7%	2.4%	1.3%	0.5%	0.8%	0.0%	3.2%			
	% del total	0.1%	0.8%	0.9%	0.3%	0.4%	0.5%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	3.2%			
Residuo corregido	-10.5	21.9	27.6	5.0	-3.9	-8.0	-13.6	-13.1	-9.3	-10.3					
Odontología	Recuento	285	2627	2185	1512	1785	2245	1413	801	360	137	13350			
	% dentro de PRESTACIONES	2.1%	19.7%	16.4%	11.3%	13.4%	16.8%	10.6%	6.0%	2.7%	1.0%	100.0%			
	% dentro de TRAN_EDAD	4.4%	16.7%	15.0%	15.8%	11.7%	9.2%	9.8%	11.8%	7.9%	4.4%	11.6%			
	% del total	0.2%	2.3%	1.9%	1.3%	1.6%	2.0%	1.2%	0.7%	0.3%	0.1%	11.6%			
Residuo corregido	-18.6	21.3	13.6	13.3	0.3	-13.3	-7.2	0.5	-8.0	-12.8					
Oncología	Recuento	0	0	0	0	0	0	12	0	0	0	12			
	% dentro de PRESTACIONES	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%			
	% dentro de TRAN_EDAD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			
Residuo corregido	-0.8	-1.4	-1.3	-1.0	-1.4	-1.8	9.2	-0.9	-0.7	-0.6					
Resto prestaciones	Recuento	2343	4130	3798	1997	3386	5000	2942	1536	1428	1028	27588			
	% dentro de PRESTACIONES	8.5%	15.0%	13.8%	7.2%	12.3%	18.1%	10.7%	5.6%	5.2%	3.7%	100.0%			
	% dentro de TRAN_EDAD	36.3%	26.2%	26.1%	20.9%	22.2%	20.5%	20.5%	22.7%	31.3%	32.9%	24.0%			
	% del total	2.0%	3.6%	3.3%	1.7%	2.9%	4.4%	2.6%	1.3%	1.2%	0.9%	24.0%			
Residuo corregido	23.7	6.9	6.2	-7.6	-5.7	-14.5	-10.6	-2.7	11.8	11.7					
Traumatología y rehabilitación	Recuento	85	824	596	538	631	1309	862	421	372	179	5817			
	% dentro de PRESTACIONES	1.5%	14.2%	10.2%	9.2%	10.8%	22.5%	14.8%	7.2%	6.4%	3.1%	100.0%			
	% dentro de TRAN_EDAD	1.3%	5.2%	4.1%	5.6%	4.1%	5.4%	6.0%	6.2%	8.2%	5.7%	5.1%			
	% del total	0.1%	0.7%	0.5%	0.5%	0.5%	1.1%	0.8%	0.4%	0.3%	0.2%	5.1%			
Residuo corregido	-14.1	1.0	-5.7	2.6	-5.6	2.4	5.5	4.4	9.7	1.7					
Urgencias	Recuento	2437	4206	2134	1076	1259	1618	737	485	339	493	14784			
	% dentro de PRESTACIONES	16.5%	28.4%	14.4%	7.3%	8.5%	10.9%	5.0%	3.3%	2.3%	3.3%	100.0%			
	% dentro de TRAN_EDAD	37.7%	26.7%	14.6%	11.2%	8.3%	6.6%	5.1%	7.2%	7.4%	16.8%	12.9%			
	% del total	2.1%	3.7%	1.9%	0.9%	1.1%	1.4%	0.6%	0.4%	0.3%	0.4%	12.9%			
Residuo corregido	61.4	55.7	6.8	-5.0	-18.3	-32.8	-29.6	-14.5	-11.2	4.9					
Total	Recuento	6458	15757	14570	9570	15259	24369	14363	6776	4560	3128	114810			
	% dentro de PRESTACIONES	5.6%	13.7%	12.7%	8.3%	13.3%	21.2%	12.5%	5.9%	4.0%	2.7%	100.0%			
	% dentro de TRAN_EDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
	% del total	5.6%	13.7%	12.7%	8.3%	13.3%	21.2%	12.5%	5.9%	4.0%	2.7%	100.0%			

TRAN_FRECUENCIA			TRAN_EDAD									Total	
			0-5	5-15	15-25	25-35	35-45	45-55	55-65	65-75	76-85		>85
21-30	PRESTACIONES	Recuento	759	2445	4752	4580	9177	15342	9169	5034	3182	1216	55656
		% dentro de PRESTACIONES	1.4%	4.4%	8.5%	8.2%	16.5%	27.6%	16.5%	9.0%	5.7%	2.2%	100.0%
		% dentro de TRAN_EDAD	15.8%	20.3%	28.5%	38.0%	50.1%	49.9%	47.5%	47.3%	43.4%	35.6%	41.1%
		% del total	0.6%	1.8%	3.5%	3.4%	6.8%	11.3%	6.8%	3.7%	2.4%	0.9%	41.1%
		Residuo corregido	-36.4	-48.6	-35.4	-7.3	26.6	35.6	19.3	13.5	4.0	-6.6	
