

Costos de la interrupción voluntaria del embarazo en Argentina – 2020

Costs of the Voluntary Interruption of Pregnancy in Argentina in 2020

Custos da interrupção voluntária da gravidez na Argentina 2020

Manzuelli, Carolina

Manzuelli, Carolina

carolinamanzuelli@hotmail.com

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Ciencias Económicas

Universidad Nacional del Litoral, Argentina

ISSN: 1666-8359

ISSN-e: 2362-552X

Periodicidad: Semestral

vol. 2, núm. 19, 2022

revistace@fce.unl.edu.ar

Recepción: 07 Noviembre 2022

Aprobación: 22 Diciembre 2022

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/644/6444050004/>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Resumen: A raíz del fuerte debate social sobre la legalidad de la interrupción voluntaria del embarazo, en este trabajo se estimaron los costos económicos para el estado bajo dos situaciones: una en la que la práctica es legal realizada por el estado y por privados y, otra, hace referencia a la situación en la que la práctica es ilegal, pero el estado luego cubre los gastos de complicaciones, como lo fue hasta diciembre de 2020. La mayor complicación resultó en estimar la cantidad de abortos realizada en el año 2020 en Argentina, ya que debido a la ilegalidad no se cuenta con datos certeros. Lo que llamó la atención es como a través del método residual de Johnson y Hill encontramos que la cantidad de prácticas realizadas puede disminuir considerablemente si se refuerza en el buen uso de anticonceptivos. Los costos de practicarse un aborto de forma segura, en un hospital, son mucho menores que si se realizan de forma insegura. Se plantearon tres escenarios y dos prácticas seguras, lo que nos llevó a observar una disminución de costos para el estado que va de 19 % a 79 % al pasar de atender consecuencias por abortos inseguros a realizar la práctica segura y de forma legal brindando la información y atención necesaria.

Palabras clave: Aborto, IVE, Costos.

Abstract: *As a result of the heated social debate on the legality of the voluntary interruption of pregnancy, the costs for the state in two possible situations were estimated in this work. On the one hand, a situation in which the VIP is legal and carried out by both the state and private companies; on the other, a situation in which VIP is illegal and the state covers for the costs of its complications (as it happened until December 2020). The biggest challenge was the estimation of the number of abortions performed in 2020 in Argentina, since there is no accurate data due to its illegality. The most shocking finding -made through Johnson and Hill's residual method- has been that the number of VIPs carried out can be considerably reduced if the correct use of contraceptives is reinforced. The costs of performing an abortion safely, at a hospital, are much less than if it is done unsafely. Three scenarios and two safe practices were proposed, which led us to observe a decrease in costs for the state of 19% to 79% when comparing the costs of attending to the consequences of unsafe abortions and the costs of carrying out VIP safely and legally, with the necessary information and care.*

Keywords: *abortion, VIP (voluntary interruption of pregnancy), costs.*

Resumo: *Fruto do forte debate social sobre a legalidade da interrupção voluntária da gravidez (IVE), neste trabalho foram estimados os custos econômicos para o Estado em duas situações: uma em que a prática é legal realizada pelo Estado e por empresas privadas e, outro, refere-se à situação em que a prática é ilegal, mas o Estado passa a arcar com os custos das complicações, como era até dezembro de 2020. O maior obstáculo resultou na estimativa do número de abortos realizados no ano de 2020 na Argentina, já que, devido à ilegalidade, não há dados precisos. O que chamou a atenção é como, por meio do método residual de Johnson e Hill, descobrimos que o número de práticas realizadas pode ser consideravelmente reduzido se for reforçado o uso correto de anticoncepcionais. Os custos de realizar um aborto com segurança, em um hospital, são muito menores do que se fosse feito de forma insegura. Foram propostos três cenários e duas práticas seguras, o que nos levou a observar uma diminuição dos custos para o estado que passa de 19% para 79% ao passar de atender as consequências de abortos inseguros para realizar a prática de forma segura e legal, proporcionando a informação e atendimento necessário.*

Palavras-chave: *Aborto, IVE, Custos.*

1. INTRODUCCIÓN

En el último tiempo la sociedad argentina se ha visto involucrada en un fuerte debate sobre la legalidad de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE en adelante) para las personas gestantes. Como IVE se entiende que toda persona gestante tiene derecho a decidir voluntariamente la interrupción de su embarazo durante ciertas semanas del proceso gestacional (14 semanas para el caso de la ley 27.610 en vigencia desde el 24 de enero de 2021).

Uno de los fundamentos más fuertes de oposición para aprobar esta ley fue el costo en que incurriría el Estado Argentino en la realización de esta práctica. Fue este punto, principalmente, que despertó en mí el interés por realizar esta investigación y brindar respuestas desde la economía a algunos de los interrogantes y dudas involucrados en el debate.

Para comenzar el estudio, se presentan diversos trabajos que enmarcan la situación en un contexto latinoamericano. Cabe destacar que, en la búsqueda de trabajos de investigación académicos se detectó un vacío o escasez notable, debido probablemente a que no existen datos oficiales sobre estas prácticas consideradas ilegales hasta la aprobación de la ley. Es por este mismo motivo que surgen los principales inconvenientes para el cálculo. Por un lado, respecto a la cantidad de abortos anuales, ya que no hay datos que certifiquen la cifra exacta o estimativa de interrupciones realizadas, esto lleva al segundo inconveniente que se asocia al desconocimiento de los costos que la IVE tendría para el estado. Para sortear el primer inconveniente (estimación de la cantidad de abortos anuales en Argentina) en este trabajo se calcula el índice de abortos a través del método residual de Johnson y Hill (1982). El objetivo es la estimación de la cantidad de abortos al año 2020 y a partir de allí realizar una estimación de los costos económicos de la práctica legal en Argentina, se dividen estos costos en privados y públicos, en base a si la práctica la costeará el Estado, los individuos de su bolsillo o si serían incluidos en los planes de los seguros de salud.

Al respecto se plantean 3 escenarios posibles:

- Escenario 1: 100 % de las prácticas recaen sobre el sector público.

- Escenario 2: 50 % de las prácticas recaen sobre el sector público y 50 % sobre los individuos de bolsillo.
- Escenario 3: 40 % de las prácticas recaen sobre el sector público, 40 % recae sobre seguros de salud y 20 % recae sobre individuos.

Para finalizar este trabajo de investigación, se realiza una introducción sobre los costos de oportunidad que involucra la práctica y la importancia de un cálculo futuro.

2. ANTECEDENTES EN LATINOAMÉRICA

En Latinoamérica la práctica de IVE sin condicionamientos y dentro de cierto plazo, solo puede realizarse en: Cuba, Uruguay, Guayana, Guyana Francesa, Puerto Rico y a partir desde enero de 2021 en Argentina. Para los demás países, se encuentran distintas restricciones al acceso; estrictamente prohibido para El Salvador, Honduras, Nicaragua y Haití; permitido solo en caso de riesgo para la vida o salud de la madre para Paraguay, Venezuela, República Dominicana, Costa Rica, Belice y permitido solo en caso de riesgo para la madre u otras causales como violación y/o inviabilidad del feto para el resto de Latinoamérica.

Por lo tanto, en la mayoría de los países latinoamericanos, la práctica de interrupción del embarazo sin condicionamientos es ilegal. Y este marco de ilegalidad favorece a la falta de datos exactos y confiables a la hora de conocer la cantidad total de abortos que se realizan y los costos de los mismos.

