



INFORME DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO NACIONAL

SISTEMA DE CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

**Departamento de Estudios
Subdirección de Coordinación Intersectorial
Servicio Nacional de la Discapacidad**

MARZO DE 2020

Tabla de contenido

PRESENTACIÓN.....	3
METODOLOGÍA.....	6
JORNADAS DE DIÁLOGOS PARTICIPATIVOS	6
LEVANTAMIENTO DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO	8
ANÁLISIS GEOESPACIAL.....	10
CARACTERIZACIÓN DE LA CONVOCATORIA.....	13
ANÁLISIS GEO-ESPACIAL DE LA RED DE DISCAPACIDAD A ESCALA NACIONAL Y PRINCIPALES HALLAZGOS.....	15
MÓDULO I: Conocimiento y expectativas del Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad (SCCD)	24
Conocimiento del SCCD:	24
¿Para qué calificar y certificar la discapacidad?	27
Expectativas respecto al proceso de calificación y certificación de la discapacidad.....	29
MÓDULO II: nudos críticos y propuestas de solución	31
PROMOCIÓN	32
GESTIÓN DE LA CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN	33
DERECHOS Y BENEFICIOS	36
EVALUACIÓN - MODELO	37
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	42
ANEXO 1 Metodología para la realización del análisis territorial	48
ANEXO 2 Pauta Metodológica Jornada Regional de Revisión y Análisis del Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad	52
ANEXO 3 Pauta metodológica del levantamiento diagnóstico participativo	59
ANEXO 4 Minuta de Posición	62

PRESENTACIÓN

La convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, ratificada por Chile en el año 2008, establece en su artículo 31 que los estados partes deben recopilar información adecuada que les permita formular y aplicar políticas públicas que aseguren el cumplimiento de la convención.

En Chile, y según la Ley 20.422 de 2010, se establece que para acceder a los beneficios y prestaciones sociales contenidas en ésta las personas con discapacidad deberán contar con la certificación e inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad. De esta forma, en el título II establece que la única forma de acreditar la discapacidad es por medio de la calificación y certificación de la misma atendiendo a los lineamientos y estándares de la Clasificación Internacional del Funcionamiento aprobado por la Organización Mundial de la Salud. En este marco, se reglamenta el procedimiento para calificar y certificar a través del Decreto 47 de 2012 del Ministerio de Salud, y la posterior inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad a través del Decreto 945 de 2010 del Ministerio de Justicia.

Dicho marco normativo divide el Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad (SCCD) en tres macroprocesos: (i) La Calificación, definida como 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, la cual puede ser llevada a cabo por instituciones públicas y privadas reconocidas por el Ministerio de Salud y las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN); (ii) la certificación, procedimiento médico administrativo en virtud del cual una persona cuya discapacidad ha sido previamente evaluada, valorada y calificada, obtiene de la COMPIN competente un dictamen que acredita legalmente su grado de discapacidad Y (iii) la inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad (RND), entendido como el procedimiento a través del cual, una vez certificada la discapacidad se realiza la inscripción en el RND y emisión de la credencial de la discapacidad, proceso a cargo del Registro Civil y de Identificación.

De acuerdo al último Estudio Nacional de Discapacidad (II Endisc), se establece un universo de 2.836.818 personas con discapacidad, equivalente al 16,7% de la población chilena. Sin embargo, y de acuerdo al RND con

corte a diciembre de 2019, solo 376.329 personas han realizado su proceso de calificación y certificación, lo que equivale a un 13,3% del total nacional de personas con discapacidad.

De esta forma, como meta comprometida en el Programa de Gobierno¹ se ha propuesto aumentar el registro de Personas con Discapacidad, para lo cual se propone el diseño del Plan Nacional de Calificación y Certificación, el cual busca construir de forma participativa y conjunta una estrategia que contribuya a mejorar la gestión del proceso de calificación y certificación a nivel nacional con miras a disminuir la brecha de personas con discapacidad inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad, al igual que remirar el enfoque y modelo que hoy en día fundamentan el proceso. En este marco, desde el Servicio Nacional de Discapacidad se ha conformado un equipo de trabajo responsable del diseño del plan, a través de la articulación y coordinación con los actores claves del proceso (actores que se ubican principalmente en el MINSAL al ser esta la institucionalidad que contiene el proceso).

Para ello se realizó una propuesta metodológica que considera distintas fases de trabajo, la primera de levantamiento diagnóstico participativo, con la finalidad de analizar la demanda social existente, a partir del posicionamiento respecto al Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad y el levantamiento de las principales problemáticas y propuestas de mejora a nivel territorial. Dicho levantamiento recogió la percepción respecto al proceso desde la institucionalidad que hoy en día contiene o hace parte del sistema, como desde la sociedad civil a través de agrupaciones de y para personas con discapacidad a nivel de las 16 regiones del país entre octubre de 2019 y febrero de 2020.

El presente informe es el resultado de la sistematización y análisis de la información diagnóstica que dará paso a la construcción de líneas estratégicas definidas por ámbitos de acción y con asignación de roles específicos desde los distintos marcos institucionales que le dan sustento, al igual que la construcción de un sistema de seguimiento que permita monitorear el desarrollo de las acciones y evaluar posibles ajustes. El cierre de este proceso dará como resultado el diseño del Plan Nacional de

¹ Programa de Gobierno 2018-2022, *Construyamos Tiempos Mejores para Chile*. Sebastián Piñera Echenique.

Calificación y Certificación de la Discapacidad (hito de presentación proyectado para el primer semestre de 2020).

METODOLOGÍA

Durante los meses de octubre de 2019 y febrero de 2020 se llevaron a cabo en las 16 regiones de Chile, encuentros participativos los cuales tenían como objetivo asegurar la participación de actores institucionales claves y de organizaciones de y para personas con discapacidad y de la sociedad civil, en la definición e identificación de los principales desafíos que implica el diseño del Plan Nacional de Calificación y Certificación de Discapacidad.

Para ello se realizó una primera propuesta metodológica en la que se planificaron jornadas de diálogos participativos a desarrollarse durante una mañana (9:30 a 13:00 hrs.) en cada una de las capitales regionales. Dichas jornadas se desarrollaron de acuerdo a la siguiente metodología de trabajo:

JORNADAS DE DIÁLOGOS PARTICIPATIVOS

ETAPA PREVIA	✓ Definición metodología: desagregación de la discusión en tres ámbitos: 1. Promoción del Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad (SCCD). 2. Gestión del SCCD. 3. Derechos y beneficios asociados al SCCD. ✓ Convocatoria actores: 1. Representantes de organizaciones de y para personas con discapacidad (60% de la convocatoria total) 2. Representantes de instituciones que contienen o participan del SCCD (40%) ✓ Minuta de posición
DÍA DE LA JORNADA: APERTURA	✓ Acreditación – Café ✓ Asignación de mesa de trabajo por actor y por ámbito (Mesas ciudadanas y mesas técnicas) ✓ Apertura de autoridades nacionales y regionales ✓ Presentación de Contexto RND.
DESARROLLO TRABAJO GRUPAL	✓ Trabajo grupal por mesa dividido en dos momentos: • I Módulo: La discusión se centró en la identificación del grado de conocimiento, percepción y expectativas en torno al proceso de calificación y certificación de la discapacidad. • II Módulo: La discusión se centró en la identificación de problemáticas por cada ámbito y la definición de posibles alternativas de solución mediante la

	formulación de ideas y propuestas de mejoramiento de los procesos que actualmente componen el SCCD.
PLENARIO FINAL	✓ Al finalizar el trabajo grupal por mesa, se realizó una presentación de las tres principales temáticas consensuadas en cada grupo (problemática y alternativa de solución) a través de la designación de un expositor por mesa. Éste último expuso frente a toda la audiencia los consensos de la mesa e ideas fuerza.

A través de esta metodología de trabajo se realizó el levantamiento diagnóstico en 6 regiones:

Región	Mesas Técnicas	Mesas Ciudadanas	Nº Participantes Técnicos	Nº Participantes Ciudadanos
O'Higgins	4	4	33	27
Atacama	1	4	8	23
Maule	3	2	31	23
Tarapacá	2	3	22	40
Los Lagos	3	2	33	20
Valparaíso	4	4	37	38
TOTAL	17	19	164	171

Por otro lado, y dada la contingencia nacional a partir del mes de octubre de 2019, en las 10 regiones restantes se realizó una adecuación metodológica con el fin de realizar el levantamiento diagnóstico, la cual mantuvo la esencia de la propuesta inicial en cuanto a la necesidad de recoger información desde la demanda social y los referentes técnicos participes del proceso a nivel territorial, relevando la importancia de considerar el contexto local y manteniendo las dimensiones de análisis, independiente del método de recolección de información, permitiendo la comparabilidad y el análisis final.

De esta forma, una segunda propuesta de levantamiento diagnóstico a nivel regional se llevó a cabo a través del desarrollo de una mesa técnica y una mesa ciudadana en la capital regional, cada una de las cuales tuvo una duración de máximo 3 horas y se desarrollaron utilizando el mismo esquema de trabajo de los diálogos, es decir considerando los tres ámbitos de análisis (promoción, gestión y derechos y beneficios) dividiendo la discusión en los dos módulos anteriormente descritos. Y, la implementación de tres entrevistas semiestructuradas a agrupaciones y/o personas con

discapacidad de territorios/comunas idealmente fuera de la capital, en las que se priorizó a aquellas que contaran con bajo nivel de participación, esto con el fin de abrir la posibilidad de llegar como SENADIS a las organizaciones que no acceden a espacios de coordinación local y de redes, buscando relevar su posición ante el SCCD.

El desarrollo de las acciones indicadas se llevó a cabo durante dos días de trabajo en cada región y se implementó de acuerdo a los siguientes momentos:

LEVANTAMIENTO DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

ETAPA PREVIA	✓ Definición metodología: desagregación de la discusión en tres ámbitos: 1. Promoción del Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad (SCCD). 2. Gestión del SCCD. 3. Derechos y beneficios asociados al SCCD. ✓ Convocatoria actores a mesas de discusión: 1. Representantes de organizaciones de y para personas con discapacidad. 2. Representantes de instituciones que contienen o participan del SCCD ✓ Identificación y coordinación para entrevista de tres organizaciones de y para personas con discapacidad a nivel regional, priorizando aquellas que contaran con bajos niveles de participación y fuera de la capital regional.
MESA TÉCNICA	✓ Presentación contexto RND ✓ Discusión orientada desde los tres ámbitos (promoción, gestión y derechos y beneficios) dividido en dos momentos: • I Módulo: La discusión se centró en la identificación del grado de conocimiento, percepción y expectativas en torno al proceso de calificación y certificación de la discapacidad. • II Módulo: La discusión se centró en la identificación de problemáticas por cada ámbito y la definición de posibles alternativas de solución mediante la formulación de ideas y

	propuestas de mejoramiento de los procesos que actualmente componen el SCCD.
MESA CIUDADANA	✓ *Sigue la misma estructura descrita en la mesa técnica
ENTREVISTAS SEMI ESTRUCTURADAS	✓ En cada una de las regiones se aplicaron mínimo tres entrevistas a agrupaciones de y para personas con discapacidad, la mayoría en los territorios donde éstas se emplazan. Las entrevistas se desarrollaron utilizando como base las preguntas formuladas en los módulos trabajados en la metodología de los diálogos participativos y mesas regionales.

A través de esta metodología de trabajo se realizó el levantamiento diagnóstico en las 10 regiones restantes:

Región	Mesas Técnicas	Mesas Ciudadanas	Nº Participantes Técnicos	Nº Participantes Ciudadanos	Entrevistas	Comunas
Coquimbo	1	1	22	15	3	3
Antofagasta	1	1	10	10	3	3
Aysén	1	1	8	9	3	1
Magallanes	1	1	6	13	3	2
Arica y P.	1	1	8	9	3	1
Los Ríos	1	1	12	12	5	3
Metropolitana	2	2	18	10	3	3
Araucanía	1	1	12	7	3	3
Biobío	1	1	11	7	3	3
Ñuble	1	1	12	29	3	3
TOTAL	11	11	119	121	32	25

En ambos desarrollos metodológicos se realizó un proceso de sistematización de la información levantada a través de, para el caso de los diálogos participativos, un moderador que orientaba la discusión y el trabajo en cada una de las mesas e iba sistematizando la información, y en las mesas regionales, tanto técnica como ciudadana, con la presencia del moderador y además un secretario técnico que realizaba dicho proceso. De igual forma, las entrevistas semiestructuradas fueron sistematizadas agrupando la información recolectada desde los ámbitos de análisis ya mencionados.

La sistematización de la información de las mesas se realizó, vaciando la información en dos matrices de trabajo que respondieron a los dos momentos en los que se dividió la discusión.

Ejemplo matriz módulo I

Conocimiento	Percepción	Expectativas
¿qué sabemos del proceso? - Se realiza en CESFAM, donde se levanta IBF e IVADEC. - Tramite largo	¿para qué el SCCD? - Acceso a algunos beneficios sociales - Visibilizar la discapacidad	¿Qué esperamos del SCCD? - Tramite menos burocrático. - Garantice derechos

Ejemplo matriz módulo II

ÁMBITO: Calificación y Certificación		
Temática	Problemática Identificada	Propuesta de Solución
Red de calificadores IVADEC	Pocos profesionales calificados para aplicar el IVADEC o, los que existen, sin agenda disponible en salud.	Ampliación de la calificación IVADEC a otros profesionales e instituciones: Oficinas de Discapacidad, Educación entre otros.

De esta forma, la sistematización y análisis de la información de los encuentros se detalla en los informes de cada una de las 16 regiones, de modo que en el presente se identifican los principales consensos a nivel país en relación a los desafíos que deberá abordar el diseño, implementación y ejecución del Plan Nacional de Calificación y Certificación de Discapacidad, esto a través del diagnóstico y levantamiento de los requerimientos técnicos y operativos, así como las fortalezas y oportunidades territoriales que orienten la generación de líneas estratégicas, objetivos y acciones.

ANÁLISIS GEOESPACIAL

Como base del análisis a realizar en cada una de las regiones se elaboró una minuta de posición la cual contenía información de contexto sobre el Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad con el fin de informar a los actores sobre la materia a trabajar en las jornadas, en esta minuta además se incluyó un análisis geoespacial que consideró el comportamiento del RND, reflejando la distribución territorial de la brecha

entre la población con discapacidad estimada por el II ENDISC (2015) y el RND registrado a diciembre del 2019, en relación a la presencia territorial de la red de discapacidad.

