

Gerencia Médica

Boletín Acuerdos Comité Central de Farmacoterapia



Año 28 Número 80

Marzo 2026

Actualización

Lista Oficial de Medicamentos – CCSS –

CONFORMACIÓN CCF

- Dr. Ricardo Pérez Gómez – *Coordinador*
Dra. Olga Paola Vásquez Barquero – *Secretaría Técnica*

Miembros permanentes:

- Dra. Maria Paz León Bratti
Dra. Faridy Helo Guzmán
Dr. Andrés Felipe Blanco Brenes
Dr. Félix Eduardo Solís Brizuela
Dr. Gilberth Benavides Gómez
Dr. Osvaldo Montenegro García
Dra. Maureen Villalobos Ugalde
Dra. Monserrat Blanco Ureña
Dr. Alberth Núñez Chavarría
Dra. Mariana Astúa González
Dra. Nestor Azofeifa Delgado

Representante de:

- *Medicina Interna*
– *Geriatría*
– *Pediatría*
– *Cardiología*
– *Medicina General*
– *Farmacias de Hospitales Nacionales*
– *Colegio de Médicos y Cirujanos*
– *Farmacias de Áreas de Salud*
– *Colegio de Farmacéuticos*
– *SIPROCIMECA*
– *Unión Médica Nacional*

Asesores:

- Dr. Mauricio Mora Díaz – *Infectología*
Dr. Marvin Sánchez Benavides – *Reumatología*
Dr. Sixto Bogantes Ledezma y
Dr. José Lee Chang Segura – *Neurología*

Dra. Maribel Vargas de León y
Dra. Priscilla Mesén Aguilar – *Medicina Paliativa*

Licda. Zeidy Benavides Campos – *Asesora Legal*

INCLUSIONES

Con base en la Normativa LOM, Capítulo IV:

“IV.4. La inclusión de un medicamento en la LOM como producto almacenable por parte del CCF, tendrá vigencia efectiva a partir del momento en que esté disponible en el ALDI para su distribución institucional.

IV.5. La inclusión de un medicamento en la LOM como producto no almacenable (Z), tendrá vigencia efectiva a partir del momento en que se encuentre disponible en la farmacia de la unidad para el despacho al paciente.

A continuación, se enlistan los medicamentos que el Comité Central de Farmacoterapia avaló para su inclusión en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) y lineamientos respectivos:

Medicamentos almacenables

Dapagliflozina 10 mg (como dapagliflozina propanodiol monohidrato). Comprimido recubierto con película o Dapagliflozina 10 mg Tableta recubierta con película	39-0441	RE	2D
Para prescripción por especialistas en Medicina Interna, Endocrinología, Nefrología, Cardiología, Geriatria, Medicina Familiar y Comunitaria:			
1. Pacientes con diabetes mellitus tipo-2 con aclaramiento de creatinina ≥ 25 ml/min, que cumplan con al menos uno de los siguientes criterios:			
• Presencia de enfermedad renal crónica (con nefropatía diabética establecida o relación albúmina/creatinina en orina mayor a 300 mg/g).			

- Presencia de enfermedad cardiovascular (antecedente patológico personal de infarto agudo al miocardio o evento cerebrovascular o riesgo de evento cardiovascular a 10 años mayor al 10%).
 - Presencia de insuficiencia cardiaca congestiva establecida con fracción de eyección reducida
2. Pacientes adultos no diabéticos con enfermedad renal crónica establecida, en tratamiento con ieca o ara 2 a dosis máxima tolerada, que cumpla alguno de los siguientes criterios:

- Tasa de filtración glomerular estimada entre 20-45ml/min
- Tasa de filtración glomerular estimada entre 45-90ml/min asociado a tasa albumina/creatinina renal >250mg/g.

pacientes adultos no diabéticos con diagnóstico insuficiencia cardiaca congestiva con fracción de eyección reducida.

Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-40 y 2025-57 acordó incluir en la LOM el medicamento código 1-10-39-0441 correspondiente a Dapagliflozina 10 mg

Tigeciclina 50 mg. Polvo liofilizado para solución inyectable	02-4671	HRE	2A
<p>Uso exclusivo médicos especialistas en Infectología, en las siguientes condiciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones por gémenes multirresistentes, sin otras opciones de terapia LOM y sensibilidad demostrada a esta molécula. • Infecciones por <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> sin criterios de sepsis o shock séptico, como segunda línea de tratamiento o con resistencia demostrada al trimetropima sulfametoxazol. En combinación con otro fármaco (trimetropima sulfametoxazol o levofloxacino). No es necesario contar con reporte de PSA. • Infecciones por <i>Acinetobacter baumannii</i>, en combinación con otras terapias sensibles según psa, cuando se demuestre resistente ceftazidima. • Terapia de rescate en gastroenteritis por <i>clostridiodes difficile</i> refractaria a vancomicina <p>Prescripción inicial por 7 días, con posibilidad de extensión de la prescripción según criterio de infectología. Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso. Todo aval debe quedar documentado en el expediente digital del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de micobacterias no tuberculosas, basado en psa y sin otras opciones de combinaciones LOM. En terapia combinada con otras moléculas sensibles, según pruebas de PSA. Duración de la prescripción inicial según criterio de Infectología. <p>En centros donde no cuente con Infectología, debe ser avalado por el servicio de infectología del hospital de referencia según la red tanto para el inicio de tratamiento como para la ampliación del tiempo de prescripción, el cual debe documentarlo en el expediente digital del paciente. Se debe anotar el diagnóstico en la receta edus e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso</p> <p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-42 acordó incluir en la LOM el medicamento código 1-10-02-4671 correspondiente a Tigeciclina 50 mg. Polvo para solución inyectable.</p>			

