

Metodología de Inclusión para Prevenir la Institucionalización de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (MIPI)

Base para un modelo replicable de promoción de la vida independiente y la inclusión comunitaria – COCEMFE



COCEMFE
Confederación Española de Personas
con Discapacidad Física y Orgánica



Créditos

Elaboración del informe

Área de Accesibilidad y Vida Independiente – COCEMFE

Carlos Espinosa Martín Consuegra

Susana Sánchez Sáez

Colaboración territorial

COCEMFE Maestrat

Patricia Casas Flores

Coordinación general

Lucía Chapa Monteagudo – Responsable Área de Accesibilidad y Vida Independiente

Elena Antelo – Directora gerente de COCEMFE

Revisión del documento

Equipo técnico de COCEMFE

Agradecimientos

A las personas con discapacidad física y orgánica participantes en el proceso MIPI, por su implicación, confianza y aportaciones al desarrollo de una metodología centrada en los derechos, la autonomía y la vida en comunidad.

Índice de contenidos

Resumen Ejecutivo	4
1. Introducción	6
1.1 Contexto y antecedentes del proyecto	7
1.2 Problemática y justificación	8
1.3 Marco normativo, políticas y referencias internacionales	9
1.4 Objetivos estratégicos y proyección del modelo	10
2. Marco conceptual y modelo de intervención	12
2.1 Principios y valores rectores de la MIPI	13
2.2 Componentes fundamentales del modelo	16
2.3 Dinámica y procesos del modelo	19
2.4 Relación con el contexto local y necesidades del territorio	23
3. Metodología de intervención	32
Fases de implementación de la metodología MIPI	33
Estrategias transversales	35
3.1 Herramientas y técnicas participativas	37
3.2 Instrumentos técnicos individualizados	45
3.3 La figura del Gestor/a de Vida Independiente	48
3.4 Registro, seguimiento y control de calidad de las intervenciones	52
4. Implementación práctica	55
4.1 Preparación y planificación del trabajo	56
4.2 Perfil detallado de participantes y criterios de inclusión	58
4.3 Dinámicas y soluciones aplicadas	60
5. Reflexiones metodológicas y aprendizajes	66
5.1 Evaluación interna del proceso metodológico	67
5.2 Evaluación de resultados y de impacto	67
5.3 Lecciones aprendidas, soluciones innovadoras y buenas prácticas	68
5.4 Recomendaciones para futuras implementaciones y replicabilidad	73
5.5 Conclusión metodológica	74
6. Anexos	75
6.1 Escala EVNAVIC (Escala de Valoración de Necesidades de Apoyo para la Vida Independiente y Comunitaria)	76
6.2 Escala de Actividades de la Vida Diaria (AVD)	78
6.3 Cuestionario de verificación de género e interseccionalidad	82
6.4 Plantillas de registro de intervenciones y seguimiento	83
6.5 Plan de Apoyos	84
6.6 Historia de vida	87
6.7 Proyecto de vida	87
7. Referencias	89

Resumen Ejecutivo





La Metodología de Inclusión para Prevenir la Institucionalización (MIPI) es una propuesta técnica y conceptual desarrollada por **COCEMFE** para transformar los sistemas de apoyo a las personas con discapacidad física y orgánica, promoviendo su derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, conforme al artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

La MIPI responde a la necesidad de superar un modelo asistencial e institucionalizado aún predominante en España, en el que miles de personas con discapacidad ven restringida su autonomía por la falta de apoyos personalizados, vivienda accesible, servicios comunitarios o coordinación entre sistemas. Su propósito es **prevenir los procesos de institucionalización evitables** mediante estrategias participativas, inclusivas y centradas en la persona, integrando una mirada de derechos humanos, equidad de género e interseccionalidad. El modelo se estructura en torno a seis componentes clave: diagnóstico anticipado de riesgos, itinerarios personalizados de apoyo, activación de redes comunitarias, acompañamiento técnico interdisciplinar, articulación institucional y evaluación participativa. A través de estos elementos, la MIPI ofrece una respuesta integral que combina intervención individual, acción comunitaria y planificación territorial, favoreciendo la sostenibilidad y la replicabilidad en diferentes contextos.



Su aplicación piloto en la comarca del **Baix Maestrat (Comunidad Valenciana)** permitió identificar los principales factores de riesgo de institucionalización —sobrecarga familiar, carencia de vivienda accesible, incompatibilidades entre prestaciones y debilidad de redes comunitarias— y validar soluciones innovadoras basadas en apoyos personalizados, coordinación intersectorial y fortalecimiento del tejido local. Los resultados evidenciaron mejoras en la autonomía, la participación y la calidad de vida de las personas participantes, demostrando la viabilidad del enfoque y su potencial de transferencia a otros territorios.

La metodología se asienta en valores esenciales: **dignidad humana, autodeterminación, justicia social, accesibilidad universal y solidaridad comunitaria**, promoviendo una visión del cuidado como relación ética y no como prestación asistencial. Su enfoque participativo garantiza que las personas con discapacidad sean protagonistas de su propio proceso vital, generando un cambio cultural hacia la corresponsabilidad social y la desinstitucionalización real.

La MIPI se presenta como una **herramienta replicable y transferible** al conjunto del movimiento asociativo y a las administraciones públicas. Su incorporación al marco de las políticas sociales estatales contribuirá a consolidar sistemas de apoyo comunitarios, sostenibles y centrados en la persona, alineados con la **Estrategia Estatal de Desinstitucionalización 2024-2030**, la **Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030** y los **Objetivos de Desarrollo Sostenible**.

En definitiva, la MIPI constituye un modelo innovador que demuestra que la desinstitucionalización no solo es posible, sino necesaria para garantizar la plena ciudadanía, la igualdad de oportunidades y la participación activa de todas las personas con discapacidad en la vida comunitaria.



1. Introducción





1.1 Contexto y antecedentes del proyecto

En las últimas décadas, el enfoque hacia las personas con discapacidad ha evolucionado significativamente, abandonando progresivamente los modelos asistenciales e institucionales en favor de marcos basados en los derechos humanos, la vida independiente y la inclusión activa en la comunidad.

Esta transformación ha estado marcada por hitos normativos como la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la Ley 8/2021, la Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030 y, de forma especialmente destacada, la Estrategia Estatal de Desinstitucionalización 2024-2030, que ha establecido un marco integral para la transición hacia sistemas de apoyos comunitarios centrados en la persona.

Este cambio de paradigma ha implicado también la necesidad de generar evidencias que demuestren el impacto real de las políticas y metodologías aplicadas, situando la evaluación como una herramienta esencial para garantizar la eficacia de los apoyos y la rendición de cuentas ante la sociedad.



No obstante, en España persisten barreras estructurales, normativas y de acceso a apoyos personalizados que han continuado promoviendo, directa o indirectamente, dinámicas de institucionalización. Este fenómeno se refiere al proceso por el cual una persona con discapacidad ha sido separada de su entorno comunitario y trasladada a un recurso residencial segregado, a menudo por falta de alternativas accesibles y sostenibles. La situación ha sido especialmente crítica entre las personas con discapacidad física y orgánica que requieren apoyos sostenidos.

Ante esta realidad, ha resultado imprescindible contar con metodologías que integren la evaluación desde su diseño, permitiendo identificar en qué medida las intervenciones han contribuido efectivamente a prevenir procesos de institucionalización y a fortalecer la vida en comunidad.

En este contexto, la **Metodología de Inclusión para Prevenir la Institucionalización (MIPI) ha surgido** como una propuesta innovadora del movimiento asociativo, liderada por **COCEMFE** —entidad de referencia estatal en discapacidad física y orgánica—, en respuesta a la necesidad urgente de transformar los modelos de apoyo existentes. Su objetivo **ha sido** garantizar que todas las personas puedan decidir cómo, dónde y con quién vivir, ejerciendo su derecho a residir en comunidad en condiciones de igualdad, dignidad y autonomía, evitando así procesos de institucionalización no deseados o evitables.



La metodología se ha desarrollado a partir de una experiencia piloto en la comarca del Baix Maestrat, situada en la Comunidad Valenciana, a través de la colaboración con COCEMFE Maestrat, donde se ha llevado a cabo un diagnóstico social participativo basado en entrevistas, grupos focales y dinámicas comunitarias. Además de su valor participativo, este proceso ha generado una primera línea de base con información cualitativa y cuantitativa sobre las condiciones de vida, los apoyos existentes y las barreras detectadas en el territorio. Esta intervención ha permitido identificar los factores de riesgo más relevantes, las carencias estructurales y las necesidades de apoyo no cubiertas.

Los hallazgos obtenidos han servido como base empírica y conceptual para diseñar un enfoque metodológico transferible y aplicable en distintos territorios y contextos institucionales. La evaluación de la MIPI, concebida como parte inseparable de su desarrollo metodológico, ha analizado precisamente cómo esta participación activa se ha traducido en resultados medibles de autonomía, inclusión y bienestar en la comunidad.





Su replicabilidad se ha sustentado en su enfoque flexible, su fundamentación en derechos y la participación activa de las propias personas con discapacidad.

1.2 Problemática y justificación

A pesar de los avances normativos y sociales, **en España más de 44.000 personas con discapacidad viven en instituciones**, según el *Documento inicial de referencia para el diseño de la Estrategia Estatal de Desinstitucionalización 2024-2030*, elaborado por el Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba para el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, lo que representa una vulneración del derecho a vivir de forma independiente, recogido en el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Esta cifra no es un dato aislado, sino la manifestación de un sistema de apoyos insuficiente y de una estructura social profundamente desigual que limita el ejercicio efectivo de derechos.



Esta realidad exige no solo cambio normativo, sino también evidencia verificable sobre resultados, con indicadores que permitan seguir y evaluar el impacto real de las políticas y de las metodologías aplicadas.

Esta situación responde a una problemática compleja, atravesada por múltiples **desigualdades estructurales** que afectan de forma desproporcionada a las personas con discapacidad física y orgánica. Tal como evidencia el *Estudio sobre la Discapacidad en España (EDI)* elaborado por el Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba para el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022), estos colectivos enfrentan mayores tasas de **pobreza, desempleo, dependencia económica y soledad no deseada**. Estas desigualdades se agravan aún más en función del género, el origen, el nivel socioeconómico o el territorio, reproduciendo múltiples formas de exclusión dentro del propio colectivo. Además, se constata un acceso muy limitado a recursos de apoyo personalizados, como la asistencia personal, tecnologías de apoyo, o servicios adaptados de vivienda y cuidado en el hogar. Estas carencias inciden directamente en la posibilidad de vivir de forma autónoma, perpetuando circuitos de exclusión social. En coherencia, este documento presentará los resultados **desagregados por sexo, edad y territorio** allí donde sea metodológicamente pertinente, a fin de identificar brechas y orientar medidas correctoras.

La institucionalización no solo responde a la falta de apoyos sostenidos, sino también a fallos críticos en momentos de transición vital —como un alta hospitalaria, la pérdida de un familiar cuidador o el paso a la jubilación—, que precipitan decisiones no deseadas por ausencia de alternativas comunitarias disponibles y accesibles.

A ello se suma la existencia de marcos institucionales fragmentados y rígidos, que no favorecen la coordinación interadministrativa ni la planificación centrada en la persona. Las incompatibilidades entre prestaciones económicas y de servicios, la falta de respuesta a situaciones de urgencia vital, y la ausencia de itinerarios individualizados de apoyo hacen que muchas personas con discapacidad vean la institucionalización como única opción viable ante la falta de alternativas comunitarias sostenibles, como la asistencia personal, los servicios de apoyo a domicilio con enfoque de vida independiente o las redes de apoyo informal estructuradas.



El diagnóstico territorial, desarrollado por COCEMFE en colaboración con su entidad territorial COCEMFE Maestrat en la comarca del Baix Maestrat, puso de manifiesto diversos factores de riesgo que convergen en procesos de institucionalización: deterioro funcional (entendido como la pérdida progresiva o repentina de capacidades físicas u orgánicas que limita la autonomía personal y requiere apoyos para la realización de actividades básicas de la vida diaria) sin apoyos adecuados, sobrecarga familiar, carencia de vivienda accesible, incompatibilidades entre prestaciones y aislamiento social, entre otros.





Este diagnóstico constituye la **línea de base** del modelo y será el referente para las comparativas **pre/post** que se presentan a partir del **Capítulo 4**, especialmente en las escalas EVNAVIC y AVD.

La institucionalización no solo implica una restricción de derechos fundamentales, sino que también conlleva consecuencias negativas sobre la calidad de vida, el bienestar emocional, la salud física y la inclusión social de las personas con discapacidad. Supone la ruptura de vínculos comunitarios, el empobrecimiento de los entornos relacionales y la invisibilización de las trayectorias vitales, imponiendo modos de vida estandarizados que niegan la diversidad y la autodeterminación.

Desde una perspectiva económica, la institucionalización representa un modelo altamente costoso para las administraciones públicas, no solo por el mantenimiento de infraestructuras residenciales, sino por los efectos indirectos de la exclusión en términos de salud, empleo y dependencia. Además, contradice las principales recomendaciones internacionales en materia de derechos humanos, que abogan por un cambio estructural hacia servicios personalizados, inclusivos y basados en la comunidad. Por tanto, su persistencia no es solo un problema de diseño de políticas, sino un desafío ético que interpela directamente a la arquitectura institucional del Estado social.



El movimiento asociativo de la discapacidad física y orgánica, articulado en torno a COCEMFE, ha venido denunciando de manera constante la persistencia y agravamiento de múltiples barreras estructurales que condicionan la vida de las personas con discapacidad. Desde su experiencia territorial, las entidades de base recogen de forma reiterada necesidades insatisfechas que comprometen el ejercicio pleno de derechos: acceso a apoyos personalizados, disponibilidad de viviendas accesibles, asistencia personal, cobertura efectiva en el medio rural, tecnología de apoyo, y un sistema de protección social que no penalice la autonomía. Estas carencias estructurales no son fenómenos aislados, sino la manifestación de una política pública fragmentada, despersonalizada y centrada aún en lógicas asistenciales. Frente a esta realidad, la institucionalización continúa operando como respuesta de último recurso, más por omisión del sistema que por elección de las personas.

Por ello, el abordaje de estas demandas debe ocupar una posición central en cualquier proceso transformador orientado a construir una sociedad verdaderamente inclusiva. En este marco, resulta imprescindible el diseño y aplicación de metodologías que, como la MIPI, permitan anticipar y prevenir los procesos de institucionalización mediante enfoques que promuevan la vida independiente, la participación activa y el acceso equitativo a los apoyos necesarios en el entorno comunitario.



En consecuencia, la **MIPI** articula **intervención y evaluación** en un único marco operativo: la evidencia generada guía la toma de decisiones, y los resultados —cuantitativos y cualitativos— se presentan de forma integrada en la fase de implementación y evaluación del modelo.


1.3 Marco normativo, políticas y referencias internacionales

La propuesta metodológica presentada en este documento se fundamenta en un conjunto sólido de marcos normativos, estrategias políticas y recomendaciones internacionales que promueven el tránsito hacia modelos centrados en la vida independiente y la desinstitucionalización:

- **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)** – Artículo 19: derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.





- **Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**, en particular los ODS 3, 10 y 11, que promueven la salud, la reducción de desigualdades y comunidades inclusivas.
 - **Estrategia Estatal de Desinstitucionalización 2024-2030**, que establece las bases para el desarrollo de servicios de apoyo comunitarios y personalizados.
 - **Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030**, que impulsa la autonomía personal, la accesibilidad universal y la desinstitucionalización.
 - **Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia – Componente 22**, que establece la desinstitucionalización como una prioridad estructural.
 - **Ley 8/2021**, que reforma la legislación civil para reconocer la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, aunque su aplicación efectiva depende de la existencia de apoyos adecuados.
- 
- Documentos estratégicos de la **Comisión Europea**, como la *Estrategia Europea sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad 2021-2030*, que promueven servicios basados en la comunidad.
 - Recomendaciones del **Consejo de Europa**, del **Comité de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** y de la **Relatora Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**.

1.4 Objetivos estratégicos y proyección del modelo

El presente informe metodológico tiene como propósito presentar de manera estructurada el diseño metodológico de la **Metodología de Inclusión para Prevenir la Institucionalización (MIPI)**, entendida como una herramienta técnica, conceptual y operativa destinada a promover un cambio sistémico en las formas de apoyar a las personas con discapacidad física y orgánica.

La propuesta incorpora desde su diseño un sistema de **seguimiento y evaluación** que permite medir el grado de cumplimiento de estos objetivos y valorar la eficacia de las acciones desarrolladas, tanto a nivel individual como comunitario.

La metodología se articula en torno a principios de derechos humanos, justicia social, autodeterminación y sostenibilidad comunitaria, y tiene como finalidad última garantizar que todas las personas puedan ejercer su derecho a vivir de forma autónoma, en comunidad y con los apoyos que necesiten.



Los objetivos específicos del informe son:

- **Prevenir procesos de institucionalización no deseados o evitables**, a través de mecanismos de intervención anticipada, detección de factores de riesgo y activación de recursos comunitarios.
- **Impulsar proyectos de vida autónomos y sostenibles**, promoviendo que las personas con discapacidad puedan tomar decisiones sobre su modo de vida, entorno y relaciones, en condiciones de igualdad y dignidad.





- **Diseñar e implementar intervenciones centradas en la persona**, ajustadas a las necesidades individuales y desarrolladas en colaboración con el entorno cercano, desde un enfoque de planificación centrada en la vida.
- **Articular redes locales de apoyo sostenibles y corresponsables**, fortaleciendo la colaboración entre administraciones, entidades sociales, familias, servicios comunitarios y la ciudadanía.
- **Reconfigurar los modelos de atención existentes**, superando enfoques asistenciales e institucionales, para orientarlos hacia sistemas basados en la proximidad, la inclusión y el reconocimiento pleno de derechos.

Cada uno de estos objetivos cuenta con **indicadores operativos**, definidos en la estructura metodológica y contrastados mediante los **instrumentos de recogida de datos** aplicados durante la implementación del modelo. Los resultados obtenidos y su análisis se presentan de forma integrada en los capítulos dedicados a la **implementación** y a la **evaluación final del modelo**, vinculando los logros con los objetivos estratégicos aquí definidos.



Esta propuesta técnica constituye un instrumento de **transferencia de conocimiento e innovación metodológica**, concebida para contribuir activamente a la formulación y transformación de políticas públicas desde el ámbito del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

La MIPI se presenta como un modelo con vocación de replicabilidad y escalabilidad, adaptable a distintos contextos territoriales y administrativos. Está dirigido a responsables políticos, personal técnico de las administraciones públicas y del tercer sector, profesionales de servicios sociales, así como a las propias personas con discapacidad y sus redes de apoyo, en tanto agentes fundamentales para el cambio estructural que requiere una transición real hacia la vida independiente.

Asimismo, la **evaluación del modelo MIPI** se concibe como un proceso de **aprendizaje continuo**, orientado a la mejora de las políticas y servicios, y a la **generación de evidencia útil** para la toma de decisiones públicas.



2. Marco conceptual y modelo de intervención





La Metodología de Inclusión para Prevenir la Institucionalización (MIPI) se fundamenta en un enfoque centrado en los derechos humanos, la vida independiente y la inclusión comunitaria de las personas con discapacidad. Desde una perspectiva interseccional y participativa, MIPI se plantea como una alternativa transformadora frente a los modelos tradicionales de cuidado que favorecen la institucionalización, apostando por sistemas personalizados de apoyo, diseñados junto a las propias personas destinatarias y acompañados de un proceso continuo de seguimiento que garantice su efectividad y coherencia con los principios del modelo.

Este modelo parte de la comprensión de que la institucionalización no es solo una condición residencial, sino un proceso estructural que limita la autonomía, segrega y vulnera derechos. Por ello, el enfoque MIPI propone intervenciones integrales y contextualizadas que permitan a las personas con discapacidad desarrollar su proyecto de vida en la comunidad, con los apoyos necesarios, en condiciones de igualdad y con pleno control sobre sus decisiones. Estas intervenciones incluyen mecanismos participativos de valoración y aprendizaje, orientados a analizar cómo las acciones implementadas impactan en la autonomía, el bienestar y la inclusión social de las personas participantes.



El modelo de intervención se caracteriza por su capacidad de adaptación territorial, la construcción de alianzas multiactor, y el despliegue de herramientas innovadoras para la identificación de riesgos, necesidades y soluciones, siempre desde la implicación activa de las personas con discapacidad y su entorno. Esta dimensión innovadora se refleja también en la creación de instrumentos propios de seguimiento y análisis —como las escalas **EVNAVIC** y **AVD**, los **planes de vida** y los **diagnósticos participativos**—, que permiten generar evidencias sobre los avances y aprendizajes del proceso.

Sobre esta base, se articula un conjunto de principios y valores que orientan tanto el diseño como la implementación de las acciones, garantizando coherencia ética, técnica y política en todo el proceso y asegurando que la medición de resultados y aprendizajes sea un componente transversal, integrado en cada fase del modelo y al servicio de la mejora continua.

2.1 Principios y valores rectores de la MIPI

La Metodología de Inclusión para Prevenir la Institucionalización (MIPI) se fundamenta en una serie de principios y valores que orientan su desarrollo, implementación y evaluación. Estos principios responden a un compromiso ético, político y social con los derechos humanos, la equidad y la inclusión efectiva de las personas con discapacidad, especialmente aquellas con discapacidad física y orgánica, garantizando su derecho a una vida autónoma y plena en comunidad. Cada principio no solo orienta la intervención, sino que también constituye un referente para el seguimiento y la evaluación del modelo, garantizando que las acciones desarrolladas mantengan coherencia con los valores que las sustentan.

Principios rectores

1. Derechos humanos y enfoque de vida independiente

La MIPI toma como base la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), en especial su artículo 19, que reconoce el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. La vida independiente no se entiende como autosuficiencia total, sino como la capacidad de ejercer el control sobre las propias decisiones, con los apoyos necesarios y adecuados.





2. Desinstitucionalización progresiva

MIPI promueve una transición real desde modelos centrados en la institucionalización hacia modelos comunitarios, personalizados y centrados en la persona. Esta transición implica una revisión crítica del actual sistema de cuidados, orientado a sustituir la lógica del ingreso residencial por redes de apoyo comunitario y soluciones.

3. Interseccionalidad

Se reconoce que las personas con discapacidad no forman un grupo homogéneo. El modelo MIPI integra una perspectiva interseccional que contempla cómo el género, la edad, el origen étnico, el nivel socioeconómico o la situación migratoria afectan de forma diferenciada al riesgo de institucionalización y al acceso a apoyos.

En este marco, la **perspectiva de género se considera una dimensión prioritaria**, ya que las mujeres con discapacidad se enfrentan a desigualdades específicas tanto en el acceso a apoyos como en el riesgo de institucionalización. Esta perspectiva no se diluye dentro del enfoque interseccional, sino que se articula con él para guiar acciones concretas de empoderamiento, prevención de la violencia, redistribución de cuidados y promoción de la igualdad sustantiva.

4. Participación activa

Las personas con discapacidad y sus familias no son receptoras pasivas de intervenciones, sino agentes activos en el diseño, ejecución y evaluación de las estrategias de prevención. La metodología incorpora mecanismos participativos como grupos focales, entrevistas, diagnósticos colaborativos y co-creación de soluciones.

5. Personalización de los apoyos

Cada persona requiere apoyos específicos y adaptados a su proyecto de vida, sus preferencias y su contexto. Por ello, MIPI se basa en el principio de personalización, que incluye desde adaptaciones funcionales del entorno hasta la provisión de asistencia personal, tecnología de apoyo o acompañamiento comunitario.

6. Fortalecimiento comunitario

El enfoque comunitario es transversal en el modelo. Se fomenta la creación o revitalización de redes de apoyo local —vecinales, familiares, asociativas e institucionales— que actúen como amortiguadores del riesgo de exclusión y promuevan entornos accesibles, solidarios y colaborativos.

7. Accesibilidad universal y diseño para todas las personas

La accesibilidad no se limita al entorno físico, sino que incluye también la accesibilidad cognitiva, comunicativa, digital y relacional. MIPI considera que la inclusión solo es posible cuando los entornos permiten la participación plena y efectiva de todas las personas.

8. Equidad territorial

Se reconoce la existencia de una “brecha territorial” en el acceso a servicios y apoyos. Por ello, la metodología apuesta por adaptarse a contextos rurales y urbanos diversos, promoviendo soluciones ajustadas a las realidades locales y combatiendo la desigualdad entre territorios.





