



# RESUMEN EJECUTIVO MEMORIA 2023

## ACTUALIZACIONES REALIZADAS A LA LISTA OFICIAL DE MEDICAMENTOS (LOM)



Caja Costarricense de Seguro Social  
Gerencia Médica  
Comité Central de Farmacoterapia

Contenido

Agradecimientos .....	3
Introducción .....	4
Quiénes somos.....	6
Comité Central de Farmacoterapia (CCF) .....	6
Conformación CCF .....	6
Órgano ejecutor de las decisiones del CCF .....	7
Selección de medicamentos en la CCSS.....	8
Acceso a la información de la LOM.....	10
La LOM en cifras según clasificación de los medicamentos por clave, nivel de usuario y categoría de su existencia .....	12
a. Código .....	12
b. Categorización de los medicamentos LOM según su existencia.....	12
Total de códigos LOM .....	13
Total de principios activos LOM.....	14
c. Clave .....	14
d. Nivel de usuario.....	15
Resumen de datos- actualizaciones LOM.....	17
a. Actualización de la descripción del código.....	17
b. Modificación en los lineamientos de uso.....	19
c. Sección O : Medicamentos autorizados a especialistas en Odontología.....	32
d. Medicamentos biotecnológicos. Separación de opciones de innovador y biosimilares con código independiente para su trazabilidad.....	33
e. Modificaciones realizadas a diferentes apartados de la Normativa LOM. ....	36
f. Exclusiones avaladas por el Comité Central de Farmacoterapia. ....	38
g. Inclusiones de medicamentos avaladas por el Comité Central de Farmacoterapia. ....	39
Parte A. Medicamentos que ya cuentan con ficha técnica oficializada en código 1-10 y se encuentran enlistados en la LOM. Actualmente, en proceso de adquisición por la Gerencia de Logística.....	40
Parte B. Medicamentos que el CCF avaló su inclusión a la LOM y se encuentran en proceso de elaboración de ficha técnica bajo código 1-10, a la espera de su oficialización para proceder a enlistar en la LOM de acuerdo a la información oficial e informar a las unidades: .....	42
h. Modificaciones realizadas a la normativa de la LOM que fueron avaladas por el Comité Central de Farmacoterapia.....	53
II.2. Consideraciones sobre la adquisición y uso institucional de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares registrados. Posición técnica de la CCSS	53

Formulario para solicitud de inclusión, exclusión o modificación de fármacos de la lista oficial de medicamentos de la C.C.S.S. ....	59
Requerimiento excepcional de un despacho de recetas por un periodo mayor a un mes. ....	62
ANEXO 12. Formulario de solicitud de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes. ....	63
ANEXO 13. Formulario de aceptación de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes. ....	64
Capítulo V. Solicitud de medicamentos NO LOM .....	65
Anexo 3. Formulario para solicitud de medicamento no LOM para tratamiento crónico en la CCSS. ....	66
I. Apartado III.1. Prescripción. ....	71
II. Apartados III.6.1 y III.6.2.....	74
III. Apartados III.7.2 y III.7.3.....	75
IV. Apartado III.10.5. ....	77
Logros .....	78

## Agradecimientos

En primer lugar a los funcionarios de la Dirección de Farmacoepidemiología, por toda su entrega y sacrificios en su trabajo cotidiano, por dar más de lo esperado y siempre tener muy presente que el fin último de nuestro quehacer son los pacientes que atiende la institución. Sin el aporte de cada uno de los colaboradores, no hubiese sido posible presentar los logros resumidos a continuación.

A los miembros y asesores del Comité Central de Farmacoterapia, por su dedicación y compromiso con la gestión de la Política Institucional de Medicamentos, su gran calidad técnica y ética y su esfuerzo constante para ofrecer los mejores medicamentos a la población.

A la Gerencia Médica, por todo el apoyo brindado a la Dirección de Farmacoepidemiología y al Comité Central de Farmacoterapia, para el adecuado desempeño de sus funciones.

A la Gerencia de Logística, por el trabajo en equipo, coordinado, en procura de mejorar los procedimientos relacionados con la disponibilidad oportuna de medicamentos.

A la Gerencia Financiera por su acompañamiento en la búsqueda de recursos adicionales, para poder incorporar nuevos medicamentos y ampliar la cobertura de los que ya son parte de la oferta de servicios institucionales.

A la Dirección Actuarial y Económica por su apoyo en el análisis de las propuestas desarrolladas en procura de garantizar que no comprometan la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.

Dr. Ricardo Pérez Gómez, Director.  
**Dirección de Farmacoepidemiología**

## Introducción

La “*selección de medicamentos*” es un proceso clínico terapéutico que se fundamenta en criterios epidemiológicos, clínico-farmacológicos y de sostenibilidad del sistema (Farmacoeconomía) con el fin de disponer de los medicamentos necesarios para resolver las principales causas de morbi-mortalidad que afectan a la población atendida en nuestra Institución. Este proceso es dinámico, continuo, multidisciplinario y participativo, orientado a asegurar la disponibilidad de los medicamentos esenciales que se requieren en nuestro sistema de salud. Esta responsabilidad fue delegada por la Gerencia Médica desde el año 1988 al Comité Central de Farmacoterapia.

Con respecto a la *selección de medicamentos*, Joan Ramón Laporte en su libro Principios Básicos de Investigación Clínica define muy claramente los “actores” que participan en este proceso y que se identifican como parte del quehacer del Comité Central de Farmacoterapia – CCSS. Es por ello, se comparte esta definición:

*“Proceso por el que (1) se identifican las necesidades terapéuticas en un ámbito determinado (centro de salud, hospital, dispositivo de atención a la salud); (2) se aplican criterios sanitarios, epidemiológicos y farmacológicos-clínicos y se identifican los fármacos, medicamentos y especialidades farmacéuticas más apropiadas para cubrir estas necesidades; (3) se decide la lista de fármacos que deben estar disponibles y a qué niveles de atención en función de los recursos; (4) se adopta la lista definitiva de colaboración con los prescriptores; (5) se organiza el suministro de los medicamentos incluidos en la lista; (6) se distribuye información sobre las necesidades identificadas en el primer apartado y su tratamiento, y (7) se establecen los mecanismos para la revisión periódica de la lista: Contrariamente a algunas impresiones indocumentadas, la selección de medicamentos no es una medida de autoridad sino un ejercicio de inteligencia clínica...”*

El fin de esta tan importante actividad, es de tener a disposición medicamentos que son esenciales para resolver la necesidad farmacoterapéutica de la gran mayoría de la

población atendida por el sistema de salud. El conjunto de estos fármacos son los que “alimentan” la Lista Oficial de Medicamentos- CCSS; la cual, está en constante revisión y actualización.

A continuación, se presenta un resumen que contiene las modificaciones, inclusiones y exclusiones de fármacos realizados a la Lista Oficial de Medicamentos de la CCSS, realizadas en el periodo 1º de enero al 18 de diciembre de 2023.

## Quiénes somos

### Comité Central de Farmacoterapia (CCF)

Es el Comité designado para seleccionar y velar por la seguridad, calidad y uso eficiente de los medicamentos en la Caja por lo cual:

Es un órgano técnico creado por la Caja Costarricense de Seguro Social, de conformidad con el Decreto Ejecutivo N° 19343-S del 23 de noviembre de 1989, por disposición del Ministerio de Salud, en ejercicio de las facultades concedidas por los artículos 1 y 2 inciso b de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud y artículos 2, 55 y 106 de la Ley General de Salud; con una integración multidisciplinaria de profesionales de ciencias de la salud, de alta solvencia moral, académica, científica y técnica proveniente de los diferentes niveles de atención; cuya función esencial consiste en confeccionar el listado básico o lista oficial de medicamentos de la Caja con normas administrativas y de información concordantes con el Formulario Terapéutico Nacional; velar por la correcta aplicación de la Lista Oficial de Medicamentos emitida por la Caja, y la aprobación de la compra de productos farmacéuticos que no estén incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos. Es un órgano colegiado, de carácter permanente, asesor y adscrito a la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social, responsable de la toma de decisiones en aspectos de política de medicamentos y farmacoterapéuticos a nivel institucional.

Reglamento del Comité Central de Farmacoterapia publicado en el Diario Oficial La Gaceta No.29, 11-08-2009)

### Conformación CCF

Dr. Ricardo Pérez Gómez *Coordinador*

Dra. Olga Paola Vásquez Barquero *Secretaría Técnica*

#### Miembros permanentes

Dra. Maria Paz León Bratti *Representante de Medicina Interna*

Dra. Faridy Helo Guzmán *Representante de Geriátría*

Dr. Andrés Felipe Blanco Brenes *Representante de Pediatría*

Dr. Gilberth Benavides Gómez *Representante de Medicina General*

Dr. Osvaldo Montenegro García *Representante de Farmacias de Hospitales Nacionales*

Dra. Maureen Villalobos Ugalde *Representante Colegio de Médicos y Cirujanos*

Dr. Andrés Vargas Araya *Representante de Farmacias de Áreas de Salud*

Dr. Alberth Núñez Chavarría *Representante del Colegio de Farmacéuticos*

Dra. Mariana Astúa González *Representante de SIPROCIMECA*

Dra. Kimberly Méndez Porras *Representante Unión Médica Nacional*

#### Asesores

Dr. Manuel Ramírez Cardoce / Dr. Mauricio Mora Díaz *Infectología*

Dr. Marvin Sánchez Benavides *Reumatología*

Dr. Sixto Bogantes Ledezma / Dr. José Chang Segura *Neurología*

Dra. Pilar Chaverri Sáenz *Hematología*

Dra. Maribel Vargas de León / Dra. Priscila Mesén Aguilar *Medicina Paliativa*

Dra. Marjorie Madriz Castillo *Anestesiología*

Dr. Félix Eduardo Solís Brizuela *Cardiología*

Licda. Laura Quesada Soto *Asesora Legal*

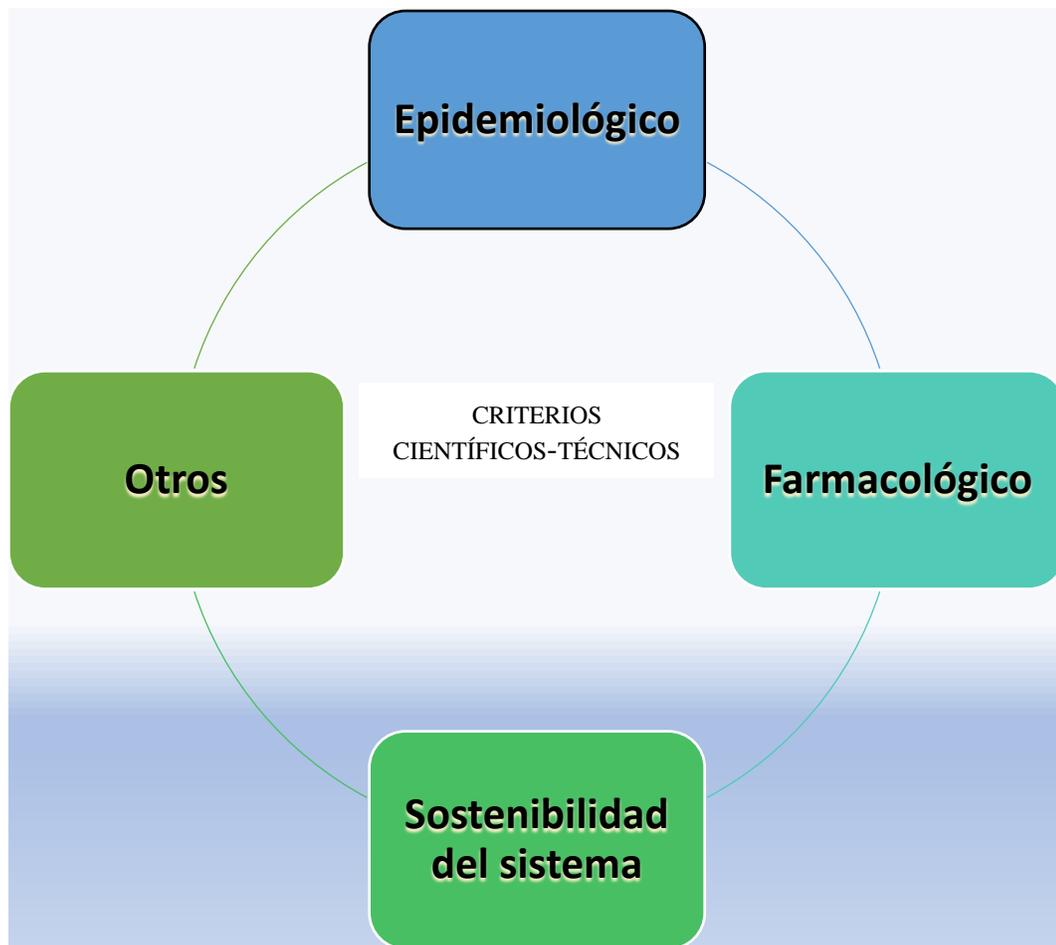
## Órgano ejecutor de las decisiones del CCF

El órgano ejecutor de las decisiones del Comité Central de Farmacoterapia es la Dirección de Farmacoepidemiología (DFE), 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).



## Selección de medicamentos en la CCSS

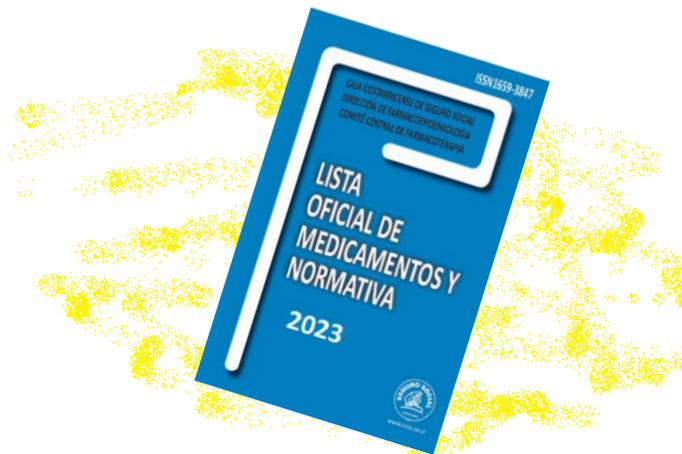
La *Selección de Medicamentos* para uso institucional y la Lista Oficial de Medicamentos (inclusiones) es competencia exclusiva del CCF, así como todo lo concerniente a modificaciones y exclusiones de la LOM. Los cambios realizados a la LOM se sustentan en el análisis sistemático individualizado y la aplicación de una serie de criterios científicos-técnicos fundamentados en los principios de medicina basada en la evidencia y la evidencia científica de alta calidad, tales como:



Complementariamente a lo anterior, se incluye los indicadores utilizados en la gestión para la evaluación comparativa ponderada, según se muestra en la siguiente figura:



Como resultado, se obtiene los medicamentos que conforman la LOM, la cual ha sido elaborada y codificada por el Comité Central de Farmacoterapia, junto con el Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica (AMTC) de la Dirección de Farmacoepidemiología (DFE) como su ente operativo.



## Acceso a la información de la LOM

Entre las prioridades del CCF se encuentra el acceso a la información. Con respecto a la LOM, previo al ataque informático a la Institución, se contaba con una base de datos en línea con actualización en tiempo real; esta base en estos momentos se encuentra en construcción por parte del Área que apoya en esta gestión. Como un plan de contingencia, las actualizaciones se comunican por medio de circulares; adicionalmente, boletines trimestrales. En tanto, se dispone nuevamente de esta importante herramienta de consulta y como un plan de contingencia, la LOM se dispone para consulta como un documento en formato PDF. Este se puede consultar en la página web Institucional mediante el enlace [www.CCSS.sa.cr](http://www.CCSS.sa.cr)



También se cuenta con el apoyo de la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS), unidad de Información científica de la Caja Costarricense de Seguro Social, en donde adicional a la LOM en formato PDF, se encuentran disponibles los boletines trimestrales. Las consultas pueden ser realizadas en dicho sitio colaborativo por dos medios, ingresando a la página principal [www.binasss.sa.cr](http://www.binasss.sa.cr) y desplazando el curso al final de la misma, ingresando por la viñeta que hace referencia a la Lista Oficial de Medicamentos :

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA



- mediante el enlace directo <https://www.binasss.sa.cr/farmacologia/index.php> y se visualiza de la siguiente manera:



A continuación, se presenta un resumen de información trascendental de organización disponible en la LOM y su Normativa que atañe aspectos de organización de los fármacos, lineamientos para su uso racional, situación actual y por último, pero no menos importante, datos inclusiones, exclusiones y modificaciones que el CCF avaló durante el periodo 1 de enero al 18 de diciembre de 2023.

## La LOM en cifras según clasificación de los medicamentos por clave, nivel de usuario y categoría de su existencia



En la Lista Oficial de Medicamentos (en adelante LOM), los medicamentos se citan en forma genérica según la *Denominación Común Internacional (DCI)*<sup>3</sup>, lo que implica referir el principio activo o nombre farmacológico. Estos a su vez se clasifican en 54 grupos farmacoterapéuticos. A la derecha del nombre de cada medicamento aparecen tres columnas tituladas: código, clave y usuario.

### a. 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.

### b. 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 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.

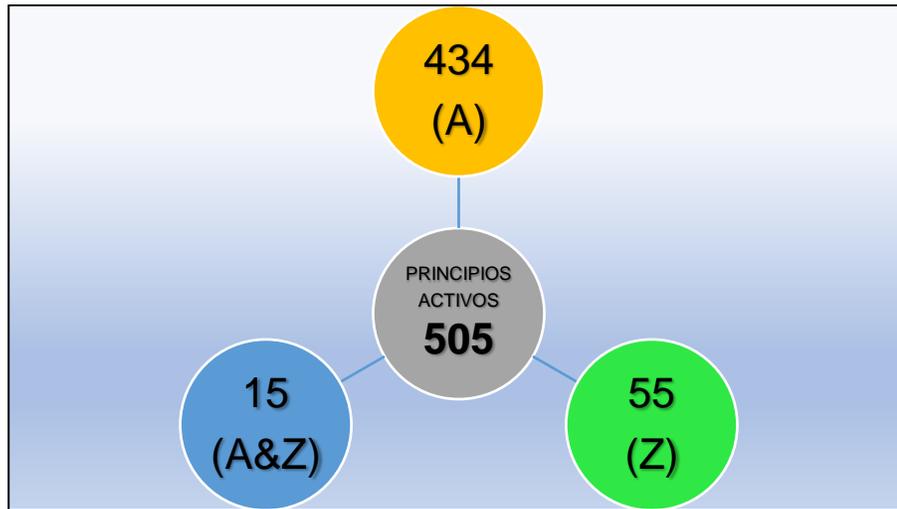
Integrando los datos correspondientes a los códigos 1-10 de medicamentos LOM y clasificándolos de acuerdo a su existencia (A o Z), se contabilizan un total de 727 códigos, distribuidos de la siguiente manera:

### Total de códigos LOM



Y en relación al total de principios activos en la LOM, se detalla la siguiente información:

## Total de principios activos LOM



**Nota:**

- A: medicamentos categoría almacenables.
- Z: medicamentos categoría de la Lista Complementaria-Z. Se nombran también como "tránsito".
- A&Z: Refiere a los principios activos que están clasificados en ambas categorías, como por ejemplo carbamazepina tabletas está como almacenable y carbamazepina suspensión oral está en tránsito.
- Datos actualizados al 18-12-2023.

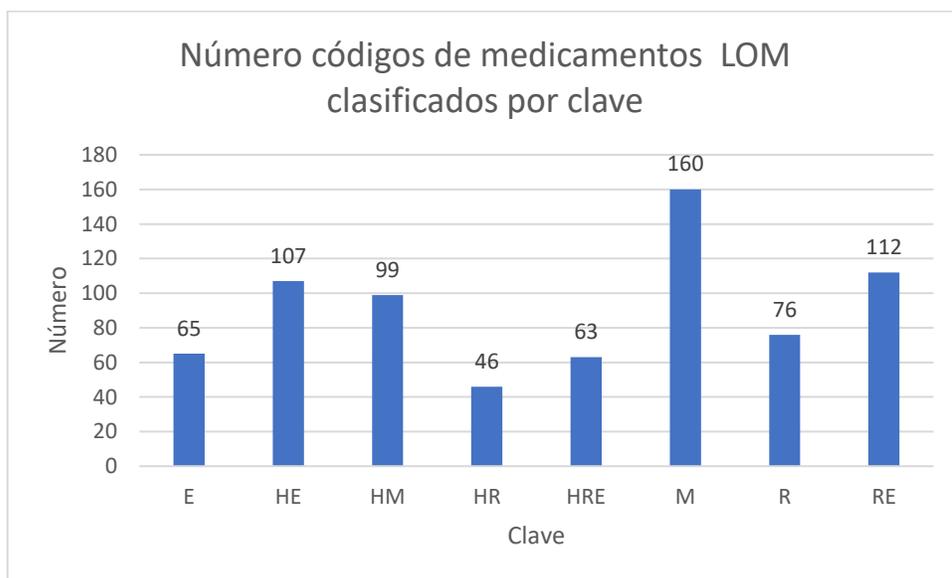
### c. Clave

En aras de asegurar la disponibilidad de los medicamentos en la Institución y de acuerdo con la capacidad resolutoria 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:

- **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.

