

Declaración del IMAP sobre adelantos en la anticoncepción de emergencia

Introducción

Esta es una declaración elaborada por el Grupo Internacional para el Asesoramiento Médico (International Medical Advisory Panel o IMAP) y aprobada en abril de 2025.

La anticoncepción de emergencia (AE) consiste en métodos anticonceptivos que se pueden usar después del coito sin protección, o con protección inadecuada, y antes de que se produzca un embarazo. Dichos métodos ofrecen a las mujeres y a toda persona que pueda quedar embarazada la oportunidad de prevenir un embarazo no deseado.¹ La AE es un método seguro y efectivo de prevención de embarazos no deseados que puede reducir el riesgo de embarazo hasta en un 99%. Entre los métodos recomendados de AE se incluyen píldoras (con 1,5 mg de levonorgestrel o con 30 mg de acetato de ulipristal) o la colocación de un dispositivo intrauterino de cobre (DIU) [\(1,2\)](#). El acceso a la AE es un componente crítico de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva y debería considerarse un derecho básico de todas las personas [\(3\)](#).

A pesar de su eficacia, la AE no se usa con frecuencia después del coito sin protección [\(4–6\)](#). En numerosos contextos, las personas

encuentran obstáculos para acceder a la AE, y la mayoría de las mujeres no conocen la AE como método de prevención de embarazos tras el coito. Sin embargo, en casi todos los países, las personas con mayor grado de instrucción son las que con mayor probabilidad conocen y usan la AE. Algunos proveedores no tienen suficientes conocimientos sobre la AE, son partidarios de más restricciones al acceso a la AE y tienen actitudes negativas con respecto a ofrecer AE a quienes puedan necesitarla, como mujeres casadas, sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género, y adolescentes [\(7\)](#).

Una de las principales razones por las que se niega el acceso a la AE es que se considera erróneamente un aborto o se define de forma incorrecta como tal. Como consecuencia, es esencial enfatizar que la AE previene los embarazos, no los interrumpe [\(2\)](#). Se debe educar al público, a los proveedores y a los responsables de políticas públicas enfatizando que la AE no provoca un aborto, a diferencia de las píldoras de aborto médico administradas durante el embarazo. Las píldoras de AE son seguras para mujeres de todas las edades y tienen pocos efectos secundarios, similares a los de las píldoras anticonceptivas, como náuseas y vómitos,

¹ NOTA: Este documento incluye a mujeres y niñas, así como a todas las personas que puedan quedar embarazadas, entre ellas, personas intersexuales, transgénero y con otras identidades de género. A los efectos de este documento, las referencias a «mujeres» aluden a todas las personas que tienen la capacidad de quedar embarazadas.

sangrado vaginal irregular y cansancio (8,9). Se desconoce que tengan efectos negativos a largo plazo sobre la salud o la fecundidad (9).

En la mayoría de los países hay disponibilidad de productos específicos de AE que se incluyen en la Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS (10). La AE se incluye en la lista de 13 productos esenciales del Marco de Acción de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños (11). La AE también es un componente del Paquete de servicios iniciales mínimos para la salud reproductiva en emergencias. Asimismo, forma parte de los Botiquines Médicos Interinstitucionales de Salud Reproductiva para el manejo clínico de la violación y para la planificación familiar de corta duración (Botiquines 3 y 4) (11). Se puede consultar información más detallada sobre la AE en la publicación de la IPPF Directrices clínicas centradas en la persona para servicios de salud sexual y reproductiva (9).

Propósito de esta declaración

El propósito de esta declaración es revisar datos publicados recientemente sobre 1) el aumento de la eficacia de las píldoras anticonceptivas de emergencia con levonorgestrel solo (PAE-LNG) mediante su administración antes del coito o en combinación con un medicamento antiinflamatorio no esteroideo; 2) el uso potencial de PAE-LNG como método anticonceptivo habitual para relaciones sexuales poco frecuentes; 3) el acetato de ulipristal (AUP), un método establecido de AE sobre el que se están

realizando estudios para su uso combinado con misoprostol (un método de aborto efectivo por sí solo) para la interrupción de embarazos en las primeras semanas; y 4) la infrautilización de dosis bajas de mifepristona como método de AE.