Para la elaboración del análisis geoespacial, se definieron las variables que daban cuenta, por una parte, de la distribución territorial del RND a nivel regional y comunal, así como de la localización espacial de los actores e institucionalidad que forman parte del proceso de calificación y certificación en el territorio. Dicho análisis fue levantado y realizado en tres escalas: nacional, regional y comunal, con sus consiguientes niveles de detalles. Paralelamente se detectaron otros actores (ajenos al sector salud) que participan directa o indirectamente del proceso, fundamentalmente en la promoción y difusión del mismo, por lo que se requirió del levantamiento de otras instituciones a partir de registros administrativos.

Luego de la identificación de las principales variables, que a nivel territorial se identifican como instituciones o establecimientos en formato de puntos, se hizo revisión de la cartografía digital existente en materia de salud primaria, secundaria y terciaria en el banco de datos e información territorial del Sistema Nacional de Coordinación de Información Territorial (SNIT), a través de su plataforma pública de Infraestructura de Datos Espaciales (IDE)², posteriormente se aplicaron filtros respondiendo a dos criterios fundamentales: que el establecimiento contase con estrategia de rehabilitación (Rehabilitación con Base Comunitaria RBC, Rehabilitación Integral RI o Rehabilitación Rural RR), y que contase con calificador IVADEC³ activo. Ambos criterios fueron establecidos con el objetivo de poder identificar a los actores y establecimientos efectivos que hoy son parte del proceso.

De igual forma, de los actores e instituciones identificadas como parte de la red de discapacidad a nivel territorial, se levantaron otras cartografías digitales a partir de las bases de datos del MINEDUC y de SENADIS, además de agregar atributos a las ya existentes. De esta manera, se georreferenciaron las siguientes unidades: Registro Nacional de la Discapacidad (RND), Unidades de Discapacidad Municipal (UDIS), Oficinas

² El IDE es una plataforma web pública administrada por el Ministerio de Bienes Nacionales en la que se recopila toda la información territorial digital creada en y para el Estado, cuya información pasa por un filtro de validez y estandarización, para luego poner a disposición pública las capas o cartografía digital en el sitio web del IDE.

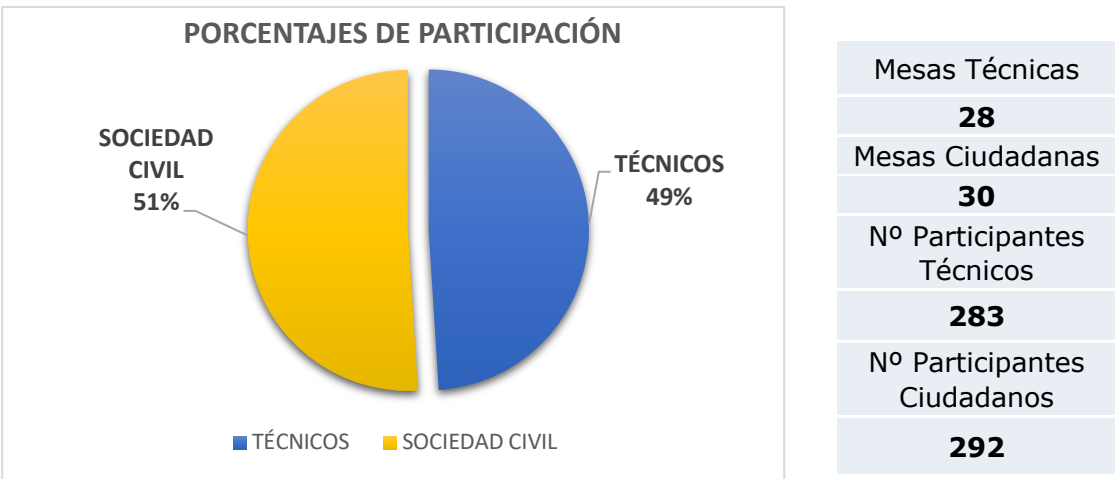
³ Profesional del área de la medicina, fonoaudiología, kinesiología, enfermería y psicología capacitado para aplicar el Instrumento de Valorización del Desempeño en Comunidad IVADEC.

de Discapacidad Municipal (ODIS), Estrategia de Desarrollo Local Inclusivo (EDLI) en los municipios, Escuelas Especiales y Escuelas PIE (Programa de Integración Escolar) registradas a diciembre del 2018.

Con toda la información anterior levantada y cartografiada, se pudo realizar el análisis de la red de discapacidad en los territorios regionales con interpretación a nivel comunal, con la intención de poder identificar correlaciones espaciales y patrones territoriales entre la distribución territorial del RND, y la presencia y en la comuna de las unidades que conforman la red de discapacidad actualmente.

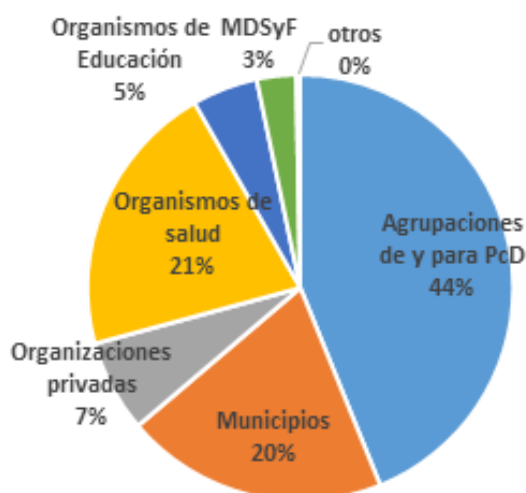
CARACTERIZACIÓN DE LA CONVOCATORIA

En cuanto a la participación de los grupos de actores convocados desde los dos marcos metodológicos se presentó un comportamiento homogéneo, habiendo participado un total de 292 representantes de organizaciones de y para personas con discapacidad representando un 51% de la convocatoria versus el 49% restante equivalente a 283 representantes de las instituciones que contienen o participan del proceso de calificación y certificación de la discapacidad.



Fuente: elaboración propia

Al desagregar la convocatoria en las instituciones u organizaciones representadas a nivel país, las agrupaciones de y para personas con discapacidad concentran un 44% del total, seguido por un 21% de organismos de salud, entre los que destacaron los referentes de discapacidad y rehabilitación de las Seremis y los Servicios de Salud, representantes de establecimientos principalmente de la red de atención primaria y secundaria y las COMPIN. Las municipalidades también fueron un actor clave dentro de los diálogos con una representatividad de un 20%, a través de las oficinas de discapacidad en su mayoría, los otros sectores representados fueron organizaciones privadas que trabajan en la temática y que hoy en día son referentes en la materia de discapacidad con 7% y organismos de los sectores de educación y de desarrollo social con un 5% y 3% respectivamente.

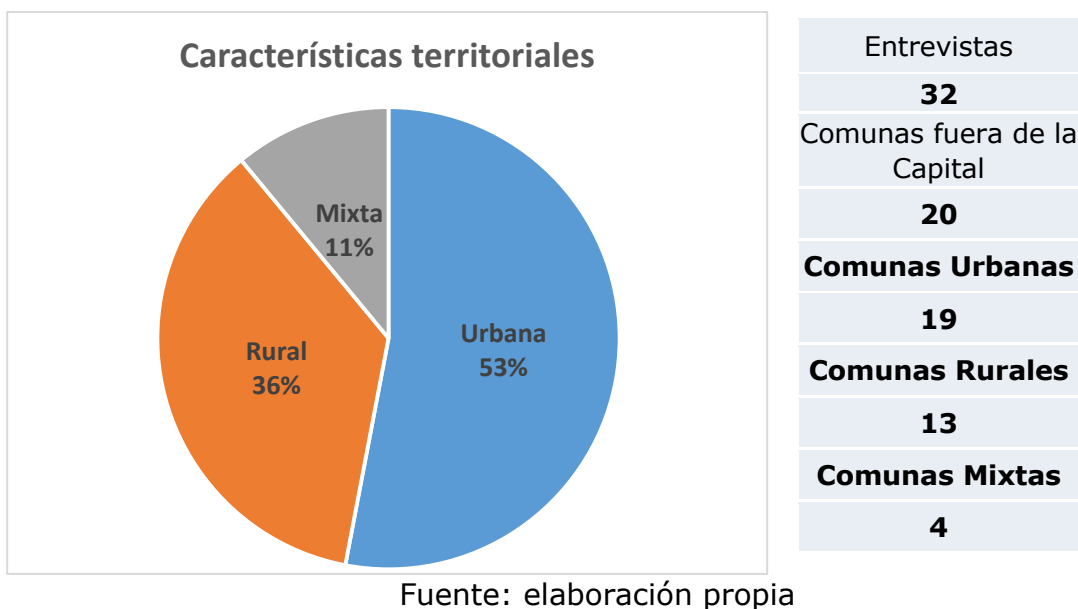


Nº Agrupaciones de y para PcD	Nº Organismos de salud
164	80
Nº Municipalidades	Nº Organizaciones privadas
76	25
MDSyF	otros
10	1

Fuente: elaboración propia

Por último, respecto a las entrevistas semiestructuradas, se aplicaron un total de 32 a distintas agrupaciones de y para personas con discapacidad y/o personas con discapacidad sin ninguna adhesión a alguna organización. Se priorizó su aplicación en comunas fuera de la capital regional, buscando relevar la variable territorial en el proceso de calificación y certificación, por lo que además de las 16 capitales regionales, se visitaron 20 comunas en las que se emplazaban las agrupaciones y/o personas con discapacidad entrevistadas.

De esta forma, considerando la influencia en el proceso que tiene la variable territorial, los territorios que fueron parte del análisis (se consideran las ciudades capitales) responden a la siguiente categorización (para el caso de la RM la categorización es basada en el Índice de Ruralidad Comunal del 2019 realizado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia MDSyF y en el caso de las demás regiones por el Informe de Desarrollo Rural de la Oficina de Estudios y Políticas Agrarias ODEPA 2018).



ANÁLISIS GEO-ESPACIAL DE LA RED DE DISCAPACIDAD A ESCALA NACIONAL Y PRINCIPALES HALLAZGOS.

El análisis realizado para la etapa diagnóstica comprendió tres escalas: nacional, regional y comunal. Para el análisis de las escalas regional y comunal se levantaron 16 informes regionales (uno por región) que dan cuenta de forma desagregada de la información aquí descrita. Por tanto, el presente informe dará cuenta sólo del análisis realizado a nivel nacional, y ante cualquier consulta que pueda surgir a una escala menor, será necesario referirse a los informes de cada región.

La base de datos sobre la que se construyeron los atributos representados en los mapas que se adjuntan a continuación, consideran diferentes criterios sobre los que se debió filtrar la información asociada a determinados atributos, con el fin de poder homogenizar las variables tanto cualitativas como cuantitativas, y ser interpretable, procesable estadísticamente, así como representativa de la realidad territorial local, corroborada bajo la experiencia en terreno a través de pasantías y visitas a terreno.

Cabe destacar, que el siguiente análisis representa un momento particular del comportamiento longitudinal del RND reportado por el Registro Civil trimestralmente, y que corresponde a diciembre del 2019; y dado que responde a un registro administrativo, no es posible realizar una estimación

o proyección estadística de su comportamiento a nivel comunal. Por tanto, una de las limitaciones de la estimación elaborada por la II ENDISC (2015), radica en que no existe el dato de prevalencia de discapacidad a nivel comunal, y con la data existente tampoco es posible estimarla. Esto implica que el número de PcD inscritas en el RND no es categorizable en una escala ordinal (alto, medio, bajo) porque se ignora el tope máximo de PcD para cada comuna.

El levantamiento de escuelas especiales y escuelas con PIE, se incluyó debido a que acuerdo a la información entregada por las Oficinas de Discapacidad Municipal, dichas escuelas participan del proceso de promoción del Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad SCCD, en tanto poseen el público objetivo cautivo para el rango etario de niños y adolescentes. Por otra parte, estas escuelas cuentan con los profesionales requeridos para optar a la capacitación en calificación IVADEC, por lo que se identificaron como actores potenciales dentro de la red de discapacidad.

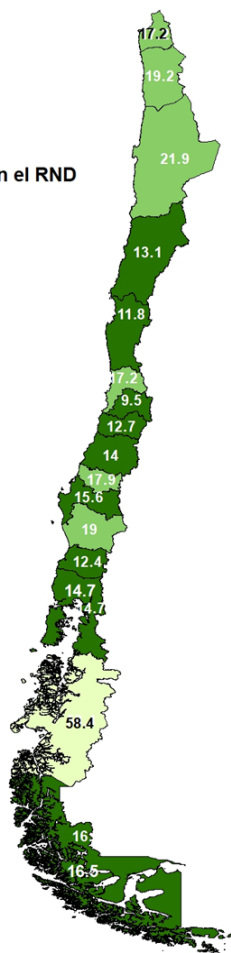
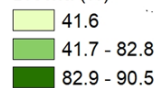
El primer mapa representa la brecha existente entre el número estimado de personas con discapacidad de acuerdo a los resultados del II ENDISC II (2105) y el número de PcD inscritas por región en el RND a diciembre del 2019. Como es posible observar, la distribución territorial del RND es disímil y heterogénea a lo largo del territorio nacional; resultando llamativo que, en regiones extremas de poca accesibilidad como Aysén, Antofagasta, Tarapacá y Arica y Parinacota, el número de PcD inscritas en el RND sea mayor al de regiones como las de la zona centro o que cuentan con áreas metropolitanas (Gran Santiago, Gran Concepción, Gran Valparaíso). Sorprende el caso específico de la Región Metropolitana en donde se registra el número más bajo de PcD inscritas en relación a la prevalencia estimada, y por ende la brecha más alta, con apenas un 9,5% de su población objetivo con acreditación y registro de su discapacidad. Por tanto, es posible señalar que no existe un patrón territorial de distribución del RND. A nivel de macrozona, se podría decir que tanto en el norte grande como en el norte chico la distribución del registro es homogénea, sin embargo, en la zona centro, sur y austral son heterogéneas entre sí.

Mapa 1. Brecha Regional de Personas con Discapacidad

Simbología

13.3% de PcD inscritas en el RND

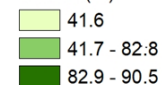
Brecha (%)



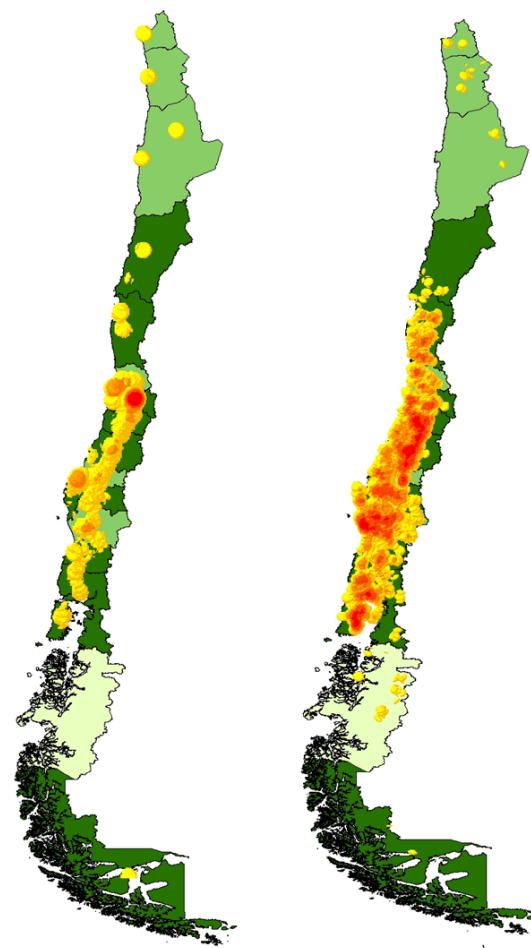
Mapa 2 y 3. Densidad de Establecimientos de APS urbanos y rurales.

