

¿Cuánto cuesta el aborto legal en Uruguay?

mysu
MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

O
OBSERVATORIO
NACIONAL
EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

Noviembre 2024

A 12 años de la implementación de la ley 18.987 de Interrupción voluntaria del embarazo este estudio comparativo estima el gasto del procedimiento legal de aborto en el sistema público de salud uruguayo en relación al costo que tendría siguiendo las recomendaciones de las últimas guías de la OMS.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Uruguay, cuando se realiza en un servicio público de salud, tiene un costo mínimo directo de 524 dólares por procedimiento.

Realizamos una investigación¹ para estimar los costos de la IVE en el país, y los resultados mostraron que un procedimiento de IVE estándar, sin complicaciones y en un servicio público que cuente con la disponibilidad para realizar los análisis diagnósticos y con el equipo de profesionales necesario, tiene un costo de 20.963 pesos uruguayos por aborto legal.

Si el procedimiento se llevara a cabo siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el costo sería de 14.094 pesos uruguayos, lo que representa una reducción del 33%. Al considerar el tipo de cambio de 40 pesos por dólar, el costo del procedimiento establecido por la ley sería de 524 dólares americanos, frente a los 352 dólares que costaría si se aplicaran los criterios de la OMS.

Falta información para evaluar adecuadamente el acceso a este derecho. Disponer de información y análisis de costos en IVE y en salud sexual y reproductiva es fundamental para evaluar estas políticas. Con este estudio la información generada es novedosa porque, hasta la fecha, no se había realizado el cálculo oficial del gasto de un procedimiento de IVE ni se registraron estudios anteriores que lo hubiesen hecho. Es preocupante la falta de información registrada y sistematizada, así como las dificultades del acceso a la misma.

¹ Esta investigación fue realizada para MYSU con el apoyo de UNFPA LACRO y estuvo bajo la responsabilidad de Santiago Puyol con la colaboración de María Noel Sanguinetti y Lilián Abracinskas.

La implementación de la ley 18.987 de Interrupción voluntaria del embarazo constituyó un significativo avance en los derechos en salud sexual y reproductiva en Uruguay, habilitando el aborto por voluntad de la gestante, en un marco legal de servicios, durante las primeras 12 semanas del embarazo. A casi 12 años de su implementación Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), con el apoyo de UNFPA LACRO realiza un análisis comparativo del costo en el sistema público de salud en relación a las últimas guías sobre aborto de la OMS. Se evidencia que existe un sobrecosto y dificultades en el acceso por una normativa que genera ineficacias, obstáculos y dificulta lo que es un derecho fundamental.

La información generada es novedosa porque, hasta la fecha, no se había realizado el cálculo oficial del gasto de un procedimiento de IVE ni se registraron estudios anteriores que lo hubiesen hecho.

Se demostró que la norma vigente genera barreras para asegurar la universalidad del acceso a la IVE porque tiene exigencias que son innecesarias, desde el punto de vista de la seguridad de la práctica, éstas encarecen el gasto destinado a cumplir con la prestación siguiendo la ley y no es eficiente en responder a los requerimientos de la población usuaria.

Conocer los costos y generar información es fundamental a los efectos de aportar elementos tanto para quienes gestionan los servicios como para quienes deciden sobre las políticas públicas y hacen control ciudadano. Contar con este insumo es importante para evaluar la eficiencia, calidad y acceso a una prestación en el Sistema de Salud; para analizar la asignación de gasto y para adecuar el presupuesto a modo de lograr mejores resultados. Generar y disponibilizar un sistema robusto de información serían obligación de las instituciones del Estado para una gobernabilidad y gestión transparente. Los derechos sexuales y reproductivos están reconocidos por ley en el país y el estado uruguayo cumple con los compromisos internacionales adoptados ante el Sistema Internacional de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, si asegura las condiciones para su ejercicio.

Conocer la realidad para cambiarla

El 22 de octubre de 2012 se marcó un punto de inflexión en el avance en los derechos en salud sexual y reproductiva en Uruguay ya que fue aprobada la ley 18.987 de "Interrupción voluntaria del embarazo" (IVE). Desde ese momento se instalan los servicios de aborto legal en todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, porque no será aplicada la pena si el aborto inducido por voluntad de la mujer se realiza hasta las 12 semanas de gestación según un procedimiento de consultas y días de reflexión obligatorios en instituciones de salud acreditadas ante el sistema. A casi 12 años de aprobada la ley, desde Mujer Y Salud en Uruguay con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, se entendió la relevancia de abordar un estudio que permitiera avanzar en la estimación de costos del servicio legal de aborto y compararlo con las últimas recomendaciones y estándares internacionales en la atención del aborto seguro. En particular comparado con las últimas recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2022.

Si bien la ley IVE marca un cambio muy importante en lo que refiere a la atención integral de la salud sexual y reproductiva es fundamental mejorar las herramientas para su implementación y seguimiento, así como el análisis y revisión en profundidad de su aplicación en tanto necesidad de mejorar en la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. El desafío de la puesta en práctica de los servicios IVE tiene hoy más de una década de resultados y hay aspectos relevantes que requieren ser abordados y problematizados a los efectos de mejorar la calidad, acceso y eficiencia en los servicios como aspecto fundamental para avanzar en la plena concreción del derecho a tener autonomía y poder de decisión sobre si se quiere o no tener hijos, cuántos y con qué espaciamiento. Esto ha sido más que problematizado y analizado desde diferentes perspectivas todas complementarias que van desde la tipificación

del delito del aborto hasta la operacionalización del procedimiento, como destaca Schenck (2003).

La interrupción voluntaria del embarazo IVE es un aspecto central en el avance en derechos y necesaria para construir un abordaje integral de la salud sexual y reproductiva. Por este motivo, la realidad de los servicios, sus costos y el acceso y condiciones óptimas y de garantías para las ciudadanas son elementos fundamentales a la hora de asegurar las condiciones y recursos necesarios para que las personas puedan tomar decisiones libres y autónomas, sin discriminación ni exclusiones.

