SSMSO

Protocolo de Interoperabilidad Referencia Contrarreferencia

Versión 1.4

26/09/2019

Responsable	***Descripción***	***Fecha***	***Versión***
José M. Balmaceda G.	Nueva Versión	20/08/2015	0.0.1
José M. Balmaceda G.	Se agrega campo Resolutividad.	24/08/2015	0.0.2
José M. Balmaceda G.	Se modifican las imágenes de la Norma 118	28/09/2015	0.0.3
Cesar E. Reyes Erazo	Se Agregan Campo Prioridad	02/09/2016	0.0.4
José M. Balmaceda G.	Se agrega código de error 104	22/09/2016	0.0.5
Cesar E. Reyes Erazo	Se Agregan Campo Tipo Profesional	24/10/2016	0.0.6
José M. Balmaceda G.	- Se agregan nuevos campos a la estructura. - Se agrega largo de campos (Ver Tablas en la columna “FORMATO (LARGO)”)	27/10/2016	0.0.7
José M. Balmaceda G.	- Se corrigen valores de PrioridadEnvio y PrioridadDestino	02/11/2016	0.0.8
Cesar E. Reyes Erazo	- Se Elimina campos NombreProfesional y Apellidoprofesional por duplicidad	09/11/2016	0.0.9
César E. Reyes Erazo	- Se agrega valor 0 “Sin Prioridad” al nuevo campo Prioridad Destino y el valor 0 “Otro” al campo tipo de profesional.	18/11/2016	0.0.10
José M. Balmaceda G.	- Se agrega el código error -1949 para errores no contemplados.	19/01/2017	0.0.11
José M. Balmaceda G. René Lagos B.	- Se incluye descripción de procesos considerando interconsultas de resolutividad y telemedicina - Se incorpora flujo y parámetros para re-derivación de interconsultas - Se especifican tipos de Contra-referencias y campos a desplegar en ficha clínica - En estructura de Referencia se agregan campos: SubEspecialidadDestino y TipoProfesionalDestino - En estructura de Contrarreferencia se agregan campos: FechaHoraCita y EstadoCita - Se especifican estados de IC, descripción y combinación de parámetros para interpretación de dichos estados. - Se especifican especialidades de origen para UAPO y COSAM y el error 423 asociado - Se especifican los tiempos de time-out para el envío de interconsultas - Se incluye correo para soporte de integraciones soporteintegraciones@ssmso.cl	08/10/2018	1.1.0
René Lagos B. José M. Balmaceda G.	- Se cambia a códigos SIGTE asociados a norma 820 del DEIS los campos CodigoEspecialidadOrigen y CodigoEspecialidadDestino de la	14/11/2018	1.2

	referencia y CodEspAtencion de la Contrarreferencia. - En campo Tipo de Atención de la referencia se eliminan opciones 2=Agenda y 3=Retorno (todas las referencias son ingresos) - Campos de la dirección, Nombre, Número y Resto, pasan a ser obligatorios - En campo de Segundo apellido de la referencia, si no posee se debe registrar "No informado" - En campo Proveedor de la CR se agregan proveedores de APS		
René Lagos B. José M. Balmaceda G.	- Se agrega causal de egreso 19 Atención por Hospital Digital en CMD de la CR - Se parametrizan posibles Estados de Interconsulta (1 al 10) y se agrega error 126 de webservice de CR por transición de estados inválida - Se especifican parámetros para CR de rederivación interna por cambio de especialidad: CodespAtencion y EstablecimientoOtorga	22/04/2019	1.3
René Lagos B. Rubén Vieira	- Se agrega nuevo TipoAtención = 4 (rederivación) en CMD de la referencia y se agrega flujo de CR en diagrama de rederivación.	26/09/2019	1.4

Introducción

Nuestro Servicio de Salud ha diseñado un Mapa de Red Asistencial que contempla los diversos establecimientos que la integran y la complejidad de éstos, en todos los niveles de atención clínico-asistencial de la población. El proceso de Referencia-Contrarreferencia (R-CR) de nuestra red permite que nuestros usuarios reciban una atención clínica asistencial de forma segura, eficiente y de calidad, siendo monitorizada a través de los sistemas de información.

El objetivo de este protocolo es entregar directrices técnicas transversales y específicas para interoperar entre los distintos actores del proceso de R-CR de consultas de especialidades médicas de la Red Sur Oriente:[1] proveedores de registro clínico en nivel primario y secundario, tanto software comerciales como soluciones de desarrollo propio y las instancias de integración dispuestas por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Se basa en las directrices de la Norma 118, las resoluciones complementarias, los mapas de procesos de la División de Gestión de la Red Asistencial y los requerimientos para la gestión de la Dirección del SSMSO.

Parte I. Proceso de Referencia Contrarreferencia

El proceso de Referencia consiste en la derivación de un paciente para evaluación diagnóstica y/o tratamiento por parte de un especialista en base a una Solicitud de Interconsulta (IC). Esta puede generarse desde la APS, desde el mismo nivel de especialidad o desde el nivel terciario al momento del alta[2].

El proceso de contrarreferencia (CR) consiste en la entrega de indicaciones del médico que ha atendido a un paciente derivado para su evaluación o manejo. Su finalidad es informar al profesional que derivó al paciente y, si corresponde, continuar sus controles en el centro de origen (nivel primario o secundario). Debe incluir detalles de su evaluación clínica e indicaciones de manejo. Existen dos contrarreferencias principales:

1.- La respuesta inicial o Retroalimentación a la Interconsulta: Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva), donde se informa al establecimiento de origen que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y se informa el plan de tratamiento.

2.- El momento de alta del paciente del establecimiento de mayor complejidad, donde se informa al establecimiento referente que el paciente está dado de alta de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.

Adicionalmente, el Servicio ha definido otros mensajes de respuesta para permitir el seguimiento de la interconsulta en sus distintas fases. Estos mensajes se envían siempre al establecimiento de

[1] Este protocolo no considera derivación de procedimientos, intervenciones quirúrgicas e intervenciones quirúrgicas complejas.

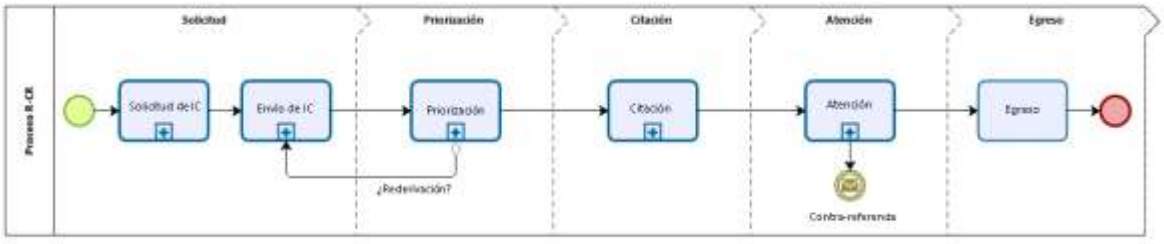
[2] Las interconsultas durante la hospitalización de pacientes no son consideradas en este proceso. Las interconsultas desde los Servicios de Urgencia se deben canalizar a través de APS.

origen y **deben generarse dentro del mismo día en que se registra en la ficha clínica electrónica**, para así obtener una respuesta rápida y eficaz.

Todas las interconsultas y sus respectivas contrarreferencias podrán ser visualizadas desde APS y cualquier nivel de atención a través del Sistema de Gestión SIDRA (SGS).

Descripción del Proceso

El proceso consta de cinco fases: solicitud de interconsulta, priorización, citación, atención y egreso.



A continuación, se describen las principales actividades del proceso.

Proceso	Descripción
Solicitud de IC	Una vez se defina como necesaria la derivación de un paciente para evaluación diagnóstica y/o tratamiento por parte de un especialista, se genera una Solicitud de Interconsulta. Esta puede generarse desde la APS, desde el mismo nivel de especialidad o después de un Alta Hospitalaria.[3]
Envío de IC	El centro de origen envía la solicitud de interconsulta a la Capa de Integración la cual la re-envía al centro de destino de acuerdo el mapa de derivación vigente. Si cumple las reglas de derivación, la IC queda registrada en la lista de espera del establecimiento de destino. Si no, se notifica el rechazo y el establecimiento de origen debe corregir y reenviar la solicitud. Si la IC está dirigida a un centro de especialidades externo (ej: en convenio de resolutividad) ésta queda registrada en la plataforma del SSMSO a la espera de la contrarreferencia de la atención. (Ver diagrama de proceso.)

[3] Las interconsultas desde los Servicios de Urgencia se canalizan a través de APS.

Proceso	Descripción
Evaluación de pertinencia y Rederivación	En el centro de destino se analiza la derivación de acuerdo a los protocolos de derivación existentes. En caso de ser necesario re-derivar a otra especialidad o establecimiento, se envía la misma interconsulta al nuevo destino,[4] informando del cambio al centro de origen.[5] En caso de ser necesario, el nuevo destino ingresa al paciente a su lista de espera y el centro de destino antiguo lo saca de su lista.[6] (Ver diagrama de proceso.) En caso de no pertinencia por criterios clínicos, obligatoriamente se deben registrar la causal de egreso y las indicaciones respectivas para APS.
Priorización	Si la solicitud es pertinente, el médico gestor de la demanda (contralor clínico) o priorizador definirá de acuerdo a protocolos clínicos establecidos, si la atención se otorga en modalidad presencial o por telemedicina. Si se prioriza para atención presencial, el sistema notifica al centro de origen la pertinencia y la prioridad asignada.
Resolución por telemedicina	Si el priorizador evalúa que el paciente puede atenderse por telemedicina, registra la atención y las indicaciones a APS. Una vez que desde APS se ha informado al paciente de la atención vía telemedicina y se le entregaron las indicaciones, éste se egresa de la lista de espera (en los casos en que la atención sea asincrónica).
Citación de paciente	Se cita telefónicamente a los pacientes según priorización. Si paciente confirma la citación, se agenda y se notifica a APS la fecha y hora de la cita. Si no se logra confirmar la citación, se deja para otro reintento o se egresa de la lista de espera de acuerdo a la norma, notificando al centro de origen.
Atención de especialista	El paciente recibe la atención del especialista, quien registra un diagnóstico clínico y las indicaciones al paciente y APS. En cada atención, ya sea primera atención o control, se registran las indicaciones de contrarreferencia y si se le da el alta clínica o no, información que se envía al centro de origen a través de la capa de integración. Si el paciente no se presenta a la cita, se vuelve a citar o se egresa de la lista de espera de acuerdo a la norma. Las CRs de interconsultas de resolutividad se reportan a la capa de integración, ya sea a través de integración o a través de la Plataforma de Resolutividad del Servicio (registro manual o carga masiva), desde donde son enviadas al centro de origen en APS.

