

## RESOLUCION N° 650/97 - ANSSAL

*Normatiza la solicitud de información requerida a las Obras Sociales.*

Buenos Aires, 7 de Abril de 1997.

VISTO la Resolución N° 350/90-ANSSAL, y

CONSIDERANDO:

Que se hace necesario adecuar a las actuales circunstancias lo establecido en la Resolución N° 350/90-ANSSAL.

Que la experiencia reunida con la implementación de dicha Resolución demuestra la necesidad de modificar y ampliar los datos requeridos.

Que, asimismo, aconseja unificar los períodos de ingreso de información, y establecer plazos más breves para la remisión de la misma.

Que con posterioridad a dicha Resolución, se ha dictado el Decreto reglamentario N° 576/93 que con sus Anexos I y II fija normas relativas a los beneficiarios, las prestaciones médicas y el manejo de la información.

Que se ha dictado la Resolución N° 81/95-INOS que fija los recaudos a acreditar para ser considerado beneficiario familiar «a cargo» de un beneficiario titular.

Que el proceso de reconversión en curso hace necesario contar con nuevos datos operativos de las Obras Sociales y Agentes del Seguro.

Que es imperativo mantener actualizados los datos catastrales de los recursos propios y perfil cuali-cuantitativo de los recursos humanos, de las Obras Sociales y Agentes del Seguro.

Que continúa siendo interés de este Organismo, contar con un Sistema de Información que provea datos consistentes y comparables, sistemática y periódicamente actualizados.

Por ello, y en uso de las facultades atribuciones que prescribe el Artículo 42 de la Ley N° 23.660, la Resolución N° 48/93-MAS, y los Decretos Nros. 784/93 y 785/93.

*El Interventor en la Administración Nacional del Seguro de Salud*

Resuelve:

Artículo 1º: Establecer para las Obras Sociales y los Agentes del Seguro comprendidos en el régimen de las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 la obligatoriedad de mantener

actualizados sus registros y padrones de beneficiarios.

Artículo 2º: Aprobar los formularios e instrucciones de Actualización de Población Beneficiaria establecidos en Anexo I que se adjunta formando parte de esta Resolución.

Artículo 3º: Establecer que, conjuntamente con los formularios establecidos en el Artículo anterior, deberán presentar en soporte magnético el Padrón de Beneficiarios según las especificaciones técnicas emanadas de este Organismo.

Artículo 4º: A los fines de la presente Resolución, los datos consignados en los formularios establecidos en el Anexo I deberán extraerse del Padrón de Beneficiarios de las Obras Sociales o Agentes del Seguro.

Artículo 5º: Las Asociaciones de Obras Sociales receptoras directas de fondos deberán conformar su Padrón de Beneficiarios y remitirlo en soporte magnético conjuntamente con la Actualización de su Población Beneficiaria (Artículo 2º de la presente Resolución), en los mismos términos que las demás Obras Sociales y Agentes del Seguro.

Artículo 6º: Aprobar los formularios e instrucciones de Estadísticas de Prestaciones Médicas establecidas en el Anexo II que se adjuntan formando parte de la presente Resolución.

Artículo 7º: A los fines de la presente Resolución, las Obras Sociales y los Agentes del Seguro introducirán en los contratos de prestaciones médico asistenciales cláusulas que aseguren la provisión, por parte de los respectivos prestadores, de la información básica requerida para la elaboración de las estadísticas a que se refiere el Artículo 6º (Anexo II).

Artículo 8º: Las Asociaciones de Obras Sociales con servicios médico-asistenciales propios deberán elaborar y presentar las Estadísticas de Prestaciones Médicas requeridas por la presente Resolución.

Artículo 9º: Aprobar los formularios e instrucciones del Relevamiento de Recursos Humanos afectados a las Prestaciones Médicas en Establecimientos Propios de las Obras Sociales establecidos en el Anexo III que se adjuntan formando parte de la presente Resolución.