En la búsqueda de antecedentes en estudios para Latinoamérica, se encuentra una publicación de la Organización Mundial de la Salud (2019) en la que se estimó que entre 2010 y 2014 hubo en el mundo un promedio anual de 56 millones de abortos provocados, en condiciones de seguridad o sin ellas.

En la publicación, los abortos se clasifican como «Seguros», «Poco Seguros» o «Peligrosos». Un aborto peligroso se produce cuando un embarazo es interrumpido bien por personas que carecen de la cualificación o la información necesarias y/o en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas. Mencionan que en los países en donde la restricción a acceder a prácticas de abortos es mayor, los abortos también son más «peligrosos». Para el caso de Latinoamérica, se estima que solo 1 de cada 4 abortos es seguro, y aunque la mayoría no llega a considerarse «peligroso», si lo son «menos seguros», esto responde a que las mujeres de la región obtienen cada vez más medicamentos como el misoprostol fuera de los sistemas de salud oficiales. Es por esto que, en el último tiempo, en la región se han registrado menos muertes y complicaciones graves derivadas de abortos peligrosos.

En este punto Argentina cuenta con redes de mujeres organizadas y profesionales de la salud que ayudan conseguir estos medicamentos, por mencionar uno de estos grupos «Socorristas en red» se distribuyen a lo largo del territorio argentino, brindan información, contactos, asistencia y cuentan con estadísticas publicadas en su sitio web.

Grimes, Benson, Singh, Romero, Ganatra, Okonofua, Shah (2006) clasifica a los costos de la práctica insegura como directos e indirectos. Como práctica insegura llama a los procedimientos que se llevan a cabo generalmente por personas sin las habilidades requeridas. En cuanto a la mortalidad y morbilidad no les resulta sencillo llegar a una cifra determinada, esto se debe a la insuficiente información derivada de la informalidad de los procedimientos. Observan que la tasa de morbilidad por interrupción de embarazos ha disminuido desde 1900 y esto lo asocian al igual que en el artículo de OMS con el aumento de consumo de misoprostol en esta práctica como reemplazo de otros métodos inseguros y más invasivos.

Al igual que la mayoría de los autores, observan que en los países en donde la práctica es ilegal o está restringida la mortalidad es mayor. Concluyen que los gobiernos no deberían preocuparse por los costos de sobrecargar la infraestructura de la salud al legalizar la práctica.

Según sus observaciones, en países de bajos ingresos se gasta un 50 % del presupuesto destinado a obstetricia y ginecología en complicaciones por abortos inseguros. Los costos directos que incurren en estos casos son: personal de salud, medicamentos, sangre, suministros y equipos y pernoctaciones. En cuanto a los

costos indirectos los consideran difíciles de cuantificar, entre ellos nombran; pérdida de productividad por la mortalidad y morbilidad, efectos sobre la salud y educación de los niños si sus madres mueren, desvío de escasos recursos médicos al tratamiento complicaciones por abortos, infertilidad, estigma y otras consecuencias socio psicológicas.

Es interesante como distinguen tres niveles de medicina preventiva. La prevención primaria que protege a la salud mediante esfuerzos personales y comunitarios, la secundaria que incluye detección temprana y tratamiento inmediato de la enfermedad, y la terciaria que mitiga la discapacidad (rehabilitación). La reducción de la necesidad de aborto a través de la anticoncepción incluye la prevención primaria, disminuyen los costos de la prevención secundaria, si los procedimientos a tiempo y pueden hacerse de forma ambulatoria sin recurrir a internación, mientras que los costos de la prevención terciaria disminuyen ya que, al legalizar el procedimiento, muchos casos no llegarían a este punto.

Prada, Maddow-Zimet y Juárez (2014) también estimaron los costos de la práctica de IVE de dividiéndolos en directos e indirectos, los primeros refieren a los salarios del personal médico, medicamentos y suministros, mientras que los segundos hacen referencia a gastos generales y costos de capital. Luego se estimó el costo total anual para el sistema de salud de las distintas complicaciones que pueden surgir postaborto y finalmente compararon el costo de las complicaciones de abortos poco seguros con el costo de proveer servicios de aborto legal y seguros.

Los datos se obtuvieron de entrevistas seleccionando una muestra aleatoria de instituciones de salud que provee atención relacionada con el aborto incluidas 25 instituciones públicas y privadas de segundo y tercer nivel de atención, así como cinco instituciones privadas de primer nivel, que proveen servicios especializados de salud reproductiva.

Como resultados expresan que los costos varían según instituciones y complicaciones y que la prestación de servicios de atención postaborto y de aborto legal, en instituciones de salud de los niveles más altos, resulta en costos innecesariamente altos. Estos costos, según los números expuestos por el trabajo, pueden reducirse en forma significativa al proveer servicios de manera oportuna en instituciones de primer nivel y mediante el uso de métodos de aborto seguro, no invasivos y menos costosos.

Hay que tener en cuenta que las estimaciones a través de encuestas en un contexto de ilegalidad, pueden estar sesgadas, ya que el personal o las pacientes pueden tener cierto temor al confesar la realización de una práctica que es condenada penal y socialmente. Sobre esta complicación refiere Drovetta (2015), en su publicación sobre abortos medicamentosos. Muestra cómo a la hora de realizar encuestas y recolectar datos se dificulta la tarea al tratarse de una práctica ilegal. En su trabajo realiza entrevistas a mujeres que han abortado y a profesionales, clasifican a los últimos en 3 grupos: un grupo formado por contrarios al aborto, cerrados a entregar información al paciente; el segundo son profesionales desinformados, pero comprensivos; y el tercero amigables e informados (una minoría).

También manifiesta que, los profesionales de la salud no están obligados a recetar Oxaprost, que es el medicamento de patente que contiene entre sus componentes misoprostol, si no hay una patología asociada a su uso original. La decisión de hacerlo es personal y de responsabilidad profesional para favorecer el acceso de una mujer a un aborto. Si estos profesionales se resisten a recetar el medicamento, el mismo puede adquirirse en el mercado negro, y esto puede suponer su adulteración, el riesgo de la estafa, el sobreprecio, el fraccionamiento y la venta sin garantías de los modos de conservación, también puede promover otras formas de provocarse el aborto, como la introducción de objetos (sondas, objetos punzantes), o líquidos en la vagina, los golpes, etc.

Levin, Grossman, Berdichevsky, Diaz, Aracena, Garcia, Goodyear estiman los costos medios de abortos seguros en instituciones privadas, y los compara con los costos medios de tratamientos postabortos inseguros en instituciones públicas y privadas. Divide, al igual que los trabajos anteriores, los costos en directos e indirectos, los primeros incluyen costo en personal, medicamentos, descartables, estudios, y equipamiento médico. Los costos indirectos refieren a viajes, cuidado de niños, pérdida de salario.

Los resultados muestran que los costos de abortos seguros, practicados por distintos métodos, tienen un costo medio de USD 14 si se realiza a través de legrado, de USD 53 a USD 111 si se realizan a través aspiración manual endouterina, y USD 79 para abortos medicamentosos (en el caso de México a través de Misoprostol). La conclusión a la que arriban, es que una mejora en el acceso a la práctica de IVE realizada con los métodos seguros y recomendados por la OMS podría reducir los costos del gobierno en un 62 % aproximadamente.

