Planned Parenthood® Federation of America, Inc.

Informe

Publicado por la Biblioteca Katharine Dexter McCormick
Planned Parenthood Federation of America
434 West 33rd Street, New York, NY 10001
212-261-4779
www.plannedparenthood.org

Actualizado al mes de diciembre de 2011

Anticoncepción de emergencia — Antecedentes y acceso

Toda mujer se merece la oportunidad de evitar un embarazo no planificado. La anticoncepción de emergencia (AE) les proporciona a las mujeres una segunda oportunidad de prevención en casos de actividad sexual no prevista, fallo de los anticonceptivos o ataque sexual. La anticoncepción de emergencia es una opción que está disponible desde hace más de 40 años. Es un método de anticoncepción seguro y eficaz y las mujeres que lo han utilizado confirman altos niveles de satisfacción.

A pesar del gran potencial de este método, existen grupos que se oponen a la libertad de elección y por lo tanto, también al uso de anticonceptivos de emergencia. Para poder dificultar que las mujeres tengan acceso a este importante método anticonceptivo, estos grupos afirman falsamente que la anticoncepción de emergencia es abortiva y difunden otros datos erróneos acerca de su seguridad y eficacia.

Afortunadamente, ha aumentado el nivel de toma de conciencia del público y la disponibilidad de los anticonceptivos de emergencia, y se espera que más mujeres se puedan beneficiar en el futuro con el importante respaldo que ofrece este método de control de la natalidad.

La anticoncepción de emergencia no es simplemente la "píldora de la mañana siguiente". Existen múltiples opciones de anticoncepción de emergencia.

La anticoncepción de emergencia puede reducir el riesgo de embarazo después de mantener relaciones sexuales sin protección. La anticoncepción de emergencia se suministra de cuatro maneras: usando un producto de marca sólo de progestina – Plan B One Step® o Next Choice®; utilizando un producto que contiene acetato de ulipristal tal como ella®; mediante el uso de píldoras anticonceptivas hormonales, (ya sea de progestina solamente o anticonceptivos orales combinados); o mediante la colocación de un DIU (dispositivo intrauterino) de liberación de cobre.

Anticoncepción de emergencia que sólo contiene progestina

El 28 de julio de 1999, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. (FDA) aprobó la primera AE que sólo contiene progestina en Estados Unidos. Era un producto de Barr Pharmaceuticals, Inc. que llevaba el nombre de Plan B. En la actualidad, se lo conoce bajo el nombre de "Plan B One Step". Este producto, y una nueva marca de AE sólo de progestina, Next Choice contienen solamente la hormona levonorgestrel, una progestina. Esta AE es más eficaz cuanto más temprano se comienza, Plan B Next Step and Next Choice pueden iniciarse hasta 120 horas (cinco días) después de haber mantenido relaciones sexuales sin protección (von Hertzen et al., 2002). Plan B no contiene estrógeno ("FDA Approves...," 1999).

El uso para un fin distinto de los mencionados en la etiqueta de los anticonceptivos orales que sólo contienen progestina también es eficaz, pero requiere tomar 20 píldoras anticonceptivas orales Ovrette® y luego otra dosis de 20 píldoras 12 horas más tarde (Stewart et al., 2004).

El régimen Yuzpe

Este método de anticoncepción de emergencia lleva el nombre del catedrático canadiense A. Albert Yuzpe, quien publicó en 1974 los primeros estudios en los que se demostraba la seguridad y eficacia del método. Este régimen consiste en dos dosis de

píldoras anticonceptivas orales que combinan estrógeno con ciertas hormonas de progestina (FDA, 1997). Puede reducir el riesgo de embarazo si se aplica dentro de las 120 horas (cinco días) de haber mantenido relaciones sexuales sin protección. El tratamiento es más eficaz cuanto más temprano se aplica (Ellertson et al., 2003; "FDA Approves...," 1999; Rodrigues et al., 2001; Stewart et al., 2004). (La expresión comúnmente utilizada “píldora de la mañana siguiente” es engañosa, ya que la anticoncepción de emergencia cuenta con un marco de cinco días para tener eficacia). Las dosis se toman cada 12 horas. Diversos productos de venta bajo receta contienen la combinación apropiada de hormonas y pueden ser utilizados como AE.

Muchas píldoras anticonceptivas orales comunes también pueden ser utilizadas como AE, a pesar de que los fabricantes no mencionan este uso en la etiqueta del producto. El uso para un fin distinto de los mencionados en la etiqueta de medicamentos aprobados es legal y de uso corriente en la medicina de Estados Unidos. Además, en febrero de 1997, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) declaró que el uso de emergencia de las píldoras de control de la natalidad, siguiendo el régimen Yuzpe, es perfectamente seguro y eficaz. En ese entonces, se distribuían seis marcas de píldoras aptas para este método en el mercado norteamericano (FDA, 1997). Hoy en día, las siguientes marcas pueden ser utilizadas como AE en Estados Unidos:

Marca de la píldora	Fabricante	Píldoras por dosis
Aviane®	Barr	5 píldoras anaranjadas
Cryselle®	Barr	4 píldoras blancas
Enpress®	Barr	4 píldoras anaranjadas
Jolessa™	Barr	4 píldoras rosadas
Lessina®	Barr	5 píldoras rosadas
Levora®	Watson	4 píldoras blancas
Lo/Ovral®	Wyeth-Ayerst	4 píldoras blancas
LoSeasonique®	Teva	5 píldoras anaranjadas
Low-Ogestrel®	Watson	4 píldoras blancas
Lutera™	Watson	5 píldoras blancas
Lybrel®	Wyeth-Ayerst	6 píldoras amarillas
Nordette®	Wyeth-Ayerst	4 píldoras de color anaranjado claro
Ogestrel®	Watson	2 píldoras blancas
Portia®	Barr	4 píldoras rosadas
Quasense™	Watson	4 píldoras blancas
Seasonale®	Barr	4 píldoras rosadas
Seasonique™	Barr	4 pildoras de color verde y azul claro
Stronyx®	Watson	4 píldoras rosadas
Tri-Levlen®	Berlex	4 píldoras amarillas
Trivora®	Watson	4 píldoras rosadas

(OPR, 2011).

ella

En agosto 13 de 2010, la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos, (FDA), aprobó el acetato de ulipristal (UPA) para la anticoncepción de emergencia. Las mujeres en Estados Unidos pueden obtenerlo con receta a partir de diciembre 1, 2010. La marca registrada de este producto en Estados Unidos es “ella”. El tratamiento consiste en una sola dosis oral que se debe tomar no más tarde de las 120 horas (5 días) después de haber tenido relaciones sexuales sin protección.