Aparato digestivo y renal	Recuento	47	136	222	187	261	466	966	350	157	0	2792	
	% dentro de PRESTACIONES	1.7%	4.9%	8.0%	6.7%	9.3%	16.7%	34.6%	12.5%	5.6%	0.0%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	1.0%	1.1%	1.3%	1.6%	1.4%	1.5%	5.0%	3.3%	2.1%	0.0%	2.1%	
	% del total	0.0%	0.1%	0.2%	0.1%	0.2%	0.3%	0.7%	0.3%	0.1%	0.0%	2.1%	
	Residuo corregido	-5.4	-7.5	-7.1	-4.1	-6.5	-7.7	31.0	9.3	0.5	-8.6		
Cardiología	Recuento	0	0	148	167	307	467	469	519	308	179	2564	
	% dentro de PRESTACIONES	0.0%	0.0%	5.8%	6.5%	12.0%	18.2%	18.3%	20.2%	12.0%	7.0%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	0.0%	0.0%	0.9%	1.4%	1.7%	1.5%	2.4%	4.9%	4.2%	5.2%	1.9%	
	% del total	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.2%	0.3%	0.3%	0.4%	0.2%	0.1%	1.9%	
	Residuo corregido	-9.8	-16.0	-10.2	-4.3	-2.3	-5.5	5.9	23.5	14.9	14.5		
Cirugía y hospitalización	Recuento	278	176	372	313	479	850	741	363	247	135	3954	
	% dentro de PRESTACIONES	7.0%	4.5%	9.4%	7.9%	12.1%	21.5%	18.7%	9.2%	6.2%	3.4%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	5.8%	1.5%	2.2%	2.6%	2.6%	2.8%	3.8%	3.4%	3.4%	4.0%	2.9%	
	% del total	0.2%	0.1%	0.3%	0.2%	0.4%	0.6%	0.5%	0.3%	0.2%	0.1%	2.9%	
	Residuo corregido	12.0	-10.0	-5.7	-2.2	-2.6	-1.9	8.1	3.1	2.3	3.6		
enfermería	Recuento	168	119	150	107	137	266	166	29	52	69	1263	
	% dentro de PRESTACIONES	13.3%	9.4%	11.9%	8.5%	10.8%	21.1%	13.1%	2.3%	4.1%	5.5%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	3.5%	1.0%	0.9%	0.9%	0.7%	0.9%	0.9%	0.3%	0.7%	2.0%	0.9%	
	% del total	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.9%	
	Residuo corregido	18.8	0.7	-0.5	-0.5	-2.8	-1.4	-1.2	-7.4	-2.1	6.7		
Medicina General	Recuento	0	22	159	183	196	246	123	74	0	23	1026	
	% dentro de PRESTACIONES	0.0%	2.1%	15.5%	17.8%	19.1%	24.0%	12.0%	7.2%	0.0%	2.2%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	0.0%	0.2%	1.0%	1.5%	1.1%	0.8%	0.6%	0.7%	0.0%	0.7%	0.8%	
	% del total	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.8%	
	Residuo corregido	-6.2	-7.6	3.1	10.1	5.2	1.0	-2.1	-0.8	-7.7	-0.6		
neurología/psiquiatría	Recuento	157	1317	1008	635	595	621	148	78	98	27	4684	
	% dentro de PRESTACIONES	3.4%	28.1%	21.5%	13.6%	12.7%	13.3%	3.2%	1.7%	2.1%	0.6%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	3.3%	10.9%	6.0%	5.3%	3.3%	2.0%	0.8%	0.7%	1.3%	0.8%	3.5%	
	% del total	0.1%	1.0%	0.7%	0.5%	0.4%	0.5%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	3.5%	
	Residuo corregido	-0.8	47.0	19.5	11.4	-1.7	-15.7	-22.1	-16.0	-10.2	-8.6		
Odontología	Recuento	132	1124	2040	1353	1464	1877	1159	749	493	49	10440	
	% dentro de PRESTACIONES	1.3%	10.8%	19.5%	13.0%	14.0%	18.0%	11.1%	7.2%	4.7%	0.5%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	2.7%	9.3%	12.2%	11.2%	8.0%	6.1%	6.0%	7.0%	6.7%	1.4%	7.7%	
	% del total	0.1%	0.8%	1.5%	1.0%	1.1%	1.4%	0.9%	0.6%	0.4%	0.0%	7.7%	
	Residuo corregido	-13.2	7.0	23.4	15.1	1.5	-12.0	-8.6	-2.7	-3.3	-13.9		
Oncología	Recuento	0	0	0	0	0	29	79	0	0	0	108	
