



## CORDOBA

### **RESOLUCIÓN 547/2017** **MINISTERIO DE SALUD (M.S.)**

CRÉASE en el ámbito de Departamento del Sistema Provincial de Sangre un Seguro de Sangre Individual. APRUÉBASE el “Reglamento del Seguro de Sangre Individual”.

Del: 21/06/2017; Boletín Oficial 23/06/2017.

VISTO: Las actuaciones obrantes en Expediente Nro. 0425-333516/2017, en las cuales la Jefatura del Departamento del Sistema Provincial de Sangre, dependiente de la actual Secretaría de Servicios Asistenciales de esta Cartera Sanitaria, solicita la creación de un Seguro de Sangre Individual requiriendo también que a tales efectos sea aprobado el “Reglamento del Seguro de Sangre Individual” y el correspondiente “Formulario de Afiliación”, acompañando sus textos.

#### Y CONSIDERANDO:

Que los avances del progreso científico con relación a la sangre humana, hacen necesario contar con normas actualizadas que reafirmen el espíritu y los valores de la legislación vigente en un marco de eficacia, eficiencia y equidad.

Que la Ley Provincial de Sangre Nro. [8241](#) regula las actividades relacionadas con la sangre humana, sus componentes y derivados. Estableciendo que la autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud.

Que la Ley citada establece como principio fundamental el que se deban adoptar las medidas que garanticen a los habitantes el acceso a la sangre humana, componentes y derivados, en oportunidad, calidad y cantidad suficiente, disponiendo a la vez, la formación de las reservas que estimen necesarias.

Que el artículo Nro. 4 de la Ley Nro. [8241](#) establece como deber de la Autoridad de Aplicación el procurar la promoción a los fines de la formación y desarrollo de asociaciones de donantes, propiciando el reconocimiento de su acción a través de actos que así lo testimonien, debiendo normatizar, teniendo en cuenta las necesidades sociales existentes, un Seguro de Sangre Individual para donantes y su núcleo familiar al que éstos voluntariamente podrán incorporarse, así como también que el acto de extracción de sangre humana efectuada a donantes se encuentra eximido de exigencia de pago alguno.

Que el artículo Nro. 20 de la citada norma establece que la donación de sangre es un acto de disposición voluntaria, solidaria y altruista, mediante el cual una persona acepta su extracción, para fines exclusivamente médicos, no estando sujeta a remuneración o comercialización alguna, previéndose en su artículo Nro. 25 que los profesionales médicos inducirán a los receptores y a sus familiares a reponer la sangre recibida mediante el aporte voluntario de dadores, en carácter de obligación moral y solidaria.

Que la Ley Nacional de Sangre Nro. [22.990](#) prevé el seguro de sangre individual propiciado al igual que su par provincial, en beneficio de los donantes habituales y válido para su núcleo familiar de tal modo que les permita el acceso a la obtención de sangre humana y componentes en forma inmediata, suficiente y exceptuándolo de la reposición.

Que en su Decreto Reglamentario Nro. [1338/2004](#) del Poder Ejecutivo Nacional, en su artículo 14, se mencionan las condiciones que se deben tomar como marco, para los denominados donantes habituales, entre los cuales se especifican sus derechos y obligaciones.

Que la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación Nro. [797/2013](#) establece las Normas Administrativas y Técnicas para la Donación de Sangre.

Que por Resolución Ministerial Nro. 03 de fecha 06 de enero de 2015 se aprobó el “PROTOCOLO UNIFICADO PARA LA SELECCIÓN DE DONANTES DE SANGRE EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA”, el cual instruye a los profesionales entrevistadores, a los efectos de brindar la información pertinente, completa para la selección de donantes que solidariamente se presentan al Banco de Sangre, resultando de esta manera un elemento facilitador como guía procedimental.