Artículo 10: Aprobar los formularios e instrucciones del Relevamiento de Recursos Físicos y Equipamiento Seleccionado afectado a Prestaciones Médico - Asistenciales

establecidos en el Anexo IV que se adjuntan formando parte de la presente Resolución.

Artículo 11: Las Obras Sociales y los Agentes del Seguro cuyos sistemas propios de información estadística, demográfica y catastral, superen los requisitos básicos establecidos precedentemente mantendrán y podrán ampliar dichos sistemas sin perjuicio de cumplimentar debidamente lo dispuesto en el presente articulado.

Artículo 12: Establecer una periodicidad trimestral para la presentación en soporte magnético y en papel, de los formularios establecidos en los Artículos 2º y 6º, y una periodicidad anual para los establecidos en los

Artículos 9º y 10 de la presente Resolución.

Artículo 13: Fijar los trimestres según año calendario: Primer trimestre: enero/marzo – segundo trimestre: abril/junio - tercer trimestre: julio/setiembre - cuarto trimestre: octubre/diciembre. El período de actualización anual se cumple al 31 de diciembre.

Artículo 14: Fijar treinta (30) días de plazo para la presentación de los formularios, en soporte magnético y papel, luego de operado cada vencimiento, tanto los trimestrales como el anual.

Artículo 15: Fijar treinta (30) días de plazo para la presentación de altas y bajas, en soporte magnético, del Padrón de Beneficiarios de la Obra Social y/o Agente del Seguro, una vez operado el vencimiento trimestral.

Artículo 16: La presente Resolución tendrá vigencia a partir de la fecha de su publicación. La primera presentación deberá cumplimentarse al 30 de junio de 1997, debiendo presentarse los formularios cumplimentados antes del 1º de agosto.

Artículo 17: Déjase sin efecto la Resolución N° 350/90-ANSSAL la que es reemplazada por la presente.

Artículo 18: Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. - José Luis Lingeri.





**ANSSAL**

(A) OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_

(B) RNOS: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(C) TRIMESTRE: ..... AÑO: .....

**POBLACION BENEFICIARIA**

**TOTAL DEL PAIS**

**BENEFICIARIOS ADHERENTES**

- Por Categoría, edad y sexo -

| (D) GRUPO ETAREO | (F) TITULARES |   | (G) FAMILIARES |   | (H) FLAJES Y OTROS A CARGO (*) |   | (I) TOTAL |   |
|------------------|---------------|---|----------------|---|--------------------------------|---|-----------|---|
|                  | F             | M | F              | M | F                              | M | F         | M |
| 0-4              |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| 5-9              |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| 10-14            |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| 15-19            |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| 20-24            |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| 25-29            |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| 30-34            |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| 35-39            |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| 40-44            |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| 45-49            |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| 50-54            |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| 55-59            |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| 60-64            |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| 65-69            |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| 70-74            |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| 75 y +           |               |   |                |   |                                |   |           |   |
| <b>TOTAL (J)</b> |               |   |                |   |                                |   |           |   |

Formulario N° 040/96 - PBAd

(\*) Res. N° 81/95 - INOS

Sistematización Informativa y Estudios

Gerencia de Planeamiento - ANSSAL

## ANEXO II

**ANSSAL**

(B) AÑOS:  -  -   
(C) TRIMESTRE:  AÑO:

**REGISTRO DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS**

(A) OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_

| JURISDICCION<br>(D) | POBLACION<br>(E) | NUMERO DE CONSULTAS MEDICAS - AMBULATORIAS (excluye internación) |                     |                     |                 | TOTAL DE CONSULTAS<br>(H) |
|---------------------|------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------|---------------------------|
|                     |                  | SERVICIOS PROPIOS<br>(F)                                         | POR PRESTAC.<br>(G) | POR CAPITAC.<br>(H) | SUBTOTAL<br>(I) |                           |
| 1                   |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 2                   |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 3                   |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 4                   |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 5                   |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 6                   |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 7                   |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 8                   |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 9                   |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 10                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 11                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 12                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 13                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 14                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 15                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 16                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 17                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 18                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 19                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 20                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 21                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 22                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 23                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 24                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 25                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 26                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 27                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 28                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 29                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 30                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 31                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 32                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 33                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 34                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 35                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 36                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 37                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 38                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 39                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 40                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 41                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 42                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 43                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 44                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 45                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 46                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 47                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 48                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 49                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 50                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 51                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 52                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 53                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 54                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 55                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 56                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 57                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 58                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 59                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 60                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 61                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 62                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 63                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 64                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 65                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 66                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 67                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 68                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 69                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 70                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 71                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 72                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 73                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 74                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 75                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 76                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 77                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 78                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 79                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 80                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 81                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 82                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 83                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 84                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 85                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 86                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 87                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 88                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 89                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 90                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 91                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 92                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 93                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 94                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 95                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 96                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 97                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 98                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 99                  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| 100                 |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |
| TOTAL DEL PAIS (N)  |                  |                                                                  |                     |                     |                 |                           |

Formulario N° 080/95 - CAPE

VER INSTRUCTIVO AL CORSO

Sistemización Informativa y Estudios  
Gerencia de Planeamiento - ANSSAL

**INSTRUCTIVO**  
*Registro de Consultas Médicas Ambulatorias*

- A - Denominación de la Obra Social o Agente del Seguro.  
 B - Número de identificación en el Registro Nacional de Obras Sociales.  
 C - Trimestre: según corresponda consignar: enero/marzo - abril/junio - julio/set. - oct/dic. y el año en curso.  
 D - Indicar las jurisdicciones (Capital, Provincias) en las cuales presta servicios la Obra Social o el Agente del Seguro.  
 E - Población Beneficiaria total correspondiente a cada una de las jurisdicciones de columna D, según información remitida para el trimestre a la ANSSAL por esta Resolución.  
 F a H - Consignar en cada columna la cantidad de consultas médicas ambulatorias brindadas en el trimestre según cada modalidad de servicios, por jurisdicción.  
 Deben consignarse las consultas en consultorio más las domiciliarias, obtenidas de:  
 a) servicios propios o a cargo de la Obra Social o Agente del Seguro, de los registros estadísticos correspondientes.  
 Deben excluirse las consultas de internación, las atenciones ambulatorias brindadas por otros profesionales no médicos y las ocasionadas por la realización de prácticas exclusivamente. (Ejercicio: E.C.G. - E.E.G. u otros).  
 b) servicios contratados por prestación de la facturación de ambulatorios.  
 c) servicios contratados por capitación (o similar), del informe producido por el prestador.  
 I - Indicar el subtotal de consultas en Servicios Contratados, sumando G + H.

J - Realizar la sumatoria del total de consultas médicas realizadas: en Servicios Propios (F) más en Servicios Contratados (I). Sumatoria de F + I por jurisdicción.

K - Total del país: Efectuar la sumatoria de las jurisdicciones para cada columna. Recordar que Conurbana + Resto de Provincia constituyen un subtotal: Buenos Aires, que no debe sumarse dos veces para el Total del país.

Atención:

Cuando la Obra Social no disponga de los datos en una jurisdicción en la que tiene Población Beneficiaria y brinda servicios, colocar S/D (sin datos) en la columna correspondiente. No Deben Queda Espacios En Blanco.

Se considerará que no tiene beneficiarios, y/o no presta servicios en todos los casos donde quedan lugares en blanco.

