



**Nancy**Gonzalez  
Senadora de la Nación



# EL COSTO DEL ABORTO INSEGURO

JULIO 2018



**Agradecemos especialmente la colaboración de Analía Messina,  
Patricia Rosemberg y Viviana Mazur.**

# INDICE

<i>Resumen ejecutivo .....</i>	<i>5</i>
<i>Algunos números oficiales.....</i>	<i>6</i>
<i>Interrupciones Legales del Embarazo (ILE) en la Argentina.....</i>	<i>8</i>
<i>¿Por qué aprobar el proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo implicaría reducir los costos para el Sistema Público de Salud? .....</i>	<i>11</i>
<i>Ejercicio de cálculo de costos antes y después de la aprobación del proyecto .....</i>	<i>14</i>
<i>Legal o clandestino: un asunto de salud pública.....</i>	<i>17</i>
<i>Anexo .....</i>	<i>19</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>21</i>

## RESUMEN EJECUTIVO

- ▶ La falta de datos oficiales dificulta la discusión y resulta funcional a quienes se oponen a la legalización del aborto en Argentina. El presente informe recopila información producida por el Ministerio de Salud de la Nación, instituciones privadas, profesionales de la salud a nivel local e internacional como así también testimonios de médicos y medicas que trabajan en distintos niveles del sistema público.
- ▶ Con los datos existentes es posible afirmar que, lejos de suponer mayores costos, aprobar la ley que obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados, implicaría un uso más justo y eficiente de los recursos del sistema público de salud.
- ▶ Es erróneo pensar que hoy el Estado no destina recursos a la atención de abortos y que eso cambiaría con la ley. Los hospitales públicos atienden alrededor de 50.000 pacientes que acuden con abortos por complicaciones a causa de la clandestinidad y la falta de información. También debe garantizar, según lo establece la legislación actual, el acceso a Interrupciones Legales del Embarazo (ILE). La práctica del aborto clandestino es un negocio para algunos y un enorme costo para el Estado.
- ▶ Garantizar el acceso al aborto legal, seguro y gratuito implicaría no sólo evitar la muerte de muchas mujeres, generalmente de jóvenes de bajos recursos, sino también la reducción del 43% de lo que actualmente destina el Estado principalmente a atender casos con complicaciones. Si además hubiese producción pública de misoprostol, el presupuesto destinado a garantizar la interrupción voluntaria del embarazo sería un 55% menor de lo que cuesta en la actualidad.
- ▶ Quienes se oponen al proyecto no sólo avalan el millonario negocio de la clandestinidad sino también las muertes evitables, sobre todo de la población de mujeres jóvenes y de bajos recursos.

## ALGUNOS NÚMEROS OFICIALES

Según estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación, **al menos 43 mujeres mueren por año a causa de abortos mal practicados: muere una mujer por semana por aborto clandestino.** La mortalidad materna es frecuentemente subestimada debido a deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el Informe Estadístico de Defunción, por lo que, incluso las cifras oficiales podrían ser más altas<sup>1</sup>. Algunas estimaciones hablan de 3.030 muertes desde el regreso de la democracia. **Con el aborto legal, seguro y gratuito no sólo podrían evitarse esas muertes sino también las 47.063 hospitalizaciones por abortos incompletos o mal realizados que suceden únicamente porque la práctica es ilegal y obliga a las mujeres a realizarlo en lugares inseguros y sin acceso a la información necesaria<sup>2</sup>.**

A pesar de no contar con estadísticas oficiales que permitan conocer con precisión la cantidad de abortos que se realizan en el país, quiénes lo demandan y dónde se practican, los datos disponibles arrojan información suficiente para explicar por qué no sólo es falaz que el proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo puede generar problemas de solvencia para el sistema de salud pública, sino que, por el contrario, **representaría un uso más justo y eficiente de los recursos.**

---

<sup>1</sup> "Situación del aborto en Argentina" Informe del Centro de Estudios Legales y Sociales. Octubre 2016.

