



# SISTEMA DE CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
DEPARTAMENTO COMPIN NACIONAL

Unidad de Desarrollo Territorial, Discapacidad y Formación Continua  
2024



# CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se entiende persona con discapacidad como:

“Las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.”

(OPS/OMS (2024). Sección Discapacidad. Recuperado el 8 de agosto de 2024 desde: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad#:~:text=Las%20personas%20con%20discapacidad%20son,de%20condiciones%20con%20los%20dem%C3%A1s.>



## ¿QUÉ ES LA CALIFICACION DE DISCAPACIDAD?



Es el procedimiento por el cual se evalúa y valora **el desempeño funcional de la persona, considerando su condición de salud y la interacción con las barreras del entorno** (Reglamento para la Calificación y Certificación de Discapacidad. Art. 4 letra c).

Asimismo, según el Art. 12 del mismo reglamento, **la evaluación debe ser biopsicosocial** y, según lo establece el Art. 13 Ley 20.422, realizada por un equipo **multidisciplinario.**



# ¿Cuáles son los hitos de la Calificación de la Discapacidad?

1

RECOPILOCIÓN DE ANTECEDENTES

2

INGRESO DEL TRÁMITE

3

PROPUESTA DE CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

1

## RECOPIACIÓN DE ANTECEDENTES

Proceso por el cual se recopilan los antecedentes biomédicos, funcionales, sociales, de redes de apoyo y desempeño de la persona. Esta información estará contenida en **tres informes obligatorios** y en exámenes e informes complementarios asociados a la condición de salud.

Durante la elaboración del expediente se establece que no existe un orden determinado para el levantamiento del Informe Biomédico Funcional y el Informe Social y de Redes de Apoyo, no obstante, **es requisito obligatorio contar con estos dos para la aplicación del Instrumento de Valoración del Desempeño en Comunidad IVADEC.**



# RECOPILOACIÓN DE ANTECEDENTES PARA EL EXPEDIENTE DE CALIFICACIÓN

## RESPONSABLES DE ESTE HITO 1



Persona interesada en calificar y certificar su discapacidad o su representante.

Profesional(es) involucrados en el proceso de tratamiento, rehabilitación y/o inclusión de las Entidades Calificadoras de Discapacidad o instituciones colaboradoras.

Profesionales del Equipo de Discapacidad de COMPIN. En los casos que el/la interesado/a no tenga acceso a Entidad Calificadora y/o Institución Colaboradora.

# INFORMES OBLIGATORIOS: BIOMÉDICO FUNCIONAL

## INFORME BIOMÉDICO FUNCIONAL:

Contiene una recopilación de la información biomédica-funcional de la persona en la que se incluye el o los diagnósticos que dan origen a la discapacidad, breve historia clínica, medicamentos, estado funcional y uso y/o requerimientos de ayudas técnicas.

<b>Responsable de completar informe</b>	Profesional de salud público o privado (terapeuta ocupacional, kinesiólogo/a, fonoaudiólogo/a, psicólogo/a, médico/a y/o enfermero/a), quien deberá firmar y timbrar el informe (timbre del profesional o de la institución a la que pertenece).
<b>Vigencia</b>	Máximo 1 año





### Informe Biomédico Funcional

*\*Este informe debe ser elaborado y firmado por un profesional de salud o educación, según corresponda. Todos los campos son de llenado obligatorio\**

#### I. Datos de Identificación del usuario(a):

Apellidos	
Nombre	
Rut	
Fecha Nac.	

#### II. Antecedentes biomédicos y funcionales del usuario(a):

Causa Discapacidad	<input type="radio"/> Física	<input type="radio"/> Sensorial Visual	<input type="radio"/> Sensorial Auditiva
	<input type="radio"/> Mental / psíquica	<input type="radio"/> Mental / Intelectual	

(Puede marcar una o más de una causa)

Diagnósticos asociados a la causa de discapacidad:	
- .....	- .....
- .....	- .....
Otros diagnósticos:	
- .....	- .....
- .....	- .....

