consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XXVIII Reunión

comite regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XXXIII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-Octubre 1981

INDEXED

Tema 15 b) del programa provisional

CD28/30 (Esp.)
3 agosto 1981
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

EVALUACION DE LOS CENTROS PANAMERICANOS: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO

En este documento se describe el proceso de evaluación del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) y figura un resumen de las conclusiones y recomendaciones del Grupo de Evaluación.

El Grupo de Evaluación estuvo integrado por el Dr. Roberto Jurado García, Director del Instituto Nacional de Perinatología (México), y la Dra. Dalva Coutinho Sayeg, Directora del Instituto de Puericultura de la Universidad Federal de Río de Janeiro (Brasil). La Oficina Regional preparó las pautas a que había de ajustarse la evaluación. Durante el mes de mayo el personal del CLAP realizó una autoevaluación. El Grupo de Evaluación efectuó su labor durante mayo-junio y realizó una visita a las instalaciones, que se encuentran en el Uruguay. Como Anexo de este documento se adjunta el informe completo del Grupo de Evaluación, que contiene un análisis detallado de las conclusiones y recomendaciones relativas a la futura orientación de las actividades del CLAP.

Introducción

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) se encuentra en Montevideo, Uruguay.

Si bien su trayectoria, funciones y prestigio son bien conocidos, la evaluación especifica el grado de cumplimiento por el Centro de los objetivos expresados en el Convenio respectivo y la coherencia de sus actividades reales con las políticas y estrategias de la Organización. Del análisis y la reflexión en torno a estos dos parámetros surgen elementos para decidir en cuanto a la función y dirección futuras del CLAP.

1. Términos de referencia

La lista general de cuestiones y problemas que se examinaron durante la evaluación comprende: a) objetivos; b) funciones de investigación; c) funciones de desarrollo de recursos humanos; d) funciones de cooperación técnica con los países, y e) administración, incluyendo personal, financiación y presupuesto, planta física y equipamiento, coordinación y prospectiva.

La elección de miembros del Grupo de Evaluación se basó en la necesidad de que figurasen en él:

i) Un perinatólogo de gran prestigio y con funciones directivas en centro similar;

ii) Un pediatra con formación en salud pública, experiencia en la administración de salud y en la formación de recursos humanos para la atención maternoinfantil.

Habida cuenta de esas consideraciones, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana eligió para realizar la evaluación al Dr. Roberto Jurado García, Director del Instituto Nacional de Perinatología, México, y la Dra. Dalva Coutinho Sayeg, Directora del Instituto de Puericultura de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil.

Los mencionados profesionales cumplieron el cronograma propuesto, aplicaron la guía de evaluación y elaboraron el informe de evaluación.

2. Calendario de trabajo

La evaluación del CLAP se cumplió en las siguientes etapas: a) acúmulo de la documentación básica y material pertinente, basada en una autoevaluación; b) constitución del equipo evaluador: Washington, mediados de mayo de 1981; c) revisión de la documentación y precisión de los términos de referencia: Washington, 1ra semana de mayo de 1981; d) visita al Centro a últimos de mayo; e) preparación del informe en primer borrador: 4a semana de mayo, y f) análisis de comentarios y elaboración del informe final hacia mediados de junio.

3. Resumen del informe de evaluación

La XX Conferencia Sanitaria Panamericana en su Resolución XXXI encomendó al Director que iniciase el proceso de evaluación de cada uno de los Centros Panamericanos.

Por otra parte, la OPS ha formulado las Estrategias Regionales de salud para todos en el año 2000 y se necesita establecer si este Centro puede ser un elemento que contribuya al logro de las nuevas metas.

Tomando en consideración este marco de referencia, el Comité de Evaluación se refirió a los siguientes puntos principales: a) evaluación de los objetivos vigentes; b) funciones de investigación; c) funciones de desarrollo de recursos humanos; d) funciones de cooperación técnica con los países; e) administración; f) personal; g) financiación y presupuesto; h) coordinación, e i) prospectiva.

a) Evaluación de los objetivos: En relación a su objetivo general de "prestar cooperación técnica a los países de la Región para mejorar la promoción, protección y recuperación de la salud perinatal, maternoinfantil y familiar", el Grupo de Evaluación considera que se está cumpliendo, dado que desde su creación el CLAP ha prestado inestimable apoyo a los Gobiernos e Instituciones, dentro de su área específica.

En cuanto a los objetivos específicos se destaca el aporte al desarrollo de tecnologías apropiadas, en componentes esenciales de la atención primaria de salud, tales como:

- Atención del parto normal
- Atención del recién nacido normal y patológico
- Normalización de registros médicos
- Normalización del manejo perinatal de la prematurez

También se destacan los proyectos y actividades en los cuales se promueve la adecuada participación de la comunidad debidamente informada en atención perinatal y pediátrica.

El Grupo de Evaluación señala que los objetivos vigentes deben continuarse hasta el término del actual convenio a fines de 1982 y servir de base para la elaboración de un nuevo convenio ya que coinciden con las estrategias para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

b) Funciones de investigación: Luego de reseñar los numerosos estudios y publicaciones principales elaborados en CLAP, el Grupo señala que las actividades desarrolladas se apegan estrechamente a los objetivos vigentes y parecen ir concordantes con las nuevas metas y objetivos de la propia Organización, indicando una forma útil y digna de tomarse en cuenta para la realización del Plan de Acción Regional. Destaca, asimismo, que las investigaciones para el desarrollo de tecnologías apropiadas han aumentado del 11.8% en el primer convenio hasta constituir el 52.7% en el vigente.

c) Funciones de desarrollo de recursos humanos: El informe documenta numéricamente con detalle el volumen de las actividades cumplidas. Baste señalar que el total de becarios en el último quinquenio ascendió a 821, procedentes de 18 Países Miembros.

El Grupo estima que se debe tomar en cuenta la existencia y potencialidad del CLAP para atender a la demanda que el objetivo "salud para todos en el año 2000" va a generar. Sugiere que en el futuro se incremente el número de cursos organizados en los países con docentes nacionales, en los que CLAP cumpla una función orientadora.

d) Funciones de cooperación técnica con los países: Numéricamente se refleja en 1,965 días de consultoría prestados a 19 países de la Región en el último quinquenio. Los países que más han recibido son Argentina, Brasil, Uruguay y Venezuela.

El Grupo piensa que esta cooperación está cumpliendo los objetivos del convenio vigente y de la propia Organización. Destaca también que el Centro está dando gran énfasis al nivel primario de atención perinatal.

e) Administración: El Grupo sugiere que el propio equipo técnico del CLAP identifique claramente las funciones, actividades y acciones del Centro, así como su correlación con la estructura del mismo, y procure definir un organigrama y un funciograma de modo que proporcione a propios y extraños una visión integral del CLAP y favorezca la fluidez del trabajo en equipo.

f) Personal: Se señala que solo cuatro funcionarios son consultores de la OPS y 51 son nacionales, con condiciones laborales irregulares e inestables. Reafirma que el equipo de trabajo enfoca con dedicación sus tareas y lo realiza muy eficientemente dentro de la limitación de recursos y bajo condiciones difíciles. El Grupo sugiere una reorientación de actividades del CLAP, asignando preponderancia al desarrollo de tecnologías apropiadas para la atención perinatal en el nivel primario y a la aplicación del enfoque de riesgo en la atención de los grupos más vulnerables.

g) Financiación y presupuesto: El Grupo analizó detenidamente las cifras presupuestarias desde la fundación del CLAP y formuló las siguientes observaciones: i) la aportación extrapresupuestaria es oscilante y, por ende, no es sólida; ii) los gastos por rubros parecen razonablemente distribuidos en función de los lineamientos administrativos generales, y iii) el análisis de los datos lleva a concluir que hay una excelente relación entre lo gastado y lo producido y que la relación costo/beneficio es a favor de este último.

h) El Grupo expresa que las relaciones con la Representación de la OPS en el Uruguay han sido óptimas y estrechas así como con la Representación del Area VI. Señala que el Ministerio de Salud Pública del Uruguay ha apoyado al máximo las actividades del CLAP, especialmente en los proyectos localizados en el país. Otro tanto cabe decir de la Dirección del Hospital de Clínicas que, además de ceder el local, paga una parte de los salarios y gastos de funcionamiento.

i) El Grupo de Evaluación concluye que el área de acción del CLAP debe ser preservada y ampliada, creando alrededor del CLAP una red de Centros Colaboradores de la OMS en el área perinatal, por cuanto los requerimientos de cooperación técnica de los países no solo se mantendrán en el nivel actual sino que tenderán a incrementarse.

En atención a ello, el Grupo se permite sugerir las siguientes alternativas:

i) Que la OPS procure conservar las características actuales del CLAP, visto su excelente desempeño y los grandes beneficios que a bajo costo ha logrado en sus 11 años de existencia;

ii) Que se transforme gradualmente en Centro Nacional, considerando la posibilidad de que la Organización mantenga su apoyo financiero y de personal internacional para destinarlo a programas específicos de investigación, capacitación y docencia a nivel regional, constituido por el Departamento Nacional de Perinatología y un componente internacional (CLAP) que apoyaría al equipo nacional y actuaría fundamentalmente en el desarrollo de proyectos regionales, cooperando con los demás Países Miembros;

iii) Que se procure que algunos Países Miembros desarrollen su potencialidad para crear Centros Nacionales y establezcan entonces una red de Centros Colaboradores en el área perinatal, cuya importancia para el futuro de los planes de la Organización es indudable.

4. Recomendaciones emergentes

Del minucioso análisis efectuado por los evaluadores surgen las siguientes recomendaciones:

a) Mantener y acrecentar las actividades de la OPS en relación a la salud perinatal, especialmnte en el desarrollo de tecnologías apropiadas al nivel primario de atención;

b) Conservar las características actuales del CLAP hasta fin de 1982;

c) Preparar un nuevo convenio para que, a partir de 1983, se constituya un organismo mixto integrado por el Departamento de Perinatología del Hospital de Clínicas y el componente internacional (CLAP);

d) Promover la designación de Centros Colaborativos de la OMS en salud perinatal en distintos países de la Región a fin de constituir una red de instituciones nacionales que favorezca la cooperación técnica entre países para la extensión de la cobertura de atención perinatal mediante el desarrollo de tecnologías apropiadas.

Anexo

CD28/30 (Esp.)
ANEXO

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

525 TWENTY-THIRD STREET, N.W., WASHINGTON, D.C. 20037, E.U.A. CABLEGRAMAS: OFSANPAN

REFERENCIA TELEFONO 861-3200

EVALUACION DEL CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO

(CLAP)

Dr. Eduardo Jurado García, Director
Instituto Mexicano de Perinatología (DIF)

Dra. Dalva Sayeg, Directora
Instituto de Puericultura y Pediatría
de Rio de Janeiro (UFRJ)

TABLA DE CONTENIDO

		Página
PREAMBULO - EVOLUCION DEL CONCEPTO DE LA PERINATOLOGIA		
1.	INTRODUCCION	1
2.	MARCO DE REFERENCIA PARA LA EVALUACION	1
2.1	Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas	1
2.2	Estrategias para alcanzar salud para todos en el año 2000	2
2.3	Objetivos del Centro Latino-Americano de Perinatología y Desarrollo Humano	4
3.	METODOLOGIA DE EVALUACION	8
4.	RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL CLAP	9
4.1	Evaluación de los objetivos vigentes	9
4.1	Funciones de investigación	19
4.3	Funciones de desarrollo de recursos humanos	27
4.4	Funciones de cooperación técnica con los países	29
4.5	Administración	31
4.6	Personal	32
4.7	Financiación y presupuesto	36
4.8	Planta física y equipamiento	37
4.9	Coordinación	39
4.10	Prospectivas	40
ANEXO I		43
ANEXO II		67
ANEXO		71

PREAMBULO

EVOLUCION DEL CONCEPTO DE LA PERINATOLOGIA

Resulta pertinente tener en cuenta, para enfocar mejor la evaluación del CLAP, la evolución que en el tiempo ha tenido el concepto de perinatología. Fue en la década de los 40 cuando el término hizo su aparición, acuñado por el Dr. Clement Smith en sus estudios de neonatología y fue utilizado por S. Peller en Austria para designar un período determinado del desarrollo del ser humano, comprendido entre la segunda semana de gestación y el primer mes de la vida extrauterina. Su propósito fue el unificar criterios para evaluar la mortalidad de los períodos fetal y neonatal.

Después, en la década de los 50 empezó a surgir como una actitud mental de obstetras y pediatras para entender mejor la acción conjunta de ambos en el manejo de los problemas de la reproducción y el crecimiento y desarrollo del ser humano. Así, para los primeros se consideró como una subespecialidad de la obstetricia y para los otros como una rama de la pediatría.

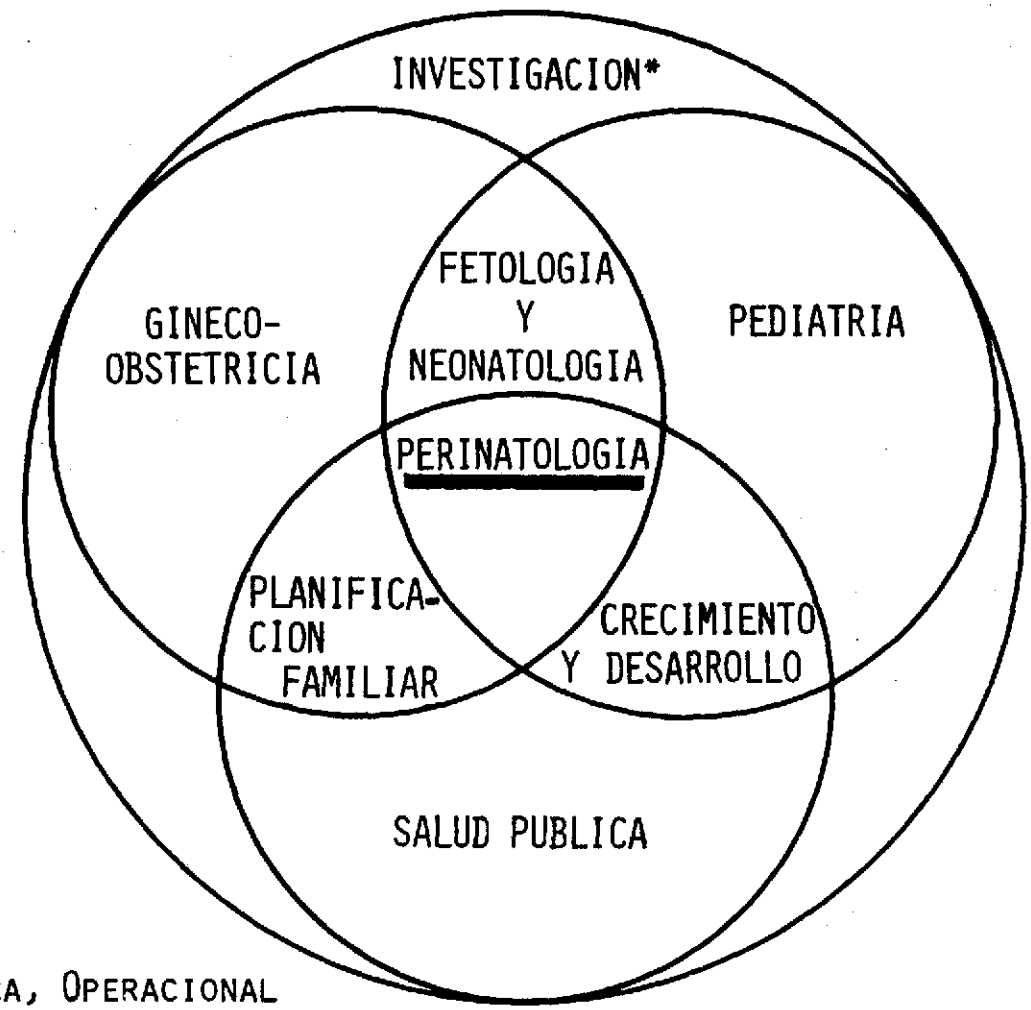
Sin embargo, el interés creciente de unos y otros, claramente evidenciado en el proceso evolutivo de los objetivos del CLAP en los tres convenios que se analizarán posteriormente, al enfocar primero los procesos terapéuticos, después los diagnósticos en embarazadas, su feto y los recién nacidos y finalmente los preventivos y rehabilitatorios sobre todo a nivel primario ha hecho que la Dra. Virginia Apgar y uno de los evaluadores -cada uno por separado- lleguen a definir a la perinatología así:

> "Rama de la medicina que enfoca los procesos fundamentales de la reproducción y el crecimiento y desarrollo humano, enlazando indisolublemente aspectos gineo-obstétricos, pediátricos y de salud pública enfocados con la metodología de la investigación científica".

Quizá la mejor manera de entenderla sea el esquema siguiente:

El enfoque de salud pública como parte integrante de la perinatología, permite ver con claridad la enorme importancia de esta rama de la medicina para el logro de la meta: "salud para todos en el año 2000".

Figura 1, La atención perinatal



*CIENTIFICA, OPERACIONAL
Y ADMINISTRATIVA

FUENTE: Jurado-García, E.

La Atención Perinatal en México. Capítulo 24 del Libro "Clinical Perinatology", Editado por Aladem, S.; Brown, A.K. y Sureau, C. 1981.

1. INTRODUCCION

1.1 La XX Conferencia Sanitaria Panamericana, en su Resolución XXXI relativa a las instituciones denominadas Centros Panamericanos, señala en el punto 6:

> "Pedir al Director que inicie el proceso de evaluación periódica de cada uno de los centros que se pide en el informe y encargar al Comité Ejecutivo que elabore métodos apropiados de evaluación y examine los informes de evaluación".

De conformidad con esta Resolución el Consejo Directivo de la OPS ha ordenado la evaluación progresiva de cada uno de los 7 centros regionales.

1.2 Por otro lado, la OPS está en proceso de cambiar su política de acción del programa "Plan General de Salud para las Américas", recientemente evaluado, por el de "salud para todos en el año 2000", en cumplimiento del mandato de la Organización Mundial de la Salud y necesita conocer si el CLAP -en particular en este caso- puede seguir siendo considerado para el logro de las nuevas metas.

1.3 Finalmente, el próximo diciembre de 1982 termina el tercer convenio celebrado entre la OPS y el CLAP, y esta evaluación resulta conveniente para la posible renovación de dicho convenio.

1.4 Incidentalmente, en septiembre de este año y de acuerdo a las reglas de la Organización, el actual Director de Centro Latino-Americano de Perinatología y Desarrollo Humano, debe jubilarse y esta situación provoca alternativas: a) transformación del CLAP en centro nacional; b) su continuidad como centro panamericano, y c) posibilidades mixtas.

2. MARCO DE REFERENCIA PARA LA EVALUACION

2.1 Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas

En la sección "resultados generales" del documento CD27/34.B del 13 de agosto de 1980, titulado "Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1980", se resume el progreso alcanzado por la Región en el logro de las metas establecidas en la III Reunión Especial de Ministros de Salud celebrada en Santiago, Chile, en octubre de 1972. Dichas metas fueron incorporadas a la política de la Organización Panamericana de la Salud por Resolución XIII de la XXI Reunión del Consejo Directivo.

Los avances logrados por los países de la Región en la consecución de las metas fueron, en general, inferiores a lo esperado, lo que puede explicarse, en parte, por los distintos niveles de su desarrollo socioeconómico. También puede inferirse que:

a) la estructura de las economías nacionales de algunos países no facilitaron el logro de las metas;

b) el plazo para su consecución fue demasiado corto;

c) los países experimentaron problemas para traducir sus objetivos en metas de producción de los recursos necesarios; y

d) la decisión nacional para alcanzar las metas no fue siempre suficientemente fuerte y sostenida.

Los resultados más importantes fueron logrados por aquellos países que pudieron reestructurar sus sectores sociales y de salud y establecer los vínculos intersectoriales y la cooperación internacional necesaria para el logro de la meta. Los problemas de economías de escala y las necesidades prioritarias de otros sectores de la economía dificultaron aún más la tarea en las comunidades de las islas del Caribe y otros países pequeños. Mientras que todos los países de la Región progresaron en cierto grado, la distinta disponibilidad de recursos reales y financieros, agravada por el aumento de los costos, incrementó la brecha entre los países menos desarrollados y los más desarrollados de la Región.