<sup>2</sup> En su exposición en la Cámara de Diputados, el ministro Adolfo Rubinstein mencionó que, según datos del Ministerio de Salud de la Nación, hubo 47.063 internaciones en 2014 (entre 44 mil y 53 mil egresos anuales en los últimos 5 años disponibles). Los últimos datos disponibles en el sitio del Ministerio de Salud de la Nación desagregados por edad y por provincia son del año 2013 y arrojan un total de 48.984 egresos hospitalarios por abortos.

*Las complicaciones por abortos mal practicados requieren de intervenciones complejas y tienen un alto grado de mortalidad: hoy en día, según datos oficiales, el aborto es la principal causa individual de muerte materna en la Argentina. Cuando una paciente llega al hospital público con un aborto en curso o con complicaciones, el procedimiento médico que requiere es en general complejo. En la mayoría de los casos la paciente debe permanecer internada, someterse a cirugías y puede requerir cuidados intensivos; todos procedimientos más riesgosos y costosos que las intervenciones ambulatorias que se realizan cuando el aborto es planificado.*

Calcular el costo social del aborto inseguro no sólo es imposible, sino que es contrario a nuestros principios porque implicaría ponerle precio a una vida ¿Cuánto valen las más de 43 muertes evitables por año por aborto clandestino? Quienes consideramos que el acceso a la salud es un derecho humano básico, entendemos que es responsabilidad del Estado garantizarlo en igualdad de condiciones. El Estado dispone de los recursos necesarios para evitar esas muertes y hoy sin embargo es cómplice porque obliga a que las personas gestantes aborten en condiciones de clandestinidad.

Entre quienes se oponen a la interrupción voluntaria del embarazo hay quienes sostienen que el Estado no está en condiciones de garantizarlo de manera gratuita y que la ley requiere una asignación presupuestaria difícil de costear que podría complicar a las provincias y que sería injusta dado que dejaría sin atención médica a otros/as pacientes al priorizar la atención de abortos<sup>3</sup>. Este informe recopila información que permite desmentir esos argumentos.

---

<sup>3</sup> Ver declaraciones del Senador Alfredo Luis De Angeli y de la Diputada Alicia Terada, entre otros/as.

# INTERRUPCIONES LEGALES DEL EMBARAZO (ILE) EN LA ARGENTINA

En Argentina, el marco legislativo de la interrupción legal el embarazo se ha modificado desde la sanción del primer Código Penal en 1886. La interrupción del embarazo es legal desde 1921, cuando en el artículo 86 de Código Penal se estableció que no es punible: "[...] si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; o si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente [...]". Sin embargo, este derecho no se hizo efectivo hasta el 2012, cuando la Corte Suprema de Justicia se expresó sobre la interpretación del citado artículo en el fallo "F.A.L." y exhortó a las provincias a proporcionar las condiciones necesarias para llevar adelante las interrupciones legales de embarazos de manera rápida, segura y accesible.

En la Argentina toda mujer, niña, adolescente y, en general, toda persona con capacidad de gestar tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo según los mismos estándares de calidad que el resto de los servicios de salud, cuando:

- ▶ El embarazo representa un peligro para la salud de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios
- ▶ El embarazo proviene de una violación
- ▶ El embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental.

En 2015, el Ministerio de Salud de la Nación publicó el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (Protocolo ILE) con el fin de estandarizar prácticas y garantizar el acceso a este derecho, promoviendo en todo el país el derecho que tienen mujeres, niñas, adolescentes y toda persona con capacidad de llevar adelante



una gestación, de acceder a la interrupción legal del embarazo cuando este se encuadre en las causales previstas.

