

EL ABORTO PROVOCADO: SINTESIS BIBLIOGRAFICA RECIENTE

Dra. TEGUALDA MONREAL *

Antecedentes históricos.

El aborto ha constituido una preocupación de la humanidad desde los tiempos más remotos. Las primeras informaciones se remontan a hace alrededor de 4.500 años, cuando un emperador chino de la época prescribió la primera receta abortiva. Posteriormente, en el año 999 A. C., se tiene conocimiento que en la medicina persa se aplicaban severas sanciones contra el aborto criminal.

Entre los griegos, en el siglo v A. C., Hipócrates condenaba el aborto, al expresar en uno de los preceptos de su Juramento: "no daré un pesario a una mujer para provocarle aborto". La Lex Cornelia de los romanos establecía que quienquiera que diera una bebida afrodisíaca o causare un aborto, sería castigado con la deportación y la pérdida de parte de sus bienes y hasta era condenado a muerte si el paciente fallecía como resultado de estas prácticas.

Es probable que desde entonces y en razón de la severidad de las penas impuestas, exista el aborto clandestino. El se ha mantenido hasta nuestros días y su ritmo creciente en la mayoría de los países, lo ha hecho constituir en la actualidad un serio problema de Salud Pública.

Magnitud del problema.

La magnitud del problema del aborto no es bien conocida, por el hecho de su misma clandestinidad. Se dispone sólo de informaciones parciales, como las estadísticas de hospitalizaciones o estudios hechos en ciertos grupos seleccionados de la población (encuestas en hospitalizadas por aborto o parto, o bien consultantes, etc.). Las informaciones más completas sobre el aborto provienen, en general, de aquellos países donde éste ha sido legalizado; a pesar que en ellos el aborto clandestino persiste en alguna medida, su cuantía es muy limitada y no constituye un problema de salud.

En Japón el aborto representa el medio predominante de control de la natalidad desde la promulgación de la Ley de Protección Eugénica, en julio de 1948, reformada en mayo de 1949. El aborto inducido es autorizado cuando el embarazo o el parto puedan afectar la salud de la madre, ya sea directamente en sus condiciones físicas o por razones económicas. El número de estos abortos alcanza tasas cada vez mayores, como puede apreciarse en el cuadro siguiente:

TABLA Nº 1

Abortos inducidos en Japón, 1949-1957

Año	Abortos inducidos	Nacimientos vivos	Abortos x 100 nacimientos	Tasa natalidad x 1.000
1949	246.104	2.696.638	9,1	33,0
1950	489.111	2.337.507	20,9	—
1951	638.350	2.137.689	29,9	25,3
1952	798.193	2.005.162	39,8	—
1953	1.068.066	1.868.040	57,2	21,5
1954	1.143.059	1.769.580	64,6	—
1955	1.170.143	1.730.692	67,6	19,4
1956	1.159.288	1.665.278	69,6	—
1957	1.122.316	1.566.713	71,6	17,2

*Cátedra de Epidemiología. Escuela de Salubridad.

Es decir, el número de abortos registrados en Japón, que en el año 1949 era de aproximadamente 9 por cada 100 nacimientos, alcanza nueve años más tarde la cifra de 72 por cada 100 nacimientos. El descenso de la tasa de natalidad de casi un 50%, entre 1949 y 1957, demuestra la repercusión que el aborto ha tenido sobre la natalidad.

Otros trabajos japoneses establecen promedios anuales de abortos inducidos por mujer (julio 1949-julio 1950), de 1,4 para las grandes ciudades, de 1,3 para las medianas y de 1,2 para las áreas rurales.

En Checoslovaquia el aborto era autorizado por razones médicas desde 1949. En 1957, fue legalizado, extendiéndose sus indicaciones a otras causales no médicas (edad, familia numerosa, viudez, madre soltera, violación, separación).

