

ANEXO X. Contenido mínimo del Plan de Apoyos y modelo del Plan de Apoyos

1. Qué es un Plan de Apoyos al Proyecto de Vida Independiente

Un Plan de Apoyos es un proceso de acompañamiento, y el documento que lo recoge, mediante el cual la persona, con los apoyos que necesite para participar y tomar decisiones, pueda definir y acordar qué apoyos necesita en su vida diaria, cómo, cuándo y con quién recibirlos, para hacer posible su proyecto de vida, favoreciendo condiciones de elección, control, autonomía personal y participación en la comunidad. En este proceso, la persona ocupa un papel principal (y, en su caso, de quien ostente representación legal si es menor).

El Plan de Apoyos puede incluir apoyos variados, tanto dentro como fuera del hogar, apoyos en la vida diaria, desplazamientos, apoyos en formación, empleo, comunicación o participación comunitaria. Estos apoyos siempre deben estar vinculados a los objetivos del proyecto de vida independiente de la persona.

El Plan de Apoyos se elabora en coherencia con el Proyecto de Vida, que define el sentido y la dirección (“para qué”, qué vida quiere vivir la persona) y el Plan de Apoyos concreta cómo hacerlo posible, especificando qué apoyos se necesitan, cómo se prestan y cómo se organizan.

2. Objetivo del Plan de Apoyos

- Garantizar apoyos personalizados y adecuados que permitan a la persona ejercer su autonomía personal, su capacidad de elección y control y su participación en la comunidad favoreciendo una vida independiente.
- Determinar y concretar las actividades y apoyos necesarios (en particular, la asistencia personal, cuando proceda) especificando su intensidad, distribución horaria y modalidad de prestación, asegurando continuidad y coherencia con el PIA.
- Asegurar que los apoyos se prestan respetando la voluntad, deseos y preferencias de la persona, incorporando medidas de garantía y salvaguarda para prevenir la influencia indebida, el abuso o los conflictos de interés.
- Favorecer la permanencia y el desarrollo del proyecto de vida en entornos ordinarios y comunitarios, promoviendo la inclusión social y evitando respuestas basadas exclusivamente en recursos institucionales, priorizando oportunidades reales de participación.

3. Con quién se elabora

El plan se elaborará con la participación de:

- **La persona en situación de dependencia**, como titular del Plan. Será quien determine sus prioridades, participe en la toma de decisiones y valide su contenido, contando con los apoyos que necesite para ejercer de forma efectiva su derecho a decidir.
- **La red de apoyo designada por la persona**, que pueda estar formada, en su caso, por familiares, personas allegadas, apoyos naturales, agentes comunitarios y profesionales que resulten relevantes para el desarrollo de su proyecto de vida.
- **La persona facilitadora o referente**, responsable de acompañar y ordenar el proceso de elaboración del Plan, garantizando la participación de la persona y la coherencia del documento. Cuando sea necesario, podrán participar también profesionales del equipo técnico, la entidad prestadora y, en su caso, la persona asistente personal.

4. La figura clave: facilitador/a o referente

Con el fin de garantizar la adecuada elaboración, implementación y revisión del Plan de Apoyos, se identificará una figura de facilitador/a o referente, responsable de acompañar y sostener el proceso, asegurando que se desarrolle con un enfoque centrado en la persona.

Funciones imprescindibles:

- Preparar y organizar el proceso de elaboración del Plan, asegurando la participación efectiva de la persona mediante los ajustes necesarios: formatos accesibles, tiempos adecuados, apoyos cognitivos, comunicación accesible y otros apoyos para la toma de decisiones.
- Facilitar entrevistas, conversaciones y, en su caso, observaciones en contextos cotidianos, orientadas a identificar lo que resulta importante para la persona y lo que es relevante para su bienestar.
- Traducir los objetivos del proyecto de vida en apoyos concretos, definidos, verificables y evaluables, especificando actividades, responsables, contextos y criterios de seguimiento.
- Coordinar la participación de la red de apoyo, convocando a las personas pertinentes y clarificando sus roles, aportaciones y compromisos.
- Formalizar los acuerdos alcanzados, mediante la definición de objetivos, acciones, apoyos, responsables y, en su caso, recursos y ajustes requeridos.
- Promover el seguimiento y la mejora continua del Plan, impulsando revisiones periódicas e incorporando los ajustes necesarios a partir de la experiencia y el aprendizaje.

Aspectos a evitar:

En la elaboración y desarrollo del Plan de Apoyos se deben evitar las siguientes prácticas:

- Sustituir la voluntad, los deseos y las preferencias de la persona por criterios o decisiones de terceros.
- Identificar el Plan de Apoyos con la programación general del centro o servicio, o elaborarlo en función exclusiva de la organización interna o de la disponibilidad de recursos.
- Reducir el Plan a un listado de tareas profesionales, sin una orientación clara hacia la vida independiente, la inclusión social y la participación en la comunidad.