La Agencia Europea de Medicamentos aprobó el acetato de ulipristal para usarlo como anticoncepción de emergencia en mayo de 2009 (Glasier et al.,2010). Actualmente, este producto se comercializa en 22 países europeos con el nombre de “ellaOne” (Personal communication, HRA Pharma).

El DIU

Como método de anticoncepción de emergencia, se puede colocar un DIU de liberación de cobre (ParaGard®) dentro de los cinco días siguientes a haber tenido relaciones sexuales sin protección (WHO, 2004). El mismo puede quedar colocado hasta 12 años y es un anticonceptivo muy eficaz. También se puede retirar el DIU después del siguiente período menstrual, cuando ya es seguro que no se ha producido un embarazo (Hatcher et al., 2005).

La AE reduce el riesgo de embarazo hasta en un 95% y la colocación de un DIU como anticonceptivo de emergencia reduce el riesgo hasta en un 99%.

Dos factores influyen en la eficacia de la AE: el tiempo transcurrido después de haber tenido relaciones sexuales sin protección, y el momento del ciclo femenino en que se tuvo dicha relación. Con la excepción de “ella”,cuanto antes se toma la AE durante los primeros cinco días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección, más eficaz es (TFPMFR, 1998). Cuanto más cerca de la ovulación estaba la mujer en el momento en

que tuvo relaciones sexuales sin protección, es menos probable que el método dé resultado (Stewart et al., 2004). La AE no es tan eficaz como el uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos reversibles tales como la píldora, el DIU o los implantes, inyecciones, parches o anillos anticonceptivos, y no ofrece protección contra las infecciones de transmisión sexual (Knowles & Ringel, 1998; Roumen et al., 2001; Zieman et al., 2002).

- El régimen Yuzpe de AE de estrógeno y progestina combinados reduce el *riesgo* de embarazo casi un 75% si se comienza dentro de las 72 horas de haber tenido relaciones sexuales sin protección. No todas las mujeres que se encuentran en *riesgo* de embarazo quedan efectivamente embarazadas. En promedio, sólo ocho de cada 100 mujeres quedan embarazadas por tener relaciones sexuales sin protección durante la segunda o tercera semana de sus ciclos menstruales. Pero si toman AE, sólo dos de esas 100 mujeres quedarán embarazadas. Por lo tanto, la AE de hormonas combinadas reduce el riesgo de embarazo casi un 75%, evitando entre seis y ocho posibles embarazos (Knowles & Ringel, 1998; OPR, 2005; Rodrigues et al., 2001; Stewart et al., 2004).

- Cuando se utiliza la AE que sólo contiene progestina dentro de las 72 horas de tener relaciones sexuales sin protección, se reduce el riesgo de embarazo hasta un 88%. Cuando se toma dentro de las 24 horas de haber tenido relaciones sin protección, se reduce el riesgo de embarazo en 95% ("FDA Approves...," 1999; TFPMFR, 1998).

Estudios iniciales indicaron que en el transcurso de 120 horas (cinco días) después de tener relaciones sexuales sin protección, el acetato de ulipristal (UPA) es más eficaz que la anticoncepción de emergencia sólo de progestina para reducir el riesgo de un embarazo.

- El acetato de ulipristal reduce el riesgo de un embarazo en el transcurso de las 120 horas (cinco días) después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. En cambio, la eficacia de la AE de sólo progestina disminuye considerablemente durante las 120 hors (Fine et al,,2010).
- El acetato de ulipristal tiene más probabilidades de suprimir la ovulación inmediata que la AE de sólo progestina. Esto significa que es más eficaz que la AE de sólo progestina durante el período fértil de la mujer (Glasier et al.,2010).

Desde 1976 hasta hoy se han colocado en forma poscoital más de 9.400 DIU de liberación de cobre con un resultado de sólo 10 embarazos; un índice de menos de un embarazo cada 1.000, lo cual reduce el riesgo de embarazo en más del 99% (OPR, 2011; Stewart et al., 2007).

La anticoncepción de emergencia es segura como método de respaldo de control de la natalidad.

Millones de mujeres de todo el mundo han utilizado AE en forma segura y eficaz (Glasier, 1997; Guillebaud, 1998). La AE es menos eficaz que los métodos de anticoncepción precoitales más populares, y en la práctica general, las mujeres recurren únicamente a la AE en casos de emergencia — como respaldo al método que utilizan generalmente como control de la natalidad.

Casi todas las mujeres que necesitan anticoncepción de emergencia pueden tomarla sin riesgos — incluso las mujeres que tienen contraindicado el uso constante de anticonceptivos orales (Guillebaud, 1998; Hatcher et al., 2005). Las adolescentes también pueden utilizar la AE en forma segura. Un estudio realizado para evaluar la seguridad del uso de la AE en adolescentes incluyó a 52 adolescentes de entre 13 y 16 años. Los resultados demostraron que la AE es segura y bien tolerada por las adolescentes. Las participantes tomaron la medicación correctamente y luego regresaron normalmente a sus ciclos menstruales en la misma proporción que las mujeres adultas que utilizan AE (Harper et al., 2004).

La AE no debe ser utilizada por mujeres embarazadas, no porque se piense que puede ser perjudicial, sino porque la AE no sirve para interrumpir embarazos en curso (Stewart et al., 2004).

La anticoncepción de emergencia no es un método de aborto.

La anticoncepción de emergencia no puede interrumpir un embarazo en curso. De acuerdo con la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), “Las píldoras de anticoncepción de emergencia no son eficaces si la mujer está embarazada...” (FDA, 1997). Un estudio realizado

en el 2002 demostró que en la mayoría de los casos, la AE reduce el riesgo de embarazo inhibiendo la ovulación (Marions et al., 2002). En estudios aún más recientes, se ha demostrado que la AE que sólo contiene progestina funciona únicamente impidiendo la ovulación o la fertilización y no tiene ningún efecto sobre la implantación (Croxatto et al., 2003; Ortiz et al., 2004). Las autoridades científicas coinciden en que la anticoncepción de emergencia reduce el riesgo de embarazo y ayuda a evitar la necesidad de abortar; pero no es en sí misma una forma de aborto (Grimes, 1997; Guillebaud, 1998; Hughes, 1972; Stewart et al., 2004). En su declaración sobre el Mecanismo de Acción, el Consorcio Internacional de la Anticoncepción de Emergencia y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia informaron que la AE hormonal no podía inhibir la implantación ni dañar al embrión (CEC & FIGO, 2008).