TABLA Nº 2

Abortos en Checoslovaquia, 1953-1957

Año	Aborto	Abortos x 100 nacimientos	Tasa natalidad x 100
1953	30.566	11,1	23,3
1954	33.385	12,4	
1955	35.087	13,1	
1956	34.088	12,9	
1957	37.495	14,3	
1958	—	37,0	
1959 sobre 100.000		48,2	
1960	—	—	16,0

Esta tabla incluye los abortos provocados por médicos en sus clínicas particulares. Vemos que mientras en 1953 por cada 100 nacimientos se producían 11 abortos, esta cifra asciende en 1959 a casi 50 abortos por 100 nacimientos. Investigaciones directas sobre la frecuencia del aborto ilegal demuestran que éste no es importante: 16,2% de las mujeres encuestadas en período de embarazo habían tenido alguna vez un aborto ilegal.

En Suecia, hasta 1938, se aceptaban las causales puramente médicas para la interrupción del embarazo. En 1939 se promulga una ley sobre abortos, que pretende disminuir la

frecuencia del aborto ilegal, reconociendo causales como las médico-sociales, humanitarias y eugénicas. En 1947 la reforma de la ley amplía las indicaciones a las socio-médicas.

TABLA Nº 3

Abortos legales en Suecia, 1930-1955

Año	Abortos	Abortos x 100 nacimientos
1930	198	0,2
1939	439	0,45
1943	703	—
1945	1.623	1,2
1947	3.534	—
1951	6.328	5,7
1954	5.089	4,8
1955	4.562	4,3

La frecuencia de aborto ilegal se estima alrededor de 10-13 por cada 100 embarazos (12,5-13% para Estocolmo y 10-11% para el resto del país).

En Francia, donde el aborto es ilegal, se estima que hay un aborto por cada nacimiento.

En 46 Estados de los Estados Unidos existe el aborto terapéutico como medida preventiva de mortalidad materna; sólo en 3 Estados lo es, además, como medida preventiva de salud materna. Respecto a la magnitud del aborto criminal en Estados Unidos, no existe un criterio establecido. Para Taussig, en 1960, ascendería a 600.000-700.000, en tanto que para Rongy esta cifra se elevaría a 1.250.000. Taussig propone la fórmula de 1 aborto por cada 2,5 partos en zona urbana, y uno por cada 5 en zona rural, con un promedio de un aborto por cada 4 nacimientos. Kopp cree que un aborto correspondería a cada 6 nacimientos.

En Chile el aborto es ilegal y la magnitud del problema no la conocemos sino en forma muy incompleta, a través de los egresos hospitalarios y de estudios realizados en grupos seleccionados (hospitalizadas por aborto o por partos y consultantes a policlínicos).

TABLA N° 4

Hospitalización por aborto en Servicio Nacional de Salud, Chile, 1937-1958

Año	Abortos	Nacidos vivos	Abortos x 100 nacimientos
1937	12.963	153.354	8,4
1938	13.982	154.927	9,0
1939	14.730	163.589	9,0
1940	16.254	166.593	9,7
1941	18.265	165.004	11,0
1942	19.342	170.222	11,3
1943	20.009	172.095	11,6
1944	19.449	174.864	11,1
1945	21.581	178.292	12,1
1946	23.619	175.686	13,4
1947	24.535	186.784	13,1
1948	26.448	189.236	13,9
1949	28.514	189.719	15,0
1950	29.512	188.323	15,6
1951	30.571	191.332	15,9
1952	32.862	195.470	16,5
1953	33.862	211.808	15,9
1954	35.748	209.920	17,0
1955	39.340	225.352	17,4
1956	41.829	237.268	17,0
1957	44.945	262.746	17,1
1958	49.041	262.759	18,6

Como puede apreciarse en esta tabla, en el lapso de 22 años el número de abortos ha aumentado en Chile desde 12.963 hasta 49.041. Comparado con los nacimientos, las razones correspondientes suben de 8,4 a 18,6 por 100 nacidos vivos. Esto significa que en el año 1958, por cada 5,5 nacimientos se hospitalizó un aborto, es decir, se produjo por lo menos un aborto complicado.

Los trabajos de Romero y Vildósola (1952) en 3.038 mujeres hospitalizadas por parto o por aborto y en consultantes del ex Seguro Obrero concluyen que un 26,5% de los embarazos terminan en aborto, de los cuales aproximadamente dos tercios fueron ilegales.

