



Instituto de Previsión Social  
Consejo de Administración

Acta N° 032/2023 de fecha 24 de mayo de 2023

**RESOLUCIÓN C.A. N° 032-043/2023**

**POR LA QUE SE DEJA SIN EFECTO LA RESOLUCIÓN C.A. N° 023-022/2006, DE FECHA 04 DE ABRIL DE 2006, Y SE AUTORIZA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA PERSONAS NO ASEGURADAS AL IPS DECLARADOS COMO POSIBLES DONANTES DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS EN BENEFICIO DE ASEGURADOS ACTIVOS DEL IPS.**

**VISTO:** El Expediente Digital identificado como CA/N° 908/2023, recepcionado en la Secretaría del Consejo de Administración, en fecha 10 de mayo de 2023, el cual contiene la Nota Interna N° 053/2023, de fecha 02 de mayo de 2023, de la Gerencia de Salud, por el que se eleva a consideración de la Máxima Autoridad, la solicitud para dejar sin efecto la Resolución C.A. N° 023-022/06, de fecha 04 de abril de 2006, "Por la que se autoriza la inclusión de estudios de histocompatibilidad dentro del cuadro básico de análisis clínicos para la realización de trasplantes renales, así mismo, la atención a los no asegurados donantes mientras dure el post-operatorio de la ablación del órgano exclusivamente" y eleva a consideración el esquema a ser utilizado para la solicitud de autorización para la atención de personas no aseguradas que sean declaradas como posibles donantes en beneficio de asegurados activos que requieran trasplante de órganos o tejidos; y

**CONSIDERANDO:** Que, la Gerencia de Salud refiere que no es viable cumplir lo establecido en la Resolución C.A. N 023-022/2006, indicando que a la fecha no se cuenta con los equipos ni reactivos necesarios para el estudio del tipaje de antígeno leucocitario humano (HLA) en el área competente;

Que, en la actualidad los asegurados y sus donantes que requieren de estudios pre-trasplante han acudido al Instituto Nacional de Ablación y Trasplante dependiente del MSPyBS teniendo en cuenta que es la Institución que regula y coordina las actividades relacionadas con la procuración y el trasplante de órganos, tejidos y células a nivel nacional, y que cuenta con los medios para la realización de estudios de Histocompatibilidad (Tipificación de HLA, Anticuerpos Anti-HLA, Crossmatch, Seroteca), que sirve para determinar la similitud de los alelos HLA del donante y del receptor, donde la histocompatibilidad similar, o compatibilidad tisular es la propiedad de tener alelos iguales o suficientemente de un conjunto de genes HLA o complejo mayor de histocompatibilidad (MHC), lo cual permite garantizar que el posible donante es compatible para la donación;

Que, de acuerdo a lo manifestado por los servicios médicos afectados a la realización de trasplantes, en los casos de asegurados que requieren de trasplantes de órganos o tejidos y que presentan posibles donantes, los mismos deben ser sometidos a estudios pre-operatorios, como

**FDO.: DR. RICARDO VICENTE OVIEDO MEDINA**  
**ABG. MIGUEL ÁNGEL DOLDÁN MARTINEZ / LIC. GUSTAVO RAMÓN ARIAS**  
**SR. ROBERTO BRÍTEZ FERREIRA. MIEMBROS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN**  
**ABG. ANA MARÍA ANGÉLICA CASTRO AQUINO. Secretaria del Consejo de Administración**



El presente instrumento es de carácter público, garantizando la transparencia de la gestión pública. Se podrá acceder al mismo de forma libre, conforme a la reglamentación legal vigente que rige la materia, en atención al principio de publicidad de la administración pública, con excepción de aquellos documentos que por su naturaleza, su acceso se encuentre restringido por la Ley.



