

CONVENIO DE CONCERTACIÓN DE ACCIONES PARA EL SUMINISTRO Y RECUPERACIÓN DE UNIDADES DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS, EN SUS RESPECTIVOS BANCOS DE SANGRE Y/O SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE LA SECRETARÍA DE SALUD DE DURANGO Y LOS SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO, A TRAVÉS DEL CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, EN LO SUCESIVO "SALUD", REPRESENTADO POR EL DR. SERGIO GONZÁLEZ ROMERO, SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO, ASISTIDO POR EL DR. HERIBERTO ANDIOLA GALVÁN, DIRECTOR DEL CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, EN LO SUCESIVO "CETS", Y POR OTRA PARTE SERVICIOS CLÍNICOS SM "SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA" DE CAPITAL VARIABLE, REPRESENTADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL LA C. MARIA BEATRIZ PIEDRA ROMERO, EN LO SUCESIVO "SERVICIOS CLÍNICOS", Y CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS:

ANTECEDENTES

PRIMERO.- La sangre y los componentes sanguíneos seguros e inocuos constituyen un recurso terapéutico, de uso universal, para suplir diversas deficiencias sanguíneas en los seres humanos. Una transfusión de sangre o de sus componentes, puede salvar la vida de un paciente, contribuir a restituir su salud o mejorar su calidad de vida, de ahí la necesidad de que los servicios de salud mantengan un suministro oportuno de sangre segura y que garanticen que su uso terapéutico sea adecuado y racional.

En los términos de la Ley General de Salud, la disposición de la sangre y de los componentes sanguíneos para uso terapéutico, está a cargo de bancos de sangre y servicios de transfusión que cuenten con autorización para su funcionamiento.

SEGUNDO.- La donación de sangre y componentes sanguíneos es a título gratuito, sin embargo, existen costos significativos asociados al reclutamiento y educación de los donantes, a la extracción, a las determinaciones analíticas, a la preparación de componentes sanguíneos, aseguramiento de la calidad, almacenamiento y distribución, así como aquellos derivados de la infraestructura y mantenimiento de los establecimientos. Por ello, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público periódicamente da a conocer a las Instituciones del Sector Salud, las cuotas de recuperación que aplica "CETS" las que deberán cubrir los solicitantes de componentes sanguíneos, en el catálogo y tabulador correspondiente, los Hospitales y Unidades Médicas pertenecientes a Servicios de Salud de Durango, quedan exentos de realizar algún pago.

TERCERO.- Para la ejecución del presente convenio "LAS PARTES", se comprometen a acatar la normatividad en la materia, contenida en la Ley General de Salud, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario para la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y en la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos o la Norma que la sustituya. Los Artículos 3° fracción XXVIII, 340 y 341 de la Ley General de Salud, establecen que el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, es materia de salubridad general y que la Secretaría de Salud a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) ejerce el control sanitario de la disposición de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas con fines terapéuticos. Que el Banco de Sangre de la Secretaría de Salud, tiene competencia para proponer las políticas idóneas para la cobertura y acceso equitativo de la sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, con la finalidad de estimular la autosuficiencia y utilización racional de la sangre y sus componentes y mejoras en la captación, procesamiento y almacenamiento de la sangre y sus componentes, así como proveer a los establecimientos de salud públicos o privados. En el Sistema Nacional de Salud podrán participar los prestadores de servicios de los sectores público,



Dr. Beatriz Piedra R



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

No. 013/2022

**DIRECCIÓN
JURÍDICA**

social y privado, para lo cual, la Secretaría de Salud, promoverá y fomentará la participación de estos últimos mediante la suscripción de Convenios de Concertación de Acciones, conforme lo establecen los Artículos 10° y 11 de la Ley General de Salud.

Está prohibido el comercio de órganos, tejidos y células en términos de lo dispuesto por los artículos 327 y 462 fracción II de la Ley General de Salud.

La sangre es un tejido valioso que se utiliza mundialmente para suplir diversas deficiencias sanguíneas, por si misma no puede ser utilizada, sino que se requiere para garantizar su calidad, efectuar pruebas para la detección de enfermedades transmisibles por transfusión, así como practicar pruebas inmune-hematológicas entre otras y ello, necesariamente implica costos, por lo que resulta imprescindible aplicar las cuotas de recuperación en materia de intercambio de sangre humana y de sus componentes, que deban cubrir los solicitantes de los componentes sanguíneos para garantizar su disponibilidad.

CUARTO.- En atención a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana **NOM-253-SSA1-2012**, "Para la disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos", establece en las disposiciones generales que **"Los bancos de sangre deberán establecer y formalizar convenios con otros bancos de sangre o con servicios de transfusión para el intercambio de unidades de sangre y componentes sanguíneos, con el objetivo de lograr el abasto oportuno bajo condiciones de seguridad, eficiencia, transparencia y legalidad"**.

DECLARACIONES

I.- Declara "SALUD", a través de su representante legal que:

I.1.- Que de conformidad con el artículo 34 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango, la Secretaría de Salud es la dependencia responsable de conducir y establecer las políticas y programas en materia de salud en el Estado.