Simbología

Brecha (%)



Densidad APS



Fuente: elaboración propia, SENADIS 2020.

Los mapas 2 y 3 por su parte, representan la densidad de establecimientos de atención primaria de salud (APS) en zonas urbanas y rurales. Dicho modelamiento espacial de los establecimientos de APS se debe a que la escala de representación de esta variable -a nivel nacional- en un formato pequeño saturaría la cartografía con puntos por sobre la imagen del mapa de Chile. Por lo que se recurrió al modelamiento espacial de **densidad**, que grafica la concentración de dichos establecimientos en determinadas zonas al interior de cada región, anulando aquellos establecimientos que se encuentran dispersos en el territorio nacional.

De esta forma, como es posible observar en el mapa de la derecha que representa la distribución territorial de los centros urbanos (859 en total), se observa que éstos tienden a concentrarse en las ciudades capitales, que es donde se localizan las zonas urbanas mayormente densas poblacionalmente, y en donde se distribuye la mayor parte de los servicios de una región.

El color rojo representa mayor concentración de estos establecimientos, es decir, que la distancia entre unos y otros es mucho menor al interior de una misma extensión de territorio, en este caso, la región. Mientras que el color amarillo refleja bajas concentraciones de estos establecimientos; es decir, si bien existen centros, éstos se distribuyen de manera un poco más dispersa en el territorio, con una mayor distancia entre uno y otro, pero su número le permite reflejar igualmente cierta densidad. En cambio, cuando la presencia y localización de éstos es baja y dispersa, el modelo espacial los considera outliers borrándolos del mapa, como ocurre en el caso de la región de Aysén, en la que, si bien existen 35 establecimientos APS, al ser pocos y encontrarse dispersos en el territorio, son anulados por el modelamiento.

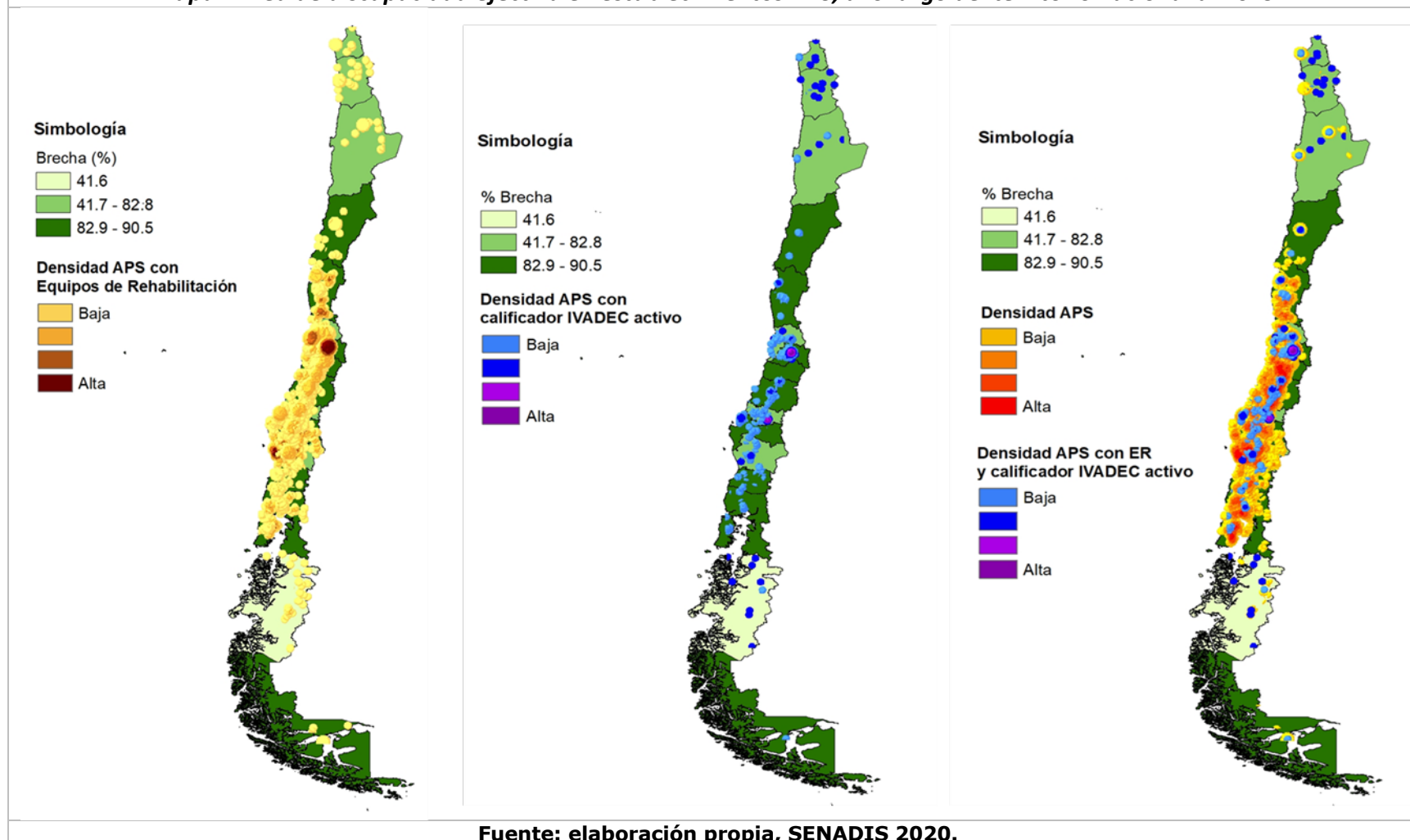
La interpretación de este último caso debe realizarse con una lógica inversa, es decir, que exista dispersión de los establecimientos APS en el territorio es algo positivo, porque implica mayor cobertura a nivel territorial, en cambio que los establecimientos APS se concentren en determinadas zonas, correlacionadas a la presencia de mayor población y/o zonas urbanas, quiere decir que la cobertura es menor, salvo, que existan establecimientos rurales que cubran esos territorios en los que no hay presencia de centros urbanos.

Por otra parte, y como es posible observar en el mapa de la derecha que representa la concentración de postas rurales (1.144 postas rurales), la

cobertura de éstas tiende a ser mayor en número y extensión que la de los APS urbanos (mapa de la izquierda). Esto puede representar una oportunidad cuando se trata de lograr un vasto alcance territorial en la bajada de información, promoción o difusión de algún programa o plan de acción dirigido a la comunidad en general, superando las barreras comunicativas que pueden existir por falta o dificultades de acceso, y, por tanto, entrega oportuna de información. Sin embargo, sigue quedando fuera la población que no participa actualmente o activamente de la red de salud. En estos escenarios, es que las oficinas municipales se vuelven el principal nexo y puerta de entrada para este tipo de población objetivo.

En la siguiente secuencia de mapas, se evidencia la brecha actual existente entre la red de establecimientos APS a lo largo del territorio nacional, y la red efectiva de discapacidad (red de rehabilitación más calificadores activos)

Mapa 4. Red de discapacidad efectiva en establecimientos APS, a lo largo del territorio nacional al 2019.



En el primer mapa se identificaron y localizaron aquellos establecimientos de APS (urbanos y rurales) que cuentan con estrategia de rehabilitación: Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), Rehabilitación Integral (RI) y/o Rehabilitación rural (RI), y por tanto, equipos de profesionales que tratan directamente con una parte de la población objetivo; en donde el color café marca los territorios con mayor concentración de establecimientos que cuentan con estrategia de rehabilitación, mientras que los colores amarillo y naranja representan los territorios donde si bien existen establecimientos de APS con estrategia, se encuentran en menor frecuencia y menos concentrados en el territorio (baja densidad).

En el segundo mapa, se identificaron y representaron en densidad aquellos establecimientos de APS en los que actualmente existen calificadores IVADEC activos (465 en centros urbanos)⁴, de esta manera las manchas de color celeste representan las bajas concentraciones o densidad de calificadores en APS, mientras que el color morado indica mayor densidad, es decir, concentración de establecimientos con calificadores IVADEC activos.

El tercer mapa representa la superposición de ambas capas con respecto a la totalidad de centros de APS de la red, dando como resultado la red de rehabilitación *efectiva* en APS que actualmente contiene el proceso de calificación y certificación, lo que en términos prácticos se traduce en la disponibilidad de establecimientos de APS con la que un usuario cuenta en su territorio para iniciar el proceso de calificación y certificación de su discapacidad. Este tercer mapa también revela la red potencial de discapacidad en APS, es decir la totalidad de establecimientos que debiesen formar parte del proceso de calificación y certificación a nivel de salud comunal (espacio intersticial entre el color rojo y amarillo que no queda cubierto por la capa de azul y morado).

Junto al análisis de la red primaria efectiva, se presenta la georreferenciación de los establecimientos de salud secundarios y terciarios que son parte de la red, es decir, de los hospitales, centros de salud mental

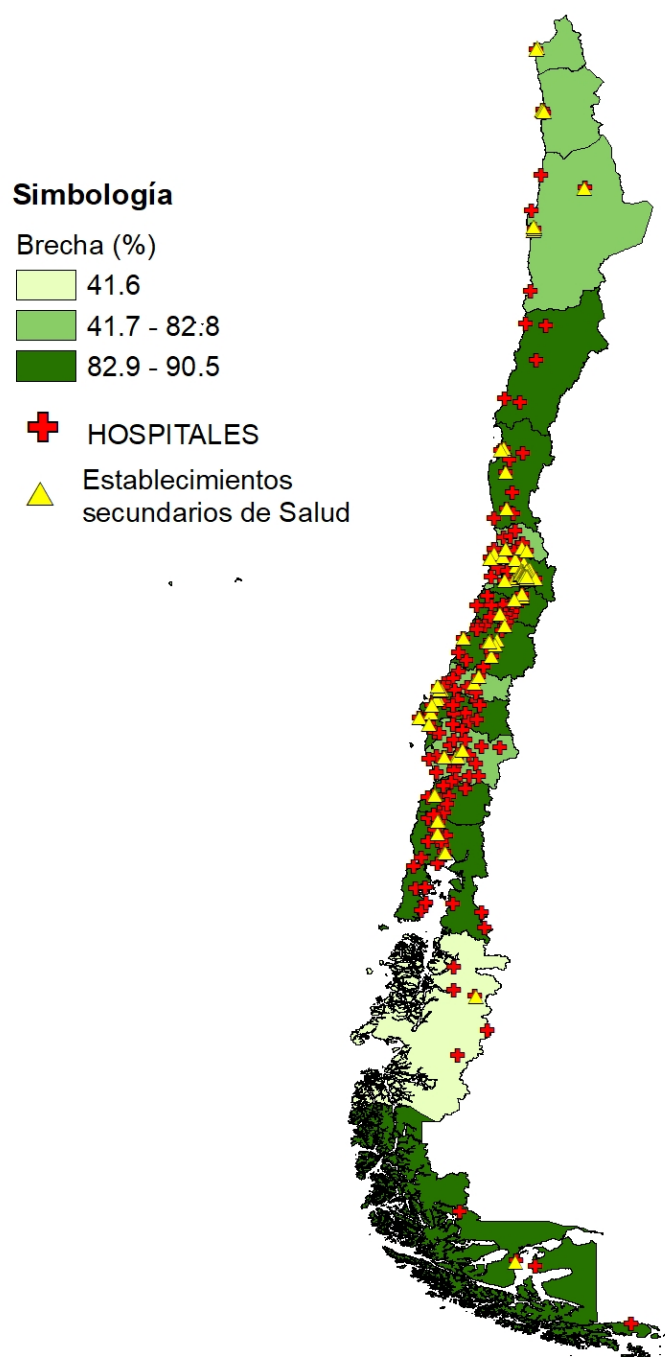
⁴ La cuantificación de calificadores IVADEC para el caso de las postas rurales no es exacto, dado que los profesionales que declararon calificar en estas áreas (una mínima parte) lo hacen a través de rondas rurales, las que pueden cubrir o no la totalidad de postas y establecimientos de una comuna. Así mismo, existen calificadores que señalan realizar rondas con una frecuencia ocasional y por demanda, como apoyo de los equipos de APS urbanos, por cuanto éste dato se omite.

incluidos centros diurnos de demencia y centros comunitarios de salud mental (COSAM, CESAMCO), además de centros de referencia de salud (CRS) y centros de rehabilitación. Tal como se señaló en la metodología, se actualizó la base de datos de los COSAM o similares, dado que a la fecha del levantamiento la base publicada en el IDE era del 2018.

El mapa 5, por su parte, muestra la distribución territorial a escala nacional de estos establecimientos: 196 hospitales públicos de alta, mediana y baja complejidad y 125 centros de especialidades, los que a diferencia de los establecimientos de APS se presentan con menor frecuencia en el territorio, y para el caso de los hospitales concentran población de más de una comuna. De los 196 hospitales existentes, 141 de ellos, es decir el 72% cuentan con calificador IVADEC, lo que sin duda alguna habla de una buena cobertura a nivel nacional. Sin embargo, existen regiones en donde existe sólo un hospital (casos de Tarapacá y Arica y Parinacota) y ese o esos pocos calificadores deben atender al público objetivo de toda la región, además de cumplir con sus funciones regulares. Lo que sin duda alguna satura la demanda en un solo establecimiento y retrasa el tiempo de tramitación del proceso de acreditación.

Sin embargo, tal como se constató en terreno y en el levantamiento de los diálogos regionales, existen otros actores en el territorio que no están o no acceden al proceso de calificación y certificación por medio de establecimientos de salud, sino por instituciones como los municipios a través de sus oficinas de discapacidad y/o, de los centros de reahbilitacion de iniciativa municipal, fundaciones u ONG que fomentan la acreditación de las PcD que atienden, o de las escuelas especiales y/o con PIE (Programa de Integración Escolar), donde si bien, no pueden realizar la calificación misma, son la puerta de entrada a la promoción del público cautivo, y muchas veces también a la tramitación, ya que son los profesionales de estas instituciones los que se hacen cargo del proceso con el fin de facilitar o concentrar en una sola institución el largo y a veces engorroso proceso de acreditación, sobre todo en aquellas comunidades más retiradas de los centros cívicos-urbanos o de la población con menor movilidad y emplazada en zonas de alta ruralidad.