A continuación, se observa la distribución de medicamentos LOM, según clave:



#### d. 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 resolutoria de la unidad programática y se fundamenta en las especialidades disponibles en cada una de ellas consta de un número y una letra.

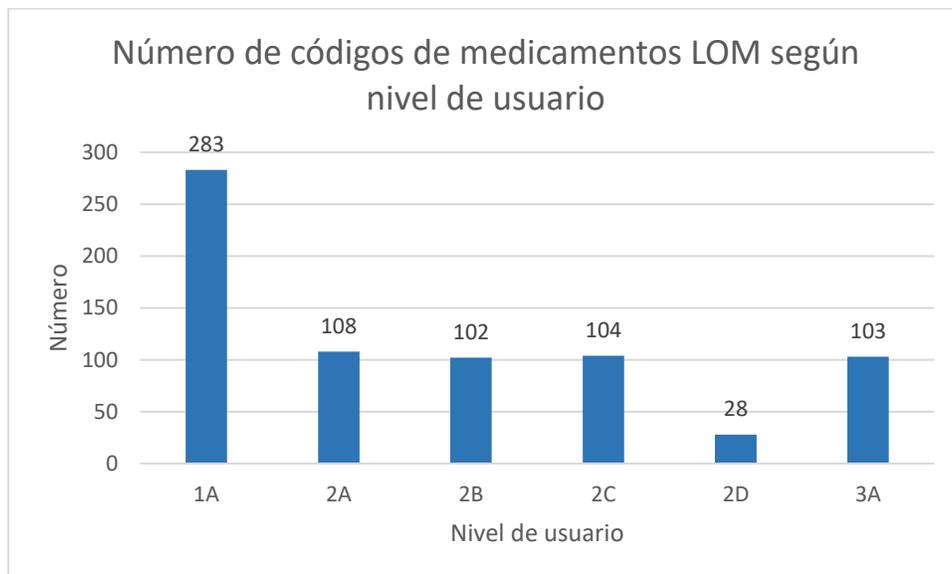
Se asigna primero un número que corresponde al *nivel de atención* que ostenta la unidad dentro del sistema en red para la atención institucional (según acuerdo de Junta Directiva de la CCSS No. 63712 del 4 de diciembre de 2008):

- **Usuario 3:** Tercer Nivel de Atención, corresponde a Hospitales Nacionales y Especializados.
- **Usuario 2:** Segundo Nivel de Atención, corresponde a Áreas de Salud tipo II y III, Hospitales Periféricos (I, II y III) y Regionales.
- **Usuario 1:** Primer Nivel de Atención, corresponde a Áreas de Salud tipo I.

Lo anterior se acompaña de una letra (A, B, C o D) que atiende al nivel de complejidad en cuanto a infraestructura y recurso humano, donde A se refiere a la mayor complejidad.

- **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).

A continuación se puede observar la distribución de medicamentos LOM, según usuario:



## Resumen de datos- actualizaciones LOM (Periodo 1-1-2023 al 18-12-2023)

A continuación se procederá a describir los diferentes cambios a la LOM avalados por el Comité Central de Farmacoterapia en el periodo comprendido entre 1º de enero al 18 de diciembre del 2023; de los cuales 85 ya fueron aplicados a la LOM. Un grupo importante, están en proceso a tramitarse en la LOM; por tal motivo, se hará referencia más adelante.

CAMBIO REALIZADO EN LOM	TOTAL
Modificación	63
Normativa	10
Separación opciones innovador y biosimilares	12
<b>Total</b>	<b>85</b>

A continuación se detallan las principales modificaciones :

### a. Actualización de la descripción del código.

Esta consta de la denominación común internacional (DCI) del principio activo, potencia o concentración, forma farmacéutica. Incluye cantidad o volumen del producto y empaque primario cuando procede.

Las actualizaciones pueden conllevar a cambios en algunos de las características mencionadas anteriormente hasta ampliaciones en medicamentos a opciones denominadas “yo también<sup>1</sup>”.

Es importante tener presente que la descripción de cada código de medicamento contenido en la LOM corresponde a la disponible en la ficha técnica oficializada en La Gaceta. En el periodo comprendido entre 1º de enero al 18 de diciembre del 2023, se realizaron un total de 28 actualizaciones, para los siguientes medicamentos:

<sup>1</sup> Medicamentos “yo también”: son fármacos con el mismo mecanismo de acción, mismas indicaciones y pero con diferente fórmula.

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción
1.	38-4335	Acetato de leuporelina 11,25 mg de depósito. Polvo liofilizado en forma de microesferas liofilizadas para reconstituir a suspensión inyectable. Jeringa prellenada con dos cámaras o acetato de leuporelina 11,25 mg de depósito. Polvo liofilizado en forma de microesferas liofilizadas para reconstituir a suspensión inyectable. Frasco ampolla con disolvente adjunto o goserelina 10,8 mg (como acetato de goserelina). Implante estéril de depósito de acción prolongada para inyección. Jeringa prellenada. Dosis única. Sinónimo: acetato de leuporelina o acetato de leuprolida.
2.	50-3095	Agua estéril para uso externo. Bolsa o envase con 500ml
3.	50-3085	Agua estéril para uso externo. Bolsa o envase con 250 ml
4.	36-1250	Anticonceptivo oral en combinación fija monofásica: etinilestradiol 30 ug con levonorgestrel 0.15 mg. Tableta recubierta o anticonceptivo oral en combinación fija monofásica: etinilestradiol 30 ug con levonorgestrel 0.15 mg. Tableta
5.	41-0220	Azatioprina 50 mg. Tableta con o sin recubierta
6.	02-4400	Bencilpenicilina 1.200.000 unidades (como benzatina bencilpenicilina) en polvo para inyección. Frasco ampolla de 4 ml a 5 ml o bencilpenicilina 1.200.000 unidades (como benzatina bencilpenicilina) / 2 ml en suspensión acuosa para inyección. Inyectable. Frasco ampolla con 2 ml o bencilpenicilina 1.200.000 unidades (como benzatina bencilpenicilina). Polvo para suspensión inyectable. Frasco ampolla de 7 ml  Sinónimo de benzatina bencilpenicilina: penicilina G benzatinica. Sinónimo de bencilpenicilina: penicilina G.
7.	21-0920	Butilbromuro de hioscina 10 mg. Tabletas recubiertas sinónimo: bromuro de hioscina de n-butyl o bromuro de butilescopolamina
8.	41-3315	Citarabina 500 mg. Polvo liofilizado. Frasco ampolla o citarabina 500 mg. Solución inyectable. Frasco ampolla con 10 ml o citarabina 500 mg. Solución inyectable. Ampolla con 10 ml o citarabina 500 mg. Solución inyectable. Frasco ampolla con 5 ml.
9.	12-3820	Concentrado de complejo de protrombina humana (expresado como 500 a 600 UI de factor IX). Concentrado liofilizado estéril para solución inyectable. Frasco ampolla o complejo de protrombina humana (expresado como 500 UI de factor IX). Polvo liofilizado para solución inyectable. Frasco ampolla
10.	44-6610	Dexametasona fosfato al 0,1 % (1 mg / mL) (como fosfato sódico de dexametasona) con neomicina base al 0,35 % (3,5 mg / mL) (como sulfato de neomicina). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 5 mL o Betametasona base al 0,1 % (1 mg / mL) (como fosfato sódico de betametasona) con neomicina base al 0,35 % (3,5 mg / mL). Solución estéril para uso oftálmico. Frasco gotero con 5 mL o Moxifloxacino al 0,5 % (5 mg / mL) (como clorhidrato de moxifloxacino) con fosfato de dexametasona al 0,1 % (1 mg / mL) (como fosfato disódico de dexametasona). Solución oftálmica estéril. Frasco gotero con 5 mL o Tobramicina al 0,3 % (3 mg / mL) con dexametasona al 0,1 % (1 mg / mL). Suspensión oftálmica estéril. Frasco gotero con 5 mL o Dexametasona al 0,1 % (1 mg / mL) y neomicina base al 0,35 % (3,5 mg / mL) (como sulfato de neomicina) y sulfato de polimixina B 6000 UI. Suspensión oftálmica estéril. Frasco gotero con 5 mL

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción
11.	50-6650	Dextrosa al 40 % (75 g de dextrosa anhidra/187,5 ml). Solución oral con sabor agradable. Envase con 187,5 ml o dextrosa al 40 % (37,5 g de dextrosa anhidra/93,75 ml). Solución oral con sabor agradable. Envase con 93,75 ml
12.	07-0550	Digoxina 0.25 mg. Tableta
13.	28-3680	Fenitoína sódica 50 mg/ml. Solución inyectable . Frasco ampolla o ampolla con 5 ml
14.	41-3920	Fluorouracilo 500 mg. Solución inyectable. Ampollas con 10 ml (50 mg/ml) o 20 ml (25 mg/ml) o frasco ampolla con 10 ml (50 mg/ml) o con 20 ml (25 mg/ml)
15.	50-6850	Fórmula enteral semielemental con nutrientes hidrolizados para niños con problemas de malabsorción intestinal. Polvo para dilución. Envase con 357 g
16.	50-6865	Fórmula nutricional elemental hipoalérgica a base de aminoácidos. Polvo para dilución. Envase con 400 g
17.	41-4951	Gemcitabina base 1 g. (como hidrocloreto de gemcitabina). Polvo liofilizado para solución inyectable. Frasco ampolla
18.	41-4952	Gemcitabina base 200 mg (como hidrocloreto) para inyección. Polvo liofilizado. Inyectable. Frasco ampolla. Con o sin diluyente adjunto.
19.	41-0865	Hidroxycarbamida 500 mg. (sinónimo: hidroxiurea). Cápsula
20.	41-4134	Interferón beta-1b de origen ADN recombinante 0,25 mg (8 millones de ui) / ml). Con polvo liofilizado. Excipientes (albúmina y manitol). Frasco ampolla. Jeringa precargada con diluyente para uso parenteral contiene solución al 0,54 % de cloruro sódico 1,2 ml
21.	01-7210	Metronidazol base 125mg / 5ml (como metronidazol benzoilo). Suspensión oral . Envase con 120 ml
22.	18-4485	Propofol al 1 % (10 mg/ml) emulsión inyectable. Jeringa prellenada con 20 ml o propofol al 1 % (10 mg/ml) emulsión inyectable. Frasco ampolla con 20 ml o propofol al 1 % (10 mg/ml) emulsión inyectable. Ampolla con 20 ml
23.	50-1565	Riluzol 50 mg. Tableta recubierta
24.	20-4630	Suxametonio cloruro 500 mg. Inyectable. Frasco ampolla con 10 ml (sinónimo: cloruro de succinilcolina)
25.	41-9005 (opción 2)	Trastuzumab 440 mg. Concentrado para solución para infusión, en polvo para inyección en forma liofilizada (Opción 2. Biosimilar)
26.	41-9007 (Opción 4)	Trastuzumab 440 mg. Concentrado para solución para infusión, en polvo para inyección en forma liofilizada. Frasco ampolla (Opción 4. Biosimilar)
27.	41-9008 (Opción 5)	Trastuzumab 440 mg. Concentrado para solución para infusión, en polvo para inyección en forma liofilizada. Frasco ampolla. (Opción 5. Biosimilar)
28.	41-4653 (Opción 1)	Trastuzumab 600 mg/5ml (120 mg/ml). Solución inyectable. Frasco ampolla de 6 ml que contiene 5 ml de solución inyectable. No contiene preservantes. (opción 1)

**b. Modificación en los lineamientos de uso.**

Entre las modificaciones realizadas se pueden identificar las siguientes:

- Actualizaciones de uso indicaciones, lineamientos, protocolos
- Inclusión de advertencias.

- Aclaraciones en los rango de edad autorizados para la prescripción de algunos fármacos.
- Recomendaciones de administración.
- Autorización/ampliación de uso a especialistas.
- Modificaciones en la clasificación de la clave del medicamento.
- Modificaciones en el nivel de usuario asignado al medicamento.
- Cambio en la redacción para aclarar lineamiento.

Entre 1º de enero al 18 de diciembre del 2023, se realizaron un total de 31 modificaciones, según se detalla a continuación:

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
1.	41-0190	Anastrozol 1 mg o letrozol 2.5 mg tableta recubierta 1-uso exclusivo Oncología Medica, Oncología Quirúrgica y Ginecología Oncológica. 2- Ginecología para uso en pacientes bajas respondedoras en protocolos mixtos con gonadotropinas para la estimulación ovárica, según protocolo PAC.GM.111116 Existencia: Almacenable. Clave: E. Nivel de usuario: 2-A.	<b>Ampliación de uso a especialistas:</b> Ampliación a especialistas en Ginecología.  <b>Se incluye el protocolo vigente asociado a la ampliación a Ginecología:</b> Para uso en pacientes bajas respondedoras en protocolos mixtos con gonadotropinas para la estimulación ovárica, según lo indicado en el Protocolo de atención clínica para el diagnóstico de la pareja y mujer sin pareja con infertilidad y tratamiento con técnicas de baja complejidad en la Red de Servicios de Salud de la CCSS (Código PAC.GM.111116)
2.	43-0280	Calcio iónico 300 mg (equivalente a 750 mg de carbonato de calcio) ó calcio iónico 600 mg (equivalente a 1.5 g de carbonato de calcio). Tabletas recubiertas . Existencia: almacenable. Clave re. Nivel 2c prescripción por especialistas y médicos del grupo de soporte nutricional parenteral y enteral, para el manejo de las condiciones que requieran suplementación con calcio como osteoporosis, hipoparatiroidismo e hipocalcemia. Para una óptima absorción, la dosis máxima por toma es de 600 mg de calcio iónico.	<b>Inclusión de recomendación:</b> Se incluye leyenda: "para una óptima absorción la dosis máxima por toma es de 600 mg de calcio iónico"
3.	02-6458	Claritromicina 250mg/5mL. Gránulos para suspensión oral o polvo	<b>Actualización de lineamiento:</b> concordante con el protocolo de

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
		para suspensión oral, sabor agradable frasco para 60 mL 1. Uso exclusivo tratamiento del Helicobacter pylori, según lineamiento DFE.AMTC-1347-2022. 2. Pacientes portadores de neumonías atípicas. 3. Tx de tuberculosis multirresistente, PSA positiva. 4. Paciente con reporte de alergia a penicilina, otros betalactámicos o cefalosporinas 5.Odontología: -pacientes alérgicos a la penicilina. - profilaxis de endocarditis bacteriana en pacientes alérgicos a la penicilina. Existencia: Almacenable. Clave R. Nivel 1-A	manejo de H. pylori recientemente emitido en 2022 (se modifica solamente punto 1, añadiendo el número de lineamiento) resto queda igual, solamente se da formato.  En Sección O, no se incluye esta actualización, ya que Odontología, tiene uso específico autorizado a su contexto de atención.
4.	02-0310	Clarithromicina 500 mg tableta recubierta 1. Uso exclusivo tratamiento del Helicobacter pylori, según lineamiento dfe.amtc-1347-2022. 2. Pacientes portadores de neumonías atípicas. 3. Tx de tuberculosis multirresistente, PSA positiva. 4. Paciente con reporte de alergia a penicilina, otros betalactámicos o cefalosporinas 5.Odontología: -pacientes alérgicos a la penicilina. - profilaxis de endocarditis bacteriana en pacientes alérgicos a la penicilina. Existencia: Almacenable. Clave R. Nivel 1-A	<b>Actualización de lineamiento:</b> concordante con el protocolo de manejo de H. pylori recientemente emitido en 2022 (se modifica solamente punto 1, añadiendo el número de lineamiento) resto queda igual, solamente se da formato.  En Sección O, no se incluye esta actualización, ya que Odontología, tiene uso específico autorizado a su contexto de atención.
5.	25-3340	Clorfenamina maleato 1% (10 mg/mL) (sinónimo: clorfeniramina maleato) solución inyectable ampolla con 1 mL  1. No se avala el uso en menores de 2 años con excepción del tratamiento de emergencia en reacciones anafilácticas o condiciones agudas que pongan en riesgo la vida del paciente, sin restricción del usuario. 2. Se autoriza el despacho para uso domiciliar o extrainstitucional solamente para pacientes atendidos por especialistas en alergología para uso exclusivo en el manejo de emergencia de anafilaxia con reposición por parte de medicina general, siempre y cuando quede documentado en	<b>Se incluye instrucción para no utilización en un rango de edad establecido:</b> Se incluye información : No se avala uso en menores de 2 años con excepción del tratamiento de emergencia en reacciones anafilácticas o condiciones agudas que pongan en riesgo la vida del paciente sin restricción de usuario.

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
		<p>expediente que el paciente y/o persona a cargo:</p> <p>a. Fue capacitado previamente para reconocer los síntomas de anafilaxia.</p> <p>B. Recibió información para la conservación, almacenaje, revisión de fechas de vencimiento de los medicamentos, disposición del producto y jeringa después de utilizado y, sobre la reposición de los medicamentos.</p> <p>C. Cuenta con entrenamiento previo para la correcta administración de los medicamentos.</p> <p>D. Se instruyó para que después de administrarse el medicamento para el manejo de la anafilaxia, debe dirigirse inmediatamente al centro de salud más cercano.</p> <p>Existencia: Almacenable. Clave: HM. Nivel 1-A</p>	
6.	25-0370	<p>Clorfenamina maleato 4 mg. Tabletas (sinónimo: clorfenamina maleato). No se avala la prescripción por médico general en menores de 2 años. Uso entre el mes y 23 meses de edad se reserva exclusivamente para especialistas en pediatría.</p> <p>Existencia: Almacenable. Clave: M. Nivel 1-A</p>	<p><b>Se incluye instrucción para no utilización en un rango de edad establecido:</b></p> <p>Se actualiza leyenda que refiere: no se avala la prescripción por Médico General en menores de 2 años. Uso entre el mes y los 23 meses de edad se reserva exclusivamente para especialistas en Pediatría</p>
7.	25-6500	<p>Clorfeniramina maleato 2 mg / 5 mL jarabe o solución oral. Envase con 100 mL a 120 mL o clorfeniramina maleato 2,5 mg / 5 mL jarabe o solución oral envase con 100 mL a 120 mL o clorfeniramina maleato 2,5 mg / 5 mL jarabe envase con 120 mL (sinónimo de clorfenamina maleato: clorfeniramina maleato) no se avala la prescripción por médico general en menores de 2 años. Uso entre el mes y 23 meses de edad se reserva exclusivamente para especialistas en Pediatría.</p> <p>Existencia: almacenable. Clave: HM. Nivel 1-A.</p>	<p><b>Se incluye instrucción para no utilización en un rango de edad establecido:</b></p> <p>Se actualiza leyenda que refiere: no se avala la prescripción por Médico General en menores de 2 años. Uso entre el mes y los 23 meses de edad se reserva exclusivamente para especialistas en Pediatría</p>
8.	24-0470	<p>Dextrometorfano bromhidrato 15 mg tabletas no se avala uso en menores de 2 años. Existencia: Almacenable. Clave: M. Nivel: 1-A</p>	<p><b>Se incluye instrucción para no utilización en un rango de edad establecido:</b></p> <p>Se incluye leyenda: No se avala uso en menores de 2 años.</p>

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
9.	24-6640	Dextrometorfano bromhidrato 15 mg/ 5 Ml. jarabe. frasco con 110 mL a 120 mL no se avala uso en menores de 2 años. Existencia: Almacenable. Clave: M . Nivel: 1-A	<b>Se incluye instrucción para no utilización en un rango de edad establecido:</b>  Se incluye leyenda: No se avala uso en menores de 2 años.
10.	14-3650	Diclofenaco sódico 75 mg solución inyectable. Ampolla con 3 mL. Odontología general: (1 dosis stat) pacientes mayores de 14 años con dolor e inflamación posterior a un procedimiento quirúrgico en cavidad oral, ante la imposibilidad del paciente de iniciar tratamiento inmediato con otras opciones de AINE LOM para uso oral o cuando se documente compromiso transitorio agudo de vía oral.  Existencia: Almacenable. Clave HR nivel 1-A.	<b>Ampliación de uso a Odontología:</b> Autorización a Odontología general: (1 dosis stat) pacientes mayores de 14 años con dolor e inflamación posterior a un procedimiento quirúrgico en cavidad oral, ante la imposibilidad del paciente de iniciar tratamiento inmediato con otras opciones de AINE LOM para uso oral o cuando se documente compromiso transitorio agudo de vía oral.
11.	25-6680	Difenhidramina hidrocloreuro 12.5 mg/ 5 mL. Jarabe. Frasco con 100 a 120 mL. No se avala uso en menores de 1 año. Uso contraindicado absolutamente en neonatos y niños prematuros Existencia: Almacenable. Clave: M. Nivel: 1-A	<b>Se incluye instrucción para no utilización en un rango de edad establecido:</b>  Se incluye leyenda: No se avala en menores de 1 año. Uso contraindicado absolutamente en neonatos y niños prematuros.
12.	25-0525	Difenhidramina hidrocloreuro 50 mg. Tabletas o cápsulas. No se avala uso en menores de 1 año. Uso contraindicado absolutamente en neonatos y niños prematuros Existencia: Almacenable. Clave: M. Nivel 1-A.	<b>Se incluye instrucción para no utilización en un rango de edad establecido:</b>  Se incluye leyenda: No se avala en menores de 1 año. Uso contraindicado absolutamente en neonatos y niños prematuros.
13.	25-1614	Fexofenadina hidrocloreuro de 120 mg. Tabletas recubiertas (film coated) ó epinastina hidrocloreuro de 20 mg. Tabletas ó cetirizina hidrocloreuro de 10 mg. Tabletas recubiertas (film coated) ó desloratadina 5mg. Tabletas recubiertas (film coated) ó loratadina 10 mg. Tabletas Uso en pacientes que por su ocupación laboral o estudiantes requieren de un antihistamínico no sedante de forma crónica.  Advertencia: para niños con un peso menor a 30 kg o en el rango de 2 años a 6 años o pacientes con trastornos deglutorios que requieren de un antihistamínico no sedante,	<b>Se incluye instrucción para no utilización en un rango de edad establecido:</b>  Se incluye la siguiente leyenda: Advertencia: Para niños con un peso menor a 30 kg o en el rango de 2 años a 6 años o pacientes con trastornos deglutorios que requiere de un antihistamínico no sedante, en su lugar, se tiene disponible la loratadina 5 mg/5 mL jarabe (código 1-10-25-7145), que si cuenta con indicaciones para este grupo.