Alteplasa 50 mg. Polvo liofilizado para solución inyectable. Frasco ampolla	11-3099	HRE	2A
<p>1. Prescripción por Vascular Periférico para trombólisis dirigida por catéter de isquemia aguda de las extremidades (categorías I y IIa, y IIb de Rutherford) con menos de 14 días de evolución, que no se presente alguna de las siguientes condiciones: ECV hemorrágico, neoplasia SNC, sangrado gastrointestinal activo o durante el último mes, punción lumbar o punción hepática reciente o trauma o cirugía reciente o en las últimas 3 semanas.</p> <p>2. Prescripción por Neurología en centros con disponibilidad de unidad de ICTUS (Debe tener acceso a un médico especialista en neurocirugía para atención de posibles complicaciones o posibilidad de traslado a un centro que lo tenga), para el manejo de pacientes con ECV isquémico sin contraindicaciones:</p> <p>a. Con periodo de ventana menor a 3 horas.</p> <p>b. Con periodo de ventana de 3 a 4.5 horas excluyendo a pacientes con NIHSS > 25 o anticoagulados sin importar INR en ese momento.</p> <p>[Ver Protocolo de atención clínica para el abordaje de personas con evento cerebrovascular isquémico agudo en la CCSS. Código PAC.GM.DDSS. AAIP.01092023. Versión: 01]</p>			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2024-52 acordó incluir en la LOM el medicamento código 1-10-11-3099 correspondiente a Alteplasa 50 mg. Polvo liofilizado para solución inyectable. Frasco ampolla</p>			

Ceftazidima 2 g y Avibactam 0,5 g. Polvo para concentrado para solución para perfusión	02-3273	HRE	2A
<p>Uso exclusivo Médicos especialistas en Infectología cumpliendo con los siguientes criterios de prescripción (cada prescripción será por un máximo de 7 días, en todas las indicaciones):</p> <p>1. Uso en infecciones por gérmenes multirresistentes tipo Enterobacteriaceae, con prueba de sensibilidad a los antimicrobianos donde se demuestre resistencia a otras terapias LOM y sensibilidad a esta molécula o determinación por laboratorio de enzimas tipo carbapenemasas</p> <p>2. Infecciones por Pseudomonas aeruginosa, resistentes a otras terapias LOM y con resistencia o fallo terapéutico a Ceftolozano/tazobactam.</p> <p>3. Infecciones por Stenotrophomonas maltophilia con criterios de sepsis o shock séptico, en escenarios de neumonía o bacteriemia. No precisa reporte de PSA.</p> <p>No recomendado con probenecid; altas dosis de cefalosporinas y medicamentos nefrotóxicos como aminoglucósidos o diuréticos potentes (ej. furosemida); cloranfenicol.</p> <p>En centros donde no cuente con infectología, debe ser avalado por el servicio de infectología del hospital de referencia según la Red tanto para el inicio de tratamiento como para la ampliación del tiempo de prescripción, el cual debe documentarlo en el expediente digital del paciente.</p>			
<p>Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-31 acordó incluir en la LOM el medicamento código 1-10-02-3273 correspondiente a Ceftazidima 2 g y Avibactam 0,5 g. Polvo para concentrado para solución para perfusión</p>			

Medicamentos de la Lista Complementaria - Z

Ácido gadoxético disódico 0,25 mmol/ml. Solución inyectable	52-4980	HRE	3A
Uso exclusivo por especialistas en Radiología para el diagnóstico diferencial de lesiones hepáticas empleando resonancia magnética			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-28 acordó incluir en la LOM Ácido gadoxético disódico 0.25 mmol/mL solución inyectable, código 1-10-52-4890 en la Lista Complementaria-Z			

Ceftarolina 600 mg. Polvo para inyección	02-3276	HRE	2A
Para la prescripción por infectología cumpliendo con los siguientes criterios:			
<ul style="list-style-type: none"> • Infección por <i>Staphylococcus aureus</i> meticilino resistente y con fallo terapéutico a vancomicina o linezolid. • Bacteremia por <i>Staphylococcus aureus</i> meticilino resistente con contraindicación al uso de vancomicina (por hipersensibilidad o insuficiencia renal). 			
Prescripción inicial por 7 días, con posibilidad de extensión de la prescripción según criterio de infectología. Se debe anotar el diagnóstico en la receta edus e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.			
En centros donde no cuenten con infectología, debe ser avalado por el servicio de infectología del hospital de referencia según la red tanto para el inicio de tratamiento como para la ampliación del tiempo de prescripción, lo cual debe quedar documentado en el expediente digital del paciente			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-42 acordó incluir en la LOM Cefatarolina 600 mg, polvo para inyección código 1-10-02-3276 en la Lista Complementaria-Z.			

Ivabradina 5 mg. Comprimidos recubiertos	07-0932	RE	2B
Prescripción por médicos especialistas para pacientes adultos con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva en control en clínica de insuficiencia cardíaca con las siguientes condiciones:			
<ul style="list-style-type: none"> • con fracción de eyección menor al 35% • persistencia de sintomatología a pesar de tratamiento óptimo, tolerado y con adecuada adherencia. • intolerancia o contraindicación a betabloqueadores. 			
Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.			
Observaciones: El Comité Central de Farmacoterapia en Sesión 2025-36 acordó incluir en la LOM el medicamento Ivabradina 5 mg. Comprimidos recubiertos código 1-10-07-0932 en la Lista Complementaria-Z.			

MODIFICACIONES

Medicamentos almacenables

Cicloserina 250 mg. Cápsulas ó tabletas	03-0303	R	3 A
Uso exclusivo en pacientes con tuberculosis polidroga/resistente confirmado por P.S.A. Tratamiento en hospital definido, bajo programa DOTS			
Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2025-52 y 2025-55, se actualizan los lineamientos de uso. Se elimina la circular CCF-1880-07-2010, dado que la información está obsoleta.			

Etambutol Hidrocloruro 400 mg. Tabletas recubiertas	03-0670	R	1A
1. Tratamiento de tuberculosis bajo programa DOTS 2. Tratamiento en infecciones por micobacterias no tuberculosas con prescripción por infectología, que debe estar debidamente consignado en el expediente, aprovechando los medios tecnológicos disponibles.			
Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2025-52 y 2025-55, se actualizan los lineamientos para utilizar el etambutol en el tratamiento de infecciones por micobacterias no tuberculosas con prescripción por Infectología. Se elimina la circular CCF-1880-07-2010, dado que la información está obsoleta.			

