



NACIONAL



RESOLUCIÓN 2151/2010
MINISTERIO DE SALUD (M.S.)

Apruébanse los valores arancelarios para la facturación de los procedimientos de búsqueda en registros internacionales de procuración de células progenitoras.

Del: 06/12/2010; Boletín Oficial 14/12/2010.

VISTO el expediente N° 1-2002-4638000388/09-3 del registro del INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI), las disposiciones de las Leyes Nros. [24.193](#) de Trasplante de Organos y Tejidos y [25.392](#) de creación del Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas, los Decretos Nros. [512/95](#) y [267/03](#) del PEN; y

CONSIDERANDO:

Que mediante las actuaciones citadas en el visto, el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI), ha propiciado la actualización de los valores arancelarios para la facturación de los procedimientos de búsqueda en registros internacionales de procuración, de células progenitoras hematopoyéticas (CPH) de donante no emparentado, para pacientes de nuestro país, con indicación de trasplante y de procuración de leucocitos para infusión.

Que dichos procedimientos de búsqueda, como así también la procuración de las CPH para trasplante, tienen un costo operativo que incluye la realización de estudios de histocompatibilidad, de enfermedades infecciosas, exámenes médicos, internación del donante para la procuración de las células, procedimientos de aféresis cuando correspondan y el transporte internacional de las células a trasplantar, lo que requiere el financiamiento previo de los gastos resultantes.

Que los valores arancelarios referidos precedentemente, son establecidos por registros del exterior en moneda extranjera (dólares, euros, yenes, etc.), por lo cual, los importes vigentes han quedado desactualizados, resultando necesario efectuar un ajuste de los mismos.

Que es facultad del MINISTERIO DE SALUD, fijar los valores arancelarios de procuración de órganos y tejidos, como así también los procedimientos relacionados a la procuración de células progenitoras hematopoyéticas.

Que se cuenta con el informe previo emitido por el referido Instituto Nacional.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta de conformidad con lo dispuesto por el artículo 16 del [Decreto N° 512](#) del 10 de abril de 1995, reglamentario de la [Ley N° 24.193](#).

Por ello;

El Ministro de Salud resuelve:

Artículo 1°.- Apruébanse los valores arancelarios para la facturación de los procedimientos de búsqueda en registros internacionales de procuración de células progenitoras hematopoyéticas (CPH) de donante no emparentado para pacientes de nuestro país, con indicación de trasplante y de procuración de leucocitos para infusión, conforme los módulos previstos en el ANEXO I que forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2º.- Dispónese que para la activación de los procesos de búsqueda descritos en el artículo 1º, el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), deberá contar con el financiamiento previo proveniente de las entidades encargadas de la cobertura social del receptor, instrumentado mediante los formularios obrantes en el ANEXO II, que también forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 3º.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Juan L. Manzur.

ANEXO I

VALORES ARANCELARIOS PARA LA FACTURACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BUSQUEDA DE DONANTE NO EMPARENTADO EN REGISTROS INTERNACIONALES DE PROCURACION DE CPH PARA PACIENTES DE NUESTRO PAIS CON INDICACION DE TRASPLANTE Y DE LEUCOCITOS PARA INFUSION.

MODULO I

Comprenderá:

- a) La activación de los procesos de búsqueda efectuados por el Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas en registros de otros países, para pacientes de nuestro país con indicación de trasplante de CPH provenientes de la médula ósea, de la sangre periférica y/o de la sangre del cordón umbilical y la placenta.
- b) La realización de los estudios de enfermedades infecciosas y de Histocompatibilidad.
- c) Estudios confirmatorios HLA y de alta resolución del paciente y de hasta tres donantes seleccionados, en los loci HLA - A*, B*, Cw*, DRB1* y DQB1*.

VALOR DEL MODULO: \$ 35.000

Nota: Valor estimativo sujeto a modificación de acuerdo al importe de rendición final del gasto, al que se le adicionará un 10% correspondiente a gastos administrativos.