Manubens (1952), en 1.000 mujeres hospitalizadas por aborto, encontró que éstos representaban el 48% de los embarazos y también alrededor de los dos tercios fueron ilegales. La encuesta de fecundidad realizada en 1959 por el Centro Latinoamericano de Demografía y

la Escuela de Periodismo de la Universidad de Chile reveló una frecuencia de embarazos que no llegaron a término (espontáneos o provocados) de uno por tres nacidos vivos para las mujeres casadas. En aquéllas cuyos matrimonios han sido deshechos o que están en unión consensual, la frecuencia es de uno por algo más de dos nacidos vivos.

Si se analiza el número de egresos por aborto del Servicio Nacional de Salud en el año 1958, éstos representan aproximadamente un 28% del total de los egresos de obstetricia. Es decir, un número importante de camas del Servicio Nacional de Salud disponible dicho año por los servicios de Obstetricia para la atención del embarazo, parto y puerperio, debieron ser restadas a estas atenciones. Según Walsen el aborto representó el 50% de las hospitalizaciones entre 1950 y 1954 en la Maternidad Angel Custodio Sanhueza.

Finalmente, desde el punto de vista económico, los abortos hospitalizados por el Servicio Nacional de Salud en Chile en el año 1958 significaron un total de 143.866 días-cama (3,2 días promedio por aborto). A un costo de E° 5.00 diarios, esto equivale a un total de E° 719.330.00 exclusivamente por concepto de hospitalización. Si a ello se agregan los gastos en farmacia y subsidios, junto a los días restados a la producción entre muertes y hospitalizaciones, se puede concluir que el aborto representa para Chile, un problema importante de Salud Pública, que hasta el momento no ha sido abordado por diferentes razones.

Características principales.

Los diferentes estudios realizados, aunque incompletos permiten, sin embargo, conocer las principales características con que el aborto se presenta.

Edad de la mujer. La mayoría de las investigaciones concuerdan en asignar el porcentaje de abortos a edades que van desde los 25 hasta los 40 años. Así por ejemplo, Masakumi Kimura (1953-1954) en un estudio de 6.174 abortos, descubre 54,5% entre los 25 y 34 años, equitativamente distribuidos; sólo un 12,9% se presentaron en edades inferiores a los 25 años. Otro autor japonés, Yoshio Koya (1955), en tasas ajustadas por edad, encuentra un 53,6% entre los 30 y 40 años.

Wall (1960) encuentra en EE. UU. porcentajes similares entre los 21 y 30 años. En Chile (Romero-Vildósola, 1952) el aborto tendría su mayor frecuencia entre los 30 y 40 años.

Si consideramos que el mayor número de gestaciones se hace entre los 20 y 30 años de edad, querría decir que los abortos provocados son proporcionalmente pocos durante las edades más jóvenes del período fértil y mayor en los años terminales de este período.

Mes de gestación. Su mayor frecuencia se encuentra entre el 2º y 3.er mes de gestación 91,2% de los abortos registrados en Japón en 1954; otras estadísticas dan porcentajes más bajos (66%).

Si se relacionan la edad de la madre con la edad de la gestación, se encuentra en general que las mujeres de mayor edad abortan más precozmente: 61,8% de las mujeres entre 30-40 años abortan en el 2º mes o antes, contra el 51,5% de las mujeres entre los 20 y 30 años que lo hacen en el mismo período.

Orden de embarazo. La mayor concentración de abortos (48%) se observa entre los embarazos 3º al 5º. Sólo un 8,3% de los abortos corresponden a los primeros embarazos.

Número de niños. Las investigaciones japonesas revelan que el 72,9% de las mujeres que abortaron tenían 3 hijos o menos. Un 11% de estas mujeres no tenía hijos y 17% tenía sólo uno. En Chile el mayor porcentaje también se observa en mujeres con 3 hijos o menos.

Abortos previos. En los dos tercios de las mujeres el aborto investigado correspondía al primero, en 25% al segundo y sólo en un porcentaje muy bajo (4%) al 4º o más (Kimura, Wall).