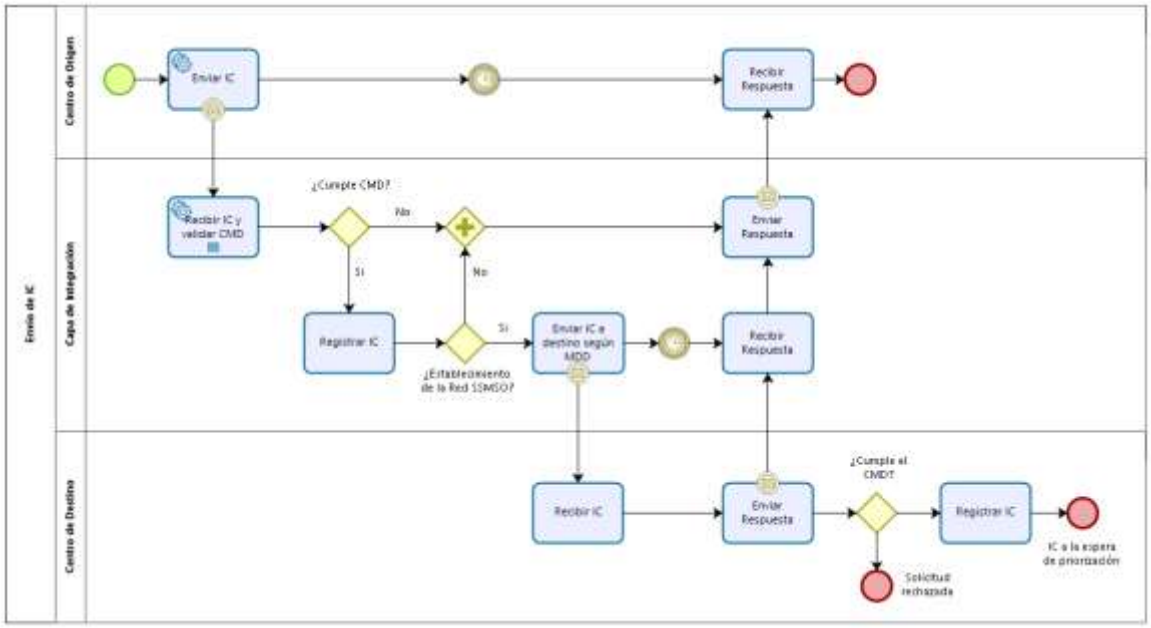
[4] La re-derivación al nuevo centro de destino debe hacerse respetando el mapa de derivación del centro que re-deriva

[5] La re-derivación también puede generarse después de la priorización de la interconsulta, mientras el paciente espera la citación.

[6] No se reporta causal de egreso en SIGTE, sólo se cambia el centro de destino.

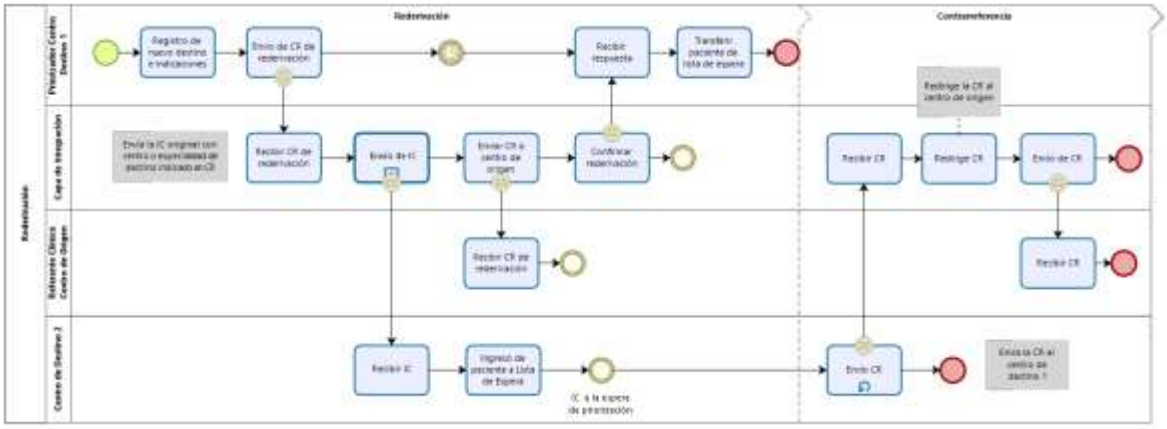
Proceso	Descripción
Egreso y Alta	La interconsulta es egresada de la lista de espera una vez realizada la primera atención. Si el paciente se encuentra en condiciones de mantener controles en su centro de origen de acuerdo al criterio clínico del especialista, éste es dado de “alta” de la atención ambulatoria en esa especialidad y se envía la contrarreferencia al centro de origen con las indicaciones para los controles posteriores. El egreso de lista de espera y el alta clínica pueden darse simultáneamente o no.

Diagrama de Proceso – Envío de Interconsulta



Nota: El tiempo máximo por cada petición de interconsulta no debe superar 1 minuto desde que se genera el envío el el centro de origen hasta que se recibe la respuesta en el centro de origen. El centro de destino tendrá un tiempo máximo de 48 segundos para responder a la capa por cada solicitud. En caso de superar cualquiera de estos tiempos la interconsulta se supondrá rechazada por time out.

Diagrama de Proceso – Rederivación de Interconsulta



Nota: el centro de destino 2 envía las CR al centro de destino 1 y la capa de integración redirige la CR al centro de origen.

Procesos de Apoyo de R-CR

El proceso de Referencia-Contrarreferencia cuenta con los siguientes procesos de apoyo a nivel de Servicio.

Proceso	Descripción
Mantención del mapa de derivación	Mantención del mapa de derivación de acuerdo a las indicaciones del encargado de Referencia-Contrarreferencia del Servicio. Considera la administración del mapa de derivación de la capa de integración y la coordinación con cada proveedor de registro clínico electrónico de la red. Cualquier solicitud de modificación al mapa debe especificar: • Código DEIS del centro de origen • Nombre del centro de origen • Especialidad del centro de origen • Código DEIS del centro de destino • Nombre del centro de destino • Especialidad de destino • Acción a realizar (agregar o eliminar)
Soporte de integraciones	Soporte para creación de usuarios del Sistema de Gestión SIDRA (SGS), resoluciones de errores en el mapa de derivación y resolución de errores de envío de solicitudes de interconsultas y contrarreferencias. Todos los requerimientos serán canalizados a través del correo soporteintegraciones@ssmso.cl.

Parte II. Estados de Interconsultas y Visualización de Campos

A continuación se resumen los posibles estados de las interconsultas y la descripción de cada uno:

N°	Estado de IC	Descripción
1	Recibida	La interconsulta fue recibida en el centro de destino y se encuentra a la espera de ser priorizada
2	Re-derivada	La interconsulta fue re-enviada a otro centro o especialidad y se encuentra a la espera de ser priorizada en el nuevo destino
3	Priorizada	La interconsulta fue priorizada y se encuentra a la espera de asignación de hora para atención
4	Egresada por no pertinencia	La interconsulta fue egresada por no pertinencia clínica
5	Citada	Se asignó una hora de atención a la interconsulta
6	Cita modificada	La asignación de hora para atención fue modificada para una nueva fecha/hora
7	Anulada	La asignación de hora para atención fue anulada
8	Egreso administrativo	La interconsulta fue egresada por causal administrativa[7]
9	Atendida en control	La interconsulta fue atendida y continua bajo control en el nivel secundario
10	Atendida con alta	El paciente fue atendido y dado de alta

A continuación se especifican los campos de la IC que, junto con la descripción de estado correspondiente, se deben visualizar en el centro de origen por etapas.

Etapa de Priorización

Tipo de Contra-referencia = 5

Cuando es Pertinente

Pertinencia=1

- Fecha ContraReferencia (formato DD/MM/YYYY)
- Pertinencia =1 (si)
- Prioridad Destino (1=Alta, 2= media, 3= baja)
- DiagCie10 = Opcional por parte del priorizador.
- Glosa Cie10= Opcional por parte del priorizador.
- Run + DV Profesional priorizador.
- Nombre profesional priorizador.

[7] Las CR tipo 4 y 5 que generan este estado indican la causal de egreso, la cual debe ser incluida en la descripción del estado.

Cuando es No Pertinente

Pertinencia=2

- Fecha ContraReferencia (formato DD/MM/YYYY)
- Pertinencia = 2 (no)
- Motivo No Pertinencia
- Desc Motivo No Pertinencia= válido cuando Motivo No Pertinencia sea 1, 2 o 3.
- Causal Egreso= 14 (No Pertinencia)
- Run + DV Profesional priorizador.
- Nombre profesional priorizador.

Cuando es Rederivada

Pertinencia=-1

- Fecha ContraReferencia (formato DD/MM/YYYY)
- Pertinencia =-1 (no aplica)
- Prioridad Destino (-1=no aplica)
- Run + DV Profesional priorizador.
- Nombre profesional priorizador.
- CodespAtencion: código de especialidad a la que es re-derivada (la misma especialidad u otra).
- Establecimiento Otorga = establecimiento al que fue re-derivada. Si solo se cambia la especialidad entonces se indica el centro de destino original.
- Indicaciones: se debe especificar el motivo de rederivación y además se debe asociar automáticamente el establecimiento de destino y Codigo especialidad nuevo si corresponde (ej: Rederivado a Hospital La Florida. + Indicaciones.)

Etapa de Citación

Cuando informa citación (sólo 1ra atención)

Tipo de Contra-referencia = 9

- FechaContraReferencia (formato DD/MM/YYYY)
- Fecha Hora Cita (Formato DD/MM/YYYY HH:MM de 24 Hrs.)
- Estado Cita: 1= Cita; 2= Modifica Cita; 3 =Anula Cita

Cuando informa egreso administrativo

Tipo de Contra-referencia=4 (secundaria sin atención)

- Fecha ContraReferencia (formato DD/MM/YYYY)
- Establecimiento otorga (mostrar además glosa)
- Causal egreso
- Run Profesional + Dv Profesional
- Nombre profesional
- Lugar Control = 1 (APS)

Etapa de Atención

Tipo de Contra-referencia=2 (atención en secundaria), Alta Clínica=2

- Fecha ContraReferencia (formato DD/MM/YYYY)
- Pertinencia (clínica)= 1 (si); 2 (no)
- DiagCie10
- Glosa Cie10
- Alta Clínica=2 (No)
- Continúa Control =1 (si)
- Lugar Control = 2 (secundaria)
- Otro Diagnostico
- Código Especialidad atención (mostrar además glosa)
- Establecimiento otorga (mostrar además glosa)
- Causal egreso
- Indicaciones
- Run Profesional + DV Profesional
- Nombre profesional

Nota: Si el especialista atiende al usuario y lo declara como no pertinente, la causal de egreso debe ser Atención Realizada.