I.2.- Que de conformidad con el artículo 53 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango y 17 de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Durango, "Servicios de Salud de Durango", es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, creado por Decreto publicado en el Periódico Oficial No. 25 del Estado de Durango, el 26 de septiembre de 1996.

I.3.- Que de conformidad con los artículos 1 y 4 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango, dicho Organismo Público Descentralizado, forma parte de la Administración Pública Paraestatal.

I.4.- Que con fecha 20 de julio del 2020, se expide el Decreto Administrativo que Modifica el diverso por el que se crean los Servicios de Salud de Durango con carácter de Organismo Público Descentralizado, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Durango No. 64, de fecha 09 de agosto del 2020.

I.5.- El Organismo Público Descentralizado tiene como objeto prestar Servicios de Salud a población abierta en el Estado de Durango en cumplimiento a las Leyes General y Estatal de Salud y a lo dispuesto en el Acuerdo de Coordinación suscrito por el Gobierno Federal y esta Entidad Federativa el 20 de agosto de 1996.

I.6.- En el artículo 16 del Decreto de Creación de la entidad paraestatal que se viene refiriendo, se establece que el Director General de este ente público será nombrado por el titular del Ejecutivo Estatal y que dicho nombramiento recaerá en la persona de quien sea nombrado Secretario de Salud del Gobierno del Estado de Durango.



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

No. 0131022

**DIRECCIÓN
JURÍDICA**

1.7.- Que de acuerdo al artículo 34, fracción XXIII, párrafo 2 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango, la Secretaría de Salud como dependencia del Gobierno Estatal se coordinará y coadyuvará con el Organismo Público Descentralizado especializado en la materia, denominado Servicios de Salud de Durango, a fin de operar los Servicios de Salud y mejorar la cobertura de estos, en beneficio de la población del Estado, en los términos establecidos en el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud.

1.8.- Que con fecha 11 de julio del 2018, el **Dr. José Rosas Aispuro Torres**, Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Durango, otorgó nombramiento al **Dr. Sergio González Romero**, como Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango. Así mismo, de conformidad con el Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Durango, en su artículo 17 fracción VI, así como los artículos 18 y 19 fracción XV de su Reglamento Interior, el **Doctor Sergio González Romero**, se encuentra plenamente facultado para suscribir el presente convenio.

1.9.- Que con fecha 16 de octubre de 2016, el Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Durango, otorgó nombramiento al **Dr. Heriberto Andiola Galván**, como Director del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea, por lo que se encuentra plenamente facultado para suscribir el presente convenio.

1.10.- Que el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea cuenta con su Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES) la siguiente: **DGSSA017115**, y con Licencia Sanitaria **No.21-TS-10-005-0003**.

1.11.- Que para los efectos legales del presente instrumento jurídico, señala como domicilio el ubicado en calle Cuauhtémoc esquina con Paloma No. 225 Nte, Código Postal 34000, Zona Centro, Teléfonos (618) 1 37 34 24 y 1 37 74 90, con Registro Federal de Causantes (RFC) SSD960927CR4.

II.- Declara "SERVICIOS CLÍNICOS", a través de su representante legal que:

II.1.- Que **Servicios Clínicos SM "Sociedad por Acciones Simplificada" de Capital Variable**, es una persona moral legalmente constituida según consta en el Folio de Constitución número SAS2019255924, de fecha 17 de octubre del 2019, que su representante es la **C. Maria Beatriz Piedra Romero**.

II.2.- La sociedad tiene como actividad principal: La sociedad podrá realizar toda clase de actos, convenios, contratos, Operaciones y en general todas las actividades necesarias para el cumplimiento de su objeto social, Farmacia, Hospitales Generales del Sector Privado que requieran de Título Médico conforme a las leyes.

II.3.- Que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público le otorgo el Registro Federal de Contribuyentes: **SCS191017R82**.

II.5.- Que **Servicios Clínicos SM "Sociedad por Acciones Simplificada" de Capital Variable**, cuenta con Licencia Sanitaria No. 21-AM-10-005-0001, autorizada para Actos Quirúrgicos u Obstétricos.

II.6.- Que el **Dr. Jose Luis Piedra Romero**, es el responsable sanitario del servicio de transfusión de **Servicios Clínicos SM "Sociedad por Acciones Simplificada" de Capital Variable**.

II.7.- Que el establecimiento de que se trata, cuenta con la infraestructura, equipo y personal capacitado e idóneo para prestar los servicios a los pacientes, que conoce las disposiciones de carácter legal como son: La Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario para la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

No. 013/2022

**DIRECCIÓN
JURÍDICA**

2012, para la Disposición de Sangre Humana y sus componentes con Fines Terapéuticos, declarando que se somete a la legalidad y políticas sanitarias que imperan en el País sin reserva alguna, así como a las normas médicas y éticas aplicables o que resultan en material internacional y en cuestiones relativas a la disposición de sangre y sus componentes con fines terapéuticos.

II.8.- Que para los efectos legales del presente instrumento jurídico, señala como domicilio el ubicado en Calle Fenix No. 135 Norte, Zona Centro, C.P. 34000, Durango, Dgo.