2.2 Estrategias para alcanzar salud para todos en el año 2000

2.2.1 La Asamblea Mundial de la Salud en 1979 (Resolución WHA32.30), instó a los Estados Miembros a definir y poner en práctica estrategias para alcanzar la meta de "salud para todos en el año 2000".

Con el propósito de instrumentar el compromiso de los gobiernos de la Región de las Américas, de llevar a la práctica la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la formulación de estrategias, el Consejo Directivo de la OPS en 1979, aprobó por la Resolución XXV, un plan de trabajo que articuló en un proceso único la evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas y la formulación de estrategias nacionales y regionales para alcanzar la meta: "salud par todos en el año 2000"; lo que produjo el Documento Oficial No. 173, 1980, después de haber sido sometido a la consideración del XXVII Consejo Directivo de la OPS y aprobado por la Resolución XX.

2.2.2 En el documento mencionado, (D.O. 173, 1980) se señalan y analizan detalladamente los componentes prioritarios de las estrategias nacionales para la atención primaria y sus implicaciones que incluyen:

a) extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente;

b) organización y participación de la comunidad para su bienestar;

c) desarrollo de la articulación intersectorial;

d) desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas;

e) disponibilidad y producción de insumos y equipos críticos;

f) formación y utilización de recursos humanos;

g) financiamiento del sector;

h) cooperación internacional.

Quizá sea pertinente enfatizar que, por lo que hace al componente prioritario: a) "extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente", se deja claramente sentado por los países participantes que:

2.2.3 En cuanto a salud maternoinfantil, "los gobiernos destacan los problemas derivados del saneamiento y de la desnutrición, los vinculados a la atención integral de la familia y otros, resultantes del contexto social". "Consecuentemente, las estrategias incorporan los siguientes puntos: enfoques integrados de atención de la madre; estímulo al desarrollo integral del niño; consideración de los factores de bienestar social y de las necesidades básicas de la familia. Sorprendentemente, solo algunos países incluyen la salud dental y la planificación familiar".

Más adelante se señala que: "las acciones se orientan al mejoramiento de la nutrición maternoinfantil; la educación para la salud y la promoción de la lactancia materna...".

2.2.4 En otra parte de este apartado (pp. 203) el documento dice: "estos procesos de planificación, programación y evaluación incluyen la redefinición del tipo de unidades de producción de servicios, de su equipamiento y de sus funciones; de la estructura y cantidad de personal; de su cobertura poblacional, de su organización según niveles de complejidad y el establecimiento de mecanismos de referencia entre unidades en el contexto de regionalización funcional.

2.2.5 "Los países señalan que: Los ministerios de salud tienen necesidad (obligación señalamos nosotros) de crear sistemas de salud... organizados sobre la base de una clara definición de responsabilidades sobre grupos poblacionales, funciones, articulación de programas de actividades y coordinación de recursos.

2.2.6 "Los países reconocen (pp. 296) que el desarrollo de tecnología apropiada a las características de cada sistema nacional, es uno de los pilares de la posibilidad de obtener la meta de "salud para todos en el año 2000."

En cuanto al componente prioritario d) desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas, los países han señalado dentro de sus estrategias, la "necesidad de establecer prioridades, revisando los enfoques y procedimientos que integran el arsenal conceptual y metodológico de la investigación tanto científica como aplicada u operativa que se está desarrollando y utilizando en el sector salud, como medida imprescindible para la detección de los problemas más significativos y sus alternativas de solución aplicable a cada país a fin de lograr la meta propuesta.

Finalmente, hay que reconocer que los países han sido realistas cuando al analizar las estrategias y sus posibles implicaciones señalan: "la experiencia ganada en la década pasada demuestra que, al menos en los primeros estadios del desarrollo de un proceso de extensión de cobertura, aparecen conflictos que deben ser identificados para aminorar sus contradicciones (e influencias negativas), sin dejar de valorarlos en sus justas proporciones y perspectivas.

2.3 Objetivos del Centro Latino-Americano de Perinatología y Desarrollo Humano

2.3.1 En el documento EV-AGR, Uruguay 4102 del 2 de febrero de 1970, "acuerdo para el establecimiento de un Centro Latino-Americano de Perinatología y Desarrollo Humano en la República Oriental del Uruguay", en la Parte II: Objetivos, se asienta:

"La creación del Centro...obedece al propósito de contribuir a la reducción de las tasas de morbimortalidad materna y fetal y a la obtención subsecuente, de adecuadas condiciones de salud del niño, promoviendo la investigación y el adiestramiento en el campo de la reproducción y el desarrollo humano".

Para el logro de esta meta se puntualizan 3 objetivos a saber:

Objetivo 1 - Investigación

"Realización de programas de investigación científica acerca de los factores que pueden intervenir en el desarrollo fetal e infantil, incluyendo los de índole genética y biológica, psíquica y social, que actúan durante el embarazo, parto y períodos neo y posnatales.

Objetivo 2 - Adiestramiento

"Desarrollo de programas de adiestramiento relacionados preferentemente con la investigación y la docencia en el campo de la salud materno-infantil, incluyendo tópicos referentes a: fertilización, nidación, desarrollo embrionario y fetal, fisiología placentaria, del parto y del período neonatal, de la lactancia y del desarrollo infantil. Asimismo, se considerarán los aspectos médicos biológicos ligados a la regulación de la fecundidad".

Objetivo 3 - Asesoramiento y difusión

"Asesoramiento a los gobiernos interesados, solicitado por intermedio de la Organización; y distribución de la información que corresponda, relacionada con las investigacionss y en general, con la labor desarrollada por el Centro".

La duración del convenio original terminó en diciembre de 1974. Durante este período el Director del CLAP, rindió un informe anual de actividades que le permitieron renovar el convenio para el período 1975-1978, de lo que se infiere que el Centro cumplió, a satisfacción de la Organización, su cometido.

Más aún, en junio de 1976, el Comité Ejecutivo de la Organización, enterado del informe sobre los resultados alcanzados por el CLAP en el período 1970-1975, adoptó una Resolución (CE 76.R25) en la que se felicitaba al Centro por su labor, expresaba su apoyo a las actividades futuras y recomendaba a los gobiernos que utilizaran los servicios de esa institución.

2.3.2 En el documento ST-AGR, AMRO-4920 (Uruguay), del 29 de agosto de 1974, el CLAP anuncia sus objetivos para el período 1975-1978 del siguiente modo.

a) Objetivos a largo plazo

a.1) "Contribuir a la reducción de las tasas de morbimortalidad materna y perinatal, a la prevención del nacimiento de niños de bajo peso, asfixiados o deprimidos farmacológicamente, con lesiones traumáticas del parto o con infecciones adquiridas durante la gravidez o el nacimiento".

b) Objetivos a corto plazo

Prevención en los 3 niveles de atención.

b.1) "Perfeccionar los métodos de prevención primaria de la salud materno-fetal-neonatal", mediante:

b.1.1 El mejoramiento de "los métodos de promoción de la salud materno-feto-neonatal".

b.1.2 Perfeccionando "los métodos de promoción del desarrollo feto-neonatal".

b.1.3 Aumentando "la eficiencia de los métodos de protección específica, aplicables a los puntos precedentes".

b.1.4 "Obtener que el comienzo de cada gestación se realice en el momento adecuado, según las condiciones maternas (edad, estado nutricional, intervalo intergenésico, salud, tareas físicas previsibles en el período gestacional, etc.) y, además cuando es deseado por la pareja".

b.1.5 "Obtener el normal desarrollo, crecimiento y maduración intrauterinos del feto, hasta alcanzar el término de la gestación".

b.1.6 "Propender a que el parto comience, evolucione y termine en forma espontánea, estando la madre en la posición adecuada (sentada o moviéndose y evitando el decúbito dorsal por períodos prolongados). El período expulsivo se realizará en la posición similar a la "de cluclillas", que permita el adecuado control por parte del obstetra. Evitar las medicaciones ocitócicas, analgésicas, anestésicas, o de otra naturaleza, salvo que estén estrictamente indicadas y sean absolutamente indispensables.

b.1.7 "Obtener el nacimiento de niños de peso normal, con buena vitalidad, sin lesiones traumáticas ni infecciones, que no estén asfixiados ni deprimidos por medicaciones analgésicas y que mantengan intacto su potencial de desarrollo y crecimiento extrauterino".

b.1.8 "Promover el establecimiento inmediato de estrechas y continuadas relaciones psicosomáticas y nutritivas entre madre e hijo...".

b.1.9 "Estimular la participación activa, conciente e informada de la madre y el padre, en todos los procesos mencionados anteriormente".

b.2) "Crear nuevos métodos para el diagnóstico precoz y el tratamiento rápido de las perturbaciones maternas y feto-neonatales con el objeto de limitar el daño resultante, el que

puede adquirir singular transcendencia en el niño, ya que fácilmente se producen secuelas neuro-psicológicas de gran magnitud que implican deficiencias funcionales graves que se mantienen durante toda la vida del nuevo ser".

b.3) "Intensificar las acciones de rehabilitación materna y feto-neonatal que puedan iniciarse durante la gestación, parto o períodos neonatal-puerperal. La iniciación precoz de la rehabilitación neonatal, mejora los resultados obtenidos".

En diciembre de 1978 se dio por terminado el segundo convenio entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Gobierno del Uruguay, la Universidad del Uruguay y el CLAP y la revisión de lo efectuado, permitió la firma de un tercer convenio, vigente actualmente y que termina, como ya se dijo, en diciembre de 1982.

2.3.3 En el documento SSA/AMRO-1370 (Uruguay) del 18 de diciembre de 1978, el CLAP fijó sus objetivos para el nuevo período, los cuales fueron revisados en el acuerdo realizado en 1979 (véase el documento CD 27/23. Add. IV (esp.) del 25 de agosto de 1980, en la página 70).

2.3.3.1 Objetivo general

"Prestar cooperación técnica a los países en desarrollo de la Región de las Américas, con el propósito de mejorar la promoción, la protección y recuperación de la salud perinatal, maternoinfantil y familiar. El resultado esperado es la reducción de las tasas de morbimortalidad materna, perinatal e infantil así como de las secuelas invalidantes producidas por afecciones perinatales en la madre o en el hijo".

2.3.3.2 Objetivos específicos

1. "Desarrollar, utilizar y evaluar la tecnología apropiada para la atención perinatal y pediátrica en América Latina, concediendo alta prioridad a ser aplicable a nivel primario, especialmente en las zonas rurales y periurbanas".

2. "Elaborar modelos regionalizados de atención perinatal y pediátrica en los que se combinen los niveles primario, secundario y terciario, en una progresión cada vez más compleja en cuanto a personal y técnicas, en la medida necesaria".

3. "Establecer criterios para el envío de pacientes a otros servicios en cada categoría de asistencia, utilizando la estrategia de ajustar el nivel de atención al grado de riesgo para la salud".

4. "Fomentar la utilización nacional de los recursos existentes".

5. "Fomentar la plena participación de la comunidad mediante un sistema que permita mantenerla debidamente informada sobre la asistencia perinatal y pediátrica. Conceder alta prioridad a la educación de la madre y la familia en lo que respecta a maternidad y paternidad, incluida la atención del niño desde el nacimiento hasta la adolescencia".

6. "Promover la extensión de la cobertura con servicios perinatales y pediátricos, en especial a nivel de atención primaria y en las zonas rurales y periurbanas".

"Pensamos que la evaluación deberá centrarse en el cumplimiento de los objetivos reseñados así como en sus repercusiones en los países miembros, con objeto de contemplar su aplicación en el programa de estrategias de 'salud para todos en el año 2000'".

3. METODOLOGIA DE EVALUACION

De acuerdo con el documento CE86/25 (esp.) del 5 de mayo de 1981 referente al tema 12(b) del programa provisional para la 86a. Reunión del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo de la Organización Panamericnana de la Salud, que describe el plan de acción y el orden de actividades establecidos para evaluar el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), situado en Montevideo, Uruguay; el grupo evaluador, integrado por el Dr. Eduardo Jurado-García, Director del Instituto Nacional de Perinatología (INPER-DIF) de México y por la Dra. Dalva Coutinho Sayeg, Directora del Instituto de Puericultura y Pediatría (IPPMG) de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil, declaran:

1. Haber cumplido con el calendario de actividades del modo siguiente:

   - acumulo de la documentación básica y material pertinente;

   - entrevistas con las autoridades de la OPS;

   - visita al CLAP y sus áreas de aplicación;

- entrevistas con funcionarios del CLAP y autoridades uruguayas; y

- redacción de este Informe.

4. RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL CLAP

4.1 Evaluación de los objetivos vigentes

4.1.1 Logros alcanzados

4.1.1.1 En cuanto al Objetivo General (véase apartado 2.3.3.1) el Comité de Evaluación considera que se está cumpliendo en una primera fase al encontrar que desde su creación como tal, el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano ha venido prestando inestimable cooperación técnica a los países en desarrollo de la Región de las Américas (más adelante se detalla al respecto), si bien el resultado esperado de la reducción en las tasas correspondientes de morbimortalidad perinatal, tanto materna como infantil resulta al presente y dentro de los ámbitos de esta evaluación muy difícil de cuantificar.

4.1.1.2 En cuanto a los Objetivos Específicos hay que señalar que esta parte fue trabajada conjuntamente con el grupo de trabajo del CLAP (Dres. Roberto Caldeyro-Barcia, Ricardo Schwarz, Rubén Belitsky y Angel Gonzalo Díaz) al realizar el CLAP su autoevaluación.

Objetivo 1: "Desarrollar, adaptar, implementar y evaluar tecnologías apropiadas para la atención perinatal y pediátrica en América Latina, asignando alta prioridad a la tecnología aplicable a nivel primario, especialmente en áreas rurales y urbanas marginadas". Desde 1974, el CLAP se ha preocupado por el desarrollo, adaptación y aplicación a diversos niveles, tanto nacionales como en los países miembros, de varias tecnologías apropiadas entre las que se pueden destacar las siguientes:

A) En la atención del parto normal: (Se describen en detalle en las publicaciones 858 y 863 del CLAP. Fueron además presentadas en el Taller sobre Tecnología Apropiada realizado en Washington en octubre de 1980).

° Educar a la pareja, padre y madre, durante el embarazo sobre el parto y cuidados al recién nacido. Motivar a ambos para participar en forma activa en el parto para que lo consideren como un

acontecimiento gratificante y para iniciar, enseguida del nacimiento, la interacción entre madre e hijo (sensorial, motora, afectiva) que incluye la succión del pecho materno en los primeros 15 minutos de vida.

° Promover que la madre reciba durante todo el parto el apoyo afectivo del padre o de otros familiares que ella seleccione. Estas personas deben recibir la educación y motivación junto con la madre.

° Permitir que la madre elija la posición más cómoda durante el trabajo de parto y el período expulsivo y que la modifique a voluntad. Las posiciones elegidas tuvieron en común que el tronco de la madre estaba más vertical que horizontal. Estas, en el período de dilatación cervical (fase activa de la dilatación o trabajo de parto) fueron: sentada, de pie o deambulando. En el CLAP se demostró que estas posiciones acortan este período del parto (Publicación CLAP 728). En el período expulsivo (luego de la dilatación completa y hasta el nacimiento) las posiciones elegidas fueron: sentada en una silla obstétrica diseñada por el CLAP (ver Figura No. 2 en el Anexo I) o adoptando la posición de cuclillas.

° Hacer que la madre realice los esfuerzos de pujo en forma espontánea (duración media de 5 segundos) evitando los pujos comandados por el obstetra que se prolongan de 20 a 30 segundos, a glotis cerrada, durante los cuales la madre no respira. Estas largas apneas causan hipoxemia e hipercapnia en la madre y en el feto, que no se producen cuando la madre puja espontáneamente y las apneas maternas son de corta duración.

° No realizar en forma sistemática (de rutina) acciones que interfieran con la fisiología natural del parto y que son inapropiadas o innecesarias. Solo efectuarlas cuando están específicamente indicadas para corregir o prevenir una complicación. Ejemplos: a) rotura artificial de membranas al comienzo del parto; b) administración de medicación ocitócica, analgésica, ansiolítica o anestésica, medida esta última de uso muy diseminado en los países de la Región y que posee efectos no deseables sobre el feto.

° Todos los padres manifestaron de modo espontáneo su satisfacción por la participación conjunta y activa durante el parto y por haber iniciado la interacción con el hijo enseguida del nacimiento. Ello los motivó a formar "Clubes de Padres" para difundir la gratificante experiencia que habían vivido. V.gr. El Club de Padres de la ciudad de Melo, Departamento de Cerro Largo, Uruguay.

° Esta tecnología apropiada para la atención del parto se está cumpliendo en el 90% de los partos que se atienden en el Hospital de Melo, y en el 100% de los partos de bajo riesgo atendidos en el CLAP y además se está aplicando en México (Instituto Nacional de Perinatología del DIF), Brazil (Porto Alegre, Maternidade Mario Totta, Curitiba, Fortaleza, Maternidade Escola Assis de Chateaubriand), Argentina (Buenos Aires, Chaco y otras áreas), España (Madrid, Barcelona), etc.

B) En la atención del recién nacido normal

° Se demostró que en los recién nacidos vigorosos, nacidos de parto vaginal, es innecesario efectuar la habitual aspiración de secreción oto-naso-faríngea. El grupo en el que se hizo aspiración tuvo mayor contaminación bacteriana buco-faríngea, y erosiones en la mucosa. La aspiración está indicada cuando hay meconio en el líquido amniótico (para evitar su aspiración), en el recién nacido por cesárea (donde falta la compresión torácica fetal ejercida por el canal del parto) y lógicamente, en el recién nacido deprimido que requiere ventilación artificial de los pulmones (véase CLAP 884-1).

° En el parto atendido con las tecnologías apropiadas mncionadas en A), los recién nacidos tuvieron la pO_2 y el pH más altos (y la pCO_2 más baja) que los valores considerados "normales" en partos atendidos con la tecnología convencional prevalente. Este hecho, unido a la ausencia de administración de drogas analgésicas (depresoras del sistema nervioso materno y fetal) puede explicar que los recién nacidos estuvieran muy alertas y, entregados a la madre, se inicie entre ambos una interacción muy precoz (sensorial, motriz y afectiva) que incluye el comienzo de la succión del seno materno en los 5 a 15 minutos que siguen al nacimiento.

° Todos estos factores pueden haber contribuido (sumados a la educación y motivación de los padres) a la alta tasa (100%) de lactancia natural observada en la serie estudiada y que se ha reproducido en el proyecto de campo de Cerro Largo en una serie mucho mayor (ya sobrepasa los 250 partos analizados).

Interesantemente el Comité de Evaluación se permite hacer notar que la práctica de la lactancia materna así realizada arroja efectos benéficos para el recién nacido, como ser un mejor aumento de peso y una evidente disminución de la patología, al menos durante el período neonatal. Los gráficos de la Figura No. 3 en el Anexo I así lo evidencian.

° Simplificación de la tecnología para estimar la edad gestacional del recién nacido por su examen físico (Método de Capurro, CLAP 732) que solo incluye 8 variables y ha demostrado tener el mismo error de confiabilidad que el método de Dubowitz que es mucho más complejo. La aplicación del método Capurro se ha aplicado en México con óptimos resultados en más de 4,000 observaciones.

Este método simplificado fue empleado con el mismo error por trabajadores primarios de salud, por enfermeras y por madres (véase CLAP 884-3).

C) En la atención de problemas al nacer

° Cuando existe amenaza de parto pretérmino y se han agotado las medidas para prevenirlo, es indispensable conocer el estado de maduración del pulmón fetal. Gluck en California diseñó una tecnología sofisticada para ello, la detección del índice Lecitina/Esfingomielina en el líquido obtenido por amniocentesis. Un trabajador del CLAP, desarrolló una tecnología simplificada de aplicación fácil y económica.