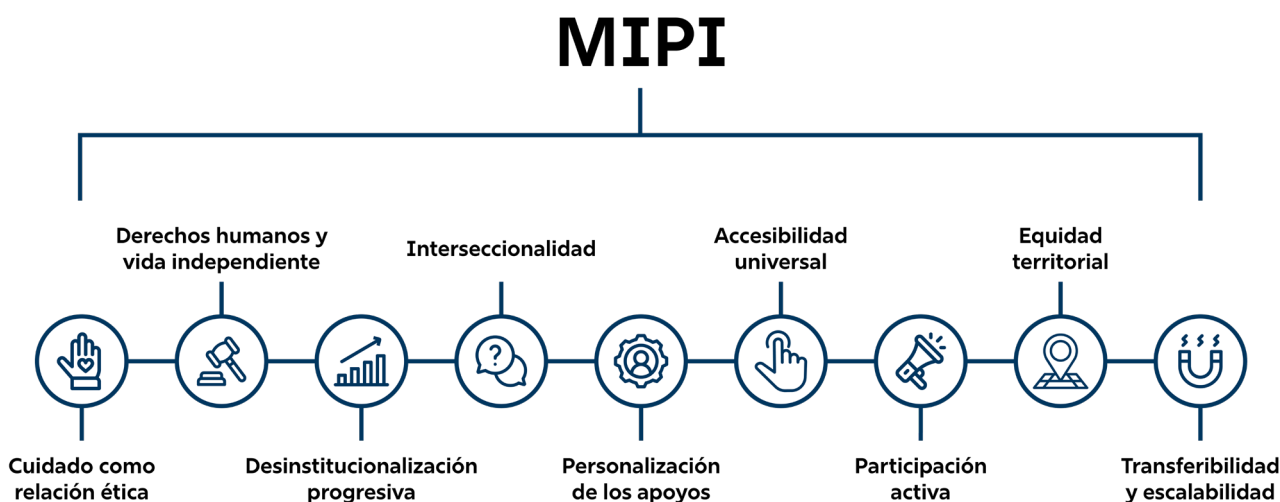
9. Cuidado como relación ética y no solo prestación técnica

El modelo MIPI promueve una comprensión del cuidado no como una mera provisión de servicios, sino como una relación humana basada en el respeto mutuo, la confianza, la reciprocidad y el reconocimiento de la otra persona como sujeto activo. Esto implica superar enfoques asistencialistas o paternalistas, poniendo el acento en acompañar sin sustituir, y en garantizar que los apoyos refuercen la autonomía, no la dependencia.

10. Transferibilidad y escalabilidad

MIPI nace con vocación de ser replicable y transferible a distintos territorios y contextos organizativos. Por ello, se fundamenta en una arquitectura metodológica flexible, basada en evidencia, que permite su adaptación progresiva sin perder su identidad. Este principio guía el desarrollo de herramientas, indicadores y procesos documentados que faciliten la sostenibilidad y el impacto a medio y largo plazo.

Diagrama 1. Principios rectores MIPI



En conjunto, estos principios constituyen el **marco ético y técnico** que orienta la acción, el aprendizaje y la **evaluación global** de la MIPI, asegurando coherencia entre los valores que la inspiran y los resultados que generen.

Valores fundamentales

Los valores que sustentan la Metodología de Inclusión para Prevenir la Institucionalización (MIPI) constituyen el marco ético y político que guía todas las decisiones de diseño, implementación y evaluación. Estos valores no son elementos accesorios, sino principios estructurales que orientan el modelo hacia la transformación social, la promoción de derechos y la construcción de entornos comunitarios justos, accesibles e inclusivos.

Su aplicación práctica refuerza la coherencia entre los objetivos del modelo, los procesos desarrollados y los resultados alcanzados.

1. Dignidad humana

La dignidad es el principio fundacional del enfoque de derechos humanos. En el contexto de la discapacidad, implica reconocer el valor intrínseco de cada persona, con independencia de su





grado de autonomía o de sus necesidades de apoyo. Este valor obliga a rechazar cualquier forma de segregación, medicalización o infantilización, y exige que todas las decisiones institucionales, comunitarias y profesionales estén orientadas a salvaguardar la integridad, el respeto y el bienestar subjetivo de la persona.

2. Autodeterminación

La autodeterminación se refiere al derecho de cada persona a tomar decisiones sobre su propia vida, incluyendo dónde y con quién vivir, qué apoyos recibir y cómo organizar su día a día. Este valor se concreta en prácticas de intervención que priorizan el consentimiento informado, la planificación centrada en la persona y la provisión de apoyos que empoderen, no sustituyan. En el marco MIPI, la autodeterminación no se interpreta como autosuficiencia, sino como ejercicio de libertad en condiciones de igualdad, conforme al artículo 19 de la CDPD.

3. Solidaridad



La solidaridad se concibe no como mera asistencia caritativa, sino como expresión de justicia relacional. En MIPI, este valor se traduce en una ética del cuidado fundamentada en la corresponsabilidad colectiva: entre los poderes públicos, el tejido social, las familias y las propias personas con discapacidad. La solidaridad vertebra redes de apoyo comunitario, impulsa estructuras de proximidad y promueve modelos de convivencia basados en el respeto mutuo, la cooperación y la interdependencia.

4. Innovación social

La innovación, entendida desde un enfoque social, es la capacidad de generar respuestas nuevas, eficaces y sostenibles a problemas estructurales no resueltos. MIPI apuesta por el desarrollo de metodologías participativas, tecnologías de apoyo, modelos de intervención flexibles y alianzas intersectoriales que permitan avanzar hacia sistemas de cuidado desinstitucionalizados, personalizados y basados en la comunidad. Esta innovación está al servicio de los derechos, no del mercado. La innovación se concibe también como una forma de aprendizaje institucional, en la que la evaluación actúa como herramienta de mejora continua y de generación de conocimiento útil.

5. Transparencia

MIPI incorpora la transparencia como un principio operativo esencial vinculado al compromiso con la coherencia, la honestidad metodológica y la mejora continua. La rendición de cuentas se concibe como un proceso bidireccional de devolución de resultados, retroalimentación y revisión crítica, dirigido especialmente hacia las propias personas con discapacidad, sus entornos de apoyo y las entidades que implementan la metodología. A través de sistemas accesibles de seguimiento, evaluación participativa y difusión comprensible de la información, se garantiza la trazabilidad de los procesos, el aprendizaje compartido y la legitimidad del modelo como práctica ética y transformadora.



2.2 Componentes fundamentales del modelo

La Metodología de Inclusión para Prevenir la Institucionalización (MIPI) se estructura en torno a una serie de componentes fundamentales que dotan de consistencia operativa al enfoque metodológico propuesto. Estos componentes permiten no solo orientar su implementación





práctica, sino también asegurar su coherencia técnica, ética y política, garantizando la adecuación a las diversas realidades territoriales, sociales y culturales en las que se pretende intervenir. Concebidos desde un enfoque basado en derechos humanos, justicia social y sostenibilidad comunitaria, estos elementos constituyen una arquitectura flexible, replicable y centrada en la persona, que articula el paso de modelos asistenciales a sistemas de apoyo personalizados y comunitarios.

Cada componente se conecta de forma dinámica con los demás, configurando un proceso cíclico de planificación, acción, seguimiento y aprendizaje.

a) Diagnóstico anticipado de riesgos

Uno de los pilares estratégicos del modelo MIPI es la detección temprana de factores de riesgo que podrían derivar en procesos de institucionalización evitables. Para ello, la metodología contempla el diseño e implementación de herramientas específicas, tanto cuantitativas como cualitativas, que permitan identificar situaciones críticas en los ámbitos individual, familiar y comunitario. Este diagnóstico no se limita a recoger datos estáticos, sino que busca interpretar trayectorias vitales, dinámicas de exclusión y momentos de especial vulnerabilidad, como transiciones vitales, deterioro funcional no compensado o rupturas en las redes de apoyo.

La aplicación de este componente se realiza a través de técnicas participativas como entrevistas en profundidad, grupos focales, talleres colaborativos y mapeos de recursos, con un enfoque centrado en la experiencia vivida. La finalidad es legitimar la voz de las personas con discapacidad como expertas en sus propios procesos, y generar conocimiento situado que alimente las siguientes fases de intervención. Asimismo, este diagnóstico permite establecer líneas base para la evaluación posterior del impacto de las acciones implementadas. Los resultados de este diagnóstico constituyen la línea base del modelo y el punto de partida para la evaluación posterior del impacto de las acciones implementadas.

b) Itinerarios personalizados de apoyo

La personalización de los apoyos es una condición indispensable para garantizar el derecho a una vida independiente. En este sentido, MIPI plantea la construcción de itinerarios individualizados de apoyo, elaborados juntamente con cada persona, que contemplen sus preferencias, expectativas, necesidades concretas y posibilidades reales de elección. Estos itinerarios, concebidos como planes de vida flexibles y dinámicos, tienen como finalidad evitar salidas institucionalizadoras ante situaciones críticas o falta de recursos, promoviendo soluciones que respeten la autonomía y la autodeterminación.

Los apoyos incluidos en estos itinerarios pueden abarcar desde la asistencia personal, adaptaciones funcionales del entorno y tecnologías de apoyo, hasta acompañamiento psicosocial, redes de cuidado informal, servicios de conciliación y mediación interinstitucional. La lógica de intervención se basa en acompañar sin sustituir, con una mirada que integre dimensiones materiales, relacionales y simbólicas de la vida cotidiana. Asimismo, se contempla la revisión periódica y consensuada de los planes de vida, de manera que puedan ajustarse a los cambios en el ciclo vital de la persona. Dichas revisiones generan información clave para valorar la adecuación, la continuidad y la efectividad de los apoyos personalizados.





c) Activación y fortalecimiento de redes de apoyo comunitario

La prevención de la institucionalización no puede concebirse como una responsabilidad individual ni exclusivamente técnica. Requiere una reconstrucción colectiva de los vínculos de apoyo mutuo que configuran el tejido social. En este marco, MIPI promueve la activación, dinamización y fortalecimiento de redes comunitarias como elemento estructural del modelo. Estas redes, tanto formales como informales, operan como amortiguadores del riesgo y como espacios de pertenencia, solidaridad y construcción de sentido.

La metodología fomenta la creación de "nodos comunitarios de apoyo mutuo", definidos como espacios relacionales sostenidos que articulan la participación de vecinos/as, organizaciones locales, profesionales y personas con discapacidad. Estos nodos pueden adquirir distintas formas según el territorio (círculos de apoyo, comunidades de práctica, redes vecinales articuladas, etc.), y su función es doble: prevenir situaciones de aislamiento y exclusión, y generar soluciones colectivas ante demandas no cubiertas por los sistemas institucionales. El seguimiento de la actividad de estas redes permite identificar aprendizajes colectivos, buenas prácticas y elementos de sostenibilidad comunitaria.



d) Acompañamiento técnico interdisciplinar

La implementación efectiva del modelo requiere de equipos profesionales preparados, con capacidad de escucha activa, enfoque crítico y habilidades para trabajar en contextos complejos. MIPI se apoya en equipos interdisciplinarios conformados por perfiles profesionales diversos, con experiencia en intervención social, comunitaria y en el ámbito de la vida independiente. Estos equipos trabajan de manera coordinada desde una lógica centrada en la persona, el entorno y la comunidad.

Estos equipos tienen un papel clave tanto en el acompañamiento directo como en la dinamización de procesos participativos, el fortalecimiento de capacidades, la mediación institucional y la articulación de recursos. Se promueve una formación continua con perspectiva de género, interseccionalidad y derechos humanos, así como mecanismos de autocuidado profesional y supervisión externa. El modelo apuesta por una intervención ética y sostenida en el tiempo, que evite la rotación excesiva, la sobrecarga emocional o la tecnocratización de los procesos. El trabajo interdisciplinario se somete a procesos de reflexión y retroalimentación interna, que permiten ajustar estrategias y garantizar la calidad ética y técnica de la intervención.

e) Gestión integrada y articulación institucional



En la práctica, uno de los principales obstáculos para la desinstitucionalización es la falta de coordinación efectiva entre los sistemas de apoyo. Aunque existen marcos que promueven la colaboración intersectorial, los servicios siguen operando de forma aislada, con escasa flexibilidad y adaptabilidad.

La metodología MIPI plantea un enfoque de gobernanza realista y centrado en la persona, donde los apoyos se articulan en torno a su proyecto vital y no al revés. En este modelo, el profesional actúa como acompañante estable, facilitando el acceso y la adecuación de los recursos necesarios. La clave está en promover una articulación funcional entre los diferentes actores —servicios sociales, salud, vivienda, empleo, justicia, educación y comunidad— mediante mecanismos de coordinación ágil, derivación eficaz y rutas personalizadas.





MIPI incorpora también una dimensión transformadora que busca alinear estos procesos con estrategias nacionales y locales, asegurando su sostenibilidad estructural a largo plazo. Esta articulación se evalúa mediante procesos de contraste interinstitucional y análisis de coherencia entre niveles de gestión, garantizando una gobernanza centrada en la persona.

f) Evaluación participativa y mejora continua

La evaluación en la MIPI se concibe como una herramienta de transformación, no como un ejercicio de control o verificación. Su finalidad es aprender del proceso, contrastar resultados y mejorar la práctica, garantizando que la metodología mantenga coherencia con sus valores y con las expectativas de las personas participantes.

Para ello, se despliega un enfoque de evaluación participativa y mixta, que combina la medición de indicadores cuantitativos —como el número de apoyos activados, la estabilidad de las redes o el grado de satisfacción con los servicios— con técnicas cualitativas que recogen la experiencia y la voz de las personas con discapacidad: entrevistas, relatos de vida, análisis de trayectorias o paneles ciudadanos.



Este enfoque reconoce el valor de la evidencia estadística, pero también el conocimiento situado y la experiencia vivida. La participación activa de las personas con discapacidad en todas las etapas del proceso evaluativo aporta legitimidad y profundidad al análisis. No se trata solo de consultar, sino de corresponsabilizar en la interpretación y la validación de los resultados, generando aprendizajes compartidos y transformaciones concretas en los apoyos.

Finalmente, la evaluación actúa como un sistema de retroalimentación continua, mediante espacios de devolución colectiva y ajuste de estrategias, que permiten a la metodología evolucionar, adaptarse y transferirse a distintos contextos sin perder su identidad centrada en la persona.

De este modo, la evaluación se convierte en el eje que conecta la práctica con el conocimiento, y el conocimiento con la mejora social.



2.3 Dinámica y procesos del modelo

La dinámica operativa del modelo MIPI se estructura como un proceso progresivo, flexible y cíclico, que combina tiempos diferenciados de intervención con metodologías participativas, estrategias adaptativas y mecanismos de gestión centrados en la persona. Esta lógica procesual permite articular, de forma coherente, la transición desde una situación de vulnerabilidad estructural o riesgo de institucionalización hacia un modelo de vida autónoma, comunitaria y sostenida en derechos. Lejos de establecer una secuencia rígida de actuaciones, la MIPI propone una arquitectura procesual abierta, modulable y sensible a las trayectorias individuales, que integra distintas dimensiones temporales y relacionales del acompañamiento social. En conjunto, el modelo se concibe como un ciclo permanente de intervención, aprendizaje y ajuste, donde cada fase genera evidencias que retroalimentan la siguiente.

a) Fases operativas del proceso MIPI

El desarrollo metodológico del modelo se estructura en torno a cinco fases articuladas, cuya temporalidad es orientativa pero no prescriptiva. Cada fase se retroalimenta de la anterior y se interconecta con las demás, permitiendo una adaptación constante al contexto y a la evolución





del proceso de vida de cada persona. Desde este momento se inician los primeros registros de información y seguimiento, que permiten documentar la evolución del caso y orientar las siguientes fases.

DetECCIÓN Y ACTIVACIÓN

En esta fase inicial se identifican situaciones de riesgo de institucionalización mediante mecanismos de alerta temprana. Esta detección puede provenir tanto de los servicios sociales, entidades del tercer sector o profesionales, como del propio entorno comunitario o de la autoderivación. Se utilizan instrumentos estructurados de cribado (escalas de riesgo, indicadores territoriales, entrevistas exploratorias) así como herramientas participativas (redes comunitarias y mapeos colaborativos). La activación implica también el primer contacto con la persona, la toma de consentimiento informado y la apertura del proceso desde una lógica de acompañamiento respetuosa. Los hallazgos se contrastan de forma participativa, generando acuerdos sobre prioridades de apoyo y estableciendo las primeras líneas de seguimiento del plan individual.



DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO Y CONTEXTUALIZADO

Esta fase profundiza en el análisis integral de la situación personal, familiar y comunitaria. Se realiza un diagnóstico colaborativo que no se limita a recoger datos objetivos, sino que incluye la interpretación compartida de trayectorias vitales, capacidades, deseos, vínculos y redes de apoyo. Se emplean metodologías cualitativas como relatos de vida, entrevistas motivacionales, mapas de relaciones y análisis narrativo de la experiencia vivida. Este diagnóstico deviene una herramienta transformadora, ya que permite reconocer a la persona como agente activa de su propio proceso, visibilizando sus fortalezas, aspiraciones y resistencias. La revisión colaborativa de los itinerarios permite ajustar los apoyos en función de los resultados observados y de los cambios vitales de la persona.

DISEÑO DE ITINERARIO PERSONALIZADO DE APOYO

A partir del diagnóstico, se construye un plan de vida consensuado que recoge los apoyos necesarios, los objetivos deseados y las acciones específicas a desplegar. Este itinerario se co-diseña con la persona y su entorno de confianza, integrando tanto recursos formales (servicios públicos, prestaciones, asistencia personal) como informales (redes comunitarias, familia, vecinos/as, asociaciones). El plan incluye tiempos, responsables, indicadores de seguimiento y estrategias de evaluación, contemplando revisiones periódicas para su actualización. La planificación centrada en la persona guía todo este proceso, garantizando la autonomía, la flexibilidad y el respeto a las decisiones individuales.

IMPLEMENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO

Esta fase implica el despliegue efectivo de los apoyos definidos. Los equipos interdisciplinarios actúan como facilitadores del acceso, mediadores institucionales y acompañantes estables en el proceso. El acompañamiento se realiza desde una lógica no intrusiva, centrada en fortalecer capacidades, activar redes y generar condiciones reales para la vida autónoma. Se incorporan elementos de acompañamiento comunitario, tutoría social, mentoría entre pares y articulación de soluciones habitacionales, tecnológicas y relacionales. Esta etapa requiere una alta capacidad de coordinación interinstitucional, adaptabilidad territorial y sostenibilidad de los apoyos.

El proceso incluye espacios de revisión conjunta entre profesionales y personas participantes, que sirven para documentar avances, identificar dificultades y recoger evidencias sobre el impacto de los apoyos. Esta etapa desemboca de forma natural en la evaluación continua del proceso, concebida como parte del propio acompañamiento.

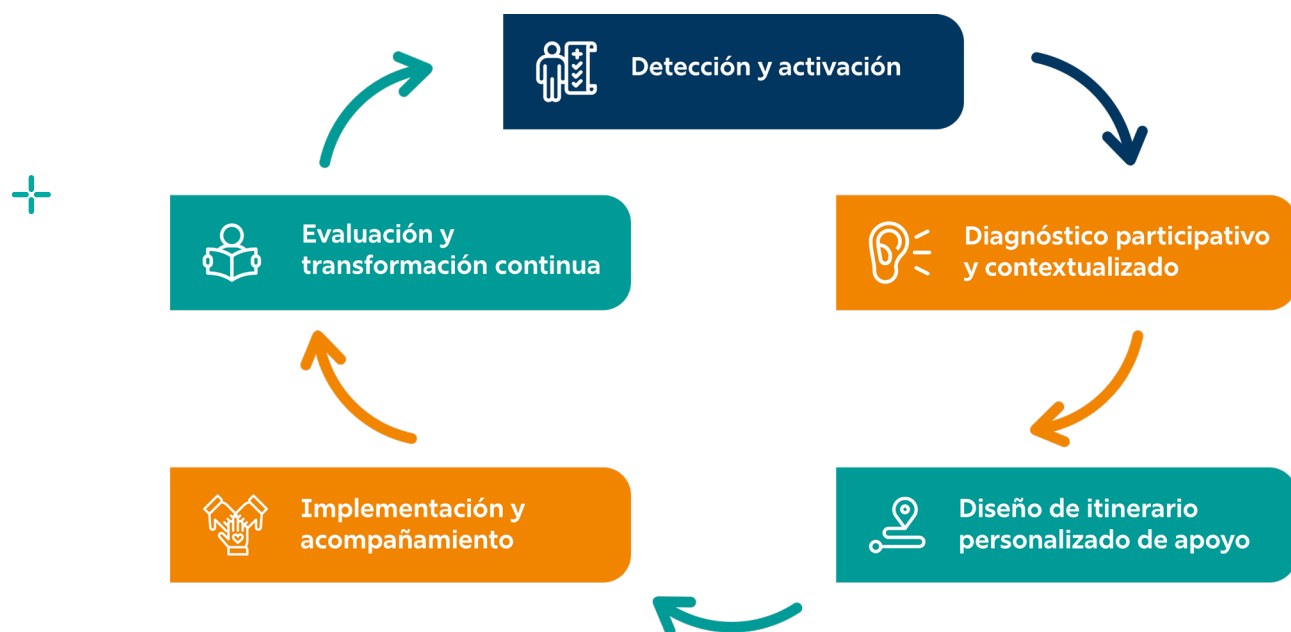




Evaluación y transformación continua

De forma transversal al proceso, se desarrolla un sistema de evaluación participativa que recoge información tanto cuantitativa como cualitativa sobre los efectos del acompañamiento. La evaluación no se concibe como control, sino como oportunidad de aprendizaje compartido y mejora continua. Se utilizan metodologías como paneles de experiencia, auditorías sociales, análisis de trayectorias y devolución crítica de resultados. Esta dimensión permite ajustar los itinerarios, visibilizar buenas prácticas, identificar obstáculos estructurales y retroalimentar el diseño del modelo. Los aprendizajes generados se documentan y transfieren, convirtiéndose en evidencia útil para la toma de decisiones institucionales y la formulación de políticas públicas orientadas a la desinstitucionalización.

Diagrama 2. Fases operativas del proceso MIPI



b) Lógica transversal del proceso

El modelo MIPI no solo se organiza por fases, sino también por una lógica transversal que atraviesa todas las etapas y que se expresa en tres dinámicas fundamentales:

Horizontalidad relacional: todas las intervenciones se realizan desde una posición de simetría, diálogo y reconocimiento mutuo. La persona no es objeto de atención, sino sujeto activo del proceso.

Intersectorialidad estructural: la prevención de la institucionalización requiere articular múltiples dimensiones (social, sanitaria, habitacional, educativa, jurídica) desde una lógica de gobernanza colaborativa. El modelo fomenta mesas técnicas, protocolos de derivación y alianzas territoriales para romper la fragmentación institucional.

Adaptabilidad territorial y cultural: el modelo se ajusta a las especificidades de cada territorio, incorporando particularidades socioculturales, lingüísticas y comunitarias. Se reconoce la pluralidad de formas de vida, evitando respuestas estandarizadas o normativas.





Esta lógica transversal se traduce en criterios observables dentro de la evaluación MIPI: la calidad relacional, la densidad de alianzas intersectoriales y el grado de adecuación territorial se analizan como indicadores de coherencia metodológica.

De este modo, la transversalidad no es un principio abstracto, sino una práctica verificable en el seguimiento y la evaluación del modelo.

c) Herramientas y recursos metodológicos

La dinámica de procesos se apoya en un conjunto de herramientas metodológicas que permiten operativizar el enfoque MIPI. Entre ellas destacan:

- Cuestionarios de detección de riesgo de institucionalización.
- Guías para entrevistas de diagnóstico centradas en la persona.
- Plantillas de planificación personalizada.
- Matrices de articulación de recursos comunitarios.
- Protocolos de coordinación interinstitucional.
- Cuadernos de seguimiento y evaluación participativa.
- Módulos de formación en derechos, vida independiente y cuidado comunitario.

Estas herramientas están diseñadas desde criterios de accesibilidad universal, lenguaje claro, enfoque interseccional y sostenibilidad operativa. Su finalidad es facilitar el trabajo técnico sin desvirtuar la centralidad de la persona ni burocratizar el proceso, y al mismo tiempo **alimentar un sistema común de información y aprendizaje** que permite comparar resultados, identificar patrones territoriales y fortalecer la coordinación entre entidades y administraciones.

De este modo, **su uso no es solo operativo, sino también estratégico**, ya que genera la evidencia necesaria para orientar decisiones y planificar la sostenibilidad del modelo.

d) Temporalidad y sostenibilidad del acompañamiento

Una de las innovaciones clave del modelo MIPI radica en la concepción temporal del acompañamiento. Frente a la lógica asistencial basada en intervenciones puntuales, MIPI apuesta por procesos prolongados, de intensidad variable y ajustados al ciclo vital de cada persona. Se superan así las fases cerradas o los calendarios preestablecidos, permitiendo una intervención sostenida que acompañe los momentos críticos, los logros personales y las transiciones vitales.

Además, se prevé la construcción de estructuras de sostenibilidad que garanticen la permanencia de los apoyos más allá del proyecto piloto o la financiación temporal. Esto incluye la transferencia del modelo en los servicios sociales locales, la capacitación de agentes comunitarios y la generación de marcos normativos que respalden su permanencia.

En este sentido, **la sostenibilidad no se limita a la continuidad administrativa, sino que implica consolidar vínculos, capacidades y estructuras locales** capaces de sostener los apoyos





en el tiempo. Por ello, la evaluación del modelo incorpora indicadores específicos sobre la continuidad de los apoyos, la apropiación institucional y la permanencia de las redes comunitarias tras la finalización del proyecto.

