



## RECOPIACIÓN INFORMACIÓN SOBRE REQUISITO DE RECETA MÉDICA PARA COMPRA DE ANTICONCEPTIVOS.

### 1.- PROBLEMA ACTUAL:

La controversia sobre la exigencia de receta médica para anticonceptivos en Chile se ha intensificado en 2025, cuando las autoridades sanitarias reforzaron la aplicación de una normativa que siempre existió, pero que durante la pandemia se relajó en su implementación. El Instituto de Salud Pública (ISP) y el Ministerio de Salud (MINSAL) confirmaron que los anticonceptivos hormonales deben venderse con receta médica emitida por médicos o matronas, exceptuando únicamente la anticoncepción de emergencia.

### 2.- MARCO CIENTIFICO:

La gran mayoría de las mujeres que consultan por un método anticonceptivo (MAC) son mujeres sanas, que buscan prevenir un embarazo.

Por eso, es fundamental que la indicación de métodos anticonceptivos sea lo más fácil y expedita posible, sin descuidar la adecuada consejería que requiere cada mujer o pareja para elegir el método anticonceptivo que más se acomode a sus necesidades y estilo de vida y que no represente un riesgo para su salud.

La OMS desarrolló una clasificación para categorizar la necesidad de distintos exámenes clínicos y de laboratorio previo al inicio de un método anticonceptivo en mujeres sanas. (1) Esta clasificación está enfocada solamente en eso y no en otras circunstancias. Es decir, si bien algunos test no son necesarios para el uso seguro de un MAC, si son apropiados como parte de un buen control de salud o para detectar patologías frecuentes en determinadas poblaciones.

**Clase A:** exámenes clínicos y de laboratorios esenciales para el uso seguro y efectivo de un MAC.

**Clase B:** exámenes clínicos y de laboratorio que contribuyen sustancialmente al uso seguro y efectivo de un MAC. Su implementación debiera ser considerada en los servicios de salud. El riesgo de no realizar estas mediciones debe balancearse con el beneficio de la indicación del MAC.

**Clase C:** exámenes clínicos y de laboratorio que no contribuyen al uso seguro y efectivo de un MAC.

En la Tabla 1 se presenta un resumen realizado por la CDC de Estados Unidos con los elementos del examen físico y los exámenes de laboratorio necesarios para prescribir diferentes MAC en mujeres sanas.

**EXAMEN FISICO Y DE LABORATORIO NECESARIOS PREVIO AL INICIO DE UN MAC (CDC).**

TIPO DE TEST	METODO ANTICONCEPTIVO Y CLASE							
	DIU	Implante	Inyectable	ACOC	POP	Preservativo	Diafragma o capuchón cervical	Espermicida
EXAMEN FISICO								
Presión Arterial	C	C	C	A*	C	C	C	C
IMC	-†	-†	-†	-†	-†	C	C	C
Examen Mamario	C	C	C	C	C	C	C	C
Examen Ginecológico (especuloscopia y Tacto vaginal)	A	C	C	C	C	C	A§	C
LABORATORIO								
Glicemia	C	C	C	C	C	C	C	C
Perfil Lipídico	C	C	C	C	C	C	C	C
Enzimas Hepáticas	C	C	C	C	C	C	C	C
Hemoglobina	C	C	C	C	C	C	C	C
Estudio Trombofilias	C	C	C	C	C	C	C	C
PAP	C	C	C	C	C	C	C	C
Perfil de ITS	-¶	C	C	C	C	C	C	C
VIH	C	C	C	C	C	C	C	C

\* En instancias en que la presión arterial no pueda ser medida por el proveedor de salud, los valores de presión arterial obtenidos por la paciente en otras instancias pueden ser enviado al proveedor de salud.

† El IMC no es un requisito necesario para la indicación de ningún MAC (categoría 1 o 2 de elegibilidad). Sin embargo, el peso y el cálculo del IMC puede ser deseable para monitorizar posibles cambios en el peso y dar consejería a las mujeres preocupadas por posible influencia del MAC en su peso.

§ el examen bimanual es requerido. La inspección cervical no es necesaria para el uso de diafragma o capuchón cervical.