Instituto de Previsión Social  
Consejo de Administración

Acta N° 032/2023 de fecha 24 de mayo de 2023

**RESOLUCIÓN C.A. N° 032-043/2023**

ser estudios laboratoriales, de imágenes. También refieren que son sujetos a estudio físico y clínico por parte de los profesionales médicos que realizarán el procedimiento necesario. Resaltando que en los casos que se requieran intervención quirúrgica y atención post-operatoria, el paciente debe ser registrado con su identificación personal previendo cualquier evento que pueda surgir y que requiera la atención especializada necesaria para el bienestar del Donante;

Que, es necesario contar con una herramienta administrativa institucional, que legalmente habilite las prestaciones necesarias, con el registro de las personas no aseguradas que sean declarados como posibles donantes de asegurados activos que requiera de trasplante de órganos o tejidos para sobrellevar alguna enfermedad y así mejorar su calidad de vida, en concordancia con la Resolución C.A. N° 101-025/16, Por la que se aprueba el formulario de consentimiento informado para pacientes candidatos a Trasplante Renal y para donantes vivos;

Que, se eleva a consideración la presente propuesta para aprobación del esquema para solicitar la cobertura médica, a través del Sistema Integrado Hospitalario para atención exclusivamente de las personas que sean declaradas como posibles donantes de un asegurado activo y no estén afiliados como tal al IPS, habilitando la cobertura del seguro social en forma temporaria;

Que, dentro de las estadísticas de realización de trasplantes de órganos o tejidos realizados existe un porcentaje (no muy alto) de donantes que no son asegurados del IPS de acuerdo al informe elevado por el Jefe del Servicio de Nefrología y de Trasplante;

Que, también es dable resaltar que con el procedimiento de trasplante de órganos o tejidos se mejora la calidad de vida del paciente asegurado, inclusive con posibilidad de volver a la vida laboral en menor tiempo, además de disminuir costos para el IPS, ahorrando en tratamientos como hemodiálisis, disminuye la medicación que se requiere en el proceso y las comorbilidades, con menos periodos d internación. Asimismo con el paciente trasplantado se ahorra al IPS, el 50% (cincuenta por ciento) al segundo año y al tercer año el 100% (cien por ciento) de los gastos requeridos sin el trasplante;

Que, la Ley N° 98/92, en su Art. 30° - "Riesgos de Enfermedad", establece: *"En caso de enfermedad no profesional o accidente que no sea del trabajo, el Instituto proporcionará a los asegurados: a) Atención médico-quirúrgica y dental, medicamentos y hospitalización, conforme a las normas que dispongan los reglamentos del Instituto..."*;

FDO.: DR. RICARDO VICENTE OVIEDO MEDINA  
ABG. MIGUEL ÁNGEL DOLDÁN MARTINEZ / LIC. GUSTAVO RAMÓN ARIAS  
SR. ROBERTO BRÍTEZ FERREIRA. MIEMBROS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN  
ABG. ANA MARÍA ANGÉLICA CASTRO AQUINO. Secretaria del Consejo de Administración



El presente instrumento es de carácter público, garantizando la transparencia de la gestión pública. Se podrá acceder al mismo de forma libre, conforme a la reglamentación legal vigente que rige la materia, en atención al principio de publicidad de la administración pública, con excepción de aquellos documentos que por su naturaleza, su acceso se encuentre restringido por la Ley.



Instituto de Previsión Social  
Consejo de Administración

Acta N° 032/2023 de fecha 24 de mayo de 2023

**RESOLUCIÓN C.A. N° 032-043/2023**

Que, es importante la cobertura solicitada a fin de dar cumplimiento a la Ley N° 1246/98 de "TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS ANATÓMICOS HUMANOS", y reglamentaciones inherentes a los requisitos y previsiones para el efecto;