Fuente: ficha clínica o médico tratante

Breve historia de la condición de salud del usuario(a) (data de la condición de salud, evolución, tratamiento, rehabilitación, etc.):
.....
.....
.....
.....

Medicamentos indicados al usuario(a)
.....
.....
.....

Descripción del estado funcional del usuario(a)
.....
.....
.....



Atenciones o intervenciones recibidas en el sistema de salud y/o educativo (tratamiento, programa de salud, rehabilitación, otro)
.....
.....
.....

Usuario(a) requiere ayuda técnica <sup>1</sup>	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Cuál o cuáles:	.....	

Usuario(a) usa ayuda técnica	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Cuál o cuáles:	.....	

#### III. Contacto profesionales tratantes en la red de salud

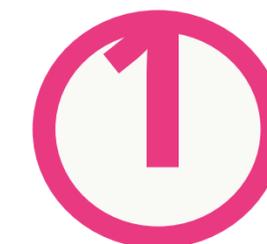
Nombre y apellido	Profesión	Rut	Teléfono
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

#### IV. Datos de identificación del profesional informante:

Nombre completo	.....		
Profesión	.....	Rut	.....
Institución	.....		
Correo electrónico	.....		
Teléfono	.....	Fecha informe	.....

FIRMA Y TIMBRE

<sup>1</sup> Se entiende como cualquier producto externo (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricado especialmente o ampliamente disponible, cuya principal finalidad es mantener o mejorar la independencia y el funcionamiento de las personas y, por tanto, promover su bienestar. Estos productos se emplean también para prevenir déficits en el funcionamiento y afecciones secundarias. Existen ayudas técnicas para audición y comunicación (audífonos, amplificadores, tablas de comunicación, otros), visuales (lentes, lupa, bastones de orientación, otros), para movilidad (bastones, silla ruedas, andadores, otros), posicionamiento (sillas, cojines, otros), higiene (barras de apoyo, lavapelo, elevador de WC, otros), vestuario (calzador, abotonador, otros), alimentación (plato con reborde, sondas, otros), órtesis (estabilizadoras, dinámicas, cervicales, SEC, otras), prótesis, respiradores (CPAP, BIPAP, equipo O2) Orientaciones 2017 Ayudas Técnicas: Definición, Clasificación y Especificaciones. [Minsal](#), 2017.



# INFORMES OBLIGATORIOS: SOCIAL Y DE REDES DE APOYO

**INFORME SOCIAL Y DE REDES DE APOYO:** Contiene información sobre los factores sociales y ambientales en los que se desenvuelve la persona, relativos entre otros, a su entorno familiar y situación laboral, educativa, cultural, apoyo de la red social y participación social del interesado/a.

**Responsable de completar informe**

Elaborado, firmado y timbrado por Trabajador(a) o Asistente Social del sector público, privado o particular. Timbre del profesional o de la institución a la que pertenece.