¶ La mayoría de las pacientes no requiere exámenes para ITS previo a la inserción de un DIU. Si a una mujer con factores de riesgo para ITS no se le han realizado exámenes de detección de Clamidia y Gonorrea, éstos pueden realizarse junto con la inserción del DIU. A pacientes con cervicitis purulenta o infección activa por Clamidia o gonococo no se les debe insertar el DIU.

Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. MMWR Recomm Rep 2016;65(No. RR-3).

El primer anticonceptivo hormonal (ACH) fue aprobado para su uso en mujeres en 1959. Se utilizaba por vía oral y tenía dosis elevadas de estrógeno y de progestina. Por esto, causaba alteraciones importantes en el proceso de coagulación y en el metabolismo de los lípidos, carbohidratos y proteínas. Esto determinaba un aumento importante en el riesgo de trombosis venosa, tromboembolismo pulmonar y también trombosis arterial manifestada en infarto al miocardio y accidente cerebrovascular. La alteración del metabolismo glucídico contraindicaba su uso en mujeres diabéticas o con antecedentes de diabetes gestacional en embarazos previos. La alteración del perfil lipídico impedía que mujeres con dislipidemia accedieran a la píldora anticonceptiva. (2)

A partir de ese primer anticonceptivo aprobado, las dosis de estrógeno y progestágeno de los métodos han ido disminuyendo hasta llegar a las minidosis actuales. Esto se ha logrado sin disminuir la eficacia y sin generar grandes alteraciones en el patrón de sangrado de las pacientes. Como resultado de lo anterior, la incidencia de trombosis asociada al uso de anticonceptivos ha disminuido sustancialmente y, si bien sigue siendo más alta que en la mujer no usuaria, es casi la mitad que en la mujer embarazada. El riesgo de trombosis arterial persiste, pero solo en mujeres fumadoras o portadoras de hipertensión arterial. De igual manera, ya prácticamente no se observa alteración del metabolismo glucídico y, a excepción del aumento en los triglicéridos, el uso de anticonceptivos orales combinados tiene un perfil beneficioso en el metabolismo de los lípidos. (2)

Si bien cada vez el uso de ACH es más seguro para las pacientes, una parte importante de las trombosis que se ven en mujeres jóvenes están asociadas al uso de anticonceptivos. Detectar a este grupo de pacientes de mayor riesgo es vital para lograr disminuir la incidencia de efectos adversos graves.

Todas las contraindicaciones absolutas para el uso de los anticonceptivos hormonales pueden detectarse con una buena anamnesis y un examen físico que incluya la toma de la presión arterial.

La anamnesis debe incluir antecedentes personales y familiares, con énfasis en la detección de factores de riesgo cardiovascular (especialmente hipertensión arterial y tabaquismo).

En relación al examen físico, basta con una buena toma de la presión arterial (PA). El estudio WHO de enfermedad cardiovascular y anticoncepción hormonal realizado en 12 países en 1995 mostró un mayor riesgo de accidente cerebrovascular isquémico en usuarias de

anticonceptivos orales en países en vías de desarrollo que en países europeos. Esta diferencia se relacionaba con el tipo de anticonceptivo usado y con la frecuencia que las usuarias reportaban de toma de presión arterial previo al inicio del método. (4) (5) Lo mismo se observó para el riesgo de infarto miocárdico. En contraste, dos estudios realizados en ciudades de USA, donde las mujeres reciben control previo y durante el uso de anticonceptivos mostraron que casi no hay aumento del riesgo. (2)

El riesgo de mortalidad cardiovascular atribuido al uso de ACH es bajo para mujeres menores de 35 años, incluso si éstas fuman (< 20 muertes /millón de usuarias/año). Es más, el exceso de mortalidad por uso de ACH a cualquier edad es menor que la mortalidad atribuible al tabaquismo.

Si bien la medición de la PA previo al inicio de ACH reduce la mortalidad atribuida a su uso, el impacto igual es pequeño (1-5 muertes/millón usuarias /año en no fumadoras y 3-10 muertes/millón usuarias/año en fumadoras).

