



Subvención para nutrición solicitud y requisitos

Este documento brinda información detallada sobre los requisitos del programa de nutrición de Smile Train e incluye la solicitud de financiación fuera de línea. Antes de solicitar la financiación, los posibles solicitantes deben revisar esta información y comprometerse a cumplir con estos requisitos si se les otorga el financiamiento.

1. PROPÓSITO DE LA FINANCIACIÓN PARA LA NUTRICIÓN

- El objetivo principal de la subvención de nutrición de Smile Train es mejorar la calidad de la atención relativa a la alimentación y nutrición brindada a pacientes con fisura labio palatina (FLAP).
- El financiamiento para nutrición está diseñado para servir como único apoyo con el fin de que los equipos de atención de pacientes con FLAP puedan abordar las deficiencias y limitaciones actuales de sus servicios.
- La subvención para nutrición no está destinada para sustituir o cubrir los costos asociados a la atención de la alimentación y nutrición existentes, ni para cubrir los salarios.
- **Antes de presentar su solicitud, recomendamos a nuestros socios que evalúen minuciosamente su oferta actual de atención de la FLAP.** En muchos casos, la nutrición no es priorizada desde la primera visita del paciente ni a lo largo del tratamiento. Es esencial identificar los cambios necesarios en los comportamientos y las prácticas para mejorar la vía de atención al paciente (véanse Principios de cuidado de atención alimentaria y nutricional). Si la financiación se considera necesaria para reforzar la atención, los socios pueden comunicarse con su contacto local de Smile Train.

2. PRINCIPIOS DE ATENCIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

La atención alimentaria y nutricional empieza desde el primer día del tratamiento de la FLAP.

Como parte del tratamiento integral de la FLAP, debe priorizarse el comienzo de la atención alimenticia y nutricional, garantizando de esta manera que se sienten las bases de una salud óptima desde una etapa temprana de la vida del niño.

1. La atención inmediata a las necesidades de alimentación y nutrición.

Cuando un niño nace con una hendidura en la boca, la prioridad es apoyar y acompañar a la madre para que pueda proporcionarle a su hijo la mejor nutrición posible, de acuerdo con las prácticas recomendadas de alimentación del lactante y del niño pequeño (ALNP).

2. El rol fundamental del monitoreo del crecimiento.

El monitoreo del crecimiento es fundamental desde el primer día para promover un crecimiento sano, detectar problemas, prevenir la desnutrición y evaluar el impacto de las intervenciones alimenticias y nutricionales. El monitoreo del crecimiento es crucial para garantizar que los niños gocen de buena salud y condiciones físicas óptimas para la cirugía.

3. La preparación adecuada del paciente para la cirugía.

La clave para minimizar los riesgos perioperatorios y maximizar la recuperación posoperatoria reside en la aptitud fisiológica y funcional del niño. El monitoreo del crecimiento es un parámetro vital para evaluar la preparación fisiológica del niño para la cirugía, lo que contribuye a minimizar los riesgos perioperatorios y a garantizar una experiencia quirúrgica segura.

4. Reconsideración integral de la ruta de atención del paciente: atención adecuada en el momento adecuado por el personal adecuado.

Una reconsideración integral de la vía clínica del paciente se presenta como la estrategia más eficaz para poder brindar una asistencia de calidad. Se recomienda a los socios evaluar críticamente sus enfoques actuales frente al tratamiento de la FLAP, identificando cambios que den prioridad a la prevención de la desnutrición y a la seguridad del paciente durante la cirugía. **Depender únicamente de la subvención sin realizar una profunda reorganización de la atención en torno a las necesidades específicas de los pacientes, ha resultado insuficiente para brindar una atención de calidad.**

5. Las mejores prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño se aplican a todos los niños, incluidos los niños con FLAP.

La presencia de una FLAP no debe impedir que el niño reciba una alimentación óptima y adecuada a su edad, ya sea a través de leche materna o alimentos complementarios. Smile Train no proporcionará a sus socios ningún sustituto de la leche materna (SLM), chupetes, biberones, biberones especiales, etc., ni similares. Sin embargo, los socios pueden indicar si parte de la financiación se destinará a la compra de dichos suministros.