D) Normatización de registros médicos

El CLAP propicia la difusión de una Historia Clínica Perinatal que tiene los siguientes objetivos:

° Esta Historia Clínica Perinatal pretende uniformizar el contenido de la documentación correspondiente a un acontecimiento (embarazo, parto y puerperio) y el recién nacido en el período neonatal inmediato.

° Sus formularios contienen un listado de preguntas que en su mayoría se contestan con respuestas cerradas. En todos los casos existen, además, espacios libres para los comentarios que se consideran necesarios. Cuenta con un instructivo que facilita y estandariza su llenado y permite el cumplimiento de las normas de atención.

° La Historia Clínica Perinatal está constituida por cuatro módulos integrados que corresponden a distintas etapas del proceso de atención. Se desarrollan en períodos y lugares distintos y pueden estar a cargo de diferentes miembros del equipo de salud.

° La Historia, además, cuenta con un carnét perinatal y un resumen estadístico perinatal codificado.

° El carnét perinatal es un instrumento que constituye un nexo entre los distintos períodos de la atención. El resumen estadístico perinatal es un formulario codificado que permite el análisis de los datos obtenidos empleando equipos mecanizados y computadores electrónicos.

° La implementación de la Historia Clínica Perinatal ha sido desarrollada en 11 países de la Región (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Panamá, Uruguay y Venezuela) (Ref.: páginas 93 a 98 del Informe CLAP 881).

E) Normatización del manejo perinatal de la prematurez

Se trata de un programa colaborativo entre instituciones de los países de la Región de las Américas destinado a difundir determinados conocimientos y procedimientos estandarizados obstétricos y neonatales. Está dirigido a reducir la morbimortalidad neonatal debida a la alta incidencia de nacimientos de pretérmino y de bajo peso al nacer. Estos factores se asocian con el 75% de todas las muertes neonatales y con la mayor parte de la morbilidad.

° El programa tiene un bajo costo operativo debido a que utiliza los recursos propios de los centros de salud efectores. Cuenta con un plan de acción debidamente explicitado y material de apoyo apropiado para evaluar los objetivos específicos.

° El CLAP supervisa y coordina las actividades y procesa la información obtenida. Esta, una vez elaborada, se revierte periódicamente a los centros participantes a través de los gobiernos. Los resultados finales de cada etapa son discutidos con los grupos locales y difundidos para que los nuevos conocimientos así generados sean aplicables en extenso.

° A través de una serie de acciones específicas, el programa intenta alcanzar su objetivo final (ver la Figura No. 4, en el Anexo I)).

° Este programa ha tenido una amplia aceptación en los países de la Región y en el momento actual participan 52 maternidades de 12 países de la Región de las Américas. Países como Argentina, Bolivia, México, Panamá, Uruguay y Venezuela ya han incorporado dentro de sus normas maternoinfantiles nacionales, los contenidos de prevención, diagnóstico precoz y tratamientos de este programa.

° A través del sistema de registro de datos perinatales, que se recogen prospectivamente y sin subregistro, se han cubierto hasta ahora más de 300.000 nacimientos consecutivos. Esta

información actualmente está en precesamiento. Con ella se realiza un estudio epidemiológico del bajo peso al nacer en la Región, con miras a que, conociendo las circunstancias y características, se pueda incluso prevenir o disminuir el problema.

° La intervención antenatal con las nuevas acciones preventivas del nacimiento de niños de pretérmino en embarazos con riesgo inminente de parto prematuro, fue evaluada en un área programática (Paysandú, Uruguay). Se demostró que más del 50% de los partos prematuros pudo recibir el tratamiento antenatal normatizado en el primer año de intervención. En estos casos se observó que:

1) El peso al nacer fue significativamente mayor en la etapa de intenvención cuando se lo comparó con el registrado en la etapa diagnóstica.

2) La incidencia de depresión neonatal se redujo significativamente cuando se comparó la etapa de intervención con la etapa previa diagnóstica.

3) La incidencia del cuadro de dificultad respiratoria del recién nacido prematuro cayó significativamente durante la etapa de intervención.

4) La mortalidad neonatal precoz (de los primeros 7 días de vida) se redujo significativamente.

° El análisis de las estadísticas anuales de tres centros (Paysandú, Uruguay; La Paz, Bolivia y Las Higueras, Chile) mostró que coincidentemente con la aplicación del programa de intervención disminuyó la incidencia de bajo peso al nacer (2500 g.) y la tasa de mortalidad neonatal precoz de este mismo grupo.

° Los resultados beneficiosos logrados con este programa han abierto un camino hacia la solución de una parte importante del problema de la morbimortalidad neonatal asociada al nacimiento prematuro.

Objetivo 2: "Desarrollar modelos regionalizados de atención perinatal y pediátrica que tengan niveles primario, secundario y terciario de complejidad creciente en recursos humanos e instrumentales".

Objetivo 3: "Establecer los criterios para referir a los pacientes de cada nivel de atención utilizando para ello la 'estrategia del riesgo perinatal y pediátrico'".

Los objetivos específicos 2 y 3 se presentan conjuntamente por estar muy relacionados entre sí. La publicación No. 796 del CLAP titulada "Atención Perinatal Progresiva Regionalizada con Niveles de Atención según Riesgo Perinatal" fue preparada a pedido del Ministerio de Salud Pública de Chile y discutida en un Seminario donde participaron representantes de todas las áreas de salud de ese país. Constituye la base del sistema de atención perinatal que actualmente se aplica en Chile. Desarrolla lo que se ha hecho en relación al Objetivo 2 en la mayor parte del texto y al Objetivo 3 en los cuadros 1, 2, 3, 4 y 5 de dicha publicación.

El documento CLAP No. 791 titulado "Tecnologías Apropiadas para la Atención Perinatal con Enfasis en el Nivel Primario", desarrolla los logros del Objetivo 2 en las páginas 104 a 124.

La publicación del CLAP No. 819 hace ver como se está trabajando en los objetivos adaptados para los departamentos de Cerro Largo y Treinta y Tres de Uruguay. El Objetivo 2 está presentado en el Capítulo 7 (páginas 65 a 70). Indica donde se efectuará la atención del nivel primario (por ejemplo, Centro de Salud Urbano de Melo y Centro Auxiliar de Río Branco y de Fraile Muerto). El nivel secundario se cumplirá en el Hospital de la ciudad de Melo. La atención a nivel terciario se prestará en la sede del CLAP en el piso 16 del Hospital de Clínicas (Montevideo). Indica todas las funciones y responsabilidades de cada nivel y parece, a juicio de los evaluadores, un modelo que puede adaptarse a las necesidades de otros países de la Región con problemas similares. Los logros del Objetivo 3 están detallados en el Capítulo 6 (página 39 a 62) indicando los criterios de riesgo recomendados para Cerro Largo para referir a las embarazadas, partu-ientas, recién nacidos y niños al nivel adecuado.

El Informe sobre el Programa Cerro Largo (año de 1980) indica el cumplimiento de los objetivos específicos 1, 2 y 3 durante el primer año de implementación del Programa (1980).

Se implementaron existosamente las tecnologías apropiadas para la atención perinatal y pediátrica (Capítulo 3).

Los niveles de atención (Objetivo 2) se implantaron simultáneamente con el Registro de Salud Perinatal y Pediátrico (Capítulo 2) que contiene los criterios de referencia (Objetivo 3) a la vez que suministra los datos para el Sistema de Información en Salud Perinatal y Pediátrica.

Se colaboró en modelos de regionalización en Neuquén (República Argentina) y Panamá. A través de la incorporación del carnét perinatal se logró un nexo entre los distintos períodos de la atención perinatal evitando la pérdida de información resultante de la atención de dichos períodos en lugares distintos.

En este momento el CLAP está desarrollando un estudio con el objetivo de lograr una guía ágil que permita, en la primera consulta prenatal, la identificación de los embarazos de alto riesgo, es decir, se encuentra aplicando el estudio de detección de indicadores de riesgo.

El material utilizado en esta investigación corresponde a 25.000 partos consecutivos del actual banco de datos obtenidos con la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Materno-Infantil "Ramón Sardá" de Buenos Aires y en la provincia de Neuquén, Argentina.

Las razones de este estudio son:

1) Alrededor del 10% de los embarazos son responsables de la mayor parte de la morbimortalidad perinatal.

2) La gran mayoría de estos embarazos llamados por ello de "alto riesgo" están asociados con factores preconcepcionales que, por lo tanto, ya están presentes en la primera consulta prenatal y se está en posibilidad de detectar oportunamente, a fin de aplicar medidas correctivas o al menos paliativas.

3) Si se logran identificar estos factores, jerarquizarlos y medir su grado de potenciación se podrá tener un puntaje que orientara precozmente al equipo de salud en cuanto al riesgo de cada embarazo.

4) Si en base a los resultados de esta investigación se lograra diseñar una guía sencilla y ágil, el instrumento serviría para ser usado por personal de baja complejidad para definir criterios de referencia.

5) Los resultados que se obtengan tendrán validez fundamentalmente para la población estudiada (Hospital Materno-Infantil "Ramón Sardá" de Buenos Aires y Neuquén); el esquema podrá probarse en otros lugares para adecuarlo a las realidades locales. Un paso inmediato es analizar el funcionamiento del puntaje en todos los otros centros en donde se ha implementado la Historia Clínica Perinatal.

Objetivo 4: "Promover el empleo racional de los recursos existentes".

Se logra en parte con la aplicación de los tres objetivos precedentes y además con la "Redistribución de funciones y responsabilidades del personal de salud" y su "adiestramiento continuo" que se describen en los párrafos 7.2 y 7.3 de la publicación CLAP No. 819. Se inició existosamente esta acción en Cerro Largo como se describe en el Capítulo 4.a) del Informe de Cerro Largo (1980).

Como resultado colateral, el Comité Evaluador, al analizar los datos obtenidos al presente en el Programa de Cerro Largo y Treinta y Tres, encuentra que es posible señalar la cuantificación de los niveles de complejidad en la prestación de servicios de salud para esa comunidad.

Si los resultados son reproducibles, ello permite tener un excelente indicador para aplicar racionalmente los recursos disponibles en cada país.

Objetivo específico 5: "Promover la adecuada participación de la comunidad debidamente informada en atención perinatal y pediátrica. Atribuir alta prioridad a la educación de la madre y de la familia acerca de la maternidad y paternidad, incluyendo la atención de los hijos desde el nacimiento hasta la adolescencia".

Las estretegias para alcanzar el Objetivo 3 en Cerro Largo están descritas en el Capítulo 8 (páginas 79 a 82) de la publicación No. 819. Se obtuvieron resultados muy positivos durante el año de 1980. La educación de las madres y padres fue hecha fundamentalmente por las parteras y enfermeras y supervisada por médicos, según la orientación del CLAP. Actualmente se están formando "Clubes de Padres" en Melo y en Río Branco, que enseñan a futuros padres y madres así como a la comunidad. Estos Clubes están bien orientados y el Comité de Evaluación lo ve como un excelente ejemplo de promoción de la colectividad para participar en la búsqueda de mejor salud para todos, máxime que los Clubes de Padres también planean cooperar con los Centros de Salud y el Hospital, así como ayudar a las madres solteras y abandonadas que constituyen el 14% de los partos atendidos por el Ministerio de Salud de Cerro Largo.

La educación sanitaria y médica en general de la comunidad (ver Informe de Cerro Largo, 1980, Capítulo 4.b) estuvo fundamentalmente a cargo de los médicos locales. Estos emplean las radios de Melo y Río Branco y la televisión de Melo (programa semanal en día y hora fija). La Junta de Vecinos organiza actos con participación de numerosa concurrencia, muy motivada, que formula preguntas a los médicos locales y del CLAP que integran un panel. Estos programas fueron probados y se tuvo que repetir su transmisión hasta 6 veces a pedido de la comunidad. El Comité de Evaluación tuvo oportunidad de escuchar algunas grabaciones y las encontró con buen mensaje aunque todavía con lenguaje técnico.

Objetivo 6: "Promover la extensión de la cobertura perinatal y pediátrica, especialmente a nivel de atención primaria y en las áreas rural y urbanas".

Se promovió la extensión de la cobertura usando los mismos métodos descritos para la educación de la comunidad y la educación continua del personal de salud.

Los datos numéricos proporcionados por el Sistema de Información en Salud son aún insuficientes para cuantificar la cobertura.

El número de controles prenatales y el seguimiento de recién nacidos y niños aumentó significativamente en el Centro Auxiliar de Río Branco. La mayor demanda en áreas rurales motivó al Ministerio de Salud Pública a agrandar y mejorar las plantas físicas y renovar el equipo de los centros rurales de Fraile Muerto y de Plácido Rosas. Actualmente se están iniciando acciones similares en los Centros Rurales de Aceguá y Noblía. En este último, residirá un médico quien ha completado el curso de posgrado de "médico rural" de la Facultad de Medicina.

La implementación de este Programa de Atención Perinatal y Materno Infantil en el Departamento de Treinta y Tres se iniciará el próximo mes de julio de 1981 cuando el Dr. Ducan Balbis tome posesión del cargo de Director Departamental de Salud del Departamento de Treinta y Tres. El Dr. Ducan Balbis ha demostrado un gran interés en dicho Programa y está en contacto con el CLAP para familiarizarse con las características del mismo.

Sugerir otros objetivos que deberían incluirse

Cooperar con la OPS y especialmente con la División de Servicios Integrados de Salud (y con los países de la Región) en su labor de preparación e implementación de estrategias para ir logrando el objetivo de "salud para todos en el año 2000".

4.1.2 Indicar si los objetivos deberían continuarse en el futuro

El Comité de Evaluación, después de estudiar los objetivos que han servido de base para la actividad del CLAP, a través de tres convenios celebrados con la OPS (EV-AGR, Uruguay 4102 de enero/febrero de 1970; ST/AGR, AMRO-4920 [Uruguay] de agosto de 1974 y SSA/AMRO-1370 [Uruguay] de diciembre de 1978), encuentra que estos -los objetivos- parecen anticiparse un poco a las necesidades que marcan los programas normales de la Organización, en su búsqueda de salud para la población de los países miembros; especialmente en lo que se refiere a los objetivos vigentes, ya que se puede constatar que embonan perfectamente con las estrategias para alcanzar "salud para todos en el año 2000" (véase Documento Oficial No. 173, Capítulo 7, apartados 3 [pp. 51]; 4.1.1. [pp. 53]; 4.1.3. [pp. 53]; 4.1.15 [pp. 56], especialmente en su párrafo tercero; 4.5, 4.6 y 4.7 [pp. 60 y 61]; 5.1 [pp. 62]; 5.2 [pp. 62]; 5.4 [pp. 63], y 5.5 [pp. 64]).

En tal virtud, el Comité de Evaluación se permite dejar asentado que está convencido de que estos objetivos vigentes en el CLAP deben continuarse definitivamente hasta el término del actual convenio y, dado los resultados obtenidos hasta el presente y la información en proceso de captura, servir de base para la elaboración de un nuevo convenio que prolongue la evidente utilidad del CLAP para los fines de la Organización.

4.1.3 Sugerir otros objetivos que debieran incluirse

Como ya quedó señalado, el CLAP representa un mecanismo importante para probar y validar las estrategias de la OPS/OMS en la búsqueda de "salud para todos en el año 2000".

Aumentando el número de becarios -dentro de su capacidad claro está- y acortando a 12 meses el programa de formación de recursos humanos para otros países y a través de sus investigaciones operacionales y de tecnologías simplificadas, podrá contribuir al establecimiento de "modelos operativos de atención primaria" adaptables a distintas realidades.

Incrementar la utilización de la cooperación técnica que brinda el Centro a través de:

1) Seminarios y talleres en los países interesados.

2) La capacitación perinatológica de docentes de los países miembros, a fin de descentralizar los cursos, realizádolos en los diversos países, aprovechando el tomar en cuenta la realidad local.

Mejorar la calidad de la atención perinatal de la madre y el hijo.

Realizar "Investigaciones en servicios de salud", incluyendo aspectos de administración en salud como: cobertura, sectorialización, clasificación según indicadores de riesgo, uso racional de recursos disponibles y otros.

4.2 Funciones de investigación

4.2.1 Describir las principales investigaciones realizadas en el último quinquenio

Las principales investigaciones realizadas por el CLAP y a manera de relatorio, han producido dos resúmenes. El uno, documento CLAP-677, da cuenta de lo realizado en el lapso 1970-1975. El otro, documento CLAP- 881 hace lo propio para el período de 1975-1980.

En cumplimiento de este ordenamiento, el Comité de Evaluación se permite señalar a continuación, de manera somera, las investigaciones que consideró más relevantes.

4.2.1.1 Tecnologías apropiadas para la atención del primer período del parto y para la atención del período expulsivo.

Se llevó a cabo una investigación operacional de 11 Centros de 7 países (Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, El Salvador, Venezuela y el propio Uruguay) buscando conocer la posición más adecuada elegida por la madre durante el período dilatante, en beneficio de las condiciones fetales y por ende del recién nacido.

Los resultados obtenidos indicaron:

a) disminución de la duración del trabajo de parto en un 25%;

b) menor aplicación de forceps;

c) no aumentó la proporción de ruptura espontánea de las membranas ovulares ni del modelaje cefálico del R.N., y

d) ni el Apgar ni la morbimortalidad neonatal se modificaron.

Todo ello señaló la conveniencia del trabajo de parto ambulatorio.

Los países participantes incorporaron la tecnología y se han transformado en agentes de difusion de la misma.

Los datos analizados han sido publicados.

DIAZ, A. G. y col. Rev. Soc. Obstet. Ginecol. (Bs. As.) 759:267, 1976.

Ibid: Clinical Invest. Ginec. Obstet. (España) 5:101, 1978.

Ibid: Europ. J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol. 11:1, 1980.

- En cuanto al segundo aspecto, la investigación se realizó en 60 mujeres y sus parejas, demostrándose que la posición "natural" para el período expulsivo del parto es: sentada o "en cuclillas"; que el pujo de la mujer debe ser espontáneo y nunca dirigido por el que atiende el parto y que es altamente aconsejable la presencia del padre. Todo ello en beneficio de las condiciones del recién nacido.

Este trabajo se ha publicado así:

- CALDEYRO-BARCIA, R. y cols. "Recent Progress in Perinatal Medicine and Prevention of Congenital Anomaly" Medical Information Service Inc. Tokyo, Japan. 1980.

- CALDEYRO-BARCIA, R. y cols.: "1st. Internat. Berlin Meeting of Perinatal Medicine" as edited by E. Saling and J. Dudenhaussen. Junio de 1979.

- POSEIRO, J.J. y cols. La Farmacia (Uruguay) 1:4, 1979.

- CALDEYRO-BARCIA y cols. Bol. Ofic. Sanitaria Panam. 90:6 9, 1981.

4.2.1.2 Investigaciones tendientes a mejorar los métodos de promoción del desarrollo feto-neonatal.

- Evaluación Bioquímica y Endocrina del Crecimiento y Vitalidad del Feto Humano.

  Se estudiaron 56 embarazadas calificadas como de "alto riesgo", entre ellas 18 diabéticas, midiendo en espécimenes de plasma, los niveles de estriol, hidroxicorticosteroides y ocitocinasa, por la técnica de radioimuno ensayo; correlacionando los niveles con la presencia o ausencia de edema de las velocidades coriales, el valor del Apgar y el peso corporal del recién nacido. Se encontró que estos últimos parámetros (Apgar y peso corporal) correlacionan directamente con los niveles de estriol e hidroxicorticosteroides en el plasma materno, los cuales alcanzan niveles más bajos cuando el recién nacido es hipotrófico (desnutrido al nacer). Esta es una prueba útil para ser usada en centros perinatológicos o maternidades de tercer nivel.

  - "Investigaciones sobre la maduración pulmonar fetal".

    Se encuentra que la prueba de Clements (tecnología simplificada) es útil para el diagnóstico de la madurez del pulmón fetal. Esto ya se comentó más ampliamente en la página 12.

El artículo ha sido enviado y aceptado para su publicación en el J. Perinatal Med.

- Maniobras rutinarias de aspiración de secreciones buco-faringo-nasales".

