



UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

EVALUACION DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
DEL INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL
AÑOS 1985 - 87

Presentado por:
Rebeca Bieberach de Melgar
Trabajo de Graduación
para optar por el Título de
Master en Salud Pública.

PANAMA
1993

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

Presentado por: Lic. Rebeca Bieberach de Melgar
Para Optar por el Título de Master en Salud Pública
Fecha: martes 27 de abril de 1993.

Título del Trabajo:

EVALUACION DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
DEL INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL
AÑOS 1985 - 87

Profesor Asesor: _____

Miembro del Jurado: _____

Miembro del Jurado: _____
Juan Carlos Lugo

Representante de la
Vice Rectoría de
Investigación y Post grado: _____

Director de la Escuela de
Salud Pública:

JUL 20 1993

Obs. del autor

INDICE

Dedicatoria.	
Agradecimiento.	
Introducción.	
Justificación	1
Objetivo general de la investigación	8
Objetivos específicos	8
CAPITULO I	
El Programa de Estimulación Precoz bajo el enfoque de sistemas	10
CAPITULO II	
Gerencia y Administración en los Programas de Estimulación Temprana	27
CAPITULO III	
Metodología de la investigación	54
CAPITULO IV	
Presentación y Discusión de los resultados	62
CAPITULO V	
Conclusiones y recomendaciones	155
Anexos.	
Bibliografía.	

INDICE DE ANEXOS

Pág.

ANEXO 1	Factores de Alto Riesgo en el período neonatal, aprobados por la División de Neonatología del Hospital del Niño y el Programa de Estimulación Precoz del IPHE.....	161
ANEXO 2	Clasificación del Riesgo considerados por la División de Neonatología del Hospital General de la Caja de Seguro Social.....	163
ANEXO 3	Hoja de evaluación pediátrica. Formulario de referencia de los niños al Programa de Estimulación Precoz.....	166
ANEXO 4	Causas de referencia de 236 niños enviados al PEP, desde el Hospital Santo Tomás, Hospital del Niño y Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social.. Año 1985.....	167
ANEXO 5	Diagnósticos de referencia al PEP, según la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Año 1985.....	170

ANEXO 6	Causas de referencia de 231 niños enviados al PEP, desde el Hospital Santo Tomás, el Hospital del Niño y la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social. Año 1986	175
ANEXO 7	Diagnósticos de referencia al PEP, según la Clasificación Internacional de Enfermedades. Año 1986	177
ANEXO 8	Causas de referencia de 220 niños enviados al PEP, desde el Hospital Santo Tomás, el Hospital del Niño y la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social. Año 1987	180
ANEXO 9	Diagnósticos de referencia al PEP, según la Clasificación Internacional de Enfermedades. Año 1987	183
ANEXO 10	Frecuencia de los motivos de consulta y/o etiologías de la población que ingresó al PEP en el año 1975.....	188
ANEXO 11	Frecuencia de los motivos de consulta de la población que ingresó al PEP en el año de 1976.....	190
ANEXO 12	Frecuencia de los motivos de consulta y/o etiologías de la población que ingresó al PEP, en el año de 1977.....	192

ANEXO 13	Historia Clínica Perinatal Simplificada.....	194
ANEXO 14	Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales Salud Para Todos en el Año 2000. Salud de las Personas Impedidas.....	195
ANEXO 15	Diagnósticos de Referencia de 234 casos enviados al PEP, desde la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social. Años 1974 - 91.....	199
ANEXO 16	Encuesta sobre objetivos y meta del Programa de Estimulación Precoz	206
ANEXO 17	Objetivos del Programa de Estimulación Precoz	209
ANEXO 18	Realidades del Programa de Estimulación Precoz del IPHE	214

INDICE DE CUADROS

CUADRO		Página
1	Partos ocurridos en los Hospitales Santo Tomás y Seguro Social y casos referidos al PEP - IPHE. Años 1985 - 87.	66
2	Casos con factores de riesgo, referidos al Programa de Estimulación Precoz del IPHE, por hospital y sexo. Años 1985 - 91.	69
3	Casos referidos desde las Unidades N.1 y N.2 del Hospital Santo tomás y Hospital del Niño y de la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social, al Programa de Estimulación Precoz del IPHE, con o sin expediente, por provincia. Años 1985 - 87.	78
4	Casos referidos al PEP - IPHE de residentes en la provincia de Panamá, con o sin expediente, según Regiones de Salud. Años 1985 - 87.	83
5	Casos del Distrito de Panamá, referidos al PEP - IPHE, con o sin expediente, por corregimiento. Años 1985 - 87.	87
6	Casos referidos desde la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social, al PEP - IPHE, por sexo. Años 1974 - 91.	92
7	Casos referidos desde la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social, al PEP - IPHE, con o sin expediente. Años 1974 - 91.	96
7a	Total de expedientes abiertos en el Programa de Estimulación Precoz del IPHE. Años 1983 - 92	97
8	Distribución de los motivos de referencia de los casos con factores de riesgo, al PEP por período. Años 1985 - 87.	104

CUADRO

Página

9	Diagnósticos más frecuentes de referencia al PEP - IPHE, según la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Años 1985 - 87.	106
10	Diagnósticos de referencia de los niños provenientes de la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social, canalizados al Programa de Estimulación Precoz del IPHE. Años 1985 - 87.	112
11	Diagnósticos más frecuentes de referencia al PEP - IPHE desde la CAR - CSS, según la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Años 1974 - 91.	113
12	Clasificación de los Objetivos del Programa de Estimulación Precoz, en términos de si son objetivos o actividades.	127
13	Personal Técnico que ha laborado en el Programa de Estimulación Precoz del IPHE. Años 1971 - 91.	136
14	Personal Administrativo que ha laborado en el Programa de Estimulación Precoz del IPHE. Años 1971 - 91.	137
15	Personal docente y auxiliares de grupo que han laborado en el Programa de Estimulación Precoz del IPHE. Años 1971 - 91.	138
16	Población atendida en Orientación al Hogar a nivel Nacional, por sexo. Años 1971 - 91.	139
17	Matrícula del Programa de Estimulación Precoz del IPHE, por sexo. Años 1971 - 91-	142
18	Resumen anual del movimiento de casos atendidos en aulas del Programa de Estimulación Precoz - IPHE. Años 1985 - 87.	146

CUADRO

Página

19	Citas dadas y población atendida en el IPHE, por los médicos especialistas. Año 1985.	148
20	Citas dadas y población atendida en el IPHE, por los médicos especialistas. Año 1986.	149
21	Médicos especialistas que atienden en el IPHE, por Institución y cantidad de horas. Año 1992.	150
22	Ubicación de las aulas del Programa de Estimulación Precoz del IPHE. Años 1971 - 91.	151
23	Instituto Panameño de Rehabilitación Especial(IPHE), Presupuesto Aprobado. Años 1989 - 93.	154
24	Análisis de los criterios considerados en la elaboración de los Objetivos del Programa de Estimulación Precoz del IPHE, del año 1979.	298

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICAS	Página
1.1 Partos ocurridos en los Hospitales Santo Tomás y Seguro Social. Años 1985 - 87.	66
1.2 Partos ocurridos en los Hospitales Santo Tomás y casos referidos al PEP - IPHE. Años 1985 - 87.	67
1.3 Partos ocurridos en el Hospital General de la Caja de Seguro Social y casos referidos al PEP - IPHE. Años 1985 - 87.	67
2.1 Casos con factores de riesgo, referidos desde la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social, al PEP - IPHE. Años 1985 - 91.	70
2.2 Casos con factores de riesgo, referidos al PEP - IPHE, desde el Hospital del Niño y Hospital Santo Tomás. Años 1985 - 91.	70
2.3 Casos con factores de riesgo referidos al PEP desde el Hospital del Niño y Santo Tomás, por sexo. Años 1985 - 87.	72
2.4 Casos con factores de riesgo, referidos desde el Hospital del Niño y Santo Tomás, al PEP, por sexo. Años 1985 - 91.	72
2.5 Casos con factores de riesgo referidos desde la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social al PEP, por sexo. Años 1985 - 87.	73
2.6 Casos con factores de riesgo, referidos desde la Clínica de Alto Riesgo de la CSS al PEP, por sexo. Años 1985 - 87.	73
2.7 Población referida al PEP, desde las Unidades de Neonatología N.1 y N.2 y la Clínica de Alto Riesgo de la CSS, según sexo. Años 1985 - 91.	74

GRAFICAS

Página

3.1	Procedencia por provincias de los casos referidos al PEP, desde el Hospital del Niño, Hospital Santo Tomás y Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social. Años 1985 - 87.	79
3.1a	Nivel de retención de los niños con expediente que fueron referidos al Programa de Estimulación Precoz, desde las Unidades de Neonatología N.1 y N.2 y la CAR - CSS. Años 1985 - 87.	80
3.2	Casos referidos desde el Hospital Santo Tomás, Hospital del Niño y Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social, con o sin expediente. Años 1985 - 87.	81
4.1	Casos referidos al PEP - IPHE de residentes en la Provincia de Panamá, con o sin expediente. Años 1985 - 87.	83
4.2	Casos referidos al PEP - IPHE de residentes en la Provincia de Panamá, con o sin expediente, según Regiones de Salud. Años 1985 - 87.	84
5.1	Casos del Distrito de Panamá, referidos al PEP - IPHE con o sin expediente, por corregimientos. Años 1985 - 87.	88
5.2	Casos del Distrito de Panamá, referidos al PEP - IPHE con o sin expediente. Años 1985 - 87.	89
6.1	Casos referidos desde la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social al PEP IPHE. Años 1974 - 91.	94
6.2	Casos referidos desde la CAR - CSS al PEP IPHE, por sexo. Años 1974 - 91.	94
7.1	Casos referidos desde la CAR - CSS al PEP-IPHE, con o sin expediente. Años 1974-1991.	96

GRAFICAS	Página
7.2 Total de expedientes abiertos en el PEP - IPHE. Años 1983 - 92.	98
8.1 Distribución de los motivos de referencia de los casos con factores de riesgo, al PEP por período. Años 1985 - 87.	104
9.1 Diagnósticos más frecuentes de referencia al PEP - IPHE según la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Años 1985 - 87.	107
11.1 Distribución de los diagnósticos de referencia de los niños de la CAR - CSS al PEP, por período. Años 1974 - 91.	114
16.1 Población atendida en Orientación al Hogar del PEP, anivel Nacional. Años 1971 - 1991.	140
16.2 Población atendida en Orientación al Hogar a nivel Nacional, por sexo. Años 1985 - 87.	141
17.1 Matrícula del PEP - IPHE por sexo. Años 1971 - 91.	143
17.2 Matrícula del Programa de Estimulación Precoz del IPHE, por sexo. Años 1985 - 87.	144
18.1 Resumen anual del movimiento de casos atendidos en aulas del Programa de Estimulación Precoz. Año 1987.	147

DEDICATORIA

A mis padres, Angela y Carlos Emilio, porque la vivencia de sus esfuerzos y desvelos han sido siempre el motor que me ha impulsado a superarme cada día. Este trabajo es un tributo a quienes además de padres son eternos luchadores y estímulo constante.

A mi esposo, por el apoyo , el estímulo y la virtud de la paciencia.

A mis hijos, quienes aún no comprenden que el ansia de saber no tiene un límite.

Gracias.

AGRADECIMIENTO

Existen personas que calladamente realizan un trabajo en el que se entregan día a día, sin otra recompensa que la derivada del servir a otros. Son como gotas de agua en un océano inmenso de apariencias.

El resultado de su labor nunca es lo suficientemente valorado, sin embargo, ellas siguen construyendo a pesar de los vientos y las tormentas de las incomprensiones.

Otros cosechamos sus esfuerzos, su dedicación, su empeño, sin estos frutos sería muy difícil actuar sobre una realidad y modificarla.

A mis queridas compañeras de trabajo Judith, Iris, Laura y Fortuna, por la generosidad de sus acciones y de su tiempo, porque el egoísmo no cabe en ellas cuando pretendemos mejorar la atención de la población infantil, por esos niños esencia de nuestra lucha, gracias!

Al Doctor Everardo González, en quien tuve más que un Asesor de tesis, un orientador, un Maestro, mi eterno agradecimiento. Gracias por la oportunidad de enriquecerme a través de su experiencia.

A los Profesores de la Escuela de Salud Pública de nuestra Universidad de Panamá, porque cada uno abonó en su momento el logro de la meta que hoy alcanzamos.

Y a quienes no se les menciona pero que cuando necesitamos de ellos allí estuvieron, Gracias!.

INTRODUCCION

Un programa educativo representa un caso particular dentro del concepto más amplio y general de "Programas de acción social". La evaluación de ellos no constituye un proceso fácil de llevar a la práctica, especialmente cuando existen situaciones muy complejas como son la multiplicidad y carácter contradictorio de sus objetivos, la complejidad de la realidad sobre la que opera, la variedad o ausencia de líneas políticas, el recurso humano que interviene en la ejecución del programa, la diversidad y complejidad de los procesos que se activan, la multiplicidad de estrategias, enfoques, instrumentos, técnicas, además de las características de la población beneficiaria de las acciones que se desarrollan.

Algunos autores consideran que la evaluación de programas educativos como actividad, está en su prehistoria en lo que se refiere a fundamentos y construcciones teóricas, no así en los instrumentos que toma prestado de otras disciplinas científicas. La evaluación es una actividad eminentemente histórica y política que se visualiza al actuar sobre una realidad concreta y estar ligada en todas sus fases a la toma de decisiones.

A toda actuación educativa, por su propia naturaleza, le es inherente un proceso de evaluación, especialmente cuando los programas poseen una doble vertiente: la escolar y la social, afectando además uno de los principios que caracteriza a todo sistema educativo que se considere democrático: la igualdad de oportunidades y por consiguiente la capacidad para compensar ambientes deprivados o modificar situaciones en conjunto con otros sectores sociales.

En este contexto, la evaluación del Programa de Estimulación Precoz (PEP) del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE), representa un esfuerzo encaminado a proporcionar información sobre la calidad del programa. Sin ella no podríamos saber de manera científica, si las metas y los objetivos se alcanzan, si existe un adecuado control de las actividades, si los recursos son suficientes para dar respuesta a la demanda de atención, si las necesidades de la población son satisfechas, en resumen si el programa como tal es eficiente y eficaz.

Para lograr un panorama de la situación, tomamos la población referida desde la Maternidad María Cantera de Remón, del Hospital Santo Tomás y la Unidad de Neonatología N.2 del Hospital del Niño, así como desde la Clínica de Alto Riesgo del Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Arias Madrid referidos al Programa de Estimulación Precoz, durante los años 1985 - 87, examinamos sus características, el cumplimiento de las metas y objetivos y el recurso humano asignado para satisfacer la demanda.

El objetivo central de la presente evaluación no es otro que contribuir a la efectividad del funcionamiento del Programa de Estimulación Precoz, junto a la necesidad de orientar y facilitar el trabajo de quienes son responsables de la toma de decisiones y por tanto, de la planificación y optimización de los recursos existentes.

En este esfuerzo, el enfoque de sistemas permite un abordaje como instrumento de análisis crítico de un sistema ya existente y como instrumento de transformación de dicho sistema, permitiendo descomponer e identificar los elementos de la situación educativa, situarlos en el desarrollo del proceso en su conjunto y programar intervenciones calculando con suficiente precisión las consecuencias previsibles.

JUSTIFICACION

En su quehacer diario, el hombre se enfrenta a situaciones que deben ser evaluadas. Cada vez más y con mayor interés, procura incorporar nuevos elementos que le permitan aprovechar de la mejor manera posible los recursos que asigna a las actividades que desarrolla para el logro de los objetivos que se ha propuesto.

El aspecto educativo no escapa de esta intención. La evaluación de sus programas, considerados como de **cambio social**, fue inicialmente sistematizada en las Ciencias de la Salud Pública y sus pioneros tomaron conceptos de la investigación científica e instrumentos del enfoque de sistema (1).

Es común que los responsables de dirigir las instituciones, por razones personales o de la propia organización, deseen evaluar la eficiencia y la eficacia de los programas en términos de resultados que se buscaron obtener en su concepción.

