**PROGRAMA MÉDICO**

**HOGAR:** Nombre del hogar

**PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROGAMA:** Nombre del/la profesional médico responsable del programa, indicar especialidad (si la tiene o médico general) y número de colegiado, *firma y sello profesional al final del documento (esto únicamente cuando sea solicitado, que será al concluir la revisión/es que sean necesarias. Gracias).*

**Favor enviar documento en formato Word mientras se encuentra en revisión.**

**I. PERFIL DE ATENCION DEL HOGAR**

Colocar acá el perfil de atención de NNA que el hogar estará atendiendo y ***que debe ser igual en todos los programas que el Hogar presente***. Esta información es útil para enfocarse únicamente en las características de la población de NNA atendida por el hogar al momento de evaluar los programas médico y nutricional presentados.

|  |  |
| --- | --- |
| **Perfil de edad de ingreso** |  |
| **Perfil de edad de atención** |  |
| **Motivo de ingreso** |  |
| **Situación jurídica** |  |
| **Población por atender** |  |
| **Situación de Salud** |  |
| **Capacidad instalada** |  |
| **Atención con discapacidad** |  |

**II. PRESENTACION DEL PROGRAMA**

Descripción del contenido del programa, mencionando los aspectos y actividades más importantes que el programa contiene para el aseguramiento del acceso a salud de la población abrigada por el hogar.

**III. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA**

En cuanto a la justificación debe incluirse principalmente el impacto e importancia de contar con el programa médico y de las distintas actividades de este para la salud de la población abrigada por el hogar.

**IV. OBJETIVO GENERAL**

El objetivo general será una síntesis que englobe lo que se quiere lograr por medio los objetivos específicos planteado.

**V. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Respecto a objetivos específicos se pueden redactar en base a las actividades que se van a realizar y se puede incluir uno por cada actividad a realizar y lo que se desea lograr con dicha actividad. Deben tener relación con lo que se va a realizar dentro del programa médico.

**VI. DESCRIPCION DE LOS ENFOQUES A DESARROLLAR**

El programa médico cuenta con un enfoque preventivo y un enfoque curativo. Para hogares que así lo requieran por su perfil también deberá contar con un perfil de rehabilitación.

1. **ENFOQUE PREVENTIVO**
   1. Chequeo Médico Inicial (Biopsicosocial): indicar en qué momento se va a realizar, quién/quienes van a estar a cargo, etc.
   2. Chequeo Médico Preventivo (Evaluación médica, laboratorios, etc.): Describir quién será el/a responsable, cada cuanto tiempo se va a realizar según edades (se adjunta edades recomendadas), en el caso de laboratorios indicar que se van a realizar con indicación del médico tratante cuando lo considere necesario para el diagnóstico o seguimiento médico.

|  |  |
| --- | --- |
| **EDAD** | **FRECUENCIA** |
| Neonatal: 0 – 28 días | A la semana de vida y a los 15 días de vida |
| Lactantes: 29 días menores de 24 meses | Cada Mes |
| 24 meses a 3 años | Cada 3 meses |
| 3 años a 18 años | Cada 6 meses |

* 1. Evaluación Antropométrica: Describir quién será el/la responsable, cada cuanto se va a realizar, qué se va a hacer con las mediciones obtenidas, etc.
  2. Evaluación Odontológica: Describir quién será el/la responsable, cada cuanto se va a realizar, en donde, etc.
  3. Evaluación Oftalmológica: Describir quién será el/la responsable, cada cuanto se va a realizar, en donde, etc.
  4. Evaluación Auditiva: Describir quién será el/la responsable, cada cuanto se va a realizar, en donde, etc.
  5. Inmunizaciones: Describir cómo se va a llevar a cabo esta actividad, indicar que se va a vacunar de acuerdo con las directrices del MSPAS de Guatemala, en dónde se va a realizar (puesto/centro de salud de dónde, etc.).
  6. Suplementación con micronutrientes: Describir quién será el/la responsable, cada cuanto se va a realizar, en donde, etc.
  7. Desparasitación: Describir quién será el/la responsable, cada cuanto se va a realizar, en donde, etc.
  8. Promoción de la Salud (Charlas, Capacitaciones, Jornadas, etc.). En este apartado describir cómo se realizará la promoción de la salud con personal y NNA, e incluir las actividades a realizar en los siguientes formatos. Las actividades cuando sean realizadas durante el año deberán documentarse con un listado de los participantes y que firmen al finalizar la actividad, contar con un folder para registro de este tipo de actividades pues será solicitado durante las supervisiones.

**CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES A PERSONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Actividad** | **Mes** | **Dirigida a** | **Recursos** | **Responsable/s** | **Método de evaluación de la actividad** |
| 1 | Capacitación a personal sobre:  - Signos de peligro**\*\***  - Protocolo de urgencias médicas**\*\*** |  | Todo el personal del Hogar |  |  |  |
| 2 | Primeros Auxilios**\*\*** |  | Todo el personal del Hogar |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |

**\*\*** Estos temas son de carácter **OBLIGATORIO** dentro de los temas de capacitación y deben reforzarse periódicamente, como mínimo cada 6 meses con el personal del hogar.

**CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES CON NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Actividad** | **Mes** | **Dirigida a** | **Recursos** | **Responsable/s** | **Método de evaluación de la actividad** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |

1. **ENFOQUE CURATIVO**

**Manejo de patologías correspondientes al primer nivel de atención:** En este enfoque se deberá detallar las acciones a tomar en caso de que se detecten signos de enfermedad en los NNA que se encuentran en el hogar, como por ejemplo fiebre, diarrea, falta de apetito, etc. Describir las intervenciones que se realizarán para los casos que puedan ser atendidos por el primer nivel de atención ya sea en el hogar, centro de salud, clínica privada, según los recursos de cada hogar, así como lo que respecta al reconocimiento temprano de signos de peligro por parte del personal a cargo y coordinación para referir al NNA para atención especializada según los recursos que se tengan coordinados por el hogar.

Mencionar si el hogar tiene área de aislamiento en caso de ser necesario, o si el hogar no cuenta con esta área mencionar qué área se tiene prevista utilizar si hubiera necesidad.

1. **ENFOQUE DE REHABILITACIÓN**

**ESTE ENFOQUE ÚNICAMENTE PARA HOGARES QUE DENTRO DE SU PERFIL NO TIENEN ESTABLECIDO EL ABRIGO DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, PERO QUE POR ALGÚN MOTIVO TIENE ABRIGADOS NNA CON ESTE PERFIL, DE LO CONTRARIO OMITIR.**

* Es requerido para aquellos hogares que por algún motivo tengan abrigados NNA que presentan algún tipo de discapacidad, pero que en su perfil no tienen establecida la atención de este perfil.
* Incluir dentro del programa médico la descripción de las actividades de rehabilitación y mencionar todas las actividades que se van a estar implementando dentro de este enfoque y los recursos con que cuentan para llevar a cabo dichas actividades (recursos internos y externos), actividades que se realizan, periodicidad, responsable/s, formato de los documentos a utilizar para documentar la evolución (que deberán aparecer ya con información dentro del expediente médico de cada niño).
* Listado de NNA abrigados con discapacidad con información respecto a la atención que se brinda dentro del enfoque de rehabilitación, según se indica a continuación:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre** | **Fecha de nacimiento** | **Diagnóstico/s** | **Atenciones/terapias que recibe de acuerdo con el diagnóstico/s** | **Periodicidad de las atenciones/terapias** | **En dónde recibe atención/terapias** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |

**VII. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

En la planificación estratégica se debe recalcar la importancia de todos los recursos y actividades, y no una descripción detallada de cada una, pues esto es lo que se hará en la descripción de las actividades del programa médico.

Debe mencionarse y describirse los recursos con que se cuentan y las intervenciones a realizar para lograr cumplir con el programa indicando de qué manera apoyan al programa médico y sus distintas actividades. Por ejemplo, alianzas o coordinación con otras instituciones (ONG, MSPAS, etc.) o profesionales que van a apoyar de ser necesario, por ejemplo, oftalmología, nutrición, otorrino/otología, laboratorios, bomberos, etc.

Incluir directorio de entidades que apoyan o con quien se coordina la atención de salud.

**VIII. ACTIVIDADES Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA MÉDICO**

Redactar una descripción general de cómo se realizará la evaluación del programa médico, sin embargo, a través de una tabla se puede sintetizar la información que se requiere presentar en este apartado.