**Vigencia**

Máximo de 1 año





**Informe Social y de Redes de Apoyo**  
\*Todos los campos son de llenado obligatorio\*

**I. Datos de Identificación del usuario(a):**

Apellidos

Nombre

Rut  Fecha Nac.  Edad

Teléfono  Correo electrónico

Domicilio

Villa/Pobl.  Comuna

Estado civil  casado  soltero  divorciado  conviviente civil  viudo

Sistema Salud  FONASA  ISAPRE  Institucional  No tiene

Motivo de solicitud de certificación

**II. Datos de Identificación del representante:**

Representante  persona representante  entidad a cargo

Nombre  Rut

Correo electrónico  Teléfono

Relación con el interesado

**III. Situación escolar y laboral del usuario(a)**

Nivel de escolaridad alcanzado

Sin escolaridad  Técnico incompleto

Básica incompleta  Técnico completo

Básica completa  Superior incompleto

Educación media incompleta  Superior completo

Educación media completa

Educación Especial



Actividad o actividades que desempeña actualmente

<input type="radio"/> Estudia	<input type="radio"/> Trabaja	<input type="radio"/> Situación ocupacional
<input type="checkbox"/> Pre-escolar <input type="checkbox"/> Primer ciclo básico <input type="checkbox"/> Segundo ciclo básico <input type="checkbox"/> Educación media <input type="checkbox"/> Educación regular PIE <input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Superior Técnico <input type="checkbox"/> Superior Universitario <input type="checkbox"/> Post grado	<input type="checkbox"/> Remunerado <input type="checkbox"/> No remunerado Rubro en que se desempeña: ..... ..... ..... Dificultades que presenta en el trabajo ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Cesante <input type="checkbox"/> Pensionado: Tipo de pensión:..... <input type="checkbox"/> Jubilado Tipo de jubilación: ..... <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Licencia Médica <input type="checkbox"/> Dueña(o) de casa

PIE: Programa de Integración Escolar

**IV. Identificación con quienes cohabita usuario(a):**

Nombre y apellidos	Edad	Relación de parentesco	Actividad principal

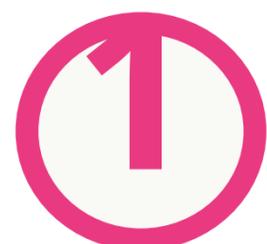
Describe situación familiar actual (factores de vulnerabilidad, ciclo familiar en que se encuentra, estrés familiar, dinámica familiar, descripción de roles, algún integrante más con discapacidad)

.....

.....

.....

.....





Usuario(a) ¿tiene cuidador?

Si  No

**V. Descripción del cuidador(a):**

Descripción cuidador/a principal

Familiar  Externo a la familia

Nombre y apellidos	Edad	Relación de parentesco	P	S	R

P: principal S: secundario R: respiro

**VI. Identificación de redes de apoyo y nivel de participación social:**

Red de apoyo principal con la que cuenta el usuario(a)

Primarias	Relación con interesado	Tipo de apoyo
<input type="radio"/> Familia		
<input type="radio"/> Otros (amigos, vecinos, grupos sociales, etc.)		
Secundarias (clubes, agrupaciones, iglesia):		
Institucionales (municipalidad, servicio salud, institucional educacional, otros)		

Valoración general de la red de apoyo

Red de apoyo adecuada  Red de apoyo frágil  Sin red de apoyo

Participación en actividades sociales (culturales, deportivas, religiosas, comunales, etc.):

Si  No Cuales: .....

**VII. Información sobre vivienda y entorno:**

Tipo de domicilio del usuario(a)

Domicilio particular  Domicilio transitorio  Centro de larga estadía/hogar/residencia  Otro: .....

Sector  Rural  Urbano



Identificación de barreras ambientales

Barreras al interior de la vivienda:	Barreras del entorno de la vivienda:
.....	.....

Habitación independiente	Baño dentro de la vivienda	Baño adaptado
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Estado general de vivienda (ubicación de la vivienda, condiciones generales, hacinamiento, otros)

.....

.....

Usuario tiene acceso a transporte:

Si  No Tipo de transporte: .....

¿El interesado tiene algún grado de limitación en el desarrollo de sus actividades cotidianas, según opinión profesional?

Si, limitación total  Si, limitación parcial  No, ninguna limitación

Comentarios

.....

.....

**VIII. Datos de identificación de Asistente o Trabajador Social informante:**

Nombre completo

Rut

Institución

Correo electrónico

Teléfono

Fecha informe

FIRMA Y TIMBRE



# INFORMES OBLIGATORIOS: DESEMPEÑO EN COMUNIDAD

**INFORME DE DESEMPEÑO EN COMUNIDAD:** Informe obtenido de la aplicación del Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad el cual evalúa por auto-reporte el grado de dificultad que presenta el interesado para realizar actividades acordes a su rango etario, generando una valoración a través de un porcentaje y grado de discapacidad.

Este instrumento califica la condición de discapacidad de las personas según los estándares de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). La aplicación de este instrumento deberá realizarse de acuerdo con el protocolo vigente y contando previamente con el Informe Biomédico Funcional y el Informe Social y de Redes Apoyo.