MODULO II

Comprenderá:

- a) La procuración de las CPH según corresponda.
 - a.1) De la médula ósea: la internación del donante, honorarios profesionales y todos los procedimientos destinados a la obtención mediante aspirado, recuentos celulares y filtrado de las CPH.
 - a.2) De la sangre periférica: administración al donante de factores estimulantes, honorarios profesionales y colecta de CPH mediante procedimiento de aféresis y recuentos celulares.
 - a.3) De la sangre del cordón umbilical y la placenta: el envío y retorno del termo en el cual se transporta la unidad.
- b) Estudios serológicos del donante o de la unidad de sangre de cordón umbilical, internación cuando corresponda del donante y todo otro estudio previo del donante.
- c) Transporte de la CPH o de la Unidad de sangre de cordón umbilical desde el centro de colecta del exterior al centro de trasplante de nuestro país.

VALOR DEL MODULO: \$ 140.000

Nota: Valor estimativo sujeto a modificación de acuerdo al importe de rendición final del gasto, al que se le adicionará un 10% correspondiente a gastos administrativos.

MODULO III

Comprenderá:

- a) La procuración de linfocitos del donante no emparentado frente a una solicitud efectuada por el centro de trasplante a los efectos de ser transfundidos al paciente cuando éste lo requiera.
- b) Estudios serológicos del donante de linfocitos previos a la colecta de los mismos.
- c) Transporte de los linfocitos desde el centro de colecta del exterior al centro de trasplante de nuestro país.

VALOR DEL MODULO: \$ 35.000

Nota: Valor estimativo sujeto a modificación de acuerdo al importe de rendición final del

gasto, al que se le adicionará un 10% correspondiente a gastos administrativos.

ANEXO II

AUTORIZACION PARA LA INICIACION Y FINANCIAMIENTO PREVIO DE LOS PROCESOS DE BUSQUEDA DE DONANTE DE CPH EN REGISTROS INTERNACIONALES.

El/la que suscribe.....
(nombre o razón social)

Nº de C.U.I.I., con domicilio legal en.....
.....C.P.....Localidad.....
Provincia....., presta su conformidad para la iniciación y financiamiento del costo operativo de los procesos de búsqueda de donante no emparentado para el paciente.....
(nombre y apellido)

DNI Nº....., con domicilio en.....
C.P.....Localidad.....Provincia....., con diagnóstico decon indicación de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas provenientes de la médula ósea / sangre periférica / sangre de cordón umbilical y de la placenta; a efectuarse por el Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas en Registros de otros países, de acuerdo al siguiente módulo, el que comprenderá:

a) La activación de los procesos de búsqueda efectuados por el Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas en registros de otros países, para pacientes de nuestro país con indicación de trasplante de CPH provenientes de la médula ósea, de la sangre periférica y/o de la sangre del cordón umbilical y la placenta.

b) La realización de los estudios de enfermedades infecciosas y de Histocompatibilidad.

c) Estudios confirmatorios HLA y de alta resolución del paciente y de hasta tres donantes seleccionados, en los loci HLA - A*, B*, Cw*, DRB1* y DQB1*.

VALOR DEL MODULO: \$ 35.000

Nota: Valor estimativo sujeto a modificación de acuerdo al importe de rendición final del gasto, al que se le adicionará un 10% correspondiente a gastos administrativos.

.....
Firma autorizada

.....
Aclaración

.....
Fecha dd/mm/aaaa

AUTORIZACION PARA EL FINANCIAMIENTO PREVIO A LA PROCURACION DE CPH PARA PACIENTES DE NUESTRO PAIS CON INDICACION DE TRASPLANTE.

El/la que suscribe.....
(nombre o razón social)

Nº de C.U.I.T., con domicilio legal en.....
.....C.P.....Localidad.....
.....Provincia....., presta su conformidad para la iniciación y financiamiento del costo operativo de la procuración de CPH para el paciente.....
(nombre y apellido)

DNINº....., con domicilio en.....
C.P.....Localidad.....Provincia....., con diagnóstico de
....., con indicación de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas provenientes de la médula ósea / sangre periférica / sangre de cordón umbilical y de la placenta, de acuerdo al siguiente módulo, el que comprenderá:

