
LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 42.355

Jueves 16 de Mayo de 2019

Página 1 de 8

Normas Generales

CVE 1590050

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública / Secretaría Regional Ministerial IX Región de la Araucanía

**APRUEBA ARSENAL FARMACOLÓGICO PARA LOS ESTABLECIMIENTOS
DE SALUD DE LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA, HOSPITALES DE BAJA
COMPLEJIDAD Y AQUELLOS TRASPASADOS A LA ADMINISTRACIÓN
MUNICIPAL DE LA JURISDICCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD DE LA
ARAUCANÍA NORTE**

(Resolución)

Núm. A-23 3.990 exenta.- Temuco, 24 de abril de 2019.

Vistos:

1. Ord. 4E3 N° 585, del 21.03.2019, del Director del Servicio de Salud Araucanía Norte mediante la cual solicita la autorización del Arsenal Farmacológico de Atención Primaria de Salud de la Red Asistencial de Malleco.
2. Nómima de medicamentos incluidos en el Arsenal Farmacológico para la Atención Primaria y Hospitales de baja complejidad del Servicio de Salud de la Araucanía Norte.

Considerando:

1. Ord. C211/N° 801, de 20.04.2006, que instó a los Servicios de Salud del país a implementar los mecanismos necesarios que permitan la actualización de los arsenales fármaco terapéuticos de todos los establecimientos de salud de la red asistencial.
2. Resolución exenta N° 757, del 2 de mayo de 1997, del Ministerio de Salud, que delegó a los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud la facultad de aprobar, por resolución, los arsenales farmacológicos básicos de los consultorios de atención primaria, ubicados en el territorio de competencia de los Servicios de Salud, situados en la respectiva región.
3. Norma General Técnica N° 113, aprobada por Resol. N° 504, de 30.06.2009, sobre Organización y Funcionamiento de los Comités de Farmacia y Terapéutica para la Red Asistencial de Salud Pública.
4. Dto. Smo. N° 466, año 1984, Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados.

Teniendo presente:

1. Las atribuciones que me confiere el DFL N° 1, del 2005, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763/79 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.
2. Decreto N° 49/27.03.2018, que designa como Secretaria Regional Ministerial de Salud Región de la Araucanía, a D. Katia Guzmán Geissbühler.
3. Resol. exenta N° D 9-8253, de fecha 26.09.2018, que designa a don Alex Olivares Vega como Jefe del Depto. de Acción Sanitaria.

CVE 1590050

Director: Juan Jorge Lazo Rodríguez
Sitio Web: www.diarioficial.cl

Mesa Central: +562 2486 3600 Email: consultas@diarioficial.cl
Dirección: Dr. Torres Boonen N°511, Providencia, Santiago, Chile.

4. La Resol. N° 1.600/08, de la Contraloría General de la República.
5. Resol. exenta N° 019810/21.12.2012, que crea los Subdeptos. en el Departamento de Acción Sanitaria de la Seremi de Salud Región de la Araucanía.
6. Resol. exenta N° 05369/13.06.2018, quien modifica la resolución exenta N° 019810/21.12.2012 en el punto N° 2 y el punto N° 5.
7. Resol. exenta N° D 9-31344, de fecha 22.12.2015, que establece el Orden de Subrogancias del Depto. de Acción Sanitaria.
8. La resolución exenta N° 14.269, del 25.08.09, de la Seremi de Salud de la Araucanía que delega facultades en el Jefe del Depto. de Acción Sanitaria para otorgar autorizaciones sanitarias, dicto lo siguiente:

Resolución:

1. Apruébase el Arsenal Farmacológico para los Establecimientos de Salud de la Red de Atención Primaria, Hospitales de baja complejidad y aquellos traspasados a la administración municipal de la jurisdicción del Servicio de Salud de la Araucanía Norte que se adjunta a la presente resolución y que consta de 6 páginas.
2. Déjase establecido que la vigencia del presente Arsenal Farmacológico es un período de dos (2) años, contados desde la fecha de la presente resolución.
3. Déjase establecido que el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Red Asistencial de la Dirección del Servicio de Salud de la Araucanía Norte deberá efectuar una revisión y actualización del Arsenal Farmacológico cada dos años.
4. Notifíquese la presente resolución al interesado a través de los funcionarios del Sub-Depto. de Profesiones Médicas, Paramédicas y Farmacia de la Seremi de Salud de la Araucanía, dejando constancia al respaldo de la copia resolutive del día, lugar y hora que se practique la diligencia.