De este modo, la temporalidad MIPI se entiende como un proceso **de consolidación progresiva y corresponsable**, donde la autonomía de las personas y la resiliencia comunitaria se convierten en los verdaderos indicadores de éxito.

2.4 Relación con el contexto local y necesidades del territorio



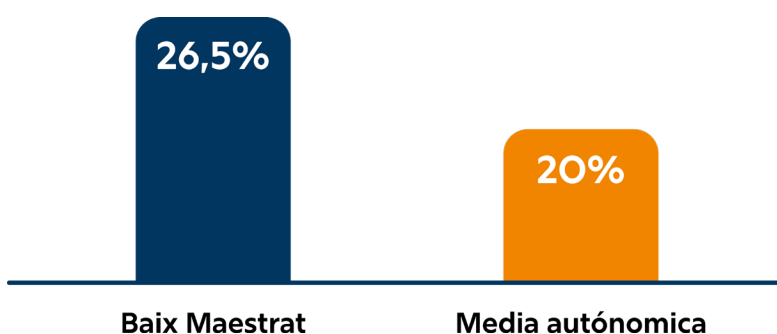
El Baix Maestrat, ubicado en la provincia de Castellón, se configura como una unidad territorial compleja y heterogénea, integrada por dieciocho municipios con diversidad de perfiles demográficos, productivos, culturales y de acceso a servicios. Esta diversidad interna convierte a la comarca en un entorno propicio para la aplicación de metodologías de intervención social orientadas a la transformación estructural, como es el caso de la Metodología de Inclusión para Prevenir la Institucionalización. Desde un enfoque social, se parte de la hipótesis de que la institucionalización no responde a una necesidad individual objetiva, sino que es el resultado de un fallo sistemático en el despliegue de apoyos adecuados, personalizados y sostenidos en el entorno comunitario. Esta lectura territorial no se limita a un análisis descriptivo, sino que constituye la base sobre la cual se diseñan los instrumentos de diagnóstico participativo y evaluación del modelo MIPI. Entender cómo el territorio condiciona las trayectorias vitales es clave para definir apoyos que respondan a contextos reales y no a estándares abstractos.

Transformaciones demográficas y vulnerabilidad territorial

La comarca del Baix Maestrat presenta una fractura territorial significativa entre los municipios costeros —Vinaròs, Benicarló y Peñíscola—, donde se concentran los recursos sanitarios, educativos y sociales, y los municipios del interior, caracterizados por procesos de despoblación, envejecimiento y desarticulación comunitaria. En 2024, el 26,5% de la población comarcal supera los 65 años, más de seis puntos por encima de la media autonómica. Este envejecimiento se intensifica en las localidades del interior, donde la cobertura de servicios sociosanitarios de proximidad es muy limitada.



Gráfico 1. Comparativa del porcentaje de personas mayores de 65 años en Baix Maestrat (26,5%) respecto a la media autonómica (20%)





Esta configuración territorial genera un patrón persistente de desigualdad en el acceso a oportunidades de vida independiente. Las personas con discapacidad afrontan barreras combinadas de movilidad, aislamiento y falta de recursos adaptados, que se agravan en los municipios rurales. La inexistencia de transporte accesible y la dispersión de los servicios esenciales restringen la participación social y dificultan la permanencia en la comunidad, reforzando la percepción de que la institucionalización es la única alternativa posible.

El análisis territorial realizado evidencia que estas limitaciones no son circunstanciales, sino estructurales. Ninguna de las personas participantes reside en una vivienda plenamente accesible y la mayoría vive en hogares familiares sin adaptaciones adecuadas. En numerosos casos, las modificaciones del entorno o los productos de apoyo han debido costearse de forma privada, sin respaldo público, lo que amplía la brecha entre quienes pueden asumir estos gastos y quienes quedan excluidos de opciones de autonomía.



Esta realidad se combina con factores de género y edad que agravan la vulnerabilidad. Muchas mujeres con discapacidad —especialmente las de mayor edad— viven solas o en entornos familiares sobrecargados, asumiendo además tareas de cuidado no remuneradas. Se configura así un modelo de ruralidad envejecida y feminizada, donde la ausencia de apoyos de proximidad convierte la vida independiente en un desafío estructural.

Esta configuración territorial, marcada por la dispersión geográfica y la desigual distribución de servicios, genera una brecha estructural en el acceso a apoyos y oportunidades de vida independiente. En el medio rural, las limitaciones de transporte, la falta de vivienda adaptada y la débil articulación comunitaria se combinan con la precariedad económica y el envejecimiento de la población, produciendo un escenario de vulnerabilidad acumulada.

En la práctica, muchas personas con discapacidad dependen de redes familiares agotadas o de recursos ubicados en zonas urbanas, lo que reduce su autonomía y su participación social. Estos factores configuran un vacío funcional que condiciona el derecho a decidir dónde y cómo vivir, y que refuerza la necesidad de estrategias territoriales de proximidad.

Los principales condicionantes identificados en el territorio se sintetizan en la **Tabla 1**, que recoge de forma integrada los factores demográficos, geográficos y sociales que inciden en el riesgo de institucionalización.

Tabla 1. Condicionantes territoriales que influyen en el riesgo de institucionalización – Baix Maestrat

Dimensión	Situación observada en el territorio	Implicaciones para la vida independiente y comunitaria
Envejecimiento demográfico	El 26,5% de la población comarcal supera los 65 años, especialmente en municipios del interior con menor cobertura de servicios sociales y sanitarios.	Incremento de la dependencia funcional, reducción de apoyos informales y aumento del riesgo de institucionalización por falta de alternativas comunitarias.
Accesibilidad y transporte	Ausencia de transporte adaptado y de rutas accesibles en la mayoría de municipios rurales. Dependencia de familiares o taxis para desplazamientos básicos.	Dificultad para acceder a servicios públicos, empleo o actividades comunitarias; aislamiento social y reducción de oportunidades de participación.





Dimensión	Situación observada en el territorio	Implicaciones para la vida independiente y comunitaria
Vivienda y entorno físico	Ninguna persona participante reside en una vivienda plenamente accesible. Las adaptaciones y productos de apoyo se financian de forma privada y sin respaldo público.	Sobrecoste económico, dependencia familiar y limitación de la autonomía personal y del derecho a elegir dónde vivir.
Desigualdad de género y edad	Predominio de mujeres mayores con discapacidad que viven solas o en hogares multigeneracionales, asumiendo tareas de cuidado no remuneradas.	Mayor vulnerabilidad económica, aislamiento y sobrecarga de cuidados; feminización de la pobreza y del riesgo de institucionalización.
Brecha digital y territorial	Déficit de conectividad en municipios de interior y escasa alfabetización digital en población mayor y con discapacidad.	Exclusión del acceso a información, trámites, apoyos y redes sociales; pérdida de autonomía y participación.
Redes comunitarias y servicios de proximidad	Escasa articulación de redes vecinales y baja implicación de la comunidad en el acompañamiento cotidiano. Los recursos públicos están centralizados en zonas urbanas.	Fragilidad de los apoyos informales y dificultad para sostener proyectos de vida autónomos en el medio rural.



Diversidad cultural e inequidades interseccionales

El Baix Maestrat presenta una composición cultural diversa, con una proporción de personas de origen extranjero que alcanzaba el 24% en estimaciones previas. Esta diversidad, lejos de ser un factor de cohesión, puede derivar en situaciones de exclusión cuando no existen marcos adecuados de intervención intercultural. Las personas migrantes con discapacidad se encuentran en una posición especialmente vulnerable, debido a la combinación de barreras idiomáticas, baja capitalización social, dificultades administrativas y carencia de apoyos adaptados.



El enfoque interseccional que propone MIPI permite abordar estas complejidades mediante estrategias ajustadas que reconozcan las trayectorias vitales diversas y sus implicaciones para el acceso a derechos. Incorporar esta perspectiva no solo garantiza una mejor adecuación de los recursos, sino que también permite identificar nudos estructurales de desigualdad que atraviesan el territorio.

Factores socioeconómicos estructurales

El Baix Maestrat presenta un conjunto de indicadores socioeconómicos que evidencian una situación de vulnerabilidad estructural: una tasa de desempleo del 16%, rentas por debajo de la media autonómica y un 21,1% de la población en riesgo de pobreza o exclusión (AROPE). Estas condiciones impactan con especial severidad en las personas con discapacidad, que soportan sobrecostos asociados a los cuidados, la movilidad, la vivienda o los productos de apoyo.

La evaluación del proyecto MIPI en el Baix Maestrat (2024) confirma que esta vulnerabilidad estructural se traduce en un fuerte desequilibrio económico entre las personas participantes. Tal como muestra el **Gráfico 2**, la mayoría percibe ingresos insuficientes o depende económicamente de familiares, mientras que solo una minoría dispone de ingresos propios estables. Destaca,





además, la feminización de la precariedad: todas las mujeres participantes se encuentran fuera del mercado laboral, lo que agrava la desigualdad económica y limita la autonomía personal.

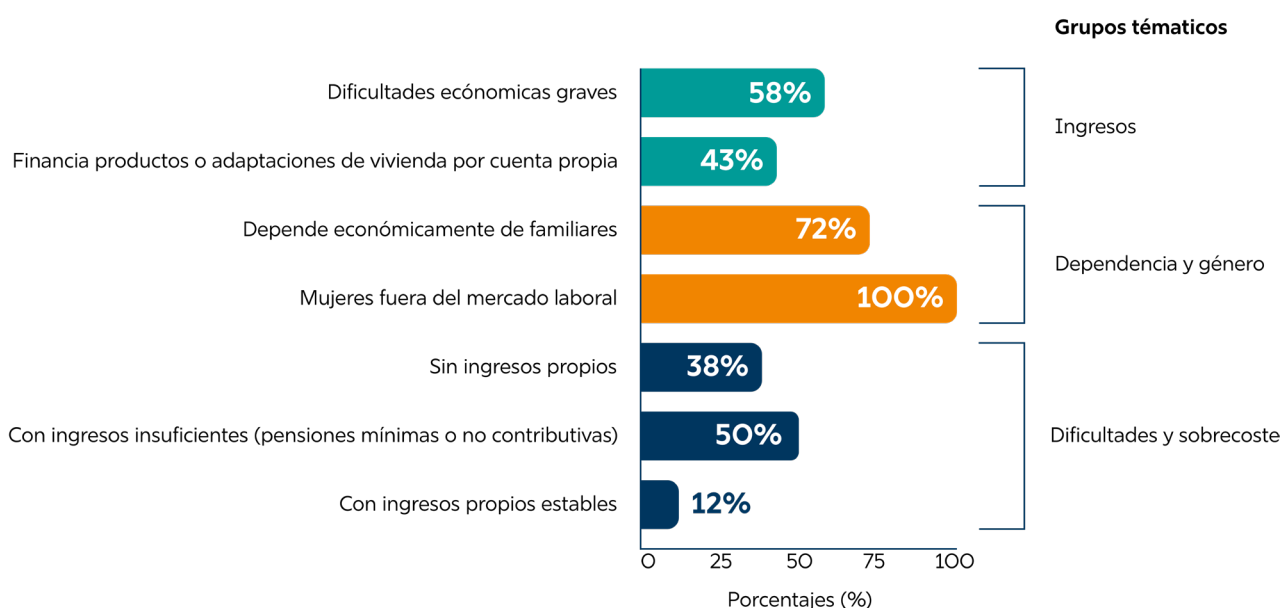
Este perfil económico evidencia que la pobreza y la falta de ingresos no son factores coyunturales, sino dimensiones estructurales que condicionan el ejercicio del derecho a vivir de forma independiente. La necesidad de financiar productos o adaptaciones de vivienda por cuenta propia, junto con la inexistencia de apoyos profesionales estables, refuerza la dependencia familiar y amplía la brecha entre quienes pueden costear su autonomía y quiénes no.

El sistema público de servicios sociales, segmentado y con escasa orientación comunitaria, no responde de manera eficaz a estas necesidades, recurriendo con frecuencia a soluciones residenciales. Esta tendencia refuerza la institucionalización como salida operativa, contraria al principio de vida independiente recogido en el artículo 19 de la CDPD.



Frente a este contexto, la metodología MIPI plantea una respuesta estructural: fortalecer la coordinación intersectorial, generar apoyos comunitarios y abordar la **justicia económica** como dimensión clave de la prevención de la institucionalización. La evaluación territorial permitirá medir la evolución de estos apoyos, la presencia de recursos de proximidad y el grado de autonomía alcanzado por las personas beneficiarias.

Gráfico 2. Perfil económico y condiciones de vida de las personas participantes – Proyecto MIPI Baix Maestrat (2024). Fuente de elaboración propia a partir de los datos de evaluación del proyecto MIPI



Perfil de las personas usuarias y diagnóstico de necesidades

Los datos recogidos por **COCEMFE Maestrat** en el marco del proyecto MIPI (2023–2024) permiten caracterizar el perfil de las personas participantes y sus principales necesidades de apoyo. En total, se acompañó a **966 personas**, de las cuales **198 presentaban discapacidad física y/u orgánica**, conformando el grupo diana del proyecto.





Perfil sociodemográfico y funcional

El grupo presenta una **mayor presencia femenina (62%)**, con una **edad media de 57 años**, predominando las personas adultas y mayores con trayectorias prolongadas de dependencia y participación limitada en la vida comunitaria.

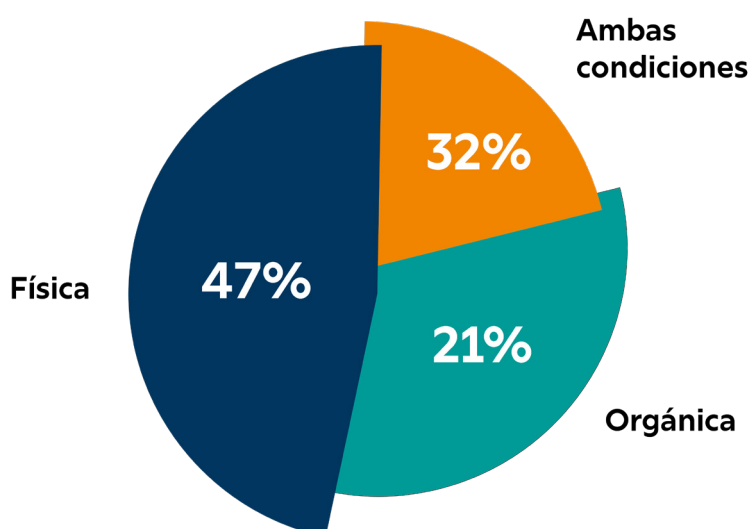
La distribución territorial es equilibrada: **52% reside en municipios costeros y 48% en zonas del interior**, donde las limitaciones en transporte, accesibilidad y recursos de proximidad son más acusadas.

En cuanto a la convivencia, la mayoría vive en **hogares familiares pequeños**, generalmente junto a progenitores o parejas de edad avanzada, y **alrededor del 10% reside sola**. Estas situaciones, en su mayoría femeninas y en viviendas sin adaptar, reflejan mayor vulnerabilidad frente al aislamiento social y la dependencia emocional.

El grupo incluye personas con **diferentes tipos y grados de discapacidad**, según se detalla a continuación.



Gráfico 3. Distribución porcentual de personas atendidas por tipo de discapacidad (física, orgánica y ambas condiciones)



La prevalencia de las discapacidades físicas y combinadas se asocia a una mayor necesidad de productos de apoyo, adaptaciones del entorno y acompañamiento continuado.

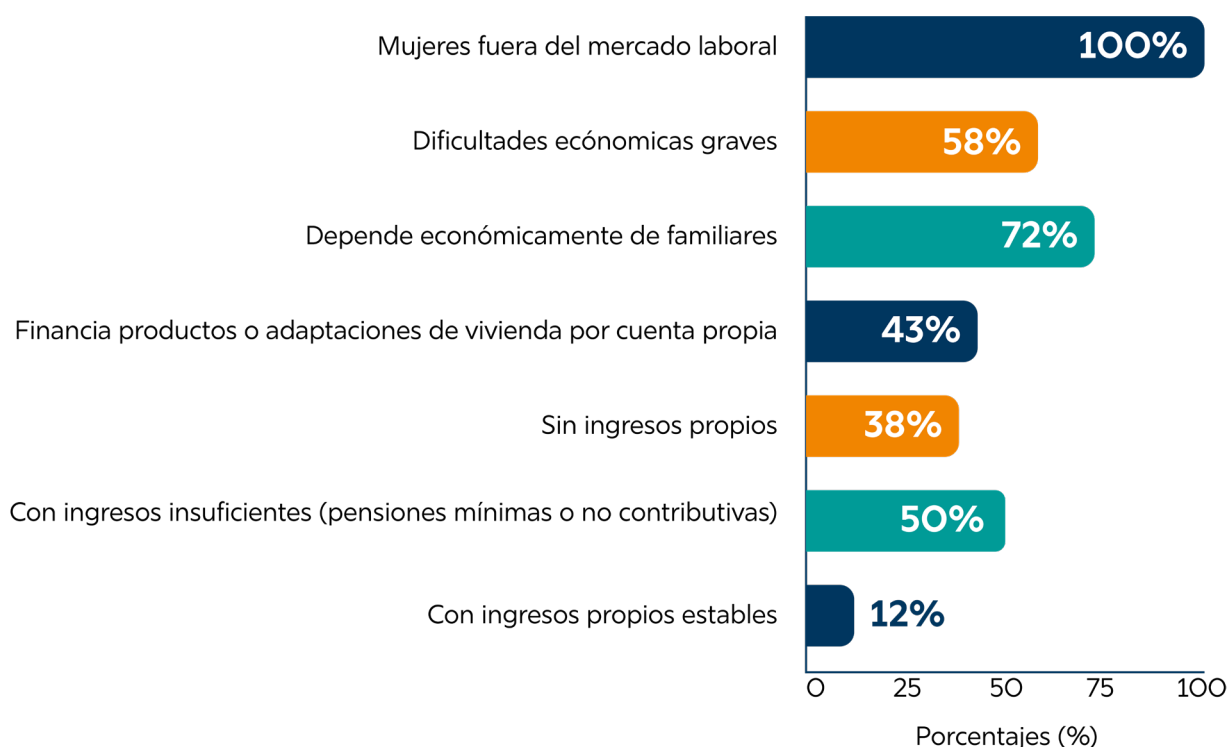
Perfil económico

Los datos económicos reflejan una situación de **vulnerabilidad estructural** que condiciona el acceso a apoyos y la posibilidad de mantener una vida independiente. Del conjunto de personas participantes:





Gráfico 4. Perfil económico y condiciones de vida – Proyecto MIPI Baix Maestrat (2024). Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del proyecto MIPI (2024)



Estas condiciones limitan el acceso a vivienda adaptada, transporte y apoyos personales, situando a buena parte del grupo en una posición de **dependencia económica y social crónica**.

a) Situación funcional y niveles de apoyo

La aplicación de la **Escala EVNAVIC-MIPI** permitió identificar los niveles de apoyo necesarios para el desarrollo de una vida independiente y comunitaria:

Tabla 2. Distribución por nivel de apoyo necesario (EVNAVIC inicial). Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de la Escala EVNAVIC-MIPI (2024)

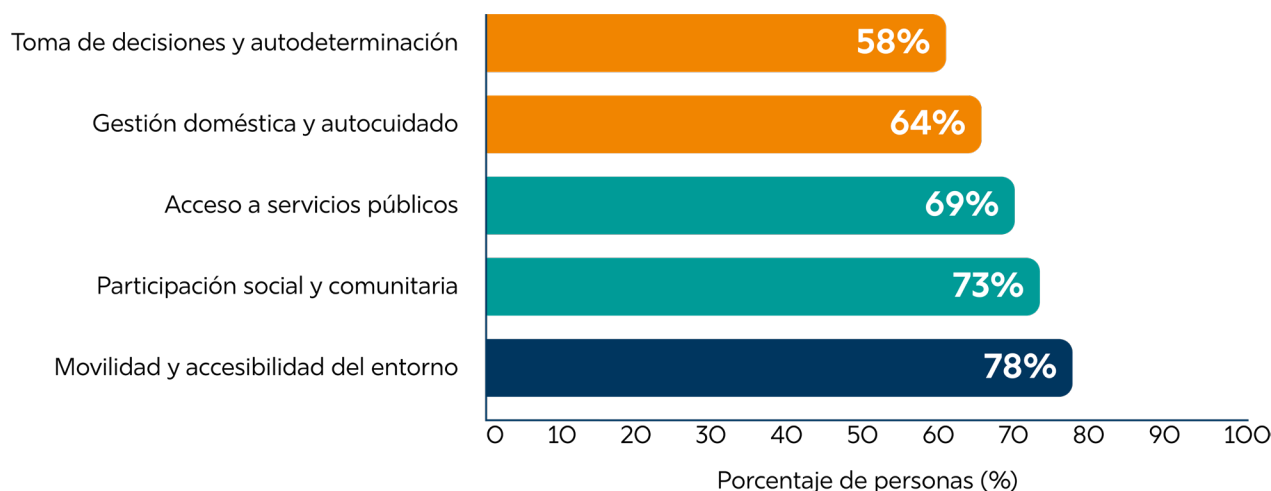
Nivel de apoyo	Porcentaje de personas	Descripción general
Apoyos intensivos	41%	Necesidad de asistencia personal o familiar permanente; limitaciones significativas en movilidad y autocuidado.
Apoyos moderados	41%	Precisan acompañamiento parcial para actividades instrumentales y participación comunitaria.
Apoyos leves	18%	Mantienen autonomía funcional con apoyos puntuales en tareas de gestión o accesibilidad.

Las áreas con mayores necesidades detectadas fueron:





Gráfico 5. Áreas con mayores necesidades detectadas – MIPI Baix Maestrat (2024). Fuente: Elaboración propia a partir de datos de COCEMFE Maestrat (2024)



Estos resultados reflejan que el riesgo de institucionalización no está determinado únicamente por la dependencia funcional, sino por la **insuficiencia de apoyos comunitarios y de proximidad**.

b) Condiciones de vivienda y redes de apoyo

Ninguna persona participante reside en una vivienda completamente accesible. El **85% habita en inmuebles con barreras arquitectónicas**, y el **42% ha tenido que realizar adaptaciones con recursos propios**.

La carencia de vivienda adaptada y de recursos intermedios (apartamentos tutelados, viviendas con apoyo o soluciones de respiro) limita las opciones reales para desarrollar proyectos de vida autónomos.

En cuanto a los apoyos informales, el **74% depende de familiares directos**, principalmente personas mayores.

Esta red familiar constituye un **factor protector**, aunque frágil y difícil de sostener en el tiempo, especialmente cuando los cuidadores superan los 70 años o carecen de apoyo profesional.

c) Diagnóstico de necesidades

Del análisis conjunto de los datos cuantitativos y cualitativos se desprenden tres áreas prioritarias:

1. **Necesidades personales y funcionales**, vinculadas a la movilidad, la autonomía en el hogar y la asistencia personal.
2. **Necesidades habitacionales y de entorno**, asociadas a la falta de vivienda accesible, transporte adaptado y recursos intermedios.
3. **Necesidades sociales y relacionales**, derivadas del aislamiento, la escasez de apoyos comunitarios y la sobrecarga familiar.





Obstáculos al derecho a la vida independiente

Los condicionantes que impiden el ejercicio efectivo del derecho a vivir en comunidad se agrupan en tres niveles: **estructural, comunitario e individual**.

A nivel estructural, persiste un enfoque institucionalizador en la provisión de apoyos, con **centralización de servicios, escasa implantación de la asistencia personal** y una normativa aún rígida, que no garantiza la flexibilidad ni la personalización de los recursos. La falta de coordinación entre sistemas (social, sanitario, habitacional, educativo) y la ausencia de vivienda accesible o transporte adaptado refuerzan la desigualdad territorial, especialmente en los municipios rurales.

En el nivel comunitario, se evidencia una **debilidad en las redes vecinales y una baja cultura de corresponsabilidad**. La desconexión entre iniciativas públicas y dinámicas locales impide consolidar redes de cuidado de proximidad. La limitada participación ciudadana y el escaso desarrollo del asociacionismo dificultan la construcción de entornos inclusivos y sostenibles.

En el plano individual, muchas personas con discapacidad acumulan **trayectorias marcadas por la exclusión y la sobreprotección familiar**, lo que limita su capacidad de decisión, autoestima y activación subjetiva. La ausencia de referentes positivos sobre vida autónoma o participación social dificulta la transición hacia modelos de vida independiente.

Tabla 3. Síntesis de obstáculos para el ejercicio del derecho a la vida independiente

Nivel	Barreras principales	Consecuencias
Estructural	Centralización de servicios, falta de asistencia personal, carencia de vivienda accesible y transporte adaptado.	Exclusión rural, institucionalización como salida única.
Comunitario	Débil articulación de redes vecinales y baja participación ciudadana.	Aislamiento, sobrecarga familiar y ausencia de apoyos de proximidad.
Individual	Trayectorias de dependencia y falta de experiencias de autodeterminación.	Escasa autoestima, desconocimiento de derechos y limitada participación social.