Causas. En Japón (Koya) la razón principal para el gran aumento de los abortos la constituye el factor económico familiar. Sólo en un 17% de las mujeres la razón sería médica. Aparte de la causal económica, aunque de mucho menos importancia, se invoca el sexo de los hijos existentes: por razones tradicionales es más frecuente la provocación del aborto cuando por lo menos hay un niño varón en la familia. Se estima que los cambios sociales de postguerra han ejercido grandes influencias, pero que fundamentalmente ha sido el

deseo de no disminuir el nivel de vida la causa de la mayor frecuencia del aborto.

Para otros autores (Kimura), en más de una tercera parte de los casos la razón invocada fué médica, en 22,9% "numerosos hijos" y sólo en 14,1% las razones fueron exclusivamente económicas; en 14,4% se adujo que "el niño último era muy joven". Estos fundamentos se modificaron según el orden del aborto ya que "el no deseo del hijo", por ejemplo, fue más invocado a medida que aumentaba el número de orden del aborto, al mismo tiempo que disminuían las razones por salud.

En Chile (Walsen), los factores económicos y la multiparidad no parecerían ser lo más importante y tal vez la "comodidad", disfrazada de razón económica, sería la que llevaría a las enfermas a la interrupción del embarazo. Según Romero, las causas económicas predominan entre las mujeres casadas (sobre un 60%), en tanto que en las solteras lo son las sociales (sobre un 50%).

Causante y métodos empleados. En aquellos países donde el aborto está casi totalmente legalizado (Japón, Checoslovaquia) la gran mayoría de los abortos es realizada por médicos mediante raspaje instrumental. En Chile (Romero) predomina la matrona aficionada (79%). Entre los procedimientos usados, la sonda ocupa el 61,4%, siguiéndola el lavado intrauterino (18%) y el raspado (9,4%).

Efectos del aborto en la salud de la madre. Las investigaciones japonesas (Koya) señalan que 52,7% de los abortos no presentó complicaciones. El resto las tuvo de diversos tipos, benignas o graves, con mayor frecuencia cuando el número de abortos provocados es más alto.

En Chile (Romero), donde las informaciones al respecto provienen de las Maternidades, las mujeres recurren a la hospitalización: 1º por restos de abortos infectados o no (75%); 2º por aborto en evolución con o sin infección (16%), y 3º por complicaciones, tales como parametritis, peritonitis, anemia, perforación, flegmón del ligamento ancho, septicemia, etc. (7,5%).

Efecto del aborto sobre la limitación de la familia. Las estadísticas japonesas revelan descensos notorios de las tasas de natalidad en

Japón desde 1948 en adelante, de 33 a 17,2%, que sólo pueden explicarse por el número creciente de abortos inducidos por la promulgación de la Ley de Protección Eugénica en 1948. La tasa de aborto de 9,1% en 1949 ascendió a 71,6% en 1956.

Yoshio Koya recomienda, sin embargo, no sobreestimar la acción del aborto en este sentido. 49,1% de las mujeres se embarazan dentro de los 18 meses siguientes del aborto y de éstas aproximadamente un 43% lo hizo en los 6 primeros meses.

Control.

La actitud frente al problema del aborto se relaciona en parte con creencias religiosas que están fuera de discusión y que, en consecuencia, no han sido incluidas en esta síntesis. Desde un punto de vista médico-sanitario parecería que el control del aborto debería abordarse mediante medidas que, por una parte, tiendan a impedir o limitar su frecuencia (profilaxis del aborto propiamente tal) y, por otra, impidan o limiten sus complicaciones. Las primeras estarían íntimamente ligadas a la prevención del embarazo no deseado a través de métodos contraceptivos. Las segundas, considerando que el mayor porcentaje de complicaciones lo presenta el aborto ilegal, estarían asociadas a la legalización del aborto por otras causas además de las estrictamente médicas, de tal modo que pueda realizarse por profesionales médicos y en condiciones adecuadas.

Las tentativas de la humanidad de restringir el número de hijos datan de muy antiguo. Indudablemente que el infanticidio representa una forma primitiva de control de la natalidad. Entre los romanos, Soranus, padre de la Obstetricia y Ginecología, aconsejaba taponamiento del orificio del útero con algodón, sustancias grasas u otras, para evitar la concepción. Los primeros movimientos en la difusión de una contracepción organizada comenzaron en 1830 y representaron tentativas aisladas, realizadas por instituciones voluntarias.