Etionamida 250 mg. Tabletas	03-0690	R	3 A
Uso exclusivo en pacientes con tuberculosis polidroga/resistente confirmado por P.S.A. Tratamiento en hospital definido, bajo programa DOTS			
Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2025-52 y 2025-55, se actualizan los lineamientos de uso. Se elimina la circular CCF-1880-07-2010, dado que la información está obsoleta.			

Isoniazida 300 mg. Tabletas	03-0990	R	1A
Bajo programa DOTS			
Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2025-52 y 2025-55, se actualizan los lineamientos de uso. Se elimina la circular CCF-1880-07-2010, dado que la información está obsoleta.			

Pirazinamida 500 mg. Tabletas	03-1340	R	1A
Bajo programa DOTS			
Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2025-52 y 2025-55, se actualizan los lineamientos de uso. Se elimina la circular CCF-1880-07-2010, dado que la información está obsoleta.			

Rifampicina 300 mg. Cápsulas	03-1560	R	1A
1. Tratamiento de enfermedad de hansen y tuberculosis bajo programa DOTS y de enfermedad de Hansen, bajo estrategia TES.			

2. Especialista en Dermatología para la administración de rifampicina en dosis única como quimioprofilaxis en contactos de personas con la enfermedad de Hansen, bajo programa TES

3. Especialista en gastroenterología: erradicación de *Helicobacter pylori* como tercera línea (pacientes alérgicos a penicilina) o cuarta línea de tratamiento según lineamiento GM-CCF-E-0940-2022 por un período de 14 días, no prorrogables (para este tratamiento no se requerirá administración estrictamente supervisada).

4. Tratamiento de la brucelosis humana según lineamiento no. L.GM.DDSS.ASC.SAVE.131022 “lineamiento para la vigilancia epidemiológica de la brucelosis humana en los establecimientos de salud de la ccss”. Prescripción por especialista en infectología para inicios de tratamiento y las continuaciones de tratamiento únicamente por especialistas en infectología o medicina interna.

5. Primera línea en profilaxis de meningitis por *Neisseria meningitidis* o *Haemophilus influenzae* según el siguiente esquema:

- Niños < 1 mes: 5 mg/kg/dosis, vía oral, cada 12 horas por dos días. Prescripción únicamente por especialista en neonatología.
- ≥ 1 mes, niños, adolescentes y adultos: 10 mg/kg/dosis (máximo 600 mg) vía oral, cada 12 horas, por dos días.

Nota: para otras indicaciones se requiere el criterio del médico especialista en infectología, que debe estar debidamente consignado en el expediente, aprovechando los medios tecnológicos disponibles.

Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2025-52 y 2025-55, se actualizan los lineamientos de uso. Se elimina la circular CCF-1880-07-2010, dado que la información está obsoleta en el punto 1. En el punto 2 se autoriza uso a los especialistas en Dermatología para la administración de rifampicina en dosis única como quimioprofilaxis en contactos de personas con la enfermedad de Hansen, bajo programa TES

Rifampicina 100 mg/5 ml. Suspensión oral. Frasco con 60 ml ó 120 ml	03-7490	R	1A
<p>1. Tratamiento de la tuberculosis bajo programa DOTS y de enfermedad de Hansen, bajo estrategia TES.</p> <p>2. Especialista en dermatología para la administración de rifampicina en dosis única como quimioprofilaxis en contactos de personas con la enfermedad de hansen, bajo programa TES.</p> <p>3. Tratamiento de la brucelosis humana según lineamiento no. L.gm.ddss.asc.save.131022 “lineamiento para la vigilancia epidemiológica de la brucelosis humana en los establecimientos de salud de la ccss”. Prescripción por especialista en infectología para inicios de tratamiento y las continuaciones de tratamiento <u>únicamente</u> por especialistas en infectología o medicina interna.</p> <p>4. Primera línea en profilaxis de meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i> o <i>Haemophilus influenzae</i>, según el siguiente esquema:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Niños < 1 mes: 5 mg /kg/dosis, via oral cada 12 horas por dos días. Prescripción únicamente por especialista en Neonatología. – ≥ 1 mes, niños, adolescentes y adultos: 10 mg/kg/dosis (máximo 600 mg) vía oral, cada 12 horas por dos días. <p>Nota: para otras indicaciones se requiere el criterio del médico especialista en Infectología, que debe estar debidamente consignado en el expediente, aprovechando los medios tecnológicos disponibles.</p>			
<p>Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2025-52 y 2025-55, se actualizan los lineamientos de uso. Se elimina la circular CCF-1880-07-2010, dado que la información está obsoleta en el punto 1. En el punto 2 se autoriza uso a los</p>			

especialistas en Dermatología para la administración de rifampicina en dosis única como quimiopprofilaxis en contactos de personas con la enfermedad de Hansen, bajo programa TES

