

Consideraciones de Costo

Objetivo

Demostrar cómo las PAE pueden reducir los costos del sector público asociados con los embarazos no planificados en el contexto de un país en desarrollo.

Consideraciones para los Responsables de la Toma de Decisiones

- La provisión de bajo costo de PAE, a través de personal no médico, por ejemplo, puede llevar a reducir costos asociados a embarazos no planificados por cada mujer que tenga relaciones sexuales sin protección.
- El mayor costo asociado a la provisión de PAE (por ejemplo, por consultas o exámenes clínicos) hace que estas reducciones de costos sean menos significativas.
- Mientras mayor sea la diferencia de precio entre el costo de proveer PAE y el costo de los resultados de los embarazos, más costo-efectivo será el uso de PAE.
- Los países con altos costos de atención materna presentan una mayor probabilidad de acumular importantes beneficios de mejorar la disponibilidad de las PAE.

Al realizar actividades de sensibilización por una provisión a gran escala de PAE, es importante demostrar cómo las PAE pueden reducir los costos del sector público asociados con los embarazos no planificados en los países en desarrollo. Aquí se entrega un modelo sencillo para determinar la costo-efectividad de proveer PAE a través de servicios del sector público de los países en desarrollo. Los resultados destacan las consideraciones para la toma de decisiones respecto de la incorporación de las píldoras anticonceptivas de emergencia al más amplio paquete de opciones de planificación familiar disponibles para las mujeres en comunidades de escasos recursos. Estas consideraciones se resumen más arriba.

Introducción

Cada año, se producen aproximadamente 60 millones de embarazos no planificados en todo el mundo. Entre los años 1995 y 2000, aproximadamente 700.000 mujeres murieron como resultado de un embarazo no planificado o no deseado.¹ La morbilidad y mortalidad maternas asociadas a embarazos no planificados representan incalculables costos sociales y personales para las familias. Los embarazos no planificados también imponen una carga económica al sistema de salud de un país debido a los mayores costos de salud materna asociados con la atención prenatal, los nacimientos, los abortos y la atención postaborto. La anticoncepción de emergencia, el único método anticonceptivo postcoital de fácil acceso, seguro y eficaz, tiene un importante papel en la prevención del embarazo no planificado. Si 1.000 mujeres que no

desean quedar embarazadas tienen relaciones sexuales sin protección, aproximadamente 75 quedarán embarazadas. Si las 1.000 mujeres usan PAE sólo de levonorgestrel, el número de embarazos puede reducirse a 11—una reducción del 89 por ciento de los embarazos no planificados.

Antecedentes

Los presupuestos de salud muy limitados requieren que los fondos sean asignados a intervenciones que no sólo tengan un importante impacto para la salud, sino que también hagan el mejor uso de los escasos recursos. Un análisis de costo-efectividad puede entregar información útil para tomar decisiones sobre incorporar a los sistemas de salud existentes nuevas intervenciones de salud, tecnologías para la salud o tratamientos. Un análisis de costo-efectividad compara los costos y resultados de dos o más alternativas, lo que permite ver cómo se compararía una nueva intervención con el *status quo*. Al considerar las implicancias de un acceso amplio a las PAE, los costos críticos comprenden aquellos asociados con la provisión de PAE; el embarazo, parto y complicaciones asociadas; aborto y complicaciones del aborto; y la morbilidad y mortalidad maternas. Un mayor acceso a las PAE se traducirá en menos embarazos y abortos, lo que a su vez se traducirá en menores costos médicos directos, que pueden percibirse como reducciones de costos. Es más difícil percibir las reducciones de costos para el sector de la salud y la sociedad asociados a una menor morbilidad y mortalidad maternas.