Que por Resolución Ministerial Nro. [382/2015](#) se creó la UNIDAD DE GESTIÓN DE DONANTES VOLUNTARIOS dependiente del Departamento de Sistema Provincial de Sangre mediante el cual se procura contar con un modelo de donación voluntaria, altruista y repetida, de individuos provenientes de poblaciones de bajo riesgo a los fines de una mayor seguridad transfusional.

Que el Seguro de Sangre Individual, plasmado en el Reglamento y consecuente Formulario de Afiliación propiciado, respeta los lineamientos trazados por el marco normativo vigente.

Por ello, y lo dictaminado por la Dirección de Jurisdicción de Asuntos Legales bajo Nro. 783/2017;

El Ministro de Salud resuelve:

Artículo 1º.- CRÉASE en el ámbito de Departamento del Sistema Provincial de Sangre un Seguro de Sangre Individual y en su consecuencia APRUÉBASE el “Reglamento del Seguro de Sangre Individual” que compuesto de UNA (01) foja forma parte integrante del presente Instrumento Legal como Anexo I y regirá el funcionamiento del Seguro creado en este Apartado.

Art. 2º.- APRUÉBASE el “Formulario de Afiliación” al Seguro de Sangre Individual creado en el apartado anterior, el que compuesto de UNA (01) foja forma parte integrante de la presente Resolución como Anexo II de la misma.

Art. 3º.- PROTOCOLÍCESE, comuníquese, publíquese en el Boletín Oficial, y archívese.

Dr. Francisco José Fortuna, Ministro de Salud.

ANEXO:



SEGURO DE SANGRE INDIVIDUAL

REGLAMENTO

**PRIMERO:** El presente reglamento se registrará en un todo de acuerdo a la Ley Nacional de Sangre N° 22.990, su Decreto Reglamentario N° 1338/2004, la Ley Provincial de Sangre N° 8.241, su Decreto Reglamentario N° 631/1997, Resolución Ministerial 03/2015 del Protocolo Unificado para la Selección de Donantes de Sangre en la Provincia de Córdoba y 382/2015 de creación de la Unidad de Gestión de Donantes Voluntarios, y Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 797/2013, referente Normas Administrativas y Técnicas.

**SEGUNDO:** Por medio de este sistema solidario, el titular tendrá el derecho a solicitarle al BSPC según la disponibilidad de éste, los componentes sanguíneos necesarios a fin de ser utilizados para el tratamiento de él o su grupo familiar, de acuerdo a los requerimientos del Médico Hemoterapeuta de la Institución donde se realiza el tratamiento, dentro del área de influencia del BSPC. Presentando la solicitud con nombre del paciente, diagnóstico y tratamiento.

**TERCERO:** A los efectos del presente Seguro de Sangre, el elemento donado será el **Hemocomponente o componente sanguíneo**: se considera como tal a glóbulos rojos desplasmáticos, plasma fresco congelado, plasma modificado, crio precipitado, concentrado de plaquetas de donante múltiple. Queda excluido de este convenio la irradiación, leucodepleción o cualquier otro procedimiento que pudiera solicitarse de los componentes estipulados.

**CUARTO:** El sistema puede ser cobertura individual o familiar. La cobertura individual cubrirá las necesidades de componentes sanguíneos del titular exclusivamente. La cobertura familiar cubrirá las necesidades del titular y **hasta cuatro** personas de su grupo familiar. El BSPC, de acuerdo a la conformación del grupo familiar, podrá ampliar su constitución a un total de **cinco** miembros. En caso de mayor número de integrantes se acordará la conformación de más de un grupo familiar. La conformación de grupo familiares con mayores números de integrantes, será evaluada en cada caso particular por el BSPC.

**QUINTO:** Podrán adherirse a este sistema solidario, como miembro titular, cualquier persona que reúna las condiciones exigidas al donante de sangre, conforme lo establecido por el Anexo II - "Criterios para la Selección de Donantes de Sangre" - de la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 797/13.