Esto se debe a que los socios son conscientes no solamente de la superioridad de la lactancia y de la leche materna sino también de los riesgos asociados con aconsejar o proveer a una madre con SLM y accesorios de alimentación. Es de suma importancia que el socio lleve a cabo una evaluación de necesidades adecuada y proporcione la educación, orientación y seguimiento apropiados para la familia de cada paciente antes de aconsejarle o proveerle SLM, accesorios de alimentación y similares a una madre o cuidador/a.

3. SOLICITUD DE FINANCIACIÓN Y PRESUPUESTO

Una solicitud completa de financiación para la nutrición de Smile Train debe incluir:

- Solicitud para la subvención (a continuación)
- Plantilla de Presupuesto de Subvención para Nutrición de Smile Train (Excel)

Al final de este documento, encontrará una lista de verificación que le servirá de guía para preparar y completar su solicitud.

Los suministros y actividades que pueden subvencionarse son variados y dependen de las necesidades identificadas por el solicitante para mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes con FLAP. La financiación puede estar justificada para cubrir costos de equipamiento de medición, de alimentos y accesorios de alimentación, de medicamentos, de hospitalización y de materiales educativos.

4. REQUISITOS DE LOS SOCIOS BENEFICIARIOS DE LA SUBVENCIÓN PARA NUTRICIÓN

4.1. Requisitos generales

El centro beneficiario deberá:

- ☐ Utilizar los fondos únicamente para el equipamiento y/o las actividades descritas en la solicitud.
- ☐ Conservar los registros financieros pertinentes a la financiación para fines de auditoría y **proporcionar un informe contable que permita verificar sus gastos al finalizar el periodo de financiación.**
- ☐ Mantener una lista de todos los pacientes que se beneficien de la financiación para la nutrición.
- ☐ Recopilar los datos nutricionales requeridos de los pacientes beneficiarios y cargarlos a la base de datos Smile Train Express (STX).
- ☐ Documentar las historias de los pacientes demostrando el impacto de la financiación.
- ☐ Presentar un Informe de Financiación de Smile Train (FR) una vez concluido el periodo de financiación.
- ☐ Informar **inmediatamente** al contacto local de Smile Train si el profesional de nutrición abandona la organización asociada durante el periodo de financiación.
- ☐ Estar disponible para visitas del personal y de los asesores de Smile Train.
- ☐ Responder de manera oportuna a correos electrónicos, encuestas y consultas acerca de la atención nutricional brindada.

4.2. Requisitos de reporte en Smile Train Express (STX)

Los socios beneficiarios de la subvención para nutrición deberán completar los Formularios de Recopilación de Datos de Nutrición de STX **en cada una de las consultas** de los pacientes beneficiarios.

- ☐ Los profesionales que supervisen la financiación deberán acceder a la base de datos clínicos de STX para cargar los registros de los beneficiarios.

Si el profesional necesita ayuda para acceder y cargar los registros en STX, se deberá comunicar con su contacto local de Smile Train.

- ☐ Existen 4 Formularios de Recopilación de Datos Nutricionales de STX, correspondientes a 4 grupos de edad.

Los Formularios de STX pueden ser descargados directamente de STX o ser compartidos por el contacto local de Smile Train.

- ☐ Los Formularios de Recopilación de Datos Nutricionales de STX deben estar completos y ser precisos.
- ☐ La presentación de registros en STX debe realizarse de manera oportuna.
- ☐ Los pagos de la financiación serán retenidos si el socio incumple con los requisitos de presentación de registros.

4.3. Obligación de brindar una atención de alta calidad

Para garantizar la máxima calidad de atención, la siguiente guía describe los requisitos fundamentales para la evaluación nutricional, el tratamiento y la preparación adecuada para la cirugía en pacientes pediátricos:

- ☐ **Evaluaciones realizadas por profesionales calificados:** Las evaluaciones nutricionales deben ser llevadas a cabo por nutricionistas o profesionales calificados desde la primera consulta.
- ☐ **Evaluaciones integrales:** Cada consulta debe incluir, como mínimo, mediciones de peso y de longitud o estatura, junto con un seguimiento del desarrollo utilizando gráficas de crecimiento.
- ☐ **Planes de atención personalizados:** El asesoramiento sobre alimentación y los planes de atención nutricional deben personalizarse de acuerdo a los resultados de la evaluación nutricional.