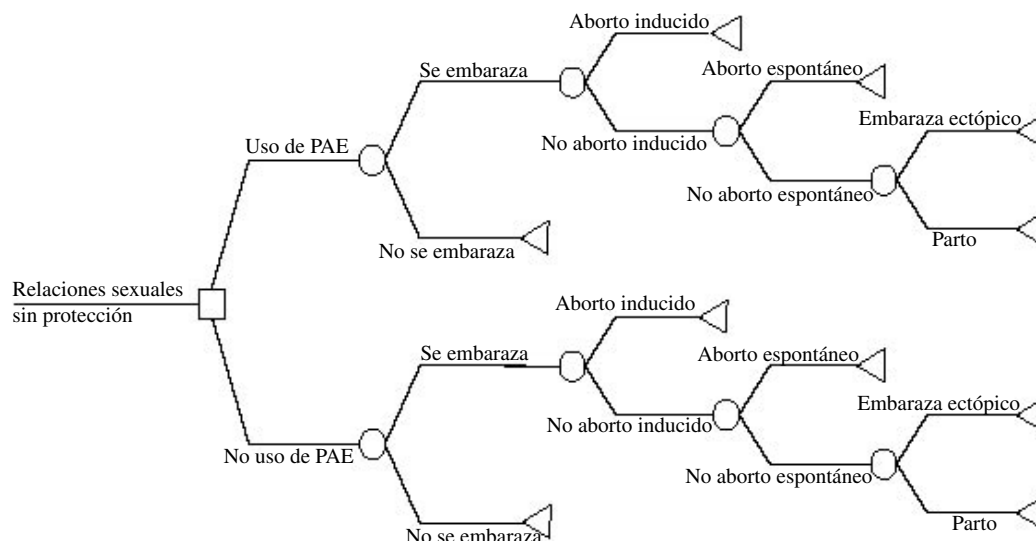
La literatura publicada hasta la fecha entrega pruebas de la costo-efectividad de las PAE en Estados Unidos y en Canadá.^{2,3,4} Estos estudios revelaron que la anticoncepción de emergencia o bien era costo-efectiva o se traducía en reducciones de costo para el sistema de financiamiento público y privado y los seguros de salud, al ser usadas después de un acto sexual sin protección, o al ser obtenidas por adelantado para ser usadas según fuera necesario. Estos estudios se centraron principalmente en los costos médicos directos asociados con abortos inducidos, parto, abortos espontáneos y embarazos ectópicos. En Canadá y en Estados Unidos, donde el costo promedio asociado a los partos y a los resultados del embarazo es alto —especialmente al compararse con el bajo precio de las PAE— el uso de anticoncepción de emergencia redujo los gastos de atención médica a través de la prevención de embarazos no planificados.

Existe muy poca información sobre los costos o la costo-efectividad en el uso de anticoncepción de emergencia como parte de los programas de planificación familiar en los países en desarrollo. La evidencia sobre los costos y los resultados de los países desarrollados no es directamente transferible a los países en desarrollo por varias razones. En primer lugar, los sistemas de provisión de atención en salud y las estructuras de costos en los países en desarrollo hacen un uso más intensivo de la mano de obra y menos intensivo de la tecnología que en los países desarrollados, lo que se traduce en menores costos de atención en comparación con los países en desarrollo. En segundo lugar, el costo de producción de las PAE es relativamente bajo en los países de altos ingresos, tales como Canadá y los Estados Unidos. Este no es el caso en los países de ingresos bajos y medios, donde el costo de producción de las PAE puede ser alto en relación con los gastos de salud y el costo de los servicios. En tercer lugar, puede ser que los servicios de aborto sean ilegales en los países en desarrollo y no se encuentren disponibles a través del sector público.

Cómo Determinar la Costo-Efectividad de las PAE en los Países en Desarrollo

Existe una serie de desafíos en el desarrollo de un análisis riguroso y completo de la costo-efectividad en torno a la provisión de PAE en los países en desarrollo, pero incluso un enfoque simple puede entregar información útil e ilustrativa para ayudar a guiar el proceso de toma de decisiones. Esta sección describe los resultados de un análisis de costo-efectividad relativamente simple que modela los costos y resultados asociados a la provisión de PAE. El análisis descrito más abajo examina los costos para un sistema de salud pública de una serie de resultados esperados relacionados con el hecho de que las mujeres usen o no PAE después de tener relaciones sexuales sin protección. Los costos incluidos en este análisis son representativos de los servicios de salud provistos por las clínicas del sector público. El modelo utiliza un marco existente⁴ que describe una serie específica de posibles resultados en caso de tener relaciones sexuales sin protección. Entre éstos se incluyen: embarazo, aborto inducido, aborto espontáneo o pérdida, embarazo ectópico, y parto (ver Figura 1). Usando este modelo, es posible aplicar probabilidades de embarazo y sus resultados, extraídas de la literatura publicada, así como también información específica de cada país sobre los embarazos no planificados, aborto y costos del sistema de salud.

