



Ministerio de Salud de la Nación

1509

14 SET 2015

BUENOS AIRES,

VISTO el Expediente N° 1-2002-9095-14-6 del Registro del MINISTERIO DE SALUD, la Ley N° 22.990, su Decreto Reglamentario 1338/04, las Resoluciones N° 70 de fecha 28 de febrero de 2002 y 797 de fecha 11 de julio de 2013 del MINISTERIO DE SALUD, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 3° de la Ley N° 22.990 establece en sus principios fundamentales que el MINISTERIO DE SALUD en su carácter de Autoridad de Aplicación y las Autoridades Jurisdiccionales, adoptarán las medidas que garanticen a los habitantes el acceso a la sangre humana, componentes y derivados en forma, calidad y cantidad suficiente.

Que el Decreto 1338/04 faculta al MINISTERIO DE SALUD en su carácter de Autoridad de Aplicación a dictar las normas complementarias, aclaratorias, administrativas y técnicas que resulten necesarias.

Que la Resolución N° 70 de fecha 28 de febrero de 2002 ha establecido como Organismo Rector General del

9



Ministerio de Salud de la Nación

1509

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE a la SUBSECRETARÍA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN, con las responsabilidades y funciones establecidas en la Ley N° 22.990.

Que todas las provincias han firmado el Convenio de Adhesión al PLAN NACIONAL DE SANGRE, comprometiéndose a implementar programas provinciales siguiendo los lineamientos de seguridad sanguínea nacional.

Que el Decreto 1338/04 en su artículo 19°, establece que el Organismo Rector General cumplirá las funciones establecidas en el artículo 21° de la Ley N° 22.990, a través del PLAN NACIONAL DE SANGRE.

Que el artículo 21° inciso 1°, establece que la Autoridad de Aplicación, a través del Ente Rector General fijará las Normas Técnicas y Administrativas que reglamenten la habilitación, funcionamiento, control, inspección y supervisión de los Servicios de Hemoterapia, Bancos de Sangre y demás establecimientos comprendidos en este cuerpo legal.

Que por la Resolución N° 797 de fecha 11 de julio de 2013, se establecieron las Normas Técnicas y Administrativas de Hemoterapia y los Criterios vigentes para la Selección de Donantes de Sangre vigentes.

9

14



Ministerio de Salud de la Nación

1509

Que estos Criterios tienen la finalidad de unificar el proceso de calificación de los donantes de sangre y componentes, evitando discrepancia entre los servicios de hemoterapia, situación que genera confusión en los potenciales donantes y desalienta a los donantes habituales.

Que para tal fin se convocó a la Comisión constituida por el artículo 3° del Decreto 1338/04, que tuvo a su cargo la revisión y actualización de las Normas Técnicas y Administrativas de Hemoterapia, así como también la consideración de los Criterios de Selección de Donantes de Sangre propuestos por el PLAN NACIONAL DE SANGRE.

Que dicha Comisión en reiteradas ocasiones se expidió sobre la necesidad de contar en todas las jurisdicciones con documentación básica del proceso de calificación de donantes de sangre y componentes, que garantice la correcta información de las situaciones de riesgo por las cuales no debería donar y facilite su autoexclusión confidencial.

Que las Normas Técnicas y Administrativas establecen que el donante debe tener una actitud responsable, solidaria y a fin de preservar la salud del receptor, valorar si estuvo expuesto a situaciones que lo

9

14 MM



Ministerio de Salud de la Nación

1509

exponen a mayor riesgo de contraer infecciones transmisibles por sangre y en este caso no donar.

Que para que esto sea factible el procedimiento de calificación pre-donación debe incluir información precisa, que posibilite una instancia de autoexclusión si el donante así lo considera. Así como también contemplar su autoexclusión confidencial post-donación. Este proceso debe ser realizado por personal capacitado en la formulación del cuestionario, con aptitud para generar un ambiente propicio donde el donante manifieste sus dudas y se le brinde información basada en la epidemiología y evidencia científica disponible, para la toma de decisión.

