

NORMA TÉCNICA DE REGISTRO DE DEMANDA Y TIEMPOS DE ESPERA NO GES

Norma Técnica N° 118

Modificada por RE N° _____, del Ministerio de Salud, de ___ de enero de 2025
Diciembre, 2024

División de Gestión de la Red Asistencial
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud



CONTENIDO

SIGLAS Y ABREVIACIONES	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. DEFINICIONES	5
3. OBJETIVOS	7
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
4. ALCANCE.....	7
5. RESPONSABILIDADES	7
6. APLICACIÓN DE LA NORMA	8
6.1 ASPECTOS GENERALES DEL REGISTRO.....	8
6.2 INGRESO DE CASOS EN EL REGISTRO.....	11
6.3 SALIDA DE CASOS DEL REGISTRO	12
6.3.1 Causales de salida	13
6.4 HITOS DE REGISTROS.....	13
6.5 CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD)	14
6.6 INDICADORES	14
7. REFERENCIAS	15
8. ANEXOS	16
8.1. ANEXO 1: DETALLE DE ESTADO DE POSTERGACIONES.....	16
8.2. ANEXO 2: PROCESO GENERAL DE REGISTRO.....	17
8.3. ANEXO 3: DESCRIPCIÓN DE CAUSALES DE SALIDA.....	18
8.4 ANEXO 4: RESUMEN DEL CMBD	25
8.5 ANEXO 5: PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS PRIORIZADOS.....	35



SIGLAS Y ABREVIACIONES

APS	Atención Primaria de Salud
CEAS	Centro de especialidades ambulatorias en salud
CDT	Centro de Diagnóstico y Tratamiento
CMBD	Conjunto Mínimo Básicos de Datos
CNE	Consulta Nueva de Especialidad
CCE	Consulta Control de Especialidad
COSAM	Centro Comunitario de Salud Mental
CRS	Centro de Referencia en Salud
DIGERA	División de Gestión de la Red Asistencial
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información en Salud
FONASA	Fondo Nacional en Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
LOG	Registro o archivo que contiene una lista cronológica de datos generados por un sistema.
MAI	Modalidad Atención Institucional
MLE	Modalidad Libre Elección
NSP	No Se Presenta
MINSAL	Ministerio de Salud
OA	Orden de Atención
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
PRAIS	Programa de Reparación y Atención Integral de Salud
PRAPS	Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud
PRI	Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas
REM	Resumen Estadísticos Mensuales
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RNLE	Repositorio Nacional de Lista de Espera
SIC	Solicitud de Interconsulta
SIGTE	Sistema de Gestión de Tiempo de Espera
SIGGES	Sistema de Gestión Garantías Explícitas en Salud
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
UEH	Unidad de Emergencia Hospitalaria



1. INTRODUCCIÓN

La existencia de personas en espera de atención de una consulta médica u odontológica, de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, o de una intervención quirúrgica son inherentes a los sistemas de salud en la mayoría de los países, incluyendo algunos con desempeño destacado como Reino Unido, Holanda y España. Chile no es una excepción y por ello, propender a la calidad de los registros que permitan gestionar de mejor manera los tiempos de espera asociados a cada caso constituye un desafío y una obligación, ya que existe evidencia disponible que señala que los tiempos de espera prolongados pueden provocar insatisfacción, incertidumbre, reducción de los beneficios para la salud, disminución de la efectividad del tratamiento, riesgo de pérdida funcional de un órgano, discapacidad permanente e incluso poner en riesgo la vida de la persona¹.

El Ministerio de Salud, en el año 2011, elaboró una norma técnica de listas de espera no GES (Norma N°118), estableciendo lineamientos al respecto. Ahora, producto de los cambios epidemiológicos y, los nuevos modelos de gestión y de atención, se actualiza la normativa, considerando aspectos como la derivación; responsabilidades del registro, los hitos de entrada y salida del registro y la descripción de las causales de salida y el CMBD entre otros. En este contexto, se define que los registros de demanda y tiempos de espera corresponden a un conjunto de casos que en un momento dado se encuentran enlistados en espera para una determinada prestación de salud, como son las intervenciones quirúrgicas, las consultas y controles de especialidades y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Esta norma técnica de registro de demanda y tiempos de espera no GES (en adelante la Norma) define terminologías homogéneas en torno a la demanda y tiempos de espera no GES, constituyéndose como una herramienta valiosa para la gestión de la información de la lista de espera. Esto, considera la demanda que se genera desde la APS a especialidad y entre especialidades, independiente del nivel de atención y dependencia administrativa, lo que permite contar con información oportuna y de calidad para la toma de decisiones.

¹ Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. Cepal.org. Recuperado el 14 de marzo de 2024, de <https://repositorio.cepal.org/items/bc13fcf9-6bf0-4125-b73a-e5cf0f057c6d>



2. DEFINICIONES.

Caso: Corresponde a un registro de la lista de espera. Un usuario puede contar con más de un caso en el sistema de registro de demanda y tiempos de espera local y centralizado.

Causales de Salida: Corresponden a los motivos que fundamentan un egreso o cierre de caso en el sistema de registro de demanda y tiempos de espera, identificando su condición de salida (administrativa o atención). La salida del registro de lista de espera ocurre cuando se presenta cualquiera de las causales definidas en esta norma.

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD): Se define como el conjunto de variables necesarias para el registro de los datos administrativos y clínicos de una SIC u OA, según el tipo de prestación. El CMBD adoptado corresponderá a la versión vigente acordada para estos fines.

Controles de especialidad: Corresponde a las atenciones posteriores a la primera consulta por un mismo problema de salud cuya finalidad es completar estudio, tratamiento y/o seguimiento. Este control se debe generar mediante una OA.

Consulta nueva de especialidad: Se define como la primera atención de especialidad realizada por el profesional que corresponda según normativa² generada por una necesidad sanitaria u otro requerimiento clínico. Como también en aquellos casos en que el usuario fue atendido previamente por la especialidad y recibió el alta de su tratamiento, sin embargo requiere una nueva atención por el mismo problema de salud u otro pertinente a la misma especialidad. Siempre debe ser gestionada a través de una SIC.

Intervención Quirúrgica Electiva³: Para efectos de esta norma, la intervención quirúrgica electiva será la única que se registrará, y será definida como el procedimiento quirúrgico mayor o menor que por las características del cuadro clínico, tiene tiempo suficiente para planificarse y preparar adecuadamente al usuario para realizarlo en óptimas condiciones, programándose en tabla quirúrgica. Su registro se genera mediante una OA.

Lista de Espera: Corresponde a personas que, en un momento determinado, esperan una consulta nueva o control de especialidad médica u odontológica, un procedimiento diagnóstico o terapéutico, o una intervención quirúrgica electiva, solicitada por un médico, odontólogo u otro profesional no especialista que ejecuta atención de especialidad, mediante una SIC u OA tributada en el sistema de registro de demanda y tiempos de espera vigente y que no tienen causal de salida al momento de la observación.

Origen: Corresponde al establecimiento de procedencia de las SIC u OA y que aplicarán para cada una de las prestaciones de esta norma. Los orígenes son: desde la APS, desde la atención

² Código Sanitario Vigente.

³ Se entenderá por "electiva" al acto de programar dicha prestación.



ambulatoria de especialidad, desde la UEH, desde la atención de unidad de hospitalizados al alta, entre otros.

Postergación: Aplazamiento de la atención por **motivos clínicos** (no es posible realizar inmediatamente la prestación por indicación de un profesional) o por **motivos del usuario/a** (solicitud expresa del beneficiario en que manifiesta la necesidad de no realizar la atención en la fecha propuesta por el establecimiento de la Red Asistencial, por motivos personales no atribuibles a la institución, sin embargo, no rechazando la realización de la atención como tal).

Prestaciones: Para efectos de esta norma, corresponden a las Atenciones de salud clasificadas en: consultas nuevas de especialidad (prestación tipo 1), control de especialidad (prestación tipo 2), procedimientos diagnósticos y terapéuticos (prestación tipo 3) e intervenciones quirúrgicas electiva (prestación tipo 4).

Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos: Corresponden a las pruebas diagnósticas y tratamientos que se realizan para ayudar a diagnosticar y/o tratar enfermedades o afecciones. Indicados por un/a profesional de un establecimiento de la red asistencial, según ámbito de acción. Para efectos de registro de lista de espera, se considerarán los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios de nivel primario o secundario de especialidad, estos últimos independientes del nivel de atención, lugar de su indicación y realización. Su registro se genera mediante una OA.