Expuesto lo anterior "**LAS PARTES**", sujetan sus compromisos, a las siguientes:

CLAÚSULAS

PRIMERA.-OBJETO.- El presente convenio tiene por objeto, establecer las bases y mecanismos de concertación de acciones entre "**LAS PARTES**", para realizar actividades de suministro y recuperación de unidades de sangre y sus componentes con fines terapéuticos, así como la promoción y difusión de la donación altruista y voluntaria de sangre en su respectivo servicio de transfusión sanguínea.

SEGUNDA.- DEL REGISTRO.- "SERVICIOS CLÍNICOS", se obliga a registrar ante "**CETS**", el nombre y firma de su médico responsable sanitario, así como a comunicarle de forma inmediata, la destitución, la baja, o cambio de éste.

TERCERA.- DE LA COMUNICACIÓN PREVIA.- "SERVICIOS CLÍNICOS", se compromete en primer término, a comunicarse telefónicamente con el Centro Estatal de Transfusión Sanguínea "**CETS**", para solicitarle los componentes sanguíneos que requiera, con el propósito de verificar su existencia y disponibilidad en el Banco de Sangre de "**CETS**", debiendo señalar el grupo sanguíneo A-B-O, Rh, Hb, Hto el diagnóstico previo del paciente, en los casos de usos de plasma como sucede en el intercambio plasmático terapéutico.

CUARTA.-DE LA SOLICITUD.- "SERVICIOS CLÍNICOS", se obliga a presentar al Centro Estatal de Transfusión Sanguínea de "**CETS**", la solicitud de unidades de componentes sanguíneos, debidamente firmada por médico tratante y responsable sanitario del servicio de transfusión utilizando el formato (s) previamente aprobado y autorizados por "**CETS**", como se indica en el **ANEXO DOS** en el cual se expresa con claridad: Los Componentes Sanguíneos, que se requieran y los demás datos que incluye el formato, y adjuntar al mismo la (s) solicitudes de pruebas de compatibilidad debidamente requisitado (s) con todos los datos requeridos, utilizando el formato que conforma el **ANEXO TRES (A) y (B), y ANEXO CUATRO**, en relación al procedimiento a seguir en las Clínicas e Instituciones Privadas.

QUINTA.-DEL CONTENEDOR PARA EL TRANSPORTE.- "SERVICIOS CLÍNICOS", se compromete a proporcionar a quien vaya a recoger los componentes sanguíneos, un contenedor termo-aislante, en su caso, con los refrigerantes necesarios, con el fin de que las unidades de sangre o de componentes sanguíneos, sean transportadas en condiciones que aseguren su viabilidad y funcionalidad.

SEXTA.-DE LA OBLIGACIÓN DE ENVIAR DONANTES.-"SERVICIOS CLÍNICOS", se obliga a enviar al "**CETS**", el número de donantes necesarios, con el objeto de recuperar la sangre o componentes de ésta, dentro de los tres días siguientes, a la fecha de recepción de los productos sanguíneos, siempre promoviendo la donación voluntaria y altruista de sangre.

Dicho plazo se ampliará a 15 (quince) días hábiles, para el caso de que él o los donantes enviados no fueran aptos para la donación, por no reunir los requisitos que establece la Norma Oficial Mexicana **NOM-253-SSA1- 2012**, para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes, con Fines Terapéuticos y tengan a manera de aportación voluntaria un depósito como garantía por el préstamo de sangre o de componentes sanguíneos, documento que conforma el **ANEXO DOS**.



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

No. 013/2002

DIRECCIÓN

JURÍDICA

Además la promoción y difusión de donación voluntaria y altruista.

SÉPTIMA.-DE LA OBLIGACIÓN DEL ENVIADO DE FIRMAR UNA CARTA COMPROMISO.- “SERVICIOS CLÍNICOS”, se compromete a que el enviado a recoger las unidades de sangre o de componentes sanguíneos solicitados, firme solidariamente una carta compromiso, que le proporciona el Banco de Sangre del “CETS”, **ANEXO DOS**, en la cual se obliga a reponer las unidades de sangre o de componentes sanguíneos que se le proporcionen, destinando para ello personas donantes de sangre.

OCTAVA.-DE LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN.- Antes de recibir las unidades objeto del presente convenio “SERVICIOS CLÍNICOS”, se compromete a cubrir las cuotas de recuperación en el nivel 6 de la Tabla de costos de Productos Autorizados por “SALUD” y con el procedimiento ordenado por la misma que esencialmente consiste en el **ANEXO UNO**.

En caso de actualizarse el tabulador de las cuotas de recuperación, en caso de variar será aceptado tácitamente al solicitar el o los componentes sanguíneos y no se requerirá modificar, ni ratificar el presente convenio.

NOVENA.-DE LOS INFORMES, “SERVICIOS CLÍNICOS”, se obliga a enviar un informe mensual al “CETS”, con la información de los formatos (B) y (C) (en formato Excel y PDF) proporcionados por el “CETS” a los correos: cets.reddesangre@durango.gob.mx, partyda2020@gmail.com, informesmetodologia@gmail.com, los informes se recibirán en un plazo no mayor dentro de los primeros 5 días del mes, los formatos estarán disponibles y autorizado para su descarga a la siguiente liga: <http://drive.google.comdrive/folders/11eXiO8PEcoDNaXucRNTxUNx-ihAwwKP?usp=sharring>.