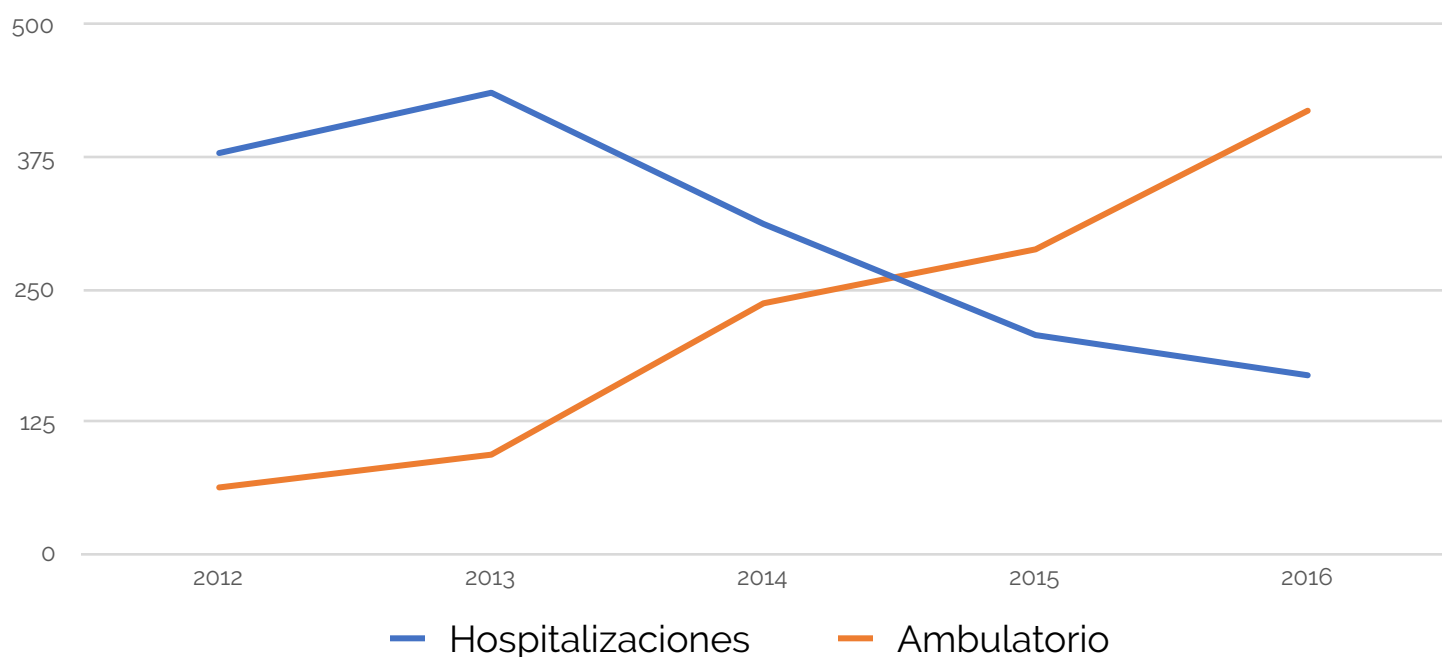
En la actualidad, las pacientes que solicitan una Interrupción Legal del Embarazo deberían acceder a métodos seguros. Dependiendo de cada caso y de la institución de salud a la que acudan, las ILE se realizan con medicamentos o con otro tipo de método (en general medicamentos + Aspiración Manual Endouterina - AMEU). A pesar de tratarse de procedimientos legales, no se conoce el número total de ILE realizadas por el Sistema Público de Salud y sólo existen datos a nivel país de aquellos casos que requirieron internación (egresos hospitalarios).

A pesar de la falta de datos a nivel nacional, contamos con casos testigos como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Municipalidad de Rosario (Pcia de Santa Fe) y la Municipalidad de San Martín (Pcia de Buenos Aires) que arrojan resultados contundentes. Desde la aplicación de los protocolos, ha descendido la cantidad de hospitalizaciones y cada vez más casos se resuelven de forma ambulatoria en el nivel de atención primaria (centros de salud) sin necesidad de acudir a hospitales. Esto demuestra que no sólo es más seguro y menos invasivo para las pacientes, sino también menos costosos para el sistema de salud.

<b>MUNICIPALIDAD DE ROSARIO</b>					
<b>Año</b>	<b>Hospitalizaciones</b>		<b>Centros de Salud</b>		<b>TOTAL</b>
2012	379	86 %	63	14 %	442
2013	436	82 %	94	18 %	530
2014	312	57 %	237	43 %	549
2015	207	42 %	288	58 %	495
2016	169	29 %	419	71 %	588

En el caso de Rosario, el 71% de los casos se resuelven sólo con medicamentos en los Centros de Salud.