5. Procedimiento de elaboración (fases del proceso)

La elaboración del Plan de Apoyos se desarrollará, con carácter orientativo, a través de las siguientes fases, garantizando en todo caso la participación efectiva de la persona:

Fase 0. Preparación

- Acordar con la persona la forma de participación y los apoyos necesarios para facilitar la toma de decisiones.
- Designar la figura de facilitador/a o referente del Plan.
- Determinar las personas participantes y su finalidad, así como el canal de comunicación y coordinación.
- Establecer un calendario de trabajo realista y adecuado al ritmo de la persona.

Fase 1. Conocer y comprender

- Recabar información, mediante escucha activa y, en su caso, observación en contextos cotidianos, sobre historia, rutinas, preferencias, formas de comunicación y señales observables de bienestar y malestar.
- Identificar fortalezas, intereses y capacidades.
- Determinar los elementos irrenunciables para una vida buena y digna (“no negociables”), según la persona.

Fase 2. Mapear red y comunidad

- Identificar la red de apoyo existente, necesidades de ampliación y el rol potencial de cada persona o agente.
- Reconocer lugares, relaciones y oportunidades comunitarias significativas para la persona.
- Detectar barreras y condicionantes (accesibilidad, transporte, horarios, actitudes, estigma u otras) y posibles medidas para su superación.

Fase 3. Co-diseñar metas y apoyos

- Establecer, con la persona, un número limitado de metas prioritarias, vinculadas a su proyecto de vida, y concretarlas en acciones o pasos operativos.
- Determinar, para cada meta, los apoyos necesarios, diferenciando, en su caso:
 - a) actuaciones realizadas por la propia persona;
 - b) apoyos prestados mediante asistencia personal;
 - c) apoyos de la red natural y/o profesional;
 - d) productos de apoyo, tecnologías y/o adaptaciones.
- Estimar la frecuencia, intensidad (incluidas horas/mes cuando proceda) y previsión de horarios, así como recursos y ajustes necesarios.

Fase 4. Implementar

- Organizar la prestación de apoyos conforme a la voluntad, deseos y preferencias de la persona, facilitando su participación en las decisiones cotidianas.
- Establecer medidas de garantía y salvaguarda, relativas, entre otras, a privacidad, prevención de abusos, gestión proporcional de riesgos y límites de la relación de apoyo.
- Asegurar la coordinación operativa de la red y de los apoyos acordados.

Fase 5. Seguimiento, revisión y mejora

- Realizar revisiones periódicas para valorar avances, introducir ajustes y consolidar aprendizajes, y revisiones extraordinarias cuando se produzcan cambios relevantes en la situación o contexto de la persona.
- Registrar, de forma sintética, los resultados y aprendizajes, identificando qué medidas funcionan y por qué, y cuáles requieren modificación.

6. Señales e indicadores de calidad del Plan de Apoyos

A efectos de seguimiento, el Plan de Apoyos deberá permitir verificar, mediante indicadores de proceso y resultado, al menos los siguientes extremos:

- Incremento del ejercicio de elección y control por parte de la persona sobre su vida cotidiana.
- Aumento de la participación, pertenencia y vinculación comunitaria (relaciones, espacios, roles y contribución).
- Reducción de malestar evitable y/o aumento de experiencias deseadas y significativas para la persona.
- Cumplimiento y coordinación efectiva de los acuerdos por parte de la red de apoyo.
- Evidencia de cambios en la práctica profesional, reflejados en ajustes reales en la organización de apoyos, más allá de la mera formalización documental.

7. Modelo de plantilla: “Plan de Apoyos” (documentación del proceso)

La presente plantilla tiene por finalidad documentar por escrito el Plan de Apoyos al Proyecto de Vida Independiente, en coherencia con el proceso descrito en este Anexo.

La plantilla recoge los contenidos mínimos recomendados para la formalización del Plan de Apoyos. Podrá ampliarse con cuantos apartados, registros o informaciones técnicas se consideren necesarios, en función de las características, necesidades y preferencias de la persona, así como de la evolución de su situación y del propio proceso de apoyo.

Plantilla. Plan de Apoyos

I. Datos de identificación:

Persona titular del Plan:

- Fecha de inicio del proceso:
- Fecha de la presente versión:
- Número de versión: (v1, v2...)
- Fecha de próxima revisión prevista:
- Figura de facilitador/a o referente del Plan (nombre y rol):
- Contexto principal de aplicación: (domicilio / centro / mixto)

Consentimientos y participación:

- Consta la participación de la persona (indicar cómo se ha garantizado):
- Participa representación legal y/o persona de apoyo (indicar quién y motivo, si procede):
- Consta la información facilitada sobre finalidad, uso y alcance del Plan
- Acceso y confidencialidad: personas autorizadas a acceder al Plan y finalidad de acceso.