☐ **Colaboración médica:** Un médico (preferiblemente un pediatra) debe trabajar junto al nutricionista para tratar los casos de desnutrición y otros problemas de salud.

☐ **Preparación adecuada para las cirugías:** El estado nutricional del paciente debe ser el ideal para evitar complicaciones quirúrgicas y para favorecer una recuperación exitosa.

- El niño debe mostrar un crecimiento constante, tanto en peso como en altura, registrado en las curvas de crecimiento.
- El niño no debe presentar emaciación (bajo peso en relación con la talla) ni retraso del crecimiento (baja talla en relación con la edad). Si presenta retraso del crecimiento, debe haber evidencia de que su desarrollo está en recuperación.
- Un médico (preferiblemente un pediatra) debe confirmar que el estado nutricional y de salud general del niño es el adecuado para la cirugía.

Los registros de STX presentados por el socio a través de los formularios de registro de pacientes, consulta de nutrición e intervención quirúrgica serán revisados en cada solicitud de financiación, cada cuota de pago y al finalizar el periodo de financiamiento para evaluar la calidad de los datos, la del diagnóstico y la de la asistencia brindada.

4.4. Fin de la subvención y requisitos de financiación adicionales

Los socios beneficiarios de la financiación deberán presentar un Informe de Financiación (FR) a través del Portal de Socios de Smile Train, dentro de los 30 días de haber finalizado el periodo presupuestario adjudicado. Es posible adaptar el periodo de financiación si fuera necesario. El socio deberá ponerse en contacto con su contacto local de Smile Train para solicitar un cambio en el período de financiación.

No se considerarán futuras financiaciones cuando:

- ☐ El Informe de Financiación no haya sido minuciosamente completado y enviado a través del Portal de Socios de Smile Train en tiempo y forma.
- ☐ La información proporcionada en el Informe de Financiación no refleje la información recopilada en la base de datos de STX.
- ☐ Los Registros de Nutrición de STX estén incompletos.
- ☐ Los análisis de los registros de STX no revelen mejoras en la calidad de la atención alimentaria y nutricional brindada, y/o revelen preocupaciones sobre la seguridad de los pacientes durante las cirugías.

Futuras financiaciones podrán ser consideradas cuando se hayan alcanzado los objetivos fundamentales de una atención de alta calidad y se justifique la necesidad de fondos adicionales. El proceso para solicitar una financiación adicional es el mismo que el de la solicitud inicial, con la diferencia de que se deberá justificar por qué es necesario más financiamiento.

5. AUDITORÍAS

Los servicios de atención alimentaria y nutricional que reciban financiación pueden ser objeto de auditorías médicas y financieras. Smile Train podrá suspender el financiamiento en cualquier momento si considera que los fondos de los donantes no están siendo utilizados de manera adecuada.

Solicitud de financiación para la nutrición

Este formulario fuera de línea, el cual no requiere de una conexión a Internet, lo ayudará a recolectar la información necesaria para solicitar financiación para la nutrición. Si su organización no ha recibido financiamiento previamente, es posible que se le solicite documentación legal adicional e información para transferencias bancarias. Esta solicitud será revisada por un asesor nutricional y se le proporcionará una valoración al respecto.

