

PLAN DE TRABAJO

“Estudio Financiero y Actuarial del Seguro de Riesgos en el Trabajo de EsSalud”

Julio, 2013

Financiado por:

**LA COOPERACIÓN BELGA
AL DESARROLLO**



Operado por:



CIES
consorcio de investigación
económica y social

Con la participación de:



APCI

Agencia Peruana de Cooperación Internacional



CTB

AGENCIA BELGA
DE DESARROLLO

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. ESTUDIO ACTUARIAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE ACTUARIOS (AIA)	5
3. ENFOQUE TECNICO Y METODOLOGIA.....	8
3.1 REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN.....	8
3.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	12
<i>MODELO DE PROYECCION DE LA POBLACION EXPUESTA AL RIESGO</i>	<i>13</i>
<i>MODELO DE PROYECCION DE LA POBLACION ATENDIDA POR LA ESSALUD</i>	<i>15</i>
<i>MODELO DE PROYECCION DE LOS GASTOS</i>	<i>15</i>
<i>MODELO DE PROYECCION DE LAS PRIMAS.....</i>	<i>15</i>
<i>FLUJO DE CAJA.....</i>	<i>15</i>
4. ÍNDICE PROPUESTO.....	15
5. PLAN DE TRABAJO	18
6. ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL	21
7. CRONOGRAMA.....	22

1. INTRODUCCIÓN

Los principios básicos en materia de salud y seguridad en el trabajo tienen como finalidad “que el trabajo se desarrolle en un entorno seguro y saludable”.

En el año 1948, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas se indica que “toda persona tiene el derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo.....”. En el año 1976 se reafirma este derecho en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, en los siguientes términos:

“Los Estados partes en el presente reconocen el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo, equitativas y satisfactorias, que le aseguren especial: b) la seguridad y la higiene en el trabajo....”.

El Comité Conjunto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud en su primera sesión en 1950 definieron el objetivo de la salud en el trabajo y en su 12 Sesión en 1995, revisó la definición en los términos siguientes:

“La salud en el trabajo debería perseguir: la promoción y el mantenimiento del más elevado grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones; la prevención entre los trabajadores de dolencias causadas por las condiciones de trabajo; la protección de los trabajadores en sus empleos frente a riesgos derivados de factores nocivos para la salud.....”.

La Ley 26790 del año 1997 “**Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud**”, establece en el artículo 19 lo siguiente:

Artículo 19: SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO

El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgos otorga cobertura adicional a los afiliados regulares del Seguro Social de Salud que desempeñan las actividades de alto riesgo determinadas mediante Decreto Supremo. Es obligatorio y por cuenta de la entidad empleadora. Cubre los riesgos siguientes:

- a) Otorgamiento de prestaciones de salud en caso de accidentes de trabajado o enfermedades profesionales pudiendo contratarse libremente con el IPSS¹ o con la EPS elegida conforme al artículo 15 de esta ley.
- b) Otorgamiento de pensiones de invalidez temporal o permanente y de sobrevivientes y gastos de sepelio, como consecuencia de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, pudiendo contratarse libremente con la ONP o con empresas de seguros debidamente acreditadas. El derecho a las pensiones de invalidez del seguro complementario de trabajo de riesgos se inicia una vez vencido el período máximo de subsidio por incapacidad temporal cubierto por el Seguro Social de Salud.

Se menciona al final del artículo que los términos y condiciones para el funcionamiento de este seguro se establecen en el reglamento. Este reglamento se crea mediante Decreto Supremo No.009-97-SA donde se establecen la reglamentación para la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, específicamente en el capítulo 8 donde en su artículo 82 se indica:

Artículo 82: El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgos otorga cobertura adicional por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los afiliados regulares del Seguro Social de Salud. Es obligatorio y por cuenta de las entidades empleadoras que desarrolla las

¹ Institución reemplazada por EsSalud.

actividades de alto riesgo señaladas en el Anexo 5. Están comprendidas en esta obligación las Entidades Empleadoras constituidas bajo la modalidad de cooperativas de trabajadores, empresas de servicios temporales o cualquier otra de intermediación laboral. Comprende las siguientes coberturas:

- a) La cobertura de salud de trabajo por riesgo.
- b) La cobertura de invalidez y sepelio por trabajo de riesgo.

Se señala en el artículo 83 que la cobertura de salud por trabajo de riesgo no comprende los subsidios económicos (incapacidad temporal, maternidad y lactancia).

De acuerdo a una presentación realizada a finales del año 2011 por la Gerencia de Aseguramiento, se presenta a continuación las principales características del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo:

Cuadro No.1: Características y normativa del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo

	Dependiente	Independiente
Entidad empleadora	Empresas (Persona Natural o Persona Jurídica que realicen actividades de riesgo.	No aplicable
Asegurado	Trabajadores dependientes que realicen actividades de riesgo, inclusive trabajadores de la actividad pesquera y la actividad de manipuleo de la carga para el transporte por vía acuática. Sólo cubre al asegurado titular.	Trabajadores independientes que realizan actividades de riesgo, inclusive trabajadores de la actividad pesquera y de manipuleo de carga para el transporte por vía acuática. Comprende sólo al asegurado titular.
Acreditación	Se otorga si a la fecha del siniestro, la entidad empleadora suscribió contrato. Asimismo, si la entidad empleadora ha cumplido con declarar y pagar las aportaciones correspondientes al período anterior a la última obligación.	Atención con la presentación del documento de afiliación personal y pago del aporte correspondiente al mes en que solicita atención.
Carencia	No aplicable	
Prestaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Prestaciones de salud por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. • Asistencia y asesoramiento preventivo promocional en salud ocupacional al empleador y a los asegurados. • Atención médica, farmacológica, hospitalaria y quirúrgica, cualquiera que fuere el nivel de complejidad, hasta su total recuperación o declaración de invalidez o muerte. • Rehabilitación y readaptación laboral al asegurado inválido bajo este seguro. • Aparatos de prótesis y ortopédicos necesarios. 	
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • No cubre cirugía plástica (distinta a la reconstructiva o reparativa), odontología estética, lentes de contacto, daños derivados por autoeliminación entre otros. 	

Se establece en dicho documento las contribuciones del asegurado dependiente e independiente de la siguiente manera:

Cuadro No.2: Contribución del asegurado dependiente

	Nivel de Riesgo	Tasa Básica (%) (1)	Tasa adicional (%) (2)	Tasa de aportación (%) (1)+(2)
Actividades inmobiliarias empresariales y de alquiler; servicios sociales de salud y otras actividades de servicios comunitarios.	I	0.63	0.00	0.63
Industrias manufactureras; transporte, almacenamiento y comunicaciones; suministro de electricidad, gas y agua.	II	0.63	0.60	1.23
Construcción; pesca y extracción de madera.	III	0.63	0.91	1.53
Explotación de minas y canteras.	IV	0.63	1.20	1.83

Cuadro No.3: Contribución del asegurado independiente

	Nivel de Riesgo	Tasa Básica	Monto de Aporte (S/.)
Actividades inmobiliarias empresariales y de alquiler; servicios sociales de salud y otras actividades de servicios comunitarios.	I	0.63	11
Industrias manufactureras; transporte, almacenamiento y comunicaciones; suministro de electricidad, gas y agua.	II	1.23	22
Construcción; pesca y extracción de madera.	III	1.53	28
Explotación de minas y canteras.	IV	1.83	33

Nota: El aporte se calcula aplicando la tasa sobre el 50% de la UIT vigente.