	% dentro de PRESTACIONES	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	26.9%	73.1%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	
	Residuo corregido	-2.0	-3.2	-3.9	-3.3	-4.1	1.0	17.5	-3.0	-2.5	-1.7		
Resto prestaciones	Recuento	1626	3342	4493	3308	3934	6979	4022	2410	1568	975	32657	
	% dentro de PRESTACIONES	5.0%	10.2%	13.8%	10.1%	12.0%	21.4%	12.3%	7.4%	4.8%	3.0%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	33.8%	27.8%	27.0%	27.5%	21.5%	22.7%	20.8%	22.7%	21.4%	28.6%	24.1%	
	% del total	1.2%	2.5%	3.3%	2.4%	2.9%	5.2%	3.0%	1.8%	1.2%	0.7%	24.1%	
	Residuo corregido	15.9	9.8	9.1	8.9	-9.0	-6.7	-11.6	-3.7	-5.7	6.1		
Traumatología y rehabilitación	Recuento	53	593	758	229	471	1845	1323	681	717	172	6842	
	% dentro de PRESTACIONES	0.8%	8.7%	11.1%	3.3%	6.9%	27.0%	19.3%	10.0%	10.5%	2.5%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	1.1%	4.9%	4.5%	1.9%	2.6%	6.0%	6.9%	6.4%	9.8%	5.0%	5.1%	
	% del total	0.0%	0.4%	0.6%	0.2%	0.3%	1.4%	1.0%	0.5%	0.5%	0.1%	5.1%	
	Residuo corregido	-12.8	-0.7	-3.2	-16.6	-16.5	8.6	12.3	6.6	19.0	-0.1		
Urgencias	Recuento	1593	2758	2566	988	1282	1742	947	347	513	569	13305	
	% dentro de PRESTACIONES	12.0%	20.7%	19.3%	7.4%	9.6%	13.1%	7.1%	2.6%	3.9%	4.3%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	33.1%	22.9%	15.4%	8.2%	7.0%	5.7%	4.9%	3.3%	7.0%	16.7%	9.8%	
	% del total	1.2%	2.0%	1.9%	0.7%	0.9%	1.3%	0.7%	0.3%	0.4%	0.4%	9.8%	
	Residuo corregido	55.2	50.5	25.7	-6.3	-13.8	-27.9	-24.9	-23.7	-8.4	13.6		
Total	Recuento	4813	12032	16668	12050	18303	30730	19312	10634	7335	3414	135291	
	% dentro de PRESTACIONES	3.6%	8.9%	12.3%	8.9%	13.5%	22.7%	14.3%	7.9%	5.4%	2.5%	100.0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	3.6%	8.9%	12.3%	8.9%	13.5%	22.7%	14.3%	7.9%	5.4%	2.5%	100.0%	

TRAN_FRECUENCIA		TRAN_EDAD										Total		
		0-5	5-15	15-25	25-35	35-45	45-55	55-65	65-75	76-85	>85			
*31	PRESTACIONES	Análisis y diagnóstico	Recuento	2041	11876	38361	46312	102755	234387	194374	157368	109970	40723	938167
		% dentro de PRESTACIONES	0.2%	1.3%	4.1%	4.9%	11.0%	25.0%	20.7%	16.8%	11.7%	4.3%	100.0%	
		% dentro de TRAN_EDAD	19.4%	30.5%	35.3%	41.1%	53.8%	62.2%	60.0%	61.6%	52.8%	47.2%	54.8%	
		% del total	0.1%	0.7%	2.2%	2.7%	6.0%	13.7%	11.4%	9.2%	6.4%	2.4%	54.8%	
		Residuo corregido	-73.1	-97.2	-133.4	-95.8	-8.9	103.4	66.6	74.6	-19.1	-45.8		
		Aparato digestivo y renal	Recuento	37	455	1379	952	1373	3106	3525	2399	1274	371	14871
		% dentro de PRESTACIONES	0.2%	3.1%	9.3%	6.4%	9.2%	20.9%	23.7%	16.1%	8.6%	2.5%	100.0%	
		% dentro de TRAN_EDAD	0.4%	1.2%	1.3%	0.8%	0.7%	0.8%	1.1%	0.9%	0.6%	0.4%	0.9%	
		% del total	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.9%	
		Residuo corregido	-5.7	6.5	14.7	-0.9	-7.4	-3.3	15.0	4.1	-13.4	-14.2		
Cardiología	Recuento	99	84	583	1055	2157	4589	4724	4501	6249	2650	26691		
% dentro de PRESTACIONES	0.4%	0.3%	2.2%	4.0%	8.1%	17.2%	17.7%	16.9%	23.4%	9.9%	100.0%			
% dentro de TRAN_EDAD	0.9%	0.2%	0.5%	0.9%	1.1%	1.2%	1.5%	1.8%	3.0%	3.1%	1.6%			
% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%	0.2%	1.6%			