A partir de diferentes estudios realizados por MYSU (2014, 2017, 2023) se han identificado dificultades en la implementación de la IVE por fallas en la regulación de la objeción de conciencia, por el déficit de recursos profesionales para cumplir con las exigencias del procedimiento, en la limitación por plazos de la causal violación y en la concepción restrictiva de la causal salud, por la restricción de acceso para migrantes y para otras personas con capacidad de gestar. La complejidad del procedimiento, la falta de difusión sobre los servicios IVE, la labilidad en respetar la confidencialidad de la consulta, el sesgo en la intervención profesional y la falta de una adecuada fiscalización por las autoridades sanitarias ante el incumplimiento de guías y protocolos por parte de equipos e instituciones proveedoras de salud, integran la lista de los problemas detectados.

Hay evidencia de las dificultades debido a los requerimientos en cuanto al entramado institucional, la disponibilidad de profesionales requeridos y los plazos limitados para acceder a un aborto legal. A partir de la normativa vigente se identifica que para que una persona pueda acceder a los servicios de IVE debe, al menos, realizar cuatro consultas que se detallan más adelante: consulta inicial (IVE 1), consulta con el equipo multidisciplinario (IVE 2), luego de los 5 días obligatorios de reflexión la consulta confirmatoria de decisión (IVE 3) y una consulta posaborto (IVE 4).



Fuente: **SERVICIOS LEGALES DE ABORTO EN URUGUAY - Logros y desafíos de su funcionamiento**, MYSU, 2017.

Para cumplir con los requisitos especificados es necesario contar con recursos financieros suficientes para sostener los equipos de trabajo, los tiempos y recursos de laboratorio, considerando los tiempos de demora. No en todos los servicios a lo largo del sistema de salud uruguayo y del territorio hay igualdad de condiciones y recursos para brindar la atención de la misma forma a todas las mujeres o personas gestantes que así lo requieran (MYSU, 2017). Los requisitos establecidos en la ley IVE son más exigentes que lo recomendado en la última actualización de las Directrices de OMS y los datos sobre la incidencia del aborto legal muestran que las hipótesis del legislador que definieron las características y obligaciones en el procedimiento legal no tendrían sustento en base a la información acumulada en más de una década de funcionamiento. Pero además de los aspectos organizativos y funcionales que se hacen imposibles de cumplir para aumentar la disponibilidad territorial de los equipos por déficit de profesionales requeridos, era importante conocer la dimensión de impacto en términos económicos dado que no estaba calculado. De allí el desafío asumido de estimar el costo de un procedimiento promedio de aborto legal para valorar su eficiencia en base a los estándares de calidad aceptados por la comunidad internacional y en base a los requerimientos de la población usuaria.

Los datos del Observatorio de salud sexual y reproductiva de MYSU (2021) en su informe *“Aborto en Cifras. Datos de Uruguay al 2021”* registran que, a consecuencia de la emergencia sanitaria por COVID-19 y en el contexto de crisis económica y social derivada de ella, más de 100.000 personas cambiaron su afiliación de salud desde el sistema mutual hacia el de los servicios públicos brindados por ASSE. Sin embargo, el porcentaje de abortos públicos se mantuvo estable y con tendencia predominante de los servicios privados. Este aspecto observado habilitó la pregunta de si la atención está *“llegando a todas las mujeres que requieren de los servicios de aborto legal, ya que los servicios podrían no estar atendiendo o, incluso expulsando del sistema, a muchas de las mujeres en situación de aborto y, en particular, a las que están en mayor vulnerabilidad socioeconómica”*. La pregunta que también motivó este estudio fue la de estimar el costo económico requerido para dar respuesta a la atención legal del aborto en el sistema público de salud con el propósito de analizar escenarios posibles que mejoren el acceso a la población usuaria que lo requiere.

Poder avanzar en estudio de costos de los servicios de salud sexual y reproductiva representa para MYSU una nueva etapa en los diferentes trabajos, investigaciones y herramientas que ha venido desarrollando y fortaleciendo desde la creación del Observatorio

Nacional en Género y SSR, en 2007. Implica un desafío en mejorar el conocimiento y valoración de las políticas públicas con el fin de aportar al ejercicio de los derechos y al proceso de exigibilidad ciudadana en la defensa de los mismos.

El objetivo de este trabajo es proporcionar una primera estimación de costos que permita generar un indicador de resumen, el cual se podrá seguir y evaluar a lo largo del tiempo. Al mismo tiempo, se analizan y presentan recomendaciones sobre posibles modificaciones a implementar para hacer un uso más eficiente de los recursos, en línea con los estándares internacionales de calidad. Esto permitirá mejorar la atención en materia de aborto, universalizar su acceso y atender las necesidades específicas de ciertos sectores de la población.

Este trabajo se considera un avance significativo en el conocimiento sobre la implementación de los servicios de aborto en Uruguay. El desarrollo de estudios de costos aborda una carencia relevante para el seguimiento y análisis de este derecho. Se establece así un punto de inflexión para continuar investigando, generando herramientas y mejorando las diversas prestaciones y conocimientos en salud sexual y reproductiva en nuestro país, en el marco más amplio de las políticas de Población y Desarrollo.

Fundamentación y metodología

El reconocimiento del derecho a la salud sexual y reproductiva es fundamental para el bienestar y el pleno ejercicio de los derechos humanos y su provisión incluye el acceso a anticonceptivos, la atención del embarazo y el parto, el aborto seguro, la violencia sexual, entre otras necesidades. Evaluar los costos de estos servicios es esencial para mejorar su calidad y accesibilidad, permitiendo una asignación eficiente de recursos financieros, materiales y humanos. Las políticas bien diseñadas en torno a estos servicios, como la promoción del acceso a métodos anticonceptivos y la interrupción del embarazo seguro, pueden prevenir complicaciones y reducir costos asociados a abortos inseguros, mejorando así los sistemas de salud.

