




Abortos seguros e inseguros: Costos monetarios totales y costos para el sistema de salud de la Argentina en 2018

Safe and unsafe abortions: Total monetary costs and health care system costs in Argentina in 2018

Malena Monteverde¹, Sonia Tarragona²

¹Doctora en Economía, Posdoctorado en Demografía. Investigadora Adjunta, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, Universidad Nacional de Córdoba. Unidad Ejecutora, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Córdoba, Argentina. 

²Economista, Magíster en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales. Directora, Fundación QUANT. Directora, Maestría de Farmacopolíticas, Universidad ISALUD, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. 

RESUMEN Durante el primer semestre de 2018, en Argentina se inició un profundo debate sobre la legalización de la práctica del aborto, que puso en evidencia la falta de estudios científicos que aborden la dimensión económica del tema en la Argentina. Este trabajo busca avanzar en la cuantificación de los costos del aborto bajo dos escenarios: el del actual contexto de ilegalidad y los costos potenciales si se aplicaran los protocolos internacionales recomendados, en un contexto de legalización de la práctica. Los resultados de la comparación de los costos monetarios totales en 2018 (privados o de bolsillo y para el sistema de salud) del escenario actual de ilegalidad y práctica insegura del aborto, frente a escenarios potenciales de prácticas seguras, muestran que se podría ahorrar una gran cantidad de recursos si se implementaran los protocolos recomendados. Dichos resultados, además, se muestran robustos al realizar una serie de ejercicios de sensibilidad sobre los principales supuestos incluidos en las comparaciones.

PALABRAS CLAVES Aborto; Aborto ilegal; Costos y Análisis de Costos; Argentina.

ABSTRACT During the first semester of 2018, a profound debate on the legalization of the practice of abortion was initiated in Argentina, which exposed the lack of scientific studies addressing the economic dimension of abortion in this country. This work seeks to move forward in the quantification of the costs of abortion under two scenarios: the current context of illegality and the potential costs if the recommended international protocols were applied in a context of legalization of the practice. The results of the comparison between, on the one hand, the total monetary costs in 2018 (private or out-of-pocket expenditure and costs for the health care system) of the current scenario of illegality and unsafe practice of abortion and, on the other hand, potential scenarios of safe practices, shows that a large amount of resources could be saved if the recommended protocols were implemented. These results proved to be robust after carrying out a series of sensitivity exercises on the main assumptions included in the comparisons.

KEY WORDS Abortion; Illegal Abortion; Costs and Cost Analysis; Argentina.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento legislativo durante el primer semestre de 2018 del proyecto de ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina instaló un amplio debate en torno a las dimensiones éticas, religiosas, legales, de derechos humanos, civiles, de salud pública, de equidad de género y económicas relacionados con el tema y sus implicaciones. El proyecto de ley, inicialmente aprobado en la Cámara de Diputados, fue vetado en la Cámara de Senadores, a pesar de lo cual, la preocupación y la importancia del tema quedaron instaladas en la sociedad, y puso en evidencia la falta de estudios científicos y técnicos que aborden el tema en profundidad en el contexto de Argentina.

Ante la posibilidad de avanzar hacia la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo, y con independencia del debate en otras dimensiones, resulta fundamental considerar también la factibilidad económica de su instrumentación. Es claro que aun cuando haya evidencia de que un nuevo método, tratamiento o medicamento mantenga una relación costo-beneficio favorable para el conjunto de la sociedad, se requiere determinar el impacto presupuestario que tal medida ocasionaría en quienes deban procurar los recursos necesarios para garantizar su aplicación en los términos establecidos por la norma.

Entre los vacíos de información más importante para avanzar en un análisis económico y presupuestario de las prácticas relacionadas con el aborto y sus complicaciones para Argentina se encuentran, por un lado, la falta de una aproximación actualizada del número de abortos totales que ocurren en el país cada año y, por otro, la inexistencia de un análisis detallado de los costos económicos relacionados con esta práctica en sus dos variantes: la alternativa clandestina (frecuentemente insegura) y los costos de las complicaciones asociadas a ella y, la alternativa segura, que puede ser garantizadas en el marco de una ley que respete las recomendaciones de los organismos internacionales en la materia.

Es posible abordar la dimensión económica desde tres grandes perspectivas: a) La perspectiva de los recursos monetarios para el sistema público de salud, para el sistema de salud privado y para los propios individuos (gasto de bolsillo); b) la perspectiva de los recursos monetarios totales (públicos y privados); y c) la perspectiva económica más amplia que contemple los recursos monetarios y no monetarios, estos últimos asociados a los costos de oportunidad (los costos por muertes prematuras, discapacidad, ausentismo, daño psicológico y pérdidas de productividad, entre otros).

La última perspectiva es la más completa y resulta especialmente relevante a la hora de comparar los costos de alternativas seguras e inseguras, dado que el daño potencial en términos de salud y bienestar subjetivo podría ser especialmente elevado en el contexto de las prácticas clandestinas e inseguras. Sin embargo, una valoración económica de los aspectos no monetarios requeriría un complejo trabajo de obtención de información *ad hoc* (complejo, en gran parte, por la naturaleza ilegal del problema) que excede las posibilidades del estudio en esta instancia.

Por su parte, comparar la alternativa legal y segura frente a la clandestina desde la primera perspectiva implica adentrarse en aspectos relacionados con el diseño de financiación que se adopte en caso de legalización, lo cual puede ser parte de un análisis posterior a la cuantificación estricta de los costos de las dos alternativas (la legal o la clandestina) y, por tanto, tampoco no será abordado en el presente estudio.

El objetivo principal del presente trabajo es, entonces, avanzar en el análisis económico del aborto en la Argentina desde la segunda perspectiva, es decir, aproximando los recursos monetarios totales tanto públicos como privados bajo los dos contextos: el de realización de la práctica en un contexto legal y con prestaciones seguras, y el de su realización en un contexto de clandestinidad.

Si bien en esta perspectiva no se busca la desagregación de la carga total por fuente de financiación, sí se distingue la parte del costo que actualmente soporta el sistema

de salud en su conjunto (sin distinguir entre público o privado), de la parte sufragada por los individuos de forma directa (gasto de bolsillo), ya que esta distinción resulta fundamental para evaluar en qué medida la legalización del aborto implicaría una mayor presión de recursos sobre el sistema de salud (entendiendo que el cambio de estatus legal implica una amplia cobertura por parte del sistema público y privado de salud), más allá de las diferencias en el costo total.

Para todo lo anterior, se avanza en la estimación de las siguientes magnitudes: 1) la cantidad de abortos totales por año que se realizan en la Argentina en la actualidad, 2) el costo de las complicaciones asociadas a los abortos en el contexto actual (de clandestinidad) para el sistema de salud, 3) el costo de bolsillo de los abortos en el contexto actual y 4) el costo de los abortos seguros.

Sobre la base de estos cuatro componentes es posible comparar la magnitud de los costos de la situación actual (costos de las prácticas inseguras y sus complicaciones) frente a una situación de práctica legal y segura, dada la estimación actualizada de la cantidad de abortos totales por año en la Argentina.

Antecedentes de estudios para América Latina y para Argentina

Uno de los estudios recientes más importantes a nivel internacional en el que se estima la magnitud de los abortos a nivel mundial y en las distintas regiones del mundo, es el publicado en la prestigiosa revista *The Lancet*⁽¹⁾. El mismo está basado en datos de 182 países del mundo y utiliza, por primera vez en este tipo de estudios, un marco de referencia actualizado de las alternativas de aborto consideradas seguras, ya que contempla los cambios ocurridos en los últimos años, asociados al incremento de la disponibilidad de métodos simples para el aborto seguro (la aspiración manual) y la difusión del uso del misoprostol por fuera de los sistemas de salud formales, en aquellos países donde la legalidad del aborto es restringida.