Sus motivaciones giran en torno a la adopción de nuevos procedimientos, replanteamiento de acciones, redefinición de políticas, entre otros aspectos, que provean la información científica y fundamenten la toma de decisiones.

(1) Valle, Víctor. **Criterios para evaluar programas de Post-gradados.** Revista Centroamericana de Administración Pública. Tema: Formación en Administración Pública. Julio a Diciembre de 1985.

Los esfuerzos por realizar evaluaciones sistemáticas en el campo educativo y de servicios dirigidos a la niñez, ha sido ampliamente apoyado y en ocasiones exigido por los organismos internacionales. Estos reconocen la importancia de la investigación evaluativa de la eficacia de los programas y recursos que se invierten en la atención de los problemas sociales.

Así por ejemplo, la Asamblea General de las Naciones Unidas, por Resolución 37/52 del 3 de diciembre de 1982, aprobó el Programa de Acción Mundial para los Impedidos, en preparación para el Decenio de las Naciones Unidas dirigidas a los Impedidos, 1983-1992, y como continuación del Año Internacional de los Impedidos celebrado en 1981.

En él declara que:

Los Estados miembros deben formular un programa de investigación sobre las causas, tipos e incidencia de las deficiencias e incapacidades, las condiciones económicas y sociales de los impedidos y de la eficacia de los recursos existentes para hacer frente a estos asuntos (2:185).

El Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales de Salud Para Todos en el año 2000, considera como uno de los grupos prioritarios, las personas impedidas. Los otros grupos son las mujeres y los niños, los trabajadores y las personas en edad avanzada.

(2) Organización de las Naciones Unidas. Programa de Acción Mundial para los Impedidos. 1983.

Tal como señala el Plan, el área de **Salud de las personas impedidas**, se orienta hacia la prevención de los factores causantes de invalidez y la prestación de asistencia integrada a los impedidos a fin de que puedan llevar una vida confortable y productiva y prevenir la agudización de la incapacidad (3:23).

El Plan de Acción enfatiza además, el establecimiento de sistemas de registro y clasificación de incapacidades según sus causas y características epidemiológicas.

El logro de este punto permitirá la elaboración de proyectos de prevención de discapacidades y por ende la optimización de los recursos que instituciones como el Instituto Panameño de Rehabilitación Especial, destinan a la prevención de discapacidades a través de los programas de intervención temprana.

En nuestros países en vías de desarrollo, la prevención de discapacidades y la atención integral del niño de riesgo y del discapacitado, es el producto de esfuerzos fragmentados, duplicados en muchos casos y básicamente refleja el divorcio entre los planes nacionales de desarrollo, los programas de las instituciones y organismos y las políticas de cada uno de ellos, resumiéndose en serias ineficiencias del sistema.

Panamá no escapa a esta situación y observamos como los recursos que se asignan a los programas de educación especial, se encaminan a actividades de prevención terciaria obviando los primeros niveles de la misma.

(3) OPS-OMS. Plan de acción para la Instrumentación de Las Estrategias Regionales. Salud Para Todos en el año 2000. Documento Oficial N.179. 1982.

El Plan de Acción para el Desarrollo Humano, la Infancia y la Juventud 1992-2000, señala que en el ámbito de la educación especial, se pretende ampliar la cobertura de atención de discapacitados de 63% en la actualidad, a una cobertura superior al 95% para fines de la presente década, y agrega que no obstante, esta meta es menos ambiciosa para el corto plazo en que se pretende brindar atención a por lo menos el 75% de los discapacitados comprendidos entre 0 y 18 años de edad.

Más adelante plantea que los programas dirigidos a la ampliación significativa de su cobertura se han estimado en medio millón de balboas que involucran la construcción de talleres educativos comunales; asistencia vocacional para el trabajo artesanal; capacitación de padres de niños impedidos para fomentar microempresas; desarrollo de módulos agropecuarios a través de acciones concertadas con el MIDA, entre otros (4:32,33).

Al analizar los programas y proyectos planteados por el Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE), en la Cumbre Presidencial del Istmo Centroamericano, observamos que de un total de once proyectos, ninguno está destinado a la prevención primaria; dos se refieren a prevención secundaria (ampliación de cobertura mediante capacitación de orientadores al hogar con proyección a los funcionarios de los subcentros de salud, puestos de salud, hospitales rurales y miembros de la familia y el servicio de atención de estimulación precoz a población infante de madres de alto riesgo o madre niña) y nueve son de rehabilitación (4).

(4) MIPPE, Panamá: Plan de Acción Para el Desarrollo Humano, La Infancia y la Juventud 1992 - 2000. Cumbre Presidencial del Istmo Centroamericano. Noviembre de 1991.

Es evidente que los planes de desarrollo deben contemplar las políticas institucionales, que en el caso de una institución como el IPHE, son políticas de tipo social. Estas políticas deben poseer tres características principales: la legitimidad ya que al establecerse se constituyen en obligaciones legales; la universalidad al comprender a todos los integrantes de la sociedad y la coerción o fuerza que sólo es atribuida al sector público (5:9,10).

A pesar de todos los esfuerzos realizados, en especial durante el año de 1990, el IPHE no cuenta con una declaración de sus políticas. Se han realizado varios intentos, entre ellos el desarrollo de dos Jornadas de Coordinación Intersectorial, en las que participaron el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Planificación y Política Económica, La Fundación Pro Impedidos, el Centro de Rehabilitación para Impedidos, El Hospital Santo Tomás, el Hospital del niño, el Concejo Nacional de Coordinación Intersectorial para el Desarrollo Infantil y funcionarios del IPHE vinculados al Programa de Estimulación Precoz (6).

El objetivo de esta Jornadas de Coordinación Intersectorial fue el de promover la formulación de una política intersectorial de prevención de la deficiencia, la discapacidad y de habilitación integral.

(5) OPS-CIAD. Políticas de Salud en América Latina. Aspectos Institucionales de su Formulación, Implementación y Evaluación. Venezuela. 1988.

(6) IPHE. Conclusiones de la II Jornada de Coordinación Intersectorial. Nov.1990.

En la actualidad, la tendencia es la integración de servicios que desde diferentes puntos de vista, ofrezcan respuesta a la demanda potencial de la población que requiere de ellos.

Dentro de este contexto, la investigación asume un papel de gran importancia. No solamente enfocada a la identificación de problemas y necesidades hacia las cuales deben dirigirse las acciones de los sectores e instituciones involucrados y por ende comprometidos en disminuir la incidencia de la discapacidad y permitir una mejor calidad de vida a quienes por limitaciones de diversa naturaleza se les dificulta el desarrollo de una vida normal, sino además, hacia la estimación o evaluación de la eficiencia de los programas al tratar de medir fundamentalmente en qué forma los recursos están siendo utilizados.

Basándonos en lo ya expuesto, nos proponemos hacer una revisión de los casos referidos desde la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás, las Unidades de Neonatología del HST y el Hospital del Niño, así como desde la Clínica de Alto Riesgo del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social, al Programa de Estimulación Precoz del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE), durante los años de 1985, 1986 y 1987, con el fin de determinar aspectos epidemiológicos relacionados a la población infantil con factores de riesgo, así como evidenciar los principales problemas que confrontan desde su ingreso con respecto a la atención que reciben.

La determinación de las causas que condicionan una deficiente prestación del servicio, permitirá proponer una serie de controles administrativos del sistema de atención que se ofrece a los niños menores de seis años, discapacitados o de aquellos en riesgo de sufrir alteraciones del desarrollo, en la búsqueda de un mayor grado de equidad, eficiencia y eficacia de los servicios.

OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACION:

Evaluar el Programa de Estimulación Precoz (PEP) del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE), con miras a proporcionar información útil para la planificación educativa y la toma de decisiones, con respecto al grado de eficacia, eficiencia y efectividad del programa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar el volumen de población referida al Programa de Estimulación Precoz del IPHE, durante los años 1985, 1986 y 1987, desde la Unidad de Neonatología N1 ubicada en la Maternidad del HST, la Unidad de Neonatología N2 del Hospital del Niño y la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social.
2. Describir los factores de riesgo de discapacidad y las características de la población referida durante el período estudiado.
3. Evaluar la formulación y el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos por el Programa de Estimulación Precoz, desde su creación en 1970, en relación a la población referida durante los años 1985 - 87.
4. Describir los recursos humanos, físicos y financieros utilizados en la atención de la población referida durante los años 1985 - 87 en relación al año 1991.

CAPITULO I

EL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ BAJO EL ENFOQUE DE SISTEMA.

La situación actual del Programa de Estimulación Precoz del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE), ofrece una visión fragmentada de sus elementos, por lo que consideramos necesario para el presente estudio, adoptar métodos de organización más dinámicos y flexibles que permitan un acercamiento más efectivo a su funcionamiento.

Razón ésta que nos lleva a la aplicación del **enfoque de sistema** a la organización del Programa de Estimulación Precoz (PEP), evidenciando como resultado, problemas de evaluación, flexibilidad y coordinación producto de las tareas que debe cumplir, así como de los requerimientos del medio social y la demanda de atención de la población con factores de riesgo.

El Programa de Estimulación Precoz, es un sistema abierto de tipo artificial, diseñado con una finalidad identificable. Más específicamente, como sistema de procedimientos, está constituido por un conjunto coordinado de principios, reglas y procedimientos que deben seguirse para resolver un problema o realizar una tarea (7:5).

(7) Centro Panamericano de Planificación de la Salud y OPS. **Sistemas: algunos conceptos de la teoría.** Facultad de Salud Pública. 1974.

La finalidad central del Programa de Estimulación Precoz es la de:

Actuar como un centro de detección, evaluación, diagnóstico y orientación para niños de alto riesgo, parálisis cerebral y retardo mental desde el nacimiento hasta los cinco años de edad (8:2).

El Programa de Estimulación Precoz como sistema, fue diseñado en el año de 1970, por iniciativa de profesionales del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE).

El objetivo fue el de captar tempranamente aquellos niños cuyos factores de riesgo serían los responsables de que en los años subsiguientes ameritaran de educación especial.

Esta captación de niños con factores de riesgo que condicionan retardo en el desarrollo, se inició en la Sala de Maternidad del Hospital Santo Tomás y en las Unidades de Neonatología 1 y 2 del Hospital del Niño en el año de 1970 y posteriormente, en el año de 1978, en la Sala de Maternidad y la Clínica de Alto Riesgo del Hospital General de la Caja de Seguro Social, en la Ciudad de Panamá.

Durante veintidós años, se han mantenido los procedimientos de captación, estimulación y orientación, así como el seguimiento de la misma manera, con muy poca o casi ninguna variación.

(8) Collado, Angela. **Folleto de Divulgación sobre lo que es el Programa de Estimulación Precoz.** IPHE. 1971.

Esta situación revela el proceso administrativo dentro de la corriente tradicional, lo que ha imprimido rigidez en la organización y funcionamiento del programa, debido a la repetición de procedimientos que conducen a un resultado considerado satisfactorio, independiente de la calidad de la atención que se ofrece.

La corriente administrativa tradicional enfatiza la eficiencia como mandato del acto administrativo, el cual debe llevarse de acuerdo a un orden y exactitud establecidos (9:4).

Tal enfoque no considera el crecimiento del Programa de Estimulación Precoz, dejando de lado los cambios en el medio, que le han obligado a perder su estabilidad, rompiendo estructuras y procedimientos ya establecidos. Esto incide en la adopción de un enfoque más integral de la función administrativa dentro del medio en el que actúa y por consiguiente en la capacidad del Programa de Estimulación Precoz para responder a las exigencias del medio externo.

La teoría de sistemas con un enfoque abierto o exógeno considera la organización como dependiente del ambiente externo de donde provienen los insumos y del cual absorbe los productos, por lo que el criterio de éxito de la organización, toma el enfoque interno de eficiencia y el externo de efectividad.

(9) Escobedo, José Galván. **La teoría de sistemas aplicada a la administración de salud.** San José, Costa Rica. 1972.

Ambos enfoques demandan mayor información y comunicación constante con el medio de acuerdo a los insumos disponibles: población con factores de riesgo, recursos humanos, físicos y financieros y los productos deseables o sea la habilitación, así como sobre los cambios que origina la dinámica del ambiente para actuar sobre ellos.

El Programa de Estimulación Precoz, posee varios componentes claramente identificables: los recursos humanos, físicos y financieros; los procedimientos de ingreso y manejo de cada niño dentro del programa, las terapias, la orientación al hogar y la atención del niño en grupos pre escolares.

El ordenamiento de estos componentes contribuye al logro de los objetivos del PEP y a la dinámica de mantenimiento o cambio, de la cual un ejemplo lo constituye la coordinación de los servicios y recursos humanos del programa con el Ministerio de Salud, con miras a ampliar la cobertura, en la detección y atención de la población en riesgo de discapacidad, a través de las Clínicas de Crecimiento y Desarrollo, la cual se inició en el año de 1973.

Las enfermeras de las Clínicas de Crecimiento y Desarrollo que allí laboraban fueron entrenadas en la aplicación de inventarios de desarrollo y técnicas de estimulación temprana y orientación de las familias además de la aplicación de mecanismos de referencia de los casos que así lo ameritaban.

Los componentes y la forma en que se presentan constituyen los procedimientos de ingreso y manejo de cada niño con factores de riesgo de retardo en el desarrollo y o discapacidad, canalizado al PEP, hasta su egreso hacia el sistema de educación regular o al sistema de educación especial.

Estos configuran la estructura del sistema del PEP, que por ser abierto, lleva inherente un proceso continuo de adaptación.

La entrada al sistema se hace desde la Maternidad del Hospital Santo Tomás, las Salas de Neonatología 1 y 2 del Hospital del Niño y la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social. En otro nivel, también son referidos de clínicas privadas, de las consultas externas de los centros de salud y policlínicas periféricas del Seguro Social.

En estos centros, la selección de recién nacidos de alto riesgo, se apoya en los criterios adoptados por la División de Neonatología del Hospital del Niño y del Seguro Social (ver anexo N.1 y N.2).

El Programa de Estimulación Precoz, posee dos grandes áreas de acción. La primera enfoca la captación y atención del niño de riesgo y la segunda abarca la atención de estos niños dentro de las aulas pre escolares de estimulación. Estas últimas están a cargo de docentes de educación especial.

La captación y atención del niño de riesgo, desde su selección en los hospitales, es responsabilidad de las maestras orientadoras, quienes son docentes de educación especial con amplia experiencia dentro del programa.

Las que funcionan dentro de los hospitales, están en contacto permanente con el personal médico y de enfermería para la captación y canalización del caso a través de la hoja de evaluación pediátrica (ver anexo N.3).

Este formulario debidamente lleno, es entregado cada semana, por la orientadora del hospital a las orientadoras que visitan los casos de acuerdo a los sectores asignados. En el hospital queda un registro de los casos referidos.

El sistema nuevamente es influido por el ambiente, y esta vez la crisis socioeconómica del país, en 1988, afecta el servicio de orientación al hogar, no pudiendo este personal continuar con las visitas a los hogares de los niños referidos.

La respuesta ante esta crisis fue la de mantener al personal de orientación al hogar, durante sus cinco horas de trabajo ubicadas físicamente en los centros de salud (10:2).

(10). Wong., Elizabeth de. **La Orientación al Hogar en el Programa de Estimulación Precoz del IPHE.** Panamá. Abril, 1990.

El Programa de Estimulación Precoz, como sistema posee una serie de objetivos que constituyen su razón de ser. Estos fueron modificados en el año de 1979 y planteados de la siguiente manera:

1. Brindar atención integral a los niños en edades de cero a seis años, que presentan algún tipo de riesgo para su aprendizaje ulterior.
2. Realizar el seguimiento del niño con el plan de integración en las escuelas regulares en los niveles iniciales, brindando el apoyo de las maestras del programa en horarios especiales.
3. Orientar a los padres de familia y su grupo familiar, sobre el proceso de desarrollo y las técnicas de estimulación convenientes para cada niño, con el fin de que las realicen en el hogar.
4. Promover acciones de tipo preventivo con las instituciones y o servicios de atención materno infantil.
5. Buscar apoyo en las comunidades para la implementación de servicios de atención del programa, de acuerdo a las necesidades de recursos humanos, materiales y financieros.
6. Divulgar la importancia del programa y sus resultados tanto a nivel nacional como internacional, a través de seminarios, charlas, reuniones, etc.