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
		en su lugar, se tiene disponible la loratadina 5 mg/5 mL jarabe (código 1-10-25-7145), que si cuenta con indicaciones para este grupo. Existencia: Almacenable. Clave: R. Nivel 1-A	
14.	04-0760	Fluconazol 200 mg cápsulas o tabletas existencia: Almacenable. Clave RE y nivel 2D. 1. Todos los especialistas del área médica o quirúrgica que atienden pacientes inmunocomprometidos o de unidades de trasplante de órgano: a. Tratamiento de micosis mucocutáneas sistémicas en pacientes inmunocomprometidos o de trasplante. B. Profilaxis en pacientes inmunocomprometidos o de trasplante. 2. Especialistas en áreas médicas, gineco-obstetricia y pediátricas: a. Tratamiento de candidiasis intraductal del pezón que no responde a tratamiento tópico en madres que están dando lactancia. B. Tratamiento de candidiasis esofágica documentada por endoscopia digestiva hasta por 14 días. 3. Especialistas en ginecología y medicina familiar y comunitaria: a. Tratamiento de pacientes con tercera recurrencia de candidiasis vaginal según lineamientos emitidos en circular dfe-amtc-1777-2023.	<b>Ampliación de uso:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se amplía para manejo de tercera recurrencia de candidiasis vaginal según lineamiento actualizando lo indicado en circular CCF-5266-11-15</li> <li>La circular se actualiza a circular DFE-AMTC-1777-2023.</li> </ul>
15.	50-6850	Fórmula enteral semielemental con nutrientes hidrolizados para niños con problemas de malabsorción intestinal. Polvo para dilución envase con 350 a 500 g Uso exclusivo de Pediatría, Neonatología, Alergología Pediátrica, Gastroenterología Pediátrica, para el manejo de pacientes menores de 2 años con: 1. Síndrome de mala-absorción. 2. Casos comprobados de alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) según Protocolo de atención clínica atención del niño y la niña menor de 2 años con alergia a la proteína de leche de vaca red de servicios de la C.C.S.S. Código PAC.GM.DDSS.010123, Versión: 01".  Para su prescripción se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio	<b>Actualización de lineamiento:</b> Se dispone de protocolo atención del niño y la niña menor de 2 años con alergia a la proteína de leche de vaca, red de servicios de la C.C.S.S., código PAC.GM.DDSS.010123, versión: 01.  <b>Modificación de la clave:</b> De E a RE (por disponerse de un protocolo)  <b>Modificación de nivel de usuario:</b> De 3-A a 2C.

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
		correspondiente que justifique su uso para su despacho por farmacia. Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel 2C	
16.	50-6865	Fórmula enteral semielemental con nutrientes hidrolizados para niños con problemas de malabsorción intestinal. Polvo para dilución Envase con 350 A 500 g Uso exclusivo de Pediatría, Neonatología, Alergología Pediátrica, Gastroenterología Pediátrica, para el manejo de pacientes menores de 2 años con: 1. Síndrome de mala-absorción. 2. Casos comprobados de alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) según Protocolo de atención clínica atención del niño y la niña menor de 2 años con alergia a la proteína de leche de vaca red de servicios de la C.C.S.S. Código PAC.GM.DDSS.010123, Versión: 01".  Para su prescripción se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso para su despacho por farmacia. Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel 2C	Actualización de lineamiento y nivel de usuario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se actualiza lineamiento</li> <li>• Se modifica nivel de usuario de 3-A a 2C</li> </ul>
17.	25-7060	Hidroxizina hidrocloreto 10 mg/5 mL jarabe o hidroxizina pamoato 10 mg/ 5 mL** (**corresponde al hidrocloreto de hidroxizina) suspensión oral (sinónimo: hidroxizina biclorhidrato) frasco con 180 mL ó 200mL no se avala el uso el pacientes menores de 6 meses existencia: Almacenable. Clave: M. Nivel: 1-A	<b>Se incluye instrucción para no utilización en un rango de edad establecido:</b>  Se incluye leyenda: No se avala el uso el pacientes menores de 6 meses.
18.	25-0875	Hidroxizina hidrocloreto 25 mg ó hidroxizina pamoato 25 mg (sinónimo: hidroxizina biclorhidrato) tabletas con o sin ranura, con ó sin recubrimiento no se avala el uso el pacientes menores de 6 meses existencia: Almacenable. Clave: M. Nivel 1-A	<b>Se incluye instrucción para no utilización en un rango de edad establecido:</b>  Se incluye leyenda: No se avala el uso el pacientes menores de 6 meses.
19.	04-1005	Itraconazol 100 mg cápsulas existencia: almacenable. Clave: RE. Nivel de usuario: 2C. 1. Uso exclusivo Infectología, Dermatología, Inmunología, Reumatología, Medicina	<b>Ampliación de uso a especialidades:</b> Ampliar uso a Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Interna. <b>Aclaración de lineamiento:</b>

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
		Interna, Medicina Familiar y Comunitaria para pacientes: a. Histoplasmosis, aspergilosis (intolerancia o refractarios a amfotericina), cromomicosis, blastomicosis, coccidiomicosis. B. Onicomicosis con cultivo positivo	Se modifica la redacción de modo que se establezca claramente las condiciones clínicas en las que se requiere el cultivo positivo
20.	33-7135	Lactulosa 3.3 g/5 mL . Solución oral. Envase con 100 mL o con 200 mL o lactulosa 10 g/15 mL. Solución oral. Envase con 100 mL o con 200 mL o lactulosa 66.7 g/100 mL (lactulosa 3.335 g/5 mL). Solución oral. Envase con 150 mL o lactulosa 10 g. En polvo para solución oral. Sobre con 10 g de lactulosa o lactulosa 10 g / 15 mL (lactulosa 66.7 g/ 100 mL). Solución oral. Envase con 200 mL o lactulosa 667 mg/mL. Solución oral. Envase con 250 mL Existencia: Almacenable. Clave: R. Nivel 2D. 1. Para encefalopatía portosistémica. 2. Constipación severa que no se resuelve con otros medicamentos. Uso exclusivo especialistas de medicina interna, geriatría, pediatría, cirugía pediátrica, gastroenterología, medicina paliativa, medicina familiar y comunitaria, medicina de emergencias y clínicas del dolor y cuidados paliativos debidamente acreditadas y especialistas médico quirúrgicos de las unidades de trasplante de hígado y cirugía hepatobiliar. 3. Para desimpactación fecal en niños menores de 1 año, solo prescripción por pediatría, por tres días según DFE-AMTC-0050-01-2018. 4. Para la desimpactación fecal en niños de 1 a 3 años de edad, o en mayores de 3 años con contraindicación documentada al aceite mineral, por tres días según DFE-AMTC-0050-01-2018 desde el primer nivel de atención. 5. En pacientes pediátricos con impactación fecal que presenten una o más de las siguientes condiciones, deben proceder según lo indicado en GM-CCF-3697-2022 lineamiento de uso de polietilenglicol en pacientes pediátricos con estreñimiento funcional: - falla terapéutica a lactulosa. - reacciones adversas a lactulosa - por sus comorbilidades (trastorno autista, encefalopatía crónica no progresiva,	<b>Inclusión de lineamiento que corresponde a alternativa terapéutica a lactulosa bajo ciertas condiciones:</b> Incluir lineamiento de uso de polietilenglicol en pacientes pediátricos con estreñimiento funcional según el oficio GM-CCF-2971-2022 DEL 15-09-22,

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
		parálisis cerebral infantil, trastornos psiquiátricos, enfermedades neuromusculares degenerativas) no acepten o toleren la lactulosa - diabetes mellitus - galactosemia	
21.	36-1245	Levonorgestrel 1.5 mg. Tableta alternativa al método Yuzpe según lineamiento L.GM.DDSS.AAIP.PSM.051120-2020 existencia: Almacenable. Clave: R. Nivel de usuario: 1-A.	<b>Ampliación de uso:</b> Se avala la ampliación de uso de Levonorgestrel 1.5 mg como alternativa al método YUZPE, en todos los niveles de atención de la Institución según el "Lineamiento para la prescripción de la anticoncepción de emergencia mediante la aplicación de terapia con levonorgestrel 1.5mg o con tabletas anticonceptivas combinadas (método YUZPE) en todos los niveles de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social" código L.GM.DDSS.AAIP.PSM.051120-2020" y se le solicita realizar la comunicación a los centros médicos
22.	25-7145	Loratadina 5 mg/5 mL. Jarabe. Envase con 60 mL o loratadina 5 mg/5 mL. Jarabe. Envase con 100 mL para niños entre 2 – 6 años con un peso menor a 30 kg o en pacientes con trastornos deglutorios que requieren un antihistamínico no sedante. No se avala en menores de 2 años. Existencia: Almacenable. Clave: R. Nivel: 1-A	<b>Se incluye instrucción para utilización en un rango de edad establecido:</b>  Se modifica la leyenda/lineamiento por: Para niños entre 2 – 6 años con un peso menor a 30 kg o en pacientes con trastornos deglutorios que requieren un antihistamínico no sedante. No se avala en menores de 2 años.
23.	32-4370	Octreótida 0.1 mg/mL (como acetato de octreótida) solución inyectable ampolla con 1 mL Existencia: Almacenable. Clave RE. Nivel 2B 1. Uso exclusivo intrahospitalario a. Sangrado digestivo alto producido por varices esofágicas. Prescripción por médico especialista. B. Fistulas enterocutáneas de alto gasto, según protocolo CCF-0555-02-14. Prescripción por comisión de soporte nutricional enteral y parenteral.	<b>Actualización de protocolo:</b> Se actualiza protocolo para manejo de obstrucción intestinal.  <b>Modificación del nivel de usuario:</b> 2-A a 2B.  <b>Lineamientos LOM:</b> Se aclara redacción.

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
		<p>2. Se autoriza para uso intra o extrahospitalario solamente para:</p> <p>a. Síndrome carcinoide (inicio de tratamiento). Prescripción por Oncología Médica.</p> <p>B. Acromegalia. Prescripción por Endocrinología.</p> <p>C. Manejo de la obstrucción intestinal maligna para reducción de secreciones intestinales, según protocolo DFE-AMTC-1728-2023. Prescripción por Oncología Médica, Medicina Paliativa. En el caso de Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos debidamente acreditadas (Médico General capacitado, solamente cuando no dispone de especialista en medicina paliativa en la unidad durante la atención domiciliar). Anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según indicación o protocolo establecido.</p>	
24.	32-1275	<p>Omeprazol 20 mg. Cápsula de liberación retardada (conteniendo gránulos con cubierta entérica) ó lansoprazol 30 mg. Cápsula de liberación retardada (conteniendo gránulos con cubierta entérica) ó pantoprazol 40 mg (como pantoprazol sódico sesquihidratado). Tableta de liberación retardada.</p>	<p><b>1-Actualización de lineamiento:</b> Concordante con el protocolo de manejo de H. pylori recientemente emitido en 2022. Solo corresponde actualizar el punto 4.</p>
25.		<p>1. Uso exclusivo de Gastroenterología, Pediatría, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátría, Reumatología, Cirugía General, Hematología, Medicina Paliativa, Cardiología y Neurología, según protocolo CCF-5645-11-13.</p> <p>2. Otorrinolaringología (ORL) y Foniatría, según los lineamientos institucionales CCF-0320-01-2014.</p> <p>3. Neumología en paciente con RGE demostrado por un periodo de 4 a 8 semanas y hasta un máximo de 12 semanas.</p> <p>4. Tratamiento de la infección por h. Pylori según lineamiento DFE-AMTC-1347-2022:</p> <p>a. Tratamiento de primera línea, para inicio desde el primer nivel de atención, prescripción por médico general o especialista.</p> <p>B. Tratamiento de segunda línea, prescripción por Gastroenterología, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina</p>	<p><b>2-Ampliación de uso a los especialistas:</b> autorización de uso para Cardiología y Neurología, en cumplimiento de Circular CCF-5645-11-13.</p>

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
		Interna, Infectología y Geriatria. C. Tratamiento de tercera línea, prescripción por Gastroenterología. (solicitar extrapedido al Área De Medicamentos Y Terapéutica Clínica, en caso de no contar con cuota de presupuesto de despacho) 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 protocolo establecido. Existencia: almacenable. Clave RE y nivel de usuario 2D	
26.	04-1200	Sofosbuvir 400 mg y velpatasvir 100 mg tableta recubierta. uso exclusivo gastroenterología, para el tratamiento de la hepatitis c según el siguiente lineamiento, tomando como base condición clínica y genotipo: 1. Tratamiento por 12 semanas: a. Sin cirrosis (genotipo: 1-6 o 1-4 +HIV). B. Con cirrosis compensada (genotipo: 1,2,4,5,6 o 3 sin y93h o 1-4 + HIV ) c. Con cirrosis descompensada + ribavirina (genotipo 1 – 6).  2. Tratamiento por 24 semanas: a. Con cirrosis descompensada (genotipo: 1 – 6). B. Con cirrosis descompensada pretratados con sofosbuvir + ledipasvir (genotipo 1 – 6 ) existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel: 3-A	<b>Actualización de lineamiento de uso:</b> Avalado en informe DFE-AMTC-1074-2022, y que fue comunicado mediante circular DFE-AMTC-0417-2023, sin incluir formulario,
27.	32-7595-Z	Subsalicilato de bismuto 17.5% p/v. Suspensión oral. Envase con 118 mL o 236 mL Tratamiento de la infección por H. pylori según lineamiento DFE-AMTC-1347-2022: 1. Tratamiento de primera línea, para inicio desde el primer nivel de atención, prescripción por Médico General o especialista. 2. Tratamiento de segunda línea, prescripción por Gastroenterología, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Infectología y Geriatria. 3. Tratamiento de tercera línea, prescripción por Gastroenterología.  Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente	<b>Modificación de clave:</b> R a RE  <b>Actualización del lineamiento de uso:</b> Actualización de lineamiento concordante con el protocolo de manejo de H. pylori recientemente emitido en 2022

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
		que justifique su uso, según protocolo establecido; adicionalmente, el reporte de la prueba diagnóstica de H. pylori donde se constate presencia de la bacteria. Existencia: Lista Complementaria Z. Clave: RE . Nivel 2D	
28.	23-7680	Tiotropio (como bromuro de tiotropio monohidratado) 2.5 microgramos por pulsación solución para aerosol para inhalación oral. Envase con 4.5 mL con dispositivo dosificador no recargable uso exclusivo por especialista en neumología para pacientes con diagnóstico de: 1. EPOC, (estadio Gold II y III), garantizando que el paciente no es un tabaquista activo 2. Asma moderada a severa, según el paso 4 y 5 de la guía GINA 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 estadio el criterio correspondiente que justifique su uso en EPOC según protocolo establecido o estadio de asma y paso de acuerdo con la guía GINA existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel 2-A	<b>Actualización de lineamientos de uso:</b> Uso exclusivo por especialista en Neumología para pacientes con diagnóstico de: 1. EPOC, (Estadio GOLD II y III), garantizando que el paciente no es un tabaquista activo 2. Asma moderada a severa, según el paso 4 y 5 de la Guía GINA 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 estadio el criterio correspondiente que justifique su uso en EPOC según protocolo establecido o estadio de asma y paso de acuerdo con la guía GINA
29.	17-4705	Tramadol hidrocloreuro 50 mg/ML. solución inyectable. ampolla con 2 mL (vía de administración: únicamente intramuscular e intravenosa). 1. Según protocolo de uso institucional de tramadol CCF-3643-07-19 se autoriza despacho para uso domiciliar o extrainstitucional (1 mes y con receta mensual) solamente para pacientes atendidos por los servicios de Hematología, Oncología Médica, Ginecología Oncológica, Medicina Paliativa, Clínicas Del Dolor y Cuidados Paliativos debidamente acreditadas y en el caso de la consulta ambulatoria, máximo de 3 días consecutivos por un mes por receta por paciente, tomando en consideración que este es un medicamento con alto riesgo de causar dependencia psíquica y física del tipo morfina (agonista opiáceo m) 2. Odontología General: 1 dosis stat: pacientes mayores de 14 años con dolor e inflamación posterior a un procedimiento quirúrgico en cavidad oral, ante la imposibilidad del paciente de iniciar	<b>Autorización de uso a Odontología:</b> Prescripción de 1 dosis por Odontología General en pacientes mayores de 14 años con dolor e inflamación posterior a un procedimiento quirúrgico en cavidad oral, ante la imposibilidad del paciente de iniciar tratamiento inmediato con otras opciones de AINE LOM para uso oral o cuando se documente compromiso transitorio agudo de vía oral y se documente contraindicación al tratamiento con diclofenaco.