Las estimaciones de este estudio se basan en modelos estadísticos jerárquicos, lo que permite incorporar una amplia gama de variables con diferentes grados de agregación (jerarquía), relacionadas con el nivel de seguridad de las prácticas en las distintas regiones del mundo, como los métodos para la realización de los abortos, el tipo de proveedores, la disponibilidad de servicios para el aborto seguro, las condiciones socioeconómicas, la inequidad de género, el empoderamiento de las mujeres, entre otros. Los modelos son usados para estimar la distribución de abortos según categoría de "seguridad", basados en las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (que divide los abortos en seguros e inseguros y, dentro de los inseguros, distingue entre dos grados).

A partir de dicha metodología, los autores estiman que entre 2010 y 2014 ocurrieron 55,7 millones de abortos por año a nivel mundial, de los cuales 30,6 millones de abortos habrían sido seguros; 17,1 millones fueron menos seguros y 8 millones fueron más inseguros. Un dato particularmente preocupante es que, de los 25,1 millones de abortos inseguros anuales, 24,3 millones ocurrieron en países en desarrollo, confirmando que en los países con leyes altamente restrictivas (como es el caso de la Argentina) es donde se produce la mayor proporción de abortos inseguros.

En el caso de América Latina, los abortos anuales totales ascenderían a 6,4 millones, de los cuales 4,9 millones serían inseguros (el 77%). Dentro de esta región, la mayor concentración de abortos es en América del Sur con 4,6 millones de abortos anuales, de los cuales 3,4 millones serían inseguros (el 74%).

Otros dos estudios relativamente recientes estiman y comparan los costos de abortos seguros e inseguros en países de América Latina. El primero, publicado en 2009, estudia los costos y las consecuencias económicas del aborto inseguro en la Ciudad de México en 2005, antes de la legalización de la práctica en este país mediante una reforma llevada a cabo en el primer trimestre de 2007⁽²⁾. El trabajo estima los costos (medios) directos e indirectos de diferentes métodos de realización de abortos seguros (aunque ilegales)

en instituciones privadas, y los compara con los costos (medios) directos e indirectos de los tratamientos posaborto inseguros (ya sea simplemente servicios para abortos incompletos o tratamientos por complicaciones) en instituciones públicas y privadas. Los servicios para abortos incompletos incluyen los métodos quirúrgicos como la aspiración manual endouterina o la dilatación y legrado, y el método con medicamentos, el misoprostol por ser el medicamento disponible en México en ese entonces. Por su parte, los tratamientos por complicaciones considerados (según la severidad) incluyen: tratamientos por hemorragias, sepsis, perforación uterina, trauma cervical y shock. Los costos directos del análisis incluyen costos de personal, medicamentos, material descartable, estudios de laboratorios y equipos médicos utilizados para el aborto inducido o para el tratamiento de los abortos incompletos y otras complicaciones. Los indirectos incluyen: costos de viajes, cuidado de niños y pérdidas de salarios. Este trabajo explica que las mujeres pobres y que viven en áreas rurales son las que sufren desproporcionadamente las consecuencias del aborto inseguro, aunque ya para la época del estudio se observó un uso creciente de misoprostol y ello no sería solo en México sino en toda América Latina (lo cual habría reducido las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro en la región). Los resultados del trabajo muestran que los costos medios de las alternativas de abortos seguros serían de U\$143 dólares para dilatación y legrado, entre U\$53 y U\$111 dólares para aspiración manual endouterina (en clínicas privadas y hospitales públicos, respectivamente) y de U\$79 dólares para abortos con misoprostol. Por otra parte, el costo medio de los tratamientos por complicaciones severas en hospitales públicos ascendería a un rango de entre U\$601 a U\$2.100 dólares. A partir de estos valores, los autores estiman que una mejora en el acceso a abortos con aspiración manual endouterina y de abortos tempranos con misoprostol podría reducir los costos para el gobierno (los presupuestos públicos) en un 62% y ello implicaría un ahorro de hasta U\$1,6 millones de dólares por

año. Como conclusión general del estudio los autores sostienen que la reducción de las complicaciones por la mejora en el acceso a servicios ambulatorios seguros, reduciría aún más los costos de la atención del aborto, con beneficios significativos tanto para el sistema de salud de México como para las mujeres que buscan realizarse esta práctica.

Otro importante estudio, en el que se comparan los costos del aborto seguro e inseguro en poblaciones de la región, es el realizado por Elena Prada *et al.*⁽³⁾ para Colombia. Este país también transitó por un proceso de cambio de legislación referente al aborto, en el año 2006, aunque la legalidad de la práctica se acotó a pocas circunstancias (cuando un médico certifique que la vida de la mujer embarazada está amenazada, o que el feto tiene anomalías incompatibles con la vida o cuando el embarazo sea el resultado de una violación o incesto), y su puesta en práctica quedó sin efecto algunos años después, como consecuencia de un fallo del Consejo de Estado (un órgano del Poder Judicial). Dicho organismo suspendió el uso de las guías fijadas por el Ministerio de Salud basadas en las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que regulaban las prácticas para la provisión de los servicios del aborto legal en dicho país luego de aprobada la ley. A ello se suma que las mujeres que solicitan la práctica de aborto legal frecuentemente enfrentan importantes barreras administrativas y legales y algunas instituciones simplemente se niegan a proveer abortos seguros (aun cuando no estaría permitido según la ley).

Como consecuencia de todo lo anterior, a pesar de que en Colombia existe una ley para la realización de abortos legales y seguros, se estima que alrededor del 99% de los abortos son realizados fuera de la ley⁽⁴⁾, lo cual conduce a un mayor riesgo de que se practiquen en condiciones inseguras (porque lo realizan prestadores sin la capacitación y equipamiento adecuados) lo que su vez se asocia tanto con complicaciones inmediatas, como con consecuencias a largo plazo para la salud. Por su parte, otros estudios indican que, a pesar de existir prácticas más seguras de aborto que en décadas atrás, en Colombia

las tasas de tratamientos por complicaciones debidas a abortos inducidos aumentaron de 7,2 a 9,1 cada 1.000 mujeres de entre 15 a 44 años entre 1989 y 2008^(5,6). En este contexto, Prada *et al.*⁽³⁾ buscan estimar y comparar los costos para el sistema de salud de los tratamientos por las complicaciones de los abortos inseguros y los costos de provisión de servicios de abortos seguros, a la vez de explorar los factores más importantes que explican las diferencias entre los dos escenarios. En este estudio también se incluyen costos directos e indirectos, pero con definiciones diferentes de estos dos conceptos respecto al estudio de México, de Levin *et al.*⁽²⁾. En este caso los costos directos incluyen los salarios del personal médico, medicamentos y otro material médico y, los indirectos, los beneficios y los gastos de capital, y no se incluyen los costos no monetarios o de oportunidad (como la pérdida de salarios) u otros gastos indirectos (como costos de traslado, cuidado de niños, etc.), que sí se incluyen en el caso de México. De manera similar al caso de México, se consideran los servicios para abortos incompletos y los siguientes tratamientos por complicaciones (según la severidad): sepsis, laceración cervical o vaginal, perforación uterina y shock. La información de la proporción de estos tratamientos fue provista por informantes de cada tipo de institución (públicas y privadas).