La oposición organizada contra la contracepción no desapareció sino hasta el presente siglo y con el veto de la Iglesia Católica. Algunos países como Francia, España, Alemania, mantuvieron aun entonces una prohibición a

la propagación de métodos contraceptivos. Existen organizaciones actuales de planificación de la familia, como la Federación Americana de Planificación de la Familia, que en 1954 tenía 154 Centros y aconsejó a 143.000 familias; y la Asociación de Planificación de la Familia en Gran Bretaña, que en el mismo año aconsejó a 200.000 mujeres en sus 190 clínicas. Es evidente que aun estas organizaciones son inadecuadas para la prevención del aborto. La mayoría de los métodos contraceptivos en uso, a pesar de que algunos de ellos acusan altos índices de seguridad, resulta inaplicables para un programa de control en gran escala, especialmente en aquellos países llamados subdesarrollados, sea por su elevado costo, su difícil manejo, o por razones culturales que deciden su rechazo.

Pareciera, dada la experiencia con que hasta ahora se cuenta, que el método del anillo de Graefenberg preconizado por Oppenheimer fuera el más recomendable para estos fines. Consiste en la introducción de un anillo en la cavidad uterina y su fundamento reside en que la permanencia de un cuerpo extraño en el útero impide la concepción. Se han usado anillos de hilos de seda, metálicos, de polietileno, etc. El mecanismo de acción se desconoce: para algunos, impediría el anidamiento del huevo, para otros, produciría una hipertrofia del endometrio o necrosis con iguales resultados, o cambios en el Ph por la actividad química del metal que producirían esterilidad, o finalmente se trataría de una acción mecánica de los anillos.

Experiencias japonesas sobre más de 19.000 casos (Ishihama, 1959) dan un porcentaje de éxito entre 97,8 y 98,9%. Sólo en un 3,5-5,2% produce trastornos serios que obligan a la remoción del anillo y que parecen estar relacionados con su inserción inadecuada, con introducción después de un aborto, etc.

Entre los efectos secundarios se describen alteraciones menstruales (19,2%) que se observan en la 2ª ó 3ª menstruación. En 2,8%-4,7% de los casos se han observado hemorragias atípicas vaginales, complicación más desagradable y cuya frecuencia varía según la calidad de los anillos, procedimiento de inserción, etc., que obliga en muchas ocasiones a la remoción del anillo. Otras alteraciones que pueden producirse son dolores al hipogastrio

o lumbagos (2,2 a 2,8%) o bien endometritis que no revisten importancia (0,4%). No se ha demostrado una mayor incidencia de cáncer o de miomas uterinos que en la población femenina general. No se produce esterilidad con posterioridad a su remoción, aun cuando el anillo haya permanecido insertado varios años.

Se recomienda su uso dos o tres meses después del parto y su cambio después de un año. Debe ser realizado por médicos, previa dilatación del cuello uterino.

El segundo problema que se plantea en el control del aborto es la conducta a seguir frente al embarazo no deseado, cuyo final es el aborto clandestino en un porcentaje variable.

Parecería razonable, agotados aquellos recursos de persuasión y educación para la continuación de este embarazo, impedir o limitar al máximo los riesgos que para la salud y la vida de la madre significa un aborto hecho clandestinamente. Para ello se requiere propiciar una interrupción oportuna del embarazo, a cargo de profesionales y en condiciones tales que garantice un máximo de seguridad. Hay evidentemente interés general, en especial de la mujer, en que exista la posibilidad legal de la interrupción del embarazo no deseado.

Ya Priscianus, destacado médico romano, recomendaba el aborto para salvar la vida de la madre. Hasta 1864 regía en Suecia la pena capital para quien inducía un aborto criminal. Desde fines del siglo XIX, sin embargo, se permitía el aborto cuando existían causales médicas, para preservar la vida o la salud de la madre. En la primera mitad de este siglo comenzó a librarse una lucha en todas partes contra las leyes que prohibían al aborto y, por lo menos con fundamento médico, se autorizó la interrupción legal del embarazo en Alemania (1935), en Suecia (1938) y en Francia (1938).