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
		tratamiento inmediato con otras opciones de aine LOM para uso oral o cuando se documente compromiso transitorio agudo de vía oral y se documente contraindicación al tratamiento con diclofenaco. Existencia : Almacenable. Clave R. Nivel 1-A	
30.	04-0800	Valganciclovir 450 mg (como hidrocloreuro de valganciclovir). Tableta recubierta. - terapia empírica hasta por 8 días prescrita por especialistas de equipo de trasplante de órgano y células madre, especialista en la clínica de VIH, cuidado crítico, oftalmología o infectología para el tratamiento de sospecha de enfermedad por citomegalovirus (CMV) en pacientes de trasplante de órgano, VIH o inmunocomprometido en espera de carga viral plasmática o evidencia patológica/endoscópica/oftalmológica de enfermedad por CMV. - especialista en infectología y médicos especialistas de clínicas de VIH para el tratamiento dirigido y profilaxis secundaria de enfermedad por CMV, con seguimiento de cargas virales hasta por 180 días. - especialistas de equipo de trasplante de órgano y células madre, hasta por 180 días como parte del protocolo local de trasplante previamente avalado por el CCF. Duraciones mayores a los 6 meses deben ser avaladas por CLF tras ser discutidas en sesión de servicio de infectología de la red. Existencia: almacenable. Clave: re. Nivel 2b	<b>Ampliación de uso a especialistas:</b> Se amplía uso a los especialistas de Clínicas de VIH que requieran tratamiento dirigido y profilaxis secundaria de enfermedad por citomegalovirus
31.	20-4630	Succinilcolina cloruro 50 mg/mL (Sinónimo: cloruro de suxametonio) Inyectable. Frasco Ampolla con 10 ml 1. Uso exclusivo por especialistas en cuidados intensivos, anestesiología, emergenciólogos, medicina interna. 2. Stock de carro de paro: para la utilización especialistas o médicos generales acreditados en el manejo avanzado de la vía aérea, en unidades que no cuentan con médico emergenciólogo, intensivista, anestesiólogo o internista. La dirección médica debe: 1. Certificar que el servicio donde se va a realizar el manejo avanzado de la vía aérea se cuente con equipo adecuado para soporte ventilatorio inmediato y monitoreo constante; adicionalmente, con todos los insumos requeridos para resolver cualquier complicación asociada con el uso.	<b>Modificación de clave</b> M a HM

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
		2. Certificar que los médicos especialistas o médicos generales se encuentran debidamente capacitados para el manejo avanzado de la vía aérea. Existencia: almacenable. Clave HM nivel 1-A	

**c. Sección O : Medicamentos autorizados a especialistas en Odontología.**

En esta sección se realizaron modificaciones relacionadas con el lineamiento de uso (Clorfeniramina); adicionalmente, autorizaciones para prescripción por Odontólogos generales, de varios medicamentos (diclofenaco y tramadol). A continuación se detallan:

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1.	14-3650	SECCIÓN O: Diclofenaco sódico 75 mg. Solución inyectable. Ampolla con 3 mL Odontología general: (1 dosis stat) pacientes mayores de 14 años con dolor e inflamación posterior a un rocedimiento quirúrgico en cavidad oral, ante la imposibilidad del paciente de iniciar tratamiento inmediato con otras opciones de AINE LOM para uso oral o cuando se documente compromiso transitorio agudo de vía oral.  existencia: almacenable. clave HR nivel 1-A. (sección O)
2.	17-4705	SECCION O: Tramadol hidroclocluro 50 mg/ml. Solución inyectable . Ampolla con 2 mL (VÍA DE ADMINISTRACIÓN: ÚNICAMENTE INTRAMUSCULAR E INTRAVENOSA). 1. Odontología General: 1 dosis STAT: pacientes mayores de 14 años con dolor e inflamación posterior a un procedimiento quirúrgico en cavidad oral, ante la imposibilidad del paciente de iniciar tratamiento inmediato con otras opciones de AINE LOM para uso oral o cuando se documente compromiso transitorio agudo de vía oral y se documente contraindicación al tratamiento con diclofenaco. existencia: almacenable. clave: R. nivel 1-A
3.	25-0370	SECCIÓN O: Clorfenamina maleato 4 mg. Tabletas. (sinónimo: clorfenamina maleato). No se avala la prescripción por Médico General en menores de 2 años. Uso entre el mes y 23 meses de edad se reserva exclusivamente para especialistas en Pediatría. Existencia: almacenable. clave: M. Nivel 1-A
4.	25-3340	SECCIÓN O: clorfenamina maleato 1% (10 mg/mL). Solución inyectable ampolla con 1 mL (sinónimo: clorfeniramina maleato) 1. No se avala el uso en menores de 2 años con excepción del tratamiento de emergencia en reacciones anafilácticas o condiciones agudas que pongan en riesgo la vida del paciente, sin restricción del usuario. Existencia: Almacenable. Clave: HM. nivel 1-A

**d. Medicamentos biotecnológicos. Separación de opciones de innovador y biosimilares con código independiente para su trazabilidad**

En concordancia con la Normativa LOM en su Capítulo II, apartado II.2. “Consideraciones sobre la adquisición y uso institucional de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares registrados. Posición técnica de la CCSS” y cumpliendo el acuerdo de la Sesión 2023-12 del Comité Central de Farmacoterapia, se identificaron cada una de las opciones de medicamento biotecnológico para rituximab y trastuzumab con su respectivo código [el cual podrá estar asociado únicamente a un laboratorio fabricante con su respectivo país de origen y número de registro sanitario del Ministerio de Salud de Costa Rica], que se encuentran enlistadas en las respectivas fichas técnicas vigentes: lo anterior, para permitir su trazabilidad. A continuación, se enlistan las 11 modificaciones realizadas en este contexto:

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
1.	41-4235	Rituximab 100 mg (10 mg/ml). solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa. frasco ampolla con 10 ml. <b>(OPCIÓN 1)</b>  Uso exclusivo de: 1- Hematología y Oncología Médica en el tratamiento de toda patología maligna con una inmunohistoquímica cd 20 positivo. Corroboradas por biopsia o citometría de flujo. Es responsabilidad del médico prescriptor documentar en la prescripción el diagnóstico específico cd 20+ del paciente y el esquema de tratamiento. 2-Hematología , en pacientes con leucemia linfocítica crónica según protocolo. Existencia: Almacenable. Clave: HRE. Nivel 2-a	Separación de opciones de innovador y biosimilares con código independiente para su trazabilidad
2.	41-9001	Rituximab 100 mg (10 mg/ml). solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa. frasco ampolla con 10 ml. <b>(OPCIÓN 2)</b>  uso exclusivo de: 1- Hematología y Oncología Médica en el tratamiento de toda patología maligna con	Separación de opciones de innovador y biosimilares con código independiente para su trazabilidad

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
		una inmunohistoquímica cd 20 positivo. Corroboradas por biopsia o citometría de flujo. Es responsabilidad del médico prescriptor documentar en la prescripción el diagnóstico específico cd 20+ del paciente y el esquema de tratamiento. 2-Hematología , en pacientes con leucemia linfocítica crónica según protocolo. Existencia: Almacenable. Clave: HRE. Nivel 2-A	
3.	41-9003	Rituximab 100 mg (10 mg/ml). solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa. frasco ampolla con 10 ml. <b>(OPCIÓN 3)</b>  uso exclusivo de: 1- Hematología y Oncología Médica en el tratamiento de toda patología maligna con una inmunohistoquímica cd 20 positivo. Corroboradas por biopsia o citometría de flujo. Es responsabilidad del médico prescriptor documentar en la prescripción el diagnóstico específico cd 20+ del paciente y el esquema de tratamiento. 2-Hematología , en pacientes con leucemia linfocítica crónica según protocolo. Existencia: Almacenable. Clave: HRE. Nivel 2-A	Separación de opciones de innovador y biosimilares con código independiente para su trazabilidad
4.	41-3236	Rituximab 500 mg (10 mg/ml). solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa. frasco ampolla con 50 ml. <b>(OPCIÓN 1)</b>  uso exclusivo de: 1- Hematología y Oncología Médica en el tratamiento de toda patología maligna con una inmunohistoquímica cd 20 positivo. Corroboradas por biopsia o citometría de flujo. Es responsabilidad del médico prescriptor documentar en la prescripción el diagnóstico específico cd 20+ del paciente y el esquema de tratamiento. 2-Hematología , en pacientes con leucemia linfocítica crónica según protocolo. Existencia: Almacenable. Clave: HRE. Nivel: 2-A	Separación de opciones de innovador y biosimilares con código independiente para su trazabilidad
5.	41-9002	Rituximab 500 mg (10 mg/ml) solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa frasco ampolla con 50 ml. <b>(OPCIÓN 2)</b>	Separación de opciones de innovador y biosimilares con código independiente para su trazabilidad

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
		<p>uso exclusivo de: 1- Hematología y Oncología Médica en el tratamiento de toda patología maligna con una inmunohistoquímica cd 20 positivo. Corroboradas por biopsia o citometría de flujo. Es responsabilidad del médico prescriptor documentar en la prescripción el diagnóstico específico cd 20+ del paciente y el esquema de tratamiento. 2-Hematología , en pacientes con leucemia linfocítica crónica según protocolo. Existencia: Almacenable. Clave: HRE. Nivel: 2-A</p>	
6.	41-9004	<p>Rituximab 500 mg (10 mg/ml) solución inyectable. Concentrado para solución para infusión intravenosa. frasco ampolla con 50 ml. <b>(OPCIÓN 3)</b></p> <p>uso exclusivo de: 1- Hematología y Oncología Médica en el tratamiento de toda patología maligna con una inmunohistoquímica cd 20 positivo. Corroboradas por biopsia o citometría de flujo. Es responsabilidad del médico prescriptor documentar en la prescripción el diagnóstico específico cd 20+ del paciente y el esquema de tratamiento. 2-Hematología , en pacientes con leucemia linfocítica crónica según protocolo. Existencia: Almacenable. Clave: HRE. Nivel: 2-A</p>	Separación de opciones de innovador y biosimilares con código independiente para su trazabilidad
7.	41-4653	<p>Trastuzumab 600 mg/5 ml (120 mg/ml). Solución inyectable. Frasco ampolla. <b>(OPCIÓN 1)</b></p> <p>Uso exclusivo Oncología Médica. Almacenable. Clave: HE nivel 3-A</p>	Separación de opciones de innovador y biosimilares con código independiente para su trazabilidad
8.	41-9005	<p>Trastuzumab 440 mg. Polvo liofilizado para concentrado para solución para infusión. Frasco ampolla. <b>(OPCIÓN 2)</b></p> <p>uso exclusivo Oncología Médica. Existencia: Almacenable. Clave: HE. Nivel: 3-A</p>	Separación de opciones de innovador y biosimilares con código independiente para su trazabilidad
9.	41-9006	<p>Trastuzumab 440 mg. Polvo liofilizado para concentrado para solución para infusión. Frasco ampolla. <b>(OPCIÓN 3)</b></p> <p>uso exclusivo Oncología Médica.</p>	Separación de opciones de innovador y biosimilares con código independiente para su trazabilidad

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Código 1-10	Descripción	Modificación realizada
		Existencia: Almacenable. Clave: HE. Nivel: 3-A	
10.	41-9007	Trastuzumab 440 mg. Polvo liofilizado para concentrado para solución para infusión. Frasco ampolla. <b>(OPCIÓN 4)</b>  uso exclusivo Oncología Médica. Existencia: Almacenable. Clave: HE. Nivel: 3-A	Separación de opciones de innovador y biosimilares con código independiente para su trazabilidad
11.	41-9008	Trastuzumab 440 mg. Polvo liofilizado para concentrado para solución para infusión. Frasco ampolla. <b>(OPCIÓN 5)</b>  uso exclusivo Oncología Médica. Existencia: Almacenable. Clave: HE. Nivel: 3-A	Separación de opciones de innovador y biosimilares con código independiente para su trazabilidad

**e. Modificaciones realizadas a diferentes apartados de la Normativa LOM.**

Se atendieron 10 modificaciones avaladas por el CCF a la Normativa LOM que comprenden los siguientes apartados:

#	Normativa	Modificación realizada
1.	Capítulo II Apartado II.2	Consideraciones sobre la adquisición y uso institucional de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares registrados. Posición técnica de la CCSS
2.	III.2.19 a III.2.23	Requerimiento excepcional de un despacho de recetas por un periodo mayor a un mes
3.	III.1.	Prescripción
		Se actualiza la normativa en relación con la posición institucional respecto a la intercambiabilidad y sustitución automática de medicamentos biosimilares.
		Se hacen mejoras al lineamiento : 1. Se incluye formulario para solicitud por parte del paciente (anexo 12) y formulario de aceptación para solicitud de adelanto de despacho de medicamentos (anexo 13). 2. Se aclaran requisitos para análisis, solicitud , aprobación por el Servicio de Farmacia.
		En este apartado se realizaron mejoras en la redacción de la norma, ordenamiento de la información, aclaración en la forma de realizar la prescripción (electrónica o por medio de recetario impreso [recetas en papel]). Complementariamente, <u>la ampliación del periodo máximo para la emisión de recetas continuas para</u>

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Normativa	Modificación realizada
		tratamiento crónico; excepcionalmente, hasta la próxima consulta con un máximo de <u>hasta 18 meses</u> :
4.	III.6 Prescripciones (recetas copias) de medicamentos especializados para continuar el despacho en el primer o segundo nivel de atención	En relación con la emisión de recetas continuas para tratamiento crónico; excepcionalmente, se amplía el periodo máximo hasta la próxima consulta con un máximo de hasta 18 meses; los cuales son acordes con la modificación realizada en este contexto en III.1 Prescripción, punto III.1.5.
5.	III.7.2v y III.7.3 Gestión ante la necesidad de medicamentos LOM almacenables con diferente nivel de usuario y Gestión ante la necesidad de medicamentos LOM no almacenables (Z) con diferente nivel de usuario	Hace referencia a los casos en donde se genere la prescripción de un fármaco que no sea concordante con el nivel de usuario LOM pero que si cumpla con la clave LOM en lo referente a especialidad, se podrá eximir de trámite de solicitud de clave SA; caso contrario, deberá realizarse dicho trámite
6.	III.10.5 Telemedicina y programa de consulta especializada a distancia	En el apartado de telemedicina y programa de consulta especializada a distancia, se asocia al apartado III.1 Prescripción punto III.1.7 que refiere como proceder en caso de que el médico especialista recomiende la utilización de un medicamento LOM a la unidad consultante para el tratamiento del paciente: complementariamente, III.6, sobre el despacho de medicamentos prescritos en un nivel de atención de mayor complejidad:
7.	V.13.4, V.13.5, V.14.4., V.15.6 Anexo 3 Apartados relacionados con la gestión de medicamentos NO LOM – tratamiento crónico.	Se elimina la información relacionada a “verificación presupuestaria” relacionada con la solicitud de medicamentos no-LOM y modificación del formulario respectivo en el anexo 3.
8.	Anexo 1 Formulario para solicitud de inclusión, exclusión o modificación de fármacos de la lista oficial de medicamentos de la C.C.S.S	Se modifica formulario en formato y contenido.
9.	Anexo 12 Formulario de solicitud de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes	Se incluye formulario en complemento a la modificación realizada III.2.19 a III.2.23 Requerimiento excepcional de un despacho de recetas por un periodo mayor a un mes
10.	Anexo 13 Formulario de aceptación de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes	Se incluye formulario en complemento a la modificación realizada III.2.19 a III.2.23 Requerimiento excepcional de un despacho de recetas por un periodo mayor a un mes

**f. Exclusiones avaladas por el Comité Central de Farmacoterapia.**

Con base en el Capítulo IV de la normativa LOM relacionado con las modificaciones a la Lista Oficial de Medicamentos, en sus apartados IV. 6, refiere:

*“La exclusión de un medicamento de la LOM será efectiva cuando se agota su existencia en el ALDI y en las Farmacias, salvo que medie orden expresa del CCF para proceder con la inmediata suspensión del uso institucional. Corresponde a la farmacia local el traslado al ALDI para su respectiva disposición final”.*

Es por ello que, desde el momento que el CCF avala una exclusión de un fármaco de la LOM, se requiere para cumplir la eliminación del código de la LOM de un tiempo prudencial que está enlazado con el cumplimiento de lo indicado en el apartado IV.6 de la Normativa LOM.

Durante el periodo 1º de enero al 18 de diciembre de 2023, el CCF avaló las siguientes seis exclusiones; las cuales dos se encuentran en ese proceso de “depuración” de la LOM:

#	Código	Descripción	Motivo
1.	04-0495 <sup>a</sup>	Darunavir 600 mg (como etanoato de darunavir) tabletas recubiertas (film coated)	Exclusión bajo las siguientes condiciones: La exclusión en la LOM será efectiva al agotar existencias. Es importante garantizar la continuidad de tratamiento para los pacientes que están recibiendo el tratamiento con estos medicamentos, hasta el momento que se disponga en la institución de darunavir/cobicistat, pues se trata de medicamentos vitales. – Sesión CCF:2013-16
2.	04-1570 <sup>a</sup>	Ritonavir 100 mg tableta recubierta	Exclusión bajo las siguientes condiciones: La exclusión en la LOM será efectiva al agotar existencias. Es importante garantizar la continuidad de tratamiento para los pacientes que están recibiendo el tratamiento con estos medicamentos, hasta el momento que se disponga en la institución de darunavir/cobicistat, pues se trata de medicamentos vitales. – Sesión CCF:2013-16

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

3.	03-7098	Isoniazida 50 mg/5 ml solución oral. Frasco con 60 ml a 100 ml	Este código se excluye motivado a que esta presentación pediátrico no se ha adquirido. – Sesión CCF:2013-44
4.	08-7030	Hidroclorotiazida 50 mg/5ml solución oral frasco con 15 ml a 50 ml	Este código se excluye motivado a que esta presentación pediátrico no se ha adquirido. – Sesión CCF:2013-44
5.	08-0835	Hidralazina hidrocloreuro 10 mg tabletas .	Este código se excluye motivado a que esta presentación pediátrico no se ha adquirido. – Sesión CCF:2013-44
6.	38-6575	Desmopresina acetato 0.01% (100 ug /1 ml) (sinónimo: diamino diarginina vasopresina ó DDAVP) solución nasal. Frasco con 2.5 ml.	Se excluye por problemas de desabastecimiento, ante eliminación de línea de manufactura por el fabricante. – Sesión CCF:2013-18

Notas:

<sup>a</sup>: códigos LOM en “depuración”.

**g. Inclusiones de medicamentos avaladas por el Comité Central de Farmacoterapia.**

Como último apartado de cambios realizados a la LOM en el contexto de medicamentos, pero no menos importante, el CCF tras los análisis técnico-científicos; adicionalmente, estudios de Farmacoeconomía, avaló varias inclusiones de los medicamentos a la LOM. Es muy importante tener presente que con base en la normativa, Capítulo IV, en este contexto refiere:

*“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 despacho al paciente”.*

La información que se detallará a continuación se va a dividir en dos apartados, teniendo en cuenta que el proceso de inclusión a la LOM conlleva la culminación de varios procedimientos; en el entendido que cuando el CCF avala la inclusión de un fármaco, se requiere disponer de la ficha técnica de ese medicamento oficializada en La Gaceta. Una vez comunicada por este medio oficial, permite continuar con los trámites para enlistar en la LOM y comunicar a diferentes áreas de la Institución. Adicionalmente, se debe estar pendiente para el caso de los medicamentos almacenables, del proceso de adquisición de la Gerencia de Logística. Una vez ingresado el fármaco al ALDI, se oficializa su inclusión a la LOM.

En el caso de los medicamentos Z, correspondería lo preceptuado en el inciso IV.5, anteriormente mencionado.

Parte A. Medicamentos que ya cuentan con ficha técnica oficializada en código 1-10 y se encuentran enlistados en la LOM. Actualmente, en proceso de adquisición por la Gerencia de Logística.

