



Contact:
Gustavo Suarez
(212) 248-1111 x2209
gsuarez@guttmacher.org

Informativo Guttmacher, Julio de 2012

Refutando una crítica a la metodología de Guttmacher para estimar el aborto inseguro

Por favor tome nota: Este documento resume los puntos claves que refutamos en forma detallada (incluye citas completas), el cual se encuentra en:
[\[http://www.guttmacher.org/media/resources/response-to-methodology-critique-SP.pdf\]](http://www.guttmacher.org/media/resources/response-to-methodology-critique-SP.pdf).

Antecedentes

En un informe publicado en la edición de Bioética de la edición de mayo de 2012 de la revista *Ginecología y Obstetricia de México*, Elard Koch, de la Universidad Católica de la Santísima Concepción de Chile, et al., criticaron un enfoque desarrollado por el Guttmacher Institute para estimar el número y tasa de abortos inducidos y complicaciones derivadas de abortos inseguros en países en donde el procedimiento es altamente restringido por la ley. Su crítica se centra en gran parte en una estimación de Guttmacher sobre la incidencia del aborto y sus complicaciones en Colombia. Koch et al., ofrecen también una metodología alternativa para estimar el aborto en Colombia y otros países.

Como se documenta enseguida y [se detalla en nuestra refutación completa](#), la crítica de Koch et al., se caracteriza por insistentes tergiversaciones de la metodología del Guttmacher; y la metodología alternativa que proponen se basa en supuestos carentes de sustento científico e ilógicos; y contienen, además, serios errores que invalidan sus resultados.

La crítica de Koch et al., a la metodología de Guttmacher carece de fundamento

El método de estimación de aborto por complicaciones (AICM por sus siglas en Inglés) basa sus estimaciones en datos específicos de cada país y proporciona estimaciones consistentemente confiables. El método sigue un riguroso enfoque científico y realista. Los estudios que han utilizado el método AICM han sido realizados en varios países y han estado sujetos a revisión de pares por expertos independientes en múltiples ocasiones y han sido publicados en varias revistas científicas prestigiosas. Este enfoque y los resultados que han generado han sido también utilizados por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud. Los dos componentes principales del método AICM son la Encuesta a Instituciones de Salud, que se usa para estimar el número de mujeres que reciben tratamiento en instituciones de salud por complicaciones derivadas del aborto inducido; y la Encuesta a Profesionales de la Salud, de la cual se obtiene la proporción del total de mujeres que tienen abortos y reciben atención postaborto en instituciones de salud.

Koch et al., pretenden criticar ambos componentes del método AICM. Sin embargo, ellos lo hacen recurriendo a interpretaciones erróneas y distorsiones. Por ejemplo:

- Koch et al., erróneamente afirman que Guttmacher no tiene en cuenta información disponible de registros hospitalarios. En realidad, el método AICM usa esa información en países que tienen registros hospitalarios de buena calidad. Ese fue el caso de nuestras estimaciones de 2006 para México y las de 1989 para Colombia. En contraste, un segundo estudio de Colombia, que arrojó estimaciones para 2008, utilizó la Encuesta a Instituciones de Salud debido a que la calidad de los registros hospitalarios se había deteriorado a un nivel inaceptable después de que el sistema de salud fuera descentralizado en 1993.
- Koch et al., declaran falsamente que la Encuesta a Instituciones de Salud se basa en una muestra de “conveniencia”. En realidad, se trató de una muestra representativa a nivel nacional, seleccionada a través de una técnica de muestreo estratificado por conglomerado y multietápica, un método ampliamente aceptado ([y que se explica en detalle en las páginas 2-3](#)).
- Koch et al., además afirman que los jefes de los departamentos de obstetricia y ginecología de los hospitales no tienen conocimiento sobre las pacientes postaborto atendidas diariamente en sus instituciones. Es difícil imaginar (y, francamente, irrespetuoso afirmar) que los jefes de los departamentos de obstetricia y ginecología ignoren el número de casos de pacientes de atención post aborto de sus departamentos, o que sean incapaces de responder a preguntas relacionados con el servicio.
- Koch et al., también hacen afirmaciones erróneas sobre la Encuesta a Profesionales de la Salud, argumentando que está basada en un muestreo por conveniencia y que las personas entrevistadas no están debidamente preparadas para proporcionar el tipo de información solicitada. En realidad, la encuesta fue realizada en una muestra intencional de profesionales de la salud con amplios conocimientos sobre el tema del aborto, con el fin de obtener sus opiniones profesionales y una perspectiva amplia basada en la comunidad acerca del contexto de la prestación de servicios de aborto y de atención postaborto ([que se explica en mayor detalle en las páginas 3-4](#)).