DÉCIMA.- DE LA ASESORÍA, EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN. - Para el cumplimiento del presente convenio “CETS”, expresamente se compromete a:

- a) Proporcionar a “SERVICIOS CLÍNICOS”, asesoría gratuita tendiente a resolverle las dudas que pudieran surgir respecto de la aplicación adecuada de la sangre o de sus componentes.
- b) A evaluar la necesidad terapéutica de los componentes sanguíneos solicitados.

DÉCIMA PRIMERA.- DEL SUMINISTRO DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS.- “CETS”, se obliga a proporcionar las unidades de sangre o componentes sanguíneos, al recibir la solicitud siempre y cuando se tengan en existencia.

DÉCIMA SEGUNDA.- “CETS”, se obliga a anotar en el libro de registro de ingresos y egresos de sangre y sus componentes, lo que señala la Norma Oficial Mexicana **NOM-253-SSA1-2012**, para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos”, o la norma que los sustituya.

Asimismo “CETS”, llevará un formato para el control de ingresos y egresos, que deberá ser firmado por el responsable del “CETS”, y por la persona que reciba las unidades de sangre y/o componentes sanguíneos (Anexo 2).



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:
No. 013/2022

**DIRECCIÓN
JURÍDICA**

DÉCIMA TERCERA.- "SALUD" por conducto del "CETS" se obliga a llevar un control de las cartas compromiso **ANEXO TRES**, con el propósito de verificar si "**SERVICIOS CLÍNICOS**", dio cumplimiento a la obligación de enviar los donantes, para la recuperación de la sangre o componentes sanguíneos solicitados, lo que se registrará también, en un sistema de información computarizada.

DÉCIMA CUARTA.- ACCESO A LA INFORMACIÓN.- La información y actividades que se presenten, obtengan o produzcan, en virtud del cumplimiento del presente convenio, serán clasificadas por "CETS", atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y su Reglamento, por lo que "**LAS PARTES**", se obligan a guardar estricta confidencialidad respecto a la información y resultados que se produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento.

En caso de incumplimiento "**LAS PARTES**", asumirán a título personal, las consecuencias derivadas de la violación de dicha confidencialidad y reserva, por lo que "**SERVICIOS CLÍNICOS**", y "**CETS**", informarán al inicio de sus actividades dicha situación al personal que participe en la realización de las acciones a desarrollar objeto del presente Convenio, a fin de dar cumplimiento a esta obligación.

DÉCIMA QUINTA.- DEL AVISO POR CAMBIOS EN LA DOCUMENTACIÓN O DE LOS QUE SUSCRIBEN ESTE CONVENIO.- Cualquier cambio relativo a la licencia sanitaria, al responsable sanitario o de las personas que intervengan en este convenio, así como el cambio de domicilio de cualquiera de "**LAS PARTES**", deberá ser informado oportunamente por escrito, con acuse de recibo y dirigirse a los domicilios señalados por "**LAS PARTES**", en el apartado de declaraciones de este convenio y dentro de un plazo no mayor de treinta días naturales contados a partir de que ocurra cualquiera de los cambios referidos, de no ser así, la parte que omita notificar el cambio, asumirá la responsabilidad que se produzca.

DÉCIMA SEXTA.- RELACIÓN LABORAL.- Queda expresamente estipulado entre "**LAS PARTES**", que suscriben el presente convenio que, en atención a que cada una de ellas cuenta con el personal necesario y con elementos propios para realizar las actividades objeto de este convenio, en esa medida aceptan que, en relación con el personal que llegase a trabajar con motivo de la ejecución de este convenio, no existirá relación alguna de carácter laboral, civil ni de seguridad social con la contraparte, por lo que no podrá considerárseles como patrones sustitutos o solidarios y cada una de ellas asumirá las responsabilidades que de tal relación les corresponda.

DÉCIMA SÉPTIMA.- VIGENCIA.- "LAS PARTES", acuerdan que la vigencia del presente convenio es a partir de la fecha de su firma al 31 de diciembre del 2023.

DÉCIMA OCTAVA. - TERMINACIÓN ANTICIPADA. - Cualquiera de "**LAS PARTES**", podrá dar por terminado este convenio con antelación a su vencimiento, mediante aviso por escrito a la contraparte, notificándola con treinta días naturales de anticipación. En tal caso, ambas partes tomarán las medidas necesarias para evitar perjuicios, tanto a ellas como a terceros.

DÉCIMA NOVENA.- JURISDICCIÓN. - Para la interpretación y cumplimiento del presente convenio, así como para todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, "**LAS PARTES**", se someterán a la Jurisdicción de los Tribunales competentes, ubicados en la Ciudad de Durango, por lo tanto "**LAS PARTES**", renunciarán al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio, presente, futuro, o por cualquier otra causa.

M. Santos Cervantes



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

No. 03kozz

DIRECCIÓN

JURÍDICA

Leído que fue el presente convenio por “LAS PARTES”, y enteradas de su contenido y consecuencias legales, lo firman de conformidad en tres tantos al margen y al calce, en la Ciudad de Durango, Dgo., a 27 de mayo del 2022.