Justificación para la aplicación territorial del enfoque MIPI

La **Metodología MIPI** propone una transformación de los sistemas de apoyo desde una lógica institucional hacia un **modelo comunitario, participativo y centrado en la persona**.

En el Baix Maestrat, esta transición es especialmente pertinente dada la combinación de factores de vulnerabilidad estructural, debilidad de los servicios públicos y diversidad territorial.

Su implementación permite:

- **Desarrollar diagnósticos participativos** que identifiquen barreras, recursos y oportunidades.





- **Promover apoyos personalizados y flexibles**, ajustados a las necesidades y preferencias de cada persona.
- **Impulsar la coordinación intersectorial** entre servicios sociales, salud, vivienda y empleo.
- **Fortalecer las redes comunitarias** y la corresponsabilidad social.
- **Validar herramientas metodológicas y de evaluación participativa** en contextos rurales y mixtos, generando evidencias transferibles.

El Baix Maestrat se configura así como un **territorio laboratorio** para la prevención de la institucionalización, combinando **innovación metodológica, justicia territorial y transformación estructural** desde el protagonismo de las propias personas con discapacidad.

La experiencia MIPI aporta evidencias concretas y transferibles para la **consolidación de políticas públicas inclusivas**, orientadas a garantizar el derecho efectivo a vivir en comunidad.



3. Metodología de intervención





La MIPI se fundamenta en un enfoque de derechos humanos que sitúa a la persona con discapacidad en el centro del proceso, no como objeto pasivo de atención, sino como sujeto de derechos y decisiones. Reconoce la discapacidad como una construcción social resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras del entorno, tal como se establece en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. A partir de este modelo, MIPI otorga prioridad al modelo social de la discapacidad, asumiendo que la exclusión, la segregación y la institucionalización no son consecuencias inevitables de una condición física u orgánica, sino de estructuras sociales, normativas y culturales excluyentes.

Asimismo, el enfoque de género se integra como dimensión transversal en todas las fases del proceso, entendiendo que las mujeres con discapacidad enfrentan formas múltiples y agravadas de discriminación. La metodología también incorpora una mirada interseccional, reconociendo que las experiencias de las personas con discapacidad están atravesadas por factores como el género, la edad, el origen étnico, la orientación sexual, la situación migratoria o la clase social, lo que condiciona el acceso a los apoyos y la participación comunitaria.

El propósito último de MIPI es garantizar que todas las personas con discapacidad física y orgánica puedan diseñar y desarrollar su propio proyecto de vida con autonomía, libertad y dignidad, en condiciones de igualdad y dentro de su entorno comunitario. Este objetivo requiere no solo intervenciones centradas en la persona, sino también una transformación estructural de los sistemas de apoyo, alejándose de los modelos asistenciales e institucionalizados que perpetúan la dependencia y el aislamiento.

Desde una lógica participativa y situada, MIPI adopta un enfoque metodológico mixto que articula técnicas cualitativas (grupos focales, entrevistas, historia de vida) con herramientas cuantitativas (cuestionarios, escalas de valoración), promoviendo la producción de conocimiento compartido y situado. Esta combinación metodológica permite captar tanto las narrativas personales como los patrones estructurales que configuran el riesgo de institucionalización.

La metodología se adapta a la diversidad territorial, institucional y cultural de cada contexto, y a las trayectorias vitales únicas de las personas participantes. Se promueven apoyos personalizados que combinan recursos formales (servicios públicos, profesionales, productos de apoyo) e informales (redes familiares, comunitarias, vecinales), siempre desde una lógica de empoderamiento y toma de decisiones informadas. Además, MIPI apuesta por el fortalecimiento de las redes comunitarias y de proximidad como alternativa sostenible, accesible y humana frente a los dispositivos institucionales de larga estancia.



Fases de implementación de la metodología MIPI

La implementación de la Metodología MIPI se estructura en cinco fases interrelacionadas que permiten abordar el proceso de desinstitucionalización desde una lógica de acompañamiento progresivo, participativo y centrado en la persona:

1. Conformación del equipo interdisciplinar y sensibilización

Esta fase inicial se centra en la constitución de un equipo técnico comprometido con los principios de la vida independiente, el modelo social de la discapacidad y la atención centrada en





la persona. Para ello, se incorporan profesionales de disciplinas como trabajo social, psicología, terapia ocupacional, educación social y especialidades en accesibilidad universal, asegurando un enfoque integral y complementario.

Además, el equipo recibe formación específica sobre desinstitucionalización, derechos humanos, enfoque de género e interseccionalidad, así como herramientas de intervención comunitaria y acompañamiento centrado en proyectos de vida. Esta formación es esencial para garantizar una práctica coherente con los principios éticos y metodológicos de MIPI.

Se prioriza la incorporación de profesionales con competencias en facilitación, mediación y construcción de apoyos personalizados, así como habilidades comunicativas y sensibilidad hacia las discapacidades, culturales y contextuales.

2. Diagnóstico territorial participativo



El diagnóstico se concibe como una investigación-acción que permite comprender el contexto en el que se desplegará la metodología. Se realiza un mapeo de recursos existentes, barreras físicas y actitudinales, carencias institucionales, y redes formales e informales de apoyo. Este diagnóstico parte de la experiencia situada de las personas con discapacidad y sus familias.

Se emplean técnicas participativas como el árbol de problemas, los grupos focales, entrevistas en profundidad, cartografía social y observación comunitaria. Asimismo, se aplica la escala EVNAVIC como herramienta cuantitativa que permite valorar necesidades de apoyo en ámbitos clave de la vida cotidiana.

El diagnóstico no solo tiene un carácter técnico, sino que constituye un primer momento de empoderamiento y validación de la voz de las personas participantes, que pasan a ser consideradas expertas en su propia vida y realidad.

3. Codiseño del Proyecto de Vida y del Plan de Apoyos

En esta fase se inicia un acompañamiento individualizado por parte del Gestor o Gestora de Vida Independiente. A través de entrevistas, conversaciones, dinámicas de historia de vida y ejercicios de reflexión, se recuperan los valores, deseos, metas y trayectorias personales de la persona con discapacidad.

Con base en esa narrativa, se construye un Proyecto de Vida personalizado que orienta el sentido de las intervenciones y define el horizonte deseado. A partir de este proyecto, se elabora de forma colaborativa un Plan de Apoyos que contempla:



- Productos de apoyo y tecnologías de asistencia.
- Apoyos humanos (asistentes personales, red familiar, vecinal y comunitaria).
- Modificaciones arquitectónicas y adaptaciones del entorno.
- Coordinación con recursos públicos y comunitarios.

Este Plan es un documento vivo, que se ajusta con el tiempo y responde a los cambios vitales, contextuales o de preferencia de la persona.





4. Implementación de apoyos y seguimiento continuo

En esta fase se despliegan las acciones contempladas en el Plan de Apoyos, activando los recursos y redes necesarias para garantizar la permanencia de la persona en su entorno, su participación en la vida comunitaria y el ejercicio pleno de su autonomía.

Se implementan tanto intervenciones individuales (acompañamiento al empleo, apoyo en el hogar, formación en autodeterminación) como comunitarias (activación de redes de apoyo mutuo, accesibilidad de servicios, sensibilización del entorno).

El seguimiento se realiza a través de registros sistemáticos de las intervenciones, usando herramientas como el modelo de registro de intervención individual, y se lleva a cabo de manera continua y participativa, fomentando la evaluación compartida entre la persona y el equipo técnico.



5. Evaluación, sistematización y transferencia

Una vez implementada la metodología en el territorio piloto, se realiza una evaluación de impacto que combina indicadores cuantitativos (mejora en niveles de autonomía, reducción del riesgo de institucionalización) y cualitativos (satisfacción, percepción de control, fortalecimiento de vínculos).

Se lleva a cabo una sistematización de aprendizajes, experiencias, dificultades y recomendaciones, que nutre el proceso de mejora continua y consolida un modelo replicable. Esta información se convierte en insumo clave para la transferencia del modelo a otros territorios, entidades del movimiento asociativo y administraciones públicas, especialmente el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

La transferencia de MIPI no se limita a la difusión técnica, sino que implica un proceso de sensibilización, formación y acompañamiento institucional para garantizar su apropiación real y su sostenibilidad.



Estrategias transversales

La implementación efectiva de la Metodología MIPI requiere no solo una estructura técnica sólida, sino también un conjunto de estrategias transversales que aseguren su coherencia, legitimidad y sostenibilidad. Estas estrategias actúan como principios orientadores que atraviesan todas las fases y niveles de intervención, garantizando una praxis alineada con los derechos humanos, la equidad y la justicia social. A continuación, se detallan las principales:

1. Participación activa y empoderamiento de las personas con discapacidad y sus familias

La participación activa no se concibe como una formalidad, sino como un eje estructural del enfoque MIPI. Las personas con discapacidad y sus entornos significativos no son meros receptores de apoyos, sino agentes protagónicos en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones que les afectan.





Esta participación se promueve a través de metodologías de intervención centradas en la persona, espacios de diálogo horizontal, comités de seguimiento, grupos de incidencia y procesos de codiseño. El empoderamiento se entiende como el fortalecimiento de las capacidades, conocimientos y autonomía para que cada persona pueda ejercer sus derechos y tomar decisiones informadas sobre su vida, incluyendo la elección de apoyos, la planificación de su proyecto de vida y su papel en la comunidad.

El papel de las familias también se reconoce y se acompaña, generando espacios de formación, apoyo emocional y reflexión crítica sobre su rol, con el fin de pasar de modelos de sustitución a lógicas de acompañamiento emancipador.

2. Coordinación intersectorial y fortalecimiento de redes comunitarias



Uno de los desafíos históricos en los procesos de atención a personas con discapacidad ha sido la fragmentación de los servicios y la falta de coordinación entre los sectores implicados. Por ello, MIPI prioriza una estrategia de articulación intersectorial que involucra a los sistemas de salud, servicios sociales, empleo, educación, vivienda y justicia, entre otros.

Se promueve la creación de mesas técnicas territoriales, protocolos de derivación conjunta, itinerarios integrados de apoyo y acciones formativas cruzadas entre equipos profesionales. Esta coordinación es esencial para evitar duplicidades, llenar vacíos y garantizar respuestas coherentes y centradas en las necesidades reales de las personas.

Al mismo tiempo, MIPI impulsa el fortalecimiento de las redes comunitarias, entendidas como el tejido relacional local que incluye a organizaciones de la sociedad civil, asociaciones vecinales, centros culturales, entidades del tercer sector y redes informales. Estas redes cumplen un papel clave en la prevención del aislamiento y en la generación de oportunidades de inclusión, sentido de pertenencia y apoyo mutuo.

3. Incorporación sistemática del enfoque de género

El enfoque de género en MIPI no se limita a la desagregación de datos por sexo o a menciones formales, sino que se integra como una herramienta analítica y operativa para comprender cómo las desigualdades estructurales afectan de manera diferenciada a mujeres y hombres con discapacidad, así como a personas con identidades sexo-genéricas diversas.



Se aplican mecanismos de verificación de la perspectiva de género en todas las fases del proceso: desde el diagnóstico (detectando brechas específicas), hasta la evaluación (valorando impactos diferenciales). Además, se desarrollan acciones formativas sobre género y discapacidad para el equipo técnico, se utiliza lenguaje inclusivo en todos los documentos, y se promueve la participación de mujeres con discapacidad en espacios de liderazgo e incidencia.

Especial atención se presta a la prevención de la violencia de género y al acceso equitativo a apoyos, empleo, formación, ocio y salud sexual y reproductiva. Se reconoce que el género interseca con otros ejes de desigualdad y, por tanto, se trabaja desde una perspectiva interseccional que considera simultáneamente las distintas formas de opresión.





4. Accesibilidad universal y apoyos tecnológicos

La accesibilidad es un principio rector del modelo MIPI. Se asume en un sentido amplio: no solo físico, sino también comunicacional, cognitivo, sensorial, digital y actitudinal. La estrategia de accesibilidad universal busca que todos los espacios, servicios y productos estén diseñados desde el inicio para ser utilizados por todas las personas, sin necesidad de adaptaciones posteriores.

En este marco, se impulsan acciones de diagnóstico de barreras en entornos comunitarios, formación a profesionales en accesibilidad, incorporación de criterios de diseño universal en todos los proyectos y colaboración con expertos/as y entidades especializadas.

Asimismo, se fomenta el uso estratégico de tecnologías de apoyo: desde dispositivos tradicionales (sillas de ruedas, prótesis, audífonos) hasta soluciones digitales innovadoras (apps accesibles, asistentes virtuales, domótica). De forma complementaria, la metodología promueve la fabricación de elementos de apoyo mediante impresión 3D y otras tecnologías de bajo coste, favoreciendo la creación de productos personalizados, sostenibles y accesibles económicamente. Estas herramientas amplían el abanico de apoyos disponibles, reducen barreras materiales y fortalecen la autonomía personal y la inclusión comunitaria.



Estas tecnologías no se entienden como un fin en sí mismo, sino como medios al servicio de la autonomía, la comunicación, el aprendizaje, la movilidad y la participación social. Se garantiza también que todos los materiales de comunicación y documentación del proyecto cumplan criterios de accesibilidad (lectura fácil, subtítulo, interpretación en lengua de signos, contraste visual, formatos alternativos, etc.).

3.1 Herramientas y técnicas participativas

La metodología MIPI se sustenta en un conjunto amplio, sistemático y diverso de herramientas participativas que buscan garantizar la implicación activa y consciente de las personas con discapacidad, sus familias, los profesionales de apoyo, las redes asociativas y la comunidad en su conjunto. Estas herramientas no se limitan a recopilar información descriptiva, sino que fomentan procesos de reflexión crítica, consolidan espacios de empoderamiento colectivo y facilitan la formulación de propuestas orientadas a la transformación estructural, cultural y política. Al situar a la persona en el centro, incorporar una perspectiva interseccional y aplicar un enfoque basado en derechos humanos, los resultados trascienden el plano académico y se convierten en insumos estratégicos para el diseño de políticas públicas, programas sociales y prácticas profesionales de acompañamiento. Se trata, por tanto, de técnicas de investigación-acción que, además de generar conocimiento, promueven la corresponsabilidad institucional y comunitaria, fortaleciendo la agencia de las personas implicadas y legitimando su papel como sujetos políticos.



3.1.1 Grupos focales: objetivos y procedimiento

Los grupos focales constituyen una de las metodologías más robustas y extendidas en el campo de la investigación social cualitativa. Su relevancia se incrementa especialmente en escenarios donde resulta esencial dar voz a las experiencias subjetivas, colectivas y, con frecuencia, invisibilizadas. Más allá de su capacidad para recopilar percepciones individuales, esta técnica propicia una interacción dinámica entre las personas participantes, lo que les permite reconocerse mutuamente, validar sus vivencias y construir narrativas compartidas. Este proceso de reconocimiento colectivo no solo fortalece la cohesión social entre los participantes, sino que otorga legitimidad y densidad analítica al conocimiento generado, convirtiendo a los grupos





focales en una herramienta estratégica dentro de la Metodología de Inclusión para Prevenir la Institucionalización (MIPI).

Además, los grupos focales poseen una dimensión transformadora: generan un efecto de empoderamiento al hacer visible la voz de quienes habitualmente no participan en los procesos de toma de decisiones. Así, funcionan como espacios de escucha activa, de construcción de diagnósticos comunitarios y de exploración de alternativas que van más allá de la descripción de problemas, proyectándose hacia la formulación de propuestas para el cambio social.

Objetivos en el marco de la MIPI

Los grupos focales en el marco de la MIPI persiguen una batería de objetivos que refuerzan el enfoque de derechos, la participación activa y la centralidad de las personas con discapacidad en la toma de decisiones sobre sus vidas. Entre ellos destacan:

- **Recoger experiencias vitales y subjetivas:** identificar y sistematizar testimonios directos sobre las barreras que limitan la vida autónoma, así como las estrategias de afrontamiento que emergen desde la resiliencia individual, familiar y comunitaria.
- **Identificar barreras estructurales y contextuales:** detectar colectivamente carencias en apoyos, deficiencias de accesibilidad, rigideces burocráticas y la insuficiencia de recursos comunitarios que contribuyen a reproducir dinámicas de dependencia e institucionalización.
- **Explorar aspiraciones, deseos y proyectos vitales:** abrir un espacio protegido donde las personas puedan expresar libremente expectativas, horizontes de vida, necesidades emocionales y valores vinculados al derecho a la autodeterminación y la vida independiente.
- **Fomentar la deliberación y la construcción de consensos:** posibilitar procesos de contraste y debate entre distintas perspectivas (personas con discapacidad, familiares, profesionales e instituciones), orientados a construir propuestas comunes, pero también a visibilizar divergencias y tensiones.
- **Fortalecer el empoderamiento y la conciencia de derechos:** incentivar la participación proactiva, reforzar la capacidad de agencia y subrayar el papel de los participantes como agentes activos en la definición de políticas públicas y en la generación de conocimiento útil para la acción social.

Procedimiento Metodológico

La implementación de grupos focales en la MIPI requiere un diseño cuidadoso que combine rigor técnico, sensibilidad ética y adaptabilidad a las realidades de los participantes. El proceso se estructura en varias fases:

1. Preparación

- **Selección de participantes:** se propone una composición inicial de grupos diferenciados (personas con discapacidad, familiares y profesionales) que garantiza libertad de expresión y reducción de sesgos de poder. En fases posteriores se promueven sesiones mixtas para contrastar hallazgos, enriquecer la mirada colectiva y construir consensos intersectoriales.
- **Número óptimo de integrantes:** entre 6 y 8 personas, lo que asegura diversidad de discursos y, al mismo tiempo, la posibilidad de mantener un diálogo fluido y profundo. Para evitar bajas de última hora, se recomienda convocar a más personas que las necesarias.





- **Condiciones logísticas:** los encuentros deben realizarse en espacios accesibles, seguros y neutros, con condiciones de confort y confidencialidad que permitan un diálogo relajado y horizontal. La accesibilidad debe considerarse en todas sus dimensiones: física, sensorial, cognitiva y comunicativa.

2. Diseño de la guía de discusión

- La guía se estructura en torno a un máximo de 10 preguntas abiertas, formuladas de manera no directiva para favorecer la expresión espontánea.
- Incluye además dinámicas participativas como lluvia de ideas, priorización de problemas, uso de tarjetas temáticas, dramatizaciones, *role-playing*, estudios de caso y elaboración de mapas conceptuales. Estas técnicas facilitan la participación de personas con diferentes estilos comunicativos y potencian la creatividad colectiva.

3. Moderación

- El rol del moderador consiste en mantener la neutralidad, garantizar la participación equilibrada de todos los miembros, animar a quienes son más reticentes y regular la intervención de quienes tienden a monopolizar la palabra.
- La figura del ayudante es igualmente importante: se encarga de registrar observaciones no verbales, gestionar los tiempos, controlar la grabación y tomar notas que complementen el análisis posterior.
- La ética del proceso implica asegurar que las voces más vulnerables sean escuchadas y respetadas, evitando cualquier forma de discriminación o invisibilización.

4. Dinámica de la sesión

- **Inicio:** bienvenida a los participantes, explicación clara de objetivos, presentación de normas de convivencia (respetar turnos, libertad de opinión, confidencialidad, ausencia de respuestas correctas o incorrectas).
- **Desarrollo:** se favorece la interacción grupal más que la acumulación de intervenciones individuales, estimulando el diálogo, la reflexión conjunta y el contraste de experiencias. El moderador guía el proceso sin imponer un itinerario rígido.
- **Cierre:** se recogen las principales conclusiones y se invita a cada persona a formular una idea final o propuesta concreta, garantizando un cierre reflexivo y orientado a la acción futura.

5. Análisis y devolución de resultados

- Todas las sesiones son registradas, transcritas y posteriormente codificadas, categorizando los hallazgos en dimensiones relevantes (apoyos, accesibilidad, cuidados, aspiraciones, experiencias de exclusión o resiliencia).
- El análisis se enriquece mediante la triangulación intergrupal, comparando resultados de grupos diferenciados y mixtos para identificar coincidencias y divergencias significativas.
- Los resultados se devuelven a las personas participantes en formatos accesibles (informes en lectura fácil, presentaciones orales, talleres de retroalimentación), reforzando el principio de transparencia, participación activa y rendición de cuentas.





- Esta devolución no solo valida el conocimiento generado, sino que fortalece el compromiso de los participantes con los procesos de cambio, cerrando el ciclo participativo de manera coherente.

En conclusión, los grupos focales en la MIPI son mucho más que un método de investigación: se configuran como una **herramienta de empoderamiento comunitario y transformación social**. No solo permiten visibilizar lo que a menudo queda oculto en los sistemas de apoyo y cuidado, sino que generan un conocimiento compartido que alimenta tanto la práctica profesional como la formulación de políticas inclusivas.

Al convertirse en espacios de diálogo y reflexión crítica, los grupos focales fomentan la co-creación de soluciones innovadoras y sostenibles, enraizadas en la experiencia directa de las personas con discapacidad y sus entornos. De esta manera, refuerzan el principio de que toda persona tiene derecho a decidir sobre su propia vida y a vivir de manera independiente en la comunidad, con los apoyos necesarios para garantizar su plena inclusión y dignidad.



Así, integrados en la MIPI, los grupos focales no solo producen datos, sino que contribuyen a **redefinir el paradigma de los cuidados y apoyos comunitarios**, ofreciendo una vía participativa, crítica y transformadora hacia la desinstitucionalización real y efectiva.

3.1.2 Árbol de problemas: construcción y análisis

El **Árbol de Problemas** constituye una herramienta central en los procesos de investigación y acción participativa, pues combina **claridad pedagógica, profundidad analítica y dinámica colectiva**. Su propósito es representar, de manera visual y consensuada, la relación entre un problema central, las distintas causas que lo originan —desde las más inmediatas hasta las más profundas— y las consecuencias que estas generan en distintos niveles de la vida social. Esta representación gráfica favorece tanto la comprensión compartida de una situación compleja como la definición de prioridades de acción.

En el marco de la **metodología MIPI**, esta técnica adquiere un carácter estratégico, ya que permite:

- **Precisar colectivamente el problema central:** en este caso, la **institucionalización** deja de concebirse como una elección individual de las familias o de las propias personas con discapacidad, para pasar a ser entendida como la expresión de **deficiencias estructurales** en la organización de apoyos comunitarios y en la configuración de las políticas públicas.
- **Clasificar y organizar las causas** en distintos estratos analíticos que ayudan a estructurar el debate:
 - **Causas estructurales:** fragmentación de las políticas públicas, ausencia de coordinación interinstitucional, escasez crónica de recursos, falta de vivienda adaptada y deficiencias en accesibilidad universal.
 - **Causas comunitarias:** debilidad de las redes de apoyo social, limitaciones en la movilidad y transporte, carencia de espacios comunitarios inclusivos, falta de mecanismos de participación ciudadana accesible.
 - **Causas individuales:** sobreprotección familiar, falta de apoyos emocionales continuos, desconocimiento de recursos y tecnologías de apoyo, escaso acceso a figuras profesionales clave como la asistencia personal.





- **Identificar con claridad las consecuencias** de la ausencia de medidas: entre ellas, la cronificación de la dependencia, el deterioro de la autonomía personal, la pérdida de autoestima, la ruptura de vínculos comunitarios, el aislamiento social y, en última instancia, la consolidación de la institucionalización como la única alternativa percibida.

Procedimiento

El proceso de construcción del Árbol de Problemas se desarrolla en **etapas sucesivas**, que combinan dinámicas de trabajo en subgrupos y espacios de síntesis en plenaria. Esta secuencia garantiza la participación activa y la validación colectiva de los resultados:

1. **Definición del problema central:** se selecciona a través del debate grupal y la priorización consensuada, procurando que todas las voces, incluidas las menos visibles, tengan espacio.
2. **Identificación de síntomas y consecuencias:** que se representan en los “frutos” del árbol. Se analiza cómo se manifiesta el problema en la vida cotidiana de las personas, recogiendo ejemplos concretos y experiencias vitales.
3. **Detección de causas inmediatas:** situadas en las “ramas” del árbol, se refieren a factores cercanos o visibles, como la falta de recursos de apoyo, la rigidez de los procedimientos administrativos o la escasa flexibilidad en la atención.
4. **Exploración de causas profundas:** localizadas en las “raíces”, que remiten a dimensiones estructurales y sistémicas: desigualdades socioeconómicas, falta de reconocimiento de derechos, ausencia de un modelo de cuidados comunitarios, precariedad laboral en el sector de apoyos y carencia de perspectiva de género en la planificación de políticas.
5. **Síntesis y representación gráfica:** los aportes recogidos se organizan en un mural colectivo o en herramientas digitales colaborativas. Este producto debe ser accesible y comprensible para todo el grupo, permitiendo visualizar la complejidad de las interrelaciones causales de manera clara y pedagógica.
6. **Validación y priorización:** se abre un espacio final de reflexión para validar el árbol construido, identificar los elementos más críticos (raíces más determinantes o frutos más dañinos) y establecer prioridades de intervención en el proceso posterior de diseño de soluciones.