Los estudios de costos que se pueden realizar son múltiples y los enfoques son complementarios, pudiendo abordar diferentes dimensiones todas relevantes. En nuestro país, a diferencia de otras realidades como es el caso de México (Levin *et. al*, 2009),² Colombia (Prada

² También se debe incluir el estudio “Costo del aborto inseguro en México. Resultados a nivel nacional”, investigación realizada por el Dr. Reyes Manzano, en consultoría convocada por UNFPA México.

et. al, 2014) o de Argentina (Monteverde y Tarragona, 2020; Manzuelli, 2022), no existe un antecedente de estudio de costos de la IVE. De esta forma, se realiza un primer avance con esta investigación para determinar el costo de la atención del aborto legal de acuerdo a la normativa vigente en nuestro país a nivel de ASSE y se estimó el costo que habría si se aplicara la última guía de OMS con recomendaciones sobre aborto seguro.

El análisis de costos, tanto directos como indirectos, permite a los gobiernos y sistemas de salud prever necesidades financieras y diseñar estrategias de financiamiento adecuadas. Esto garantiza la sostenibilidad y accesibilidad de los servicios, especialmente para poblaciones vulnerables. En los países de bajos ingresos, los abortos inseguros representan una carga significativa para los presupuestos de salud. En resumen, una adecuada gestión y evaluación de costos no solo mejora la eficiencia del sistema de salud, sino que también promueve la justicia social y el bienestar económico.

Se trabajó en la elaboración de un modelo de cálculo para el costo de un procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Uruguay. El estudio evaluó un procedimiento básico para una mujer, sin complicaciones, en un servicio público con los recursos mínimos necesarios y cumpliendo con los requisitos establecidos por la normativa vigente³. Se estimó el costo mínimo de un IVE en estas condiciones (costo tipo) y se comparó con el costo estimado si se siguieran las directrices de la OMS (2022b). No se incluyeron escenarios que implican consultas adicionales, otros estudios diagnósticos ni traslados, debido a limitaciones de tiempo, recursos y acceso a la información.

El desarrollo del modelo fue realizado en consulta con profesionales de la salud sexual y reproductiva de ASSE y ginecólogos vinculados a la gestión de IVE. Se utilizaron diversas fuentes de datos para relevar la información necesaria en la definición de costo IVE tipo. Se relevó cada etapa, insumo, consulta, estudio o medicación, estimando los costos asociados. La normativa vigente, bibliografía especializada, y datos oficiales como los consejos de salarios para los honorarios profesionales, fueron algunas de las fuentes consultadas. Además, se presentó una solicitud de acceso a la información pública para obtener datos de ASSE y de MSP, conforme a la ley 18.381. Cuando no se disponía de la información, se realizaron estimaciones detalladas en base a costos de mercado.

3 Incluyendo la Ley 18.987, su decreto reglamentario (375/012), el Manual de Procedimiento para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (MSP, 2016) y la Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2016b).

Modelo IVE tipo

Se construyó un modelo de costos considerando un IVE "tipo" a nivel de un servicio público. Para eso se realizó un estudio de la normativa IVE y de todos los pasos que implica el procedimiento, se detallaron cada uno de los costos directos del procedimiento de acuerdo a la normativa existente en Uruguay y se estimó el costo si se aplicaran las últimas recomendaciones de la OMS en relación a aborto seguro.

Se partió de un escenario de aborto ambulatorio por vía medicamentosa, realizado durante las primeras 12 semanas de gestación ya que corresponde a la mayoría absoluta de los procedimientos realizados en el país (Fiol et. al, 2016; MYSU, 2023).

En la literatura del costeo médico se denomina el costo estándar al detallado en la normativa y de acuerdo a los protocolos existentes, guías de procedimiento médico y legales (Charlita Hidalgo, 2009; Santamaría Benhumea et. al, 2015).

Se consideraron los diversos elementos relacionados con un procedimiento en términos generales, excluyendo complicaciones o dificultades adicionales. Se identificaron los conceptos, las unidades y las cantidades correspondientes, así como los costos vinculados a cada uno de ellos.

Una vez definido y armado el modelo se le asociaron volúmenes físicos y costos unitarios. Para eso se tomaron como referencias a los acuerdos, por ejemplo, el tiempo estimado de una consulta médica de ginecólogo o médico general en los casos que se plantearon, el tipo de ecografía, las alternativas de medicación y las diferentes etapas del procedimiento. El trabajo se realizó para el procedimiento tal como se establece en la normativa vigente en nuestro país y un comparativo en relación al estimado de costo siguiendo las recomendaciones de la OMS. Su última actualización es del 2022, cuando publica nuevas directrices sobre la atención del aborto, cuya finalidad es proteger la salud de las mujeres, niñas y adolescentes, ayudando a prevenir los más de 25 millones de abortos no seguros que se producen actualmente cada año a nivel global (OMS, 2022).

Para el presente trabajo se consideraron los costos directos asociados al procedimiento y su ejecución incluyendo los análisis confirmatorios de gravidez y tiempo de gestación, las consultas y tiempo de profesionales asignados y la medicación, entre otros.

Los costos directos refieren a todos los asociados a la prestación del servicio directamente identificables y

que se pueden asociar a la concreción de servicio (Charlita Hidalgo, 2009; Santamaría Benhumea *et. al*, 2015).

Los costos indirectos son aquellos difícilmente identificables y que no pueden asignarse con precisión, como por ejemplo los costos administrativos, los tiempos de espera, los costos de internación en los casos que se requirió para finalizar el procedimiento o por complicaciones, entre otros. En general son difíciles de cuantificar porque se requiere realizar un conjunto de estimaciones y un prorrateo para asignar la cuota parte asociada a lo que se quiere cuantificar, que no fue posible con las condiciones, tiempo y alcance de este estudio (Charlita Hidalgo, 2009; Santamaría Benhumea *et. al*, 2015).

Para los costos en servicios y prestaciones médicas se identifican RRHH, insumos, equipamiento, servicios básicos, servicios administrativos, servicios generales, estudios médicos y análisis, medicación.