### Atención de ILE en Hospitales (Internación) y Centros de Salud (Ambulatorio - Rosario 2012-2016)



Fuente: Sistema automatizado de Internación. Área de Estadísticas. SPP. Rosario.

CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES					
Año	Hospitales		Centros de Salud		TOTAL
2014	81	47 %	91	53 %	172
2015	76	36 %	138	64 %	214
2016	177	24 %	563	76 %	740
2017	330	17 %	1563	83 %	1893

Fuente: Informe de la Coordinación Salud Sexual, SIDA e Infecciones de transmisión sexual. Ministerio de Salud. CABA.

En el caso de C.A.B.A., los CeSACs (Centros de Salud Comunitaria) ofrecen las pastillas y derivan a hospitales sólo en casos posteriores a la semana 12 o con algún tipo de complicación que requiera internación. Al menos el 85% de los casos se resuelve de manera ambulatoria.

MUNICIPALIDAD DE SAN MARTÍN					
Año	Hospital Municipal u otro		Centros de Salud		TOTAL
2017	38	10 %	360	90 %	398
1 <sup>ER</sup> semestre 2018	25	8 %	305	92 %	330

Fuente: Informe de Salud Sexual y Reproductiva. Municipalidad de San Martín.

## ¿POR QUÉ APROBAR EL PROYECTO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO IMPLICARÍA REDUCIR LOS COSTOS PARA EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD?

Según el artículo 16 del proyecto de ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, todos los agentes de salud deberán garantizar la cobertura integral de los diferentes procedimientos disponibles, de acuerdo con lo recomendado por la OMS. Esto quiere decir que tanto el Sistema Público de Salud, como las Obras Sociales y prepagas deberán garantizar el acceso para todas las personas gestantes que lo soliciten antes de la semana 14 de embarazo sin necesidad de justificación alguna.

Actualmente, considerando la población de personas gestantes, el 55% tiene cobertura por obra social, el 35% acude al sistema público y el 10%

restante tiene algún otro tipo de cobertura (prepaga, mutual, servicio de emergencia, planes, etc.).

TIPO DE COBERTURA	TOTAL	
Obra social	3.761.854	55 %
Salud Pública	2.409.992	35 %
Mutuales, planes, prepagas, ss de emergencia y otros	616.980	10 %
<b>Mujeres entre 10 y 45 años</b>	<b>6.788.826</b>	<b>100 %</b>

Fuente: elaboración propia en base a EPH-Indec Marzo 2018

Es erróneo pensar que hoy el Estado no destina recursos a la atención de abortos y que pasaría a destinarlos si se aprobara la ley. En los hospitales públicos hay registro de alrededor de 50.000 abortos por año que requirieron algún tipo de internación. Por otro lado, el Estado ya tiene la obligación de garantizar según lo establece la legislación actual, el acceso a Interrupciones Legales del Embarazo (ILE). Cuando esos casos acuden a tiempo al Sistema de Salud, se resuelven de manera ambulatoria, prácticamente sin complicaciones. La práctica del aborto clandestino representa un negocio para algunos y un enorme costo para el Estado.

*Con la información oficial disponible es posible afirmar que la aprobación del proyecto de interrupción voluntaria del embarazo implicaría una utilización más justa y eficiente del presupuesto de la salud pública. A continuación, presentamos un ejercicio que demuestra que el costo para el sistema público se reduciría, como mínimo, un 43% si el aborto fuese legal, seguro y gratuito y un 55% si el Estado produjera misoprostol.*

La reducción de los costos podría ser aún mayor por una serie de situaciones que no consideramos en este análisis, aunque vale la pena mencionarlas:

- ▶ El efectivo cumplimiento de la Ley de Educación Sexual Integral (N 26.150) y la Ley de Salud Sexual y Reproductiva (N 25.673), tal como propone el actual proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo, ayudaría a reducir la cantidad de abortos por embarazos no deseados.
- ▶ Ofrecer métodos anticonceptivos de larga duración una vez que la persona acudió al sistema de salud y realizó una interrupción voluntaria del embarazo reduce la posibilidad de futuros embarazos no deseados. En CABA, luego de la interrupción del embarazo, el 96% de las pacientes optó por un anticonceptivo de larga duración ofrecido en el centro de salud u en el hospital (41% implante, 14% DIU, 32% pastillas). En Rosario, el 93% optó por un anticonceptivo de larga duración luego del acceso a un ILE.
- ▶ Si en lugar de misoprostol se utilizara la combinación adecuada de misoprostol y mifepristona tal como recomienda la Organización Mundial de la Salud<sup>4</sup>, el procedimiento sería no sólo más efectivo (95% de efectividad) sino también menos costoso. En la actualidad, esta última droga no se produce ni se comercializa en la Argentina.

---

<sup>4</sup> Véase la Guía de la OMS (2012). "Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud" (2ª Edición). Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf)

# EJERCICIO DE CÁLCULO DE COSTOS ANTES Y DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL PROYECTO

El siguiente ejercicio consiste en suponer que de los abortos estimados anuales que se realizan en la Argentina<sup>5</sup>, el 35% corresponde a personas gestantes sin ningún tipo de cobertura y que, por lo tanto, recurren al sistema de salud pública. Eso arroja un total de 157.500 interrupciones voluntarias de embarazos de las que se haría cargo el Estado.

Según el último informe disponible del Ministerio de Salud de la Nación del año 2015, en 2014 hubo 47.063 egresos hospitalarios (como mínimo 16hs de internación) por abortos. Suponemos que otras 110.437 Interrupciones Legales de Embarazos se solicitaron según las causales habilitadas y fueron resueltas en un 70% con medicamentos de forma ambulatoria y en un 30% en hospitales con medicamentos + Aspiración Manual Endouterina (AMEU)<sup>6</sup>. Este escenario que emula la situación actual para el sistema público de salud en Argentina arroja como resultado que, como mínimo, se destinan \$1.077

---

<sup>5</sup> Pantelides, M. E. y Mario, S. (2005) "Morbilidad materna severa en la Argentina Estimación de la magnitud del aborto inducido", Resumen ejecutivo CENEP y CEDES. Pantelides, M. E. y Mario, S. (2009) "Estimación del Aborto Inducido en Argentina", Notas de población N°87, Santiago de Chile. El estudio se basa en datos recopilados en 2005 en el marco de un proyecto de investigación subsidiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica del Ministerio de Salud de la Nación.

<sup>6</sup> A falta de información estadística oficial, lo que aquí se hace es un ejercicio hipotético en el que se supone que sólo acuden al sistema público aquellas personas gestantes que no poseen otra cobertura de salud (35% de la población con capacidad de gestar). Se supone también que el 70% de las intervenciones sin complicaciones se realiza con pastillas de Oxaprost y el 30% restante por medio de pastillas y se finaliza con AMEU. Esta inferencia surge de las estadísticas de algunos municipios y el conocimiento práctico de diversos médicos/as que aportaron testimonio y que trabajan en distintas instituciones de salud pública (Provincia de Santa Fe, C.A.B.A, Municipalidad de San Martín - Pcia de Buenos Aires, Municipalidad de Moreno - Pcia de Buenos Aires).

millones de pesos de los cuales un 79% corresponde a los costos de abortos que requirieron internaciones en hospitales públicos.

<b>COSTO MÍNIMO EN LA ACTUALIDAD</b>	<b>CANTIDAD DE ABORTOS</b>	<b>COSTO POR INTERVENCIÓN</b>	<b>TOTAL</b>
Egresos por abortos hospitalares públicos	47.063	\$ 12.500	\$ 588.287.500
Abortos medicamentos + AMEU	47.250	\$ 5.670	\$ 267.907.500
Abortos con medicamentos	63.187	\$ 3.500	\$ 221.154.500
<b>Total intervenciones estimadas en hospitales públicos (35% del total)</b>	<b>157.500</b>	<b>-</b>	<b>\$ 1.077.349.500</b>