El resultado de este ejercicio es un **diagnóstico visual compartido**, que no solo organiza y sintetiza la información generada, sino que se convierte en un **punto de partida metodológico para la planificación estratégica**. En la lógica de la MIPI, el Árbol de Problemas es una herramienta que orienta el paso del diagnóstico hacia la acción, guiando la priorización de intervenciones dirigidas a transformar las causas estructurales y a reforzar las capacidades comunitarias para garantizar **proyectos de vida autónomos, inclusivos y sostenibles**.

Además, el Árbol de Problemas puede complementarse con otras herramientas como los **flujogramas**, que permiten mapear relaciones de causa-efecto de manera más detallada, o con los **juegos de frases**, que recuperan expresiones textuales de las personas participantes para enriquecer el análisis. Esta combinación metodológica refuerza la validez del diagnóstico, potencia la creatividad colectiva y favorece una comprensión más profunda de los factores que sostienen la institucionalización. De este modo, la técnica no solo cumple una función analítica, sino también política y transformadora, al situar a las propias personas con discapacidad en el centro de la definición de los problemas y de las alternativas para superarlos.





Ejemplo aplicado: Institucionalización de personas con discapacidad

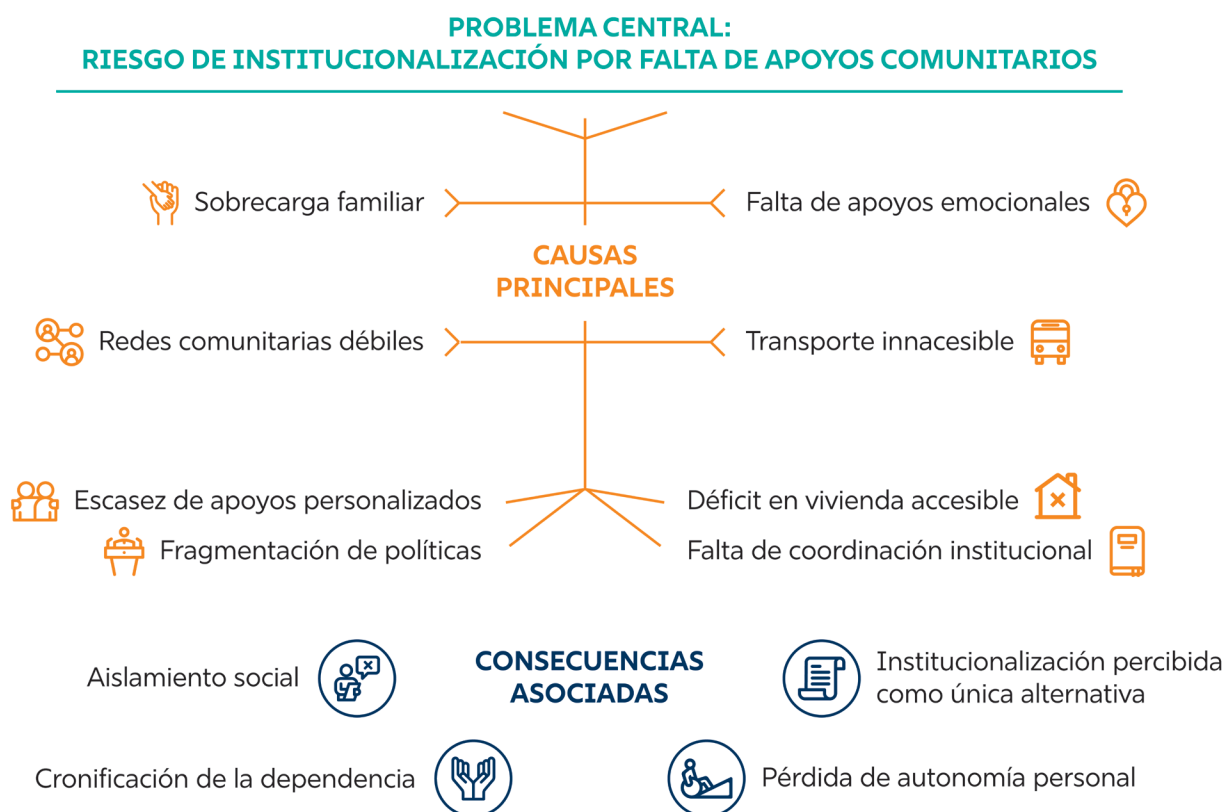
- **Problema central (tronco):** Riesgo de institucionalización por falta de apoyos comunitarios adecuados.
- **Causas estructurales (raíces profundas):**
 - Fragmentación de políticas sociales y sanitarias.
 - Falta de coordinación entre servicios públicos y entidades sociales.
 - Escasez de financiación para apoyos personalizados.
 - Déficit en vivienda accesible y en infraestructuras inclusivas.
- **Causas comunitarias (raíces intermedias/ramas bajas):**
 - Redes vecinales débiles y ausencia de recursos de proximidad.
 - Transporte público insuficiente o inaccesible.
 - Escasa oferta de actividades de participación social y cultural inclusiva.
- **Causas individuales (ramas):**
 - Sobrecarga y sobreprotección familiar.
 - Falta de apoyos emocionales y psicosociales.
 - Desconocimiento de productos de apoyo y de la figura de asistencia personal.
- **Consecuencias (frutos):**
 - Cronificación de la dependencia y aumento del deterioro físico.
 - Pérdida de autonomía personal y de autoestima.
 - Aislamiento social y debilitamiento de vínculos comunitarios.
 - Institucionalización percibida como única alternativa viable.

Este ejemplo muestra cómo el Árbol de Problemas permite analizar de manera estructurada las múltiples dimensiones que alimentan el riesgo de institucionalización. A su vez, sirve como punto de partida para diseñar estrategias que prioricen el refuerzo de las raíces comunitarias y estructurales, favoreciendo entornos de vida independiente en la comunidad.





Diagrama 3. “Árbol de Problemas: Institucionalización”



3.1.3 Instrumentos cuantitativos: cuestionarios y escalas

Uno de los aportes más relevantes de la metodología MIPI es su capacidad de articular técnicas cualitativas y cuantitativas dentro de un mismo proceso de diagnóstico social. Esta integración no solo incrementa la solidez de los resultados, sino que también permite obtener un panorama más completo de las realidades y necesidades de las personas con discapacidad. A través de la triangulación de diferentes fuentes de información, se logra contrastar la evidencia objetiva con las percepciones subjetivas, generando diagnósticos ricos en matices y altamente útiles para orientar tanto la definición de apoyos personalizados como el diseño de políticas públicas inclusivas que garanticen derechos. En este sentido, los **cuestionarios y escalas estandarizadas** juegan un papel fundamental, ya que constituyen instrumentos que ofrecen información sistemática, medible, comparable y replicable en diferentes contextos.

a) Escala EVNAVIC (Escala de Valoración de Necesidades de Apoyo para la Vida Independiente y Comunitaria)

La EVNAVIC se aplica en la fase de diagnóstico como un instrumento central para identificar, de forma estructurada y estandarizada, las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad. Evalúa cinco dimensiones esenciales de la vida comunitaria:

1. Autonomía en las actividades de la vida diaria.
2. Accesibilidad y movilidad.



3. Red de apoyo y participación social.
4. Acceso a servicios y recursos.
5. Toma de decisiones y autodeterminación.

Cada dimensión se mide mediante ítems puntuados en una escala Likert (1 = apoyo no necesario; 5 = apoyo totalmente necesario), lo que permite captar con precisión los niveles de apoyo requeridos. Gracias a esta metodología, se pueden elaborar perfiles diferenciados de necesidades, comparar resultados entre territorios y generar indicadores robustos que favorecen la evaluación del pilotaje y la replicabilidad en otros contextos. Además, el análisis de los datos incluye tanto un tratamiento cuantitativo (estadísticas, promedios, tendencias) como cualitativo (interpretación de patrones, barreras estructurales y particularidades del entorno), lo que fortalece la utilidad práctica de los hallazgos.



b) Escala de Actividades de la Vida Diaria (AVD)

La Escala de AVD constituye un complemento esencial a la EVNAVIC, ya que ofrece un nivel de detalle específico sobre la autonomía funcional de la persona en el desempeño de actividades básicas cotidianas. Evalúa dimensiones como la alimentación, la higiene personal, la movilidad dentro y fuera del hogar, el uso de transporte público y privado, la gestión económica y financiera, el manejo de la medicación y la relación con servicios de salud, así como aspectos vinculados con la participación social, la formación y la actividad laboral.

Esta escala no se limita a puntuar cada ítem de forma numérica, sino que también incluye un apartado para registrar observaciones cualitativas. Esto permite incorporar al diagnóstico información sobre barreras físicas y sociales, percepciones subjetivas de la persona y su familia, y apoyos formales o informales con los que ya cuenta. En consecuencia, se enriquece el análisis con una visión más integral de las condiciones de vida y se facilita la elaboración de planes de apoyo ajustados a las necesidades y expectativas de cada persona. Esta doble vertiente —cuantitativa y cualitativa— aumenta la validez y la fiabilidad de los resultados, aportando insumos valiosos para intervenciones personalizadas y políticas públicas centradas en la persona.

c) Cuestionario de verificación del enfoque de género

La metodología MIPI también incluye un cuestionario específico que garantiza la incorporación de la perspectiva de género en todo el proceso. Este instrumento verifica, de manera estandarizada, que se contemplen variables fundamentales como: la desagregación de datos por sexo, la utilización de lenguaje e imágenes inclusivas, la consideración de medidas que favorezcan la conciliación y los cuidados, la prevención de la violencia de género, y la identificación de roles y divisiones de género en la planificación y ejecución de las actividades.



Si bien este cuestionario no mide directamente necesidades de apoyo ni niveles de autonomía, se reconoce como un **instrumento cuantitativo complementario** porque emplea ítems cerrados y produce indicadores verificables sobre el grado de integración del enfoque de género. Su aporte es fundamental para asegurar que los diagnósticos generados no solo sean técnicamente válidos desde una perspectiva funcional, sino también sensibles a las desigualdades estructurales que enfrentan mujeres y hombres con discapacidad. Incorporar esta dimensión fortalece la coherencia de la metodología con un enfoque de derechos humanos e interseccionalidad, reforzando el principio de equidad.





Tabla 4. Comparativa de instrumentos cuantitativos

Instrumento	Finalidad principal	Dimensiones/ámbitos evaluados	Tipo de datos generados
EVNAVIC	Identificar necesidades de apoyo para la vida independiente y comunitaria	Vida diaria, movilidad, redes de apoyo, servicios, autodeterminación	Puntuaciones Likert (1–5), indicadores comparables y perfiles de apoyo
Escala AVD	Evaluar autonomía funcional en actividades básicas y cotidianas	Alimentación, higiene, movilidad, transporte, economía, salud, empleo, participación social	Valoraciones cuantitativas + observaciones cualitativas sobre barreras y apoyos
Cuestionario de género	Verificar la incorporación del enfoque de género en todas las fases del diagnóstico	Desagregación por sexo, conciliación, cuidados, violencia de género, lenguaje inclusivo	Indicadores verificables sobre equidad y enfoque interseccional

Nota metodológica

La decisión de incluir el cuestionario de verificación de género dentro de los instrumentos cuantitativos responde a una concepción amplia de esta categoría en la MIPI. Se entiende que los instrumentos cuantitativos no solo son escalas que miden apoyos funcionales, sino también herramientas estandarizadas de recogida de información que, al generar datos comparables y replicables, permiten un análisis integral y riguroso. De esta manera, la EVNAVIC, la Escala de AVDs y el cuestionario de género conforman un sistema coherente que combina evidencia objetiva, datos verificables, comparabilidad territorial y una garantía metodológica de equidad. Este enfoque refuerza la capacidad de la MIPI para ofrecer diagnósticos completos, útiles y transferibles, que trascienden la medición funcional para abordar la complejidad social y de género que condiciona el riesgo de institucionalización.



3.2 Instrumentos técnicos individualizados

La metodología MIPI complementa los instrumentos cuantitativos con un conjunto de herramientas individualizadas que permiten traducir los diagnósticos en **planes personalizados de intervención**. Estos instrumentos se caracterizan por situar a la persona en el centro, reconociéndola como sujeto de derechos y protagonista de su propio proceso vital. Al trabajar con herramientas que parten de la historia personal, de los deseos y de las metas futuras, se logra un enfoque más integral, respetuoso y ajustado a la diversidad de trayectorias vitales. Además, estas herramientas favorecen la coordinación entre profesionales, la participación de las familias y la construcción de entornos comunitarios más inclusivos. La **autodeterminación** constituye aquí el eje fundamental: no se trata únicamente de proveer apoyos, sino de garantizar que cada persona tenga la capacidad y la oportunidad de decidir sobre su propia vida.





3.2.1 Plan de apoyos

El **plan de apoyos** constituye la herramienta inicial de intervención y se convierte en la base sobre la cual se organiza la respuesta a las necesidades de cada persona. Se construye considerando tanto la evaluación profesional como, sobre todo, la voz de la propia persona, que expresa sus prioridades y expectativas. Su finalidad es dar una respuesta inmediata que asegure:

- La protección de la seguridad física, emocional y social.
- La cobertura de las actividades básicas de la vida diaria y aquellas necesarias para mantener la calidad de vida.
- La permanencia en el entorno familiar y comunitario, evitando recurrir a opciones institucionales.



El plan de apoyos debe concebirse como un **documento dinámico**: se revisa periódicamente y se ajusta a medida que evolucionan las circunstancias personales, familiares o sociales. También cumple un rol de **coordinación interprofesional**, ya que establece de manera clara qué apoyos se activan, quién los proporciona, con qué intensidad y en qué plazos. De este modo, no solo responde a las necesidades inmediatas, sino que también organiza el trabajo conjunto de servicios sociales, sanitarios y comunitarios, reduciendo duplicidades y garantizando un acompañamiento integral.

3.2.2 Historia de vida

La **historia de vida** es un relato narrativo elaborado por la persona, con la ayuda de profesionales de referencia cuando sea necesario. Su valor radica en que permite entender de manera profunda la identidad de la persona, a través de la reconstrucción de su pasado, la interpretación de su presente y la proyección hacia el futuro. Cumple tres funciones centrales:

- **Comprensión integral**: facilita el conocimiento de hitos vitales, experiencias significativas, valores y aprendizajes acumulados que explican las prioridades actuales.
- **Diseño de apoyos personalizados**: proporciona claves para evitar respuestas homogéneas, ajustando los apoyos a la biografía y expectativas singulares de la persona.
- **Generación de confianza y vínculo**: fortalece la relación entre la persona y los profesionales, creando un espacio de escucha activa, respeto y validación de la narrativa personal.



La historia de vida no se limita a un registro cronológico, sino que constituye una **metodología participativa** en sí misma. Incluye relatos orales, escritos o visuales, según las preferencias y capacidades de la persona. Además, incorpora tanto el pasado como los elementos actuales y las aspiraciones de futuro, convirtiéndose en un puente entre el plan de apoyos inmediato y el proyecto vital a largo plazo.

3.2.3 Proyecto de vida

El **proyecto de vida** es la herramienta que sintetiza las metas, deseos y decisiones de la persona, articulando sus valores con las acciones que quiere emprender para alcanzar una vida significativa. Puede entenderse como un **programa vital dinámico**, siempre en evolución, que integra:





- **Valores, recursos y competencias personales.**
- **Metas y aspiraciones en diferentes horizontes temporales (corto, medio y largo plazo).**
- **Acciones concretas que la persona puede desarrollar de forma autónoma.**
- **Necesidades de apoyo externo** que requieren la participación de profesionales, familiares o redes comunitarias.

En el marco de los cuidados de larga duración, el proyecto de vida es crucial porque conecta los deseos individuales con los apoyos estructurados necesarios para hacerlos viables. Su carácter flexible exige que sea revisado con regularidad, de modo que incorpore aprendizajes, cambios de contexto, nuevas oportunidades o transformaciones en la situación personal. Así, el proyecto de vida no solo se limita a enumerar objetivos, sino que se convierte en una hoja de ruta práctica para orientar políticas públicas, servicios de apoyo y decisiones personales hacia un horizonte de autonomía y ciudadanía activa.

Tabla 5. Comparativa de los instrumentos individualizados

Instrumento	Finalidad principal	Características clave	Resultados esperados
Plan de apoyos	Garantizar una respuesta inmediata a las necesidades urgentes y básicas.	Documento dinámico, revisable; coordinación interprofesional; prioriza seguridad, AVD y permanencia comunitaria.	Cobertura de necesidades inmediatas, organización de servicios y reducción de riesgos de institucionalización.
Historia de vida	Comprender de forma integral la trayectoria, valores y aspiraciones de la persona.	Relato narrativo (oral, escrito o visual); incluye pasado, presente y proyecciones de futuro; fortalece el vínculo con profesionales.	Conocimiento profundo de la persona, diseño de apoyos personalizados y creación de confianza mutua.
Proyecto de vida	Definir metas y aspiraciones vitales y articularlas con los apoyos necesarios.	Programa dinámico; integra valores, metas y apoyos; revisable periódicamente; combina acciones autónomas y apoyos externos.	Construcción de trayectorias sostenibles de autonomía, inclusión social y ciudadanía activa.

Nota metodológica

Los tres instrumentos individualizados —plan de apoyos, historia de vida y proyecto de vida— conforman una secuencia lógica y complementaria. El plan de apoyos asegura la cobertura de las necesidades inmediatas y urgentes; la historia de vida enriquece la comprensión de la persona, aportando un marco narrativo y relacional; y el proyecto de vida establece una orientación estratégica de futuro. En conjunto, estos instrumentos permiten transitar desde la respuesta a lo urgente hasta la construcción de trayectorias vitales sostenibles, en las que cada persona no solo recibe apoyos, sino que participa activamente en la definición de su propio camino hacia la autonomía y la inclusión social.





3.3 La figura del Gestor/a de Vida Independiente

La correcta implementación de los instrumentos técnicos individualizados de la metodología MIPI (plan de apoyos, historia de vida y proyecto de vida) requiere de una **figura profesional especializada** que dé sentido y coherencia al conjunto del proceso: el/la **Gestor/a de Vida Independiente**. Esta figura constituye un eje vertebrador de la metodología, pues no se limita a coordinar recursos, sino que asume un papel de **acompañante, mediador/a y facilitador/a**. Su intervención garantiza que las personas cuenten con apoyos reales, efectivos y ajustados a su situación, posibilitando la construcción y sostenimiento de un proyecto vital autónomo en la comunidad. De este modo, se convierte en un factor clave para prevenir trayectorias de institucionalización y promover una inclusión plena.



Infografía 1. Principales características de la figura clave del modelo MIPI: el/la Gestor/a de Vida Independiente



Principios rectores

El ejercicio profesional del Gestor/a de Vida Independiente se articula en torno a un conjunto de principios rectores que le dan coherencia ética y metodológica:

- **Derechos humanos:** su labor se basa en la defensa activa del derecho a la autonomía, la autodeterminación y la inclusión social en condiciones de igualdad.
- **Filosofía de vida independiente:** se inspira en el movimiento internacional de vida independiente, priorizando que las decisiones estén en manos de la persona y fomentando su protagonismo en la definición de su futuro.
- **Desinstitucionalización:** el gestor/a contribuye a transformar prácticas y estructuras que perpetúan la segregación, favoreciendo entornos comunitarios abiertos e inclusivos.
- **Modelo centrado en la persona:** cada persona es reconocida como experta en su propia vida, lo que implica diseñar apoyos a partir de sus valores, deseos y aspiraciones, y no desde un modelo estandarizado.





Funciones principales

La figura del Gestor/a de Vida Independiente cumple un rol de nexo entre la persona, sus redes naturales y los sistemas de apoyo formales. Entre sus funciones destacan:

- Diseñar, coordinar y evaluar el **Plan de Apoyos**, asegurando que sea dinámico, revisable y siempre consensuado con la persona y su entorno.
- Facilitar la construcción y actualización del **Proyecto de Vida**, acompañando en la definición de metas personales y comunitarias a corto, medio y largo plazo.
- Utilizar la **Historia de Vida** como herramienta de comprensión profunda, que permita personalizar los apoyos y contextualizarlos en la biografía de la persona.
- Favorecer la **coordinación intersectorial**, garantizando la conexión entre servicios sociales, sanitarios, educativos, culturales, laborales y comunitarios.
- Impulsar el **empoderamiento de la persona**, reforzando sus capacidades de decisión y el ejercicio efectivo de sus derechos.
- Desarrollar acciones de **sensibilización y mediación** con familias y comunidades, promoviendo actitudes inclusivas y entornos accesibles.
- Estimular y consolidar **redes comunitarias de apoyo**, favoreciendo la participación social y la generación de vínculos significativos.



Perfil profesional y competencias

El Gestor/a de Vida Independiente requiere una preparación integral que combine conocimientos técnicos, experiencia práctica y compromiso con los valores de la inclusión. Su perfil se compone de:

- **Formación universitaria de base** en Trabajo Social, Psicología, Educación Social, Terapia Ocupacional o áreas afines.
- **Especialización** en vida independiente, derechos humanos, accesibilidad universal y procesos de desinstitucionalización.
- **Competencias profesionales** en mediación, gestión de apoyos personalizados, acompañamiento en procesos de autodeterminación, planificación centrada en la persona y construcción de redes comunitarias.
- **Habilidades interpersonales** como la escucha activa, la empatía, la resolución de conflictos y la adaptabilidad a contextos complejos y cambiantes.
- **Valores fundamentales**: equidad, respeto a la diversidad, compromiso ético y visión inclusiva.





Propuesta de formación

Para garantizar la calidad del rol, se propone un itinerario formativo sistemático que aborde contenidos teóricos y prácticos. Los módulos principales incluyen:

1. **Fundamentos de derechos humanos y filosofía de vida independiente.** Introducción a los marcos normativos y a la filosofía que inspira el modelo.
2. **Metodología para la construcción del Proyecto de Vida.** Técnicas para favorecer la autodeterminación, la entrevista centrada en la persona y la planificación participativa.
3. **Planificación y gestión de apoyos personalizados.** Estrategias para identificar necesidades, organizar recursos y evaluar su impacto.
4. **Mediación y fortalecimiento de redes comunitarias.** Herramientas de trabajo comunitario, articulación con apoyos naturales y sensibilización de agentes sociales.
5. **Evaluación y seguimiento de procesos de vida independiente.** Indicadores de éxito, análisis de resultados y ajuste continuo de los apoyos.



Diferencias con la figura del gestor/a de caso

Aunque el Gestor/a de Vida Independiente comparte con la figura tradicional del gestor/a de caso la tarea de coordinación, sus diferencias son notables y sustantivas. Mientras que el gestor/a de caso se centra habitualmente en gestionar recursos disponibles dentro de los sistemas de bienestar, el Gestor/a de Vida Independiente adopta una orientación **proactiva, comunitaria y transformadora**. No solo articula servicios existentes, sino que impulsa la creación de apoyos innovadores, refuerza la autodeterminación de la persona y actúa como garante del derecho a vivir en comunidad. A continuación, se presentan algunas diferencias clave:

- **Enfoque de trabajo:** el gestor/a de caso suele tener una aproximación más técnica y burocrática, basada en expedientes, derivaciones y cumplimiento de protocolos. En contraste, el Gestor/a de Vida Independiente adopta un enfoque relacional y cercano, que busca conocer a la persona en profundidad, acompañar sus decisiones y fortalecer sus vínculos sociales.
- **Dimensión comunitaria:** mientras que el gestor/a de caso opera principalmente dentro de la red formal de servicios, el Gestor/a de Vida Independiente asume un rol de articulador comunitario. Esto significa identificar apoyos naturales, movilizar redes vecinales, conectar con recursos locales y generar dinámicas de inclusión desde la comunidad.
- **Relación con la persona:** el gestor/a de caso suele ser percibido como una figura externa que gestiona recursos y coordina servicios. Por el contrario, el Gestor/a de Vida Independiente actúa como referente de confianza, facilitador y mediador, que acompaña a la persona en la construcción de su plan y proyecto de vida, respetando sus ritmos y prioridades.
- **Finalidad última:** el gestor/a de caso busca optimizar la utilización de los recursos y dar seguimiento administrativo a los procesos. El Gestor/a de Vida Independiente persigue una meta más amplia: garantizar la autodeterminación, promover entornos inclusivos y construir trayectorias vitales sostenibles que reduzcan la dependencia de instituciones y favorezcan la vida en comunidad.





- **Innovación y empoderamiento:** mientras que el gestor/a de caso responde a una lógica de gestión, el Gestor/a de Vida Independiente responde a una lógica de cambio social. Su labor se centra en empoderar a la persona y su entorno, fomentar la corresponsabilidad comunitaria y promover soluciones creativas que van más allá de lo que ofrecen los sistemas formales.