Público objetivo y partes interesadas

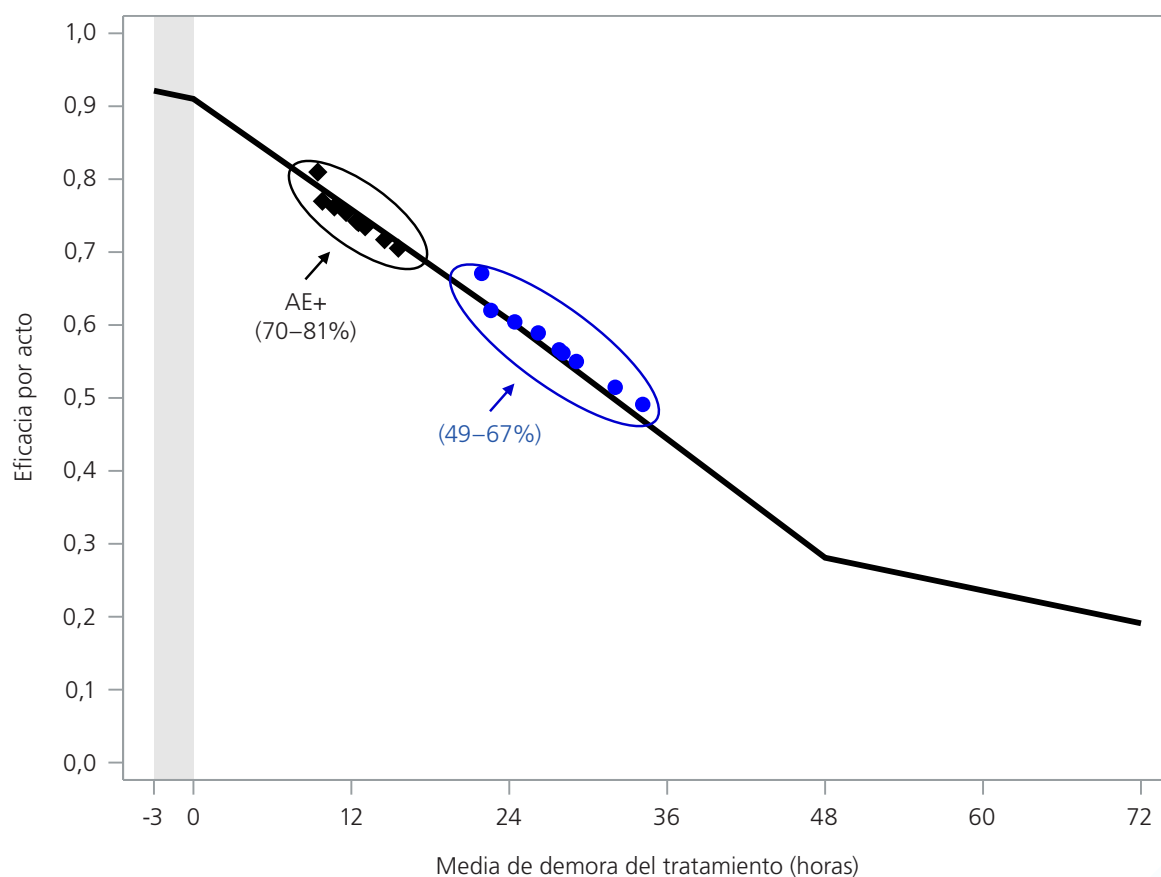
Esta declaración está dirigida, principalmente, a asociaciones miembros de la IPPF, para que puedan revisar datos publicados recientemente sobre productos de AE y tomar decisiones informadas sobre la atención de salud. También puede resultar útil a otras organizaciones de salud sexual y reproductiva, responsables de políticas públicas, investigadores y activistas.

Nueva evidencia sobre el aumento de la eficacia de la anticoncepción de emergencia con LNG

El etiquetado actual de productos indica que una dosis oral de 1,5 mg de levonorgestrel (LNG) es un método efectivo de AE si se administra antes de la ovulación. El medicamento no tiene efectos aparentes sobre el riesgo de embarazo si se administra después de la ovulación (12). La necesidad de administrar LNG como AE antes de la ovulación significa que, en promedio, su eficacia disminuye a medida que aumenta el tiempo transcurrido entre el coito y la administración del medicamento; por ese motivo, se recomienda tomarlo tan pronto como sea posible después del coito sin protección (13,14). Con base en modelos matemáticos de datos existentes, la eficacia de las PAE-LNG podría ser superior al 90% cuando se administran sin demora tras el coito (15). Sin embargo, en nueve estudios publicados sobre personas que tomaron el medicamento dentro de las 72 horas siguientes al coito, la eficacia máxima lograda fue de solo entre un 49% y un 67%, al tener en cuenta la distribución de las demoras en el tratamiento entre las personas objeto del estudio (fig. 1, círculos azules). Con base en esos mismos modelos, las tasas de eficacia habrían aumentado a entre 70% y 81% si la mitad de las personas del estudio hubiesen tenido un suministro anticipado de PAE-LNG y las hubiesen tomado solo unas pocas horas (hasta tres horas) antes del coito (15).