Que la diversa capacitación del personal que interviene en la selección del donante así como la ausencia de una guía unificada, motivó interpretaciones erróneas en relación con el carácter de las preguntas realizadas, así como también en los causales de diferimiento de los donantes de sangre y componentes.

Que dicha situación afecta la credibilidad de la población respecto del Sistema de Sangre, el cual debe garantizar la existencia de sangre y componentes para todos los pacientes que lo requieran. Para ellos es imprescindible la participación y adhesión de la comunidad, que adoptando

9



Ministerio de Salud de la Nación

1 5 0 9

una actitud solidaria dona periódicamente sangre en forma voluntaria, así como también la eficacia del Sistema generando confianza en la población.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se adopta en ejercicio de las facultades atribuidas por la "Ley de Ministerios - T.O. 1992", modificado por Ley N° 26.338.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

ARTICULO 1°. - Apruébese el material de INFORMACIÓN PARA EL DONANTE, DOCUMENTO PARA LA AUTOEXCLUSIÓN PRE-DONACIÓN, CUESTIONARIO PERSONAL DEL DONANTE Y AUTOEXCLUSIÓN CONFIDENCIAL POST-DONACIÓN, que como ANEXO forman parte integrante de la presente.

ARTICULO 2°. - Invítase a las provincias a incorporar esta documentación a los procesos de selección de donantes de sangre y componentes realizados en instituciones públicas y privadas de su jurisdicción.

)



Ministerio de Salud de la Nación

ARTICULO 3°.- Regístrese, comuníquese a quienes corresponda, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Q

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° **1509**

[Signature]
Dr. DANIEL GUSTAVO GOLLAN
MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN

EXPEDIENTE N° 1-2002-9095-14-6

M. G. [Signature]

PROVISORIO 47515

1509

ANEXO

9



14

INFORMACIÓN PARA EL DONANTE

Estimado/a donante de sangre:

Por favor, lea atentamente esta información antes de donar sangre. Agradecemos su colaboración para ayudar a alguien que lo necesita.

La Ley Nacional de Sangre (Nº 22.990) vigente en Argentina establece que la donación de sangre es un acto voluntario y desinteresado. Si bien el equipo de salud puede solicitar la colaboración de los receptores o sus familiares para difundir la necesidad permanente de donaciones voluntarias, nadie debe ser obligado a donar sangre bajo ninguna circunstancia. Tampoco se deben condicionar las prácticas sanitarias a la presentación de donantes.

Muchas personas necesitan transfusiones por diferentes motivos. Por eso es preciso contar con una gran cantidad de sangre y procurar que sea lo más segura posible. Si usted se encuentra en buen estado de salud y no ha estado expuesto a ninguna de las situaciones que se describen en el "Documento para la autoexclusión pre donación", le pedimos que considere la posibilidad de donar sangre frecuentemente. En ese sentido, es importante aclarar que los hombres pueden donar sangre hasta 4 veces al año y las mujeres hasta 3 veces en el mismo periodo de tiempo. Deben transcurrir al menos dos meses entre donación y donación.

Los donantes deben firmar un consentimiento y sus datos son de carácter confidencial. Luego de la extracción, su sangre será analizada. Para completar el estudio de laboratorio es importante saber si existieron eventuales situaciones de riesgo de infecciones, debido a la existencia del llamado periodo ventana, que es el intervalo de tiempo entre el momento en que ocurre una infección y el momento en que puede ser detectada con pruebas de laboratorio. Durante ese tiempo la persona no tiene síntomas, pero el agente infeccioso está presente en su sangre y si dona existe elevado riesgo de que sea transmitido a la persona que recibirá la transfusión.

El siguiente "Documento para la autoexclusión pre donación" brinda información sobre las diversas situaciones y/o prácticas sexuales consideradas de "riesgo incrementado". Le pedimos que las lea atentamente y considere si pudo haber estado expuesto a alguna de ellas. En caso de que así sea, le pedimos que **NO done su sangre. En caso de duda, consulte al personal de salud.**

Si usted cree que podría tener alguna infección, le pedimos que **NO DONE** sangre a los fines de que se le realicen análisis. Si tiene dudas, simplemente consulte y se le brindará información sobre lugares y horarios de testeo gratuito y confidencial.