Figura 1. Modelo para decidir si usar o no píldoras anticonceptivas de emergencia



Modelo y Supuestos

La probabilidad de que una mujer se embarace después de haber tenido relaciones sexuales sin protección es aproximadamente del 7,5 por ciento.⁵ El uso de PAE sólo de levonorgestrel reduce este riesgo de embarazo en un 85 por ciento. El riesgo de embarazo en las mujeres que están usando PAE basado en estas probabilidades es del 1,125 por ciento. El modelo supone que si una mujer se embaraza, existe una probabilidad del 13 por ciento de que se produzca un aborto espontáneo,* y un riesgo del 1,1 por ciento de

* Calculado a partir de una fuente no publicada, disponible en Internet: http://www.umanitoba.ca/womens_health/global-r.htm.

experimentar un embarazo ectópico.⁶ La probabilidad de un aborto inducido varía por país y es de aproximadamente el 48 por ciento en Camboya, el 59 por ciento en Perú, el 67 por ciento en Uganda y el 73 por ciento en Ghana.¹

El análisis también se basa en datos de cuatro países en desarrollo: Camboya, Ghana, Perú y Uganda. Estos cuatro países fueron seleccionados debido a que muestran diferencias tanto geográficas como económicas. El Apéndice 1 presenta estimaciones de costos asociados a la salud materna en los cuatro países. El Apéndice 2 contiene los indicadores socio-demográficos y de salud reproductiva para cada país. Los datos de los costos de atención en salud materna son escasos, y los costos asociados con la atención de aborto y postaborto resultan aun más difíciles de determinar, especialmente en países donde el aborto es ilegal. Los cuatro países también fueron seleccionados por la disponibilidad de los datos de costos en la literatura publicada (Uganda y Ghana), la comunicación personal (Camboya) y mediante una encuesta rápida de salud materno-infantil (Perú). La encuesta está incluida en los Apéndices 3, 4 y 5.

El modelo supone que todas las mujeres que se embarazan reciben servicios de salud materna en clínicas u hospitales del sector público. Los costos estimados para el parto incluyen las visitas de atención prenatal. Los costos de los abortos son difíciles de obtener, y donde no estuvieron disponibles se supuso que estos costos correspondían al 75 por ciento de los costos de parto.^{**} Se supone que las PAE sean adquiridas por el programa a un costo de \$0,25 por unidad,[†] y que sean entregadas sin costo a las clientas.

El costo de un embarazo no planificado representa el “costo neto” igual al costo total del tratamiento (por ejemplo, PAE) menos los costos totales en que se habría incurrido si la mujer hubiera quedado embarazada. Se calcula como el promedio ponderado de los costos de un aborto, aborto espontáneo, embarazo ectópico y parto, en que las ponderaciones reflejan la probabilidad de que un embarazo no planificado se traduzca en alguno de estos resultados.

Para proveer una variedad de estimaciones de costo, el modelo calcula los costos para cuatro situaciones hipotéticas que incluyen servicios clínicos de consulta y costos de aborto más altos.

El modelo usó cuatro situaciones:

Situación 1:

- Se puede obtener PAE de una clínica de salud pública o dispensario sin haber realizado una visita médica.
- No hay costos asociados a la visita médica.