El costo unitario fue consultado a nivel de los servicios de ASSE con un pedido de acceso a la información pública tal como fue detallado, así como en las diferentes entrevistas, pero en particular en la entrevista a la gerencia administrativa donde se hizo un detalle de la información solicitada.

Relevancia, contenidos, pertinencia y alcance de las directrices OMS para el aborto seguro

La Organización Mundial de la Salud (OMS) actualiza constantemente sus directrices sobre la atención del aborto, con el objetivo de proteger la salud de mujeres y niñas y prevenir los 25 millones de abortos no seguros que ocurren anualmente en el mundo (OMS, 2022). La OMS destaca la importancia de contar con servicios de salud sexual y reproductiva que incluyan el acceso a abortos seguros y planificación familiar. La normativa que facilita este acceso es crucial para reducir muertes y complicaciones derivadas de procedimientos inseguros.

Las recomendaciones de la OMS abarcan aspectos clínicos, de prestación de servicios y de intervención normativa. Estos estándares buscan garantizar que los servicios de aborto sean seguros y centrados en las personas, asegurando la protección de los derechos de quienes los solicitan (OMS, 2022b). El cumplimiento de estas recomendaciones por parte de los países no solo requiere de normativa adecuada, sino también del acceso efectivo a procedimientos que minimicen los riesgos de complicaciones y garanticen una atención de calidad.

Un aspecto destacado en las nuevas recomendaciones es la introducción de la telemedicina como una herramienta que puede facilitar el acceso a servicios de aborto en contextos donde las barreras geográficas o sociales son importantes. También se recomienda eliminar obstáculos normativos innecesarios como los tiempos de espera obligatorios, la aprobación de terceros y/ o los plazos restringidos. Estos requisitos no solo retrasan el acceso a un aborto seguro, sino que también exponen a las personas a mayores riesgos de salud y otras consecuencias en su vida personal, laboral y educativa (OMS, 2022b).

Está comprobado que restringir el acceso al aborto no disminuye su número, sino que lleva a procedimientos más inseguros. En países donde el aborto está más restringido, solo 1 de cada 4 abortos es seguro, en contraste con 9 de cada 10 en aquellos con acceso legal amplio (OMS, 2022). Para prevenir abortos no seguros, es necesario garantizar un conjunto integral de servicios que incluya educación sexual, promoción y acceso a anticonceptivos, difusión de derechos y garantías para su ejercicio. Asegurar una atención de calidad basada en los estándares de la OMS es clave para proteger la salud y los derechos de las mujeres y niñas.

Comparación IVE Uruguay y directrices OMS

Existen hoy, a nivel de salud pública, 50 servicios donde se realiza la IVE y el proceso del aborto legal puede iniciarse directamente en alguno de los servicios especializado en salud sexual y reproductiva o por derivación luego de una consulta con médico general, en puerta de entrada, con partera o en ginecología general.

En la tabla 1 se presentan las diferentes instancias comparando entre el procedimiento legal de Uruguay y lo que estipula las directrices OMS. Claramente existe una diferencia que sobrecarga el costo en el modelo uruguayo por instancias que implican mayor número de consultas, tiempo de profesionales asignados, ecografías e indicación de análisis que no son necesarios según las directrices para que el procedimiento sea seguro. De esta forma el costo es mayor y las exigencias implican dificultades que impactan en la universalidad del acceso generando desigualdad de condiciones y de costos según el lugar del país. En los departamentos donde faltan profesionales, o no hay disponibilidad de ecógrafos la prestación se ve afectada. Apegarse a las recomendaciones de la OMS y promover la telemedicina podría contribuir a subsanar estas barreras y debilidades de los servicios.

Tabla 1. Resumen de la ruta de aborto legal según normativa nacional y directrices OMS.

SERVICIOS	URU	OMS
Servicios previos al aborto		
Primer asesoramiento sobre la ley IVE en una consulta inicial (IVE 1)	X	X
Ecografía confirmatoria de embarazo	X	
Análisis de Beta-hCG	X	
Segunda consulta del proceso con el equipo multidisciplinario (IVE 2)	X	
Tiempo reflexión (de 5 días)	X	
Consulta con ginecólogo para ratificar decisión y comenzar procedimiento (IVE 3)	X	
Atención para el aborto		
Tratamiento del dolor se recomienda analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (se sugiere Ibuprofeno 400 mg cada 4 a 6 horas desde el inicio del procedimiento hasta que pase el dolor).	X	X
Aborto médico		
En mujeres Rh negativas con Anticuerpos irregulares (Coombs) negativos, se proveerá inmunoprofilaxis con gama globulina anti-D antes del procedimiento.	X	X
<i>Domicilio autoadministrado</i>		
Mifepristona 200 mg vía oral	X	X
Misoprostol 800 mg oral	X	X
Misoprostol 800 mg vaginal	X	X
<i>Internación</i>		
Días de internación	X	
Misoprostol 800 mg oral	X	
Misoprostol 800 mg vaginal	X	
Repetición por no expulsión el Misoprostol (400 mg por vía vaginal o sublingual, cada 3 horas hasta que se logre la expulsión, con un máximo de 4 dosis adicionales u 800 en caso de que haya sido utilizado únicamente Misoprostol)	X	X
Consulta durante procedimiento	X	
<i>Complicaciones por hemorragia</i>		
Legrado evacuador	X	
Aborto quirúrgico		
Rh negativas, con Anticuerpos irregulares (Coombs) negativos se administra gama globulina anti-D	X	
<i>Preparación del cuello uterino</i>		
400 µg de Misoprostol por vía sublingual o vaginal, 3 horas antes del procedimiento	X	X
200 mg de Mifepristona oral (de 24 a 48 horas antes)	X	X
Antibióticos	X	X
Servicios para la atención postaborto		
Consulta de control posaborto (IVE 4)	X	X
Evacuación endouterina	X	
Misoprostol (única dosis de 400 µg por vía sublingual o 600 µg por vía oral)	X	
Consejería en anticoncepción	X	X
Ecografía control	X	

Principales resultados

El costo de un procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en un servicio público, sin complicaciones, es de \$U 20.963. Siguiendo las recomendaciones de la OMS, este costo se reduciría a \$U 14.094, lo que representa un 33% menos del gasto actual. En dólares americanos, al tipo de cambio de 40 pesos por dólar, el costo por ley de un proceso legal de IVE es de USD 524, frente a USD 352 si se aplican los criterios de la OMS.