Mario y Pantelides (2005), estimaron la cantidad de abortos realizados en Argentina en 2000 a través del método de egresos hospitalarios (de Singht y Wulf) y el método residual (de Johnson y Hill). El primer método llega a una subestimación ya que solo se toman los abortos que terminan hospitalizados, por ello proponen un multiplicador que corrija esta subestimación. Este multiplicador se consigue a través de encuestas e informantes claves. Aunque sabemos que las encuestas pueden resultar sesgadas y los informantes pueden ser temerosos a decir la verdad. El valor de esta estimación concluye entre 371 965 y 446 998 abortos en el año.

El método residual, por su parte, relaciona la tasa global de fecundidad con la tasa de fertilidad potencial. A través de esta metodología, que se retoma en la próxima sección, la estimación arroja un valor de 485 974 a 522 216 abortos al año.

Esta publicación no hace referencia a los costos de realizar las prácticas, pero es un aporte interesante al calcular las cantidades realizadas en un año en contexto de ilegalidad.

Por último, Monteverde y Tarragona (2019) aborda el tema de costos monetarios totales y costos para el sistema de salud de Argentina para 2018 de abortos seguros e inseguros.

Mencionan tres formas posibles de abordar la dimensión económica: una es la perspectiva de los recursos monetarios tanto para el sistema público y privado de salud como para las personas que se realicen la práctica (gasto de bolsillo); la segunda es la perspectiva de los recursos monetarios totales sin considerar el gasto de bolsillo; y la tercera perspectiva es la más amplia y contemple los recursos monetarios y no monetarios, estos últimos asociados a los costos de oportunidad. Las autoras deciden avanzar en la segunda perspectiva ya que reconocen la complejidad de la tercera y a la primera la consideran dependiente del diseño de financiación que adopte en caso de la legalización y/o despenalización. En este punto consideramos que si bien la tercer perspectiva, que habla de costos monetarios y no monetarios, sí supone una complejidad adicional, el argumento para dejar de lado la primer perspectiva podría sortearse si se considera la ley vigente que hace referencia a la financiación de las prácticas, y la misma sería a través del sistema de salud estatal, obras sociales, seguros de salud y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médicos asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean. Además, uno de los temas centrales en el debate sobre la aprobación de esta ley es el gasto en el que el Estado incurriría, al incluir el gasto de bolsillo individual, la carga monetaria se divide.

En base a esto las autoras realizaron cuatro estimaciones 1) la cantidad de abortos totales por año que se realizan en la Argentina en 2018, 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.

Para la estimación de la cantidad de abortos usaron la tasa de abortos estimada por Mario y Pantelides por cada 1.000 mujeres en edad fértil para el año 2000. Con este dato se actualizó la cantidad de mujeres en edad fértil según las proyecciones oficiales de población.

Las autoras consideran que la tasa de abortos estimada para el año 2000 es la misma 18 años después. Este punto puede que para una simplificación sea un dato cercano, pero no necesariamente del todo correcto.

Una cuestión interesante del trabajo es como valorizaron las practicas, optaron por valorizar precios promedios de tres grupos de instituciones: obras sociales nacionales, obras sociales provinciales y empresas de medicina prepaga.

Para la valorización de los medicamentos emplearon el precio de venta al público obtenido del Manual Farmacéutico. Los valores de los costos son los de distintas regiones de CABA con base a los microdatos de la encuesta permanente de hogares para el segundo trimestre de 2018.

Como no se cuenta con datos exactos de las practicas que se realiza en cada caso, en la publicación se optó por presentar cuatro escenarios posibles: en el primero todos los abortos son realizados con medicamentos; en el segundo todos se hacen con aspiración manual endouterina; en el tercero un 50 % se realiza con aspiración manual endouterina y un 50 % con medicamentos; y el último asume que el 50 % se realiza con medicamentos, 25 % con aspiración manual endouterina y 25 % con dilatación y legrado (aunque esta última practica no es recomendada por la OMS).

Suponen, según una estimación realizada por Pardo y Uriza, que el 75 % de los abortos toma contacto con el sistema de salud por alguna razón, de ellos un 67 % 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.

Los resultados a los que arriban es que en el año 2018 se estima que se realizaron entre 457 mil y 733 mil abortos.

Mencionan una notable diferencia en los costos de atención de complicaciones según la práctica que se realiza. Estos varían desde USD 829 para abortos incompletos hasta USD 10.106 si se trató de un shock séptico. La estimación de los costos totales para 2018 como consecuencia de la práctica ilegal de interrupción del embarazo en Argentina, varían desde USD 476 millones a USD 1804 millones según las brechas de cantidad de abortos totales y las complicaciones de las que se trate. Mientras que el costo de realizar la misma cantidad de abortos de forma segura bajo las practicas recomendadas por la OMS oscila entre USD 167 millones dólares y USD 232 millones de dólares si se toma la estimación de 733 mil abortos anuales.

Concluyen entonces, marcando la notable diferencia entre costos de abortos seguros e inseguros, esta diferencia la explican por las complicaciones y por grandes costos de bolsillo para las mujeres, aún en el peor de los escenarios, el escenario 4.

Si tomamos en cuenta experiencias de otro país en la legalización de la IVE en los últimos años, podemos revisar los datos de Uruguay y Distrito Federal de México.

En Uruguay, a partir del año 2008 se establece la obligatoriedad de brindar atención e informar sobre los métodos menos inseguros para practicarse un aborto. Se menciona explícitamente el misoprostol como entre los métodos más seguros sobre los que debe informarse, aunque explícitamente se prohíba prescribirlo y, más aún, administrarlo, sin embargo, esto ayudó a disminuir las complicaciones por abortos inseguros. Pero fue a partir de la legalidad de la IVE, que la tasa de mortalidad en personas gestantes que desean llevar a cabo esta práctica ha pasado a ser muy cercana a 0 %. Además, el sector público cubre el 41 % de las prácticas mientras que el sector privado un 59 %.

Por otro lado, la RED CLAP MUSA que es la red para vigilar e investigar la salud de las mujeres, madres y los recién nacidos en Latinoamérica y El Caribe, brinda información de experiencia sobre IVE en México DF. Ellos resaltan que al legalizarse la IVE, la práctica se realiza mayormente de forma ambulatoria, con medicamentos seguros, de forma menos invasiva, se brinda más control sobre el proceso y hay menos objeción de conciencia ya que el medico se involucra mucho menos. Gracias a esto, con el tiempo observan que el servicio migra y se comienza a realizar más en centros de salud y menos en hospitales.

En cuanto a la reducción de costos destacan que, al pasar de tratamientos con medicamentos y ambulatorios en la mayoría de los casos, se disminuye el gasto en: uso de camas, sala de operaciones, personal, anestesia, insumos, otros medicamentos.

Muestran que después de la legalización en México DF se logró recaudar la siguiente información: quienes realizaron la práctica fueron en 94 % de los casos mujeres adultas, 6 % adolescentes, 84 % contaba con

educación media o superior, 59 % soltera o divorciada, 39 % no contaba con trabajo remunerado y 80 % transcurría menos de 10 semanas de gestación.

Toda la información recaudada gracias a la legalidad de la práctica, puede usarse para conocer bajo qué circunstancias se llega a solicitar una IVE y poder aplicar políticas para prevenir embarazos no deseados logrando mejor planificación familiar. Bajo contextos de ilegalidad es imposible conocer a ciencia cierta la cantidad de abortos que se realizan en el país; los motivos por los que se desean realizar; la educación de las personas gestantes; el estado civil; entre otros datos que ayudarían a la prevención.