Risperidona 1 mg. Tableta o tableta recubierta (film coated)	30-1568	RE	2C
<p>1. Prescripción exclusiva por Psiquiatría y Geriatría para inicio de tratamiento antipsicótico de pacientes ADULTOS que presentan alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Esquizofrenia en 1º episodio o crónicos, que han utilizado uno o dos anti- psicóticos típicos orales o parenterales por un mínimo de 3-4 semanas con dosis terapéuticas y sin evidencia de mejoría clínica.b. Esquizofrenia, quienes durante o después de la impregnación por vía parenteral u oral con anti- psicóticos típicos, presentan efectos extra-piramidales moderados a severos.c. Espectro esquizofrénico recién diagnosticados aun cuando no han utilizado otros anti- psicóticos LOM que incluye: <i>esquizofrenias típicas, trastorno esquizoafectivo., esquizofrenia de inicio tardío</i>, con predominio de síntomas negativos o cognitivos, que pueden seguir control y manejo ambulatorio.d. Trastorno bipolar en recaída maniacal o mixta como coadyuvante agregado al modulador LOM. No para inicio del tratamiento como monoterapia.e. Agitación o agresividad por delirium multifactorial o trastornos psicóticos secundarios a demencia en que no hay respuesta al haloperidol. Tratamiento por corto plazo (2 a 6 semanas). <p>Nota: No se recomienda el uso crónico (más de 6 semanas) en pacientes con demencia tipo Alzheimer moderada a grave para el tratamiento de la agresividad persistente.</p>			
<p>2. Prescripción por Psiquiatría Infantil y Pediatras especialistas en Desarrollo para el tratamiento de pacientes mayores de 5 años</p> <ul style="list-style-type: none">a. Irritabilidad asociada al trastorno del especto autista.b. Esquizofrenia en adolescentes (> 13 años).c. Manía bipolar. (niños ≤ 5 años).			
<p>3. Prescripción por especialistas en Psiquiatría Infantil y Pediatras especialistas en Desarrollo para el manejo de pacientes menores de 5 años (uso fuera de indicación oficial, requiere de llenado de consentimiento informado, Anexo 11 Normativa LOM o https://www.cendeiss.sa.cr/catalogo-institucional-de-formularios-de-consentimiento-informado/) en las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Trastorno Espectro Autista.b. Trastorno oposicionista desafiante.c. Trastorno conductual y agresividad severa.			
<p>Prescripción</p> <ul style="list-style-type: none">a. Especialistas en Pediatría General: inicio o continuación de tratamiento.b. Medicina Familiar y Comunitaria: inicio o continuación de tratamiento.c. Medicina General: solamente continuación de tratamiento, como indicado por el médico especialista. En caso de que considere la necesidad de un posible incremento de la dosis, debe ser comentado con el médico especialista a cargo (debe quedar consignado en expediente EDUS). <p>Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según protocolo establecido</p>			
<p>Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2025-52 y 2025-55e mejora la redacción, no se modifican restricciones de uso</p>			

Risperidona 1 mg/ml. Solución oral. Envase	30-6950	RE	2C
---	----------------	-----------	-----------

Uso en población pediátrica o pacientes en general que presentan trastorno deglutorio que le impidan ingerir la presentación en tabletas:

1. Prescripción exclusiva por Psiquiatría y Geriátrica para inicio de tratamiento antipsicótico de pacientes ADULTOS que presentan alguna de las siguientes condiciones:
 - a. **Esquizofrenia** en 1º episodio o crónicas, que han utilizado uno o dos anti-psicóticos típicos orales o parenterales por un mínimo de 3-4 semanas con dosis terapéuticas y sin evidencia de mejoría clínica.
 - b. **Esquizofrenia**, quienes durante o después de la impregnación por vía parenteral u oral con anti-psicóticos típicos, presentan efectos extra-piramidales moderados a severos.
 - c. **Espectro esquizofrénico recién diagnosticados aun cuando no han utilizado otros anti- psicóticos LOM** que incluye: *esquizofrenias típicas, trastorno esquizoafectivo., esquizofrenia de inicio tardío*, con predominio de síntomas negativos o cognitivos, que pueden seguir control y manejo ambulatorio.
 - d. **Trastorno bipolar en recaída maniacal o mixta** como coadyuvante agregado al modulador LOM. **No para inicio del tratamiento como monoterapia.**
 - e. Agitación o agresividad por delirium multifactorial o trastornos psicóticos secundarios a demencia **en que no hay respuesta al haloperidol. Tratamiento por corto plazo (2 a 6 semanas).**

Nota: No se recomienda el uso crónico (más de 6 semanas) en pacientes con demencia tipo Alzheimer moderada a grave para el tratamiento de la agresividad persistente.

2. Prescripción por Psiquiatría Infantil y Pediatras especialistas en Desarrollo para el tratamiento de pacientes mayores **de 5 años**
 - a. Irritabilidad asociada al trastorno del espectro autista.
 - b. Esquizofrenia en adolescentes (> 13 años).
 - c. Manía bipolar (niños ≤ 5 años).

3. Prescripción por especialistas en Psiquiatría Infantil y Pediatras especialistas en Desarrollo para el manejo de pacientes **menores de 5 años** (uso fuera de indicación oficial, requiere de llenado de consentimiento informado, Anexo 11 Normativa LOM o <https://www.cendeisss.sa.cr/catalogo-institucional-de-formularios-de-consentimiento-informado/>) en las siguientes condiciones:

- a. Trastorno Espectro Autista.
- b. Trastorno oposicionista desafiante.
- c. Trastorno conductual y agresividad severa.

Prescripción

- a. Especialistas en Pediatría General: inicio o continuación de tratamiento.
- b. Medicina Familiar y Comunitaria: inicio o continuación de tratamiento.
- c. Medicina General: solamente continuación de tratamiento, como indicado por el médico especialista. En caso de que considere la necesidad de un posible incremento de la dosis, debe ser comentado con el médico especialista a cargo (debe quedar consignado en expediente EDUS).

Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según protocolo establecido.

Observaciones: Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2025-52 y 2025-55e mejora la redacción, no se modifican restricciones de uso.

Ácido Ursodeoxicólico 250 mg Ó 300 mg. Cápsulas o tabletas con o sin recubierta	32-0095	RE	2B
<p>1. Uso exclusivo de Gastroenterología, Cirugía General. Especialistas médico-quirúrgicos de las Unidades de Trasplante de Hígado y Cirugía Hepatobiliar, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia y Hematología para el tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. colangitis esclerosante b. enfermedad colestásica del hígado c. colestasis asociada a litiasis (litos de colesterol) d. cirrosis biliar primaria e. colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) f. colestasis intrahepática del embarazo (Nota. Uso de medicamento fuera de indicación autorizada [debe documentarse en el expediente el respectivo consentimiento informado]) <p>2. Neonatología, como alternativa en el manejo de la colestasis. Uso de medicamento fuera de indicación autorizada [debe documentarse en el expediente el respectivo consentimiento informado]</p>			
<p>Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2025-55, se actualizan los lineamientos de uso se agregan viñetas a las indicaciones de uso del punto uno y se agrega en colestasis intrahepática del embarazo:"(Nota. Uso de medicamento fuera de indicación autorizada [debe documentarse en el expediente el respectivo consentimiento informado])"</p>			