Al comparar los costos promedios de los tratamientos posaborto inseguros con las prácticas de abortos legales, el estudio de Colombia encuentra que tanto el nivel como la relación de los costos entre los dos escenarios varían sustancialmente de acuerdo al tipo de facilidades y las prácticas que se utilicen en cada caso. El costo medio directo de los tratamientos por complicaciones está en el rango de los U\$44 a U\$141 dólares, y representa un costo anual para el sistema de salud de alrededor de U\$14 millones de dólares. Por su parte, un aborto legal en una unidad (facilidad) de complejidad secundaria o terciaria resulta más costoso (con medias de U\$213 y U\$189 dólares, respectivamente) y ello es en parte por el uso de métodos de dilatación y legrado y como secuencia de las barreras

administrativas. En contraste, un aborto legal en una unidad especializada, donde se utilizan métodos de aspiración manual y medicación, el costo medio fue mucho más bajo (\$45 dólares). Por todo ello, la conclusión general del estudio realizado en Colombia es que la provisión de servicios, tanto de tratamientos posaborto como de aborto legal, en facilidades de alto nivel de complejidad resulta en costos de cuidados a la salud innecesariamente elevados. Dichos costos pueden ser reducidos significativamente mediante la provisión de servicios en el momento adecuado, en una unidad de primer nivel de complejidad y mediante el uso de métodos seguros, no invasivos y menos costosos.

Entre los estudios sobre la situación del aborto en la Argentina publicados en revistas o libros científicos, el más reciente y completo es el trabajo de Silvia Mario y Edith Pantelides⁽⁷⁾, en el que se realizan estimaciones de la magnitud del aborto inducido en este país en el año 2000, sobre la base de dos métodos indirectos alternativos, dada la falta de datos oficiales y la complejidad de medir una práctica que aún resulta ilegal en este país⁽⁷⁾. No se encontraron estudios publicados en los que se estimen los costos de las prácticas relacionadas con el aborto y sus consecuencias en la Argentina.

En el estudio más reciente de Mario y Pantelides se mencionan como antecedentes de estudios sobre la magnitud del aborto inducido en la Argentina, cuatro trabajos, de los cuales solo uno arroja resultados de la cantidad de abortos totales en el país para el año 1991, en el que se estiman 385.931 abortos anuales⁽⁸⁾. Sin embargo, dicho valor resulta de estimar la razón de abortos (abortos por cada 1.000 nacidos vivos) y la tasa de abortos (abortos por cada 1.000 mujeres en edad fértil) sobre la base de una cifra del total de abortos anuales para 1973, publicada por la Asociación Argentina de Protección Familiar⁽⁷⁾. Para la actualización de la cifra a 1991, la razón y la tasa (estimadas en 555 y 50, respectivamente) se asumen constantes y se proyecta con el crecimiento poblacional y los nacimientos de ese año. Adicionalmente, los autores realizan estimaciones alternativas

basadas en información más actualizada sobre el uso y la efectividad de métodos anti-conceptivos por parte de mujeres en edad reproductiva. Sobre la base de esta información, estiman que la razón de abortos sería de 0,68 por nacido vivo, lo que incrementaría la cifra de abortos totales anuales a un rango de 450.894 a 498.358.

Para realizar las estimaciones para Argentina, al año 2000, Mario y Pantelides seleccionan dos métodos indirectos para la estimación de los abortos inducidos, el propuesto por Singh y Wulf⁽⁹⁾ y el método residual de Johnson y Hill⁽¹⁰⁾, basado a su vez en el modelo Bongaarts^(11,12) y en las ideas de Davis y Blake⁽¹³⁾. Como las propias autoras indican, la selección de dichos métodos (y no de otros) obedece a que se basan en información disponible para Argentina y que no requieren la obtención de información adicional sujeta a posibles problemas de declaración, dada la naturaleza ilegal de la práctica en este país.

El método de Singh y Wulf utiliza como insumo la información sobre egresos hospitalarios y propone la estimación de un multiplicador para corregir la subestimación de los registros de egresos (como fuente de información de los abortos totales inducidos). Tal subestimación obedece a que dichos registros solo consideran una porción del total de abortos; en gran parte, porque solo detecta los abortos que se traducen en complicaciones y requieren hospitalización. De ahí que para la estimación del multiplicador se requiera información adicional (la que es recogida mediante encuestas a informantes claves en el trabajo de Mario y Pantelides), sobre tipo de proveedores habituales de aborto, técnicas utilizadas, probabilidad de complicaciones y de hospitalización.

Por su parte, el método residual basa la estimación de los abortos inducidos a partir de una ecuación que relaciona los valores de los determinantes próximos de la fecundidad (proporción de mujeres sexualmente iniciadas en cada grupo de edad, uso de métodos anticonceptivos, de infertilidad posparto y aborto inducido), la tasa global de fecundidad y la tasa de fertilidad potencial, definida como la cantidad de hijos nacidos vivos que

podría tener una mujer durante toda su vida fértil y estimada en 15,3⁽¹²⁾. El método se denomina residual, porque el coeficiente para la expresión del aborto se obtiene como diferencia luego de asignar valores al resto de los componentes de la ecuación. Para su aplicación, Mario y Pantelides utilizan fuentes de datos secundarios para la Argentina a saber: la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud⁽¹⁴⁾, las tasas de fecundidad (proveniente de las estadísticas vitales) y las proyecciones de población. La estimación promedio (de ambas metodologías) para total de abortos inducidos para la Argentina en el año 2000 arroja un valor de 456.788 abortos anuales.

De acuerdo a la primera metodología (basada en los egresos hospitalarios) la cifra oscila entre 371.965 y 446.998 abortos (según se ajusten los registros de egresos por cobertura solamente o también por mala clasificación). Dichas cifras se corresponden con tasas anuales de abortos inducidos de 40,8 y 49 respectivamente, por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años. Por su parte, la metodología de cálculo residual arroja un rango de abortos totales más elevado: 485.974 a 522.216 abortos anuales, con tasas de 60,8 a 65,4 cada 1.000 mujeres.

Marco conceptual: El aborto seguro e inseguro

La OMS estima que se realizan 22 millones de abortos peligrosos anualmente, de los cuales 47.000 provocan defunciones y más de 5 millones provocan complicaciones, como abortos incompletos (no se retiran o se expulsan del útero todos los tejidos embrionarios); hemorragias (sangrado abundante); infección; perforación uterina (cuando se atraviesa el útero con un objeto afilado); y daños en el tracto genital y órganos internos debidos a la introducción de objetos peligrosos tales como varillas, agujas de tejer o vidrio roto en la vagina o el ano⁽¹⁵⁾.

Se calcula que, en las regiones desarrolladas, por cada 100.000 abortos peligrosos se producen 30 defunciones. Ese número aumenta a 220 defunciones por cada 100.000

abortos peligrosos en las regiones en desarrollo, y a 520 muertes por cada 100.000 abortos peligrosos en el África subsahariana⁽¹⁵⁾.

La OMS define aborto inseguro como un procedimiento para la terminación de un embarazo hecho por un individuo que no cuenta con el entrenamiento necesario, en un entorno que no cuenta con los estándares médicos mínimos, o ambos⁽¹⁶⁾. Por su parte, los abortos son seguros cuando son realizados de acuerdo a los métodos y protocolos recomendados por la OMS, lo cual depende de la duración del embarazo, y si la persona que provee o ayuda con el aborto está entrenada^(17,18).