La necesidad de administrar LNG como AE antes de la ovulación significa que, en promedio, su eficacia disminuye a medida que aumenta el tiempo transcurrido entre el coito y la administración del medicamento.

Figura 1: Incremento en promedio-población, eficacia máxima posible si el 50% de cada grupo tuviese suministro anticipado de AE-LNG y lo tomase tres horas antes del coito (cuadrados negros) en comparación con la eficacia en los nueve estudios originales (círculos azules)



Adaptado de Taylor, Kapp y Steiner 2024

En sus Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, la OMS recomienda un suministro anticipado de píldoras de AE para reducir el tiempo transcurrido entre el coito y la administración de la píldora y, así, aumentar la eficacia del método (1,13). A pesar de que hay evidencia clara de que la reducción del tiempo de demora del tratamiento aumenta la eficacia por acto sexual, en una revisión sistemática de 11 estudios aleatorios de intervenciones que evaluaban el suministro anticipado de AE se concluyó que ninguno de ellos podía demostrar tasas acumulativas más bajas de embarazo a lo largo del tiempo en los grupos con suministro anticipado (cociente de posibilidades (OR) de 0,98; intervalo de confianza (IC) de 95%

con valores de 0,76 a 1,25 en estudios con datos de seguimiento de doce meses) a pesar de que se reportó un uso más frecuente de AE (uso único: OR 2,47; 95% IC 1,80 a 3,40; uso múltiple: OR 4,13; 95% IC 1,77 a 9,63) así como una administración más rápida en las poblaciones estudiadas (diferencia de media ponderada (DMP) -12,98 horas, 95% IC -16,66 a -9,31 horas) (5). Cabe destacar que en dichos estudios se observó que el suministro anticipado no condujo a tasas más altas de infecciones de transmisión sexual (OR 1,01; 95% IC 0,75 a 1,37) ni a una mayor frecuencia de coito sin protección. Un análisis más detenido de un ensayo aleatorio con información detallada sobre el uso del método pareció indicar que algunas personas sustituyeron la AE-LNG por otros

métodos anticonceptivos, lo cual puede explicar por qué el suministro anticipado no se tradujo en una disminución de las tasas acumulativas de embarazos (16). Además, los autores de otro estudio presentaron la hipótesis de que incluso con un suministro anticipado, las mujeres no estaban tomando la AE-LNG lo suficientemente pronto, pues el promedio de demora en la administración era 17 horas (15).

Estudios de viabilidad en Ghana y Kenia han demostrado que existe tanto demanda como aceptación de una píldora pericoital de levonorgestrel que esté disponible en farmacias para usuarias que reportan relaciones sexuales poco frecuentes.

Combinar el LNG con un medicamento antiinflamatorio no esteroideo, como meloxicam o piroxicam, también puede aumentar la eficacia de la AE. Dichos medicamentos son inhibidores de la enzima COX-2, que sintetiza las prostaglandinas ováricas, las cuales desempeñan un papel crucial en la ovulación (17–20). La evidencia que existe indica que el uso combinado de LNG y medicamentos no esteroideos puede resultar más efectivo como anticonceptivo que cualquiera de los componentes por sí solo (18, 20). En Hong Kong se llevó a cabo recientemente un ensayo aleatorio controlado con el que se encontró que al combinar levonorgestrel con piroxicam se prevenía el 94,7% de los embarazos previstos, en comparación con el 63,4% para levonorgestrel con un placebo (20). No se señalaron diferencias entre los dos grupos en cuanto al porcentaje de mujeres con cambios en el momento de su siguiente menstruación ni en el perfil de eventos adversos (20).