Ceftriaxona base 1 g. Polvo para solución inyectable. Frasco ampolla	02-3278	HR	1A
<p>1. Tratamiento de blenorragias.</p> <p>2. Tratamiento alternativo en profilaxis de meningitis por Neisseria meningitidis en pacientes con contraindicación a rifampicina, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia según el siguiente esquema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 28 días a < 15 años: 125 mg im (dosis única) • ≥ 15 años: 250 mg (dosis única) <p>3. Especialistas a cargo de programas TAPA u hospitales de día con la anotación del diagnóstico avalado para la indicación de tapa y número de cultivo (nivel 2B).</p> <p>4. Tratamiento de la brucelosis humana según lineamiento no. L.GM.DDSS.ASC.SAVE.131022 "Lineamiento para la vigilancia epidemiológica de la brucelosis humana en los establecimientos de salud de la CCSS". prescripción por especialista en infectología para inicios de tratamiento y las continuaciones de tratamiento <u>únicamente</u> por especialistas en infectología o medicina interna.</p> <p>5. Profilaxis de peritonitis bacteriana, posterior a sangrado variceal en el paciente cirrótico</p> <p>6. Tratamiento empírico, sin factores de riesgo para bacilos gramnegativos BLEE o dirigido por cultivo con PSA de peritonitis bacteriana espontánea de pacientes con criterio de alta y egreso para administración en hospital de día o en un programa de visita domiciliar.</p> <p>7. Terapia profiláctica para infecciones de transmisión sexual (no VIH) en adultos (ver protocolo víctimas de violación sexual. versión 2. tercera edición 2022)</p> <p>8. Prescripción de infectología para meningitis meningocócica resistente a cefotaxime, a la dosis de 2 gramos IV cada 12 horas por 7 días</p>			

Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2025-55, se incluye el punto 8. Prescripción de infectología para meningitis meningocócica resistente a Cefotaxime, a la dosis de 2 gramos IV cada 12 horas por 7 días

Metamizol sódico 2,5 g/5 ml. Solución inyectable. Ampolla o Metamizol magnésico 2 g/5 ml. Solución inyectable. Ampolla o Dipirona 2,5 g/5 ml. Solución inyectable. Ampolla	16-3655	HRE	2C
<p>A. Prescripción por médico especialista y médicos de clínicas del dolor y cuidados paliativos acreditadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dolor agudo en pacientes sometidos a procedimiento de cirugía ambulatoria (aplicación SOP o recuperación). Máximo 24 horas. – Dolor agudo posoperatorio y postraumático. Máximo 72 horas (no prorrogables) – Dolor agudo no oncológico, consulta externa. Máximo 1 dosis (2 gramos). – Fiebre refractaria a otros antipiréticos o contraindicación a otros antipiréticos. Máximo 72 horas. – Dolor agudo, paciente con vía oral no disponible para uso de otras opciones LOM. Máximo 72 horas. – Dolor oncológico, pacientes con contraindicación al manejo del dolor con medicamentos LOM como morfina parenteral u otros analgésicos disponibles o cuando no se puede aumentar más las dosis utilizadas de morfina: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente hospitalizado. Máximo 72 horas. Situaciones excepcionales que requieran tiempo mayor y no se cuenta con vía oral disponible o no se dispone de otras opciones farmacológicas, se avala por máximo 7 días. • Consulta externa: 1 dosis (2 gramos). • Paciente domiciliar: dosis 2g IM PRN (máximo 3 dosis). <p>B. Especialista en odontología, uso exclusivo en cirugía maxilo-facial en:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tratamiento de fracturas faciales. – Cirugía ortognática. – Tratamiento quirúrgico de los síndromes faciales que afectan el desarrollo del os maxilares y los huesos faciales. – Escisión de tumores benignos y malignos en los maxilares y tejidos blandos de boca y cuello. – Reconstrucciones (injertos óseos) de huesos maxilares. – Distracciones osteogénicas. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Máximo 72 horas (en caso de egreso durante ese periodo, no se despacha para completar la administración domiciliar). <p>No está indicado en el tratamiento parenteral de procesos inflamatorios agudo, para ese uso se dispone de diclofenaco parenteral LOM.</p>			
<p>Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2025-55, en el punto 1 se incluye "y médicos de Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos acreditadas"</p>			

Bencilpenicilina 1.200.000 Unidades (como benzatina bencilpenicilina). Polvo para inyección o suspensión para inyección.	02-4400	HR	1A
<p>Previa aplicación de la prueba intradérmica de sensibilidad a la penicilina según procedimiento emitido en circular CCF-5150-11-15 para ser utilizado en:</p> <p>1. Adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. profilaxis de fiebre reumática. b. faringoamigdalitis bacteriana, en pacientes con imposibilidad de tomar tratamiento antibiótico por vía oral. c. tratamiento de sífilis. <ul style="list-style-type: none"> -Sífilis primaria, secundaria o latente temprana (< 1 año de duración): adultos: 2.4 millones unidades* IM (dosis única). -Sífilis latente (> 1 año o duración desconocida): Adultos: 2.4 millones de unidades* una vez por semana por 3 semanas. <p>2. Pediatría:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. faringoamigdalitis bacteriana e impétigo contagioso, en pacientes con imposibilidad de tomar tratamiento antibiótico por vía oral, b. sífilis congénita (Lineamiento técnico LT.GM.DDSS.040123 Detección, abordaje y seguimiento de niños y niñas con sífilis congénita. 2023) c. profilaxis secundaria de fiebre reumática. <p>Nota: *Para completar la dosis total recomendada de 2.4 millones de unidades, se debe administrar una jeringa de 1.2 millones de unidades en cada glúteo (una por glúteo), para un total de 2 jeringas = 2.4 millones de unidades.</p> <p>Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2026-01, se incluye el uso de Bencilpenicilina para el tratamiento de faringoamigdalitis para adultos, la dosis y lineamientos para el tratamiento de sífilis y dosis.</p>			

