

Bogotá, septiembre 11 de 2009

Doctor

GABRIEL CARRASQUILLA

Director

Centro de Estudios e Investigaciones en Salud CEIS

Fundación Santa Fe de Bogotá

Ciudad

Asunto: Observaciones y sugerencias al documento “Manual Metodológico: Elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia, Evaluaciones Económicas de Guías de práctica clínica y del impacto de la Implementación de las GPC en el POS y la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano” en su versión de julio de 2009 publicada para comentarios en la página del MPS: www.pos.gov.co.

Respetado Doctor Carrasquilla:

Reiteramos nuestro reconocimiento al trabajo realizado por el Centro de Estudios e Investigaciones en Salud CEIS en alianza con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard y expresamos la importancia de estas herramientas y su apropiada aplicación para garantizar el desarrollo del sistema de salud en Colombia.

Presentaremos nuestros comentarios organizados de la siguiente manera:

1. Comentarios generales
2. Comentarios al componente clínico
3. Comentarios a la sección de evaluación económica
4. Comentarios a la sección de lineamientos para evaluar el impacto actuarial
5. Comentarios al anexo 6: Revisión y análisis de metodologías para el cálculos de las primas en salud y UPC

1. Comentarios generales

a. Naturaleza aseguradora de las EPS

Es fundamental que las metodologías partan de la premisa de que su aplicación se hará en un sistema de seguridad social con recursos limitados, que se basa en el aseguramiento y que cuenta con la participación de entidades del sector privado.

En este sentido, conviene precisar que un sistema de aseguramiento requiere para su sostenibilidad de la aplicación de los principios técnicos del seguro, cuyo eje central estriba en la adecuada delimitación de las coberturas y la cuantificación del riesgo a través de una prima de seguros técnicamente calculada.

En este orden de ideas, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) actúan en nuestro ordenamiento como aseguradoras del riesgo en salud y, en contraprestación, perciben una prima de seguros denominada Unidad de Pago por Capitación - UPC.

Es menester precisar que la actividad de aseguramiento en el sistema de seguridad social en salud no es un seguro típico, En su operación se han previsto una serie de disposiciones especiales a saber:

- El asegurador no puede seleccionar el riesgo
- El asegurador no tiene facultad para terminar la relación de aseguramiento con el usuario
- El asegurador se obliga a prestar los servicios de salud incluidos en el POS, directamente (a través de su red) o indirectamente (mediante contratación con terceros), a diferencia de los denominados seguros de reembolso
- El asegurador no define ni la prima del seguro ni el alcance de las coberturas, variables que son definidas unilateralmente por parte del Estado

Como puede apreciarse, las definiciones claves de la actividad aseguradora en el Sistema, son absolutamente ajenas al asegurador por lo cual es fundamental el uso de herramientas y metodologías técnicas para lograr simultáneamente el desarrollo y la sostenibilidad del sistema, así como la participación del sector privado en el aseguramiento.

Para finalizar este punto procede señalar que una figura diferente al aseguramiento es la de administración delegada, en la cual la entidad que coordina la prestación de servicios no asume ningún riesgo, sino que éste continúa en cabeza del Estado. El administrador gestiona los pagos a los prestadores de las cuentas que corresponde garantizar al Estado y por ello recibe una remuneración fija.

b. Estructura de la prima

Ahora bien, la prima de un seguro se compone de varios elementos a saber:

- La prima pura de riesgo, que es el valor necesario para afrontar el costo de los siniestros, que comprende el costo de la atención. Este concepto puede incluir consideraciones actuariales como el factor de seguridad por desviaciones y el costo del reaseguro.
- El costo de la administración.
- El costo comercial.
- El factor de utilidad esperada, el cual debe remunerar adecuadamente la inversión, pero también producir recursos para apalancar el crecimiento de la actividad. Es posible que estas dos finalidades se registren en dos conceptos autónomos.

La necesaria generación de excedentes que permita apalancar el crecimiento de la actividad se explica por la exigencia de un margen de solvencia, conforme al cual, la entidad aseguradora debe contar con un patrimonio de respaldo equivalente a un porcentaje de la UPC anual. Así las cosas y dado el crecimiento de la UPC año tras año es necesario que la operación genere los recursos para incrementar el patrimonio que respalde dicho margen.

c. Enfoque de las guías a las particularidades del Sistema de Salud Colombiano

Las metodologías del trabajo ciertamente contienen toda la parte científica y técnica con un alto nivel de rigurosidad y entendemos que así fue solicitado en los términos de la contratación.