Estudios prometedores sobre un nuevo uso de LNG como anticonceptivo a demanda

Una frecuencia baja de relaciones sexuales constituye un motivo importante para que mujeres en edad reproductiva decidan no usar anticoncepción. En promedio, el 34% de mujeres en América Latina y el Caribe, el 31% de mujeres en Asia y el 19% de mujeres en África dijeron que no usaban un método anticonceptivo porque no tienen relaciones sexuales o las tiene con poca frecuencia (21). Quizás las mujeres que no tienen relaciones sexuales, o que las tienen con poca frecuencia, deciden no usar anticonceptivos que requieren una acción diaria (como tomar una píldora), o métodos de acción más prolongada que requieren una colocación o una inyección, en parte porque no desean un método con posibles efectos secundarios para obtener un beneficio (la prevención del embarazo) que se necesita escasas veces. Por ese motivo, los métodos pericoitales pueden resultar más atractivos; de hecho, los estudios han demostrado que en algunos contextos, las mujeres han adoptado AE-LNG como método anticonceptivo habitual (21). En una revisión sistemática de 30 artículos revisados por pares, publicados entre 2014 y 2023, que incluyó estudios de seis países en cinco regiones del mundo, se observó que, en general, se consideraba atractivo el uso de anticonceptivos orales a demanda justo antes o después del coito. La OMS realizó un estudio de validación de concepto sobre el uso de 1,5 mg de LNG como método anticonceptivo pericoital a demanda con un grupo de 300 mujeres durante seis meses. Se observó que 1,5 mg de LNG es una dosis segura si se usa como anticonceptivo dentro de las 24 horas anteriores o posteriores al coito (22). Aun así, su eficacia era solo moderada (tasa de incidencia de entre 7 y 11 embarazos por 100 años-mujer) en comparación con otros métodos anticonceptivos hormonales. Además, estudios de viabilidad en Ghana y Kenia han demostrado que existe tanto demanda como aceptación de una píldora pericoital de levonorgestrel que esté disponible en farmacias para usuarias que reportan relaciones sexuales

poco frecuentes (23,24). El uso pericoital de la píldora de LNG registró unos índices altos de satisfacción y una buena acogida entre nuevas usuarias. Se sigue investigando para mejorar la eficacia de un método pericoital con píldora, como la de LNG, así como para conocer mejor el perfil de efectos secundarios (en particular, el sangrado irregular) y establecer un producto que se pueda registrar para tal uso.

Los nuevos usos potenciales del acetato de ulipristal (AUP) no cambian lo que sabemos sobre su capacidad como anticonceptivo de emergencia para retrasar o interrumpir la ovulación a fin de prevenir embarazos

Aunque la píldora de 30 mg de AUP es un anticonceptivo de emergencia establecido y comercializado, también se ha estudiado su uso en dosis diferentes para otras indicaciones, como para el tratamiento de fibromas, endometriosis, sangrado en usuarias de DIU, así como para la prevención del cáncer de mama. El AUP es un modulador de los receptores de progesterona, es decir, interfiere con la progesterona que se produce de forma natural (una hormona que, además de permitir el embarazo, estimula la aparición y el crecimiento de las afecciones mencionadas). Un estudio reciente exploró el uso de 60 mg de AUP en combinación con misoprostol para la interrupción de embarazos en sus primeras semanas. Es la primera vez que se ha utilizado el AUP en combinación con misoprostol para inducir el aborto (25). Los estudios sobre el uso de AUP para otras indicaciones, como el aborto, no cambia lo que se sabe acerca de la anticoncepción de emergencia, es decir, que el AUP administrado a personas no embarazadas puede retrasar o suprimir la ovulación. Hasta donde se sabe, no previene el embarazo si ya se ha producido la ovulación. Al igual que el LNG, el AUP no es efectivo al 100%. Aun así, tiene ventajas con respecto a la AE-LNG: el AUP tiene una eficacia más duradera para prevenir la ovulación en comparación con el LNG, y probablemente sea más efectivo para personas con un peso corporal más alto. En general, las recientes investigaciones indican que vale la pena estudiar

más la posible utilidad y eficacia del AUP en comparación con otros métodos de aborto médico. No obstante, ya hay métodos de aborto médico bien establecidos, seguros y eficaces que utilizan mifepristona y misoprostol, o misoprostol solo. No está claro si el AUP combinado con misoprostol ofrecería más beneficios que los métodos actuales, algo que es necesario estudiar más. Sin embargo, existe el riesgo de que grupos políticos apliquen de forma indebida los hallazgos de este estudio para restringir la disponibilidad del AUP para la AE. Las acciones dirigidas a limitar el acceso serían perjudiciales para quienes necesiten AE, dadas sus ventajas en comparación con el LNG cuando está disponible (una mayor eficacia en personas con índices de masa corporal más altos y hasta 5 días después del coito sin protección) (26).