Tabla 6. Comparativa entre Gestor/a de Vida Independiente y Gestor/a de Caso

Aspecto	Gestor/a de Vida Independiente	Gestor/a de caso
Enfoque de trabajo	Se centra en el acompañamiento cercano, relacional y participativo.	Predomina la gestión administrativa y la derivación de expedientes.
Dimensión comunitaria	Actúa como articulador comunitario, movilizandoy apoyos naturales y recursos locales.	Opera dentro de los límites de la red formal de servicios.
Relación con la persona	Referente de confianza que media, acompaña y fortalece la autodeterminación.	Figura externa que coordina servicios.
Finalidad	Garantizar la autodeterminación y construir trayectorias de vida inclusivas y sostenibles.	Optimizar la eficiencia en la gestión de recursos.
Innovación y empoderamiento	Responde a una lógica de cambio social, empoderamiento y creación de apoyos innovadores.	Responde a una lógica de gestión y control.

En definitiva, aunque ambas figuras tienen en común el papel de coordinación, el Gestor/a de Vida Independiente se distingue por su carácter emancipador, comunitario y centrado en la persona. Representa una evolución respecto a la figura clásica del gestor/a de caso, al poner el acento en el derecho a decidir, la construcción de apoyos en comunidad y la transformación de los entornos sociales.

Nota metodológica

La incorporación del Gestor/a de Vida Independiente fortalece de manera decisiva la operatividad de la MIPI. Mientras que los instrumentos individualizados son fundamentales para el diagnóstico y la planificación, esta figura asegura su aplicación coherente, continuada y adaptada a los cambios vitales de cada persona. Su papel es el de **garante del enfoque de vida independiente y de los derechos de las personas con discapacidad**, asegurando que las herramientas metodológicas se traduzcan en transformaciones tangibles en la vida cotidiana y contribuyan a consolidar un modelo social verdaderamente inclusivo.



3.4 Registro, seguimiento y control de calidad de las intervenciones

La dimensión relativa al registro, seguimiento y control de calidad constituye un eje vertebrador en la arquitectura de la Metodología MIPI. Su propósito no se restringe a la mera ejecución de apoyos o actividades, sino que busca asegurar la trazabilidad de las actuaciones, la evaluación sistemática de su impacto y la consolidación de mecanismos de garantía que respondan a criterios de excelencia, equidad y respeto por los derechos humanos. Este apartado, además de aportar herramientas operativas para la gestión de los procesos, se configura como un componente epistemológico que dota a la metodología de un carácter científico, replicable y transferible a distintos contextos.



1. Registro de intervenciones

El registro se erige como un proceso de documentación sistemática que confiere coherencia y continuidad a la intervención. Su valor reside no solo en la generación de datos administrativos, sino también en la construcción de memoria organizativa e institucional. Para ello, se establece un protocolo estandarizado que contempla:

- Identificación básica de la persona participante (código alfanumérico, edad, tipología de discapacidad, localización geográfica, condiciones socioeconómicas y otros elementos sociodemográficos relevantes).
- Naturaleza de la intervención (información y orientación, valoración funcional mediante escalas estandarizadas, apoyo psicológico, gestiones administrativas, visitas domiciliarias, coordinación interinstitucional, apoyo tecnológico, etc.).
- Relato sintético de la intervención ejecutada, incluyendo acuerdos, derivaciones o compromisos de actuación futuros.
- Plan de acción subsiguiente con calendarización de hitos, responsables asignados y metodología de seguimiento.
- Identificación del/de la profesional responsable, con registro de firma, fecha y categoría profesional.

El empleo de este modelo garantiza la trazabilidad longitudinal de cada proceso, permitiendo reconstruir de manera sistemática la trayectoria de apoyos recibidos y los avances o retrocesos experimentados. Asimismo, dota de una base empírica sólida para la comparación de resultados entre territorios y para la elaboración de informes de incidencia política.



2. Seguimiento de los procesos de intervención

El seguimiento se concibe como un proceso iterativo y reflexivo, orientado a asegurar la coherencia entre los objetivos planteados y los resultados alcanzados. Aporta un marco para valorar tanto los cambios esperados como los imprevistos, reconociendo la complejidad de los itinerarios de vida de las personas con discapacidad. Sus finalidades principales son:





- Acompañar la evolución de cada persona respecto a su proyecto vital y plan individualizado de apoyos.
- Verificar el grado de consecución de metas intermedias y finales, diferenciando logros parciales, resultados no alcanzados y objetivos reformulados.
- Introducir ajustes en las estrategias de acompañamiento a partir de cambios en necesidades, contextos o prioridades subjetivas, lo que supone incorporar flexibilidad y capacidad adaptativa.
- Articular la coordinación con recursos comunitarios y servicios públicos, optimizando la eficiencia y evitando duplicidades.
- Generar información comparativa que permita identificar patrones de éxito, cuellos de botella y áreas de mejora sistémica.

Para operacionalizar este seguimiento se emplean:



- Revisiones periódicas presenciales o telemáticas, documentadas en los registros correspondientes, con intervalos adaptados al nivel de apoyo requerido.
- Aplicación de instrumentos validados, tales como la EVNAVIC, para la medición de la evolución funcional, emocional y social.
- Monitoreo de indicadores cuantitativos y cualitativos: volumen de intervenciones, número de incidencias reportadas, niveles de satisfacción de participantes y familias, y cumplimiento de acuerdos pactados.

Integración del **Plan de Evaluación MIPI**, que articula tres momentos de análisis (diagnóstico inicial, evaluación intermedia a los seis meses y evaluación final al año) como hitos para valorar progresos, obstáculos y aprendizajes transferibles. Incorporación de metodologías participativas de seguimiento, donde las personas con discapacidad y sus familias valoren de forma activa la pertinencia y utilidad de los apoyos recibidos.



3. Control de calidad de las intervenciones

El control de calidad constituye un dispositivo metodológico orientado a garantizar la fidelidad de la implementación y la adhesión a los principios rectores de la MIPI: promoción de la vida independiente, inclusión comunitaria, transversalidad de género, accesibilidad universal y personalización de los apoyos. Implica, además, concebir la calidad como un proceso dinámico, susceptible de mejora continua y en constante diálogo con los estándares internacionales de derechos humanos.

Los mecanismos previstos incluyen:

- **Supervisión técnica interna:** revisiones sistemáticas de expedientes, fichas de intervención y resultados alcanzados, con protocolos de doble revisión y trazabilidad documental.
- **Comités de calidad o equipos de supervisión interdisciplinar:** encargados de evaluar con perspectiva de derechos humanos la correcta aplicación de la metodología y proponer mejoras continuas, incorporando representación de profesionales, personas con discapacidad y familiares.





- **Retroalimentación participativa:** a través de encuestas de satisfacción, entrevistas de seguimiento y foros de evaluación compartida con personas beneficiarias y sus familias, lo que asegura un enfoque centrado en la persona.
- **Gestión de incidencias:** protocolos para identificar, registrar y resolver errores, desviaciones o malas prácticas detectadas, con tiempos de respuesta establecidos y mecanismos de corrección documentados.
- **Evaluaciones externas o auditorías sociales:** aplicadas en fases estratégicas del proyecto, con el fin de validar la pertinencia y robustez de los procesos implementados, ofreciendo una perspectiva independiente y garantizando legitimidad social.

La medición del impacto se articula a través de indicadores clave previamente definidos en el Plan de Evaluación: incremento en los niveles de autonomía personal, acceso a recursos comunitarios, satisfacción de los y las participantes, resolución efectiva de barreras identificadas, reducción del riesgo de institucionalización y sostenibilidad de los apoyos a medio y largo plazo.



4. Garantía de accesibilidad y transparencia

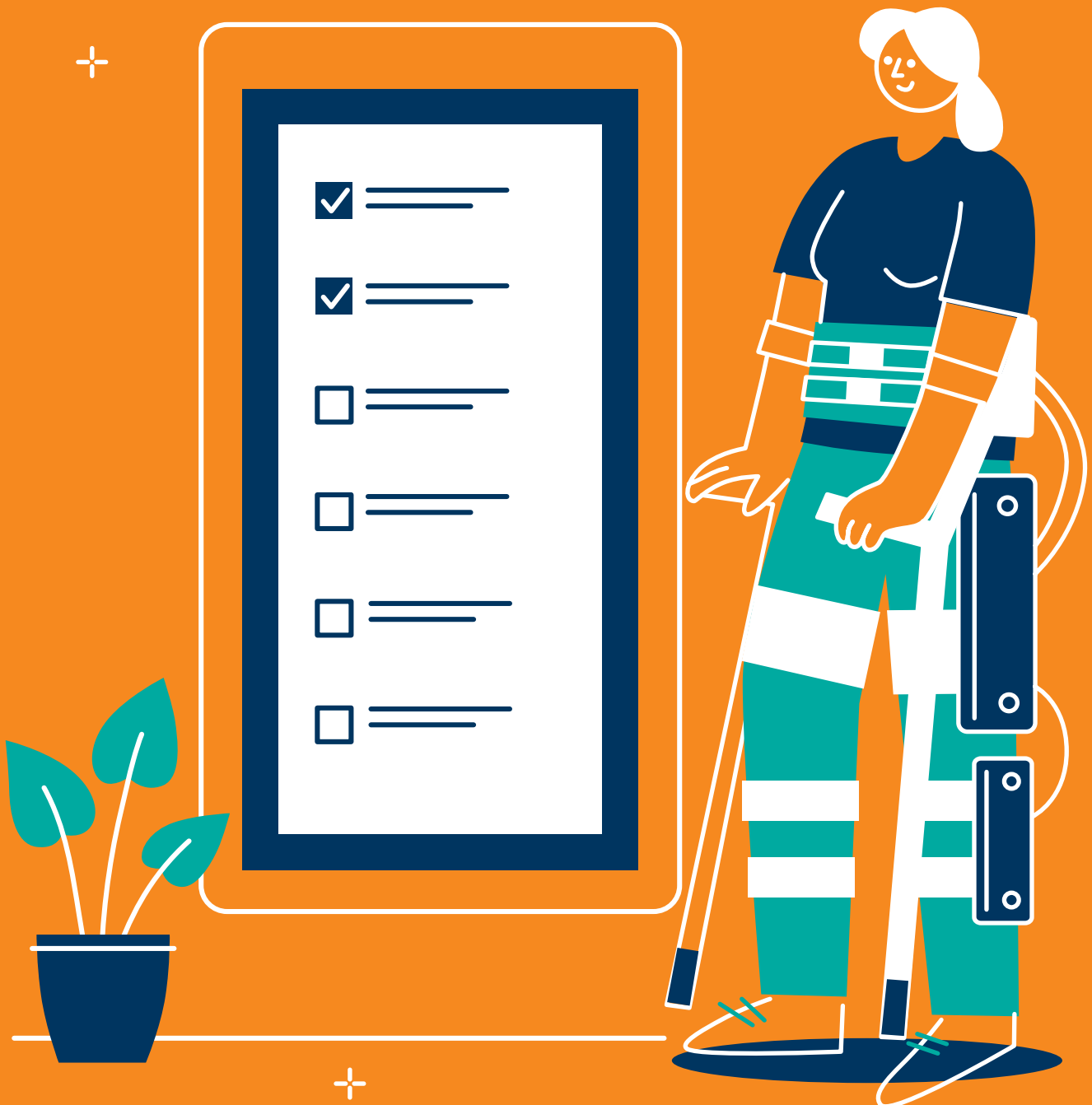
Los sistemas de registro y control se diseñarán bajo parámetros de accesibilidad universal, lo que implica tanto el uso de formatos comprensibles, lectura fácil, tecnologías de apoyo y soportes digitales accesibles, como la adaptación de los procesos para personas con mayores necesidades de comunicación. La accesibilidad se considera no solo un requisito técnico, sino un principio transversal que condiciona la calidad misma del proceso.

En paralelo, se asegurará la transparencia institucional mediante la difusión periódica de resultados a las entidades colaboradoras, al movimiento asociativo y a la Administración Pública. Se contempla la elaboración de informes de acceso abierto, resúmenes ejecutivos en lectura fácil y espacios de devolución colectiva que permitan validar los hallazgos con los propios participantes.

En conjunto, este dispositivo metodológico de registro, seguimiento y control de calidad se configura como una estructura indispensable para garantizar la eficacia, la eficiencia y la coherencia interna de la Metodología MIPI. Su adecuada implementación es condición sine qua non para la consolidación de prácticas transformadoras orientadas a la prevención efectiva de la institucionalización. Además, constituye un aporte epistemológico y práctico que refuerza la capacidad de la metodología para incidir en políticas públicas, generar conocimiento replicable y consolidar un modelo de intervención basado en la evidencia, la participación y el respeto a la dignidad humana.



4. Implementación práctica





4.1 Preparación y planificación del trabajo

La preparación del trabajo de campo es un proceso técnico y social esencial para garantizar la correcta implementación de la metodología MIPI. No se limita únicamente a la organización de tareas previas, sino que constituye un momento estratégico donde se establecen los objetivos, se definen roles y responsabilidades, se movilizan recursos humanos y materiales, y se establecen tanto cronogramas como protocolos éticos y metodológicos. El propósito es crear condiciones sólidas para el pilotaje, que permitan generar evidencias científicas y prácticas confiables, transferibles y útiles para prevenir la institucionalización. Esta fase también persigue asegurar la coherencia interna de la metodología, la participación efectiva de los agentes implicados y la construcción de un marco de confianza con la comunidad donde se implementará.

1. Objetivos y alcance



El trabajo de campo tiene un doble objetivo: por un lado, recoger información que permita comprender con detalle las barreras estructurales, sociales y personales que enfrentan las personas con discapacidad; y por otro, poner a prueba la metodología MIPI en un entorno real para validar su aplicabilidad y eficacia. De manera específica, se busca:

- Recopilar datos cualitativos mediante entrevistas, grupos focales y dinámicas participativas, que den voz a experiencias subjetivas y colectivas.
- Obtener datos cuantitativos a través de escalas e instrumentos estandarizados (como EVNAVIC), que permitan medir niveles de autonomía, apoyos y necesidades.
- Contrastar hipótesis sobre los factores de riesgo de institucionalización y la capacidad de los apoyos comunitarios para reducirlos.
- Documentar buenas prácticas y aprendizajes que favorezcan la replicabilidad de la metodología en otros territorios, generando así conocimiento útil tanto para entidades sociales como para la administración pública.

2. Recursos humanos: equipos y formación

La calidad del trabajo de campo depende en gran medida de los recursos humanos disponibles y de su capacitación.

- **Equipos interdisciplinarios:** Integrados por profesionales de distintas áreas (trabajo social, educación social, accesibilidad y tecnologías de apoyo), lo que asegura una visión integral e intersectorial.
- **Participación comunitaria:** Se contempla la implicación activa de personas con discapacidad y familiares como co- investigadores, no solo como beneficiarios, bajo el principio de corresponsabilidad.
- **Capacitación:** La preparación incluye formación especializada en modelo social de la discapacidad, perspectiva de género, derechos humanos y desinstitucionalización.





3. Cronograma y fases operativas

El trabajo de campo se organiza en un calendario estructurado por fases, lo que facilita la planificación y el control de calidad. Cabe destacar que el territorio piloto se localiza en la comarca del Baix Maestrat (Castellón), donde previamente se ha desarrollado un diagnóstico participativo que evidenció riesgos de institucionalización y falta de apoyos comunitarios. La elección de esta zona responde a su diversidad socio-demográfica, la presencia de núcleos urbanos y rurales, y la existencia de una red comunitaria en proceso de fortalecimiento.

- **Enero-marzo 2025:** Conformación de equipos interdisciplinarios, selección de participantes y capacitación inicial.
- **Marzo-mayo 2025:** Realización del diagnóstico territorial participativo, mapeo de recursos y apoyos, identificación de brechas y necesidades emergentes.
- **Abril-julio 2025:** Diseño, pilotaje y primera implementación de la metodología MIPI en contextos comunitarios seleccionados.
- **Mayo-septiembre 2025:** Ejecución de intervenciones personalizadas en vivienda, apoyos domiciliarios y acompañamiento en entornos comunitarios.
- **Junio-noviembre 2025:** Evaluación intermedia, seguimiento de resultados, validación metodológica y ajustes en función de la retroalimentación recogida.
- **Septiembre-diciembre 2025:** Síntesis de aprendizajes, transferencia de resultados al movimiento asociativo y a la administración pública, campañas de comunicación y acciones de sensibilización social.



4. Participación y criterios de inclusión

La selección de participantes es un aspecto clave para asegurar que los resultados del trabajo de campo sean representativos y relevantes.

Se prioriza la inclusión de personas con discapacidad física y orgánica residentes en el territorio piloto, junto con familiares y cuidadores.

Se busca garantizar diversidad en cuanto a género, edad, situación socioeconómica, nivel educativo, tipo de apoyos requeridos y lugar de residencia.

El proceso de inclusión contempla criterios de representatividad territorial, de modo que las experiencias recogidas reflejen tanto realidades urbanas como rurales.

Para reforzar la equidad, se aplicarán medidas de accesibilidad y ajustes razonables que aseguren la participación plena de todos los grupos convocados.

5. Logística, accesibilidad y coordinación institucional

El éxito del trabajo de campo depende de una planificación logística adecuada y de la coordinación entre distintos actores.





- **Acuerdos interinstitucionales:** Se establecerán convenios y colaboraciones con administraciones locales, entidades del tercer sector y recursos comunitarios del Baix Maestrat.
- **Espacios accesibles:** Todos los talleres, reuniones y entrevistas se llevarán a cabo en entornos accesibles física y digitalmente.
- **Protocolos éticos:** Se aplicarán mecanismos de consentimiento informado, confidencialidad en el manejo de datos y respeto a la autonomía de cada persona.
- **Recursos de accesibilidad:** Se pondrán a disposición materiales en lectura fácil, subtitulado en directo y tecnologías de apoyo, de modo que se garantice la participación efectiva de todas las personas, independientemente de su condición.



6. Herramientas metodológicas y tecnológicas

Para asegurar la validez y la fiabilidad de los resultados, se empleará un conjunto de herramientas cuidadosamente seleccionadas:

- **Metodológicas:** Guías de aplicación, protocolos estandarizados de entrevistas, dinámicas participativas adaptadas a distintos perfiles, plantillas de registro de datos y escalas de evaluación como EVNAVIC. Estas herramientas se adaptarán según el nivel de accesibilidad requerido.
- **Tecnológicas y de seguimiento:** Sistemas digitales para el monitoreo en tiempo real del trabajo de campo, aplicaciones para la recogida segura de datos, y mecanismos de control de calidad con enfoque de derechos humanos.
- **Documentación y transparencia:** Se generará un repositorio con informes parciales y finales, accesible tanto para agentes comunitarios como para entidades financiadoras, con el fin de garantizar transparencia y trazabilidad del proceso.

La planificación y preparación del trabajo de campo deben dar como resultado un proceso estructurado desde una perspectiva técnico-social robusta, con un alto grado de participación, accesibilidad y rigor metodológico. Se espera producir evidencias sólidas que validen la metodología MIPI en el territorio piloto del Baix Maestrat, demostrar su aplicabilidad en contextos reales y consolidar las condiciones necesarias para su transferencia a otros territorios. Asimismo, esta fase busca sentar bases para un modelo replicable que no solo sirva como referencia en el ámbito estatal, sino que también pueda proyectarse hacia contextos internacionales, reforzando el compromiso con la desinstitucionalización y la vida independiente de las personas con discapacidad.



4.2 Perfil detallado de participantes y criterios de inclusión

La delimitación del perfil de las personas participantes en la metodología MIPI constituye un aspecto estratégico para garantizar la validez de los hallazgos y la aplicabilidad del modelo en distintos territorios y organizaciones del movimiento asociativo. Contar con una caracterización amplia y rigurosa de los colectivos implicados no solo permite asegurar la pertinencia del análisis, sino también fortalecer la transferencia de resultados hacia políticas públicas y prácticas





comunitarias. En este apartado se desarrollan de manera detallada las dimensiones principales de los perfiles de las personas participantes, la importancia de cada uno de estos criterios y los principios que guiarán el proceso de selección, integrando también las consideraciones de género y diversidad recogidas en los materiales de referencia.

Diversidad de perfiles

- **Edad:** La media de edad de las personas participantes se sitúa en 48,5 años, con un rango que va de los 25 a los 67 años. Esto refleja una composición intergeneracional en la que se combinan personas jóvenes en tránsito hacia la vida adulta, adultas en plena etapa productiva y personas mayores en situación de dependencia avanzada.
- **Género:** Se observa una mayoría femenina en la muestra (5 mujeres frente a 3 hombres), lo que permite visibilizar las desigualdades de género en el acceso a apoyos. Las mujeres participantes destacan tanto por su implicación activa como por la presencia de barreras adicionales asociadas a dobles discriminaciones y sobrecargas de cuidado.
- **Tipo y grado de discapacidad:** El espectro incluye personas con distintos grados de dependencia, desde grado 1 hasta grado 3, así como situaciones en las que la dependencia no está reconocida formalmente. Este último aspecto es especialmente relevante, ya que refleja la existencia de brechas de reconocimiento administrativo que dificultan el acceso a apoyos.
- **Situación residencial:** La mayoría de participantes reside en viviendas familiares, aunque también se han registrado casos en residencias y en viviendas familiares adaptadas o no adaptadas. La diversidad residencial permite analizar cómo influyen las condiciones materiales del hogar y el acceso a la adaptación en la vida independiente.



Inclusión de familiares y cuidadores

La experiencia de **familiares y personas cuidadoras informales** constituye un insumo esencial. Los datos muestran que el 50% de las personas dependen exclusivamente de apoyo familiar, sin contar con apoyos técnicos ni profesionales. Este hallazgo confirma la necesidad de reforzar las redes formales de asistencia y de promover que los cuidadores adopten un rol de acompañamiento y no de sustitución.



Factores de vulnerabilidad y riesgo

Del análisis de la matriz se desprenden indicadores clave de vulnerabilidad:

- **Necesidad de más apoyos:** El 88% de las personas expresan necesitar más apoyos, ya sean intensivos o de carácter puntual.
- **Condición económica:** El 75% reporta una situación económica grave o limitante, que actúa como factor de agravamiento del riesgo de institucionalización.
- **Riesgo de institucionalización:** El 50% presenta un riesgo catalogado como "Alto" o "Medio-Alto", vinculado tanto a la falta de apoyos formales como al deterioro progresivo de la salud y la dependencia de redes familiares.





- **Deseo de vida independiente:** El 75% de las personas participantes manifiestan claramente su deseo de mantener la vida independiente o tomar sus propias decisiones, lo que refuerza la necesidad de diseñar apoyos alineados con este objetivo.

Participación de agentes comunitarios

La metodología contempla también la inclusión de **profesionales y actores comunitarios** que interactúan con estos perfiles: servicios sociales, sanitarios, entidades de vivienda, empleo y asociaciones locales. Su participación es crucial para interpretar las dinámicas de exclusión y para diseñar estrategias comunitarias de apoyo que mitiguen los factores de riesgo identificados.

Representatividad y perspectiva de género



El análisis confirma que las mujeres con discapacidad presentan mayores niveles de vulnerabilidad en relación con el acceso a vivienda adaptada y al reconocimiento administrativo de su dependencia. Desde un **enfoque interseccional**, se reconoce que las desigualdades no se distribuyen de manera uniforme, sino que se agravan por la interacción entre género, edad, grado de dependencia y situación socioeconómica. La perspectiva de género se aplicará transversalmente mediante herramientas de verificación y seguimiento, para garantizar que estas desigualdades sean corregidas.

Criterios de inclusión

1. Personas con discapacidad física y orgánica en distintos grados de dependencia, especialmente aquellas en riesgo de institucionalización.
2. Familiares y cuidadores/as informales, cuya experiencia resulta clave para comprender las dinámicas de apoyo y las sobrecargas de cuidado.
3. Agentes comunitarios y profesionales que intervienen en la provisión de apoyos para la vida independiente.
4. Representatividad equilibrada en términos de género, edad y situación residencial, para reflejar la pluralidad de realidades.

En conclusión, los datos obtenidos mediante la matriz de perfiles y factores de vulnerabilidad enriquecen la caracterización de las personas participantes y evidencian la urgencia de intervenciones que refuercen la autonomía, reduzcan la sobrecarga familiar y prevengan procesos de institucionalización. El perfil amplio e inclusivo de la MIPI asegura que los resultados respondan a las necesidades reales de las personas con discapacidad y de sus entornos.



4.3 Dinámicas y soluciones aplicadas

La fase de intervención en el Baix Maestrat se concibió como una experiencia piloto de gran alcance orientada a avanzar en la prevención de la institucionalización de las personas con discapacidad física y orgánica. Más allá de ser un ejercicio de diagnóstico convencional, se trató de un **laboratorio social participativo** que combinó metodologías de investigación cualitativa con dinámicas vivenciales, generando un proceso transformador donde la comunidad fue protagonista. Este carácter experimental permitió no solo identificar barreras, sino también





ensayar soluciones colectivas, validar recursos innovadores y consolidar un enfoque territorial que se ajusta a los marcos normativos vigentes.

El proceso se encuentra alineado con los compromisos internacionales y nacionales asumidos por España: la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, ONU, 2006)**, la **Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030**, la **Estrategia Estatal de Desinstitucionalización 2024-2030**, y su **Primer Plan Operativo 2024-2025**. Todos estos marcos plantean un objetivo común: **garantizar que ninguna persona se vea obligada a abandonar su entorno comunitario por falta de apoyos o por un sistema de cuidados centrado en la institucionalización**. La experiencia desarrollada en el Baix Maestrat representa una contribución tangible a dicho objetivo, al demostrar que es posible implementar en el territorio un enfoque preventivo, integral y basado en derechos humanos.