^{**} En Camboya, donde el aborto es legal y los servicios son provistos por el sector público, el costo estimado corresponde a la provisión de servicios de aborto. En Perú, Ghana y Uganda, donde el aborto está permitido sólo bajo ciertas condiciones (por ejemplo, para salvar la vida de la mujer, en Uganda), el costo de un aborto corresponde al costo promedio calculado para el sector público para costos de complicaciones postaborto. Estos costos de complicaciones se han estimado en \$66,00 por complicación en Perú y Ghana y \$35,00 en Uganda (Levin et al. 2000).

[†] Este es el precio actual de las píldoras sólo de levonorgestrel adquiridas a través de UNFPA. (Ver información en la sección de herramientas del Módulo F sobre Regulación, Adquisición y Distribución de PAE Sólo de Progestina sobre la adquisición a través de servicios internacionales de adquisiciones). El costo por unidad no incluye los costos de envío, lo que aumentará el costo por unidad entre un 40 por ciento a más del 200 por ciento, dependiendo del tamaño del pedido.

Situación 2:

- Se puede obtener PAE en una clínica de salud pública o dispensario sin haber realizado una visita médica.
- No hay costos asociados a la visita médica.
- Los costos de un aborto son un 25 por ciento más altos que los de un parto.

Situación 3:

- Las PAE se obtienen en una clínica de salud pública previa consulta médica.
- Se incluye el costo de una visita médica.

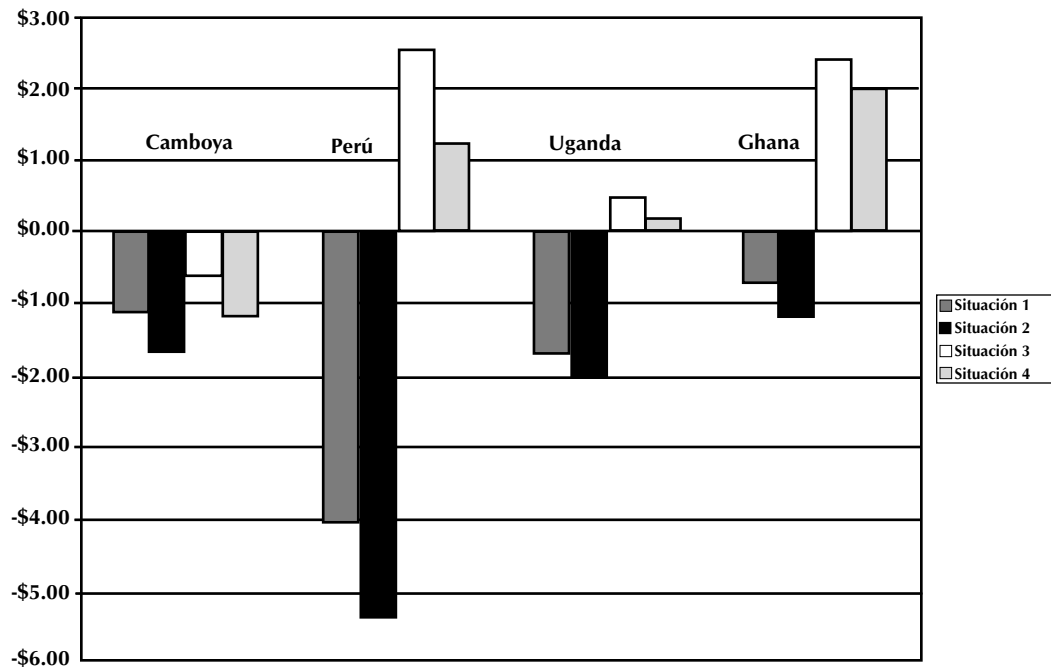
Situación 4:

- Las PAE se obtienen en una clínica de salud pública previa consulta médica.
- Se incluye el costo de una visita médica.
- Los costos de un aborto son un 25 por ciento más altos que los de un parto.