2. ESTUDIO ACTUARIAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE ACTUARIOS (AIA)

El estudio financiero y actuarial del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo se regirá por las directrices mínimas de la Asociación Internacional de Actuarios (AIA), las cuales fueron establecidas en el año 2002. Nos permitimos escribir parte del documento por considerarlo importante en la elaboración de este estudio. Las directrices para la práctica actuarial en los programas de seguridad social se deben realizar por actuarios, ya que los mismos disponen de amplios conocimientos para elaborar proyecciones financieras a largo plazo y por ello es el profesional indicado en el análisis de los programas de seguridad social. Por lo tanto sus estudios revisten de importancia para la toma de decisiones por lo que es necesario que se incluyan en sus análisis demográficos y económicos proyecciones razonables de los futuros costos a largo plazo y de las repercusiones financieras².

Los principios que deben prevalecer al momento del estudio deberán ser:

- **Rigor Científico:** Se debe garantizar que la metodología empleada para las proyecciones financieras a largo plazo se basa en principios actuariales. El actuario debe garantizar que los cálculos reflejan fielmente los métodos y las hipótesis adoptadas

² Directrices de la AIA para la práctica actuarial en los programas de seguridad social.

- **Objetividad:** Al determinar las hipótesis empleadas para las proyecciones demográficas y financieras, deberá garantizar que se determinen sin influencias políticas o externas inadecuadas. Sin embargo estas hipótesis pueden ser obtenidas de fuentes externas. Al presentar la opinión sobre el programa de seguridad social debe incluir un análisis de sensibilidad de la incidencia de diferentes hipótesis de partida.
- **Transparencia, explicitud, simplicidad y coherencia de la información ofrecida en el informe:** El actuario deberá expresar con suma claridad en sus informes, teniendo en cuenta los diversos públicos a los que está destinado su trabajo y los distintos interesados que utilizarán sus resultados. Por lo tanto es necesario realizar una síntesis claramente redactada que describa el objeto y los principales resultados del informe.

La IAA también establece la información que debe incluirse en los estudios actuariales estableciendo para ello los siguientes puntos:

1. **Síntesis.** Objeto del informe, descripción del programa, descripción de las hipótesis clave, principales resultados de las proyecciones financieras, principales conclusiones.
2. **Introducción.** Destinatario del informe, descripción del programa de seguridad social analizado, objeto del informe que recuerde que las proyecciones dependen de los datos subyacentes, de la metodología y de las hipótesis, fecha de comienzo y fin de proyección y fecha estimada en que debe realizarse otro informe.
3. **Descripción de las disposiciones del programa de seguridad social.** Descripción de las disposiciones del programa como cobertura, financiación y las prestaciones.
4. **Datos.** Deben ser fiables y suficientemente completos (contexto demográfico del programa y del país, situación económica del programa y del país –cotizaciones, prestaciones-rendimiento de las inversiones, número de cotizantes y de beneficiarios del programa).

El actuario se basa en la exactitud de los datos, por lo tanto debe verificar que la información que se entrega para la evaluación no difiera de la información procedente de otras fuentes.

Además se debe describir los datos pertinentes empleados de las proyecciones demográficas y financieras emitiendo comentarios acerca de la suficiencia y de la fiabilidad de los mismos. Si alguno de los datos se considera insuficiente para realizar las proyecciones financieras, el informe debe mencionar la consiguiente fiabilidad de los resultados.

El Informe debe indicar los tres principales sectores en los que los datos se usaron para realizar las proyecciones financieras:

- Punto de inicio del periodo de proyección.
 - Análisis de la experiencia pasada como base para determinar las hipótesis empleadas en las proyecciones financieras.
 - Validación de la metodología de proyección.
5. **Hipótesis.** El actuario debe describir en el informe los fundamentos empleados para determinar todas las hipótesis utilizadas en las proyecciones. Los informes actuariales para programas de seguridad social a menudo tratan sobre el largo plazo futuro. En

dichos casos las hipótesis deben reflejar las tendencias a largo plazo en lugar de conferir una importancia indebida a la experiencia reciente. Sin embargo, de ser indicado, las estimaciones para los primeros años deben tener en cuenta las tendencias a corto plazo e ir incorporando gradualmente las hipótesis a largo plazo.

6. **Metodología.** La metodología empleada para las proyecciones financieras debe describirse de modo suficientemente detallado para que un actuario u otra persona experimentada pueda evaluar los resultados del Informe.
7. **Resultados.** El informe actuarial debe incluir todos los resultados de las proyecciones demográficas y financieras que sean pertinentes tanto para el objetivo del informe como para sus destinatarios. El actuario debe presentar los resultados de acuerdo con el mandato específico de la valuación o revisión y teniendo en cuenta la naturaleza del programa de seguridad social y los métodos de financiación con los que opera, en particular cuando estos métodos son están estipulados en la legislación de seguridad social.

Es necesario que se presente un contexto modelo para los resultados de las proyecciones que deben incluirse en el informe. Por lo general la mayoría de los resultados debe encontrarse en algunas de las dos siguientes partes del informe:

- a. **Sección sobre datos, metodología e hipótesis:** Población por grupos de edad y sexo y población total, razón de dependencia, ingresos del trabajo por grupos de edad y sexo y promedios, ingresos sujeto a cotizaciones por grupos de edad y sexo y promedios, entre otros.
 - b. **Sección sobre las proyecciones financieras de flujo de caja:** Tasa de cotización, tasa de reparto, cotizaciones, rentabilidad de las inversiones, otros ingresos, ingresos totales, prestaciones, gastos administrativos, gastos totales, activos.
8. **Análisis de los resultados de las proyecciones.** El informe debe presentar un análisis de los resultados de acuerdo a la siguientes pautas:
 - a. Debe presentarse análisis de sensibilidad que muestren los efectos de los cambios de hipótesis clave en los principales resultados de las proyecciones, a fin de indicar en qué medida las proyecciones financieras se ven afectadas.
 - b. Es preciso explicar el modelo de las proyecciones financieras y sus repercusiones a lo largo de los años (envejecimiento de la población, madurez del programa, cambios recientes en la financiación del programa o en la entrega de prestaciones).
9. **Conclusiones.** El actuario puede incluir más observaciones de las que se han mencionado antes pero debe recordar que el principal objetivo de un informe actuarial en general se limita a la presentación de la estimación realizada por el actuario de los costos y de la proyección de la situación financiera del programa tal como existe y/o con los cambios propuestos.
10. **Certificaciones.** En el informe actuarial se debe opinar sobre: la suficiencia y la fiabilidad de los datos, el carácter razonable de las hipótesis, la idoneidad de la metodología y su coherencia con respecto a principios actuariales válidos.
Cuando los términos de referencia de la valuación o los requisitos legales para los informes actuariales lo especifiquen, el actuario deberá opinar sobre la solidez financiera

o el balance del programa de seguridad social, sobre la idoneidad o no del nivel de las cotizaciones o sobre el futuro nivel necesario de estas.