Los resultados del modelo revisado para todos los ítems del procedimiento pueden verse en el siguiente cuadro para cada una de las alternativas objeto de valoración de este trabajo.

Es necesario destacar que se trata del costo mínimo del procedimiento sin considerar otros gastos por estudio adicional, internación, traslados, consulta, entre otros, y sin incluir costos indirectos.

Costo IVE tipo

De acuerdo al Sistema uruguayo
\$U 20.963

Siguiendo Directrices OMS
\$U 14.094

33% más elevado

En la tabla 2 se presenta un cuadro comparativo entre costos para el procedimiento IVE de acuerdo a la normativa vigente hoy en Uruguay y si fuera siguiendo las directrices OMS, por grandes rubros (consultas profesionales, estudios médicos, medicamentos). Se omitieron costos de procedimientos como legrados o aspiraciones al tratarse del costo de un IVE tipo.

La diferencia en el gasto entre un procedimiento y otro es importante y se debe a la utilización innecesaria de estudios, de consultas y de profesionales implicados. Este sobrecosto no aporta a la seguridad del procedimiento dado que en lo que refiere a dosaje y método utilizado para abortar ambos modelos coinciden. Por lo tanto, el procedimiento uruguayo es igual de seguro, pero gasta más por motivos que no contribuyen en asegurar la mejor prestación sino, por el contrario, afectan negativamente en la universalidad del acceso. Es más costoso y no por eso más eficaz ni seguro.

Entre los modelos la diferencia es importante y superarla permitiría optimizar los recursos y re adecuarlos para satisfacer mejor los requerimientos de las personas como base de un cambio legislativo que supere supuestos que demostraron no tener sustento, que dificultan la implementación, cuestan más caro y obstaculizan el acceso universal.

Tener que transitar pasos innecesarios en el proceso de un embarazo no previsto que se resuelve interrumpir, es un factor que complica a quien lo transita y los obstáculos que existan en el acceso y respuesta del Sistema de Salud son puntos de expulsión hacia prácticas inseguras que podrían generar riesgos y complicaciones para la persona. Pero, además, ante posibles complicaciones el Sistema de Salud debe responder procurando evitar peores consecuencias de riesgo de salud y vida de la persona. Esto genera también mayores costos económicos para el sistema. Por otra parte, los profesionales requeridos para la consulta interdisciplinaria del IVE 2 es una condición no necesaria en términos de seguridad del aborto, que lo encarece e inhabilita la posibilidad de ampliar los equipos IVE en el país. Tampoco responde necesariamente a la necesidad de una atención psicológica o psicosocial acorde

Tabla 2. Resumen de la ruta de aborto legal según normativa nacional y directrices OMS, por costo de grandes rubros.⁴

Rubros costo IVE	URU			OMS		
	pesos	USD	%	pesos	USD	%
Consulta profesional	1627	41	7%	431	11	3%
Estudio médico	4612	115	22%	0	0	0%
Medicamentos	14724	368	71%	13663	341	97%
Total	20963	524	100%	14094	352	100%

⁴ En los anexos se puede revisar la tabla completa.

a una demanda de la persona que transita por el procedimiento.

La etapa IVE 4 de control postaborto, donde se incluye el asesoramiento anticonceptivo para prevenir futuros embarazos no intencionales, no se registra en el sistema de información oficial de IVE. Por lo tanto el procedimiento legal, que obliga a una serie de consultas para acceder a la medicación para abortar, gasta en honorarios profesionales pero no asegura, a quien lo requiera, apoyo psicosocial si la persona está en una situación socio-económica precaria o atención psicológica luego de realizado el aborto si la persona lo necesitara. Si la intención del legislador fue reducir la práctica del aborto en el país, debería reconsiderar las condiciones impuestas porque no tuvo efecto en desestimular la práctica, encarecen la atención y pone barreras que de abatirse mejorarían la respuesta.

Un elemento relevante, que fue corroborado en las diferentes entrevistas realizadas para cotejar la información recibida con las solicitudes de acceso, es que el Sistema no tenía hecho el costeo de la atención de IVE ni de otros componentes de la SSR. Hay debilidad y dispersión de la información sobre precios de los insumos, organización del servicio, honorarios de equipo profesional, costo de la demora en la respuesta, complicaciones, traslados, internaciones, entre otros. La disponibilidad de datos tanto en lo que refiere a casos, su tipología, perfiles de las usuarias y de costos de la prestación es fundamental a la hora de valorar y revisar la atención, así como mejorar la eficiencia y uso de los recursos para optimizar el alcance y asegurar la respuesta de calidad para toda persona que lo requiera, en tiempo y de forma segura.

Los anexos al final del artículo incluyen la información relevada, la documentación disponible, la lista de entrevistas con referentes y las solicitudes de información elevadas ante ASSE y el MSP. Su revisión da cuenta de la debilidad de la información disponible y de estudios en estos aspectos de la política en SSR que deberían revisarse para ser mejorados.

Si la atención de calidad en aborto para ser eficaz debe ser accesible y segura, para quien la demande, los esfuerzos deben concentrarse en capacitar personal de salud, destinar los recursos e insumos y difundir la información adecuada, oportuna y respetuosa con las necesidades y los derechos de las mujeres y las niñas, en particular, aunque también deben incluir a toda persona con capacidad de gestar. En principio Uruguay cumple con parte importante del estándar internacional, pero lo hace de forma innecesariamente más costosa y sin atender todas las dimensiones que podrían requerir las usuarias de los servicios.