POR “SALUD”



DR. SERGIO GONZALEZ ROMERO.
Secretario de Salud y Director General
de Servicios de Salud de Durango.

POR “SERVICIOS CLÍNICOS”


C. MARIA BEATRIZ PIEDRA ROMERO.
Representante Legal

POR “CETS”



DR. HERIBERTO ANDIOLA GALVAN
Director del Centro Estatal de Transfusión Sanguínea.

CE



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

No. 013/2022

DIRECCIÓN

JURÍDICA

ANEXO 1
CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN



Cuotas de productos que se autorizan para el Tabulador de Servicios Médico-Asistenciales 2017

Clave	Descripción	Nivel 6
010-02	Consulta especialidad	\$ 239.03
190-02	Anticuerpos anti-VHC (ELISA)	\$ 196.19
190-04	Detección de anti-cuerpos VIH 1/2 (ELISA)	\$ 196.19
190-05	Antígeno de superficie AgsHB	\$ 178.15
190-06	Paquete componente sanguíneo (P.F.C.P.G.C.P.)	\$ 1,102.70
192-05	Reacciones febriles en placa	\$ 144.32
190-19	Pruebas cruzadas	\$ 791.51
191-03	Serotipificaciones	\$ 78.93
192-16	R.p.r. prueba de sífilis	\$ 173.64
201-07	Recuento de plaquetas	\$ 67.65
201-10	Investigación hematozoarios	\$ 108.24
201-12	Serie roja	\$ 225.50
201-13	Serie blanca	\$ 225.50
201-16	Determinación de grupo sanguíneo y factor rh	\$ 119.52
TOTAL DE SANGRE Y PAQUETE		\$ 3,847.07
190-06	Paquete componente sanguíneo (P.F.C.P.G.C.P.)	\$ 1,102.70
192-31	Coombs directo	\$ 121.77
192-32	Coombs indirecto	\$ 187.17
201-46	Plasmaferesis	\$ 9,089.91
190-06	Paquete componente sanguíneo (P.F.C.P.G.C.P.)	\$ 1,102.70
TOTAL PLASMAFERESIS		\$ 10,192.61
201-45	Plaquetoféresis	\$ 9,089.91
	Total de sangre y paquete	\$ 3,847.07
TOTAL PLAQUETAFERESIS		\$ 12,936.98
360-08	Sangría	\$ 455.51

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

No. 013/2022

**DIRECCIÓN
JURÍDICA**

ANEXO DOS

HOSPITAL

Solicitud de productos sanguíneos

Durango, Dgo., ____ de _____ del _____

C.Dr. _____

Responsable del Banco de Sangre de _____

PRESENTE:

Por medio de la presente, solicito a Ud. Los siguientes productos con carácter:

Ordinario ()

Urgente ()

PRODUCTO	CANTIDAD	GRUPO	RH
Sangre Total	_____	_____	_____
Paquete Globular	_____	_____	_____
Plasma fresco cong.	_____	_____	_____
Conc. Plaquetario	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____

Para el (a) paciente _____ No.afil. _____

Servicio _____ cama _____ diagnostico _____

Con el compromiso de enviar el o los donadores necesarios para reponer los productos que nos proporcione.

Adjunto a la presente, solicitud para pruebas de compatibilidad debidamente requisitado con todos los datos requeridos.

SI ()

NO ()

ATENTAMENTE

“DONAR SANGRE ES SALVAR VIDAS “
RESPONSABLE MEDICO DE LA INSTITUCIÓN

M. V. ...



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

No. 013/2022

**DIRECCIÓN
JURÍDICA**

HOSPITAL _____ DOMICILIO _____ TELEFONO _____

Solicitud de pruebas de compatibilidad

Carácter de la solicitud: () Ordinario () Urgente Hora de Recepción CETS: _____

Nombre del paciente: _____ Sexo: ___ Edad: _____ Grupo: _____ Rh: _____

Diagnostico: _____ Servicio: _____ Cama: _____ No. Expediente _____

Transfusiones Previas SI () NO () Cuantas: _____ Fecha de la última: _____

Reacciones Transfusionales SI () NO () Tipo: _____ Fecha de la última: _____

No. de Embarazos: _____ Enf. Hemolítica del R/N SI () NO () Está recibiendo medicamento SI () NO ()

PRODUCTO SOLICITADO
PAQUETE GLOBULAR PLASMA FRESCO CONGELADO CONCENTRADO PLAQUETARIO

SANGRE RECONSTITUIDA P. GLOBULAR LAVADO P. GLOBULAR DESLEUCITADO

OTROS: _____

VOLUMEN SOLICITADO: _____ ml. PARA TRANSFUNDIR: FECHA: _____ HORA: _____

MOTIVO DE LA TRANSFUSION: _____ FECHA DE LA SOLICITUD: _____

LABORATORIOS:

HB: _____ HTO _____ TP: _____ TPT: _____ PLAQUETAS: _____

NOMBRE DEL MEDICO: _____ FIRMA: _____ CEDULA PROFESIONAL: _____

ORIGINAL PARA EL EXPEDIENTE COPIA PARA BANCO DE SANGRE COPIA PARA SERVICIO DE TRANSFUSION

HOSPITAL _____ DOMICILIO _____ TELEFONO _____

Solicitud de pruebas de compatibilidad

Carácter de la solicitud: () Ordinario () Urgente Hora de Recepción CETS: _____

Nombre del paciente: _____ Sexo: ___ Edad: _____ Grupo: _____ Rh: _____

Diagnóstico: _____ Servicio: _____ Cama: _____ No. Expediente _____

Transfusiones Previas SI () NO () Cuantas: _____ Fecha de la última: _____

Reacciones Transfusionales SI () NO () Tipo: _____ Fecha de la última: _____

No. de Embarazos: _____ Enf. Hemolítica del R/N SI () NO () Está recibiendo medicamento SI () NO ()

PRODUCTO SOLICITADO
PAQUETE GLOBULAR PLASMA FRESCO CONGELADO CONCENTRADO PLAQUETARIO

SANGRE RECONSTITUIDA P. GLOBULAR LAVADO P. GLOBULAR DESLEUCITADO

OTROS: _____

VOLUMEN SOLICITADO: _____ ml. PARA TRANSFUNDIR: FECHA: _____ HORA: _____

MOTIVO DE LA TRANSFUSION: _____ FECHA DE LA SOLICITUD: _____

LABORATORIOS:

HB: _____ HTO _____ TP: _____ TPT: _____ PLAQUETAS: _____

NOMBRE DEL MEDICO: _____ FIRMA: _____ CEDULA PROFESIONAL: _____ ORIGINAL

PARA EL EXPEDIENTE COPIA PARA BANCO DE SANGRE COPIA PARA SERVICIO DE TRANSFUSION

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature: M. Santos R]



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

Nó. 013/2022

**DIRECCIÓN
JURÍDICA**

REPORTE DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

Paciente: _____ Grupo: _____ Rh: _____

METODO TARJETAS DG-GEL COOMBS

Numero de Unidad	DONADOR	Producto	Volumen	Auto-Control	Prueba Mayor	Prueba Menor	RESULTADO

OBSERVACIONES: _____

REALIZO LAS PRUEBAS:

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

RECIBE

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

REPORTE DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

Paciente: _____ Grupo: _____ Rh: _____

METODO TARJETAS DG-GEL COOMBS

Numero de Unidad	DONADOR	Producto	Volumen	Auto-Control	Prueba Mayor	Prueba Menor	RESULTADO

OBSERVACIONES: _____

REALIZO LAS PRUEBAS:

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

RECIBE

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

N

M. Pruebas Cruzadas



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

No. 013/2022

**DIRECCIÓN
JURÍDICA**

ANEXO TRES (A)

HOSPITAL _____ DOMICILIO _____ TELEFONO _____

Solicitud de pruebas de compatibilidad

Carácter de la solicitud: () Ordinario () Urgente **Hora de Recepción CETS:** _____

Nombre del paciente: _____ Sexo: ____ Edad: ____ Grupo: _____ Rh: _____

Diagnostico: _____ Servicio: _____ Cama: _____ No. Expediente _____

Transfusiones Previas SI () NO () Cuantas: _____ Fecha de la última: _____

Reacciones Transfusionales SI () NO () Tipo: _____ Fecha de la última: _____

No. de Embarazos: _____ Enf. Hemolítica del R/N SI () NO () Está recibiendo medicamento SI () NO ()

PRODUCTO SOLICITADO
PAQUETE GLOBULAR PLASMA FRESCO CONGELADO CONCENTRADO PLAQUETARIO

SANGRE RECONSTITUIDA P. GLOBULAR LAVADO P. GLOBULAR DESLEUCITADO

OTROS: _____

VOLUMEN SOLICITADO: _____ ml. PARA TRANSFUNDIR: FECHA: _____ HORA: _____

MOTIVO DE LA TRANSFUSION: _____ FECHA DE LA SOLICITUD: _____

LABORATORIOS:
HB: _____ HTO _____ TP: _____ TPT: _____ PLAQUETAS: _____

NOMBRE DEL MEDICO: _____ FIRMA: _____ CEDULA PROFESIONAL: _____

ORIGINAL PARA EL EXPEDIENTE COPIA PARA BANCO DE SANGRE COPIA PARA SERVICIO DE TRANSFUSION

HOSPITAL _____ DOMICILIO _____ TELEFONO _____
Solicitud de pruebas de compatibilidad

Carácter de la solicitud: () Ordinario () Urgente **Hora de Recepción CETS:** _____

Nombre del paciente: _____ Sexo: ____ Edad: ____ Grupo: _____ Rh: _____

Diagnóstico: _____ Servicio: _____ Cama: _____ No. Expediente _____

Transfusiones Previas SI () NO () Cuantas: _____ Fecha de la última: _____

Reacciones Transfusionales SI () NO () Tipo: _____ Fecha de la última: _____

No. de Embarazos: _____ Enf. Hemolítica del R/N SI () NO () Está recibiendo medicamento SI () NO ()

