

# Costos de enfermedades: clasificación y perspectivas de análisis

Cost-of-illness: Classification and Analysis Perspectives

Custos de doenças: classificação e perspectivas de análise

Nadia Vanina Ripari<sup>1</sup>, María Eugenia Elorza<sup>1,2</sup>, Nebel Silvana Moscoso<sup>1,2</sup>

Recibido: 7 de mayo de 2016 • Aprobado: 8 de noviembre de 2016

Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5376>

Para citar este artículo: Ripari NV, Elorza ME, Moscoso NS. Costos de enfermedades: Clasificación y perspectivas de análisis. Rev Cienc Salud. 2017;15(1):49-58.  
Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5376>

## Resumen

*Introducción:* el crecimiento sostenido del gasto en salud observado a nivel mundial ha dado lugar a la necesidad de asignar eficientemente los recursos. Para ello, las evaluaciones económicas constituyen una valiosa herramienta para la toma de decisiones en el sector salud. Para su implementación se deben estimar los costos de las alternativas a ser evaluadas. Entre los estudios de costos se encuentran los que estiman los costos de enfermedades, los cuales permiten identificar, cuantificar y valorar todos los recursos económicos comprendidos en una decisión relativa al proceso de salud-enfermedad-atención. *Objetivo:* describir cómo las diferentes perspectivas de análisis pueden modificar la estimación de costos de una condición de salud. *Materiales y métodos:* se realizó un estudio descriptivo con base en una revisión no sistemática de la literatura acerca de la perspectiva de análisis en los estudios de costos de enfermedades en el periodo comprendido entre 1960 y 2015. *Resultados:* se observa que las estimaciones de los costos asociados a una enfermedad consideran, en la mayoría de las perspectivas, solo los costos directos sanitarios derivados de las prestaciones necesarias para la prevención y tratamiento de enfermedades. Salvo desde la perspectiva del paciente y su familia, los costos directos no sanitarios no suelen incluirse en las valoraciones económicas de una enfermedad. Los costos indirectos e intangibles solo están presentes en forma indirecta cuando desde la perspectiva del profesional, el Estado o el tercer pagador se toman decisiones en función de estudios del tipo costo-utilidad en los que subyace la calidad de vida de los pacientes. *Discusión:* no reconocer todos los costos que intervienen en una enfermedad puede subestimar el impacto económico de la misma dando lugar a políticas sanitarias incorrectas, ineficiente asignación de recursos y evaluaciones parciales de los costos asociados a

1 Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca (Buenos Aires), Argentina. Correo electrónico: n\_ripari@yahoo.com.ar

2 Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS).

tratamientos o alternativas disponibles, lo cual podría sesgar los resultados obtenidos en estudios del tipo costo efectividad utilizados para guiar la práctica médica y la cobertura de prestaciones.

*Palabras Clave:* costo de enfermedad, perspectiva de análisis.

### *Abstract*

*Introduction:* The worldwide sustained growth of health spending leads us to study the efficient resources allocation of the health sector. In this context, economic evaluations constitute a valuable tool for decision making. In order to do so, it is necessary to estimate the costs of the evaluated alternatives. Cost studies include disease costs estimations which identify, quantify and evaluate all the economic resources involved in a health-disease-care process decision. *Objective:* Describe how the different perspectives of analysis can modify the cost estimations of the same health condition. *Materials and methods:* Descriptive study based on a non-systematic review of the literature about the analysis' perspective of the studies regarding the costs of the diseases during the period 1960-2015. *Results:* It is observed that, in most cases, the cost estimates consider the direct health costs derived from the benefits of the prevention and treatment of diseases. The perspective of the patient and his/her family presents an exception. From this perspective direct nonhealth costs are not usually included in the economic valuations of a disease. Indirect and intangible costs are only indirectly taken into account from the perspective of the professional, the state or the third-party payer, when decisions are made based on cost-utility studies that underlie the quality of life of patients. *Discussion:* Not recognizing all the costs involved in a disease may underestimate the economic impact of the disease leading to incorrect health policies, inefficient allocation of resources and partial assessments of the costs associated with available treatments or alternatives, which could bias the results obtained in cost-effectiveness studies used to guide medical practice and benefit coverage.