Las debilidades están en diferentes planos como, por ejemplo, los esfuerzos de sostener una capacitación permanente del personal, realizar campañas informativas y de difusión de los servicios, así como reforzar los sistemas de prevención y promoción de una buena SSR. Hubo capacitaciones al inicio de la implementación de los servicios, pero se ha descontinuado o no hay una fiscalización que garantice su cumplimiento (MYSU, 2017). El sistema de información y registro de datos tiene carencias, no es fácilmente accesible, hay demoras en las respuestas y éstas son incompletas. Las debilidades en la respuesta repercuten sobre el derecho de las mujeres y genera costos innecesarios. Debería revisarse el procedimiento, además, en base a las nuevas directrices que a nivel internacional mejoran la seguridad de la prestación. Es un campo de la salud, además, donde la incorporación de la telemedicina podría mejorar el acceso y la resolución de dificultades que hoy afectan la respuesta ante situaciones que se problematizan, innecesariamente.

El procedimiento tiene costo y es dificultoso de cumplir para gran parte de los servicios de ASSE por la falta de profesionales que la norma exige para intervenir en el proceso. Por lo tanto, sería recomendable una revisión de la ley para modificar condiciones y adecuar los servicios para brindar una mejor atención, complementar el abordaje integral con otros servicios, garantizar el acceso, evitar complicaciones y contribuir a que el sistema sea más eficaz y eficiente. Condiciones que deben importar si se procura mejorar el sistema.

Este estudio logró generar un primer modelo de cálculo del costo asociado y profundizar en el análisis de la necesidad de recursos y revisión para la mejora de la respuesta. El estudio a la vez que identifica una debilidad hace un importante aporte y deja un indicador que puede ser considerado como referencia para revisar el procedimiento, los recursos asociados, así como identificar el esfuerzo monetario que requiere y analizar las posibilidades de hacer más eficiente y eficaz mejorando el alcance y la accesibilidad del IVE en todo el territorio.

Escenarios alternativos

Si bien no fue parte del cometido de este trabajo la consideración de escenarios, a partir del relevamiento fue posible realizar algunas estimaciones y análisis que pueden aportar al planteo de alternativas. Éstas son variadas y pueden clasificarse en distintos tipos, desde las que refieren a incluir el costo del proceso por complicaciones del embarazo a las que deberían atender

las diversas determinantes socio/educativas y económicas vinculadas a los requerimientos en SSR. También podrían calcularse los costos de la omisión, de las respuestas insuficientes o inadecuadas o del impacto que genera las limitaciones impuestas por la ley. Este estudio abre oportunidades para profundizar en estas dimensiones que hasta ahora no han sido abordadas.

Estudios con mayor profundidad permitiría identificar otros costos respecto a la IVE que no se incluyen en este costeo del proceso básico. De las entrevistas a autoridades y profesionales que brindan la atención, aparecieron diversas situaciones en las que se requieren más consultas, mayor cantidad de medicación para completar el proceso de abortar, estudios adicionales, falta de profesional en el servicio o de ecógrafo que implican traslados a otros servicios o localidades del país, internación, necesidad de legrado, consultas con equipo multidisciplinario en múltiples etapas, entre otros.

Discusiones pendientes o a instalar

El análisis de costos tiene importantes potenciales a la hora de aportar información relevante y nos da un importante indicador de seguimiento de lo que es el servicio pero a la vez permite analizar otros aspectos que van desde la implementación, la accesibilidad, la rigurosidad de la información, la eficiencia y el alcance.

En un trabajo publicado por el Instituto Guttmacher denominado *"Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health"* (Sully et al, 2020) se destaca que las mujeres necesitan estos servicios desde la adolescencia hasta el final de sus años reproductivos independiente de que tengan o no hijos. Y las que tienen hijos requieren servicios esenciales para proteger su salud y asegurar que sus recién nacidos sobrevivan. Hay evidencia de que el aumento de los recursos destinados en SSR repercute significativamente en la reducción de la cantidad de muertes maternas y de recién nacidos.

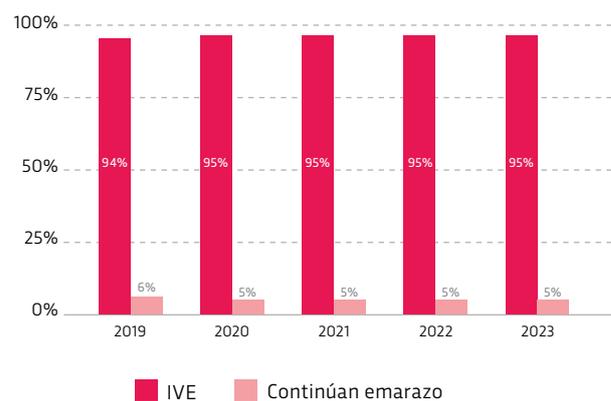
Las reducciones de muertes maternas y de recién nacidos en los países en desarrollo, durante la última década, indican que a nivel mundial el mayor empeño y el aumento de los recursos dedicados a la maternidad segura y la supervivencia infantil está dando mejores resultados.

Hay una realidad que es clara que tiene que ver con la situación diferencial a nivel de las diferentes realidades territoriales. Acceder a un servicio IVE no es lo mismo en Montevideo con servicios como el Hospi-

tal Pereira Rossell y de la red de atención primaria de ASSE, con lo que sucede en capitales departamentales o en ciudades de menor escala que no siempre cuentan con los profesionales o los insumos para análisis y estudios exigidos. No en todas las localidades se dispone de ginecólogo, ni de ecógrafo, ni de equipo multidisciplinario que pueda actuar simultáneamente como se estipula.

Los resultados abonan a las sugerencias dirigidas a señalar que la ley IVE ha quedado desactualizada en relación a los avances que se han registrado en el decenio de su aprobación. Contiene condiciones innecesarias y que no cumplen con los cometidos para las cuales fueron establecidas como la de desestimular la práctica haciendo engorroso el proceso legal para abortar. Como corroboran las cifras oficiales más de 95 % de quienes inician la ruta IVE la finalizan y del 5 % restante no se sabe lo sucedido (ver gráfico 1).

Gráfico 1. Porcentaje de mujeres que ratifican su decisión de interrumpir el embarazo o de continuar con este. Período 2019-2023.