7. Capacitar a los equipos de profesionales que soliciten entrenamiento en el PEP, tanto a nivel nacional como internacional.

Siendo la orientación al hogar uno de los pilares fundamentales en el funcionamiento del Programa de Estimulación Precoz tenía como objetivos:

1. Brindar al padre una orientación adecuada para facilitar las condiciones que contribuyan a una evolución satisfactoria del niño.
2. Efectuar un seguimiento mensual de cada caso, de acuerdo con la necesidad del mismo, orientando a la familia sobre actividades que faciliten el desarrollo en las áreas motoras, personal social, lenguaje, hábitos, etc.
3. Obtener la cooperación de los padres o persona que cuida al niño, para coordinar el trabajo hogar-PEP manteniendo una estrecha comunicación para la atención efectiva del infante.
4. Establecer mayor comunicación con los centros de salud, policlínicas y clínicas pediátricas de la Caja de Seguro Social, Centros de Orientación Infantil y Familiar, autoridades de la comunidad, etc. coordinando los servicios programados para la atención de los niños.

Los niños con factores de riesgo que no presentan anomalías evidentes o que el riesgo es bajo, son canalizados a las Clínicas de Crecimiento y Desarrollo del sector donde viven, recibiendo la orientación por parte del equipo de médicos y enfermeras.

La crisis que vivió nuestro país en 1988, afectó a tal grado el componente de orientación al hogar, que los obligó a replantear sus objetivos (10:3).

Los objetivos de orientación al hogar replanteados en 1988 y que en la actualidad están vigentes son:

1. Brindar mayor cobertura a la población de alto riesgo, a la población de salud y policlínicas del área metropolitana.
2. Lograr la participación activa de los padres en las actividades de estimulación del niño.
3. Ofrecer atención, orientación y seguimiento continuo a los niños en las actividades de estimulación.
4. Orientar al núcleo familiar sobre el proceso de crecimiento y desarrollo y las técnicas de estimulación para cada niño, con el fin de que el plan sea realizado en el hogar.
5. Detectar niños de alto riesgo en hospitales, centros de salud y policlínicas.
6. Integrar al niño de alto riesgo con diagnóstico de pérdidas visuales, auditivas, retardo mental y autismo a los programas especiales del IPHE de acuerdo a los criterios establecidos.

(10) Ibid.,pág.15.

7. Coordinar con las instituciones de salud la captación, detección y seguimiento del niño de alto riesgo en edades tempranas.

Objetivos específicos de la orientación al hogar:

1. Ofrecer tratamiento remedial al niño que ingresa al Programa de Estimulación Precoz.
2. Enseñar al padre a construir juguetes y materiales de estimulación con los recursos del hogar.
3. Resaltar la importancia del cumplimiento de las citas por parte de la familia y su participación como miembro activo del PEP.
4. Tramitar las citas con los diferentes especialistas de la Institución (IPHE).
5. Servir de enlace en la consecución de citas con especialistas de otras entidades de salud que los casos ameriten y con los que no cuenta el IPHE.

Estos objetivos serán analizados con detenimiento en el capítulo correspondiente a resultados.

El Programa de Estimulación Precoz como sistema, es muy complejo debido a la cantidad de elementos, componentes y relaciones que los ligan. El conjunto de ellos constituye una totalidad y sólo en función de ella tiene sentido la existencia de los subsistemas que la integran.

El ambiente de **totalidad del sistema**, aplicado al Programa de Estimulación Precoz, es vital cuando tratamos de comprender la **orientación, planificación y conducción de su dinámica externa** (11).

El **ambiente** del sistema del Programa de Estimulación Precoz, está constituido por **el conjunto de fenómenos exteriores al sistema que le afectan, al modificar sus atributos, imponiéndoles restricciones o facilitando la ejecución de sus funciones.**

Dentro de este ambiente encontramos el **entorno o ambiente sustantivo, inmediato**, llamado también **ambiente cercano o enfocado** el cual está constituido por la filosofía del equipo de profesionales del programa, la imagen que el programa proyecta en la comunidad, el presupuesto que se le asigna, la planta física donde funciona, los recursos, la población objeto de atención, la información y estadísticas.

En este ambiente cercano, también encontramos las normas de funcionamiento, los grupos de presión como son los padres, supervisores, personal médico y de enfermería con los que establecen transacciones o contactos directos e intensivos, además de ser los que condicionan las circunstancias que afectan la asignación de recursos y absorción de productos.

El **ambiente lejano o difuso**, está conformado por el sistema educativo regular, la situación política, económica, social, así como el nivel cultural de los padres.

(11) Restrepo, G.; Arias, P.; Cadavid, G. **El proceso administrativo en salud.** Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, Colombia.

Otros elementos que pertenecen a este ambiente lejano son el nivel de tecnología, la formación de los docentes que laboran en el programa, otras organizaciones como gremios médicos y docentes y la tendencia demográfica.

Las transacciones del PEP con el ambiente lejano a pesar de ser penetrantes, son indirectas, de baja frecuencia e intensidad, aunque a veces de mayor persistencia en el tiempo que los ambientes inmediatos.

El concepto de ambiente difuso y cercano no tiene una relación necesaria con el concepto de distancia o lugar. De allí que entre el PEP y cualquiera de los dos ambientes exista un estado de fluidez, en el que los elementos de uno y otro ambiente pueden pasar a formar parte del sistema o a la inversa. Esta fluidez se debe a que los límites de la organización, el ambiente y los componentes cambian con el tiempo y los eventos.

Siendo el Programa de Estimulación Precoz, un sistema social complejo, tal como se demuestra, tiene necesariamente que cambiar su estructura y/o comportamiento para sobrevivir a los cambios y presiones del ambiente, a través de un proceso dinámico de adaptación por medio de ajustes internos constantes.

La necesidad de cambio determina la **efectividad como criterio de éxito administrativo**, que puede ser definida como la **capacidad del sistema del Programa de Estimulación Precoz para satisfacer adecuadamente las demandas del ambiente.**

La **eficiencia interna del PEP**, requiere **rendir un máximo de niños habilitados con un mínimo de recursos materiales y humanos**, porque debe operar con un **monto de recursos necesariamente limitados.**

Estructura del Programa de Estimulación Precoz como sistema.

El Programa de Estimulación Precoz del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial, posee una estructura a través de la cual fluye su dinámica hacia el logro de sus objetivos. Son relaciones que lo identifican y caracterizan. Estas comprenden la **entrada, el procesador, la salida, el control, el comparador y el activador.**(Ver esquema N.1).

La entrada:se presenta en el enfoque de sistema como **objeto.**

Aplicada al PEP, esta entrada estaría constituida por los **niños con factores de alto riesgo de retardo en el desarrollo o niños con discapacidad.** Estos son los elementos sobre el cual actúa el procesador. Los factores de riesgo y la edad del niño son los **condicionantes.** Los recursos humanos, físicos y financieros son **insumos.** Los procedimientos de atención dentro del programa constituyen la **información.**

La población de alto riesgo proviene del proceso de captación realizado en la Sala de Neonatología ubicada en la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás; la Unidad de Neonatología del Hospital del Niño y la Clínica de Alto riesgo de la Caja de Seguro Social de la Ciudad Capital.

Se agregan a esta población, los niños con factores de alto riesgo o discapacidad provenientes de las Consultas externas de los Centros de Salud y las Clínicas periféricas de la Caja de Seguro Social y clínicas privadas.

El procesador: es la relación entre el objeto o elemento: niño con factores de riesgo o niños discapacitados, y la atención que recibe :orientación, evaluación, terapia de lenguaje, ocupacional, física, atención en grupo pre escolar, visitas al hogar, evaluación de trabajo social, psicología y tratamiento de especialistas como neurólogos, fisiatras, otorrino, pediatría, fonoaudiología, genética, etc.

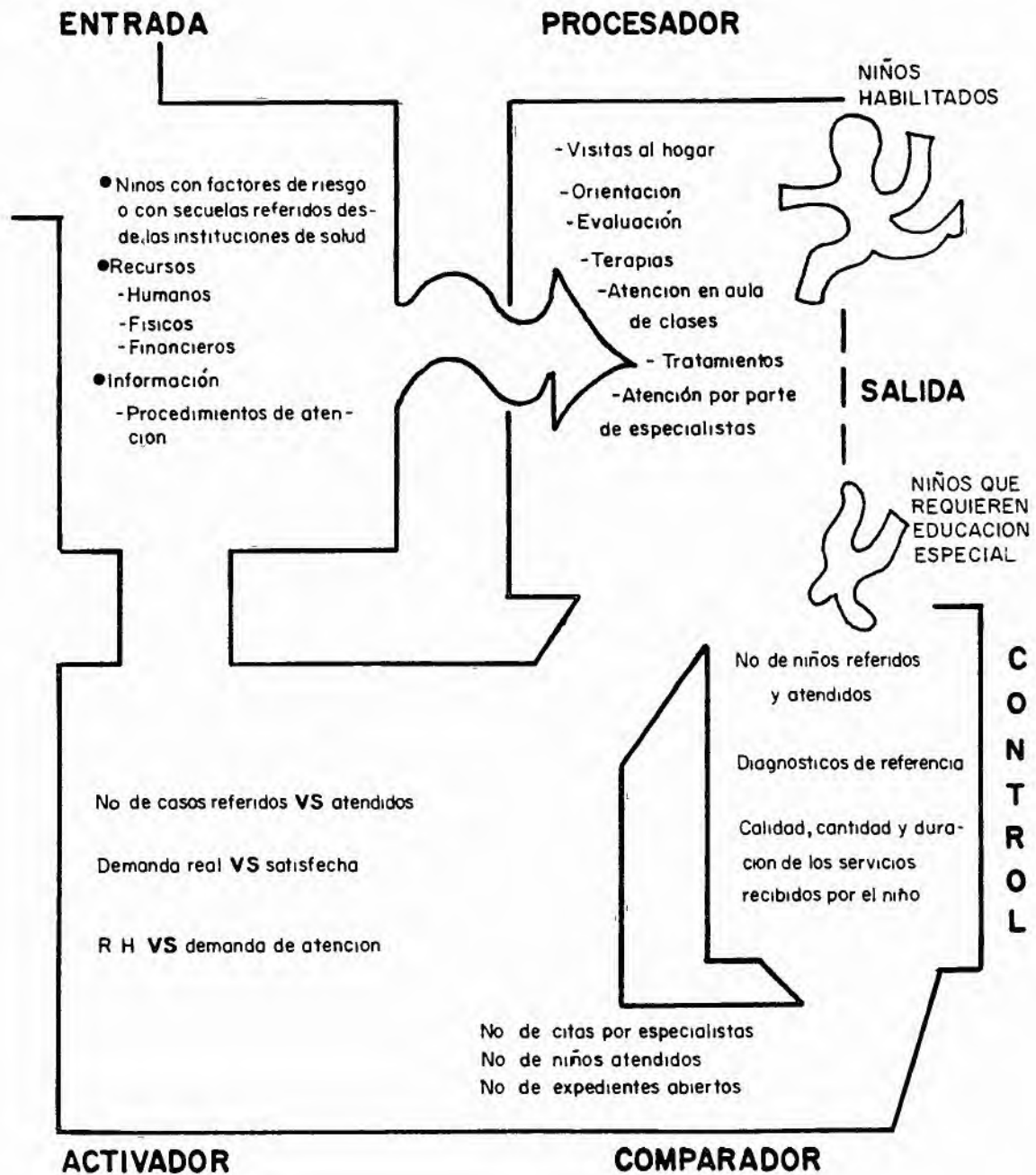
Las salidas: se caracterizan por la presencia de un **producto:** niño habilitado o referido para educación especial, como resultado del trabajo realizado. esta información consiste en datos y análisis producidos durante el proceso: **expediente y seguimiento del caso.**

El control: es el mecanismo que permite regular el funcionamiento del sistema. está compuesto por un **sensor** que detecta los fenómenos que se dan en la entrada, en el procesador y la salida: cantidad de niños referidos, causas o motivos de referencia, servicios que recibe cada niño de acuerdo a su condición particular, además de la **calidad y duración del servicio.**

Un comparador: que contrasta los datos obtenidos por el sensor con las normas establecidas: **cantidad de citas atendidas por especialistas, cantidad de niños atendidos, expedientes abiertos.**

Esquema N. 1

MODELO GRAFICO DEL ENFOQUE DE SISTEMAS APLICADO AL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ - IPHE.



Un activador: que produce en la entrada o en el procesador los cambios necesarios para corregir las desviaciones encontradas por el comparador. Es el proceso de **retroalimentación**.

El proceso organizacional del Programa de Estimulación Precoz, como ejemplo de **sistema abierto**, obliga a enfatizar en las **variables de origen interno**, debido a que la **supervivencia de la organización** está dada por la interrelación, dependencia y **respuestas adecuadas al ambiente**, además del funcionamiento interno.

Estas variables son las que tienen mayor relevancia por sus conexiones o enlaces con el medio externo. Ellas deben garantizar un **aumento del grado de eficacia y efectividad de la organización**.

Esman, Blaise y otros, las definen como **liderazgo, doctrina, programa, recursos y estructura interna** (12:23).

Liderazgo: en el marco del Programa de Estimulación Precoz, este resulta ser un **proceso colectivo**, aunque un solo individuo sea la personalidad dominante. Esta persona debe comprometerse con los fines del programa, tener capacidad organizacional y habilidad política. Debe poder inducir al personal del programa para que identifique sus propios intereses con el bienestar del PEP y los valores que él representa.

(12) Esman, Blaise y otros. **Enfoque de Sistemas**. 1975.

La doctrina: es la variable más difícil dentro de una organización. Es la expresión de lo que quiere hacer el Programa de Estimulación Precoz. Qué es lo que espera alcanzar y las acciones que intenta emprender para lograrlo.

Se refiere a los **objetivos y procedimientos**, así como a los **logros que desea alcanzar**.

La doctrina **proyecta una imagen del programa, sus valores, servicios y bienes**. Es un grupo de ideas que se proyectan hacia afuera para ganar y mantener el apoyo para el PEP como sistema y para sus objetivos.

La doctrina **motiva al personal, establece expectativas** sobre la actuación de la organización, **provee normas** para la toma de decisiones y para la **evaluación del desempeño**. Ayuda a preparar el terreno y a racionalizar los cambios en el **énfasis de las actividades** y los resultados de la organización (12:26).

El programa: es el grupo de actividades. son los **productos**. Es la conversión de la **doctrina en acción**, aplicados a una población específica. Posee objetivos que de acuerdo a su mayor o menor generalización **facilitaran o no la evaluación**.

(12) Ibid.;pág.24.

El programa es el conjunto organizado y coherente de actividades y recursos destinados a dar respuesta a la demanda de atención de la población con factores de riesgo y a los niños referidos con discapacidad.

Los recursos: se agrupan en financieros, humanos y físicos. Condicionan el desarrollo y sostenimiento del Programa de Estimulación Precoz y por ende el alcance de las metas trazadas.

La estructura interna: del programa se refiere a la departamentación básica que agrupa por áreas las funciones afines y de esta forma agiliza la prestación de los servicios a la población que demanda el servicio.

En ella se apoya la Dirección del PEP para alcanzar los objetivos propuestos con un máximo de beneficios y un mínimo de costos.

Esta estructura interna comprende una **dirección** y una **subdirección** bajo quienes se encuentra el manejo administrativo y docente de los servicios que se prestan. encontramos además, una **coordinación** encargada del aspecto técnico-administrativo del equipo compuesto por los médicos, trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas.

El principal insumo que se presenta en la entrada del sistema, son los niños con factores de riesgo.

El **riesgo** es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (13:11).

Un **factor de riesgo** es una característica o circunstancia detectable en individuos o grupos, asociada a una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud (13:13).

La experiencia ha demostrado cómo algunos factores de riesgo específicos aumentan la morbimortalidad de los sujetos expuestos. De allí que se utilicen una serie de estos factores para referir a los programas de intervención temprana a niños que por su condición identificable precozmente (síndrome de Down, parálisis cerebral, pérdida visual), ameritan de educación especial o niños de riesgo biológico o ambiental cuyo desarrollo tiene muy altas probabilidades de verse alterado, limitando sus oportunidades.