Para el cálculo de los escenarios 1 y 2, posibles resultados si se aprobara la ley, suponemos que se reducen a un 2% los casos con complicaciones. Esto se debe a que la primera causa de demora en la consulta que lleva a situaciones de emergencia médica tiene que ver con la clandestinidad y la consecuente falta de acceso a métodos seguros<sup>7</sup>. Eliminar la persecución judicial y brindar una atención a término implicaría que esos casos sean atendidos con los métodos adecuados. Por este motivo suponemos que, una vez legalizado, la mayor parte de esos casos serían resueltos con pastillas pasando del 70% al 88% en los escenarios de despenalización y legalización. Esta estimación se basa en la idea de que el aborto medicamentoso es el método más recomendado y menos invasivo cuando las consultas son hechas en tiempo y forma.

<sup>7</sup> En 1990, Thaddeus y Maine iniciaron el primer cambio de enfoque sobre la mortalidad materna, sugiriendo que el tiempo debe ser la única medida utilizada para encarar las complicaciones maternas desde su aparición hasta su desenlace. Al revisar varios estudios sobre mortalidad materna y el uso de los servicios de salud, Thaddeus y Maine observaron que muchas mujeres embarazadas llegaban a los establecimientos de salud en tan malas condiciones que ya no se les podía salvar, además, el tiempo que se pierde cuando esperan la atención dentro del establecimiento es el factor crucial en su fallecimiento. Por estas observaciones desarrollaron el "modelo de las tres demoras". Ver: Thaddeus S, Maine D (1994). *Too far to walk: maternal mortality in context*.

Aún subestimando los costos de las internaciones en hospitales públicos, lo que cuesta la terapia intensiva, etc. nuestro ejercicio arroja como mínimo, una reducción del 43% si se aprobara la ley respecto de lo que le cuesta al sistema público de salud en la actualidad.

ESCENARIO [1]	CANTIDAD DE ABORTOS	COSTO POR INTERVENCIÓN	TOTAL	AHORRO
Egresos hospitalarios por abortos (2%)	3.150	\$ 12.500	\$ 39.375.000	<b>-43 %</b>
Abortos con medicamentos + AMEU (10%)	15.750	\$ 5.670	\$ 89.302.500	
Abortos con medicamentos (88%)	138.600	\$ 3.500	\$ 485.100.000	
<b>Total intervenciones estimadas en hospitales públicos (35% del total)</b>	<b>157.500</b>	<b>-</b>	<b>\$ 613.777.500</b>	

ESCENARIO [2]	CANTIDAD DE ABORTOS	COSTO POR INTERVENCIÓN	TOTAL	AHORRO
Egresos hospitalarios por abortos (2%)	3.150	\$ 12.500	\$ 39.375.000	<b>-55 %</b>
Abortos con medicamentos + AMEU (10%)	15.750	\$ 5.670	\$ 89.302.500	
Abortos con medicamentos (88%)	138.600	\$ 2.600	\$ 360.360.000	
<b>Total intervenciones estimadas en hospitales públicos (35% del total)</b>	<b>157.500</b>	<b>-</b>	<b>\$ 489.037.500</b>	

Además, el Ministerio de Salud de la Nación paga por los comprimidos de Oxaprost® el mismo precio de venta para el público en general. Si el Estado Nacional produjera misoprostol, podría reducir como mínimo un 50% el costo que actualmente paga por esta droga al único laboratorio que posee



el monopolio de su producción y comercialización. En este caso, el Estado podría ahorrar un 55%. Las provincias también podrían producir sus propios medicamentos. De hecho, las que cuentan con laboratorios tienen cierta ventaja y podrían realizar convenios para proveer al resto<sup>8</sup>. Para eso precisan que la ANMAT habilite su producción. Legal o Clandestino: Un asunto de Salud Pública