En conclusión, la mayoría de los países de Latinoamérica tienen restricciones a la práctica libre de IVE. Así un alto porcentaje del presupuesto destinado a obstetricia y ginecología se utiliza para tratar complicaciones post abortos inseguros. Los antecedentes nos muestran que, al disminuir las restricciones legales a la práctica, el costo para el estado disminuye gracias a la reducción de estas complicaciones. Si bien, con la mayor información y el aumento del uso de métodos medicamentosos, se observa que los abortos ilegales pasan de ser «inseguros» a «poco seguros» aún no son totalmente seguros por distintos motivos, lo que trae asociados grandes costos.

Se observa que en la temática faltan estudios científicos en cuanto a las cifras de Argentina en particular. Si bien el último trabajo referenciado se realizó un esfuerzo por encontrar una cifra de cantidad de abortos y costos de los mismos, creemos que esa cifra podría mejorarse si se tomara una nueva estimación de la tasa de aborto y si los costos se diferenciaran entre los que incurriría el estado, el sector privado y los de bolsillo.

En este trabajo se intentará cubrir algunas de estas falencias y se abre una puerta a futuras investigaciones en cuanto a la reducción de costos de oportunidad o «costos indirectos» de la legalización de esta práctica para Argentina.

3. METODOLOGÍA Y FUENTE DE DATOS

Para el análisis se realizarán dos estimaciones: cantidad de abortos realizados en 2020 y costos asociados a estos.

Para el cálculo de los costos asociados a la práctica nos basamos estrictamente en costos monetarios, sabiendo que se existen otros costos de oportunidad en los que la persona gestante y el estado incurre al realizar esta práctica. Sobre estos últimos se hará una sección introductoria, mientras que para los primeros se realizará un cálculo aproximado bajo distintos supuestos.

Primero evaluaremos los procedimientos por los que se puede realizar un aborto de forma legal e ilegal y los recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Luego, nos basaremos en los datos publicados por el Centro de Economía Política Argentina (CEPA) en 2020, sobre los costos aproximados de los componentes unitarios para llevar a cabo un aborto en Argentina.

De esta forma obtendremos la estimación de los costos de realizar la práctica de forma segura y de forma insegura con las complicaciones que esto conlleva. El porcentaje de abortos que tienen complicaciones y su gravedad lo tomaremos de las estimaciones presentadas en el trabajo de Tarragona y Monteverde (2019). Por último, para plantear la forma de financiación de las prácticas se toma la experiencia del país vecino Uruguay quien ha legalizado la IVE en el año 2012 y lo estipulado en la Ley Argentina N° 27.610.

Para el cálculo de la cantidad de abortos nos basamos en el método residual propuesto en 1996 por Johnston y Hill, el cual se basó en un método desarrollado por Bongaarts (1978 y 1982) retomando las ideas de Davis y Blake (1956).

La propuesta es relacionar la fecundidad real observada con la fertilidad potencial a través de cuatro variables: la iniciación sexual de las mujeres en edad fértil, el uso y eficacia de métodos anticonceptivos, abortos y la infertilidad posparto. Se calculan índices para los principales determinantes de la fecundidad y así se mide el efecto de cada uno de ellos sobre la fertilidad potencial. Estos índices toman valores entre cero

y uno, el valor uno indicaría que no existe ningún efecto de dicha variable sobre la fecundidad y el cero un efecto reductor total.

El modelo final de Johnston y Hill (1996) propone reordenar los términos de la fórmula de Bongaarts, despejar la variable correspondiente al aborto y obtener así la tasa anual de abortos y el número de abortos anuales.

La variable «iniciación sexual de las mujeres en edad fértil» es el reemplazo de la variable original «nupcialidad» o «prevalencia de uniones», Johnston y Hill argumentan que, en la mayor parte de las sociedades modernas, un indicador más adecuado para medir la exposición al riesgo de embarazo es la proporción de mujeres sexualmente iniciadas por grupo de edad.

En resumen, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) sería igual a la Tasa de Fertilidad Potencial (TF) multiplicada por los coeficientes de reducción proporcional de la fecundidad, debido a: la no exposición a relaciones sexuales (Cm), uso de métodos anticonceptivos (Cc), aborto inducido (Ca), la infertilidad posparto (Ci).

$$TGF = TF * C_m * C_c * C_a * C_i$$

A partir de este índice se calcula la tasa de aborto. Ésta relaciona el coeficiente de aborto (Ci) con la tasa global de fecundidad (TGF) y un parámetro b que representa el número de nacimientos evitados por cada aborto inducido, b depende de u (prevalencia del uso actual de anticonceptivos), ya que según explica Bongaarts, un aborto inducido evita menos de un nacido vivo, esto es porque el embarazo podría terminar en aborto espontáneo o mortinato y porque después de un aborto, la ovulación se reanuda más pronto que si el embarazo hubiera llegado a término. El número de nacimientos evitados está altamente determinado por la práctica de anticoncepción después del aborto inducido. En ausencia de anticoncepción un aborto inducido evita 0,4 nacimientos, mientras que cuando se practica una anticoncepción de efectividad moderada se evitan aproximadamente 0,8 nacimientos.

Los datos serán extraídos de distintas fuentes para poder obtener los coeficientes. Las fuentes que utilizaremos serán: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2013), Indicadores Básicos presentados por el Ministerio de Salud (2018), Estimación y Proyecciones de Población 2010–2040 Total País publicadas por el INDEC y Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2004 2005 y 2019).

4. ESTIMACIÓN DE LA CANTIDAD DE ABORTOS EN ARGENTINA 2020

Como mencionamos el método a utilizar será basado en el trabajo de J. Bongaarts (1978 y 1982) y tomamos como guía las estimaciones realizadas por Mario y Pantelides para Argentina (2005).

Dijimos entonces, que la TGF es igual a:

$$TGF = TF * C_m * C_c * C_a * C_i$$

En donde:

TGF: Tasa Global de Fecundidad, es el número promedio de niños que nacerían de una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad de un determinado período de estudio (normalmente de un año determinado) y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil.

TF: Tasa de Fertilidad Potencial, corresponde a los hijos nacidos vivos que en promedio tendría una mujer durante toda su vida fértil.

Cm: coeficiente de reducción proporcional de la fecundidad, debido a la no exposición a relaciones sexuales.

Cc: coeficiente de reducción proporcional de la fecundidad, debido al uso de métodos anticonceptivos.

Ca: coeficiente de reducción proporcional de la fecundidad, debido al aborto inducido.

Ci: coeficiente de reducción proporcional de la fecundidad, debido a la infertilidad posparto.

TF se estima es 15,3 hijos en promedio (rango 13 a 17).

Recordemos que estos índices toman valores entre cero y uno, el valor uno indicaría que no existe ningún efecto de dicha variable sobre la fecundidad y el cero un efecto reductor total.

Entonces el proceso ahora es calcular los siguientes coeficientes:

Cm: Índice de exposición a las relaciones sexuales

$$C_m = \frac{TGF}{TM} = \frac{\sum f(a)}{\sum f(a)/m(a)}$$

En donde:

TGF: es la tasa global de fecundidad.

TM: es la tasa de fecundidad que resultaría al sustraer el efecto reductor de la no exposición al riesgo de tener relaciones sexuales.

f(a): es la tasa específica de fecundidad por edad.

m(a): es la proporción de mujeres sexualmente iniciadas.

Para el cálculo tomamos los datos de las proyecciones de Ministerio de Salud publicadas por INDEC según las bases del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en 2010 y la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva con datos de 2013.