La mifepristona es un método de AE seguro, efectivo y asequible, y se debería ampliar su disponibilidad

La mifepristona también es un antagonista de la progesterona con muchos usos posibles en ginecología. En 2019 se realizó una revisión sistemática de intervenciones de AE que incluyó más de 40 estudios sobre el uso de dosis bajas (25–50 mg) de mifepristona para AE (27). De acuerdo con el análisis de la revisión, en comparación con el LNG, la mifepristona era un 40% más efectiva para la prevención del embarazo. Aunque la mifepristona es un medicamento seguro, efectivo y, por lo general, asequible, no está disponible de forma generalizada en las dosis bajas usadas para AE. De hecho, en 2020, solo seis países tenían un producto registrado de mifepristona disponible para AE, a pesar de los estudios que demuestran tanto su seguridad como su eficacia (28). La disponibilidad limitada de mifepristona ha impedido que se hagan recomendaciones globales para su uso en AE, algo que se ha agravado a causa de la confusión en relación con la AE y el aborto médico. Se está trabajando para crear y registrar un producto de mifepristona específico para AE que pueda aprobarse en sistemas regulatorios estrictos, lo cual aumentaría la disponibilidad del producto y las recomendaciones globales para su uso.

Recomendaciones

Incluir de forma generalizada la AE en los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.

- Los programas deberían incluir todos los métodos disponibles localmente: tanto las píldoras de AUP y PAE-LNG como el DIU de cobre. Los métodos deberían estar disponibles para clientes de todas las edades que hayan tenido o vayan a tener coito sin protección y deseen evitar un embarazo. Los DIU son el anticonceptivo de emergencia más efectivo y se pueden dejar colocados como método continuo y de alta eficacia para quienes prefieran adoptar un método de larga duración. La anticoncepción de emergencia es un servicio crítico en contextos de emergencia humanitaria y en programas sobre la violencia sexual y basada en el género, en los que se debe ofrecer como profilaxis posterior a la exposición después de una violación o de violencia sexual.
- Los programas de educación sexual integral deberían incluir información sobre las indicaciones de uso y la disponibilidad de AE, incluida información sobre dónde acceder a AE (por lo general, en farmacias además de en clínicas).
- Los proveedores de servicios de salud y los farmacéuticos deberían recibir capacitación para facilitar el acceso a AE para quienes la necesiten. Esto incluye ofrecer asesoramiento apropiado, promover el suministro anticipado como refuerzo de otros métodos anticonceptivos o cuando no se estén usando otros métodos anticonceptivos.

Promover la reducción de obstáculos para el acceso a la AE.

- Promover la disponibilidad de píldoras de AE sin receta médica y sin restricciones relacionadas con la edad o el estado civil, y eliminar otros obstáculos regulatorios o políticos que impongan restricciones innecesarias desde el punto de vista médico.
- Garantizar la integración de la AE en las políticas nacionales y los paquetes de servicios esenciales, incluyendo los contextos de emergencia humanitaria.

Promover el suministro anticipado de píldoras de anticoncepción de emergencia.

- El suministro anticipado de píldoras de AE para poder disponer de ellas cuando se necesite incrementa la probabilidad de que se usen después del coito sin protección y de que se usen más pronto, lo cual aumenta su eficacia. El suministro anticipado puede evitar demoras no intencionadas en el tratamiento. En particular, las adolescentes se pueden beneficiar del suministro anticipado, pues es más probable que tengan relaciones sexuales sin planificar y que encuentren obstáculos para acceder a la anticoncepción de emergencia.

Promover su uso hasta tres horas antes de las relaciones sexuales para quienes sepan que tendrán coito sin protección.

- Modelos realizados con datos publicados sobre las PAE-LNG demuestran que su eficacia aumenta de forma sustancial si se usan hasta tres horas antes de las relaciones sexuales,

Los programas de educación sexual integral deberían incluir información sobre las indicaciones de uso y la disponibilidad de AE.

y que su seguridad es la misma que si se toman después. Esta forma de administración de las PAE-LNG podría ser apropiada y prevenir más embarazos entre quienes prevean relaciones sexuales sin protección; ha demostrado ser aceptable en poblaciones diversas (18–21). Es necesario investigar si el asesoramiento sobre esta opción conduce a un uso mejor y más oportuno.