No obstante queremos llamar su atención, sobre la conveniencia de considerar las particularidades del sistema colombiano pues ello tiene impacto en la estimación de las frecuencias y los costos de implementación de las guías. Algunas de las variables que deben ser consideradas en la metodología son:

- Funcionamiento por niveles de atención, en el cual la puerta de ingreso corresponde al primer nivel
- Disponibilidad del recurso humano, particularmente de algunas especialidades a nivel regional
- Disponibilidad actual de la oferta de servicios: capacidad, calidad, nivel tecnológico
- Organización de la red para la implementación de la guía y grado de coordinación entre los prestadores de la red, máximo cuando buena parte de la red debe ser compartida por varios aseguradores
- Modelos de contratación de la red, que difieren entre las EPS
- Grados de adopción y apropiación de las guías por parte de los prestadores y de los afiliados

d. Participación de los aseguradores, prestadores y asociaciones científicas en el proceso (otras figuras)

Recalcamos la importancia de que los responsables de implementar las guías tengan la oportunidad de participar en todo el proceso desde la formulación de las preguntas clínicas, pasando por las decisiones propias de la evaluación económica, en especial los supuestos y precios, hasta la evaluación de impacto presupuestal en la construcción de los escenarios actuales y las premisas de los modelos.

El documento incorpora esta actividad dentro de sus recomendaciones en la parte clínica, y lo esboza en el algoritmo de la parte económica, pero no lo deja plasmado en las recomendaciones ni del componente económico ni de la elaboración de indicadores. Es fundamental que se incorporen estas etapas de consulta y deliberación con los actores, como parte integral de todo el proceso, pues esto da legitimidad al proceso.

e. Los objetivos de la guías contenidos en el documento

Consideramos que el proceso de elaboración de las guías metodológicas es un paso muy importante para el país, por lo cual sugerimos respetuosamente que en la redacción de los objetivos de este importante proceso se excluya la palabra “procurar”, pues le quita fuerza a la guía metodológica, sugerimos cambiar este verbo por verbos más contundentes.

En el caso de la guía clínica lo que pretende la metodología es la **identificación y divulgación** de la mejor evidencia disponible para la prevención, detección y manejo precoz, tratamiento y rehabilitación de las

condiciones de salud...y promover de esta manera la adopción de mejores decisiones clínicas por parte de los profesionales de salud y los pacientes.

En el objetivo socio-económico la redacción podría ser: **proveer la mejor evidencia** disponible acerca de las intervenciones en salud, de manera que los tomadores de decisiones conozcan las alternativas que proveen más salud a la población colombiana al menor costo posible.

En la descripción del objetivo actuarial (3), en el aparte que dice: “Procurar que haya un equilibrio financiero entre el monto de la unidad de pago por capitación y el costo esperado de las intervenciones incluidas en las guías y en el plan de beneficios.” Consideramos que no puede la guía metodológica procurar, sino que debe **garantizar** dicho equilibrio, hasta donde las metodologías actuariales lo permitan.

Por último, en la presentación del documento es bueno verificar la paginación del índice, así como sistematizar las referencias cruzadas del documento (cuando en un párrafo se menciona lo descrito en otro capítulo).

2. Comentarios al componente clínico

Los documentos están muy bien realizados desde la mirada técnica, las herramientas e instrumentos a utilizar, la secuencia y rigurosidad de los procesos para lograr los objetivos.

En este componente recalcamos la importancia de que los responsables de implementar las guías tengan la oportunidad de participar en el establecimiento de las preguntas clínicas y puedan hacer un seguimiento y validación externa del proceso cada uno desde su perspectiva, tal y como aparece incorporado en el documento. Este componente es fundamental tanto si se decide adaptar la guía como si se decide hacerla de nuevo.

3. Comentarios a la sección de evaluación económica

Los documentos cuentan con buen nivel técnico y la incorporación de ejemplos y tablas de explicación que facilitan su aplicación. Formulamos dos inquietudes y otros comentarios puntuales:

a. Depurar la expectativa de los resultados

Consideramos que las metodologías de evaluación económica, al basarse en datos de investigación realizados en escenarios “artificiales”, mucho más controlados que los ambientes reales, y con criterios de inclusión y exclusión de pacientes que tampoco aplican en los sistemas de salud, tienden a sobreestimar los efectos positivos de una determinada intervención en salud.