El informe debe recordar que los resultados de la valuación se basan en hipótesis relativas a acontecimientos y resultados futuros inciertos y que los hechos probablemente diferirán, tal vez materialmente, de los indicados en las proyecciones.

Incluiremos en nuestro informe conceptos que debe contener el Reporte Actuarial de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo. Contaremos con un asistente actuario (estadístico) de mucha experiencia en estudios actuariales de seguridad social.

3. ENFOQUE TECNICO Y METODOLOGIA

En un estudio financiero y actuarial, convergen diferentes parámetros (demografía, finanzas, economía, epidemiológicos, jurídicos, entre otros) y el soporte tecnológico, que apoyan al actuario a realizar las proyecciones demográficas y financieras en la seguridad social o en el seguro privado.

Por su parte la demografía se refiere al estudio cuantitativo de la población humana, en términos de su tamaño, estructura y crecimiento a partir del comportamiento de la mortalidad (el proceso de extinción de las generaciones que la componen, o sea, la acción que la muerte produce sobre una colectividad) y por su parte, salud se refiere a las condiciones específicas de morbilidad (la cantidad de personas consideradas enfermas en un tiempo determinado). De esta manera, la demografía de la salud consiste en vincular los factores propios del campo demográfico con el comportamiento de la salud de una población. Es por ello que el estado de salud de una población incide de manera determinante en la tasa de mortalidad general.

Para hacer una proyección adecuada de la población objeto del estudio es necesario conocer el comportamiento demográfico de las poblaciones, a través de los años, lo que permitirá realizar estimaciones en el campo de la salud de acuerdo a las actividades económicas.

Por otro lado es necesario conocer el comportamiento por edad y sexo, entre otros, que permita precisar el comportamiento de las enfermedades profesionales o los accidentes de trabajo en términos de su origen y desarrollo.

Es de vital importancia, que en este informe se analice aspectos como la demanda de salud (información, capital humano), la producción de la salud (eficacia, costos, financiación, la oferta), la determinación del precio de la salud (cuanto se debe pagar), entre otros.

Al realizar la planificación a corto y mediano plazo, se realizarán análisis de sensibilidad de las variables utilizadas para conocer el impacto de cada una de ellas. Además, resulta necesario realizar el análisis del Sector Salud de Perú, el entorno y de EsSalud.

El actuario es un especialista que evalúa y planifica de manera prospectiva la viabilidad de los sistemas de protección social:

- Calculando primas o contribuciones.
- Analizando planes de cobertura, beneficios y subsidios.
- Evaluando las reservas técnicas o reservas de contingencia o fluctuaciones.

3.1 REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN

Para poder realizar el Estudio Actuarial Financiero, es necesario contar una serie de informaciones que son de vital importancia y que hemos codificado e indicado el área correspondiente:

- Base de datos de Atención de Salud y Asegurados
- Boletines
- Costos
- Bases demográficas
- Documentos internos de la institución
- Bases económicas
- Bases financieras
- Normativas
- Estadísticas de Población

Las cuales denominaremos fuentes primarias y secundarias, según lo siguiente:

Las fuentes primarias, en este estudio contienen información original no abreviada ni traducida, nos referimos básicamente a las bases de datos.

Las fuentes secundarias, son textos basados en fuentes primarias, e implican generalización, análisis, síntesis, interpretación o evaluación, como boletines estadísticos del sistema de salud, entre otras.

A continuación las fuentes primarias y secundarias que se necesitan para llevar a cabo el informe final con el contenido indicado en los términos de referencia, para poder realizar el estudio financiero actuarial, debidamente identificadas por área y por el capítulo correspondiente al índice. El código utilizado es para un mejor manejo al momento de recibir los datos. Esta necesidad de información puede ser modificada al momento de obtener la misma. Se pueden solicitar otros datos a medida que avance el estudio. Una parte de la información ya está ubicada en la página web del INEI, pero la misma debe ser actualizada al año 2012.

Cuadro No.4: Información necesaria para realizar el estudio.

Código	Área	Documento	Capítulo
BD.01	Base de datos	Base de datos de la planilla de los empleados vinculados al área de Trabajo de Riesgo de las instalaciones de salud del área médica por tipo de profesional, fecha de nacimiento, fecha de ingreso, antigüedad en el servicio, los diferentes tipos de remuneración de los años 2007 al 2012. Es importante contar con las escalas salariales de cada uno de los tipos de profesión.	5
BD.02	Base de datos	Base de datos de los empleados vinculados al área de Trabajo de Riesgo de las instalaciones de salud del área administrativa por tipo de profesional, fecha de nacimiento, fecha de ingreso, antigüedad en el servicio, los diferentes tipos de remuneración de los años 2007 al 2012. Es importante contar con las escalas salariales de cada uno de los tipos de profesión.	5
BD.03	Base de datos	Base de datos de los asegurados de EsSalud por tipo de actividad económica para cada uno de los años 2007 al 2012, por asegurado, sexo, fecha de nacimiento, fecha de ingreso, antigüedad en el sistema. Realizar tabla de movimiento vigente – entrada – salida x muerte – salida por otras causas por año y edad específica. Esta base de datos se refiere a las actividades económicas actuales de acuerdo a la normativa vigente.	5