El resultado obtenido fue:

$$TGF = 2,17 \quad TM = 2,50$$

TABLA 1.
Datos para el cálculo de Cm.

| DATOS PAR EL CÁLCULO DE Cm | | | | | |
|----------------------------|--------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Grupo Quinquenal | f(a) | x 5 | m(a) | f(a)/m(a) | x 5 |
| 15-19 | 0,0568 | 0,284 | 0,51010101 | 0,111350495 | 0,55675248 |
| 20-24 | 0,0988 | 0,494 | 0,929086538 | 0,106341009 | 0,53170505 |
| 25-29 | 0,1034 | 0,517 | 0,972434916 | 0,106331024 | 0,53165512 |
| 30-34 | 0,0976 | 0,488 | 0,991525424 | 0,098434188 | 0,49217094 |
| 35-39 | 0,0588 | 0,294 | 0,9904 | 0,059369952 | 0,29684976 |
| 40-44 | 0,0169 | 0,0845 | 0,996753247 | 0,016955049 | 0,08477524 |
| 45-49 | 0,0017 | 0,0085 | 0,989881956 | 0,001717376 | 0,00858688 |
| TOTAL/1000 | | 2,17 | | | 2,50 |

Fuente: Elaboración propia sobre las bases de datos publicados por INDEC: ENSSyR 2013; Estimaciones y Proyecciones de Población 2010–2040 Total País.

Utilizando estos indicadores, obtenemos nuestra estimación para el año 2020, lo que muestra que el índice de exposición a las relaciones sexuales correspondería a 0,868.

La estimación para el año 2000 calculado por Mario y Pantelides fue de Cm= 0,80276817.

Esto muestra que el índice de exposición a las relaciones sexuales habría aumentado con el paso del tiempo. En todos los grupos quinquenales se observa mayor exposición, pero principalmente entre las mujeres de 15–19 años; por lo tanto, a pesar de la disminución de TGF para 2020, el comportamiento de mayor exposición a las relaciones sexuales disminuye el efecto reductor de Cm sobre la fecundidad.

Cc: Índice de anticoncepción

$$C_c = 1 - 1,08 * e * u$$

u: es la prevalencia del uso actual de anticonceptivos, que incluye la esterilización.

e: es la eficacia en el uso medio de la anticoncepción

Para calcularlo debemos conocer la eficacia de los métodos anticonceptivos, y en qué porcentaje son elegidos cada uno por las mujeres en edad fértil en Argentina.

1,08: es un factor de corrección por esterilidad estimado a partir de encuestas mundiales de fecundidad que Bongaarts (1982) toma de Nortman (1980).

Para el cálculo se tomaron los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2013 de Ministerio de Salud y de una publicación realizada por la OMS en junio de 2020 «Planificación Familiar» en la que sintetizan mecanismos y acción de eficacia de métodos anticonceptivos. Contamos con la información de eficacia en los distintos métodos anticonceptivos de un uso perfecto y la que se evidencia en la realidad, en su uso habitual. Tomaremos los datos del uso habitual para acercarnos más a un valor real.

TABLA 2.
Datos para el cálculo de Cc.

| Método | Proporcion de Usuarías u(m) | Eficacia e(m) Uso Habitual | u(m)*e(m) | u(m)*e(m)/u |
|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------|--------------|
| Esterilización Masculina | 0,0004 | 0,999 | 0,000 | 0,000 |
| Esterilización Femenina | 0,0555 | 0,995 | 0,055 | 0,068 |
| DIU | 0,0744 | 0,992 | 0,074 | 0,091 |
| Píldora | 0,3769 | 0,930 | 0,351 | 0,431 |
| Inyectables | 0,0337 | 0,960 | 0,032 | 0,040 |
| Preservativo Masculino | 0,2408 | 0,870 | 0,210 | 0,258 |
| Ritmo | 0,0134 | 0,850 | 0,011 | 0,014 |
| Retiro - días | 0,0131 | 0,800 | 0,010 | 0,013 |
| Pastilla del día despues | 0,0000 | 0,991 | 0,000 | 0,000 |
| Implantes | 0,0001 | 0,999 | 0,000 | 0,000 |
| Otros | 0,0042 | 0,690 | 0,003 | 0,004 |
| Total | 0,813 | | | 0,919 |

Fuente: Elaboración propia sobre las bases de datos publicados por INDEC "ENSSyR 2013" y por la OMS "Planificación Familiar", 2020

Así obtenemos:

u: 0,813

e: 0,919

$$C_c = 1 - 1,08 * 0,813 * 0,919 = 0,193$$

El cálculo que se obtuvo en las Notas de Población N° 87 de CEPAL publicado en 2005 de este multiplicador fue igual a 0,351. Es decir, en los últimos años el índice de anticoncepción presentó una disminución, lo que puede explicarse por el aumento de u (prevalencia de usos anticonceptivos).

Por lo tanto, este índice comienza a tener mayor efecto sobre la reducción de la fecundidad. Encontramos que el índice toma un valor mucho más cercano a cero que el que se obtuvo en 2005. Esto se explica principalmente por el aumento en el porcentaje de uso de pastillas anticonceptivas; en 2005 se observó que del total de la muestra un 17,1 % elegía este método, mientras que para 2020 el porcentaje aumenta a 37,7 %. Así, las mujeres al optar por métodos más seguros, tienen un mayor control sobre planificación familiar y se disminuye la posibilidad de llegar a un aborto.

Este resultado es de suma importancia ya que observamos que controlando esta variable, se podría llevar a los abortos a un número muy bajo, por lo tanto, se deberían realizar políticas públicas con el fin de aumentar el buen uso de anticonceptivos.

Ci: Índice de infertilidad post parto

Para el cálculo de este índice hay que tener en cuenta que la influencia de la lactancia en la fertilidad es muy variante, y depende en gran medida de la forma de amamantar.

Según la publicación de Díaz en «Lactancia e infertilidad en el período post parto», la amenorrea de lactancia protege en forma eficaz (con una tasa de embarazo de 1 de cada 100 mujeres) a las mujeres en los primeros seis meses del postparto, esto si dan de amamantar de forma exclusiva (sin complementos).

Cálculo de Ci:

$$Ci = \frac{20}{18,5+i}$$

El valor 20 corresponde a la longitud de un intervalo medio sin lactancia: 1,5 meses por amenorrea posparto, 7,5 meses que se espera para un nuevo embarazo, 2 meses por mortalidad intrauterina y 9 meses por embarazo.

i es la duración de la infertilidad posparto, debida a la lactancia.

$$i = 1,753 \exp(0,1396 * B - 0,01872B^2)$$

(B) duración de la lactancia Se obtiene de ENNyS

B tomamos el valor de la mediana para 2013 = 6 meses

Entonces el cálculo de *i* es el siguiente:

$$i = 1,753 \exp(0,1396 * 6 - 0,01872 * 6^2) = 3,78685783$$

Calculamos a partir de allí Ci:

$$Ci = \frac{20}{18,5+3,7869} = 0,8974$$

Con estas variables ya podemos calcular el Índice de aborto como residuo:

$$Ca = \frac{TGF}{TF * Cm * Cr * Ci}$$

$$Ca = \frac{2,17}{15,3 * 0,068 * 0,1935 * 0,8974} = 0,94099643$$

A partir de estos índices, podemos calcular la tasa de aborto TA:

Donde B: $0,4 * (1+u)$

$$Ta = \frac{2,17}{0,941} - 2,17 * \frac{1}{0,725} = 0,1877$$

Para conocer la tasa general de aborto cada 1000 mujeres de 15 a 49 años tomamos la tasa global dividida por 35 y multiplicada por 1000.