#	Código	Descripción	Sesión CCF
1.	02-0650-Z	<p><b>INCLUSIÓN NUEVA PRESENTACIÓN:</b> Levofloxacin base 500 mg (como levofloxacin hemihidato). Tableta recubierta. Existencia: Lista Complementaria-Z. Clave: RE. Nivel de usuario 2-A</p> <p>Medicina Familiar, Medicina Interna, Infectología, Geriatría O Gastroenterología: segunda línea de tratamiento para erradicación de Helicobacter pylori según lineamiento DFE-AMTC-1347-2022 por un periodo de 14 días no prorrogables.</p>	2022-30
2.	02-0200	<p><b>INCLUSIÓN PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Bedaquilina (como fumarato de bedaquilina) 100 mg tableta Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel 1-A u</p> <p>Uso exclusivo de Neumología en el tratamiento de tuberculosis con resistencia documentada bajo programa DOTS.</p>	2023-39
3.	02-1300	<p><b>INCLUSIÓN PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Pretomanid 200 mg. Tableta Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel 1-A</p> <p>Uso exclusivo de Neumología en el tratamiento de tuberculosis con resistencia documentada bajo programa DOTS</p>	2023-39

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

4.	04-0497	<p><b>INCLUSIÓN PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> darunavir 800 mg (como etanolato de darunavir) y cobicistat 150 mg. Comprimido recubierto Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel de usuario: 2-A</p> <p>Uso exclusivo para infectología, Inmunología y médicos de las Clínicas de Atención Integral de VIH, en pacientes con falla terapéutica a una línea de terapia antirretroviral, previa aprobación en la clínica de VIH correspondiente. Para inicios de tratamiento se debe anotar en la casilla de observaciones de la receta electrónica el criterio de falla terapéutica y el número de sesión en la que se dio la aprobación.</p>	2023-16 2023-22 2023-24
5.	04-0600	<p><b>INCLUSIÓN PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Emtricitabina 200 mg y tenofovir disoproxil fumarato 300 mg. tableta recubierta. Envase Existencia: Almacenable. Clave: R. Nivel 1-A.</p> <p>Prescripción por médico general en las áreas de salud autorizadas para ser utilizado como terapia preexposición (prep) en pacientes con 18 años o más y alto riesgo de contraer la infección por el VIH, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en la instrucción de trabajo atención integral para la prescripción de profilaxis preexposición por VIH en la población expuesta a mayor riesgo por la infección del VIH. Código MIT.GM.DDSS. AAIP.060223. Versión 02. 2023.</p>	2023-14 2023-18
6.	13-1025	<p><b>INCLUSION PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Fenofibrato 250 mg. capsula de liberación prolongada Existencia: Almacenable. Clave RE. Nivel 1-A</p> <p>Prescripción por Medicina Interna, Cardiología, Endocrinología, Clínica de HIV/SIDA, Medicina Familiar y Comunitaria, Geriatria para manejo de hipertrigliceridemia: 1. Hipertrigliceridemia (mayor a 500 mg/dl), contraindicación al uso de gemfibrozilo (por falla terapéutica o reacción adversa documentada [reportar al centro nacional de farmacovigilancia - ministerio de salud]) 2. Manejo de dislipidemia mixta con hipertrigliceridemia mayor a 500 mg/dl con terapia concomitante estatina más fibrato. 3. Hiperlipidemia tipo IIA y IV (con triglicéridos mayor a 300 mg/dl). Se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso según este lineamiento.</p>	2023-27
7.	02-0325	<p><b>INCLUSIÓN PRESENTACIÓN NUEVA:</b> Clofazimina 100 mg. Tableta recubierta o clofazimina 100 mg. cápsula blanda Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel 1-A</p> <p>Uso exclusivo de Neumología en el tratamiento de tuberculosis con resistencia documentada bajo programa DOTS</p>	2023-39
8.	41	<p><b>INCLUSION PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Palbociclib 75 mg. Cápsula Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel de usuario: 2B</p>	2023-44

		<p>Prescripción por especialista en Oncología Médica para tratamiento de pacientes con carcinoma de mama avanzado o metastásico según oficio GM—CCF-XXXX</p> <p>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar se debe anotar diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.</p>	
--	--	--	--

Parte B. Medicamentos que el CCF avaló su inclusión a la LOM y se encuentran en proceso de elaboración de ficha técnica bajo código 1-10, a la espera de su oficialización para proceder a enlistar en la LOM de acuerdo a la información oficial e informar a las unidades:

#	Grupo terapéutico	Medicamento	Sesión CCF
1.	42	<p><b>INCLUSION PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Paricalcitol 5 ug/mL. Solución inyectable. Ampolla con 1 mL o frasco ampolla con 1 mL Existencia: Almacenable. Clave: HRE. Nivel de usuario: 2-A</p> <p>Prescripción por Nefrología:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pacientes en hemodiálisis por enfermedad renal crónica (IRC) con hiperparatiroidismo refractario que cumplen con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>IRC estadio 5</li> <li>HPT mayor 300 pg/mL.</li> <li>No respuesta al manejo con alfacalcidol LOM por 6 meses</li> </ul> </li> </ol> <p>Ver protocolo XXX (pendiente su comunicación). <i>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 protocolo establecido.</i></p>	2023-38
2.	42	<p><b>INCLUSION PRESENTACIÓN NUEVA:</b> Paricalcitol 2 ug. Cápsula blanda. Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel 2-A</p> <p>Prescripción por Nefrología.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pacientes en diálisis peritoneal crónica ambulatoria por enfermedad renal crónica (IRC) con hiperparatiroidismo refractario, que cumplen las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>IRC estadio 5</li> <li>HPT mayor 300 pg/mL.</li> <li>No respuesta al manejo con alfacalcidol LOM por 6 meses</li> </ul> </li> </ol> <p>Ver protocolo XXX (pendiente su comunicación). <i>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</i></p>	2023-38

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Grupo terapéutico	Medicamento	Sesión CCF
		<i>correspondiente que justifique su uso, según protocolo establecido.</i>	
3.	41	<p><b>INCLUSION PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Doxorrubicina 50 mg. Frasco ampolla Existencia: Almacenable, clave HRE. Nivel 2-A.</p> <p>Prescripción por Hematología para el tratamiento de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Linfoma Hodgkin.</li> <li>b. Linfoma no Hodgkin</li> <li>c. Leucemia linfoblástica aguda.</li> </ol>	2023-46
4.	41	<p><b>INCLUSION PRESENTACIÓN NUEVA:</b> Doxorrubicina 10 mg. Frasco ampolla Existencia: Lista Complementaria-Z, clave HRE. Nivel 2-A.</p> <p>Prescripción por Hematología para el tratamiento de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Linfoma Hodgkin.</li> <li>b. Linfoma no Hodgkin</li> <li>c. Leucemia linfoblástica aguda.</li> </ol>	2023-46
5.	08	<p><b>INCLUSION PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Sacubutrilo 24.3 mg y valsartán 25.7 mg. Tableta recubierta Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel 2B.</p> <p>Prescripción por médicos en clínicas de insuficiencia cardiaca congestiva y especialistas en Cardiología para pacientes mayores de 18 años con insuficiencia congestiva crónica que cumpla con todos los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacientes con síntomas actuales (estadio C de la clasificación de la Asociación Americana del Corazón) y una clase funcional New York Heart Association (NYHA) II, III o IV.</li> <li>2. Fracción de eyección de 35% o menos.</li> <li>3. Niveles de NT-ProBNP mayores 600 pg/mL.</li> <li>4. Presión arterial sistólica <math>\geq</math> 95 mmHg.</li> <li>5. Aclaramiento endógeno de creatinina &gt; 30 mL /min.</li> <li>6. Potasio &lt; 5.2 mEq/L.</li> <li>7. Persistencia de sintomatología a pesar de adecuada adherencia a tratamiento con dosis óptimas de enalapril, beta bloqueadores y espironolactona o dosis máxima tolerada por el paciente.</li> <li>8. En caso de descompensación aguda, descartar que la misma fuese por transgresión dietética o incumplimiento de tratamiento.</li> </ol> <p><i>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico y la justificación en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso</i></p>	2023-47
6.	08	<p><b>INCLUSION PRESENTACIÓN NUEVA:</b> Sacubutrilo 48.6 mg y valsartán 51.4 mg. Tableta recubierta Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel 2B.</p> <p>Prescripción por médicos en clínicas de insuficiencia cardiaca congestiva y especialistas en Cardiología para pacientes</p>	2023-47

#	Grupo terapéutico	Medicamento	Sesión CCF
		<p>mayores de 18 años con insuficiencia congestiva crónica que cumpla con todos los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacientes con síntomas actuales (estadio C de la clasificación de la Asociación Americana del Corazón) y una clase funcional New York Heart Association (NYHA) II, III o IV.</li> <li>2. Fracción de eyección de 35% o menos.</li> <li>3. Niveles de NT-ProBNP mayores 600 pg/mL.</li> <li>4. Presión arterial sistólica <math>\geq</math> 95 mmHg.</li> <li>5. Aclaramiento endógeno de creatinina <math>&gt;</math> 30 mL /min.</li> <li>6. Potasio <math>&lt;</math> 5.2 mEq/L.</li> <li>7. Persistencia de sintomatología a pesar de adecuada adherencia a tratamiento con dosis óptimas de enalapril, beta bloqueadores y espirolactona o dosis máxima tolerada por el paciente.</li> <li>8. En caso de descompensación aguda, descartar que la misma fuese por transgresión dietética o incumplimiento de tratamiento.</li> </ol> <p><i>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico y la justificación en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso</i></p>	
7.	08	<p><b>INCLUSION PRESENTACIÓN NUEVA:</b> Sacubutrilo 97.2 mg y valsartán 102.8 mg. Tableta recubierta Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel 2B.</p> <p>Prescripción por médicos en clínicas de insuficiencia cardiaca congestiva y especialistas en Cardiología para pacientes mayores de 18 años con insuficiencia congestiva crónica que cumpla con todos los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Pacientes con síntomas actuales (estadio C de la clasificación de la Asociación Americana del Corazón) y una clase funcional New York Heart Association (NYHA) II, III o IV.</li> <li>10. Fracción de eyección de 35% o menos.</li> <li>11. Niveles de NT-ProBNP mayores 600 pg/mL.</li> <li>12. Presión arterial sistólica <math>\geq</math> 95 mmHg.</li> <li>13. Aclaramiento endógeno de creatinina <math>&gt;</math> 30 mL /min.</li> <li>14. Potasio <math>&lt;</math> 5.2 mEq/L.</li> <li>15. Persistencia de sintomatología a pesar de adecuada adherencia a tratamiento con dosis óptimas de enalapril, beta bloqueadores y espirolactona o dosis máxima tolerada por el paciente.</li> <li>16. En caso de descompensación aguda, descartar que la misma fuese por transgresión dietética o incumplimiento de tratamiento.</li> </ol> <p><i>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico y la justificación en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso</i></p>	2023-47

#	Grupo terapéutico	Medicamento	Sesión CCF
8.	39	<p><b>INCLUSION PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Insulina glargina 100 u/mL. Solución inyectable. Dispositivo dosificador tipo pluma prellenada no recargable 3 mL. Para dosis múltiples Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel de usuario: 2B.</p> <p>Prescripción por especialista Endocrinología, Medicina Interna, en los siguientes escenarios clínicos, los cuales deben estar documentadas en expediente clínico del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En paciente diabético tipo 1 que presenta hipoglicemias sintomáticas o no. Es necesario que exista una documentación objetiva de la ocurrencia de las hipoglicemias en el expediente digital (EDUS), esto puede ser por automonitoreo o un estudio de monitoreo continuo.</li> <li>2. Pacientes diabético tipo 2 que presenta reacciones adversas a la insulina NPH. Es importante recordar que el médico prescriptor tiene la obligación de realizar la Notificación de Sospecha de Reacción Adversa pero no es un requisito presentarla a la Farmacia para el despacho del medicamento.</li> <li>3. Manejo de hipoglicemias nocturnas en pacientes diabéticos tipo 2 a pesar de las modificaciones en el esquema intensificado de insulinas, se debe documentar mediante un monitoreo continuo o automonitoreo de al menos 2 semanas que evidencia al menos 3 hipoglicemias menores o iguales a 50 mg/dL.</li> </ol> <p>Notas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Se autoriza la continuación de tratamiento durante y posterior al proceso de transición de los pacientes que han sido atendidos desde su infancia en el Hospital Nacional de Niños y que son referidos a las especialidades autorizadas a otro hospital de la red; lo anterior, con el fin de e que se realicen las coordinaciones respectivas que permitan disponer en forma oportuna de este medicamento que requiere el paciente en el centro donde fue referido y continuar su control médico especializado.</li> </ol>	2023-47
9.	39	<p><b>INCLUSION PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Insulina Glargina 100 u/mL. Solución inyectable. Frasco ampolla con 10 mL. Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel de usuario: 2B.</p> <p>Prescripción por especialista Endocrinología, Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria y Geriátrica , en los siguientes escenarios clínicos, los cuales deben estar documentadas en expediente clínico del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En paciente diabético tipo 1 que presenta hipoglicemias sintomáticas o no. Es necesario que exista una documentación objetiva de la ocurrencia de las hipoglicemias en el expediente digital (EDUS), esto puede ser por automonitoreo o un estudio de monitoreo continuo.</li> <li>2. Pacientes diabético tipo 2 que presenta reacciones adversas a la insulina NPH. Es importante recordar que el médico prescriptor tiene la obligación de realizar la Notificación de Sospecha de Reacción Adversa pero no es</li> </ol>	2023-47

#	Grupo terapéutico	Medicamento	Sesión CCF
		<p>un requisito presentarla a la Farmacia para el despacho del medicamento.</p> <p>3. Manejo de hipoglicemias nocturnas en pacientes diabéticos tipo 2 a pesar de las modificaciones en el esquema intensificado de insulinas, se debe documentar mediante un monitoreo continuo o automonitoreo de al menos 2 semanas que evidencia al menos 3 hipoglicemias menores o iguales a 50 mg/dL.</p> <p>Notas: Se autoriza la continuación de tratamiento durante y posterior al proceso de transición de los pacientes que han sido atendidos desde su infancia en el Hospital Nacional de Niños y que son referidos a las especialidades autorizadas a otro hospital de la red; lo anterior, con el fin de que se realicen las coordinaciones respectivas que permitan disponer en forma oportuna de este medicamento que requiere el paciente en el centro donde fue referido y continuar su control médico especializado.</p>	
10.	41	<p><b>INCLUSION PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Alectinib 150 mg (como hidrato de alectinib 161.3 mg). Cápsula dura. Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel de usuario 2-A</p> <p>Prescripción por especialistas de Oncología Médica para el tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón avanzado, con mutación ALK, como terapia de primera línea.</p> <p><i>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.</i></p>	2023-46
11.	39	<p><b>INCLUSION PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Insulina lispro 100 u/mL. Dispositivo tipo pluma no recargable 3 mL. Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel de usuario: 3-A.</p> <p>Prescripción por especialista en Endocrinología del Hospital Nacional de Niños para uso en pacientes diabéticos tipo 1 que presentan hipoglicemias con el uso de insulinas humanas.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se autoriza la continuación de tratamiento posterior al proceso de transición de los pacientes que han sido atendidos desde su infancia en el Hospital Nacional de Niños y que son referidos a la misma especialidad en otro hospital de la red; lo anterior, con el fin de que se realicen las coordinaciones respectivas que permitan disponer en forma oportuna de este medicamento que requiere el paciente en el centro donde fue referido y, continuar su control médico especializado.</li> <li>- No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en</li> </ul>	2023-47

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Grupo terapéutico	Medicamento	Sesión CCF
		la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.	
12.	41	<p><b>INCLUSION PRESENTACIÓN NUEVA:</b> Palbociclib 100 mg. Cápsula Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel de usuario: 2B</p> <p>Prescripción por especialista en Oncología Médica para tratamiento de pacientes con carcinoma de mama avanzado o metastásico según oficio GM—CCF-XXXX No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar se debe anotar diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.</p>	2023-44
13.	41	<p><b>INCLUSION PRESENTACIÓN NUEVA:</b> Palbociclib 125 mg. Cápsula Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel de usuario: 2B</p> <p>Prescripción por especialista en Oncología Médica para tratamiento de pacientes con carcinoma de mama avanzado o metastásico según oficio GM—CCF-XXXX <i>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar se debe anotar diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.</i></p>	2023-44
14.	46	<p><b>INCLUSION PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Calcipotriol 50 mcg/g más betametasona dipropionato 0.5 mg/g. Ungüento. Tubo Existencia: Lista complementaria-Z Clave RE. Nivel de usuario: 2C</p> <p>Prescripción por Dermatología.</p> <p>1. Manejo de psoriasis vulgar con área de superficie corporal afectada menor al 30% y que no han respondido a las alternativas terapéuticas LOM (glucocorticoides, emolientes y queratolíticos). Consultar protocolo xxxx</p> <p><i>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar se debe anotar diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según protocolo establecido.</i></p>	2023-38
15.	46	<p><b>INCLUSION PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Pimecrolimus 1% p/p (10 mg/gramo). Crema. Tubo. Existencia: Lista complementaria-Z. Clave RE. Nivel de usuario: 2B</p> <p>Prescripción por Dermatología y Alergología:</p> <p>1. Dermatitis moderada a severa en pacientes inmunocompetentes con:</p> <p>i. Reactivación de proceso atópico a pesar del tratamiento con medicamentos LOM.</p>	2023-38

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Grupo terapéutico	Medicamento	Sesión CCF
		<p>ii. Efectos adversos documentados por el uso crónico de esteroides tópicos (atrofia cutánea, estrías, telangectasias o hipopigmentación).</p> <p>2. Eczema severo atópico.</p> <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiempo de tratamiento: 6 semanas (no se usa de forma continua por periodos más prolongados).</li> <li>- 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.</li> </ul> <p><i>Anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.</i></p>	
16.	38	<p><b>INCLUSION PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Cabergolina 0.5 mg. Tableta. Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel de usuario: 2B.</p> <p>Prescripción por Endocrinología:</p> <p>1. Adenoma de hipófisis (micro/macroprolactinoma) con hiperprolactinbemias documentadas por laboratorio, en las que se reporta intolerancia al uso del medicamento bromocriptina LOM.</p> <p><i>No se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar se debe anotar diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso</i></p>	2023-38
17.	46	<p><b>INCLUSION PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Metronidazol 0.75%. Gel. Tubo Existencia: Lista Complementaria-Z. Clave: RE. Nivel de usuario: 2B.</p> <p>Prescripción por Dermatología.</p> <p>1. Tratamiento tópico de lesiones inflamatorias de rosácea (pápulas, pústulas y eritema). Nota: Duración usual de tratamiento 3 semanas. Máximo 9 semanas.</p> <p><i>Anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso.</i></p>	2023-38
18.	41	<p><b>INCLUSION PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Inmunoglobulina linfocítica (Globulina antitimocítica (equina) 50 mg/mL. Solución inyectable. Ampolla con 5 mililitros Existencia: Lista Complementaria: Z. Clave: HRE. Nivel de usuario: 2-A.</p> <p>Prescripción por Hematología, Nefrología y especialistas del Equipo de Trasplante de Órganos:</p> <p>1. Prevención y tratamiento de rechazo del aloinjerto renal y cardiaco. 2. Terapia de inducción y tratamiento del rechazo del aloinjerto en trasplante corazón/pulmón o de pulmón.</p>	2023-38

#	Grupo terapéutico	Medicamento	Sesión CCF
		<p>3. Tratamiento de anemia aplásica de moderada a severa en pacientes no candidatos para trasplante de médula ósea.</p> <p>4. Prevención de enfermedad injerto versus huésped siguiente al trasplante de médula ósea.</p>	
19.	41	<p><b>INCLUSIÓN PRINCIPIO ACTIVO NUEVO</b> Inmunoglobulina de conejo antitimocitos humanos 25 mg. Polvo liofilizado para solución inyectable. Existencia: Lista complementaria-Z. Clave: HRE. Nivel de usuario: 2-A.</p> <p>Prescripción por Hematología, Nefrología, especialistas de Equipo de Trasplante de Órganos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevención y tratamiento del rechazo agudo después de trasplante renal, médula ósea, corazón/pulmón, hígado, intestinal o multivisceral, en conjunto con otros agentes inmunosupresores.</li> <li>2. Tratamiento de la anemia aplásica en pacientes que no han respondido a la inmunoglobulina antitimocítica equina.</li> <li>3. Anemia aplásica de moderada a grave en pacientes en los que no es factible un trasplante de médula ósea.</li> </ol>	2023-38
20.	04	<p><b>INCLUSIÓN PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Voriconazol 200 mg. Polvo liofilizado para solución para infusión intravenosa. Frasco ampolla. Existencia: Almacenable. Clave: HRE. Nivel de usuario: 2-A.</p> <p>Prescripción por Infectología:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aspergilosis invasiva, sistémica, pulmonar o extrapulmonar. Confirmado o sospecha</li> <li>2. Tratamiento (agente alternativo) de la criptocosis meníngea cuando hay contraindicación, fallo terapéutico o resistencia microbiológica documentada a la amfotericina B y al fluconazol.</li> <li>3. Infecciones por Fusarium spp.</li> <li>4. Profilaxis contra infecciones fúngicas invasivas (agente alternativo) trasplantes alogénicos de células madre hematopoyéticas y trasplante de órganos sólidos.</li> <li>5. Tratamiento (agente alternativo) de infecciones graves por Candida spp. u otras micosis sistémicas cuando hay contraindicación, fallo terapéutico o resistencia microbiológica documentada al fluconazol, a las equinocandinas y a la amfotericina B</li> </ol>	2023-38
21.	04	<p><b>INCLUSIÓN PRESENTACIÓN NUEVA:</b> Voriconazol 200 mg. Tableta recubierta Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel de usuario: 2-A</p> <p>Prescripción por Infectología:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aspergilosis invasiva, sistémica, pulmonar o extrapulmonar.</li> <li>2. Tratamiento (agente alternativo) de la criptocosis meníngea cuando hay contraindicación, fallo terapéutico o resistencia microbiológica documentada a la amfotericina B y al fluconazol.</li> <li>3. Infecciones por Fusarium spp.</li> </ol>	2023-38