**ANSSAL**

(B) RNOS: ☐ (C) TRIMESTRE: ☐ AÑO:

**REGISTRO DE PRÁCTICAS ESPECIALIZADAS SELECCIONADAS AMBULATORIAS**

(A) OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_

| JURISDICCION       | Nº DE PRÁCTICAS DE BAJA COMPLEJIDAD (E) | Nº DE PRÁCTICAS DE MEDIA COMPLEJIDAD (F) | Nº ESCOGERIAS (G) | (G) Nº DE PRÁCTICAS DE MAYOR COMPLEJIDAD |                              |                                      |                         | TOTAL PRÁCTICAS EFECTUADAS (M) |
|--------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
|                    |                                         |                                          |                   | Nº ESTUDIOS HEMODINAMIA (H)              | Nº TOMOGRAFAS COMPUTADAS (I) | Nº ESTUDIOS RESONANCIA MAGNETICA (J) | Nº ESTUDIOS NUCLEAR (K) |                                |
| Capital Federal    | 1                                       |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Buenos Aires       | 2                                       |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Conurbano          | 3                                       |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Resto Prov.        | 4                                       |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Catamarca          | 5                                       |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Córdoba            | 6                                       |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Corrientes         | 7                                       |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Chaco              | 8                                       |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Chubut             | 9                                       |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Entre Rios         | 10                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Formosa            | 11                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Jujuy              | 12                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| La Pampa           | 13                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| La Rioja           | 14                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Mendoza            | 15                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Misiones           | 16                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Neuquén            | 17                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Río Negro          | 18                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Santa              | 19                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| San Juan           | 20                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| San Luis           | 21                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Santa Cruz         | 22                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Santa Fe           | 23                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Sgo. del Estero    | 24                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| Tucumán            | 25                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| T. del Fuogo       | 26                                      |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |
| TOTAL DEL PAIS (N) |                                         |                                          |                   |                                          |                              |                                      |                         |                                |

Formulario Nº 090/96

VER INSTRUCTIVO AL DORSO

Sistematización Informativa y Estudios  
Gerencia de Planeamiento - ANSSAL

## INSTRUCTIVO

### Registro de Prácticas Especializadas Seleccionadas Ambulatorias

- A - Denominación de la Obra Social o Agente del Seguro.
- B - Número de identificación en el Registro Nacional de Obras Sociales.
- C - Trimestre: según corresponda consignar: enero/marzo - abril/junio - julio/set - oct/dic. y el año en curso.
- D - Indicar las jurisdicciones (Capital, Provincia) en las cuales presta servicios la Obra Social o Agente del Seguro.
- E - Consignar el total de las prácticas efectuadas en Laboratorio y Radiología en cada jurisdicción.
- F - Consignar el total de prácticas no incluidas en E ni especificadas en G en cada jurisdicción.
- G - Indicar las prácticas especificadas en H, I, J, K y sumar el total en L, para cada jurisdicción.
- M - Consignar la sumatoria de prácticas efectuadas en cada jurisdicción.

N - Total del país: Efectuar la sumatoria de las jurisdicciones para cada columna. Recordar que Conurbano + Resto de Provincia constituyen un subtotal: Buenos Aires, que no debe sumarse dos veces para Total del país.

Atención

Cuando la Obra Social no disponga de los datos en una jurisdicción en la que tiene Población Beneficiaria y brinda servicios, colocar S/D (sin datos) en la columna correspondiente. No Deben Quedar Espacios En Blanco. Se considerará que no tiene beneficiarios, y/o presta servicios en todos los casos donde queden lugares en blanco.

ANSSAL

FORMULARIO N° 070/96 - REHS

REGISTRO DE EGRESOS HOSPITALARIOS Y SANATORIALES

OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN GENERAL:

(A) RHO: ☐ (C) TRIMESTRE: ☐ AÑO: \_\_\_\_\_

| JURISDICCION    | POBLACION TOTAL | NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS Y SANATORIALES |     |                       |     | SEGUN TIPO |     |         |     | N° DIAS DE ESTADIA DE ÁREAS CRÍTICAS |     |         |     |
|-----------------|-----------------|------------------------------------------------|-----|-----------------------|-----|------------|-----|---------|-----|--------------------------------------|-----|---------|-----|
|                 |                 | SERVICIOS PROPIOS                              |     | SERVICIOS CONTRATADOS |     | PARTOS     |     | EGRESOS |     | PARTOS                               |     | EGRESOS |     |
|                 |                 | (F)                                            | (G) | (H)                   | (I) | (J)        | (K) | (L)     | (M) | (N)                                  | (O) | (P)     | (Q) |
| Capital Federal | 1               |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Buenos Aires    | 2               |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Conurbano       | 3               |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Resto Prov      | 4               |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Catamarca       | 5               |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Córdoba         | 6               |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Corrientes      | 7               |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Crisol          | 8               |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Chaco           | 9               |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Entre Ríos      | 10              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Formosa         | 11              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Jujuy           | 12              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| La Pampa        | 13              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| La Rioja        | 14              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Mendoza         | 15              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Misiones        | 16              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Necochea        | 17              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Rio Negro       | 18              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Salta           | 19              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| San Juan        | 20              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| San Luis        | 21              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Santa Cruz      | 22              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Santa Fe        | 23              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Sgo del Estero  | 24              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| Tucumán         | 25              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| T. del Fuero    | 26              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |
| TOTAL DEL PAÍS  | 27              |                                                |     |                       |     |            |     |         |     |                                      |     |         |     |

VER INSTRUCTIVO AL DORSO

Sistemización Informativa y Estudios  
Gerencia de Planeamiento - ANSSAL

# INSTRUCTIVO

## Registro de Egresos Hospitalarios y Sanatoriales

- A - Denominación de la Obra Social o Agente del Seguro.
- B - Número de identificación en el Registro Nacional de Obras Sociales.
- C - Trimestre: según corresponda consignar: enero/marzo - abril/junio - julio/set. - oct/dic. y el año en curso.
- D - Indicar las jurisdicciones (Capital, Provincias) en las cuales presta servicios la Obra Social o Agente del Seguro.
- E - Población Beneficiaria total correspondiente a cada una de las jurisdicciones de columna D, según información remitida para el trimestre a la ANSSAL por esta Resolución.
- F a H - Consignar en cada columna la cantidad de egresos trimestrales ocurridos según la modalidad de contratación por jurisdicción.
- I - Indicar el subtotal de egresos en Servicios Contratados, sumando G + H.

- A - Denominación de la Obra Social o Agente del Seguro.  
B - Número de identificación en el Registro Nacional de Obras Sociales.  
C - Trimestre: según corresponda asignar: enero/marzo - abril/junio - jul/set. - oct/dic. y el año en curso.  
D - Indicar las jurisdicciones (Capital Federal. Provincias) en las cuales presta servicios la Obra Social.

- E - Consignar el total (trimestral) de consultas psiquiátricas asistidas por la Obra Social en cada jurisdicción.  
F - Colocar el número total (trimestral) de beneficiarios en tratamiento de rehabilitación en cada jurisdicción.  
G - Consignar el número total (trimestral) de beneficiarios a quienes se les brindó terapia citostática, en cada jurisdicción.  
H - Colocar el número total (trimestral) de beneficiarios crónicos que reciben hemodiálisis, en cada jurisdicción.  
I - Consignar el número total (trimestral) de beneficiarios a los que se les practicó cirugía cardiovascular a cargo de la Obra Social, en cada jurisdicción.  
J - Consignar el número total (trimestral) de beneficiarios operados de prostatectomía, en cada jurisdicción.  
K - Colocar el número total (trimestral) de beneficiarios operados de C.A. de cuello uterino, en cada jurisdicción.  
L - Colocar el número total (trimestral) de beneficiarias operadas de mama, en cada jurisdicción.  
M - Consignar el número total (trimestral) de beneficiarios con altas a domicilio ocurridas en cada jurisdicción.  
N - Colocar el número total (trimestral) de defunciones perinatales de beneficiarios, ocurridas en cada jurisdicción.  
O - Consignar el número total (trimestral) de defunciones infantiles de beneficiarios, registradas en cada jurisdicción.  
P - Consignar el número total (trimestral) de defunciones de beneficiarios adultos, ocurridos en cada jurisdicción.  
Q - el «Total de Egresos» es la sumatoria del número de altas (M) más el total de «Defunciones» (N) + (O) + (P).  
R - Consignar el número total (trimestral) de beneficiarios asistido por la Obra Social con «Internación Domiciliaria», en cada jurisdicción.  
S - Colocar el número total (trimestral) de Subsidios otorgados por la Obra Social a los beneficiarios con Discapacidad, de cada jurisdicción.  
T - Obtener los Totales de todas las columnas.