$$Ta = \frac{0,1877}{35} * 1000 = 5,362$$

TABLA 3.
Cálculo de Estimación de la Cantidad de Abortos en Argentina 2020.

| Tasa general de aborto | Tasa Global de aborto cada 1000 mujeres de 15 a 49 años | Número de abortos inducidos anuales |
|--|---|-------------------------------------|
| 0,187665447 | 5,361869919 | 61.135 |
| Proyección total mujeres 15 a 49 años - 2020 | | 11.401.749 |

Fuente: elaboración propia en base a indicadores de INDEC (2013),
«Estimaciones y proyecciones de población 2010–2040 total país»

En Argentina para el año 2016, se registraron 39.025 egresos hospitalarios por aborto. Si comparamos esta cifra con la cantidad de abortos que hemos estimado que se realizaron en el año 2020 podríamos inferir que la estimación está subestimando la cantidad de abortos anuales. En este punto hay que tener en cuenta algunas variables:

1. Los egresos hospitalarios por abortos registrados, hacen referencia tanto a egresos por abortos espontáneos como voluntarios.
2. Habría tres fuentes potenciales de error que afectarían la estimación:
 - a) Defecto de medición de los indicadores a partir de los cuales se elabora el índice de aborto: los datos fueron tomados de fuentes oficiales y confiables, por lo que este punto no sería un verdadero inconveniente, aunque los indicadores se refieren solo a una parte de la población de la Argentina, no se tiene en cuenta zonas rurales.
 - b) La omisión de otros determinantes que podrían influir en la fertilidad: este es un punto para ampliar y trabajar en futuras investigaciones, puede que actualmente se encuentre otras variables que afectan la tasa de fertilidad potencial.
 - c) La utilización de un promedio para la tasa de fecundidad potencial: este puede ser el mayor inconveniente, ya que para el caso argentino la TF podría ser distinta.

5. APROXIMACIÓN DE COSTOS

A continuación, se detalla el proceso que en Argentina se toma para realizar la práctica de Interrupción Legal del Embarazo para los casos que estaban provistos por ley hasta diciembre de 2020, el mismo es el que recomienda la OMS.

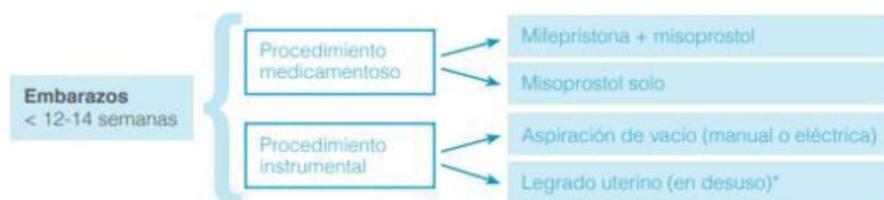


*Fuente: extraído del protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo 2019 – Ministerio de Salud

Allí también se explicita que la vacunación e hisoimmunización RH no se considera requisito necesario para realizar IVE en embarazos tempranos. El analgésico debe ser una opción por parte del personal de la salud y la paciente es quien decide si será suministrado, tanto para el caso de tratamiento medicamentoso o instrumental.

Opciones terapéuticas para práctica de IVE según recomendación de OMS

La recomendación de la OMS para la realización de un aborto medicamentoso es misoprostol combinado con mifepristona, este último aumenta la efectividad y disminuye el dolor. En Argentina la mifepristona no ha sido aprobada por el ANMAT. El tratamiento medicamentoso (antes de las 12 semanas de gestación) se puede hacer ambulatoriamente de forma segura y eficaz, siempre con asesoramiento previo. Sobre todo, para los casos de embarazos menores o iguales a las 9 semanas. En las interrupciones del segundo trimestre pueden combinarse, si fuera necesario, los tratamientos medicamentosos e instrumental. La OMS señala que «no se justifica hacer un raspado de útero de rutina» (OMS, 2014). Asimismo, indica que la evacuación uterina (para lo que recomienda la



*Fuente: extraído del protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo 2019 – Ministerio de Salud

AMEU como primera opción) para extraer la placenta solo se debe realizar en mujeres que presentan sangrado profuso, fiebre o placenta retenida más allá de las 3 o 4 horas (OMS, 2014).

Por otro lado, cuando un aborto es realizado de forma clandestina es llamado «aborto inseguro» y existe la probabilidad de que existan complicaciones luego de realizar la práctica, la gravedad de las complicaciones puede ser leve, media o alta.

Según los datos presentados por CEPA (Centro de Economía Política Argentina) en 2020 los costos aproximados de los componentes unitarios para llevar a cabo un aborto en Argentina a precio dólar oficial del 14/12/2020 son:

TABLA 4.
Cotización Dólar Banco Nación 14/12/2020

| | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| 1. Piso sala común: 107 UDS | 7. Antibiótico: 16 USD |
| 2. Unidad terapia intensiva: 265 USD | 8. Laboratorio: 114 USD |
| 3. AMEU: 93 USD | 9. Anestesia: 160 USD |
| 4. REU: 93 USD | 10. MISO: 70 USD |
| 5. Histeroectomía: 234 USD | 11. Ibuprofeno: 3,2 USD |
| 6. Transfusión: 74,3 USD | |

TABLA 4.
Cotización Dólar Banco Nación 14/12/2020

| Cotización Billetes | Cotización Divisas | |
|---------------------|--------------------|-----------|
| 14/12/2020 | Compra | Venta |
| Dolar U.S.A | 81,5000 | 87,5000 |
| Euro | 95,0000 | 101,0000 |
| Real * | 1550,0000 | 1750,0000 |

[Ver historico](#)
 Hora Actualización: 15:08
 (*) cotización cada 100 unidades.

Fuente: Banco Nación Cotización dólar "https://www.bna.com.ar/"

Por lo tanto, según la gravedad con que llega la paciente al hospital luego de realizarse un aborto inseguro se observan 3 escenarios:

1. Un aborto incompleto leve: un día de internación en un piso común, uso de laboratorio, un antibiótico, uso de anestesia, y aspiración manual por vacío. Lo que lleva a un costo de USD 490,4
2. Un aborto incompleto de gravedad media: cuatro días de internación en sala común, gasto de laboratorio, tres veces más antibióticos, anestesia, aspiración manual por vacío y transfusión sanguínea. Lo que asciende a un costo de USD 934,72

3. Un aborto incompleto de gravedad alta: cinco días de internación (dos en sala con cama UTI, tres en sala común), uso de laboratorio, cinco veces más antibióticos, anestesia, histerectomía y transfusión. El costo estimado total es de USD 1.513,43

Para un aborto seguro, se pueden dar dos situaciones según la necesidad o no de aspiración manual por vacío (AMEU).

1. Aborto completo con Aspiración Manual por Vacío: no necesita internación, una unidad de antibióticos, una AMEU^[1] y una unidad de Misoprostol, con opción de Ibuprofeno. Costo estimado USD 181,2
2. Aborto completo solo con Misoprostol: Solo es necesario el Misoprostol, con opción de Ibuprofeno. Costo estimado USD 72,3

En resumen, obtenemos los siguientes costos:

TABLA 5.
Aproximación de Costos IVE

| Aproximación de costos | |
|---------------------------------|--------------|
| Aborto Seguro | |
| AMEU | USD 181,20 |
| Medicamentoso | USD 72,30 |
| Aborto Inseguro, según gravedad | |
| Leve | USD 490,40 |
| Media | USD 934,72 |
| Alta | USD 1.531,43 |

Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS 2014 y CEPA 2020

Para calcular el costo de los abortos inseguros se tomará el trabajo realizado por Tarragona y Monteverde (2018) en donde estiman que un 67 % de los abortos inseguros terminan en intervención de gravedad leve, 31 % gravedad media y 2 % gravedad alta. Con estos datos se calculó que el costo unitario promedio de un aborto inseguro para el estado es de 648,95 USD, esto es el costo para el estado, no se tiene en cuenta el costo de bolsillo al que se someten las mujeres por ser una práctica ilegal, en donde la medicación y todos los tratamientos necesarios anteriores para realizarse un aborto son seguramente más elevados que los de mercado. Importar imagen

Por lo tanto, atender una complicación de aborto inseguro es un 258 % mayor que practicar un aborto seguro por AMEU y un 797 % mayor que practicar un aborto seguro medicamentoso.