El estudio demuestra que en el recién nacido normal, proveniente de parto natural, las maniobras de aspiración no son recomendables por: i) innecesarias; ii) posible fuente de contaminación bacteriana; iii) generalmente traumática para la mucosa del recién nacido, y iv) bradicardizante.

En efecto, al estudiar 241 casos que integraron 2 grupos, el control y el experimental, se encontró 15% de contaminación y 2.4% de erosiones en los aspirados, contra 2.5% y/o respectivamente en los no aspirados.

El artículo, bajo la firma del Dr. Raul Bustos y sus colaboradores se envió al Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana para su publicación.

Evidentemente es útil, ya que señala lo irrelevante y poco estudiadas que son algunas maniobras en el manejo del recién nacido, que en ocasiones son riesgosas de males mayores.

4.2.1.3 "Tecnología apropiada para determinar la edad gestacional del recién nacido".

El estudio se llevó a cabo con 115 neonatos de madres que conocían con certeza la fecha de la última menstruación, tratando de simplificar el método de Dobowitz que incorpora 21 variables a tomar en cuenta y que obtiene un coeficiente de correlación de r=0.91 y da un error de apreciación de +-8 días. El método de Capurro, que reduce las variables a solamente 6, cuatro somáticas y 2 neurológicas, resulta altamente ventajoso, ya que su r=0.90 y el error de apreciación de +-8.4 días.

Este es un buen ejemplo de simplificación de la tecnología sin menoscabo de su exactitud.

El artículo fue publicado: Capurro, H. y cols. Pediatrics 93:120, 1978 y su uso se ha diseminado en los países de la Región. México lleva analizados más de 4,000 recién nacidos.

- En una ampliación del estudio, se compara en 1,206 recién nacidos, la aplicación del método de Capurro por 4 clases de usuarios:

  i) médicos pediatras;
  ii) enfermeras universitarias;
  iii) auxiliares de enfermería, y
  iv) empíricas.

  encontrándose que no hay diferencias significativas entre los 3 primeros grupos de usuarios y solo con el de empíricas.

El artículo, bajo la firma del Dr. Haroldo Capurro, fue enviado para su publicación al Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1980.

Demuéstrase así, que el método es aún de más fácil aplicación y de mayor cobertura.

4.2.1.4 "Patrones de crecimiento intrauterino".

- La investigación comprende 4 estudios somáticos, 3 en el Uruguay y 1 más en la Argentina, así como un estudio con ultrasonido, tendientes a establecer patrones de crecimiento intrauterino, que deben ser utilizados para detectar oportunamente las desviaciones del crecimiento a fin de tomar decisiones válidas para corregir el problema.

  Además, en el estudio ecográfico se comparó con la técnica simplificada de medición de la altura uterina, en forma de estudio longitudinal en 30 embarazadas que consultaron tempranamente.

  Se concluye que la técnica de medir la altura uterina es un buen discriminante y que si el crecimiento desciende de la percentila 10 del gráfico "altura del fondo uterino" el caso debe pasar, si existe el recurso, a confirmación con ecografía.

Las publicaciones son:

- GUAYASAMIN, O. y cols. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 8:481, 1976.

- BENEDETTI, W.L. y cols. Obst. Ginec. Latinoamericana, 33:251, 1975.

- CURBELO, V. Tesis de Posgrado en Pediatría, Escuela de Graduados de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, septiembre de 1975.

- DIAZ, A. G. y col. Publicación Científica 846 del CLAP, 1979.

4.2.1.5 "Crecimiento y desarrollo posnatal"

- Los neonatólogos del CLAP vienen siguiendo una línea de investigación tendiente a simplificar la evaluación del crecimiento posnatal.

  En un primer término se establecieron las curvas percentilares del crecimiento a través de: peso corporal, estatura, perímetros, etc.

- En un segundo término se buscan indicadores de incremento de peso en lapsos fijos, para que los gráficos resultantes (instrumento simplificado de trabajo) puedan ser usados aún

por agentes primarios de salud y con el desconocimiento del peso al nacer y la edad gestacional. Los índices encontrados se refieren a la ganancia de peso esperada en lapsos de 30, 45 y 60 días (son 3 gráficos), en relación al peso inicial del lapso.

La investigación ha sido publicada:

- MARTELL, M. y cols. J. Early Human Development. 1:313, 1978.
- MARTELL, M. y cols. Bol. Ofna. Sanit. Panam. 86:95, 1979.
- MARTELL, M. y cols. Bol. Ofna. Sanit. Panam. 1981.

4.2.1.6 "Lactancia humana".

- Se han venido efectuando en el lapso motivo de la evaluación una serie de investigaciones colaborativas entre diversos organismos de salud del Uruguay y el CLAP, fundamentalmente de tipo epidemiológico. Se detectó que en el Uruguay, de modo sensiblemente igual a lo que acontece en el resto de las Américas y tal vez en el mundo entero, la práctica de la lactancia materna se ha venido perdiendo en lo que va del siglo y sobre todo que el destete se viene realizando cada vez más tempranamente. Al primer mes posnatal, el 90% de las madres lactaban a sus bebes en 1916; para 1949, solo el 68% lo hacían y en 1977, únicamente el 55%; a los 7 meses posnatales las cifras respectivas fueron: 50%, 30% y 3%.
- Estudios de otra índole, llevados a cabo en 1,527 parejas madre/hijo asistentes a centros de salud y policlínicos de Asignaciones Familiares, sirvieron para identificar los factores de riesgo para la no alimentación al seno materno o el destete temprano y para observar la influencia benéfica de la leche materna.

Los datos están contenidos en la publicación 788 del CLAP bajo la firma de los Dres. C. A. Bauzá y J. L. Díaz Roselló, y sugerimos que debe ser motivo de más amplia difusión por la importancia epidemiológica de los datos.

4.2.1.7 "Morfología de la placenta".

- Los investigadores del CLAP, con el Dr. Hermógenes Alvarez del Hospital Pereyra Rosell han desarrollado y aplicado un "puntaje" placentario como índice de maduración del trofoblasto. Se requiere el uso del microscopio de contraste de fase pero al correlacionar el puntaje placentario obtenido en 728 casos parecen apuntar a indicadores clínicos de daño y a su causa morfológica.

Los estudios han sido publicados en:

- ALVAREZ, H. y cols. J. Brasileiro Ginec. 78:275, 1976.

- JACOMO, K.H. y cols. Acta Diabetol. Latinoamericana, 13: 216, 1976.

- BENEDETTI, W.L. y cols. Acta Ginecol. (España) 30:87, 1977.

- NASIO, D. y cols. XXIII Congreso Argentino Obst. Ginec. Buenos Aires, agosto 1979.

- STORCH, E.: Tesis de Doctorado. Fac. Med. Montevideo, Universidad República Oriental del Uruguay, enero 1979, Publicación 800 del CLAP.

4.2.1.8 "Manejo perinatal de la prematurez".

- De este programa colaborativo, claro ejemplo de la influencia del CLAP en la Región de las Américas, acerca de la calificación y cuantificación de la problemática perinatal, hay que señalar que hasta el momento están participando 55 maternidades de 12 países de la Región. El número de nacimientos incorporados al estudio suman al presente cerca de 300,000.

  El estudio permite fijar la frecuencia del bajo peso al nacer (desnutrición intrauterina) en un promedio de 8.9%, oscilando entre 15% (Hospital Vilanova Cachoerinha, Brasil, y 5% en el Hospital de Arica, Chile). Los datos están en proceso para señalar la frecuencia de la prematurez.

- Los resultados, como ya se indicó permitieron a los investigadores establecer una norma para el manejo apropiado antenatal y neonatal del parto de pretérmino.

- SCHWARZ, R. y cols. Bol. Ofna. Sanit. Panam. 88:359, 1980.

4.2.1.9 "Normatización de registros médicos y análisis de la información en salud perinatal"

- Consiste en la formulación de instrumentos tendientes a uniformar la recolección de datos, la evaluación y el manejo de la problemática perinatal, con miras a optimizar la prestación de servicios de salud en los países miembros y aumentar la cobertura.

El o los instrumentos que se desarrollen y su prueba experimental permitirán una guía ágil que permita, en la primera consulta prenatal, la identificación de los embarazos de alto riesgo, de los factores que permiten calificarlos y sentar las bases para un mejor manejo en el futuro.

En la investigación se han estudiado 10,000 partos consecutivos en el Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá" de Buenos Aires y si bien los resultados solo tendrán validez para la población estudiada, el esquema podrá probarse en otras latitudes para adecuarlo a las realidades locales.

Las publicaciones son:

- BELIZAN, J.M. y cols. Documento 699 del CLAP. 1976.

- DIAZ, A.G. Documento 846 del CLAP, 1979.

4.2.2 Analizar la relevancia de la investigación en relación a los objetivos del Centro, a los principios establecidos en el plan de trabajo y a las políticas y estrategias de OPS.

De lo descrito hasta este momento en el presente informe, se desprende que el programa, las acciones y las actividades del CLAP se apegan estrechamente a los objetivos planteados en el último convenio celebrado con la OPS y además que, como ya se indicó en párrafos precedentes, parecen ir concordantes con las nuevas metas y objetivos de la propia Organización, señalando una forma útil y digna de tomarse en cuenta para la realización de las estrategias del plan "salud para todos en el año 2000".

Al preocuparse por la familia y fundamentalmente por el binomio madre-hijo, obteniendo los resultados que han quedado brevemente reseñados, están acordes con la mística de acción que demanda el Director de la OPS (Bol. Ofna Sanit. Panam. 90(4):342, 1981) y están enfocando el problema que marca el Director General de la Organización Mundial de la Salud cuando afirma: "...los niños de hoy y los que aún no han nacido pero que constituirán más de una tercera parte de los habitantes del mundo en el año 2000" nunca nos perdonarán si no logramos salud integral para ellos (Bol. Oficina Sanitaria Panamericana 90(4):340, 1981).

Es de recomendarse una felicitación al CLAP.

El Comité de Evaluación consideró conveniente revisar la producción total del Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano para obtener una visión global de la tendencia evolutiva del tipo de investigación.

Después de discutir con los funcionarios del CLAP, se acordó considerar 5 tipos de investigaciones.

a) básica;
b) clínica;
c) de tecnologías apropriadas;
d) operacional, y
e) epidemiológica.

después de lo cual se procedió a revisar con ellos la producción tenida en los 11 años de vida del Centro, con el resultado que se hace ver en la Tabla 1, Anexo I.

Se hace aparente que en los primeros años la investigación estaba orientada hacia los conocimientos básicos y hacia la clínica con poca producción en los aspectos de tecnologías apropiadas, operacional y epidemiológica, pero que en los últimos 3 años existe un equilibrio bastante razonable.

De ello se deduce que si bien las características del primer convenio y la experiencia previa del equipo humano (procedente del anterior "Servicio de Fisiología Obstétrica de la Universidad de la República Oriental del Uruguay) permitió al CLAP realizar un 88.3% de la investigación básica y en ciencias clínicas, este porcentaje se ha reducido, durante la vigencia del último convenio a prácticamente la mitad, con solo el 47.3%; en cambio, las investigaciones en búsqueda de tecnología apropriada, operacional y epidemiológica han aumentado del 11.8% en el primer convenio, a 52.7% en el tercero.

Ello confirma el acoplamiento de los objetivos y acciones del Centro a los designios de la Organización.

4.3 Funciones de desarrollo de recursos humanos

En cuanto a la capacitación del personal de salud para América Latina, el CLAP viene desarrollando una intensa actividad.

Prueba de ello es que, durante el quinquenio 1976-1980, motivo de esta evaluación, se llevaron a cabo un total de 69 cursos, 31 cuya duración osciló en 1 semana, (10 cursos); 2 semanas, (10 cursos); 3 meses, (1 curso); 9 a 12 meses, (5 cursos) y 24 meses (5 cursos).

Además, se formularon y llevaron a cabo programas de adiestramiento individual para 38 trabajadores de la salud, cuya duración varió entre 4 y 16 semanas. Ellos fueron: médicos, especialistas en gineco-obstetricia, neonatología y pediatría, enfermeras obstetras y neonatales, parteras, auxiliares de enfermería y auxiliares de laboratorio.

Las Tablas 2 y 3 (Anexo I) dan cuenta pormenorizada de esta actividad, señalando además el tipo de curso -que da idea clara de su contenido- el número anual de los mismos, participantes, la carga horaria invertida y una apreciación sobre el número total de horas/alumno, que alcanza la cifra de 974,434, la cual representa la labor docente del CLAP en el quinquenio.

El total de becarios asciende a 821 procedentes de los siguientes países miembros: Argentina (143); Bolivia (3); Brasil (77); Colombia (22); Costa Rica (14); Chile (36); Nicaragua (4); México (13); Panamá (25); Paraguay (16); Perú (7); República Dominicana (2); Venezuela (47); Uruguay (383), y España (9).

Por otro lado, los miembros del CLAP, internacionales OPS y nacionales por igual, han salido de los ámbitos del Centro para dictar conferencias, mesas redondas, seminarios, cursos, reuniones de trabajo y participar en congresos a 18 países de la Región de las Américas, según se hace ver en la Tabla 4 (Anexo I).

El total de participaciones en el quinquenio motivo del estudio asciende a 495, con una carga de horas/alumno promedio de 28,528 por año.

4.3.1 Considerando los significativos indicadores sobre el desarrollo de recursos humanos que caracterizan la actividad docente del CLAP, el Comité de Evaluación considera que el Centro ha llenado con creces la misión encomendada y que, sin duda alguna, resultará en impacto sobre la prestación de servicios de salud por personal capacitado con una misma doctrina de acción, capaces además de multiplicación de la docencia en la América Latina.

4.3.2 Analizar, ¿en qué medida la actividad docente del CLAP ha impulsado el desarrollo de actividades similares en los países? ¿Qué proporción de cursos se han organizado en los países, fuera de la sede en Montevideo?

Esta demanda ha quedado debidamente contestada en los párrafos anteriores y claramente definida en la Tabla 4 (Anexo I).

El Comité de Evaluación considera que una de las mayores necesidades de los países de la Región es la capacitación adecuada de sus profesionales de la salud, pero muy especialmente de los encargados de unidades de la salud del grupo más vulnerable, la madre, su feto y el niño, desde que nace hasta la edad escolar; sin perder de vista que no están aislados en el espacio y el tiempo, sino que forman parte de una familia y de una colectividad humana dentro de los ámbitos de un país. El cuidado pues de este núcleo debe ser con la concepción de salud integral, biológica, psicológica, social y cultural.

Por lo tanto, estima que los cursos seguirán teniendo demanda por parte de los países de la Región, máxime si las autoridades concientizan dos cosas:

a) la demanda que el programa "salud para todos para el año 2000" les fija, y

b) la existencia y potencialidad del CLAP.

4.3.4 Sugerir tipos de capacitación que, a juicio de los evaluadores, se hubieran omitido y que pudieran incorporarse en el futuro.

Incrementar el número de cursos organizados en los países con recursos docentes propios, en los que CLAP cumpliría una función orientadora, estimulando el desarrollo de las capacidades nacionales.

Sin embargo, se quedó con la impresión de que la enseñanza en general está fuertemente inclinada hacia la esfera gineco-obstétrica de la perinatología y que sería muy conveniente equilibrarla con los enfoques pediátricos. Creemos que es indispensable que los neonatólogos del CLAP adquieran más responsabilidad normativa en el cunero y el Servicio de Alojamiento Conjunto del Hospital de Clínicas, a fin de que puedan disponer de un área de demostración y adiestramiento de cuidados al recién nacido. Aparentemente este aspecto se ha venido a menos poco a poco y debe ser recuperado a como funcionó en el quinquenio 1970-1975.

4.4 Funciones de cooperación técnica con los países

4.4.1 Estimar el monto de cooperación ofrecida y requerida por los países en el último quinquenio.

Quedó bien definido para el Comité de Evaluación que el CLAP presta una amplia y diversa cooperación técnica a los países.

En la Tabla 5 (Anexo I) se ofrece un concentrado del número de asesorías que los trabajadores del CLAP -tanto los funcionarios OPS como los nacionales- han dado a los países de la Región.

Si es permitido medir la cooperación técnica en "días consultor por país", se puede ver que Argentina ha sido la más beneficiada con 417 días/consultor, siguiéndole en orden decreciente: Brasil, con 411; Uruguay, con 241; Venezuela, con 186; Colombia, con 152; Panamá con 124; México, con 118 y Bolivia y Chile, ambos con 62. En la lista siguen 10 países más de la Región, para terminar con Ecuador que solo recibió 2 días/consultor en 1980.

Convendría tal vez que estas asesorías técnicas se extendieran a otros países que no las reciben o que las reciben en pequeña cantidad. Desde luego esto es explicable por las grandes distancias que los separan del país sede del CLAP.

4.4.2 ¿En qué medida esta cooperación se ajustó a los objetivos del Centro y de la OPS?

El Comité de Evaluación piensa que esta cooperación esta cumpliendo los objetivos que se marcó el propio CLAP y que dentro de las limitaciones que imponen las grandes distancias, intenta llenar los objetivos de la Organización. Se estima que el esfuerzo es loable y que en las condiciones actuales de presupuesto e incertidumbre laboral no es posible pedirles más.

4.4.3 ¿Existieron mecanismos para gestionar regularmente la cooperación de CLAP, a través del conducto regular de OPS?

El mecanismo establecido consistió en la gestión del grupo nacional o Institución ante sus autoridades del Ministerio de Salud. A su vez, este canaliza los pedidos a la Representación OPS en el país y esta los transmite con su opinión a la División respectiva y al CLAP, quien responde según su disponibilidad del recurso humano requerido.

Este camino parece un tanto largo y complicado; sin embargo, el Comité pudo percatarse de que a pedido directo de las diversas agencias de salud de los países solicitantes, el CLAP, los orienta para que obtengan el apoyo de los ministerios respectivos y acudan a la OPS en demanda de este apoyo.

4.4.4 ¿En qué medida esta cooperación contribuyó a la creación y desarrollo de capacidades y programas nacionales?

Como consecuencia de la labor de capacitación de recursos humanos y de demostraciones "in situ" de los beneficios de los procedimientos que la investigación del CLAP ha validado, demostrando su eficacia y aplicabilidad en los 3 niveles de cuidados para la salud de la familia, se ha observado en los últimos 10 años un despertar de la profesión médica, de otros profesionales de la salud y de las autoridades responsables de otorgar atención integral a la comunidad, hacia el concepto perinatal y hacia una atención más humana, menos tecnológica (desde el punto de vista de la sofisticación) y con mejores resultados para el cuidadano del futuro.

Ello ha llevado, por ejemplo, al surgimiento de centros perinatológicos en Brasil y ha contribuido -en una acción de intercambio- a la creación del Instituto Nacional de Perinatología (DIF) de México. Similares ejemplos de emulación pueden mencionarse también en varios otros países de la Región.

4.4.5 ¿En qué medida el Centro ha cumplido con sus funciones previstas en la difusión de conocimientos?

4.4.6. ¿Qué cantidad y variedad de material audiovisual ha producido y cómo ha sido su distribución?

En la Tabla 6 (Anexo I), el Comité de Evaluación ha volcado la información recogida para dar respuesta a estas dos interrogantes.

Nótese, por favor, que se hace aparente el gran énfasis que el Centro está dando al nivel primario de la atención perinatal.

El Comité de Evaluación desea hacer notar los excelentes servicios -si bien no aprovechados integralmente por los países de la Región- de la Biblioteca del CLAP, que cuenta con 5,000 volúmenes y recibe regularmente 60 publicaciones periódicas de las especialidades conexas con la perinatología en su concepción actual.

Posee, además, una rica colección de 19,640 separatas de artículos relacionados con la prestación de servicios de salud que oscila desde la más alta sofisticación, hasta la atención primaria con tecnología apropiada y medicina simplificada.

Actualmente están editando volúmenes de bibliografía anotada cuya difusión debe ser altamente promovida por la OPS para beneficio de las agencias de salud de los países de la Región, ya que se refieren a no menos de 58 ítems con 1,680 subdivisiones. Para 1981 tienen listas:

i) mortalidad materna;
ii) alto riesgo perinatal:

a) tabaquismo, alcoholismo y drogadicción materna
b) edad materna (adolescencia - edad madura)
c) estados hipertensivos del embarazo
d) diabetes y embarazo.