Mapa 5: Distribución de la red de atención secundaria y terciaria



Fuente: elaboración propia, SENADIS 2020.

MÓDULO I: Conocimiento y expectativas del Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad (SCCD)

Al igual que en las entrevistas, durante el desarrollo de los diálogos realizados con referentes técnicos de la institucionalidad que contiene el proceso de calificación y certificación de la discapacidad y representantes de organizaciones de la sociedad civil de y para PcD, se buscó en una primera instancia de acercamiento a la temática, la identificación del grado de conocimiento instalado, las percepciones en torno al para qué del proceso y las expectativas existentes en relación al mismo. A continuación, se presenta un análisis de la información obtenida en las 16 regiones resultante de la sistematización de cada encuentro.

Se resalta el hecho de que análisis de la información, da cuenta de los puntos en consenso de lo discutido en las mesas y las diferencias que se identificaron por los dos grupos de actores.

Conocimiento del SCCD:

Tomando la información obtenida a partir de los encuentros con sociedad civil fue posible identificar que existe un bajo grado de conocimiento respecto al Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad, lo que se podría categorizar entre un sector que desconoce el proceso como resultado de diversas variables entre ellas una lógica asistencial con la cual se ha ido gestionando (lo cual se explicará más adelante) y otro grupo que muestra un conocimiento parcial y/o confuso. De esta forma, si bien se identifican ciertos aspectos relacionados con la tramitación, resultantes principalmente de las experiencias particulares al respecto, la baja promoción del proceso fue un sentir común identificado por la mayoría de los representantes de las organizaciones de y para PcD, la cual ha originado una desinformación general desde las mismas instituciones que lo contienen como desde la sociedad civil, en la cual se instalan mitos en torno a su funcionalidad que terminan por desincentivar a las PcD para que se califiquen y certifiquen.

Quienes dan cuenta del sistema, reconocen la fase de calificación a través del levantamiento de los informes obligatorios para completar el expediente, respecto a los cuales se identifican los principales nudos

críticos. La principal dificultad está dada en la obtención del Informe Biomédico Funcional (IBF), dada la baja sensibilización de parte de los médicos, al igual que un desconocimiento respecto del proceso de calificación y certificación, lo que genera incluso resistencia a completar el informe. Se suma la dificultad de acceder a horas para completar la parte médica del proceso debido a la solicitud de anexar exámenes o informes complementarios que respalden los diagnósticos y los que generalmente deben venir desde especialidades, con la limitación implícita ya en el acceso a éstas. Además, no hay una directriz clara respecto a qué profesionales pueden completar el Informe Biomédico Funcional, en algunos casos abriéndose la posibilidad para que otras profesiones no médicas (kinesiólogos, psicólogos, entre otros) lo completen y en otros limitándolo solo a los médicos.

De igual forma, se enfatiza en señalar otra de las barreras instaladas en salud la cual tiene que ver con la aplicación del IVADEC, indicando la falta de profesionales calificados para ello o falta de agenda para su aplicación, lo que hace que la prestación termine entregándose de forma espontánea de acuerdo a voluntad y disponibilidad de los profesionales. Esto, debido a que no es una prestación asociada a una meta sanitaria que implique la asignación de horarios protegidos y priorización a nivel de la atención de salud.

Dicho diagnóstico en relación a dos de los informes requeridos en la fase de calificación, es compartido por ambos grupos de actores, tanto técnicos como de la sociedad civil, dando origen a la percepción del proceso como largo y engorroso, sentir manifestado en los encuentros realizados en las 16 regiones. De esta forma, cuando se habla del sistema de calificación y certificación los actores convocados coincidieron en la percepción de ser un proceso complejo que vulnera los derechos de las PcD al estar contenido dentro del sistema de salud, el cual ya presenta barreras en su acceso para la población en general y que se agudiza al no tener instalada la calificación de la discapacidad dentro de sus prioridades. Cabe resaltar la mención a que además el proceso es doloroso puesto que en su desarrollo se revive la experiencia de exclusión de la que aún se sienten víctimas las PcD, en una sociedad no educada respecto a la discapacidad.

Desde una posición más amplia de los actores técnicos, se cuestiona la instalación del SCCD en los niveles de atención de salud sin la asociación a una meta y a inyección de recursos, lo que ha precarizado la entrega de las

prestaciones de éste (IBF e IVADEC principalmente), estando supeditadas a voluntades. Del mismo modo, fue aunado el considerar que su instalación no ha venido acompañada tampoco de una entrega clara de directrices en torno a la forma en que se debe llevar a cabo el proceso y lo cual ha originado la aplicación de distintos criterios que hace que la calificación en la actualidad no se haga realmente de forma homogénea en todo el territorio nacional (como lo establece la ley 20.422). Dicha falta de directrices encuentra un trasfondo más relevante cuando se menciona un choque entre los modelos biomédico y biopsicosocial, el primero, instalado aún en la lógica de un gran porcentaje de los profesionales médicos versus el segundo el cual fundamenta el proceso de calificación y certificación de la discapacidad.

Desde la sociedad civil el conocimiento se mostró impreciso en relación a la forma de realizar el proceso con los dos marcos normativos que lo han contenido, en un primer momento la Ley 19.284 y posteriormente con la Ley 20.422, esto fue más evidente a través de las entrevistas aplicadas a personas con discapacidad y/o representantes de agrupaciones de y para personas con discapacidad que referían haber realizado el proceso y conocerlo, sin embargo, el relato mostraba que éste había sido resultado de la tramitación anterior a la actual ley de inclusión social. De igual forma, se evidenció una desinformación respecto al trámite en personas inscritas en el RND, lo cual es el resultado de un proceso de intermediación de parte de instituciones públicas, como oficinas de discapacidad u organizaciones privadas que trabajan con PcD, las que han asumido un rol fundamental como facilitadoras del proceso de calificación y certificación, apoyando o incluso gestionando la obtención del expediente y el trámite en COMPIN, pero que mostró una deuda en relación al traspaso del conocimiento para que este quedara instalado en la sociedad civil como forma de empoderar.

En este sentido y como otro de los consensos entre los actores, y resultado de la nula promoción del SCCD se demanda un proceso que no solo instale el conocimiento respecto a la calificación y certificación, sino que en un primer momento eduque a la sociedad en general en relación a la discapacidad, el modelo con la que se entiende y el enfoque de derechos en el que se enmarca. Dicho proceso educativo debe orientarse a crear una real cultura de inclusión y aportar a la eliminación de las barreras asociadas a la estigmatización aun existente en relación a la discapacidad.

Frente a esto es importante señalar que dicha **estigmatización y por ende discriminación es otro de los factores, incluso uno de los más importantes, que ha influido en que las PcD no califiquen y certifiquen su condición**, al sentir que se les está rotulando y que, al contrario de actuar como factor protector, ha servido para que se vulneren sus derechos (en el ámbito laboral como el más mencionado). Dentro del levantamiento en las mesas de sociedad civil se vio enfatizada la postura de las PcD de origen mental, quienes muestran más resistencia a realizar el proceso de calificación y certificación de la discapacidad, debido a que son quienes reciben mayor discriminación de parte de la sociedad, al igual que se sienten más vulnerables estando en el RND, puesto que se utiliza para el proceso de interdicción, sintiendo con esto que la certificación de la discapacidad va en desmedro de las personas con discapacidad de origen mental.

¿Para qué calificar y certificar la discapacidad?

Frente al cuestionamiento del para qué las personas con discapacidad están realizando el proceso, y lo cual buscaba entender el comportamiento de inscripción en el RND (13,3% solamente), la respuesta consenso fue el acceso a ciertos beneficios sociales. Dicho comportamiento es principalmente el resultado de la necesidad de contar con la certificación para el acceso a algún beneficio en particular, se menciona frecuentemente, la postulación a ayudas técnicas, la inclusión laboral, el estacionamiento preferente, la postulación a subsidios de vivienda y erróneamente a nivel país existe una confusión en relación a la calificación de la discapacidad para la obtención de la pensión de invalidez.

Sin embargo, respecto a los mismos, la sociedad civil indica que estos son escasos, no responden a la particularidad de todas las discapacidades, ni a las necesidades y características territoriales. Además, un importante grupo de personas con discapacidad señaló la crítica a que los beneficios existentes tienen un corte socioeconómico, lo que le da más peso a la vulnerabilidad que a la discapacidad, percibiendo esto como doble discriminación. Así se cuestiona el que los beneficios asociados a la credencial sean por medio de postulación y no que sean universales.

Así, en los diálogos con personas con discapacidad y representantes de organizaciones de y para PcD fueron categóricos en señalar la percepción de inutilidad del proceso de calificación y certificación, dada la limitada oferta y/o desconocimiento respecto a beneficios que conlleva el estar

inscrito en el RND. Incluso se señala que la credencial, con la información que contiene resultante del proceso de calificación, está siendo utilizada para restringir derechos, dando cuenta de casos en los que para la inclusión laboral se solicita que las personas deben tener cierto grado de discapacidad (leve), lo cual se suma la discriminación mencionada anteriormente.

De esta forma, en general, la percepción con respecto al proceso y a la credencial es que no es garante de beneficios sociales ni asegura el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. La ciudadanía indica que sacar la credencial sólo suma en número, pero no se traduce en acciones para la población, reforzado esto con la sensación del estigma asociado a tener un documento que acredite discapacidad, lo que genera un rechazo en la población, en especial para las discapacidades de origen mental, quienes, de acuerdo a lo anteriormente señalado, se sienten más vulnerables al ser usado el RND para el proceso de interdicción.

En una misma línea de los derechos, existe un disenso en las personas con discapacidad respecto a la información contenida en la credencial, por un lado, se cuestiona la vulneración de derechos al explicitar en un documento público información confidencial, relacionada con el origen y grado de discapacidad y por otro la opinión respecto a que dicha información es necesaria en ésta para, principalmente, visibilizar discapacidades no evidentes. La discusión se amplía no solamente al formato e información de la credencial, sino también al porcentaje de discapacidad resultante de la calificación y la utilidad en el proceso de certificación.

En relación a dicho porcentaje, se manifestó cuestionamiento respecto a su funcionalidad y en un importante número se evidenció la confusión con el porcentaje de invalidez (noción que se confunde con la de discapacidad) por lo que se cree que condiciona el acceso a los beneficios (a menor puntaje menos beneficios) y lo que hace que la calificación a través del IVADEC sea percibida como castigadora de la autovalencia de la persona, lo que da cuenta del desconocimiento del modelo desde donde se define la discapacidad. Debe sumarse, de igual forma, la crítica a la reevaluación, la que tampoco se encuentra funcional, si lo que se pretende con la certificación es el acceso a beneficios y garantía de derechos, además ya que se cuestiona el que se repita el proceso exactamente igual, cuando hay algunas condiciones de salud de carácter permanentes que no tienen ninguna variación y aun así deben volver a ser demostradas.

Expectativas respecto al proceso de calificación y certificación de la discapacidad.

Los resultados de los encuentros a nivel país en relación a lo que se espera del proceso, dan cuenta de una necesidad de que el SCCD esté realmente ligado a la garantía de los derechos y por ende el acceso a beneficios sociales acordes con las necesidades de las personas con discapacidad. De esta forma, las expectativas se pueden agrupar en cuatro ámbitos en los que se mueven las demandas no solo desde la sociedad civil, sino que se refuerzan desde lo manifestado por los referentes técnicos que fueron partícipes de los diálogos. El primero, relacionado con la **gestión del proceso**, en el que se agrupan las demandas para que el sistema sea menos burocrático, instalándolo en un marco institucional más robusto y empoderado en relación a la discapacidad. Ambos actores identifican la necesidad de ampliar la calificación más allá de los establecimientos de salud (dejando de lado el modelo biomédico y posicionando más el biopsicosocial), por lo que se propone fortalecer a las oficinas de la discapacidad, las cuales han ido asumiendo un rol importante, de igual forma otras instituciones públicas dentro de las cuales se mencionan las educativas y en donde se encuentran profesionales competentes que podrían realizar el proceso de calificación, al igual que organizaciones privadas referentes en materias de discapacidad, algunas de las cuales ya son parte del proceso. Esto implica el ampliar la red de calificadores IVADEC, además de fortalecer y posicionarlo en el sector salud.

Del mismo modo, a nivel de gestión se espera que la información solicitada a través de los tres informes de la calificación sea más fácil de obtener, lo que implica la simplificación de los formatos de informes, según mencionan los representantes de organizaciones de y para personas con discapacidad, delimitando la cantidad de documentos solicitados y definiendo criterios estandarizados que no dejen a juicio de cada profesional o COMPIN qué información solicitar.

Un segundo ámbito identificado es la revisión de la **forma en que se evalúa y valora la discapacidad**, frente a esto se puso de manifiesto la necesidad de que se unifiquen criterios para evaluar y calificar, ya que se percibe que este proceso no es uniforme en todos los territorios. Se señala la necesidad de revisar y ajustar el IVADEC, ya que se percibe que no responde a todas las discapacidades y grupos etarios. Otra demanda respecto a la evaluación es la simplificación o eliminación de las

reevaluaciones, puesto que no se entiende la finalidad de que el proceso sea el mismo para condiciones de salud que son permanentes, y el reconocimiento de discapacidades por condiciones como Autismo y Síndrome de Down que no debieran estar dentro de la categoría de mental. Como ya se mencionó, se cuestiona la utilidad dentro de la certificación del porcentaje de discapacidad, frente al cual, existe disenso en relación a su eliminación o no de la credencial, ya que éste tiende a confundir y a ser mal utilizado. Esto se une al tercer ámbito de análisis: el **formato de la credencial de la discapacidad**, frente al cual se espera un mejor manejo de los datos confidenciales, no exponiéndolos públicamente. La sociedad civil coincide en demandar una modernización de ésta, proponiendo por ejemplo que se indique que la persona tiene discapacidad en la cédula de identidad solamente, ya que el resto de información no debiera estar expuesta.

De igual forma, en relación a la certificación, los referentes técnicos, instan a revisar la forma, ya que, si bien con el instrumento IVADEC se intenta acercar un poco más a un modelo biopsicosocial, en esencia la evaluación de discapacidad sigue perpetuando el modelo biomédico por la gran cantidad de información médico-clínica que se solicita y porque finalmente es una comisión médica quién decide si mantiene o modifica la calificación del grado de discapacidad.

Por último, respecto a **la promoción** se espera que se promueva un proceso de educación a la sociedad en general y a las instituciones públicas que sensibilice y eduque en relación a la discapacidad. Se hace énfasis en la capacitación y sensibilización de los profesionales de salud que en algunos casos se han convertido en una de las barreras para que las PcD realicen el proceso de calificación y certificación. De esta forma, se demanda porque el Servicio Nacional de la Discapacidad se fortalezca como la institución que vele porque se garanticen los derechos de las personas con discapacidad.