Resumen da datos de estimación junto con información del Ministerio de Salud:

TABLA 6.
Datos y Estimaciones para Abortos Hospitalizados

| Datos | |
|---|-------|
| Egresos Hospitalarios por Abortos 2016 | 39025 |
| ILE realizadas en 2018/19(*) | 17907 |
| Egresos por Abortos Clandestinos | 21118 |
| Muertes por Aborto | 35 |
| (*) Dato extraído de REDAAS según jurisdicción pertenecen a 2018 o 2019 | |
| Estimaciones | |
| Cantidad Estimada de Abortos 2020 | 61135 |
| 9,4% requiere intervención(*) | 5747 |
| Muertes por Aborto Legal | 1 |

Fuente: elaboración propia en base a datos extraídos de REDDAS y Socorristas en Red, publicaciones 2020

El porcentaje de IVE que tienen complicaciones pasaría de un 34,5 % a un 9,4 % si la práctica es legal y segura. Este último porcentaje se extrae de las estadísticas de Socorristas en Red (2020) en donde informan que el 9,4 % de la cantidad de abortos medicamentosos necesitan asistir a una guardia en las 72 horas posteriores al uso del medicamento. Y con los datos obtenidos del reporte de Uruguay luego de la legalización de la IVE podemos concluir que la práctica segura reduce a cerca de 0 % la mortalidad.

Debido a que no todas las provincias adhieren al protocolo para ILE vigente en Argentina, y no todas llevan un registro de esta práctica, no podemos saber exactamente cuántos de los egresos hospitalarios por aborto refieren a ILE y cuantas por abortos clandestinos inconclusos. Por eso el dato aproximado se extrae del trabajo realizado por Romero y Moisés (2020).

Se tendrá en cuenta para calcular el costo que la ley sancionada en Argentina, estipula que el sector público de salud y las obras sociales, seguros de salud y todos los demás agentes que brinden servicios médicos deberán incorporar como prestaciones básicas la IVE y también las usuarias que decidirán pagar como particular en un centro privado para realizarse la práctica. Para el caso de Uruguay, solo un 50 % de las prácticas son asumidas por el sector público, es por esto que se decide plantear 3 escenarios posibles:

- Escenario 1: 100 % de las prácticas recaen sobre el sector público.
- Escenario 2: 50 % de las prácticas recaen sobre el sector público y 50 % sobre los individuos de bolsillo.
- Escenario 3: 40 % de las prácticas recaen sobre el sector público, 40 % recae sobre seguros de salud y 20 % recae sobre individuos.

TABLA 7.
Tabla Resumen Costos según Método y Responsabilidad económica.

| Escenarios - Costos para Estado | AMEU - 100% | AMEU 40% - MEDICAMENTOSO 60% | MEDICAMENTOSO - 100% |
|---|-------------------|---------------------------------|----------------------|
| 1 - 100% Prácticas Sobre el Sector Público | USD 11.077.662,00 | USD 8.774.007,17 | USD 7.238.237,28 |
| Ahorro - Sector Público | 19,17% | 35,98% | 47,18% |
| 2 - 50% Sector Público - 50% Bolsillo | USD 5.538.831,00 | USD 4.387.003,58 | USD 3.619.118,64 |
| Ahorro - Sector Público | 59,58% | 67,99% | 73,59% |
| 3 - 40% Sector Público - 40% Prepagas - 20% Bolsillo | USD 4.431.064,80 | USD 3.509.602,87 | USD 2.895.294,91 |
| Ahorro - Sector Público | 67,67% | 74,39% | 78,87% |

Fuente: Elaboración propia, resumen de cálculos.

*Estos costos fueron estimados tomando 61135 IVEs y 5747 que necesitarían intervención. (Al ser realizados de forma segura, las gravidades de las complicaciones no pasarían de leves).

Por lo tanto, se llega a la conclusión que al legalizar la IVE, se ahorraría un 19 % si la practica la costea en su totalidad el sector público y se realizan con AMEU y un 79 % si el costo recae además del sector público en sector privado y de bolsillo, y en su totalidad son interrupciones medicamentosas.

Al analizar los resultados se observó:

- a) Habría un ahorro al pasar de una práctica ilegal con consecuencias a una práctica segura y, en muchos casos, ambulatoria.
- b) Se infiere que podría disminuirse la tasa de abortos significativamente si se refuerza en el buen uso de la anticoncepción

Se concluye que, según las estimaciones realizadas y la información recaudada, el ahorro que obtendría el estado por legalizar el aborto voluntario hasta la semana 14 y evitar complicaciones de prácticas inseguras, podría invertirlo en aumentar las campañas en educación sexual integral, difundir el buen uso de métodos para anticoncepción, brindar información clara, publicidad, entre otras, para ayudar a disminuir la cantidad de embarazos no deseados.

6. COSTOS DE OPORTUNIDAD, UNA MIRADA INTRODUCTORIA

El cálculo realizado anteriormente está basado en los costos monetarios directos de la interrupción de embarazos. Pero no se toman los costos de oportunidad en que se incurre luego, antes y durante realizarse un aborto.

El objetivo de este trabajo no se centra en los costos de oportunidad evitados al realizar un aborto seguro, pero nos parece de interés mencionarlos y dejarlo abierto para futuras investigaciones.

Algunos de ellos:

- Costo de Vida: mujeres que mueren. Este costo, aunque tiene mucho más que un valor monetario, podría fijarse como el costo de vida de las compañías de seguro para una mujer de 15 a 49 años.
- Costos evitados: los abortos legales son más seguros, menos invasivo y se realizan en la mayoría de los casos de forma ambulatoria. Se evitan costos como los de niñera, costos de tiempo laboral perdido, costo de transporte hasta el centro de salud, etc.
- Costo de la ilegalidad: al ser una práctica clandestina, quienes realizan la misma cobran un plus por el riesgo a consecuencias penales y el difícil acceso. Además, se peligra caer en estafas por comprar medicamentos en el mercado negro o adulteración de los mismos.
- Costos post aborto: evaluar los daños que puede causar realizarse un aborto inseguro, esto puede terminar en infertilidad, días de licencia por internación, camas ocupadas en hospitales que podrían estar siendo ocupados por otros pacientes, secuelas socio psicológicas.
- Costo de falta de prevención: al realizarse un aborto clandestino, la práctica no queda registrada, esto no ayuda a la prevención para posteriores embarazos no deseados. Si no hay datos las políticas públicas para evitar embarazos no deseados pueden no ser suficientes, es importante tener mayor información sobre quienes acuden a realizarse un aborto para brindar soluciones. Sería bueno conocer qué porcentaje de mujeres que se realizan la práctica son menores de edad, el nivel educativo, el estado civil, si ya se han realizado un aborto antes, si tiene hijos/as, la situación económica, si usó anticonceptivos, etc. También hay un porcentaje de abortos que pueden prevenirse debido a la información post aborto. Es importante la consulta previa y post aborto para saber la causa del mismo, si fallo el método anticonceptivo, el uso del mismo o fue por desconocimiento de métodos más seguros.