Etapa Alta Clínica

Tipo de Contra-referencia=2 (atención en secundaria), Alta Clínica = 1

- Fecha ContraReferencia (formato DD/MM/YYYY)
- Pertinencia (clínica)= 1 (si); 2 (no)
- DiagCie10
- Glosa Cie10
- Alta Clínica=1 (Si)
- Continúa Control =2 (No)
- Lugar Control = 1 (APS)
- Otro Diagnostico
- Código Especialidad atención (mostrar además glosa)
- Establecimiento otorga (mostrar además glosa)
- Causal egreso
- Indicaciones
- Run Profesional + DV Profesional
- Nombre profesional

Etapa de Atención por Telemedicina

Tipo de Contra-referencia=6

Los campos a visualizar son los mismos que para un alta clínica**.** Sólo se debe agregar al campo **Tipo ContraReferencia** el valor 6 (TELEMEDICINA con atención) y campo **Causal Egreso** =17 (Atención por telemedicina).[8]

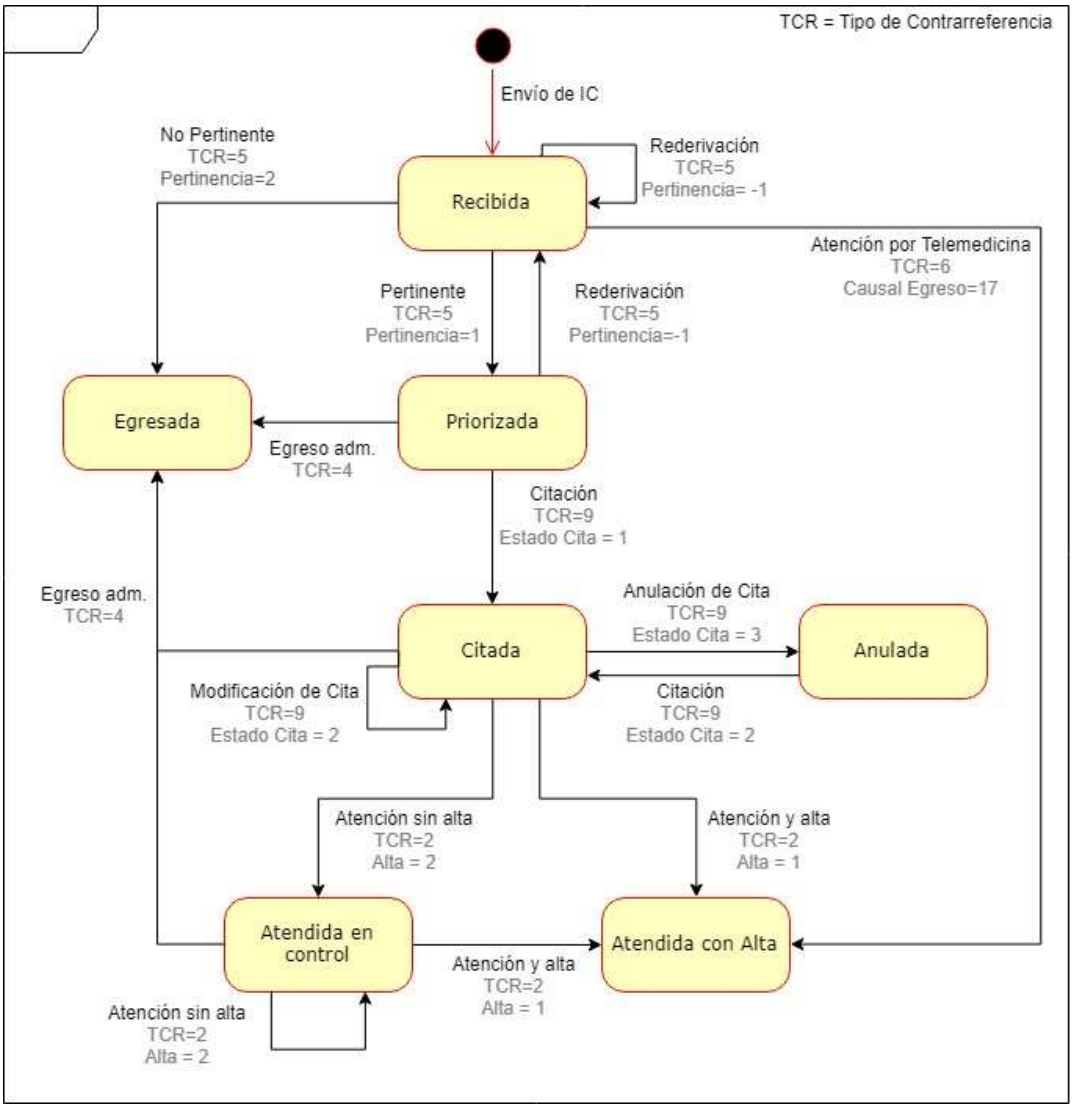
Nota sobre campo de Indicaciones

Este campo es obligatorio cuando una atención clínica es realizada. Las indicaciones del especialista deben copiarse en el campo **Indicaciones** para que lleguen al Establecimiento de Origen, independiente de lo que se registre por el profesional. También es obligatorio cuando paciente se re-deriva a otro establecimiento. Cuando se declare como No pertinente en la etapa de priorización (Tipo CR=5) este campo N/A, ya que será obligatorio el campo Motivo No Pertinencia y Desc Motivo No Pertinencia si corresponde.

[8] Sólo se puede egresar en SIGTE una vez que APS informa al paciente que fue atendido.

Resumen de Estados de IC y Transiciones

El siguiente diagrama resume los posibles estados de una interconsulta, las transiciones entre estados permitidas y los parámetros de las contrarreferencias asociadas a cada transición.



Nota: para simplificar el diagrama fueron fusionados los estados de Recibida - Rederivada, Citada - Cita Modificada y Egresada por pertinencia – Egreso administrativo.

Parte III. Conjuntos Mínimos de Datos (CMD)

CMD de Referencia

Identificación del Usuario

OBLIGATORIE-DAD	CAMPO	ESTÁNDAR	FORMATO (LARGO)	CODIFICACION DEL CAMPO	EJEMPLO	DESCRIPCIÓN
Obligatorio	Servicio de Salud	Utilizar denominación conocida en la red a la que pertenece	Numérico	Código SS que envía planilla al nivel central	11	
Obligatorio	RUN	Otorgado por Servicio de Registro Civil e Identificación, al ser inscrito el nacimiento	Numérico	Valores de 0 a 9	8452776	Sobre los extranjeros[9,10]
Obligatorio	DV	Dígito verificador	Carácter (1)	Valores de 1 a 0, o K	K	
Obligatorio	Nombres	Registrado en el Servicio de Registro Civil e Identificación	Carácter (50)		MARIA ELENA	Nombres completos del paciente. Mayúscula, sin acentos.
Obligatorio	Primer Apellido	Registrado en el Servicio de Registro Civil e Identificación	Carácter (50)		VERDUGO	Mayúscula, sin acentos.
Obligatorio	Segundo Apellido	Registrado en el Servicio de Registro Civil e Identificación	Carácter (50)		GOMEZ	Si no posee, registrar "No informado",. Mayúscula, sin acentos.
Obligatorio	Fecha de Nacimiento	Registrada en el Servicio de Registro Civil e Identificación o en la inscripción de nacimiento	Carácter (10)	DD/MM/YYYY	02/05/2009	

[9] En relación al registro en lista espera de pacientes extranjeros no regularizados (sin RUN o sin Nº de identificación de FONASA) se debe considerar lo siguiente: Se identifican a lo menos cuatro grupos de extranjeros en Chile: Refugiados, Solicitantes de refugio, regularizados y los inmigrantes no regularizados.

- Para el caso de los refugiados y los solicitantes de refugio, FONASA les asigna un Nº de identificación especial que los autoriza y reconoce como potenciales beneficiarios de dicho organismo , otorgándoles los derechos potenciales de un beneficiario Chileno, en caso de cumplir similares requisitos. (Dicho número inclusive le permite solicitar clasificación de carente de recursos mediante el trámite habitual de los calificadores de derecho en APS).
- En el caso de los extranjeros regularizados tenemos aquellos que ya poseen su RUN, el cual les otorga los beneficios igual que un chileno en el contexto de su identificación.
- En el caso de las embarazadas extranjeras, sin regularizar aún su situación, basta que cuenten con un certificado de control de embarazo emitido por APS por un profesional competente, para poder solicitar una Visa temporaria en el departamento de Extranjería del Ministerio del interior o Gobernaciones en regiones y con eso el RUN en el Servicio de Registro Civil e Identificación.
- En el caso de los menores de 18 años, quienes independiente de la condición de regularización de sus padres, pueden lograr una Visa temporaria mediante la presentación en el Departamento de Extranjería de un certificado de atención de salud emitido por APS, y con eso el RUN en el Servicio de Registro Civil e Identificación.
- Por último, en el caso de los extranjeros no regularizados que no cuentan con ninguna de las distinciones anteriores, corresponde atención en salud solo mediante el pago de las prestaciones que reciba, en condición de particular."
- En esta última condición, su atención en establecimientos de Salud Públicos estará dada en el marco de lo que dicta el artículo 146 del DFL1 2005 de Salud, en cuanto a que la atención de Salud a las personas que no son beneficiarias del régimen de Prestaciones del Sistema Público de Salud (FONASA) , no debe significar postergación o menoscabo de la atención que los establecimientos deben prestar a los beneficiarios legales y, en consecuencia, con la sola excepción de urgencias calificadas, los beneficiarios legales prefieren a los no beneficiarios.

Según lo anterior, los chilenos (as) o extranjeros(as) que se deban atender en establecimientos de la red asistencial de servicios de Salud, de manera Particular por no ser beneficiarios de FONASA (aunque sean de una ISAPRE-CAPREDENA-DIPRECA o ninguna) no debieran formar parte de las listas de espera orientadas a pacientes beneficiarios, mientras no regularicen su condición de inscripción.

[10] El procedimiento oficial en la Circular N°4 en línea al decreto N° 67 del 2015 establece cómo regularizar un extranjero para que sea beneficiario de la red pública electiva y no electiva. En resumen a lo que respecta a RNLE y gestión de Lista de Espera Electiva es, todo paciente debe ingresar con RUN, en el caso de no poseer RUN se deben ajustar al procedimientos mencionado y con ello regularizar el caso; una vez obtenido el RUN bajo esta modalidad se inicia la calidad de beneficiario, por lo cual desde allí en adelante puede ser ingresados a la lista de espera, dejando registro en historia clínica que en el caso de haber algún desfase entre la indicación de derivación a la especialidad y la creación del caso en los sistemas.