*Keywords:* Cost of illness, analysis perspectives.

### *Resumo*

*Introdução:* o crescimento sustentado do gasto em saúde observado no nível mundial tem dado lugar à necessidade de atribuir eficientemente os recursos. Para isso, as avaliações econômicas constituem uma valiosa ferramenta para a tomada de decisões no setor saúde. Para a sua implementação devem-se estimar os custos das alternativas a ser avaliadas. Entre os estudos de custos encontram-se os que estimam os custos de doenças, os quais permitem identificar, quantificar e valorar todos os recursos econômicos compreendidos em uma decisão relativa ao processo de saúde-doença-atenção. *Objetivo:* propõe-se descrever como as diferentes perspectivas de análise podem modificar a estimação de custos de uma condição de saúde. *Material e métodos:* se realizou um estudo descritivo com base a uma revisão não sistemática da literatura acerca da perspectiva de análise nos estudos de custos de doenças incluindo trabalhos de investigação no período compreendido entre 1960 e 2015. *Resultados:* observa-se que as estimulações dos custos associados a uma doença consideram, na maioria das perspectivas, só os custos diretos sanitários derivados das prestações necessárias para a prevenção e tratamentos de doenças. Salvo desde a

perspectiva do paciente e a sua família, os custos diretos não sanitários não costumam incluir-se nas valorações económicas da uma doença. Os custos indiretos e intangíveis só estão presentes em forma indireta quando desde a perspectiva do profissional, o Estado ou o terceiro pagador se tomam decisões em função de estudos do tipo custo-utilidade nos que subjaze a qualidade de vida dos pacientes. *Discussão*: não reconhecer todos os custos que intervêm em uma doença pode subestimar o impacto económico da mesma, dando lugar a políticas sanitárias incorretas, ineficiente atribuição de recursos e avaliações parciais dos custos associados a tratamentos ou alternativas disponíveis, o qual poderia enviesar os resultados obtidos em estudos do tipo custo efetividade utilizados para guiar a prática médica e a cobertura de prestações.

*Palavras-chave*: Custos de doenças, perspectiva de análise.

### *Introducción*

En las últimas décadas los sistemas de salud de diferentes países han observado demandas crecientes de bienes y servicios vinculados a la atención en salud, lo cual ha incrementado en forma sostenida el gasto total en salud en términos nominales, como en porcentajes del producto bruto interno (PIB). Entre las posibles causas de las mayores demandas se destacan: el envejecimiento poblacional, las innovaciones biomédicas, y los costos asociados a la atención de enfermedades no transmisibles (en países más desarrollados), la atención de enfermedades infecciosas (en países de menor desarrollo) y la atención de enfermedades catastróficas. En este contexto, surgen los estudios de evaluación de tecnologías sanitarias (en adelante ETS) cuya función es proveer información que permita valorar la relación entre el monto de los recursos invertidos y los resultados obtenidos entre prestaciones o políticas sanitarias alternativas. Estas evaluaciones surgen ante la necesidad de priorizar políticas (o provisión de bienes y servicios) que generen un mayor impacto en la salud de la población, lo que las hace una herramienta fundamental para la toma de decisiones del sector salud (1). Para su aplicación, un requisito fundamental son las

estimaciones de los diferentes tipos de costos de las opciones a considerar o evaluar.

Entre los estudios de costos se encuentran aquellos que estiman los costos de enfermedades, los cuales constituyen una herramienta provista por la economía para identificar, cuantificar y valorar todos los recursos económicos comprendidos en una decisión relativa al proceso de salud-enfermedad-atención. Estos recursos incluyen, en términos generales, aquellos necesarios para la prevención, tratamiento y rehabilitación, así como los costos asociados a la pérdida económica derivada de la mortalidad prematura, la discapacidad permanente, el sufrimiento y el dolor. Los costos que surgen ante la presencia de una enfermedad pueden ser clasificados en tres grandes grupos: costos directos, costos indirectos y costos intangibles. Los primeros (en adelante CD) involucran todos los bienes y servicios imputados directamente a una enfermedad entre los que se destacan los gastos en prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, investigación, capacitación e inversión en bienes de capital. Siguiendo a Puig-Junoy y Pinto, estos costos se pueden clasificar en CD sanitarios, CD no sanitarios y CD futuros (2-10).