PRODUCTO SOLICITADO
PAQUETE GLOBULAR PLASMA FRESCO CONGELADO CONCENTRADO PLAQUETARIO

SANGRE RECONSTITUIDA P. GLOBULAR LAVADO P. GLOBULAR DESLEUCITADO

OTROS: _____

VOLUMEN SOLICITADO: _____ ml. PARA TRANSFUNDIR: FECHA: _____ HORA: _____

MOTIVO DE LA TRANSFUSION: _____ FECHA DE LA SOLICITUD: _____

LABORATORIOS:
HB: _____ HTO _____ TP: _____ TPT: _____ PLAQUETAS: _____

NOMBRE DEL MEDICO: _____ FIRMA: _____ CEDULA PROFESIONAL: _____ ORIGINAL

PARA EL EXPEDIENTE COPIA PARA BANCO DE SANGRE COPIA PARA SERVICIO DE TRANSFUSION

[Handwritten signature]

M

M. Pruebas Cruz R



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

No. 013/2022

**DIRECCIÓN
JURÍDICA**

ANEXO TRES (B)

REPORTE DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

Paciente: _____ Grupo: _____ Rh: _____

METODO TARJETAS DG-GEL COOMBS

Numero de Unidad	DONADOR	Producto	Volumen	Auto-Control	Prueba Mayor	Prueba Menor	RESULTADO

OBSERVACIONES: _____

REALIZO LAS PRUEBAS:

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

RECIBE

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

REPORTE DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

Paciente: _____ Grupo: _____ Rh: _____

METODO TARJETAS DG-GEL COOMBS

Numero de Unidad	DONADOR	Producto	Volumen	Auto-Control	Prueba Mayor	Prueba Menor	RESULTADO

OBSERVACIONES: _____

REALIZO LAS PRUEBAS:

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

RECIBE

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

~~Handwritten signature~~
M
M. Santos Ruiz R



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

No. 013/2022

**DIRECCIÓN
JURÍDICA**

ANEXO CUATRO



SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO
CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA

AV. 20 DE NOVIEMBRE Y A. NORMAN FUENTES S/N
TEL. 811-10-01 FAX 813-01-31 DURANGO, DGO.

No. _____

RECIBI DE: _____

LA CANTIDAD DE : _____

Por concepto de aportación voluntaria que hago, al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea, en el entendido que cuando presente _____ donadores aptos para recuperar las unidades que me fueron prestadas, me será devuelta la aportación entregada, en caso de que, en un lapso de quince días contados a partir de este día no presente los donadores aptos, la aportación que voluntariamente estoy entregando le será entregada a la Subdirección de Recursos Materiales y Financieros de los Servicios de Salud de Durango, para la compra de insumos necesarios en el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea.

PACIENTE _____ HOSPITAL _____

DURANGO, DGO. _____ DE _____ DE _____

NOMBRE Y FIRMA
DE LA PERSONA QUE RECIBE LA APORTACION

ORIGINAL

Mr. Santos Ruiz R



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

No. 013/2022

**DIRECCIÓN
JURÍDICA**

ANEXO CINCO

Los procedimientos a seguir con las Clínicas y Hospitales privados, según sea el caso.

1. **A)** Deberán presentar donadores aptos en fecha anterior a su procedimiento quirúrgico o procedimiento Intrahospitalario programado.

B) Se le realizarán pruebas cruzadas, preferentemente 1 día antes de que se quiera transfundir, ya sea que se envíe la muestra de la Clínica privada o que él o la paciente acudan a toma de muestra de compatibilidad de las 11:00 hrs. hasta las 19:00 hrs. (se deberá aplicar el cargo de pruebas de compatibilidad del Nivel 6).

2. **A)** Presentar donadores aptos, se realizan las pruebas de la unidad y grupo sanguíneo, y se aplica el cargo en nivel 6, si no se usa por no ser requerida por el Hospital privado, queda disponible para un familiar directo del paciente, durante 35 días. En caso de que se de esta situación, se aplicará el cargo de pruebas de compatibilidad y estudios realizados a la sangre, sin que tenga que presentar donadores o dejar aportación voluntaria.

3. **A)** En el caso de que previamente se convenga en presentar dos donadores aptos, por cada unidad que se vaya a proporcionar se aplicará solo el cargo de pruebas de compatibilidad Nivel 6 y el grupo sanguíneo por cada unidad requerida.

B) En el caso de que la o las unidades no sean requeridas por el Hospital privado, queda disponible una unidad por cada dos donadas, para un familiar directo del paciente, durante 40 días, en este caso, solo se



Me. Vargas Ruiz R



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO
REVISADO POR:
No. 013/2022
**DIRECCIÓN
JURÍDICA**

aplicará el cargo de pruebas de compatibilidad y grupo Nivel 6, sin que tenga que presentar donador o dejar aportación voluntaria.

4. A) En caso de urgencia o que los donadores presentados no sean aptos, los familiares solicitantes deberán cubrir las pruebas de compatibilidad y grupo sanguíneo en el Nivel 6, y a su egreso dejar aportación voluntaria por el o los productos egresados y pagar los estudios en Nivel 6.
5. Requisitos para recibir una solicitud en el banco de sangre del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea de Durango.

- 1.- Solicitud de pruebas de compatibilidad requisitada en forma completa con todos los datos en ella solicitados (nombres con los dos apellidos) original y dos copias con el grupo y Rh del paciente.