Al igual que los anticonceptivos hormonales, entre los que se incluyen los anticonceptivos de emergencia que contienen sólo progestina tales como Plan B One Step y Next Choice, el acetato de ulipristal (UPA) actúa al suprimir o demorar la ovulación. En teoría, podría también alterar el entorno del útero o interferir con la implantación, pero ese mecanismo de acción es improbable por dos razones. Primero, es muy eficaz en suprimir o demorar la ovulación, por lo cual es improbable que ocurra la fertilización después de relaciones sexuales sin protección, si se toma este medicamento dentro de las 120 horas. Segundo, la dosis de 30-mg no tiene la potencia suficiente como para prevenir la implantación de un óvulo que ya fue fertilizado (Glazier et al., 2010).

El DIU de cobre, utilizado como método anticonceptivo regular, impide la fertilización por medio de la liberación de cobre, que altera el fluido que se encuentra dentro del útero y las trompas de Falopio para que actúe como un espermicida (Grimes, 2004; Hatcher et al., 2007). En teoría, el uso constante de un DIU de cobre puede impedir la implantación adelgazando el endometrio, pero no existe evidencia científica de que esto realmente suceda (Alvarez et al., 1988; FHI, 2005). La colocación de un DIU de cobre como anticonceptivo de emergencia poscoital puede funcionar de manera algo diferente al uso regular. Puede impedir la fertilización, pero es probable que también interfiera con la implantación (Stewart et al., 2007).

La AE que sólo contiene progestina y el UPA reducen los efectos colaterales en gran medida.

- La AE de hormonas combinadas provoca náuseas en el 30–50% de las mujeres y vómitos en el 15–25% de las mujeres. Si se toman medicamentos antináuseas o antivomitivos una hora antes de ingerir la AE, se pueden reducir estos efectos colaterales. Es posible experimentar sensibilidad mamaria, cansancio, sangrado irregular, dolor abdominal, dolores de cabeza y mareo. Estos efectos colaterales generalmente disminuyen uno o dos días después de ingerir la AE (Knowles & Ringel, 1998; Raymond et al., 2000; Stewart et al., 2004).

- Las náuseas y los vómitos son mucho menos comunes en las mujeres que usan AE que sólo contienen progestina que en las mujeres que usan el régimen Yuzpe (Stewart et al., 2004). En un estudio financiado por la Organización Mundial de la Salud en el cual se utilizó levonorgestrel, se produjeron náuseas en el 23,1% de los casos y vómitos en el 5,6%. También se registraron otros efectos colaterales en menor medida (TFPMFR, 1998).

- En aproximadamente 10–15% de las mujeres que reciben tratamiento, la AE genera cambios en la cantidad, la duración y el momento en que se produce el siguiente período menstrual. Este efecto en general es menor y la menstruación se presenta unos pocos días antes o después de lo esperado (Hatcher et al., 2005).

- Los efectos colaterales de colocarse un DIU pueden ser molestia abdominal, sangrado vaginal o pérdidas entre menstruaciones e infección. Los posibles efectos colaterales del DIU son, entre otros, mayor flujo menstrual, cólicos, infección, infertilidad y perforaciones en el útero (Grimes, 2004; Stewart et al., 2004).

- Durante la colocación del DIU, las bacterias de una infección preexistente pueden introducirse dentro de la cavidad uterina estéril — si no son tratadas, dichas infecciones pueden conducir a una enfermedad inflamatoria pélvica. La infección por VIH, junto con un DIU, también puede aumentar el riesgo de contraer una enfermedad inflamatoria pélvica (Grimes, 2004).

- Las mujeres deben conversar con su profesional de la salud acerca de cualquier indicio de embarazo después de utilizar anticonceptivos de emergencia. Estos indicios pueden ser la falta de un período menstrual, náuseas, cansancio inexplicable, mamas doloridas o dilatadas, dolores de cabeza y ganas frecuentes de orinar (Cunningham et al., 1997; Stewart et al., 2004).

- Los anticonceptivos de emergencia, al igual que otros anticonceptivos, disminuyen el riesgo de embarazos ectópicos — embarazos que se desarrollan fuera del útero — ya que reducen el riesgo de embarazo (ACOG, 2005). No obstante, en el caso de que se produzca un embarazo después de utilizar anticoncepción de emergencia, se debe acudir a un profesional de la salud para determinar si se trata de un embarazo ectópico. Los embarazos ectópicos, si no son tratados, generan complicaciones que pueden causar la muerte. Las mujeres deben acudir a un profesional de la salud si experimentan síntomas de embarazo ectópico, los cuales pueden ser dolores fuertes en uno o ambos lados de la parte inferior del abdomen, dolor abdominal, sangrado, especialmente después de un período menstrual muy leve o la falta de un período menstrual, y desmayos o mareos (Knowles & Ringel, 1998; Stewart et al., 2004).

Las mujeres que utilizan AE han informado altos niveles de satisfacción.

- Un estudio en el que participaron 235 mujeres que habían utilizado AE determinó que la gran mayoría — 91% — estaban satisfechas con el método y el 97% lo recomendarían a sus amigas y familiares. Estas mujeres también informaron que *no* tenían la intención de sustituir la AE por anticonceptivos regulares (Harvey et al., 1999).

- De 119 mujeres que obtuvieron la AE en las clínicas de Planned Parenthood® de la Ciudad de Nueva York, el 92% manifestó que utilizaría el método nuevamente de ser necesario, pero opinaron que la AE debía ser reservada para emergencias. Tres cuartos de la muestra señalaron que desde que usaron AE se vieron *más* inclinadas a utilizar métodos de anticoncepción precoitales (Breitbart et al., 1998).

Las organizaciones que se oponen a la libertad de elección, los farmacéuticos, los hospitales religiosos y los problemas con las líneas telefónicas de atención gratuita dificultan el acceso de las mujeres a la anticoncepción de emergencia.

- Las organizaciones más importantes de oposición contra la libertad de elección, tales como la American Life League, Human Life International y Stop Planned Parenthood International se oponen a la anticoncepción de emergencia y han lanzado campañas nacionales e internacionales para dar información errónea como, por ejemplo, que la AE es abortiva (ALL, 1997; Gallagher, 1998; STOPP International, 2000). Además, estas organizaciones afirman falsamente que no se han realizado estudios para confirmar la seguridad de la AE (ALL, 1997); publican estadísticas incorrectas sobre la eficacia de la anticoncepción de emergencia (STOPP International, 2000) y niegan las evidencias de que la AE que sólo contiene progestina reduce los efectos secundarios (Clarke, 2000).

- Ciertos farmacéuticos se han negado a aceptar recetas para la AE, supuestamente basándose en la idea falsa de que la AE es abortiva (Cohen, 1999). Este problema recibió una enorme atención en mayo de 1999, cuando Wal-Mart® anunció que no iba a vender Preven™ — una AE de hormonas combinadas que ya no está en el mercado — en sus aproximadamente 2.400 farmacias (Canedy, 1999). En febrero de 2004, un farmacéutico de Denton, Texas se negó a aceptar la receta para AE a una sobreviviente de violación, alegando “convicciones religiosas” (Austin, 2004). Un sondeo de 195 farmacias de la Ciudad de Nueva York demostró que el 25% no vendía AE, y de ellas, ninguna había fijado los anuncios exigidos por la ley para avisar que no venden las píldoras (Andreatta, 2004).