Anótese y comuníquese.- Eu. Katia Guzmán Geissbühler, Secretaria Regional Ministerial de Salud Región de la Araucanía.

Nº	MEDICAMENTO	FORMA FARMACÉUTICA	BOBIS	HBC	CESEAM	DIALISIS	UAPO	TELEDERMA	POLLIDOLOR	TBC	OFETALMO	OTORRINO	OBSERVACIÓN
64	CICLOBENZAPRINA CLORHIDRATO	COMPRESIDO	10 MG	X	X								
65	CICLOPENTOLATO	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	1%	X	X								OPCIONAL
66	CINACALCET	COMPRESIDO	30 MG	X		X	X					X	
67	CINARIZINA O FLUNARIZINA 75 MG	COMPRESIDO	25 MG	X	X								
68	CIPROFLOXACINO	COMPRESIDO	500 MG	X	X								
69	CIPROFLOXACINO	GOTAS ÓTICAS	0.3 MG/ML	X	X							X	
70	CIPROFLOXACINO	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	0.30%	X	X		X						OPCIONAL
71	CIPROFLOXACINO/DEXAMETASONA	GOTAS ÓTICAS	3MG/1 MG/ML	X	X							X	
72	CIPROFLOXACINO/DEXAMETASONA	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	0.37%/0.1%	X	X		X						OPCIONAL
73	CITALOPRAM	COMPRESIDO	20 MG	X	X								
74	CLARITROMICINA	COMPRESIDO	500 MG	X	X								
75	CLARITROMICINA	POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL	250 MG/5/ML	X	X								
76	CLINDAMICINA	FRASCO AMPOLLA	600 MG/4ML	X	X								
77	CLINDAMICINA	GEL	1%	X	X			X					
78	CLOBETASOL PROPIONATO	CREMA DERMICA	0.05	X	X			X					
79	CLONAZEPAM	COMPRESIDO	0.5 MG Y/O 2 MG	X	X								
80	CLONIXINATO DE LISINA	FRASCO AMPOLLA	100 MG/2ML	X	X								
81	CLONIXINATO DE LISINA	COMPRESIDO	125 MG	X	X								
82	CLOPIDOGREL	COMPRESIDO	75 MG Y/O 300 MG	X	X								
83	CLORAMFENICOL Y/O GENTAMICINA SULFATO 3 MG/ML	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	0.50%	X	X						X		
84	CLORAMFENICOL Y/O GENTAMICINA SULFATO 3 MG/ML	UNGUENTO OFTÁLMICO	10 MG/ML	X	X						X		
85	CLORFENAMINA	COMPRESIDO	4 MG	X	X								
86	CLORFENAMINA	SOLUCIÓN INYECTABLE	10 MG/ML	X	X								
87	CLORFENAMINA	JARABE	2 MG/5ML	X	X								
88	CLORHEXIDINA GLUCONATO	SOLUCIÓN	2%	X	X								
89	CLORHEXIDINA GLUCONATO	SOLUCIÓN COLUTORIO	4%	X	X								
90	CLORHEXIDINA GLUCONATO	SOLUCIÓN COLUTORIO	0.12%	X	X								
91	CLORPROMAZINA	COMPRESIDO	25 MG Y/O 100 MG	X	X								
92	CLORPROMAZINA	FRASCO AMPOLLA	25 MG/2ML	X	X								