Los abortos seguros pueden ser realizados utilizando drogas (aborto medicamentoso) o procedimientos ambulatorios simples. Las personas, la capacitación y los estándares considerados seguros en el aborto inducido son diferentes en el caso del aborto medicamentoso no quirúrgico (que se realiza usando medicamentos solamente) y el aborto quirúrgico (que se realiza mediante aspiradores manuales o eléctricos). La capacitación y los estándares médicos requeridos para un aborto seguro también varían dependiendo de la duración del embarazo⁽¹⁸⁾.

En el caso del aborto medicamentoso, la recomendación es el uso de mifepristona seguido de misoprostol y solo este último cuando el primero no está disponible^(18,19). Por otra parte, hay una categoría intermedia de abortos menos seguros, que son aquellos que se realizan usando métodos anticuados no recomendados, como la dilatación y el legrado aun cuando el proveedor está entrenado; o si la mujer usa medicamentos, pero sin contar con la información necesaria o con la asistencia de una persona entrenada en caso de requerir ayuda⁽¹⁵⁾.

Las barreras reconocidas por la propia OMS para el acceso a abortos seguros son: leyes restrictivas, escasa disponibilidad de servicios, costos elevados de los servicios, estigmatización, objeción de conciencia de los proveedores de los servicios de salud y requerimientos innecesarios tales como períodos de espera obligatorios, asesoramiento obligatorio, suministro de información engañosa,

autorización de terceros y pruebas médicas innecesarias, que retrasan la atención⁽¹⁵⁾.

METODOLOGÍA Y FUENTES DE DATOS

Para la estimación actualizada a 2018 del número de abortos totales en la Argentina, se asume que las tasas de abortos cada 1.000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) estimadas por Mario y Pantelides⁽⁷⁾ para el año 2000 se mantienen constantes y se actualiza la población total expuesta con base en las proyecciones oficiales de población⁽²⁰⁾.

Para la valorización de las prácticas se emplearon los precios promedios correspondientes a nomencladores oficiales de la seguridad social a nivel nacional y provincial y empresas de medicina prepaga, para ser empleados como precios medios, mínimos y máximos respectivamente, en julio de 2018. La no existencia de un único precio nombrado, para las más de 300 instituciones que forman parte del sistema del seguro de salud, hace que se establezcan negociaciones individuales con los prestadores para establecer los precios de cada práctica, prestación o servicio, lo que dificulta la adopción de un único precio para ser empleado en la valorización de las prácticas. En consecuencia, se ha optado por estimar el precio promedio ponderado de cada práctica, para los tres grupos de instituciones (obras sociales nacionales, obras sociales provinciales y empresas de medicina prepaga) a partir de los precios obtenidos de las instituciones que concentran más del 50% del total de beneficiarios para cada grupo.

Para la valorización de los medicamentos se ha empleado el precio de venta al público (PVP) obtenido del Manual Farmacéutico⁽²¹⁾, dado que se desconocen los precios de compra institucionales, que además difieren entre las mismas instituciones compradoras.

De acuerdo a informantes claves, durante el año 2018, los gastos privados (de bolsillo) en que incurrieron las mujeres para acceder a un aborto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) oscilaron entre los 15.000 y los

30.000 pesos. Dado que no se cuenta con información del costo de esta práctica en las demás regiones del país, para aproximar el valor promedio a nivel nacional, se ajustaron los valores obtenidos para CABA de acuerdo a los diferenciales de ingresos observados en las diferentes regiones, con base en los microdatos de la Encuesta Permanente de Hogares para el segundo trimestre de 2018⁽²²⁾. Para ello se calculó el ingreso promedio per cápita familiar para tres regiones: Centro (Gran Buenos Aires, Pampeana y Cuyo), Norte (NOA y NEA) y Sur del país (Patagonia) y se estimó la relación de los ingresos de dichas regiones respecto a CABA. Se ajustaron los valores de costos de los abortos para CABA de acuerdo a la relación con los ingresos en cada región y se estimó el promedio ponderado de dichos costos utilizando como ponderador la distribución de la población femenina de 15 a 49 años entre las tres regiones.

Por otra parte, se suponen cuatro escenarios (en cuanto a la proporción de las distintas prácticas) para la estimación del acceso al aborto seguro, ya que no se puede saber anticipadamente cuáles podrían ser los métodos escogidos para realizar los abortos, aun cuando la Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de misoprostol y mifepristona, como primera línea (o misoprostol solo como alternativa cuando la segunda medicación no está disponible), aspiración manual endouterina como segunda línea y la dilatación y legrado como opción menos segura, pero no insegura cuando el proveedor esté capacitado⁽¹⁹⁾. En el primer escenario, se asume que todos los abortos se hacen con medicamentos; en el segundo, que todos se hacen con aspiración manual endouterina; en el tercero, que un 50% se realiza con aspiración manual endouterina y un 50% con medicamentos; y un cuarto escenario asume que el 50% se realiza con medicamentos, un 25% con aspiración manual endouterina y un 25% con dilatación y legrado.

Dada la falta de información oficial para Argentina en cuanto a la distribución de las complicaciones asociadas a los abortos inseguros, así como del tipo de tratamiento según las complicaciones, se utilizaron los

resultados del trabajo de Pardo y Uriza⁽²³⁾ basado en el estudio de la estructura de los diagnósticos al ingreso en 36 instituciones para países de la región, en los que la práctica también ocurre en condiciones de ilegalidad. Dicho trabajo estima que el 75,6% de los abortos toma contacto con el sistema de salud por alguna razón, sea para una consulta o un aborto incompleto, y no necesariamente por complicaciones serias. Esta cifra está alineada con los datos de la Organización Mundial de la Salud para América Latina y el Caribe, que estima esta relación en un 75%⁽²⁴⁾, y con las estimaciones del trabajo reciente de Ganatra *et al.*⁽¹⁾ que indican que el 74% de los abortos en América del Sur serían inseguros.

Del total de abortos que toman contacto con el sistema, el 67,2% requerirá un legrado para finalizar un aborto incompleto, 19,1% necesitará tratamiento del foco séptico, el 2,1% presentará una septicemia, el 9,5% deberá ser tratado por una hemorragia severa, el 1,45% habrá sufrido lesiones graves en útero, vejiga o intestino, y el restante 0,6% presentará un shock séptico que, en el 90% de los casos, conducirá a la muerte⁽²³⁾.

Adicionalmente, la distribución anterior fue contrastada con la opinión de médicos con amplia experiencia en la gestión de hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la provincia de Buenos Aires, quienes encontraron esos porcentajes acordes a la realidad actual.

RESULTADOS

En el siguiente apartado se describen los principales resultados del estudio: el número total de abortos inducidos estimados para Argentina en el año 2018, los costos de los tratamientos por complicaciones asociados a los abortos inseguros para dicho año (para el sistema de salud), los costos de bolsillo de dichos abortos y la aproximación del costo potencial para el sistema de salud de cuatro alternativas de abortos seguros de acuerdo a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

Tabla 1. Total de abortos estimados en Argentina. Año 2018.

Método indirecto	Tasa de abortos cada 1000 mujeres de 15 a 49 años	Proyección total mujeres 15 a 49 años	Total abortos estimados a 2018
Método Egresos 1	40,8		457.553
Método Egresos 2	49,0		549.512
Método Residual 1	60,8	11.214.540	681.844
Método Residual 2	65,4		733.431

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las tasas de abortos calculadas por Mario y Pantelides(7), y las proyecciones de población por sexo y grupos de edad del Instituto Nacional de Estadística y Censos(20).