**Esta evaluación debe ser realizada por un profesional capacitado y reconocido por el Ministerio de Salud para la aplicación del instrumento perteneciente a una Entidad Calificadora de Discapacidad o institución colaboradora.**

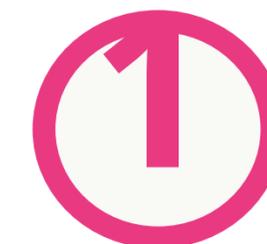
# INFORME DE DESEMPEÑO EN COMUNIDAD

**Responsable de completar informe**

En caso de que el interesado no tenga acceso a este profesional en una Entidad Calificadora de Discapacidad o institución colaboradora de su territorio, será evaluado por un profesional del Equipo de Discapacidad de la COMPIN.

**Vigencia**

Máximo de 1 año





INFORME DE DESEMPEÑO IVADEC-CIF

NOMBRE:  
RUT:  
EDAD: 60 Años y 0 meses  
FECHA DE EMISIÓN: 08/02/2024  
INFORMANTE: Usuario

CODIGO	ACTIVIDADES	CALIFICADOR		
		A	B	C
d110	Mirar	1	1	1
d115	Escuchar	1	1	1
d160	Centrar la atención	1	1	1
d166	Leer	1	1	1
d1750	Resolver problemas simples	0	0	0
d2302	Completar la rutina diaria	1	3	1
d3504	Conversar con muchas personas	1	1	1
d3551	Discusión con muchas personas	2	2	2
d3600	Utilización de dispositivos de telecomunicación	0	0	0
d4104	Ponerse de pie	2	2	2
d4602	Desplazarse fuera del hogar y otros edificios	1	1	1
d4702	Utilización de transporte público con motor	2	2	2
d530	Higiene personal relacionada con los procesos excreción	0	0	0
d5400	Ponerse ropa	1	1	1
d550	Comer	0	0	0
d560	Beber	0	0	0
d5700	Asegurar el propio bienestar físico 1	0	0	0
d5702	Mantenimiento de la salud	3	3	3
d6200	Comprar	2	2	2
d6300	Preparar comidas sencillas	0	1	0
d6402	Limpieza de la vivienda	1	3	1
d710	Interacciones interpersonales básicas	2	2	2
d7200	Establecer relaciones	1	1	1
d7500	Relaciones informales con amigos	0	0	0
d7700	Relaciones sentimentales	4	4	4
d760	Relaciones familiares	1	1	1
d850	Trabajo remunerado	2	2	2
d825	Formación profesional	0	0	0
d820	Educación escolar	0	0	0
d9205	Socialización	3	3	3

(\*)Valores en negrita autocompletados.

RESULTADOS  
ORIGEN PRINCIPAL DE DISCAPACIDAD: Físico  
OTROS ORIGENES:  
GRUPO ETARIO: Personas de 10 años o más  
INDICE DE DISCAPACIDAD: 1.1  
INDICE DE DESEMPEÑO: 2.9  
PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD: 21.0%



INFORME DE DESEMPEÑO IVADEC-CIF

NOMBRE:  
RUT:  
EDAD: 1 Años y 0 meses  
FECHA DE EMISIÓN: 09/02/2024  
INFORMANTE: Acompañante

CODIGO	ACTIVIDADES	CALIFICADOR		
		A	B	C
d110	Mirar	0	0	0
d115	Escuchar	2	3	2
d120	Otras experiencias sensoriales intencionadas	2	2	2
d130	Copiar	3	3	3
d1312	Aprondizaje mediante acciones relacionadas con las características específicas de dos o más objetos	1	1	1
d1330	Adquisición de palabras o símbolos	3	3	3
d161	Dirigir la atención	2	2	2
d1750	Resolver problemas simples	4	4	4
d2100	Llevar a cabo una tarea sencilla	3	3	3
d3101	Comprender mensajes verbales simples	4	4	4
d330	Hablar	4	4	4
d410	Cambiar las posturas corporales básicas	0	0	0
d415	Mantener la posición del cuerpo	0	0	0
d430	Levantar y llevar objetos	0	0	0
d440	Uso fino de la mano	2	2	2
d4600	Desplazarse dentro de la casa	0	0	0
d5501	Comer adecuadamente	2	4	2
d710	Interacciones interpersonales básicas	0	0	0

(\*)Valores en negrita autocompletados.