Prednisolona 15 mg / 5 ml. Solución oral	34-7465	R	1A
<p>1. Uso exclusivo de especialista en pediatría para manejo ambulatorio en niños menores de 2 años.</p> <p>2. Prescripción por médico general:</p> <ul style="list-style-type: none"> • niños menores de 2 años únicamente en casos de asma diagnosticada por especialista, laringitis obstructiva aguda CRUP y según lineamientos LT.GM.DDSS. AAIP.250925 y LT.GM.DDSS. AAIP.260925 • niños mayores de 2 años y adultos <p>Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2026-02, se amplía para prescripción por Medicina general en niños menores de 2 años únicamente en casos de asma diagnosticada por especialista, laringitis obstructiva aguda CRUP y según lineamientos LT.GM.DDSS. AAIP.250925 y LT.GM.DDSS. AAIP.260925</p>			

Emulsión de lípidos al 20%. Inyectable. Frasco ampolla con 250 ml o Emulsión de lípidos al 20%. Inyectable. Frasco ampolla con 500 ml	43-3740	HR	2C
<p>1. Uso regulado por Comisión de Soporte Nutricional.</p> <p>2. Uso exclusivo para la prescripción por los especialistas de anestesia, emergencias y médicos especialistas a cargo del Servicio de Cuidados Intensivos y Servicio de Emergencias de hospitales nacionales, regionales, periféricos y CAIS, en pacientes con diagnóstico de intoxicación grave por anestésicos locales.</p> <p>Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2026-03, se incluye a Servicio de Cuidados Intensivos en el punto 2</p>			

Olanzapina 10 mg. Polvo liofilizado para solución inyectable. Frasco ampolla	30-4000	HR	1A
2. Manejo de pacientes adultos con agresividad y agitación. 2. Manejo del estado de agitación en primera línea y para episodios psicóticos en pacientes adolescentes con peso mayor a 45 kg.			
Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2026-03, se amplía para manejo del estado de agitación en primera línea y para episodios psicóticos en pacientes adolescentes con peso mayor a 45 kg.			

Omalizumab 75 mg. Solución Inyectable	23-4380	HRE	2A
Prescripción por especialista en Neumología, luego que se discuta el caso en una sesión clínica colegiada, y cumpliendo con el lineamiento GM-CCF-4963-2024, para el tratamiento de asma alérgica severa o asma tipo 2 mixta en el paso 5 de GINA, en niños a partir de los 6 años y adultos. Dosis: 150-375 mg SC cada 2 a 4 semanas, la dosis máxima será de 750 mg cada 4 semanas, la dosis se debe individualizar basado en niveles de IgE y peso corporal. Se requiere de llenado del formulario correspondiente según el lineamiento, el cual debe ser analizado en la sesión clínica y custodiado por el servicio de neumología correspondiente. para la prescripción solo se requiere anotar el diagnóstico en el EDUS, indicar en la casilla de observaciones de la receta el criterio correspondiente que justifique su uso y número de sesión en el que fue conocido el caso.			
Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2026-06, se elimina punto 2: para prescripción por especialista en alergología, dermatología e inmunología, para el tratamiento de urticaria			

Omalizumab 150 mg. Polvo para solución inyectable o solución inyectable	23-4386	HRE	2A
Prescripción por especialista en Neumología, luego que se discuta el caso en una sesión clínica colegiada, y cumpliendo con el lineamiento GM-CCF-4963-2024, para el tratamiento de asma alérgica severa o asma tipo 2 mixta en el paso 5 de GINA, en niños a partir de los 6 años y adultos. Dosis: 150-375 mg SC cada 2 a 4 semanas, la dosis máxima será de 750 mg cada 4 semanas, la dosis se debe individualizar basado en niveles de IgE y peso corporal. Se requiere de llenado del formulario correspondiente según el lineamiento, el cual debe ser analizado en la sesión clínica y custodiado por el servicio de neumología correspondiente. para la prescripción solo se requiere anotar el diagnóstico en el EDUS, indicar en la casilla de observaciones de la receta el criterio correspondiente que justifique su uso y número de sesión en el que fue conocido el caso.			
Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2026-06, se elimina punto 2: para prescripción por especialista en alergología, dermatología e inmunología, para el tratamiento de urticaria			

Isotretinoína 10 mg. Cápsula	42-1004	RE	2D
<p>Uso exclusivo por especialistas en Dermatología:</p> <p>1. Para el tratamiento del acné inflamatorio severo, acné conglobata severo y acné nodular recalcitrante por un máximo de 6 meses.</p> <p>Los pacientes de ambos sexos en edad fértil deben de utilizar métodos para prevenir un embarazo durante el período que estén en tratamiento.</p> <p>Es importante que quede documentado en el expediente clínico por parte del médico prescriptor un consentimiento informado, dado los riesgos del medicamento. además, el prescriptor debe indicar en la receta, específicamente en el cuadro de observaciones, que el paciente cuenta con consentimiento informado para que farmacia pueda despachar el medicamento.</p> <p>2. Para el tratamiento de hidradenitis supurativa, como segunda línea de tratamiento según el lineamiento GM-CCF-0848-2026</p>			
<p>Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2026-07, se incluye del punto 2: para el tratamiento de hidradenitis supurativa, como segunda línea de tratamiento según el lineamiento GM-CCF-0848-2026</p>			