OBLIGATORIE-DAD	CAMPO	ESTÁNDAR	FORMATO (LARGO)	CODIFICACION DEL CAMPO	EJEMPLO	DESCRIPCIÓN
Obligatorio	Sexo	Establecido en el Dto. N° 127/*07 sobre Informe Estadístico de Egreso Hospitalario	Numérico	1 hombre	1	Sexo "No determinado" aplica para hermafroditas, y "desconocido" en aquellos casos en que el cuerpo de una persona esté en tales condiciones, que no sea posible reconocer su sexo.
				2 mujer	2	
				3 no determinado	3	
				9 desconocido	9	
Obligatorio	Previsión	Establecido en Dto. N° 127/07 sobre Informe Estadístico de Egresos Hospitalarios, con base en art. 61 de la ley 18469/87 y sus modificaciones	Numérico	1 FONASA	1	Prais+Fonasa=Fonasa Bloqueado=Fonasa[11]
				2 ISAPRE	2	Si es PRAIS+ISAPRE prima la condición de beneficiario
				3 PARTICULAR	3	Sin previsión ninguna
Obligatorio	PRAIS	Son beneficios que otorga la ley 19123, emanada desde la Subsecretaría del Interior, Programa de Derechos Humanos	Numérico	1 Si	1	
				2 No	2	
Obligatorio	Región	Región a la que pertenece el beneficiario, según lugar de residencia	Numérico		12	
Obligatorio	Ciudad		Carácter (30)		SANTIAGO	Ciudad de residencia del paciente
Obligatorio	Comuna Residencia	Establecido en Dto.1439 del Ministerio del Interior y sus modificaciones posteriores	Numérico	Código		Corresponde a la comuna de residencia del paciente
Obligatorio	Condición de Ruralidad de la comuna de residencia		Numérico	1 Urbano	1	Clasificación urbanística de la comuna
				2 Rural	2	
No obligatorio	Clase de vía o sector del domicilio de residencia	Estándar de Correos de Chile	Numérico	1 Calle	1	
				2 Pasaje	2	
				3 Avenida	3	
				4 Otro	4	
Obligatorio	Nombre de Calle de dirección	Estándar de Correos de Chile	Carácter (250)		SAN ISIDRO	
Obligatorio	Número de dirección	Estándar de Correos de Chile	Carácter (80)		1489	
Obligatorio	Resto de dirección	Estándar de Correos de Chile	Carácter (250)		DPTO.2563 TORRE A	
Obligatorio	Teléfono fijo	Estándar de Correos de Chile	Carácter (20)		56-2-7326585	Código país – código área – número
No obligatorio[12]	Teléfono móvil	Estándar de Correos de Chile	Carácter (20)		9-99881202	Código número
No obligatorio	Correo electrónico	Estándar de Correos de Chile	Carácter (50)		Cortes21@gmail.com	
Obligatorio[13]	Sospecha diagnóstica	Texto libre	Carácter (4000)		Influenza	Corresponde a lo señalado en el campo diagnóstico del documento que origina el ingreso del paciente a la Lista de Espera.
Obligatorio	Confirmación diagnóstica	Texto libre	Carácter (4000)			Corresponde a lo señalado en el campo de diagnóstico del documento que origina el ingreso del paciente a la Lista de Espera.

[11] Solo si la condición de bloqueado no se atribuye a cambio de asegurador.

[12] Obligatorio si teléfono fijo está en blanco.

[13] Para la validación del registro se considera obligatorio el llenado de uno de estos campos, lo que estará determinado por el motivo de ingreso del paciente a la Lista de Espera.

Identificación de la prestación solicitada y del lugar

OBLIGATORIE-DAD	CAMPO	ESTÁNDAR	FORMATO Y LARGO	CODIFICACION DEL CAMPO	EJEMPLO	DESCRIPCIÓN
Obligatorio	Fecha Entrada	Se define como la fecha de la indicación de la consulta, del procedimiento o de la intervención	Fecha	DD/MM/AAAA	02/05/2009	Fecha de entrada del paciente a la Lista de Espera
No Obligatorio	Fecha citación		Fecha	DD/MM/AAAA	02/05/2009	
No Obligatorio	Run profesional solicitante	Otorgado por Servicio de Registro Civil e Identificación, al ser inscrito el nacimiento	Numérico	Valores del 0 al 9	8452776	
No Obligatorio	Dígito verificador profesional solicitante	Dígito verificador	Carácter (1)	Valores de 1 a 0, o K	K	
Obligatorio	Establ. Origen	Normado por DEIS	Numérico		13-210	Código según tabla DEIS vigente de Establecimientos
Obligatorio	Establ. Destino	Normado por DEIS	Numérico		13-100	Establecimiento al cual es derivado el paciente. Código según tabla DEIS vigente.[14]
Obligatorio	Tipo prestación	Codificación según norma	Numérico	1	1	Consulta Nueva de especialidad
				2	2	Consulta Repetida o control.
				3	3	Procedimiento.
				4	4	Intervención Quirúrgica.
				5	5	Intervención Quirúrgica compleja.
Obligatorio	Prest. Minsal	Fuente REM 07 para consulta médica y Arancel FONASA definida en esta norma.	Numérico	Según tablas 3, 4 ó 5	07-047	
Obligatorio	Prest.Establecimiento	Clasificación propia del Servicio de Salud	Carácter (50)	Texto libre o según necesidad de gestión local		Texto libre.

[14] En el caso de establecimientos sin código DEIS (ejemplo: centros de resolutividad), el Servicio de Salud generará un código que estará disponible en la página web del Servicio.

Identificación de la Prestación Realizada y Lugar que Resolvió

OBLIGATORIE-DAD	CAMPO	ESTÁNDAR	FORMATO Y LARGO	CODIFICACION DEL CAMPO	EJEMPLO	DESCRIPCIÓN
No Obligatorio	Run profesional que resolvió	Otorgado por Servicio de Registro Civil e Identificación, al ser inscrito el nacimiento	Numérico	Valores del 0 al 9	8452776	
No Obligatorio	Dígito verificador profesional que resolvió	Dígito verificador	Carácter (1)	Valores de 1 a 0, o K	K	
Obligatorio	Causal de salida		Numérico	0 Ges	0	
				1 Atención realizada	1	
				2 Procedimiento informado	2	
				3 Indicación médica para reevaluación	3	
				4 Atención otorgada en el extrasistema	4	
				5 Cambio de asegurador	5	
				6 Renuncia o rechazo voluntario del usuario	6	
				7 Recuperación espontánea	7	
				8 Dos inasistencias	8	
				9 Fallecimiento	9	
				10 Solicitud de indicación duplicada	10	
				11 Contacto no corresponde	11	
				12 No corresponde realizar cirugía	12	
				13 Traslado coordinado	13	
				14 No pertinencia	14	
				15 Error de digitación	15	
				16 Atención por resolutividad	16	
				17 Atención por telemedicina	17	
				18 Modificación de la condición clínico-diagnóstica del caso	18	
				19 Atención por Hospital Digital	19	
Obligatorio	Fecha salida	Según lo normado anteriormente	Fecha	DD/MM/AAAA	02/05/2009	Fecha en la que el paciente fue egresado de la Lista de Espera
Obligatorio	Establecimiento que otorgó la atención.	Normado por DEIS	Numérico		13-100	Para la causal de salida 1.2.3.12 corresponde al establecimiento que atendió al paciente. Para el resto de las causales de salida "administrativas" (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) establecimiento que aplica la causal.

Campos adicionales y necesarios para la gestión SSMSO más otros ajustados posterior a la norma 118

Obligatoriedad	Campo	Formato (Largo)	Codificación de campo	Ejemplo	Explicación
Obligatorio	CodConsumidor	Carácter (100)	SSMSO	SSMSO	Campo código del agente consumidor WS, por APS
No Obligatorio	FolioSigges	Carácter (100)		123	Código Interno de evento
Obligatorio	FolioInterno	numérico	123	123	Folio de Interconsulta
Obligatorio	FolioInternoAGEG	numérico	1234	1234	Folio agenda y egreso
Obligatorio	TipoAtención	numérico	1 Ingreso 4 Rederivación	1	Atención Nueva Interconsulta re-derivada
Obligatorio	RutDigitador	numérico	Valores del 0 al 9	12345678	Rut
Obligatorio	DVDigitador	Carácter (1)	Valor de 1-9 o K	K	Dv
Obligatorio	CodigoEspecialidadOrigen	Carácter (20)	Listado Especialidades incluidas en SIGTE alineadas a la Norma 820 del DEIS	07-047	Según tipo de establecimiento de origen se debe usar la siguiente especialidad: • UAPO: Oftalmología (07-044) • COSAM: Psiquiatría (07-048) • Establecimientos de APS: Medicina familiar (07-028) ▪ Nivel secundario: especialidad de la unidad que solicita la interconsulta. ▪ Casos sin especialidad definida: medicina familiar u odontología indiferenciado.
Obligatorio	CodigoEspecialidadDestino	Carácter (20)	Listado Especialidades incluidas en SIGTE alineadas a la Norma 820 del DEIS	07-047	Especialidad Destino
Obligatorio	Ges	numérico	1 = Si 2= No	1 2	Si/No
No Obligatorio	MotivoSolicitud	Carácter (1000)	Confirmación Diagnóstica		Glosa
No Obligatorio	ContRefIndicaciDIAG	Carácter (500)	····,		Glosa contrarreferencia
No Obligatorio	TramoFonasa	Carácter (2)	A B C D	A B C D	Caracterizaciones socioeconómica de la población beneficiaria
No Obligatorio	UnidaddeOrigen	Carácter (20)	1. Ambulatorio 2. At. Cerrada 3. Apoyo Diag.	1 2 3	Unidad Origen Paciente
No Obligatorio	ProblemaSaludrama	Carácter (1000)	GES, código GES	1	1-80
No Obligatorio	FundamentosDiagnostico	Carácter (4000)	Glosa		Glosa texto libre
No Obligatorio	ExamenRealizado	Carácter (4000)	Glosa		Glosa texto libre
No Obligatorio	DerivadoPara	Carácter (200)	1.Confirmación Diagnóstica 2.Realizar Tratamiento 3.A seguimiento 4.Control de Especialidad 5. Otro	1 2 3 4 5	Opciones Interconsulta
No Obligatorio	TipoPaciente	numérico	1. Con Run 2. Sin Run 3. Recién Nacido	1 2 3	Pacientes por tipo
No Obligatorio	CodigoSospechaAuge	Carácter (10)		11111	Código de canastas cuando es sospecha