RESULTADOS  
ORIGEN PRINCIPAL DE DISCAPACIDAD: Auditivo  
OTROS ORIGENES:  
GRUPO ETARIO: Personas de 12 Meses a 23 Meses 29 Dias.  
INDICE DE DISCAPACIDAD: 2.1  
INDICE DE DESEMPEÑO: 1.9  
PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD: 52.5%  
GRADO DE DISCAPACIDAD: SEVERO

ANGIE  
Acompañante



# INFORME Y/O EXÁMENES SEGUN CONDICIÓN DE SALUD

Esta definición fue elaborada según los criterios técnicos de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez con el objetivo de ejecutar una evaluación más completa.

Condición de Salud	Examen	Informe
Deficiencia intelectual	-----	Informe de Psicometría (niños de 6 a 18 años). Si no se puede aplicar psicometría: informe psicológico descriptivo. Mayores de 18 años: psicometría, informe extendido por profesional del equipo de salud mental del Cesfam o médico especialista (Neurólogo, Psiquiatra o Geriatra).
Trastornos Psiquiátricos	-----	Informe de Psiquiatría y/o equipo de salud mental tratante.
Sensorial auditivo	Audiometría	-----
Sensorial visual	Campo Visual Test de agudeza visual	Receta lentes
Neoplasias (tumores, cáncer)	-----	Informe de médico especialista
Artropatías	-----	Informes radiológicos y/o imagenológicos y/o Informe de médico especialista
Enfermedades respiratorias	-----	Informes radiológicos y/o imagenológicos y/o Informe de médico especialista
Trastornos del Espectro Autista	-----	Informes de médico especialista Neurólogo o Psiquiatra
Demencias	-----	Informe de médico especialista (Neurólogo, Psiquiatra o Geriatra), informe extendido por profesional del equipo de salud mental del Cesfam o del médico del programa PADI (programa de atención domiciliaria integral)



# 2 INICIO DEL TRÁMITE

<https://compin.cerofilas.gob.cl>

**COMPIN** Subsecretaría de Salud Pública  
Con colaboración de la Secretaría de Modernización del Estado

Ingreso funcionarios [Iniciar sesión](#)

### Listado de trámites disponibles

#### Trámites destacados

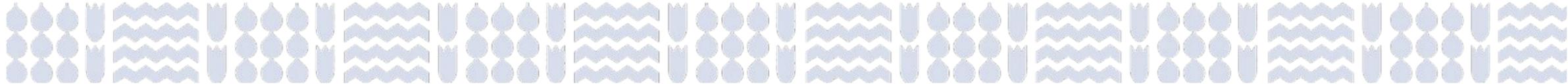
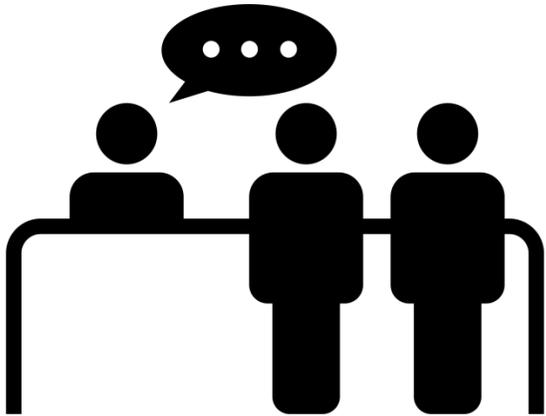
- Certificación de Discapacidad**  
Recuerda que debes seleccionar tu Región y subcomisión para iniciar el trámite. Es muy importante leer y seguir cada paso para hacer correctamente el proceso.  
[Iniciar](#)
- Evaluación de Salud Irrecuperable de Funcionario/a Público/a**  
Recuerda que este trámite es solo para la administración pública del Estado y debes seleccionar región, Compín o Subcomisión donde ejerce funciones el funcionario/a público/a para iniciar el trámite. Es muy importante leer y seguir cada paso para hacer correctamente el proceso.
- Formulario de Denuncia de Licencias Médicas**  
En este formulario podrá ingresar una denuncia por el mal uso de licencia médica.  
[Iniciar sesión](#)