Así, una vez instalada la temática a nivel país creando una real cultura de inclusión desde el enfoque de los derechos que logre eliminar las barreras asociadas a la estigmatización aún existente se podrá avanzar en hablar e instalar el proceso de calificación y certificación de la discapacidad.

MÓDULO II: nudos críticos y propuestas de solución

A continuación, se presenta la sistematización de las principales temáticas, problemáticas y posibles alternativas de solución identificadas por las 58 mesas realizadas en las 16 regiones de Chile (28 mesas técnicas con representantes de la institucionalidad que contiene el SCCD, de los sectores de salud, educación, desarrollo social, municipalidades entre otros; y 30 mesas de la sociedad civil con representantes de agrupaciones de y para personas con discapacidad).

Se han agrupado en 4 ámbitos, 3 de los cuales se habían definido previamente para facilitar el levantamiento de información (i) promoción, (ii) gestión del Sistema de Calificación y Certificación y (iii) derechos y beneficios; y un cuarto que aparece como parte del análisis realizado tanto por actores técnicos como por la sociedad civil el cual tiene que ver con el enfoque y modelo que hoy en día fundamentan el proceso.

PROMOCIÓN

TEMÁTICA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PROPUESTAS DE SOLUCIÓN
Educación ciudadana en torno a la discapacidad	- La temática de discapacidad no está relevada en la sociedad, lo que se evidencia en el desconocimiento que presentan funcionarios públicos y sociedad civil (principalmente sin discapacidad), afectando directamente el ejercicio de los derechos de las PcD. - Estigma asociado a tener la credencial principalmente en PcD mental, ya que lo asocian a tener un "rótulo". Lo mismo ocurre con los padres de niños con discapacidad.	- Generar instancias de educación y sensibilización sobre la discapacidad, con especial consideración en los siguientes grupos: población sin discapacidad, funcionarios públicos, personas con discapacidad mental, padres de niños con discapacidad y población infantil (educación desde la primera infancia) - PcD como actores activos dentro del proceso de socio-educación - Implementar instancias de educación en búsqueda de crear una cultura en torno a la discapacidad.
Difusión y acceso a la información del SCCD	- No existe difusión del SCCD, y por ende no hay claridad del cómo ni el para qué realizar la acreditación de discapacidad. - La forma de entrega de información no considera el factor territorial (población rural, insular) ni las características de ciertos grupos de la población (analfabetismo, distintos tipos de discapacidad)	- Campañas masivas que logren indicar cómo realizar el proceso y el objetivo de realizar el SCCD, en un lenguaje cercano (menos técnico) para su fácil comprensión. - Campaña de difusión que contemple la variable territorial para poder llegar a todas las personas, en formatos accesibles y variado (no sólo papelería).

Rol SENADIS dentro del SCCD	- SENADIS no se reconoce en ninguna etapa del SCCD a pesar de ser la institución del Estado que vela por los derechos de las PcD y el cumplimiento de la ley 20.422. - SENADIS no reconocido como referente en la materia.	- SENADIS como entidad encargada de la socio-educación en torno a discapacidad y promoción del SCCD en todas las instituciones que son parte del sistema y en la sociedad civil.
-----------------------------	---	--

GESTIÓN DE LA CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN

TEMÁTICA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PROPUESTAS DE SOLUCIÓN
Desconocimiento en la forma de llevar el proceso tanto en la institucionalidad como en la ciudadanía	- Desconocimiento del SCCD y, por ende, de la forma de llevarlo a cabo por parte de la misma institucionalidad que lo contiene (salud) - Trámite largo y engorroso, dependiente de voluntades y de autogestión de todos los actores involucrados en el proceso (funcionarios y PcD). - PcD deben transitar por distintas institucionalidades buscando a los profesionales que puedan completar los formularios del expediente. - Implementación del SCCD actual no considera lineamientos claros desde nivel central ni reconoce las diferencias territoriales del país, haciendo que cada	- Generación de lineamientos en torno al SCCD y creación de protocolo/reglamento desde nivel central que mandate el proceso, estandarice los tiempos y que declare los roles de cada actor involucrado en las distintas etapas. - Fortalecimiento del trabajo intersectorial en torno a la discapacidad en los territorios para lograr un real posicionamiento del SCCD.

	localidad, y por iniciativa propia, deba crear estrategias para llevar el proceso.	
Oficinas de discapacidad como actores dentro del SCCD	- No se reconoce a las Oficinas de discapacidad como entidad calificadora, pese a que éstas han tomado el rol de articulador, coordinador y en muchos casos, de ejecutor dentro del SCCD en sus comunas, haciendo en muchos casos, más eficiente el proceso para las PcD.	- Otorgar facultades a las oficinas de discapacidad para que sean un actor reconocido dentro del SCCD y tengan un rol de articulador de la red local de discapacidad en torno al proceso. - Reconocerlas como entidades calificadoras
Formato Informes Biomédico Funcional y Social y Redes de Apoyo	- Formatos de los Informes Biomédico Funcional e Informe Social y Redes de Apoyo excesivamente largos, se solicita mucha información que no es utilizada posteriormente en la certificación o en casos, como PcD mental o sensoriales, opciones incluidas en los informes no son aplicables.	- Revisión y rediseño de los formatos de informe, buscando acotarlos y que sean representativos para todos los tipos de discapacidad. - Revisión de utilidad de Informe Social y de redes.
Dificultades con el Informe Biomédico Funcional	- Informe Biomédico Funcional como barrera para completar el expediente, por la dificultad de acceso a especialistas, médicos que realizan de forma incompleta el documento (falta de información, información incongruente con documentación complementaria) o que se	- Capacitar a profesionales médicos en la forma correcta de completar el documento, además de que lo reconozcan como parte de sus obligaciones en las prestaciones entregadas.

	niegan a realizarlo al no reconocerlo como parte de sus funciones. - Disparidad de criterios a nivel nacional en relación a qué profesional puede completar y firmar el IBF	- Crear estrategias en conjunto con el Colegio Médico para relevar la temática. - Validación del diagnóstico entregado por médico general, considerando la dificultad de acceso a médicos de especialidades. - Definición clara de qué profesionales pueden completar y firmar el IBF.
IVADEC	- Calificador IVADEC sin dedicación exclusiva ni obligación real de aplicar el instrumento al no estar incorporado en la programación ni en las metas de salud. - Prestación sujeta a la voluntad de la autoridad del establecimiento de salud para determinar su ejecución y a la voluntad del calificador para gestionar cómo se llevará en la agenda. - Se generan capacitaciones, sin embargo, no todos los calificadores se encuentran activos (por gestión de agenda o rotación de profesionales), generando pérdida del recurso.	- Incorporación de la calificación de discapacidad dentro de las metas sanitarias. - Aumento del recurso humano en los equipos de salud para dedicación del SCCD. - Ampliar la calificación de discapacidad a sectores fuera de salud, incorporando a la red de educación, oficinas de discapacidad, ONG, fundaciones y otros que se estimen competentes. - Plataforma que identifique a los calificadores y dónde están, para realizar derivaciones efectivas y evitar el transitar entre instituciones de las PcD.

Capacidad de respuesta de COMPIN con aumento de la demanda	- Dificultad de unidades de discapacidad COMPIN para dar abasto a un aumento de la demanda en caso de que esto ocurra producto de una efectiva campaña promocional del SCCD.	- Fortalecimiento de las unidades de discapacidad de COMPIN, particularmente con recurso humano para poder solventar la demanda y cumplir con los tiempos establecidos para la certificación.
--	--	---

DERECHOS Y BENEFICIOS

TEMÁTICA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PROPUESTAS DE SOLUCIÓN
Acceso a oferta de beneficios	- Beneficios no son universales: (i) Son postulables. (ii) Acreditar la condición de discapacidad no es suficiente ya que además se realiza un corte por vulnerabilidad social. (iii) Lo anterior genera desincentivo en quienes no son parte del 40% más vulnerable. (iv) No consideran a todas las discapacidades	- Aumentar cobertura de beneficios, que no sea por corte social. - Garantía de acceso a beneficios sin necesidad de que la persona deba pasar por un proceso de selección. - Ampliación de oferta de beneficios para todos los tipos de discapacidad.
Desconocimiento de la oferta de beneficios asociados a la credencial	- Beneficios poco claros, escasos, no se conoce la totalidad de la oferta pública. - Oferta no es acorde a todas las realidades territoriales (urbano vs rural), a todos los	- Generación de documento informativo que indique claramente toda la oferta de beneficios a la que pueden optar las PcD estando en el RND.

	tipos de discapacidad, ni a las necesidades más inmediatas o del día a día.	- Beneficios más atractivos y acordes a las necesidades de la población con discapacidad (ej. Rebaja transporte público).
Objetivo de la credencial de discapacidad	- Credencial de discapacidad no es reconocida como una herramienta que garantiza el ejercicio de los derechos de las PcD, sino que es vista como un elemento para postular a algunos beneficios.	- La credencial y estar el RND debe permitir la garantía de derechos - Definición del para qué la existencia de la credencial: definir su objetivo y utilidad.
Formato de la credencial de discapacidad	- Formato de la credencial es considerado inadecuado, principalmente por la gran cantidad de información sensible y confidencial contenida en él. PcD consideran que exponer de tal forma toda su información vulnera sus derechos.	- Generación de credencial con código QR que permita obtener la información necesaria a quién la requiera, sin necesidad de exponerla. - Incorporación de la acreditación de la condición de discapacidad en la cédula de identidad.

EVALUACIÓN - MODELO

TEMÁTICA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PROPUESTAS DE SOLUCIÓN
Instrumento IVADEC	- IVADEC: (i) Preguntas por cada código a evaluar no acordes a todos los tipos de discapacidad, requiriendo adaptaciones constantes de las mismas.	- Revisión del instrumento, para que se adapte a todos los orígenes de la discapacidad (manteniendo su lógica acorde a modelo biopsicosocial)

	(ii) No se conocen los criterios utilizados para los rangos etarios establecidos en el instrumento.	- Generar capacitaciones para los calificadores IVADEC y aunar criterios para la forma de adaptar las preguntas.
Modelo biomédico vs modelo biopsicosocial en el SCCD	- Percepción de estar perpetuando el modelo biomédico en la calificación y certificación, particularmente por: (i) La gran cantidad de información médica solicitada en la etapa de calificación para crear el expediente. (ii) No existe claridad de los criterios utilizados por la comisión médica al certificar la condición (particularmente por las modificaciones que se realizan a los resultados del IVADEC)	- Generar instancias de capacitaciones a profesionales médicos, y que esto incluya a los médicos contralores de las comisiones COMPIN, respecto a la forma de evaluar discapacidad bajo el modelo biopsicosocial, de manera de resguardar que sea éste el que impere tanto en la calificación como en la certificación de la discapacidad. - Fortalecer mesas de trabajo intersectorial en los territorios en torno a la discapacidad, donde se haga énfasis en que el trabajo que se realice, donde se incluye el SCCD, sea bajo el modelo biopsicosocial y resguardando los derechos de las PcD.
Porcentaje de discapacidad y reevaluación	- No se entiende el propósito del porcentaje de discapacidad y la necesidad de reevaluación, lo que genera la percepción de que esa información clasifica/discrimina a las PcD.	- Educar sobre la forma en que se califica y valora la discapacidad (modelo)

		- Analizar la real utilidad de que esa información se encuentre en la credencial, lo que debe ir en línea con el objetivo o el para qué de realizar el proceso de calificación y certificación.
--	--	---

CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis de la información levantada a nivel país en relación al Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad, es posible concluir desde las cuatro dimensiones en las que se desagregó la discusión y que permitieron tener una mirada más amplia en relación a la demanda social existente frente al proceso.

Así, en relación a **la promoción**, fue posible identificar desde el relato de los actores que la temática de discapacidad no está relevada en la sociedad civil, traduciéndose en desinformación con respecto al cómo y para qué hacer el proceso de calificación y certificación de discapacidad. Particularmente con los funcionarios públicos, se demanda un proceso de educación ya que su baja sensibilización en relación a la discapacidad y desinformación respecto al SCCD afecta a las PcD en su ejercicio de derechos y acceso a beneficios. Se identifica también que, si bien son, en algunos casos, las personas de las mismas agrupaciones de y para PcD las que orientan sobre el proceso, persiste en ellos la información de la ley 19.284 para el SCCD, generando confusión y errores en la interpretación de lo que la evaluación entrega. Otro aspecto fundamental es la estigmatización ligada aún a la discapacidad, principalmente a aquella de origen mental, la cual hoy en día sigue siendo una de las principales barreras que limitan el proceso de calificación y certificación de la discapacidad.

Respecto a la **gestión del proceso** se evidencia que el SCCD actualmente es considerado largo y engorroso tanto por la ciudadanía como por los representantes de instituciones que lo contienen. Éste no se encuentra posicionado como prioridad dentro de las prestaciones de salud, por lo tanto, se hace dependiente de voluntades y de autogestión de los equipos de salud y de los ciudadanos, sumado a que no se identifican protocolos y directrices que orienten el proceso. De igual forma, se enfatiza en que al no tener asociado el proceso de calificación a metas sanitarias ni a inyección de recursos en los establecimientos de salud que lo contienen, es difícil que la temática pueda relevarse dentro de las responsabilidades de los profesionales. Particularmente, se menciona al estamento médico como la principal barrera en la calificación ya que generan dificultades para la obtención del Informe Biomédico Funcional, al no reconocer su rol dentro del SCCD y perpetuando un modelo de atención centrado en lo biomédico. Del mismo modo, se identifica la dificultad para levantar el IVADEC al existir una escasa red de calificadores activos.

Al hablar de los **derechos y beneficios**, es consenso nacional que el Registro Nacional de la Discapacidad no es reconocido como un instrumento que garantice los derechos de las personas con discapacidad, incluso en algunos casos se percibe como mecanismo para restringir derechos (proceso de interdicción) y pese a que se identifica que a través de éste se puede acceder a algunos beneficios o prestaciones sociales, estos son valorados como escasos y no ajustados a todas las discapacidades. Se cuestiona que la oferta pública sea por medio de postulación y no universales, y está la sensación en la ciudadanía que tiene más peso la condición socioeconómica entregada por el Registro Social de Hogares que la acreditación de la condición de discapacidad, generando además desincentivo en aquellas personas que no son parte del 40% más vulnerable de la población.