4.5 Administración

4.5.1 ¿Se ha cumplido con los mecanismos administrativos previstos en la claúsula VI del convenio? Es decir, ¿han funcionado regularmente el "Comité de Becas" y el "Comité Técnico Asesor"?

El Director del CLAP, informó al Comité de Evaluación que el Comité de Evaluación (del otorgamiento de becas entre otras cosas) funcionó regularmente cuando el Dr. Richard Prindle estuvo al frente de la División de Salud de la Familia y acudía al CLAP para reunirse con los representantes del Ministerio de Salud Pública y de la Universidad de la República Oriental del Uruguay.

Posteriormente, la dirección del CLAP ha mantenido contacto continuo con dichos representantes del país sede, actuando a la vez como representante de OPS.

En cuanto al Comité Técnico Asesor, el Director del CLAP se permitió proponer una lista de posibles componentes del mismo, cumpliendo con una petición verbal del Director de la OPS.

El Comité de Evaluación se permite a su vez reproducir la relación de candidatos propuestos. (Ver Anexo III)

4.5.2 ¿Qué cambios serían deseables para el futuro? Describa y justifique.

El Comité de Evaluación, después del análisis efectuado, se permite sugerir que el equipo técnico del CLAP, constituido por profesionales internacionales y nacionales, identifique claramente las funciones, actividades y acciones del Centro, así como su correlación con la estructura del mismo y procure definir un organigrama y un funciograma de modo que proporcione a propios y extraños, una visión integral del CLAP y favorezca la fluidez del trabajo de equipo.

Ello permitirá también una mejor calendarización de las actividades y la comunicación entre todos los miembros del equipo.

4.5.3 Si fuera posible, señale algunos errores o limitaciones en la administración del Centro, si los hubiere.

El Comité de Evaluación solamente se permite señalar que el personal que realiza estas labores es, lógicamente, nacional y sujeto de una gran inestabilidad laboral. Incluso, ha señalado que cuando el actual Director cese en sus funciones, dejará el Centro. Consecuentemente y en beneficio de la futura administración, el Comité sugiere se vea la manera de conservar a este personal. Remitimos al lector a la Tabla 8 en el Anexo I, incisos 3 y 4.

4.6. Personal

4.6.1 Preparar un listado del personal existente, presentando cuadros con sus características en cuanto a profesión, nivel ocupacional, nacionalidad. Analizar estas características y relacionarlas con el volumen de trabajo.

En el documento de autoevaluación del CLAP (documento CLAP 922, páginas [2.6] 2 a [2.6] 13) se hace una descripción en extenso de los 55 trabajadores que integran la nómina de trabajadores del Centro. El Comité de Evaluación cree innecesario reproducirlo aquí y solo desea presentar a la consideración de las autoridades la Tabla 7 del Anexo I, en la que se analiza: 1) categoría profesional del trabajador; 2) nacionalidad; 3) percepción salarial por grupos homogéneos de trabajadores, en dólares y, 4) el número de horas semanales contratadas.

Parece útil hacer notar: a) que 4 funcionarios son considerados como consultores de la OPS y 51 son nacionales; b) que el pago a estos últimos aparece muy irregular, ya que funcionarios de la misma categoría y horas de trabajo contratadas perciben salarios diferentes.

El volumen de trabajo que ha quedado reseñado en páginas anteriores, en cuanto a investigación, docencia, difusión, cooperación técnica y colaboración con las autoridades nacionales, permite señalar al Comité de Evaluación que se solidariza con la opinión previamente vertida por la Dra. Sumedha Khanna, Jefe de la División de Servicios Integrados de Salud de la OPS (Ref. CHS/84/1 pp 2), quien dice:

> "El equipo de trabajo del CLAP -nacional e internacional- enfoca con dedicación su trabajo y lo realiza muy eficientemente dentro de la limitación de recursos y bajo condiciones difíciles".

4.6.2 Hacer una proyección de las actividades de investigación, docencia y cooperación técnica para los próximos cinco años y relacionarla con las necesidades de personal de los diferentes niveles.

El Comité de Evaluación considera que, en las condiciones actuales, el CLAP ha alcanzado un nivel óptimo de funcionamiento y que sería recomendable conservarlo.

En caso de proponer una reorientación, cabría reforzar el área que actualmente viene adquiriendo gran preponderancia en el enfoque del CLAP, es decir, la investigación de tecnologías apropiadas del enfoque de riesgo y de la estructuración de procedimientos para la atención primaria, en equilibrio razonable con las consecuentes atenciones secundaria y terciaria; ya que esto está integrando la base sobre la que, a juicio del Comité de Evaluación, la Organización puede desarrollar sus estrategias para la estrategia "salud para todos en el año 2000", al menos en lo que se refiere a uno de los 2 grupos más vulnerables, el de la madre y su hijo.

Si se produjese una reducción de recursos financieros, el CLAP se verá en la necesidad absoluta de restringir sus actividades y, por lo tanto, de reducir el número de sus trabajadores.

El Comité de Evaluación no cree que sea recomendable que las funciones básicas del CLAP -que satisfacen ampliamente sus propios objetivos y los designios de la Organización- se apoyen en recursos financieros obtenidos por donaciones, ya que estos son de duración finita y de gran inestabilidad, como se demuestra en la Tabla 7 y en la Figura 7 en el Anexo I.

4.6.3 Revisar las actividades de capacitación realizadas para el propio personal del CLAP.

Durante el lapso motivo de esta evaluación, el CLAP propició la asistencia de su personal a 7 eventos de capacitación (5 cursos y 2 seminarios), según se anota a continuación:

Del 14 al 21 de julio de 1976

O. Althabe y R. Schwarz asisten al Curso sobre Metodología de la Enseñanza en NUTES/CLATES.

Del 15 al 30 de octubre de 1976

O. Althabe asiste al Curso sobre Didáctica Médica NUTES/CLATES, México.

Del 17 al 23 de julio de 1977

R. Schwarz y A. G. Díaz asisten al Curso-Seminario sobre Alta Gerencia (Area VI, Buenos Aires).

Del 3 al 18 de febrero de 1979

S. M. Tenzer asiste al Seminario sobre Sistemas de Información en Salud en Washington y visita diversos Centros de Cómputo en los Estados Unidos de América.

Del 27 al 31 de agosto de 1979

R. Belitzky y A. G. Díaz asisten a Curso Seminario sobre Metodología Docente, NUTES/CLATES, OPS/OMS, Area VI, Colonia del Sacramento, Uruguay.

Del 19 al 30 de noviembre de 1979

W. Benedetti asiste a Curso sobre Didáctica Aplicada a las Ciencias de la Salud en NUTES/CLATES de Río de Janeiro.

Del 3 al 7 de diciembre de 1979

W. Benedetti asiste al Curso sobre Dinámica de Grupos en NUTES/CLATES de Río de Janeiro.

Además, dentro de su programa de educación continua, tramitó y obtuvo a través de la División de Servicios Integrados de Salud de la OPS la presencia de profesores extranjeros para dictar conferencias y pequeños cursillos de actualización.

Ocho profesores de los Estados Unidos de América, a saber: Norberto y Alicia Ferragoso, de la Universidad de Tennessee (1977); Sal Schneider, de San Francisco, California (marzo de 1979); Richard Weinberg, de la Universidad de California (abril de 1979); Louis Gluck de San Diego, Universidad de California (octubre de 1979); Chester Martins de la

Universidad de Southern California (octubre de 1979); Avroy Fanaroff, de la Western Reserve, Universidad de Cleveland (diciembre de 1979) y Charles Hendricks, de Chapel Hill, Carolina del Norte (mayo de 1980).

Tres profesores de Inglaterra: Alexander Turnbull, de la Universidad de Oxford (octubre de 1979); John Scopes, de la Universidad de Londres (octubre de 1979) y John Dewhurst, de la Universidad de Londres (mayo de 1980).

Un profesor de España, José M. Carreras, de la Universidad Autónoma de Barcelona (diciembre de 1977).

Un profesor de Holanda, Tom Eskes de la Universidad de Nijmegin.

Un profesor de México, Eduardo Jurado García del Instituto Nacional de Perinatología (DIF).

4.6.4 Entrevistar a personal de distintos niveles profesionales y obtener su opinión en cuanto al grado de satisfacción con la tarea y condiciones de la misma, así como a sus perspectivas y expectaciones en cuanto al futuro del CLAP.

El Comité de Evaluación formuló 2 cuestionarios a fin de satisfacer esta demanda, uno para el personal técnico y el otro para el personal administrativo (véase Anexos 1 y 2).

Los resultados de su aplicación se condensan en la Tabla 8 del Anexo I, que se explica por sí sola.

De su analásis se desprende que:

1) Existe una gran mística entre los trabajadores del Centro, tanto nacionales como internacionales, que les permite identificarse con la labor del Centro y acrecentar su sentido de responsabilidad.

2) Que el personal nacional siente una gran inestabilidad laboral y carece de prestaciones laborales, cosa que no sucede con el personal internacional.

3) Que el personal está identificado con el enfoque de atención primaria y desarrollo de investigación operacional.

4) Que todos están orgullosos de pertenecer al CLAP y concientes de la labor del mismo en la Región de las Américas.

5) Que ninguno, ni nacional ni internacional, ve con buenos ojos la posible transformación del Centro en un organismo nacional.

6) Que todos desean permanecer unidos y tienen confianza en mejorar su actuación.

4.6.5. A juicio de los evaluadores, ¿hasta qué punto debe el Centro continuar con personal internacional más allá de 1982? ¿Cuál sería la composición ideal en términos de especialidad de los integrantes?

El Comité de Evaluación piensa que la existencia del CLAP en sus características y dimensiones actuales está llenando una función fundamental para las metas de la OPS.

Caso contrario, sugiere en segunda instancia, que el CLAP se transforme en un organismo híbrido que se acople a un Departamento de Perinatología del Uruguay, bajo la Dirección del Dr. Caldeyro-Barcia y reciba los beneficios de apoyo económico y recursos humanos internacionales comisionados en dicho Departamento, a fin de no frenar y perder los grandes beneficios que está produciendo.

4.7 Financiación y presupuesto

4.7.1 Analizar el presupuesto según origen de los fondos. ¿Qué montos y proporciones de fondos extrapresupuestarios se han recibido en los últimos cinco años? ¿Cuáles han sido los donantes y qué relevancia tienen esos proyectos extrapresupuestarios con los objetivos del Centro y de la OPS?

La Tabla 10, en el Anexo I, presenta comparativamente y desde la fundación del CLAP, las características del ingreso de recursos financieros, según año calendario y origen de los fondos (ver Figura 7, Anexo I).

Es interesante notar que la aportación extrapresupuestaria es oscilante y, por ende, no es sólida (véase además la Figura 7 en el Anexo I que lo hace muy aparente).

En la Tabla 11 (Anexo I)se analiza solamente para el quinquenio motivo de esta evaluación, los incrementos del presupuesto regular de la OMS/OPS que oscilan desde -1.0% en el año 1977 hasta 9.48% en 1978 (compensatoria) y que para el quinquenio dan un incremento promedio del 5.24%, el cual está lejos del incremento tolerable del 7.9% en la OPS para este tipo de centros.

El Comité de Evaluación consideró pertinente buscar datos y dejar establecido de una vez el monto aproximado de la aportación del Hospital de Clínicas y de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República Oriental del Uruguay al CLAP, cuando menos en el año de 1980 (ver Tabla 12, Anexo I).

Interesantemente, se encuentra que dicha aportación "no visible" alcanza al año la cifra de más de EUA$400.000.

En la Tabla 13 del Anexo I, se presenta la distribución de las erogaciones anuales del CLAP durante el quinquenio motivo de la evaluación.

Se hace aparente que los gastos por rubros parecen razonablemente distribuidos en función de los lineamientos administrativos generales.

Finalmente, el Comité de Evaluación, con el ánimo de hacer ver el lado humano de los aspectos financieros ofrece a la consideración de las autoridades, la Tabla 14 en el Anexo I, en la que se analiza la evolución del poder adquisitivo del salario de los trabajadores nacionales del CLAP.

4.7.2 Considerar si la distribución del presupuesto guarda relación con las actividades esperadas del Centro. Aplicar este criterio tanto al presupuesto regular como a lo extrapresupuestario.

El análisis de los datos lleva a concluir que hay una excelente relación entre lo gastado y lo producido y que la relación costo/beneficio es a favor de este último.

Sería conveniente que los programas básicos de la OPS, no dependieran de fondos extrapresupuestarios.

4.8 Planta física y equipamiento

4.8.1 El CLAP tiene su sede en los pisos 15 y 16 del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" de la Universidad de la República Oriental del Uruguay. La Facultad de Medicina y la Universidad, de acuerdo con la Dirección del Hospital de Clínicas (universitario), han prestado para el funcionamiento del CLAP gran parte de los pisos 15 y 16 y del basamento totalizando 4.160 metros cuadrados (véase Figuras 8, 9 y 10 en Anexo I).

Descripción de los locales del CLAP.

Piso 16

1) Dirección
2) Secretaría
3) Administración contable
4) Fotografia, dibujo, archivo de negativos y álbumes de diapositivos clasificados
5) Archivo y armado de diapositivos y films
6) Mimeógrafo
7) Toilettes
8) Vestuarios del personal
9) Depósitos de materiales

10) Oficina
11) Taller de electrónica
12) Laboratorios para el desarrollo de tecnologías apropiadas
13) Sala de seminarios y reuniones
14) Oficinas del personal profesional
15) Salón de clases

Piso 15

1) Biblioteca
2) Aula para becarios
3) Oficinas para becarios

Basamento

La Unidad de Procesamiento de Información del CLAP está ubicada en el basamento del Hospital y tiene una superficie de 400 m2. Se comunica con los pisos 15 y 16 por medio de un monitor terminal de la computadora.

Además de estas instalaciones, el CLAP tiene acceso al uso de los salones para reuniones internacionales, a las que pueden asistir un gran número de personas. Estos están ubicados en el piso 3 y están especialmente diseñados para realizar talleres donde se requieren varios locales separados para trabajo grupal. Esta planta cuenta además con facilidades para secretaría y otros servicios de apoyo. La planta física del tercer piso es equivalente a la que dispone el CLAP en el piso 16.

4.8.2 Las instalaciones descritas guardan una buena adecuación para las diversas actividades intramurales que realiza el Centro.

4.8.3 Todos los equipos están en buenas condiciones de funcionamiento. Son mantenidos por la Unidad de Mantenimiento y Reparación del CLAP. Se cuenta para ello con manuales de mantenimiento entregados por las casas productoras en carácter de excepción. Para el manejo de cada equipo, el personal a cargo ha sido especialmente adiestrado.

4.8.4 El CLAP, durante el año de 1980, adquirió con fondos de la Fundación W. K. Kellogg una Unidad de Procesamiento para almacenar y elaborar información en salud. Esta Unidad necesita ahora el agregado de un Plotter para realizar en forma automatizada histogramas, diagramas de dispersión y otros sobre la base de información digital (se adquirirá en 1981 con fondos de la Fundación W. K. Kellogg).

Todas las publicaciones impresas en el CLAP se compaginan a mano. Esto genera una enorme dificultad debido a que hay que distraer personal para esa tarea. Por ello, el CLAP necesita adquirir un compaginador automático.

4.9 Coordinación

4.9.1 Las relaciones con la Representación de la OPS en Uruguay han sido óptimas y estrechas, habiéndose trabajado siempre en íntima relación y realizando por lo menos una reunión por semana. La Representación de Area VI ha cooperado siempre que se le ha solicitado y facilitado las actividades del CLAP en el Area.

Las relaciones con el Ministro de Salud Pública, Dr. Antonio Cañellas, son excelentes, habiendo siempre apoyado al máximo las actividades del CLAP, especialmente el Proyecto que se realiza en Cerro Largo. Buena cooperación han prestado los Jefes de División del Ministerio de Salud Pública. Merece destacarse la extraordinaria ayuda que ha prestado la Dirección Departamental de Salud de Cerro Largo (Coronel Retirado Bernardo Díaz y Dr. Eduardo Gamio), así como el genuino interés de los funcionarios de Río Branco.

El Director del Hospital de Clínicas siempre cooperó entusiastamente con el CLAP; recientemente cedió el local, previamente acondicionado, que ocupa la Unidad de Procesamiento de la Información (en el Basamento del Hospital) y paga una parte importante de los salarios de 8 funcionarios de dicha Unidad. Antes había cedido el salón usado como aula para los becarios en el piso 15 y las oficinas adyacentes para los mismos.

4.9.2 El CLAP no tiene participación en otros proyectos de la OPS en el Uruguay. El CLAP está comenzando a obtener más colaboración del personal del AMRO-5103 para el proyecto de Cerro Largo. El personal del CLAP que participa en el Proyecto Cerro Largo, está aguardando a ser llamado a prestar cooperación técnica a los proyectos que a nivel regional organice el AMRO-5103.

4.9.3 El CLAP prestará la más entusiasta cooperación (solo limitada por las graves y crecientes restricciones financieras), a todos los proyectos relacionados con la División de Servicios Integrados de Salud (u otras Divisiones de la OPS) que le soliciten.

El Comité de Evaluación solicitó a través de la Representación de la OPS y de la Dirección del CLAP audiencias con los funcionarios: Ministro de Salud, Personal de Seguridad Social, Decano de la Facultad de Medicina, Director del Hospital de Clínicas y el Profesor Titular de la Clínica Gineco-Tocológica.

Nos permitimos reunir las impresiones que quedaron en el Comité de Evaluación después de dichas audiencias en la Tabla 9 (Anexo I), que por sí sola se explica.

Es conveniente señalar que localmente, es decir en el país sede, el CLAP ha aumentado en campo de influencia gracias a que se ha solicitado su cooperación técnica por los funcionarios de la Dirección General de la Seguridad Social del Uruguay (Acta No. 217/A/80 del 23 de octubre de 1980 dirigida al Ministro del Trabajo y Seguridad Social por el Director General de la Seguridad Social) y esta ha sido autorizada (Nota No. 7343 Referencia 19816/80,0A, del 14 de noviembre de 1980 que el Ministro de Salud Pública dirige al Representante de la OMS/OPS en Uruguay).

4.10 Prospectivas

4.10.1 Las prioridades de salud maternoinfantil en la Región, ¿indicarán mayor o menor prioridad para el área de acción de este Centro?

El Comité de Evaluación concluye que es evidente que continúan siendo prevalentes en la Región las prioridades de salud de la familia enfocadas a los grupos más vulnerable -la madre, el feto y el recién nacido- y cuyos riesgos deben ir siendo disminuidos a fin de lograr "salud para todos para el año 2000".

Por tanto, el área de acción del CLAP debe ser preservada y más aún ampliada, creando alrededor del CLAP una red de centros colaboradores de la Organización en el área perinatal, conforme estos vayan surgiendo en los países y merezcan la denominación.

4.10.2 ¿Se mantendrán los mismos requerimientos de cooperación técnica por parte de los países, o estos ya habrán desarrollado su propia capacidad?

El Comité de Evaluación concluye que, por el momento, es impredecible señalar cuándo es que los países de la Región lograrán desarrollar sus capacidades para otorgar los servicios perinatológicos (con la concepción perinatal dada en el marco de referencia de esta evaluación) que sus habitantes merecen.

Por lo tanto, los requerimientos de cooperación técnica de los países no solamente se mantendrán en el nivel actual, sino que tenderán a incrementarse.

4.10.3 ¿Cuál será la proporción ideal entre acciones de docencia, investigación y cooperación técnica a los países en dos años más?

El Comité de Evaluación en vista de la información recogida y analizada concluye que:

Las necesidades prioritarias de los países de la Región, países en vías de desarrollo o subdesarrollados son:

1) Investigación de la calidad y magnitud de los problemas de salud que afectan a la población, con las características que las condiciones que cada país les imprimen y que hacen que las soluciones no puedan ser transplantadas de países altamente evolucionados, ya que los resultados no siempre serán satisfactorios a largo plazo.