93	CLORPROMAZINA CLORHIDRATO	SOLUCIÓN INYECTABLE	12.5 MG/2ML	X	X								
94	CLORPROMAZINA CLORHIDRATO	COMPRESIDO	25 MG Y/O 100 MG	X	X								
95	CLORPROPAMIDA	COMPRESIDO	250 MG	X	X								
96	CLOTRIMAZOL	OVULO O COMPRESIDO VAGINAL	100 MG Y/O 500 MG	X	X								
97	CLOTRIMAZOL	SOLUCIÓN TÓPICA	1000 MG/100ML	X	X								
98	CLOTRIMAZOL	CREMA DERMICA	1%	X	X								
99	CLOXACILINA SÓDICA	FRASCO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE	500 MG	X	X								OPCIONAL
100	CLOXACILINA SÓDICA	FRASCO AMPOLLA	100/100/10000 MCG	X	X								
101	COMPLEJO VITAMINICO B (B1+B6+B12)	COMPRESIDO	800 MG/160MG	X	X								
102	COTRIMOXAZOL	SUSPENSIÓN ORAL	200 MG/40MG	X	X								
103	COTRIMOXAZOL	SUSPENSIÓN ORAL	200 MG/40MG	X	X								
104	DECAMETRINA O PERMETRINA O DELTAMETRINA	SHAMPOO Y/O LOCION Y/O CREMA	SEGUN FORMULA	X	X								
105	DESCONGESTIONANTE OCULAR	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	SEGUN FORMULA	X	X						X		
106	DESORATADINA	COMPRESIDO	5 MG	X	X								
107	DEXAMETASONA	COMPRESIDO	3 MG	X	X								
108	DEXAMETASONA	SOLUCIÓN INYECTABLE	4 MG/ML	X	X								OPCIONAL
109	DIAZEPAM	SOLUCIÓN INYECTABLE	5 MG/ML	X	X								
110	DIAZEPAM	COMPRESIDO	10 MG	X	X								
111	DIAZEPAM	SOLUCIÓN INYECTABLE	10 MG/2ML	X	X								
112	DICLOFENACO SÓDICO	GOTAS ORALES	15 MG/ML	X	X								
113	DICLOFENACO SÓDICO	COMPRESIDO	50 MG	X	X								
114	DICLOFENACO SÓDICO	SOLUCIÓN INYECTABLE	25 MG/ML	X	X								
115	DICLOFENACO SÓDICO	SOLUCIÓN INYECTABLE	12.5 MG	X	X							X	
116	DIFENIDOL	SUPOSITORIO	25 MG	X	X								
117	DIGOXINA	COMPRESIDO	0.25 MG	X	X								
118	DILTIAZEM	COMPRESIDO	60 MG	X	X								
119	DISULFIRAM	COMPRESIDO	500 MG	X	X								
120	DISULFIRAM	PELLET	SEGUN FORMULA	X	X								OPCIONAL
121	DOMPERIDONA CLORHIDRATO	GOTAS ORALES	10 MG/ML	X	X								
122	DOMPERIDONA CLORHIDRATO	FRASCO AMPOLLA	10 MG/2ML	X	X								
123	DOMPERIDONA CLORHIDRATO	COMPRESIDO	10 MG	X	X								
124	DOPAMINA CLORHIDRATO	SOLUCIÓN INYECTABLE	10 MG	X	X								
125	DORZOLAMIDA	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	2.00%	X	X		X						OPCIONAL