Por último y como dimensión emergente a partir del análisis del proceso de calificación y certificación, respeto a la **evaluación y modelo** que la fundamenta, si bien se reconoce que la forma de evaluar la discapacidad ha tenido avances con respecto a la ley 19.284 con el uso del instrumento IVADEC- CIF, pese a que este es cuestionado principalmente por la percepción de que no se ajusta a todos las discapacidades, se identifica que el modelo biomédico sigue prevaleciendo por la gran cantidad de información médico-clínica que se solicita y por identificar el proceso de certificación esencialmente como un procedimiento “médico-administrativo” (Decreto 47 que reglamenta el proceso).

De esta forma, como resultado del proceso de levantamiento de nudos críticos y posibles alternativas de solución desde las dimensiones antes señaladas, es importante señalar que hay tres líneas en las que se mueve el diagnóstico, una relacionada con la gestión del proceso, cuyas alternativas de solución tienen que ver con hacer éste más eficaz y eficiente, disminuyendo la percepción de engorroso y extenso y así haciéndolo más amigable con las personas; la segunda con la forma en que hoy en día se determina la existencia de discapacidad en Chile, aquí los nudos críticos identificados tienen relación con el modelo que se usa para calificar y por ende las propuestas de mejora tienen que ver con la revisión de los aspectos más de fondo (además de la forma), y la tercera vinculada con la funcionalidad del proceso, en cuanto a garantía de los derechos de las personas con discapacidad como al acceso a beneficios sociales acordes con sus necesidades.

RECOMENDACIONES

A partir del levantamiento diagnóstico nacional que identificó la demanda social existente en materia del SCCD es posible identificar tres líneas en las cuales se debe orientar la generación de estrategias del Plan Nacional de Calificación y Certificación de la Discapacidad, una desde la mejora de la manera de gestionar y promocionar el proceso, cuyas acciones en concreto serían más de corto plazo de ejecución, otra desde una revisión del fundamento, donde se examine el modelo que orienta el proceso de calificación y certificación de la discapacidad y el para qué de éste, cuya implementación de estrategias estaría más a un mediano-largo plazo y una última, transversal a las ya mencionadas que tienen relación con el proceso vinculado con la garantía de derechos y acceso a beneficios.

Promoción	Gestión del Proceso	Derechos y Beneficios
Acciones que contribuyan a la mejora del proceso, haciendo este más eficiente.		Revisión de la Oferta (solamente 18 Programas y 9 iniciativas sociales dirigidos a PcD) Evaluar la Ley 20.422 a 10 años de su promulgación
<i>La promoción debiera ser liderada por el SENADIS, mientras que las acciones de mejora de la gestión serán competencia del MINSAL (marco institucional que contiene el proceso)</i>		<i>Instalar discapacidad como grupo prioritario dentro de los programas sociales.</i>
Corto – Mediano Plazo		

A nivel de **promoción**, las acciones deben estar orientadas a la generación de una cultura inclusiva a nivel país que instale la temática de discapacidad y elimine las barreras asociadas a la estigmatización y discriminación que aún persisten. Ésta es la base que permitirá hablar y posicionar el proceso de calificación y certificación. Se entiende que esta línea debe estar liderada por el Servicio Nacional de la Discapacidad como organismo estatal referente en la materia, demanda presente en los diálogos.

En relación a los **derechos y beneficios**, se exige una revisión de la oferta pública, puesto que ésta es considerada como escasa desde las personas con discapacidad. A partir de esto señalar que se realizó un ejercicio de revisión de todos los programas e iniciativas sociales del Banco Integrado de Programas Sociales del MDSyF, identificando la oferta real, a partir del cual se obtuvieron los siguientes resultados.

Total, programas sociales revisados: 332

OFERTA DE PROGRAMAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD BASE DE DATOS DEL BIPS

TOTAL D+I		DIRECTA (D)				INDIRECTA (I)			EXCLUYENTE
	TOTAL	PcD	Organismos públicos o de la SC que atienden a PcD	Ambos	Indica Origen de Discapacidad	TOTAL	Grupo priorizado	Incluyen la discapacidad como variable para priorizar	
47	18	7	10	1	10	29	5	13	2
	38%	15%	21%	2%	21%	62%	11%	28%	4%

Total, iniciativas revisadas: 116

OFERTA DE INICIATIVAS SOCIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD BASE DE DATOS DEL BIPS

TOTAL D + I + C	DIRECTA (D)			INDIRECTA (I)			Beneficio para cuidador PcD (C)
	Total	PcD	Organismos públicos o de la SC que atienden a PcD	Total	Grupo Priorizado	Incluyen la discapacidad como variable para priorizar	
15	9	9	0	5	4	1	1
	60%	60%	0%	33%	27%	7%	7%

La revisión de los programas e iniciativas sociales permitió identificar que solamente existen 18 programas sociales y 9 iniciativas dirigidos a personas con discapacidad. Si se hace una revisión más a fondo de los programas solo 7 son de beneficio directo a la persona, mientras que los otros están diseñados para organismos públicos o de la sociedad civil que atienden a PcD. No obstante, es importante señalar que para efectos de análisis se hizo una clasificación de la oferta en directa e indirecta. Se hace referencia a la oferta directa, como todos aquellos programas e iniciativas sociales destinados a las personas con discapacidad, ya sea a través de organismos públicos que implementen proyectos para su beneficio o directamente para las personas, mientras que la indirecta es aquella oferta que no se dirige

exclusivamente para discapacidad, pero que la ubica como grupo priorizado o variable a considerar para priorizar.

De esta forma, si se considera la oferta total directa de los 332 programas sociales solamente 47 son o consideran la discapacidad, y de los cuales 29, es decir, el 62% son beneficios no exclusivos, sino que la ubican como una de las poblaciones a priorizar, siendo solamente un 38% de estos programas diseñados para responder a las necesidades de la población con discapacidad. La situación se invierte en el caso de las iniciativas, las cuales entre directas e indirectas suman 15, de las cuales el 60% tienen a las personas con discapacidad como única población objetivo.

Por último, relacionado a la **gestión del proceso**, la construcción de estrategias debe considerar la necesidad de reforzar a nivel de la red de salud (autoridades y funcionarios) el modelo desde el que se trabaja y evalúa la discapacidad, buscando que impere el modelo biopsicosocial frente al biomédico, así como también, la generación de lineamientos claros y un protocolo que busque estandarizar y generar una base de trabajo donde se determinen claramente los actores involucrados y su rol, las acciones a realizar y los tiempos establecidos para ello, buscando ser más eficientes tanto en la resolución por parte de los funcionarios como en la gestión para los ciudadanos que buscan acreditar su discapacidad. Todo lo anterior, demanda la necesidad de que la temática de discapacidad se encuentre relevada dentro de la red y en todos los profesionales, no sólo en los calificadores IVADEC, incorporando los 3 niveles de atención.

Por otro lado, respecto a la línea de **evaluación del modelo**, es importante considerar un trabajo que permita la revisión del paradigma que actualmente fundamenta el proceso y la forma en que se está operacionalizando. De igual forma, esta línea es una invitación a nivel de los sectores involucrados de identificar la finalidad de la calificación y certificación de la discapacidad. Si se considera la demanda social, implica pensar y determinar si el SCCD actualmente tiene un fin social (acceso a derechos y beneficios) y/o un fin sanitario (atención en salud: rehabilitación, entre otros).

Evaluación del Modelo
<i>Revisar el Paradigma que fundamenta el proceso.</i>
<i>Identificar la finalidad de éste y por ende el rol de la institucionalidad que lo debe contener (Fin Social – Fin Sanitario)</i>
<i>Revisar el rol del MDSyF en la certificación de la discapacidad.</i>
Largo Plazo

Para finalizar a partir del análisis geoespacial y del levantamiento diagnóstico regional, se destaca que el **componente territorial** para la instalación y ejecución del SCCD es fundamental para alcanzar un óptimo impacto en los usuarios activos y potenciales conforme a realidad de cada territorio, en el que la identificación de los actores, sus roles, responsabilidades y alcances dentro del mismo, pueden crear sinergia en la distribución de los recursos (humanos y de operación) y el fortalecimiento de la red a nivel comunal y/o regional, y por tanto lograr una extensa cobertura territorial del proceso, facilitando así el acceso de los usuarios y su óptima culminación.

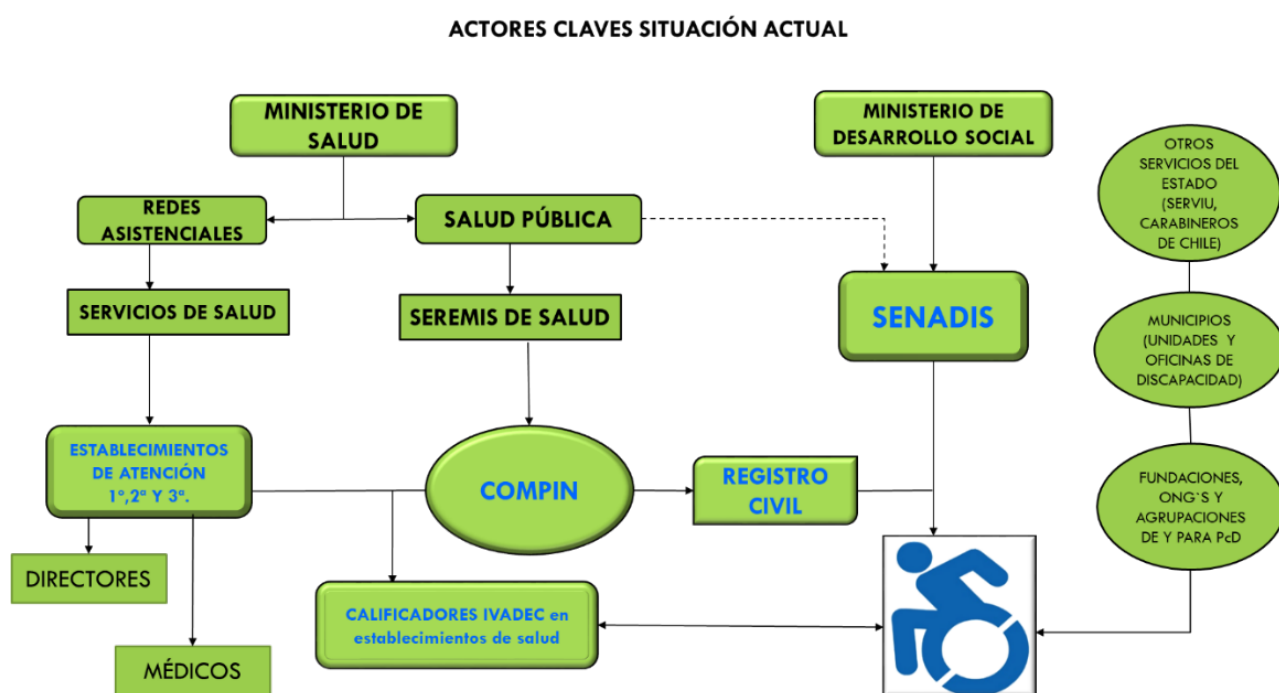
En término prácticos, las estrategias a desarrollar desde la línea de la gestión y promoción, deben orientarse a promover la instalación de una red de discapacidad entre todos los actores e instituciones identificados como partícipes del proceso de calificación y certificación en el territorio (Ejemplo: Ilustración 1), en el que cada uno asume roles y responsabilidades con miras a instalar y abarcar todas las vías de acceso posible al proceso, y muy particularmente a la promoción y calificación, ya sea mediante la red de salud comunal, o por las instituciones comunitarias públicas y privadas que existen en el territorio (Oficinas de Discapacidad, Escuelas Especiales, Escuelas PIE, Residencias y Centros de rehabilitación comunitarios municipales o de ONG`s), las que en general cuentan con aquellos recursos que escasean en el sistema de salud público, que es el que contiene actualmente el proceso.

De esta manera, se comprende que la principal escala de trabajo, debe ser la escala comunal, ya que, si ésta funciona bien, los recursos regionales o de mayor escala como hospitales, COMPIN, y servicios públicos de alcance regional disminuirían la actual concentración de la demanda por calificación existente, permitiendo la eficiente ejecución de sus labores fundamentales (rehabilitar, certificar, otorgar horas de especialidades, etc.)

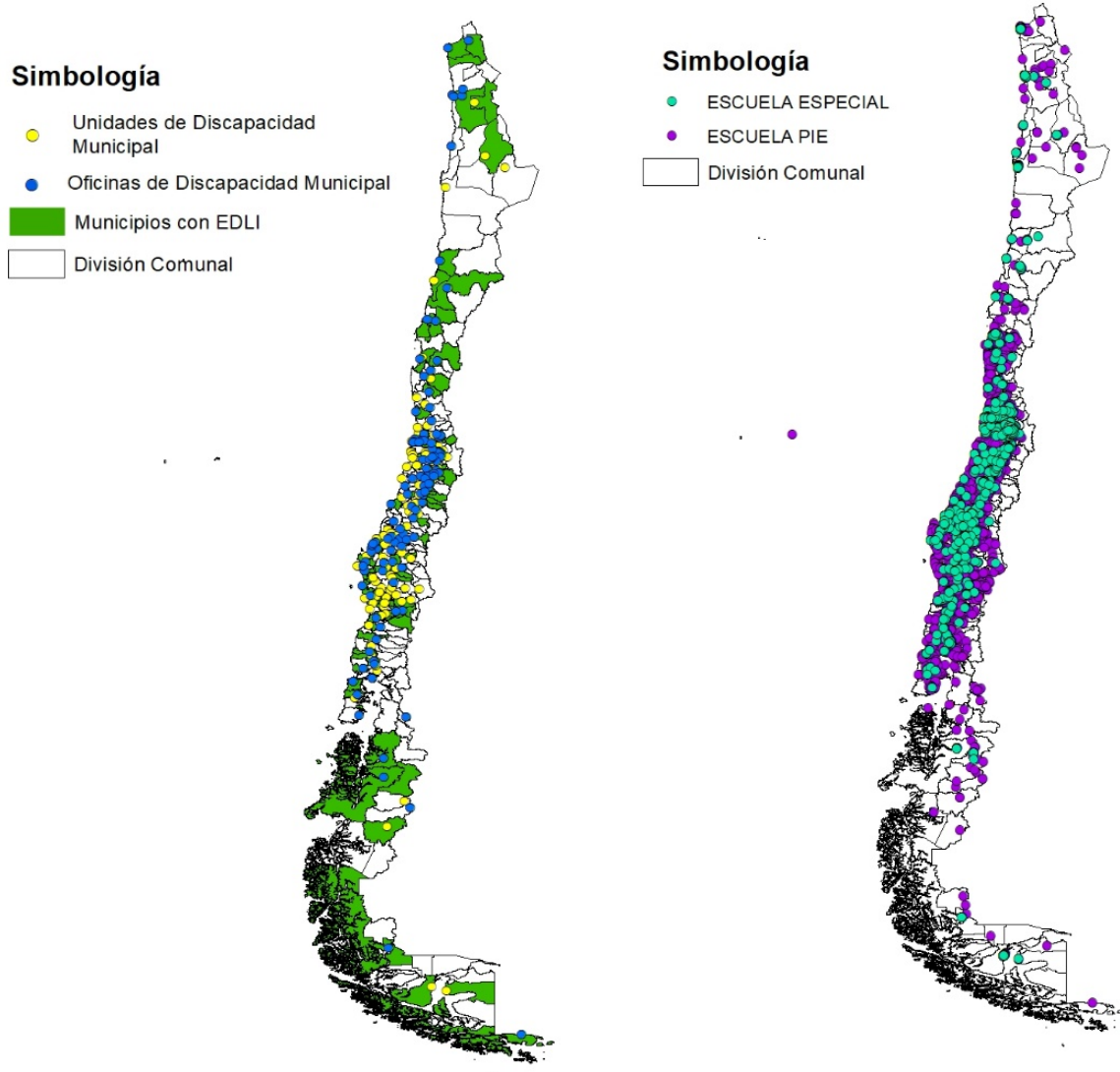
En virtud de las disparidades territoriales entre las 16 regiones y al interior de las mismas (contraste urbano-rural), así como de las diferencias en cuanto a disponibilidad de recursos asociados a las instituciones que conforman la red, a su distribución heterogénea en el espacio comunal, y al conocimiento cabal del funcionamiento de cada territorio por parte de los organismos técnicos y comunitarios, es que se recomienda que las estrategias permitan extender la facultad de calificación a los equipos territoriales que conforman la red de discapacidad en el extra-sistema, y dotar de autonomía a la hora de elaborar estrategias de promoción y calificación, siempre y cuando éstas vayan de la mano con la estandarización del proceso, respetando los protocolos de acción.