INFORMACIÓN SOBRE LA ORGANIZACIÓN SOLICITANTE

Nombre de la organización	
Información de contacto Dirección, teléfono, correo electrónico, sitio web	
Tipo de organización p. ej., hospital general, hospital especializado, organización sin fines de lucro, universidad, individuo	
Titularidad p. ej., privada, pública, mixta	

INFORMACIÓN DEL CONTACTO PRINCIPAL

Esta sección deberá ser completada por la persona a cargo de supervisar la atención nutricional

Nombre del contacto principal	
Dirección de correo electrónico	
Profesión y cargo	

La persona a cargo de supervisar las actividades nutricionales, ¿ha recibido una educación formal en nutrición ¹ ?	Sí / No
El profesional de nutrición, ¿ha asistido a alguna capacitación presencial sobre nutrición de Smile Train?	Sí / No
Si la persona a cargo de supervisar el programa nutricional no ha recibido una educación formal en nutrición, nombre al profesional de nutrición encargado de supervisar la atención alimenticia y nutricional de los pacientes con fisura labio palatina (FLAP)	
Documentación requerida:	☐ El Currículum Vitae (CV) del profesional de la nutrición y/o de la persona que supervisará la financiación (si no fuera la misma)

¹ Por profesional de la nutrición se entiende aquí un profesional de la salud que ha recibido una formación oficialmente reconocida en nutrición clínica.

SOLICITUD DE FINANCIACIÓN	
• Utilice la Plantilla de Presupuesto de Financiación para la Nutrición de Smile Train para crear su presupuesto. • Informe a continuación los datos relativos al presupuesto.	
Monto solicitado en USD u otras monedas locales aceptadas por Smile Train (especificar)	
¿Cuál es el porcentaje del total del costo del proyecto que Smile Train cubrirá con este financiamiento?	
	☐ Gobierno ☐ Pagos por parte de los pacientes

¿De qué otras fuentes recibirá apoyo económico su centro para este proyecto de nutrición? Seleccione todas las opciones que correspondan.	☐ Recursos propios del centro de tratamiento ☐ Otra organización sin fines de lucro dedicada a la fisura labio palatina ☐ Otra organización ☐ Ninguna
Fecha propuesta para el inicio del periodo de financiamiento:	
Fecha propuesta de finalización para el periodo de financiamiento:	
Principal área geográfica atendida:	
En promedio, ¿cuántos pacientes con FLAP reciben atención nutricional por mes en su centro?	
¿Cuál es la cantidad total de pacientes con FLAP que recibieron tratamiento quirúrgico en su centro en los últimos 12 meses?	
¿Cuál es el número de pacientes con FLAP que se espera se beneficien de este financiamiento durante el periodo propuesto?	
Por favor, resuma su proyecto en una frase:	
Documentación requerida:	☐ Presupuesto

DETALLES DEL PROYECTO

ANTECEDENTES

Describa los servicios de atención alimenticia y nutricional prestados actualmente, es decir:

- El rango de edad, el nivel socioeconómico y el estado nutricional de sus pacientes con FLAP.
- Si provee asesoramiento sobre alimentación y/o apoyo nutricional a madres de niños con FLAP, y de qué manera lo hace.
- Si busca garantizar el buen crecimiento de los niños, de qué manera lo hace y cómo identifica problemas.
- Si se identifican las formas de desnutrición crónica y severa, y cómo se las trata.
- Los profesionales de la salud que forman parte de la atención alimentaria y nutricional de los pacientes con FLAP.
- La manera en que se evalúa que el estado nutricional pre quirúrgico de los pacientes sea el adecuado.

Si ha asistido a una capacitación presencial sobre nutrición, explique qué cambios ha implementado en su práctica desde su participación en el programa.

>> *Escriba su respuesta aquí*

NECESIDADES

Resuma a continuación las deficiencias y limitaciones de la atención alimentaria y nutricional que se presta actualmente en su centro de tratamiento a los pacientes con FLAP.

Su declaración de necesidades debe describir con precisión los desafíos que espera que este financiamiento le ayude a abordar. **Su declaración de necesidades también debe explicar los puntos detallados en su presupuesto.** Por ejemplo, si se quiere obtener financiación para X, explique cómo la falta de X le impide ayudar a un grupo específico de pacientes o brindar un servicio determinado.

>> *Escriba su respuesta aquí*

OBJETIVOS

- Explique los objetivos que la financiación le ayudará a alcanzar (asegurándose de que estén alineados con su declaración de necesidades).
- Explique de qué manera se podrán cuantificar las mejoras en la calidad de la atención brindada por su centro de tratamiento a pacientes con FLAP.