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

#	Grupo terapéutico	Medicamento	Sesión CCF
		4. Profilaxis contra infecciones fúngicas invasivas (agente alternativo) trasplantes alogénicos de células madre hematopoyéticas. 5. Tratamiento (agente alternativo) de infecciones graves por <i>Candida</i> spp. u otras micosis sistémicas cuando hay contraindicación, fallo terapéutico o resistencia microbiológica documentada al fluconazol, a las equinocandinas y a la amfotericina B. 6. Manejo ambulatorio de pacientes con infecciones fúngicas con resistencia microbiológica documentada a equinocandinas y otros azoles (fluconazol, itraconazol)	
22.	45	<b>INCLUSIÓN PRESENTACIÓN NUEVA:</b> Diclofenaco sódico 0.1%. Solución oftálmica. Frasco gotero. Existencia: Lista complementaria-Z. Clave: RE .Nivel de usuario: 2-A.  1. Profilaxis pre y postoperatoria del edema macular cistoideo, en el procedimiento de extracción de catarata e implementación de lente intraocular. 2. Cirugía de catarata e implementación de lente intraocular. 3. Cirugía de catarata para inhibición de miosis intraoperatoria como complemento del efecto anticolinérgico local. 4. Dolor postoperatorio, con contraindicación para el uso de esteroides (aumento PIO). Nota: Prescripción máxima por 1 mes o 1 frasco.	2023-38
23.	35	<b>INCLUSIÓN PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Dienogest 2 mg. Comprimido Existencia: Lista Complementaria-Z. Clave: RE. Nivel de usuario: 2B.  1. Prescripción por especialista Ginecología (ver protocolo xxxx). a. Pacientes con antecedente de cirugía por endometriosis con (Cumplir con todos los criterios): i. Dolor pélvico refractario asociado a endometriosis, valorado por la escala visual de dolor (VAS SCORE) con una intensidad de moderado a severo. ii. Pacientes que presentan falla terapéutica de medicamentos de primera (anticonceptivos orales, progestinas orales o parenterales) y segunda línea (análogos de GnRH) o reacciones adversas. b. Pacientes con endometriosis que no son candidatas a manejo quirúrgico que presenten (cumplir con todos los criterios): i. Dolor pélvico refractario asociado a endometriosis, valorado por la escala visual de dolor (VAS SCORE) con una intensidad de moderado a severo. ii. Contraindicación a manejo quirúrgico. iii. Pacientes que presenten falla terapéutica a medicamentos de primera línea (anticonceptivos	2023-41

#	Grupo terapéutico	Medicamento	Sesión CCF
		orales, progestinas orales o parenterales) o reacciones adversas.	
24.	02	<p><b>INCLUSIÓN PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Anfotericina B liposomal 50 mg/frasco Existencia: Almacenable. Clave: HRE. Nivel de usuario: 2-A</p> <p>1. Prescripción por Infectología Diagnóstico de: meningoencefalitis por <i>Cryptococcus</i> sp., histoplasmosis diseminada progresiva, infecciones por mucorales, en pacientes con una tasa de filtración glomerular menor a 30 mL/min y con inmunosupresión profunda por: medicamentos inmunosupresores en el contexto de patología autoinmune, trasplante de órgano sólido o célula madre hematopoyéticas, infección por VIH, mielosupresión post quimioterapia.</p> <p><i>No se requiere 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.</i></p>	2023-41
25.	41	<p><b>INCLUSIÓN PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Nilotinib 150 mg (Como Clorhidrato de nilotinib monohidrato) Cápsula. Existencia: Almacenable. Clave RE. Nivel de usuario: 2-A.</p> <p>Prescripción por especialista de Hematología, para el Manejo de la Leucemia Mieloide Crónica (ver lineamiento GM-CCF-XXXX-2023):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como primera línea de tratamiento en pacientes con riesgo SOKAL alto y menores de 65 años.</li> <li>2. Mujeres en postparto con diagnóstico de LMC durante el embarazo y atrasaron el inicio del inhibidor de tirosinquinasa.</li> </ol> <p><i>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.</i></p>	2023-44
26.	41	<p><b>INCLUSIÓN PRESENTACIÓN NUEVA:</b> Nilotinib 200 mg (Como Clorhidrato de nilotinib monohidrato) Cápsula. Existencia: Almacenable. Clave RE. Nivel de usuario: 2-A.</p> <p>Prescripción por especialista de Hematología, para el Manejo de la Leucemia Mieloide Crónica (ver lineamiento GM-CCF-XXXX-2023):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como segunda línea de tratamiento en pacientes con riesgo SOKAL bajo a cualquier edad y riesgo SOKAL alto mayores de 65 años, con falla terapéutica, reacción adversa, progresión a fase acelerada con imatinib o detección de mutación de resistencia.</li> </ol> <p><i>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.</i></p>	2023-44

#	Grupo terapéutico	Medicamento	Sesión CCF
27.	41	<p><b>INCLUSIÓN PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Dasatinib 100 mg Tableta recubierta. Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel de usuario: 2-A</p> <p>Prescripción por especialista en Hematología para el manejo de la Leucemia Mieloide Crónica (ver lineamiento GM-CCF-XXXX-2023) como segunda línea de tratamiento en pacientes con riesgo SOKAL alto y menores de 65 años y enfermedad pulmonar o sangrado digestivo. <i>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.</i></p>	2023-44
28.	41	<p><b>INCLUSIÓN PRESENTACIÓN NUEVA:</b> Dasatinib 70 mg Tableta recubierta. Existencia: Lista Complementaria-Z. Clave: RE. Nivel de usuario: 2-A</p> <p>Prescripción por especialista en Hematología para el manejo de la Leucemia Mieloide Crónica (ver lineamiento GM-CCF-XXXX-2023) como primera línea de tratamiento en pacientes con riesgo SOKAL alto y menores de 65 años y reacción adversa documentada, mutaciones de resistencia o progresión a fase blástica con el tratamiento de Nilotinib. <i>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.</i></p>	2023-44
29.	41	<p><b>INCLUSIÓN PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Fulvestrant 250 mg. Solución inyectable. Jeringa prellenada con 5 mL. Dosis única. Existencia: Almacenable. Clave: HRE. Nivel de usuario: 2B.</p> <p>1. Prescripción por especialista en Oncología Médica: Tratamiento de pacientes con carcinoma de mama avanzado o metastásico, que han agotado las líneas hormonales LOM, según oficio GM-CCF-xxxx <i>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.</i></p>	2023-44
30.	41	<p><b>INCLUSION PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Ribociclib 200 mg (como succinato de ribociclib). Tableta recubierta. Existencia: Almacenable. Clave: RE. Nivel de usuario: 2B.</p> <p>Prescripción de especialista en Oncología Médica, para ser prescrito en el tratamiento de pacientes con carcinoma de mama avanzado o metastásico, según oficio GM-CCF-XXXX <i>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.</i></p>	2023-44

#	Grupo terapéutico	Medicamento	Sesión CCF
31.	41	<p><b>INCLUSIÓN PRINCIPIO ACTIVO NUEVO:</b> Bendamustina 100 mg/frasco. Existencia: Almacenable. Clave: HRE. Nivel de usuario: 2-A.</p> <p>1. Prescripción por Hematología. a. Tratamiento de primera línea para Leucemia Linfocítica Crónica (ver protocolo CCF-xxxx) b. Linfoma no Hodgkin indolente. <i>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.</i></p>	2023-41

**h. Modificaciones realizadas a la normativa de la LOM que fueron avaladas por el Comité Central de Farmacoterapia.**

Las modificaciones realizadas se presentan a continuación:

**1. MODIFICACIÓN:**

Actualización de la normativa relacionada con la posición técnica de la CCSS sobre medicamentos biológicos de referencia y biosimilares registrados.

<b>Localización</b>	– Capítulo II
	– II.2 . Consideraciones sobre la adquisición y uso institucional de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares registrados. Posición técnica de la CCSS
<b>Sesión CCF</b>	– 2023-05
<b>Observaciones</b>	– Esta modificación fue comunicada mediante circular: DFE-AMTC-0346-2023.

A continuación el detalle:

**II.2. Consideraciones sobre la adquisición y uso institucional de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares registrados. Posición técnica de la CCSS**

**A. Aspectos generales sobre selección de medicamentos en la CCSS.**

1. El objetivo primordial de la institución en cuanto a medicamentos es garantizar el acceso a productos de calidad con eficacia y seguridad comprobada, además de velar por la eficiencia en la gestión de los presupuestos públicos (que es un mandato constitucional), como lo es el presupuesto de medicamentos, en apego

- a los valores filosóficos de la CCSS, principalmente equidad, universalidad, igualdad y solidaridad, brindando respuesta a la Política de salud de la Institución. En este sentido, el Comité Central de Farmacoterapia (CCF) como responsable de la Política de Medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) realiza la selección de los fármacos con base en varios factores para determinar los principios activos que deben estar en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM).
2. El CCF es congruente con su competencia de brindar la oportunidad a nuevos oferentes, para que participen en igualdad de oportunidades con medicamentos eficaces, seguros y que cumplan con los estándares de calidad, para poder seguir garantizando el acceso a los medicamentos como derecho humano.

## **B. Introducción de los biosimilares en la Institución.**

3. La Institución considera positiva la introducción de medicamentos biológicos similares (biosimilares) en el país por su contribución al acceso a los medicamentos y el uso eficiente de los recursos institucionales y garantiza que, su adquisición en el ámbito institucional se hace en apego a criterios técnicos y legales estrictos, apoyándose para esto en la verificación previa de los requisitos vigentes para la autorización de su comercialización por parte del Ente Rector en Costa Rica (Ministerio de Salud de Costa Rica).
4. En Costa Rica, el registro sanitario de los medicamentos biológicos implica el cumplimiento con el Reglamento Técnico: RTCR 440: 2010. Reglamento de Inscripción y Control de Medicamentos Biológicos N° 37006-S, el cual define un marco regulatorio local específico para este tipo de productos. Según dicha regulación todo medicamento biológico que pretenda registrarse como medicamento biosimilar debe cumplir con un “ejercicio de biosimilitud”, el cual consiste en un proceso que describe las actividades, incluyendo el diseño y conducción de estudios (preclínicos, clínicos y de calidad) y evaluación de los datos, para demostrar que un medicamento biológico tiene un perfil similar en términos de calidad, eficacia, seguridad e inmunogenicidad que el medicamento biológico de referencia. Normalmente el medicamento de referencia que se utiliza es el medicamento biológico innovador o también llamado original. En términos generales el ejercicio de biosimilitud requerido en la regulación local es esencialmente igual al requerido por agencias reguladoras de referencia y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para referencia, del Reglamento Técnico Local se desprenden las siguientes definiciones:

- *Medicamento biológico*: Producto farmacéutico elaborado con materiales de origen biológico tales como microorganismos, órganos y tejidos de origen animal o vegetal, células o fluidos (incluyendo sangre y plasma) de origen humano o animal y los diseños celulares biotecnológicos (sustratos celulares, sean o no recombinantes incluidas las células primarias).
- *Medicamento biológico de referencia*: Es el producto biológico con el cual el medicamento de prueba pretende demostrar ser biosimilar.
- *Medicamento o producto innovador*: Es aquel medicamento biológico que se autorizó primero para su comercialización, en el primer país de origen, sobre la base de su documentación de eficacia, seguridad y calidad.

- *Medicamento biosimilar*: Medicamento biológico que ha demostrado mediante el ejercicio de biosimilitud que es similar en términos de calidad, seguridad y eficacia al medicamento biológico de referencia.
  - *Ejercicio de biosimilitud*: Proceso que describe las actividades, incluyendo el diseño y conducción de estudios (preclínicos, clínicos y de calidad) y evaluación de los datos, para demostrar que un medicamento biológico tiene un perfil similar en términos de calidad, eficacia, seguridad e inmunogenicidad que el medicamento biológico de referencia.
  - *Farmacovigilancia*: Actividad destinada a la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados del uso de medicamentos de uso humano una vez comercializados.
  - *Trazabilidad*: Capacidad de rastrear cada unidad individual de sangre o componentes sanguíneos derivados o de cualquier otro tipo de producto biológico, desde el donante o el cultivo microbiano o celular que le dio origen hasta su destino final, ya sea un receptor, un fabricante de medicamentos o su disposición final y viceversa.
5. La liberación de recursos económicos que podría conllevar el uso de los biosimilares en la Institución pretende traducirse en un mayor acceso de los pacientes a los tratamientos y se puede considerar una mejora de la eficiencia del sistema, y dar acceso a tratamientos antes inasequibles, con el fin de cumplir con el derecho humano de acceso a los medicamentos y mejorar la salud poblacional.

### C. Posición de la CCSS sobre intercambiabilidad.

En el caso de medicamentos biológicos de referencia para los cuales se dispone de biosimilares registrados en el Ministerio de Salud de Costa Rica, aplicarán los siguientes requisitos para su adquisición y uso institucional:

6. En el contexto de los medicamentos biosimilares y los medicamentos de referencia, es importante tener claro que el término intercambiabilidad hace referencia a la posibilidad de intercambiar un medicamento por otro que se espera que tenga el mismo efecto clínico. La CCSS se basa en las declaraciones emitidas por European Medicine Agency (EMA), Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA, Reino Unido) y Food and Drug Administration (FDA).
7. La CCSS en relación con la intercambiabilidad, considera que una vez que un biosimilar ha sido registrado ante el Ministerio de Salud de Costa Rica y cuenta como mínimo una autorización en EMA o MHRA, este es intercambiable, lo cual significa que el biosimilar puede ser utilizado en lugar de su producto de referencia (o viceversa) o un biosimilar puede ser reemplazado con otro biosimilar del mismo producto de referencia.
- En caso de no tener autorización en EMA o MHRA podría ser aceptado como alternativa el biosimilar que está registrado ante el Ministerio de Salud de Costa Rica y cuenta como mínimo con registro en FDA como “biosimilar e intercambiable” (ambas categorías son obligatorias).
8. Complementariamente, para la adquisición de estos productos en la Institución, el medicamento biosimilar debe tener el mismo principio activo, potencia o concentración, indicaciones, posología y vía de administración que el producto biológico de referencia. No obstante, puede presentar diferencias con respecto al producto de referencia en cuanto a la formulación (excipientes), forma farmacéutica (ejemplo: polvo para reconstituir o solución inyectable) o sistema de

administración (ejemplo: tipo de bolígrafo de inyección), las cuales se valorarían por caso durante el proceso de análisis y selección por parte del CCF.

**D. Procedimiento sobre intercambiabilidad de medicamentos biológicos de referencia y biosimilares como alternativas terapéuticas equivalentes para mismas indicaciones autorizadas basados en la declaratoria de EMA, MHRA y FDA.**

Ficha técnica de medicamentos.

9. Para cada uno de los medicamentos que se adquieren en la Institución se elabora una ficha técnica del medicamento, la cual permite describir la calidad farmacéutica exigida y asegura que la fabricación y control de los productos se ajusten en todo momento a las especificaciones de calidad. Asimismo, el Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos realiza una verificación del cumplimiento de los estándares de calidad de cada lote de medicamento que se adquiere en forma centralizada en la institución.

Uso de la denominación común internacional (DCI) para la prescripción.

10. Para fines de prescripción, dispensación y administración se seguirá utilizando la Denominación Común Internacional (DCI). El Expediente Digital Único en Salud (EDUS) el prescriptor debe seleccionar el medicamento biológico según su DCI el cual estará asociado al código institucional que corresponderá al disponible en la Unidad y registrado en el sistema para generar la receta en EDUS, esto permitirá su trazabilidad.

Inicio de tratamiento (pacientes nuevos) o continuación de tratamiento (pacientes crónicos)

11. El inicio o continuación del tratamiento debe llevarse a cabo con el medicamento que esté disponible en la institución prescrito bajo denominación común internacional (DCI), independientemente si se trata de un biosimilar o un producto biológico de referencia. No hay evidencia que indique que el inicio de tratamiento con un medicamento biológico de referencia o con un biosimilar genere diferencias en eficacia o seguridad, ventajas o desventajas o riesgos para la salud de los pacientes que reciban una u otra opción.

Poblaciones especiales

12. Con respecto a la intercambiabilidad de biosimilares en poblaciones especiales como la pediátrica (menores de 18 años) y mujeres embarazadas, la EMA, MHRA, FDA no han emitido ninguna advertencia o recomendación especial.

**E. Control de la seguridad de todos los medicamentos biológicos, incluidos los biosimilares.**

13. Para garantizar la seguridad de medicamentos que ofrece a la población, la Institución cuenta con un programa nacional de farmacovigilancia pasiva y activa que está en capacidad de activar protocolos de farmacovigilancia de acuerdo con las notificaciones, señales y alertas identificadas. De igual forma, en conjunto con

el Centro Nacional de Farmacovigilancia del Ministerio de Salud, la Institución realiza la investigación respectiva y, cuando se requiere, cuenta con un plan de seguimiento clínico de pacientes que valora el beneficio terapéutico de la intervención farmacológica y su evolución clínica.

14. Se cuenta con un plan de gestión de riesgo al cual se encuentra comprometido el titular del registro y con las acciones permanentes de farmacovigilancia ya establecidas a nivel institucional, nacional e internacional, se puede afirmar que la adquisición y uso de un biosimilar por parte de la institución no introduce un elemento de riesgo o peligro superior al ya conocido y/o asumido con el medicamento de referencia (original o innovador) al cual se considera comparable.
15. La Institución cuenta con el sistema de información de gestión de suministros cuya metodología permite la trazabilidad del medicamento a lo largo de la cadena de abastecimiento: código, información del fabricante, fecha de vencimiento, lote, el recorrido en las unidades o servicios entre otros datos de relevancia; asimismo, existe una real coordinación entre el almacén general, los servicios de farmacia, el Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos, funcionarios de Enlace de Farmacovigilancia CCSS y el Centro Nacional de Farmacovigilancia que permiten un seguimiento estrecho y comunicación oportuna si existiera alguna señal reportada con determinado medicamento.
16. La metodología regulada en esta normativa se acoge a la reglamentación nacional de farmacovigilancia vigente y sus modificaciones.

#### **F. Consideraciones sobre la precalificación y adquisición institucional de medicamentos biológicos**

17. Para medicamentos biológicos la Institución exige una lista de requisitos técnicos que se anexan al registro precalificado y/o expediente de compra y que son verificados antes de que el producto se ponga a disposición de los usuarios, para lo cual se atenderán las directrices institucionales específicas sobre condiciones especiales que estén vigentes a la fecha.
18. Todas las consideraciones anteriores evidencian que como parte del derecho fundamental a la salud, la Institución se apoya en una serie de salvaguardas en forma de procedimientos y requisitos incluyendo el registro sanitario ante el ente rector y la farmacovigilancia para garantizar la adquisición de productos de calidad adecuada que garanticen seguridad y eficacia, asegurando el acceso a la innovación real que significan los medicamentos biológicos incluyendo las alternativas biosimilares.

#### **G. Consideraciones sobre Medicamentos Biológicos que NO se consideran Biosimilares**

19. No todos los medicamentos biológicos que se investigan y desarrollan pretenden ser biosimilares a un medicamento innovador de referencia. En algunos casos el medicamento biológico cuenta con un desarrollo científico, experimental y clínico completamente independiente, original y propio, aunque comparta el mismo principio activo o denominación común internacional que un medicamento innovador ya comercializado. Aunque se trata de un desarrollo completamente

válido, ese tipo de producto se considera para fines de registro como un medicamento biológico nuevo y como tal no puede asumir para su propio desarrollo datos de seguridad y eficacia del medicamento innovador o de referencia ni extrapolar sus indicaciones. Los medicamentos biológicos desarrollados de esta manera se convierten en productos innovadores por sí mismos (también denominados stand-alone). En este contexto la Institución puede considerar dos medicamentos biológicos con desarrollos completamente independientes como alternativas, si ambas se han registrado con evidencia de calidad, seguridad y eficacia para todas las indicaciones requeridas por la Institución. Estos medicamentos pueden ser alternativas terapéuticas equivalentes para las mismas indicaciones e incluso compartir el mismo código institucional.

20. Riesgo de los Medicamentos Biológicos No Comparables (NCBs): Es un tipo de medicamento biológico que se desarrolla y comercializa en algunas regiones; pero, a diferencia de un biosimilar, un NCB no cuenta con la evidencia científica de comparabilidad que permita garantizar un perfil de calidad, seguridad y eficacia equivalente al medicamento de referencia para las indicaciones y pautas autorizadas, aprovechándose de la falta o vencimiento de la protección de patente. Por tanto, un NCB no es un medicamento biosimilar ni puede asumir esa denominación. La institución tiene como política no adquirir NCBs y se apoya en la regulación vigente en Costa Rica.

#### **H. Educación al paciente y a los profesionales de la salud (médicos, farmacéuticos, enfermeros) sobre medicamento biológico (referencia o biosimilar) disponible o cambio de origen**

21. La Institución reconoce la necesidad de velar por que los pacientes estén adecuadamente informados sobre las ventajas y los posibles efectos adversos de la terapia con medicamentos biológicos antes de comenzar el tratamiento independientemente de que se trate del medicamento de referencia o el biosimilar. De la misma manera, deben estar informados sobre la posibilidad de intercambio de medicamento biológico de referencia que reciben por una alternativa biosimilar o viceversa y las razones que lo justifican y sobre el seguimiento especial que puede implicar.
22. Los prescriptores, farmacéuticos, enfermeros y demás personal de salud involucrado en la prescripción, dispensación y administración de medicamentos biológicos deben estar adecuadamente informados sobre el medicamento biológico (marca) que está siendo adquirido por la institución, sea el medicamento de referencia o un biosimilar. En caso de que un nuevo proceso de adquisición resulte en un intercambio respecto a la marca disponible, se debe informar igualmente a dicho personal de salud para que estén enterados.