Residuo corregido	-5.1	-21.6	-28.1	-17.5	-16.0	-19.1	-5.1	8.9	56.7	36.8				
Cirugía y hospitalización	Recuento	414	1207	1449	2543	3743	7229	7404	4547	4810	2063	35409		
% dentro de PRESTACIONES	1.2%	3.4%	4.1%	7.2%	10.6%	20.4%	20.9%	12.8%	13.6%	5.8%	100.0%			
% dentro de TRAN_EDAD	3.9%	3.1%	1.3%	2.3%	2.0%	1.9%	2.3%	1.8%	2.3%	2.4%	2.1%			
% del total	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%	0.1%	2.1%			
Residuo corregido	13.5	14.5	-17.6	4.6	-3.5	-7.3	9.7	-11.1	8.3	6.9				
enfermería	Recuento	328	446	1050	989	1850	2719	2535	1446	1312	1086	13761		
% dentro de PRESTACIONES	2.4%	3.2%	7.6%	7.2%	13.4%	19.8%	18.4%	10.5%	9.5%	7.9%	100.0%			
% dentro de TRAN_EDAD	3.1%	1.1%	1.0%	0.9%	1.0%	0.7%	0.8%	0.6%	0.6%	1.3%	0.8%			
% del total	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.8%			
Residuo corregido	26.7	7.7	6.2	2.9	8.6	-6.4	-1.5	-14.6	-9.4	15.4				
Medicina General	Recuento	0	121	786	209	584	1289	724	376	311	411	4811		
% dentro de PRESTACIONES	0.0%	2.5%	16.3%	4.3%	12.1%	26.8%	15.0%	7.8%	6.5%	8.5%	100.0%			
% dentro de TRAN_EDAD	0.0%	0.3%	0.7%	0.2%	0.3%	0.3%	0.2%	0.1%	0.1%	0.5%	0.3%			
% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%			
Residuo corregido	-5.5	1.1	28.5	-6.3	2.2	8.0	-6.8	-13.9	-12.1	11.1				
neurología/psiquiatría	Recuento	95	2196	5441	2439	2736	3488	1323	779	717	242	19456		
% dentro de PRESTACIONES	0.5%	11.3%	28.0%	12.5%	14.1%	17.9%	6.8%	4.0%	3.7%	1.2%	100.0%			
% dentro de TRAN_EDAD	0.9%	5.6%	5.0%	2.2%	1.4%	0.9%	0.4%	0.3%	0.3%	0.3%	1.1%			
% del total	0.0%	0.1%	0.3%	0.1%	0.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%			
Residuo corregido	-2.3	84.9	124.4	33.6	13.0	-13.8	-43.4	-43.0	-36.4	-24.3				
Odontología	Recuento	415	3758	10907	10913	14077	15966	10832	6647	4083	2150	79748		
% dentro de PRESTACIONES	0.5%	4.7%	13.7%	13.7%	17.7%	20.0%	13.6%	8.3%	5.1%	2.7%	100.0%			
% dentro de TRAN_EDAD	3.9%	9.7%	10.0%	9.7%	7.4%	4.2%	3.3%	2.6%	2.0%	2.5%	4.7%			
% del total	0.0%	0.2%	0.6%	0.6%	0.8%	0.9%	0.6%	0.4%	0.2%	0.1%	4.7%			
Residuo corregido	-3.5	47.4	87.0	82.8	59.8	-13.9	-39.3	-53.5	-62.3	-30.9				
Oncología	Recuento	0	0	0	48	0	180	0	64	296	129	717		
% dentro de PRESTACIONES	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%	0.0%	25.1%	0.0%	8.9%	41.3%	18.0%	100.0%			
% dentro de TRAN_EDAD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%			
% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			
Residuo corregido	-2.1	-4.1	-7.0	0.1	-9.5	2.0	-12.9	-4.5	23.9	15.9				
Resto prestaciones	Recuento	3732	9004	33511	33082	46130	81533	71778	57484	56790	24740	417784		
% dentro de PRESTACIONES	0.9%	2.2%	8.0%	7.9%	11.0%	19.5%	17.2%	13.8%	13.6%	5.9%	100.0%			
% dentro de TRAN_EDAD	35.5%	23.2%	30.8%	29.3%	24.2%	21.6%	22.2%	22.5%	27.3%	28.7%	24.4%			
% del total	0.2%	0.5%	2.0%	1.9%	2.7%	4.8%	4.2%	3.4%	3.3%	1.4%	24.4%			
Residuo corregido	26.6	-5.8	51.1	39.9	-2.5	-44.8	-32.8	-24.4	32.7	30.1				
Traumatología y rehabilitación	Recuento	0	1808	3102	2970	3961	11801	19050	13832	12740	3986	73250		
