

**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 829 GG-ESSALUD-2011**

Lima, 27 de mayo del 2011

**VISTOS:**

La Carta N° 5761-GCPS-ESSALUD-2011 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Carta N° 218-CFC-ORM-GCPS-ESSALUD-2011 de fecha 05 de mayo de 2011 y el Dictamen N° 046-2011 de fecha 03 de mayo de 2011 del Comité Farmacológico Central sobre la inclusión de medicamentos en el Petitorio Farmacológico, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 281-GG-ESSALUD-2006 de fecha 04 de mayo de 2006, se aprobó el Petitorio Farmacológico de ESSALUD;

Que, el numeral 7.5.2 del punto 7.5 de la Directiva de Gerencia General N° 005-GG-ESSALUD-2010, Normativa de Uso del Petitorio Farmacológico de ESSALUD, aprobada por Resolución de Gerencia General N° 232-GG-ESSALUD-2010, señala que de aprobar un expediente, el Comité Farmacológico Central emitirá un dictamen en un plazo no mayor de quince días, el mismo que será elevado por la Oficina de Recursos Médicos para inclusión, exclusión o modificación del medicamento en el Petitorio;

Que, por Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 052-GCPS-ESSALUD-2010 de fecha 10 de junio de 2010, se designó el Comité Farmacológico Central para el período 2010 - 2011;

Que, mediante el Dictamen N° 046-2011 de fecha 03 de mayo de 2011, el Comité Farmacológico Central acordó la inclusión del medicamento INTERFERÓN BETA 1B 0.25 mg / ml (25 ug / mL) x 1 ml ó más AM en el Petitorio Farmacológico de ESSALUD;

Que, el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), establece que el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir directivas y los procedimientos internos necesarios en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Estando a lo propuesto y en uso de las atribuciones conferidas;

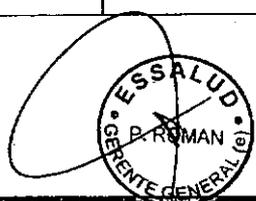
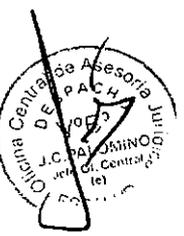
**SE RESUELVE:**

- INCLUIR** en el Petitorio Farmacológico de ESSALUD, el siguiente medicamento:

Código	Denominación según DCI	Especificaciones Técnicas	UM	Restricción de Uso	Especialidad Autorizada	Indicaciones y Observaciones
010250185	INTERFERÓN BETA 1B	0.25 mg / ml (25 ug / mL) x 1 ml ó más	AM	1, 3, 5, 8	Neurología y Neurología Pediátrica	Esclerosis múltiple recurrente remitente o secundaria progresiva

27 MAYO 2011  
 ES COPIA FIEL EL ORIGINAL  
 Seguro Social de Salud  
 USE DEMETRIO TERNONES CELIS  
 PEDATARIO SUPLENTE  
 RES. N° 052-GG-ESSALUD-2010

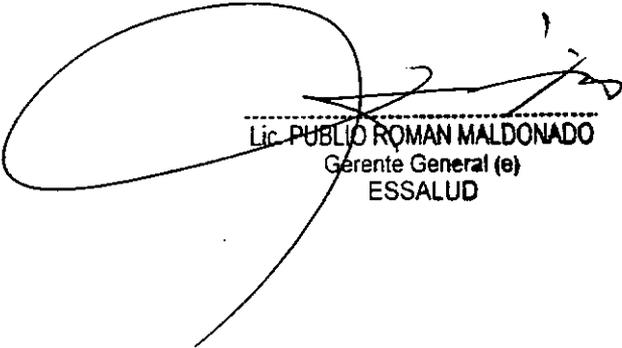
**EsSalud**  
 839-10-833



**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 829 GG-ESSALUD-2011**

- ENCARGAR** a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la difusión de la presente Resolución.
- DISPONER** que la Oficina Central de Organización e Informática realice la modificación del Petitorio Farmacológico en la página Web de ESSALUD, de acuerdo a lo establecido en la presente resolución.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE**

  
Lic. PABLO ROMAN MALDONADO  
Gerente General (e)  
ESSALUD

ES COPIA FIEL EL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

JOSE DEMETRIO TERRONES CELIS  
PEDATARIO SUPLENTE  
REG. N° 005-SG-ESSALUD/2010

27 MAYU 2011