Resultados

Bajo los supuestos de la Situación 1, la provisión de PAE ahorra costos en todos los países. (Ver la Figura 2 más abajo para una ilustración de la reducción de costos (en US\$) frente a los aumentos de costo de las cuatro situaciones). Por ejemplo, en Perú, el costo promedio de un embarazo no planificado era de \$5,10 por mujer. El uso de PAE reduce ese costo en \$4,06, lo que representa una reducción del 80 por ciento. En Uganda, los costos se redujeron en un 75 por ciento (\$2,31 reducidos en \$1,72); en Camboya, en un 44 por ciento (\$2,65 reducidos en \$1,16); y en Ghana, en un 63 por ciento (\$1,15 reducidos en \$0,73). En la Situación 1, si en Perú 500.000 mujeres experimentaran un embarazo no planificado en un año y la mitad recibiera PAE en un dispensario de salud pública, se ahorraría \$1 millón en costos de embarazos no planificados dentro del sector público. Este nivel de ahorro es particularmente notable debido a la necesidad de tratar con PAE a todas las mujeres que se encuentren en riesgo de un embarazo no planificado, aunque sólo una parte de ellas tendría la probabilidad de quedar embarazada a partir de un solo acto sexual.

Figura 2. Ahorros o costos (en US\$) por mujer para el sector público con el fin de evitar un embarazo no planificado como resultado de relaciones sexuales sin protección en Camboya, Perú, Uganda y Ghana bajo cuatro situaciones de provisión de PAE‡



Como podría anticiparse, hay reducciones de costos aún mayores en todos los países cuando el costo de un aborto es 25 por ciento mayor que el costo de un parto y cuando se puede acceder a PAE sin previa consulta médica (Situación 2). Cuando se incluye el requisito de una consulta médica (Situación 3), el costo de proveer PAE aumenta—con el resultado de que en tres de los cuatro países (Camboya es la excepción), los costos en que se incurre al proveer PAE parecen superar los ahorros ganados gracias a la prevención de un embarazo no planificado. En la Situación 4, donde los costos por aborto son mayores y las PAE sólo pueden obtenerse previa consulta médica, la provisión de PAE sigue siendo costo-efectiva en Camboya, casi neutral en Uganda, y mayor en Perú y Uganda.

Análisis

Los resultados de este análisis sugieren que las píldoras anticonceptivas de emergencia pueden reducir los costos para el sector público cuando el costo de proveer las PAE se mantiene bajo. El costo puede mantenerse bajo si las PAE están disponibles a un precio subsidiado por el gobierno, si las mujeres están informadas sobre las PAE y si se puede acceder a ellas fácilmente, sin previa consulta médica. El perfil de seguridad de las PAE ha llevado a una serie de países a aumentar el acceso a éstas haciendo que estén disponibles sin receta médica o a través de las farmacias.[§] Los sistemas de salud pública podrían imitar este enfoque de fácil acceso.

Los resultados del análisis demuestran también que la magnitud de las reducciones de costos o de los costos adicionales en que se incurra dependerá de muchos factores, incluido el embarazo no planificado y los abortos resultantes, los costos de los desenlaces

‡ Los costos bajo la línea representan ahorros y los costos sobre la línea representan gastos.

de los embarazos, el costo de las PAE y, especialmente, cómo las PAE son distribuidas a las mujeres. Mientras más altos sean los costos asociados al aborto y al parto en relación con el costo de proveer PAE, mayores serán las reducciones de costos para el sector público. Los costos y las posibles reducciones de costos también variarán dependiendo de los supuestos en que se base el modelo, lo completo de los datos de costos y la precisión de los datos.

Las cuatro situaciones hipotéticas del modelo no incluyeron la variación de cualquiera de las probabilidades asociadas a los resultados del embarazo y sólo incluyó algunas variaciones en los costos. Adicionalmente, lo más probable es que el modelo haya subestimado los costos asociados con el embarazo no planificado por no incluir los costos relacionados con complicaciones del embarazo o costos totales para la sociedad, tales como los costos indirectos relacionados con bajas en la productividad del personal y las muertes maternas. Finalmente, el modelo supone que todos los costos corran por parte del sistema de salud pública. Esto podría no aplicarse si una mujer tiene acceso a PAE, servicios de salud materna o servicios de aborto a través de otros sectores (por ejemplo a través de una ONG o del sector privado).