#### Atención

Cuando la Obra Social no disponga de los datos de una jurisdicción en la que tiene Población Beneficiaria y brinda servicios, colocar S/D (sin datos) en la columna correspondiente. No Deben Quedar Espacios En Blanco.  
Se considerará que no tiene beneficiario, y/o no presta servicios en todos los casos donde quedan lugares en blanco.

### ANEXO III

INSTRUCCIONES

ANSSAL N° R.N.O.S.  -    (1)

DENOMINACION OBRA SOCIAL: (2) \_\_\_\_\_

**RELEVAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS**  
Afectados a las Prestaciones Médicas en Establecimientos Propios de las Obras Sociales

TIPO Y NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ PCIA.: \_\_\_\_\_

TE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

**PROFESIONALES:**

N° De Profesionales afectados a Auditorías: + Médicas ☐  
+ Otras ☐

N° por Especialidad: (3)

|                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
| 1. ALERGIA               |  |  |
| 2. CARDIOLOGIA           |  |  |
| 3. CIRUGIA               |  |  |
| 4. CLINICA               |  |  |
| 5. DERMATOLOGIA          |  |  |
| 6. ENDOCRINOLOGIA        |  |  |
| 7. FLEBOLOGIA            |  |  |
| 8. FONOAUDIOLOGIA        |  |  |
| 9. GASTROENTEROLOGIA     |  |  |
| 10. GINECOLOGIA          |  |  |
| 11. HEMATOLOGIA          |  |  |
| 12. INFECTOLOGIA         |  |  |
| 13. INMUNOLOGIA          |  |  |
| 14. NEFROLOGIA           |  |  |
| 15. NEUROLOGIA           |  |  |
| 16. NUTRICION            |  |  |
| 17. NEUMONOLOGIA         |  |  |
| 18. OBSTETRICIA          |  |  |
| 19. ODONTOLOGIA          |  |  |
| 20. OFTALMOLOGIA         |  |  |
| 21. ONCOLOGIA            |  |  |
| 22. OTORRINOLARINGOLOGIA |  |  |
| 23. PEDIATRIA            |  |  |
| 24. PSIQUIATRIA          |  |  |
| 25. PSICOLOGIA           |  |  |
| 26. PSICOPEDAGOGIA       |  |  |

OTRAS: Especificar: \_\_\_\_\_

TOTAL PROFESIONALES: (4)

**TECNICOS:**

N° por Especialidad: (5)

|                              |  |  |
|------------------------------|--|--|
| 1. RADIOLOGIA                |  |  |
| 2. AUXILIAR LABORATORIO      |  |  |
| 3. ENFERMERIA                |  |  |
| 4. KINESIOLOGIA              |  |  |
| 5. OTRAS: Especificar: _____ |  |  |

TOTAL TECNICOS: (6)

Formulario N° 020/96 - RH Sistematización Informativa y Estudios  
Gerencia de Planeamiento - ANSSAL

Entregar o enviar  
Area Sistematización Informativa y Estudios  
Gerencia de Planeamiento - ANSSAL  
Leandro N. Alem 684 - 4° Piso - Contrafrente  
C.P. 1001 - Capital Federal  
Tel. 315-0430 - internos 230-231-232

Para completar correctamente el formulario siga las siguientes instrucciones:

\* Utilizar un formulario para cada Establecimiento Propio de la Obra Social (Sanatorios, Consultorios, etc.).

\* Tener en cuenta:

(1) R.N.O.S.: colocar correctamente el N° completo, recordando que se compone de un dígito que indica «naturaleza institucional» de la obra social separado por un guión y luego cuatro dígitos.

Ejemplo: 1-0020; 3-0020; etc.