Que, por Dictamen DIJ/DDC N° 253/2023, de fecha 14 de marzo de 2023, la Dirección Jurídica realizó un análisis de lo dispuesto en la Resolución C.A. N° 023-022/2006, *"Por la que se autoriza la inclusión del estudio de Histocompatibilidad dentro del cuadro básico de análisis clínicos para la realización de los trasplantes renales, así mismo la atención a los no asegurados donantes durante el periodo post- operatorio de la ablación de órgano"*, que entre otras cosas concluyó cuanto sigue: *"...Se observa que el mencionado artículo hace referencia al estudio de Histocompatibilidad y no así a la realización de trasplante renal ya que expresa que una vez extendida la realización de los mismos (estudio de histocompatibilidad) a los no asegurados ellos sean potenciales donantes...Por tanto en base a lo expuesto precedentemente y a fin de proseguir con los trámites administrativos, se realiza el análisis e interpretación solicitado para la gestión del proyecto de reglamentación que beneficiara a los pacientes no asegurados potenciales donantes de los paciente asegurados activos"*;

Por tanto, en uso de sus atribuciones;

**EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL  
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL**

**RESUELVE:**

- 1º) Dejar sin efecto la Resolución C.A. N° 023-022/06, de fecha 04 de abril de 2006, "Por la que se autoriza la inclusión de estudios de histocompatibilidad dentro del cuadro básico de análisis clínicos para la realización de trasplantes renales, así mismo, la atención a los no Asegurados donantes mientras dure el post-operatorio de la ablación del órgano Exclusivamente".-----
- 2º) Establecer que la Gerencia de Salud, elevará a consideración del Consejo de Administración las solicitudes de atención a personas no aseguradas que sean declaradas como posibles donantes en beneficio de asegurados activos que requieran trasplante de órganos y/o tejidos.-----
- 3º) Aprobar los Anexos 1, 2 y 3 de la presente Resolución, que deberán presentarse con las solicitudes elevadas por la Gerencia de Salud, los cuales se encuentran refrendados por la



FDO.: DR. RICARDO VICENTE OVIEDO MEDINA  
ABG. MIGUEL ÁNGEL DOLDÁN MARTINEZ / LIC. GUSTAVO RAMÓN ARIAS  
SR. ROBERTO BRÍTEZ FERREIRA. MIEMBROS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN  
ABG. ANA MARÍA ANGÉLICA CASTRO AQUINO. Secretaria del Consejo de Administración

El presente instrumento es de carácter público, garantizando la transparencia de la gestión pública. Se podrá acceder al mismo de forma libre, conforme a la reglamentación legal vigente que rige la materia, en atención al principio de publicidad de la administración pública, con excepción de aquellos documentos que por su naturaleza, su acceso se encuentre restringido por la Ley.



Instituto de Previsión Social  
Consejo de Administración

Acta N° 032/2023 de fecha 24 de mayo de 2023

**RESOLUCIÓN C.A. N° 032-043/2023**

Secretaría del Consejo de Administración y las Áreas Técnicas respectivas, que en su conjunto consta de 03 (tres) fojas y se adjunta a la presente Resolución.-----

- 4°) Establecer que la autorización para la realización de estudios de diagnóstico y atención médica a donantes no asegurados comprende las etapas pre operatoria, intra-operatoria y post operatoria del procedimiento de trasplante del órgano, siempre y cuando estén relacionadas a la evaluación previa, proceso quirúrgico y posterior internación. Y tendrá plazo máximo perentorio de 30 (treinta) días posteriores al procedimiento de trasplante del órgano o tejido, el cual podría extenderse excepcionalmente, en los mismos términos, a solicitud y justificación del médico tratante.-----
- 5°) Disponer que posterior al Alta del paciente o donante no asegurado la Dirección de Apoyo y Servicios deberá presentar informe sobre los costos correspondientes a todas las prestaciones médicas realizadas.-----
- 6°) Establecer que la Gerencia de Salud, es la responsable de la integridad del expediente físico y su coherencia con la versión digital registrada para el tratamiento por parte del Consejo de Administración.-----
- 7°) Comunicar a quienes corresponde y archivar.-----  
SC/sp/pb.-