Código	Área	Documento	Capítulo
BD.04	Base de datos	Base de datos de los asegurados de EsSalud por tipo de actividad económica para cada uno de los años 2007 al 2012, por asegurado, sexo, fecha de nacimiento, fecha de ingreso, antigüedad en el sistema, salarios. Realizar tabla de movimiento vigente – entrada – salida x muerte – salida por otras causas por año y edad específica. Esta base de datos se refiere a las actividades económicas que se elaborarán de acuerdo a las nuevas clases de riesgos a determinar con la Gerencia Central de Aseguramiento.	5
BD.05	Base de datos	Elaborar una tabla con la base de datos de los diagnósticos identificados en el CIE-10, cuales son por enfermedades profesionales	5
BD.06	Base de datos	Base de datos de las prestaciones en salud de acuerdo a los pacientes atendidos por enfermedad profesional por tipo de actividad económica para cada uno de los años 2007 al 2012. Realizar tabla por edad específica y sexo por prestaciones en salud (consultas – hospitalización (tiempo promedio) – emergencia – rehabilitación), para cada actividad económica.	5
BD.07	Base de datos	Base de datos de las prestaciones en salud de acuerdo a los pacientes atendidos por accidentes de trabajo por tipo de actividad económica para cada uno de los años 2007 al 2012. Realizar tabla por edad específica y sexo por prestaciones en salud (consultas – hospitalización (tiempo promedio) – emergencia – rehabilitación), para cada actividad económica.	5
BD.08	Base de datos	Base de datos de las prestaciones económicas o sociales para cada actividad económica (aparatos de prótesis y ortopédicos necesarios).	5
BO.01	Boletín	Boletín de la Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional de EsSalud en el año 2011 y 2012.	4/5
BO.02	Boletín	Boletines Estadísticos de la Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones y el que están finalizando este año.	4/5
BO.03	Boletín	Boletines Estadísticos de EsSalud del año 2011 y 2012.	4/5
CO.01	Costos	Costo por consultas por actividad económica, por edad específica y sexo, de acuerdo a la morbilidad desde el año 2007 al 2012, en caso de existir.	6
CO.02	Costos	Costo por hospitalización por actividad económica, por edad específica y sexo, de acuerdo a la morbilidad desde el año 2007 al 2012, en caso de existir.	6
CO.03	Costos	Costo por emergencias por actividad económica, por edad específica y sexo, de acuerdo a la morbilidad desde el año 2007 al 2012, en caso de existir.	6
CO.04	Costos	Costo por consultas por rehabilitación, por edad específica y sexo, de acuerdo a la morbilidad desde el año 2007 al 2012, en caso de existir.	6
CO.05	Costos	Monto gastado en consultas por actividad económica, por edad específica y sexo desde el año 2007 al 2012.	6

Código	Área	Documento	Capítulo
CO.06	Costos	Monto gastado en hospitalización por actividad económica, por edad específica y sexo desde el año 2007 al 2012.	6
CO.07	Costos	Monto gastado en emergencia por actividad económica, por edad específica y sexo desde el año 2007 al 2012.	6
CO.08	Costos	Monto gastado en rehabilitación por actividad económica, por edad específica y sexo desde el año 2007 al 2012.	6
DE.01	Demográfica	Tasa de mortalidad de Perú, por región, edad y sexo vigentes en los años 1910, 1920, 1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2002, 2010 y proyectada 2020, 2030, 2040 y 2050. Si existe alguna actualización de la misma.	3
DE.02	Demográfica	Esperanza de vida al nacer de los años 1910, 1920, 1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2002, 2010 y proyectada para los años 2020, 2030, 2040, 2050. Si existe alguna actualización de la misma.	3
DE.03	Demográfica	Migración neta de Perú, por región, edad y sexo vigentes en los años 1910, 1920, 1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2002, 2010 y proyectada 2020, 2030, 2040 y 2050. Si existe alguna actualización de la misma.	3
DO.01	Documento	Estudio de los salarios por tipo de profesión de Perú en el sector público y privado (sería sumamente importante)	3
DO.02	Documento	Informe sobre el impacto de la ley de aseguramiento universal. Si existe alguna actualización de la misma.	1
DO.03	Documento	Memoria de la institución de los años 2011 y 2012.	1
DO.04	Documento	Metodología que se utiliza para calcular las tarifas y los costos en riesgos del trabajo.	6
DO.05	Documento	Oficinas y Gerencias vinculadas a riesgos del trabajo en EsSalud.	1
DO.06	Documento	Plan Operativo 2013 y Plan Operativo Final 2012.	1
DO.07	Documento	Plan Estratégico del SIS. Si existe alguna actualización del mismo.	1
EC.01	Económica	Documento relacionado con el PIB de los últimos dos años del Ministerio de Economía y Finanzas.	3
EC.02	Económica	Crecimiento real y nominal de la productividad del trabajo, de los años 2007 al 2012.	3
EC.03	Económica	Crecimiento real y nominal de los salarios de los años 2007 al 2012.	3
EC.04	Económica	La inflación (Deflactor del PIB) de los años 2007 al 2012.	3
EC.05	Económica	Monto de la canasta básica familiar anual de los años 2007 al 2012.	3
EC.06	Económica	Producto Interno Bruto nominal y real para los años 2011 al 2013. Proyección del PIB para los años 2014 al 2023.	3
EC.07	Económica	Tasa de desempleo de los años 2011 y 2012.	3
EC.08	Económica	Índice de Precio al Consumidor relacionados con la salud de los años 2011 y 2012.	3
FI.01	Financiera	Informe Financiero del Seguro Complementario de Riesgos de Trabajo de los últimos años cinco años (Estado de Situación, Estado de Resultados, Estado de Flujos netos, Estado de cambio en la situación financiera).	4

Código	Área	Documento	Capítulo
FI.02	Financiera	Cambios en el salario mínimo y la renta mínima vital de los años 2011 y 2012.	3
FI.03	Financiera	Documentos anuales de Control Interno de EsSalud del año 2011 y 2012, producto de las auditorías externas.	1
FI.04	Financiera	Estados Financieros Auditados de EsSalud de los años 2011 y 2012.	4
FI.05	Financiera	Presupuesto estimado de EsSalud para el año 2013 y Presupuesto ejecutado en lo que va del año.	4
FI.06	Financiera	Presupuesto general aprobado, ejecutado y comprometido por región e instalación por tipo de gasto de los años 2011 y 2012, lo más detallado posible	4
FI.07	Financiera	Recaudación mes por mes del año 2007 al 2012 por tipo de asegurado, por actividad económica, del Seguro Complementario de Riesgos de Trabajo.	4
NM.01	Normativa	Convenios que existen entre EsSalud y los organismos del Estado como la SIS u otras instituciones públicas o privadas relacionadas con el SRT	1
PO.01	Población	Población económicamente activa de Perú, por región, actividad económica y sexo vigentes en los años 2007, 2008, 2009, 2010, 2012 y 2013.	5
PO.02	Población	Población ocupada de Perú, por región, actividad económica y sexo vigentes en los años 2007, 2008, 2009, 2010, 2012 y 2013.	5
PO.03	Población	Población económicamente activa de Perú, por región, actividad económica y sexo proyectada para los años 2014 al 2023	5
PO.04	Población	Población ocupada de Perú, por región, actividad económica y sexo proyectada para los años 2014 al 2023	5
PO.05	Población	Población total de Perú, por región, edad y sexo vigente en los años 2007, 2008, 2009, 2010, 2012, 2013 y la proyectada para los años 2014 al 2023.	5

3.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para la elaboración del estudio de financiero y actuarial de EsSalud, es necesario la aplicación de una serie de métodos estadísticos, con el fin de llevar a cabo, un análisis descriptivo de la información, posteriormente, realizar un análisis estadístico más completo, utilizando métodos especializados para cada caso:

- Para realizar un análisis descriptivo de la información, es necesario aplicar los siguientes métodos estadísticos:
 - a. Medidas de tendencia de los datos.
 - b. Medidas de dispersión de los datos.
 - c. Tablas de Frecuencias, por actividad económica, tipo de asegurado, sexo etc.
 - d. Gráficos.
 - e. Porcentaje, Razón, Tasas.
- Para un análisis estadístico más completo, utilizaremos los siguientes métodos:
 - a. Modelos de Series de Tiempo.
 - b. Modelos de Regresión.
 - c. Medidas de Asociación.
 - d. Análisis de Varianza.