**SEXTO:** A los fines de incorporarse al Seguro Solidario de Sangre, los miembros titulares deberán completar y suscribir con carácter de declaración jurada, un formulario de afiliación. A éste y a todos los miembros del grupo familiar se le conformará una ficha donde consten sus datos personales, clínicos, determinaciones de grupo sanguíneo y Factor RH.

**SÉPTIMO:** La cobertura del Seguro Solidario de Sangre entrará en vigencia a partir de la segunda donación voluntaria de sangre del titular del grupo, siempre y cuando sea apto como donante. No se considerará donación voluntaria a la donación de sangre realizada en carácter de reposición para una persona fuera de su grupo familiar.

**OCTAVO:** La cobertura de este Seguro Solidario de Sangre permanecerá vigente mientras se realicen tres donaciones de sangre o productos de aféresis al año, preferentemente por el titular, con un intervalo entre ellas no menor de ocho semanas.

**NOVENO:** Los titulares inscriptos serán citados para realizar la donación según la demanda de sangre o productos de aféresis y/o hemocomponentes existentes en la institución, y acordando con el beneficiario una fecha según sus posibilidades. La donación podrá realizarse en el domicilio del BSPC, o bien en otra posta de donación habilitada dentro del radio de la Ciudad de Córdoba, que se le indique. En función a las reservas de hemocomponentes, el BSPC podrá decidir disminuir el número de donaciones anuales requeridas para cada grupo familiar.

**DÉCIMO:** El titular y su grupo familiar perderán todo derecho a la provisión de componentes sanguíneos, si no responde a tres citaciones a donar sangre, durante el año calendario, sin la debida justificación.

**DECIMO PRIMERO:** Es obligación de todo titular mantener permanentemente actualizado el domicilio y teléfono personal y laboral.

**DECIMO SEGUNDO:** El titular designará dos personas que a su nombre podrá solicitar la provisión de componentes sanguíneos, si el mismo tuviera imposibilitado de hacerlo.

**DECIMO TERCERO:** Si por alguna causa el titular se viera impedido de donar sangre, podrá ser reemplazado en forma transitoria o permanente, por otro integrante del grupo familiar.

**DECIMO CUARTO:** Los individuos Rh d (negativo) conformarán una Categoría Independiente, donde por cada miembro activo podrán incorporarse un miembro pasivo, siendo el régimen de participación igual al de los donantes Rh D (positivo), pudiendo las autoridades del BSPC disminuir el número de donaciones anuales, si la demanda así lo permitiera.

0547

*Silvia María Rita Ardiles*  
SILVIA MARÍA RITA ARDILES  
AG. JEFE DE ÁREA DESPACHO  
MINISTERIO DE SALUD

*Francisco José Fortuna*  
DR. FRANCISCO JOSÉ FORTUNA  
MINISTRO DE SALUD

DECIMO QUINTO: A cada titular se le extenderá un carnet de donante habitual, donde constará su identificación personal, grupo sanguíneo, factor Rh, documento de identidad, domicilio y las fechas de donaciones.

DECIMO SEXTO: A cada miembro activo (titular o integrante del grupo familiar) se le entregarán, muestras de reconocimiento, del BSPC y la sociedad, por ser adhesión a los principios de donación de sangre voluntaria, altruista y solidaria.

DECIMO SEPTIMO: Luego de cumplir diez año de antigüedad en el sistema y concretadas las donaciones exigidas al titular, la donación para él dejará de ser obligatoria y el grupo familiar seguirá obteniendo los beneficios del mismo salvo los integrantes mayores de 18 años en condiciones de donar sangre, los que deberán conformar un nuevo grupo familiar.

DECIMO OCTAVO: En prueba de conformidad y previa lectura del presente, se firman dos ejemplares de un mismo tenor, en la ciudad de Córdoba, a los.....días del mes de.....de.....