- A pesar de que el *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services* establece que "Una mujer que ha sufrido una violación debe tener la posibilidad de defenderse contra un posible embarazo resultante de dicha violación" (USCCB,

2001), muchos hospitales católicos no ofrecen anticonceptivos de emergencia, incluso a las víctimas de violación. Un estudio de las casi 600 salas de emergencia de hospitales católicos en el país determinó que sólo el 28% ofrecía AE a las mujeres que habían sufrido una violación (CFFC, 2002). En algunos casos, el hospital católico es la única opción de una comunidad — esto significa que las sobrevivientes de una violación tienen una posibilidad muy pequeña de que el hospital que las atiende les suministre AE.

- Cuando la AE sólo podía conseguirse con receta, una evaluación de las líneas telefónicas gratuitas de información sobre anticoncepción de emergencia determinó que por lo menos el 76% de las personas que llamaban, lograban conseguir una receta por teléfono o un turno con un proveedor de la línea dentro de las 72 horas de haber tenido relaciones sexuales sin protección, pero el 11% no lo lograba (Trussell et al., 2000). A pesar de que la línea telefónica representa un recurso importante para las mujeres que necesitan anticoncepción de emergencia, la falta de turnos disponibles y las horas de práctica limitadas hacen necesario incorporar nuevos sitios para facilitar el acceso.

Crónica de los esfuerzos para mejorar el acceso a la anticoncepción de emergencia

En 1999, Francia fue el primer país del mundo que distribuyó una marca propia de AE — NorLevo® — en las farmacias sin necesidad de receta o consentimiento de los padres. NorLevo también se distribuye en forma gratuita junto con otros métodos de anticoncepción en los centros de planificación familiar (Ollivier, 1999).

En enero de 2000, la Viceministro de Educación de Francia, Segolene Royal, tomó la decisión sin precedentes de otorgar permiso a las enfermeras escolares para ofrecer AE tanto en escuelas intermedias como secundarias (Daley, 2000; McNeil, 2000). Junto con esta iniciativa tuvo lugar una campaña de educación sexual a nivel nacional que incluía información sobre la anticoncepción de emergencia. El suministro de AE en las escuelas recibió amplio apoyo por parte de los alumnos, los profesionales de la salud y el sindicato de enfermeras escolares (McNeil, 2000; Ollivier, 1999).

No obstante, en julio de 2000, el Consejo de Estado, el tribunal administrativo más alto de Francia, anuló esta decisión citando una ley del año 1967 que dispone que la anticoncepción hormonal sólo puede distribuirse en farmacias y bajo receta. Esta resolución fue consecuencia de una fuerte oposición por parte de la Iglesia Católica y fue elogiada por la Confederación Nacional de Asociaciones de Familias Católicas (*National Confederation of Catholic Family Associations*), que también expresó que lamentaba que la corte no hubiera tomado medidas adicionales para reafirmar la autoridad de los padres en estos asuntos (McNeil, 2000). En octubre de 2000, el Parlamento francés modificó la ley para permitir nuevamente que las enfermeras escolares ofrecieran anticonceptivos de emergencia (Kolata, 2000).

Las restricciones en la distribución de anticonceptivos de emergencia también se están moderando en otros países. Las mujeres de otros 42 países, entre ellos Albania, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, India, Israel, Marruecos, Noruega, Portugal, Sudáfrica, Suecia y el Reino Unido, pueden obtener anticoncepción de emergencia sin necesidad de receta (Trussell & Wynn, 2006).

También se están tomando medidas para lograr que la AE se distribuya por venta libre o por medio de acuerdos de colaboración en los Estados Unidos. En julio de 1997, se lanzó en el estado de Washington un proyecto piloto para un acuerdo de colaboración para terapias de anticoncepción de emergencia con medicamentos. Los acuerdos de colaboración para terapias con medicamentos entre los farmacéuticos y los profesionales que extienden las recetas, como médicos o profesionales en enfermería, otorgan al farmacéutico la autoridad para extender recetas siguiendo una serie de protocolos. En los primeros 13 meses del proyecto en el estado de Washington, se entregaron 9.333 recetas para AE, evitando entre 504 y 2.100 embarazos, casi la mitad de los cuales hubieran sido interrumpidos con un aborto ("Pharmacists, Providers...," 1999). Se han puesto en práctica programas similares en Alaska, California, Hawai, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Nuevo Mexico y Vermont, y más estados están contemplando legislación que permitiría a los farmacéuticos vender anticonceptivos de emergencia sin receta (Greenberger, 2005; Haddix, 2004; Neergaard, 2005; “Vermont Law...,” 2006).

En las audiencias públicas llevadas a cabo en junio de 2000, hubo defensores como la National Women’s Health Network, Reproductive Technologies Project y National Abortion and

Reproductive Rights Action League que testificaron en la FDA apoyando la reclasificación de la AE como medicamento de venta libre ("Advocates Testify…," 2000). Grupos destacados como American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists, American Medical Association, American Medical Women's Association (AMWA), American Public Health Association y Planned Parenthood Federation of America han manifestado su apoyo para que se pueda obtener la AE por venta libre o a través de un farmacéutico (ACOG, 2001; AMWA, 1996; Foubister, 2001; Guttmacher Institute, 2005).

Hubo un consenso entre estas organizaciones de que mejorar el acceso de las mujeres a la anticoncepción de emergencia no aumenta su dependencia en este método como método primario de control de la natalidad. Un estudio determinó que las mujeres que recibieron AE para llevar a su casa, utilizaron otros métodos de control de la natalidad en la misma medida que las mujeres que no tenían píldoras AE en sus botiquines. Las mujeres que tenían las píldoras en su casa tuvieron *mayor tendencia* a utilizar anticonceptivos de emergencia una vez. Pero *no tuvieron* mayor tendencia a utilizarlos varias veces. Las mujeres que tenían acceso en sus hogares a la AE usaron el método correctamente el 98% de las veces y tuvieron menos embarazos no planificados que aquellas que no tenían AE en su casa (Glasier & Baird, 1998).

El 14 de febrero de 2001, el Centro de Derechos Reproductivos (*Center for Reproductive Rights*) presentó una petición a la FDA en nombre de más de 70 organizaciones médicas, de salud pública y de otros tipos, para que la AE sea de venta libre (CRR, 2003). Nunca se tomó una resolución con respecto a esta petición. Los fabricantes de Plan B presentaron una segunda petición en 2003. En diciembre de 2003, dos paneles consultivos de la FDA determinaron que Plan B reúne los requisitos para disponibilidad sin necesidad de receta y recomendaron que se considere a la AE dentro de la categoría de venta libre. Cinco meses después, a pesar de dichas recomendaciones, la FDA decidió denegar la petición, alegando inquietudes acerca del uso por parte de las adolescentes y los aumentos potenciales en el nivel de promiscuidad. Una docena de miembros del Congreso pidió la renuncia de los funcionarios principales de la FDA por denegar la petición de venta libre basándose en razones políticas e ideológicas — no científicas. Cuarenta y un miembros del Congreso pidieron que la FDA reconsidere su decisión (Kaufman, 2004).

El distribuidor de Plan B, Barr Pharmaceuticals, Inc., aseguró que seguirían trabajando junto con las organizaciones de salud y abogarían para lograr que la FDA revierta su decisión (Cox, 2004). Numerosos estudios han sido publicados desde entonces para refutar el argumento de la FDA de que el uso de la AE llevaría a un aumento en el nivel de promiscuidad. Dichos estudios demuestran que facilitar el acceso a la AE aumenta las posibilidades de utilizar la AE, pero no altera la conducta sexual o el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (Belzer et al., 2003; "Easy EC access...," 2005; Marston et al., 2005; "Plan B", 2005; Raine et al., 2005).

- Un estudio de madres adolescentes evaluó el impacto de dar AE a las adolescentes antes de que la necesiten. Un grupo de madres adolescentes recibió educación sobre la AE y un suministro anticipado de píldoras. Otro grupo de control recibió únicamente educación acerca de la AE. Durante el seguimiento de seis meses, el 83% del grupo que había recibido las píldoras las había utilizado, en comparación con un 11% del grupo que sólo había recibido educación al respecto. El grupo que recibió la AE no tuvo mayor tendencia a informar haber tenido relaciones sexuales sin protección durante el período de seguimiento (Belzer et al., 2005).

- Otro estudio acerca del suministro anticipado de AE a adolescentes tuvo resultados similares — las adolescentes tuvieron mayor tendencia a utilizar la AE que habían recibido y el uso de condones no disminuyó (Harper et al., 2005).

- Un estudio de 2004 confirmó los resultados de los estudios previos acerca del suministro anticipado. Las mujeres adolescentes, de entre 15 y 20 años, fueron divididas aleatoriamente en dos grupos — un grupo recibió la AE y educación acerca de la anticoncepción de emergencia y el grupo de control recibió sólo educación. Durante el primer mes del estudio, las adolescentes del grupo que recibió las píldoras tuvieron dos veces más probabilidades que el otro grupo de utilizar AE. Además tomaron las píldoras en un promedio de 10 horas antes que las adolescentes que sólo habían recibido educación — una conclusión importante ya que la eficacia de la AE tiene un límite de tiempo. Durante el período de seguimiento de seis meses no hubo diferencia entre los

dos grupos en cuanto al índice de uso de anticonceptivos hormonales. Es importante destacar que, a los seis meses, el grupo que recibió las pastillas tenía mayor tendencia a informar el uso de condón que el grupo que había recibido educación solamente (Gold et al., 2004).

La FDA anunció que, para el 21 de enero de 2005, iba a emitir una resolución sobre una petición posterior de Barr Pharmaceuticals en la cual se solicitaba la venta libre de AE a mujeres de 16 años en adelante. La FDA no cumplió con esa fecha (Baer, 2005). El 26 de agosto de 2005, al mismo tiempo que admitía que Plan B puede venderse sin riesgos a mujeres mayores de 17, la FDA anunció aún otra demora en la decisión de posibilitar o no que Plan B se venda sin receta. Alegando inquietudes acerca de las dificultades de imponer las restricciones de edad para medicamentos de venta libre, la FDA abrió un período de comentarios públicos de 60 días para tratar las estrategias de implementación de AE de venta libre (Harris, 2005). Dicho período de comentarios finalizó el 1 de noviembre de 2005; (Harris, 2005; Kaufman, 2005).

El 14 de noviembre de 2005, la Oficina de Responsabilidad del Gobierno (GAO, por sus siglas en inglés) emitió su informe sobre el Plan B catalogando como "inusual" la tramitación de la solicitud por parte de la FDA. Determinó que la participación de alto nivel de importantes funcionarios de la FDA era atípica, que la decisión de no aprobar la solicitud puede haber sido tomada antes de que la evaluación hubiese terminado, que el Plan B era la única solicitud en los últimos 10 años que no recibió aprobación conforme a las recomendaciones de los comités asesores de la FDA, que ningún otro anticonceptivo aprobado por la FDA tiene restricciones de comercialización según la edad, y que el criterio utilizado para no aprobar la solicitud era *novedoso* (GAO, 2005).

En marzo de 2006, las Senadoras Hillary Clinton (D-NY) y Patty Murray (D-WA) pusieron sobre el tapete la lucha para la aprobación de la AE en el Senado. Se comprometieron a suspender la audiencia de confirmación del candidato para Comisionado de la FDA, Andrew von Eschenbach, hasta que se aprobara la libre venta de la AE.

El 31 de julio, Barr Pharmaceuticals recibió una carta del Dr. von Eschenbach solicitando que la compañía modificara su solicitud para la venta del Plan B. Como comisionado en ejercicio de la FDA, von Eschenbach solicitó que la restricción de edad para la venta del Plan B aumentara a 18 años, y que Barr Pharmaceuticals considerara modificar el envase de AE y la ubicación de la venta – es decir, en farmacias, donde la edad de la clienta se puede supervisar cuidadosamente (Tanne, 2006).

El 24 de agosto de 2006, la FDA anunció su aprobación de la venta de AE sin receta a las mujeres y hombres mayores de 18 años (Barr Pharmaceuticals, 2006). Si bien Planned Parenthood se complace que la FDA finalmente ha tomado cartas en el asunto, nos preocupa la restricción sin base científica que restringe el acceso a las adolescentes. Los estudios indican que el acceso a la AE de venta libre no aumenta ni alienta la actividad sexual entre los adolescentes, y que un mejor acceso a métodos de prevención de embarazos, como por ejemplo educación sexual correcta y AE, es la mejor manera de reducir la alarmante tasa de embarazos entre adolescentes en todo el país.