Los CD sanitarios, representan el consumo de recursos realizado durante el proceso de diagnóstico, tratamiento, cuidado ambulatorio,

rehabilitación y cuidado paliativo de la enfermedad. Los CD no sanitarios se relacionan con otros bienes y servicios derivados de la atención médico sanitaria; incluyen aquellos que son costos del paciente: gastos de transporte; tiempo de desplazamiento, tiempo de espera y de consulta; reformas edilicias necesarias para adaptar el hogar, cuidado informal<sup>1</sup>, y costos del proveedor (gastos administrativos y de gerenciamiento). Los CD futuros representan el consumo o ahorro de recursos sanitarios futuros en los que se incurriría como resultado de una intervención que mejora la esperanza de vida del paciente, o como resultado de un evento fatal (10-14).

Los costos indirectos (en adelante CI) se relacionan con la pérdida de producción o de tiempo productivo asociado a la presencia de una enfermedad. Puede tratarse de una ausencia temporal, a corto plazo, del paciente de sus actividades o de los ingresos perdidos en el largo plazo según la discapacidad total o parcial sufrida por el paciente como consecuencia de la enfermedad. En particular, los costos asociados a la mortalidad se definen por la pérdida de ingresos futuros por la muerte prematura del paciente durante sus años de vida productiva. Por último, los costos intangibles (en adelante CT) están asociados a la pérdida de calidad de vida del paciente y del entorno familiar por la presencia de angustia y dolor (10, 15-21).

Para una adecuada estimación del costo de una enfermedad no solo es necesario reconocer los diferentes costos que la misma genera, sino también es un requisito tener en cuenta ciertos aspectos metodológicos que deben considerarse en el diseño e implementación de estos estudios tales como: enfoque, diseño, temporalidad,

diagnóstico principal y perspectiva de análisis. El enfoque del estudio puede ser desde la prevalencia o la incidencia. El primero estima el costo en un periodo determinado, generalmente un año, independientemente del momento de aparición de la enfermedad. Se basa en la cantidad de casos existentes y el consumo de recursos durante el tiempo determinado para el estudio. El enfoque de la incidencia se focaliza en los nuevos casos detectados durante un período, generalmente un año, y estima los costos a lo largo de la vida del paciente desde el momento en que la enfermedad es diagnosticada, hasta su curación o muerte. Este enfoque suele denominarse microeconómico o epidemiológico. El diseño del estudio se refiere a la forma de obtener la información: esta puede ser *top-down* (de arriba hacia abajo) o *bottom-up* (de abajo hacia arriba). El primero estima el costo de una enfermedad a partir del consumo de recursos realizado a nivel nacional utilizando información estadística agregada, datos de mortalidad y morbilidad, costos hospitalarios, y toda la información o los indicadores relevantes para la estimación. El diseño *bottom-up*, usualmente denominado microcosteo, estima la carga de una enfermedad a partir del consumo de recursos de un grupo de pacientes con la condición de salud en estudio y luego, la estimación es extrapolada a la población según la prevalencia de la misma (3-5, 11, 2-25).

La temporalidad del estudio hace referencia a la relación entre el inicio de la investigación y la ocurrencia del fenómeno que se está costeando. Los estudios pueden ser prospectivos o retrospectivos dependiendo de si la investigación se inicia con anterioridad al evento de enfermedad que se quiere costear, o si el evento a costear ya ocurrió al momento de inicio del estudio (23). Además se requiere identificar el horizonte temporal, esto es la cantidad de años a lo largo de los cuales se va a cuantificar el con-

---

1 Este costo es definido por Van den Berg et al. (2004) como una mercancía heterogénea, no de mercado, producida por una o varias personas del entorno del individuo enfermo sin una retribución económica establecida.

sumo de recursos. Finalmente, en un estudio de costo de enfermedad es necesario determinar el diagnóstico principal y la perspectiva de análisis. Para el primero es necesario definir cuál es la condición de salud que se va a analizar y cuáles son sus comorbilidades; mientras que la perspectiva de análisis se refiere al punto de vista de quien va a evaluar los costos de una condición de salud y constituye el objeto de estudio del presente trabajo.