Inicialmente los programas de estimulación temprana se dirigieron a la atención de niños con problemas o patologías establecidas en el que la condición lleva asociada un retardo en el desarrollo mental del individuo.

(13) OPS. **Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil.** Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. N.7 E.U.A. 1986.

Posteriormente los programas de estimulación temprana ampliaron su cobertura para incluir a niños con riesgo biológico.

Este tipo de riesgo comprende características biológicas de la madre (edad, paridad, peso, antecedentes de enfermedades crónicas severas), características de la evolución del embarazo (desnutrición, morbilidad, atención pre natal), así como las condiciones del parto (tipo de parto, presencia de complicaciones, sufrimiento fetal) y las condiciones biológicas del niño mismo como peso al nacimiento, presencia de malformaciones congénitas, estado nutricional, hipoxia, etc. (14:2).

(14) Mora, José Abdullio. **Períodos Óptimos de Intervención en Niños de Alto Riesgo de Retardo en el Desarrollo.** Revista Educación Hoy. Perspectivas Latinoamericanas. Año VIII. Mayo - Junio. 1978. N.45 Colombia.

Con el correr del tiempo, los programas de estimulación se ampliaron a niños con riesgo ambiental, o sea niños biológicamente sanos pero que viven en condiciones de marginalidad y pobreza las cuales afectan su desarrollo.

Es claro que estos tipos de riesgo no son mutuamente excluyentes.

Con respecto al tipo de intervenciones que cada categoría de riesgo requiere, el Dr. Mora, médico especialista en Nutrición y desarrollo mental, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), manifiesta que:

"La primera categoría de riesgo establecido lleva implícita la presencia de alteraciones sobre las cuales es necesario actuar lo más tempranamente posible, con el fin de reducir el daño, evitar su profundización y recuperarlo hasta donde es factible. En esta categoría las intervenciones preventivas son todavía de difícil implementación en nuestro medio, y la aplicación de conocimientos científicos al respecto avanza lentamente" (14:4).

De igual manera, el Dr. Mora enfoca el problema del riesgo biológico desde el punto de vista preventivo y asistencial cuando nos dice:

"En el alto riesgo biológico la mayoría de las acciones posibles desde el punto de vista preventivo comprenden medidas de atención de la salud durante el embarazo y el parto, incluyendo la identificación precoz del riesgo reproductivo y del riesgo obstétrico o materno fetal, y la intervención oportuna para disminuir o evitar dicho riesgo y dar atención a sus consecuencias. Las intervenciones asistenciales tienen como objetivo tratar oportunamente las condiciones patológicas existentes para disminuir el riesgo que implican para el desarrollo" (14:4).

(14) Ibid., pág.14.

El alto riesgo ambiental o sociocultural no debe ser considerado independientemente del riesgo biológico, por lo que:

"Las intervenciones de tipo preventivo están dirigidas a corregir los factores asociados con el riesgo y estrechamente relacionados con los patrones de crianza del niño. Es aquí donde las intervenciones dirigidas a prevenir la desnutrición calórico - proteínica infantil, así como los programas de estimulación precoz de los niños de alto riesgo, ofrecen potencialidades importantes de prevención" (14:5).

Conceptualmente hay un error en la clasificación del riesgo planteada por los doctores Tjossem y de Lorenzo (14:2) ya que el concepto de riesgo implica la posibilidad de que un daño ocurra, y en el caso de patologías claramente identificables o establecidos como lo denominan estos autores, el daño se encuentra presente.

Pineault y Daveluy enfatizan que el factor de riesgo es considerado como un precursor de la aparición de enfermedades o morbilidad, es la característica de un individuo o de su entorno que le hace más susceptible de ser alcanzado por una enfermedad particular en relación a otro que no posee esta característica (15:124).

Embarazo de alto riesgo, es otro término que debe ser definido conceptualmente. Es aquel en el que el feto tiene un aumento significativo de las posibilidades de muerte, antes o después de nacer, o de posterior incapacidad (16:22).

(14) Ibid.,pág.5.

(15) Pineault,R. y Daveluy,c. **La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos y Estrategias.** Colección de Planificación y Gestión Sanitaria. Canadá. Versión Española. Editorial Masson, S.A.(sin año).

(16) Babson,S. y Benson,R.**Tratamiento del Embarazo de Alto Riesgo y Cuidado Intensivo del recién nacido.** Editorial Médica Panamericana Argentina, 1973.

El Dr. José Obdulio Mora utiliza el término **alto riesgo de retardo en el desarrollo** para indicar la presencia de características o condiciones del niño mismo o dentro del ambiente en el cual crece y se desarrolla, las cuales implican una alta posibilidad de producir efectos negativos sobre su proceso de crecimiento y desarrollo, hasta el punto de determinar un retardo de mayor o menor magnitud (14:3).

De igual manera, existe confusión en la concepción y uso de los términos **estimulación precoz y estimulación temprana**.

Autores como Cabrera y Sánchez Palacios, explican que la palabra **precoz**:

" Sugiere un apresuramiento del curso normal del desarrollo del individuo, cuando en realidad lo que se pretende es la potenciación máxima de las posibilidades físicas e intelectuales del niño, mediante la estimulación regulada y continuada, llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, pero sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del sistema nervioso" (17:14).

Otros autores consideran que el término **precoz** debe utilizarse en los casos de niños con patologías establecidas y riesgo biológico, para destacar que la intervención debe hacerse antes que la alteración se agudice más o de que aparezcan los signos de daños en el organismo.

Desde esta concepción el término **temprana** se utilizaría para los niños en situación de riesgo ambiental donde aún no se ha producido un efecto negativo sobre el sujeto.

(14) *Ibid.*,pág.14.

(17) Cabrera,M. y Sánchez Palacios,C. **La Estimulación Precoz: un Enfoque Práctico**. Siglo XXI de España.1982.

Para el Doctor Hernán Montenegro, médico psiquiatra, iniciador de los programas de estimulación en Chile, la **Estimulación Temprana:**

"Es el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidades adecuadas y en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generen en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo (18:21).

En nuestro país, ambos términos se utilizan indistintamente, al igual que en otros países de Centro América.

Aparentemente, el término **Estimulación Temprana**, tiene un significado más amplio y no da lugar a errores en cuanto a hacer de los niños seres adelantados como es el caso de las implicaciones del término **precoz** que significa antes de tiempo.

Revisando la literatura, coincidimos con Gerhard Heese y colaboradores cuando plantean que el término estimulación temprana no es más que un rótulo ya que reúne un cúmulo de actividades que se condicionan entre sí, afirmando que:

"La estimulación temprana incluye el reconocimiento temprano, la detección temprana, la educación temprana con inclusión del tratamiento educativo especializado y el asesoramiento temprano (19:16).

-
- (18) UNICEF. **Estimulación Temprana. Importancia del ambiente para el desarrollo del niño.** Impreso en Alfabetas Impresores Ltda. Lira, Santiago de Chile, 1978.
- (19) Heese, Gerhard. **La Estimulación Temprana en el niño discapacitado** Editorial Médica Panamericana. Argentina, 1986.

Cualquiera sea el concepto que se maneje, la estimulación precoz o la temprana, en nuestros países posee un fin verdadero, un principio rector: **dar educación normal tanto como sea posible y educación especial tanto como sea necesario**(19:17). A ello deben servir el reconocimiento y la detección temprana.

Aunada a la detección temprana, se encuentra el concepto de **atención integral**, considerado como el desarrollo del principio de **normalización**, que implica que en la medida de lo posible, el discapacitado debe tener los mismos derechos y obligaciones que los otros miembros de la sociedad.

Gisbert y colaboradores considerarán que la atención integral es un medio para conseguir la normalización y no un fin en sí misma, la cual exige que las actuaciones globales de las atenciones médicas, pedagógicas, psicológicas y sociales sean prestadas al deficiente en el marco general de los servicios (20:21).

En el planteamiento del primer objetivo del Programa de Estimulación Precoz del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial, la atención integral se refiere a la provisión de los servicios necesarios para los niños de 0 a 6 años con factores de riesgo, la cual se brinda en la planta física del programa, en los centros de salud, policlínicas de la Caja de Seguro Social y otras infraestructuras de la comunidad.

En estas instalaciones se ofrece uno o más servicios como terapia física, ocupacional, de lenguaje, fisiatría, orientación al hogar, evaluación psicológica, así como atención educativa.

(19) Ibid., pág.17.

(20) Gisbert, José y otros. **Educación Especial**. Biblioteca de Psicología y Educación. Serie: Educación Especial. Editorial Cincel. Cuarta reimpresión, junio 1984.

CAPITULO II

GERENCIA Y ADMINISTRACION EN LOS PROGRAMAS DE ESTIMULACION TEMPRANA.

Mucho se ha escrito sobre la buena gerencia y las prácticas administrativas en los negocios, la industria y el comercio, pero muy pocos autores abordan este tema en el caso de población con deficiencia mental, en el área de la salud mental o en los programas y centros de rehabilitación que existen (21:429).

Para un adecuado abordaje, es conveniente revisar algunos conceptos que permitan el análisis en un determinado marco referencial.

El acto administrativo, según Henry Fayol, está constituido por cinco funciones administrativas:

Planear: que significa visualizar el futuro y trazar el programa de acción.

Organizar: constituir el doble organismo material y social de la organización.

Dirigir: consiste en guiar y orientar al personal.

Coordinar: unir, armonizar todos los actos y todos los esfuerzos colectivos.

Controlar: es verificar que todo ocurra de acuerdo con las reglas establecidas y las órdenes impartidas.

Cada una de las funciones administrativas corresponden a las acciones que realizan los programas de estimulación temprana donde estén.

(21) AVEPANE. Retardo Mental. Gerencia y Administración en los programas de Servicios para los RM. Un Perfil de Excelencia. Venezuela, 1985.

Para Fayol, las funciones administrativas difieren de las funciones esenciales técnicas, comerciales, financieras, de seguridad, contables y administrativas.

Estas no deben ser confundidas con el concepto de **Dirección**. Dirección es conducir la empresa teniendo presente los fines previstos y procurando obtener las mayores ventajas posibles de todos los recursos de que ella dispone: es asegurar la marcha de las seis funciones esenciales.

La administración no es sino una de las seis funciones, cuyo ritmo es asegurado por la Dirección (22:65).

La OPS y el Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá (PASCAP), consideran la administración como una actividad compleja que se lleva a cabo en toda organización, en la cual es posible distinguir cinco funciones estrechamente relacionadas. (23:31).

Estas funciones son conceptualizadas de la siguiente manera:

Planeación: es la toma de decisiones para establecer cursos de acción futura. Es decidir con anticipación qué hacer, cómo hacerlo, cuándo hacerlo y quiénes deben hacerlo.

Existen diversos enfoques con diferencias teóricas y técnicas que deben ser considerados. Estos enfoques son el normativo, el adaptativo y el estratégico.

-
- (22) Chiavenato, Idalberto. **Introducción a la teoría General de la Administración**. McGraw-Hill México. 1981.
- (23) OPS / PASCAP. **Conceptos Básicos sobre Sistemas Locales de Salud**. San José, Costa Rica. Agosto, 1989.

Organización: es la parte de la administración que implica establecer una estructura intencional de papeles que las personas deben cumplir dentro de la institución, lo que implica:

- determinar las actividades requeridas para lograr las metas planeadas.
- agrupar esas actividades en una estructura funcional (divisiones, departamentos y las secciones).
- asignar la conducción de esos grupos de actividades, incluyendo la transferencia de autoridad que se determine y,
- coordinar las actividades, el mando y las comunicaciones.

Integración: se refiere a lo que comúnmente se conoce como **administración de personal**. Implica reclutar y seleccionar trabajadores, programar su desarrollo, atender sus necesidades en materia de incentivos y salud laboral, etc.

Dirección: consiste en influir sobre los miembros de una organización para que éstos tomen parte en el logro de las metas.

Control: es la evaluación y corrección de las actividades para asegurar que se ajusten a los planes. Controlar implica contrastar actividades y resultados con planes y metas. Según Koontz, el control tiende a ser más rígido en enfoque normativo, en el estratégico admite la posibilidad de metas conflictivas y de creatividad e improvisación en el cumplimiento de las normas (24).

(24) Koontz, Harold, O'Donnel, Cyril y Wehrich, Heinz. **Elementos de administración**. 2a. edición en español. McGraw Hill. México. 1983.

Un tercer enfoque sobre la administración, es aquel que considera que las llamadas funciones, procesos o sistemas en administración son esencialmente los mismos hechos, fenómenos, métodos y técnicas que a su vez comprenden: planificación (diagnóstico y programación), organización, gestión de recursos, dirección y control y evaluación. Plantean además, que las funciones, procesos o sistemas incluyen una serie de actividades que pueden desagregarse en tareas (25 :12).

Un concepto que en administración merece especial atención es el de **GERENCIA**.

La gerencia es el proceso mediante el cual un grupo cooperativo de personas dirige sus acciones para alcanzar objetivos comunes de resolución de determinados problemas o necesidades de su medio social, aplicando en forma óptima los recursos disponibles.

Se trata de un proceso de información-decisión-acción, por el cual se identifican problemas que demandan soluciones, se establecen las orientaciones de acción y se aplican las medidas para lograr resultados concordantes con las orientaciones adoptadas (26:32).

El proceso de gerencia se ejerce en todos los niveles de la organización. En el nivel superior sus contenidos son más estratégicos y se ejerce con el liderazgo y la conducción en cuanto al cometido y misión de la organización. En el nivel intermedio la gerencia es un proceso más especializado con contenidos de tipo táctico, ejerciéndose mediante la planificación y dirección técnica. Esta comprende prioridades, metas y normas.

(25) ICASE. **Funciones, procesos y sistemas administrativos**. Ochoa, Ilsa, Díaz, Jorge, y otros. Panamá. Octubre .1990.

(26) OPS / PASCAP, Loc.cit.

En el nivel inferior, su carácter es eminentemente operativo y concierne a métodos, técnicas y procedimientos administrativos.

Tal como lo plantea la OPS, el quehacer gerencial se desarrolla esencialmente en tres áreas: **planeamiento o planeación, ejecución y control.**

La ejecución es el proceso mediante el cual la gerencia hace cumplir las decisiones tomadas e incluye las actividades de dirección, organización, comunicaciones y manejo de recursos (26:33).

Al hacer un análisis de los pocos estudios realizados sobre la gerencia y administración en servicios de rehabilitación, encontramos que en el caso de servicios bajo la responsabilidad del gobierno, la gerencia tiende a ser burocrática y a veces de naturaleza política (21:429).

La práctica señala que hay programas en nuestro país, no auspiciados por el gobierno, que satisfacen las necesidades de servicios a poblaciones específicas. Tal sería el caso del Programa de Parálisis Cerebral Infantil, auspiciado por la Fundación Mery Arias. En la actualidad este grupo humano cuenta con un módulo en la comunidad de Santa Librada, otro en el área de San Miguelito, uno en Chorrera y otro en Puerto Armuelles, provincia de Chiriquí.

El Programa de Estimulación Precoz del IPHE, puede ser considerado como oficial desde el punto de vista de los recursos que recibe y el desarrollo de las funciones administrativas utilizando cualquiera de los tres enfoques planteados anteriormente.

(26) OPS / PASCAP, Loc.cit, p.33

(21) AVEPANE, Loc.cit

Siendo un servicio educativo, su administración es considerada educacional. Kaufman considera este tipo de administración como un proceso que incluye seis etapas:

1. Identificación de las principales necesidades y problemas afines.
2. Determinación de las necesidades para resolver el problema y de las posibles alternativas de solución para satisfacer las necesidades especificadas.
3. Entre las alternativas, selección de los medios y estrategias para la solución.
4. Implantación de las estrategias de solución, incluyendo la administración y control de los medios y estrategias escogidas.
5. Evaluación de la eficiencia de la realización, basada en las necesidades y requisitos identificados previamente.
6. Revisión de alguna o de todas las etapas anteriores (en cualquier momento dado del proceso), para asegurarse de que el sistema educativo es pertinente, eficaz y efectivo (27:24).

Las seis etapas se consideran como un proceso de solución de problemas, formando el modelo básico de procedimiento para un enfoque sistemático de la educación.

Este modelo, como muchos otros, parte de la identificación de las principales necesidades y problemas, lo que equivaldría a un diagnóstico situacional.