Las herramientas tecnológicas de apoyo, serán las siguientes:

- Software estadístico SPSS.
- Herramientas estadísticas y financieras de EXCEL.
- Modelo de proyecciones que utilizará la empresa consultora:
 - Modelo de proyección de la población expuesta al riesgo.
 - Modelo de proyección de la población atendida por EsSalud.
 - Modelo de proyección de los gastos.
 - Modelo de proyección de las primas.

A continuación se presenta una breve descripción de cada uno de los modelos de proyección:

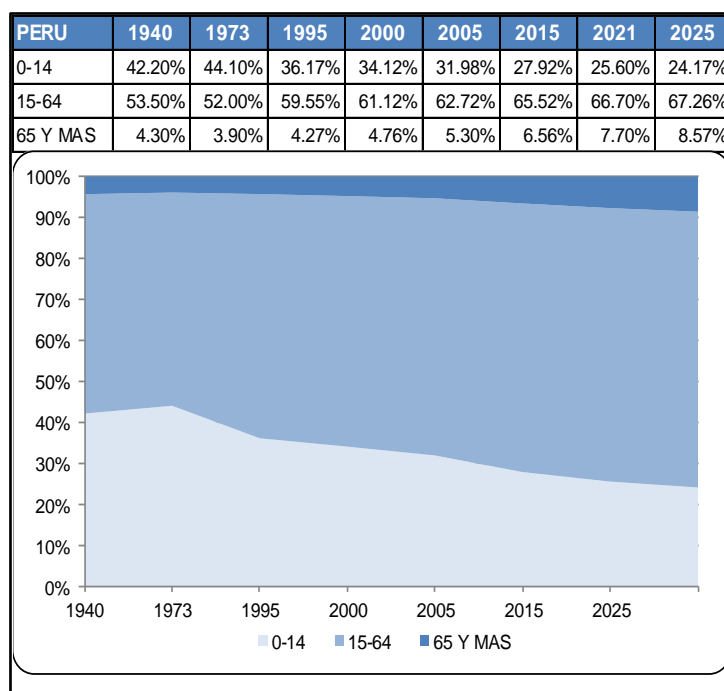
MODELO DE PROYECCION DE LA POBLACION EXPUESTA AL RIESGO

El objetivo principal de este modelo es poder proyectar la población cubierta por EsSalud. Se han solicitado informaciones respecto a los diferentes tipos de poblaciones (económicamente activa, no económicamente activa, ocupada, otros) para cada una de las actividades económicas con la finalidad de llevar a cabo una comparación de la población que se encuentra en la base de datos expuesta al riesgo. En el caso de no tener dicha información en la base de datos será importante obtener por edad específica y sexo la población objeto del estudio realizando los análisis pertinentes en cada una de las actividades económicas.

Es importante el análisis de la composición por edad de cada una de las actividades económicas del Perú, de esta manera se puede observar la tendencia de la misma a futuro.

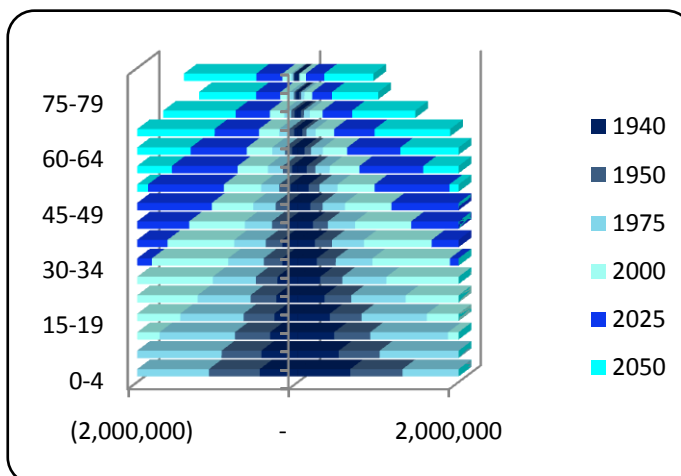
De acuerdo a la población total, hacia el año 2025 existirá una baja en el rango de edad de 0-14 y un incremento en las edades de 65 y más. Perú muestra su ventana demográfica en las edades de 15 a 64 años, donde están las personas que pueden trabajar.

Cuadro No.5: Composición por edad de la población de Perú



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico No.1: Pirámide poblacional de Perú



Fuente: Elaboración propia.

La pirámide poblacional muestra claramente el envejecimiento de la población, lo que significa a futuro menos gente trabajando y más gente en edad avanzada.

La población asegurada por EsSalud ha crecido significativamente en los últimos años debido al incremento en la cobertura producto de la Ley de Aseguramiento Universal. Es importante realizar un análisis de las nuevas entradas en los últimos cinco años en cada una de las actividades económicas y así identificar las tasas correspondientes a nuevas entradas, esto permitirá realizar las proyecciones a futuro. Otro punto importante es identificar las tasas de salida por muerte y por otras causas, lo cual permitirá realizar las proyecciones a futuro de la población asegurada vigente en cada uno de los tipos de actividad económica.

La proyección de la población que será cubierta por EsSalud para los años 2014 al 2023, dependerá mucho del crecimiento del Producto Interno Bruto que es una variable importante pues de este dependen los futuros empleos formales e informales del país.

POBLACION ATENDIDA POR LA SIS

La base de datos de EsSalud debe contar con la población que recibió atención de salud, por riesgos del trabajo, la cual debemos obtener por edad, sexo y actividad económica (de acuerdo a los niveles de riesgos actuales).

TASAS DE MORBILIDAD PROFESIONAL Y TASA DE ACCIDENTABILIDAD

Las tasas de morbilidad se calculan de acuerdo a la población atendida por enfermedad profesional o accidente laboral entre la población expuesta al riesgo, para cada una de las actividades económicas en las consultas, hospitalización, emergencia y rehabilitación. Estas tasas de morbilidad se deben calcular de acuerdo al número de atenciones por enfermedades profesionales o accidentes de trabajo, por edad, sexo y tipo de actividad económica.

Para poder identificar las tasas de morbilidad por riesgos del trabajo, es necesario realizar una comparación de las enfermedades profesionales que están dentro del CIE-10 y posteriormente identifica las consultas, hospitalización, emergencia y rehabilitación.

MODELO DE PROYECCION DE LA POBLACION ATENDIDA POR LA ESSALUD

Al realizar la proyección a futuro, se debe multiplicar la población que cubrirá EsSaluden cada actividad económica por las tasas de morbilidad profesional y accidentabilidad en consultas, hospitalización, emergencia, rehabilitación.