2) Por ende, la necesidad de que la docencia esté orientada hacia las soluciones de los problemas que la investigación haya detectado con la tecnología apropiada y la operacionalidad que la investigación local haya validado. La docencia deberá orientarse hacia:

   2.1) Las actividades responsables del bienestar bio-psico-social de las comunidades;

   2.2) El personal profesional y/o empírico que otorga los servicios de salud;

   2.3) La propia comunidad, concientizándola de su auto-capacidad para resolver sus problemas.

3) Uso racional de recursos: humanos, financieros y tecnológicos.

Por ende, parece ser que, para los próximos 5 años, el CLAP podría basar sus acciones en la orientación de sus actividades en la Región a una distribución así:

40% Acciones de investigación
40% Acciones docentes
20% Acciones operativas

4.10.4 ¿Qué posibilidades habría por parte del país-huésped, de absorber las presentes funciones del CLAP a través de un centro nacional?

Las opiniones recogidas entre las autoridades de la salud y entre los propios funcionarios, nacionales e internacionales del CLAP, permiten al Comité de Evaluación concluir que:

Por el momento, no se ven posibilidades de que las dimensiones actuales del CLAP pudieran preservarse a través de un centro nacional, que absorbiera totalmente al CLAP (personal, programas nacionales e internacionales, necesidades de equipo y mantenimiento).

De transformarse en centro nacional, solo sería posible bajo la forma de "Departamento de Perinatología" del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República

Oriental del Uruguay; tal situación evidentemente reduciría considerablemente la capacidad actual del CLAP de servicio internacional, y solo beneficiaría al país, de mediar acuerdos al respecto con el Ministerio de Salud y la Dirección de Seguridad Social que, aunque actualmente tienen vigencia, habría necesidad de renovar al cambiar la situación jurídica del CLAP.

4.10.5 ¿Cuáles serían las opciones futuras para este Centro?

El Comité de Evaluación, en respuesta a esta demanda y concretando lo ya expuesto en el texto de este informe, se permite sugerir lo siguiente en orden de prioridad de beneficio a los países de la Región:

1) Que la OPS procure conservar las características actuales del CLAP, visto su excelente desempeño y los grandes beneficios que a bajo costo ha logrado en sus 11 años de existencia.

2) En caso de que tal cosa no sea factible por razones internas, entonces queda una alternativa: "transformación gradual en centro nacional".

Permítasenos aclarar:

Existe acuerdo de las autoridades del país sede en aceptar la existencia de un Departamento de Perinatología del Hospital de Clínicas, basado en los bienes, recursos humanos y programa nacional del CLAP, bajo la Dirección del actual Director del CLAP. Véase la posibilidad de que la Organización mantenga su apoyo financiero y de personal internacional para destinarlos a programas específicos de investigación (de tecnología apropiada, epidemiológica, clínica y básica), de capacitación y docencia y de enfoques de riesgo, para mantener las soluciones a las demandas de los países de la Región.

3) Procúrese que los Países Miembros -o cuando menos algunos de ellos- desarrollen su potencialidad para crear centros nacionales y establezcan entonces una red de centros colaboradores en el área perinatal, cuya importancia para el futuro de los planes de la Organización es indudable, ya que el propio Director-General de la OMS, lo hizo ver recientemente.

De conservarse las dimensiones y características actuales del CLAP, este podría ser considerado el Centro Rector.

ANEXO I

Figura 2, Silla obstétrica diseñada por el CLAP para la atención del período expulsivo del parto y cuyo uso se ha diseminado en varios países de la Región de las Américas

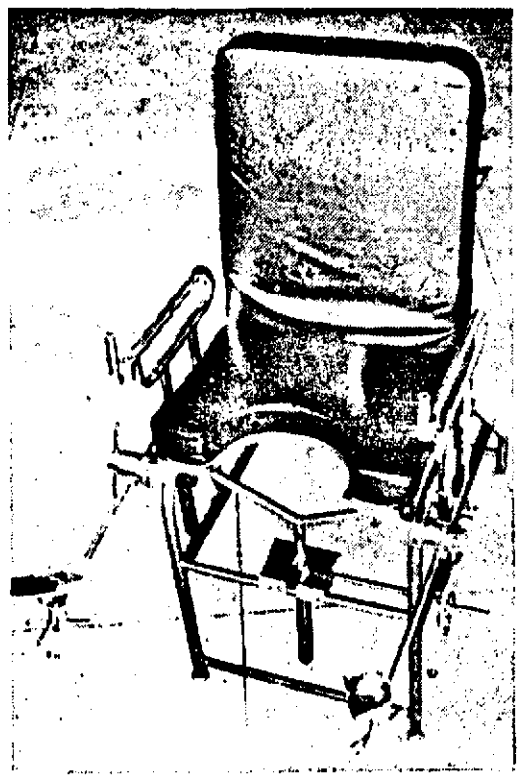
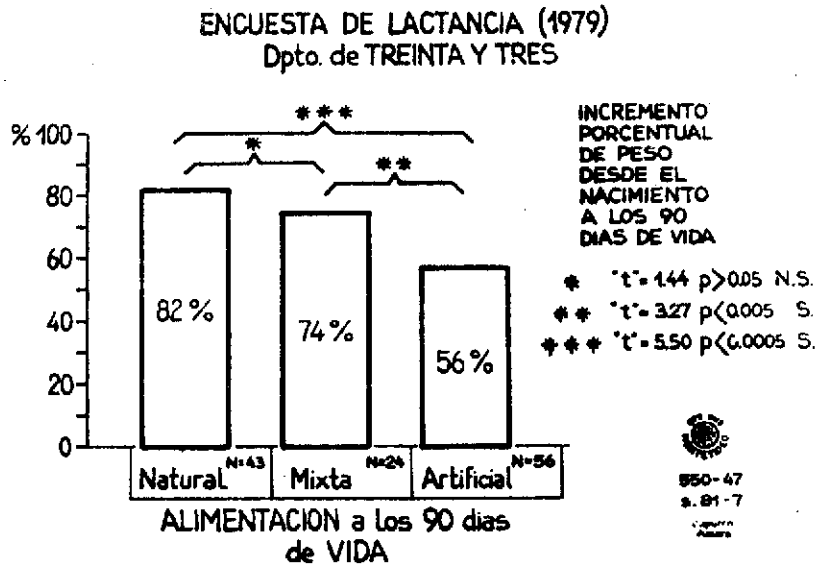


Figura 3, Influencia de la lactancia materna sobre las condiciones del recién nacido



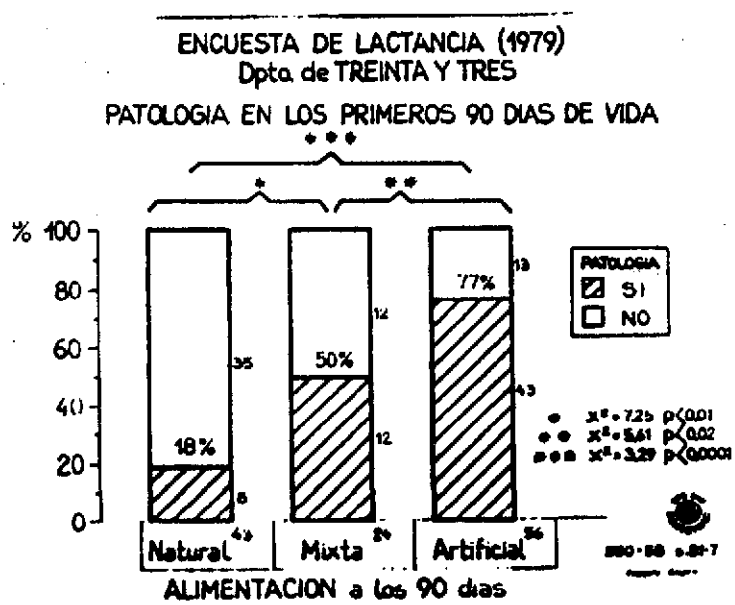


Figura 4, Programa: Manejo perinatal de la prematurez

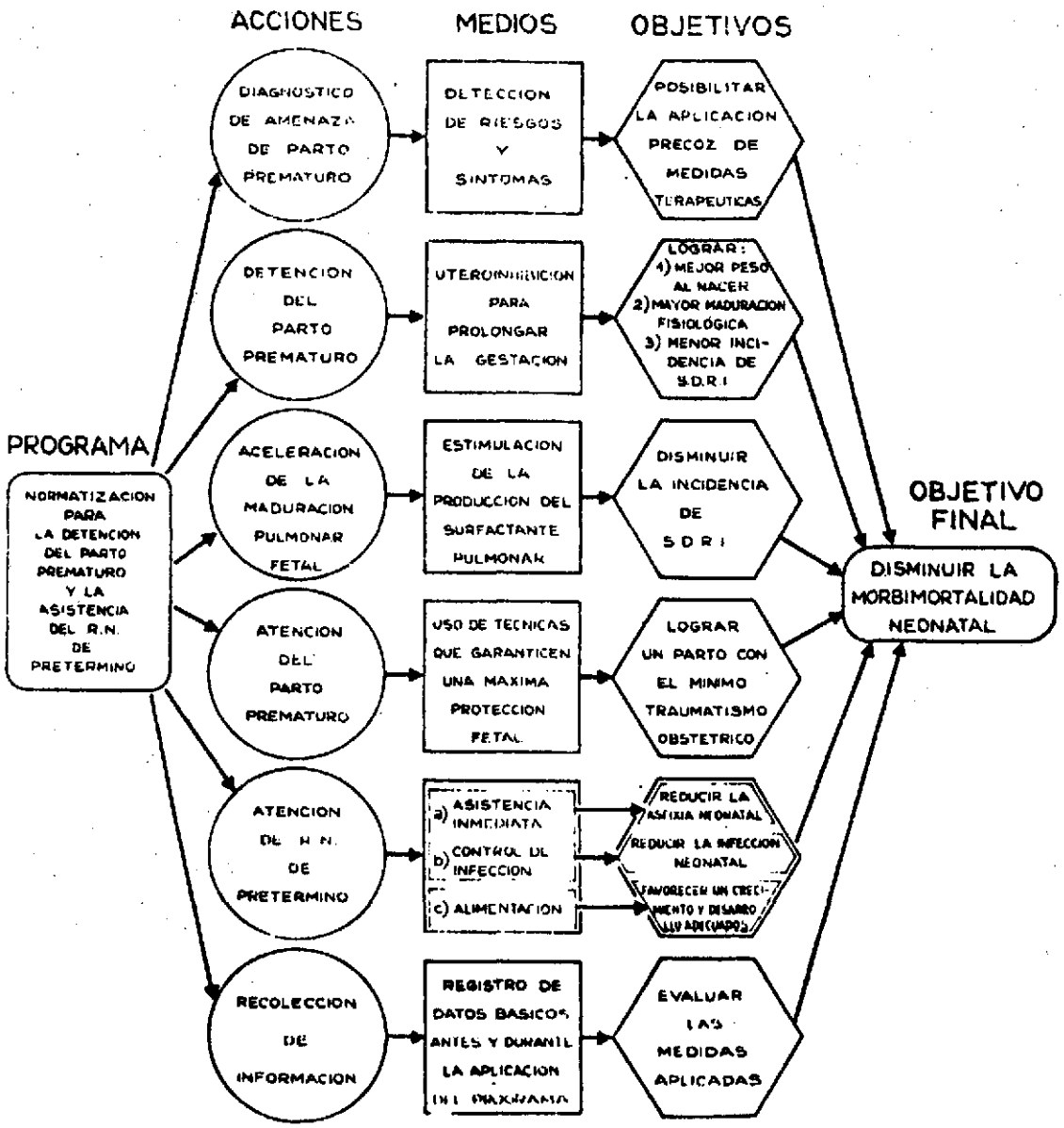
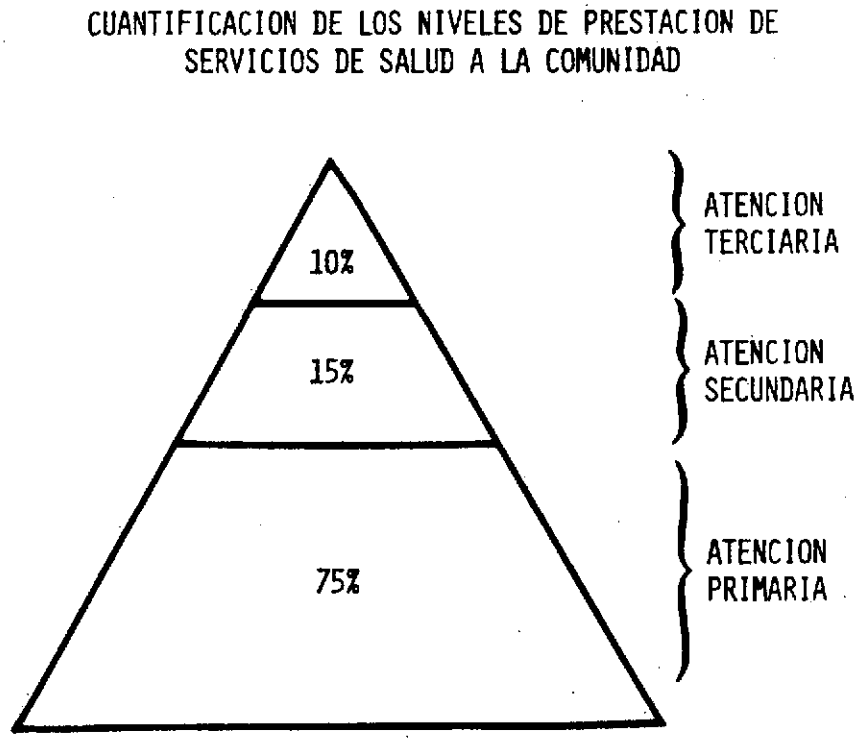


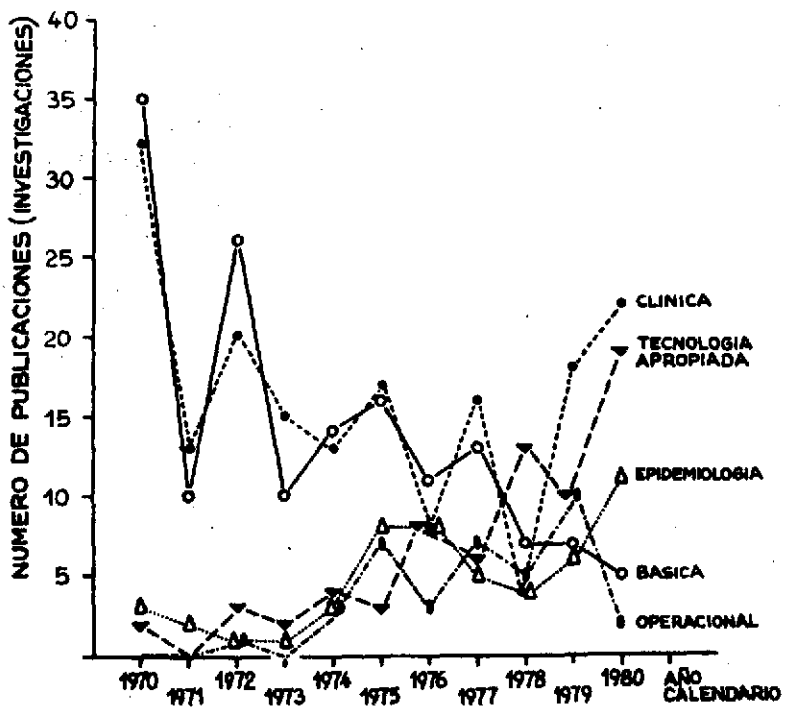
Figura 5, Cuantificación de los niveles de prestación de servicios de salud a la comunidad



FUENTE: DATOS CRUDOS OBTENIDOS EN EL PROGRAMA DEL CLAP LLAMADO "CERRO LARGO Y TREINTA Y TRES"

JURADO/SAYEG
1981

Figura 6



NUMERO Y TIPO DE INVESTIGACIONES REALIZADAS EN EL CLAP Y PUBLICADAS POR AÑO EN EL PERIODO 1970 - 1980

Fuente :
Documentos
D.I. CLAP 8-76 y
CLAP 622 Capítulo V
D.I. CLAP 881

Figura 7

CLAP/OPS/OMS - Evaluacion quinquenal 1976-1980
análisis gráfico del presupuesto del CLAP
desde su fundación