Si viene acompañado y después de leer la información piensa que su sangre no es segura pero se siente obligado a donar para mantener su privacidad frente a quien lo acompaña, por favor marque en la ficha confidencial que se le entregará después de haber donado, que no debemos utilizar su sangre. El equipo de salud sabrá comprender la situación.

Si después de haber donado percibe algún síntoma o cree que puede existir algún riesgo de infección (porque se entera de que su pareja sexual tiene una infección, porque presenta fiebre,

Av. 9 de julio 1925, 9° piso. C.A.B.A. República Argentina.
011.4384.0324/25 int. 115 | 011.4379.9000 int. 4825 | 011.4379.9435
plannacionaldesangre@msal.gov.ar | www.msal.gov.ar/plan-nacional-sangre

1509

INFORMACIÓN PARA EL DONANTE

diarrea, vómitos, lesiones en la piel, etc.), comuníquese con el Banco de Sangre para informarlo y que su sangre no sea utilizada.

Es importante que usted sepa que para dos de las hepatitis, la A y la B, existen vacunas y el Estado las administra gratuitamente.

Recuerde que:

- El material utilizado es descartable, por lo que no puede transmitir ninguna infección.
- Ante cualquier novedad que haya que informarle, el Banco de Sangre se comunicará con Ud. y le indicará los pasos a seguir.

Cuidados post donación

- Beba abundante líquido durante todo el día.
- Si tiene inflamación, dolor o sangrado en el sitio de la punción, coloque hielo y comuníquese con el Banco de Sangre.
- Si realiza actividades laborales en altura, conduce vehículos o práctica deportes de riesgo y sintió mareos luego de la donación, espere hasta recuperarse totalmente antes de retomar la actividad.

Para más información sobre donación de sangre:

<http://www.msal.gov.ar/plan-nacional-sangre>

0800 222 1002 - opción 3 (Salud Responde, línea de orientación nacional y gratuita del Ministerio de Salud de la Nación).

Av. 9 de julio 1925, 9° piso. C.A.B.A. República Argentina.
011.4384.0324/25 int. 115 | 011.4379.9000 int. 4825 | 011.4379.9435
plannacionaldesangre@msal.gov.ar | www.msal.gov.ar/plan-nacional-sangre

DOCUMENTO PARA LA AUTOEXCLUSIÓN PREDONACIÓN

SI UD. SE ENCUENTRA EN ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES, NO DEBE DONAR SANGRE:

- ✗ **Tiene o le han dicho que sus análisis son positivos para VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Chagas, Brucelosis, Sífilis o el virus HTLV I-II.**

Todas ellas son infecciones transmisibles por sangre. Si Ud. padece alguna, podría transmitirse a la persona que recibe la transfusión.

- ✗ **Se encuentra en tratamiento de hemodiálisis y/o recibe regularmente transfusiones de componentes o derivados de la sangre.**

- ✗ **Practica sexo a cambio de dinero o drogas.**

Estas prácticas se consideran de riesgo incrementado porque la persona podría potencialmente verse bajo coacción e impedida de cuidarse por exigencia de quien le paga o suministra droga.

USTED NO DEBE DONAR SANGRE SI EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ESTUVO EXPUESTO A ALGUNA/S DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES DE RIESGO:

- ✗ **Tuvo una relación sexual (oral, vaginal o anal) sin utilizar preservativo o campo de látex con una persona que usted desconoce si tiene infecciones de transmisión sexual.**

El preservativo y el campo de látex son los únicos métodos disponibles para prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sexual durante las relaciones sexuales. Las relaciones sexuales desprotegidas son de riesgo incrementado.