Obligatoriedad	Campo	Formato (Largo)	Codificación de campo	Ejemplo	Explicación
No Obligatorio	DescSospechaAuge	Carácter (4000)	Glosa		Glosa texto libre
Obligatorio	CodSospechaDiag	Carácter (20)		A00	Codificación de la sospecha Diagnóstica.
Obligatorio	TipoCodSospechaDiag	Numérico	1 CIE10 2 CIAP 3 Otro	1 2 3	Tipo de códigos usados
No obligatorio	NombresProfSolicitante	Carácter (100)	Texto	Nombres	Nombres del Profesional que solicita.
No obligatorio	ApellidosProfSolicitante	Carácter (100)	Texto	Apellidos	Apellidos del Profesional solicitante.
No obligatorio	TipoProfesional	Numérico	0 Otro 1 Médico 2 Matrona 3 Odontólogo	0 1 2 3	Especialidad del profesional médico o no médico que realiza la derivación de la Interconsulta.
Obligatorio	PrioridadEnvio	Numérico	1 Alta 2 Media 3 Baja	1 2 3	Valorización que es determinada de acuerdo a la urgencia de la Interconsulta en su origen.
Obligatorio	PrioridadDestino	Numérico	0 Sin Prioridad 1 Alta 2 Media 3 Baja	0 1 2 3	Valorización que es determinada de acuerdo a la urgencia de la Interconsulta en su destino. Obligatorio (1,2,3) para Agendamiento. Para Ingresos el valor por defecto es 0.
Obligatorio	Resolutividad	Numérico	1 Sí 2 No	1 2	Resolutividad de las IC.
Obligatorio	TipoProfesionalDestino	Numérico	1 Médico/a 2 Enfermero/a 3 Matrón/a 4 Nutricionista 5 Psicólogo/a 6 Fonoaudiólogo/a 7 Kinesiólogo/a 8 Terapeuta ocupacional 9 Tecnólogo/a médico 10 Asistente social 11 Otro profesional		Tipo de profesional al que se deriva paciente en el centro de destino.
No obligatorio	SubEspecialidadDestino	Carácter (100)		Policlínico tabaquismo	Subespecialidad o policlínico de destino

Especialidades SIGTE - Norma 820 DEIS

Código SIGTE	Código Norma 820	Especialidad Norma 820	Edad Mínima (años)	Edad Máxima	Código Norma 118	Glosa Norma 118
07-001	01	ANATOMÍA PATOLÓGICA	0	150		
07-002	02	ANESTESIOLOGÍA	0	150	07-210-0	Anestesiología
07-003	03	CARDIOLOGÍA	15	150	07-103-0	Cardiología
07-004	04	CIRUGÍA GENERAL	15	150	07-200-2	Cirugía Adulto
07-005	05	CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL	15	150	07-203-0	Cirugía Máxilo Facial
07-006	06	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	0	150	07-209-0	Cardiocirugía
07-007	07	CIRUGÍA DE TÓRAX	15	150	07-206-0	Cirugía Tórax
07-008	08	CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	0	150	07-204-0	Cirugía Plástica
07-009	09	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	0	15	07-200-1	Cirugía Infantil
07-010	10	CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA	15	150	07-207-2	Cirugía Vascular Periférica
07-011	11	COLOPROCTOLOGÍA	15	150	07-205-2	Cirugía Proctológica
07-012	12	DERMATOLOGÍA	0	150	07-111-0	Dermatología
07-013	13	DIABETOLOGÍA	0	150	07-104-0	Endocrinología
07-014	14	ENDOCRINOLOGÍA ADULTO	15	150	07-104-0	Endocrinología
07-015	15	ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	0	15	07-104-0	Endocrinología
07-016	16	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO (BRONCOPULMONAR)	15	150	07-102-0	Broncopulmonar
07-017	17	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PEDIÁTRICAS (BRONCOPULMONAR PEDIATRICO)	0	15	07-102-0	Broncopulmonar
07-018	18	GASTROENTEROLOGÍA ADULTO	15	150	07-105-0	Gastroenterología
07-019	19	GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	0	15	07-105-0	Gastroenterología
07-020	20	GENÉTICA CLÍNICA	0	150	07-106-0	Genética
07-021	21	GERIATRÍA	60	150	07-113-2	Geriatría
07-022	22	GINECOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA	0	18	07-301-0	Ginecología
07-023	23	HEMATOLOGÍA	15	150	07-107-0	Hematología
07-024	24	IMAGENOLOGÍA	0	150		
07-025	25	INFECTOLOGÍA	0	150	07-118-0	Infectología
07-026	26	INMUNOLOGÍA	0	150	07-110-2	Reumatología
07-027	27	LABORATORIO CLÍNICO	0	150		
07-028	28	MEDICINA FAMILIAR	0	150	07-900-1	Medicina Familiar
07-029	29	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN (FISIATRIA ADULTO)	0	150	07-114-0	Medicina Física y Rehabilitación
07-030	30	MEDICINA INTERNA	15	150	07-100-2	Medicina Interna
07-031	31	MEDICINA INTENSIVA ADULTO	0	150		
07-032	32	MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA	0	15		
07-033	33	MEDICINA LEGAL	0	150		
07-034	34	MEDICINA MATERNO INFANTIL	0	50		
07-035	35	MEDICINA NUCLEAR	0	150		
07-036	36	MEDICINA DE URGENCIA	0	150		
07-037	37	NEFROLOGÍA ADULTO	15	150	07-108-0	Nefrología
07-038	38	NEFROLOGÍA PEDIÁTRICO	0	15	07-108-0	Nefrología
07-039	39	NEONATOLOGÍA	0	0,2	07-101-1	Neonatología
07-040	40	NEUROCIRUGÍA	0	150	07-208-0	Neurocirugía
07-041	41	NEUROLOGÍA ADULTO	15	150	07-115-0	Neurología
07-042	42	NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	0	15	07-115-0	Neurología
07-043	43	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	9	150	07-300-1	Obstetricia
07-044	44	OFTALMOLOGÍA	0	150	07-400-9	Oftalmología
07-045	45	ONCOLOGÍA MÉDICA	0	150	07-116-0	Oncología
07-046	46	OTORRINOLARINGOLOGÍA	0	150	07-500-9	Otorrinolaringología
07-047	47	PEDIATRÍA	0	15	07-100-1	Pediatría

Código SIGTE	Código Norma 820	Especialidad Norma 820	Edad Mínima (años)	Edad Máxima	Código Norma 118	Glosa Norma 118
07-048	48	PSIQUIATRÍA ADULTO	15	150	07-117-0	Psiquiatría
07-049	49	PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA	0	18	07-117-0	Psiquiatría
07-050	50	RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	0	150	07-116-0	Oncología
07-051	51	REUMATOLOGÍA	15	150	07-110-2	Reumatología
07-052	52	SALUD PÚBLICA	0	150		
07-053	53	TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	15	150	07-700-0	Traumatología
07-054	54	UROLOGÍA	15	150	07-800-0	Urología
07-055	55	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	0	15	07-103-0	Cardiología
07-056	56	CIRUGÍA DIGESTIVA	15	150	07-201-0	Cirugía Abdominal
07-057	57	CIRUGÍA PLASTICA Y REPARADORA PEDIÁTRICA	0	15	07-204-0	Cirugía Plástica
07-058	58	GINECOLOGÍA	15	150	07-301-0	Ginecología
07-059	59	HEMATO-ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	0	15	07-107-0	Hematología
07-060	60	INFECTOLOGÍA PEDIATRICA	0	15	07-118-0	Infectología
07-061	61	MEDICINA FAMILIAR DEL NIÑO	0	15	07-900-1	Medicina Familiar
07-062	62	MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PEDIÁTRICA (FISIATRIA PEDIATRICA)	0	15	07-114-0	Med.Física y Rehabilitación
07-063	63	NUTRIÓLOGO	0	150	07-109-0	Nutrición
07-064	64	NUTRIÓLOGO PEDIÁTRICO	0	15	07-109-0	Nutrición
07-065	65	REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	0	15	07-110-2	Reumatología
07-066	66	OBSTETRICIA	9	50	07-300-1	Obstetricia
07-067	67	TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	0	15	07-700-0	Traumatología
07-068	68	UROLOGÍA PEDIÁTRICA	0	15	07-800-0	Urología
09-001	01	CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCO MAXILOFACIAL	0	150	09-008-0	Cirugía y Traumatología MáxiloFacial
09-002	02	CIRUGÍA BUCAL	0	150	09-007-0	Cirugía Bucal
09-003	03	ENDODONCIA	0	150	09-001-0	Endodoncia
09-004	04	IMAGENOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	0	150		
09-005	05	IMPLANTOLOGIA BUCO MAXILOFACIAL	0	150	09-010-0	Implantología
09-006	06	ODONTOLOGÍA LEGAL				
09-007	07	ODONTOPEDIATRÍA	0	15	09-100-0	Odontopediatría
09-008	08	ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MÁXILO FACIAL	0	150	09-003-0	Ortodoncia
09-009	09	PATOLOGÍA ORAL	0	150	09-011-0	Patología Oral
09-010	10	PERIODONCIA	0	150	09-004-0	Periódoncia
09-030	30	REHABILITACIÓN ORAL	15	150	09-005-0	Rehabilitación: Prótesis Fija
09-011	11	REHABILITACIÓN ORAL	15	150	09-006-0	Rehabilitación: Prótesis Removible
09-012	12	SALUD PÚBLICA				
09-013	13	SOMATO-PRÓTESIS				
09-014	14	TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL	0	150	09-009-0	Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofácial

CMD de Contrarreferencia

Tipos de campos según obligatoriedad

- Campos obligatorios: Campos necesarios para cumplir con validaciones y reglas de negocio.
- Campos No obligatorios: Campos que pueden o no estar con información necesaria.

Tipos de campos según condicionalidad

- Mandatorios: Se define como campo mandatorio a todos los campos que deberá enviar el agente consumidor del WS para una correcta validación y registro de éstos.
- Campos Condicionales: Se define como campo condicional a todos los campos (heredados o hijos) que deberán completarse dadas ciertas combinaciones de los campos padre, como por ejemplo: si seleccionamos Alta Sí, entonces motivo del alta será obligatorio.