## LEGAL O CLANDESTINO: UN ASUNTO DE SALUD PÚBLICA

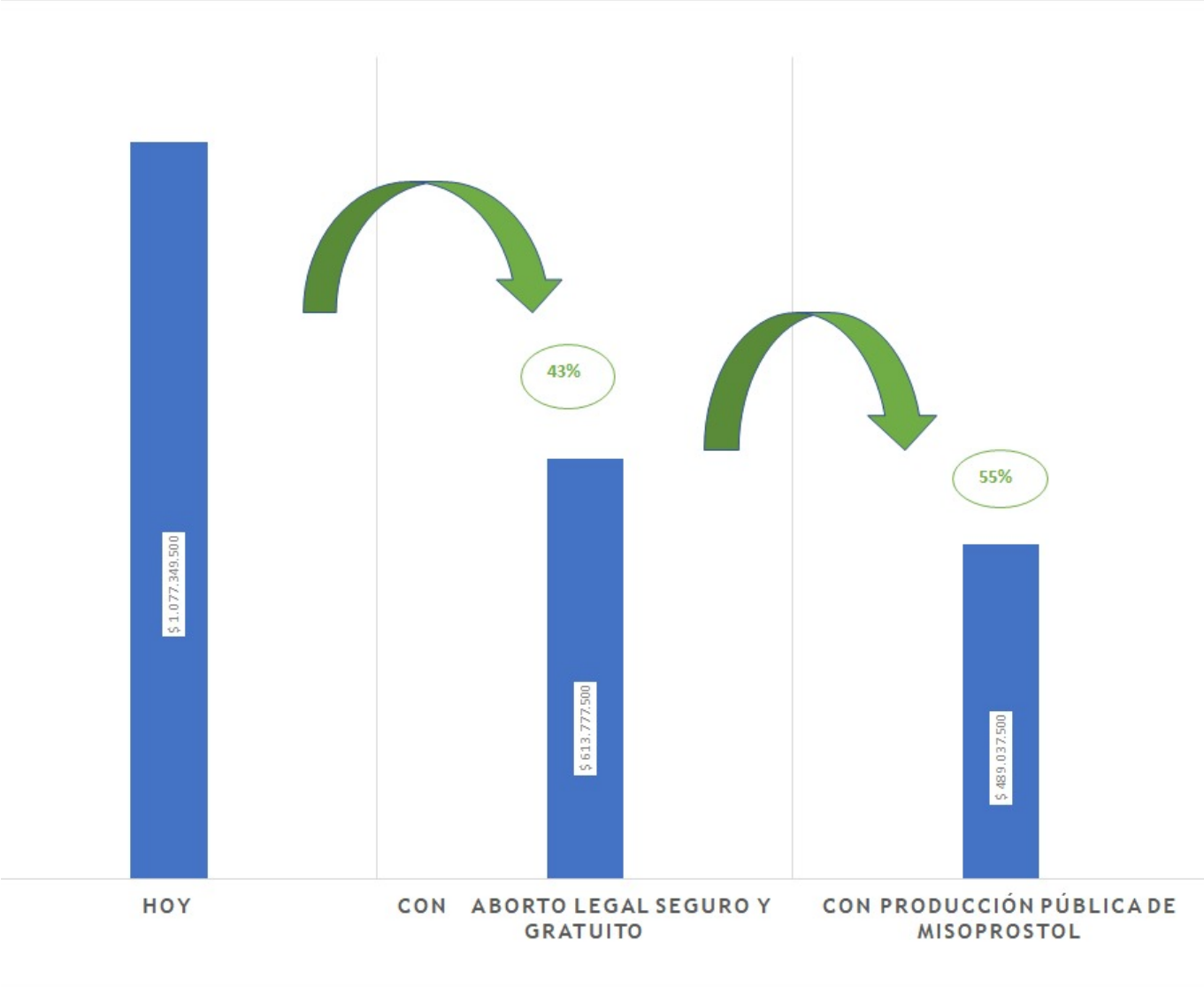
El artículo 16 del proyecto que obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados (CD 22/18) establece que todos los agentes de salud deben incorporar la cobertura integral de la interrupción voluntaria del embarazo prevista en dicha ley en todas las formas en la que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda. Estas prestaciones quedan incluidas en el Plan Médico Obligatorio, así como también las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

La ley obliga a las prestadoras de salud a hacerse cargo de la intervención para terminar de una vez con el negocio del aborto clandestino. Hasta el día de hoy muchas de las instituciones que con esta ley deberán garantizar el acceso al aborto seguro, se benefician con la ilegalidad ya que