Se destinan más recursos de los necesarios para asegurar un aborto seguro y una buena parte de las condicionantes dificultan una implementación más universal que facilite el acceso al servicio, particularmente en una buena parte de localidades del país. Parece claro que hacer más sencillo el procedimiento facilita la organización de los servicios, favorece la resolución de forma segura de los embarazos no intencionales y reduce el costo destinado a estos servicios o permite reasignarlo para mejorar la respuesta a los requerimientos en SSR.

Es evidente que los requisitos innecesarios obstaculizan el acceso y ocasionan costos adicionales, lo que a su vez limita la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y otras necesidades de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva.

Los requisitos innecesarios de la ley IVE obstaculizan el acceso y ocasionan costos adicionales.

Comentarios finales

Es indiscutible el avance que representó para Uruguay la promulgación de leyes que reconocen el derecho de las personas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos incluyendo la atención legal del aborto cuando hay un embarazo no intencional. Instalados los servicios e incorporada la práctica a la atención del SNIS se debe revisar su funcionamiento para asegurar que las garantías, que debe proveer el Estado, son las más adecuadas y responden a las necesidades de las personas que lo requieren.

El acceso y la respuesta brindada si bien dan cuenta que aproximadamente la mitad de los abortos legales se resuelven en el subsistema público de los servicios de salud del Estado, los costos implicados no estaban calculados. En la información disponible no se registraron estudios sobre los costos destinados a resolver la atención de la IVE como de otros servicios de SSR. Sin embargo, los estudios de costos son insumos fundamentales a la hora de evaluar políticas públicas, la relevancia e impacto de las inversiones en Salud Sexual y Reproductiva y los costos de ineficiencias o fallas en los servicios.

Si bien no es objeto del presente trabajo cuantificar los recursos destinados a la IVE en Uruguay en un servicio público hoy, ni tampoco evaluar si son muchos o pocos en relación al gasto en salud o en relación a otro tipo de prestaciones, lo que sí se demuestra es que los recursos que se destinan hoy no son eficientes, ya que existen etapas que no son necesarias, que cualquier tipo de complicación sería atendida en caso de que fuera necesario, y que estos requerimientos normativos no solo provocan ineficiencias, sino también dificultades importantes en el acceso a los derechos.

De todos modos, en base al cálculo estimado de 524 dólares por procedimiento si todos los abortos legales se realizaran en igualdad de condiciones⁵, en el promedio de 5.000 que atiende ASSE por año, el monto destinado sería de 2.620.000 de USD anuales, aproximadamente. Para poder tener una referencia en rela-

ción a este gasto, según el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay, el gasto total en salud se sitúa en, alrededor, del 9% del PIB, un total aproximado de 3.600 millones de USD. De acuerdo a la Ley de Presupuesto, del gasto total, alrededor del 30% se asigna a los servicios de salud pública (aprox. 1.080 millones de dólares).

La existencia de estudios de costos es un paso fundamental en la mejora de los servicios, en las garantías de acceso y en el uso adecuado de los recursos. Uruguay hoy tiene una norma y procedimientos con niveles de complejidad innecesarios que generan gastos que no aportan en lo que refiere a garantizar una práctica segura. Son gastos superfluos. Revisar el procedimiento y adecuarlo a las recomendaciones de la OMS parece muy razonable tanto como para asegurar universalidad de acceso como para incentivar el desarrollo de estudios y robustecer un sistema de información que permita valorar mejor el alcance, la inversión y los resultados en salud de la población. En particular, en lo que refiere a la SSR.

Una normativa que se traduce en un procedimiento con instancias que no son necesarias y que han sido ya evaluadas y demostradas por organismos del calibre de la OMS no solo es una clara muestra de la voluntad de seguir dificultando y estigmatizando el acceso a un derecho fundamental en SSR, sino que también es hoy una fuente de ineficiencias en el uso de recursos que podrían ser mejor orientados para atender el IVE y otras prestaciones relevantes, no solo en SSR sino en la salud en general. Entre algunos ejemplos, podemos destacar la prevención, como los procesos de anticoncepción, la atención psicológica posaborto, entre otros. También podemos señalar que esos recursos, que podrían reorientarse, serían una oportunidad para realizar inversiones relevantes que se requieren a nivel del sistema y que podrían ser diferenciales en la atención, como es el caso de la telemedicina (Wiebe, 2013; Endler *et. al*, 2019; Berer, 2020), aplicable tanto en SSR como en otras áreas, y que facilitaría el acceso a consultas a nivel de todo el territorio.

El estudio abre posibilidades para desarrollar otros trabajos que profundicen en la dimensión económica que se necesitaría para mejorar en la respuesta y condiciones para el ejercicio de los DSR. Existen brechas de desigualdad que deben ser superadas y costos que deben atenderse para que los gastos innecesarios puedan ser reorientados y usados de la mejor manera con el fin de enmendar las inequidades. Cuando hay ineficiencia hay dificultades y éstas tienen consecuencias que suelen impactar, de forma desproporcionada, sobre quienes están en situación de mayor vulneración de sus derechos.

⁵ Sin complicaciones, requerir traslados o consultas adicionales, o repetición de medicación, por ejemplo.

Los datos obtenidos en este estudio refuerzan las posiciones que abogan por el fomento de políticas públicas informadas que sustenten su implementación en sistemas de registro que permita valorarlas en todas sus dimensiones. No se disponía de información sobre el costo económico que significa brindar la atención del aborto legal, si bien se estima que el costo general para el campo de SSR en Uruguay representa entre 5% y 7% del gasto total en salud⁶ (aprox. 180 - 250 millones de USD anuales⁷). Entendemos que los resultados de este estudio representan un avance que esperamos pueda ampliarse con nuevas investigaciones, y que contribuyan a mejorar la atención en el país además de ser también útil para otros países de la región.

La salud sexual y reproductiva es vital⁸, requiere de servicios y condiciones que aseguren la dimensión sanitaria, legal, cultural y económica para su adecuado ejercicio y disfrute y toda la información disponible da cuenta de que no atenderla representan mayores costos para el país y su gente, de todo tipo.