Este escenario “ideal” se compara, por lo general con el “actual”, el cual tiene resultados que se ven afectados por variables como las creencias y prácticas del paciente, las barreras geográficas y económicas, la adherencia de los profesionales de salud a las mejores prácticas para manejar una determinada patología, las cuales reducen los efectos de las terapias aplicadas.

Entonces comparamos un ideal (basado en los reportes teóricos) con una realidad (basado en los mejores datos de lo que se hace), lo cual es injusto y tenderá a sobreestimar el beneficio de aquellas intervenciones en las cuáles los datos provienen de estudios o de investigación. En este sentido, la sociedad podría decidir, equivocadamente, que se debe sustituir una intervención existente por una nueva, asumiendo mayores costos de implementación que al final genera resultados de salud parecidos a los que se obtenían con la terapia actual.

Al respecto sugerimos que se plantee la necesidad de un ajuste a los resultados teóricos, ya sea elevando el escenario actual a su referente teórico (comparar dos teóricos) o ajustando los resultados de la intervención nueva, que usa datos teóricos, con los efectos de una disminución esperada de la eficacia al llevar su aplicación a un escenario real. Esto último amerita una revisión del entorno en el cual se aplicaran las nuevas guías y el desarrollo, en la medida de lo posible, de un estándar (porcentajes observado de adherencia de prestadores, por ejemplo) para realizar el ajuste de los escenarios teóricos.

b. El análisis regional

Consideramos fundamental para el país que los escenarios de evaluación económica y el análisis de impacto presupuestal tengan un análisis diferenciado para las diferentes zonas del país, pues en la realidad del sistema tenemos por lo menos 4 escenarios:

- No existe ninguna infraestructura en salud en la zona
- Existe acceso a médico general la mayor parte del tiempo pero no hay acceso a medios diagnósticos de ningún tipo.

- Existe acceso a médico general y a recursos diagnósticos y especializados por remisión.
- Existen todos los recursos especializados en la zona.

Se debería revisar la población objeto que se atiende en cada uno de estos escenarios y construir así por lo menos 4 escenarios de evaluación económica diferenciados, pues los costos de implementación de la guía son muy diferentes en cada uno que pueden arrojar resultados diferentes para el promedio del país.

Esta diferenciación permitiría realizar una evaluación final, ponderando los resultados de cada zona y hacer un escenario “Colombia” más cercano a la realidad del país.

El modelo y la guía de VIH, es un ejemplo importante que ilustra los problemas de no considerar la realidad regional, pues su construcción, con la mejor evidencia disponible y con el consenso de todos los involucrados, no tuvo en cuenta los distintos escenarios del país y hoy en día no existen lineamientos que se puedan cumplir en una gran parte del país en la cual las condiciones de infraestructura física y humana es muy similar a la enunciada en los dos primeros escenarios.

c. Otros comentarios puntuales

5.3.4.1. O

Costos administrativos: Consideramos que estos no deben dejarse de lado cuando se pretende que haya un cambio en el actuar de los aseguradores, o de la relación asegurador prestador o facilitar el acceso al usuario. En dichos casos este costo debe ser tenido en cuenta. Muchas veces los costos de sistemas de información y transmisión de la misma son altos pero fundamentales para hacer seguimiento a los pacientes o garantizar integralidad de la atención y si no son tenidos en cuenta, no estarán financiados y no se obtendrían los resultados clínicos esperados.

5.3.4.1. Q

Criterios de inclusión y exclusión de costos: Consideramos que los ejemplos y criterios que se exponen bien pueden analizarse como adecuados para la evaluación económica, pero no así para el análisis de impacto presupuestal. En esta última deben comprender todos los costos a incurrir en el periodo que se analiza, incluyendo los de implementación de cambios.

Así mismo deben considerarse, contrario a lo que se define en el documento, los costos de transporte para las zonas especiales, los cuáles van con cargo a la UPC.

Es importante que el análisis también incluya aspectos como los costos de los desenlaces no deseados, el análisis de la probabilidad de su ocurrencia, los costos de implementación gradual de las guías que deben considerar las inversiones para generar o complementar los recursos físicos y humanos propuestos en las guías.

En la evaluación presupuestal se debe ser exhaustivo y conservador favoreciendo los cálculos que generen suficiencia, de acuerdo con las normas actuariales generales.