MODELO DE PROYECCION DE LOS GASTOS

Una vez obtenida la población expuesta al riesgo a futuro, se multiplica por la tasa de morbilidad profesional y accidentabilidad y los costos asociados a enfermedades y accidentes profesionales, de esta manera se obtiene el gasto. Esto se debe realizar para cada una de las edades de los asegurados de acuerdo al sexo y actividad económica.

MODELO DE PROYECCION DE LAS PRIMAS

Para la proyección de las primas a futuro, es necesario dividir la proyección de los gastos en cada una de las actividades económicas definidas en la clase de riesgo entre los salarios de los asegurados de las mismas actividades económicas. Es importante el análisis de los Índices de Precios al Consumidor referente a los cuidados de la salud y los servicios médicos, pues esto permitirá realizar los incrementos necesarios a los costos asociados a las consultas, hospitalización, emergencia y rehabilitación. En los últimos años este índice ha tenido el siguiente comportamiento.

Cuadro No.6: Índice de precios de la salud.

Grandes grupos de consumo	2010	2011
	Dic	Dic
CUIDADO Y CONSERVACION DE LA SALUD	102.77	104.78
5.1. Productos medicinales y farmacéuticos	102.37	104.42
5.2. Aparatos y equipos terapéuticos	103.91	107.92
5.3. Servicios médicos y similares	103.83	105.75
5.4. Gastos por hospitalización y similares	103.60	105.70
5.5. Seg. contra accidentes y enfermedades	101.44	102.12

Fuente: INEI - Dirección Técnica de Indicadores Económicos.

Nota: La base es el año 2009

FLUJO DE CAJA

El flujo de caja representa los ingresos que se recibirán producto de las primas a cobrar en el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, los gastos en atención de salud y el superávit o déficit anual.

Siguiendo los lineamientos de la Asociación de Actuarios y la Organización del Trabajo, en cuanto a las directrices que debe contar un estudio actuarial, se presenta el índice preliminar sujeto a cambio, después de la primera reunión técnica en Perú.

4. ÍNDICE PROPUESTO

A continuación el índice propuesto del Informe Final del Estudio:

Introducción: En la introducción se plasma el destinatario del informe, descripción del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, los objetivos generales y específicos del informe, fecha de comienzo y fin de la proyección.

Resumen Ejecutivo: Se presentará de una forma clara, objetiva y sucinta los principales resultados, productos y conclusiones obtenidos en el estudio financiero actuarial.

Abstract: En documentos de tipo de investigación es importante hacer un resumen en inglés.

Capítulo 1: Los riesgos de trabajo en el Sistema de Salud del Perú: En este capítulo se analizará el Sistema de Salud del Perú, desde su nacimiento y como nace el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. En el análisis se incluye el marco normativo. Además por medio de un esquema se presentará el Seguro Complementario de Riesgos de Trabajo y su relación con las instituciones públicas vinculadas a este Seguro, como el Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, entre otras.

- 1.1. Antecedentes
- 1.2. Sistema de Salud del Perú
- 1.3. Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo
 - 1.3.1. Cobertura
 - 1.3.2. Prestaciones de Salud
 - 1.3.3. Fuentes de financiamiento
 - 1.3.4. Sistema Financiero

Capítulo 2. Casuística Internacional: Debido a que en los términos de referencia se solicita a nivel internacional una casuística de seis países, se presenta este capítulo. Sin embargo es importante recalcar que se puede cambiar algún país en el caso de que no se puedan realizar los análisis correspondientes con la información existente.

- 2.1. México
- 2.2. Chile
- 2.3. Colombia
- 2.4. Costa Rica
- 2.5. Panamá
- 2.6. República Dominicana

Capítulo 3. Contexto económico, demográfico, social y laboral: El análisis del Marco Macroeconómico Multianual (MMM) 2013-2015 de Perú nos permitirá visualizar al país en los próximos años. El comportamiento de la tasa de inflación al igual que los salarios de los trabajadores son variables que se toman en consideración al momento de realizar proyecciones financieras. El índice de desarrollo humano (IDH) es un indicador que tiene cada país, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en su cálculo intervienen tres parámetros: vida larga y saludable, educación y nivel de vida digno.

- 3.1. Producto Interno Bruto nominal y real.
- 3.2. Salario Mínimo y Remuneración Mínima Vital.
- 3.3. Tasa de desempleo.
- 3.4. Tasa de inflación.
- 3.5. Índice de Precio al Consumidor de la salud.
- 3.6. Índice de Desarrollo Humano.

Capítulo 4. Análisis de la situación actual y alcances: Un análisis financiero permite identificar los gastos incurridos en el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, además de los ingresos y la reserva actual que tiene dicho seguro.

- 4.1. Descripción de las provisiones
- 4.2. Situación Financiera Actual
- 4.3. Análisis de los Estado Financieros.
- 4.4. Presupuesto actual y estimado.

Capítulo 5. Base de datos: Se ha solicitado la población económicamente activa y la población ocupada por actividad económica, pues esto permite realizar la comparación de estas con la población que registra EsSalud independientemente de si está en el SCTR o no. Debido a que no se tiene información exclusiva para el SCTR se tendrá que vincular el diagnostico (CIE-10) de las enfermedades profesionales, para realizar un cruce con las atenciones recibidas ya sea por consultas, hospitalización, emergencia y rehabilitación, siempre por actividad económica. Posteriormente se podrán obtener tasas de morbilidad de enfermedades profesionales y accidentabilidad, por actividad económica.

- 5.1. Población Económicamente Activa por actividad económica.
- 5.2. Población Ocupada por actividad económica.
- 5.3. Población asegurada por EsSalud, por actividad económica.
- 5.4. Base de datos de las atenciones en salud por consultas de enfermedades o accidentes de trabajo de acuerdo a la actividad económica.
- 5.5. Base de datos de las atenciones en salud por hospitalización de enfermedades o accidentes de trabajo de acuerdo a la actividad económica.
- 5.6. Base de datos de las atenciones en salud por emergencias de enfermedades o accidentes de trabajo de acuerdo a la actividad económica.
- 5.7. Base de datos de las atenciones en salud por rehabilitación de enfermedades o accidentes de trabajo de acuerdo a la actividad económica.
- 5.8. Tasas de morbilidad profesional por actividad económica, para cada tipo de atención.
- 5.9. Tasa de accidentabilidad por actividad económica, para cada tipo de atención.

Capítulo 6. Metodología

- 6.1. Metodología
 - 6.1.1. Modelo de proyección de la población asegurada
 - 6.1.2. Modelo de proyección de la población atendida.
 - 6.1.3. Modelo de proyección de los gastos.
 - 6.1.4. Modelo de proyección de las primas.
 - 6.1.5. Modelo del flujo de caja.

Capítulo 7. Proyecciones Actuariales

- 7.1. Valuación actuarial de la Situación Vigente.
 - 7.1.1. Supuestos
- 7.2. Proyecciones Demográficas.
- 7.3. Proyecciones Financieras.
- 7.4. Flujo de Caja.