El 23 de marzo de 2008, el tribunal federal de Primera Instancia de los Estados Unidos para la Divisón Este de Nueva York ordenó a la FDA permitir al fabricante actual del Plan B – Duramed Research Inc. de Bala Cynwyd, PA – de hacerlo accesible a las mujeres de 17 años y mayores sin necesidad de receta (Reuters, 2009). En abril 22, de 2009, la FDA anunció que no apelará la decision del tribunal y notificó a Duramed "que puede, después de presentar la solicitud pertinente y recibir la autorización correspondiente, poner en venta el Plan B sin necesidad de receta para mujeres de 17 años y mayores" (FDA, 2009). Desde que ella entró en el mercado estadounidense a fines del 2010, está disponible sólo con receta (Watson, 2010).

En febrero de 2011, Teva Women´s Health Inc., presentó una solicitud adicional para eliminar el requerimiento de sólo con receta para las mujeres menores de 17 años, expandiendo la venta libre para las mujeres de todas las edades. El Centro para la Evaluación e Investigación de Fármacos (Center for Drug Evaluation and Research – CDER) revisó la solicitud, analizando exhaustivamente si las adolescentes jóvenes podrían entender cómo usar la anticoncepción de emergencia.

El CDER determinó que Plan B One-Step "era seguro y eficaz en para las mujeres adolescentes, que las mujeres adolescentes entendían que el producto no era para uso regular, y que el producto no las protegería contra las enfermedades de transmisión sexual." Además, los datos respaldaron la conclusión de que las mujeres adolescentes podían usar Plan B One-Step apropiadamente sin la intervención de un profesional de la salud" (Hamburg, 2011). Margaret Hamburg, Comisionada

de la FDA convino en “que existe evidencia adecuada y razonable, bien documentada y con base científica, de que el Plan B One-Step es seguro y eficaz, y que debe aprobarse su venta libre para todas las mujeres en edad de concebir”, y la FDA recomendó la aprobación de la solicitud (Hamburg, 2011).

No obstante, en una medida sorpresiva, el 7 de diciembre de 2011, Kathleen Sebelius, Secretaria de Salud y Servicios Humanos rechazó la recomendación de que Plan B One-Step pudiera venderse sin receta sin restricción de edad. A pesar de la evidencia presentada, Sebelius dijo “he llegado a la conclusión de que los datos presentados por Teva, no establecen de modo determinante que Plan B One-Step deba estar disponible sin receta para todas las jóvenes en edad de concebir. Es de conocimiento público que hay diferencias cognitivas y de conducta considerables entre las adolescentes mayores y las chicas más jóvenes en edad reproductiva” (Sebelius, 2011).

Actualmente, la anticoncepción de emergencia sólo se obtiene con receta en las farmacias. Levantar la restricción y permitir la venta libre de Plan B One-Step eliminaría los obstáculos que deben afrontar actualmente las mujeres de todas las edades para comprar Plan B One-Step, y ayudaría a todas las mujeres a evitar más eficazmente los embarazos no planificados. Por ejemplo, las mujeres de todas las edades no se verían obligadas a comprar anticoncepción de emergencia sólo en las farmacias, que por lo general tienen un horario restringido (PPFA, 2011).

Planned Parenthood es el principal proveedor de anticoncepción de emergencia en Estados Unidos. El número de mujeres que recibe AE por parte de Planned Parenthood ha aumentado de casi 17.000 en 1995 a 1,537,180 en el 2009 (PPFA, 1997; PPFA, 2009). Planned Parenthood ofrece opciones seguras y disponibles de anticoncepción de emergencia, pero no todos los métodos están disponibles en cada centro de salud de Planned Parenthood. Si necesita una receta para AE, comuníquese con el centro de salud de Planned Parenthood más cercano llamando al 1-800-230-PLAN.

Referencias citadas:

ACOG — American College of Obstetricians and Gynecologists. (2001, accessed July 31, 2002). “Statement of the American College of Obstetricians and Gynecologists Supporting the Availability of Over-the-Counter Emergency Contraception.” [Online]. http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr02-14-02.htm.

_____. (2005, December). "ACOG Practice Bulletin #69: Emergency Contraception." *Obstetrics & Gynecology*, 106(6), 1443–52.

“Advocates Testify at the FDA in Support of Making Emergency Contraceptive Pills Available Over-the-Counter.” (2000, June 30). *PR Newswire*.

ALL — American Life League. (1997, accessed 2000, March 3). "Birth Control: Emergency Contraception: The Morning-After Pill." [Online]. http://www.all.org/issues/bc05.htm.

Alvarez, Frank, et al. (1988). "New Insights on the Mode of Action of Intrauterine Contraceptive Devices in Women." *Fertility and Sterility*, 49(5), 768–73.

AMWA — American Medical Women's Association. (1996, accessed 2000, February 22). *Position Statement on Emergency Contraception.* [Online]. http://www.amwa-doc.org/publications/Position_Papers/contraception.htm.

Andreatta, David. (2004, February 9). “Pharmacies Fail to Heed ‘Morning After’ Wakeup Call.” *The New York Sun*, p.2.

Austin, Liz. (2004, February 21). “Emergency Contraception Denial Raises Moral, Legal Issues.” *The Associated Press*.

Baer, Susan. (2005, January 30). "'Morning After' Pill; Still Delayed by FDA." *The Baltimore Sun,* p. A16.

Barr Pharmaceuticals, Inc. (2006, August 24). *FDA Grants OTC Status to Barr's Plan B(R) Emergency Contraceptive: Historic Dual Status Decision Provides OTC Access to Those 18 Years of Age and Older; Remains Prescription for Women 17 and Younger.* [Online]. http://phx.corporate-ir.net/phoenix.zhtml?c=60908&p=irol-newsArticle&ID=899120.

Belzer, Marvin, et al. (2005). "Advance Supply of Emergency Contraception: A Randomized Trial in Adolescent Mothers." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 18, 347–54.

Belzer, Marvin, et al. (2003). “Advanced Supply of Emergency Contraception for Adolescent Mothers Increased Utilization without Reducing Condom or Primary Contraception Use.” *Journal of Adolescent Health*, 32(2), 122–3.

Breitbart, Vicki, et al. (1998). "The Impact of Patient Experience on Practice: The Acceptability of Emergency Contraceptive Pills in Inner-City Clinics." *Journal of the American Medical Women's Association*, 53(5 Supplement 2), 255–8.

Canedy, Dana. (1999, May 14). "Wal-Mart Decides Against Selling a Contraceptive." *The New York Times*, p. 1.

CFFC — Catholics for a Free Choice. (2002). *Second Chance Denied: Emergency Contraception in Catholic Hospital Emergency Rooms*. Cambridge, MA: Ibis Reproductive Health.

Clarke, Jenny. (2000, February 7). "Counter Measures to Fight Abortion." *Aberdeen Evening Express*, p. 18.

Cohen, Susan A. (1999, accessed 2000, February 18). "Issues and Implications: Objections, Confusion Among Pharmacists Threaten Access to Emergency Contraception." *The Guttmacher Report on Public Policy*, 2(3), 1–3.