El sector educativo, es un sistema que interactúa con otros sistemas como el de salud y el de trabajo y bienestar social.

(27) Kaufman, Roger. **Planificación de Sistemas Educativos**. Editorial Trillas. 2da. edición. México. 1990.

Todos ellos son parte de la administración pública panameña, sufriendo en términos generales, las mismas limitaciones para el logro de la misión a cada una encomendada.

Un estudio diagnóstico efectuado en el año de 1969, sobre la administración pública panameña, encaminado a identificar los problemas o deficiencias que permitiesen proceder hacia un cambio o fortalecimiento que aumentara la efectividad del esfuerzo público y el rendimiento de los recursos del Estado, reveló serios problemas administrativos y gerenciales, entre ellos: "cerros de papelería, inflexibilidad administrativa que limita la delegación de autoridad, ambigüedad de las leyes orgánicas, falta de preparación o capacitación administrativa, duplicación de actividades, falta de información organizada para realizar y sustentar a tiempo los informes y evaluación de labores y el deficiente procesamiento automático de datos.

La investigación también revela falta de sensibilidad favorecida por la inercia, falta de entusiasmo y de sentido de responsabilidad en el servicio al público, falta de deseos de superación, falta de estabilidad y de permanencia en los puestos, el gobierno es un mal administrador porque sus operaciones son demasiado costosas, lentas e ineficientes, el gobierno no castiga a los individuos que aceptan sobornos, cometen abusos contra los fondos públicos y que practican otras formas de corrupción contra el tesoro nacional.

El servidor público considera que hay una falta de comunicación, de facilidades y de servicios los cuales cuando existen son inadecuados, falta de incentivos y promociones, ya que al producirse una vacante ésta se llena con alguien que viene de fuera, además se sienten frustrados por las actitudes de los supervisores políticos

El estudio proponía una serie de alternativas como la clarificación de las bases legales, de la estructura orgánica y de la coordinación como acciones inmediatas, mientras que a largo plazo planteaba la preparación de ejecutivos, presentación periódica de informes y evaluación y el procesamiento automático de datos (28).

Lamentablemente las recomendaciones no se pusieron en práctica y hoy, veintidós años después los problemas administrativos son cada vez más profundos.

En el caso del Programa de Estimulación Precoz, encontramos que carece de una base legal ya que la Ley que actualmente rige el IPHE no lo contempló. Su creación no previó el aspecto preventivo de la habilitación.

Esta situación pudo ser subsanada posteriormente pero no se ha tomado una acción al respecto. La misma Ley 53 de 1951 en muchos aspectos es obsoleta.

Las instalaciones en que se brindan los servicios educativos fuera de la planta central en el corregimiento de Ancón, en muchos casos no reúne las condiciones mínimas para la atención adecuada de los pre escolares. Falta equipo y materiales educativos y de rehabilitación, el personal es insuficiente y la demanda sigue creciendo.

Un problema central lo constituye el procesamiento de la información de cada caso. Se trabajan con expedientes en los que el procesamiento de las informaciones es manual. La obtención de datos en un momento determinado es sumamente costosa en tiempo y en esfuerzo.

Todo esto contribuye a la ineficiencia en la ejecución de los servicios que ofrece el Programa de Estimulación Precoz.

(28) Dirección General de Planificación y Administración. Departamento de Organización Administrativa. Presidencia de la República.
Diagnóstico de la Administración Pública y Planteamiento para su Fortalecimiento. Impresora Panamá. 1970.

Los programas gubernamentales no sólo revelan falta de eficiencia en diversos grados, al no lograr los objetivos propuestos al mínimo costo, sino que tal como revelaba el estudio de 1969 sobre la administración pública panameña, a nivel externo su efectividad es cuestionable.

Un ejemplo de ello, lo constituyen la identificación de puntos críticos en el desarrollo del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE), planteados en el Plan Institucional para el trienio (1992 - 94), algunos de los cuales se mencionan a continuación:

- Ausencia de un currículum científicamente elaborado que defina enfoques de aprendizaje que sustenten la labor docente.
- La concertación de acuerdos legales para la integración del discapacitado al sistema educativo regular.
- Ausencia de estudios que permitan determinar la eficiencia de la atención que se ofrece a la población en riesgo de discapacidad y su eficacia en la disminución de la población que requerirá educación especial.
- La ausencia de una Política Intersectorial para la prevención y atención temprana.
- La atención de población de riesgo, en otras dependencias de salud, de forma no sistemática o coordinada, que luego se presenta tardíamente al IPHE.
- Una demanda real pero no atendida compuesta por 2,000 niños que requieren de orientación al hogar.

- Escasez de recursos para la educación y capacitación continua del recurso humano institucional y comunitario.
- Un alto porcentaje de problemática social de los empleados del IPHE.
- Necesidad de mantenimiento de la infraestructura del IPHE
- Ausencia de estudios de eficiencia y eficacia institucional.
- Falta de fluidez y recargo en los procedimientos administrativos en todas las instancias (29:5,6,7).

Esta situación, en términos generales, apuntan hacia un decremento de la eficacia institucional concretizada en una baja calidad y cantidad de los servicios en relación a la demanda real y potencial, insatisfacción con los resultados obtenidos, necesidad de una mayor adaptación al ambiente externo, mediante soluciones creativas y un limitado desarrollo de los tres niveles de prevención, especialmente en proyectos encaminados a la prevención primaria y secundaria.

La incidencia de esta realidad en nuestro medio, pareciera reforzar el señalamiento de Fifield sobre los programas oficiales, ya que con estos conflictos internos, la posibilidad de ofrecer respuestas hacia afuera está mayormente limitada.

(29) IPHE. Plan Institucional Para el Trienio 1992 - 94. Enero, 1992.

Eifield señala que los programas oficiales, por su propia naturaleza (tamaño, penetración, reputación, costo, burocracia), no están en la mejor posición para tratar necesidades tales como la socialización, recreación, empleo, integración dentro de la comunidad, conciencia pública o toda una variedad de otras necesidades esenciales para el proceso de normalización de los discapacitados (21:429).

Autores como Cabada Alvarez, sostienen que el nivel de inserción social de los discapacitados permanece muy por debajo de lo que se espera y las expectativas son bastantes limitadas.

Se suma a esta situación, el reconocimiento del deficiente no sólo a la educación sino a gozar, lo más ampliamente posible, de los inconvenientes, peligros, privilegios, ventajas y libertades de que todo ciudadano puede gozar (22:14,15).

Pareciera ser entonces, que una respuesta efectiva a las necesidades de los discapacitados, sólo es posible por la privatización de los servicios.

Siendo la orientación del gobierno panameño, éste considera que el sector privado es más eficiente que el sector público en las actividades productivas, explicando que ello se debe a la falta de burocracia, la flexibilidad para actuar y un mejor mecanismo para la toma de decisiones en la asignación de los recursos (30:3).

(21) Ibid.,pág.429.

(22) Ibid.,pág.14,15.

(30) MIPPE. Programa de Desarrollo y Modernización de la Economía. Panamá, octubre,1991.

El gobierno panameño, sostiene que no debe existir un Estado Paternalista y Populista, por consiguiente, las actividades del sector público deben ser desarrolladas en forma eficaz y eficiente, minimizando los recursos utilizados y maximizando los resultados. Agrega además, que las actividades del Estado deben coordinarse con las de la Empresa Privada, adecuándose sus funciones a esta nueva realidad (29:4).

Fifiield arguye que la privatización se plantea como una opción para hacer los programas más efectivos, la resultante sería una asociación gobierno - empresa privada, que representaría un gran reto o desafío en la administración y gerencia de los programas de retardo mental, ya que no estarían sujetos a una sola serie de reglamentaciones que las gobiernen, y estarían más cerca de las personas a quienes sirven. Por tanto, estas empresas mixtas deberán contar con la conciencia, la aceptación y el apoyo público (21).

(29) Ibid.,pág.4.

(21) Ibid., pág.429.

La preocupación por la efectividad y la eficiencia de los programas de estimulación, es común a todos los países en los cuales se desarrollan.

En el año de 1984, la Unidad de Educación especial y Pre escolar del Instituto Interamericano del Niño (IIN), organismo especializado de la OEA, contando con la cooperación del Asesor Regional en Salud Mental de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), Dr. René Gonzáles, realizó un esfuerzo por identificar y dar respuesta a enfoques y problemas que con frecuencia enfrentan los profesionales que laboran en el campo de la intervención y estimulación temprana. La década de 1977 al 87 se caracterizó, en América Latina, por una proliferación de programas de estimulación que reflejaban esfuerzos aislados, sobre los cuales no se tenían evaluaciones sistemáticas ni consistentes.

La gerencia y administración de estos programas no reflejaba un adecuado desarrollo de las áreas de planeamiento, ejecución y control.

Aunque la investigación se limitó a cuatro países del Cono Sur de América Latina, las situaciones encontradas son aplicables al área de Centro América.

La investigación era un Proyecto de Elaboración de Perfil de Instituciones y Programas de Intervención y Estimulación Temprana.

Los resultados revelaban ausencia de planes nacionales que coordinaran a todas las instituciones y servicios, movilizandó los recursos existentes para atender el desafío de la prevención.

Las recomendaciones de esta investigación, abarcaban los siguientes aspectos:

- Planificación interagencial a nivel nacional
- Accesibilidad geográfica a servicios y programas preventivos y de intervención temprana.
- Planificación de la administración y controles.
- Utilización más eficaz de los fondos existentes.
- Definiciones y elegibilidad para los servicios y programas.
- Inclusión de la investigación como componente vital en la prevención e intervención temprana para determinar la efectividad de servicios y programas y producir un impacto, impidiendo la variedad y cambios permanentes.
- Verificación de la calidad de programas y servicios.
- Entrenamiento de personal en actividades específicas
- Concientización pública.
- Banco de datos: sistema común de información accesible a todas las agencias y al personal, así como recursos y material sobre prevención e intervención temprana.

A pesar de la validez e importancia de la investigación que culminó con el Proyecto de Elaboración de Perfil de Instituciones y Programas de Intervención y Estimulación Temprana, razones económicas impidieron la continuación del mismo, confirmándose la no prioridad para atender la problemática planteada (31:10-21).

(31) García E., Eloísa. **Intervención y Estimulación Temprana. Problemas no resueltos.** Instituto Interamericano del Niño. 1987.

Pareciera que muchos programas diseñados para infantes discapacitados y sus familias son en realidad servicios que aplican un currículum orientado hacia la terapia con enfoque únicamente en las patologías del niño, excluyendo una integración a los servicios regulares, limitando la exposición a experiencias normales.

La socialización no forma parte de los objetivos del programa, siendo la orientación uno a uno, adulto, infante.

El **financiamiento** de los programas es irregular y discrecional para los servicios y programas preventivos de intervención temprana.

Se **improvisan** servicios de intervención sin una buena **planificación** y sin incorporar en ellos bases de **evaluación e investigación**.

Falta de comprensión por parte de quienes toman decisiones, en cuanto a la **efectividad del costo de los programas y servicios** de intervención temprana, así como el **costo beneficio**, cuando se da prioridad a la prevención.

Generalmente, **la investigación no es un componente de los programas y servicios** de estimulación e intervención temprana.

Falta de **recopilación uniforme y sistemática** de datos específicamente relacionados a la población infantil en riesgo de discapacidad.

Ausencia de estándares a los cuales deben ajustarse los programas de entrega, no exigiendo un **alto nivel de competencia** a los profesionales que presten servicios a los mismos.

La población infantil atendida en forma integral, era muy pequeña, mientras que los niños en edad escolar, identificados como deficientes mentales moderados, atendidos en escuelas o clases especiales era exageradamente alto, lo cual no pudo ser cuantificado por la ausencia de estadísticas.

La **concentración de servicios y programas**, a nivel público y privado, se verifica en áreas urbanas de gran extensión, ocasionando pérdida de tiempo en los padres y favoreciendo la búsqueda errática de servicios.

La **búsqueda e identificación** de la población infantil en riesgo para su desarrollo, tiene escasa prioridad en los sistemas de salud, educación y bienestar.

Hace falta un **ente centralizado de información** sobre servicios y programas. Se necesita una mayor y mejor información a la sociedad en general sobre la discapacidad.

No existen **estándares nacionales** que regulen la **calidad de los servicios y programas y la capacitación y eficiencia** del personal.

En la mayoría de los casos, los servicios y programas no forman parte de la comunidad, sino que se crea dentro de un centro tal como en escuelas, hospitales o clínicas, muchas veces alejados de las poblaciones más necesitadas que requieren de dichos servicios.

Estos se orientan más hacia determinados tipos de discapacidades como parálisis cerebral y menos hacia niños ciegos y sus familias.

En Estados Unidos se han realizado estudios sobre los programas de intervención en la primera infancia. Uno de ellos solicitado en el año de 1972, por el Sr. Elliot Richardson, Secretario Estadounidense de Salud, analizó la **efectividad** de los programas de intervención en la educación temprana.

Entre las razones que sustentaban el estudio, se encontraba la aparente dificultad para aplicar ampliamente programas de investigación breves y a la vez exitosos. La población eran niños pre escolares considerados como de "alto riesgo".

Los resultados obtenidos fueron importantes porque indicaban claramente que los programas educativos para niños pre escolares discapacitados podían mejorar en forma importante la calidad de vida de bebés hasta niños de cinco años (32:11).

La investigación también arrojó luz sobre una serie de preocupaciones en el sentido de la insuficiencia de investigación en el área, por el escaso número de estudios bien diseñados y convenientemente llevados a la práctica.

En la mayoría de los estudios los sujetos no participaban durante un lapso lo suficientemente largo, como para permitir cambios a largo plazo o una evaluación adecuada del programa de intervención. Pareciera ser común que en estos programas, el índice de deserción es sumamente alto.

(32) Caldwell, B. y Stedman, D. **Educación de niños incapacitados. Guía para los primeros tres años de vida.** Editorial Trillas. México, 1983.

Los programas no se individualizan. El tratamiento que recibe el niño es homogéneo, independiente de la clase social, el nivel de CI, sexo, pertenencia a un grupo minoritario u otros rasgos críticos en los grupos heterogéneos.

Frecuentemente, las metas del programa son muy estrechas y limitadas, ya que el CI no lo es todo en el desarrollo.

No existe una cantidad suficiente de aplicaciones en otros lugares de los estudios especiales, que muestren resultados positivos o prometedores.

El costo de los estudios longitudinales ha redundado en muy pocos estudios amplios que incluyan a los sectores de salud, educación, y aspectos sociales y familiares como componentes del programa que se investiga.

La integración de los discapacitados, es otra cuestión que merece el interés de los investigadores. En Gran Bretaña, el Informe del Comité Warnock (1978), enfatizó el hecho de que en años recientes ha habido muchos ejemplos de integración a medias y mal preparados, lo que demuestra que las autoridades correspondientes no han sido capaces de apreciar la amplitud y naturaleza de los programas de integración (33:31).

(33) Bowley, A. y Gardner, L. **El Niño Minusválido. Guía Educativa y Psicológica para el Minusválido Orgánico.** Compañía Editorial Continental, S.A. México. Segunda impresión. Mayo, 1985.

La prevención y la intervención temprana, aunque son conceptos situados en diferentes planos, mantienen una relación tan estrecha entre ellos, que a veces resulta difícil separarlos. La prevención es la intervención más temprana y ésta puede ser considerada como preventiva.

El objetivo es el mismo, actuar lo más tempranamente posible para evitar o aminorar las alteraciones del desarrollo en los niños pre escolares.

Los servicios de intervención temprana constituyen un esfuerzo sistemático y planeado para promover el desarrollo a través de una serie de manipulaciones de los factores ambientales y experiencias iniciadas durante los primeros cinco años de vida (Guralnick y Bennett,1987), (34:269)..

La administración y la gerencia en los programas de estimulación e intervención temprana, deben centrar sus esfuerzos en la planificación de cursos de acción futura partiendo de las realidades concretas, igualmente la determinación de metas, objetivos y actividades, así como la administración del recurso humano y la evaluación y corrección de las intervenciones mediante la investigación.

De indudable valor es la investigación cuando se pretende aumentar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los programas de estimulación temprana. Esta permitirá la identificación de los puntos fuertes y débiles, la detección de problemas antes de que sea difícil o imposible su corrección.