5.3.4.1. S

Variabilidad de los costos unitarios: El uso de la media o la mediana, bien puede ser práctico aconsejable para la evaluación económica, sin embargo debe ser analizado con mayor cuidado a la hora de analizar el impacto presupuestal, dado que es frecuente que los servicios complejos como las hospitalizaciones, las cirugías y el alto costo sean eventos cuya distribución de costos no es normal y por lo tanto no sería adecuado el uso de la media ni la mediana. En estos casos existen distintas alternativas, una de las cuáles es dividir las unidades de observación para hacer dos pooles más homogéneos en los cuáles las medidas de tendencia central reflejen mejor el comportamiento de los datos o tener en cuenta la variabilidad como un factor de seguridad.

Por último insistimos en la necesidad de la participación y validación de las premisas de la evaluación económica, pues en la experiencia metodologías impecables pueden ser ejecutadas con supuestos equivocados y esto sólo puede evitarse con consensos y discusión de los conocedores de las realidades del sistema de salud: los profesionales de la salud, los prestadores y los aseguradores.

4. Comentarios a la sección de lineamientos para evaluar el impacto actuarial

Consideramos un avance muy importante la construcción de lineamientos actuariales para evaluar el impacto de las guías de atención. A continuación haremos nuestros comentarios citando la página en la cual se encuentra el concepto comentado:

P 210

Primer párrafo: Al exponer la forma de pago a las EPS el documento da a entender que la capitación a una entidad administradora de planes de beneficios y la función de aseguramiento, a cargo de una prima de seguros, son diferentes u opuestas.

En nuestra opinión, según quedó expresado en los comentarios generales, la actividad de la EPS es de aseguramiento y no de administración delegada.

Tercer párrafo: El documento expresa que se presenta una distribución no uniforme de los enfermos de forma deliberada cuando el asegurador realiza selección de riesgos. Al respecto mencionamos que esta circunstancia en el sistema colombiano se encuentra atenuada por las normas que sobre el particular se han previsto. Adicionalmente hay que registrar que los usuarios en nuestro sistema adoptan conductas de selección adversa, particularmente de aquellas personas no aseguradas frente al sistema subsidiado o contributivo o entre estos dos sistemas. La contratación de pacientes renales en el contributivo es una muestra fehaciente de tal circunstancia.

Cuarto párrafo: Se menciona que “El estudio de suficiencia que realiza el MPS tiene por objeto constatar actuarialmente que el costo esperado de la provisión de los servicios del POS sea igual o inferior al valor de la UPC”.

No puede desconocerse el esfuerzo para mejorar el análisis de suficiencia de la UPC. Sin embargo, en los estudios realizados no se evidencia que se incluyan todos los componentes de la prima necesarios según los preceptos actuariales. Por ejemplo: la metodología menciona el factor de seguridad, pero los estudios no lo cuantifican ni lo presentan en los cálculos. Por otro lado, la metodología no estima el gasto esperado en forma prospectiva, pues se limita a revisar la relación de ingresos y egresos observados en una anualidad transcurrida 2 años antes del período para el cual se fija la prima. La metodología actual luego hace una corrección por IPC y por la desviación observada en dicho momento, sin proyectar los gastos futuros, ni tampoco los ingresos futuros.

P 211

Quinto y sexto párrafos: Se define que la evaluación se realizará de manera prospectiva, con lo cual estamos de acuerdo. Así mismo se dice que el análisis de impacto presupuestal debe ser compatible con la metodología con la cual se calcula el valor general de la UPC. Sin embargo esta última, hasta el momento, sólo hace una valoración retrospectiva de si fue o no suficiente la prima. No se describe claramente cómo hacer compatibles estas dos metodologías.

P 212

Tercer párrafo: El documento afirma que si una determinada intervención se encuentra inscrita en el POS y la misma es incorporada en la guía, el impacto en la UPC será neutro.

Sobre el particular queremos llamar la atención acerca del impacto que la guía pueda tener en las frecuencias de uso. En efecto, la adopción de una guía busca incidir en la prescripción y utilización de los servicios. Por tanto, se debe comparar la frecuencia y costos esperados con los observados. Si lo esperado en la guía es igual a lo observado, puede decirse que no habría necesidad de análisis de impacto presupuestal, siempre y cuando la intervención sea exclusiva de una patología o se pueda realizar en análisis discriminado por la población objeto.

P 213

Ecuaciones: No se tiene en cuenta el costo hundido, de barreras de acceso o de implementación o cambio (divulgación, capacitación, cambios en la contratación, cambios en los sistemas de información, entre otros). Estos costos son necesarios para garantizar el acceso a la intervención en salud recomendado por la guía y por tanto, deben incluirse en los cálculos.