Cox, Carol. (2004, May 6). “Barr Receives Not Approvable Letter for Over-the-Counter Emergency Contraceptive.” Barr Press Release.

Croxatto, Horatio B. et al. (2003). “Mechanisms of Action of Emergency Contraception.” *Steroids*, 68, 1095–8.

CRR — Center for Reproductive Rights. (2003, accessed 2004, June 14). “Emergency Contraception (EC): A Safe and Effective Way to Prevent Unplanned Pregnancy.” [Online]. http://www.reproductiverights.org/pub_fac_ecdomestic.html.

Cunningham, F. Gary, et al. (1997). *Williams Obstetrics*, 20th ed. Stamford, CT: Appleton & Lange.

Daley, Suzanne. (2000, February 8). "France Provides Morning-After Pill to Schoolgirls." *The New York Times*, p. 1.

"Easy EC Access Doesn't Increase Risky Behavior." (2005). *Contraceptive Technology Update*, 26(3), 32–3.

Ellertson, Charlotte, et al. (2003). “Extending the Time Limit for Starting the Yuzpe Regimen of Emergency Contraception to 120 Hours.” *Obstetrics & Gynecology*, 101, 1168–71.

FDA — U.S. Food and Drug Administration. (1997). "Prescription Drug Products; Certain Combined Oral

Contraceptives for Use as Postcoital Emergency Contraception." *Federal Register*, 62(37), 8609–12.
_____. (April, 22, 2009, accessed May 5, 2009). Updated FDA Action on Plan B (levonorgestrel) Tablets.
"FDA Approves Progestin-Only Emergency Contraception." (1999). *The Contraception Report*, 10(5), 8–10 & 16.
FHI — Family Health International. (2005, accessed 2005, September 7). "Mechanisms of Action: Mechanisms of the Contraceptive Action of Hormonal Methods and Intrauterine Devices (IUDs)." [Online]. http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/factsheets/mechact.htm.
Fine, Paul T. et al. (2010). "Ulipristal Acetate Taken 48-120 Hours After Intercourse for Emergency Contraception." *Obstetrics and Gyecology*, 115(2), 1–7.
Foubister, Vida. (2001, March 5, accessed July 31, 2002). "OTC Emergency Contraceptives Pushed, But Not Imminent." [Online]. http://www.ama-assn.org/sci-pubs/amnews/pick_01/prsc0305.htm.
Gallagher, Paul. (1998, accessed 2000, March 3). "FDA Approves Morning-After Pills." [Online]. *HLI Reports*. http://www.hli.org/publications/hlir/1998/hr109806.html.
GAO — United States Government Accountability Office. (2005, November). *Food and Drug Administration Decision Process to Deny Initial Application for Over-The –Counter Marketing of the Emergency Contraceptive Drug Plan B Was Unusual.* Washington, DC: United States Government Accountability Office.
Glasier, Anna. (1997). "Drug Therapy: Emergency Postcoital Contraception." *New England Journal of Medicine*, 337(15), 1058–64.
Glasier, Anna & David Baird. (1998). "The Effects of Self-Administering Emergency Contraception." *The New England Journal of Medicine*, 339(1), 1–4.
Glasier, Anna F. et al. (2010). "Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis." *The Lancet, 365, 555–562.*
Gold, Melanie, et al. (2004). "The Effects of Advance Provision of Emergency Contraception on Adolescent Women's Sexual and Contraceptive Behaviors." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 17, 87–96.
Greenberger, Scott S. (2005, September 16). "Lawmakers Override Governor's Contraception Veto: Move Will Ease Morning-After Pill's Availability." *The Boston Globe*.
Grimes, David A. (2004). "Intrauterine Devices (IUDs)." Pp. 495–530 in Robert A. Hatcher et al., eds., *Contraceptive Technology,* 18th Revised Edition. New York: Ardent Media, Inc.
Grimes, David A. (1997). "Emergency Contraception: Expanding Opportunities for Primary Prevention." *New England Journal of Medicine*, 337(15), 1078–9.
Guillebaud, John. (1998). "Commentary: Time for Emergency Contraception with Levonorgestrel Alone." *The Lancet*, 352(9126), 416–7.
Guttmacher Institute. (2005, accessed 2005, August 30). "FDA Again Stalls on Over-the-Counter Status for Emergency Contraception." [Online]. http://www.guttmacher.org/media/inthenews/2005/08/29/index.html.
Haddix, Dar. (2004, May 7). "Plan B Now in Round 2." *United Press International*.
Hamburg, Margaret. (2011, December 7, accessed 2011, December 7). "Statement from FDA Commissioner Margaret Hamburg, M.D. on Plan B One-Step." Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. [Online]. http://www.hhs.gov/news/press/2011pres/12/20111207a.html.
Harper, Cynthia C., et al. (2005). "The Effect of Increased Access to Emergency Contraception Among Young Adolescents." *Obstetrics & Gynecology*, 106(3), 483–91.
Harper, Cynthia C., et al. (2004). "Tolerability of Levonorgestrel Emergency Contraception in Adolescents." *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 191, 1158–63.
Harris, Gardiner. (2005, August 27). "U.S. Again Delays Decision on Next-Day Pill." *The New York Times,* p. A2.
Harvey, S. Marie, et al. (1999). "Women's Experience and Satisfaction with Emergency Contraception." *Family Planning Perspectives*, 31(5), 237–40 & 260.
Hatcher, Robert A., et al. (2005). *A Pocket Guide to Managing Contraception,* 2005–2007 Edition. Tiger, GA: Bridging the Gap Foundation.
_____. (2007). *Contraceptive Technology — Nineteenth Revised Edition*. New York: Ardent Media.
Hughes, Edward C., ed. (1972). *Obstetric-Gynecologic Terminology*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
ICEC & FIGO — International Consortium for Emergency Contraception & International Federation of Gynecology and Obstetrics. (October 2008) Statement on Mechanism of Action.
Kaufman, Marc. (2005, November 2). "FDA Comment Period on 'Morning-After Pill' Ends." *The Washington Post,* p. A14.
Kaufman, Marc. (2004, May 13). "2 FDA Officials Urged to Resign Over Plan B." *The Washington Post*, p. A3.
Knowles, Jon & Marcia Ringel. (1998). *All About Birth Control*. New York: Three Rivers Press.
Kolata, Gina. (2000, October 8). "Without Fanfare, Morning-After Pill Gets a Closer Look." *The New York Times*, p. 1.
Marions, Lena, et al. (2002). "Emergency Contraception with Mifepristone and Levonorgestrel: Mechanism of Action." *Obstetrics and Gynecology,* 100(1), 65–71.
Marston, Cicely, et al. (2005). "Impact on Contraceptive Practice of Making Emergency Hormonal Contraception Available Over the Counter in Great Britain: Repeated Cross Sectional Surveys." *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38519.440266.8F.
McNeil, Donald G. Jr. (2000, July 1). "No More 'Morning-After Pills' at School, French Court Says." *New York Times*, p. A6.
Neergaard, Lauran. (2005, August 8). "BC-HEALTH-Morning-After-Pill." *The Canadian Press*.
Ollivier, Debra S. (1999, December 6, accessed 2000, February 22). "Sex Education with a Contraceptive Chaser" [Online]. http://www.salon.com/mwt/feature/1999/12/06/pill/print.html.
OPR — Office of Population Research, Princeton University. (2005, accessed 2005, November 29). *Questions about Emergency Contraception.* [Online]. http://ec.princeton.edu/questions/index.html.
_____. (2006, November 29, accessed 2006, December 5). "Answers to Frequently Asked Questions About… How to Get Emergency Contraception." [Online]. http://ec.princeton.edu/questions/what-fda-says.html.
_____. (2011, February 22, accessed April 21, 2011). "Answers to Frequently Asked Questions About… Types of Emergency Contraception." [Online]. http://ec.princeton.edu/questions/dose.html, http://ec.princeton.edu/questions/eceffect.html, and http://ec.princeton.edu/questions/ecsideeffects.
Ortiz, M. E., et al. (2004). "Post-Coital Administration of Levonorgestrel Does Not Interfere With Post-Fertilization Events in the New-World Monkey *Cebus paella*." *Human Reproduction*, 19, 1352–6.
"Pharmacists, Providers Linking to Provide Emergency Contraception." (1999). *Contraceptive Technology Update*, 20(8), 85–7.
"Plan B." (2005, January 18). *The Washington Post*, p. A16.
PPFA — Planned Parenthood Federation of America. (1997). *Planned Parenthood CL-7 Service Report, 1996*. San Francisco: The Innovations Group of Planned Parenthood.
_____. (2009). *Annual Affiliate Service Census Report, 2007*. New York: Planned Parenthood Federation of America, Inc.
_____. (2011, accessed 2011, December 8). "Statement from Dr. Vanessa Cullins, Planned Parenthood Federation of America Vice President of External Medical Affairs, Regarding HHS Decision on Plan B One Step Availability Restriction." New York Planned Parenthood Federation of America, Inc. [Online].