Glosa Estructuras (Largo)	Norma 118 Obligatorios	Obligatoriedad	Condición	Convención/descripción
<Run>int	√	Obligatorio	Mandatorio	Explicito
<Dv>string (1)	√	Obligatorio	Mandatorio	Explicito
<FolioInternoAps>int		Obligatorio	Mandatorio	Folio de la IC
<NombrePaciente>string (50)	√	Obligatorio	-	Explicito
<ApellidoPaterno>string (50)	√	Obligatorio	-	Explicito
<ApellidoMaterno>string (50)	√	Obligatorio	-	Explicito
<Sexo>int	√	Obligatorio	Mandatorio	1 hombre 2 mujer 3 no determinado 9 desconocido
<FechaNacimiento>string (10)	√	Obligatorio	Mandatorio	DD/MM/YYYY
<Prevision>int	√	Obligatorio	-	1 (fonasa) 2 (isapre) 3 (particular)
<Direccion>string (500)		No obligatorio	-	explicito
<Comuna>int	√	Obligatorio	Mandatorio	**Codificación DEIS** 13201 = Puente alto 13202 = Pirque 13203 = San Jose de Maipo 13110 = La Florida 13111 = La Granja 13112 = La Pintana 13131 = San Ramón
<TelefonoFijo>string (20)	√	Obligatorio	Condicional	56-2-1234567. Si Teléfono Móvil viene vacío entonces Teléfono Fijo será obligatorio.
<TelefonoMovil>string (20)	√	Obligatorio	Condicional	9-1234567 Si Teléfono Fijo viene vacío entonces Teléfono Móvil será obligatorio.
<Email>string (50)	√	No obligatorio	-	explicito

Glosa Estructuras (Largo)	Norma 118 Obligatorios	Obligatoriedad	Condición	Convención/descripción
<DiagCie10>string (50)	√	Obligatorio	Mandatorio	Estructura del campo: Código (CIE -10 edición 2015)[15] Para no pertinencia en la etapa de priorización =”-1”. Para pertinencia en la etapa de priorización se puede adosar un código CIE 10 para que en las herramientas informáticas se pueda mostrar el código de origen + el código cie10 de priorización pertinente. Esto es opcional por parte del priorizador. Para la etapa Informar Cita no aplica (-1)
<GlosaCie10> string (200)		Obligatorio	Mandatorio	Glosa (CIE -10 edición 2015) Para no pertinencia en la etapa de priorización =”-1”. Para pertinencia en la etapa de priorización se puede adosar un diagnostico CIE 10 para que en las herramientas informáticas se pueda mostrar el diagnostico de origen + el diagnóstico de priorización pertinente. Esto es opcional por parte del priorizador. Para la etapa Informar Cita no aplica (-1)
<OtroDiagnostico>string (500)		No obligatorio	Condicional	Este campo es un complemento del campo DiagCie10 en la atención. Para la etapa de priorización no aplica. Para la etapa Informar Cita no aplica Texto libre. Máximo 500 caracteres
<AltaClinica>int		Obligatorio	Mandatorio	-1= No aplica 1 = Sí 2 = No El Alta siempre es clínica. Este campo es importante para las atenciones y se complementa con el campo Tipo CR, ya que combinados se valida si es primera atención o alta. Para la etapa de priorización este campo es irrelevante **(Para etapa de Priorización =-1)** **Para la etapa Informar Cita no aplica (-1)**

[15] De manera excepcional, proveedores Áncora y Puente Alto usarán codificación CIAP. Lo mismo para el campo GlosaCie10.

Glosa Estructuras (Largo)	Norma 118 Obligatorios	Obligatoriedad	Condición	Convención/descripción
<MotivoAltaClinica>int		No obligatorio	Condicional	-1 (No aplica) 1 (alta médica) → cuando se atiende y se da alta clínica. 2 (derivación interna)→ Se atiende pero se deriva para otra (sub) especialidad interna. 3 (derivación externa)→ Se atiende pero se deriva a otros centros externos. 5 (administrativo) → se atiende pero se da alta por motivos administrativos. Ej.: paciente que desea descontinuar su tratamiento. Para la etapa de priorización -1 (no aplica). Cuando sea atendido pero alta clínica sea NO, este campo debe ir (-1 = no aplica). **Para la etapa Informar Cita no aplica (-1)**
<ContinuaControl>int		Obligatorio	Condicional	-1 = No aplica 1 = Si 2 = No Este campo se define para continuar en control en la atención secundaria. Este campo se complementa con los campos Alta Clínica y Lugar Control: Si Alta clínica=Si, Continúa Control = No , entonces Lugar Control debe ser=APS Si Alta Clínica = No, Continúa Control debe ser Sí y Lugar Control debe ser Secundaria. **(Para no pertinencia en la etapa de Priorización no aplica esta regla=-1)** **Para la etapa Informar Cita no aplica (-1)**
<LugarControl>int		Obligatorio	Condicional	-1 =No aplica 1 =APS 2 =secundaria Si, en la etapa de atención, campo ContinuaControl=1, entonces LugarControl será 2 (secundaria). Para pertinencia en la etapa de priorización: Por defecto, si Continua en control es -1, entonces este campo debe ir -1 (no aplica) **(Para no pertinencia en la etapa de Priorización =1 (APS) por defecto)** **Para egresos por causales administrativas el valor será 1 (APS)** **Para la etapa Informar Cita no aplica (-1)**

Glosa Estructuras (Largo)	Norma 118 Obligatorios	Obligatoriedad	Condición	Convención/descripción
<CodespAtencion>string (50)	√	Obligatorio	Mandatorio	(Código Norma 820: 07-007) **Cambio de especialidad en módulo de priorización:** Para este caso se debe enviar el código de especialidad de la última priorización. Ej.: si se envía una IC para Nefrología y priorizador re-deriva a priorizador de cardiología, esta última especialidad es la que se envía. **Atención clínica:** Se debe informar en este campo la especialidad de atención realizada. **(Para la etapa de Priorización = Código Especialidad Destino de la IC)** **Para la etapa Informar Cita no aplica (-1)**
<EstablecimientoOtorga>string (20)	√	Obligatorio	Mandatorio	Código DEIS de Establecimiento que prioriza y/u otorga la atención. **Para la re-derivación este campo indica el nuevo establecimiento de destino de la IC, de acuerdo al mapa de derivación del centro que re-deriva. Si solo se cambia la especialidad y no el establecimiento, entonces se indica el código centro de destino original.** Ejemplo:14105
<EstablecimientoOrigen>string (20)	√	Obligatorio	Mandatorio	Código DEIS del Establecimiento que origina la IC o un código de establecimiento definido por el Servicio de Salud. Ejemplo:14328
<Indicaciones>string (4000)		Obligatorio	Mandatorio	Texto libre Max 4000 caracteres **Todas** las indicaciones al paciente y APS de atenciones clínicas en el nivel secundario, deben especificarse en este campo. ***** Cuando se egresa por causales administrativas se entiende que nunca fue atendido, por lo cual este campo debe ir con -1 (no aplica). **Para la etapa Informar Cita no aplica (-1)**
<RunProfesional>int	√	Obligatorio	Mandatorio	Debe ser un RUN válido del personal que ejecuta la acción de envío de la CR en etapa priorización y atención). **Para la etapa Informar Cita será el RUN del profesional con quien tiene la cita.**
<DvProfesional>string (1)	√	Obligatorio	Mandatorio	Explícito de un Run válido **Para la etapa Informar Cita será el DV del profesional con quien tiene la cita.**
<NombreProfesional>string (200)		Obligatorio	Mandatorio	Nombres y apellidos válidos del personal que ejecuta la acción de envío de la CR en etapa priorización y atención. **Para la etapa Informar Cita será el Nombre del profesional con quien tiene la cita.**

Glosa Estructuras (Largo)	Norma 118 Obligatorios	Obligatoriedad	Condición	Convención/descripción
<FechaContraReferencia>string (10)		Obligatorio	Mandatorio	DD/MM/YYYY (Fecha de la emisión de la CR) Este campo de fecha se tomará como la fecha en que se genera cada etapa. Por ejemplo: - Si la etapa es Priorización, entonces este campo será la fecha de la priorización - Si es la etapa de Informar Cita, entonces será la fecha de ejecución del proceso de la citación. - Si es la etapa de atención (primera o alta), entonces será la fecha de la atención. - Si es la etapa de egreso sin atención, entonces será la fecha en que se egresó sin atención.
<FechaHoraCita>string (17)		Obligatorio	Condicional	Formato (DD/MM/YYYY HH:MM) de 24Hrs Este campo es obligatorio para la etapa de Informar Cita (TipoContraReferencia = 9). Para las demás etapas aplicará valor -1
<EstadoCita>int		Obligatorio	Condicional	-1 = No aplica 1 = Cita 2 = Modifica cita 3 = Anula Cita Este campo es obligatorio para la etapa de Informar Cita (Tipo CR 9). Para las demás etapas no aplica (-1)
<Pertinencia>int		Obligatorio	Mandatorio	-1 = no aplica 1 = si 2 = no La interpretación de este campo se basa en la etapa en que se informa (priorización y/o atención) y **siempre se deben mostrar en las herramientas informáticas**. **Ejemplo**: - Si el Tipo de CR es 5 (CR Priorización) entonces es pertinencia de priorización. - Si el Tipo de CR es 2 (Atención en SECU.) entonces es pertinencia según la atención realizada. - Si no hay priorización y es egresado por causales administrativas irá **-1** (no aplica). - Si interconsulta es rederivada en la etapa de priorización, entonces este campo será -1 (no aplica).
<MotivoNoPertinencia>int		Obligatorio	Condicional	-1 = No aplica 1 =no se ajusta a guía clínica 3 =TEXTO LIBRE
				Para la etapa de priorización (si pertinencia = Si), este campo no aplica (-1). Para etapa Informar Cita no aplica (-1)
<DescMotivoNoPertinencia>string (4000)		No obligatorio	Condicional	**Sólo** en la etapa de Priorización, cuando MotivoNoPertinencia sea 3, este campo será obligatorio. Si MotivoNoPertinencia es 2 o 3, este campo será opcional. Para etapa Informar Cita no aplica (-1) Texto Libre Max 4000 caracteres.