## 2. MODIFICACIÓN:

Actualización del formulario "Formulario para solicitud de inclusión, exclusión o modificación de fármacos de la lista oficial de medicamentos de la C.C.S.S" se modifica en aspectos de formato y descripción de los apartados que lo conforman, a fin de que se indique de forma clara la información requerida para el análisis de las modificaciones en la LOM.

- Localización** – **Anexo 1.**
- **Formulario: Formulario para solicitud de inclusión, exclusión o modificación de fármacos de la lista oficial de medicamentos de la C.C.S.S,**
- Sesión CCF** – 2023-25
- Observaciones** – Esta modificación fue comunicada mediante circular: DFE-AMTC-1616-2023

A continuación, formulario del anexo 1:



**Caja Costarricense De Seguro Social**  
**Gerencia Médica**  
**Comité Central De Farmacoterapia**

**Correo electrónico: ccfarmaco@CCSS.sa.cr**

### **Formulario para solicitud de inclusión, exclusión o modificación de fármacos de la lista oficial de medicamentos de la C.C.S.S.**

**1. Tipo de Propuesta:**  Inclusión  Exclusión  Modificación

#### **2. Sobre el Medicamento:**

**Nombre según denominación común internacional:** \_\_\_\_\_

Registro Sanitario Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Numero de registro \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor o distribuidor:-- \_\_\_\_\_

Forma farmacéutica y potencia: \_\_\_\_\_

Indicación de uso: \_\_\_\_\_

Dosis y tiempo de uso en adultos: \_\_\_\_\_

Dosis y tiempo de uso en la población pediátrica: \_\_\_\_\_

Costo unitario del medicamento: \_\_\_\_\_

**3. Criterios de uso para inclusión:**

Indicación terapéutica \_\_\_\_\_

Población en que se va a utilizar \_\_\_\_\_

Beneficios esperados \_\_\_\_\_

Precauciones de uso: \_\_\_\_\_

Contraindicaciones: \_\_\_\_\_

Toxicidad: \_\_\_\_\_

**3.1. Indique si existe uno o más medicamentos de su misma clasificación terapéutica incluido en la LOM**

NO       SI   Cuál (es) \_\_\_\_\_

Indicar porqué el medicamento solicitado es superior o se requiere a pesar del medicamento ya existente:

**3.2. Proyección de necesidades:**

Estimación de cantidad de pacientes tributarios: \_\_\_\_\_

Estimación de cantidad de medicamento requerido. Se debe indicar si la estimación es mensual o anual y la unidad de medida utilizada (CN, FA, UD, etc.): \_\_\_\_\_

**4. En caso de exclusión indique si existen otros medicamentos en la LOM que pueden reemplazarlo:**

NO       SI   Cuál (es) \_\_\_\_\_

Motivo para solicitar la exclusión: \_\_\_\_\_

**5. En caso de modificación indique:**

Nueva forma farmacéutica (fuerza o presentación): \_\_\_\_\_

Modificación en las restricciones de uso (anotar beneficios de la modificación y justificación técnica si corresponde)

Estimación de cantidad de pacientes adicionales que se beneficiarían con la modificación: \_\_\_\_\_

Estimación de la cantidad de medicamento requerido por la modificación \_\_\_\_\_

**6. Análisis de la evidencia científica que justifica la solicitud planteada:**

*Se debe hacer un resumen del análisis de la evidencia científica, enfatizando la información de eficacia seguridad del medicamento, adjuntando las referencias bibliográficas (ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, etc.) Se solicita no adjuntar el artículo completo o revisiones bibliográficas. Utilizar hojas adicionales en caso necesario.*

**6. Datos del proponente:**

- Nombre y cargo en la CCSS: \_\_\_\_\_
- Centro o establecimiento de trabajo de la CCSS: \_\_\_\_\_

**Contacto para notificaciones:**

Teléfono (personal o del servicio): \_\_\_\_\_

Correo electrónico Institucional: \_\_\_\_\_ Correo alternativo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

**Opinión y recomendación del Comité Local:**

*Avalado en Sesión 2023-25 (GM-CCF-3283-2023)*

**3. MODIFICACIÓN:**

Modificación de la normativa LOM correspondiente al apartado sobre el requerimiento excepcional de un despacho de recetas por un periodo mayor a un mes.

Como complemento, se incorporan el formulario de solicitud de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes (Anexo 12 de la LOM) y formulario de aceptación sobre la solicitud de adelanto de despacho de medicamentos (Anexo 13 de la LOM). A continuación se presenta tabla comparativa para facilitar la visualización de los cambios y los anexos mencionados anteriormente

- Localización**
- **12.2.19 a 12.2.23.**
  - **Anexo 12: Formulario de solicitud de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes**
  - **Anexo 13 :Formulario de aceptación de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes.**

**Sesión CCF** – 2023-33

**Observaciones** – Esta modificación fue comunicada mediante circular: DFE-AMTC-1655-2023

A continuación, el detalle:

**Requerimiento excepcional de un despacho de recetas por un periodo mayor a un mes.**

III.2.19 Ante una necesidad excepcional para el despacho de medicamentos LOM o NO LOM por un periodo mayor a 30 días (por ejemplo: viaje fuera del país), la farmacia debe informar al paciente que es su responsabilidad la realización con antelación de las gestiones del caso e instruir para presentar ante el Servicio de Farmacia del centro de salud de adscripción del paciente, los siguientes requisitos:

- a. Formulario de solicitud de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes (Anexo 12).
- b. Presentación del documento de identidad (cédula de identidad para nacionales y el pasaporte o documento de residencia (DIMEX) para extranjeros) de la persona que solicita (Paciente o representante legal del paciente).
- c. En caso de contar con recetas impresas, adjuntarlas.
- d. En caso de viaje fuera del país, adjuntar comprobante que evidencie la fecha de egreso del país.
- e. Autorización emitida por la Junta de Vigilancia de Drogas y Estupefacientes del Ministerio de Salud, para el caso de los medicamentos psicotrópicos y estupefacientes (en el Servicio de Farmacia se le informará al paciente como proceder y la documentación necesaria para que realice este trámite).

III.2.20 La farmacia del centro de salud de adscripción del paciente debe revisar:

- a. Perfil del paciente en SIFA del centro de salud de adscripción. En caso necesario, podría requerirse la solicitud del perfil al centro de mayor complejidad.
- b. Para medicamentos no LOM: la fecha de aprobación y clave (emitida por el CCF o por delegación CLF o AMTC); asimismo, la vigencia.
- c. Existencias de los medicamentos (LOM y no LOM), con el fin de no causar perjuicio a otros pacientes que requieren también de esos medicamentos (en casos excepcionales, se podría solicitar un extrapedido para los medicamentos LOM).
- d. Fechas de vencimiento de los productos, con el fin de que las cantidades despachadas sean acordes con la fecha de expiración. La Institución no está comprometida para adquirir medicamentos en forma individual para cubrir lapsos de tiempo mayores a los que permite la expiración del producto.

III.2.21 El análisis y resolución de la solicitud le corresponderá a la Jefatura del Servicio de Farmacia o la persona designada para ese efecto: La aprobación/despacho será por un máximo de hasta 3 meses (> 30 días a ≤ 3 meses) *no prorrogables*. Solicitudes por periodos mayores a los 3 meses, no podrán ser autorizadas a nivel local; tampoco, deberán ser trasladadas al CCF; por cuanto no es posible otorgar la excepcionalidad de despacho por un periodo mayor; de acuerdo con el *Reglamento de Seguro de Salud de la CCSS*.

- a. Para el despacho, según procedimientos establecidos para cada modalidad:

- **Recetas impresas:** establecerá mecanismos para llevar el control de las autorizaciones.
- **Recetas electrónicas:** mediante la funcionalidad en SIFA (que se encuentra en el perfil JEFAT>ARCHIVO>AUTORIZACIÓN ADELANTO DE RECETAS COPIAS SEGÚN LOM) autorizará las recetas a tramitar e incluirá la justificación en la casilla de observaciones.

III.2.22. Tras disponer de la respectiva autorización, en la farmacia y al momento del despacho ampliado de la medicación, el paciente (o su representante legal):

- a. Debe firmar un formulario de aceptación sobre la solicitud de adelanto de despacho de medicamentos (Anexo 13) [quedará en custodia del servicio de farmacia] donde consta las cantidades recibidas, la exoneración de responsabilidad de la Institución por cualquier situación que pueda generarse por su manejo.
- b. Debe ser informado sobre su responsabilidad para el uso de los medicamentos entregados, la necesidad del seguimiento clínico, así como cualquier otra recomendación pertinente en referencia a la educación del paciente.

III.2.23 En caso de que se deba tramitar otra solicitud excepcional de despacho de recetas por un periodo mayor a un mes, que no sea continua, se deberá realizar desde el inicio, el procedimiento establecido anteriormente. No se autoriza la realización de este trámite de forma consecutiva *por lo que debe existir al menos un mes de diferencia entre el último mes de tratamiento despachado y la siguiente solicitud.*

## ANEXO 12. Formulario de solicitud de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Nombre del centro de salud  
Servicio de Farmacia

### FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESPACHO EXCEPCIONAL DE RECETAS POR UN PERIODO MAYOR A UN MES

Quien suscribe, \_\_\_\_\_  
número de documento de identidad \_\_\_\_\_ en mi calidad de  
( ) Persona paciente ( ) Representante legal del paciente: \_\_\_\_\_

#### DECLARO LO SIGUIENTE:

**Primero:** Que por motivo de (Marque con una x la opción que corresponda):

( ) Viaje fuera del país por un tiempo de \_\_\_\_\_ (máximo 3 meses)  
Fecha de salida del país: \_\_\_\_\_ Fecha de regreso al país \_\_\_\_\_  
(día/mes/año) (día/mes/año)

( ) Viaje dentro del territorio nacional por un tiempo  
de \_\_\_\_\_ (máximo 3 meses)  
Justifique: \_\_\_\_\_

GERENCIA MÉDICA  
COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA

( ) Otro. Justifique: \_\_\_\_\_

**Segundo:** Que, por lo anterior, requiero que el Servicio de Farmacia de mi centro de adscripción, me autorice el adelanto y despacho excepcional de mis recetas por un periodo de \_\_\_\_\_mes(es) (*máximo 3 meses*).

**Tercero:** Que la información con la que completo este formulario de solicitud es verdadera y comprobable.

Realizo esta solicitud y firmo al ser las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_  
(*centro de salud al que se encuentra adscrito*).

Nombre de la persona paciente o representante legal	Firma	No. documento de identidad
---	-------	----------------------------

**ANEXO 13. Formulario de aceptación de despacho excepcional de recetas por un periodo mayor a un mes.**



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Nombre del centro de salud  
Servicio de Farmacia

**FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE  
DESPACHO EXCEPCIONAL DE RECETAS POR UN  
PERIODO MAYOR A UN MES**

Quien suscribe, \_\_\_\_\_,  
número de documento de identidad \_\_\_\_\_, en mi calidad  
de ( ) Persona paciente ( ) Representante legal del  
paciente: \_\_\_\_\_, dejo constancia de que, tras mi  
solicitud, el Servicio de Farmacia de mi centro de salud autorizó en forma excepcional el  
despacho adelantado de recetas por un periodo mayor a un mes, por lo que retiré los  
siguientes medicamentos, con las siguientes dosis y cantidades correspondientes a  
\_\_\_\_\_mes(es) (*máximo 3 meses*):

Medicamento	Dosis	Cantidad	Fecha de vencimiento

Soy consciente sobre mi responsabilidad con el uso de estos medicamentos y la necesidad del seguimiento y control médico. De esta forma exoneró a la CCSS de cualquier responsabilidad por cualquier situación que pueda generarse por su manejo.

Nombre de la persona paciente o quien retira	Firma	No. documento de identidad
Nombre del funcionario del Servicio de Farmacia que entrega	Firma	Fecha de entrega

#### 4. MODIFICACIÓN:

Se elimina la información relacionada al requisito de “verificación presupuestaria”

- Localización** – **Capítulo V:** V.13.4, V.13.5, V.14.4, V.15.6  
– **Anexo 3.** Formulario para solicitud de un medicamento no LOM para tratamiento crónico en la Caja Costarricense de Seguro Social
- Sesión CCF** – 2023-38
- Observaciones** – Esta modificación fue comunicada mediante circular: GM-CCF-5106-2023

A continuación el detalle:

#### **Capítulo V. Solicitud de medicamentos NO LOM**

**V.13.** Gestión para tratamiento crónico.

(...)

V.13.4 El Comité Local, previa verificación del cumplimiento de los protocolos o cuestionarios, así como de los aspectos administrativos vigentes para la adquisición de medicamentos no LOM, valorará en sesión el caso y emitirá una resolución razonada, en concordancia con argumentos válidos, la información científica de alta calidad y los lineamientos establecidos por el CCF.

V.13.5 Si el Comité Local acoge la solicitud para uso crónico del medicamento no LOM, enviará al CCF toda la documentación respectiva para su análisis y aprobación, preferiblemente vía electrónica: ccfarmaco@CCSS.sa.cr. Compete al CLF la custodia de las solicitudes impresas con firma del prescriptor, según circular CCF-5419-11-13.

**V.14** Continuaciones de tratamiento crónico con medicamentos NO LOM previamente autorizados por el CCF o por el AMTC  
(...)

Resolución de continuaciones de tratamiento crónico con medicamentos NO LOM, delegadas al CLF  
(...)

V.14.4 La solicitud de continuación será valorada en la sesión del CLF según las justificaciones clínicas y científicas pertinentes, los lineamientos establecidos por el CCF y el informe semestral sobre beneficio obtenido y, emitirá la resolución.

a. Si la resolución del CLF es positiva para la continuación del tratamiento crónico con el medicamento no LOM autorizará la compra local del medicamento por un máximo de 6 meses, casos excepcionales avalados por el CCF hasta por 12 meses y, deberá comunicar al prescriptor a través de la Jefatura del Servicio de la Unidad. El prescriptor ya con la autorización, emitirá la receta correspondiente.

**V.15** Gestión local según acreditación para medicamentos NO LOM  
(...)

V.15.6 El Comité Local, previa verificación de los protocolos y cuestionarios, así como del cumplimiento de los aspectos administrativos vigentes para la adquisición de medicamentos no LOM, valorará en sesión cada solicitud y emitirá una resolución razonada, en concordancia con los lineamientos establecidos por el CCF en la Acreditación.

Con respecto al anexo 3:

**Anexo 3. Formulario para solicitud de medicamento no LOM para tratamiento crónico en la CCSS.**

**Formulario para solicitud de un medicamento no LOM para tratamiento crónico en la Caja Costarricense de Seguro Social**

Este es un documento de uso oficial de la CCSS con información confidencial, avalado por Comité Central de Farmacoterapia en su sesión **2023-20**, celebrada el 19 de mayo de 2023

**Art. 9 Código de Moral Médica:** Todo documento médico debe estar estrictamente apegado a la verdad

**1. Identificación**

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Centro médico: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

No. de identificación: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

Residencia: \_\_\_\_\_

Fecha de primera consulta en la especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre del prescriptor: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
Especialidad \_\_\_\_\_ Teléfono contacto del prescriptor: \_\_\_\_\_

**2. Medicamento solicitado:**

Nombre principio activo: \_\_\_\_\_ Presentación y fuerza: \_\_\_\_\_  
Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Vía de administración: \_\_\_\_\_  
Duración del tratamiento: \_\_\_\_\_ Solicitud por:  Primera vez  Continuación

**En caso de continuación señalar:** Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Centro médico que lo inició: \_\_\_\_\_ Clave de autorización (CCF, DFE, CLF): \_\_\_\_\_

Iniciado por otros medios (especifique): \_\_\_\_\_

**3. Diagnósticos que justifiquen la presente solicitud del medicamento NO LOM:**

**4. Tratamiento(s) farmacológico(s) actual(es) o el último recibido para esta patología (especificar dosis máximas prescrita y respuesta obtenida), en el siguiente cuadro:**

Medicamento	Fecha inicio	Dosis	Fecha SS	Respuesta/ motivo de suspensión /observaciones

**5. Epicrisis:** resumen breve del caso con descripción cronológica de la evolución clínica e intervenciones terapéuticas, estudios relevantes y otros (anotar AHF, APP y APNP), anotar tratamientos farmacológicos actuales para las comorbilidades. En caso de continuaciones **solo** brindar la información de la evolución posterior al tratamiento solicitado y los cuadros comparativos necesarios previo y posterior al tratamiento:

Peso \_\_\_\_\_ Kg    Talla \_\_\_\_\_ cm    ASC: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>    IMC: \_\_\_\_\_  
Kg/m<sup>2</sup>    ECOG: \_\_\_\_\_

Adjuntar resultados de laboratorio, gabinete y escalas pertinentes en orden cronológico:

Fecha	Estudio	Resultado	Tratamientos en el momento del estudio

**6. Justificación científica de la solicitud:** Anotar lineamiento institucional que apoya el uso del medicamento. Si no existe un lineamiento institucional se debe hacer un resumen del análisis de la evidencia científica en el contexto clínico del paciente, enfatizando la información de seguridad y beneficio para el paciente. Se puede adjuntar la lista de referencias bibliográficas, no adjuntar el artículo completo ni revisiones bibliográficas del medicamento o del tema.

**7. Declaración jurada sobre inexistencia de conflicto de interés y veracidad de los datos clínicos del caso:** Yo \_\_\_\_\_, código del Colegio de Médicos y Cirujanos \_\_\_\_\_,

**DECLARO** lo siguiente: 1. Esta solicitud de uso de medicamento NO LOM, la realizo sin conflicto de interés alguno, que ponga en duda la imparcialidad de la información suministrada y sin que propicie algún beneficio o favorecimiento a mi favor o terceros. 2. Que me comprometo a documentar e informar objetivamente la evolución clínica y el resultado producto de la intervención a este paciente con el medicamento NO LOM solicitado, así como todo aquello que me sea requerido en relación con la prescripción del medicamento solicitado y mantener un seguimiento adecuado del paciente o delegar lo anterior de modificarse mi condición de médico tratante. 3. Finalmente declaro que **sí ( ) no ( )** he atendido en Consulta Privada a : (Nombre completo del paciente) \_\_\_\_\_, número de identificación: \_\_\_\_\_.

Firma del médico solicitante: \_\_\_\_\_

**8. Sesión clínica del servicio que avaló la solicitud actual del medicamento.**

Acuerdo de la sesión justificando la solicitud del medicamento:

Nº de sesión

\_\_\_\_\_

Fecha de la sesión:

\_\_\_\_\_

Nombre y código del coordinador de la sesión:

\_\_\_\_\_

Firma del coordinador de la sesión:

\_\_\_\_\_

**9. Criterio del Comité Local de Farmacoterapia:**

Acuerdo de la sesión:

N° de sesión:

\_\_\_\_\_

Fecha de la sesión:

\_\_\_\_\_

Costo del medicamento:

Costo del medicamento: (coordinar con CLF)

Unitario: \_\_\_\_\_

Mensual: \_\_\_\_\_

Semestral: \_\_\_\_\_

Cuenta con registro sanitario:  Si  No    Cuenta con proveedor:  Si  No

Nombre y código del coordinador del Comité Local:

\_\_\_\_\_

Firma del coordinador de la sesión o secretaría técnica del CLF:

\_\_\_\_\_

### 5. MODIFICACIÓN: Capítulo III.

En relación con solicitud recibida, El Comité Central de Farmacoterapia procedió a analizar en forma integral varios aspectos de relevancia en la normativa LOM relacionados con la prescripción de medicamentos, avalando modificaciones en los apartados III.1. prescripción, III.6.1 y III.6.2 sobre las recetas copias de medicamentos especializados para continuar el despacho en el primer o segundo nivel de atención, III.7.2 y III.7.3 relacionados con las solicitudes de autorización de claves SA y III.10.5 telemedicina y programa de consulta especializada a distancia

#### Localización – Capítulo III:

- III.1: Prescripción.
- **III.6:** Prescripciones (recetas copias) de medicamentos especializados para continuar el despacho en el primer o segundo nivel de atención: Las actualizaciones se realizan en los puntos III.6.1, III.6.2
- III.7.2: Gestión ante la necesidad de medicamentos LOM almacenables con diferente nivel de usuario.
- III.7.3: Gestión ante la necesidad de medicamentos LOM no almacenables (Z) con diferente nivel de usuario.
- III.10.5: Telemedicina y programa de consulta especializada a distancia.