7. LA TRANSICIÓN A LA LEGALIDAD

Más allá del estudio realizado, hay que tener en cuenta es que el paso a la legalidad de las usuarias podría no ser inmediato. Al legalizar una práctica, que en la mayoría de los casos era ilegal, una parte de la sociedad y de las instituciones puede tener una mirada todavía reacia a aceptarla. Hay diversos factores que pueden hacer que las mujeres continúen eligiendo el mercado ilegal, por ejemplo, estigma social; costumbres; religión; miedo. Esto puede originar que la práctica legal sea realizada paralelamente a la ilegalidad, al menos en el corto plazo.

Como mencionan López, Lachman y Gómez Roca (2020), podemos encontrar al menos dos inconvenientes al pasar de mercados ilegales a mercados legales, uno es la persistencia de los mercados ilegales y otro los problemas de la transición.

Al realizarse la práctica de forma legal la persona gestante queda registrada en padrones públicos, esto puede favorecer a que en ocasiones se prefiera acudir al mercado negro para no figurar en estos registros. La objeción de conciencia institucional que establece la Ley 27.610, puede llevar a que en algunas regiones del país no se encuentren centros dispuestos a realizar la práctica, recetar misoprostol, o brindar la información para facilitar el acceso a otros centros que si estén dispuestos a realizarla. Muchas personas luego de la primera consulta, si no se sintieron cómodas, o fueron juzgadas, decidirán no volver y pueden acudir al mercado ilegal, aunque eso lleve un mayor riesgo.

Los aspectos burocráticos también pueden ser un inconveniente, si bien la Ley estipula que no deben pasar más de diez días desde la solicitud hasta que se lleva a cabo la práctica, si la institución o el personal al que se acudió para la consulta tiene una posición reacia a realizarla, podría solicitar estudios innecesarios y/o presentar demoras entre turnos, para que se dilate el proceso y el embarazo pase de las 14 semanas consideradas en la ley de IVE, cuando se presenta esta situación, y ante la desesperación, puede ocurrir que la paciente se decida por el mercado ilegal.

CONCLUSIÓN

La situación de ilegalidad que se presentaba en Argentina hasta diciembre de 2020, dificulta la obtención de datos para saber cuántas son verdaderamente la cantidad de interrupciones voluntarias del embarazo que se realizan en un año en el país. A esto se suma que los egresos hospitalarios por abortos no están clasificados entre complicaciones por IVE y realizados por ILE.

A través del método residual de Johnson y Hill se obtuvo la tasa de abortos cada 1000 mujeres en edad fértil para 2020, resultando en 5,36. Esta tasa se puede considerar baja en comparación a países vecinos como Uruguay (en 2013 era 8,5 y en 2016 de 11,5), Paraguay (para 2008 fue 14,25) o al estudio realizado por Mario y Pantelides (para 2000 fue 61). Una explicación a esta disminución puede ser el aumento en el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres, sobre todo el uso de pastillas anticonceptivas (que resultan altamente eficaces).

Por lo tanto, al legalizar la práctica se podría contar con mayor información respecto a las mujeres que acuden a las mismas y aumentar información relativa a prevención, buen uso de la anticoncepción y aumentar la educación sexual integral.

Nuestra estimación nos lleva a inferir que aumentar el esfuerzo en prevenir embarazos no deseados, puede disminuir considerablemente la cantidad de abortos, disminuyendo notablemente los costos para el estado y el riesgo a exponerse a una práctica que, en algunos casos, puede terminar en intervención quirúrgica o muerte. Los costos de oportunidad no fueron tema de estudio en este trabajo, pero se hizo una breve reseña para futuras investigaciones.

Concluimos entonces que más allá de que la práctica pueda continuar paralelamente en la clandestinidad en el corto plazo, los costos se verán disminuidos por el acceso a mayor información y acudir rápido a hospitales en caso de complicaciones sin temor a consecuencias penales. Al igual que en la mayoría de los

estudios realizados para Latinoamérica, el costo de legalizar la IVE sería menor que el costo de atender consecuencias de prácticas clandestinas, más aún si sumáramos los costos de oportunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argentina, Secretaria de Gobierno de Salud (2018). Indicadores Básicos.
- Bongaarts, J. (1982). *The fertility in hibitings effects of the intermediate fertility variables*. Studies in Family Planning.
- Díaz, S. (2007). Anticoncepción Posparto: Historia de la contribución ICME: Importar imagen Instituto Chileno de Salud Reproductiva, Santiago de Chile, https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Investigacion/historia_de_contrib_icmer_antip_pp-1.pdf
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2016 Importar imagen. Ministerio de Salud Argentina «Egresos hospitalarios del sector oficial, según edad por grupos de diagnósticos».
- Grimes, D.A.; Benson, J.; Singh, S.; Romero, M.; Ganatra, B. y Okonofua, F.E, Shah I.H. (2006). «Unsafe abortion: the preventable pandemic». *Sexual and Reproductive Health* 4.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, INDEC (2013). «Estimaciones y proyecciones de población 2010–2040 total país», N° 35 Serie Análisis demográficos.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos INDEC (2013) Importar imagen
- Levin, C.; Grossman, D.; Berdichevsky, K.; Díaz, C.; Aracena, B.; García, A.G.; oodyear L. (2009) economic consequences of unsafeabortion in Mexico City before legalization. *Matters* ;17(33):120–132.
- López, A.; Lachman, J. y Gómez Roca, S. (2020). *Convirtiendo mercados negros en mercados legales: el largo y sinuoso camino del cannabis*. Instituto Interdisciplinario de Economía Política (IIEP), Universidad de Buenos Aires–CONICET.
- Mario S, Pantelides E. (2009) Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina (para el año 2000). *Notas de Población*; 87:95–120.
- Ministerio de Salud "Protocolo de para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, actualización 2019, Argentina.
- Monteverde, M.; Tarragona, S. (2019). «Abortos seguros e inseguros. Costos monetarios totales y costos para el sistema de salud de la Argentina en 2018». *Salud Colectiva*.
- Prada E, Maddow–Zimet I, Juarez F (2014), The cost ofpostabortion care and legal abortion in Colombia. *International Perspectives on Sexual and Repro–ductive Health*.
- Raquel I. Drovetta – Universidad Nacional de Villa María (2015), Uso de misoprostol para el aborto medicamentoso. Una opción para los prestadores de salud de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista venezolana de estudios de la mujer* –enero–junio – vol 20 n°44pp.177–195–
- República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo, Ley N°18.987 "INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO". Publicada D.O 30 oct/012 – N° 28585, Montevideo, 22 de octubre de 2012.
- Romero Mariana y Moisés Silvina. El aborto en cifras. Serie de documentos REDAAS. Buenos Aires, noviembre 2020
- Socorristas en red (feministas que abortamos), "Sistematización de acompañamientos a abortar en el año 2019 abril de 2020, <https://socorristasenred.org/wp-content/uploads/2020/04/Sistematizacion2019.pdf>.

NOTA

[1] En la página web de Socorristas en Red (<https://socorristasenred.org/como-hacerse-un-aborto-con-misoprostol/>) se encuentra el procedimiento a seguir para realizar un aborto de forma ambulatoria