(34) Mayor Del Campo, Rosalina y otros. **Manual de Educación Especial. Prevención e Intervención Temprana.** Segunda Reimpresión. España. Grupo Anaya, S.A. 1989.

Otros aspectos sobre los cuales la investigación contribuye a mejorar la administración de los programas, se centra en la identificación y priorización de necesidades, la identificación y rendimiento del recurso, el costo - beneficio de las acciones de intervención y los servicios de estimulación temprana, proporcionando información útil para la planificación y la toma de decisiones (35:13,14).

En todos los programas de estimulación temprana existen factores secundarios en el compromiso estatal y en su intervención. En el aspecto legal es obligatoria la educación de niños discapacitados; en el aspecto social los avances de la medicina han posibilitado la supervivencia de muchos infantes prematuros con mayor riesgo de lesiones del sistema nervioso central, deficiencia mental, dificultades en el desarrollo; en el aspecto económico, el costo beneficio de las intervenciones como resultado de la consideración del principio de costo de la educación regular, el cálculo del costo de los programas de tratamiento precoz comparado con el costo de los problemas educativos y sociales que serían evitados mediante la aplicación de la prevención primaria y secundaria, son indispensables para la acción.

(35) Herrera, Rafael y otros. **La Evaluación en la Institución Escolar.** Ministerio de Educación de Chile. Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas. Departamento de Evaluación. Lo Barnechea, julio 1982.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Esta investigación se realizó mediante un estudio descriptivo de status, como base para el replanteamiento de acciones, informando cuál es la situación del Programa de Estimulación precoz del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE) como sistema, sus déficits en algunos procedimientos, los logros alcanzados con respecto a las metas y objetivos y los resultados de la intervención en los sujetos de la investigación.

Partimos del supuesto de que la información recabada servirá de base para decidir cursos de acción pertinentes (36:2).

Sujetos de la investigación:

Los niños con factores de riesgo referidos desde la Unidad de Neonatología N1 en la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás, la Unidad de Neonatología N2 del Hospital del Niño y la Clínica de Alto Riesgo (CAR) del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social, en la Ciudad Capital, al Programa de Estimulación Precoz del IPHE, durante el período 1985 - 87.

(36) Lafourcade, Pedro. Apuntes sobre Diversos Tipos de Investigación Educativa. Programa de Maestría en Desarrollo de Sistemas Educativos. ICASE - OEA. Panamá, 1985.

Para el propósito de esta investigación se tomaron los años de 1985, 1986 y 1987 considerando las siguientes situaciones:

1. La crisis socioeconómica del país profundizada durante el año de 1988, lo que obligó al Programa de Estimulación Precoz a replantear sus mecanismos de prestación del servicio, limitando la cobertura y que además determinó la reducción del recurso humano y financiero.
2. Las edades de los niños al momento de la presente investigación: cuatro, cinco y seis años, lo que en teoría nos permitiría determinar cuántos de los niños referidos ameritaron el seguimiento por parte del programa, así como su ubicación actual en cuanto a la atención educativa dentro del sistema educativo regular o especial.

Este estudio persigue plantear las características de la población de alto riesgo referida al Programa de Estimulación Precoz, la magnitud del problema en cuanto a prevalencia, incidencia, y proporción de los factores de riesgo, los factores maternos asociados y los eventos administrativos involucrados en la atención de los casos referidos.

De igual forma, creemos necesario un análisis de las metas, objetivos y actividades propuestas por el programa y la satisfacción de la demanda en función del recurso humano, físico y financiero existente.

Procedimiento:

Para determinar el volumen de población referida desde los centros hospitalarios escogidos, en el período 1985 - 1987, al Programa de Estimulación Precoz del IPHE, se procedió a revisar la fuente primaria de información.

Esta consistió en la revisión del Registro de casos enviados al Programa de Estimulación Precoz (PEP) desde el Hospital Santo Tomás (Unidad de Neonatología N1) y el Hospital del Niño (Unidad de Neonatología N2) y desde la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social.

Los primeros están anotados con el nombre de la madre ya que se trata de niños recién nacidos. Los casos referidos desde la CAR - CSS llevan el nombre del niño, ya que reciben atención dentro de la Clínica por un lapso no menor de un año antes de ser referidos al PEP.

Los niños referidos desde la Maternidad del Hospital Santo Tomás y de Neonatología N2 del Hospital del Niño, llevan anotados en la Hoja de Evaluación Pediátrica factores de riesgo,

Los niños referidos desde la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social, son referidos con diagnósticos que conllevan claramente grados variables de discapacidad.

Todos estos niños además del formulario de Evaluación Pediátrica, requisito indispensable para iniciar la atención por parte del PEP, llevan un resumen de la cuadrícula que recoge las atenciones recibidas por parte de los diversos especialistas.

Estos listados fueron ordenados por año de nacimiento, nombre de la madre y del niño (solamente los referidos de la CAR - CSS) y el sector de procedencia según el Registro de casos.

Una vez terminada esta fase, se realizó una entrevista con la persona que fungía como Directora del Programa de Estimulación Precoz, y luego con la coordinadora. En ella, el asesor de esta investigación solicitó el apoyo necesario para la obtención de la información.

Los listados por sector se entregaron a la coordinadora quien a su vez los distribuyó a las orientadoras de acuerdo a la organización existente en el PEP.

Se les solicitó que al lado del nombre de la madre anotaran el nombre del niño y el número de expediente. Una vez devueltos los listados se procedió a buscar los expedientes y recoger la información.

Los expedientes se tomaron de los archivos de cada orientadora, así como de los archivos de casos inactivos.

De igual manera se trató de recuperar las evaluaciones pediátricas de los casos referidos pero que no originaron un expediente.

Variabes:

Con el objeto de caracterizar los sujetos del estudio, se contempló el análisis de las siguientes variables:

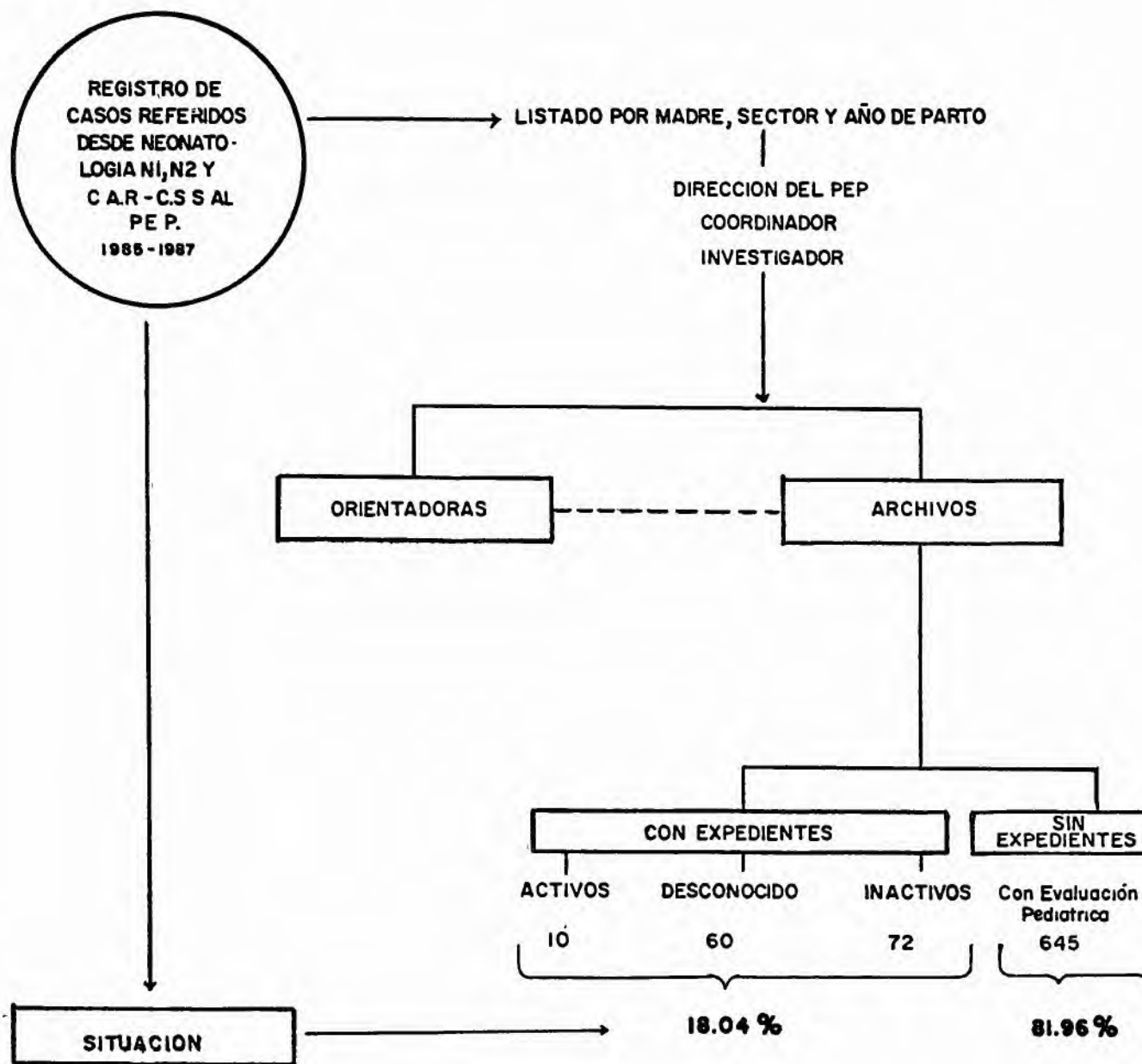
- a. Sexo
- b. Sector de procedencia
- c. Diagnósticos
- d. Antecedentes maternos
- e. Ubicación actual.

Las variables o dimensiones del análisis personal de los sujetos de la investigación se definieron de la siguiente manera:

- a. **Sexo:** diferencia anatómica y biológica utilizada para diferenciar al hombre de la mujer.
- b. **Sector de procedencia:** es el lugar reportado por la madre como residencia, al momento de su ingreso a la Maternidad del HST o de la C.S.S.
- c. **Diagnósticos:** agrupamiento de los motivos de consulta según La Clasificación Internacional de las Enfermedades, obtenidos del formulario de Evaluación Pediátrica, requisito indispensable para iniciar la atención en el PEP - IPHE.
- d. **Antecedentes maternos:** son las condiciones del embarazo y parto que pueden afectar, negativamente al producto.
- e. **Ubicación actual:** se refiere a la atención educativa que está recibiendo el sujeto de la investigación en la actualidad.

Esquema N.2

PROCEDIMIENTO APLICADO PARA LA BUSQUEDA DE EXPEDIENTES



Un segundo aspecto de la investigación, consistió en analizar las **Metas y Objetivos** del Programa de Estimulación Precoz, en base a los criterios planteados por Steiner (37:164,167),

Un objetivo es el valor aspirado por el individuo en un grupo u organización. Los criterios para su análisis se encaminaban a demostrar si cada uno de los siete objetivos del Programa de Estimulación Precoz era:

- a. Conveniente
- b. Mensurable a través del tiempo.
- c. Factible
- d. Aceptable
- e. Flexible
- f. Motivador
- g. Comprensible
- h. Obligatorio
- i. Participan las personas
- j. Relación de los objetivos con otros aspectos.

Se utilizó una encuesta cerrada en la que se marcaba si cada uno de los criterios estaba contenido en su redacción.

Mediante entrevistas con las personas escogidas al azar para llenar la encuesta, obtuvimos información sobre el cumplimiento del objetivo en relación a los sujetos y los años seleccionados para la investigación (1985 - 87). Las personas escogidas solamente debían satisfacer el criterio de haber trabajado en el Programa de Estimulación Precoz.

(37) Steine, George A. **Planeación Estratégica**. Compañía Editorial Continental, S.A. México. Quinta reimpresión, enero 1986.

Al igual que para el primer aspecto relacionado a las características de la población referida, se recurrió a las fuentes primarias de información: memorias, informes, estadísticas y otros documentos sobre el Programa de Estimulación Precoz.

Un tercer aspecto de la investigación se refiere a los recursos utilizados en la atención de la población referida al PEP en los años 1985 - 87, para lo cual se revisó la estructura de personal, informes de asistencia, informes estadísticos, memorias e informes, así como entrevistas con las personas que laboraron en el período estudiado.

Basándonos en la información obtenida para el análisis de los tres aspectos, se listó una serie de situaciones encontradas en el manejo de los sujetos del estudio que se plantean en los resultados.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Los capítulos anteriores abordan los aspectos generales de la investigación, su justificación, el marco teórico y los procedimientos seguidos.

Este capítulo permite ahondar en un problema de especial interés cuando se trata de incrementar la eficacia, la eficiencia y la efectividad de programas sociales como el que nos ocupa.

Se presenta la información recopilada en la investigación seguidamente, el análisis de la misma de tal forma que permita una mejor comprensión de los hallazgos.

Los resultados se agrupan de acuerdo a los siguientes aspectos:

1. **Características de los sujetos de la investigación de acuerdo a las variables de:**
 - Procedencia de la muestra según lugar de referencia
 - Sexo
 - Diagnósticos
 - Antecedentes maternos
 - Ubicación actual

2. **Análisis de la meta y objetivos del PEP y el cumplimiento de ellos en relación a los sujetos referidos en el período estudiado.**

3. **Recursos empleados en la atención de los casos referidos al PEP, años 1985 - 87.**

1. CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS DE LA INVESTIGACION.

Con el fin de analizar más detalladamente cada una de las variables de la dimensión personal de los sujetos, se procedió a utilizar las siguientes categorías:

- 1.1 Procedencia de la muestra según el lugar de referencia.
- 1.2 Sujetos referidos al Programa de Estimulación Precoz del IPHE.
- 1.3 Sexo de los sujetos referidos.
- 1.4 Lugar de procedencia de las madres de los sujetos referidos.
- 1.5 Existencia o no de expediente en la muestra estudiada.
- 1.6 Existencia de expediente de los sujetos residentes en la Provincia de Panamá.
- 1.7 Existencia de expediente de los sujetos residentes en el Distrito de Panamá, por corregimiento.
- 1.8 Características de la población referida al PEP, desde la Clínica de Alto Riesgo de la CSS.
 - 1.8.1 Volumen de referencias
 - 1.8.2 Sexo
 - 1.8.3 Edad promedio de referencia
 - 1.8.4 Existencia de expediente

- 1.9 Diagnósticos de referencia al Programa de Estimulación Precoz del IPHE, desde las Unidades de Neonatología N1 y N2, del Hospital Santo Tomás y Hospital del Niño respectivamente, y la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social.
- 1.10 Diagnósticos de referencia al Programa de Estimulación Precoz del IPHE, desde la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social.
- 1.11 Antecedentes maternos de los sujetos referidos al PEP.
- 1.12 Ubicación actual de los sujetos del estudio.

1.1 Procedencia de la muestra según el lugar de referencia.

La muestra seleccionada para el estudio estuvo formada inicialmente por seiscientos ochenta y siete (687) niños con factores de riesgo, captados y referidos al Programa de Estimulación Precoz del IPHE, desde las Unidades de Neonatología N.1 (Hospital Santo Tomás) y Neonatología N.2 (Hospital del Niño), así como desde la Clínica de Alto Riesgo de la CSS, durante los años 1985, 86 y 87 (Cuadro N.1).

Posteriormente, en la revisión de documentos en el PEP, encontramos un total de cien (100) evaluaciones pediátricas que no dieron origen a un expediente, pero que formaban parte de la muestra, considerando la fecha de nacimiento, el Hospital y el manejo del caso. Estos fueron integrados posteriormente para el análisis de situaciones específicas.

El total de partos ocurridos en el HST, durante el período estudiado, fue de 43,262, siendo referidos al PEP seiscientos cuarenta y tres casos (643), según los registros que se llevan en Neonatología N.2, lo que equivale a 1.49% (Gráfica N.1.2).

El total de partos ocurridos en la Maternidad del Hospital General de la CSS, fue de quince mil quinientos diecisiete (15,517), de los cuales fueron referidos al PEP cuarenta y cuatro casos, correspondientes a 0.28% de la muestra total (Gráfica N.1.3).