Por otra parte es necesario aclarar los conceptos de costos y gastos per cápita y utilizar sólo un nombre en las ecuaciones ya sean gastos o costos.

Gasto per cápita: Consideramos importante diferenciar don conceptos:

- El costo promedio de un usuario que utiliza servicios (costo promedio por caso)
- El costo por afiliado: que es el gasto total de los usuarios, dividido entre el total de afiliados expuestos (costo per cápita o gasto per cápita)

Este último ha venido acuñándose en el sistema para referenciar los componentes de la UPC. Respetuosamente sugerimos que se adopten definiciones distintas para evitar confusiones.

P 217

Primer párrafo: Sería importante analizar si los 20 países revisados tienen una estructura de seguridad social similar a la nuestra, en la cual el Estado, define el plan de beneficios, fija la prima y transfiere el riesgo a empresas privadas. En nuestra opinión no podemos concluir que la modelación de la distribución de los costos no debe hacerse en Colombia porque en otros países no se hace, ya que en la mayor parte de ellos, la organización de los servicios de salud, son estatales y las desviaciones van con cargo a los presupuestos públicos.

P 222

Gráfica 8.1.3: El ejemplo no sigue los pasos sugeridos por la guía metodológica en cuanto a evaluación de viabilidad en el país. El ejemplo indica para los pacientes con nivel de hipertensión moderado, alto y severo se requiere seguimiento por especialista cada 2 meses, lo cual no es viable por múltiples razones, entre las cuales está la no disponibilidad de un número suficiente de especialistas.

P 228

Segundo párrafo: Dice: “La elección del POS actual como base de comparación se basa en un supuesto que conviene hacer explícito: las EPS, con cargo a la UPC actual, están en condiciones de prestar los servicios incluidos en el POS de acuerdo con las normas vigentes. Si algunos usuarios optan por no demandarlos a través del POS y pagarlos de su bolsillo, le están generando un ahorro a sus respectivas EPS.”

Al respecto mencionamos que esta afirmación no ha sido explícita en los estudios acerca de la suficiencia de UPC elaborados por el MPS. Adicionalmente lo dicho es impreciso pues la financiación de los servicios de salud por una fuente distinta de la UPC, no queda registrada como costo con cargo al sistema, por lo tanto la metodología de cálculo de UPC jamás la considera. Mal podría una EPS ahorrar gastos, cuando éstos no han sido tenidos en cuenta para el cálculo de la prima.

Es más la metodología actual, asume como ciertas situaciones irreales y las extrapola a todo el sistema. En efecto, tratándose de usuarios que simultáneamente cuentan con la cobertura del POS y de otros mecanismos de protección, el gasto en salud con cargo a la UPC queda subvalorado. Algunas de las EPS de la muestra presentan esta situación. El MPS extrapola esta situación a toda la población de las EPS, subvalorando el gasto en salud del sistema como un todo.

En el cuadro llamado “recomendación” sugerimos que se diga tutelas y CTC (comités técnico-científicos).

P 229

Definición de morbilidad sentida: Consideramos que la definición no es la usual, pues entendemos que corresponde a la definición dada por un individuo, a partir de la percepción de síntomas o molestias.

P 231

Primer párrafo: Consideramos pertinente que los costos de los escenarios a comparar, estén en pesos del mismo año.

Segundo párrafo: Una GAS si puede introducir cambios en los costos, cuando no existe adecuada disponibilidad de oferta de servicios o existe un monopolio u oligopolio y en general en todos los casos en los cuáles no haya reglas competitivas de mercado.

P 232

Primer párrafo: No estamos de acuerdo con la afirmación: “La adopción de la colecistectomía laparoscópica, por ejemplo, sustituye por completo la práctica anterior (la cirugía abierta)”, dado que existen contraindicaciones al procedimiento por esta vía y existen zonas del país donde no hay personal capacitado en la técnica.

Tabla 9.1.1: Es importante dadas las definiciones que se manejan en el documento diferenciar en la tabla si se está hablando del número de eventos o de la frecuencia de uso. En caso de ser la segunda especificar si se corrige por alguna unidad (por ejemplo casos por 100.000 afiliados).

P 236

Cuarto párrafo: Consideramos fundamental para validar los escenarios de frecuencia y su posible cambio la validación con los aseguradores.