N°	MEDICAMENTO	FORMA FARMACÉUTICA	DOSES	HBC	CSFANI	DIALISIS	UAPO	TELEDERMIA	POLIDOLOR	TBC	OFTALMO	OTORRINO	OBSERVACION OPCIONAL
126	DORZOLAMIDA/TIMOLOLOL	SOLUCION OFTALMICA	20 MG/5 MG	X	X		X						
127	DOXICICLINA	CAPSULA	100 MG	X	X			X					
128	ENALAPRIL MALEATO	COMPRIMIDO	10 MG	X	X								
129	ENALAPRIL MALEATO	COMPRIMIDO	20 MG	X	X								
130	EPINEFRINA CLORHIDRATO	SOLUCION INYECTABLE	1 MG/ML	X	X								VACUNATORIO
131	EPINEFRINA RACÉMICA	SOLUCION PARA NEBULIZACION	0,50%	X	X								
132	EPOETINA ALFA O BETA HUMANA RECOMBINANTE	FRASCO AMPOLLA	2000 UI Y/O 4000 UI	X	X	X							
133	ESPIRONOLACTONA	COMPRIMIDO	25 MG	X	X								
134	ESTRADIOL	GEL TRANSDERMICO	0,5 MG	X	X								
135	ESTRADIOL MICRONIZADO	COMPRIMIDO	1 MG	X	X								
136	ESTREPTOMICINA	POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE	1000 MG	X	X					X			
137	ETAMBUTOL CLORHIDRATO	COMPRIMIDO	200 MG	X	X					X			
138	ETAMBUTOL CLORHIDRATO	COMPRIMIDO	400 MG	X	X					X			
139	ETINILESTRADIOL/LEVONORGESTREL	COMPRIMIDO	0,03 + 0,15 MG	X	X								
140	ETOMIDATO	FRASCO AMPOLLA	20 MG/10 ML	X	X								
141	FAMOTIDINA Y/O RANITIDINA	COMPRIMIDO	40 MG	X	X		X						OPCIONAL
142	FENILEFRINA	COMPRIMIDO	2,50%	X	X								
143	FENITOINA	COMPRIMIDO	100 MG	X	X								
144	FENOBARBITAL	COMPRIMIDO	100 MG	X	X								
145	PENTAMILO	FRASCO AMPOLLA	0,1 Y/O 0,25 MG/10 ML	X	X								
146	PENTAMILO	PARCHES TRANSDERMICO	25 MCG/HORA	X	X								
147	FITOMENADIONA Y/O FITOQUINONA	SOLUCION INYECTABLE	1 Y/O 10 MG/ML	X	X				X				
148	FLUCLOXACILINA	COMPRIMIDO	500 MG	X	X								
149	FLUCLOXACILINA	SUSPENSION ORAL	250 MG/5ML	X	X								
150	FLUCONAZOL	COMPRIMIDO	150 MG	X	X								
151	FLUFENAZINA	SOLUCION INYECTABLE	25 MG/ML	X	X								
152	FLUMAZENIL	FRASCO AMPOLLA	0,5 MG/5ML	X	X								
153	FLUXETINA	COMPRIMIDO	20 MG	X	X								
154	FLUTICASONA	AEROSOL PARA INHALACION	125 MCG/DOISIS	X	X								
155	FLUTICASONA + SALMETEROL	AEROSOL PARA INHALACION	125/25 MCG/DOISIS	X	X								
156	FLUTICASONA + SALMETEROL	AEROSOL PARA INHALACION	250/25 MCG/DOISIS	X	X								