FDO.: DR. RICARDO VICENTE OVIEDO MEDINA  
ABG. MIGUEL ÁNGEL DOLDÁN MARTINEZ / LIC. GUSTAVO RAMÓN ARIAS  
SR. ROBERTO BRÍTEZ FERREIRA. MIEMBROS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN  
ABG. ANA MARÍA ANGÉLICA CASTRO AQUINO. Secretaria del Consejo de Administración



El presente instrumento es de carácter público, garantizando la transparencia de la gestión pública. Se podrá acceder al mismo de forma libre, conforme a la reglamentación legal vigente que rige la materia, en atención al principio de publicidad de la administración pública, con excepción de aquellos documentos que por su naturaleza, su acceso se encuentre restringido por la Ley.

ANEXO 1  
TRASPLANTE RENAL

SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE CODIGO 11 EN EL SISTEMA INFORMATICO HOSPITALARIO (SIH) PARA POSIBLES DONANTES (NO ASEGURADOS) DE ORGANOS EN BENEFICIO DE ASEGURADOS ACTIVOS DEL IPS.

FECHA: ...../...../2023.-

DEPARTAMENTO O SERVICIO RECURRENTE: .....

PACIENTE SUJETO A TRASPLANTE (ASEGURADO ACTIVO)

Nombres y Apellidos: .....

C.I. Nº: .....

POSIBLE DONANTE (NO ASEGURADO)

Nombres y Apellidos: .....

C.I. Nº: .....

CONSTE QUE, DE ACUERDO A LOS RESULTADOS DE ESTUDIOS PRESENTADOS POR EL POSIBLE DONANTE, EL MISMO CUMPLE CON LOS REQUISITOS CLINICOS/BASICOS PARA SER DONANTE DEL ASEGURADO A SER BENEFICIARIO, Y QUE SON:

| Nº | Descripción del estudio         | Resultado de la evaluación Apto/No Apto. |
|----|---------------------------------|------------------------------------------|
| 1- | Ecografía Renal                 |                                          |
| 2- | Tipificación de Sangre          |                                          |
| 3- | Serología, HIV, Hepatitis otros |                                          |
| 4- | Análisis de Orina               |                                          |
| 5- | HLA                             |                                          |

LA PRESENTE CONSTANCIA SE EXPIDE SIN PERJUICIO DE QUE EL POSIBLE DONANTE, A PESAR DE LOS RESULTADOS PRECEDENTES RESULTE INCOMPATIBLE, CON LAS EVALUACIONES A SER REALIZADAS POSTERIORMENTE BAJO LA COBERTURA DEL SEGURO SOCIAL DEL IPS.

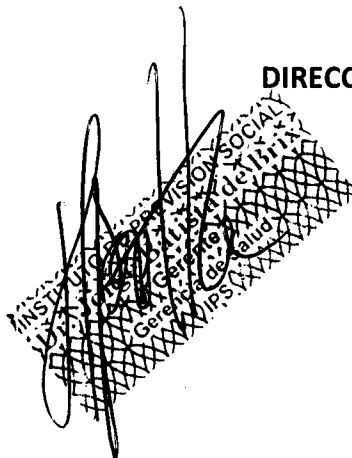
**DOCUMENTOS ADJUNTOS.**

- 1- Consentimiento informado del posible donante de someterse al procedimiento de ablación del órgano. (RCA Nº 101-025/16)
- 2- Declaración Jurada del Posible Donante No Asegurado, en relación a la cobertura y usufructo de las prestaciones médicas. (Anexo 3 de la presente Resolución)
- 3- Fotocopia De Cedula Del Posible Donante.

JEFE  
DEPARTAMENTO O SERVICIO

  
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL  
Abg. Rossana M. Barreto B.  
Jefa Dpto. de Administración  
de Convenios de Salud  
Dirección de Gestión Médica

DIRECTOR  
DIRECCION MÉDICA H.C.