Sistema de apoyo al Registro de Demanda y Tiempos de Espera: Corresponde a la herramienta que permite la tributación, el procesamiento de los datos y la visualización para la gestión oportuna de la demanda y los tiempos de espera. Los datos registrados corresponden al CMBD según los estándares y metodología establecida⁴ implementadas en los sistemas de registro de los establecimientos de salud, considerando, además, los habilitantes para la interoperabilidad, la seguridad de la información y la protección de los datos sensibles del sector salud vigente, conforme a las leyes y normas que dicte este ministerio.

Tiempo de Espera: Resolución pendiente que se origina en un momento determinado en el proceso de espera de la atención de salud. Para cada prestación se especifica el momento desde el cual se mide el tiempo de espera, el proceso de registro, el cómputo del plazo y las causales de salida. Se establecen 2 grandes ámbitos en el registro:

Tiempo de espera de casos de lista de espera abierta: Corresponde al tiempo transcurrido entre la fecha de entrada a la lista de espera y la fecha de corte (periodo de tiempo según requerimiento).

Tiempo de espera de casos de lista de espera cerrada: Corresponde al tiempo transcurrido entre la fecha de entrada y la fecha de salida a la lista de espera.

⁴ Norma N°820, Resolución Exenta N°231 del 4 de septiembre 2023, del Departamento de Estadísticas e Información para la Salud



3. OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Establecer un proceso eficiente para el registro de demanda de atención con el fin de reducir los tiempos de espera no GES de los usuarios/as y optimizar la atención de salud.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Establecer estándares y requisitos mínimos y comunes respecto de los registros de demanda y tiempos de espera no GES tipificados en consulta nueva y control de especialidad, intervenciones quirúrgicas electivas mayores y menores, como también los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Definir e implementar el CMBD para el registro de prestaciones no GES en el sistema de apoyo al registro de demanda y tiempos de espera, derivadas entre establecimientos.
- Definir los criterios de inclusión y exclusión para el registro del CMBD para prestaciones no GES en el sistema de apoyo al registro de demanda y tiempos de espera.
- Entregar hitos de registro que aseguren datos confiables en calidad y oportunidad para la gestión de los usuarios/as, según procesos asistenciales y administrativos involucrados.
- Establecer indicadores para la gestión de demanda y tiempos de espera que permitan monitorear y mejorar la gestión.

4. ALCANCE.

Demanda y tiempos de espera no GES que deben ser registradas en el sistema de apoyo al registro de demanda y tiempos de espera por los Establecimientos de Salud de Atención Abierta y Cerrada pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

5. RESPONSABILIDADES.

MINSAL: Dictar y velar por el cumplimiento de la Norma y poner a disposición de la Red lineamientos operacionales y/o normativos para el desarrollo y uso de herramientas tecnológicas y otros recursos requeridos para la implementación de esta.

Hospital Digital y Departamento de Asistencia Remota en Salud: Velar por el registro oportuno en los ámbitos que les compete según normativa vigente⁵ y resguardar los respaldos correspondientes.

FONASA: Velar por el cumplimiento de los convenios asociados a la resolución de lista de espera y sus registros, para disponibilizar los respaldos correspondientes a la Red Asistencial.

Director Servicio de Salud: Velar por la implementación de la Norma, en sus establecimientos.

⁵ Ordinario N°3365 del 15 de septiembre de 2023 "Actualiza especificaciones para norma técnica 118 para egresos de lista de espera no GES mediante el departamento de asistencia remota en salud y Hospital digital en su modalidad sincrónica y asincrónica.



Director o máxima autoridad del establecimiento: Velar por el cumplimiento e implementación de la Norma.

Director técnico o Subdirección Médica: Velar por el cumplimiento de la Norma según las últimas disposiciones ministeriales vigentes.

Subdirección administrativa: Velar por la planificación presupuestaria de recursos necesarios para la aplicación de la Norma según estudio de necesidades y prioridades.

Equipo o profesional de registro: Velar por el cumplimiento de la aplicación de la Norma, resguardando la integridad, disponibilidad y confidencialidad garantizando la calidad y seguridad de los datos.

6. APLICACIÓN DE LA NORMA.

6.1. ASPECTOS GENERALES DEL REGISTRO.

En el marco de la **oportunidad del registro**, los establecimientos de salud deben ingresar todas las SIC u OA emitidas por los profesionales que cumplan con la normativa sanitaria vigente y con los criterios de inclusión, al sistema de apoyo al registro de demanda y tiempos de espera al momento de su generación, independiente del formato, papel o electrónico, en un plazo **no mayor a los 10 días hábiles**. Lo anterior, aplica a las 4 prestaciones consideradas en esta norma.

Respecto del registro de los egresos de lista de espera, el **plazo máximo será también de 10 días hábiles**.

En cuanto a la **calidad y completitud del registro**, en aquellos casos en que no resulte exitosa la carga de los datos en el sistema de registro, se debe establecer e implementar procedimientos que permitan la pesquisa de estas situaciones y su regularización oportuna, manteniendo una trazabilidad y seguimiento, de manera de mantener la consistencia en los sistemas de apoyo al registro de demanda y tiempos de espera locales y centralizados, según lineamientos del nivel central.

Además de los anterior, se deben considerar los siguientes criterios de **inclusión y exclusión** para el registro⁶:

- a) Criterios de Inclusión:
 - a.1 Registro de las solicitudes de atención de usuarios/as que cumplan con las prestaciones indicadas en la presente normativa.
 - a.2 Prestaciones de procedimientos e intervenciones quirúrgicas, de acuerdo con la codificación FONASA, contenida en el CMBD.
 - a.3 Usuarios que acreditan la calidad de beneficiario de FONASA, PRAIS, Pri Lonco, Antuco y Pri Lemún.
- b) Criterios de Exclusión:
 - b.1 Registro de derivaciones para indicación de trasplante de órgano o tejido.

⁶ En el sistema de apoyo al registro de demanda y tiempos de espera locales y centralizados.



-
- b.2 Registro de derivaciones que correspondan a patologías incluidas en el decreto vigente de GES salvo que éstas no incluyan una garantía de oportunidad.
 - b.3 Casos asociados a programas que tengan sus propias modalidades de gestión y registro, tales como programa de la mujer; programa de tratamiento anticoagulante oral y otros⁷.
 - b.4 Registro de derivaciones generadas durante el proceso de atención de hospitalización y/o urgencia.

La **gestión de la derivación**, constituye un subproceso clínico administrativo de alta relevancia dentro del proceso de referencia y contrarreferencia en red, que asegura la correcta emisión de **las SIC y las OA** de acuerdo con los criterios de derivación establecidos en los protocolos de referencia y contrarreferencia en red, validados y difundidos entre los establecimientos de los distintos niveles de atención, reconociendo la cartera de servicio de éstos, cautelando la oportunidad de su registro en los sistemas locales y centralizados de registro de demanda y tiempos de espera.

Para lo anterior, el establecimiento de origen debe contar con un profesional encargado de realizar la gestión de la pertinencia e instalar el flujo clínico administrativo correspondiente, para la correcta definición del estado de **pertinente o no pertinente** de las SIC u OA, lo que permitirá resguardar la continuidad de la atención de forma eficiente, oportuna y resolutive en el nivel de atención al cual fue derivado. Este subproceso, deberá ser supervisados por cada establecimiento en conjunto con el Servicio de Salud.

A partir de este flujo, se pueden generar los siguientes estados en el sistema de registro (mayor detalle en anexo 2):

- **Derivación emitida (inicial):** Aquella derivación que ha sido generada por el profesional, pero que no han iniciado ninguna actividad del proceso.
- **Derivación en revisión:** Corresponden a los casos que ya iniciaron el proceso de gestión de derivación. Podrá estar en los siguientes sub-estados:
 - *En proceso de pertinencia administrativa:* En revisión del caso, para verificar la completitud de datos de la derivación.
 - *En proceso de pertinencia clínica:* En revisión del caso para verificar si cumple o no con los criterios clínicos de inclusión y exclusión según protocolo de referencia y contrarreferencia en red.

El plazo de actualización de estos registros no deberá superar los 5 días hábiles. En el caso de que venza el plazo sin contar con esta revisión, la derivación pasará al siguiente estado de derivación pertinente.

⁷ Estas solicitudes no deben ser tributadas al programa propiamente tal, sino que a la especialidad que la resuelve en sus distintos niveles de atención.