% dentro de PRESTACIONES	0.0%	2.5%	4.2%	4.1%	5.4%	16.1%	26.0%	18.9%	17.4%	5.4%	100.0%			
% dentro de TRAN_EDAD	0.0%	4.6%	2.9%	2.6%	2.1%	3.1%	5.9%	5.4%	6.1%	4.6%	4.3%			
% del total	0.0%	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.7%	1.1%	0.8%	0.7%	0.2%	4.3%			
Residuo corregido	-21.7	3.7	-24.0	-28.2	-50.4	-39.4	50.2	30.7	44.3	5.1				
Urgencias	Recuento	3349	7933	12093	11268	11495	10601	7479	6179	9574	7667	87638		
% dentro de PRESTACIONES	3.8%	9.1%	13.8%	12.9%	13.1%	12.1%	8.5%	7.1%	10.9%	8.7%	100.0%			
% dentro de TRAN_EDAD	31.9%	20.4%	11.1%	10.0%	6.0%	2.8%	2.3%	2.4%	4.6%	8.9%	5.1%			
% del total	0.2%	0.5%	0.7%	0.7%	0.7%	0.6%	0.4%	0.4%	0.6%	0.4%	5.1%			
Residuo corregido	124.8	138.3	92.9	76.8	19.0	-72.7	-80.5	-67.2	-11.4	51.6				
Total	Recuento	10510	38888	108662	112780	190861	376888	323748	255622	208126	86218	1712303		
% dentro de PRESTACIONES	0.6%	2.3%	6.3%	6.6%	11.1%	22.0%	18.9%	14.9%	12.2%	5.0%	100.0%			
% dentro de TRAN_EDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
% del total	0.6%	2.3%	6.3%	6.6%	11.1%	22.0%	18.9%	14.9%	12.2%	5.0%	100.0%			

TRAN_FRECUENCIA		TRAN_EDAD										Total	
		0-5	5-15	15-25	25-35	35-45	45-55	55-65	65-75	76-85	>85		
Total	PRESTACIONES	Recuento	3897	18050	49820	56209	122342	267012	212862	166040	115066	43162	1054460
		% dentro de PRESTACIONES	0.4%	1.7%	4.7%	5.3%	11.6%	25.3%	20.2%	15.7%	10.9%	4.1%	100.0%
		% dentro de TRAN_EDAD	14.2%	20.7%	32.0%	39.0%	51.6%	59.2%	57.9%	59.8%	51.7%	45.6%	51.1%
		% del total	0.2%	0.9%	2.4%	2.7%	5.9%	12.9%	10.3%	8.0%	5.6%	2.1%	51.1%
		Residuo corregido	-122.8	-183.1	-156.6	-94.6	5.2	123.9	91.1	99.6	6.2	-34.5	
Aparato digestivo y renal	Analíticas y diagnosis	Recuento	119	740	1966	1452	1970	4099	5106	3002	1532	485	20471
		% dentro de PRESTACIONES	0.6%	3.6%	9.6%	7.1%	9.6%	20.0%	24.9%	14.7%	7.5%	2.4%	100.0%
		% dentro de TRAN_EDAD	0.4%	0.8%	1.3%	1.0%	0.8%	0.9%	1.4%	1.1%	0.7%	0.5%	1.0%
		% del total	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	1.0%
		Residuo corregido	-9.4	-4.3	11.2	0.7	-8.4	-6.3	26.8	5.2	-15.3	-15.2	
Cardiología	Analíticas y diagnosis	Recuento	150	267	853	1428	2817	5727	5723	5335	6877	2984	32161
		% dentro de PRESTACIONES	0.5%	0.8%	2.7%	4.4%	8.8%	17.8%	17.8%	16.6%	21.4%	9.3%	100.0%
		% dentro de TRAN_EDAD	0.5%	0.3%	0.5%	1.0%	1.2%	1.3%	1.6%	1.9%	3.1%	3.2%	1.6%
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.1%	1.6%
		Residuo corregido	-13.6	-30.5	-33.5	-18.0	-15.5	-17.6	-0.1	16.7	61.8	40.6	
Cirugía y hospitalización	Analíticas y diagnosis	Recuento	955	1710	2331	3274	5138	9481	9092	5507	5342	2341	45171
		% dentro de PRESTACIONES	2.1%	3.8%	5.2%	7.2%	11.4%	21.0%	20.1%	12.2%	11.8%	5.2%	100.0%
		% dentro de TRAN_EDAD	3.5%	2.0%	1.5%	2.3%	2.2%	2.1%	2.5%	2.0%	2.4%	2.5%	2.2%
		% del total	0.0%	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%	0.5%	0.4%	0.3%	0.3%	0.1%	2.2%
		Residuo corregido	14.8	-4.6	-19.4	2.3	-0.8	-4.4	13.0	-7.8	7.2	6.1	
enfermería	Analíticas y diagnosis	Recuento	892	1229	1516	1305	2074	3201	2896	1544	1427	1226	17310