- ✗ **Tuvo una relación sexual estando circunstancialmente bajo el efecto de alcohol o cualquier sustancia psicoactiva, con una persona que usted desconoce si tiene infecciones de transmisión sexual.**

El consumo de alcohol o de otras sustancias puede disminuir su habilidad para evaluar y evitar posibles situaciones de riesgo, facilitando su exposición (por falta de uso o uso incorrecto de preservativo o campo de látex). En ese estado, mantener relaciones sexuales con una persona que usted desconoce si tiene alguna infección de transmisión sexual es una práctica de riesgo incrementado para la donación de sangre.

- ✗ **Tuvo relaciones sexuales con personas que tienen virus de VIH, Hepatitis o HTLV I-II, incluso si usó preservativo o campo de látex**

- ✗ **Tuvo relaciones sexuales con personas que se dializan o reciben transfusiones frecuentemente, incluso si usó preservativo o campo de látex**

9


- ✘ **Tuvo una relación sexual con personas que cambian muy frecuentemente de pareja sexual, incluso si usó preservativo o campo de látex**
- ✘ **Tuvo relaciones sexuales entre más de dos personas al mismo tiempo, que usted desconoce si tienen infecciones de transmisión sexual, incluso si usó preservativo o campo de látex**

Las relaciones sexuales entre más de dos personas, así sea una pareja o varias parejas, cuando usted no sabe si alguna de ellas tiene alguna infección de transmisión sexual, se consideran de riesgo incrementado para la donación de sangre. En diferentes situaciones el profiláctico o campo de látex, a causa de un uso incorrecto, pueden transformarse en vehículo de contacto entre las mucosas de varias personas. Piense por ejemplo, que un mismo profiláctico o campo de látex, puede trasportar saliva o flujo o secreciones de una persona a otra. Recuerde que la Hepatitis B y la Sífilis se transmiten también por la saliva, el flujo y el semen, además de la sangre.

- ✘ **Tuvo relaciones sexuales ocasionales en zonas con alta prevalencia de VIH, incluso si usó preservativo o campo de látex**

- ✘ **Usó drogas inyectables o se inyectó otras sustancias (hormonas para aumentar la musculatura u otras)**

Compartir jeringas con otras personas incrementa considerablemente el riesgo de transmisión. Particularmente las situaciones de consumo disminuyen la habilidad de las personas para evaluar riesgos.

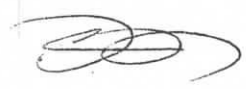
- ✘ **Consumió cocaína, pasta base u otras drogas que se inhalan o aspiran**

Compartir con otras personas los elementos utilizados habitualmente para consumir ciertas drogas ("canutos", "pipas", etc.) incrementa considerablemente el riesgo de transmisión.

NO HACE FALTA QUE CONTESTE ESTAS PREGUNTAS. SI SE ENCUENTRA EN ALGUNA DE LAS SITUACIONES DESCRIPTAS, NO DEBE DONAR SANGRE.

SI TIENE DUDAS, POR FAVOR, CONSULTE AL PERSONAL

9



M

1509

Número de Donación	
Nombre	Fecha de Extracción
Apellido	Código Colecta
Fecha de Nacimiento	D.N.I
Dirección	Peso
Código Postal	Hb
Ciudad	Pulso
Teléfono	Reacciones post- extracciones
Celular	Tipo
Correo Electrónico	Firma del Técnico

Estaría interesado en recibir información sobre las campañas de colectas externas :	SI	NO
Porque medio:		
Correo Electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Condiciones básicas para la donación	SI	NO
¿Es mayor de 18 años y pesa más de 50Kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es mujer, ¿está embarazada o lo ha estado en las últimas 8 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donaciones anteriores		
¿Fue rechazado alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuvo alguna reacción post- donación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugar y fecha de la última donación:		

DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTOS DEL DONANTE:

No me encuentro en ninguna de las situaciones que excluyen de la donación de sangre y he tenido la oportunidad de pedir información y de autoexcluirme. He recibido información sobre el destino de mi donación de sangre y sobre los efectos secundarios que puedo presentar en relación con la donación de sangre. No he recibido dinero u otra compensación para donar sangre.