P 237

Sexto párrafo: Revisar referencia cruzada

P 241 y 242

Ejemplo de anticonceptivos: La metodología utilizada cumple con los parámetros técnicos generales. Sin embargo queremos dejar constancia acerca la aplicación supuestos erróneos que de haberse corregido hubieran arrojado un resultado diametralmente opuesto, concluyéndose la necesidad de ajuste de la UPC para poder incluir los anticonceptivos.

El primer supuesto erróneo fue considerar la población del régimen contributivo hacía uso de anticonceptivos igual que la población Nacional (ENDS) y por lo tanto la inclusión cubriría una demanda no satisfecha. Al respecto no estamos de acuerdo pues la tasa de fecundidad de las EPS afiliadas a ACEMI está muy por debajo de la nacional y, por lo tanto, la demanda insatisfecha era mínima.

El segundo supuesto erróneo fue que los ahorros por cáncer de ovario serían ahorros tangibles en el primer año de la inclusión, cuando en general se necesitan más de 10 años para obtener este beneficio y ahorro.

El tercer error fue ignorar el costo de la sustitución de métodos, entre las mujeres que estaban utilizando otro tipo de método (efectivo y de bajo costo) y ahora utilizarían métodos modernos (mucho más costosos).

El cuarto error fue suponer que los anticonceptivos se estaban entregando todos con cargo a la UPC e ignorar el efecto de cambio de fuente de financiación.

P 243

Recomendación: Sugerimos que se incluya la validación con actores de los supuestos y modelo de demanda, y así mismo que se incluya en los costos aquellos de implementación y los de tasas de reemplazo.

Quinto párrafo: Afirma: “Si la nueva guía altera los patrones futuros de atención (por ejemplo, con acciones preventivas que disminuyan el número futuro de pacientes) dichas interacciones se deberán establecer explícitamente en el modelo aplicado de estimación”. Consideramos que esta afirmación debe ir acompañada del periodo de análisis, pues de lo contrario ahorros para la sociedad, terminarán imputándose como ahorros a la UPC como en el caso de los anticonceptivos y el cáncer de ovario. Se debe especificar que para el análisis de presupuesto no se puede traer a valor presente los ahorros futuros, pues así no se ejecutarán los recursos. Estos sólo son pertinentes en la evaluación económica, en la cual se está tomando una decisión de sociedad.

P 244

Lista de información necesaria: Incluir los costos de implementación y el costo de cambiar la forma de entregar los servicios.

Cuarto párrafo: Con las referencias se crea la confusión del costo per cápita versus el costo promedio del paciente.

Quinto párrafo: Consideramos que es importante no sólo hacer referencia al capítulo de “medir y valorar costos” sino a las salvedades para el cálculo de análisis de impacto en presupuesto como por ejemplo que se deben tener en cuenta los costos incurridos, los de implementación y los de vida extendida entre otros.

P 245

Primer párrafo: “La información sobre iv) debe ser objeto de búsqueda en la literatura”. Sugerimos complementar lo dicho precisando la necesidad de ajustar lo dicho en la literatura con la realidad de nuestro país y nuestro sistema de salud.

5. Comentarios al anexo 6: Revisión y análisis de metodologías para el cálculos de las primas en salud y UPC

Lo dicho a lo largo de este documento en alusión al cálculo de las primas de seguros es predicable del anexo 6 del documento.

Reiteramos la necesidad de incorporar estrictamente todos los componentes de la prima.

Igualmente que todos los principios conceptuales tengan una aplicación práctica en el cálculo de la UPC.

Y finalmente expresamos nuestra inquietud para que la metodología actual continúe con su proceso de mejoramiento, para lo cual en adición a lo dicho sobre los componentes de la prima, sugerimos que se aborden explícitamente los siguientes asuntos:

- Cálculo prospectivo que involucre tendencias de las frecuencias
- Proyección de los costos mediante una apropiada aplicación del factor inflacionario del periodo de observación hacia el periodo de aplicación, que en nuestro caso equivale a dos años
- Discriminación de los costos no POS que las EPS realizan con cargo a la UPC para su adecuada cuantificación
- Estimación de nuevos costos derivados de cambios normativos

Esperamos que nuestros comentarios sean de utilidad para el equipo técnico que usted lidera, pues nuestra intención es la de apoyar la realización de los productos previstos y que estos sean de la mayor utilidad para el país y en especial para el Sistema de Salud.

Cordial saludo

Juan Manuel Diaz-Granados
Presidente ejecutivo

CC: Dr. Leonardo Cubillos Turriago, Director General de Gestión de la Demanda, Ministerio de la Protección Social.