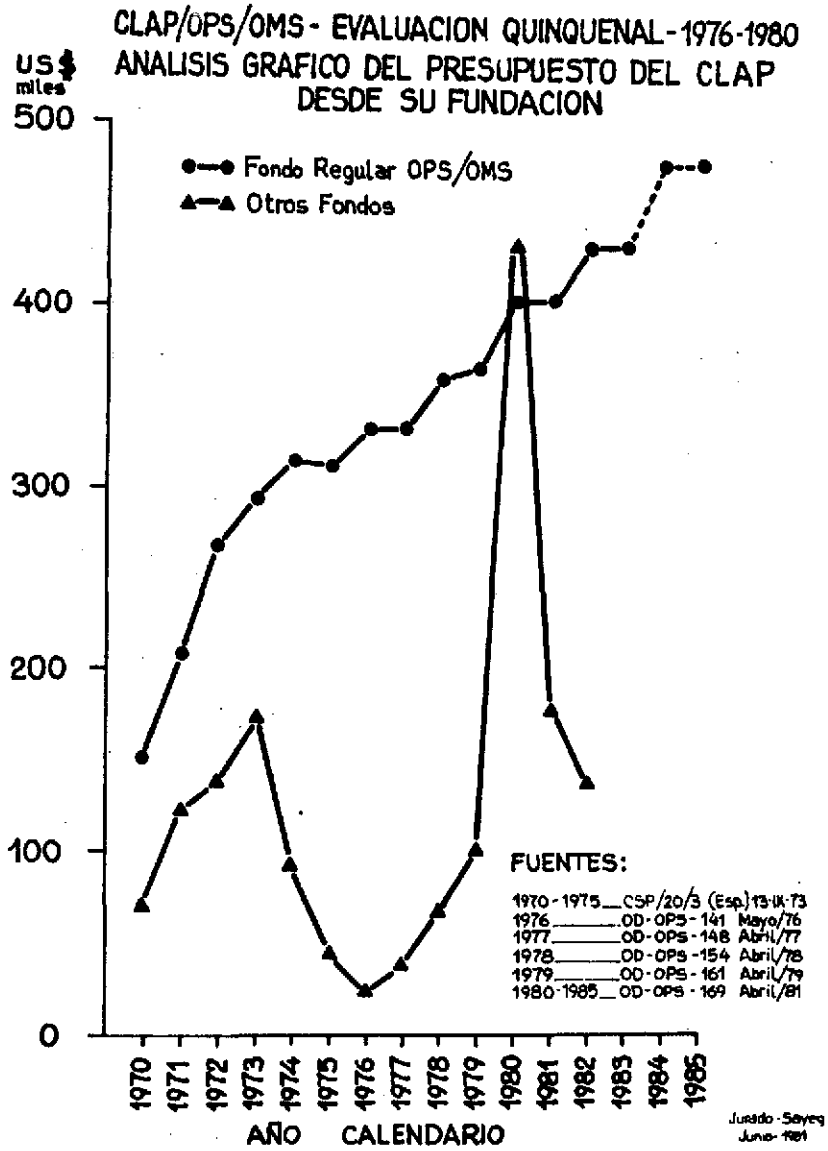


Figura 8

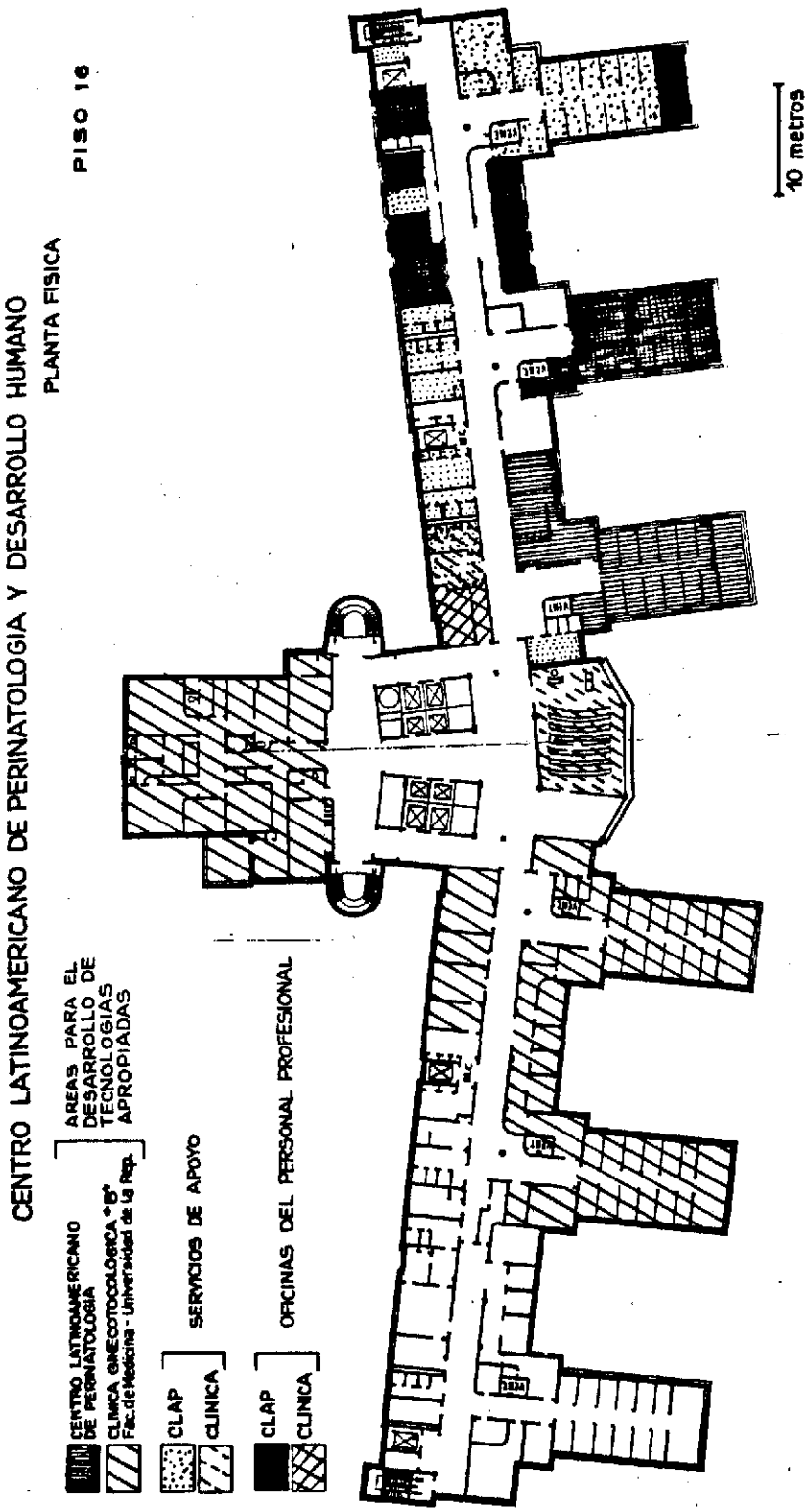

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO
PLANTA FISICA
PISO 1º
AREAS PARA EL DESARROLLO DE TECNOLOGIAS APROPIADAS
CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
CLINICA GINECOTOCOLOGICA "B" Fac. de Medicina - Universidad de la Rep.
SERVICIOS DE APOYO
CLAP
CLINICA
OFICINAS DEL PERSONAL PROFESIONAL
CLAP
CLINICA
10 metros

Figura 9

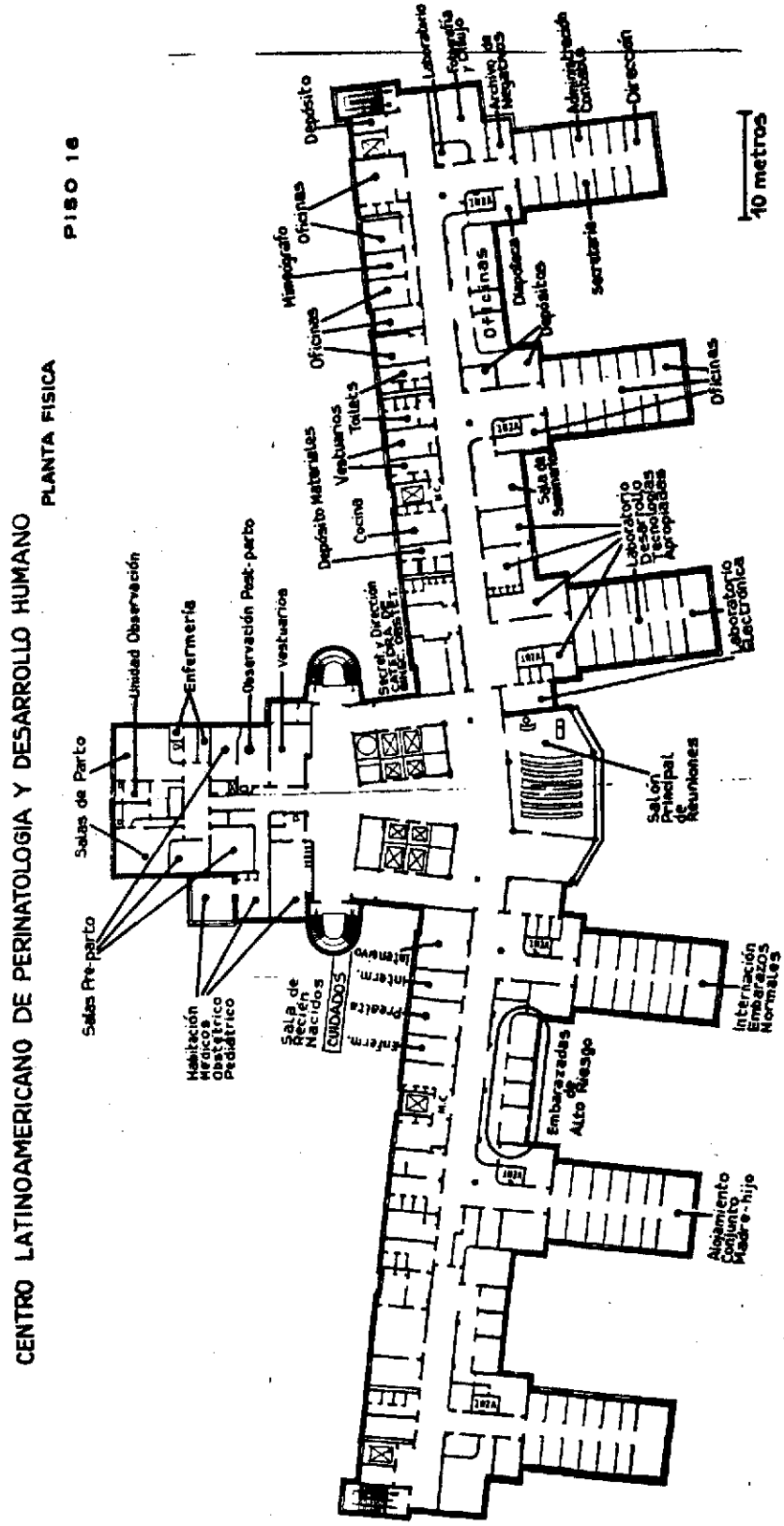

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO
PLANTA FISICA
PISO 1e
10 metros
Depósito
Laboratorio
Fotografía y Dibujo
Archivo de Registros
Administración Contable
Dirección
Secretaria
Oficinas
Depósitos
Hemógrafo
Oficinas
Oficinas
Vestuarios
Toilets
Depósito Materiales
Cocina
Sala de Seminario
Laboratorio Bacteriológico Micológico Parasitológico
Laboratorio Electrónica
Unidad Observación
Enfermería
Observación Post-parto
Vestuarios
Salón Principal de Reuniones
Salas de Parto
Salas Pre-parto
Habitación Médicos Obstétrico Pediátrico
Sala de Recién Nacidos
CUIDADOS
Internación Embarazos Normales
Embarazadas Alto Riesgo
Alojamiento Conjunto Madre-hijo

Figura 10

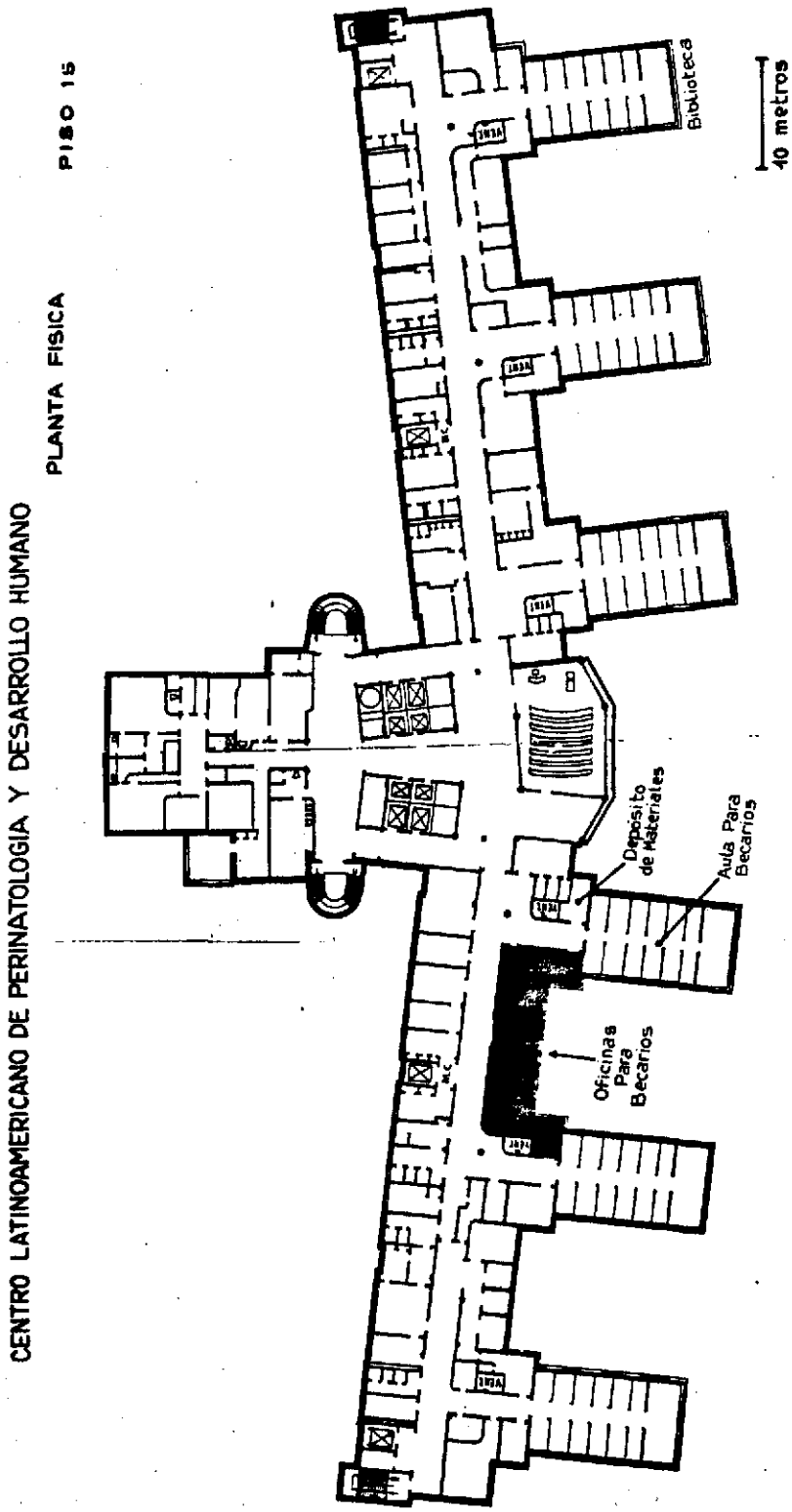

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO
PLANTA FISICA
PISO 1S
Biblioteca
40 metros
Deposito de Materiales
Aula Para Becarios
Oficinas Para Becarios

TABLA No. 1

Análisis de la Tendencia Evolutiva del Tipo de Investigaciones Realizadas por el CLAP desde su Fundación (1970 - 1980)

AÑO	Tipo de las Investigaciones Realizadas					TOTAL
	Básica	Clínica	Tecnologías Apropiadas	Operativa	Epidemiológica	
1970	35	32	2	-	3	72
1971	10	13	-	-	2	25
1972	26	20	3	1	1	51
1973	10	15	2	-	1	28
1974	14	13	4	3	3	37
1975	16	17	3	8	7	51
1976	11	8	8	3	8	38
1977	13	16	6	7	5	47
1978	7	4	13	5	4	33
1979	7	18	10	10	6	51
1980	5	22	19	2	11	59
TOTAL	154	178	70	39	51	492

FUENTE: Documentos: D1-CLAP 8-76
CLAP 622 Capítulo V
y CLAP 881.

Tabla 2

Tendencia Evolutiva de la Investigación del CLAP

Tipo de Investigación	Convenio EV-AGR URU-4102	Convenio ST/AGR AMRO-4920	Convenio SSA AMRO AMRO-1370
Básica	45%	28%	11%
Clínica	44%	26%	36%
Tecnología apropiada	5%	18%	26%
Operacional	2%	14%	11%
Epidemiológica	4%	14%	16%
Total de trabajos	213	169	110

Tabla 2 (Bis)

Funciones docentes - capacitación de personal carga horaria en el quinquenio 1976-1980

Tipo de Curso en CLAP	Duración	No Cursos	Carga Horaria por Año					Total Horas Quinquenio
			1976	1977	1978	1979	1980	
1) Fundamentos Científicos del Cuidado Integral de la Madre, Feto y Recién Nacido	12 m.	3	1920	1920	1920	-	-	5.760
	9 m.	2	-	-	-	1440	1440	2.880
								8.640
2) Entrenameinto en Investigación en Medicina Perinatal	12 m.	1	1920					1.920
	24 m.	4		3840	3840	3840	3840	15.360
								17.280
3) Tecnologías Apropiadas para la Atención Perinatal y Materno-Infantil	1 s.	6	40	40	40	40	80	240
4) Tecnologías Apropiadas de Enfermería-Obstetricia para la Atención Perinatal y Materno-Infantil	2 s.	5	80	80	80	80	80	400
5) Introducción a la Ultrasonografía en Perinatología	1 s.	4	-	40	40	40	40	160
6) Curso completo de Ecografía en Perinatología	3 m.	1	-	-	-	-	480	480
7) Bioestadística y Computación Aplicables al Area Perinatal	2 s.	2	-	-	-	80	80	160
8) Introducción a la Salud Pública Perinatal y Materno-Infantil	2 s.	3	-	-	80	80	80	240
9) Cursos Tutoriales con Porgramas Independientes	13 s.	5	2600	-	-	-	-	2.600
	4 s.	2	-	320	-	-	-	320
	4,5 s.	7	-	-	1280	-	-	1.280
	3 s.	4	-	-	-	520		520
	8,5 s.	20	-	-	-	-	6680	6.680
								11.400
TOTAL HORAS	-	69	6560	6240	7280	6120	12800	39.000

FUENTE: Autoevaluación del CLAP, mayo, 1981.
La flecha indica el inicio y terminación de la actividad.

Tabla 3

Evaluación quinquenal - 1976-1980
número de participantes según curso y número horas/alumno

Tipo de Curso en CLAP	No. participantes en el Quinquenio TOTAL	Horas/Alumno en el Quinquenio TOTAL
1. Fundamentos Científicos del Cuidado Integral de la Madre, Feto y Recién Nacido (12 meses y 9 meses).	59	509,760
2. Entrenamiento en Investigación en Medicina Perinatal (24 meses)	16	276,480
3. Tecnologías Apropiadas para la Atención Perinatal y Materno-Infantil (1 semana)	206	49,440
4. Tecnologías Apropiadas de Enfermería-Obstetricia para la Atención Perinatal y Materno-Infantil (2 semanas)	146	58,400
5. Introducción a la Ultrasonografía en Perinatología (1 semana)	114	18,240
6. Curso Completo de Ecografía en Perinatología (3 meses)	4	1,920
7. Bioestadística y Computación Aplicable al Area Perinatal (2 semanas)	77	11,840
8. Introducción a la Salud Pública Perinatal y Materno-Infantil (2 semanas)	154	36,960
9. Cursos Tutoriales (individuales) con Programas Independizados (4 a 16 semanas)	38	11,394
TOTAL	821	974,434

Fuentes: Autoevaluación de CLAP, Mayo 1981

Tabla 4

Actividades de capacitación en las Américas (1975-1980)

Actividades / País	Conferencias	Seminarios a cargo del CLAP	Cursos a cargo del CLAP	Participación en Congresos	Reuniones de trabajo	TOTALES PARA CADA PAIS	INVERSION EN HORA/ALUMNO EN CADA PAIS
$\bar{x}$ duración en horas	1 hora	16 horas	40 horas	1 hora	8 horas		
$\bar{x}$ Nº participantes	100 particip.	50 asistentes	50 alumnos	100 asistentes	20 participantes		
Argentina	71	13	9	7	5	105	37,000
Bolivia	10	-	1	1	-	12	3,100
Brasil	67	8	10	16	4	105	35,340
Chile	34	-	-	4	-	38	3,800
Colombia	13	1	4	3	2	23	10,720
Estados Unidos	27	-	-	-	1	28	2,860
Guatemala	3	-	1	-	1	5	2,460
Honduras	12	-	1	2	-	15	3,400
México	14	-	1	1	2	18	3,820
Panamá	26	3	2	-	2	33	9,320
Paraguay	14	-	2	2	-	18	5,600
Perú	3	-	-	-	-	3	300
Puerto Rico	-	-	1	-	-	1	2,000
Rep.Dominicana	-	-	1	-	-	1	2,000
Salvador	4	-	1	-	-	5	2,400
Uruguay	40	4	2	5	1	52	11,860
Venezuela	27	2	1	2	1	33	6,600
TOTAL	365	31	37	43	19	495	
TOTAL Horas/Alumnos	36,500	24,800	74,000	4,300	3,040	142,640	142,640

FUENTE: Auto evaluación del CLAP. Documento CLAP 922.

Tabla 5

Evaluación quinquenal - 1976-1980
Cooperación técnica a los países de la Región

Año / País	Cooperación Técnica					Total de Días Consultor por país
	1976	1977	1978	1979	1980	
Argentina	59	61	89	91	117	417
Bolivia	16	15	10	21	--	62
Brasil	17	57	180	97	60	411
Chile	--	14	26	6	16	62
Colombia	76	24	4	12	36	152
Costa Rica	15	--	2	--	--	17
Ecuador	--	--	--	--	2	2
Guatemala	--	11	22	5	5	43
Honduras	--	19	12	8	2	41
Jamaica	--	--	--	--	4	4
México	47	--	33	9	29	118
Panamá	15	13	32	23	41	124
Paraguay	4	3	9	12	1	29
Perú	--	7	6	--	--	13
Puerto Rico	--	--	14	--	--	14
República Dominicana	--	--	16	--	--	16
Salvador	--	--	13	--	--	13
Uruguay	10	20	25	60	126	241
Venezuela	65	64	32	14	11	186
Total días consultores por año	324	308	525	358	450	1965

FUENTE: Informe Narrativo de las Actividades del CLAP.
Año 1976; Año 1977, CLAP 756; Año 1978, CLAP 804;
Año 1979, CLAP 861; Año 1980, AMPES.