Los mayores avances entre los países occidentales fueron logrados por los países escandinavos (1946), Suiza (1942) y Japón (1949), en los cuales, además de las razones puramente médicas, se invocaron razones socio-médicas que impedían a la mujer el cumplimiento de sus funciones maternas.

Rusia fue el primer país que dio a la mujer el derecho legal a decidir sobre su maternidad (Ley del Aborto Voluntario, en 1923).

Cambios posteriores en las condiciones de su sociedad modificaron esta política, como sucedió en 1946, cuando se prohibió el aborto y se castigó severamente la clandestinidad. En 1955, se volvió a legalizarlo, tratando con ello de impedir la realización del aborto en lugares que no fueran instituciones médicas y dar a la mujer el derecho a decidir sobre su maternidad.

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la ley checa castigaba el aborto severamente, no reconociéndose causales médicas para justificarlo. Fue sólo en 1949 cuando el nuevo Código reconoció el derecho a la interrupción del embarazo por causa médica. La ley se puso gradualmente en práctica, con lo cual el aumento de abortos en hospital fue lento. En diciembre de 1957 la nueva ley sobre abortos amplía las causales médicas a otras consideraciones. Su objetivo era reducir el número de abortos ilegales y así reducir el número de complicaciones y muertes.

Tanto en la Unión Soviética como en Checoslovaquia la legalización del aborto se acompañó de medidas tales como asignaciones familiares elevadas después del tercer hijo, exención de impuestos a las familias con niños, beneficios en las instituciones infantiles, etc., que facilitarían a la mujer el cumplimiento de sus obligaciones maternas y cuya aplicación no afectara a la natalidad.

En Japón, como ha sido señalado, el objetivo de la legalización del aborto ha sido resolver el problema de la alta natalidad y su práctica fue efectiva, como puede juzgarse por los descensos de las tasas de natalidad.

En Inglaterra, donde el aborto es ilegal, se formó la Asociación de Reforma de la Ley de Abortos para agitar la modificación de las leyes vigentes (1958). También en Estados Unidos ha habido movimientos similares para modificar la ley.

En Chile, el Código Penal (Libro II, título VII) establece penas bien concretas que castigan el delito del aborto tanto para quien lo provoca, como para la afectada, disposiciones que en la práctica rara vez se cumplen.

Las razones estrictamente médicas para interrumpir el embarazo existen en la mayoría de los países, pero estas causales son muy restringidas y ellas son el reflejo del estado contemporáneo de la ciencia, lo que significa que

cada vez serán más reducidas. Así, por ejemplo, Russell en un estudio estadístico sobre 295 pacientes hospitalizados en el Hospital de Los Angeles (E.E. U.U.) entre 1931 y 1950 demuestra que en estos 20 años el número de abortos terapéuticos disminuyó de 1 por cada 106 nacimientos (1931) a 1 por cada 8.383 nacimientos (1950).

Los profundos cambios sociales y económicos de hoy están teniendo un marcado efecto en las costumbres sociales y morales, que a su vez debieran modificar la actitud de la comunidad hacia el problema del aborto. No debe olvidarse que las causas del problema son complejas y que, además de las de orden médico, que son las mínimas, hay razones económicas, morales, éticas, etc., que conducen al aborto y que es preciso considerar.

La legalización del aborto representa una solución en el momento actual, ya que da a la mujer el derecho a decidir sobre su maternidad. Por sí sola, sin embargo, no resuelve el problema y sólo debiéramos considerarla una medida temporal, puesto que la interrupción

del embarazo no representa una operación deseable desde un punto de vista médico.

La solución del problema debería centrarse en la maternidad racional, cuyo determinante primordial son los factores socioeconómicos y luego los factores subjetivos. Esto no sólo significa conocimiento de los métodos contraceptivos y legalización del aborto sino que implica también un cambio en la actitud de la comunidad y en las relaciones humanas. Sólo los esfuerzos organizados de toda la sociedad pueden llevar a una solución de estos complejos problemas en que la persuasión y educación en gran escala debieran constituir el eje de una campaña contra el aborto.