- **Derivación pertinente:** Corresponde a los casos que cumplen con los criterios administrativos y clínicos de inclusión, según protocolo de referencia y contrarreferencia en red. Podrá estar en los siguientes sub-estados:
 - *Vigente:* Caso que siendo pertinente se encuentra en espera de la resolución de la prestación de salud, afecta a esta normativa.
 - *Postergada:* Aplazamiento de la atención por **motivos clínicos** (no es posible realizar inmediatamente la prestación por indicación de un profesional) o por **motivos del usuario/a** (solicitud expresa del beneficiario en que manifiesta la necesidad de no realizar la atención en la fecha programada por el establecimiento de la Red Asistencial, por motivos personales no atribuibles a la institución, sin embargo, no rechazando la realización de la atención como tal). Ambas situaciones se pueden aplicar hasta 2 veces y cada una, con un plazo de hasta 6 meses para cada postergación, entendiendo como el máximo 12 meses. En el caso de superar este plazo, se aplicará la causal 20, según lo definido en contenido anexo 1.
 - *Egresada:* Caso que cumple con los criterios descritos en alguna de las causales de salida del registro de demanda y tiempos de espera. Todas las causales tienen una fecha de salida, una modalidad de captura y registro, un respaldo claro que evidencia o justifica su aplicación y un responsable de documentar este egreso.

En este orden, se debe considerar que la lista de espera abierta estará constituida por los casos en estado vigente y postergados; por otro lado, la lista de espera cerrada estará constituida por los casos en estado egresados.

No obstante, lo anterior, en el caso de la derivación emitida o en proceso de pertinencia, deben ser gestionados según corresponda por el nivel local, de acuerdo con el o los requerimiento/s de los usuarios/as. En este contexto, resulta fundamental que el establecimiento de origen se asegure de mantener informado al usuario/a del estado de su derivación, independiente del resultado del proceso de pertinencia y realice debidamente el registro en el sistema de apoyo al registro de demanda y tiempos de espera locales y centralizados.

Por otra parte, el establecimiento de salud de origen debe establecer mecanismos que garanticen, al menos, la siguiente información a los/as usuarias o a las personas bajo cuidado se encuentren respecto de los siguientes aspectos:

- Los procesos de gestión de la lista de espera, incluyendo criterios de priorización definidos según los procesos asistenciales, tiempos estimados de espera, según el tipo de prestación y especialidad, y el uso de información personal para cumplir objetivos institucionales de carácter sanitario. Ord 373 del 8 de febrero del 2021 (incluye contraloría en el nivel secundario)
- Solicitar que informe, a través de los canales de la institución, sobre los cambios o modificaciones de los datos de contactabilidad, tales como, teléfono, dirección, email, a fin de mantener actualizada la información.



- Comunicar los canales con los que cuenta el establecimiento para requerir información sobre el estado de su caso.
- Se dejará constancia de toda la información recopilada, en un registro que quedará disponible y resguardado durante el proceso de espera y atención, anexo al historial del usuario en el registro clínico.

6.2. INGRESO DE CASOS EN EL REGISTRO.

El establecimiento de salud debe ingresar los casos, mediante el registro de las SIC y OA de acuerdo con lo establecido en el CMBD y según los códigos establecidos del arancel del FONASA para MAI/MLE para las prestaciones de consultas nueva de especialidad médica y odontológica, controles, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e intervenciones quirúrgicas. Lo anterior, según el estándar de registro establecido por DEIS.

El registro se debe iniciar desde el establecimiento de origen, mediante las SIC u OA, según tipo de prestaciones que pueden derivar de:

- **Desde la Atención Primaria de Salud (APS):** Corresponde a todas aquellas solicitudes de SIC u OA, originadas en los establecimientos de APS excluyendo los servicios de urgencia de atención primaria.
- **Desde la Atención Ambulatoria de Especialidad:** Corresponde a las SIC u OA originadas en los CEAS, CDT, CRS y COSAM, para abordar la continuidad de atención por la misma condición de salud u otro requerimiento clínico protocolizado para derivarse entre especialistas.
- **Desde Atención de Urgencia en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH):** Corresponde a las SIC u OA originadas en la UEH, para una atención de las prestaciones señaladas en esta normativa, para derivarse entre especialistas.
- **Desde la Atención de Unidad de Hospitalizados al Alta:** Corresponde a las SIC u OA, originadas en un establecimiento hospitalario en el momento en que el usuario finalizó su proceso de hospitalización, donde se origina la SIC u OA u otro requerimiento clínico protocolizado para derivarse entre especialistas.
- **Otros orígenes de entrada:** Corresponden a las SIC u OA, originadas en otros establecimientos a los definidos previamente tales como centros educativos, instituciones militares, organizaciones, gubernamentales, entre otros. Las derivaciones deben cumplir los aspectos establecidos en los protocolos de referencia y contrarreferencia validados y difundidos en red específico para estos casos. Es imprescindible mantener el registro en los sistemas oficiales del establecimiento para asegurar la gestión de demanda y tiempos de espera y continuidad de la atención.

Además, en los siguientes casos se deben generar solicitudes de consultas nuevas de especialidad:

- Tratándose de una especialidad distinta a la que motivo la hospitalización, pendiente al momento del alta.
- Cuando el establecimiento es distinto al que originó el alta hospitalaria.



- Cuando existe un manejo multidisciplinario dentro o fuera del mismo establecimiento de salud que originó el alta hospitalaria.

En el caso del manejo y seguimiento ambulatorio del requerimiento de salud causante de la hospitalización, corresponde generar un control de profesional de la misma especialidad.

6.3. SALIDA DE CASOS DEL REGISTRO.

Para efectos estadísticos y de reportería, las causales de salida del registro de demanda y tiempos de espera podrán ser obtenidas a través de diferentes modalidades, generándose la evidencia correspondiente, de acuerdo con el siguiente detalle:

- **Presencial:**
 - Concurrencia del usuario: Constancia en los registros administrativos locales de cualquier establecimiento de la red.
 - Visita domiciliaria de rescate (contactabilidad): Registro de la concurrencia en la bitácora con su resultado.
- **A distancia:**
 - Telemedicina: Registro que consta en la ficha clínica electrónica, disponibles en el establecimiento y si es pertinente, en salud digital.
 - Telefónica: Bitácora de llamadas más el registro fiable de su realización y del resultado del contacto, resguardando los respaldos de las gestiones realizadas.
 - Medios digitales: Registro de auditoría en el sistema (Log).
 - Correos electrónicos: Archivo correspondiente al mensaje de correo electrónico.
 - Interoperabilidad: Registro de auditoría en el sistema (Log).
 - Radiodifusión: Oficio de solicitud de difusión y la bitácora del medio.
 - Carta certificada: Constancia de la entrega de la carta al usuario/a por parte de la empresa de correos, con un plazo máximo de espera de 30 días.

El establecimiento debe consignar las causales por medio de registros clínicos manuales o electrónicos. En caso de llamadas telefónicas, se debe resguardar el registro señalando datos de la fuente de contacto del emisor y receptor: RUN, nombre completo, fecha y horario del contacto, si no es el usuario la relación con este, motivo del contacto, descripción de la causal de salida y la información que el receptor señale, entre otros. Estos deben quedar consignados y resguardados en la historia clínica.

En la captura y registro de los datos para la salida de los sistemas de apoyo al registro de demanda y tiempos de espera locales y centralizados, se deberá verificar:

- La comprobación fehaciente de la identidad del usuario y de su problema de salud por la cual esperaba. Fuente oficial para identidad es mediante la consulta al Servicio de Registro Civil e Identificación, a través de las vías disponibles.



- La seguridad del medio de comunicación, que garantice la integridad, autenticidad y confidencialidad del mensaje, según norma de ciberseguridad de MINSAL.
- La generación de la evidencia que permita comprobar la comunicación, su contenido (grabación de voz, video, transcripciones automáticas u otras) y su conservación por el tiempo necesario, según la normativa vigente.
- La trazabilidad del mensaje desde su origen.

6.3.1. Causales de salida.

Todas las causales tienen una fecha de salida, una modalidad de captura, un respaldo claro que evidencia o justifica su aplicación y un responsable de documentar este egreso, acto que debe quedar consignado en el registro clínico del usuario/a (manual o electrónico). Lo anterior, se resume en el anexo 3.

6.4. HITOS DE REGISTROS.

El establecimiento debe resguardar el cumplimiento de los siguientes hitos de registro según prestación. A continuación, se resumen los criterios de entrada y salida de las derivaciones para los distintos tipos de prestaciones.