http://www.plannedparenthood.org/about-us/newsroom/press-releases/statement-dr-vanessa-cullins-planned-parenthood-federation-america-vice-president-external-medi-38357.htm.
Raine, Tina R., et al. (2005). "Direct Access to Emergency Contraception Through Pharmacies and Effect on Unintended Pregnancy and STIs: A Randomized Controlled Trail." *JAMA*, 293(1), 54–62.
Raymond, Elizabeth G., et al. (2000), "Meclizine for Prevention of Nausea Associated with Use of Emergency Contraceptive Pills: A Randomized Trial." *Obstetrics & Gynecology*, 95(2), 271–7.
Reuters. (March 23, 2009, accessed May 5, 2009). RPT-UPDATE 1-U.S. court tells FDA to rethink Plan B
Rodrigues, Isabel, et al. (2001). "Effectiveness of Emergency Contraceptive Pills Between 72 and 120 Hours After Unprotected Sexual Intercourse." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(4), 531–7.
Roumen, F.J.M.E., et al. (2001). "Efficacy, Tolerability and Acceptability of a NovelContraceptive Vaginal Ring Releasing Etonogestrel and Ethinyl Oestradiol." *Human Reproduction*, 16(3), 469–75.
Sebelius, Kathleen. (2011, December 7, accessed 2011, December 7). "A Statement by U.S. Department of Health and Human Services Secretary Kathleen Sebelius." Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. [Online]. http://www.hhs.gov/news/press/2011pres/12/20111207a.html.
Stewart, Felicia, et al. (2004). "Emergency Contraception." Pp. 279–303 in Robert A. Hatcher et al., eds., *Contraceptive Technology —18th Revised Edition*. New York: Ardent Media, Inc.
_____. (2007. "Emergency Contraception." Pp. 87–116 in Robert A. Hatcher et al., eds., *Contraceptive Technology — 19th Revised Edition.* New York: Ardent Media.
STOPP International — Stop Planned Parenthood International. (2000, accessed 2005, December 8). "'Emergency Contraception' by the Numbers." [Online]. http://www.all.org/stopp/numbers.htm.
Tanne, Janice Hopkins. (2006, August 12). "FDA Appointment Is Stalled As Revelations Emerge Over Plan B." *BMJ*, 333, 317.
TFPMFR — Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. (1998). "Randomised Controlled Trial of Levonorgestrel Versus the Yuzpe Regimen of Combined Oral Contraceptives for Emergency Contraception." *The Lancet*, 352(9126), 428–33.
Trussell, James & Lisa Wynn. (2006, April 1, accessed 2006, April 26). "Dedicated Emergency Contraceptive Pills Worldwide." [Online]. http://ec.princeton.edu/questions/dedicated.html.
Trussell, James, et al. (2000). "Access to Emergency Contraception." *Obstetrics & Gynecology*, 95(2), 267–70.
USCCB — United States Conference of Catholic Bishops. (2001, accessed 2002, March 5). *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, Fourth Ed. [Online]. http://www.nccbuscc.org/bishops/directives.htm.
"Vermont Law Allows Minors Access to Morning-After Pill." (2006, August 26). *Times Argus*.
von Hertzen, Helena, et al. (2002). "Low Dose Mifepristone and Two Regimens of Levonorgestrel for Emergency Contraception: A WHO Multicentre Randomised Trial." *The Lancet*, 360, 1803–10.
Watson. (2010). Watson Launches ella® (ulipristal acetate) Emergency Contraception.. (Press release, December 1).
WHO — World Health Organization. (2004). *Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use,* 2nd Edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization. [Online]. http://www.who.int/reproductive-health/publications/spr/spr.pdf.
Zieman, Miriam, et al. (2002). "Contraceptive Efficacy and Cycle Control with the Ortho Evra/Evra Transdermal System: The Analysis of Pooled Data." *Fertility and Sterility*, 77(2 Suppl.2), S13–S8.

Autora principal — Deborah Weiss
Actualización — Jon Knowles
Traducción — Susana Petit y Judith Cohen

© 2006, 2009, 2011. Planned Parenthood® Federation of America, Inc. Todos los derechos reservados. Planned Parenthood®, PPFA®, y el logo de las "P superpuestas" son marcas de servicio registradas de PPFA.

Contacto con los medios de comunicación — *New York: 212-261-4433*