### *Objetivo*

Describir cómo las diferentes perspectivas de análisis pueden modificar la estimación de costos de una condición de salud.

### *Materiales y métodos*

Es un estudio descriptivo con base en una revisión no sistemática de la literatura acerca de la perspectiva de análisis en los estudios de costos de enfermedades en el periodo comprendido entre 1960 y 2015. En la búsqueda de información se consultaron las bases Medline, Cochrane, LILACS y buscadores genéricos de internet. Los descriptores empleados en la búsqueda fueron: Cost of Illness y Costo de Enfermedad; se incluyeron por lo tanto publicaciones en idioma inglés y español, previa consulta de los descriptores en ciencias de la salud (DECS). Se identificaron múltiples trabajos donde la primera clasificación se realizó con base en la lectura de los resúmenes, y se seleccionaron los trabajos que hacían referencia explícita a la perspectiva de análisis adoptada para la estimación. Se excluyeron los que no detallaban los costos involucrados de acuerdo a la perspectiva de análisis o que presentaban deficiencias metodológicas en la estimación.

### *Resultados*

La estimación de los costos de una enfermedad puede ser diferente según los intereses y obje-

tivos de quien se propone su valoración. Esto se conoce como la perspectiva de análisis, y es definida como el punto de vista desde el cual se va a realizar la estimación de costos. Las perspectivas desde las que comúnmente se analizan los costos en este tipo de estudios son las que parten del punto de vista social, del punto de vista del proveedor, del punto de vista de las aseguradoras y del punto de vista del usuario. Ciertos autores también consideran la perspectiva de los empleadores, reflexionando que para ellos adquieren relevancia los costos relacionados a la potencial pérdida de productividad de los trabajadores enfermos (4, 22).

La perspectiva social, es la que se utiliza cuando el objetivo es investigar globalmente un problema de salud pues permite estimar los recursos utilizados en la prevención, curación y rehabilitación de una enfermedad, independientemente de quien los financie o los reciba (3, 26); así como también todos aquellos recursos perdidos por muerte, discapacidad, sufrimiento o dolor. Así, desde la perspectiva social se deben incluir todos los costos directos e indirectos que recaen no solo en el paciente y su familia, sino también en otros individuos o sectores sociales que reciben efectos indirectos (favorables o desfavorables) debido a la intervención bajo estudio. Según la tipología de los sistemas de salud, esta perspectiva podría conducir las decisiones en los sistemas denominados universalistas, en los cuales el Estado enfrenta en mayor medida los costos de atención de la salud dado el carácter gubernamental de las funciones de provisión, financiación y regulación del sistema. Sin embargo, otros tipos de sistemas como los de seguridad social o mixtos, también podrían aplicar esta perspectiva al momento de implementar políticas sanitarias focalizadas, que representen el interés público. Esta perspectiva podría definirse también como la perspectiva del Estado.

Esta subyace en aquellos gobiernos que se proponen garantizar la cobertura de las políticas de prevención en ciertos grupos etarios (salud materno infantil) como de tratamientos de enfermedades prevalentes causantes de las principales tasas de mortalidad o morbilidad, como es el caso de las enfermedades crónicas (diabetes, cardiovasculares, demencia), y transmisibles (VIH, tuberculosis).