Tabla 1: Hitos de Registros. Ministerio de Salud 2024

Nombre de la prestación	Fecha entrada	Fecha de salida	Consideraciones o precisiones	Excluyentes de registro específico para la prestación
Consulta nueva de especialidad (CNE)	A partir de la fecha que se genera la SIC.	Cuando se constata alguna causal de salida.	Se consideran las solicitudes de CNE y puede ser presencial o a distancia.	Solicitudes de interconsulta de enlace (intrahospitalización).
Control de especialidad*	A contar del cumplimiento de la fecha o plazo para la realización de la atención, definido por el profesional que solicita la prestación.	Cuando se constata alguna causal de salida.	Todo usuario que se encuentra bajo control debe mantener sus atenciones de salud de acuerdo con lo indicado por el especialista. En el caso de ausencia de controles por un tiempo mayor a 12 meses, el establecimiento debe asegurar su agendamiento con contacto efectivo, como máximo dentro de los próximos 6 meses.	
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos**	A contar del cumplimiento de la fecha o plazo para la realización de la atención, definido por el profesional que solicita la prestación.	Cuando se constata alguna causal de salida.	Corresponde ingresar al sistema de registro las OA de estas prestaciones que se generen como indicación del proceso de atención. En todos los casos la OA se enviará al nivel correspondiente de ejecución por medio digital a través de los sistemas informáticos, o, si esto no es factible, de forma manual.	<p>a. Los procedimientos que son parte de la anamnesis y exploración física básica o que se realiza durante una consulta o control. Ejemplo: la exploración vitreoretinal o fondo de ojo que realiza el oftalmólogo durante la correspondiente consulta de especialidad.</p> <p>b. Los indicados en el contexto y proceso de atención de urgencia. Ejemplo: radiografías óseas para descartar fracturas. Independiente de la estructura ósea donde el médico tenga la sospecha.</p> <p>c. Los indicados dentro del proceso de hospitalización.</p> <p>d. Aquellos procedimientos de la atención ambulatoria de especialidad definidas como acto único, los que deberán tener cupos protegidos.</p> <p>e. Procedimientos de radiología simple, que no sean mamografías.</p> <p>(*) Para estos efectos, si bien estas prestaciones no ingresan a SIGTE, los establecimientos deben velar por mantener el registro local.</p>
Intervención quirúrgica electiva	La entrada al registro corresponde a la fecha de indicación de la	Cuando se constata alguna causal de salida.	Se entenderá que la intervención de cirugía mayor electiva se realiza en quirófanos autorizados para tales fines.	Intervenciones quirúrgicas de urgencia. No obstante, deben estar registradas en los sistemas locales para asegurar la continuidad de la atención de acuerdo con el tipo de patología y condición del usuario.



	cirugía realizada por el médico cirujano u odontólogo.	En el caso de cirugías menores, estas se realizarán en un quirófano de cirugía menor, en un quirófano de cirugía mayor (excepcionalmente) o en una sala de procedimiento, según normativa vigente.	Aquellas cirugías menores que se hayan realizado durante el mismo día que se indicó.
--	--	--	--

*La oportunidad del registro deberá ser a contar de la indicación. No obstante, el tiempo de espera, será calculado de acuerdo con el plazo indicado en la OA para la prestación.

**Anexo procedimientos priorizados.

6.5. CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD).

Uno de los insumos más cruciales para la gestión clínica en los establecimientos es mantener actualizada y accesible la información sobre la demanda total generada en los distintos niveles de atención. En este sentido, cada nodo de atención que genere una demanda será responsable de mantener actualizada y disponible la información de los/as usuarios/as ingresados al registro.

En el CMBD se establecen criterios comunes de los principales elementos que inciden en la configuración y medición de espera de atenciones, para la entrada y salida del registro.

Los datos se enfocan en dos dimensiones de información, datos de entrada y datos de salida. Para cada una de ellas, se especifica el estándar utilizado, el formato, la unidad de medida y la obligatoriedad, según las tablas detalladas en anexo 4.

Con relación a la obligatoriedad del registro, se han definido dos tipos de campos: los obligatorios, que permitirán identificar al usuario, la atención y el establecimiento responsable, y los no obligatorios que tienen la finalidad de complementar la información del usuario para lograr la gestión dentro de los establecimientos.

6.6. INDICADORES.

Los Servicios de Salud, organizarán y comunicarán a los establecimientos de la Red Asistencial, un set de indicadores de estructura, proceso y resultado, relativos a la gestión de la demanda y tiempos de espera no GES, en las prestaciones definidas en esta norma. Lo anterior, alineado con indicaciones del nivel central, en cuanto a metodología de medición, periodicidad y responsables de la evaluación. Dichos indicadores serán informados anualmente mediante los instrumentos de evaluación institucional correspondientes y que contarán con mayor desarrollo en el manual de registro de demanda y tiempos de espera vigente.

Asimismo, se cuenta con estrategias de reportería pública de lista de espera no GES que identifican cantidad de casos y mediana de tiempo de espera entre otras variables, según especialidad y Servicios de Salud, como también el acceso personalizado mediante clave única, que contiene información específica para cada usuario, respecto de sus casos en espera.



7. REFERENCIAS.

1. Ley N° 20.584, de derechos y deberes de que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Disponible en <https://bcn.cl/25b3z>.
2. Ley N° 19.628, de protección de la vida privada y protección de datos personales. Disponible en <https://bcn.cl/2eqfn>
3. Ley 21.096 Consagra el derecho a protección de los datos personales. Disponible en <https://bcn.cl/25mom>
4. DFL 725, Código sanitario. Disponible en <https://bcn.cl/24us4>
5. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile (minsal.cl)
6. Sistema de referencia y contrarreferencia, anexo n°9 de la Orientación Técnica para la planificación y programación en red, año 2025. Disponible en <https://www.minsal.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/>
7. Ordinario N°2640 del 1 de septiembre de 2023 de Orientaciones Técnicas para el proceso de gestión de agendas en atenciones ambulatorias de especialidad.
8. Aprueba Norma Técnica N° 231 "estándares de información en salud" y deja sin efecto decreto N° 643 exento, de 30 de diciembre de 2016, que sustituyó norma técnica aprobada por decreto N° 820 exento, de 2011, del Ministerio de Salud. Disponible [https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2023/03/06/43494/01/2280987.p](https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2023/03/06/43494/01/2280987.pdf)df y en <https://bcn.cl/3hlre>
9. Res. Exenta 698, Ministerio de Salud, 13 de junio de 2023, aprueba Cláusulas de protección de datos y seguridad de la información para contratos tecnológicos de la información y comunicaciones del sector salud.
10. Decreto 283, del 3 de julio del 2019 (última versión). Aprueba reglamento sobre salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor. Disponible en <https://bcn.cl/3la7h>



8. ANEXOS

8.1. ANEXO 1: DETALLE DE ESTADO DE POSTERGACIONES.

Nombre	Aplica a tipo de prestación	Definición y Precisiones	Fecha de postergación	Respaldo	Responsable del Respaldo	Responsable de aplicar el egreso
Postergación del usuario/a	1,2,3 y 4	<p>Aceptada la solicitud de postergación, se consensua una nueva fecha entre ambas partes dentro de los 6 meses siguientes a la fecha programada, prorrogables por un segundo periodo de 6 meses máximos.</p> <p>Ambos tiempos deben considerar la variable biomédica de postergación según pronóstico del diagnóstico del usuario. Se deberá cautelar que en plazo consensuado se realicen las gestiones correspondientes al proceso técnico administrativo de contactabilidad, de tal forma que la cita efectiva quede con la fecha de agenda dentro de los plazos acordados.</p> <p>a) Condiciones Personales y/o Sociales. b) Condición Laboral o Académica c) Condición Sanitaria o Contingencias.</p>	Fecha en la que se toma conocimiento de la postergación.	Completitud del conjunto mínimo de datos oficiado por Ord. N°3829 del 17-12-2020	Profesional o Administrativo del Establecimiento de origen o el que tomó conocimiento que informa la postergación.	Administrativo del Establecimiento que Registra en sistema local
Postergación clínica	3 y 4	<p>Aplicará la postergación a aquel registro del usuario que, de acuerdo con la evaluación clínica realizada por un médico u odontólogo, según corresponda, requiera algún plan terapéutico previo a la cirugía o procedimiento cuya finalidad sea optimizar el resultado de la intervención o procedimiento.</p> <p>La marca exigirá un seguimiento y reevaluación del usuario, su definición quirúrgica en un periodo no superior a 6 meses.</p> <p>Esta marca sólo podrá ser aplicada en dos oportunidades consecutivas a un mismo usuario para el mismo Procedimiento o Intervención Quirúrgica electiva.</p>	Fecha de evaluación del usuario.	Registro de la atención en ficha clínica soporte digital o papel, con registro de indicación clínica, plan terapéutico y fecha de próxima reevaluación.	Médico u Odontólogo del Establecimiento que informa la causal al usuario con sus indicaciones	Funcionario del Establecimiento que Registra en sistema local



8.3. ANEXO 3: DESCRIPCIÓN DE CAUSALES DE SALIDA.

Nº Causal Salida: 0

Nombre: GES

Modalidad: Presencial o a distancia.