Medicamentos de la Lista Complementaria - Z

Acitretina 25 mg. Cápsulas	46-0089	RE	2D
<p>Uso exclusivo por Dermatología</p> <p>1. Para el manejo de la enfermedad psoriásica según el lineamiento (GM-CCF-2806-2025)</p> <p>2. Para el tratamiento de hidradenitis supurativa, como segunda línea de tratamiento según el lineamiento GM-CCF-0848-2026</p> <p>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según lineamiento mencionado</p>			
<p>Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2026-07, se incluye del punto 2: para el tratamiento de hidradenitis supurativa, como segunda línea de tratamiento según el lineamiento GM-CCF-0848-2026</p>			
Pimecrolimus 1% (10 mg/g). Crema. Tubo con 15 g	46-7381	RE	2D
<p>1. Prescripción por Dermatología y Alergología:</p> <p>a. Dermatitis moderada a severa en pacientes inmunocompetentes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reactivación de proceso atópico a pesar del tratamiento con medicamentos LOM. - Efectos adversos documentados por el uso crónico de esteroides tópicos (atrofia cutánea, estrías, telangectasias o hipopigmentación). <p>b. Eczema severo atópico.</p> <p>Nota: para ambas indicaciones: Tiempo de tratamiento: 6 semanas (no se usa de forma continua por periodos más prolongados). Reactivación del proceso: puede repetir ciclo de forma intermitente (uso no continuo) hasta un máximo de un año. Periodos mayores no son recomendados debido al riesgo de neoplasia, linfoma y cáncer de piel.</p> <p>2. Prescripción por dermatología, alergología e inmunología, para el tratamiento de dermatitis atópica, según el lineamiento GM-CCF-0851-2026.</p> <p>Anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.</p>			
<p>Observaciones: Con base en el acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia de la Sesión 2026-07, se incluye punto 2 para el tratamiento de dermatitis atópica, según el lineamiento GM-CCF-0851-2026.</p>			

CAMBIO DE TRÁNSITO A ALMACENABLE

Con base en la Normativa LOM, Capítulo IV:

“IV.4. La inclusión de un medicamento en la LOM como producto almacenable por parte del CCF, tendrá vigencia efectiva a partir del momento en que esté disponible en el ALDI para su distribución institucional.

IV.5. La inclusión de un medicamento en la LOM como producto no almacenable (Z), tendrá vigencia efectiva a partir del momento en que se encuentre disponible en la farmacia de la unidad para el despacho al paciente.

CARBAMAZEPINA 2% (20mg/mL). Suspensión oral	28-6410	A
Observaciones: cambio de medicamento en tránsito a almacenable. Cambio se hará efectivo con el ingreso de la compra centralizada		
CLOBAZAM 10 mg. Tabletas	31-0485	A
Observaciones: cambio de medicamento en tránsito a almacenable. Cambio se hará efectivo con el ingreso de la compra centralizada		
POTASIO 2 mmol / L. Solución para hemofiltración.	50-4455	A
Observaciones: cambio de medicamento en tránsito a almacenable. Cambio se hará efectivo con el ingreso de la compra centralizada		
FÓRMULA ENTERAL PARA USO EN PACIENTES HEPATÓPATAS	50-6857	A
Observaciones: cambio de medicamento en tránsito a almacenable. Cambio se hará efectivo con el ingreso de la compra centralizada		

NORMATIVA

A continuación, se detallan las modificaciones realizadas a la Normativa LOM y que fueron avaladas por el Comité Central de Farmacoterapia:

1. MODIFICACIÓN

Localización – Capítulo III. Punto III.5, Pacientes referidos de un centro de mayor complejidad a uno de menor complejidad para continuar el control médico y tratamiento con medicamento (s) LOM especializado (s).

Sesión CCF – 2026-13

Observaciones – Se realizan modificaciones en referencia a la introducción de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Detalle – Esta modificación fue comunicada mediante circular GM-DFE-0229-2026

Actual

III.5. Pacientes referidos de un centro de mayor complejidad a uno de menor complejidad para continuar el control médico y tratamiento con medicamento (s) LOM especializado (s).

III.5.1. El médico especialista de un establecimiento de salud de un tercer o segundo nivel de atención podrá referir al asegurado para continuar el control médico y tratamiento con medicamentos LOM de su enfermedad crónica, bajo las siguientes condiciones:

a. Referencia a otro centro (igual o menor nivel de atención)

i. Al Servicio Médico de Atención Integral del Trabajador, cuando el asegurado es trabajador Institucional. Solo aplica en el establecimiento de salud donde el trabajador está registrado/contratado.

ii. Al médico que labora adscrito a los Sistemas Alternativos de Medicina Mixta o Medicina de Empresa en cumplimiento de lo establecido en los apartados III.9.1.e y III.9.2.e, respectivamente. En el caso de medicamentos en tránsito, por ser de adquisición local no pueden ser continuados en sistemas alternativos.

iii. A la consulta médica de un nivel institucional de menor complejidad.

iv. En el caso de pacientes que iniciaron control especializado desde su infancia en un centro médico, que por motivo de su edad requieren traslado a otro centro médico de igual o menor nivel de atención para continuar el control y tratamiento especializado de su enfermedad crónica.

b. Cuando el paciente sea referido, en cualquiera de los casos previstos, para asegurar la continuidad del tratamiento en el centro de adscripción o donde fue referido el paciente, el médico especialista que lo está refiriendo debe:

i. Completar el formulario de referencia institucional (requisito obligatorio) e instruir al paciente como proceder.

-
- ii. Con respecto a los medicamentos, indicar dosis, fuerza o potencia, vía de administración, duración prevista de uso para cada uno.
 - iii. Emitir la prescripción por 6 meses, tiempo prudencial para que el centro al cual el paciente fue referido, realice las gestiones pertinentes para obtener el medicamento.

III.5.2. Sobre el suministro de medicamentos LOM por el Servicio de Farmacia:

- a. LOM almacenables: La farmacia tramitará a través del ALDI.
- b. LOM en tránsito (Z): En caso de contar con existencia suficiente del medicamento que permita cubrir el tratamiento solicitado sin afectar la disponibilidad a aquellos pacientes que ya han iniciado la terapia, la farmacia podrá proceder al despacho inmediato.
- c. En el caso de medicamentos en tránsito que deban adquirirse por primera vez en el centro de salud al que el paciente fue referido, la farmacia deberá gestionar el abastecimiento del medicamento por medio de la unidad de compra que le corresponda.
- d. En el caso de los medicamentos en tránsito requeridos en la unidad de menor complejidad por primera vez, el centro de mayor complejidad deberá cubrir las necesidades del paciente que fue referido durante el periodo en que el tratamiento se encuentre activo, hasta que la unidad de menor complejidad haga efectiva la adquisición del medicamento. Durante este período la unidad de menor complejidad deberá documentar el trámite de gestión de compras.