---

<sup>8</sup> En la provincia de Santa Fe ya hay un laboratorio de la provincia con capacidad de abastecer la demanda en los servicios públicos y reducir considerablemente los costos actuales. La Municipalidad de Rosario también cuenta con un laboratorio con capacidad de producir misoprostol. Según declaraciones del Secretario de Salud de Rosario, es posible que dichos laboratorios provean misoprostol a otras provincias y según cálculos aún no oficiales, los costos podrían reducirse hasta un 75%. Ver: <https://www.elciudadanoweb.com/santa-fe-se-prepara-para-la-produccion-de-misoprostol/>

cobran montos de alrededor de 1000 dólares por intervención. Si se aprobara la ley, médicos e instituciones privadas ya no podrán sacar provecho de esta situación y estarían obligadas a brindar el servicio a sus pacientes. Para el Estado, en cambio, que no haya más abortos clandestinos no sólo implicará salvar vidas sino también reducir la cantidad de internaciones con complicaciones y altos costos. Cuando se dice que se trata de un asunto de salud pública se habla exactamente de esto.



## ANEXO

<b>COSTO DE TRATAMIENTOS EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO</b>			
<b>Aborto con pastillas</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo por procedimiento</b>
Misoprostol (Oxaprost x 16 comprimidos)	1	\$ 2.800	\$ 2.800
Costo internación	0	\$ 500	\$ 0
Hs. Trabajo	1	\$ 500	\$ 500
Medicamentos posteriores	10	\$ 20	\$ 200
<b>Costo por aborto con pastillas en el hospital público</b>			<b>\$ 3.500</b>
<b>AMEU</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo por procedimiento</b>
Insumos (reutilizables: cánula, jeringa)	1	\$ 200	\$ 200
Costo internación (Hs)	4	\$ 500	\$ 2000
Hs. Trabajo	6	\$ 500	\$ 3000
Combo de medicamentos (2 comprimidos de Misoprostol, Tramadol, Ibuprofeno, Doxiciclina)	1	\$ 470	\$ 470
<b>Costo por AMEU</b>			<b>\$ 5.670</b>
<b>Abortos con complicaciones</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo por procedimiento</b>
Insumos (material quirúrgico descartable, anestesia, algodón, etc)	1	\$ 1.500	\$ 1.500
Costo internación (mínimo 1 día)	1	\$ 3000	\$ 3000
Hs. Trabajo (16hs)	16	\$ 500	\$ 8000
<b>Costo por aborto con complicaciones</b>			<b>\$ 12.500</b>

Tanto el costo de internación como el de horas de trabajo es aproximado. Ante la imposibilidad de calcular el costo de internación en hospitales públicos se fijó un costo por hora de \$500 para la internación en

caso de AMEU y un costo de internación de \$3000 por día en el caso de aborto con complicación. La hora de trabajo se calculó en \$500. Con estos montos intentamos demostrar que, aún subestimando los costos de las internaciones que podrían implicar cirugías, terapia intensiva y cuidados intensivos, los resultados son claros respecto de la conveniencia de garantizar el acceso al aborto legal, seguro y gratuito.

## BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Levin, Grossman, Berdichevsky, Diaz, Aracena, Garcia & Goodyear (2009). Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation, Reproductive Health Matters.
- ▶ Lesbianas Feministas por la Descriminalización del Aborto. Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas (2012). -2ª ed.- Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2012.
- ▶ CELS (2017). Situación del aborto en Argentina. Disponible en <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/06/situaci%C3%B3n-del-aborto-en-la-argentina.Informe-CEDAW.pdf>
- ▶ Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) <http://www.deis.msal.gov.ar/>
- ▶ Thaddeus S, Maine D (1994) Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med. Apr;38(8):1091-110.
- ▶ Informe de la Coordinación Salud Sexual, SIDA e Infecciones de transmisión sexual (2017). Ministerio de Salud. CABA
- ▶ Informe de Salud Sexual y Reproductiva. Municipalidad de San Martín (2018).

### CONTACTO:

*nancy.gonzalez@senado.gob.ar*

*Tel: +54-11-2822-3000*

*Internos: 3302 - 1062*