Tipo de prestación: 1-2-3-4

Definición: Corresponde aplicar esta causal a todo usuario que cumple con los criterios de accesos como beneficiario de las Garantías Explícitas de Salud (GES) o que, estando en Lista de Espera No GES, cumple los criterios para estar incluido en GES, debidamente notificado y registrado en sistema de gestión del GES (SIGGES) pudiendo ser reemplazado por el sistema que FONASA defina.

Consideraciones: Se identifican dos posibles escenarios:

a) Caso creado en SIGGES:

Si el caso fue originado como GES y por error se incluyó en Sistema de Información de Gestión de Tiempos de Espera, debe ser egresado.

b) Sin caso creado en SIGGES:

Si se identifica un caso GES dentro del universo de solicitudes NO GES o durante la espera cumplió los requisitos GES. Este caso debe ser creado SIGGES y egresado en SIGTE, y la fecha de inicio del GES es a partir de fecha de notificación al usuario de un Problema de Salud que corresponda a GES. En cualquiera de estos casos, la institución debe asegurar el ingreso al sistema de registro correspondiente una vez egresado por esta causa para garantizar la continuidad del proceso de atención del usuario.

Fecha de salida: Fecha en la que se constata el ingreso a SIGGES.

Respaldo: Formulario de Notificación al usuario GES, registro en ficha clínica y emisión de documento GES que respalde la digitación en SIGGES, soporte digital o papel.

Responsable del respaldo: Médico, Odontólogo o profesional que corresponda de acuerdo con la normativa sanitaria vigente.

Nº Causal Salida: 1

Nombre: Atención.

Modalidad: Presencial o a distancia.

Tipo de prestación: 1-2-3-4

Definición:

a) Aplica para la CNE o control de especialidad, en modalidad presencial o a distancia, cuando el usuario es atendido por el profesional que corresponda, de acuerdo con la normativa sanitaria, en el establecimiento de referencia.

b) Para la intervención quirúrgica y procedimiento diagnóstico y terapéutico mediante la cual el usuario es atendido por el profesional que corresponda, de acuerdo con la normativa sanitaria, en el establecimiento de referencia donde se le entrega la prestación quirúrgica o procedimiento solicitado.

Consideraciones: Incluye las prestaciones entregadas en los establecimientos públicos de la red de Servicios de Salud y privadas en convenio con los Servicios de Salud y prestaciones financiadas con fondos públicos coordinadas con los Servicios de Salud.

Fecha de salida:

a) Fecha de la realización de la actividad CNE, CCE o Procedimiento.

b) Fecha de la realización de la intervención quirúrgica.

Respaldo: Registro en ficha clínica (digital o papel).



Responsable del respaldo: Médico, Odontólogo o profesional que corresponda de acuerdo con la normativa sanitaria vigente.

Nº Causal Salida: 5

Nombre: No beneficiario.

Modalidad: No aplica.

Tipo de prestación: 1-2-3-4

Definición: Corresponde a los/as usuarios/as que no acreditan la calidad de beneficiario de FONASA, PRAIS, Pri Lonco, Antuco y Pri Lemún.

Consideraciones: Se debe aplicar esta causal cuando el certificador FONASA informa que el usuario actualmente está asegurado en una ISAPRE, o en otro sistema de previsión, como el de las FFAA.

Esta causal no se debe aplicar en los casos de previsión bloqueada por FONASA, que se encuentran en espera, ya que en su mayoría están en proceso de regularización.

Fecha de salida: fecha en la que establecimiento toma conocimiento a través del Sistema de Certificación de FONASA.

Respaldo: Impresión del certificado previsional desde el Validador FONASA incorporado a la ficha clínica o en un sistema de respaldos que permita recuperar el documento de manera oportuna frente a la búsqueda de dichos respaldos.

Responsable del respaldo: Profesional o Administrativo del Establecimiento que tomó conocimiento y que informa la salida del caso.

Nº Causal Salida: 6

Nombre: Renuncia o rechazo voluntario.

Modalidad: Presencial o a distancia.

Tipo de prestación: 1-2-3-4

Definición: Corresponde a la renuncia o rechazo a la prestación, que realiza el usuario o persona que lo represente.

Consideraciones: Esta causal aplica cuando se toma contacto efectivo con el usuario o con la persona bajo cuyo cuidado se encuentre y este manifiesta su voluntad de rechazar la atención de forma definitiva, sin intención de reagendar o postergar.

Si el usuario informa que la prestación se otorgó en un establecimiento del extrasistema bajo MLE, se registra dicha institución (si es conocida). Para las prestaciones tipo 3 y 4 se informará al usuario la conveniencia de que valide que la prestación que informa corresponde a la que motiva el registro en SIGTE.

Es obligatorio explicar al usuario/a, de forma clara y comprensible, las consecuencias del rechazo.

Fecha de salida: Corresponde a la fecha en la cual el usuario o persona que lo representa expresa su voluntad de rechazo o se valide que no aplica atención.

Respaldo: Registro en ficha clínica o en sistema definido por el establecimiento para el contacto realizado con el usuario mediante el cual se evidencia la descripción del motivo del rechazo o de la validación que constituye la causal.

Registro debe incluir: Fecha de contacto, la persona contactada, teléfono si corresponde, el rechazo (motivo del rechazo de la atención si es que es informado por la persona) y el responsable del contacto.

Responsable del respaldo: Profesional o Administrativo del Establecimiento que toma conocimiento del rechazo.



Nº Causal Salida: 8

Nombre: Inasistencias reiteradas (NSP)

Modalidad: No aplica.

Tipo de prestación: 1-2-3-4.

Definición: Corresponde a dos inasistencias consecutivas, sin previo aviso del usuario, (registradas) respecto de la misma acción o prestación que fue agendada mediante contacto efectivo y con confirmación de la cita.

Consideraciones:

- a) Para cada medio de agendamento se define el verificable y criterio que da lugar a la causal según normativa de proceso ambulatorio⁸
- b) En caso de prestación tipo 4 (Intervención Quirúrgica Electiva) incluye inasistencias consecutivas a la Intervención Quirúrgica o a la misma prestación asociada a los estudios preoperatorios. (ejemplo: dos veces inasistente al ECG). Similar situación para procedimientos que requieran preparación.
- c) No Aplica el NSP en caso agenda de atenciones a distancia no concretadas por problemas de conectividad por parte del usuario.

Fecha de salida: Fecha de la segunda inasistencia.

Respaldo: Hoja estadística diaria indicando usuario inasistente o NSP (No se presenta) consignado en ficha clínica (digital o papel).

Responsable del respaldo: Profesional o Administrativo del Establecimiento que tomó conocimiento de inasistencias registradas.

Nº Causal Salida: 9

Nombre: Fallecimiento.

Modalidad: No aplica

Tipo de prestación: 1-2-3-4

Definición: Corresponde a la certificación del fallecimiento del usuario emitida por el Registro Civil.

Consideraciones: Solo aplicar esta causal una vez validado que no corresponda alguna otra causal de la normativa vigente.

Fecha de salida: Fecha de fallecimiento.

Respaldo: Información oficial de Registro Civil (certificados, APIS u otras).

Responsable del respaldo: Profesional o Administrativo del Establecimiento que tomó conocimiento del fallecimiento.

Nº Causal Salida: 10

Nombre: Solicitud de indicación duplicada.

Modalidad: No aplica

Tipo de prestación: 1-2-3-4

Definición: Corresponde a un registro de indicación duplicada. Se aplicará la causal de salida sobre la prestación más reciente o la que se encuentre sin causal de salida.

Consideraciones:

- a) Coincidencia en los datos de identificación de usuario, prestación o especialidad solicitada (Incluye plano y lateralidad), diagnóstico y distinto nivel de resolución, este tipo de duplicidad debe ser evaluada según criterio clínico y cartera de servicio.