Esta autonomía no debe entenderse como la dotación de poderes de decisión sobre la forma como opera o debe ejecutarse el proceso, sino más bien y únicamente a la elaboración e implementación de estrategias de inserción territorial que faciliten el proceso de calificación y certificación, para que la experiencia del usuario sea satisfactoria, reconociendo las barreras territoriales a las que se enfrentan los usuarios con discapacidad para la realización o culminación del proceso.

Ilustración 1. Actores claves de la red de discapacidad identificados en los territorios.



Mapa 6 y 7. Instituciones del extra sistema que son parte de la red de discapacidad en el territorio.



METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DEL ANÁLISIS TERRITORIAL

Para la elaboración del análisis geoespacial, que fue parte de los primeros insumos levantados a partir de esta etapa diagnóstica, se definieron las variables que daban cuenta por una parte de la distribución territorial del RND a nivel regional y comunal, así como la localización espacial del proceso de calificación y certificación a partir de los actores e institucionalidad que forman parte de este proceso en el territorio. Dicho análisis fue levantado y realizado en tres escalas: nacional, regional y comunal, con los niveles de detalles. Paralelamente, y a partir de las primeras impresiones que nos arrojaron las pasantías hechas en algunos territorios nacionales, en las que se entrevistó a referentes municipales y de salud en materia de discapacidad, se detectaron otros actores, principalmente del extra-sistema, que participan directa o indirectamente del proceso de calificación y certificación de la discapacidad, fundamentalmente en la promoción y difusión del mismo, por lo que se requirió del levantamiento de otras instituciones ajenas al sector salud.

Luego de la identificación de las principales variables, que a nivel territorial se identifican como instituciones o establecimientos en formato de puntos, en una primera instancia se hizo revisión de la cartografía digital existente en materia de salud primaria, secundaria y terciaria en el banco de datos e información territorial del Sistema Nacional de Coordinación de Información Territorial (SNIT), a través de su plataforma pública de Infraestructura de Datos Espaciales (IDE)⁵.

A partir de esta revisión, se contó con las bases de datos georreferenciadas de:

- **Los establecimientos primarios de salud pública (APS)** reconocidos por el Ministerio de Salud a nivel urbano (859) y rural (1.144 postas rurales) registradas al 2018 identificados a escala comunal;
- **Los establecimientos secundarios de salud pública**, 125 en total dentro de los que se encuentran los centros de salud mental (COSAM) además de centros que atienden especialidades médicas de otro tipo, bancos de sangre, centros de referencia, etc, identificados a escala comunal.

⁵ El IDE es una plataforma web pública administrada por el Ministerio de Bienes Nacionales en la que se recopila toda la información territorial digital creada en y para el Estado, cuya información pasa por un filtro de validez y estandarización, para luego poner a disposición pública las capas o cartografía digital en el sitio web del IDE.

- Los **establecimientos terciarios de salud pública**, es decir, los 196 Hospitales públicos de alta, mediana y baja complejidad a nivel nacional, identificados a escala comunal.

Sin embargo, para efectos de análisis del proceso, la información requerida apuntaba sólo a la identificación de determinados establecimientos, que son los que actualmente forman parte del proceso mismo. Es así que a las capas de los establecimientos de salud (1º, 2º y 3º) se le realizaron filtros dejando fuera a los establecimientos primarios de urgencias (SAPU y SAMU) y a los centros de especialidades que no fuesen de salud mental. De igual manera, se actualizó la base datos de estos centros, dado que sólo registraba los COSAM hasta octubre del 2018, por lo que fue necesario georreferenciar los COSAM, CESAM y CSMC o similares que se crearon con posterioridad a esta fecha. Esto último se requirió ya que en el listado de calificadores IVADEC solicitado a las comisiones y subcomisiones de discapacidad del COMPIN, figuraban profesionales que se encuentran trabajando en los nuevos centros de salud mental o que, ya existiendo, no figuraban en la base de datos del MINSAL de ese año.

Una vez filtradas las bases de datos georreferenciadas, y, a partir de la información entregada por la Mesa Técnica que se desarrolla paralelamente a la etapa diagnóstica, se pudo constatar que no todos los establecimientos de salud y profesionales que en ellos trabajan, participan del SCCD, por tanto, se fijaron criterios para una nueva fase de filtrado con el objetivo de poder identificar a los actores y establecimientos efectivos que hoy son parte del proceso.

Los criterios considerados para el caso de los establecimientos de salud fueron:

- Que dicho establecimiento contase con estrategia de rehabilitación (RBC, RI o RR) y por tanto, un equipo de profesionales de rehabilitación. Esto, dado que a nivel ministerial (MINSAL) la instrucción inicial para la ejecución del PCCD fue que éste se realizara a través de los equipos de rehabilitación.
- Que los establecimientos contasen con calificador IVADEC activo, ya sea al interior de los mismos equipos, como en otras dependencias dentro del mismo establecimiento. La definición de este último criterio se estableció a partir de un primer filtro a la base de datos de calificadores IVADEC entregada por COMPIN, la que figuraba con cerca de 3000 profesionales capacitados desde el 2012 a la fecha de inicio del diagnóstico. Sin embargo, esta base incluía a profesionales que ocupan cargos administrativos y/o no están habilitados por normativa para calificar. Por tanto, se solicitó a los equipos de discapacidad de las COMPIN distribuidas a lo largo de todas las regiones, que

actualizaran el listado de calificadores activos, vale decir, que se encontraran laborando en algún establecimiento de salud pública a la fecha, que su profesión fuera de las habilitadas por normativa para aplicación de IVADEC (Médicos, Enfermeras, Terapeutas Ocupacionales, Kinesiólogos, Fonoaudiólogos y Psicólogos) y que contaran con autorización del establecimiento de salud para aplicar el IVADEC. Si bien éste último requisito no fue considerado por todas las subcomisiones, al menos se filtró entre los profesionales que, contando con la capacitación, podrían aplicar el IVADEC en el caso de ser requerido por un usuario o de realizar ciertos ajustes administrativos.

De los actores e instituciones identificadas como parte de la red de discapacidad a nivel territorial, se levantaron otras cartografías digitales a partir de las bases de datos del MINEDUC y de SENADIS, además de agregar atributos a las ya existentes. De esta manera, se georreferenciaron las siguientes unidades:

- **Registro Nacional de la Discapacidad (RND).** Cartografía generada a partir de la base de datos trimestral entregada por el Registro Civil, que da cuenta del número de PcD inscritas en este registro por comuna a nivel nacional.
- **Unidades de Discapacidad Municipal (UDIS).** Registradas en base a un cuestionario auto reportado en el que los propios municipios daban cuenta de sus iniciativas en materia de discapacidad, diferenciando aquellos que cuentan con Oficinas, Planes, Programas o Departamentos con algún encargado en materia de discapacidad de los que no la tienen. De esta manera, de las 345 comunas levantadas a fines del 2018, sólo 258 declararon contar con alguna iniciativa a nivel municipal de manera constante.
- **Oficinas de Discapacidad Municipal (ODIS).** De las UDIS anteriores, se extrajo una nueva capa que considera sólo aquellos municipios que cuentan con Oficina de Discapacidad dedicada exclusivamente a trabajar la temática discapacidad, contando con algún profesional dedicado a atender al público objetivo, además de realizar otras funciones en torno a la discapacidad sea a tiempo completo o media jornada.
- **Estrategia de Desarrollo Local Inclusivo (EDLI) en los municipios.** La información de las UDIS fue complementada ingresando un nuevo atributo a la base que considera la adjudicación de la Estrategia de Desarrollo Local Inclusivo (EDLI) en los municipios, dado que algunas de las Oficinas de discapacidad existentes en la actualidad, surgieron a partir de los fondos entregados por la EDLI, los

que sólo se asignan por un año y por una única vez. Sin embargo, dentro de sus objetivos se considera la contratación de profesionales para que logren establecer una unidad (oficina) de discapacidad y que luego esta iniciativa sea continuada con fondos municipales.

- **Escuelas Especiales y Escuelas PIE registradas a diciembre del 2018.** Estas cartografías digitales se extrajeron directamente del IDE, con fuente del MINEDUC. Y detalla las escuelas especiales y PIE existentes por comuna. El análisis de estas últimas será explorada en detalle en la última sección (Propuestas). Ya que al igual que las Oficinas de Discapacidad, surgieron a partir de los levantamientos diagnósticos como otro actor importante en la red de discapacidad territorial dado que son los que en general realizan la detección temprana de la discapacidad en aquellos niños y adolescentes que no ingresan por el sistema de salud, además de contar con los profesionales idóneos para calificar, pero que actualmente se han visto restringidos por las especificidades de la normativa vigente.

Con toda la información anterior levantada y cartografiada, se pudo realizar el análisis de la red de discapacidad en los territorios regionales con interpretación a nivel comunal, con la intención de poder identificar correlaciones espaciales y patrones territoriales entre la distribución territorial del RND y la presencia y distribución en la comuna de las unidades que conforman la red de discapacidad actualmente.

ANEXO 2 Pauta Metodológica Jornada Regional de Revisión y Análisis del Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad

Pauta Metodológica Jornada Regional de Revisión y Análisis del Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad

Objetivo

Asegurar la participación de actores institucionales claves (Municipalidad, Seremis, COMPIN, Direcciones Regionales, salud, entre otras), de organizaciones de y para personas con discapacidad y de la sociedad civil, en la definición e identificación de los principales desafíos que implica el Plan Nacional de Calificación y Certificación de la Discapacidad.

Resultados Esperados

- Establecer consensos respecto de los principales desafíos que deberá abordar el diseño, implementación y ejecución del Plan Nacional de Calificación y Certificación.
- Levantar requerimientos técnicos, operativos y diagnósticos, así como las fortalezas y oportunidades territoriales que orienten la generación de líneas estratégicas, objetivos y acciones del Plan Nacional de Calificación y Certificación de Discapacidad.

Metodología

Descripción: *Se realizará una jornada de diálogos participativos por región.*

Duración: *Media Jornada - 9:30 a 13:00 horas*

Participantes: *Autoridades, Instituciones y Personas invitadas (convocatoria masiva de 100 asistentes aproximadamente)*

Trabajo grupal: Mesas de trabajo (10 participantes máximo por mesa)

Se desarrollarán mesas de trabajo por actores que faciliten el diálogo en torno a cada ámbito planteado, identificando los principales nudos críticos del proceso para, posteriormente, proponer las posibles alternativas de solución. Para ello se dividirá la discusión en dos módulos de trabajo:

- **I Módulo:** *La discusión se centrará la identificación del grado de conocimiento, percepción y expectativas en torno al proceso de Calificación y Certificación de la Discapacidad. Este módulo se desarrollará durante la primera mitad de la mañana.*
- **II Módulo:** *La discusión se centrará en la identificación de problemáticas por cada ámbito y la definición de posibles alternativas de solución mediante la formulación de ideas y propuestas de mejoramiento de los procesos que actualmente componen el Sistema de Calificación y*

Certificación. Este módulo se desarrollará durante la segunda mitad de la mañana.

Se trabajará en, al menos, 4 mesas (dependiendo de la cantidad de asistentes):

- a) Una mesa sobre la temática de Promoción.*
- b) Una mesa sobre la temática de Derechos y Beneficios*
- c) Dos mesas acerca del Proceso de Calificación y Certificación.*

Cabe mencionar que las primeras 2 mesas (ámbitos Promoción; Derechos y Beneficios) serán para actores representantes de la sociedad civil, mientras que las mesas de Calificación y Certificación serán trabajadas por sociedad civil y representantes técnicos (una mesa por cada grupo). La cantidad de mesas y de participantes por mesa de trabajo puede variar dependiendo de la convocatoria y asistencia en cada región.

Plenario:

Al finalizar el trabajo grupal por mesa, se realizará una presentación de las tres principales temáticas consensuadas en cada grupo (problemática y alternativa de solución) a través de la designación de un expositor por mesa. Éste último deberá exponer frente a toda la audiencia los consensos de la mesa e ideas de fuerza en no más de 5 minutos.

ETAPAS DE DESARROLLO

1) Etapa preparatoria

Se enviará a todas las Direcciones Regionales del Servicio Nacional de la Discapacidad, una minuta de posición que deberá ser remitida a los distintos actores, tanto técnicos como de la sociedad civil, convocados a los diálogos. Dicha minuta contendrá información de contexto sobre el Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad con el fin de informar a los actores sobre la materia a trabajar en las jornadas.

El objetivo de la minuta de posición será que los distintos actores puedan consensuar posiciones sobre la temática principal (Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad), de manera que las opiniones que se planteen posteriormente en los diálogos sean representativas de la institución, organización y sociedad civil respectivamente.

De igual forma, las direcciones regionales deberán organizar la distribución de los actores en las respectivas mesas temáticas, garantizando la división de mesas ciudadanas, conformadas por los representantes de las organizaciones de y para personas con discapacidad y mesas técnicas,

conformadas por los referentes técnicos de las distintas instituciones, de modo de facilitar la organización el día de la jornada.