Tabla 6

Producción y distribución de material audiovisual según aplicación a niveles de complejidad

TEMAS	Cantidad de diapositivos utilizables a los niveles			
	Primario	Secundario	Terciario	Total
-Lactancia y relación madre-hijo	205			
-Normatización prematurez/pretérmino	180			
-Historia clínica perinatal	170			
-Fisiología obstétrica	210			
-Fisiología de parto normal	336			
-Atención perinatal regionalizada	117			
-Organización de la atención neonatal	25			
-Alojamiento conjunto (madre y recién nacido)	61			
-Simplificación del método/determinación edad gestacional de recién nacido	28			
-Sufrimiento fetal crónico (durante el embarazo)		90		
-Ocitocina		198		
-Control de las infecciones en recién nacido		23		
-Adaptación cardiorespiratoria de recién nacido		29		
-Maduración del pulmón del feto		121		
-Examen neurológico del recién nacido		211		
-Crecimiento posnatal normal y patológico		30		
-Amniotomía			81	
-Uteroinhibición			30	
-Alto riesgo perinatal			40	
-Placenta			250	
-Sufrimiento fetal agudo			91	
-Reanimación del recién nacido deprimido			18	
-Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido			71	
-Ecografía			70	
TOTAL	1332	702	651	2685

FUENTE: CLAP 922.

TABLA 7

Personal del CLAP, presupuesto salarial mensual
horas contratadas y costo hora/mes

Categoría Profesional	Personal del CLAP		Percepción salarial Mensual (US$)		Horas semanales contratadas
	Internacional	Nacional	Int'l.(incluyendo prestaciones laborales)	Nacional carente de prestaciones	
Obstetra Perinatólogo	3	5	16,408	3,631	200 hrs.
Pediatra Perinatólogo	1	3		2,383	100
Pediatra Salubrista		1		645	20
Médico Bioquímico		1		1,291	40
Médico Fisiólogo Perinatólogo		2		1,503	80
Médico Bioestadístico		1		830	40
Partera		2		897	80
Auxiliar de Enfermería		1		322	45
Auxiliar de Laboratorio		1		356	40
Técnico de Laboratorio		1		103	10
Contador		1		200	5
Oficial de Administración		1		511	40
Administrativo Sup.		1		527	30
Auxiliar de Administración		1		295	25
Auxiliar de Serv. Generales		1		233	40
Secretaria		5		2,016	188
Fotografía		1		453	27
Dibujante		1		484	40
Audiovisual		1		491	28
Electrónica		3		1,170	90
Limpieza		3		482	95
Biblioteca		5		1,220	124
Informática		9		3,344	250
TOTAL	4	51	16,408	23,387	1,637 hs/Sem.
			Costo/ Hora/Mes	Nacional: US$3.6/hora Internac. US$25.6/hora	

Observación: Considerose el mes con 4 semanas de 5 días.

Fuente: Autoevaluación del CLAP - 922 (2.6) Página 4 a 13.

Tabla 8

Resumen de los resultados obtenidos en la ecuesta del personal del CLAP, mayo de 1981

Nº	Principales áreas identificadas en la encuesta:	Funcionarios del CLAP encuestados: Médicos (15)* OPS (4)	Médicos (15)* Nacionales (11)	Parteras (2) Laboratorio (2) Enfermería (1)	Técnicos (8)	Informática (11)	Biblioteca (5)	Secretariado (8)	Becarios ** (4)	TOTAL DE ENCUESTAS (54).
1	Conocimiento de los objetivos del CLAP	Todos	La Mayoría	Parcial	Todos	Solo el Jefe	Todos	Todos	Todos	
2	Existencia de mística en el trabajo	Todos	Todos	Todos	Todos	Todos	Todos	Todos	Todos	Todos
3	Antigüedad en el Centro:									
	3.1.- Menos de 1 año	-	-	-	-	4	-	-	-	4
	3.2.- 1.1 a 2.0 años	-	-	-	-	5	2	-	(4)	7
	3.3.- 2.1 a 5.0 años	-	5	1	1	-	-	2	-	9
	3.4.- 5.1 a 10.0 años	2	3	4	-	1	1	2	-	13
	3.5. Mas de 10 años	2	3	-	7	-	2	4	-	18
4	Estabilidad de su contrato laboral	Si	No	No	No	No	No	No	-	No
5	Prestaciones laborales	Si	No	No	No	No	No	No	-	No
6	Poder adquisitivo del salario	Adecuado	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	-	Bajo
7	Conocimiento sobre el concepto de "Atención Primaria"	Desenfocado en algunos	Claro en la mayoría	Claro	Claro	Claro	Claro	Claro	Muy claro	Claro en la mayoría
8	Influencia del CLAP en el mejoramiento de la salud del país	Positiva	Positiva	Positiva	Positiva	Positiva	Positiva	Positiva	Positiva	Positiva
9	Influencia del CLAP en Latino-América	Definitiva	Definitiva	Positiva	Positiva	Positiva	Definitiva	Definitiva	Altamente Positiva	Positiva
10	Transformación del CLAP en Organismo Nacional	Dudosa	Inoportuna	Poco Recomendable	Poco Recomendable	Dudosa	Poco Recomendable	Dudosa	No Conveniente	Poco Recomendable
11	Sugerencias para el futuro	• No cerrar el CLAP. • Ver posibilidad de un Centro Mixto Nacional/Internal.	• Aumentar el Nº de becas con mayor intensidad • Aumentar el Nº de Cursos Cortos y de Técnicos Apoyo.	• Que la OPS no deje salir la inversión de 11 años en el CLAP. • Aumentar Nº de becarios y asegurar a 12 meses su capacitación.	• Que el CLAP no se transforme en Agencia Nacional	• Que se multiplique los trabajos de campo: (corto largo y SS).	• Que no se pierda el personal altamente capacitado del CLAP.	• Mejorar la información al personal • Equilibrar el salario	• Que busque bases sólidas en Salud de los países la razón del CLAP.	

* Los números entre paréntesis señalan la cantidad de encuestas.

** Los becarios no se consideraron funcionarios.

Fuente: Datos recogidos entre los funcionarios y becarios del CLAP. Durante la visita del Comité Evaluador. Mayo/1981.

Tabla 9

Resumen de las audiencias concedidas por las autoridades en Montevideo, Uruguay en relación al CLAP

A R E A S	Ministro de Salud	Representante OPS	Personal de la Seguridad Social	Universidad de la Rep. O. del Uruguay		
				Decano	Director Hosp. de Clinicas	Titular Gineco-obstetrico
1. Utilidad del CLAP a través de:						
Investigación	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Docencia	Indudable	Si	Si	Si, creó la neonatología	Si	Si
Cooperación técnica	Excelente	Si	Si	Si	Si	Si
2. Viabilidad del CLAP						
a) con la dimensión actual	Conveniente	Recomendable	Si	Lógica	Util	Si
b) como Centro Nacional	Condicionada	Dudosa	Dudosa	Limitada	Limitada	Recomendable
c) como Centro Mixto	Si	Si	Si	Si	Si	Si
3. Proyección Internacional						
a) en las condiciones actuales	Definitiva	Definitiva	Evidente	Si	Definitiva	Si
b) en otra condición	variable segun condición	Dependiente del tipo de apoyo	Dudosa	Difícil de precisar	Dudosa	Desapareceria

Fuente: Audiencias concedidas por las autoridades.

Tabla 10

Análisis del presupuesto anual del CLAP
desde su fundación, según origen de los fondos

AÑO	Presupuesto OPS/OMS		Otros Fondos*		Presupuesto Anual	
	U.S. Dólares	%	U.S. Dólares	%	U.S. Dólares	%
1970	150,083	67.3	72,794	32.7	222,877	100
1971	209,928	63.4	121,157	36.6	331,085	100
1972	267,449	65.9	138,406	34.1	405,855	100
1973	295,038	57.6	173,117	42.4	408,155	100
1974	314,482	76.8	94,354	23.2	407,467	100
1975	312,398	68.6	143,143	31.4	455,541	100
1976	333,431	93.2	24,542	6.8	357,973	100
1977	330,109	89.4	39,073	10.6	369,182	100
1978	361,400	84.1	68,226	15.9	429,626	100
1979	368,900	78.7	100,150	21.3	469,050	100
1980	401,900**	48.2	431,444	51.8	833,344	100
1981	401,900	69.2	179,078	30.8	580,978	100
1982	433,250**	76.0	136,778	24.0	570,028	100
1983	433,250	-	?	-	-	-
1984*	480,500**	-	?	-	-	-
1985*	480,500	-	?	-	-	-

* Otros fondos: ILAFIR, Population Council, Sandoz, Plamirh, Clabir, Kellogg

** Se asume distribución proporcional

*** Presupuesto considerado anteproyecto

Fuente: Para 1970-1975 - CSP/20/3 (Esp) 13-IX-73
1976 OD-OPS-141 Mayo-76
1977 OD-OPS-148 Abril-77
1978 OD-OPS-154 Abril-78
1979 OD-OPS-161 Abril-79
1980-1985 OD-OPS-169 Abril-81

Tabla 11

Análisis del incremento anual del
presupuesto regular de la OPS/OMS para el CLAP

Año	Presupuesto Regular OPS / OMS		Incremento Anual(%)
			%
1976	333	431	6.73
1977	330	109	-1.00
1978	361	400	9.48
1979	368	900	2.07
1980	401	900	8.94
1981	401	900	-
1982	433	250	-
1983	433	250	-

PROMEDIO INCREMENTO ANUAL = 5.98%

FUENTE: Tabla Nº 10.

Tabla 12

Estimado de la colaboración financiera del Hospital de Clínicas y Facultad del Medicina de la Universidad de la República Oriental del Uruguay al CLAP, 1980

Concepto	Dólares/mes
Planta física 4100 m^2	10,000
Luz eléctrica	3,000
Gas	600
4 Limpiadores	1,000
Teléfonos internos	200
Reparaciones	500
Mantenimiento de la planta física	400
Agua corriente	150
Suministro de material fungible	120
Salarios de personal de Facultad	900
Salarios de personal de U.P.1.	4,373
Alquiler de computadora I.B.M.	600
5% de salarios de médicos, residentes, enfermeras auxiliares, administrativos y de material para Clínica Obstétrica y Neonatal que funcionan en el piso 16, la cual suministra material clínico para las tareas de adiestramiento, investigación y desarrollo de tecnologías apropiadas que hace el CLAP	15,000
	36,843/mes*

Gastos realizados por única vez:

Adaptación de planta para computadora	piso 16	15,000 (1979)
	Basamento	10,000 (1980)

* Esta apreciación permite ver una colaboración de US Dólares 442,116 al año.

Fuente: Datos obtenidos en el Hospital de Clínicas de Montevideo, Uruguay.

Tabla 13

Análisis de la distribución anual del presupuesto, según rubros - 1976-1980

AÑO	SALARIOS	SUMINISTROS	VIAJES	OTROS	TOTAL
1976	248,394 (76.09)	35,000 (10.72)	15,400 (4.72)	27,640 (8.47)	326,434 (100)
1977	251,231 (69.29)	64,006 (17.65)	21,900 (6.04)	25,455 (7.02)	326,592 (100)
1978	324,149 (80.22)	42,726 (10.57)	21,800 (5.40)	15,400 (3.81)	404,075 (100)
1979	343,725 (78.80)	50,136 (11.49)	21,700 (4.98)	20,650 (4.73)	436,211 (100)
1980	483,287 (60.82)	276,737 (34.83)	34,585 (4.35)	- -	794,609 (100)
TOTAL EN El QUIN-QUENIO	1,650,786 (71.03)	468,605 (20.16)	115,385 (4.96)	89,145 (3.84)	2,323,921 (100)

Los números entre paréntesis indican las cifras porcentuales respectivas para cada año.

Fuente: Documentos de la Contaduría y Administración del CLAP.

Tabla 14

Evolución del poder adquisitivo de los salarios del CLAP de enero de 1979 a diciembre de 1980

1	US$ Ingreso promedio de un grupo de funcionarios 2	Indice de precios al consumidor * 3	Tipo de cambio para liquidacion de sueldos (OMS) 4	US$ Sueldo teórico para mantener poder adquisitivo ** 5	% Poder adquisitivo real 6
Enero 1979 a Julio	263	1,664.0 a 2,158.1	6.95 a 7.80	239.42 a 276.68	De 100 a 86.5
Agosto 1979 a Febrero 1980	300	2,364.9 a 3,122.3	7.90 a 8.45	299.35 a 369.50	De 91.2 a 73.9
Marzo 1980 a Diciembre	323	3,183.8 a 4,121.1	8.45 a 9.75	376.78 422.68	De 77.7 a 69.6

* Se toma como base 100 los precios prevalentes en marzo de 1973 en pesos uruguayos.

** Resultante de dividir la columna 3 entre la columna 4.

Para que los sueldos recuperen el poder adquisitivo de enero de 1979 sería necesario un incremento promedio del 45.7%.

Fuente: Datos de la Contaduría y Administración del CLAP
Datos de la Dirección Nacional de Estadísticas y Census del Uruguay

ANEXO II

CALENDARIO DE ACTIVIDADES CUMPLIDAS

1.1 Lunes, 18 de mayo

08:30	Entrevista introductoria con el Dr. Néstor Suárez Ojeda, Asesor en Salud Maternoinfantil y recepción de la documentación básica y material pertinente.
10:30	Entrevista con la Dra. Sumedha Khanna, Jefe, División de Servicios Integrados de Salud, OPS.
14:00	Entrevista con el Sr. Frank Lostumbo, División de Administración.
15:35	Entrevista con el S. Paul Erhlich, Jr., Director Adjunto.

1.2 Martes, 9 de mayo

08:00 a 12:00	Lectura y análisis de la documentación recibida.
12:00	Entrevista con el Dr. Gabriel Schmunis, División de Recursos Humanos e Investigación.
17:00	Entrevista con el Dr. Eusebio del Cid Peralta, Subdirector.

1.3 Miércoles, 20 de mayo

08:00 a 13:00	Lectura y análisis de la documentación y material pertinente.
15:00 a 19:00	Diseño de un "Documento Rector" para la evaluación del CLAP.

1.4 Jueves, 21 de mayo

08:00 a 13:30	Formulación del "Documento Rector".
14:00 a 19:00	Diseño de formatos para la recolección y registro de la información necesaria para la evaluación.

1.5 Viernes, 22 de mayo

08:00 a 12:00	Formulación de los formatos.
12:00	Entrevista con el Dr. Néstor Suárez Ojeda para informarle del plan de acción.
12:30	Entrevista con la Dra. Sumedha Khanna con igual propósito.
14:30 a 18:00	Arreglo final de documentos.

1.6 Sábado, 23 de mayo

Domingo, 24 de mayo

Traslado a la ciudad de Montevideo, Uruguay.

Entrevista preliminar con los funcionarios del CLAP, Dres. Roberto Caldeyro-Barcia, Ricardo Schwarz y Angel Gonzalo Díaz.

1.7 Lunes, 25 de mayo

08:30 a 13:30	Entrevista y trabajo con el Dr. Roberto Caldeyro-Barcia, Director del CLAP.
15:00 a 19:30	Trabajo con los Dres. Ricardo Schwarz, Rubén Belitzky y Angel Gonzalo Díaz.

1.8 Martes, 26 de mayo

08:30	Entrevista con los funcionarios de OPS en el CLAP, ya mencionados.
15:00	Aplicación de la encuesta a los trabajadores nacionales del CLAP. Se distribuyeron 2 formularios, uno para el personal médico y el otro para el personal no médico.

1.9 Miércoles, 27 de mayo

08:30 a 12:00	Trabajo con la documentación del CLAP.
13:30	Salida al Departamento de Cerro Largo, con destino a las ciudades de Melo y Río Branco, en compañía del siguiente personal:

Dr. Raul Bustos, Neonatólogo
Dr. Gustavo Guissi, Bioquímico y Coordinador del Programa Cerro Largo.
Partera Alba Izquierdo.
Enfermera Nelly Farfán, funcionaria de la OPS.
Dr. R. Silvera, Auxiliar de Electrónica. (En Río Branco se incorporaron los Dres. Alvaro Osorio, Pediatra y Carlos Serrano, funcionario de la OPS.

20:30 a 23:30 — Reunión con el "Grupo de Padres" de Melo en el salón de actos de la municipalidad.

1.10 Jueves, 28 de mayo

07:00 a 10:00 — Visita al Centro de Salud de Melo y discusión de sus actividades con los funcionarios locales.

10:00 a 13:00 — Visita al Hospital de Melo (Programa de "Parto Natural" y Atención Primaria Maternoinfantil).

17:00 a 19:30 — Reunión con los médicos de Melo.

20:30 — Viaje a Río Branco.

1.12 Sábado, 30 de mayo

09:00 a 13:30 — Trabajo con la documentación del CLAP.

1.13 Lunes, 1ro de junio

08:30 a 13:30 — Trabajo con los funcionarios OPS del CLAP.

14:30 a 19:00 — Trabajo con la documentación proporcionada por los funcionarios del CLAP.

1.14 Martes, 2 de junio

08:30 a 11:30 — Trabajo conjunto con los funcionarios del CLAP.

12:00 — Entrevista con el Dr. Enrique Boix, Director del Hospital de Clínicas de la ciudad de Montevideo.

14:30 a 20:00 — Análisis de documentos.

ANEXO III

LISTA DE POSIBLES MIEMBROS DEL COMITE CIENTIFICO DEL CLAP
ENVIADA EL 19 DE JULIO DE 1976 (MEMO CLAP-202-76)
(Aclarado en numeral 10)

ARGENTINA

Profesor Jacobo Halac
Maternidad Provincial
Córdoba, Argentina

Profesor Eugenio Koremblit
Maternidad Sardá
Buenos Aires, Argentina

Profesor Roberto Votta
Cátedra de Obstetricia
Facultad de Medicina
Buenos Aires, Argentina

BRASIL

Profesor Domingos Machado
Director, Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBAF)
Faculdad de Medicina
Universidad Catolica
Largo da Graca 9
Salvador, Bahia, Brasil

Profesor Bussamara Neme
Hospital de Clínicas
Faculdad de Medicina
Sao Paulo, Brasil

Profesor Pedro Luiz Costa
Maternidad Mario Totta
Porto Alegre, Río Grande do Sul, Brasil

Profesor Antonio Marcio Lisboa
SQS 208 Bloco A, Apto. 201
Brasilia, Brasil

Profesor Luiz Torres Barbosa
Hospital Servidores do Estado
Río de Janeiro, Brasil

CANADA

Profesor Sidney Effer,
Division of Perinatology
Department of Obstetrics and Gynecology
McMaster University Medical Center
Hamilton, Ontario

Profesor Jacques F. Roux
Director Department of Obstetrics and Gynecology
University of Montreal (Hospital Sainte-Justine)
3175 Chemin, Sainte-Catherine
Montreal, Quebec H37 1C5

COSTA RICA

Dr. Carlos Prada
Hospital México
San José, Costa Rica

CHILE

Profesor Carlos Gómez Rogers
Hospital Universitario J.J. Aguirre
Santiago, Chile
(Domicilio: Isidora Goyenechea 3341, Santiago, Chile)

Dr. Enrique Guiloff
Hospital Universitario J.J. Aguirre
Santiago, Chile

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Profesor Louis Gluck
Department of Pediatrics
Division of Perinatal Medicine
University of California, San Diego
La Jolla, California 92093

Profesor Edward H. Hon
Department of Obstetrics and Gynecology
University of Southern California
(Women's Hospital) LAC-USC Medical Center
1240 Mission Road/54-40
Los Angeles, California 90033

HONDURAS

Profesor Doctor Alfredo Zambrana
Hospital Materno-Infantil
Tegucigalpa, Honduras

MEXICO

Dr. Eduardo Jurado García
Director, Instituto Mexicano de Perinatología (DIF)
México, D.F. México
(Domicilio: Prolongación Emiliano Zapata 24, México 13, D.F.)

Dr. Luis Castelazo Ayala
Avenida de Los Andes 320
México 16, D.F. México

PERU

Dr. René Cervantes
Director, Instituto de Perinatología y Protección
Materno-Infantil (INPROMI)
Manuel del Pino 279
Lima, Perú

Dr. Abraham Ludmir
General J.A. Pezet 1543
Lima, Perú

VENEZUELA

Dr. Oscar Agüero
Maternidad Concepción Palacios
Caracas, Venezuela

Dr. Miguel Yaber
Instituto de Perinatología
Hospital Universitario
Caracas, Venezuela