El cuadro revela además que la tendencia de partos en ambas instituciones se mantiene constante (Gráfica N.1.1).

CUADRO N.1

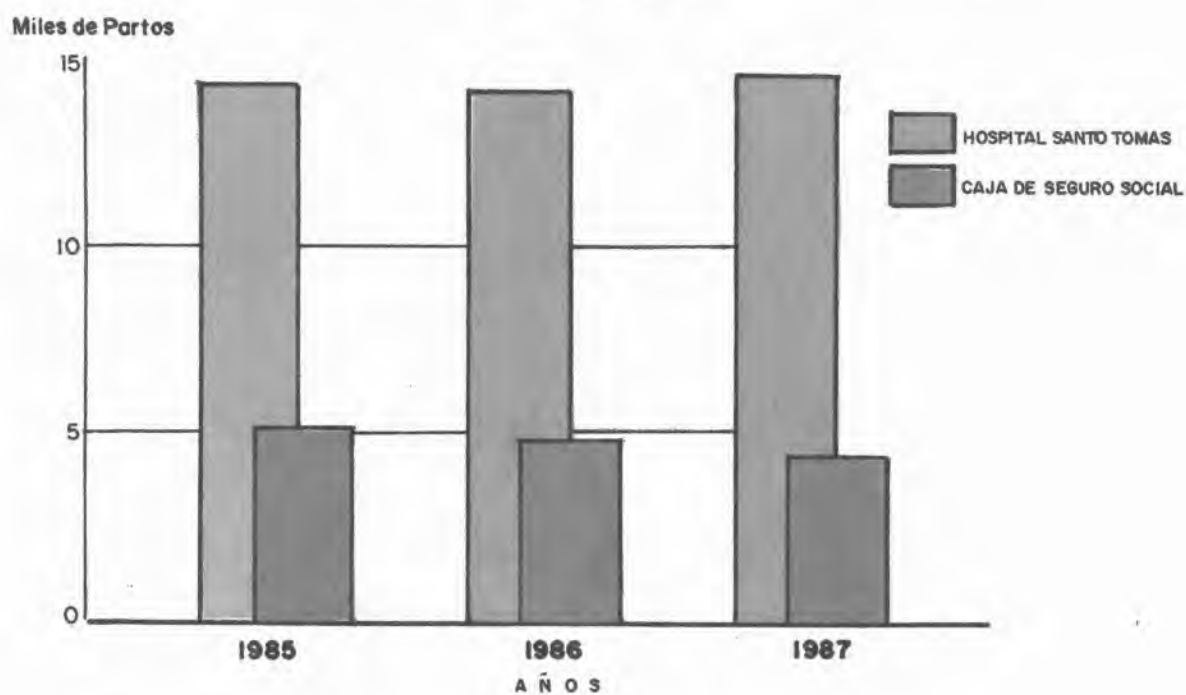
PARTOS OCURRIDOS EN LOS HOSPITALES SANTO TOMAS
Y SEGURO SOCIAL Y CASOS REFERIDOS AL PEP-IPHE
AÑOS 1985-87

Año	H.S.T.		H.G.C.S.S.	
	Nacidos vivos	Referidos	Nacidos vivos	Referidos
Total	<u>34,262</u>	<u>643</u>	<u>15,517</u>	<u>44</u>
1985	14,419	213	5,070	23
1986	14,412	222	4,882	9
1987	14,431	208	4,565	12

Fuentes: Departamento de Registros Médicos y Estadísticos del Ministerio de Salud.

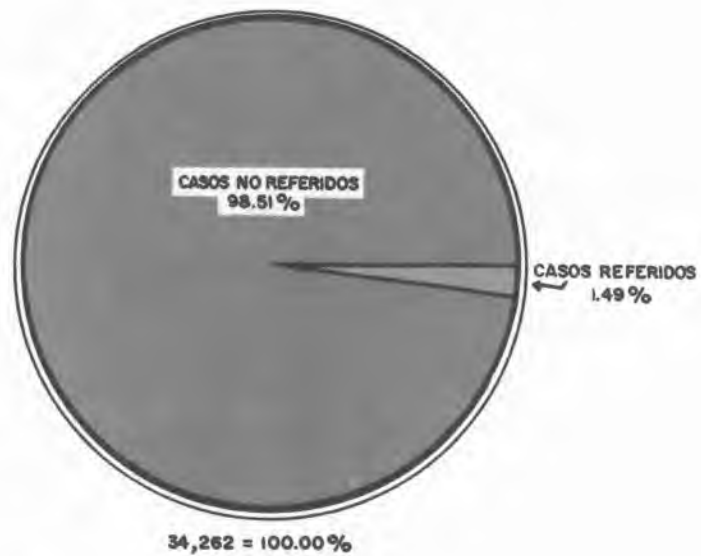
Registros del Programa de Estimulación Precoz.

GRAFICA No. 1.1
PARTOS OCURRIDOS EN LOS HOSPITALES SANTO TOMAS Y SEGURO SOCIAL
AÑOS 1985 - 87



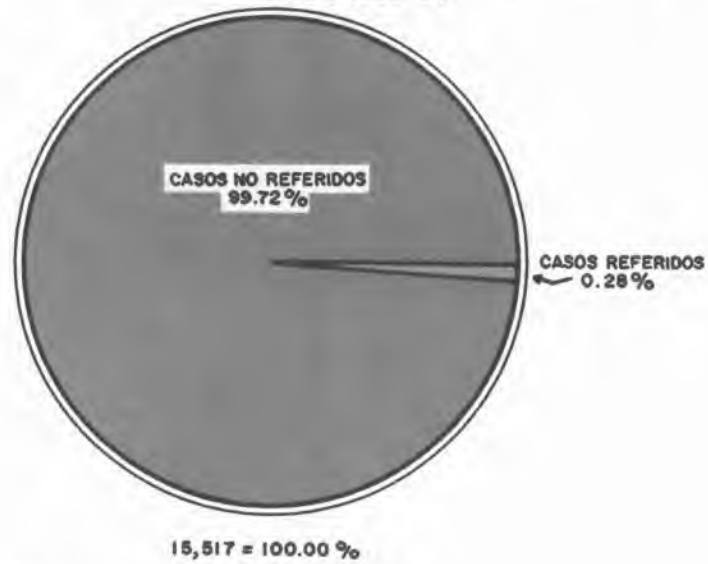
FUENTE: CUADRO No.1

GRAFICA No. 1.2
PARTOS OCURRIDOS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS, Y CASOS REFERIDOS AL PEP-IPHE.
AÑOS 1985-87



FUENTE: CUADRO No.1

GRAFICA No. 1.3
PARTOS OCURRIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL Y CASOS
REFERIDOS AL PEP-IPHE.
AÑOS 1985-87



FUENTE: CUADRO No.1

1.2 Sujetos referidos al Programa de Estimulación Precoz.

El cuadro N.2 presenta el total de niños referidos al PEP según sexo. Por considerarlo de interés se tomó un período de siete años, a partir del primer año seleccionado para el estudio (1985) hasta 1991, lo que permite apreciar cuál es la tendencia en cuanto a volumen de referencias y el sexo de los sujetos.

La gráfica N.2.1 revela que el volumen de referencias provenientes de la CAR - CSS al PEP, ha sido escaso además de irregular. La mayor cantidad de casos (23) fueron referidos en 1985, observándose seguidamente un decremento del volumen de referencias, con un ligero incremento en 1987 (12 casos), para continuar su descenso hasta el registro de solamente cuatro (4) casos en 1991 y un caso (1) en 1992, el cual no aparece en la gráfica en mención.

La disminución en el volumen de casos referidos coincide con la canalización de los niños al Centro de Rehabilitación para Impedidos, a partir de 1985, generalmente por trastornos que afecten el aparato locomotor.

En el análisis del cuadro N.2 y la gráfica N.2.2, observamos que a diferencia de la CAR - CSS, la tendencia de referencias provenientes de las Unidades de Neonatología N.1 y 2, es bastante estable, con un ligero decremento en los años 1988 - 89, posteriores a la crisis nacional, nivel que se incrementa y estabiliza a partir de 1990.

CUADRO N.2

CASOS CON FACTORES DE RIESGO, REFERIDOS AL PROGRAMA
DE ESTIMULACION PRECOZ DEL IPHE, POR HOSPITAL Y SEXO

AÑOS 1985-91

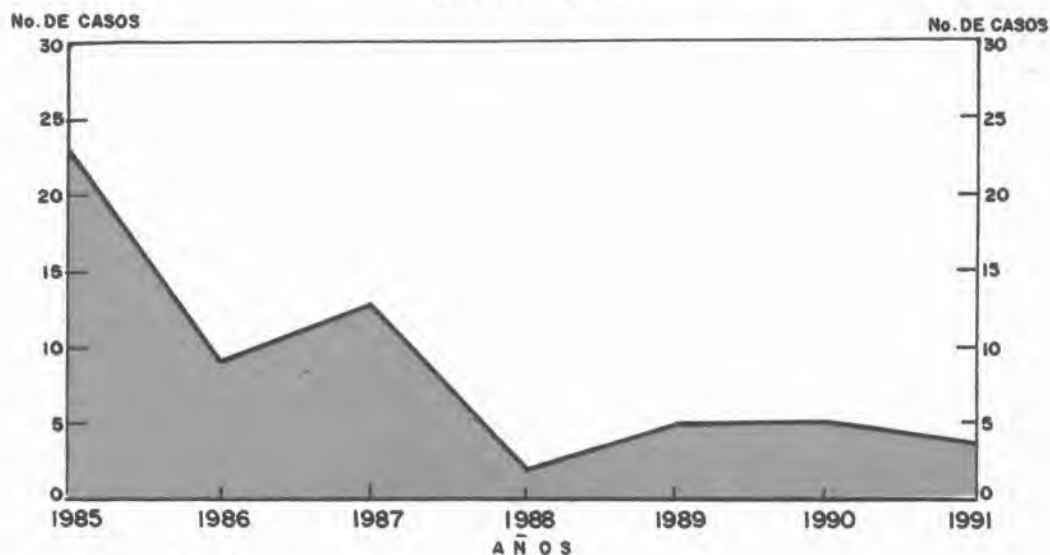
Año	Total	Hospital Santo Tomás y Hospital del Niño				Clínica de Alto Riesgo de la CSS.		
		T	M	F	Igl/	T	M	F
Total..	1,401	1,313	460	408	445	88	55	33
1985.....	236	213	113	100	-	23	15	8
1986.....	231	222	119	103	4	9	5	4
1987.....	220	208	106	102	-	12	5	7
1988.....	192	162	52	35	75	30 _a /	20	10
1989.....	155	150	32	31	87	5	4	1
1990.....	146	141	24	11	106	5	3	2
1991.....	212	208	14	21	173	4	3	1

1/ Se desconoce el sexo de los casos referidos.

a/ De los treinta casos que aparecen registrados, solamente dos fueron referidos directamente de la Clínica de Alto Riesgo de la CSS. Los otros veintiocho fueron referidos de las Policlínicas Pediátricas del Seguro Social.

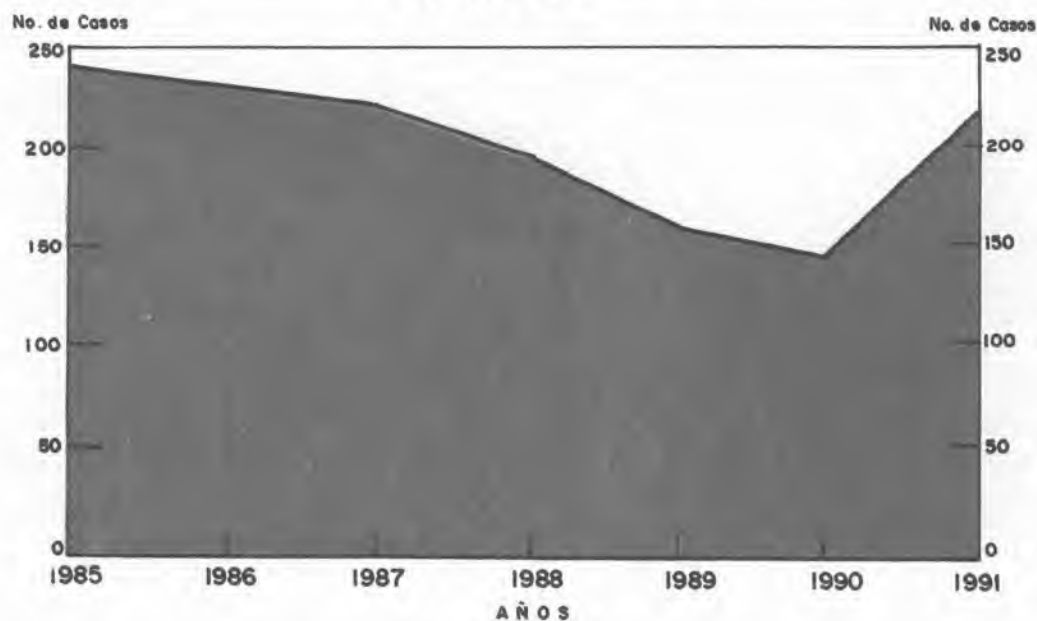
Fuente: Registros de casos referidos al PEP desde Neonatología N2 del Hospital del Niño. Registro de casos referidos desde la Clínica de Alto Riesgo de la CSS al Programa de Estimulación Precoz.

GRAFICA No. 2.1
**CASOS CON FACTORES DE RIESGO, REFERIDOS DESDE LA CLINICA DE ALTO RIESGO DE
 LA CAJA DE SEGURO SOCIAL AL PEP- IPHE.
 AÑOS 1985-91**



FUENTE: CUADRO No. 2

GRAFICA No. 2.2
**CASOS CON FACTORES DE RIESGO, REFERIDOS AL PEP-IPHE DESDE EL HOSPITAL DEL
 NIÑO Y HOSPITAL SANTO TOMAS.
 AÑOS 1985-91**



FUENTE: CUADRO No. 2

1.3 Sexo de los sujetos referidos al PEP - IPHE.

El cuadro N.2 recoge el sexo de los sujetos referidos al Programa de Estimulación Precoz, durante un período de siete años. Se observa que el sexo **masculino** predomina en los niños referidos desde las Unidades de Neonatología N1 y N2, así como los referidos desde la Clínica de Alto Riesgo de la CSS, tal como se puede apreciar en las gráficas N,2.3, 2.4, 2.5 y 2.6.

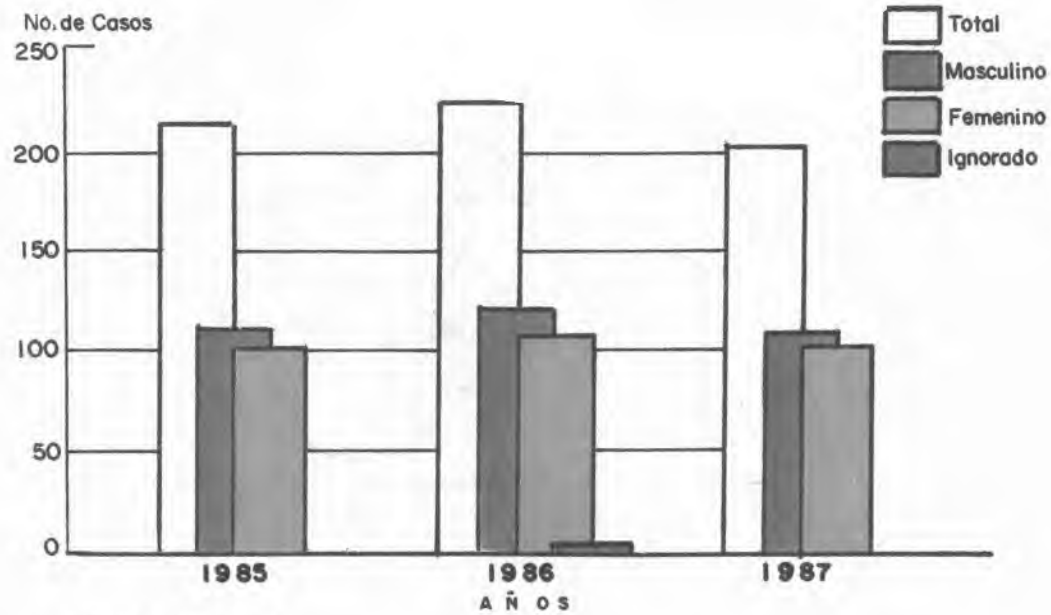
El total de niños referidos desde las Unidades de Neonatología N1 y N2 es de seiscientos cuarenta y siete (647) , según el Registro de referencias del Hospital del Niño. De estos, el **52.24%** (338 niños) son del sexo **masculino** y el **47.14%** (305) son del sexo **femenino**.