		% dentro de PRESTACIONES	5.2%	7.1%	8.8%	7.5%	12.0%	18.5%	16.7%	8.9%	8.2%	7.1%	100.0%
		% dentro de TRAN_EDAD	3.3%	1.4%	1.0%	0.9%	0.9%	0.7%	0.8%	0.6%	0.6%	1.3%	0.8%
		% del total	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.8%
		Residuo corregido	44.2	18.9	6.1	2.9	2.0	-10.7	-3.7	-17.5	-10.8	15.8	
Medicina General	Analíticas y diagnosis	Recuento	28	307	1289	503	1057	1829	1026	535	382	510	7466
		% dentro de PRESTACIONES	0.4%	4.1%	17.3%	6.7%	14.2%	24.5%	13.7%	7.2%	5.1%	6.8%	100.0%
		% dentro de TRAN_EDAD	0.1%	0.4%	0.8%	0.3%	0.4%	0.4%	0.3%	0.2%	0.2%	0.5%	0.4%
		% del total	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%
		Residuo corregido	-7.2	-0.5	31.9	-0.8	7.2	5.6	-9.2	-15.9	-15.8	9.3	
neurología/psiquiatría	Analíticas y diagnosis	Recuento	323	5069	8076	3910	4106	5031	1811	932	913	298	30469
		% dentro de PRESTACIONES	1.1%	16.6%	26.5%	12.8%	13.5%	16.5%	5.9%	3.1%	3.0%	1.0%	100.0%
		% dentro de TRAN_EDAD	1.2%	5.8%	5.2%	2.7%	1.7%	1.1%	0.5%	0.3%	0.4%	0.3%	1.5%
		% del total	0.0%	0.2%	0.4%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%
		Residuo corregido	-4.1	108.6	126.3	40.5	10.9	-22.7	-54.5	-53.5	-44.1	-30.3	
Odontología	Analíticas y diagnosis	Recuento	1170	10914	18191	15947	19683	23707	15273	9062	5267	2516	121730
		% dentro de PRESTACIONES	1.0%	9.0%	14.9%	13.1%	16.2%	19.5%	12.5%	7.4%	4.3%	2.1%	100.0%
		% dentro de TRAN_EDAD	4.3%	12.5%	11.7%	11.1%	8.3%	5.3%	4.2%	3.3%	2.4%	2.7%	5.9%
		% del total	0.1%	0.5%	0.9%	0.8%	1.0%	1.1%	0.7%	0.4%	0.3%	0.1%	5.9%
		Residuo corregido	-11.5	84.9	100.8	86.5	52.8	-20.6	-49.5	-63.2	-74.8	-43.3	
Oncología	Analíticas y diagnosis	Recuento	0	0	0	52	4	218	108	65	300	130	877
		% dentro de PRESTACIONES	0.0%	0.0%	0.0%	5.9%	0.5%	24.9%	12.3%	7.4%	34.2%	14.8%	100.0%
		% dentro de TRAN_EDAD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		Residuo corregido	-3.4	-6.2	-8.5	-1.2	-10.2	2.2	-4.3	-5.2	22.4	14.5	
Resto prestaciones	Analíticas y diagnosis	Recuento	10055	23811	46930	41284	57055	99242	82274	62937	60842	27537	511967
		% dentro de PRESTACIONES	2.0%	4.7%	9.2%	8.1%	11.1%	19.4%	16.1%	12.3%	11.9%	5.4%	100.0%
		% dentro de TRAN_EDAD	36.7%	27.3%	30.1%	28.7%	24.0%	22.0%	22.4%	22.7%	27.3%	29.1%	24.8%
		% del total	0.5%	1.2%	2.3%	2.0%	2.8%	4.8%	4.0%	3.0%	2.9%	1.3%	24.8%
		Residuo corregido	45.9	17.7	50.7	35.4	-9.0	-49.0	-37.6	-27.6	29.3	31.3	
Traumatología y rehabilitación	Analíticas y diagnosis	Recuento	210	4475	5207	4088	5564	15874	21859	15269	14078	4492	91116
		% dentro de PRESTACIONES	0.2%	4.9%	5.7%	4.5%	6.1%	17.4%	24.0%	16.8%	15.5%	4.9%	100.0%
		% dentro de TRAN_EDAD	0.8%	5.1%	3.3%	2.8%	2.3%	3.5%	5.9%	5.5%	6.3%	4.7%	4.4%
		% del total	0.0%	0.2%	0.3%	0.2%	0.3%	0.8%	1.1%	0.7%	0.7%	0.2%	4.4%
		Residuo corregido	-29.6	10.6	-21.4	-30.1	-52.1	-33.0	49.9	30.1	46.5	5.1	
Urgencias	Analíticas y diagnosis	Recuento	9605	20592	19591	14549	15498	15549	9843	7211	10631	9019	132088
		% dentro de PRESTACIONES	7.3%	15.6%	14.8%	11.0%	11.7%	11.8%	7.5%	5.5%	8.0%	6.8%	100.0%