⁸ Ordinario N°2640 del 1 de septiembre de 2023 de Orientaciones Técnicas para el proceso de gestión de agendas en atenciones ambulatorias de especialidad.



- b) Coincidencia en los datos de identificación de usuario, plano y lateralidad, diagnóstico, nivel de resolución y distinta prestación o especialidad, este tipo de duplicidad debe ser evaluada según criterio clínico.
- c) Coincidencia en los datos de identificación de usuario, prestación o especialidad solicitada (Incluye plano y lateralidad), diagnóstico al mismo nivel de resolución, este tipo de duplicidad debe ser evaluada según criterio clínico y cartera de servicio.

Fecha de salida: Fecha de verificación de la duplicidad.

Respaldo: Respaldo clínico de la salida de la prestación en papel o digital en el establecimiento que aplicó causal.

Responsable del respaldo: Profesional o Administrativo del Establecimiento que tomó conocimiento de la duplicidad.

Nº Causal Salida: 11

Nombre: No contactable.

Modalidad: No Aplica.

Tipo de prestación: 1-2-3-4

Definición: Corresponde a la imposibilidad de ubicar al usuario en los medios de contactos entregados por este u otros vinculados familiarmente o al cuidado del usuario.

Consideraciones: Las acciones asociadas a la contactabilidad consideradas a estos efectos son las contenidas en las orientaciones técnicas de contactabilidad vigentes.

Fecha de salida: Fecha de verificación del fracaso de la contactabilidad.

Respaldo: Registro de los intentos de vinculación con el usuario realizadas en cumplimiento del proceso según orientaciones técnicas de contactabilidad vigentes. Las reglas de la gestión de la no contactabilidad puede utilizar diferentes canales, tales como visita domiciliar institucional o contratada o carta certificada, o publicación de llamados, y el reporte por escrito de datos de contacto inválido o inexistente, incorporado en la Ficha clínica o en medio de almacenamiento soporte digital o papel de fácil identificación frente a una fiscalización. En el caso de ruralidad se acepta registro en bitácora de vehículo del establecimiento, respecto de usuario inubicable, o antecedentes de citación extraordinaria vía radial.

Responsable del respaldo: Profesional o Administrativo del Establecimiento que tomó conocimiento.

Nº Causal Salida: 12

Nombre: No corresponde realizar atención.

Modalidad: No Aplica

Tipo de prestación: 1-2-3-4

Definición: En el caso de CNE y procedimientos corresponde cuando el paciente en el transcurso de la espera presenta cambios en su condición que no permiten realizar la atención.

Corresponde a la pérdida de la indicación de la prestación de la intervención quirúrgica, según decisión médica u odontológica de manera transitoria prolongada o permanente, por motivos clínicos. Se registra una vez que ya la derivación tuvo pertinencia previa.

Consideraciones:

- a) Entiéndase transitoria prolongada aquel estado de salud que requiere para su solución un tiempo mayor a un año.
- b) El hallazgo podría presentarse durante el proceso de citación, confirmación de cita o atención del usuario.

Fecha de salida: Fecha de constatación de la pérdida de la indicación de la prestación solicitada.



Respaldo: Registro en ficha clínica (digital o papel).

Responsable del respaldo: Médico, u Odontólogo del Establecimiento que informa la causal.

Nº Causal Salida: 13

Nombre: Traslado coordinado.

Modalidad: No Aplica

Tipo de prestación: 1-2-3-4

Definición: Aplica en aquellos usuarios/as que solicitan o aceptan un traslado hacia otro Servicio de Salud. El establecimiento de origen deberá coordinar la entrega de los antecedentes del usuario/a, de todas sus solicitudes pendientes, respecto de las prestaciones asociadas a esta norma (incluye epicrisis, exámenes e IC de traslados, OA) al establecimiento de destino.

Consideraciones: El establecimiento de destino deberá registra el traslado con la misma fecha de entrada del origen, es decir, se respeta la antigüedad del caso.

Fecha de salida: Fecha de la aceptación del traslado, por parte del nuevo destino.

Respaldo: Soporte digital del correo de aceptación del traslado coordinado entre los Servicios de Salud o establecimiento de destino.

Responsable del respaldo: Profesional o Administrativo del Establecimiento de origen.

Nº Causal Salida: 14

Nombre: No pertinencia

Modalidad: No Aplica

Tipo de prestación: 1-2-3-4

Definición: Una vez emitida la solicitud de derivación de una SIC u OA, debe ser revisada su pertinencia en establecimiento de origen, indicando que no cumple con los criterios administrativos o criterios clínicos validados y conocidos por la red local (según protocolos de derivación).

- a) **En proceso de pertinencia administrativa:** En revisión del caso, dado que se requiere de la completitud de datos de la derivación. Si no aplica, se registrará la presente causal.
- b) **En proceso de pertinencia clínica:** En revisión del caso si cumple o no con los criterios clínicos de inclusión y exclusión según protocolo de referencia y contrarreferencia. Si no aplica, se registrará la presente causal.

Consideraciones: En caso de no pertinencia por ausencia de antecedentes clínicos o administrativos en la solicitud, se debe realizar la gestión de pertinencia en el establecimiento de origen con el profesional (o área) que originó la solicitud para su completitud. Si posterior a esta acción mantiene la condición de no pertinencia, se egresa definitivamente, informando al usuario de esta definición e iniciando el plan terapéutico para la continuidad de cuidados.

En el caso del error en la selección de la especialidad de derivación o establecimiento, no corresponde aplicar esta causal de salida, sino que se debe corregir el dato en el registro para redireccionar la especialidad o establecimiento, funcionalidad asignada a este rol.

Fecha de salida: Fecha en la que se evalúa definitivamente la no pertinencia.

Respaldo: Registro papel o digital en que se detallan los motivos de la no pertinencia y la información clara al paciente de esta situación.

Responsable del respaldo: Médico, Odontólogo u otro profesional de la salud definido por el Establecimiento que determina la no pertinencia.



Nº Causal Salida: 15

Nombre: Error de digitación.

Modalidad: No Aplica

Tipo de prestación: 1-2-3-4

Definición: Aplica para aquellos registros que fueron creados erróneamente en el sistema de demanda y tiempos de espera local y centralizado.

Consideraciones:

- a) **Error en la persona del paciente:** Registro erróneo en una ficha de un paciente distinto a aquel al que se le ha realizado la indicación.
- b) **Inexistencia de la indicación:** Registro erróneo porque no existe ningún antecedente que permita verificar la existencia de la solicitud.
- c) En el caso de haber errores en las otras variables relativas al paciente, diferentes a identidad, corresponderá editar la solicitud y efectuar la corrección, por lo que no aplica esta causal.
Se debe cautelar la trazabilidad de los respaldos correspondientes a la edición en el sistema de registro de demanda y tiempos de espera locales y centralizado.

Fecha de salida: fecha en la que establecimiento toma conocimiento.

Respaldo: Registro en ficha clínica (digital o papel) en el cual se verifique que no existe la solicitud de la prestación asociada a esta norma por identificación de usuario/a o problema de salud.

Responsable del respaldo: Profesional o Administrativo del Establecimiento de origen.

Nº Causal Salida: 20

Nombre: Postergación reiterada.

Modalidad: No Aplica

Tipo de prestación: 1-2-3-4

Definición: Corresponde la tercera solicitud de postergación o aplazamiento seguida respecto del mismo caso que consta en el registro, ya sea por indicación clínica o a solicitud del propio usuario/a.

Consideraciones:

- a) Al momento de que el usuario formule la solicitud de segunda postergación, de acuerdo con la normativa vigente, se le debe informar que una probable tercera postergación constituye salida de la lista de espera.
- b) Definida esta causal en el caso, el usuario deberá iniciar un nuevo proceso asistencial en el origen.

Fecha de salida: Fecha en la que se informa al usuario de la definición.

Respaldo: Registro del contacto realizado con el usuario mediante el cual se evidencia la causal, consignada en la ficha clínica o en sistema informático de agendamiento o de confirmación de citas o similar, la fecha de contacto, la persona contactada, teléfono si corresponde, el rechazo (motivo de la postergación) y el responsable del contacto.

Responsable del respaldo: Profesional o Administrativo del Establecimiento de origen o el que tomó conocimiento.

Nº Causal Salida: 99

Nombre: Error del sistema de registro centralizados.

Modalidad: No Aplica

Tipo de prestación: 1-2-3-4



Definición: Corresponde a los registros duplicados generados en el sistema de apoyo al registro de demanda y tiempo de espera centralizado producto de la aplicación de procesos tecnológicos donde no media la voluntad de generar el registro.