Mientras que las y los expertos de Guttmacher trabajan rutinariamente con otros investigadores para refinar y mejorar varios métodos científicos, la crítica de Koch et al., no puede considerarse como un esfuerzo de buena voluntad para hacer avanzar el proceso científico. En lugar de ello, Koch et al., plantean dudas acerca del método AICM, tergiversando seriamente muchos de sus aspectos. Guttmacher rechaza estas falsas críticas y sostiene la validez de su metodología.

La metodología de Koch et al., tiene grandes fallas y se apoya en supuestos casi enteramente sin fundamentos

La crítica de Koch et al., a la metodología de Guttmacher no sólo no resiste el análisis científico, sino que, además, la metodología alternativa que proponen cae fuera de los límites de una investigación sólida y rigurosa. Ésta alternativa consiste en dos componentes: la estimación del número de mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto inducido y la estimación del número total de abortos inducidos.

Sin embargo, las metodologías de estimación que ellos proponen usan supuestos incorrectos que conducen a resultados erróneos y conclusiones equivocadas ([un análisis detallado de los diferentes errores cometidos por Koch et al., puede encontrarse en la página 4](#)).

Entre sus errores más notables se destacan:

- Los supuestos erróneos de Koch, et al., inflan el número de abortos espontáneos que requieren tratamiento en hospitales. Debido a que los síntomas son similares y a que las mujeres (y los proveedores de servicios) rara vez especifican cuándo la atención postaborto corresponde a abortos inducidos en vez de espontáneos, la única forma de estimar los casos de abortos inducidos, consiste en restar primero los espontáneos. Al aseverar incorrectamente que todas las mujeres que sufren abortos espontáneos después de seis semanas de embarazo requieren y reciben tratamiento en hospitales, Koch et al., inflan exageradamente el número de abortos espontáneos tratados en instituciones de salud; y, con base en esa cifra inflada, subestiman el número correspondiente de mujeres tratadas por complicaciones de abortos inducidos. Esto, a su vez, los lleva a subestimar de manera significativa las complicaciones derivadas del aborto inseguro.
- Koch et al., suponen erróneamente que los datos de un país son aplicables a otros países. Esta suposición es una falacia para cualquier medida demográfica, puesto que tales medidas se ven influenciadas por muchos factores específicos de cada país; y esto es particularmente errado en relación con el aborto en entornos donde el procedimiento es ilegal, estigmatizado, y clandestino y, donde las condiciones socioeconómicas de los países presentan amplias variaciones.
 - Koch et al., calculan el número de abortos inducidos en Colombia (y otros países latinoamericanos) aplicando la tasa de aborto calculada para España en 1987, año de legalización del aborto en ese país, al número de mujeres en edad reproductiva en Colombia y otros países de América Latina. Koch et al., no proporcionan suficiente justificación para sus supuestos e ignoran las enormes diferencias entre estos países.
 - En el caso de Colombia, su metodología supone que el país es idéntico o similar a España en aspectos claves. Sin embargo, los dos países difieren de manera significativa en muchos aspectos importantes: por ejemplo, aún en 1987 España estaba más desarrollada de lo que Colombia está actualmente—tenía un nivel más alto de logro educativo, mayor desarrollo económico y un mejor acceso a los servicios de salud y diferentes políticas públicas. Los dos países también difieren con respecto a patrones de formación de la familia y uso de anticonceptivos, así como en las preferencias del tamaño de familia. En resumen, la simple aplicación