  
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL  
Abg. ANA MARÍA CASTRO  
Secretaria del Consejo de Administración

  
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL  
Abg. ANA MARÍA CASTRO  
Secretaria del Consejo de Administración

ANEXO 2  
TRASPLANTE MEDULA OSEA

SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE CODIGO 11 EN EL SISTEMA INFORMATICO HOSPITALARIO (SIH) PARA POSIBLES DONANTES (NO ASEGURADOS) DE TEJIDOS EN BENEFICIO DE ASEGURADOS ACTIVOS DEL IPS.

FECHA: ...../...../.....-

DEPARTAMENTO O SERVICIO RECURRENTE:.....

PACIENTE SUJETO A TRASPLANTE (ASEGURADO ACTIVO)

Nombres y Apellidos: .....

C.I. Nº: .....

POSIBLE DONANTE (NO ASEGURADO)

Nombres y Apellidos: .....

C.I. Nº: .....

CONSTE QUE, DE ACUERDO A LOS RESULTADOS DE ESTUDIOS PRESENTADOS POR EL POSIBLE DONANTE, EL MISMO CUMPLE CON LOS REQUISITOS CLINICOS/BASICOS PARA SER DONANTE DEL ASEGURADO A SER BENEFICIARIO, Y QUE SON:

| Nº | Descripción del estudio | Resultado de la evaluación Apto/No Apto. |
|----|-------------------------|------------------------------------------|
| 1- | HLA                     |                                          |

LA PRESENTE CONSTANCIA SE EXPIDE SIN PERJUICIO DE QUE EL POSIBLE DONANTE, A PESAR DE LOS RESULTADOS PRECEDENTES RESULTE INCOMPATIBLE, CON LAS SUB-SIGUIENTES EVALUACIONES A SER REALIZADAS POSTERIORMENTE BAJO LA COBERTURA DEL SEGURO SOCIAL DEL IPS.

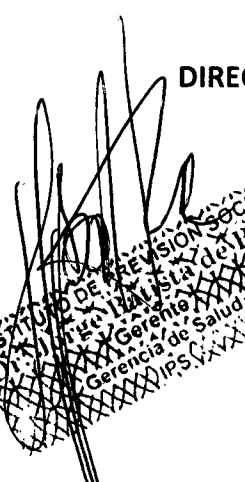
DOCUMENTOS ADJUNTOS.

- 4- Consentimiento informado del posible donante de someterse al procedimiento de Trasplante del tejido.
- 5- Declaración Jurada del Posible Donante No Asegurado, en relación a la cobertura y usufructo de las prestaciones médicas. (Anexo 3 de la presente Resolución)
- 6- Fotocopia De Cedula Del Posible Donante.

JEFE  
DEPARTAMENTO O SERVICIO

  
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL  
Abog. Rossana M. Barreto B.  
Jefe Dpto. de Administración  
de Convenios de Salud  
Dirección de Gestión Médica

DIRECTOR  
DIRECCION MÉDICA H.C.

  
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL  
Abg. ANA MARÍA CASTRO  
Gerencia de Salud  
Gerencia de Salud  
IPS

  
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL  
Abg. ANA MARÍA CASTRO  
Secretaría del Consejo de Administración

**ANEXO 3**  
**DECLARACIÓN JURADA**  
**DONANTE NO ASEGURADO**

En fecha ..... de ..... Del año ...

Yo.....con C.I. N°

.....declaro bajo fe de juramento que tomo conocimiento del alcance del Seguro Social habilitado, en favor del Asegurado Activo ..... C.I. N° .....correspondiente a las prestaciones médicas relacionadas al procedimiento de ablación del órgano o extracción del tejido, de las fases pre-operatorias, intra-operatoria y post-operatoria.

DONANTE NO ASEGURADO

  
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL  
Abog. Rossana M. Barreto B.  
Jefa Dpto. de Administración  
de Convenios de Salud  
Dirección de Gestión Médica

  
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL  
Abg. ANA-MARÍA CASTRO  
Secretaría del Consejo de Administración

  
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL  
Gerente de Salud  
Gerencia de Salud  
IPS