Consideraciones:

- a) Producto de adecuaciones en la Migración de RNLE a SIGTE.
- b) Producto de inestabilidades técnicas que generan la no aplicación de reglas para identificación y exclusión de casos duplicados.
- c) Corresponde a las circunstancias en que, por fallos o intermitencias del sistema de registro de demanda y tiempos de espera o condiciones tecnológicas, se generan errores de registro y en los cuales no aplica ninguna causal de salida.

Fecha de salida: Fecha del hallazgo del registro que no corresponde.

Respaldo: Registro de la solicitud de parte del establecimiento al nivel central.

Responsable del respaldo: Referentes nivel central de registro DIGERA o TIC.



8.4 ANEXO 4: RESUMEN DEL CMBD

CMBD	Segmento	Campo	Estándar/Codificación del campo	Descripción	Formato	Obligatoriedad
interoperable	1. Identificación del usuario	Nombres	Según norma 231	Nombres	texto	Obligatorio
			Registrado en el Servicio de Registro Civil e Identificación	Nombres completos del usuario. Mayúscula		
interoperable	1. Identificación del usuario	Primer Apellido	Según norma 231	Primer Apellido	texto	Obligatorio
			Registrado en el Servicio de Registro Civil e Identificación	Mayúscula		
interoperable	1. Identificación del usuario	Segundo Apellido	Según norma 231	Segundo Apellido	texto	Obligatorio
			Registrado en el Servicio de Registro Civil e Identificación	Si no posee, dejar celda en blanco. Mayúsculas		
interoperable	1. Identificación del usuario	Nombre social	Según norma 231	Nombre por el cual la persona se siente identificada, en base a su identidad de género, y con el cual espera ser reconocida e identificada en los instrumentos públicos y privados que acreditan su identidad.	texto	No obligatorio
no interoperable			No identificado			
interoperable	1. Identificación del usuario	Tipo identificador usuario	Según norma 231	1.RUN	código	Obligatorio
				6. Identificador de FONASA		
no interoperable	1. Identificación del usuario	Número Documento usuario	Según norma 231	Número Documento usuario	numérico	Obligatorio
no interoperable	1. Identificación del usuario	Documento usuario	Otorgado por el servicio de Registro civil e Identificación	Valores de 0-9/ dígito verificador	numérico/carácter/k	Obligatorio
interoperable	1. Identificación del usuario	Fecha de Nacimiento	Según norma 231	Fecha de nacimiento	Fecha	Obligatorio
no interoperable			Registrada en el Servicio de Registro civil e Identificación o en la inscripción de nacimiento	DD/MM/AAAA *sin hora		





CMBD	Segmento	Campo	Estándar/Codificación del campo	Descripción i	Formato	Obligatoriedad
interoperable	1. Identificación del usuario	Sexo	Según norma 231	1.Hombre	código	Obligatorio
				2.Mujer		
no interoperable			Establecido en Dto. N° 127/07 sobre Informe Estadístico de Egresos Hospitalario	3.Intersexual	numérico	
				93.No informado		
interoperable	1. Identificación del usuario	Identidad de género	Según norma 231	99. Desconocido	texto	No obligatorio
				1.Hombre		
no interoperable			No identificado	2.Mujer		
				3.No determinado		
interoperable				9. Desconocido		
				1.Masculino		
no interoperable				2.Femenina		
				4.Transgénero masculino		
interoperable				5.Transgénero femenina		
				6.No binario		
no interoperable				7.Otra		
				8.No revelado		
interoperable	1. Identificación del usuario	Previsión	Según norma 231	1. FONASA	código	Obligatorio
				2.ISAPRE		
no interoperable			Establecido en Dto. N° 127/07 sobre Informe Estadístico de Egresos Hospitalario, con base en art. 61 de la Ley 18469/87 y sus modificaciones	3.CAPREDENA	numérico	
				4. DIPRECA		
interoperable				5.SISA		
				96. Ninguna		
no interoperable				99. Desconocido		
				1.FONASA (*PRAIS+ FONASA=FONASA) Bloqueado=FONASA)		
interoperable				2. ISAPRE (*SI es PRAIS + ISAPRE prima la condición de beneficiario PRAIS)		
				3. Particular		

CMBD	Segmento	Campo	Estándar/Codificación del campo	Descripción	Formato	Obligatoriedad
interoperable	1. Identificación del usuario	Grupos prioritarios	Son beneficiarios que otorga la Ley 19.123, emanadas desde la Subsecretaría del Interior, Programa de Derechos Humanos.	1.Si	código	No obligatorio
				2. No	numérico	Obligatorio
interoperable	1. Identificación del usuario	Región	Según norma 231	1. Tarapacá	código	Obligatorio
				2. Antofagasta		
				3...		
no interoperable	1. Identificación del usuario	Provincia	Según norma 231	Región a la que pertenece el beneficiario según lugar de residencia	numérico	
				011. Iquique	código	Obligatorio
				014. Tamarugal		
				...		
no interoperable			No identificado			
interoperable	1. Identificación del usuario	Ciudad	No identificado	Ciudad de residencia del usuario	texto	Obligatorio
no interoperable				1101. Iquique	código	Obligatorio
interoperable	1. Identificación del usuario	Comuna	Según norma 231	1102. Camiña		
				...		
no interoperable			Establecido en Dto. 1439 del Ministerio del Interior y sus modificaciones posteriores		numérico	Obligatorio
interoperable	1. Identificación del usuario	Ruralidad	Según norma 231 *Límite Rural Urbano o Area Urbano Censal	1. Urbano	código	No obligatorio
			Establecido en Dto. 1439 del Ministerio del Interior y sus modificaciones posteriores	2. Rural	numérico	Obligatorio





CMBD	Segmento	Campo	Estándar/Codificación del campo	Descripción	Formato	Obligatoriedad
interoperable	1. Identificación del usuario	Tipo de Vía (del domicilio de residencia)	Según norma 231	1.Calle 2.Avenida 3.Pasaje 4.Camino 5.Carretera 6.Callejón 7.Paseo 8.Escalera 9.Otro 10. Rotonda	código	No obligatorio
no interoperable			Estándar de correos de Chile	1.Calle 2.Pasaje 3.Avenida 4. Otro Balmaceda...	numérico	Obligatorio
interoperable	1. Identificación del usuario	Nombre de la vía/dirección	Según norma 231	Balmaceda...	texto	Obligatorio
no interoperable	1. Identificación del usuario	Número de la dirección	Según norma 231	S/N	texto	Obligatorio
interoperable	1. Identificación del usuario	Anexo de la dirección/resto	Según norma 231	Complemento o Anexo de Dirección	texto	No obligatorio
no interoperable			Estándar de correos de Chile			Obligatorio
interoperable	1. Identificación del usuario	Teléfono móvil	Según norma 231	999999999	numérico	Obligatorio
no interoperable			Estándar de correos de Chile			Obligatorio
interoperable	1. Identificación del usuario	Teléfono fijo	Según norma 231	999999999	numérico	No obligatorio
no interoperable			Estándar de correos de Chile	código país - código de área-número		



CMBD	Segmento	Campo	Estándar/Codificación del campo	Descripción	Formato	Obligatoriedad
interoperable no interoperable	1. Identificación del usuario	Teléfono otro	Según norma 231 No identificado	9999999999	numérico	No obligatorio
	1. Identificación del usuario	Tipo de otro teléfono	Según norma 231	1. Del Trabajo de la persona 2. Pareja o cónyuge 3. Familiar 4. Tutor/a o cuidador/a 5. Vecino/a 98. No responde	numérico	No obligatorio
no interoperable			No identificado			
interoperable	1. Identificación del usuario	Correo electrónico	Según norma 231 Estándar de correos de Chile	correo electrónico	texto	Obligatorio
interoperable	1. Identificación del usuario	ID_Local	Corresponde al identificador del caso registrado en el sistema en el lugar de origen	Texto libre secuencial e incremental entregado por el sistema local	numérico / carácter	Obligatorio
no interoperable						
interoperable	1. Identificación del usuario	ID_SIGTE	No identificado Corresponde al identificador del caso registrado en el sistema nacional	Texto libre secuencial e incremental entregado por el sistema local	numérico / carácter	Obligatorio en Egreso
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Estado de la derivación /evaluación de la pertinencia		1. Derivación emitida 2. Derivación en revisión de pertinencia administrativa 3. Derivación en revisión de pertinencia clínica 4. No pertinencia 5. Derivación pertinente vigente 6. Derivación pertinente postergada 7. Derivación pertinente egresada	código	Obligatorio
no interoperable						