05471

  
SILVIA MARÍA-RITA ARDILES  
A/C JEFE DE ÁREA DESPACHO  
MINISTERIO DE SALUD

  
Dr. FRANCISCO JOSE FORTUNA  
MINISTRO DE SALUD



Rosario de Santa Fe 374 – Hospital San Roque Viejo – Córdoba Capital  
TEL: 0351-4341556

SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SEGURO SOLIDARIO DE SANGRE PARA PROVISIÓN DE HEMOCOMPONENTES SANGUÍNEOS

Fecha: ..... N° de Afiliado: .....

TIPO DE AFILIACIÓN: Grupo Familiar  Individual:  (Marque con un tilde lo que corresponda)

DATOS DEL TITULAR DEL GRUPO FAMILIAR O INDIVIDUAL:

GRUPO SANGUINEO:

Apellido y Nombre: .....  
Documento: (tipo)..... (n°).....  
Lugar y Fecha de Nacimiento:.....  
Estado Civil:.....  
Domicilio Particular: (calle)..... (n°)..... (piso)..... (dpto).....  
(barrio)..... (localidad)..... (cód. postal).....  
Teléfono Particular:..... Teléfono Laboral:.....  
Horario para recibir llamadas: de..... hs. a..... hs. y de..... hs. a..... hs.  
Fecha y lugar de la última donación de sangre:.....  
Antecedentes clínicos:.....

DATOS DEL PRIMER INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR:

GRUPO SANGUINEO:

Apellido y Nombre: .....  
Documento: (tipo)..... (n°).....  
Lugar y Fecha de Nacimiento:.....  
Estado Civil:.....  
Domicilio Particular: (calle)..... (n°)..... (piso)..... (dpto).....  
(barrio)..... (localidad)..... (cód. postal).....  
Teléfono Particular:..... Teléfono Laboral:.....  
Parentesco c/ titular:.....  
¿Apto para donar sangre?  SI  NO (tache lo que no corresponde)  
Fecha y lugar de la última donación de sangre:.....  
Antecedentes clínicos:.....

DATOS DEL SEGUNDO INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR:

GRUPO SANGUINEO:

Apellido y Nombre: .....  
Documento: (tipo)..... (n°).....  
Lugar y Fecha de Nacimiento:.....  
Estado Civil:.....  
Domicilio Particular: (calle)..... (n°)..... (piso)..... (dpto).....  
(barrio)..... (localidad)..... (cód. postal).....  
Teléfono Particular:..... Teléfono Laboral:.....  
Parentesco c/ titular:.....  
¿Apto para donar sangre?  SI  NO (tache lo que no corresponde)  
Fecha y lugar de la última donación de sangre:.....  
Antecedentes clínicos:.....

DATOS DEL TERCER INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR:

GRUPO SANGUINEO:

Apellido y Nombre: .....  
Documento: (tipo)..... (n°).....  
Lugar y Fecha de Nacimiento:.....  
Estado Civil:.....  
Domicilio Particular: (calle)..... (n°)..... (piso)..... (dpto).....  
(barrio)..... (localidad)..... (cód. postal).....  
Teléfono Particular:..... Teléfono Laboral:.....  
Parentesco c/ titular:.....  
¿Apto para donar sangre?  SI  NO (tache lo que no corresponde)

0547

SILVIA MARIA RITA ARDILES  
MC JEFE DE AREA DESPACHO  
MINISTERIO DE SALUD

Dr. FRANCISCO JOSE FORTUNA  
MINISTRO DE SALUD

Fecha y lugar de la última donación de sangre:.....

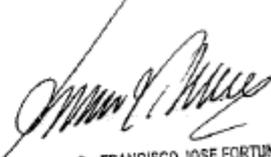
Antecedentes clínicos:.....

R.0.07-00

Firma y Aclaración del Titular del Grupo

05471

  
SILVIA MARÍA RITA ARDILES  
Jefe de Área Despacho  
MINISTERIO DE SALUD

  
Dr. FRANCISCO JOSÉ FORTUNA  
MINISTRO DE SALUD