En la última columna de la Tabla 1 se muestran los abortos totales estimados para 2018 basados en las proyecciones oficiales de la población femenina de 15 a 49 años para dicho año y las tasas de abortos cada mil mujeres, calculadas por Mario y Pantelides(7) para Argentina en el año 2000. Los valores actualizados a 2018 arrojan un rango de abortos que oscila entre 457 mil y 733 mil abortos anuales en nuestro país, lo que representa un incremento del orden del 20% al 40% respecto a lo calculado para el año

2000 (con un rango de 372 mil a 522 mil abortos), aumento debido exclusivamente al incremento de la magnitud de la población femenina en edad reproductiva durante el período 2000-2018.

En la Figura 1 se muestran los costos unitarios de los tratamientos por complicaciones de acuerdo a los valores de los nomencladores de empresas de medicina prepaga, de la seguridad social y el promedio (ponderado) de los valores mínimos y máximos obtenidos por cada una de las fuentes, en pesos

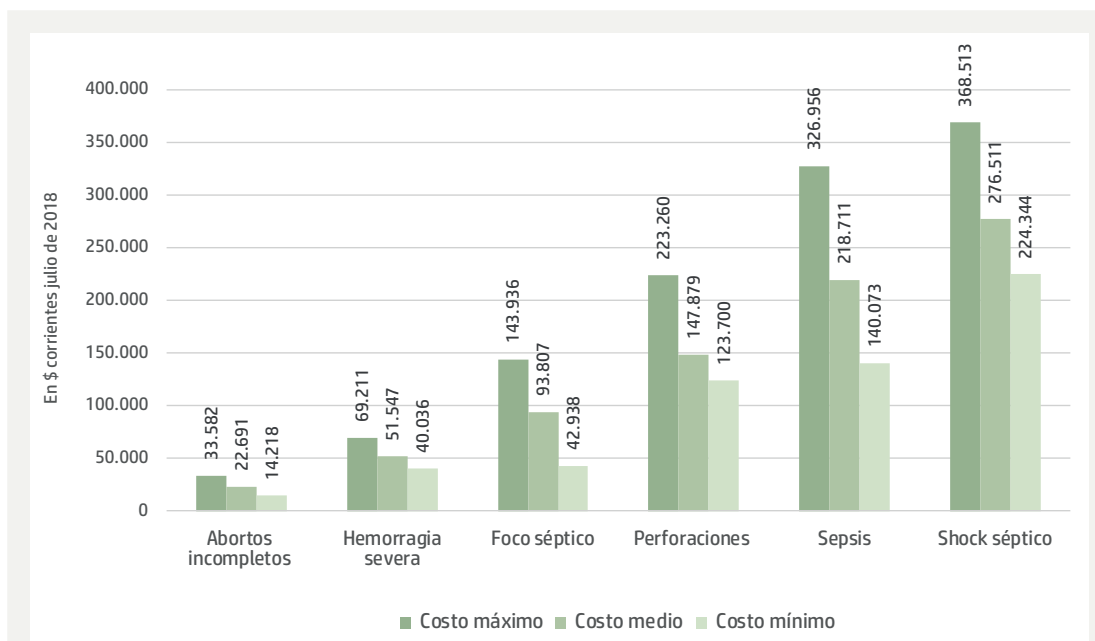


Figura 1. Costos unitarios de tratamientos por complicaciones de abortos inseguros en Argentina. En millones de pesos corrientes, julio de 2018.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de precios vigentes en julio 2018 para Argentina, de la seguridad social y empresas de medicina prepaga.

Tabla 2. Estimación del costo por complicaciones, de bolsillo y total, de los abortos (inseguros) estimados en Argentina para el año 2018 (en millones de pesos corrientes, julio de 2018).

Concepto	Costo total para 457.553 abortos (en millones de \$)			Costo total para 733.431 abortos (en millones de \$)		
	Máximo	Medio	Mínimo	Máximo	Medio	Mínimo
Abortos incompletos	7.806	5.274	3.305	12.513	8.455	5.298
Foco séptico	9.509	6.197	2.837	15.243	9.935	4.547
Sepsis	2.375	1.589	1.017	3.807	2.547	1.631
Hemorragia severa	2.274	1.694	1.316	3.646	2.715	2.109
Perforaciones	1.120	742	620	1.795	1.189	995
Shock séptico	765	574	466	1.226	920	746
Subtotal complicaciones	23.849	16.070	9.561	38.230	25.760	15.326
Subtotal bolsillo	6.950	5.212	3.475	11.140	8.355	5.570
Totales	30.798	21.282	13.035	49.370	34.115	20.896

Fuente: Elaboración propia sobre la base de 1) precios vigentes en julio 2018 para Argentina de la seguridad social y empresas de medicina prepaga; 2) tasas de abortos calculadas por Mario y Pantelides⁽⁷⁾, 3) proyecciones de población por sexo y grupos de edad del Instituto Nacional de Estadística y Censos⁽²⁰⁾ y 4) de la Encuesta Permanente de Hogares, del segundo trimestre de 2018⁽²²⁾.

corrientes en julio de 2018. Es posible observar una notable diferencia en los costos de las prácticas requeridas de acuerdo al tipo de complicación. Los valores más bajos son para la finalización de abortos incompletos cuyo costo promedio es de \$22.691 pesos –que representan U\$829 dólares estadounidenses al tipo de cambio oficial del 16 de julio de 2018 del Banco Central de la República Argentina⁽²⁵⁾–, seguido del costo promedio del tratamiento por hemorragia severa \$51.547 pesos (U\$1.884 dólares), tratamiento por foco séptico \$93.807 pesos (U\$3.429 dólares), por perforaciones \$147.879 pesos (U\$5.405 dólares), sepsis \$218.711 pesos (U\$7.994 dólares) y el mayor valor para tratamiento por shock séptico con \$276.511 pesos (equivalente a U\$10.106 dólares).

Sobre la base de las estimaciones del número total de abortos (el límite inferior y superior del rango de valores que se muestra en la Tabla 1), los costos unitarios de los tratamientos por las complicaciones asociadas a los abortos inseguros (expresadas en millones de pesos), el costo de bolsillo de dichos abortos y la cantidad de ingresos hospitalarios e intervenciones que implicaría esta práctica en la actualidad, se estiman los costos monetarios totales incurridos en 2018

como consecuencia de la práctica ilegal e insegura del aborto en la Argentina. Las estimaciones permiten distinguir el componente del costo para el sistema de salud (relacionado con los tratamientos por complicaciones) del costo sufragado por las propias mujeres o sus familias de manera directa (costo de bolsillo) para acceder a esta práctica.

Dichas estimaciones se muestran en la Tabla 2. En las primeras columnas se presentan los resultados para la estimación más conservadora del número de abortos totales en la Argentina en 2018 (457.553 abortos) y las últimas columnas para la estimación de mayor valor en el número de abortos totales (733.431). En ambos casos se presentan los valores para los costos unitarios de los tratamientos mínimo, medio y máximo. De estos resultados se destaca la mayor proporción del costo monetario total que proviene de los costos de los tratamientos por complicaciones que, en todos los casos, más que triplican los costos de bolsillo para el acceso a la práctica del aborto. Es notable, además, que aun en el escenario más conservador (basado en los costos unitarios mínimos de los servicios y en la magnitud más baja para el total de abortos) los recursos totales que se habrían destinado en Argentina en 2018 alcanzarían

Tabla 3. Estimación del costo (potencial) para el sistema de salud del acceso al aborto seguro, según escenarios de utilización de métodos recomendados por la OMS. Argentina, julio 2018.