La intervención evidenció que la prevención de la institucionalización requiere una mirada mucho más amplia que la simple provisión de servicios asistenciales: implica **transformar la cultura de los cuidados**, fomentar la corresponsabilidad comunitaria y reconocer la capacidad de agencia de las propias personas con discapacidad y sus familias. De este modo, la iniciativa se consolidó como un ejemplo pionero de cómo los diagnósticos locales pueden convertirse en **referentes transferibles a escala estatal**.



El proceso metodológico en el Baix Maestrat se sustentó en tres principios rectores que atravesaron todas las fases:

- **Participación activa y empoderamiento**: se garantizó que las personas con discapacidad y sus familias fueran actores centrales, no solo informantes, en la construcción del conocimiento. Su implicación directa reforzó la legitimidad de los hallazgos y generó un sentimiento de pertenencia que se tradujo en mayor compromiso comunitario.
- **Territorialización y pertinencia local**: cada dinámica se diseñó teniendo en cuenta las especificidades de una comarca caracterizada por su dispersión poblacional, la ruralidad y la fragmentación de recursos. Esta adaptación contextual permitió que las intervenciones tuvieran un impacto real y ajustado a la realidad de los municipios.
- **Coherencia con los marcos estatales**: el proceso se planificó en consonancia con los ejes del *Primer Plan Operativo 2024-2025*, lo que asegura la posibilidad de transferir los aprendizajes al resto de territorios y fortalecer la construcción de políticas públicas alineadas con el enfoque de vida independiente.



La metodología integró distintas técnicas de investigación social —grupos focales, árbol de problemas, cartografía social— con dinámicas creativas y experienciales —talleres de acompañamiento, grupos de ayuda mutua, asistente personal en ocio—, conformando un proceso integral que no se limitó a recoger datos, sino que **produjo transformaciones en el tejido social y comunitario**.

Técnicas y dinámicas desarrolladas

Grupos focales diferenciados

Se organizaron dos grupos focales para recoger información directa, vivencial y cualitativamente rica. Estos grupos no solo permitieron levantar datos, sino que funcionaron como espacios de reconocimiento mutuo y validación colectiva.





- **Personas con discapacidad:** expusieron problemáticas vinculadas con los altos costos de productos ortoprotésicos y ayudas técnicas, las desigualdades territoriales en el acceso a recursos y apoyos, las incompatibilidades entre prestaciones sociales, y la preocupación por el envejecimiento sin apoyos adecuados. Los testimonios dieron cuenta de la diversidad de trayectorias vitales y de la urgencia de contar con apoyos personalizados y accesibles.
- **Familiares y personas cuidadoras:** señalaron la sobrecarga crónica de cuidados, la falta de recursos post-escolares, la rigidez y lentitud burocrática y el desconocimiento de productos de apoyo disponibles. Expresaron además un temor compartido: que ante su ausencia, la única salida fuera el ingreso en una institución. Los grupos focales, además de visibilizar carencias, se consolidaron como foros de diálogo, intercambio de estrategias y **espacios de empoderamiento comunitario**, alineados con el enfoque participativo del *Primer Plan Operativo 2024-2025*.

Árbol de problemas



El árbol de problemas, construido colectivamente, permitió identificar el problema central: *“Riesgo de institucionalización por ausencia de apoyos comunitarios adecuados”*. Se mapearon causas en distintos niveles:

- **Estructurales:** fragmentación de políticas, insuficiente coordinación institucional, falta de financiación estable.
- **Comunitarias:** debilidad de redes sociales, transporte deficiente, falta de accesibilidad universal.
- **Individuales:** deterioro funcional, desgaste emocional y sobrecarga familiar. Las consecuencias compartidas incluyeron aislamiento, cronificación de la dependencia y percepción de la institucionalización como única salida. Este ejercicio pedagógico contribuyó a comprender el carácter multifactorial del problema y a orientar soluciones en coherencia con los ejes estatales.

Mi papel como apoyo y no como sustituto

Dentro del proceso participativo se abordó la reflexión sobre el rol de las familias en las tareas de cuidado, especialmente en aquellos casos en que el apoyo se convierte en sustitución de la autonomía. A través de dinámicas con dilemas cotidianos (alimentación, vestido, desplazamientos), los familiares analizaron cómo sus acciones podían favorecer o limitar la independencia de la persona con discapacidad.

La actividad concluyó con un ejercicio individual de compromiso, donde cada participante formuló una frase que resumía su nuevo posicionamiento como apoyo respetuoso de la autodeterminación.



Impactos principales:

- Visibilizar la tendencia de las familias a sustituir funciones por falta de información y recursos.
- Identificar el desconocimiento sobre productos de apoyo y la ausencia de orientación profesional.
- Reconocer el riesgo de institucionalización derivado de la sobrecarga y la falta de apoyos personalizados.





- Reforzar la necesidad de acompañar sin anular la capacidad de decisión y acción de la persona con discapacidad.

Taller de acompañamiento socioemocional y crecimiento personal

Este taller atendió un factor crítico: el desgaste físico y emocional de las personas cuidadoras. A través de dinámicas se promovió el autocuidado y la validación personal.

Objetivos alcanzados:

- Identificar el impacto del cuidado en la vida cotidiana.
- Incorporar prácticas de bienestar y reducción de estrés.
- Revalorizar la identidad personal más allá del rol de cuidado.
- Fortalecer redes de pertenencia y apoyo mutuo.



El espacio se convirtió en un proceso de transformación para las familias, coherente con las medidas del Plan Operativo que subraya la necesidad de apoyar a cuidadores no profesionales mediante recursos de respiro y acompañamiento psicosocial.

Dinámicas creativas y participativas

Se utilizaron lluvias de ideas, mapas colaborativos y ejercicios de priorización para diseñar propuestas desde una lógica horizontal. Estas actividades generaron un clima de corresponsabilidad, favorecieron la implicación ciudadana y reforzaron la legitimidad de las soluciones. Además, consolidaron una cultura de participación que rompe con la lógica asistencialista.

Grupo de Ayuda Mutua (GAM)

Los GAM se constituyeron como espacios horizontales de intercambio y resiliencia. Personas con discapacidad y familias compartieron miedos, afrontaron duelos y ensayaron estrategias colectivas. Estos grupos demostraron ser dispositivos de bajo coste y alto impacto en la mejora de la salud mental, en la reducción del aislamiento y en el fortalecimiento de la cohesión social. Se alinean directamente con el Plan Operativo, que impulsa la creación de recursos comunitarios cercanos y flexibles para sustituir apoyos institucionales.



Cartografía de apoyos y recursos comunitarios

La cartografía participativa permitió visualizar servicios de asistencia personal, transporte adaptado, programas inclusivos, recursos vecinales y detectar vacíos significativos. No se trató solo de un inventario técnico, sino de un ejercicio pedagógico de corresponsabilidad, donde la comunidad identificó su propio ecosistema de apoyos y reconoció la importancia de reforzar los lazos locales. Este mapa se constituyó en una herramienta estratégica para la planificación de políticas públicas locales.

Asistente Personal

La incorporación de esta figura respondió a la necesidad de garantizar el derecho efectivo al ocio inclusivo. El asistente personal acompañó a las personas con discapacidad en actividades culturales y recreativas, fortaleciendo la autodeterminación y los vínculos comunitarios.





Impactos principales:

- Prevención del aislamiento social y la desvinculación comunitaria.
- Refuerzo de la autodeterminación y la libertad de elección.
- Reducción de la sobrecarga familiar.

Este recurso estratégico, alineado con la ampliación de la asistencia personal que marca el Plan Operativo, se mostró clave para garantizar la igualdad en el acceso a la vida cultural y social.

Espacio comunitario de valenciano

Se creó como respuesta a la demanda de mujeres migrantes con discapacidad que necesitaban reforzar su autonomía comunicativa para acceder al empleo y participar en la vida local. Con apoyo voluntario y recursos del MIPI, se desarrollaron sesiones semanales entre febrero y julio de 2025 en COCEMFE Maestrat.



Impactos principales:

- Prevención del aislamiento social y la exclusión.
- Refuerzo de la autonomía comunicativa y laboral.
- Generación de apoyos comunitarios flexibles y de bajo coste.

Ejemplo de cómo iniciativas locales fortalecen la vida independiente y reducen el riesgo de institucionalización.

Sensibilización, comunicación e información a la comunidad

Se desplegaron acciones dirigidas a implicar a la ciudadanía y visibilizar la importancia de la inclusión. Entre ellas:

- *Vinaròs Promou – Vinaròs Accesible III*, actividad que movilizó a la población local en torno a la accesibilidad urbana.
- Publicaciones en redes sociales y página web, que difundieron aprendizajes y dieron proyección pública a los logros del proceso.

A continuación, se muestra una tabla-resumen para ilustrar la relación entre cada dinámica desarrollada y los principales ejes del *Primer Plan Operativo 2024-2025*.





Tabla 7. Relación entre dinámicas y ejes del Primer Plan Operativo 2024-2025

Dinámica aplicada	Apoyos personalizados	Atención a cuidadores	Creación de redes comunitarias	Asistencia personal	Sensibilización y cambio cultural
Grupos focales diferenciados	Sí (☑)	No	Sí (☑)	No	Sí (☑)
Árbol de problemas	Sí (☑)	No	Sí (☑)	No	No
Taller de acompañamiento socioemocional	No	Sí (☑)	Sí (☑)	No	No
Dinámicas creativas y participativas	No	No	Sí (☑)	No	Sí (☑)
Grupo de Ayuda Mutua (GAM)	No	Sí (☑)	Sí (☑)	No	No
Cartografía de apoyos y recursos comunitarios	Sí (☑)	No	Sí (☑)	No	No
Asistente Personal de Apoyo al Ocio	Sí (☑)	No	No	Sí (☑)	No
Sensibilización y comunicación comunitaria	No	No	No	No	Sí (☑)

En conjunto, las técnicas y dinámicas desarrolladas en el Baix Maestrat no solo permitieron identificar barreras y carencias, sino que también abrieron espacios de empoderamiento, generaron propuestas colectivas y pusieron a prueba apoyos innovadores de gran impacto comunitario. La tabla anterior muestra cómo cada intervención se alineó con los ejes del Primer Plan Operativo 2024-2025, confirmando la coherencia metodológica de la experiencia y reforzando su valor como referencia estatal.

Este recorrido evidencia que las metodologías participativas no deben entenderse únicamente como herramientas de diagnóstico, sino como **palancas de transformación social** capaces de fortalecer la vida independiente, fomentar la corresponsabilidad ciudadana y orientar la construcción de políticas públicas inclusivas.



5. Reflexiones metodológicas y aprendizajes





5.1 Evaluación interna del proceso metodológico

La implementación de la metodología MIPI en el Baix Maestrat permitió comprobar con un nivel de detalle más profundo su eficacia como enfoque participativo, integral y centrado en la persona. La riqueza del proceso radicó en haber combinado técnicas cualitativas tradicionales — como los grupos focales, el árbol de problemas y diversas dinámicas creativas— con herramientas de carácter vivencial —talleres socioemocionales, Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y la asistencia personal—. Esta mezcla metodológica no solo aseguró la recopilación de información relevante, sino que también activó procesos de transformación social reales en la comunidad, movilizándolo a familias, entidades y actores locales.

La evaluación interna pone de relieve varios aspectos fundamentales:

- La pertinencia de haber adaptado cada dinámica a las características rurales y dispersas del Baix Maestrat, lo que facilitó la participación de colectivos habitualmente invisibilizados.
- La capacidad de las personas con discapacidad y sus familias para asumir un papel protagonista en la identificación de barreras, el diseño de propuestas y la priorización de soluciones, reforzando así su agencia.
- La coherencia del proceso con los marcos normativos nacionales e internacionales vinculados a la vida independiente y la prevención de la institucionalización, lo que otorgó legitimidad a las acciones emprendidas.
- El valor añadido de haber concebido el piloto como un laboratorio social en el que no solo se diagnosticaron problemas, sino que también se consolidaron vínculos comunitarios y se ensayaron soluciones innovadoras con efectos tangibles.

5.2 Evaluación de resultados y de impacto

La evaluación de resultados de la Metodología MIPI en el territorio piloto del Baix Maestrat se centró en medir los cambios experimentados por las personas participantes en términos de autonomía, autodeterminación, participación comunitaria y calidad de los apoyos recibidos. Para ello se aplicaron instrumentos cuantitativos y cualitativos complementarios: la **Escala EVNAVIC**, los **cuestionarios de satisfacción** a personas con discapacidad y familias, y el seguimiento sistemático de los planes de apoyo individuales.

Los resultados obtenidos evidencian una mejora sustancial en todas las dimensiones analizadas, validando la eficacia del enfoque metodológico y la coherencia de los procesos de acompañamiento. En conjunto, los datos reflejan un incremento general de la autonomía personal, una ampliación de la participación social y una elevada satisfacción con los apoyos recibidos.





Tabla 8. Resultados globales de la Evaluación MIPI (Baix Maestrat, 2024)

Dimensión evaluada	Inicial (1-5)	Situación final (1-5)	Variación media (puntos)
Accesibilidad y movilidad	2,84	3,68	+0,84
Acceso a servicios y recursos	2,89	3,47	+0,58
Autodeterminación	0,96	3,23	+2,27
Autonomía personal	2,60	3,83	+1,23
Red de apoyo y participación social	2,33	3,73	+1,40
Satisfacción de personas con discapacidad	No procede	No procede	81,7%
Satisfacción de familias	No procede	No procede	83,9%

Interpretación

Los resultados muestran una mejora significativa en todas las dimensiones. Las mayores variaciones se registran en autodeterminación (+2,27 puntos) y red de apoyo y participación social (+1,40 puntos), lo que evidencia el impacto del acompañamiento centrado en la persona y del fortalecimiento comunitario. También se observa un aumento sostenido en autonomía personal (+1,23) y accesibilidad y movilidad (+0,84), indicadores que confirman la efectividad de los apoyos implementados.

La satisfacción general alcanza niveles elevados: el 81,7 % de las personas con discapacidad y el 83,9 % de las familias valoran positivamente los apoyos recibidos y su contribución a la vida independiente.

5.3 Lecciones aprendidas, soluciones innovadoras y buenas prácticas

La experiencia aportó aprendizajes de gran relevancia que conforman un bagaje metodológico transferible a otros territorios y contextos:

- **Integralidad del enfoque:** prevenir la institucionalización exige un abordaje amplio que contemple simultáneamente a la persona con discapacidad, su red de apoyos familiares y el entorno comunitario.
- **Corresponsabilidad comunitaria:** la cohesión social y la implicación activa de la ciudadanía se revelaron como factores protectores de gran relevancia.





- **Innovación en apoyos:** dispositivos como los GAM, la asistencia personal orientada al ocio y las cartografías comunitarias demostraron ser prácticas de gran impacto y bajo coste.
- **Transformación del rol familiar:** dinámicas como “Mi papel como apoyo y no como sustituto” confirmaron que es posible promover un cambio cultural en los cuidados, orientándolos hacia la autonomía y la autodeterminación.
- **Metodologías participativas como política pública:** los procesos participativos demostraron ser más que simples herramientas diagnósticas, posicionándose como instrumentos que deberían formar parte estable de la gestión pública.

5.3.1 Soluciones innovadoras y transferibles a escala estatal

Las soluciones desarrolladas en el Baix Maestrat constituyen un avance relevante en el campo de la prevención de la institucionalización. Su carácter innovador no reside únicamente en la novedad de las prácticas, sino en la capacidad de integrar **metodologías participativas, nuevas funciones profesionales, transformaciones culturales, herramientas comunitarias y una fuerte vinculación con los derechos humanos**. Estas soluciones se enmarcan en los compromisos internacionales y nacionales en materia de discapacidad, especialmente la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, ONU 2006)**, la **Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030** y la **Estrategia Estatal de Desinstitucionalización 2024-2030**. La experiencia del Baix Maestrat aporta evidencia práctica de cómo los marcos normativos pueden materializarse en políticas y recursos locales, fortaleciendo la vida independiente y la inclusión comunitaria.

1. Transformación del modelo de cuidados

1.1 Reorientación del rol de las familias hacia un modelo de apoyo que respete la autodeterminación

- **Aporte transformador:** supone un cambio profundo en la cultura del cuidado familiar. Frente a la tendencia histórica de sobreprotección, se fomenta un acompañamiento respetuoso de la autonomía personal, en coherencia con el artículo 19 de la CDPD.
- **Evidencia práctica:** la dinámica “Mi papel como apoyo y no como sustituto” permitió a las familias reflexionar sobre su rol y comprometerse con nuevas formas de acompañamiento más respetuosas con la autodeterminación.
- **Condiciones de sostenibilidad:** programas de formación continua, asesoramiento profesional estable, materiales pedagógicos accesibles y campañas de sensibilización que impulsen una cultura de cuidados basada en derechos.

1.2 Programas de autocuidado y respiro para personas cuidadoras

- **Aporte transformador:** reconoce a las personas cuidadoras como sujetos de derecho e introduce el principio del autocuidado en la agenda de las políticas sociales.
- **Evidencia práctica:** en los talleres socioemocionales del Baix Maestrat, los cuidadores pudieron identificar el impacto del cuidado en su vida, aprender técnicas de autocuidado y reforzar redes de apoyo.





- **Condiciones de sostenibilidad:** financiación pública estable, coordinación con servicios de salud y bienestar, recursos de respiro accesibles y evaluación del impacto en la salud física y emocional de quienes cuidan.

1.3 Ampliación del papel de la asistencia personal

- **Aporte transformador:** redefine la asistencia personal más allá del cuidado básico, vinculándola al derecho a la vida cultural, al ocio y a la plena participación social, en coherencia con el artículo 19 de la CDPD.
- **Evidencia práctica:** en el Baix Maestrat, la asistencia personal permitió prevenir aislamiento, reforzar la autodeterminación y aliviar la sobrecarga familiar en actividades culturales y comunitarias.
- **Condiciones de sostenibilidad:** marco normativo estable, líneas presupuestarias específicas y mecanismos que garanticen acceso universal, especialmente para quienes requieren mayores apoyos.



2. Cohesión comunitaria y redes de apoyo

2.1 Fortalecimiento de los Grupos de Ayuda Mutua

- **Aporte transformador:** los GAM son dispositivos de bajo coste y alto impacto que refuerzan la salud mental, la resiliencia colectiva y la cohesión social, materializando el principio de apoyo mutuo de la CDPD.
- **Evidencia práctica:** en el piloto, los GAM se consolidaron como espacios de intercambio horizontal que redujeron el aislamiento y fortalecieron la resiliencia emocional de las familias y las personas con discapacidad.
- **Condiciones de sostenibilidad:** reconocimiento formal dentro de la red de servicios sociales, dotación de espacios permanentes, apoyo técnico profesional y mecanismos de seguimiento que garanticen continuidad, especialmente en zonas rurales y dispersas, donde la falta de recursos próximos incrementa el riesgo de aislamiento y de institucionalización.

2.2. Cartografía comunitaria de apoyos y recursos

- **Aporte transformador:** convierte un inventario estático en una herramienta de gobernanza participativa que facilita planificación compartida, detección de vacíos y optimización de recursos.
- **Evidencia práctica:** la cartografía del Baix Maestrat permitió visualizar apoyos existentes y vacíos críticos, implicando a la comunidad en la construcción de un ecosistema de recursos.
- **Condiciones de sostenibilidad:** plataformas digitales interactivas y accesibles, actualización periódica y participación activa de ciudadanía y entidades locales.



2.3 Creación de espacios comunitarios inclusivos con enfoque interseccional

- **Aporte transformador:** responde a desigualdades múltiples (discapacidad, género, migración) generando entornos de aprendizaje, empleo, cultura y apoyo mutuo que reducen exclusión.
- **Evidencia práctica:** el espacio comunitario de valenciano permitió a mujeres migrantes con discapacidad reforzar su autonomía comunicativa, laboral y social, previniendo aislamiento.





- **Condiciones de sostenibilidad:** presupuestos estables, colaboración con organizaciones de base, diseño flexible y evaluación con indicadores de impacto social.

3. Cambio Cultural y sensibilización social

3.1. Campañas de sensibilización ciudadana

- **Aporte transformador:** abordan la accesibilidad y la vida independiente como parte de un cambio cultural, promoviendo la corresponsabilidad comunitaria en línea con el artículo 8 de la CDPD.
- **Evidencia práctica:** iniciativas como Vinaròs Accesible movilizaron a la ciudadanía para repensar el entorno urbano desde la accesibilidad y la inclusión.
- **Condiciones de sostenibilidad:** continuidad temporal, indicadores de impacto, comunicación inclusiva, alianzas con medios y participación de líderes comunitarios.

4. Innovación en políticas públicas y metodologías participativas

4.1. Consolidación de metodologías participativas como instrumentos de política pública

- **Aporte transformador:** trascienden el uso diagnóstico para convertirse en mecanismos estables de diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en clave de derechos.
- **Evidencia práctica:** en el Baix Maestrat, metodologías como el árbol de problemas o los grupos focales generaron soluciones colectivas y legitimadas, demostrando su valor como instrumentos políticos.
- **Condiciones de sostenibilidad:** protocolos de aplicación, formación de profesionales en enfoques participativos, observatorios de seguimiento y evaluación sistemática.

Tabla 9. Soluciones innovadoras para prevenir la institucionalización

Categoría	Contribución a la prevención	Soluciones clave
1. Transformación del modelo de cuidados	Reduce la sobrecarga familiar y pasa de la lógica de sustitución a apoyos que fortalecen la autodeterminación.	<ul style="list-style-type: none">▪ Reorientación del rol familiar.▪ Programas de autocuidado y respiro.▪ Ampliación del papel de la asistencia personal.
2. Cohesión comunitaria y redes de apoyo	Refuerza la capacidad comunitaria para ofrecer apoyos cercanos y evitar que la falta de recursos derive en institucionalización.	<ul style="list-style-type: none">▪ Fortalecimiento de GAM.▪ Cartografía comunitaria de apoyos.▪ Espacios comunitarios inclusivos.
3. Cambio cultural y sensibilización social	Transforma actitudes y promueve corresponsabilidad social, reduciendo barreras culturales que empujan a la segregación.	<ul style="list-style-type: none">▪ Campañas de sensibilización ciudadana.





Categoría	Contribución a la prevención	Soluciones clave
4. Innovación en políticas públicas y metodologías participativas	Sitúa a las personas con discapacidad en el centro de las políticas, evitando soluciones segregadoras y promoviendo apoyos personalizados en la comunidad.	<ul style="list-style-type: none">Metodologías participativas como instrumentos de política pública.

En conjunto, estas soluciones innovadoras deben entenderse como **palancas estratégicas de transformación**. No solo aportan evidencias prácticas y replicables, sino que también fortalecen la aplicación efectiva de los compromisos internacionales y estatales en materia de vida independiente y derechos de las personas con discapacidad. La innovación radica en que integran prácticas comunitarias, metodologías inclusivas y políticas públicas, generando un modelo de cuidados centrado en la persona y sostenible en el tiempo. Asimismo, constituyen un legado metodológico que puede guiar a la Administración hacia la consolidación de un sistema de apoyos comunitarios alineado con la Estrategia Estatal de Desinstitucionalización y los principios de la Agenda 2030.

5.3.2 Aprendizajes, dificultades y ajustes metodológicos

El conjunto de acciones implementadas generó un cambio cultural favorable a la vida independiente y fortaleció la corresponsabilidad ciudadana. Entre los aprendizajes más destacados se encuentran:

- La necesidad de aplicar un enfoque integral que abarque tanto a la persona como a su entorno.
- La corresponsabilidad comunitaria como elemento esencial para consolidar redes sostenibles de apoyo.
- La facilidad de replicar prácticas innovadoras como los GAM, la asistencia personal en ocio o las cartografías comunitarias.
- La importancia de mantener una coherencia estrecha con los marcos estatales para asegurar la legitimidad y sostenibilidad de las iniciativas.

La experiencia evidenció que los diagnósticos participativos deben evolucionar hacia procesos transformadores que produzcan cambios concretos en la vida de las personas. El valor añadido de la metodología MIPI radica en:

- Haber trasladado los ejes del Primer Plan Operativo 2024–2025 a un territorio concreto, mostrando resultados verificables.
- Mejorar de forma tangible la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, favoreciendo su autonomía y participación social.
- Contribuir al fortalecimiento de redes comunitarias resilientes e inclusivas, capaces de sostener apoyos en el tiempo.





La implementación del proceso no estuvo exenta de dificultades, que fueron enfrentadas mediante soluciones adaptativas:

- **Baja asistencia en periodos vacacionales:** especialmente en el grupo de familiares, situación que se afrontó reforzando convocatorias personalizadas y utilizando testimonios recogidos para enriquecer el análisis colectivo.
- **Escaso conocimiento sobre productos de apoyo:** muchas familias y participantes desconocían las ayudas técnicas disponibles, lo que se solventó con sesiones de información, demostraciones prácticas y materiales divulgativos.
- **Sobrecarga de personas cuidadoras:** la sobrecarga crónica fue aliviada mediante talleres de autocuidado, estrategias de bienestar y la creación de redes de apoyo mutuo.
- **Carencias en transporte y accesibilidad:** fueron visibilizadas a través de la cartografía participativa, lo que permitió fundamentar propuestas específicas dirigidas a la administración local y autonómica.