Glosa Estructuras (Largo)	Norma 118 Obligatorios	Obligatoriedad	Condición	Convención/descripción
<CodSubEspecialidadInterna>string (50)		Obligatorio	Mandatorio	**Max 100 caracteres.** Para etapa Informar Cita no aplica (-1)
<TipoContraReferencia>int		Obligatorio	Mandatorio	Este campo marca la etapa en que se envía un mensaje o CR hacia el establecimiento que origina la IC. APS con atención =1 SECU con atención=2 APS sin atención=3 SECU sin atención =4 SECU priorización =5 TELEMEDICINA con atención = 6 TELEMEDICINA priorización = 8 Informar Cita =9
<Proveedor>int	√	Obligatorio	Mandatorio	1 = CASR 2 = HLF 3 = HPH 4 = CRS_HC 5 = Áncora 6 = CM Puente Alto 7 = Rayén 8 = Avis 10 = Centro externo
<PrioridadDestino>int		Obligatorio	Mandatorio	-1 = no aplica 1 = Alta, 2 = Media 3 = Baja Valor que se aplica al momento de la etapa Priorización, **- Para no pertinencia en la Priorización aplicar valor -1** **- Si interconsulta es rederivada en la etapa de priorización, entonces este campo será -1 (no aplica).** **- Para atenciones clínicas sin etapa de priorización aplicar valor -1.** Para etapa Informar Cita no aplica (-1)

Glosa Estructuras (Largo)	Norma 118 Obligatorios	Obligatoriedad	Condición	Convención/descripción
< CausalEgreso >int		Obligatorio	Mandatorio	-1 No Aplica 0 Ges 1 Atención realizada 2 Procedimiento informado 3 Indicación médica para reevaluación 4 Atención otorgada en el extrasistema 5 Cambio de asegurador 6 Renuncia o rechazo voluntario del usuario 7 Recuperación espontánea 8 Dos inasistencias 9 Fallecimiento 10 Solicitud de indicación duplicada 11 Contacto no corresponde 12 No corresponde realizar cirugía 13 Traslado coordinado 14 No pertinencia 15 Error de digitación 16 Atención por Resolutividad 17 Atención por telemedicina 18 Modificación de la condición clínico-diagnóstica del caso 19 Atención por Hospital Digital Se enviará código causal egreso. Para todos los sistemas clínicos, se debe mostrar glosa de estas causales, según normativa 118 actualizada. Para la etapa de priorización, cuando sea pertinente, aplicar valor -1. Para etapa Informar Cita no aplica (-1)

Parte IV. Descripción de Servicios Web

Servicio Web para Enviar Interconsulta

Formato con todos los campos mencionados (Norma 118 + adicionales)

```
<EnviarInterconsulta xmlns="SSMSO">
      <agente>string</agente>
      <InterConsulta>
        <CodConsumidor>string</CodConsumidor>
        <FolioSigges>string</FolioSigges>
        <FolioInterno>int</FolioInterno>
        <FolioInternoAGEG>int</FolioInternoAGEG>
        <TipoAtencion>int</TipoAtencion>
        <Rutdigitador>int</Rutdigitador>
        <DVdigitador>string</DVdigitador>
        <CodigoEspecialidadOrigen>string</CodigoEspecialidadOrigen>
        <CodigoEspecialidadDestino>string</CodigoEspecialidadDestino>
        <Ges>int</Ges>
        <MotivoSolicitud>string</MotivoSolicitud>
        <ContRefIndicaciDIAG>string</ContRefIndicaciDIAG>
        <TramoFonasa>string</TramoFonasa>
        <UnidadOrigen>string</UnidadOrigen>
        <ProblemaSaludRama>string</ProblemaSaludRama>
        <FundamentoDiagnostico>string</FundamentoDiagnostico>
        <ExamenRealizado>string</ExamenRealizado>
        <DerivadoPara>string</DerivadoPara>
        <TipoPaciente>int</TipoPaciente>
        <CodigoSospechaAuge>string</CodigoSospechaAuge>
        <DescSospechaAuge>string</DescSospechaAuge>
        <Resolutividad>int</Resolutividad>
        <IdentificaciondelUsuario>
          <ServicioSalud>int</ServicioSalud>
          <RUN>int</RUN>
          <DV>string</DV>
          <Nombres>string</Nombres>
          <PrimerApellido>string</PrimerApellido>
          <SegundoApellido>string</SegundoApellido>
          <FechaNacimiento>string</FechaNacimiento>
          <Sexo>int</Sexo>
          <Prevision>int</Prevision>
          <Prais>int</Prais>
          <Region>int</Region>
          <Cuidad>string</Cuidad>
          <ComunaResidencia>int</ComunaResidencia>
          <CondicRuralidadComunaResi>string</CondicRuralidadComunaResi>
          <ClaseviaSectorDomiResi>int</ClaseviaSectorDomiResi>
          <NombrecalleDirecc>string</NombrecalleDirecc>
          <NumeroDirecc>string</NumeroDirecc>
          <RestoDirecc>string</RestoDirecc>
          <Telefonofijo>string</Telefonofijo>
          <Telefonomovil>string</Telefonomovil>
          <Correoelectronico>string</Correoelectronico>
          <Sospechadiagnostica>string</Sospechadiagnostica>
          <Confirmaciondiagnostica>string</Confirmaciondiagnostica>
          <CodSospechaDiag>string</CodSospechaDiag>
          <TipoCodSospechaDiag>int</TipoCodSospechaDiag>
        </IdentificaciondelUsuario>
        <PrestSolicitadaLugar>
          <FechaEntrada>string</FechaEntrada>
          <FechaCitacion>string</FechaCitacion>
          <RunProfesionalSolicitante>long</RunProfesionalSolicitante>
          <DvProfesionalSolicitante>string</DvProfesionalSolicitante>
```

```
          <NombresProfSolicitante>string</NombresProfSolicitante>
          <ApellidosProfSolicitante>string</ApellidosProfSolicitante>
          <TipoProfesional>int</TipoProfesional>
          <EstablecimientoOrigen>string</EstablecimientoOrigen>
          <EstablecimientoDestino>string</EstablecimientoDestino>
          <TipoPrestacion>int</TipoPrestacion>
          <PrestacionMinsal>string</PrestacionMinsal>
          <PrestacionEstablecimiento>string</PrestacionEstablecimiento>
          <PrioridadEnvio>int</PrioridadEnvio>
          <PrioridadDestino>int</PrioridadDestino>
        </PrestSolicitadaLugar>
        <PrestRealizadaLugarResuelve>
          <RunProfesionalResolvio>long</RunProfesionalResolvio>
          <DvProfesionalResolvio>string</DvProfesionalResolvio>
          <CausalSalida>int</CausalSalida>
          <FechaSalida>string</FechaSalida>
          <EstableOtorgaAten>string</EstableOtorgaAten>
        </PrestRealizadaLugarResuelve>
      </InterConsulta>
    </EnviarInterconsulta>
```

Errores al consumir servicio Enviarinterconsulta() o no enviar información requerida

101	Paciente :	Falta campo RUT	
102	Paciente :	RUT Inválido	
103	Paciente :	Falta primer apellido	
104	Paciente :	Falta segundo apellido	
105	Paciente :	Falta nombre	
106	Paciente :	Falta fecha nacimiento	
107	Paciente :	Falta código comuna	
108	Paciente :	Falta previsión	
110	Paciente :	Falta sexo	
111	Paciente :	Falta PRAIS	
112	Paciente :	Falta región	
113	Paciente :	Falta sospecha diagnóstica	
114	Paciente :	Falta confirmación diagnóstica	
115	Paciente :	Falta campo servicio salud	
116	Paciente:	Faltan teléfonos	
117	Paciente:	Falta Condición de Ruralidad	
118	Paciente:	Falta Código sospecha Diagnóstica CodSospechaDiag	
119	Paciente:	Falta Tipo código sospecha Diagnostica	
201	SolicitaLugar :	Falta fecha de entrada	
202	SolicitaLugar :	Falta establecimiento origen	
203	SolicitaLugar :	Falta establecimiento destino	
204	SolicitaLugar :	Falta tipo prestación	
205	SolicitaLugar :	Falta prestación MINSAL	
206	SolicitaLugar :	Falta prestación establecimiento	
301	LugarResuelve :	Falta causal de salida	
302	LugarResuelve :	Falta fecha salida	
303	LugarResuelve:	Falta establecimiento otorgó atención	
304	LugarResuelve	Tipo prestación para APS no es válido	
401	Adicionales SSMSO :	Falta código AGENTE válido	
402	Adicionales SSMSO :	Falta el código del consumidor	
403	Adicionales SSMSO :	Falta tipo atención	
404	Adicionales SSMSO :	Falta especialidad origen	
405	Adicionales SSMSO :	Falta especialidad destino	
406	Adicionales SSMSO :	Falta GES	
407	Adicionales SSMSO :	Falta folio interno	
408	Adicionales SSMSO :	Falta folio interno AGENDA/EGRESO	

410	Adicionales SSMSO :	Falta Contrarreferencia indicación diagnóstica EGRESO
411	Adicionales SSMSO :	Falta tramo Fonasa INGRESO/AGENDA
412	Adicionales SSMSO :	Falta Unidad de Origen INGRESO
413	Adicionales SSMSO :	Falta tipo de paciente INGRESO
414	Adicionales SSMSO :	Falta código SIGGES INGRESO
415	Adicionales SSMSO :	Folio repetido asociado al Rut y especialidad del paciente
416	Adicionales SSMSO :	IC repetida, asociada al Rut y especialidad del paciente, establecimiento origen y sospecha diagnostica
417	Adicionales SSMSO :	Fecha de entrada incorrecta, no puede ingresar una fecha futura o mayor al día vigente.
418	Adicionales SSMSO :	Falta Problema Rama, marca GES y no envía código GES asociado.
419	Adicionales SSMSO :	Especialidad de destino no valida
420	Adicionales SSMSO :	Falta Resolutividad.
421	Adicionales SSMSO :	Falta Prioridad de Envío.
422	Adicionales SSMSO :	Falta Prioridad de Destino. (Obligatorio sólo en la AGENDA/EGRESO)
423	Adicionales SSMSO :	Especialidad de origen no válida
-1949	Error interno Sidra	Retornará este código para errores no contemplados.

- Los datos serán requeridos en la instancia en que esté el paciente, ingreso, agenda, egreso.

Reglas de negocio

Reglas asociadas al registro

Cuando sea registro de interconsulta o ingreso:

- Si el tipo de prestación es menor a 1 y mayor a 5, error 204.
- Si la comuna de residencia no corresponde al radio SSMSO, error 107.
- Si la previsión es distinta de 1, 2 ó 3, error 108.
- Si sexo es distinto a 1, 2, 3, 9, error 110.
- Si código PRAIS es distinto a 1, 2, error 111.
- Si región es menor a 1 o mayor a 15, error 112.
- Si la especialidad no corresponde a los de la norma 118, error 205, 404, 405.
- Si el establecimiento no es de la red, error 202, 203.
- Cuando no vengan los teléfonos, error 116.
- Tipo prestación para APS no es válida si Tipo prestación es distinto a 1 o 3, error 304.
- Si tag Resolutividad viene vacío, Error 420.
- Si Condición de Ruralidad es distinto a 1, 2, error 117.

Reglas asociadas a la agenda

Cuando sea registro de interconsulta o ingreso:

- Cuando no vengan los teléfonos, error 116.
- Si tag Resolutividad viene vacío, Error 420.
- Si tag PrioridadDestino viene vacío, Error 422.