Desde la perspectiva de los proveedores de servicios de salud, los costos que se incluirán en el estudio dependerán de si son profesionales o instituciones públicas o privadas, con o sin fines de lucro. En el caso que sean organizaciones privadas con fines de lucro prestarán atención a pacientes con capacidad de pago o seguros de salud, y tendrán fuertes incentivos para reducir los costos de producción y apropiarse así del margen de ganancias. Un estudio de costos de enfermedades/tratamientos desde esta perspectiva solo estimará los CD sanitarios y no sanitarios necesarios para la provisión de los bienes y servicios ofrecidos/producidos por la institución tales como: tecnologías (fármacos y bienes de capital), recursos humanos específicos (médicos, enfermeras, técnicos), hotelería, servicios generales (mantenimiento, limpieza, administrativos, entre otros) y de funcionamiento (agua, luz, telefonía, gas, entre otros), además de los costos de gerenciamiento de los servicios. Si el proveedor no tiene fines de lucro, aunque podría no tener incentivos para minimizar los costos en el proceso de producción, siguen siendo relevantes los costos directos sanitarios y no sanitarios asociados a la provisión de las prestaciones.

Cualquiera que sea el proveedor, no es posible afirmar que tendrá incentivos para incluir los costos indirectos e intangibles de una enfermedad, como el tiempo de desplazamiento, espera y atención, ni aquellos relacionados con la pérdida de productividad o calidad de vida

del paciente, en la estimación de costos de una enfermedad. Sin embargo, es importante mencionar que en el caso de proveedores que asisten a pacientes con cobertura de salud, un factor que tendrá impacto en los costos que internalice el proveedor es el mecanismo de reembolso de la aseguradora. Un caso ilustrativo es el reembolso de la aseguradora al proveedor de hemodiálisis que, para garantizar la adherencia del paciente al tratamiento, incluye en el pago de la prestación los gastos de transporte y refrigerio del paciente que deberá enfrentar y gestionar el mismo proveedor (27).

Desde la perspectiva del profesional de la salud el análisis de costos sugiere que solo internalizará los costos que resultan del proceso de producción; teniendo incentivos para reducir los CD sanitarios y no sanitarios asociados a la atención. Los demás costos relacionados con el paciente: CD no sanitarios derivados del tiempo de espera y atención, y los intangibles vinculados con el sufrimiento, el dolor y la angustia debidos a la pérdida de su calidad de vida, solo los internalizará dependiendo de su grado de altruismo. Este concepto es utilizado para manifestar el comportamiento de los profesionales de la salud cuando su objetivo no es perseguir su propio interés, sino el bienestar del paciente a quien representan.

Desde la perspectiva del tercer pagador los costos internalizados son aquellos que surgen de la demanda de bienes y servicios realizada por el paciente asegurado durante el proceso de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tales como medicamentos, internaciones, estudios complementarios, rehabilitación, cuidados paliativos; además de los costos de transacción y administrativos. Si la aseguradora es privada tiene especial interés en valorar los CD sanitarios para estimar los ajustes en las pólizas de riesgo que garanticen el margen de ganancia, pero no tiene ningún

incentivo para internalizar los CD no sanitarios del paciente ni los indirectos (asociados a la pérdida de productividad del paciente por mortalidad o morbilidad) ni los intangibles. Dado que las aseguradoras financian las prestaciones médico sanitarias demandadas por sus asegurados, tienen incentivos para asignar una cantidad de recursos (humanos, administrativos y tecnológicos) para el control y auditoría de las potenciales demandas innecesarias, lo cual genera un costo adicional de organización. Esta conducta puede observarse en ciertos oferentes de servicios que aprovechando su rol de expertos, la asimetría de información con respecto al paciente y la ausencia del tercer pagador en la relación médico-paciente, demandan más prestaciones de las necesarias (fenómenos habitualmente denominado sobreprestación).

De forma similar, las instituciones pertenecientes a la seguridad social internalizan los CD sanitarios de las enfermedades de sus afiliados, sin tener en cuenta los costos relacionados al cuidado informal, tiempos de desplazamiento y atención, ni tampoco los relacionados con la pérdida de productividad. Sin embargo, a diferencia de un asegurador privado, en ciertos países son organizaciones sin fines de lucro que funcionan bajo un régimen de solidaridad en el financiamiento, donde los pacientes de bajo riesgo financian a los pacientes de alto riesgo. En estos casos, el excedente monetario no es apropiado por la aseguradora en forma de ganancia y puede ser asignado a la cobertura de otro tipo de costos de la enfermedad. Sean públicas o privadas, con o sin fines de lucro, se espera que las aseguradoras tengan incentivos para financiar los costos derivados de las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud ya que, desde el punto de vista económico, este tipo de coberturas mejoraría el bienestar y la calidad de vida de sus beneficia-

rios reduciendo los CD sanitarios, no sanitarios, futuros y CI.