Escenarios para la estimación del método	Costo promedio del método por caso (en \$)	Costo total (en millones de \$)	
		457.533 abortos	733.431 abortos
100% de abortos con medicamentos	6.212	2.842	4.556
100% de abortos con aspiración manual endouterina	6.515	2.981	4.778
50% de abortos con aspiración manual endouterina y 50% con medicamentos	6.363	2.911	4.667
50% de abortos con medicamentos + 25% aspiración manual endouterina y 25% dilatación y legrado	8.665	3.965	6.355

Fuente: Elaboración propia sobre la base de 1) precios vigentes en julio 2018 para Argentina de la seguridad social y empresas de medicina prepaga; 2) tasas de abortos calculadas por Mario y Pantelides⁽²⁾; 3) proyecciones de población por sexo y grupos de edad del Instituto Nacional de Estadística y Censos⁽²⁰⁾

los 13 mil millones de pesos (equivalentes a 476 millones de dólares) y en el escenario más pesimista (costos unitarios y número de abortos totales máximos) dichos recursos habrían sido de 49 mil millones de pesos (1.804 millones de dólares).

En la Tabla 3, por su parte, se muestran las estimaciones de los costos unitarios promedios de los abortos seguros realizados bajo los protocolos recomendados por la OMS y los costos totales por los dos escenarios del total de abortos: el de mínima (457.533 abortos) y de máxima (733.431 abortos).

Cabe destacar que las prácticas de abortos bajo los protocolos recomendados por la OMS se caracterizan por ser seguros (tienen riesgos nulos o mínimos de complicaciones) e implican intervenciones de muy baja complejidad y son los de menores costos, como se destaca en el trabajo de Prada *et al.*⁽³⁾. Dado lo anterior, los costos totales de las cuatro alternativas basadas en los protocolos de la OMS resultan menores que los costos de bolsillo promedio para las prácticas inseguras (Tabla 2).

Para el escenario de 457 mil abortos anuales, los costos totales varían en un rango que va desde los 2.842 millones de pesos a \$3.965 millones de pesos (equivalente a U\$104 y U\$145 millones de dólares). Para el escenario de 733 mil abortos anuales, los costos totales varían en un rango de \$4.556 millones de pesos a \$6.355 millones de

pesos (equivalente a U\$167 y U\$232 millones de dólares).

La Figura 2 busca reflejar la magnitud de la diferencia en los costos monetarios totales de los abortos y sus complicaciones entre las alternativas seguras e inseguras. Para ello, y por simplicidad, se utiliza el escenario más conservador en la magnitud de los abortos totales (457.533 abortos anuales) y los valores promedio de los costos de los servicios y los tratamientos médicos, aunque las conclusiones se mantienen, independientemente cual sea el escenario de abortos totales o de costos unitario de los servicios.

La principal conclusión que se desprende de la Figura 2 es la gran diferencia de costos entre el aborto inseguro y las alternativas seguras, y que dichas diferencias obedecen, en gran medida, a los costos de los tratamientos por complicaciones, aunque también a los mayores costos de bolsillo en las prácticas inseguras.

Por ejemplo, comparando el peor escenario en cuanto a la modalidad del aborto seguro que se adopte (que incluye un 25% de prácticas con dilatación y legrado) los costos totales de los abortos seguros ascenderían a \$3.965 millones de pesos al año (U\$145 millones de dólares) y los costos totales bajo el actual escenario de ilegalidad e inseguridad de la práctica \$21.282 millones de pesos (U\$778 millones de dólares), es decir, más de 5 veces más.

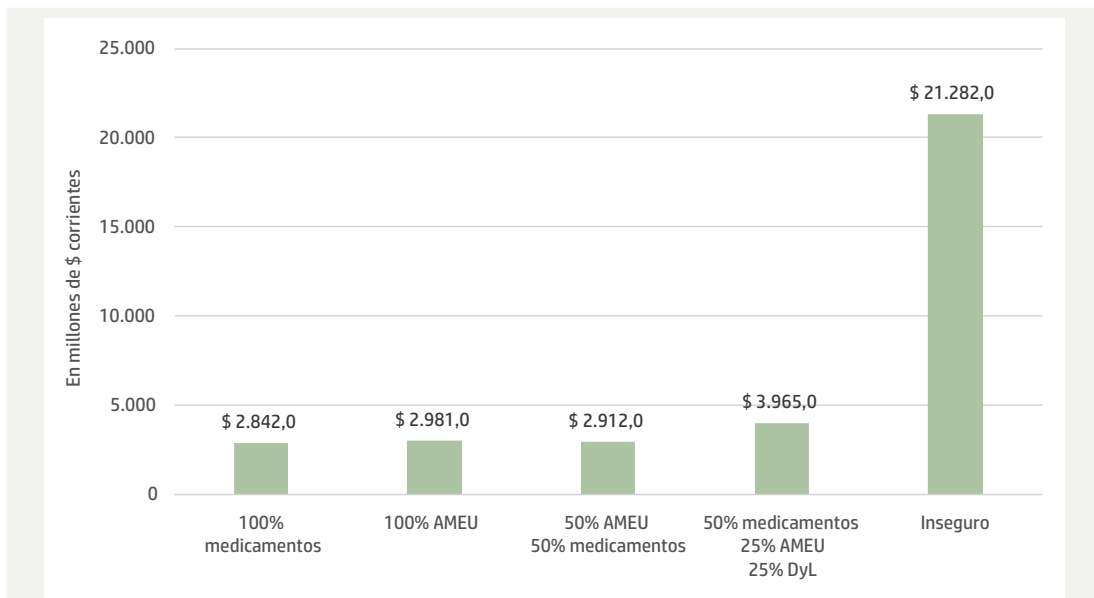


Figura 2. Comparación de los costos de abortos inseguros y abortos seguros. Escenarios de abortos totales 457.553 y costos de servicios médicos en promedio. Argentina, millones de pesos corrientes, julio 2018.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de 1) precios vigentes en julio 2018 para Argentina de la seguridad social y empresas de medicina prepaga; 2) tasas de abortos calculadas por Mario y Pantelides⁽⁷⁾; 3) proyecciones de población por sexo y grupos de edad del Instituto Nacional de Estadística y Censos⁽²⁰⁾ y 4) de la Encuesta Permanente de Hogares, del segundo trimestre de 2018⁽²²⁾.

Al desagregar el costo del escenario inseguro, se observa que aun el costo de bolsillo que pagan las mujeres o sus familias para acceder a la práctica de forma ilegal e insegura, supera cualquier alternativa segura según los protocolos de la OMS entre un 30% y un 80% (según sea el escenario de métodos más seguros que se considere). Por su parte, los recursos que gastaría el sistema de salud en tratamientos por complicaciones (sin considerar el gasto de bolsillo) superaría en 4 a 5 veces el costo para el sistema de cualquier escenario de práctica de aborto seguro.

DISCUSIÓN

Durante el primer semestre de 2018, en Argentina se inició un amplio y profundo debate sobre la legalización de la práctica del aborto (en el contexto del tratamiento legislativo del proyecto de ley de *Interrupción*

Voluntaria del Embarazo), que puso en evidencia la falta de estudios científicos que aborden aspectos específicos del tema en el contexto de nuestro país.