		% dentro de TRAN_EDAD	35.0%	23.6%	12.6%	10.1%	6.5%	3.4%	2.7%	2.6%	4.8%	9.5%	6.4%
		% del total	0.5%	1.0%	0.9%	0.7%	0.8%	0.8%	0.5%	0.3%	0.5%	0.4%	6.4%
		Residuo corregido	195.2	212.4	103.7	59.6	2.9	-91.5	-101.7	-87.8	-33.1	40.3	
Total	Analíticas y diagnosis	Recuento	27404	87164	155770	144001	237308	450970	367873	277439	222657	94700	2065286
		% dentro de PRESTACIONES	1.3%	4.2%	7.5%	7.0%	11.5%	21.8%	17.8%	13.4%	10.8%	4.6%	100.0%
		% dentro de TRAN_EDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	1.3%	4.2%	7.5%	7.0%	11.5%	21.8%	17.8%	13.4%	10.8%	4.6%	100.0%

Tabla cruzada PRESTACIONES*TRAN_EDAD								
PRESTACIONES			TRAN_EDAD					Total
			45-55	55-65	65-75	76-85	>85	
Analíticas y diagnosis	Recuento	267012	212862	166040	115066	43162	804142	
	% dentro de PRESTACION S	33,2%	26,5%	20,6%	14,3%	5,4%	100,0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	59,2%	57,9%	59,8%	51,7%	45,6%	56,9%	
	% del total	18,9%	15,1%	11,7%	8,1%	3,1%	56,9%	
	Residuo corregido	38,2	13,9	35,1	-54,0	-72,7		
	Recuento	4099	5106	3002	1532	485	14224	
	% dentro de PRESTACION S	28,8%	35,9%	21,1%	10,8%	3,4%	100,0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	0,9%	1,4%	1,1%	0,7%	0,5%	1,0%	
	% del total	0,3%	0,4%	0,2%	0,1%	0,0%	1,0%	
	Residuo corregido	-7,9	27,0	4,5	-16,4	-15,8		
	Recuento	5727	5723	5335	6877	2984	26646	
	% dentro de PRESTACION S	21,5%	21,5%	20,0%	25,8%	11,2%	100,0%	
	% dentro de TRAN_EDAD	1,3%	1,6%	1,9%	3,1%	3,2%	1,9%	
	% del total	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,2%	1,9%	
	Residuo corregido	-36,8	-17,1	1,6	45,5	29,7		
Recuento	9481	9092	5507	5342	2341	31763		
% dentro de PRESTACION S	29,8%	28,6%	17,3%	16,8%	7,4%	100,0%		
% dentro de TRAN_EDAD	2,1%	2,5%	2,0%	2,4%	2,5%	2,2%		
% del total	0,7%	0,6%	0,4%	0,4%	0,2%	2,2%		
Residuo corregido	-7,9	10,7	-10,4	5,3	4,8			
Recuento	3201	2896	1544	1427	1226	10294		
% dentro de PRESTACION S	31,1%	28,1%	15,0%	13,9%	11,9%	100,0%		
% dentro de TRAN_EDAD	0,7%	0,8%	0,6%	0,6%	1,3%	0,7%		
% del total	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,7%		
Residuo corregido	-1,8	4,9	-11,9	-5,3	21,2			
Recuento	1829	1026	535	382	510	4282		
% dentro de PRESTACION S	42,7%	24,0%	12,5%	8,9%	11,9%	100,0%		
% dentro de TRAN_EDAD	0,4%	0,3%	0,2%	0,2%	0,5%	0,3%		
% del total	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%		
Residuo corregido	15,2	-3,1	-11,8	-12,3	13,7			
Recuento	5031	1811	932	913	298	8985		
% dentro de PRESTACION S	56,0%	20,2%	10,4%	10,2%	3,3%	100,0%		
% dentro de TRAN_EDAD	1,1%	0,5%	0,3%	0,4%	0,3%	0,6%		
% del total	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,6%		
Residuo corregido	49,2	-12,7	-22,2	-14,6	-12,9			
Recuento	23707	15273	9062	5267	2516	55825		
% dentro de PRESTACION S	42,5%	27,4%	16,2%	9,4%	4,5%	100,0%		
% dentro de TRAN_EDAD	5,3%	4,2%	3,3%	2,4%	2,7%	3,9%		
% del total	1,7%	1,1%	0,6%	0,4%	0,2%	3,9%		
Residuo corregido	54,6	7,3	-20,6	-41,8	-21,1			
Recuento	218	108	65	300	130	821		
% dentro de PRESTACION S	26,6%	13,2%	7,9%	36,5%	15,8%	100,0%		