El Departamento de Salud Pública del Colegio Médico y la Cátedra de Epidemiología de la Escuela de Salubridad, conscientes de la importancia de este problema, iniciarán pronto una investigación epidemiológica sobre el aborto provocado en el área urbana del Gran Santiago, con el objeto fundamental de conocer la magnitud real y las características del problema, así como la opinión de la población hacia posibles procedimientos de control.

BIBLIOGRAFIA

1. ROMERO, H. y VILDÓSOLA, J. *Introducción al problema del aborto*. Rev. Chil. de Hig. y Med. Prev., 14: 197-211, diciembre 1952.
2. MANUBENS, R. *Estudio sobre aborto involuntario*. Tesis Licenciado en Medicina U. de Chile, 1952.
3. MENA, V. *Estudio sobre aborto provocado*. Tesis Licenciado en Medicina U. de Chile, 1952.
4. WALSEN EBNER, RICARDO. *Problema médico, social y médico-legal del aborto provocado*. Bol. Soc. Chil. Obstet. Ginec., 19: 185-196, oct. 1954.
5. COLLINS, HASON H. *Abortions. A study based on 1304 cases*. Amer. J. Obstet. Gynec., 62: 548-558, 1951.
6. RUSSELL, KEITH P. *Changing indications for therapeutic abortion. 20 years experience at Los Angeles Country Hospital*. J.A.M.A., 151, 108-111, 1953.
7. KIMURA, MASABUMI. *Induced abortions in Japan 1953-1954*. Milbank Mem. Fund. Quart., 37: 154-173, 1959.
8. KOYA, YOSHIO. *A study of induced abortion in Japan and its significance*. Milbank Mem. Fund. Quart., 32: 282-293, 1954.
9. PINCUS, GREGORY. *The hormonal control of ovulation and early development*. Postgrad. Med., 24: 654-660, 1958.
10. ISHIHAMA, ATSUMI. *Clinical studies on intrauterine rings especially the present state of contraception in Japan and the experiences in the use of intrauterine rings*. Yokohama Med. Bul., 10: 89-105, 1959.
11. VOJTA, M. *Some questions of unwanted pregnancy and legal abortion as a solution at the present day*. Rev. Czech. Med., 5: 207-215, 1959.
12. OPPENHEIMER, W. *Prevention of pregnancy by the Graessberg ring method*. Amer. J. Obstet. Gynec., 78: 446-453, 1959.
13. HULTGREN, GÜSTA. *Avslag på ansökan om legal abort*. Nordisk Med., 62: 1182-1185, 1959.
14. WALL, LEONARD A. *Abortions: ten years' experience at Kansas University Medical Center*. Amer. J. Obstet. Gynec., 79: 510-515, 1960.
15. MURAMATSU, MINORU. *Effect of induced abortion on the reduction of births in Japan*. Milbank Mem. Fund. Quart., 38: 153-166, 1960.
16. KOYA, YOSHIO. *The prevention of unwanted pregnancies in a Japanese village by contraceptive foam tablets*. Milbank Mem. Fund. Quart., 38: 167-170, 1960.
17. CALDERONE, MARY STEICHEM. *Illegal abortion as a public health problem*. Amer. J. Public Health., 50: 948-954, 1960.
18. GREBENIK, E. *Contraception and fertility among American women*. Milbank Mem. Fund. Quart., 38: 292-296, 1960.
19. ORAL CONTRACEPTIVES (Special articles). Lancet II: 256-257, 1960.
20. CLAVERO NÚÑEZ, A. *La frecuencia con que se frustran, por aborto, la primera gestación y subsiguientes*. Rev. Esp. Obstet. Ginec., 17: 49-51, 1958.
21. KOLSTAD, PER. *Therapeutic abortion. A clinical study based upon 968 cases from a Norwegian hospital, 1940-1953*. Acta Obstet. Gynec. Scand., vol. 36, suppl. 6, 1957.
22. AREN, PER. *On legal abortion in Sweden*. Acta Obstet. Gynec. Scand., vol. 37, suppl. 1-2, 1958.