Desde la perspectiva del usuario, el análisis de costos depende del tipo de institución donde el paciente demande la atención, su capacidad de pago o tipo de cobertura (28). Si no tiene cobertura en salud y puede satisfacer su demanda en el sector público los CD sanitarios estarán a cargo del Estado, pero enfrentará los costos directos no sanitarios (derivados del tiempo invertido en la búsqueda de atención), indirectos (relacionados con las ausencias temporales de su actividad laboral), e intangibles (generados por la pérdida de su estado de salud). Si el paciente pertenece al sector formal de la economía, y tiene cobertura en salud (privada o de la seguridad social) reducirá estos costos ya que según la cobertura de la póliza, el paciente solo deberá enfrentar un porcentaje del costo de las prestaciones demandadas<sup>2</sup>. Al igual que en el caso anterior, el paciente incurrirá en el costo de oportunidad del tiempo destinado al desplazamiento, espera y atención; así como en los costos intangibles si su estado de salud se ve reducido. Al ser un trabajador formal, se asume que no enfrentará los costos derivados de la pérdida de productividad laboral (costos indirectos) ya que el deterioro de su estado de salud no le generará la pérdida del empleo. Por último, si el paciente demanda atención en el sector privado (sin poseer cobertura de

---

2 Las aseguradoras de salud tienen como objetivo garantizar la cobertura de los bienes y servicios necesarios para la atención en salud de sus beneficiarios. Se financian con el pago que hacen los asegurados por concepto de pólizas (o primas de riesgo) y copagos. Este último mecanismo de financiamiento es un porcentaje del precio de las prestaciones que abonan los pacientes al momento de demandar bienes y servicios, y es frecuentemente utilizado para contener costos evitando la demanda de servicios innecesaria por parte del asegurado (efecto denominado *moral hazard*) así como las potenciales sobreprestaciones por parte de los proveedores de servicios de salud.

salud), enfrentará los costos vía gasto de bolsillo y los mismos dependerán del consumo de prestaciones médico sanitarias; así como de aquellos costos derivados del tiempo destinado a la búsqueda y la atención. A su vez, deberán incluirse los costos derivados de la pérdida de productividad laboral y los costos intangibles provocados por la pérdida del estado de salud. Finalmente, desde la perspectiva de la familia del paciente, los costos de mayor relevancia son el tiempo destinado al cuidado informal que está asociado a la pérdida de productividad del cuidador (29). Si bien suelen ser ignorados, su incorporación en las estimaciones del impacto económico de las enfermedades resultan sumamente relevantes al momento de implementar políticas sanitarias desde la perspectiva social.

### *Discusión*

En las últimas décadas, diferentes gobiernos han implementado medidas para garantizar el uso eficiente de los recursos en el sector salud. Esta preocupación no solo surge de quienes deben proveer los bienes y servicios para la atención de la salud, sino también de quienes deben financiar y regular la cobertura de prestaciones, así como de quienes deben diseñar las políticas sanitarias consideradas prioritarias desde el punto de vista social. En este sentido, para quienes deben tomar decisiones, es un imperativo reconocer no solo el beneficio clínico de las prestaciones evaluadas o la calidad de vida de los pacientes que las reciben, sino también su relación con la magnitud de los recursos que deben ser desembolsados.

Una de las herramientas provistas por la economía de la salud para este fin son los estudios de costos de enfermedades, que incluyen los costos directos, indirectos e intangibles los cuales se relacionan con los recursos que requiere directamente la enfermedad; los que representan la pérdida de productividad del