(2) Obra Social: colocar nombre completo y oficial.

(3) N° por Especialidad: Consignar la cantidad de profesionales que atienden cada especialidad, especificando en «Otras» especialidades y número de profesionales afectados a ellas, que no se hayan previsto.

(4) Total Profesionales: Sumar en total las 26 especialidades mencionadas y las que se hayan agregado en «Otras».

(5) Proceder de la misma forma que en (3).

(6) Proceder de la misma forma que en (4).



- (4) Tipo, Nombre y Domicilio del Recurso: consignar cada dato cuando corresponda; domicilio incluye: calle, N°, localidad, C.P.  
 (5) Consultorio Externo: No Incluir consultorios de odontología. Agregar en listado aparte las Especialidades que se brinda.  
 (6) Total Camas. No Incluir las declaradas en cuidados críticos (columnas 7, 8, 9 y 10).  
 (5) al (18) Consignar la cantidad en cada columna - si no corresponde, colocar un guión - No Deben Quedar Espacios En Blanco.

ANISAL

ARMANDO H. GARCIA

Fecha: / /

# RELEVAMIENTO DE RECURSOS FISICOS PROPIOS Y EQUIPAMIENTO SELECCIONADO AFECTADO A PRESTACIONES MEDICO-ASISTENCIALES

COSA SOCIAL:

| Jurisdicción    | Cantidad de<br>Quasitoriales<br>Estancia | Cuenta de Información                   |                         |                         |                       | TABULADO RESUMEN         |                               |            |                           |                         |           |             | Cantidad de:                |           |          |  |  |
|-----------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|------------|---------------------------|-------------------------|-----------|-------------|-----------------------------|-----------|----------|--|--|
|                 |                                          | Total Camas<br>de hospital<br>medicinas | Nº Vacantes<br>Internas | Nº Vacantes<br>Externas | Nº Camas<br>Coronaria | Nº Camas<br>Especialidad | Nº Camas<br>Nº neonatal<br>Nº | Quirófanos | Equipos de<br>radiografía | Tomografía<br>Computada | Ecografía | Laboratorio | Servicio de<br>Oftalmología | Farmacias | Unidades |  |  |
| Capital Federal | 1                                        |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Buenos Aires    | 2                                        |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Comodoro        | 3                                        |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Rio Negro       | 4                                        |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Chubut          | 5                                        |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Corrientes      | 6                                        |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Entre Ríos      | 7                                        |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Formosa         | 8                                        |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Jujuy           | 9                                        |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| La Rioja        | 10                                       |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Mendoza         | 11                                       |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Misiones        | 12                                       |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Paraná          | 13                                       |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Rio Negro       | 14                                       |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Salta           | 15                                       |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| San Juan        | 16                                       |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| San Luis        | 17                                       |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Santa Cruz      | 18                                       |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Santa Fe        | 19                                       |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Sgo. del Estero | 20                                       |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| Tucumán         | 21                                       |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| T. del Fuerte   | 22                                       |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |
| TOTAL DEL PAIS  | 23                                       |                                         |                         |                         |                       |                          |                               |            |                           |                         |           |             |                             |           |          |  |  |

Formulario Nº 21066 - TR

VER INSTRUCTIVO AL DORSO

Servicio de Información y Estadística  
Gerencia de Planeamiento - ANISSAL

Entregar o enviar  
Area Sistematización Informativa y Estudios  
Gerencia de Planeamiento  
Leando N. Alem 684 - 4º Piso - Contrafrente  
C.P. 1001 - Capital Federal  
Tel. 315-0430 - internos 230-231-232  
Fax. 313-9521

Para completar correctamente el formulario siga las siguientes:

INSTRUCCIONES  
*Tabulado Resumen*

Este tabulado resumen se completa con los datos de la fila de Total de los tabulados por jurisdicción geográfica: Tener en cuenta que las jurisdicciones Conurbano (3) y Resto provincia (4) son Subtotal que No Deben Sumarse en el Total del País, porque ya está consideradas en Buenos Aires (2).