La magnitud de los abortos totales en la actualidad, los costos para el sistema de salud en tratamientos por complicaciones asociadas al aborto inseguro, los costos privados o de bolsillo para el acceso a esta práctica ilegal e insegura en el actual contexto, los costos de las alternativas seguras del aborto –de acuerdo a los protocolos recomendados por la OMS^(15,18,19)–, así como otros costos no monetarios y más complejos de cuantificar (como los relacionados con pérdida de productividad, de días laborables, consecuencias psicológicas, etc.), son todos aspectos poco estudiados hasta la fecha y para los cuales no fue posible encontrar estudios científicos publicados al momento del tratamiento legislativo del mencionado proyecto de ley.

El objetivo de este estudio es, por tanto, intentar reducir el vacío existente en las

dimensiones anteriores a partir de utilizar la mejor información disponible hasta la fecha, y una serie de supuestos y escenarios (que se discuten en esta sección) a fin de poder realizar comparaciones entre los costos privados (de bolsillo) y para el sistema de salud (tanto privado como público) en el contexto actual y los costos de los cuatro escenarios de prácticas seguras del aborto.

Uno de los aspectos discutidos durante el tratamiento del proyecto de ley, y sobre los que se escucharon fuertes posturas (frecuentemente acompañadas de evidencia poco clara), fue cuál sería el costo para el sistema de salud público ante un escenario de legalización del aborto con acceso universal de esta práctica en los centros de salud del país. Nuestras estimaciones no distinguen entre el costo para el sistema de salud público o privado (ya que no se ha considerado la perspectiva del financiador/prestador) y la distribución de la carga económica entre los dos subsistemas en caso de legalización de la práctica dependerá de cómo se opere: a) si solo implicara una despenalización (pero no la obligación de la cobertura) o b) si se sumara la garantía del acceso universal, y la participación de cada subsistema (público o privado) en este último escenario.

En el primer escenario, de despenalización de la práctica y control estricto de cumplimiento de los protocolos para el aborto seguro, pero con financiación privada o de bolsillo para el acceso al aborto, los ahorros para los dos subsistemas (de salud público y privado) por separado serían el resultado más esperado, en la medida en que los tratamientos por complicaciones (que son según nuestras estimaciones la mayor fuente de gasto de recursos para el sistema de salud), se reducirían al mínimo y los costos de la práctica seguirían recayendo directamente sobre los individuos. Además, en este primer escenario también es de esperar un ahorro en el propio gasto de bolsillo de quienes pagan un aborto, dado el menor costo de las prácticas bajo condiciones seguras, con métodos más actuales, que además resultan menos costosos (en línea con lo que indica la propia OMS y se muestra en el trabajo de Prada et al.⁽³⁾

y que implican el ahorro de los sobrecostos propios de la clandestinidad.

Por otra parte, aun en el segundo escenario, en el que la despenalización se acompañe de la garantía de acceso universal, nuestras estimaciones sugieren que se produciría un ahorro neto de recursos para el sistema de salud en su conjunto, ya que el ahorro por la prevención de las complicaciones gracias a las prácticas seguras, superaría mucho a los costos de sufragar la realización del aborto en condiciones seguras en los centros de salud públicos o privados. En este punto, es importante considerar la evidencia del trabajo de Prada et al.⁽³⁾ en el que se muestra que para un uso eficiente de los recursos (y maximizar los ahorros) resulta esencial la utilización de los dos métodos más recomendados por la OMS (la medicación o la aspiración manual) y la realización de la práctica en centros especializados, donde tanto el personal como el equipamiento son acordes a las necesidades de la práctica, con costos mucho menores que en otro tipo de facilidades de mayor complejidad.

Sin embargo, el resultado anterior incluye al menos tres supuestos que resultan importantes discutir y evaluar en qué medida podrían estar afectando la conclusión más general.

Primer supuesto

El 75,6% de los abortos actuales (en su mayoría ilegales e inseguros) requieren algún tipo de servicio o tratamiento posaborto (por ser incompleto o por tener complicaciones, que puede ir desde una simple consulta hasta tratamientos de gran complejidad), mientras que los abortos seguros no requieren dichos servicios. Recordemos que la cifra del 75,6% de los abortos que en la actualidad toman contacto con el sistema de salud, proviene del estudio de Pardo y Uriza⁽²³⁾ para otros países similares de la región en cuanto a la ilegalidad de la práctica (pero no para la Argentina) y que, si bien los datos fueron contrastados con especialistas locales, no dejan de estar sujetos a errores. Por su parte, la OMS afirma que los riesgos por complicaciones y la

necesidad de tratamiento posaborto, cuando se cumple con los protocolos recomendados, son mínimos o nulos, lo cual implica que la instrumentación de la legalidad de la práctica se realiza de manera adecuada y ello puede no ser así, al menos en un comienzo. La pregunta para analizar cómo estos supuestos pueden estar afectando la comparación de los costos para el sistema de salud del escenario legal (costo de la práctica segura para el sistema) e ilegal (costo de los tratamientos posaborto inseguro), es: ¿a cuánto se tendría que reducir el diferencial de requerimiento de tratamiento posaborto entre el escenario ilegal y legal de la práctica (del 75,6% en nuestro estudio) para que el costo del aborto legal para el sistema de salud sea mayor que el costo posaborto (por abortos incompletos o complicaciones)? Para responder esta pregunta se realiza un análisis de sensibilidad en el que se observa que dicho diferencial se tendría que reducir del 75,6% al 18% (ya sea por aumento de los tratamientos posaborto en el escenario legal o por reducción en el ilegal) para que el costo de los abortos seguros para el sistema de salud supere al costo de los tratamientos posaborto. En este caso, que el 18% de los abortos requieran tratamiento posaborto implicaría un costo para el sistema de salud de \$3.826 millones de pesos (para el escenario de 457.553 abortos totales) y de \$6.133 millones de pesos (para 733.431 abortos totales), cifras que, contrastadas con las de la Tabla 3, muestran que sería levemente inferiores a los costos de la alternativa más cara de los abortos seguros (\$3.965 y \$6.355 millones de pesos, respectivamente).

Del análisis de sensibilidad se desprende que, para que el contexto de ilegalidad sea menos costoso para el sistema de salud que la atención del aborto bajo protocolos seguros, se debería reducir la necesidad de tratamientos posaborto en una magnitud muy importante, lo cual resulta difícil de imaginar en un contexto de ilegalidad de la práctica (donde no se puede promover el uso de métodos seguros) y en la medida que el aborto en sí no es y no ha sido posible de evitar en ningún país.

Segundo supuesto

La legalización de la práctica no implica un aumento en el total de abortos. La magnitud de los abortos totales se mantiene constante en los dos escenarios, mientras que hay quienes indican que la legalización de la práctica puede implicar un aumento en el número de los abortos totales. La evidencia internacional en este sentido, aunque no es concluyente, parece sugerir todo lo contrario: en los países en los que se legalizó el aborto (por ejemplo, los casos de Francia, Italia, España y Uruguay) las tasas de aborto se fueron reduciendo con el tiempo (lo cual obedecería a la mejora en las políticas de prevención en un contexto de legalización), aunque es muy difícil comparar con la cifra inicial en el contexto de ilegalidad, por la propia clandestinidad de la práctica y su dificultad de medición. En el contexto de nuestro estudio y en el peor escenario cabe preguntarse: ¿a cuánto tendría que aumentar el número de abortos totales como consecuencia de la legalización para que el costo para el sistema de salud de realizar la práctica en condiciones seguras supere el costo de los tratamientos post-abortos inseguros? Los resultados de este segundo análisis de sensibilidad indican que el aumento en el número de abortos totales tendría que al menos cuadruplicarse para que los costos de atención de dichos abortos por parte del sistema, superen los costos de los tratamientos post aborto de las estimaciones actuales en el número total de abortos (del rango de 457.553 a 733.431 abortos).