Finalmente, si bien el principal interés de este análisis fue la costo-efectividad, los costos médicos directos no son el único factor que los diseñadores de políticas deben considerar al tomar decisiones sobre cómo distribuir los recursos limitados. Una parte importante de los embarazos no planificados (entre el 50 por ciento en Camboya y el 75 por ciento en Ghana) termina en abortos. Los embarazos no planificados también se traducen en muertes maternas. Basándose en datos de Global Health Council, la siguiente tabla presenta un número estimado de abortos y muertes maternas que podrían prevenirse si 100.000 mujeres en riesgo de embarazos no planificados en cada uno de los cuatro países usaran PAE.¹

Tabla 1. Embarazos no planificados, abortos y muertes maternas evitadas mediante el uso de PAE después de una relación sexual sin protección por 100.000 mujeres en Camboya, Perú, Uganda y Ghana¹

	Camboya	Perú	Uganda	Ghana
Embarazos no planificados	6375	6375	6375	6375
Abortos	3060	3761	4271	4718
Muertes maternas	25	9	60	30

La considerable cantidad de desenlaces negativos evitados mediante el uso de la anticoncepción de emergencia que se ilustra en la tabla anterior muestra un importante beneficio adicional del uso de la anticoncepción de emergencia en los países en desarrollo. Los costos asociados a las muertes maternas no se ven reflejados en este análisis, pero ciertamente debería considerarse ese aspecto al determinar los costos asociados con la integración de la anticoncepción de emergencia al sector público.

[§] The Emergency Contraception Newsletter informa que desde la primavera/verano de 2003, las PAE se encuentran disponibles directamente en las farmacias en Albania, Bélgica, Benin, Camerún, Congo, Dinamarca, Finlandia, Francia, Gabón, Guinea-Bissau, Israel, Costa de Marfil, Lituania, Madagascar, Malí, Mauricio, Namibia, Portugal, Senegal, Sudáfrica, Sri Lanka, Suiza, Tailandia, Togo, Túnez, Reino Unido y algunas partes de Estados Unidos y Canadá. Se encuentran disponibles sin prescripción médica en Noruega y Suecia.

Apéndice 1. Estimaciones de costo (US\$)

	<i>País</i>			
	Camboya	Perú	Uganda	Ghana
PAE	\$0,25	\$0,25	\$0,25	\$0,25
Visita médica AE	\$0,51	\$6,67	\$2,21	\$3,17
Aborto inducido	\$20,00	\$66,00	\$32,25	\$14,84
Aborto espontáneo	\$5,00	\$53,00	\$33,90	\$14,60
Embarazo ectópico	\$45,00	\$36,00	\$33,90	\$14,60
Parto	\$30,00	\$81,00	\$37,81	\$19,79

Apéndice 2. Indicadores socio-demográficos y de salud reproductiva seleccionados para el período 1995-2000

	País			
	Camboya	Perú	Uganda	Ghana
Población total (2002)	12.487.190	26.749.000	23.395.170	20.070.910
PIB per capita (2002)	\$325	\$2.404	\$367	\$432
Número de mujeres entre 15-44 años	2.579.293	6.005.502	4.297.124	4.120.553
Tasa de MM	590	240	1.100	590
Muertes maternas	14.192	9.741	71.515	2.1387
Embarazos	3.558.236	7.153.365	8.892.312	5.340.873
Partos	2.405.472	4.058.911	6.501.377	3.624.982
Embarazos no planificados	1.292.562	3.433.953	1.570.701	1.241.011
Abortos	619.030	2.021.452	1.057.093	914.763
Partos no planificados	673.532	1.412.501	513.608	326.248

Fuente: Global Health Council. *Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World*. 2002.

Apéndice 3. Pautas para recopilar información sobre los costos del parto, del aborto y aquellos relacionados con el aborto

Trate de reunirse con personas que puedan entregarle información sobre hospitales y centros de salud públicos y centros de salud de ONG. También podrían resultarle interesantes los hospitales o clínicas privadas, dado que éstos supuestamente cubren costos y podrían ser más realistas en el uso real de los recursos. Podría resultar útil conseguir estimaciones de zonas urbanas y rurales.