Solamente en mujeres mayores de 35 años la mortalidad atribuida al uso de anticonceptivos orales combinados (ACOC) excede las 20 muertes/millón usuarias/año y el impacto de la toma previa de la PA es más marcado, especialmente en las mujeres fumadoras (60- 100 muertes/millón usuarias/año en fumadoras). (1)

Aunque en las mujeres menores de 35 años no fumadoras el impacto de la toma de la PA previo al uso del ACOC es bajo, no se debe deducir que NO deba realizarse. Siempre que sea posible, esta sencilla herramienta debe usarse como parte del control preventivo general. Sin embargo, en situaciones donde la toma de la PA pueda ser un obstáculo para acceder a un MAC, el riesgo cardiovascular para esa mujer por usar ACOC será menor que los riesgos asociados a un embarazo no deseado.

## 2.- EXPERIENCIA COMPARADA INTERNACIONAL:

- **Estados Unidos:** En 2023 aprobó la primera píldora anticonceptiva sin receta (Opill), de progestina sola.
- **Reino Unido:** Desde 2021 permite la venta en farmacias de dos píldoras anticonceptivas de progestágeno solo (Hana y Lovima) sin receta médica.
- **Latinoamérica:**

<b>País</b>	<b>Receta Requerida Anticonceptivos Orales</b>	<b>Anticoncepción de Emergencia</b>	<b>Acceso Gratuito Sistema Público</b>
Chile	Sí (reforzamiento 2025)	Sin receta	Sí
Argentina	Si	Sin receta	Sí
Brasil	Si	Sin receta	Sí
<b>Colombia</b>	Sin receta (sugiere tener consulta previa)	Garantizada por ley	Sí
<b>México</b>	Sin receta(sugiere tener consulta previa)	Sin receta	Sí
Uruguay	Sí	Garantizada por ley	Sí
Perú	Sí	Si	Si
Ecuador	Sí	Garantizada por ley	Sí
Costa Rica	Sí	Vacío legal	Sí

País	Receta Requerida Anticonceptivos Orales	Anticoncepción de Emergencia	Acceso Gratuito Sistema Público
Venezuela	Sí	Disponible	Sí
Guatemala	Sí	Solo por violencia sexual	Limitado
Honduras	Sí	Prohibida	Limitado

#### 4.- CONCLUSION:

- Las barreras de acceso no son bienvenidas cuando se trata de prevenir embarazos no deseados.
- La OMS recomienda al menos un control de salud anual para personas de todos los géneros y edades.
- Los anticonceptivos hormonales tienen contraindicaciones, efectos secundarios y adversos que pueden tener implicancias en el inicio y continuidad de uso. Eso hace que sea muy deseable que exista una primera consulta de consejería anticonceptiva donde se presenten los métodos, su eficacia, su forma de uso y sus contraindicaciones y efectos secundarios más frecuentes. Idealmente debe existir una consulta posterior a su inicio para aclarar dudas y asegurar el buen uso del método.
- La consulta previa se hace indispensable en mujeres mayores de 35 años, porque ahí se concentra el mayor riesgo asociado al uso y aparecen contraindicaciones (como el tabaquismo).
- Suena lógico que anticonceptivos de solo progestina sean de venta libre, por no tener asociación a riesgo trombótico. Quizá enfatizar en los folletos la pérdida del control de los sangrados, para evitar discontinuaciones por esta causa.
- Para los anticonceptivos hormonales combinados la situación parece ser distinta, por estar asociados a mayor riesgo. Sin embargo, este riesgo es bajo en mujeres en edad reproductiva, especialmente en mujeres menores de 35 años no fumadoras.
- Para ningún método la receta debiera durar menos de un año. Para los de progestina sola podría no requerirse y para los combinados podría tener una duración variable según la edad de las pacientes. Quizá antes de los 35, podría asociarse a los PAP cada 3 años y después de los 35 años, debiera ser anual.

- Es importante fortalecer el sistema público de salud para garantizar disponibilidad gratuita y oportuna de métodos anticonceptivos en centros de salud, capacitar a profesionales en derechos sexuales y reproductivos y eliminar las barreras de acceso para las poblaciones vulnerables.
- Es importante implementar campañas de educación sobre el uso seguro de métodos anticonceptivos para promover la formación en educación sexual y reproductiva y para promover el conocimiento y la detección de factores de riesgo individuales.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. 2nd ed. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2004
- 2.- Screening before and during the use of oral contraceptives and hormone replacement therapy. The ESHRE Capri Workshop Group. Human Reproduction vol.15 no 2 pp.485- 492, 2000.

DIRECTORIO SOCHOG, JUNIO 2025