**INGRESO EN LÍNEA**



**INGRESO PRESENCIAL**



# INGRESO DE TRÁMITE: REVISIÓN ADMISIBILIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA



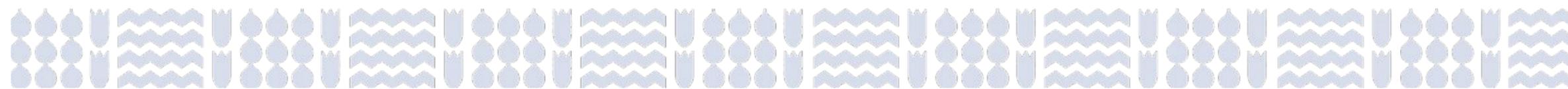
# 3

## CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD



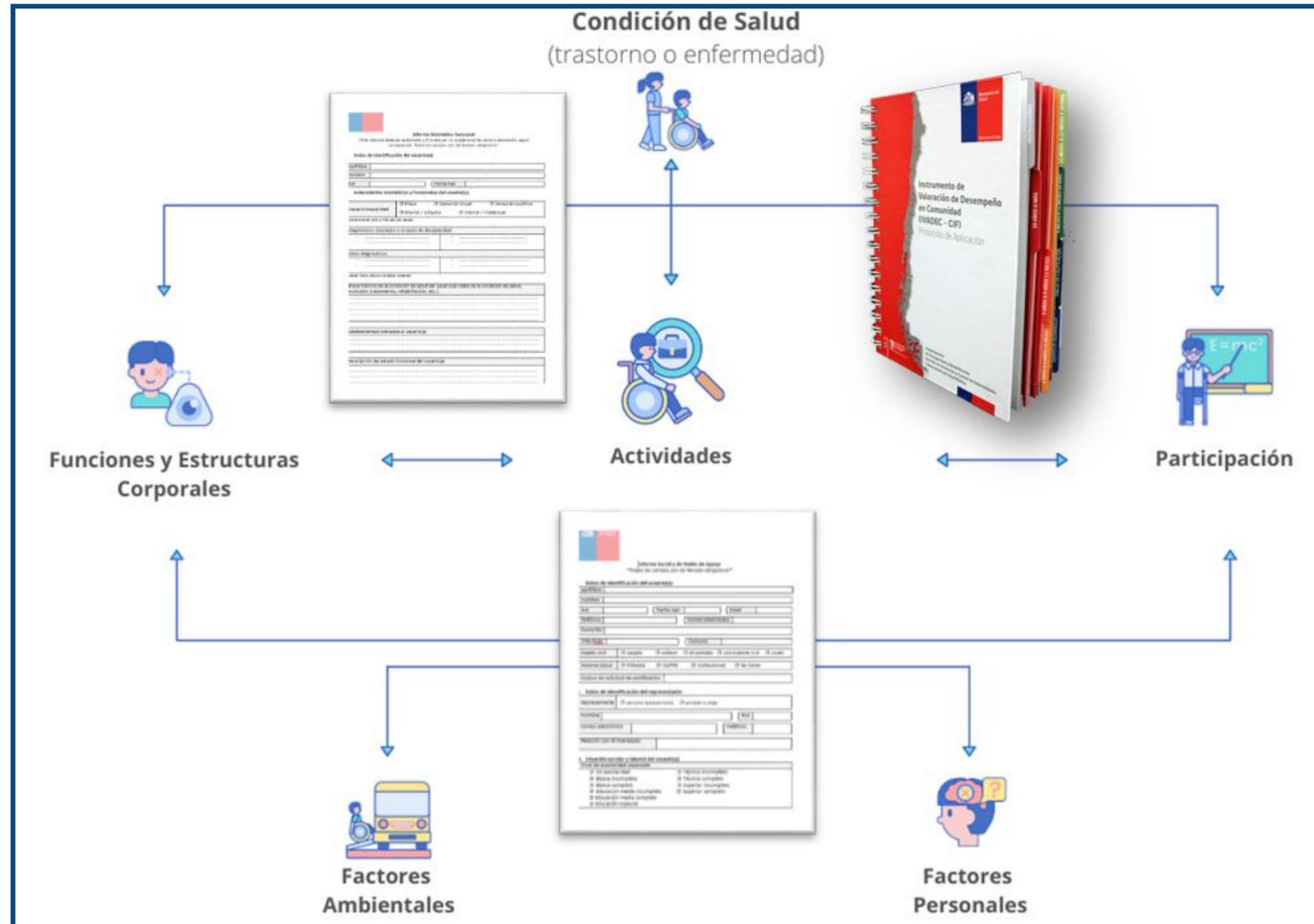
Procedimiento por el cual el analista de discapacidad de la COMPIN complementa y finaliza el expediente realizando todas las diligencias pertinentes para ello y culminando con la elaboración de la propuesta de calificación.