Eliminar el estigma relacionado con el uso repetido o planificado de la anticoncepción de emergencia.

- La anticoncepción de emergencia no debería percibirse como un método que solo se debe usar en situaciones de urgencia. Los profesionales de farmacia y los proveedores de servicios de salud no deberían imponer obstáculos a su uso repetido o planificado. Aunque la AE no se ha aprobado como método rutinario con un producto establecido y disponible, hay datos clínicos limitados que respaldan su seguridad y eficacia moderada. No obstante, hay otros métodos de anticoncepción más efectivos disponibles para el uso continuo, como una amplia variedad de métodos hormonales y el DIU de cobre. Todos ellos han demostrado ser más efectivos para la prevención del embarazo, pero quizás no sean los preferidos de aquellas mujeres que no tienen relaciones sexuales con frecuencia.

Respaldar / promover investigación futura y continua para lograr adelantos en métodos pericoitales a demanda efectivos.

- Un anticonceptivo que se use solo cuando se tiene coito, que sea discreto y que no requiera la cooperación de la pareja sexual puede resultar atractivo para muchas mujeres, en particular aquellas que tienen relaciones sexuales poco frecuentes. Se debería crear y comercializar un producto específico para satisfacer estas necesidades, que aproveche los datos de seguridad y eficacia que ya existen sobre el uso pericoital del levonorgestrel. Los investigadores y activistas del área

de salud sexual y reproductiva deberían respaldar que se promueva la creación de un producto específico y que se realicen más ensayos clínicos internacionales que faciliten la autorización reglamentaria.

Incluir la mifepristona de 25–50 mg en directrices globales sobre anticoncepción de emergencia.