Tercer supuesto

La legalización de la práctica no cambia la etapa promedio del embarazo al momento de la intervención. Esto está muy correlacionado con los costos de la intervención y los riesgos de complicaciones. En la medida que la legalización de la práctica del aborto elimina o reduce las barreras administrativas y otras barreras menos explícitas pero muy importantes (como los juicios sociales hacia la mujer que decide realizar un aborto o

las limitaciones económicas en caso del acceso garantizado) es de esperar que se logre una mejora en la atención y realización del aborto en etapas más tempranas del embarazo, lo cual reduciría más aún los costos totales de la práctica en condiciones legales, reforzando los resultados del análisis de comparativo entre el escenario legal e ilegal del presente estudio.

Por todo lo anterior, la principal conclusión de este estudio es que, desde el punto de vista estrictamente económico, no habría evidencia a favor de continuar con el actual régimen de ilegalidad en la práctica del aborto en la Argentina. Los resultados de la comparación de los costos monetarios totales (privados o de bolsillo y para el sistema de salud) del escenario actual de ilegalidad y práctica insegura del aborto, frente a escenarios potenciales de prácticas seguras, muestran que se podría ahorrar una gran cantidad de recursos si se implementaran los protocolos recomendados, lo cual solo parece posible en un contexto de legalización y control estricto de las prácticas. Los ejercicios de sensibilidad sobre los supuestos implícitos

y explícitos en las comparaciones indican, además, que los resultados resultan robustos y difícilmente contradigan la conclusión más general como consecuencia de errores en dichos supuestos.

Cabe agregar también que todo el análisis se centró en los costos monetarios del aborto y los servicios posaborto y, por tanto, las comparaciones de los escenarios de ilegalidad y legalidad de la práctica realizadas no contemplan los costos no monetarios. Respecto a esto último, cabe reflexionar ¿cómo pueden estos costos operar en los dos escenarios? Para responder este interrogante sería necesario avanzar en el estudio de las consecuencias diferenciales del aborto en condiciones seguras e inseguras en términos de muertes prematuras, discapacidad, ausentismo, daño psicológico y pérdidas de productividad (entre otros). La inclusión de estos efectos, probablemente impliquen una ampliación de las diferencias económicas, ya que difícilmente el aborto, en contexto de ilegalidad, no implique mayores efectos sobre dichas dimensiones.

AGRADECIMIENTOS

A la Asociación de Economía de la Salud por confiar en nosotras para el desarrollo del estudio. A Gines González García por su compromiso con la Salud Pública, por ser el inspirador de este estudio y por impulsarnos en la generación rigurosa de conocimiento para enriquecer la discusión sobre la base de información científica. A Mariana Romero y Silvina Ramos por su apoyo y motivación y por aportarnos su experiencia y trayectoria. A los Dres. Santiago Spadafora, Mario Glanc, Juan Pablo Denamiel y Pablo Freire por su contribución a la construcción de los supuestos adaptados al contexto de la Argentina. A las colegas, Sandra Álvarez y Catalina de la Puente por el apoyo en la búsqueda de información y la riqueza de sus aportes. Al Honorable Senado de la Nación Argentina por invitarnos a participar de tan importante debate para la salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson Jr BR, Tunçalp O, Assi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Glo-

bal, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*. 2017;390(10110):2372-2381.

2. Levin C, Grossman D, Berdichevsky K, Diaz C, Aracena B, Garcia AG, Goodyear L. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalization. *Reproductive Health Matters*. 2009;17(33):120-132.

3. Prada E, Maddow-Zimet I, Juarez F, The cost of postabortion care and legal abortion in Colombia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2013;39(3):114-123.

4. Diaz Amado E, Calderón García MC, Cristancho KR, Salas EP, Hauzeur EB. Obstacles and challenges following the partial discrimination of abortion in Colombia. *Reproductive Health Matters*. 2010;18(36):118-126.

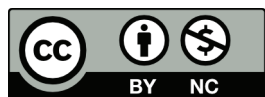
5. Prada E, Singh S, Remezand L, Villarreal C. Unintended pregnancy and induced abortion in Colombia: causes and consequences. New York: Guttmacher Institute; 2011.

6. Prada E, Singh S, Villareal C. Health consequences of unsafe abortion in Colombia, 1989-2008. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2012;118(Suppl. 2): S92-S98.
7. Mario S, Pantelides E. Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina (para el año 2000). *Notas de Población*. 2009;87:95-120.
8. Aller Atucha L, Pailles J. La práctica del aborto en Argentina. Buenos Aires: Marketing y Promoción Social para la Calidad de Vida; 1997.
9. Singh S, Wulf D. Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos. *International Family Planning Perspectives*. 1994;20(1):4-13.
10. Johnston H, Hill K. Induced abortion in the developing world: indirect estimates. *International Family Planning Perspectives*. 1996;22(3):108-137.
11. Bongaarts J. The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables. *Studies in Family Planning*. 1982;13(6/7):179-189.
12. Bongaarts J. A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review*. 1978;4(1):105-132.
13. Davis K, Blake J. Social structure and fertility: an analytical framework. *Economic Development and Cultural Change*. 1956;4(3):211-235.
14. Argentina, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de resultados [Internet]. 2007 [citado 10 dic 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y5xotrpr>.
15. Organización Mundial de la Salud. Prevención del aborto peligroso [Internet]. 26 jun 2019 [citado 28 jun 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yyrgec4r>.
16. World Health Organization. WHO launches new guideline to help health-care workers ensure safe medical abortion care [Internet]. 2019 [citado feb 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yxdllbc66>.
17. World Health Organization. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 26 feb 2019] Disponible en: <https://tinyurl.com/yxaodhod>.
18. World Health Organization. Medical management of abortion [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 26 feb 2019] Disponible en: <https://tinyurl.com/y3lzpjuh>.
19. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [citado 26 feb 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yxuv5ka5>.
20. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Proyecciones de población por sexo y grupos de edad 2010-2040: Total del país. Buenos Aires: INDEC; 2013. Serie Análisis Demográfico N° 35.
21. Alfabetá. Manual Farmacéutico On Line [Internet]. 2019 [citado 2 feb 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ybmvuecf>.
22. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Base de Microdatos Encuesta Permanente de Hogares [Internet]. 2018 [citado 10 mar 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yybsl7p8>.
23. Pardo F, Uriza G. Estudio de morbilidad y mortalidad por aborto en 36 instituciones de Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 1991;42(4):287-297. doi: 10.18597/rcog.939.
24. World Health Organization. *Unsafe Abortion* (6th ed.). Geneva: WHO; 2011.
25. Banco Central de la República Argentina. *Cotización Histórica* [Internet]. 2019 [citado 25 mar 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y4vdy8pj>.

FORMA DE CITAR

Monteverde M, Tarragona S. Abortos seguros e inseguros: Costos monetarios totales y costos para el sistema de salud de la Argentina en 2018. *Salud Colectiva*. 2019;15:e2275. doi: 10.18294/sc.2019.2275.

Recibido: 9 de abril de 2019 | Versión final: 13 de agosto de 2019 | Aprobado: 16 de agosto de 2019



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.