**Sesión CCF** – 2023-45

**Observaciones** – Esta modificación fue comunicada mediante circular: DFE-AMTC-2088-2023

A continuación, la normativa actualizada, que contiene la explicación de la modificación avalada por el Comité Central de Farmacoterapia:

**I. Apartado III.1. Prescripción.**

*En este apartado se realizaron mejoras en la redacción de la norma, ordenamiento de la información, aclaración en la forma de realizar la prescripción (electrónica o por medio de recetario impreso [recetas en papel]). Complementariamente, la ampliación del periodo máximo para la emisión de recetas continuas para tratamiento crónico; excepcionalmente, hasta la próxima consulta con un máximo de hasta 18 meses:*

**III.1. prescripción**

III.1.1 En la CCSS, los médicos, prescribirán medicamentos incluidos en la LOM o no LOM previamente autorizados por el CCF, el AMTC o el Comité Local de Farmacoterapia (CLF) según sus competencias. Los odontólogos y enfermeras obstétricas podrán prescribir medicamentos autorizados dentro del área de su profesión.

III.1.2 Los profesionales médicos con especialidad y subespecialidad inscritas ante el Colegio de Médicos y Cirujanos o aquellos con algún permiso especial de dicho colegio podrán prescribir medicamentos LOM en cumplimiento de la clave y el nivel de usuario (desde el punto de vista técnico) y sin importar la plaza (desde el punto de vista administrativo) en la que está nombrado; para ello, el Servicio médico correspondiente tiene la responsabilidad de comunicar estos casos de manera formal al Servicio de Farmacia.

Los médicos subespecialistas que no posean la especialidad de Medicina Interna inscrita en el Colegio de Médicos y Cirujanos solo podrán prescribir los medicamentos propios de su subespecialidad y los permitidos a medicina general.

III.1.3 En el caso de inicio de tratamiento con medicamentos LOM y NO LOM para uso especializado, las prescripciones deben ser realizadas por el médico asistente especialista responsable (**No** pueden ser realizadas por los médicos residentes). En el caso de las continuaciones de estos tratamientos, los médicos residentes y médicos generales contratados como apoyo en los servicios médicos especializados deben atender lo establecido en III.5.7 a III.5.10 de esta normativa.

III.1.4 La prescripción podrá realizarse de la siguiente forma:

- I. Prescripción electrónica que se llena y genera en SIES mediante la plataforma oficial en EDUS y enviada directamente a Sistema Integrado de Farmacia (SIFA) en forma electrónica. En este caso aplica el código de acceso exclusivo.
- II. Prescripción electrónica que se llena y genera en SIES mediante la plataforma oficial en EDUS:

- a. se imprime y debe contener firma y código del prescriptor (se anota por única vez al final del documento). Esta debe ser presentada a la farmacia en forma física.
  - b. Alternativamente, en caso de que la receta deba ser enviada a la farmacia por un medio electrónico, se tienen estas dos opciones:
    1. se imprime, para que el prescriptor la firme manualmente, se escanea y posteriormente envía por medio electrónico a la farmacia.
    2. se genera el documento en formato PDF, y se firma en forma digital la cual debe estar certificada (que cumpla con garantía de integridad, autenticidad y validez en el tiempo) y se envía a la farmacia por correo electrónico.
- III. Prescripción en recetario impreso (recetas en papel):
- a. Anotación a mano y con letra clara y legible, únicamente con bolígrafo o pluma de tinta indeleble (color azul o negro).
  - b. Uso de otras técnicas o medios alternativos que permitan la impresión de la información (Ej. Impresora, sellos con el nombre fuerza, frecuencia y vía de administración de medicamentos específicos).
  - c. Es responsabilidad del prescriptor anotar en forma clara y legible como mínimo el nombre y los dos apellidos del paciente; alternativamente, puede hacer uso de los recetarios y etiquetas oficiales de la Institución en formato electrónico.
  - d. Los psicotrópicos y estupefacientes deberán ser prescritos en los recetarios de la Junta de Vigilancia de Drogas y Estupefacientes del Ministerio de Salud y cumplir con las disposiciones vigentes.
  - e. Cada prescripción debe contener firma y código del profesional en salud autorizado. Como excepción para las recetas de unidosis de pacientes hospitalizados, se anota por única vez al final del documento.
  - f. Las recetas deben estar libres de suciedad, manchas, tachaduras o cualquier otro elemento que genere duda en cuanto a la dosificación, tipo de medicamento, cantidad de productos, firma del médico u otro elemento esencial desde el punto de vista técnico administrativo o técnico clínico para su despacho.
- III.1.5 Cada prescripción debe:
- a. Ser anotada por el prescriptor en el expediente; alternativamente, en la hoja clínica de consulta del paciente.
  - b. Ajustarse al nivel de usuario, clave establecida, indicaciones oficiales para uso clínico, las dosificaciones terapéuticas y las vías de administración establecidas.  
Ante una necesidad excepcional para uso en condiciones diferentes, el caso deberá ser presentado al CCF usando los formularios y el procedimiento ya establecido para medicamentos no LOM. En el caso de situaciones agudas y urgentes de pacientes hospitalizados, se envía la solicitud al AMTC.
  - c. Indicar el nombre del medicamento en denominación común internacional (DCI), la potencia o fuerza, la cantidad a despachar, la

dosis con el intervalo o frecuencia de administración, la vía de administración y la instrucción. Dos excepciones:

1. En la prescripción de un medicamento disponible en una única forma farmacéutica, la anotación de la potencia o fuerza no es indispensable.
  2. En la prescripción de un medicamento para el tratamiento de patologías crónicas, la anotación de la cantidad a despachar no es indispensable, bajo el supuesto de que corresponde a 1 mes de tratamiento.
- d. En el caso de pacientes pediátricos debe contener el peso del paciente y la edad gestacional en mujeres embarazadas.
- e. El número de medicamentos prescritos en cada consulta debe responder a las patologías atendidas que requieren tratamiento con medicamentos.
- f. La prescripción máxima por receta será para 30 días de tratamiento. Como excepción, podrá prescribirse:
- Un tratamiento completo que no supere las 6 semanas de duración.
  - Los anticonceptivos orales hasta por tres meses (máximo 3 ciclos),
  - Los psicotrópicos para el tratamiento de la epilepsia, hasta por 90 días (3 meses),
  - El metilfenidato, hasta por 90 días (3 meses).
- g. Para el tratamiento crónico el periodo máximo para emisión de recetas continuas con cobertura mensual es de seis meses o excepcionalmente, hasta la próxima consulta, para lo cual el prescriptor podrá emitir una receta original y las copias necesarias (emitidas en forma clara y legible, hasta la próxima consulta con un máximo de 18 meses).
- h. La prescripción en los Servicios de Emergencias será por 3 (tres) días. Con dos excepciones:
- Tratamiento con antibióticos, ciclos cortos de corticosteroides u otros que requieran esquema completo (por ejemplo: malaria, agresión sexual y otros), donde aplica la prescripción por tiempo definido.
  - Pacientes que llegan con una patología compleja y se les identifica una nueva condición crónica o una alteración de una condición crónica preexistente, se les puede prescribir los medicamentos pertinentes hasta por un mes (30 días), con el fin de favorecer la disposición del tratamiento mientras el paciente obtiene su seguimiento oportuno. El prescriptor deberá informar a la farmacia local para apoyar la dispensación mediante una anotación o referencia que especifique la situación actual.
- i. La duración del tratamiento en prescripciones emitidas en la consulta vespertina o extemporánea dependerá de la organización local, según se brinde una consulta externa regular o un apoyo al servicio de emergencias.

III.1.6 Como parte del acto de prescripción (electrónica o impresa), al finalizar la consulta médica, se debe instruir al paciente sobre cómo proceder para el retiro de sus medicamentos en la farmacia de forma oportuna.

III.1.7 En el caso de requerirse la utilización de una modalidad alternativa a la atención presencial aprovechando telemedicina u otros medios tecnológicos de información y comunicación disponibles y medie una recomendación para la utilización de un medicamento; la unidad consultada puede generar la prescripción en cumpliendo con III.1.4 Y III.1.5.

## II. Apartados III.6.1 y III.6.2

*En relación con la emisión de recetas continuas para tratamiento crónico; excepcionalmente, se amplía el periodo máximo hasta la próxima consulta con un máximo de hasta 18 meses; los cuales son acordes con la modificación realizada en este contexto en III.1.5 mencionado anteriormente:*

### **III.6. PRESCRIPCIONES (RECETAS COPIAS) DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS PARA CONTINUAR EL DESPACHO EN EL PRIMER O SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

III.6.1 Cuando un paciente es atendido por:

- a. Un médico especialista en un nivel de atención de mayor complejidad.
- b. En la atención de los pacientes hospitalizados por parte de los médicos residentes o en la consulta especializada de pacientes ambulatorios (Consulta Externa) realizada por los médicos residentes o médicos generales (contratados como apoyo en los servicios médicos especializados) bajo las condiciones mencionadas en el III.5.7 (puntos a y b y c), III.5.8 y III.5.9.

y se le prescribe medicamentos LOM que tienen lineamientos específicos para uso institucional y para tratamiento crónico (duración mayor a 30 días), aún entre las citas de control, se deberá cumplir con lo siguiente:

- a. El periodo máximo para emisión de recetas continuas es de seis meses, el prescriptor podrá emitir en forma clara y legible, una receta original (primer mes) y hasta un máximo de 5 copias (total 5 meses adicionales) o excepcionalmente, las recetas copias necesarias hasta la próxima consulta [máximo 18 meses]
- b. La farmacia del centro de un nivel de atención de mayor complejidad despachará la primera receta, para cubrir el tratamiento por un período de 30 días. La farmacia deberá anotar al dorso la fecha correspondiente para el retiro de las recetas subsecuentes (copias) en los meses siguientes. Si la prescripción de subsecuentes se realiza con receta electrónica SIFA-SIES, la farmacia entregará al paciente el respectivo comprobante con las fechas de retiro para los meses de tratamiento.
- c. La farmacia del centro especializado instruirá al paciente para que presente las siguientes recetas (copias) en la farmacia de su unidad de adscripción, lo más pronto posible (preferiblemente con al menos 22 días, antes de que se le acabe el mes de tratamiento actual).

- III.6.2 El paciente podrá retirar sus medicamentos con las recetas copias emitidas (total 5 meses seguidos o las necesarias hasta la próxima consulta por un máximo de 18 meses), en la farmacia de su unidad de adscripción, para sí evitar desplazamientos y gastos innecesarios.
- a. Para el caso de los medicamentos NO-LOM y Tránsito (Z) de compra en el centro de salud de mayor complejidad, se le deberá indicar al paciente que deberá presentar la(s) copia(s) en la farmacia del centro de adscripción lo más pronto posible (preferiblemente con al menos 22 días, antes de que se le acabe el mes de tratamiento actual) a efectos de que se realicen los traslados entre unidades.  
Cuando los medicamentos NO-LOM y tránsito (Z) tienen la demanda de un grupo de pacientes que permitan implementar mecanismos de coordinación entre farmacias más oportunos y efectivos, es factible que se estimen las necesidades de los mismos para que se hagan traslados entre farmacias y con ello se atiendan por períodos definidos esas necesidades, todo ello a partir del número de pacientes y consumos estimados, a efectos de que se encuentren disponibles en el momento que el paciente presente su receta en el lugar de adscripción y se apoye el acceso oportuno y la adecuada adherencia al tratamiento.
  - b. Los medicamentos con clave M, deberán estar disponibles en todas las farmacias para su despacho oportuno al paciente.
  - c. Para el caso de los medicamentos con clave E, R y RE para los cuales ya se cuenta con existencias a nivel local a través de los Centros Regionales de Distribución, se deberá de seguir el procedimiento definido regionalmente para la coordinación entre los servicios de farmacia de las Áreas de Salud y la farmacia que funge como Centro Regional de Distribución a efectos de actualizar las cuotas y el listado de los pacientes.
  - d. Cuando la farmacia ya cuenta con presupuesto de despacho del medicamento especializado, puede solicitar una modificación de la cuota ante la Sub-Área de Evaluación de Insumos y Suministros de la Gerencia de Logística, para cubrir la necesidad.
  - e. Para aquellos casos en los que no es posible hacer efectiva la disponibilidad inmediata del medicamento para despacho al paciente localmente ni a través del Centro Regional de Distribución, se dispone de un mecanismo para gestión de extrapedido (EA) ante el Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica (componente de apoyo logístico al suministro), trámite que se debe acompañar de una adecuada justificación y estimación de necesidades.

### III. Apartados III.7.2 y III.7.3.

*Para los casos en donde se genere la prescripción de un fármaco que no sea concordante con el nivel de usuario LOM pero que, si cumple con la clave LOM en lo referente a especialidad, se podrá eximir de trámite de solicitud de clave SA; caso contrario, deberá realizarse dicho trámite:*

**III.7.2. Gestión ante la necesidad de medicamentos LOM almacenables con diferente nivel de usuario.**

- a. Para atender la necesidad excepcional de un medicamento LOM almacenable cuyo nivel de usuario LOM no corresponde con la tipificación de la unidad donde se está generando la receta:
  - i. Si cumple con la especialidad (E, HE) o especialidad+restricción (RE, HRE) según especifique la clave de cada código LOM, se podrá eximir del trámite de solicitud de clave SA. En caso contrario, el prescriptor debe exponer solicitud razonada del medicamento mediante formulario "Trámite para la solicitud de medicamento LOM almacenable por no corresponder al nivel de usuario de la unidad (SA) [Anexo 4].
    - a. La farmacia recibe el formulario, completa la información y verifica la inexistencia local del medicamento. Remite al AMTC mediante correo electrónico.
    - b. AMTC analiza solicitud recibida y, si procede, autoriza clave SA del medicamento LOM para su despacho inmediato por el ALDI.

**III.7.3. Gestión ante la necesidad de medicamentos LOM no almacenables (Z) con diferente nivel de usuario.**

- a. Para atender la necesidad excepcional de un medicamento LOM no almacenable (Z) en un centro que no corresponde al nivel de usuario:
  - i. Si cumple con la especialidad (E, HE) o especialidad+restricción (RE, HRE) según especifique la clave de cada código LOM, se podrá eximir de solicitar el aval mediante los formularios establecidos. En caso contrario, el prescriptor debe plantear y tramitar solicitud razonada, según corresponda:
    1. Tratamiento agudo: a través de la Dirección Médica o Jefatura del Servicio o Sección correspondiente mediante el formulario de *solicitud de medicamento no incluido en la LOM* para tratamiento agudo (Anexo 2). Este debe ser enviado por correo electrónico al AMTC para su valoración.
      - El AMTC evalúa la solicitud recibida y, si procede, autoriza mediante la asignación de una clave DF-Z, que permite la adquisición del medicamento para el tratamiento agudo en esa unidad.
    2. Tratamiento crónico: debe gestionarse según el procedimiento establecido para la *solicitud de medicamento no LOM para tratamiento crónico* ante el CCF.
- b. El medicamento LOM no almacenable (Z), debe ser adquirido por cada unidad con los fondos de la partida presupuestaria específica, respetando la ficha técnica del medicamento vigente a nivel Institucional y la legislación actual.
- c. Las farmacias deberán emitir un informe semestral sobre la compra de medicamentos LOM no almacenables (Z), dirigido al Área de Farmacoeconomía-EUM de la Dirección de Farmacoepidemiología; dicho informe debe especificar código LOM, nombre, forma farmacéutica y fuerza del fármaco, cantidad comprada y los montos invertidos en la compra de cada medicamento.

**IV. Apartado III.10.5.**

*En el apartado de telemedicina y programa de consulta especializada a distancia, se asocia al apartado III.1.7 que refiere como proceder en caso de que el médico especialista recomiende la utilización de un medicamento LOM a la unidad consultante para el tratamiento del paciente: complementariamente, III.6, sobre el despacho de medicamentos prescritos en un nivel de atención de mayor complejidad:*

**III.10.5. Telemedicina y programa de consulta especializada a distancia**

- a. La utilización de plataformas informáticas (Telemedicina) permite la comunicación directa entre los niveles de atención, para facilitar el acceso a las interconsultas médicas especializadas, atención de pacientes en los servicios de urgencias y otros procedimientos institucionales.
- b. En este contexto, el médico especialista puede recomendar la utilización de un medicamento LOM a la unidad consultante para el tratamiento del paciente. Procederá según III.1.7.
- c. Cuando el medicamento recomendado no se ajusta a la clave y usuario LOM de la unidad consultante, la farmacia local deberá emitir por correo electrónico al AMTC, la solicitud correspondiente mediante el formulario para solicitud de medicamento-LOM almacenable (SA-T) por consulta especializada a distancia-telemedicina [Anexo 6].
- d. El AMTC, emite la autorización para despacho del ALDI del medicamento LOM especializado mediante la clave SA-T y reenvía el formulario a la farmacia de la unidad solicitante.
- e. Cuando el medicamento recomendado es LOM no almacenable (Z) y no cumple el nivel de usuario, corresponde a la farmacia del centro de salud de mayor nivel de complejidad donde se generó la consulta especializada, atender las necesidades de los centros de salud que por red de servicios les corresponde brindar soporte, para lo cual se debe realizar de conformidad con la estimación de pacientes y consumos de los medicamentos no almacenables (Z) que se derivan de la telemedicina y la consulta especializada a distancia, el traslado entre farmacias de esas necesidades.
- f. Cuando el medicamento recomendado no está incluido en la LOM –incluidos los medicamentos acreditados-, el médico especialista en la unidad consultada debe atender el procedimiento para solicitud de medicamento no LOM agudo o crónico, según proceda. Con la autorización del CCF o del AMTC por delegación, el médico prescriptor del hospital especializado podrá emitir la receta respectiva. Corresponde a la farmacia de la unidad consultada, su adquisición con el presupuesto local (una vez que se haya emitido la clave respectiva) para disponer del medicamento para despacho, la farmacia del centro consultante debe seguir el procedimiento establecido en III.6. para el despacho de medicamentos prescritos en un nivel de atención de mayor complejidad.

# Logros

1. Inclusión de medicamentos no LOM apoyados por el CCF con lineamientos de uso institucional, para facilitar el acceso oportuno por parte de los pacientes que los requieren. Con esto se reducirá a 0 el tiempo de espera para iniciar un tratamiento, en muchos casos.
  - a. En total, al 30 de noviembre, el Comité ha acordado la inclusión de 40 medicamentos en la LOM, que están en proceso de hacerse efectivas.
  
2. Implementación de un proceso intergerencial, liderado por la Dirección de Farmacoepidemiología, para la incorporación sostenible de medicamentos en la institución, considerando su costo, impacto financiero y organizacional, así como la disponibilidad de recursos institucionales como parte de un proceso de Evaluación de Tecnología Sanitaria. El objetivo es conocer la disponibilidad de recursos antes de decidir sobre el apoyo a un nuevo medicamento en la institución. Para esto se ha trabajado articuladamente con la Gerencia Médica, Gerencia de Logística, la Dirección Actuarial y Económica y la Gerencia Financiera.
  - a. Con este proceso se agiliza la incorporación efectiva de nuevos medicamentos
  - b. Favorece el acceso oportuno a los pacientes
  - c. Simplifica trámites para prescriptores y usuarios
  - d. Permite hacer un uso más eficiente de los recursos
  - e. Mejora calidad de servicio brindado
  - f. Disminuye judicialización en la salud.
  
3. Modificación a la normativa institucional de Medicamentos con la eliminación del requisito para realizar el formulario de solicitud para clave SA cuando llegan nuevas especialidades a un hospital o Área de Salud y en interconsultas realizadas por

telemedicina. Con esto se logra la disponibilidad oportuna de los medicamentos especializados requeridos en todos los niveles de la Institución y simplificación de trámites.

4. Apertura de Unidades Desconcentradas para la Administración de Medicamentos Especializados. Actualmente hay 4 en funcionamiento: San Carlos, Liberia, Cañas y Santa Cruz. Hay 2 unidades listas para empezar a operar en enero 2024: Puntarenas y Quepos.
5. Desarrollo en conjunto con la Gerencia de Logística de un sistema para el seguimiento del consumo de medicamentos de alto costo e impacto financiero enfocado en los productos de reciente inclusión en la LOM, para detectar tempranamente alertas que permita tomar medidas oportunas tanto sobre el abastecimiento, como en relación con su uso racional.

Este documento fue elaborado en la :

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Área de Fármaco-economía.

18 de diciembre de 2023.