III.5.3. En caso de alguna excepcionalidad al lineamiento anterior, el CCF lo hará explícito para cada fármaco.

NOMENCLATURA

EXPLICACIÓN DE LA NOMENCLATURA PARA USO DE LOS MEDICAMENTOS EN LA INSTITUCIÓN

1. DESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO	2-CÓDIGO 3-EXISTENCIA	4-CLAVE	5-NIVEL USUARIO
6- LINEAMIENTOS PARA SU USO INSTITUCIONAL			

SIGNIFICADO

1 DESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO
Contiene información del medicamento, como mínimo: nombre de principio activo (según su Denominación Común Internacional), fuerza o concentración, forma farmacéutica.

2 CÓDIGO
El código es un número que identifica cada medicamento y para efectos Institucionales corresponde a un ordenamiento administrativo. Los primeros dos dígitos corresponden al grupo terapéutico del medicamento y van del número 01 al 54; luego, separados por un guion aparece otros cuatro números que corresponden a una secuencia establecida que sirve para identificación en el Catálogo General de Suministros. Según ese Catálogo, todos los medicamentos están comprendidos en la Clase 1, Subclase 10, por ello se omite esos tres dígitos en los códigos citados en la LOM

3 CATEGORIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS LOM SEGÚN SU EXISTENCIA.
Los medicamentos de la LOM, por una característica administrativa fundamental se dividen en almacenables (A) y no almacenables (Z), también conocido como lista complementaria (anteriormente denominados “Tránsito”)

a. **Medicamentos Almacenables (A):** Se refiere a los medicamentos adquiridos a nivel central por la Gerencia de Logística, por tanto, son almacenados y distribuidos a las farmacias de las unidades por el Área de Almacenamiento y Distribución (ALDI). Estos son los medicamentos necesarios para resolver las principales causas de morbi-mortalidad que afectan a la gran mayoría de población.

b. **Medicamentos no almacenables (Z, lista complementaria):** Incluye los medicamentos requeridos para la atención médica especializada, según la infraestructura y tecnología

SIGNIFICADO

adecuada para el diagnóstico y tratamiento, en los centros de alta complejidad; en particular, para atender las necesidades de prescripción continua pero minoritaria, con respecto a los almacenables.

Nota: Para efectos de este boletín aparecerá entre paréntesis y debajo del código la letra (A) para los almacenables y la letra (Z) para los de la lista complementaria o “tránsito”.

CLAVE

En aras de asegurar la disponibilidad de los medicamentos en la Institución y de acuerdo con la capacidad resolutive de la Unidad, al considerar el cumplimiento de la infraestructura y el recurso humano adecuado para garantizar la máxima seguridad al paciente, todo medicamento es clasificado para asignar una, dos o tres letras que tipifican la clave respectiva:

4

- **M:** Medicamentos para prescripción por médico general.
- **E:** Medicamentos para prescripción por médico especialista; nombrándose las especialidades correspondientes
- **H:** Administración de medicamentos dentro de las Instalaciones de Centros Médicos
- **HM:** Medicamentos para prescripción por médico general y administrado dentro de las instalaciones de los Centros Médicos.
- **HE:** Medicamentos para prescripción por médico especialista y administración dentro de las instalaciones de los Centros Médicos.
- **R:** Medicamentos para uso en condiciones específicas o de uso restringido.
- **HR:** Medicamentos de uso restringido y administración dentro de las instalaciones de los Centros Médicos.
- **RE:** Medicamento de uso restringido para prescripción por médico con la especialidad correspondiente.
- **HRE:** Medicamento de uso restringido para prescripción por médico con la especialidad correspondiente y administración dentro de las instalaciones de los Centros Médicos.

NIVEL DE USUARIO

En el extremo derecho, luego del código y clave, aparece la clasificación de cada medicamento según el nivel de usuario, el cual define el contexto institucional permitido para la utilización del medicamento.

El nivel de usuario atiende a la complejidad técnica y capacidad resolutive de la unidad programática y se fundamenta en las especialidades disponibles en cada una de ellas consta de un número y una letra.

5

- **3A:** Corresponde a los Hospitales Nacionales y Especializados (Tercer Nivel de Atención).
- **2A:** Corresponde a los Hospitales Regionales (Segundo Nivel de Atención).
- **2B:** Corresponde a los Hospitales Periféricos (Segundo Nivel de Atención).
- **2C:** Corresponde a las especialidades de las Áreas de Salud tipo III y CAIS (Segundo Nivel de Atención).
- **2D:** Corresponde a las especialidades de Áreas de Salud tipo II (Segundo Nivel de Atención).
- **1A:** Corresponde a las Áreas de Salud tipo I e incluye a los EBAIS (Primer Nivel de Atención).

6

LINEAMIENTO

Información para la prescripción del fármaco en concordancia con la clave asignada (ver punto 4).

Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Comité Central de Farmacoterapia

Centro Corporativo Internacional
Torre B, Piso 6
Barrio Don Bosco
Avenida 8, Calles 26 y 28

**Órgano ejecutor de las decisiones del
Comité Central de Farmacoterapia:**

Dirección de Farmacoepidemiología¹

¹: Por medio de las Áreas establecidas (como así lo preceptúa el Artículo 16, inciso b) del Reglamento del Comité Central de Farmacoterapia publicado en el Diario Oficial La Gaceta No.29, 11-08-2009).

sitio web | www.ccss.sa.cr/lom o www.binasss.sa.cr/farmacologia/index.php

número de teléfono | 2539-0000 extensiones: 8601, 8602

correo electrónico | gm_df_amt@ccss.sa.cr