157	FOSFATOS	SEGUN FORMULA	SEGUN FORMULA	X	X								
158	FUMARATO FERROSO + VITAMINAS	SEGUN FORMULA	SEGUN FORMULA	X	X								
159	FUROSEMIDA	COMPRIMIDO	20 MG	X	X								
160	FUROSEMIDA	FRASCO AMPOLLA	20 MG/ML	X	X								
161	GEMFIBROZILLO	COMPRIMIDO	300 MG Y/O 600 MG	X	X								
162	GENTAMICINA SULFATO	SOLUCION INYECTABLE	40 MG/ML	X	X								
163	GENTAMICINA/BETAMETASONA	SOLUCION OFTALMICA	0,3%/0,1%	X	X		X						OPCIONAL
164	GLIBENCLAMIDA	COMPRIMIDO	5 MG	X	X								
165	GLUCOSA	SOLUCION INYECTABLE	30%	X	X								
166	GLUCOSA + SODIOCLORURO	SOLUCION INYECTABLE	SEGUN FORMULA	X	X								
167	GRISEOFULVINA	COMPRIMIDO	500 MG	X	X								
168	HALOPERIDOL	COMPRIMIDO	5 MG/ML	X	X								
169	HALOPERIDOL	SOLUCION INYECTABLE	1 MG Y/O 5 MG	X	X								
170	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR	SOLUCION INYECTABLE	25000 UI	X	X								
171	HEPARINA SODICA	SOLUCION INYECTABLE	25000 UI/5ML	X	X								
172	HIALURONATO DE SODIO 0,4%	SOLUCION OFTALMICA	5 Y/O 10 ML	X	X		X						OPCIONAL
173	HIDRALAZINA CLORHIDRATO	COMPRIMIDO	50 MG	X	X								
174	HIDROCLOROTIAZIDA	COMPRIMIDO	50 MG	X	X								
175	HIDROCLOROTIAZIDA + TRIAMETERENE	FRASCO AMPOLLA	50 MG/25MG	X	X								
176	HIDROCLOROTIAZONA SUCCINATO	COMPRIMIDO	100 MG Y/O 500 MG	X	X								
177	HIDROCLOROTIAZONA SUCCINATO	COMPRIMIDO	1%	X	X								
178	HIDROXICINA	CREMA	20 MG	X	X			X					
179	HIERRO	COMPRIMIDO	100 MG	X	X		X						
180	IBUPROFENO	FRASCO AMPOLLA	100 MG	X	X								
181	IBUPROFENO	COMPRIMIDO	400 MG	X	X								
182	IMPURAMINA	SUSPENSION ORAL	25 MG	X	X								
183	INSULINA HUMANA CRISTALINA (NPH)	SOLUCION INYECTABLE	100 UI/ML	X	X								
184	INSULINA HUMANA ISOFAANA O RETARDADA (NPH)	SOLUCION INYECTABLE	100 UI/ML	X	X								
185	IPRATROPIO BROMURO + FENOTEROL	SOLUCION PARA NEBULIZACION	20,5 MCG/DOISIS	X	X					X			
186	ISONIAZIDA	COMPRIMIDO	100 MG	X	X								
187	ISOSORBIDE DINITRATO	COMPRIMIDO	10 MG	X	X								
188	ISOSORBIDE DINITRATO	COMPRIMIDO SUBLINGUAL	5 MG	X	X								