paciente por morbilidad o mortalidad prematura, y los que se corresponden con el sufrimiento, dolor o pérdida de la calidad de vida. Sin embargo, en el análisis realizado por los autores se observa que las estimaciones de costos suelen incluir solo algunos de ellos, dependiendo del objetivo e intereses de quien lleva a cabo el estudio. En la mayoría de las perspectivas de análisis, las estimaciones de costos se restringen a los CD sanitarios y no sanitarios relacionados con la provisión de las prestaciones médico sanitarias, pero rara vez incluyen los CD no sanitarios, los CI y los CT, internalizados solo cuando la perspectiva del estudio es la del paciente o la de su familia. Una decisión que puede paliar esta omisión de costos se da cuando desde la perspectiva del profesional, del Estado o del tercer pagador se toman decisiones (individuales o agregadas) en función de estudios del tipo costo-utilidad en los cuales subyace la calidad de vida de los pacientes, indicador que resume y resuelve los CI y CT que enfrenta el paciente.

Omitir estos costos genera una estimación económica parcial de un problema de salud. Un ejemplo es la actual tendencia a promover la internación domiciliaria para reducir el uso de la estadía hospitalaria en pacientes cuya atención puede resolverse con menores niveles de complejidad y consumo de recursos. Esta propuesta permite reducir listas de espera, mejorar la calidad de vida del paciente y evitar las potenciales infecciones intrahospitalarias. Con argumentos similares, algunas reformas en los servicios de salud mental promueven la desmanicomialización de los pacientes. Sin embargo, en cualquiera de estos casos, más allá de los beneficios enunciados, incentivar estas políticas sin evaluar los costos asociados al cuidado informal de la familia que se hará cargo del cuidado del paciente, sería analizar el problema parcialmente, sin obtener los resul-

tados esperados en términos agregados para el conjunto de la sociedad. En el mismo sentido, se pueden citar múltiples condiciones de salud (pacientes con alzheimer, insuficiencia renal crónica o con discapacidades, entre muchas otras patologías) en las cuales los costos asociados a los cuidados informales pueden superar los costos directos sanitarios.

### *Conclusión*

La perspectiva desde la cual se estiman los costos de una enfermedad puede modificar los resultados del estudio. Las más utilizadas en las estimaciones de costos son: la perspectiva social (o del Estado), la del proveedor, del asegurador (o tercer pagador), y la del paciente. La primera se utiliza cuando se busca estimar el impacto global de una condición de salud considerando no solo los CD sanitarios y no sanitarios, sino también aquellos costos por muerte, discapacidad, sufrimiento y dolor. La perspectiva

del proveedor de servicios de salud considera relevantes los costos asociados a la atención sanitaria (CD sanitarios) como también aquellos recursos monetarios destinados al gerenciamiento de los servicios (CD no sanitarios); mientras que los derivados de la búsqueda y espera de la atención dependerán del altruismo del profesional de la salud.

Desde la perspectiva del tercer pagador, los costos de mayor relevancia son aquellos relacionados con el proceso de salud-enfermedad-atención puesto que estos serán concluyentes a la hora de cotizar las pólizas de riesgo y asegurar el margen de ganancia esperada. Finalmente, desde la perspectiva del paciente son los CD no sanitarios, los CI y los CT los que resultan relevantes si se pretende estimar la repercusión económica de una pérdida del estado de salud; podrán exceptuarse los CD sanitarios dependiendo del grado de cobertura en salud que posea el usuario.

### *Referencias*

1. Valencia JE, Manrique HRD. Evaluación de tecnologías en salud. *Revista CES Med.* 2004;18(2):81-6.
2. Ripari N., Moscoso N., Elorza M. Costos de enfermedades: Una revisión crítica de las metodologías de estimación. *Rev Lec Econ.* 2012;(77):253-82.
3. Choi BK, Pak A. A method for comparing and combining cost-of-illness studies: An example from cardiovascular disease. *Chronic Diseases Canada.* 2002;23(2):47-57.
4. Evers S, Struijs J, Ament A, Van Genugten M, Jager JC, Van Den B. International comparison of stroke cost studies. *Stroke.* 2004;35:1209-15.
5. Rice DP. Measurement and application of illness costs. *Public Health Reports.* 1969; 84(2):95-101.
6. Rice DP, Cooper B. The economic value of human life. *Am J Public Health.* 1967; 57:1954-66.
7. Rice DP, Hodgson T, Kopstein A. The economic cost of illness: A replication and update. *Health Care Financ Rev.* 1985,7:61-80.
8. Rice DP. Estimating the cost of illness. *Am J Public Health.* 1967;57(3):424-40.
9. Rice DP, Hodgson T. The value of human life revisited. *Am J Public Health.* 1982;72(6):536-8.
10. Hodgson T, Meiners M. Cost of illness methodology: A guide to current practices and procedures. *Milbank Memorial Fund Quarterly.* 1982;60(3):429-62.
11. Puig-Junoy J, Pinto JL. El coste de oportunidad del tiempo remunerado en la producción de salud. Documento de Trabajo de la FISIS, N° 5. Madrid; 2001.
12. Liljas B. How to calculate indirect costs in economic evaluations. *Pharmacocon.* 2008;13(1):1-7.