- Si la mifepristona de 25–50 mg se incluye en directrices globales sobre el uso de anticonceptivos aumentará el conocimiento y la demanda de opciones adicionales y efectivas de AE. Si se subraya la necesidad de contar con métodos postcoitales más efectivos y seguros, los fabricantes verán el valor de invertir para crear y producir un producto específico de AE con mifepristona que tenga una amplia disponibilidad.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Selected practice recommendations for contraceptive use [Internet]. 3rd ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [citado 25 abr 2025]. 72 pp. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/252267>
2. Li RHW, Lo SST, Cameron ST. Hormonal methods for emergency contraception. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 1 dic 2024;97:102550.
3. Shaw D, Cook RJ. Applying human rights to improve access to reproductive health services. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;119(51):555–9.
4. Raine TR, Harper CC, Rocca CH, Fischer R, Padian N, Klausner JD, et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: a randomized controlled trial. *JAMA*. 5 ene 2005;293(1):54–62.
5. Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention (full review). *Cochrane Database Syst Rev*. 18 abr 2007;2007(2):CD005497.
6. Raymond EG, Stewart F, Weaver M, Monteith C, Van Der Pol B. Impact of increased access to emergency contraceptive pills: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. Nov 2006;108(5):1098–106.
7. Westley E, Kapp N, Palermo T, Bleck J. A review of global access to emergency contraception. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. Oct 2013;123(1):4–6.
8. Batur P, Kransdorf LN, Casey PM. Emergency Contraception. *Mayo Clin Proc*. 1 jun 2016;91(6):802–7.
9. Client-Centred Clinical Guidelines | IPPF [Internet]. 2022 [citado 27 mar 2025]. Disponible en: <https://www.ippf.org/client-centred-clinical-guidelines-1>
10. WHO Model List of Essential Medicines – 23rd list, 2023 [Internet]. [citado 27 mar 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2023.02>
11. Minimum Initial Service Package. In: Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: 2010 Revision for Field Review [Internet]. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises; 2010 [citado 27 mar 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305157/>
12. Endler M, Li R, Gemzell Danielsson K. Effect of levonorgestrel emergency contraception on implantation and fertility: A review. *Contraception*. May 2022;109:8–18.
13. Organización Mundial de la Salud. Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5th ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 8 abr 2025]. 276 pp. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/181468>
14. Plan B One-Step (levonorgestrel) Tablet.
15. Taylor DJ, Kapp N, Steiner MJ. Maximizing the effectiveness of 1.5 mg levonorgestrel for emergency contraception: The case for precoital use. *Contracept X*. 2024;6:100107.
16. Weaver MA, Raymond EG, Baecher L. Attitude and Behavior Effects in a Randomized Trial of Increased Access to Emergency Contraception. *Obstet Gynecol*. Ene 2009;113(1):107.
17. Duffy DM. Novel contraceptive targets to inhibit ovulation: the prostaglandin E2 pathway. *Hum Reprod Update*. 2015;21(5):652–70.
18. Massai MR, Forcelledo ML, Brache V, Tejada AS, Salvatierra AM, Reyes MV, et al. Does meloxicam increase the incidence of anovulation induced by single administration of levonorgestrel in emergency contraception? A pilot study. *Hum Reprod Oxf Engl*. Feb 2007;22(2):434–9.
19. Edelman AB, Jensen JT, Doom C, Hennebold JD. Impact of the prostaglandin synthase-2 inhibitor celecoxib on ovulation and luteal events in women. *Contraception*. Mar 2013;87(3):352–7.
20. Li RHW, Lo SST, Gemzell-Danielsson K, Fong CHY, Ho PC, Ng EHY. Oral emergency contraception with levonorgestrel plus piroxicam: a randomised double-blind placebo-controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 9 sep 2023;402(10405):851–8.
21. Sedgh G, Hussain R. Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Stud Fam Plann*. Jun 2014;45(2):151–69.
22. Festin MPR, Bahamondes L, Nguyen TMH, Habib N, Thamkhantho M, Singh K, et al. A prospective, open-label, single arm, multicentre study to evaluate efficacy, safety and acceptability of pericoital oral contraception using levonorgestrel 1.5 mg. *Hum Reprod Oxf Engl*. Mar 2016;31(3):530–40.
23. McCann B, Liang T, Ramarao S, Kuffour E, Ankomah A, Vandermark Moore J, et al. Feasibility and Acceptability of LNG 1.5 mg as an On-Demand Pericoital Contraceptive in Ghana. *Stud Fam Plann*. Sep 2023;54(3):523–38.
24. Odwe G, McCann B, Liambila W, Vandermark J, Mwanga D, Anab E, et al. Feasibility of e-commerce pharmacy provision and acceptability of levonorgestrel 1.5 mg for pericoital use in urban and peri-urban settings in Kenya: a prospective cohort study. *BMJ Sex Reprod Health*. Ene 2023;49(1):35–42.
25. Winikoff B, Bousiéguéz M, Salmerón J, Robles-Rivera K, Hernández-Salazar S, Martínez-Huitrón A, et al. A Proof-of-Concept Study of Ulipristal Acetate for Early Medication Abortion. *NEJM Evid*. Feb 2025;4(2):EVIDo2400209.
26. Grossman D. New Data on Ulipristal Acetate and Misoprostol for Medication Abortion — A Step Forward? *NEJM Evid*. 28 ene 2025;4(2):EVIDe2400460.
27. Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 20 ene 2019;2019(1):CD001324.
28. Rodríguez MI, Gülmezoglu AM. Mifepristone for emergency contraception: Case for recommendation in practice guidelines. *Contraception*. Dic 2020;102(6):383–4.

Agradecimientos

Agradecemos las contribuciones de Laneta Dorflinger, Nathalie Kapp, Markus Steiner y Doug Taylor para el primer borrador de la declaración, a los miembros del IMAP (Luchuo Bain, Paul Blumenthal, Arachu Castro, Hellen González, Metin Gulmezoglu, Chipso Gwanzura, James Kiarie, Gail Knudson, Zozo Nene, Suzanne Veldhuis) y al personal de la IPPF (Rania Elhassan, Manuelle Hurwitz, Galliane Palayret, Marevic Parcon) por sus revisiones y aportaciones.

Quiénes somos

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) es un proveedor mundial de servicios de salud sexual y reproductiva y líder en la defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. Somos un movimiento internacional de organizaciones nacionales que trabajan con y para las comunidades y las personas.

IPPF

4 Newhams Row
Londres SE1 3UZ
Reino Unido

tel: +44 20 7939 8200
fax: +44 20 7939 8300
correo electrónico: info@ippf.org
www.ippf.org

Organización benéfica registrada en
el Reino Unido con el número 229476

Publicado en abril de 2025