II. Constancia del proceso de escucha

- ✓ Sesiones/conversaciones realizadas (fecha – participantes – lugar/contexto):
- ✓ Observaciones en contextos cotidianos (si procede):

III. Participantes en el proceso y contribución

- ✓ Red de apoyo (nombre – relación/rol – aportación – compromiso posible):
- ✓ Profesionales implicados (rol – aportación – compromiso):
- ✓ Agentes comunitarios (si existen):

IV. Formas de participación y apoyos para decidir

- ✓ Condiciones que facilitan la toma de decisiones (formatos, tiempos, apoyos, comunicación):
- ✓ Barreras para la toma de decisiones y medidas de compensación/apoyo:

V. Perfil personal y claves para la personalización de apoyos

A) “Quién soy” (identidad y elementos significativos)

- ✓ Mi historia y elementos que me define (2–6 líneas):
- ✓ Fortalezas e intereses:
- ✓ Capacidades (incluyendo aspectos sensoriales, cognitivos, motóricos, emocionales, relacionales y hábitos/habilidades de autonomía personal)
- ✓ Relaciones significativas:
- ✓ Lugares significativos (hogar, barrio, otros):

B) Lo importante para mí

(Preferencias, rutinas, valores, lo que da sentido)

- ✓ En mi día a día es importante:
- ✓ Me hace sentir bien:
- ✓ No me gusta / me incomoda / me desregula:
- ✓ Quiero mantener / recuperar / probar:

C) Lo importante para mi bienestar

- ✓ Necesidades de apoyo clave:
- ✓ Señales observables de bienestar y señales de malestar:
- ✓ Comprensión de situaciones de malestar y necesidades de apoyo asociadas (conducta como expresión/comunicación): desencadenantes/condiciones, necesidades que puede estar expresando, apoyos preventivos y ajustes razonables, actuaciones a evitar y apoyos para la recuperación):
- ✓ Riesgos relevantes y medidas para minimizarlos sin restricciones innecesarias:
- ✓ Pautas de comunicación y apoyo emocional:
- ✓ Salud como participación (citas, hábitos, autocuidados)

D) Mirada de vida en comunidad

- ✓ Mapa rápido de comunidad (presencia–participación–contribución)

- ✓ Espacios donde ya estoy (presencia, empleo/ocupación, educación/formación, ocio/tiempo libre):
- ✓ Espacios donde participo (participación):
- ✓ Espacios donde contribuyo o podría contribuir (contribución/rol):
- ✓ Barreras actuales (transporte, accesibilidad, apoyos, horarios, actitudes):
- ✓ Oportunidades a activar (personas puente, recursos, rutinas comunitarias):

VI. Retos a trabajar

Se recogerán los retos, deseos o metas identificadas durante el proceso (redactadas en lenguaje de vida: “quiero...”, “me gustaría...”, “para mí es importante...”)

Reto/meta identificada 1

Reto/meta identificada 2

Reto/meta identificada 3

VII. Metas priorizadas (3-5) y criterios de priorización

A efectos de asegurar la viabilidad, la coherencia y la evaluación del Plan, se seleccionarán, de entre los retos/metast identificadas, un máximo orientativo de tres a cinco (3-5) metas priorizadas, que guiarán la organización de los apoyos y el Plan de Acción.

Meta 1 (enunciado):

- Justificación/ por qué es importante:
- Primeros pasos (1-3):

Meta 2:

...

Meta 3:

...

VIII. Plan de acción y apoyos (tabla operativa)

(Una tabla por meta, o una tabla general)

META: _____

Paso/acción concreta	Quién apoya (rol)	Cómo apoya	Dónde (contexto real)	Frecuencia	Recursos/ajustes	Indicador de avance	Fecha revisión

IX. Acuerdos de coordinación de la red

- ✓ Sistema de coordinación (canal, frecuencia, persona de contacto):
- ✓ Decisiones que requieren consulta a la persona y forma de apoyo a la decisión:
- ✓ Desacuerdos previsibles y mecanismo de resolución:

X. Seguimiento ya aprendizaje (plan vivo)

- ✓ Revisión 1 (fecha), (añadir revisiones sucesivas según proceda):
- ✓ Avances observados:
- ✓ Qué funcionó y por qué:
- ✓ Qué no funcionó y por qué:

- ✓ Ajustes acordados:

XI. Validación del Plan (si procede)

- ✓ Persona (o forma de validación accesible):
- ✓ Representante legal/apoyo principal (si procede):
- ✓ Figura de facilitador/a o referente:
- ✓ Profesionales clave:

La presente plantilla no sustituye el proceso de acompañamiento para la elaboración del Plan de Apoyos: lo documenta. Con carácter general, su cumplimentación deberá realizarse una vez llevada a cabo la escucha, garantizada la participación efectiva de la persona y alcanzados acuerdos reales con la persona y, en su caso, con su red de apoyo.

Los apartados incluidos en esta plantilla tienen la consideración de contenidos mínimos recomendados, pudiendo incorporarse cuantos campos, registros e informaciones técnicas se consideren necesarios en atención a las características, preferencias y necesidades de la persona, así como a la evolución de su situación y del propio proceso de apoyo.

Cuando no pueda acreditarse el proceso de escucha, participación y acuerdo con la persona, el Plan carecerá de las garantías necesarias para considerarse centrado en la persona.