13. Van den Berg B, Brouwer W, Koopmanschap M. Economic valuation of informal care. An overview of methods and applications. *Eur J Health Econ.* 2004;5:36-45.
14. Oliva J, Osuna R. Los costes de los cuidados informales en España. *Presupuesto y gasto público* 56/2009:163-181. Secretaría General de Presupuestos y Gastos, Instituto de Estudios Fiscales; 2009.
15. Rice DP. Cost of illness studies: what is good about them? *Injury Prevent.* 2000;6:177-9.
16. Barfield JT, Raiborn CA, Kinney MR. *Contabilidad de costos: tradiciones e innovaciones.* 5ª ed. México International Thomson Editores; 2005.
17. Polimeni R, Fabozzi F, Adelberg A. *Contabilidad de costos. Conceptos y aplicaciones para la toma de decisiones gerenciales.* 3ª ed. México: McGraw-Hill; 1990.
18. Oliva J. La valoración de los costes indirectos en la evaluación sanitaria. *Med Clin (Barc).* 2000;114(3):15-21.
19. Koopmanschap M, Van Ineveld M. Towards a new approach for estimating indirect costs of disease. *Soc Sci Med.* 1992;34(9):1005-10.
20. Koopmanschap M, Rutten F, Van Ineveld M, Van Roijen L. The friction cost method for measuring indirect costs of disease. *J Health Econ.* 1995;14:171-189.
21. Camargo-Rojas D, Castro-Alzate E, Hernández-Romero H, Maldonado-Salgado H, Cárdenas IL, Carvajal L, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores de personas con discapacidad, en procesos de inclusión social en el municipio Madrid, Cundinamarca. *Rev Cienc Salud.* 2015;13(2): 171-85.
22. Segel J. Cost-of-illness studies. A primer. [internet] RTI International RTI-UNC Center of Excellence in Health Promotion Economics; 2006. Disponible en: [http://www.rti.org/sites/default/files/resources/COI\\_Primer.pdf](http://www.rti.org/sites/default/files/resources/COI_Primer.pdf)
23. Tarricone R. Cost-of-illness analysis. What room in health economics? *Health Policy.* 2006;77:51-63.
24. Wimo A. The art of cost of illness. *J Alzheimer's Disease.* 2010;19:617-9.
25. Szucs T, Berger K, Fisman D, Harbarth S. The estimated economic burden of genital herpes in the United States. An analysis using two costing approaches. *BMC Infectious Diseases.* 2001;1:5.
26. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). *Guidelines for economic evaluation of pharmaceutical: Canada.* 2<sup>nd</sup> edition. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 1997.
27. Argentina, Ministerio de Salud. Programa Federal de Salud "Incluir Salud", Resolución 96/2012 (2012 mar 28).
28. Mould-Quevedo J, Peláez-Ballestas I, Vázquez-Mellado J, Terán-Estrada L, Esquivel-Valerio J, Ventura-Ríos L, et al. El costo de las principales enfermedades reumáticas inflamatorias desde la perspectiva del paciente en México. *Gac Méd Méx.* 2008;144(3):225-31.
29. Jorgensen N, Cabañas M, León T, Rejas Gutiérrez J, Oliva J. Los costes de los cuidados informales asociados a enfermedades neurológicas discapacitantes de alta prevalencia en España. *Neurología.* 2008;23(1):29-39.