Declaro que contesté sinceramente todas las preguntas. Consiento expresamente que se me efectúen las pruebas necesarias para detectar Infecciones Transmisibles por Transfusión mencionadas en el Documento para la autoexclusión predonación, y que los datos de esta donación se incorporen al Registro de Donantes de Sangre (REDOS). Dejo constancia de haberseme asegurado debida confidencialidad de los resultados de los estudios, autorizando se me cite para ser informado personalmente por los médicos en caso de alguna anormalidad.

Nombre y Apellido del Donante	Nombre y Apellido de la persona responsable de la entrevista
FIRMA	FIRMA

9

M 

1509

Cuestionario personal

	SI	NO		SI	NO
Comprensión de la información al donante			¿Recibió sangre, componentes o algún trasplante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le ha proporcionado información escrita para su autoexclusión pre-donación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Convive o ha convivido, con alguien que padeciera hepatitis o ictericia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha comprendido las situaciones descritas en el documento para autoexclusión (en caso de dudas, pregunte a los profesionales que le atenderán)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En alguna ocasión, en el transcurso de su vida		
Precaución en las próximas 12 horas			¿Ha padecido alguna enfermedad grave que exigió control médico periódico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Debe realizar alguna actividad laboral o deportiva de riesgo (Trabajo en altura, escalada, etc) o conducir un vehículo de transporte público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido hepatitis, ictericia o problemas de hígado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicación			¿Ha sufrido alguna enfermedad grave de pulmón, cerebro, riñón, tiroides, aparato digestivo o en otras localizaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando o ha tomado en los últimos días algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido problemas de corazón o de la presión sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tomado alguna vez Etreinato o alguna otra droga para psoriasis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Padece diabetes tratada con insulina de origen animal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando medicación para la próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido algún tipo de cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tomó aspirina o analgésicos en los últimos 3 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido hemorragias o alguna afección de la sangre como anemia o leucemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En las últimas 2 semanas			¿ Se inyectó o se inyecta drogas intravenosas ilegales o aspiró cocaína regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha presentado fiebre, acompañada de dolor de cabeza y malestar general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido hormona de crecimiento de origen humano (antes de 1987)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha visitado al dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido tejido procedente de otra persona (duramadre, córnea, otros...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el último mes			¿Usted o algún familiar ¿sufre o ha sufrido la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo paludismo en los últimos 3 años o estuvo en el último año en áreas endémicas de la enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado en contacto con alguna persona que padeciera una enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Le han dicho que tiene análisis positivos para VIH-SIDA, Hepatitis B o C, virus HTLV I-II, Chagas, brucelosis o sífilis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos 6 meses					
¿Ha asistido a la consulta de algún médico o ha estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Ha sido sometido a algún tipo de cirugía y/o endoscopia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
En los últimos 12 meses					
¿Se realizó tatuajes colocación de Piercing o acupuntura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿ Tuvo algunas de las relaciones y/o prácticas sexuales "de riesgo incrementado" descritas en el documento para autoexclusión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estancias en el extranjero		
¿Estuvo en contacto con sangre o fluidos corporales a través de piel o mucosas lesionadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Ha estado durante más de un año (sumado periodos de permanencia) en el Reino Unido entre 1980 y 1996?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			¿Ha residido en algún otro país extranjero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1509

AUTOEXCLUSIÓN CONFIDENCIAL - POST DONACIÓN

(Antes de retirarse, corte el siguiente cupón pos la línea de puntos y deposítelo en el buzón. Conserve la parte inferior)

Número de Donación
Señor/a Donante:
Ud, ya donó Sangre, si se sintió obligado a hacerlo por alguna circunstancia, si no contestó sinceramente las preguntas, si piensa que su sangre puede NO ser segura, marque con una cruz (X).
No usen mi sangre <input type="radio"/>

.....
¡Su respuesta es absolutamente CONFIDENCIAL!

Si después de haber salido del Banco de Sangre, decide que su sangre no debe ser utilizada, por favor informe al siguiente número telefónico:

9

14 