Agradecemos a las instituciones y personas que tuvieron la disponibilidad de responder a nuestras solicitudes y consultas; al Fondo de Población de las Naciones Unidas por apoyarnos en este estudio y esperamos desde todo el equipo de investigación que sea un aporte que contribuya a mejorar las condiciones para el ejercicio de los derechos, sin discriminaciones.

Bibliografía

Berer, M. (2020). *Telemedicine and self-managed abortion: a discussion paper*. International Campaign for Women's Right to Safe Abortion Newsletter, 26 august 2020.

Charlita Hidalgo, P. (2009). *Gestión de costos en salud: teoría, cálculo y uso*. 2da Edición. Bogotá: Ecoe Ediciones.

Correa, S. y Pecheny, M. (2016) *Abortus Interruptus. Política y reforma legal del aborto en Uruguay*. MYSU, Montevideo.

Endler, M., Lavelanet, A., Cleeve, A., Ganatra, B., Gomperts, R., & Gemzell-Danielsson, K. (2019). Telemedicine for medical abortion: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. doi:10.1111/1471-0528.15684

Fiol, V.; Rieppi, L.; Aguirre, R.; Nozar, M.; Gorgoroso, M.; Cópola, F.; Briozzo, L. (2016). The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay. *Int J Gynecol Obstet* 2016;134(Suppl. 1):S12–5.

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.

Levin, C.; Grossman, D.; Berdichevsky, K.; Díaz, C.; Aracena, B.; García, A.; Goodyear, L. (2009) Economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalization. *Reproductive Health Matters*; 17(33):120–132.

López-Gómez, A.; Couto, M.; Píriz, G.; Monza, A.; Abracinskas, L.; Ituarte, ML. (2017). Servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención. *Salud Pública de México*, 59(5), 577-582. <https://doi.org/10.21149/7937>

Manzuelli, C. (2022). Costos de la interrupción voluntaria del embarazo en Argentina – 2020. *Ciencias Económicas*, vol. 2, núm. 19, Julio-Diciembre.

Monteverde, M. y Tarragona, S. (2019). 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

MSP (2016). *Manual de Procedimiento para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2da Edición)*.

MSP (2016b). *Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo del Ministerio de Salud Pública (2da Edición)*.

MYSU (2014). *Estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. Asegurar y avanzar sobre lo logrado*. Informe 2010-2014 del Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva; MYSU, Montevideo.

MYSU (2017). *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal en 10 de los 19 departamentos del país. Sistematización de resultados Estudios Observatorio MYSU 2013-2017*. Montevideo: MYSU.

MYSU (2021). *Aborto en cifras. Datos al 2021*.

6 Según cifras del Ministerio de Salud Pública. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/salud-sexual-salud-reproductiva>

7 A modo de referencia, el gasto internacional en SSR se estima en unos 14 mil millones de USD anuales, según cifras de la OMS accesibles en su sitio web: <https://www.who.int/es>. Este gasto incluye servicios de planificación familiar (entre ellos anticoncepción y aborto, cuando está disponible), atención prenatal, atención del parto y salud sexual. La Iniciativa Global de Salud Sexual y Reproductiva destaca que se requiere un aumento de 3-5% en el gasto público anual para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible en salud sexual y reproductiva.

8 Como MYSU ha monitoreado, formando parte de la iniciativa regional La Salud Reproductiva es Vital, los costos más dramáticos de no atender las necesidades y requerimientos en salud sexual y reproductiva lo pagan las mujeres y personas en situaciones de mayor vulnerabilidad, en muchos casos con complicaciones, riesgos para la salud e incluso su vida. Más información aquí: <https://saludreproductivavital.info/>

MYSU (2023). *Salud sexual y reproductiva en cifras. Datos al 2023*.

Prada, E.; Maddow Zimet, I.; Juárez, F. (2014). El costo de la atención postaborto y del aborto legal en Colombia. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2014, pp. 2–12, doi: 10.1363/SP00214

Santamaría Benhumea, A.M.; Herrera Villalobos, J.E.; Sil Jaimes, P.A.; Santamaría Benhumea, N.H.; Flores Manzur, M.Á.; del Arco Ortiz, A. (2015) Estructura, sistemas y análisis de costos de la atención médica hospitalaria, *Medicina e Investigación* 2015; 3(2), pp. 134–140.

Schenck, M. (2003) *El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo*. Hablando de derechos | DESC+A. CRISTALIZANDO DERECHOS, 23. Montevideo, Uruguay: MIDES.

Sully, EA.; Biddlecom, A.; Darroch, JE.; Riley, T.; Ashford, LS.; Lince-Deroche, N.; Firestein, L.; Murro, R. (2020). *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*, New York: Guttmacher Institute.

Wiebe, ER. (2013). Use of telemedicine for providing medical abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 124(2), 177–178. doi:10.1016/j.ij-go.2013.07.038

Otra documentación y sitios web consultados

Estadísticas Vitales – Ministerio de Salud Pública. Último acceso 01/0/24, a través de: <https://uins.msp.gub.uy/>

Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Último acceso 07/10/24, a través de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>

OMS (9 de marzo de 2022). *La OMS publica nuevas directrices sobre el aborto para ayudar a los países a prestar una atención que salve vidas*. Último acceso el 07/10/24.

OMS (2022b). *Directrices sobre la atención para el aborto especificados por la Organización Mundial de la Salud*. [Versión online]

Glosario de siglas

AINE	Antiinflamatorio no esteroideo
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo
MSP	Ministerio de Salud Pública
MYSU	Mujer y Salud en Uruguay
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
Rh	Rhesus (grupo sanguíneo)
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

Esta investigación fue realizada para MYUSU con el apoyo de UNFPA LACRO y estuvo bajo la responsabilidad de Santiago Puyol con la colaboración de María Noel Sanguinetti y Lilián Abracinskas.

Diseño Gráfico: Fabián Montini