Capítulo 8. Análisis de sensibilidad: Se incluirá la viabilidad de la ampliación de la cobertura del SCTR a todos los trabajadores de la economía peruana, que están cubiertos por EsSalud, hasta seis niveles adicionales.

- 8.1. Análisis de la ampliación de la cobertura.

Capítulo 9. Conclusiones y Recomendaciones

Bibliografía

Anexos: Incluirá el listado de abreviaturas, lista de documentos y fuentes utilizadas, descripción de los talleres realizados, incluyendo la lista de participantes, agenda, materiales, presentaciones, resultados obtenidos y archivo de fotos.

5. PLAN DE TRABAJO

Entre las actividades y procedimientos a desarrollar, están las siguientes:

1. Reuniones con el Equipo Técnico del CIES y de EsSalud, para darle seguimiento al Plan de Trabajo, en función de las actividades que se describen a continuación:
 - 1.1. La primera reunión, se realizará del 8 al 12 de julio, su objetivo será recolección de los datos e información necesaria para el estudio financiero actuarial. En esa semana se tendrá un acercamiento con las autoridades y con instituciones relacionadas a EsSalud, buscando el compromiso de apoyo para el estudio, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, Superintendencia de Bancas, Seguros y AFP, entre otras. La agenda sería la siguiente:

Cuadro No.7: Cronograma de las Primeras Reuniones Técnicas

Actividad	Fecha
Primera reunión técnica con el personal de EsSalud, instituciones vinculadas a riesgos del trabajo	8 al 12 de julio
Reunión en las oficinas del CIES	8 de julio
Reunión con las oficinas vinculadas con riesgos de trabajo en EsSalud	9 de julio
Reunión con las instituciones vinculadas a riesgos del trabajo	10 de julio
Reunión de trabajo con la Gerencia Central de Aseguramiento	11 de julio
Reunión en las oficinas del CIES	12 de julio

- 1.2. Se prevé realizar reuniones cada semana (preferiblemente los lunes en la tarde) vía SKYPE para darle seguimiento al estudio. Se presenta a continuación un calendario de reuniones de coordinación:

Cuadro No.8: Reuniones de Coordinación Vía Skype.

Actividad	Fecha
Reuniones Vía Skype	1,3, 15, 22 y 31 de julio
Reuniones Vía Skype	5, 12 y 26 de agosto
Reuniones Vía Skype	2, 9, 16, 23, 30 de septiembre
Reuniones Vía Skype	9, 14, 21 y 28 de octubre
Reuniones Vía Skype	4, 11 y 25 de noviembre
Reuniones Vía Skype	2 y 9 de diciembre

1.3. Se ha solicitado una serie de informaciones relacionadas a:

Cuadro No.9: Requerimiento de Información.

Area	¿Porque se requieren?	Plazo de entrega
Base de datos	Para obtener los asegurados, las atenciones de Salud por enfermedades profesionales y accidentes laborales.	26 de julio
Boletines	Información estadísticas que se utilizarán en el estudio.	12 de julio
Costos	Analizar la metodología establecida para su elaboración.	19 de julio
Demográfica	Indicadores que son utilizados en las proyecciones actuariales.	12 de julio
Documentos	Conocer el Plan Operativo del año 2013 y 2014 de EsSalud.	12 de julio
Económica	Indicadores que son utilizados en las proyecciones financieras.	19 de julio
Financiera	Análisis del Balance de Situación y Estados de Resultados del SCTR	19 de julio
Normativa	Forma parte de la introducción del Informe.	19 de julio
Población	Comparación de la población ocupada y económicamente activa con la protegida actualmente y por proteger de EsSalud.	26 de julio

1.4. Las reuniones interinstitucionales con la presencia de la consultora principal son las siguientes:

Cuadro No.10: Reuniones Técnicas Interinstitucionales.

Agenda	Fechas Propuestas
Presentación del Plan de Trabajo	Miércoles, 3 julio 2013
Primeras Reuniones Técnicas	8 al 12 de julio 2013
Presentación del Informe Parcial y Segundas Reuniones Técnicas	19 al 23 de agosto
Presentación del Informe Final y Terceras Reuniones Técnicas	18 al 22 de noviembre 2013
Taller de Capacitación	16 al 18 de diciembre 2013
Presentación Final de la Publicación	Jueves, 19 de diciembre 2013

2. Desarrollar la estructura del estudio financiero actuarial, que comprenderá las siguientes actividades:

2.1. Diagnóstico de los principales problemas actuales del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgos de acuerdo a los cuatro niveles de riesgos que rigen en la actualidad.

2.2. Evaluación bajo los actuales parámetros de aseguramiento, la viabilidad financiera y actuarial del Seguro Complementario de Trabajo de acuerdo a los cuatro niveles de riesgos que rigen en la actualidad.

2.3. Presentación del modelo de evaluación e identificación, de las principales variables que afectan el desempeño y la continuidad del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, así como la ampliación hasta de seis niveles de riesgos adicional, de esta

manera se amplía la cobertura de acuerdo a la normativa vigente y a los posibles arreglos normativos futuros (incorporación de asegurados de acuerdo al Sistema de Aseguramiento Universal).

- 2.4. Desarrollar los análisis de sensibilidad de las variables y la determinación de aquellas que generan un mayor riesgo en los sistemas de seguros, en función de los escenarios que se desarrollen con el Equipo Técnico de EsSalud.
- 2.5. Preparar escenarios alternativos a desarrollar con el Equipo Técnico de EsSalud.
- 2.6. Conclusiones y recomendaciones, respecto al financiamiento y sostenibilidad del Seguro de Riesgos en el Trabajo.
3. Presentar los resultados de la validación del estudio financiero – actuarial, por parte del Equipo Técnico de EsSalud así como otros representantes de los entes vinculados con el Sistema de Salud.

Dependiendo de la información obtenida, se tiene previsto realizar las siguientes actividades:

1. Analizar las bases de datos, sobre la base de técnicas estadísticas descritas (Población Asegurada, Población Atendida, Diagnósticos), etc.
2. Realizar, un análisis de las primas de acuerdo al diagnóstico y tratar de ubicar cada diagnóstico por el tipo de servicio prestado, consulta, hospitalización o emergencias y por tipo de actividad económica.
3. Evaluar, una serie de información contenidas en boletines estadísticos de prestaciones de salud, relacionadas al tema de riesgos del trabajo.
4. Analizar indicadores demográficos e indicadores económicos del país, con el fin de evaluar el futuro del Seguro de Riesgos en el Trabajo.
5. Evaluar, la cartera de servicios de salud brindados por riesgos del trabajo, de acuerdo sobre la base de estudios anteriores, auditorías y otra serie de documentos solicitados.
6. Analizar, la situación financiera pasada y actual del Seguro de Riesgos en el Trabajo, sobre la base de indicadores financieros e información contenida, en Informes Financieros.
7. Evaluar, la siniestralidad de los servicios de riesgos del trabajo, administrados por la EsSalud.
8. Construcción de indicadores financieros, sobre las base de los informes financieros históricos.
9. Realizar, estimaciones demográficas y financieras, sobre la base de los modelos de proyecciones, con el objetivo de evaluar la sostenibilidad financiera, del seguro de riesgos en el trabajo de acuerdo a los nuevos niveles de riesgos.
10. Establecer la prima de contribución, que garantice la sostenibilidad financiera del Seguro de Riesgos en el Trabajo, administrado por la EsSalud, sobre la base de las estimaciones obtenidas en la situación actual y en los diferentes escenarios incluyendo el número de clases de riesgos.

6. ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL

La organización para realizar este trabajo estará a cargo de un actuario y un asistente actuarial (estadístico), ambos con alta trayectoria en la seguridad social. Sus funciones serán:

1. Analizar el Sistema Nacional del Perú elaborando indicadores de la salud en lo concerniente a riesgos del trabajo.
2. Analizar el seguro de Trabajo de Riesgo en por lo menos seis países.
3. Analizar el recurso humano de salud destinado para riesgos del trabajo (médico general, médicos especialistas, enfermeras, técnicos de la salud, administrativos).
4. Analizar el comportamiento de las enfermedades relacionadas a riesgos del trabajo así como los accidentes profesionales apoyándose en documentos y estadísticas existentes.
5. Analizar el Producto Interno Bruto a precio nominal y real, junto con las variaciones porcentuales del año 2002 al 2013.
6. Analizar la inflación del año 2002 al 2013.
7. Analizar la remuneración promedio del país y la remuneración mínima vital del año 2002 al 2013.
8. Analizar el Índice de Precio al Consumidor referente a la salud (Medicamentos, equipos de salud, salarios, entre otros).
9. Analizar de la población total del Perú, población económicamente activa, población ocupada, población asegurada en ESSALUD, por región de los últimos años y su proyección para los próximos 10 años.
10. Analizar de la composición por edad de la población en cada una de las actividades económicas.
11. Analizar la cobertura de la EsSalud en las diferentes clases de riesgos con relación a la población económicamente activa y población ocupada.
12. Analizar el Índice de Desarrollo Humano elaborado por el Programa de las Naciones Unidas utilizando para ello una historia de los últimos diez años. Analizar el mismo por región de acuerdo a los últimos estudios elaborados.
13. Procesar y analizar la población asegurada por edad específica y sexo de acuerdo a la clase de riesgo vigente y por implementar.
14. Preparar las tasas de morbilidad por enfermedades profesionales y accidentes para cada una de las actividades económicas incluidas en las clases de riesgos.
15. Preparar las bases biométricas a utilizar en el estudio.
16. Estimación del Producto Interno Bruto a precio nominal y real de los años 2014 al 2023, de acuerdo a documentos oficiales del Perú.
17. Estimación de la inflación para los años 2014 al 2023.
18. Estimación de la remuneración promedio del país y la remuneración mínima vital del año 2014 al 2023.
19. Estimar el crecimiento anual el Índice de Precio al Consumidor referente a la salud para los años 2014 al 2023.
20. Procesar y analizar los tipos de prestaciones de salud que se establecen en las consultas, consultas especializadas, hospitalización, emergencia y rehabilitación para cada uno de las clases de riesgos vigentes y por implementar.
21. Procesar y analizar los tipos de consultas otorgadas, hospitalizaciones (tiempo promedio de estadía), emergencia para cada una de las clases de riesgos.
22. Crear modelos de proyección para el estudio (población expuesta al riesgo, población atendida, gastos, primas).

7. CRONOGRAMA

Como parte fundamental del plan de trabajo, se presenta el siguiente Cronograma contemplando las reuniones, tiempo de desarrollo de cada parte del estudio y eventos que se realizarán en Lima.

Cuadro No.11: Cronograma de las actividades relacionadas con el estudio.

No.	Actividad	Semanas																									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
0	Adjudicación de la Consultoría																										
1	Reuniones vía Skype con el CIES y Essalud																										
2	Requerimiento de Información																										
3	Presentación del Plan de Trabajo																										
4	Reuniones con el CIES, EsSalud, instituciones vinculadas. Reuniones Técnicas (20 horas).																										
5	Entrega de la información por parte de Essalud																										
6	Evaluación, revisión y análisis de información solicitada en el plan de trabajo (variables económicas, financieras, biométricas, otras).																										
7	Definir el agrupamiento de las actividades económicas por clase de riesgo con la Gerencia Central de Aseguramiento.																										
8	Elaborar diagnóstico de la situación actual del SCRT que afecte el desempeño y continuidad del Seguro.																										
9	Análisis de la ampliación de la cobertura a sectores no asegurados.																										
10	Analizar casuística internacional de riesgos del trabajo en seis países a definir.																										
11	Viabilidad de la ampliación de la cobertura a todos los trabajadores protegidos por EsSalud																										
12	Preparación de escenarios con análisis de sensibilidad con diferentes supuestos.																										
13	Crear modelo financiero-actuarial que permita determinar el número de niveles óptimos y la prima a cobrar por cada nivel.																										
14	Elaboración del Informe parcial y presentación en power point.																										
15	Presentación del Informe parcial al CIES, FECBP, EsSalud y otros. Reuniones Técnicas (10 horas).																										
16	Incorporar las observaciones al informe parcial de acuerdo a la reunión.																										
17	Definir las actividades económicas que se incorporarán a las clases de riesgos. Situación Actual. Situación Alterna.																										
18	Realizar los cálculos del modelo financiero-actuarial incluyendo los niveles a considerar, los tipos de trabajos a incluir en cada nivel, la prima a cobrar por cada nivel.																										
19	Preparación del Plan de incidencia del estudio																										
20	Elaboración del Informe final y presentación en power point.																										
21	Incorporar las observaciones al informe de acuerdo a la lectura.																										
22	Presentación del Informe final al CIES, FECBP, EsSalud y otros. Reuniones Técnicas (10 horas).																										
23	Incorporar las observaciones al informe final de acuerdo a la reunión																										
24	Preparación del diseño metodológico del taller de capacitación																										
25	Taller de Capacitación (20 horas)																										
26	Sistematización del Proceso de Capacitación																										
27	Presentación Pública del Estudio																										

■ Visitas en el Perú
 ■ Análisis, evaluaciones, revisiones
 ■ Reuniones

Para el cumplimiento del cronograma expuesto, es necesario cumplir con los plazos de entrega de la información requerida, como se indica en el numeral 1.3 del ítem 5 del presente documento. Caso contrario, se prolongaría a más semanas la duración de la consultoría, según la disponibilidad de la base de datos fundamental para el desarrollo del presente estudio.

ANEXO 1

LISTA DE ASISTENCIA A LA REUNIÓN DE PRESENTACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO

ANEXO 2

**DIAPOSITIVA COMPARTIDA
EN LA REUNIÓN DE PRESENTACIÓN DEL
PLAN DE TRABAJO**