Se deberá resguardar la organización de las mesas de la siguiente forma

Ámbitos	Mesas
PROMOCIÓN	Mesas ciudadanas
DEREHO Y BENEFICIOS	
CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN	Mesas Ciudadanas Mesas Técnicas (Referentes técnicos y Académicos)

De igual forma, las direcciones regionales deberán apoyar con la identificación de los apoyos técnicos para las jornadas, quienes cumplirán un rol fundamental en el desarrollo del trabajo grupal.

APOYOS TÉCNICOS JORNADA:

ROL	PERFIL	FUNCIONES
1 Facilitador por cada mesa de trabajo	Profesional preferiblemente de SENADIS con conocimiento de la temática y los objetivos claros de la jornada. Con habilidades de comunicación efectiva y manejo de grupo.	-Realizar la introducción de los objetivos de cada módulo de trabajo. -Incentivar la participación de todos/as los/as participantes de la mesa. -Guiar la conversación en torno a la temática objetivo -Realizar análisis y síntesis de lo discutido en la mesa. -Facilitar consensos dentro de la mesa. -Manejo del tiempo de trabajo. -Promover que la mesa designe un expositor para el plenario. -Facilitar la identificación de las tres temáticas de mayor consenso en la mesa para la exposición en el plenario.
1 Secretario Técnico por cada mesa de trabajo	Profesional con buena redacción y caligrafía, con capacidad de análisis y síntesis.	- Completar la hoja de identificación de la mesa con la información de los participantes. - Recoger en apoyo con el facilitador y consignar de forma clara, en las matrices de cada módulo, los resultados de las discusiones generadas en la mesa (Modulo 1 respuestas de preguntas, y Módulo

		2 temáticas, problemas y alternativas de solución) - Identificar en conjunto con el facilitador las tres temáticas de mayor consenso para exponer en plenario, escribiendo las ideas en la lámina PPT. - Resguardar la hoja de identificación junto con las hojas de los resultados de la discusión de los dos módulos de la mesa y entregar a encargado de SENADIS al finalizar jornada.
--	--	---

2) Jornada de Diálogo Participativo Regional

1. Acreditación
2. Presentación de Autoridades
3. Presentación del Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad: Objetivos de la Jornada
4. Explicación de Metodología
5. Conformación de Mesas de Trabajo por actores: mesas ciudadanas y mesas técnicas (Salud, Municipalidades, COMPIN, academia, otros)
 - **Trabajo en grupo Módulo 1 -todas las mesas:** Reconocimiento del SCCD
 - **Trabajo en grupo Módulo 2 -asignación de ámbito por mesa:** Identificación de problemas y alternativas de solución.
6. Plenario, presentación de los resultados por mesa.
7. Cierre de la jornada

Trabajo Grupal por Mesas

MÓDULO 1: Reconocimiento del SCCD

El objetivo de este módulo es reconocer el grado de conocimiento que tiene la sociedad civil y referentes técnicos respecto al proceso de calificación y certificación de la discapacidad, identificando las distintas etapas reconocidas y la institucionalidad que lo contiene.

De igual forma, se reconocerán las percepciones y expectativas de todos los actores respecto al sistema (calificación y certificación y RND) y su funcionalidad, lo cual permitirá dar marco al trabajo a realizar en el segundo módulo de identificación de problemáticas y propuestas de solución.

De esta forma, el módulo consultará sobre tres ámbitos: (i) conocimiento, (ii) percepción y (iii) expectativas, se entregará a los facilitadores preguntas orientadoras que deberán formular para abrir a la discusión en la mesa.

Preguntas orientadoras	Conocimiento	Percepción	Expectativas
	¿qué sabemos del proceso?	¿para qué el SCCD?	¿Qué esperamos del SCCD?

MÓDULO 2: Identificación de problemas y propuestas de solución

Para el desarrollo de éste módulo se dividirán las mesas por cada ámbito planteado de manera de poder profundizar en cada uno. Se solicitará a los participantes que identifiquen problemáticas y posteriormente posibles alternativas de solución.

Asignación de Ámbito por mesa

Ámbito PROMOCIÓN			
Ejemplo de Temática	Temática	Problemática identificada	Propuesta de solución
	Acceso a la Información (conocimiento del SCCD) ¿dónde debería estar?		

Ámbito CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN			
Ejemplo de Temática	Temática	Problemática identificada	Propuesta de solución
	Informes para la calificación Informe biomédico Informe de Redes Informe IVADEC Tramite en COMPIN Certificación		

--	--	--	--

Ejemplo de Temática	Ámbito	DERECHOS Y BENEFICIOS	
	Temática	Problemática identificada	Propuesta de solución
	Oferta		
	Información para el Estado		

El resultado del trabajo en cada mesa, será sistematizado en matrices entregadas al secretario técnico de cada mesa, quien deberá recoger de manera clara y concreta los acuerdos y conclusiones resultantes de la discusión.

Plenario

Cada mesa designará un expositor, quién deberá presentar ante la audiencia las principales reflexiones y los resultados (problemáticas y alternativas de solución) del segundo módulo (3 ideas con mayor consenso), las cuales serán escritas en matriz en formato disponible en PPT.

Ámbito _____			
	Temática	Problemática identificada	Propuesta de solución
1.			
2.			
3.			

3) Devolución – Validación del Plan

La validación del diseño de plan contempla, previamente, un proceso de sistematización de las 16 jornadas regionales, el que contendrá los

consensos, reflexiones y resultados de las mesas conformadas al largo del país. Este documento de sistematización de los resultados de cada jornada de diálogo permitirá, entre otras cosas, contar con un diagnóstico situacional que dé pie a la construcción del Plan Nacional de Calificación y Certificación (PNCCD). La entrega de este documento diagnóstico se contempla para finales del primer trimestre del 2020.

ANEXO 3 Pauta metodológica del levantamiento diagnóstico participativo

LEVANTAMIENTO DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO PNCCD

Dada la contingencia nacional que ha obligado a replantear la metodología de levantamiento del diagnóstico situacional en el marco del diseño del Plan Nacional de Calificación y Certificación de la Discapacidad, en 10 de las 16 regiones, se proponen las siguientes líneas de acción, las cuales mantienen la esencia de la propuesta inicial en cuanto a la importancia de recoger información desde la demanda social y los referentes técnicos participes del proceso a nivel territorial, relevando la importancia de considerar el contexto local, de igual forma las dimensiones de análisis se mantienen, independiente del método de recolección de información, permitiendo la comparabilidad y el análisis final.

I. DIAGNÓSTICO TÉCNICO - REGIONES SIN DIÁLOGOS

ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	DESCRIPCIÓN
Mesas Técnicas Regionales (1 por Región)	Se desarrollará metodología adaptada de la mesa técnica propuesta en los diálogos participativos. De modo que se pueda recoger información respecto al conocimiento, percepción y expectativas frente al Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad. Del mismo modo, en la mesa se deberá identificar las principales problemáticas asociadas al SCCD y formular posibles alternativas de solución.	Replicar a nivel regional la instancia de encuentro intersectorial que permita conocer desde la lógica regional los aspectos relevantes que influyen en el Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad, favoreciendo el diálogo participativo en la identificación de dificultades y facilitadores en el proceso a nivel local, y generación de propuestas de acción para hacer más eficaz y eficiente el proceso de calificación y certificación y así democratizar el registro a la población con discapacidad. Para la conformación de las mesas a nivel regional, será fundamental la participación de las direcciones regionales de SENADIS, como institución que apoyará en la identificación de actores claves, convocatoria y conformación de la Mesa Técnica, la cual tendrá como base los referentes técnicos de la institucionalidad que hoy en día contiene el sistema de calificación y certificación de la discapacidad.

II. DEMANDA SOCIAL

ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	DESCRIPCIÓN
Entrevistas Semi estructuradas con representantes de Organizaciones de y para PcD Se estiman 3 entrevistas por región	Se identificarán organizaciones de y para personas con discapacidad a nivel regional, priorizando aquellas que cuenten con bajos niveles de participación. Esto tiene como objetivo abrir la posibilidad de llegar como SENADIS a las organizaciones que no acceden a espacios de coordinación local y de redes, buscando relevar su posición ante el SCCD.	Se realizarán entrevistas semiestructuradas a organizaciones de y para personas con discapacidad a nivel regional y utilizando como base las preguntas formuladas en los módulos trabajados en la metodología de los diálogos participativos.
Mesa de la Sociedad Civil 1 por región	Se realizará mesa en la que participaran representantes de organizaciones de y para personas con discapacidad por región, (idealmente 1 por organización). Esta estará compuesta por 10 participantes y tendrá como objetivo recoger la opinión, expectativas, problemáticas y posibles alternativas de solución respecto del Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad.	1 Mesa de la Sociedad Civil por región con la participación de diversas organizaciones de y para personas con discapacidad.

OPERATIVA:

El equipo del Plan Nacional de Calificación y Certificación de la Discapacidad, se desplazará hacia las regiones por dos días completos, de modo que liderará el desarrollo de la mesa técnica y la ciudadana y levantará las entrevistas semiestructuradas.

Las actividades se desarrollarán de acuerdo al siguiente calendario de visita.

Hora	Día 1	Día 2
AM	Desarrollo de la Mesa Técnica Lugar: (define la Dirección Regional)	Entrevista Lugar: Territorio (depende de donde se ubique sede o se acuerde con la organización)

	Participantes: 10 (convoca la dirección regional) Horario: 10:00 a 12:00 Lidera equipo PNCCD	1 profesional del PNCCD
PM	Desarrollo de la Mesa de Organizaciones de y para PcD Lugar: (define la Dirección Regional) Participantes: 10 (convoca la dirección regional) Horario: 15:00 a 17:00 Lidera equipo PNCCD	Entrevista Lugar: Territorio (depende de donde se ubique sede o se acuerde con la organización) 1 profesional del PNCCD
	Entrevista Lugar: Territorio (depende de donde se ubique sede o se acuerde con la organización) 1 profesional del PNCCD	Sistematización – Informe 1 profesional del PNCCD

MINUTA DE POSICIÓN

SISTEMA DE CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Contexto

La convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, ratificada por Chile en el año 2008, establece en su artículo 31 que los Estados Partes deben recopilar información adecuada que les permita formular y aplicar políticas públicas que aseguren el cumplimiento de la convención. Durante este proceso de levantamiento se deben garantizar la protección y confidencialidad de los datos de las personas con discapacidad, respetando el derecho a la privacidad de las mismas.

En Chile, y según la Ley 20.422 en su capítulo II, se establece que **la única forma de acreditar la discapacidad es por medio de la calificación y certificación de la misma**, llevando a la creación del Sistema de Calificación y Certificación de Discapacidad, el cual es reglamentado por el Ministerio de Salud mediante el Decreto 47 de 2012.

De esta forma, se establece que serán las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, COMPIN, y las instituciones públicas y privadas reconocidas por el Ministerio de Salud quienes darán cumplimiento a la calificación y certificación de la discapacidad. Por lo anterior, y para seguir los lineamientos recomendados internacionalmente, es que se crea un instrumento de evaluación de desempeño en la comunidad (IVADEC) para lograr

objetivar y calificar la condición de discapacidad de las personas según los estándares de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Una vez certificada la discapacidad, las COMPIN remiten los antecedentes al Registro Civil y de Identificación para la inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad.

En la actualidad, el Registro Nacional de Discapacidad (RND) se vuelve requisito para una serie de iniciativas: obtención de beneficios sociales asociados a la condición de discapacidad, utilización del RND para la categorización socioeconómica en el Registro Social de Hogares, dar cumplimiento a la Ley 21.015 (Ley de Inclusión Laboral), entre otras.

De acuerdo al último Estudio Nacional de Discapacidad (Endisc II), se establece un universo de 2.836.818 personas con discapacidad, equivalente al 16,7% de la población chilena. Sin embargo, y de acuerdo al RND con corte a diciembre de 2019, **solo 376.329 personas han realizado su proceso de calificación y certificación, lo que equivale a un 13,3%** del total nacional de personas con discapacidad.

SISTEMA DE CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD		
ETAPA	ORGANISMO/S ENCARGADO/S	REQUISITOS
Calificación 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.	- Instituciones públicas y privadas reconocidas por el Ministerio de Salud. - COMPIN	- Formulario de Solicitud. - Informe Biomédico funcional. - Informe Social y de Redes de Apoyo. - Informe de Desempeño IVADEC.
Certificación: Procedimiento médico administrativo en virtud del cual una persona cuya discapacidad ha sido previamente evaluada, valorada y calificada, obtiene de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez competente un dictamen que acredita legalmente su grado de discapacidad.	- COMPIN	CALIFICACIÓN - Expediente completo con los antecedentes requeridos en la calificación.
Registro Nacional de la Discapacidad: Procedimiento a través del cual, una vez certificada la discapacidad se realiza la inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad y emisión de la credencial de la discapacidad.	- Servicio de Registro Civil e Identificación	- Resolución de Certificación de la Discapacidad.

Ámbitos de trabajo en los diálogos

Si bien Chile ha trabajado por cumplir con lo establecido en el artículo 31 de la convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y el cumplimiento de la ley 20.422, la brecha en la calificación y certificación de la discapacidad se constituye en un obstaculizador para la identificación y reconocimiento de las características de la población con

discapacidad a nivel nacional. De esta forma, se ha reconocido la necesidad de iniciar un proceso diagnóstico que analizará la demanda social existente, a partir del posicionamiento respecto al Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad y el levantamiento de las principales problemáticas y propuesta de mejora a nivel territorial.

Para ello se trabajará en 3 ámbitos que se han identificado como fundamentales de analizar para el entendimiento integral del sistema.

PROMOCIÓN

- Conocimiento de la ciudadanía en general y las personas con discapacidad respecto del Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad.
- Conocimiento y forma en que se promueve el proceso dentro de la institucionalidad que lo contiene o entrega soporte (salud, municipalidades, COMPIN, Senadis, entre otros)
- Forma en que se incentiva el proceso con las personas con discapacidad mediante el acceso a la información del trámite y el reconocimiento de su funcionalidad.
- Conocimiento de la ciudadanía en general y de las personas con discapacidad respecto al Registro Nacional de Discapacidad y su funcionalidad.
- Credencial de la Discapacidad.

CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN

- Levantamiento de los informes que solicita el sistema para evaluar la discapacidad.
- Institucionalidad donde se realiza la evaluación (conocimiento, tiempos de espera).
- Criterios de evaluación y forma en que se lleva a cabo el proceso.
- Forma en que se lleva a cabo el trámite en las COMPIN (tiempos, claridad de la información).

DERECHOS Y BENEFICIOS SOCIALES

- Qué derechos reconoce la ciudadanía y la institucionalidad están asociados al Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad.
- Identificación de beneficios de contar con la certificación.
- Oferta para personas con discapacidad.
- ¿Se reconoce el Registro Nacional de la Discapacidad como herramienta de acceso a derechos y beneficios sociales?