Explique a todas las personas con quienes se reúna que le interesa obtener estimaciones de costos para

1. Una visita a la consulta para obtener PAE.
2. Atención prenatal (costo promedio por mujer).
3. Parto vaginal sin complicaciones.
4. Embarazo ectópico o parto con complicaciones (como valor sustitutivo).
5. Abortos usando AMEU y procedimientos quirúrgicos.
6. Costos asociados con complicaciones de abortos.

Lo más simple sería conseguir los *costos promedio por paciente*, pero éstos deberían incluir personal, materiales y costos indirectos usados en la provisión de cualquier servicio a las mujeres. Una fuente de información pueden ser las listas con las tarifas para los usuarios de seguros, hospitales o clínicas.

Si recibe un manual con las tarifas de usuarios o un programa de tarifas, pregunte si estas tarifas cubren el costo total del servicio. En caso de que no sea así, pregunte qué porcentaje del costo total representa la tarifa que se cobra a los usuarios.

Se presentan dos tablas para ayudar a recopilar y organizar los datos de costos.

El Apéndice 4 es una tabla más detallada que puede usarse para un solo centro de atención.

El Apéndice 5 es una tabla resumen que puede usarse para ingresar estimaciones promedio de costos que pueda recopilar en distintos tipos de centros de atención.

Apéndice 4. Datos sobre costos por centro de atención

Trate de completar la siguiente información. Complete una tabla por cada centro de atención según sea necesario.

- Nombre del centro de atención: _____
- Lugar: _____
- Tipo de centro de atención: Pública Privada ONG (marque una opción)

	Cobros por paciente (de las tarifas de usuarios)		Costo por paciente (otra fuente—costo total de proveer servicios en moneda local)	Número promedio de horas o días en una clínica u hospital (horas o días)
	Moneda local	% del costo total		
Visita médica (20 minutos)				
Atención prenatal				
Parto				
Parto vaginal				
Parto con complicaciones				
Aborto inducido				
AMEU				
Cirugía				
Embarazo ectópico				
Aborto espontáneo				
Complicaciones postaborto				
Opcional				
Cobros diarios por cama				
Consulta Ob/gin				

Nota: Nos interesa el costo total para el proveedor de cada uno de estos servicios. Si no está disponible, podemos usar cobros a pacientes o tarifas de usuarios (es decir, lo que paga el paciente) como valor sustitutivo y tratar de calcular en qué medida esos costos están subsidiados en los sistemas de salud pública.

Apéndice 5. Resumen de los costos*

	Hospitales		Centros de Salud		
	Hospital Público	Hospital Privado	Centro de Salud Pública	Centro de Salud de ONG o Misión	
				Clínica Privada	
Visita médica para retirar PAE (visita de 20 minutos)					
Atención prenatal					
Parto					
Parto vaginal					
Aborto inducido					
AMEU					
Cirugía					
Embarazo ectópico					
Aborto espontáneo					
Complicaciones postaborto					

*Moneda local. Tipo de cambio US\$ 1,00 = _____

Referencias

- ¹ Global Health Council. *Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World*. New York: Global Health Council (2002).
- ² Trussell, J., Koenig, J., Ellertson, C., and Stewart, F. Preventing unintended pregnancy: the cost-effectiveness of three methods of emergency contraception. *American Journal of Public Health* 87:932-937 (1997).
- ³ Trussell, J., Wiebe, E., Shochet, T., and Guilbert, E. Cost savings from emergency contraceptive pills in Canada. *Obstetrics and Gynecology* 97:789-793 (2001).
- ⁴ Marciante, K., Gardner, J., Veenstra, D., and Sullivan, S. Modeling the cost and outcomes of pharmacist-prescribed emergency contraception. *American Journal of Public Health* 91(9):1443-1445 (2001).
- ⁵ WHO Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 352:428-433 (1998).
- ⁶ Awojob, O.A. and Ogunsina, S. Ectopic pregnancy in a rural practice. *Niger Journal of Medicine* 10:139-140 (2001).