



NACIONAL



RESOLUCIÓN 12000/2011
ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES (A.P.E.)

Apruébanse los valores arancelarios para la facturación de los Procedimientos de Búsqueda de Donante No Emparentado en Registros Internacionales de Procuración de CPH para Pacientes de nuestro país.

Del: 15/06/2011; Boletín Oficial 21/06/2011.

VISTO el Expediente Nro. 452.079/11 del Registro de esta ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, las Resoluciones Nros. [500](#) del 30 de enero de 2004, [7700](#) del 27 de julio del 2004 ambas del Registro de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, [52/06](#) del 23 de febrero de 2006 del INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE y 2151 del 14 de diciembre del 2010 del MINISTERIO DE SALUD y,

CONSIDERANDO

Que mediante la Resolución citada en el segundo lugar del VISTO se estableció el carácter de trámite urgente a las solicitudes de subsidios presentadas por el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE para solventar los procesos de búsqueda de donante no emparentado para pacientes de nuestro país con indicación de transplante CPH (provenientes de la médula ósea, sangre periférica o cordón umbilical) que deban realizarse en registros de otros países.

Que mediante [Resolución Nro. 52/06](#), el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE aprobó nuevos valores arancelarios para la facturación de los procedimientos de búsqueda en registros internacionales de donante no emparentado, de procuración de células progenitoras hematopoyéticas para pacientes de nuestro país con indicación de transplante y de procuración de leucocitos para infusión.

Que por la [Resolución Nro. 2151/2010](#), el MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION resolvió efectuar un ajuste a aquellos valores fijados por el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI), teniendo en cuenta que resultaban desactualizados ya que son establecidos por registros del exterior en moneda extranjera.

Que en el marco de las mencionadas resoluciones, deviene oportuno, la actualización de los aranceles vigentes en esta ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, como asimismo, establecer las condiciones para la solicitud del subsidio respecto a dichos procedimientos de búsqueda.

Que el servicio permanente de asesoramiento jurídico ha tomado la intervención de su competencia.

Que en este orden de ideas, corresponde el dictado del presente acto administrativo.

Que la presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por los Decretos Nros. [53/98](#) y [411/11](#),

Por ello;

El Gerente General de la Administración de Programas Especiales resuelve:

Artículo 1º.- Derógase el ANEXO I de la [Resolución Nro. 7700](#) del 27 de julio del 2004 de esta ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES.

Art. 2º.- Ratifícase los Artículos 1, 2 y 3 de la [Resolución 7700](#) del 27 de julio del 2004 de

esta ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES.

Art. 3°.- 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. 4°.- El INSTITUTO NACIONAL CENTRAL COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI) podrá presentar solicitudes de subsidios para solventar los procesos de búsqueda en Registros de Donantes de CPH del exterior, conforme los módulos establecidos en el ANEXO I que forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 5°.- La solicitud de subsidio deberá ser presentada por escrito mediante nota dirigida a la máxima autoridad de esta ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, suscripta por el representante legal del INCUCAI y conforme los términos y condiciones establecidos por la [Resolución Nro. 500/04-APE](#) o la que en el futuro la reemplace o modifique.

Art. 6°.- El INSTITUTO NACIONAL CENTRAL COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI) deberá dar cumplimiento con los ANEXOS II y III que forman parte integrante de la presente Resolución.

Art. 7°.- La presente resolución entrará en vigencia a partir de su publicación.

Art. 8°.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Manuel M. Alves.

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.

La Gerencia de Prestaciones de esta ADMINISTRACION analizará la solicitud y, en caso de aprobarla, autorizará el pago del monto correspondiente al MODULO I.

Una vez confirmada la tipificación del o de los donantes potenciales el INCUCAI solicitará en el mismo expediente por el que tramitó el MODULO I, los recursos correspondientes al MODULO II, debiendo adjuntar copia certificada de la confirmación de la tipificación.

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.T....., 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 de..... con 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)

N° 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)

DNI N°.....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:

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.

.....
Firma autorizada

.....
Aclaración

.....
Fecha dd/mm/aaaa

AUTORIZACION PARA EL FINANCIAMIENTO PREVIO A LA PROCURACION DE LEUCOCITOS (LINFOCITOS) PARA INFUSION.

El/la que suscribe.....

(nombre o razón social)

N° de C.U.I.T..... con domicilio legal

.....C.P.....

Localidad.....

Provincia....., presta su conformidad para la iniciación y financiamiento del costo operativo de la procuración de leucocitos (linfocitos) para infusión para el paciente.....

(nombre y apellido)

DNI N°.....con domicilio en.....

.....C.P.....Localidad....., Provincia.....

con diagnóstico de.....de acuerdo al siguiente módulo, el que 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.

RENDICION DE CUENTAS:

A fin de dar por cumplimentada la rendición de cuentas, el INCUCAI deberá presentar:

- a) Factura de la práctica realizada, con la identificación del beneficiario o beneficiarios o, en su defecto, detalle de facturas confeccionada por el Agente de Salud debidamente firmada.
- b) Recibo Oficial de Pago, que acredite la aplicación de los fondos del apoyo financiero otorgado por esta Administración o cualquier otro instrumento fehaciente que acredite la cancelación de la factura (comprobante de transferencia al exterior de los montos otorgados).