Nº	MEDICAMENTO	DOSES	FORMA FARMACÉUTICA	HBC	CESFAM	DIALISIS	UAPO	TELEDERMA	POLIDOLOR	TBC	OFTALMO	OTORRINO	OBSERVACIÓN
189	ITRACONAZOL	100 MG	COMPRIMIDO	X	X								
190	KETOPROFENO	50 MG Y/O 100 MG	SOLUCION INYECTABLE	X	X			X					
191	KETOPROFENO O KETOROLACO 30 MG/ML	100 MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	X	X								OPCIONAL
192	LABELTALOL	5 MG/ML	SOLUCION ORAL	X	X								
193	LACTULOSA	65 G/100ML	SOLUCION OFTALMICA	X	X						X		OPCIONAL
194	LÁGRIMAS ARTIFICIALES	0,01%	COMPRIMIDO	X	X			X					
195	LAMOTRIGINA	50 MG	SOLUCION INYECTABLE	X	X								
196	LANATOSID C	0,4 MG/2ML	SOLUCION OFTALMICA	X	X			X					OPCIONAL
197	LATANOPROST	50 MC/G/5ML	SOLUCION OFTALMICA	X	X			X					OPCIONAL
198	LATANOPROST/TIMOLOL	100 MG/ML	SOLUCION ORAL	X	X								
199	LEVETIRACETAM	500 MG	COMPRIMIDO	X	X								
200	LEVETIRACETAM	1000 MG	COMPRIMIDO	X	X								
201	LEVODOPA + BENSERAZIDA	200 MG/50 MG	COMPRIMIDO	X	X								
202	LEVODOPA + CARBIDOPA	250 MG/25 MG	CAPSULA	X	X								
203	LEVODOPA + CARBIDOPA	500 MG Y/O 750 MG	COMPRIMIDO	X	X								
204	LEVODOPA + CARBIDOPA	0,75 MG Y/O 1,5 MG	COMPRIMIDO	X	X								
205	LEVONORGESTREL	2 X 75 MG	IMPLANTE SUBDERMICO	X	X								
206	LEVONORGESTREL Y/O DESOGESTREL	0,03 MG	COMPRIMIDO	X	X								
207	LEVONORGESTREL Y/O DESOGESTREL	50 MCG	COMPRIMIDO	X	X								
208	LEVOTIROXINA SÓDICA	100 MCG	COMPRIMIDO	X	X								
209	LEVOTIROXINA SÓDICA	2%/5ML	FRASCO AMPOLLA	X	X								
210	LIDOCAINA CLORHIDRATO	2 MG	COMPRIMIDO	X	X								
211	LORAMETASA	10 MG	SUSPENSION ORAL	X	X								
212	LORATADINA	5 MG/ML	COMPRIMIDO	X	X								
213	LORATADINA	1 MG Y/O 2 MG	SUSPENSION ORAL	X	X								
214	LORAZEPAM	4 MG/2ML	COMPRIMIDO	X	X								
215	LORAZEPAM	50 MG	SOLUCION INYECTABLE	X	X								
216	LOSARTAN POTASICO	0,50%	COMPRIMIDO	X	X								
217	LOTREDINOL-ETABONATOTOBIRAMICINA	104 MG/0,65 ML	SOLUCION OFTALMICA	X	X								OPCIONAL
218	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	7,5 MG Y/O 15 MG	COMPRIMIDO	X	X								OPCIONAL
219	MELOXICAM	1000 MG/2ML	COMPRIMIDO	X	X			X					
220	METAMIZOL SÓDICO	850 MG	SOLUCION INYECTABLE	X	X								
221	METFORMINA CLORHIDRATO	250 MG	COMPRIMIDO	X	X								
222	METILDOPA	250 MG	COMPRIMIDO	X	X								
223	METILGOMETRINA MALEATO	0,2 MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	X	X								
224	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO	10 MG	COMPRIMIDO	X	X								
225	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO	10 MG/2ML	SOLUCION INYECTABLE	X	X								
226	METRONIDAZOL	500 MG	COMPRIMIDO	X	X								
227	METRONIDAZOL	500 MG/100 ML	FRASCO AMPOLLA	X	X								
228	METRONIDAZOL	500 MG	OVULO VAGINAL	X	X								
229	METRONIDAZOL	0,75%	GEL	X	X			X					
230	MIDAZOLAM	5 MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	X	X								
231	MOMETASONA	0,10%	CREMA	X	X			X					
232	MOMETASONA	50 MCG/DOSES	INHALADOR NASAL	X	X							X	
233	MORFINA	10 MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	X	X								
234	MULTIVITAMINICO ACD	2.5000UI/75MG/4000UI	GOTAS ORALES	X	X								
235	N-ACETILCISTEINA	600 MG	POLVO PARA SOLUCION ORAL	X	X								
236	NALOXONA CLORHIDRATO	0,4 MG/ML	SOLUCION OFTALMICA	X	X								
237	NEFAFENACO	0,10%	SOLUCION OFTALMICA	X	X								OPCIONAL
238	NIFEDIPINO	20 MG	COMPRIMIDO ACCION RETARDADA	X	X			X					
239	NISTATINA	100000 UI	UNGUENTO	X	X								
240	NISTATINA	100000 UI/ML	SUSPENSION ORAL	X	X								
241	NISTATINA	100000 UI	OVULO VAGINAL	X	X								
242	NITROFURANTOINA	50 MG Y/O 100 MG	COMPRIMIDO	X	X								
243	NITROGLICERINA	50 MG/10ML	FRASCO AMPOLLA	X	X								
244	NOMEGESTROL	5 MG	COMPRIMIDO	X	X								
245	NOREPINEFRINA	4 MG/4ML	SOLUCION INYECTABLE	X	X								
246	NOREPINEFRINA/ESTRADIOL	50 MG/5MG	JERINGA	X	X								
247	NOREPINEFRINA ENATATO/ESTRADIOL VALERIANATO	50 MG/5MG	AMPOLLA	X	X								
248	OLEPATADINA	0,20%	SOLUCION OFTALMICA	X	X			X					OPCIONAL
249	OMEPRAZOL	20 MG	COMPRIMIDOS O CAPSULA CON GRANULOS	X	X								
250	OMEPRAZOL	40 MG	FRASCO AMPOLLA	X	X								
251	ONDANSETRON	2 MG/ML	FRASCO AMPOLLA	X	X					X			OPCIONAL
252	OSELTAMIVIR	12 MG/ML	SUSPENSION ORAL	X	X								

Nº	MEDICAMENTO	DOSSIS	FORMA FARMACÉUTICA	IBC	CESFAM	DIALISIS	UAPO	TELEDERMA	POLIDOLOR	TBC	OFTALMO	OTORRINO	OBSERVACIÓN
253	OSELTAMIVIR	75 MG	CAPSULA	X	X								
254	ÓXIDO DE ZINC (PASTA LASSAR)	SEGUN FORMULA	CREMA	X	X								
255	OXITOCINA	5 UI/ML	SOLUCION INYECTABLE	X	X								
256	PARACETAMOL	500 MG	COMPRIMIDO	X	X								
257	PARACETAMOL	100 MG	COMPRIMIDO	X	X								
258	PARACETAMOL	100 MG/ML	GOTAS ORALES	X	X								
259	PARACETAMOL	125 MG	SUPOSITORIO	X	X								
260	PARACETAMOL	10 MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	X	X								OPCIONAL
261	PARGEVERINA	5 MG/ML	GOTAS ORALES	X	X								
262	PARGEVERINA	5 MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	X	X								
263	PARGEVERINA/METAMIZOL	5/200MG/4ML	SOLUCION INYECTABLE	X	X								
264	PEG 400/PROPILENGLICOL	0,4%+0,3%	SOLUCION OFTALMICA	X	X		X						OPCIONAL
265	PENICILINA BENZATINA	1200000 UI Y/O 24000000	POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE	X	X								
266	PENICILINA SÓDICA	10000000 UI Y/O 20000000 UI	POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE	X	X								
267	PETIDINA	50 MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	X	X								OPCIONAL
268	PILOCARPINA CLORHIDRATO	4,00%	SOLUCION OFTALMICA	X	X		X						
269	PIRAZINAMIDA	500 MG	COMPRIMIDO	X	X					X			
270	PIRIDOXINA	100 MG/ML	FRASCO AMPOLLA	X	X								
271	POLIVITAMINICO	SEGUN FORMULA	JARABE	X	X								OPCIONAL
272	POLIVITAMINICO	SEGUN FORMULA	COMPRIMIDO RECUBIERTO	X	X								OPCIONAL
273	POLIVITAMINICO CON HIERRO	SEGUN FORMULA	COMPRIMIDO RECUBIERTO	X	X								
274	POTASIO CLORURO	10%/10ML	SOLUCION INYECTABLE	X	X								
275	POTASIO CLORURO	600 MG	CAPSULA	X	X								
276	PRAMIFEXOLE	0,25 MG	COMPRIMIDO	X	X								
277	PRAMIFEXOLE	1 MG	COMPRIMIDO	X	X								
278	PREDNISOLONA ACETATO	1,00%	SOLUCION OFTALMICA	X	X								OPCIONAL
279	PREDNISONA	5 MG Y/O 20 MG	COMPRIMIDO	X	X		X						
280	PREDNISONA	20 MG/5 ML	SUSPENSION ORAL	X	X								
281	PREGABALINA	75 MG Y/O 150 MG	COMPRIMIDO	X	X								
282	PRIMIDONA	250 MG	COMPRIMIDO	X	X								
283	PROGESTERONA MICRONIZADA	100 MG Y/O 200 MG	COMPRIMIDO	X	X						X		OPCIONAL
284	PROPRACAINA	0,50%	SOLUCION OFTALMICA	X	X								
285	PROPIFENAZONA/ADIFENINA	440/50 MG	SUPOSITORIO	X	X								
286	PROPRANOLOL CLORHIDRATO	10 MG	COMPRIMIDO	X	X								
287	PROPRANOLOL CLORHIDRATO	1 MG/ML	FRASCO AMPOLLA	X	X								
288	PROPRANOLOL CLORHIDRATO	10 MG Y/O 40 MG	COMPRIMIDO	X	X								
289	QUETIAPINA	25 MG	COMPRIMIDO	X	X								
290	QUETIAPINA	100 MG	COMPRIMIDO	X	X								
291	RANITIDINA	10 MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	X	X					X			
292	RIFA/ISO/PIRAVETA	150/75/400/275 MG	COMPRIMIDO	X	X					X			
293	RIFAMPICINA	150 MG	CAPSULA	X	X					X			
294	RIFAMPICINA/ISONIAZIDA	150/15 MG	COMPRIMIDO	X	X					X			
295	RISPERIDONA	1 MG Y/O 3 MG	COMPRIMIDO	X	X								
296	SALBUTAMOL SULFATO	0,50%	SOLUCION PARA NEBULIZACION	X	X								
297	SALBUTAMOL SULFATO	100 MCG/DOSIS	SUSPENSION PARA INHALACION	X	X								
298	SALES REHIDRATANTES	60 MEQ/L Y/O 90 MEQ/L	POLVO PARA SOLUCION ORAL	X	X								
299	SALICILATO DE METILO (BENGUE)	5%	CREMA	X	X								
300	SALMETEROL	25 MCG/DOSIS	AEROSOL PARA INHALACION	X	X								
301	SERTRALINA	50 MG	COMPRIMIDO	X	X								
302	SODIO BICARBONATO	8,40%	SOLUCION INYECTABLE	X	X								
303	SUCCINILCOLINA CLORURO	100 MG/5ML	FRASCO AMPOLLA	X	X								
304	SULFATO FERROSO	200 MG/ML	GOTAS ORALES	X	X								
305	SULFATO FERROSO	200 MG	COMPRIMIDO	X	X								OPCIONAL
306	SULFATO MAGNESIO	25%/5ML	SOLUCION INYECTABLE	X	X								
307	T DE COBRE 380 A		DISPOSITIVO	X	X								TTTO CA MAMA
308	TAMOXIFENO	20 MG	COMPRIMIDO	X	X								
309	TENECTEPLA SE	10000 UI	POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE	X	X								
310	TERBINAFINA	250 MG	COMPRIMIDO	X	X			X					
311	TETRACICLINA	250 MG	COMPRIMIDO	X	X								
312	TIAMINA CLORHIDRATO	30 MG/ML	FRASCO AMPOLLA	X	X								
313	TIBOLONA	2,5 MG	COMPRIMIDO	X	X								
314	TIMOLOL	0,50%	SOLUCION OFTALMICA	X	X								OPCIONAL
315	TOBRAMICINA	0,30%	SOLUCION OFTALMICA	X	X								OPCIONAL
316	TOBRAMICINA/DEYAMETASONA	0,30%	SOLUCION OFTALMICA	X	X								OPCIONAL
317	TRAMADOL CLORHIDRATO	3,5 G	SOLUCION OFTALMICA	X	X								
		100 MG/ML	GOTAS ORALES	X	X								

N°	MEDICAMENTO	DOSES	FORMA FARMACÉUTICA	HBC	CESFAM	DIALISIS	UAFD	TELEDERMA	FOLIDOLORE	TBC	OFAL.MD	OTORRING	OBSERVACIÓN
318	TRAMADOL CLORHIDRATO	50 MG	COMPRESIDO O CÁPSULA	X	X								
319	TRAMADOL CLORHIDRATO	10 MG/ML	SOLUCION INYECTABLE	X									
320	TRAVOPROST	0,004%	SOLUCION OFTALMICA				X						OPCIONAL
321	TRAVOPROST/TIMOLOL	0,004%/0,5%	SOLUCION OFTALMICA				X						OPCIONAL
322	TRIHEXIFENIDIL CLORHIDRATO	2 MG	COMPRESIDO	X	X								
323	TROPICAMIDA	1%	SOLUCION OFTALMICA				X						
324	VIREA	5% Y/O 10%	GEL Y/O LOCION	X	X			X					
325	VASELINA	6%	UNGUENTO	X	X								
326	VASELINA AZUFRADA	6%	POMADA	X	X								
327	VASELINA LIQUIDA	10%	SOLUCION ORAL	X	X								
328	VENLAFAXINA	75 MG	COMPRESIDO	X	X								
329	VERAPAMILLO	5 MG/2ML	FRASCO AMPOLLA	X	X								
330	ZOPICLONA	7,5 MG	COMPRESIDO	X	X								

GLOSARIO

X: INDICA EN CUAL ESTABLECIMIENTO DEBE ESTAR DISPONIBLE CADA FARMACO
 HBC: HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD
 CESFAM: CENTRO DE SALUD FAMILIAR
 DIALISIS: HEMODIALISIS
 OFTAL.MD: OFTALMOLOGIA
 OFTALMOL: OFTALMOLÓGICO
 TELEDERMA: TELEDERMATOLOGÍA
 POLIDOLORE: POLICLINICO DEL DOLOR
 OTORRING: OTORRINOLARINGOLOGÍA
 TBC: TUBERCULOSIS
 TTD CA MAMA: TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA
 OPCIONAL: EL CENTRO DE SALUD, DENTRO DE SU NIVEL DE COMPLEJIDAD (CESFAM U HOSPITAL), PODRÁ DEFINIR SI DICHO MEDICAMENTO ES INCORPORADO A SU ARSENAL LOCAL O NO, ESTO MEDIANTE RESOLUCION INTERNA DE COMITÉ DE FARMACIA Y EL RESPECTIVO DOCUMENTO.