* Ver tabla adjunta formato en el cual se incluye la información mínima que se puede utilizar para evaluar el programa médico, se puede incluir aspectos adicionales que se consideren importantes dentro de la evaluación del programa si el hogar así lo considera.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENFOQUE** | **ACTIVIDADES** | **OBJETIVO** | **META** | **INDICADOR**  **DE RESULTADOS** | **RECURSOS** | **PERIODICIDAD DE LA ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE / S DE LA ACTIVIDAD** | **PERIODICIDAD DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA** | **RESPONSABLE / S DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA** |
| **PREVENTIVO** | Chequeo médico Inicial |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Chequeo médico preventivo |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Evaluaciones Antropométricas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Evaluaciones Odontológicas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Evaluaciones Oftalmológicas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Evaluaciones Auditivas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inmunizaciones |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Suplementación con Micronutrientes |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Desparasitación |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Promoción de la Salud, Capacitaciones a Personal y Niños abrigados |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Protocolo de Urgencias Médicas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CURATIVO** | Actuación en caso de enfermedad aguda |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **REHABILITACIÓN**  **Sólo si se abriga niños con discapacidad, de lo contario omitir.** | Atención especializada a niños abrigados con discapacidad. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NUTRICIONAL** | Atención nutricional y alimentación. |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ANEXOS**

**ANEXO 1: Protocolo de Emergencias Médicas**

* + 1. **Ruta Crítica:** se refiere a la ruta crítica a seguir por el Hogar en casos de urgencia/emergencia con el fin de prevenir complicaciones, a quién llamar, quién estará a cargo, con qué capacitaciones cuenta el personal de cuidado directo para atender emergencias, quien será el responsable de proveer atención inmediata o primeros auxilios, mencionar quien será el personal capacitado en reconocimiento temprano de signos de alarma/peligro y en primeros auxilios, etc.).
    2. **Guía de primeros auxilios:** Es necesario describir la respuesta y pasos a seguir ante las situaciones de emergencia más comunes que pudieran presentarse según la población atendida por el Hogar, detallando que se va a hacer con el fin de evitar complicaciones en caso de presentarse alguna de estas situaciones médicas. Las medidas indicadas serán para el personal que tendrá el primer contacto con el NNA en situación de urgencia/emergencia, mientras se recibe indicaciones o asistencia médicas/paramédica a fin de reducir la posibilidad de complicaciones.

**ANEXO 2: Protocolo de medidas de prevención por Covid-19 implementado en el Hogar.**

**ANEXO 3: Formatos/Instrumentos utilizados para el registro de las distintas actividades del programa médico (Fichas médicas, recetas, registros de peso/talla, referencias, etc).**

**ANEXO 4:** **Otra información adicional que se considere necesaria para apoyar el programa médico del Hogar puede incluirse en este apartado.** **(OPCIONAL)**

**Mes / año**

F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr./Dra.(colocar nombre) Sello profesional

Colegiado No. (colocar No.)

F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Sello del Hogar

Representante Legal

**RECOMENDACIONES**

* Si se desea incluir cualquier información de literatura o bibliográfica, **hacerlo en Anexos** ya que el programa como tal únicamente debe referirse al Hogar y las distintas actividades que realizará dentro del mismo respecto a la salud de los niños abrigados. Por lo tanto, evitar incluir bibliografía o literatura dentro del programa salvo que sea corta, concisa y que sea estrictamente necesaria, de lo contrario adjuntar a anexos todo lo que sea información bibliográfica.
* La redacción del programa médico debe ser con el objetivo de describir cómo realiza el Hogar las actividades del programa médico.
* Tomar siempre en cuenta el perfil del hogar para la redacción y actividades a realizarse, el perfil debe ser el mismo en todos los programas (sociales, psicológicos, médico/nutricional).
* Prestar atención a puntuación, redacción y ortografía del programa.
* Evitar abreviaturas que no sean necesarias, por ejemplo, no utilizar NA, NNA, etc.
* Se debe referir a “niños abrigados”, “niños, niñas y adolescentes”, etc. No se debe utilizar, por ejemplo: “nuestros niños” “nuestros abrigados”, “residentes”, “internos”, “usuarios”, “participantes”, etc.
* Respecto a nombre del Hogar debe ir igual en todo el programa.