>> *Escriba su respuesta aquí*

ACTIVIDADES

- Describa la atención alimentaria y nutricional (asesoramiento sobre alimentación, evaluación nutricional, apoyo nutricional y actividades relativas a la nutrición) que reciben actualmente sus pacientes con FLAP, incluyendo los momentos en que se prestan los servicios. Especifique el rango de edad de los beneficiarios (p. ej., lactantes de 0 a 6 meses, niños de 6 meses a 2 años, niños de 6 meses a 5 años, niños mayores y adolescentes, adultos).
- Explique de qué manera esta financiación mejorará la calidad de la atención brindada a los niños con FLAP y garantizará la puntualidad y seguridad de las intervenciones quirúrgicas.

>> Escriba su respuesta aquí

LISTA DE VERIFICACIÓN

Este listado le servirá de guía para preparar y completar su solicitud.

ANTECEDENTES	Sí	No aplica
• ¿Ha proporcionado una breve descripción de las características de los pacientes con FLAP que atiende (p. ej., sus rangos de edad, su nivel socioeconómico y su estado nutricional)?	☐	☐
• ¿Ha especificado si actualmente ofrece asesoramiento sobre alimentación y/o apoyo nutricional a madres de niños con FLAP?	☐	☐
• ¿Ha especificado si utiliza curvas de crecimiento para realizar el seguimiento del desarrollo de sus pacientes y su estado de salud general?	☐	☐
• ¿Ha especificado si actualmente busca detectar signos de desnutrición y de qué manera lo hace?	☐	☐
• ¿Ha especificado si actualmente trata la desnutrición aguda y de qué manera lo hace?	☐	☐
• ¿Ha especificado qué profesionales de la salud están involucrados en la atención alimentaria y nutricional de los pacientes con FLAP?	☐	☐
NECESIDADES	☐	☐
• ¿Ha especificado qué deficiencias y limitaciones ha detectado en su prestación actual de servicios de atención y cuidado?	☐	☐
• ¿Ha especificado cuáles son las deficiencias y limitaciones que se pretenden subsanar con la financiación solicitada?	☐	☐
OBJETIVOS	☐	☐
• ¿Describen sus objetivos los resultados esperados?	☐	☐
• ¿Se relacionan sus objetivos con (algunas de) las deficiencias y limitaciones detectadas en la prestación de servicios de atención y cuidado?	☐	☐
• ¿Se describen sus objetivos en relación con el rango o rangos de edad de los pacientes a los que se apunta?	☐	☐
ACTIVIDADES	☐	☐
• ¿Ha detallado de qué manera la financiación solicitada mejorará la calidad de la atención brindada a los pacientes con FLAP?	☐	☐
• ¿Coincide el uso previsto para la financiación con los objetivos enumerados anteriormente?	☐	☐

• ¿Ha especificado si el financiamiento mejorará la prestación de servicios de atención y cuidado en alguna/todas de las siguientes actividades: asesoramiento sobre alimentación, evaluación nutricional, apoyo nutricional o actividades relativas a la nutrición?	☐	☐
• ¿Ha especificado el rango o rangos de edad de los pacientes que se beneficiarán de la financiación solicitada?	☐	☐
• Si corresponde, ¿ha mencionado los protocolos que seguirá o los recursos que utilizará para mejorar la prestación de servicios de atención y cuidado?	☐	☐
• ¿Ha mencionado cómo evaluará si ha alcanzado los objetivos al final del período presupuestario?	☐	☐
PRESUPUESTO	☐	☐
• ¿Ha preparado un presupuesto con líneas presupuestarias que destaquen las actividades nutricionales que la financiación contribuirá a mejorar?	☐	☐
• Si se concede la financiación, ¿se ha asegurado de que se presentará un informe contable que justifique los gastos?	☐	☐
• ¿Ha considerado cómo evidenciará que la financiación recibida ha mejorado los servicios de atención alimentaria y nutricional que brinda a sus pacientes?	☐	☐