- 2.- Pacientes externos deberán acudir al CETS 24 hrs. previas a la cirugía para el proceso de toma de muestra con solicitud debidamente requisitada.

- 3.- El original de la solicitud de pruebas de compatibilidad se integrara al expediente clínico, una copia se entregara al laboratorio o al servicio de transfusión del hospital para su registro de ingreso y aplicaciones en el servicio correspondiente y otra copia se quedara en el CETS.

- 4.- Se requiere dos tubos (pilotos) con una muestra de sangre: uno con coagulante 4 ml. mínimo y otro sin anticoagulante 3 ml. mínimo. (En caso de no poder tomar las dos muestras en recién nacidos traer la muestra con anticoagulante mínimo 3 ml.).

- 5.- Para ex sanguíneo transfusión, enviar también muestra de sangre con anticoagulante de la madre del recién nacido. (3ml.).

- 6.- Las muestras de sangre (tubos piloto) deben estar etiquetadas en forma individual con nombre completo, fecha y hora de extracción y servicio.

- 7.- Las solicitudes ordinarias se reciben con donación previa o con aportación voluntaria y carta compromiso y se trabajan el mismo día en que se recibe la solicitud.

- 8.- Solicitudes de urgencias calificadas se reciben y trabajan sin excepción alguna en cualquier horario.



Ms. Priscilla Rangel R



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

Nó. 013/2022

**DIRECCIÓN
JURÍDICA**

9.- Las solicitudes preoperatorias de cirugías programadas, solo se reciben hasta las 24:00hrs. Del día previo al evento quirúrgico, o procedimiento hospitalario que requiera apoyo transfusional acompañadas de la solicitud, muestra piloto y constancia de donación a favor del paciente.

10.- En caso de plasmas la solicitud deberá acompañarse de una justificación por escrito de la dosis a administrar, así como la necesidad clínica del plasma y traer anotados los tiempos de coagulación del paciente (último reporte) y será valorada por el CETS.

11.- En los concentrados plaquetarios las solicitudes deben contar con los datos relativos al último recuento de plaquetas del paciente. Para los concentrados plaquetarios que se van a aplicar juntos, con una solicitud para 5 productos es suficiente. En el caso de aplicarse en forma separada se necesita solicitud por concentrado.

12.- En caso de la transfusión de pool de plaquetas se deberá contar con el consentimiento por escrito del médico responsable de la aplicación de plaquetas desplasmatizadas grupo "O" a pacientes de otro grupo sanguíneo, por no contarse con plaquetas del grupo del paciente.(sólo en urgencias calificadas).

13.- En el consentimiento del médico tratante, se deberá hacer constar que el paciente se encuentra en quimioterapia o en tratamiento con esteroides. La solicitud también deberá contar con los datos relativos al último recuento plaquetario del paciente.

14.- Cuando no se tenga algún producto disponible, se darán opciones transfusionales de acuerdo a las tablas de alternativas con que cuenta el CETS.

15.- En el caso de no aceptarse las opciones, el médico responsable lo deberá manifestar y firmar en la solicitud que no acepta la alternativa propuesta, el laboratorio registrará la negativa en la solicitud.

16.- En el caso de hospitales privados, o de pacientes con solicitudes ordinarias que cuenten con donación previa, si no se cuenta con el producto requerido la solicitud no se recibirá hasta el momento de estar en condiciones de atenderla.

17.- Todos los productos deberán ser transportados en recipientes térmicos aislantes sin excepción.

W



Dr. Víctor Ruiz R



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

No. 013/2022

**DIRECCIÓN
JURÍDICA**

18.- El original de la solicitud de transfusión, se integrara al expediente clínico junto con la etiqueta de datos relativos a la transfusión y notificación de reacción-transfusional (etiqueta auto adherible).

19.- En caso de que no se aplique un producto y hayan transcurrido dos horas sin refrigeración de la unidad, la baja del producto corresponderá al hospital y se deberá registrar en el libro correspondiente de productos biológicos potencialmente infecciosos.

20.- En el caso de que algún producto no sea aplicado, se deberán regresar de inmediato al CETS dentro de las siguientes 4 horas de su salida, siempre y cuando se haya mantenido en refrigeración y se transporte en recipiente termoaislante con los refrigerantes necesarios.

21.- En el caso de los hospitales privados, se podrá aplicar el criterio del párrafo anterior, en el entendido que se recibirán los productos a manera de donativo sin la devolución del importe pagado por los estudios practicados a las unidades, quedando las unidades disponibles para familiares directos del paciente durante 35 días (sin costo).

22.- Los hospitales privados deberán cubrir sin excepción la cuota de recuperación nivel 6 y celebrar carta compromiso de reposición de los productos proporcionados en caso de no contar con donadores, o si se trata de una urgencia se deberá elaborar documento de fianza aportación voluntaria.

23.- Se exentará de pago cuando se tengan unidades donadas extra a la solicitud o se ofertará descuento mayor al acreditado.

M

M. Santos Cruz R



SERVICIOS DE SALUD
DE DURANGO

REVISADO POR:

No. 013/2022

**DIRECCIÓN
JURÍDICA**