COMPIN podrá determinar que existen razones fundadas que ameriten la realización de diligencias complementarias y solicitud de información para el cumplimiento de sus funciones, y por ende la mejor resolución de la calificación, de acuerdo con lo establecido en los artículos 14 y 15 del Decreto 47.



# PROPUESTA DE CALIFICACIÓN

Se determina la coherencia entre los antecedentes de los informes obligatorios; complementando con la revisión de fichas clínicas o con los profesionales tratantes.



# CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD



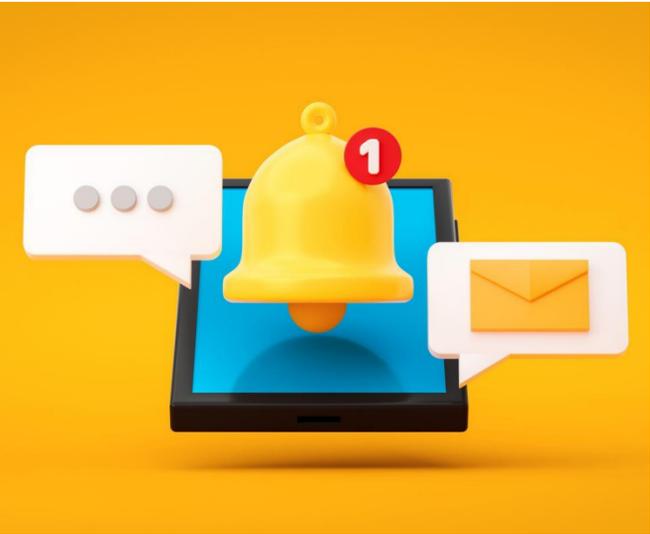
La **Comisión de Discapacidad** estará formalizada a través de Resolución de la Secretaría Regional Ministerial de Salud correspondiente, y conformada por:

- El/la presidente/a de COMPIN o Subcomisión, o subrogante.
- El/la Ministro de Fe de COMPIN o Subcomisión, o subrogante.
- Un/una médico/a contralor/a.
- Equipo de Profesionales de Discapacidad.

La Comisión deberá reunirse con la periodicidad necesaria para resolver los casos que se encuentren en trámite, para dar cumplimiento a los plazos establecidos en el Art. 14 de la Ley 20.422 y Art. 17 y 18 del Decreto 47.



# CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD



○ Se genera la resolución de Discapacidad la cual es enviada de manera automática al correo electrónico ingresado por el usuario y a Registro Civil

○ Registro Civil ingresa los datos de la Resolución al Registro Nacional de Discapacidad y generan la Credencial de Discapacidad

○ La Credencial se enviará vía correo electrónico



**COMPIN**

**MUCHAS GRACIAS**