El pilotaje permitió introducir ajustes importantes que enriquecen la metodología MIPI y que servirán para futuras implementaciones:

- Extender el uso de dinámicas creativas que refuercen la horizontalidad y la implicación activa de los participantes.
- Incorporar de forma más sistemática un enfoque interseccional, garantizando la atención a colectivos diversos con necesidades específicas.
- Reforzar el papel de la asistencia personal no solo en el ámbito de los cuidados básicos, sino también en la esfera cultural, social y comunitaria.
- Consolidar la cartografía comunitaria como herramienta estratégica para la planificación pública y la participación ciudadana en la toma de decisiones.



5.4 Recomendaciones para futuras implementaciones y replicabilidad

Para replicar y ampliar la metodología MIPI en otros territorios, se recomienda:

- Diseñar una **planificación flexible**, adaptable a entornos rurales, urbanos o mixtos, que permita incorporar las particularidades de cada contexto.
- Asegurar la **participación activa y significativa** de las personas con discapacidad y sus familias en todas las fases del proceso, utilizando metodologías accesibles y comprensibles.
- Garantizar la provisión de **apoyos personalizados** y la disponibilidad de asistencia personal en distintos ámbitos de la vida cotidiana, incluyendo ocio, cultura, empleo y participación comunitaria.
- Promover **espacios comunitarios inclusivos** con perspectiva interseccional, que permitan abordar simultáneamente la inclusión educativa, laboral, social y cultural.





- Establecer mecanismos sólidos de **transferencia de aprendizajes** hacia el movimiento asociativo y las administraciones públicas, asegurando que las buenas prácticas se incorporen en la planificación oficial.
- Consolidar el uso de **metodologías participativas** como una práctica estándar en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas relacionadas con los cuidados y la vida independiente.

5.5 Conclusión metodológica

La experiencia piloto en el Baix Maestrat confirma que la prevención de la institucionalización no puede abordarse únicamente desde la provisión de recursos asistenciales, sino que requiere enfoques participativos, interdisciplinarios y centrados en la persona. La metodología MIPI ha demostrado que es posible transformar un diagnóstico social en un proceso de cambio real, donde las personas con discapacidad y sus familias asumen un papel protagonista en la identificación de barreras, la definición de soluciones y la creación de redes de apoyo.

Este proceso permitió evidenciar que la vida independiente y la inclusión comunitaria se consolidan cuando se integran tres elementos clave: apoyos personalizados accesibles y sostenibles, la corresponsabilidad activa de la comunidad y la alineación con los marcos normativos de derechos humanos. En este sentido, la MIPI no se limita a generar conocimiento, sino que activa dinámicas de transformación cultural y comunitaria que reducen la dependencia, refuerzan la resiliencia colectiva y promueven un cambio en la cultura de los cuidados.

Su principal valor añadido radica en su carácter transferible. La combinación de innovación social (como los GAM, la cartografía participativa y la asistencia personal ampliada), con prácticas de bajo coste y alto impacto, ofrece un modelo adaptable a diferentes realidades territoriales, tanto rurales como urbanas. Además, al estar en sintonía con la Estrategia Estatal de Desinstitucionalización, la Estrategia Española sobre Discapacidad 2022–2030 y la Agenda 2030, la metodología se convierte en una herramienta útil para orientar políticas públicas a nivel estatal.

En conclusión, la MIPI constituye una hoja de ruta práctica para que las administraciones públicas y el movimiento asociativo avancen hacia la consolidación de un sistema de apoyos comunitarios basado en derechos, centrado en la persona y sostenible en el tiempo. Su replicabilidad en otros territorios no solo es viable, sino necesaria, si se quiere garantizar que ninguna persona con discapacidad vea restringida su libertad y autonomía por falta de recursos adecuados en su comunidad.



6. Anexos





6.1 Escala EVNAVIC (Escala de Valoración de Necesidades de Apoyo para la Vida Independiente y Comunitaria)

La presente escala ha sido diseñada con el objetivo de evaluar las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad (PCD) para prevenir la institucionalización y promover su autonomía en la comunidad. La EVNAVIC se aplicará en la fase de diagnóstico, permitiendo la identificación de barreras y facilitadores clave para la vida independiente.

Instrucciones: Marque con un número de 1 a 5 según el grado de apoyo necesario (1 = no necesita apoyo, 5 = apoyo totalmente necesario).



Tabla 10. Escala EVNAVIC: Valoración de necesidades de apoyo para la vida independiente y comunitaria

Dimensión	Ítem	Descripción	Valoración (1-5)
A. Autonomía en la Vida Diaria	1	Capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (alimentación, higiene, gestiones administrativas).	Sin valorar
	2	Necesidad de asistencia personal para actividades diarias.	Sin valorar
	3	Uso y adecuación de tecnologías de apoyo.	Sin valorar
	4	Nivel de adaptación del entorno doméstico.	Sin valorar
	5	Acceso a información y formación sobre autonomía personal.	Sin valorar
B. Accesibilidad y Movilidad	6	Acceso y uso del transporte público y adaptado.	Sin valorar
	7	Disponibilidad y adecuación de la vivienda y espacios comunitarios.	Sin valorar
	8	Barreras arquitectónicas en el entorno inmediato.	Sin valorar
	9	Apoyo necesario para la movilidad fuera del hogar.	Sin valorar
	10	Uso de ayudas técnicas para la movilidad.	Sin valorar





Dimensión	Ítem	Descripción	Valoración (1-5)
C. Red de Apoyo y Participación Social	11	Disponibilidad de apoyo familiar y comunitario.	Sin valorar
	12	Participación en actividades culturales, deportivas o recreativas.	Sin valorar
	13	Nivel de inclusión en redes sociales y comunitarias.	Sin valorar
	14	Acceso a programas de apoyo psicosocial y emocional.	Sin valorar
	15	Sensibilización del entorno respecto a la discapacidad.	Sin valorar
D. Acceso a Servicios y Recursos	16	Disponibilidad de servicios de asistencia personal.	Sin valorar
	17	Acceso a servicios sociosanitarios.	Sin valorar
	18	Adecuación de los recursos educativos y laborales.	Sin valorar
	19	Conocimiento y acceso a derechos y prestaciones.	Sin valorar
	20	Nivel de coordinación entre servicios de apoyo.	Sin valorar
E. Toma de Decisiones y Autodeterminación	21	Capacidad para tomar decisiones sobre su propia vida.	Sin valorar
	22	Acceso a apoyos para la toma de decisiones (tutores, facilitadores).	Sin valorar
	23	Nivel de participación en la definición de su plan de vida.	Sin valorar
	24	Existencia de oportunidades para la autodeterminación.	Sin valorar
	25	Impacto de las normativas y políticas en su autonomía.	Sin valorar





6.2 Escala de Actividades de la Vida Diaria (AVD)

La **Escala de Actividades de la Vida Diaria (AVD)** permite valorar el grado de autonomía funcional de la persona con discapacidad en tareas básicas como alimentación, higiene, movilidad y vestimenta. Es una herramienta clave para identificar necesidades de apoyo y orientar planes personalizados que favorezcan la vida independiente y la prevención de la institucionalización.

Instrucciones de aplicación

- La escala debe completarse de forma **participativa**, integrando la visión de la persona, la familia y profesionales.
- Valorar cada actividad en una escala de **1 a 5** (1 = apoyo no necesario; 5 = apoyo totalmente necesario).
- Valorar cada ítem según el **nivel de independencia o necesidad de apoyo** (humano, técnico o ambiental).
- Registrar, en su caso, **observaciones sobre barreras del entorno** y apoyos disponibles o requeridos.
- Los resultados orientan la **planificación individualizada de apoyos** y la mejora de servicios comunitarios.

Tabla 11. Escala de Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Actividad	Valoración (1-5)	Observaciones, barreras del entorno, percepción personal o familiar
Capacidad para ingerir alimentos de forma segura	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad para usar cubiertos de forma autónoma y segura	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad de masticación	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad de deglución	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad para alimentarse de forma oral con ayudas técnicas	Sin valorar	Sin valorar
Control de esfínteres	Sin valorar	Sin valorar
Uso del WC de forma autónoma, incluyendo limpieza posterior	Sin valorar	Sin valorar



Actividad	Valoración (1-5)	Observaciones, barreras del entorno, percepción personal o familiar
Uso y cambio de sonda de forma autónoma	Sin valorar	Sin valorar
Autonomía en el uso del WC con uso de ayudas técnicas	Sin valorar	Sin valorar
Necesita apoyo humano	Sin valorar	Sin valorar
Autonomía en el aseo básico de cara y manos	Sin valorar	Sin valorar
Autonomía en la higiene bucal	Sin valorar	Sin valorar
Autonomía en el cuidado del cabello	Sin valorar	Sin valorar
Autonomía en el aseo completo (ducharse)	Sin valorar	Sin valorar
Autonomía en el aseo completo (ducharse) con apoyos → ¿Qué tipo de apoyos?	Sin valorar	Sin valorar
Autonomía para vestirse	Sin valorar	Sin valorar
Autonomía para desvestirse	Sin valorar	Sin valorar
Autonomía para el calzado	Sin valorar	Sin valorar
Autonomía con ayudas técnicas para vestirse	Sin valorar	Sin valorar
Autonomía con ayudas técnicas para desvestirse	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad para deambular de forma autónoma por casa	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad para deambular por casa con ayudas técnicas	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad para desplazarse de forma autónoma fuera del hogar	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad para desplazarse fuera del hogar con ayudas técnicas	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad para desplazarse en transporte privado	Sin valorar	Sin valorar





Actividad	Valoración (1-5)	Observaciones, barreras del entorno, percepción personal o familiar
Capacidad para desplazarse en transporte público	Sin valorar	Sin valorar
Necesita ayuda humana parcial para desplazarse por casa	Sin valorar	Sin valorar
Necesita ayuda humana total para desplazarse por casa	Sin valorar	Sin valorar
Necesita ayuda parcial para desplazarse fuera de casa	Sin valorar	Sin valorar
Necesita ayuda total para desplazarse fuera de casa	Sin valorar	Sin valorar
Habilidad para moverse entre superficies (cama, WC, coche) autónomamente	Sin valorar	Sin valorar
Sin habilidad para moverse entre superficies (cama, WC, coche)	Sin valorar	Sin valorar
Habilidad para planificar compras	Sin valorar	Sin valorar
Habilidad para realizar compras	Sin valorar	Sin valorar
Habilidad para cocinar	Sin valorar	Sin valorar
Habilidad para servir comidas	Sin valorar	Sin valorar
Habilidad para limpiar enseres tras cocinar	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad de manejo del dinero y transacciones en efectivo	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad de uso de tarjetas	Sin valorar	Sin valorar
Control de gastos, gestión y comprensión	Sin valorar	Sin valorar
Conocimiento y acceso a comercios	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad de gestión y pago de facturas	Sin valorar	Sin valorar
Autogestión de temas de salud (médicos, recetas, medicación)	Sin valorar	Sin valorar





Actividad	Valoración (1-5)	Observaciones, barreras del entorno, percepción personal o familiar
Uso de tecnología de forma autónoma sin apoyos	Sin valorar	Sin valorar
Uso de tecnología de forma autónoma con apoyos	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad de participación social y cultural	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad de autodeterminación sobre su vida, toma de decisiones	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad para elaborar un proyecto de vida viable	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad de formación y realización de cursos	Sin valorar	Sin valorar
Autonomía para realizar cualquier trabajo	Sin valorar	Sin valorar
Capacidad para realizar empleo con apoyo o adaptaciones	Sin valorar	Sin valorar
Incapacidad laboral parcial	Sin valorar	Sin valorar
Incapacidad laboral total	Sin valorar	Sin valorar
OTROS FACTORES DE CONSIDERACIÓN	Sin valorar	Sin valorar
Cuenta con servicio de AP (Asistencia Personal)	Sin valorar	Sin valorar
Cuenta con servicio de SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio)	Sin valorar	Sin valorar
Cuenta con apoyo no profesional	Sin valorar	Sin valorar
No cuenta con ningún servicio o apoyo y necesitaría	Sin valorar	Sin valorar
No cuenta con ningún servicio o apoyo porque no necesita	Sin valorar	Sin valorar
	Sin valorar	Sin valorar





6.3 Cuestionario de verificación de género e interseccionalidad

Este instrumento permite comprobar en qué medida las actividades desarrolladas en el marco de la MIPI han integrado la perspectiva de género. Facilita la recogida de evidencias en torno a la planificación, implementación y evaluación de las acciones, asegurando la igualdad entre mujeres y hombres y la detección de posibles brechas.

Instrucciones de aplicación

- Revisar cada cuestión y seleccionar la opción de respuesta más adecuada:
 - Sí, siempre**
 - Sí, generalmente**
 - Sí, en ocasiones**
 - No, nunca**
 - No procede**
- Justificar brevemente la respuesta en el espacio de explicación.
- Completar observaciones sobre **barreras, buenas prácticas o propuestas de mejora** detectadas.
- Utilizar los resultados para **reforzar la transversalidad de género** en la metodología MIPI.

Tabla 12. Cuestionario de verificación de género e interseccionalidad

Cuestión	Respuesta	Explicación / Observaciones
¿Se han tenido en cuenta las diferentes necesidades de mujeres y hombres en la planificación y desarrollo de la actividad?	Sin valorar	Sin valorar
Si la actividad implicó obtención de información, ¿se desagregaron los datos por sexo?	Sin valorar	Sin valorar
¿Se realizó un análisis con enfoque de género de los datos obtenidos?	Sin valorar	Sin valorar
¿Se utilizaron lenguaje e imágenes inclusivas?	Sin valorar	Sin valorar
En sesiones formativas, jornadas o reuniones: ¿se consideraron horarios que favorezcan la conciliación?	Sin valorar	Sin valorar



Cuestión	Respuesta	Explicación / Observaciones
En estas mismas actividades: ¿se ofrecieron servicios de cuidado de menores y/o personas dependientes con perspectiva de género?	Sin valorar	Sin valorar
En documentos, materiales o productos generados, ¿se incluyó la perspectiva de género?	Sin valorar	Sin valorar
¿Se tuvieron en cuenta los roles de género y la división sexual del trabajo?	Sin valorar	Sin valorar
¿Se consideró la violencia de género y se adoptaron medidas de prevención y/o atención?	Sin valorar	Sin valorar
¿De qué otro modo la actividad ha incorporado la perspectiva de género?	Sin valorar	Sin valorar



6.4 Plantillas de registro de intervenciones y seguimiento

El **Modelo de Registro de Intervención Individual** es una herramienta que permite documentar de forma homogénea las atenciones realizadas a las personas participantes en el marco de la MIPI. Facilita el seguimiento de los apoyos, la trazabilidad de las actuaciones profesionales y la coordinación con otros recursos comunitarios.

Instrucciones de aplicación

- Completar siempre los **datos generales de la persona atendida**, respetando la confidencialidad.
- Seleccionar el **motivo principal de la intervención**, marcando una o varias opciones.
- Describir en el apartado correspondiente un **resumen claro y conciso de la intervención realizada**.
- Registrar los acuerdos alcanzados, derivaciones efectuadas y próximos pasos previstos.
- Incluir observaciones adicionales relevantes para la continuidad del apoyo.
- Firmar y fechar el registro por parte del/de la profesional responsable.
- Utilizar este documento como parte del **expediente individual**, garantizando coherencia y sistematicidad en la intervención.





Tabla 13. Registro de intervenciones y seguimiento

Sección	Contenido / Campos
Datos generales de la persona atendida	Nombre completo / Código o identificador / Edad / Tipo de discapacidad / Teléfono (opcional) / Localidad
Motivo de la intervención	<input type="checkbox"/> Información y orientación / <input type="checkbox"/> Valoración funcional – Escala MIPI / <input type="checkbox"/> Apoyo psicológico / <input type="checkbox"/> Trámite administrativo / <input type="checkbox"/> Visita domiciliaria / <input type="checkbox"/> Coordinación con recursos comunitarios / <input type="checkbox"/> Otro (especificar)
Resumen de la intervención	Sin valorar
Acuerdos o derivaciones	Sin valorar
Próximos pasos o seguimiento	Fecha tentativa de próxima intervención / Observaciones adicionales
Firma profesional	Nombre y cargo / Firma / Fecha

6.5 Plan de Apoyos

El **Plan de Apoyos** es el instrumento que recoge las medidas iniciales y prioritarias para garantizar la seguridad, la autonomía y la vida en comunidad de la persona. Se diseña a partir de la evaluación inicial y de lo expresado por la propia persona, priorizando sus decisiones y necesidades.

Instrucciones de aplicación

- Completar los datos básicos de la persona.
- Identificar valores personales, competencias y elementos de la vida cotidiana que la persona desea mantener o cambiar.
- Registrar metas, objetivos y proyectos significativos, distinguiendo entre deseos propios y apoyos requeridos.
- Incluir la red de apoyos (naturales, profesionales, comunitarios).
- Revisar y actualizar de forma periódica para adaptarlo a los cambios de la persona.

Tabla 14. Datos personales

Campo	Información
Gestor/a de Vida Independiente	Sin completar



Campo	Información
Nombre	Sin completar
Apellidos	Sin completar
DNI	Sin completar
Fecha de Nacimiento	Sin completar
Dirección	Sin completar
Teléfono	Sin completar
Hogar de Riesgo	Sí / No
Discapacidad (Grado y Tipo)	Sin completar
Grado de Dependencia	Sin completar
Otros Datos Relevantes sobre la Salud	Sin completar
Asistente Personal	Sí / No
Cuidador	Sí / No
Vínculo con el Cuidador	Sin completar

Tabla 15. Apoyos personales

Tipo de apoyo	X (marcar si aplica)	Frecuencia semanal (nº de horas)	Justificación
Asistencia personal	Sin completar	Sin completar	Sin completar
Empleado/a de hogar	Sin completar	Sin completar	Sin completar
Familia	Sin completar	Sin completar	Sin completar
Voluntariado	Sin completar	Sin completar	Sin completar
Otro	Sin completar	Sin completar	Sin completar





Tabla 16. Productos de apoyo y tecnológicos - Esenciales

Producto / Apoyo	Proveedor	Justificación
Sin completar	Sin completar	Sin completar
Sin completar	Sin completar	Sin completar
Sin completar	Sin completar	Sin completar

Tabla 17. Productos de apoyo y tecnológicos - Recomendable

Producto / Apoyo	Proveedor	Justificación
Sin completar	Sin completar	Sin completar
Sin completar	Sin completar	Sin completar
Sin completar	Sin completar	Sin completar

Tabla 18. Modificación arquitectónica - Esenciales

Modificación arquitectónica	Justificación
Sin completar	Sin completar
Sin completar	Sin completar
Sin completar	Sin completar

Tabla 19. Modificación arquitectónica - Recomendables

Modificación arquitectónica	Justificación
Sin completar	Sin completar
Sin completar	Sin completar
Sin completar	Sin completar





Firma de participación

D./D^a. _____ (Nombre del participante), participante en el MIPI, mediante este documento acepta la propuesta de plan de apoyos que en él se recoge.

Firma del participante: _____

Firma del Gestor/a de Vida Independiente: _____

6.6 Historia de vida

La **Historia de Vida** es un relato personal que permite conocer la trayectoria vital de la persona, sus experiencias y valores, con el fin de comprender mejor sus necesidades y diseñar apoyos personalizados. Es también una herramienta de comunicación y vínculo entre la persona y los profesionales.

Instrucciones de aplicación



- Facilitar que la persona sea la protagonista en la construcción de su relato.
- Recoger información sobre su pasado, su presente y su visión de futuro.
- Integrar aspectos significativos de su vida (familia, educación, trabajo, ocio, redes sociales, experiencias de cuidado).
- Garantizar un espacio seguro y respetuoso durante la narración.
- Utilizar la información para orientar apoyos coherentes con su identidad y deseos.

Tabla 20. Historia de vida

Sección	Contenido / Campos
Datos personales	Nombre, edad, discapacidad, localidad, fecha.
Relato de vida	Aspectos relevantes de la infancia, adolescencia y adultez; hitos importantes.
Contexto actual	Situación familiar, social, laboral y de salud.
Futuro deseado	Expectativas y aspiraciones a corto, medio y largo plazo.



6.7 Proyecto de vida

El **Proyecto de Vida** recoge las metas, objetivos y decisiones que la persona define para construir una vida con sentido, de acuerdo con sus valores, competencias y apoyos disponibles. Es un instrumento dinámico que debe actualizarse periódicamente.



Instrucciones de aplicación

- Completar los datos básicos de la persona.
- Identificar valores personales, competencias y elementos de la vida cotidiana que la persona desea mantener o cambiar.
- Registrar metas, objetivos y proyectos significativos, distinguiendo entre deseos propios y apoyos requeridos.
- Incluir la red de apoyos (naturales, profesionales, comunitarios).
- Revisar y actualizar de forma periódica para adaptarlo a los cambios de la persona.

Tabla 21. Proyecto de vida

Sección	Contenido / Campos
Datos personales	Nombre, edad, discapacidad, localidad, fecha.
1. Valores y competencias	Principios y capacidades personales.
2. Lo que me gusta / no me gusta de mi día a día	Identificación de rutinas y actividades significativas.
3. Aspectos de mi historia de vida	Elementos que influyen en mi presente.
4. Metas, objetivos y proyectos	Deseos de orden superior y planes concretos.
Red de apoyos	Apoyos naturales, profesionales y comunitarios.

7. Referencias





1. ABELLÁN, Antonio, ACEITUNO, M^a del Pilar, FARIÑAS, Diego et al. (2020). Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020. Informes Envejecimiento en red, n^o 27.
2. CAYUELA SÁNCHEZ, Salvador, & MARTÍNEZ-PÉREZ, Jorge. (2018). El dispositivo de la discapacidad en la España del tardofranquismo (1959–1975): una propuesta de análisis. Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 70(2).
3. ALONSO PARREÑO, María José. (2015). El derecho a la vida independiente y su realización en España: ¿Un horizonte lejano para las personas con discapacidad? Disponible en: [cermi.es semanal - cermi.es semanal Nº 186 - El derecho a la vida independiente y su realización en España: ¿un horizonte lejano para las personas con discapacidad?](https://cermi.es/semanal-cermi-es-semanal-Nº-186-El-derecho-a-la-vida-independiente-y-su-realización-en-España-¿un-horizonte-lejano-para-las-personas-con-discapacidad?)
4. COLECTIVO IOÉ. (2013). Diversidad funcional en España. Hacia la inclusión en igualdad de las personas con discapacidades. Revista Española de Discapacidad, 1(1), 33–46.
5. DE ASÍS, Rafael. (2021). La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Incidencia en el ordenamiento jurídico español. En DÍAZ LÓPEZ, M. P., HUETE GARCÍA, A., & DÍAZ VELÁZQUEZ, E. (Coords.), Personas con discapacidad. Derechos sociales y cultura de las capacidades. Barcelona: Fundación La Caixa, Fundación Agbar, COCEMFE, Fundación ONCE.
6. DÍAZ LÓPEZ, María del Pilar; HUETE GARCÍA, Agustín; DÍAZ VELÁZQUEZ, Eduardo (Coords.). (2021). Personas con discapacidad. Derechos sociales y cultura de las capacidades. Barcelona: Fundación La Caixa, Fundación Agbar, COCEMFE, Fundación ONCE.
7. DÍAZ VELÁZQUEZ, Eduardo. (2010). Ciudadanía, identidad y exclusión social de las personas con discapacidad. Política y Sociedad, 47(1), 115–135.
8. FERNÁNDEZ-CARRO, Celia. (2018). ¿Hacia la desfamiliarización del cuidado predilecto? Un análisis del contexto español (1997–2009). Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 164, 57–76.
9. GÓMEZ VERNAL, Vanessa. (2016). La discapacidad organizada: antecedentes y trayectorias del movimiento de personas con discapacidad. Historia Actual Online, 39, 39–52.
10. IMSERSO. (2021–2022). Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
11. INE. (2022). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) 2020. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
12. JIMÉNEZ LARA, Antonio, & HUETE GARCÍA, Agustín. (2010). Políticas públicas sobre discapacidad en España: hacia una perspectiva basada en los derechos. Política y Sociedad, 47(1), 137–152.
13. MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel. (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 145, 99–126.
14. MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030. (2023). Marco Estratégico de la desinstitucionalización para una buena vida en la comunidad. Madrid: Secretaría General Técnica.
15. OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DISCAPACIDAD. (2015). Institucionalización de las personas con discapacidad en España. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales.



C/Luis Cabrera, 63 28002 Madrid
+ 34 91 744 36 00
cocemfe@cocemfe.es
www.cocemfe.es



COCEMFE
Confederación Española de Personas
con Discapacidad Física y Orgánica