- de la tasa de aborto que tenía España en 1987 a los datos de Colombia obtenidos para 2008, es completamente inapropiada.
- Para poner a prueba el enfoque erróneo de Koch et al., aplicamos la tasa oficial de aborto inducido de España para 1987 (2.02 abortos por 1,000 mujeres en edad reproductiva) al número total de mujeres en edad reproductiva de la Ciudad de México (poco menos de 2.3 millones en 2006), lo cual arrojó una cifra de 4,638 abortos inducidos. Sin embargo, 4,638 es solamente el 28% del número de abortos oficialmente reportados en la Ciudad de México (16,475 en 2009 y 16,495 en 2010). Esta cifra no incluye el gran número de abortos legales realizados en el sector privado ni los abortos clandestinos que continúan teniendo lugar en la Ciudad de México. Esto es una demostración adicional de cuán inexacto e insostenible es el enfoque de Koch et al.
 - De manera similar, Koch et al., aplicaron aleatoriamente la probabilidad de hospitalización de un país a otro. En el caso de Colombia, en donde los registros hospitalarios no son de suficiente buena calidad para ser usados en la estimación del número de mujeres tratadas por complicaciones de abortos inducidos y espontáneos en las instituciones de salud, Koch et al., basan sus estimaciones en datos hospitalarios de Chile. Este enfoque es en extremo inapropiado e ignora los numerosos e importantes aspectos en que Chile y Colombia difieren entre sí—lo que incluye cobertura, calidad y distribución de las instituciones de salud, así como el nivel educativo alcanzado por las mujeres—y asume que las mujeres en ambos países responden de la misma manera al tener un aborto inducido o espontáneo.
- El enfoque de Koch et al., no resiste el análisis cuando se aplica en países con buenos registros hospitalarios, como es el caso de Brasil y México. Cuando se pone a prueba en lugares con buenos registros hospitalarios, la alternativa metodológica de Koch produce resultados completamente equivocados. Sus estimaciones del número de mujeres tratadas en hospitales por complicaciones de *solo abortos espontáneos* son mayores que las cifras registradas de mujeres hospitalizadas por complicaciones de cualquier tipo de aborto: 78% más altas para Brasil y 23% más altas para México. Esto demuestra que los supuestos de Koch et al., son poco fidedignos y su alegato—de que el método AICM del Guttmacher Institute sobrestima el número de complicaciones de aborto inducido—carece de fundamento.
 - El enfoque general de Koch et al., sobre México indica ignorancia de la situación en ese país. Koch et al., confunden la estimación del Guttmacher del total de abortos en México con el total de abortos legales registrados en las instituciones de salud del sector público en la Ciudad de México. Para apreciar la magnitud de este error, es importante comprender que las leyes de aborto en México son altamente restrictivas en la mayor parte del país, con la excepción de Ciudad de México (en donde la terminación del embarazo de primer trimestre fue despenalizada en 2007). Las mujeres en todos los otros estados (esto es, el 93% del total de las mujeres en edad reproductiva en el país) aún recurren a procedimientos clandestinos. Como resultado, la prevalencia del aborto inducido ilegal continúa siendo alta en todo el país. Solamente 3% del total de mujeres que tienen abortos legales en la Ciudad de México

viven fuera de la gran área metropolitana. Además, es probable que en la Ciudad de México sigan siendo altos los niveles de aborto legales y privados, pero no registrados, así como los abortos inseguros debido a aspectos relacionados con el estigma, la ignorancia de la ley y un acceso inadecuado a los servicios legales y seguros.

- Koch et al., ignoran estos factores cuando afirman que el número de abortos legales realizados en el sector público en la Ciudad de México representa el número total de abortos inducidos en todo el país. Nadie que conozca la situación puede creer que este es el caso. Hacerlo así es incorrecto y altamente engañoso.

Conclusión

Koch et al., fallan tanto en su intento de desacreditar el método AICM, como en el de presentar una alternativa confiable para estimar la incidencia de aborto en países en donde el procedimiento es altamente restringido. Su enfoque es simplista, altamente engañoso y sencillamente erróneo. Los supuestos subyacentes a su enfoque carecen de base científica y no muestran respeto por los contextos, lo que representa un enorme problema. Sus procedimientos y supuestos erróneos han llevado a Koch et al., a resultados inexactos y a un ataque sin fundamento contra el método AICM del Guttmacher Institute.

Koch et al., le causan un perjuicio al proceso científico. Es especialmente desafortunado que ellos, al mismo tiempo, estén tratando de minimizar el problema del aborto inseguro y sus consecuencias en las mujeres en América Latina.