CMBD	Segmento	Campo	E estándar/Codificación del campo	Descripción	Formato	Obligatoriedad
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Motivo de la derivación	Descripción del motivo de derivación	texto libre	texto	No Obligatorio
			No identificado			
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Tipo de codificación diagnóstica (sospecha/confirmación)	Estándar de codificación diagnóstica, según norma 231	1.CIE 10 2. CIE 11 3. SNOMED-CT	código	Obligatorio
no interoperable					texto	Obligatorio
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Código Diagnóstico	Según codificación diagnóstica utilizada. En caso de CIE10 debe tener 4 caracteres.	Código Diagnóstico	código	Obligatorio
no interoperable					texto	Obligatorio
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Glosa Diagnóstico	Según codificación diagnóstica utilizada	Glosa Diagnóstico	texto	Obligatorio
no interoperable			No identificado			Obligatorio
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Estado del diagnóstico	Según norma 231	1.Presuntivo (hipótesis diagnóstica) 2. Confirmado	código	Obligatorio
no interoperable			No identificado			Obligatorio
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Fecha de entrada al registro	Fecha de entrada	DD-MM-AAAA Se define como la fecha de la indicación de la consulta, del procedimiento o de la intervención, dicho registro corresponderá a la fecha de entrada al registro.	fecha	Obligatorio
no interoperable						Obligatorio



CMBD	Segmento	Campo	Estándar/Codificación campo	del	Descripción	Formato	Obligatoriedad
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Servicio de Salud	Según norma 231		1. Servicio de Salud Arica	código	Obligatorio
					2. Servicio de Salud Tarapacá		
					3...		
no interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Establecimiento de origen	Según tabla establecimientos/DEIS	de	Código DEIS SS que envía planilla al nivel central	código	Obligatorio
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Establecimiento de destino	No identificado		Código según tabla DEIS vigente de establecimientos	código	Obligatorio
					Código según tabla DEIS vigente de establecimientos		
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Tipo de establecimiento profesional solicitante	Según norma 231	de	Código según tabla DEIS vigente de establecimientos	código	Obligatorio
no interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Número de documento profesional solicitante	Según norma 231		1.- Rol Único Nacional o RUN	numérico	Obligatorio
					5. Pasaporte		
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Según norma 231	Otorgado por el servicio de registro civil e identificación, al ser inscrito el nacimiento	de	Valores de 0-9/ dígito verificador	numérico/carácter	Obligatorio
no interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Según norma 231	Otorgado por el servicio de Registro civil e identificación	de	Número Documento usuario	numérico	Obligatorio
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Tipo de prestación requerida	Indicada en esta norma		1. Consulta nueva de especialidad	código	Obligatorio
					2. Control de especialidad		
no interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Tipo de prestación requerida	Indicada en esta norma		3. Procedimiento diagnóstico o terapéutico	código	Obligatorio
					4. Intervención Quirúrgica Electiva		



CMBD	Segmento	Campo	Estándar/Codificación del campo	Descripción	Formato	Obligatoriedad
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Prest. MINSAL	Fuente DEIS /FONASA	Para las prestaciones de CNE y controles de especialidad prestamin corresponde a fuente DEIS. En el caso de procedimiento e IQ electiva corresponde a fuente FONASA	numérico	Obligatorio
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Especialidad	Basada en adaptación de norma 820	Código Especialidad: 07-001 Anatomía patológica 07-002 Anestesiología ...	código	Obligatorio
no interoperable			Atributo de prest. MINSAL	Basada en adaptación de norma 820	carácter	Obligatorio
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Procedimiento o intervención quirúrgica	Basada en adaptación de norma 820/FONASA	Código Procedimiento o IQ solicitado: 03-07-001 Dietilendiamina Tetraacetato De Sodio Cromo (Edta Cr 51) 03-07-002 Prueba De La Sed (Volumen, Densidad, Osmolalidad Seriada En Sangre Y Orina) ...	código	Obligatorio
no interoperable			Atributo de prest. MINSAL	Basada en adaptación de norma 820/FONASA	carácter	Obligatorio
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Prest. Establecimiento	Clasificación propia del Establecimiento de Salud	texto libre, según necesidad de gestión local	carácter	Obligatorio
no interoperable						
interoperable	2.- Identificación de la prestación solicitada y del lugar de origen	Número Documento profesional solicitante	Según norma 231	Numero Documento usuario Valores de 0-9/ dígito verificador	numérico	Obligatorio
no interoperable					numérico/carácter	



CMBD	Segmento	Campo	Estándar/Codificación del campo	Descripción	Formato	Obligatoriedad
interoperable	3.- Identificación de la prestación realizada y del lugar que resolvió	Fecha de citación	Fecha de cita para atención	DD-MM-AAAA	fecha	Condicional
no interoperable						
interoperable	3.- Identificación de la prestación realizada y del lugar que resolvió	Establecimiento que otorgó la atención	Según norma 231	126303 Centro de Salud Familiar Dr. Thomas Fenton 126219 Centro de Rehabilitación Club de Leones Cruz del Sur ...	código	Condicional
no interoperable			Normado por DEIS	Código según tabla DEIS vigente de establecimientos		Obligatorio
interoperable	3.- Identificación de la prestación realizada y del lugar que resolvió	Tipo identificador profesional resolutor	Según norma 231	1.-Rol Único Nacional o RUN 5. Pasaporte	numérico numérico/carácter	Obligatorio
no interoperable						
interoperable	3.- Identificación de la prestación realizada y del lugar que resolvió	Número Documento profesional resolutor	Según norma 231	Número Documento usuario Valores de 0-9/ dígito verificador	numérico numérico/carácter	Obligatorio para causal 1
no interoperable						
interoperable	3.- Identificación de la prestación realizada y del lugar que resolvió	Modalidad de atención	Corresponde a la modalidad por la cual se entrega la prestación al usuario.	1.Presencial (institucional) 2. Telemedicina 3. Salud digital. 4. PRAPS 5. Convenio FONASA, GORE. 6. MLE*	código	Obligatorio
no interoperable						

*Cuando usuario/a rechaza atención por el motivo de haber sido atendido en el extrasistema (causal 6)



CMBD	Segmento	Campo	Estándar/Codificación del campo	Descripción	Formato	Obligatoriedad
interoperable	3.- Identificación de la prestación realizada y del lugar que resolvió	Causal de salida	Indicada en esta norma	0.GES 1.Atención realizada 5.No beneficiario 6.Renuncia o rechazo voluntario 8.masistencias reiteradas 9.Fallecimiento 10.Solicitud de indicación duplicada 11.No contactable 12.No corresponde realizar atención 14.No pertinencia 20.Postergaciones reiteradas 99.Técnico administrativo/nivel central	numérico	Obligatorio
no interoperable						
interoperable	3.- Identificación de la prestación realizada y del lugar que resolvió	Fecha de salida	Corresponde a la fecha en que el usuario es egresado del registro de tiempo de espera.	DD-MM-AAAA	fecha	Obligatorio
no interoperable						

8.5 ANEXO 5: PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS PRIORIZADOS.

Grupo de Procedimiento	Código	Procedimiento
Gastroenterología-Coloproctología	18-01-001	GASTRODUODENOSCOPIA (INCLUYE ESOFAGOSCOPIA)
Gastroenterología-Coloproctología	18-01-006	COLONOSCOPIA LARGA (INCLUYE SIGMOIDOSCOPIA)
Ginecología - Obstetricia	20-01-014	BIOPSIA ENDOMETRIO, VULVA, VAGINA, CUELLO
Ginecología - Obstetricia	20-01-023	BIOPSIA ESTEREOTAXICA DIGITAL DE MAMA
Medicina Nuclear	05-01-101	CINTIGRAFIA TIROIDEA, CUALQUIER RADIOISOTOPO (LE 126)
Medicina Nuclear	05-01-102	CINTIGRAFIA GLANDULAS PARATIROIDES (NO I)
Medicina Nuclear	05-01-103	CINTIGRAFIA OSEA COMPLETA PLANAR O MEDUL
Medicina Nuclear	05-01-105	SPECT CARDIACO STRESS Y REPOSO (NO INCLUYE)
Medicina Nuclear	05-01-117	CINTIGRAFIA RENAL CON D.M.S.A.
Medicina Nuclear	05-01-134	DENSITOMETRIA OSEA A FOTON DOBLE, COLUMN