% dentro de TRAN_EDAD	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%		
% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%		
Residuo corregido	-3,3	-8,4	-8,4	16,4	10,5			
Recuento	99242	82274	62937	60842	27537	332832		
% dentro de PRESTACION S	29,8%	24,7%	18,9%	18,3%	8,3%	100,0%		
% dentro de TRAN_EDAD	22,0%	22,4%	22,7%	27,3%	29,1%	23,5%		
% del total	7,0%	5,8%	4,5%	4,3%	1,9%	23,5%		
Residuo corregido	-29,5	-19,6	-11,9	45,8	41,6			
Recuento	15874	21859	15269	14078	4492	71572		
% dentro de PRESTACION S	22,2%	30,5%	21,3%	19,7%	6,3%	100,0%		
% dentro de TRAN_EDAD	3,5%	5,9%	5,5%	6,3%	4,7%	5,1%		
% del total	1,1%	1,5%	1,1%	1,0%	0,3%	5,1%		
Residuo corregido	-57,3	28,3	11,8	29,5	-4,6			
Recuento	15549	9843	7211	10631	9019	52253		
% dentro de PRESTACION S	29,8%	18,8%	13,8%	20,3%	17,3%	100,0%		
% dentro de TRAN_EDAD	3,4%	2,7%	2,6%	4,8%	9,5%	3,7%		
% del total	1,1%	0,7%	0,5%	0,8%	0,6%	3,7%		
Residuo corregido	-10,7	-38,1	-34,2	29,4	98,4			
Recuento	450970	367873	277439	222657	94700	1413639		
% dentro de PRESTACION S	31,9%	26,0%	19,6%	15,8%	6,7%	100,0%		
% dentro de TRAN_EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
% del total	31,9%	26,0%	19,6%	15,8%	6,7%	100,0%		

Tabla cruzada TRAN_FRECUCIA*TRAN_EDAD									
TRAN_FRECUCIA		TRAN_EDAD					Total		
		45-55	55-65	65-75	76-85	>85			
A	TRAN_FRECUCIA 1-5	Recuento	7112	3877	1554	921	689	14153	
		% dentro de TRAN_FRECUCIA	50,3%	27,4%	11,0%	6,5%	4,9%	100,0%	
		% dentro de TRAN_EDAD	1,6%	1,1%	0,6%	0,4%	0,7%	1,0%	
		% del total	0,5%	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%	1,0%	
		Residuo corregido	47,1	3,7	-26,0	-30,3	-8,8		
		6-10	Recuento	11871	6573	2853	1715	1251	24263
		% dentro de TRAN_FRECUCIA	48,9%	27,1%	11,8%	7,1%	5,2%	100,0%	
		% dentro de TRAN_EDAD	2,6%	1,8%	1,0%	0,8%	1,3%	1,7%	
		% del total	0,8%	0,5%	0,2%	0,1%	0,1%	1,7%	
		Residuo corregido	57,4	3,8	-31,1	-37,4	-9,7		
		10-20	Recuento	24369	14363	6776	4560	3128	53196
		% dentro de TRAN_FRECUCIA	45,8%	27,0%	12,7%	8,6%	5,9%	100,0%	
		% dentro de TRAN_EDAD	5,4%	3,9%	2,4%	2,0%	3,3%	3,8%	
		% del total	1,7%	1,0%	0,5%	0,3%	0,2%	3,8%	
		Residuo corregido	70,2	5,2	-40,8	-46,3	-7,7		
		21-30	Recuento	30730	19312	10634	7335	3414	71425
	% dentro de TRAN_FRECUCIA	43,0%	27,0%	14,9%	10,3%	4,8%	100,0%		
	% dentro de TRAN_EDAD	6,8%	5,2%	3,8%	3,3%	3,6%	5,1%		
	% del total	2,2%	1,4%	0,8%	0,5%	0,2%	5,1%		
	Residuo corregido	65,5	6,3	-32,7	-41,3	-21,1			
	431	Recuento	376888	323748	255622	208126	86218	1250602	
	% dentro de TRAN_FRECUCIA	30,1%	25,9%	20,4%	16,6%	6,9%	100,0%		
	% dentro de TRAN_EDAD	83,6%	88,0%	92,1%	93,5%	91,0%	88,5%		
	% del total	26,7%	22,9%	18,1%	14,7%	6,1%	88,5%		
	Residuo corregido	-124,7	-10,2	67,5	80,6	25,7			
	Total	Recuento	450970	367873	277439	222657	94700	1413639	
	% dentro de TRAN_FRECUCIA	31,9%	26,0%	19,6%	15,8%	6,7%	100,0%		
	% dentro de TRAN_EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
	% del total	31,9%	26,0%	19,6%	15,8%	6,7%	100,0%		