Reglas asociadas al egreso

Cuando sea causal de salida 3 o egreso paciente.

- Si la causal de salida es menor al código 0 y mayor a 17, es un error 301.
- Si tag PrioridadDestino viene vacío, Error 422.

Web Service de Respuestas Servicio (EnviarInterconsultaResponse)

Transacción exitosa

```
<EnviarInterconsultaResponse xmlns="SSMSO">
      <EnviarInterconsultaResult>
        <ResultEnviarInterconsulta>
          <Returnenvio>
            <CODERROR>1</CODERROR>
            <IdInterno>Correlativo generado al registrar</IdInterno>
          </Returnenvio>
        </ResultEnviarInterconsulta>
        <Cont>1</Cont>
      </EnviarInterconsultaResult>
    </EnviarInterconsultaResponse>
```

Error al Registrar

```
<EnviarInterconsultaResponse xmlns="SSMSO">
      <EnviarInterconsultaResult>
        <ResultEnviarInterconsulta>
          <Returnenvio>
            <CODERROR>0</CODERROR>
            <IdInterno>-3, -2, -1, 0</IdInterno>
          </Returnenvio>
        </ResultEnviarInterconsulta>
        <Cont>-1,-2,-3</Cont>
      </EnviarInterconsultaResult>
    </EnviarInterconsultaResponse>
```

Respuestas Plataformas Satélite, esto se agrega cuando es error -3 con número de código y detalle.

Código	Descripción	Tipo Mensaje	Descripción
1	Documento grabado correctamente.	Ok	Registro Grabado correctamente.
2	Tag no encontrado	Error	No se graba registro porque falta algún tag mandatorio
3	Tag obligatorio sin dato	Error	No se graba registro porque algún tag mandatorio no tiene dato
4	Código no válido	Error	No se graba registro porque algún tag trae un código no válido según documentación y anexo tablas
5	Tipo dato incorrecto	Error	No se graba registro porque algún tag trae un tipo de dato no válido según documentación y anexo tablas
6	Tipo paciente no corresponde	Error	No se graba registro porque se define un paciente como RN mayor de 28 días
7	Documento existe	Error	No se graba registro porque existe interconsulta en espera para el mismo paciente, establecimiento destino, especialidad destino y fecha de ingreso.
8	Usuario no válido	Error	No se graba registro porque no es un usuario registrado.
10	Paciente tiene IC a la misma especialidad	Alerta	Se graba registro, pero se alerta que existe interconsulta en espera para el paciente en la misma especialidad.
11	No cumple requisito de edad	Alerta	Se graba registro, pero se alerta que el paciente no cumple con el requisito de edad definido por el establecimiento para la especialidad destino que se está enviando.
12	No cumple requisito de sexo	Alerta	Se graba registro, pero se alerta que el paciente no cumple con el requisito de sexo definido por el establecimiento para la especialidad destino que se está enviando.

```
<Returnenvio>
    <CODERROR>0</CODERROR>
    <IdInterno>-3, -2, -1, 0</IdInterno>
</Returnenvio>
```

Detalle en contexto

1,0,-2 = Son errores desde SSMSO
-3 = Son errores de plataforma satélite

Servicio Web de Contrarreferencias

Servicio encargado de registrar Contrarreferencias de nivel secundario y primario entre los distintos establecimientos de la red Sur Oriente.

Invocación:

```
POST /ServicioContrareferenciaV1.asmx HTTP/1.1
Host: localhost
Content-Type: text/xml; charset=utf-8
Content-Length: length
SOAPAction: "http://tempuri.org/EnviarContrareferencia"

<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?>
<soap:Envelope xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance" xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema"
xmlns:soap="http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/">
  <soap:Body>
    <EnviarContrareferencia xmlns="http://tempuri.org/">
      <objContraReferencia>
        <idcontrareferencia>int</idcontrareferencia>
        <Run>int</Run>
        <Dv>string</Dv>
        <FolioInternoAps>int</FolioInternoAps>
        <NombrePaciente>string</NombrePaciente>
        <ApellidoPaterno>string</ApellidoPaterno>
        <ApellidoMaterno>string</ApellidoMaterno>
        <Sexo>int</Sexo>
        <FechaNacimiento>string</FechaNacimiento>
        <Prevision>int</Prevision>
        <Direccion>string</Direccion>
        <Comuna>int</Comuna>
        <TelefonoFijo>string</TelefonoFijo>
        <TelefonoMovil>string</TelefonoMovil>
        <Email>string</Email>
        <DiagCie10>string</DiagCie10>
        <GlosaCie10>string</DiagCie10>
        <OtroDiagnostico>string</OtroDiagnostico>
        <AltaClinica>int</AltaClinica>
        <MotivoAltaClinica>int</MotivoAltaClinica>
        <ContinuaControl>int</ContinuaControl>
        <LugarControl>int</LugarControl>
        <CodespAtencion>string</CodespAtencion>
        <EstablecimientoOtorga>int</EstablecimientoOtorga>
        <EstablecimientoOrigen>int</EstablecimientoOrigen>
        <Indicaciones>string</Indicaciones>
        <RunProfesional>int</RunProfesional>
        <DvProfesional>string</DvProfesional>
        <NombreProfesional>string</NombreProfesional>
        <FechaContraReferencia>string</FechaContraReferencia>
        <Pertinencia>int</Pertinencia>
        <MotivoNoPertinencia>int</MotivoNoPertinencia>
        <TipoContraReferencia>int</TipoContraReferencia>
        <DescMotivoNoPertinencia>string</DescMotivoNoPertinencia>
        <CodSubEspecialidadInterna>string</CodSubEspecialidadInterna>
        <Proveedor>int</Proveedor>
        <estado>int</estado>
        <masiva>int</masiva>
        <testadomasiva>string</testadomasiva>
        <fechaingresoic>string</fechaingresoic>
        <PrioridadDestino>int</PrioridadDestino>
        <CausalEgreso>int</CausalEgreso>
      </objContraReferencia>
    </EnviarContrareferencia>
  </soap:Body>
</soap:Envelope>HTTP/1.1 200 OK
Content-Type: text/xml; charset=utf-8
Content-Length: length
```

Respuesta:

```
<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?>
<soap:Envelope xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" xmlns:soap="http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/">
  <soap:Body>
    <EnviarContrareferenciaResponse xmlns="http://tempuri.org/">
      <EnviarContrareferenciaResult>
        <Respuesta>
          <Codmensaje>int</Codmensaje>
          <DescripcionMensaje>string</DescripcionMensaje>
        </Respuesta>
        <Respuesta>
          <Codmensaje>int</Codmensaje>
          <DescripcionMensaje>string</DescripcionMensaje>
        </Respuesta>
      </EnviarContrareferenciaResult>
    </EnviarContrareferenciaResponse>
  </soap:Body>
</soap:Envelope>
```

Respuesta errores:

```
<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?>
<soap:Envelope xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" xmlns:soap="http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/">
  <soap:Body>
    <EnviarContrareferenciaResponse xmlns="http://tempuri.org/">
      <EnviarContrareferenciaResult>
        <Respuesta>
          <Codmensaje>101</Codmensaje>
          <DescripcionMensaje>Rut paciente invalido</DescripcionMensaje>
        </Respuesta>
        <Respuesta>
          <Codmensaje>103</Codmensaje>
          <DescripcionMensaje>Falta Fecha de Nacimiento</DescripcionMensaje>
        </Respuesta>
        <Respuesta>
          <Codmensaje>109</Codmensaje>
          <DescripcionMensaje>Falta código especialidad de egreso</DescripcionMensaje>
        </Respuesta>
        <Respuesta>
          <Codmensaje>110</Codmensaje>
          <DescripcionMensaje>Falta codigo establecimiento egresa</DescripcionMensaje>
        </Respuesta>
        <Respuesta>
          <Codmensaje>111</Codmensaje>
          <DescripcionMensaje>Falta codigo establecimiento origen</DescripcionMensaje>
        </Respuesta>
        <Respuesta>
          <Codmensaje>112</Codmensaje>
          <DescripcionMensaje>Faltan indicaciones</DescripcionMensaje>
        </Respuesta>
        <Respuesta>
          <Codmensaje>113</Codmensaje>
          <DescripcionMensaje>Rut profesional invalido</DescripcionMensaje>
        </Respuesta>
        <Respuesta>
          <Codmensaje>114</Codmensaje>
          <DescripcionMensaje>Falta Fecha CR</DescripcionMensaje>
        </Respuesta>
      </EnviarContrareferenciaResult>
    </EnviarContrareferenciaResponse>
  </soap:Body>
</soap:Envelope>
```

Codificación de Errores

Código	Nodo	Descripción
0	OK	Respuesta correcta para la transacción completa.
-2	Excepciones	Código para excepciones al momento de enviar la CR hacia proveedores.
-3	Error de envío	Código que identifica una respuesta de error por parte de un proveedor.
-11	Error Excepción principal	Excepción principal. Nunca realiza el proceso del WS.
-33	Error WS CR	Error de WS al registrar en log central o como registro transaccional.
101	<Run>int + <Dv>string	Rut paciente invalido
102	<FolioInternoAps>int	Falta Folio APS
103	<FechaNacimiento>string	Falta Fecha de Nacimiento
104	<Comuna>int	Falta el código de comuna
105	<AltaClinica>int	Falta el código de alta clínica
106	<MotivoAltaClinica>int	Falta el código de motivo de alta clínica
107	<ContinuaControl>int	Falta el código de continua en control
108	<LugarControl>int	Falta el código de lugar de control
109	<CodespAtencion>string	Falta código especialidad de egreso
110	<EstablecimientoOtorga>string	Falta código establecimiento egresa
111	<EstablecimientoOrigen>string	Falta código establecimiento origen
112	<Indicaciones>string	Faltan indicaciones
113	<RunProfesional>int +<DvProfesional>string	Rut profesional invalido
114	<FechaContraReferencia>string	Falta Fecha CR
115	<Pertinencia>int	Falta el código de pertinencia
116	<MotivoNoPertinencia>int	Falta el motivo de la no pertinencia
117	<TipoContraReferencia>int	Falta tipo CR
118	<Proveedor>int	Falta código proveedor
119	<DescMotivoNoPertinencia>string	Falta Desc. Motivo No pertinencia
120	<CodSubEspecialidadInterna>string	Falta Especialidad Interna
121	CR Repetida	Todos los campos de CR idénticos a una previa
122	<FechaContraReferencia>string	Formato Fecha CR inválida
123	<FechaNacimiento>string	Formato Fecha nacimiento inválida
124	<PrioridadDestino>	Falta Prioridad de Destino
125	<CausalEgreso>	Falta Causal Egreso
126	<TransicionEstadoInvalida>	CR inválida para estado actual de IC