

## Los costos de la atención postaborto en los países en desarrollo son considerables y varían según el entorno

En los países en desarrollo, la carga financiera de la atención postaborto en los sistemas nacionales de salud es considerable y los costos de los componentes de esta atención pueden variar considerablemente entre países. Según un análisis comparativo de datos a partir de estudios de costeo de la atención postaborto realizados en el período 2008–2012 en Colombia, Etiopía, Ruanda y Uganda,<sup>1</sup> el costo de proveer la atención postaborto a una mujer fluctuó entre \$334 dólares internacionales (\$) en Ruanda a \$972 en Colombia. Estos costos eran equivalentes al 11% del ingreso anual per cápita en Colombia, 29% en Ruanda y 35% tanto en Etiopía como en Uganda. Además, aunque el costo de los medicamentos y suministros para la atención postaborto no varió considerablemente entre los países examinados (\$79–115), los costos asociados con esa atención sí lo hicieron, variando de \$43 en Uganda a \$301 en Colombia.

La generalidad de los pocos estudios existentes sobre el costo de la atención postaborto es limitada porque dichos estudios carecen de una metodología estándar. Para ayudar a establecer una base de evidencia consistente, se llevaron a cabo en los cuatro países en desarrollo extensas encuestas nacionales sobre el costo de la atención posaborto, usando la Metodología de Costeo de la Atención Postaborto desarrollada específicamente para el estudio. Se preguntó a informantes clave en las instituciones de salud de cada país sobre los gastos directos relacionados con el tratamiento de cinco categorías de complicaciones de aborto —aborto incompleto, septicemia, shock, laceración cervical o vaginal y laceración o perforación uterina; la encuesta obtuvo información detallada sobre los costos de los servicios profesionales, medicamentos, materiales y suministros. Adicionalmente, se preguntó a los informantes sobre costos indirectos (es decir, costos de capital y costos de administración) de la atención postaborto. La información proporcionada por los entrevistados fue verificada por fuentes externas (ej., los precios de medicamentos y de suministros se obtuvieron de la organización de

adquisiciones de medicamentos de cada país y de fuentes internacionales) o a nivel central (ej., en el Ministerio de Salud). Para el estudio comparativo, los investigadores analizaron los hallazgos de las cuatro encuestas de costeo para evaluar la nueva metodología y para determinar las diferencias en los costos de los componentes y el costo total de la atención postaborto a través de los países.

En 2012, el producto interno bruto per cápita para Colombia fue de \$9,121, mientras que las cifras fueron mucho menores para los tres países africanos (\$981–1,167). Los gastos en salud per cápita siguieron un patrón similar: la cifra para Colombia (\$927) fue considerablemente más alta que para Etiopía (\$64), Ruanda (\$188) o Uganda (\$122). Los gastos de salud en Colombia y Etiopía representaron el 5–6% del producto interno bruto del país, mientras que en Ruanda y Uganda fue de 9–11%.

Según los investigadores, el acceso al aborto legal ha estado fuertemente restringido en los cuatro países examinados, aunque en 2005–2006, Colombia y Etiopía ampliaron el acceso. El año en que se llevó a cabo la encuesta de costos en Colombia se realizaron en el país unos 404,000 abortos inducidos; ese número fue 382,000 en Etiopía, 297,000 en Uganda y 60,000 en Ruanda. La más alta tasa de aborto inducido fue en Uganda (54 por 1,000 mujeres en edades de 15–44), seguida por Colombia (39), Ruanda (25) y Etiopía (23). El número de mujeres que recibieron atención postaborto durante el año de la encuesta varió de 17,000 en Ruanda a 93,000 en Colombia. Entre el 23 y el 29% de las mujeres que recurrieron al aborto inducido en Colombia, Ruanda y Uganda recibieron tratamiento por complicaciones postaborto; 14% de las mujeres que tuvieron abortos en Etiopía recibieron ese tipo de tratamiento. El tratamiento del aborto incompleto —el tipo de complicación de aborto menos severo— fue el más común en los cuatro países (67–94% de los casos), seguido por la septicemia (10–22%) el shock (4–9%); las laceraciones y perforaciones —el tipo más serio de complica-

ción— fueron las menos comunes (0.4–7%). En general, Uganda tuvo la más alta carga de severidad y Colombia la más baja.

En términos de costos de servicios profesionales por la atención postaborto, surgieron varios patrones. En Colombia y Etiopía, los médicos dedicaron más tiempo que las enfermeras a las pacientes, mientras que en Ruanda y Uganda, ocurrió lo opuesto. Además, el personal técnico, como los técnicos de laboratorio, estuvo más involucrado en la atención postaborto en Colombia que en los tres países africanos. En general, los más altos salarios del personal de salud se pagaban en Colombia y los más bajos en Uganda. El costo total de los servicios profesionales por caso para la atención postaborto fue considerablemente más alto en Colombia (\$301) que en los países africanos (Uganda, \$43; Etiopía, \$45; y Ruanda, \$58). Hubo una menor variación por país en los componentes restantes de los costos directos: el costo promedio de los medicamentos y suministros por caso varió de \$79 en Colombia a \$115 en Ruanda.

Los investigadores examinaron también los costos indirectos de la atención postaborto en los cuatro países; sin embargo, los datos para Etiopía se consideraron deficientes y fueron excluidos. Los costos indirectos totales más altos por caso de atención postaborto ocurrieron en Colombia (\$618), seguidos por los de Uganda (\$270) y Ruanda (\$150). Los investigadores sumaron los costos directos e indirectos para calcular el costo total por caso de atención postaborto en cada país, cantidad que fue de \$972 para Colombia, \$407 para Uganda y \$334 para Ruanda. Los servicios profesionales y los costos indirectos representaron el 81% del costo total de la atención postaborto en Colombia, pero solo el 22% y el 46% en Uganda y Ruanda, respectivamente; los medicamentos y suministros, así como los costos de capital representaron mayores proporciones del costo total en los dos países africanos que en Colombia. El costo de tratar a una paciente postaborto fue del 11% del ingreso per cápita anual en Colombia, 29% en Ruanda y del 35% en Uganda.

Los investigadores señalan varias limitaciones de la Metodología de Costeo de la Atención Postaborto. Debido a que la metodología ha evolucionado con el tiempo, la comparación entre estudios se ve algo restringida. Además, aunque los resultados de los estudios sobre la incidencia de aborto que fueron conducidos en los cuatro países estuvieron disponibles para comparación, la dificultad inherente de recolectar datos sobre aborto significa que todavía hay cierto grado de incertidumbre (por ejemplo, sobre la proporción de mujeres con complicaciones postaborto que no son tratadas en el sistema de salud). A pesar de estas limitaciones, los investigadores señalan que la metodología “ha proporcionado a los analistas de las políticas de salud las primeras estimaciones completas a nivel nacional del costo de [la atención postaborto] para los sistemas de salud”. Sugieren que las variaciones en costo, en particular los costos de los servicios profesionales, “apuntan a eficiencias operacionales [que] podrían aplicarse en la prestación de servicios de [atención postaborto] al compartir experiencias entre los países”.—L. Melhado

### REFERENCIA

1. Vlassoff M, Singh S y Onda T, The cost of post-abortion care in developing countries: a comparative analysis of four studies, *Health Policy and Planning*, doi: 10.1093/heapol/czw032.