En el año de 1986, se registran cuatro casos referidos desde las Unidades de Neonatología, para los cuales no fue posible obtener la variable sexo, debido a que la información no fue anotada. Estos cuatro niños representan en 0.62% del total de referidos.

Los niños provenientes de la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social, revelan un total de veinticinco (25) niños del sexo **masculino**, o sea el **56.8%** y diecinueve niños (19) del sexo **femenino**, lo que equivale al **43.2%** del total de casos referidos durante los años seleccionados para el estudio (1985 - 87).

GRAFICA No.2.3

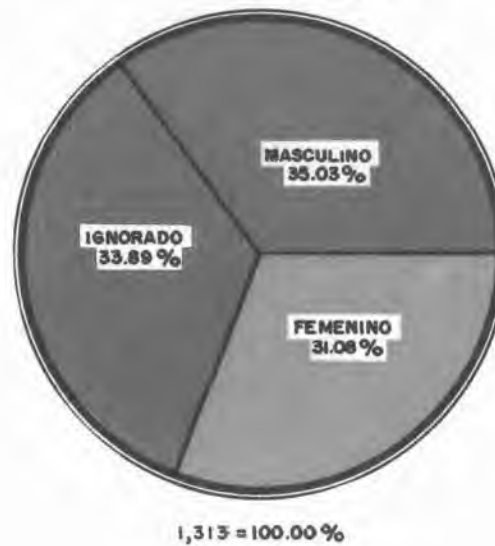
**CASOS CON FACTORES DE RIESGO, REFERIDOS AL PEP DESDE EL HOSPITAL
DEL NIÑO Y SANTO TOMAS POR SEXO
AÑOS 1985-87**



FUENTE: CUADRO No.2

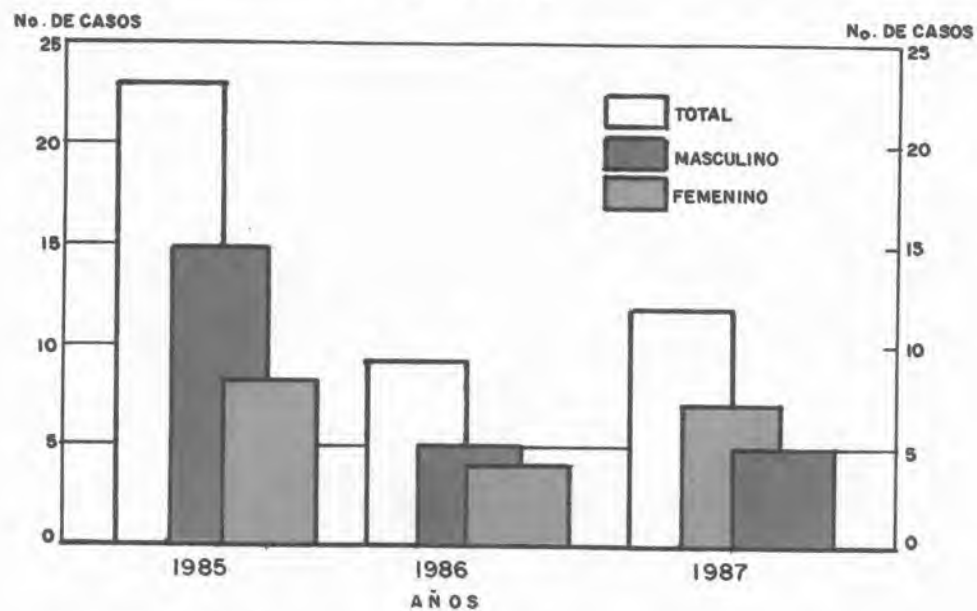
CUADRO No.2.4

**CASOS CON FACTORES DE RIESGO, REFERIDOS DESDE EL HOSPITAL
DEL NIÑO Y SANTO TOMAS AL PEP, POR SEXO
AÑOS 1985-91**



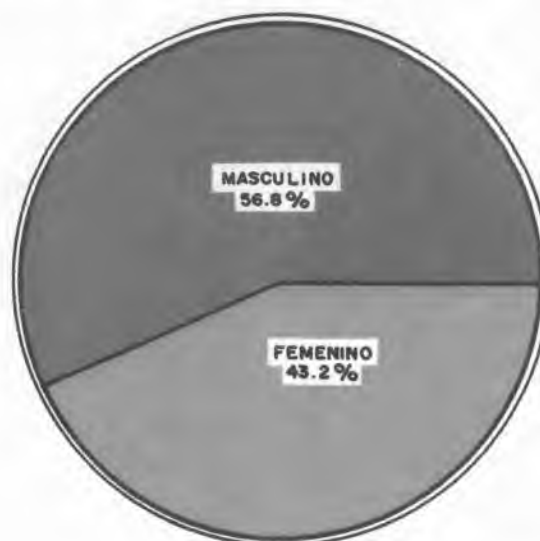
FUENTE: CUADRO No.2

GRAFICA No. 2.5
**CASOS CON FACTORES DE RIESGO, REFERIDOS DESDE LA CLINICA DE ALTO
 RIESGO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL AL PEP POR SEXO
 AÑOS 1985-87**



FUENTE: CUADRO No. 2

GRAFICA No. 2.6
**CASOS CON FACTORES DE RIESGO, REFERIDOS DESDE LA CLINICA DE ALTO
 RIESGO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL AL PEP POR SEXO
 AÑOS 1985-87**

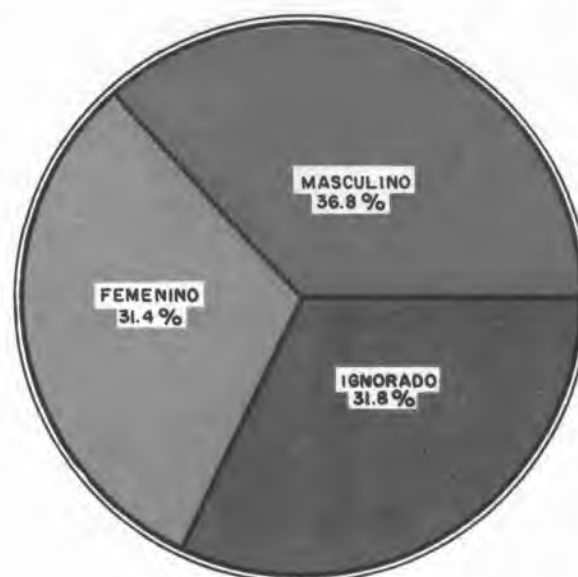


FUENTE: CUADRO No. 2

La población total referida al PEP, durante los años 1985 a 1991 suman mil cuatrocientos un caso (1,401), de los cuales el 36.8% son del sexo masculino (515 casos) y el 31.4% son del sexo femenino (441 casos), en un total de 445 casos no fue posible determinar el sexo (Gráfica 2.7).

Estos 445 casos corresponden al 31.8% de la muestra total. Los datos fueron tomados del Registro de Casos Referidos de Neonatología N.2. La falta de información se correlaciona con la ausencia de otros datos en la evaluación pediátrica como son el sector de procedencia y aquellos que indagan sobre los antecedentes de embarazo y parto.

GRAFICA No.2.7
POBLACION REFERIDA AL PEP, DESDE LAS UNIDADES DE NEONATOLOGIA N1 Y N2 Y LA CLINICA DE ALTO RIESGO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, SEGUN SEXO.
AÑOS 1985-91



1,401 = 100.0 %

FUENTE: CUADRO No.2

Un análisis de los **Censos Nacionales de 1980**, en los que por primera vez, gracias al patrocinio de UNICEF y el interés del IPHE, se incluyó una pregunta sobre los impedidos (término utilizado en la boleta censal), en la que en población de 0 a 40 años, se indagaba **si el impedimento era por nacimiento o por otra causa**, reveló lo siguiente:

- a. El total de impedidos censados fue de 9,770 en edades de 0 a 40 años.
- b. De este gran total, el **79.25%** (7,735) reportaba que el impedimento era "**por nacimiento**", y el **20.85%** correspondiente a 2,035 individuos, reportó que el impedimento era "**por otra causa**".
- c. En ambas categorías sobre el origen del impedimento, el sexo masculino tiene el porcentaje mayor. La suma de ambas categorías revela que para el año de 1980, **el 56.49% eran del sexo masculino y el 43.56% eran del sexo femenino**.
- d. Para las cuatro categorías de impedimentos: ciegos, sordomudos, retardados e inválidos, **los individuos del sexo masculino exhiben los mayores porcentajes en relación a las mujeres.** (37).

(37) Biéberach, Rebeca. **Los Impedidos dentro de los Censos Nacionales.** Investigación Demográfica. Escuela de Salud Pública. Panamá, 1989.

1.4 Lugar de procedencia de las madres de los sujetos referidos.

El análisis de la variable procedencia de los casos, realizada en función del sector de residencia reportado por la madre al momento de su ingreso al hospital, el cual está anotado en la hoja de evaluación pediátrica, documento de referencia de los niños al Programa de Estimulación Precoz (Cuadro N.3).

La muestra inicial comprendía un total de seiscientos ochenta y siete casos (687), a los cuales se agregaron los cien encontrados en la revisión de los expedientes y otros documentos en el PEP.

Estos cien casos formaban parte de un total de doscientas trece (213) evaluaciones pediátricas de los años 1979 y la década de 1980, que no originaron la confección de un expediente.

Seis de esas evaluaciones pediátricas tenían anotado que la dirección informada por la madre estaba errada, dos casos se habían mudado de sector, uno había muerto, mientras que un gran total de doscientas cuatro (204) pediátricas carecían de algún tipo de anotación.

Los cien casos que se agregaron a la muestra inicial, habían egresado del hospital durante un fin de semana, o durante el tiempo que el personal del IPHE encargado de llevar este registro, no se encontraba laborando. Las pediátricas fueron entregadas directamente por la madre en el Programa de Estimulación Precoz, en el Corregimiento de Ancón.

1. 5 Existencia o no de expediente en la muestra estudiada.

El estudio consideró de gran valor determinar cuántos de los casos referidos poseían expediente, siendo un indicador de que se había iniciado la atención en el Programa de Estimulación Precoz.

Para ello se utilizaron los listados facilitados a las maestras orientadoras por sector, los cuales contenían el nombre de la madre de los sujetos referidos y el año de nacimiento. La maestra debía anotar el nombre del niño al lado del de la madre y el número de expediente.

Encontramos resistencia por parte de dos maestras a brindar la información solicitada. Otras procedieron a buscar sus registros, los archivos, el libro de control de expedientes, los expedientes de casos inactivos y las hojas de evaluaciones pediátricas que tenían en su poder y que por diversas razones no habían sido el inicio de un expediente.

El cuadro N.3 recoge la existencia o no de expediente, observándose que de un total de setecientos ochenta y siete casos que constituían la muestra, solamente ciento cuarenta y dos casos (142), el **18.04% poseían expediente**, mientras que seiscientos cuarenta y cinco casos (645) equivalente al **81.96% no contaban con expediente**. Cuadro y gráfica 3a.

Llama poderosamente la atención el porcentaje tan alto de niños que a pesar de haber sido referidos no poseían expediente que indicara que se les atendió (Gráfica 3.2).

CUADRO N.3

CASOS REFERIDOS DESDE LAS UNIDADES DE NEONATOLOGIA N.1 y 2
 DEL HOSPITAL SANTO TOMAS Y HOSPITAL DEL NIÑO Y DE LA
 CLÍNICA DE ALTO RIESGO DE LA C.S.S., AL PROGRAMA DE
 ESTIMULACION PRECOZ DEL IPHE, CON O SIN EXPEDIENTE
 POR PROVINCIA.
 AÑOS 1985 - 87

Provincia	Casos		
	Total	con expediente	sin expediente
Total.....	<u>787</u>	<u>142</u>	<u>645</u>
Bocas del Toro.....	-	-	-
Coclé.....	3	-	3
Colón.....	1	-	1
Chiriquí.....	-	-	-
Darién.....	1	-	1
Herrera.....	2	1	1
Los Santos.....	-	-	-
Panamá.....	714	118	596 <u>a/</u>
San Blas.....	6	-	6
Veraguas.....	2	-	2
Sin ubicación.....	58 <u>b/</u>	23	35

a/ Los cien casos que se agregaron a la muestra inicial forman parte de los quinientos noventa y seis casos que no tienen expediente.

b/ De los cincuenta y ocho casos sin ubicación por sector, veintitrés tienen expediente y treinta y cinco carecen de él. En ninguno de los dos casos se anotó el sector de residencia.

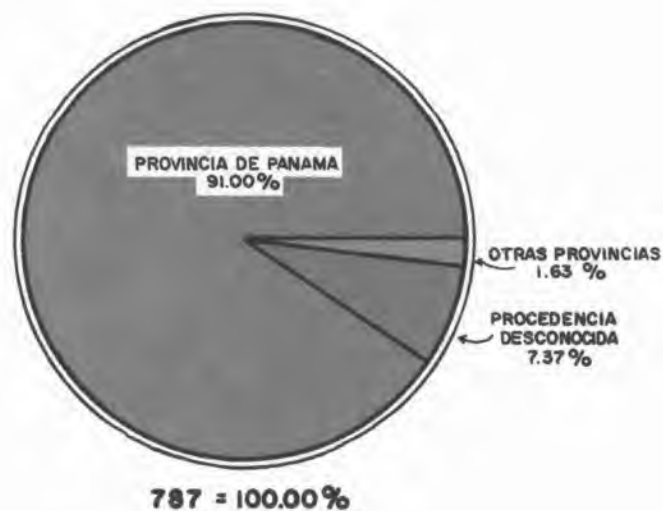
Fuente: Análisis de expedientes realizado en el PEP.

Los cien casos que procedían de las Unidades de Neonatología N1 y N2 se sumaron a la muestra inicial, al considerar conveniente agregarlos para el análisis de determinados cuadros, ya que al sumarlos a la muestra original, constituían un porcentaje importante, 12% de la muestra total.

Este grupo de niños que no fueron anotados en el Registro de casos referidos al PEP, son un indicador importante de subregistros, revelando la falta de controles adecuados.

La gráfica N.3.1 revela que el 91% (714 niños) proceden de la Provincia de Panamá; 1.63% (15 niños) corresponden a otras provincias y en 58 niños, equivalente al 7.37% no se pudo establecer el lugar de procedencia.

GRAFICA No. 3.1
PROCEDENCIA POR PROVINCIAS DE LOS CASOS REFERIDOS AL PEP, DESDE EL HOSPITAL DEL NIÑO, HOSPITAL SANTO TOMAS Y CLINICA DE ALTO RIESGO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL. AÑOS 1985-87



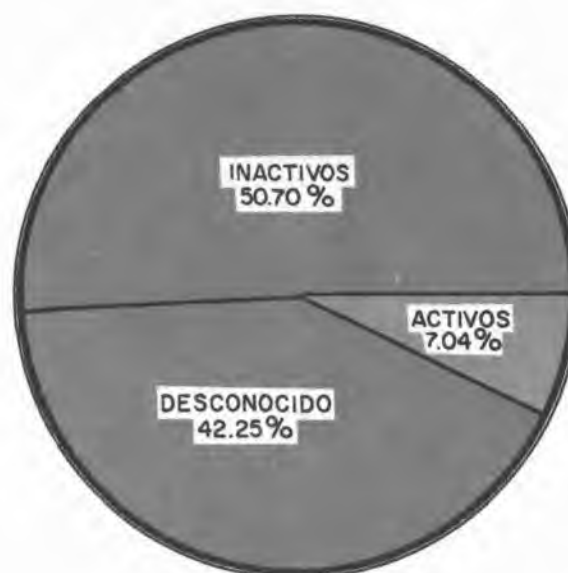
FUENTE: CUADRO No.3

CUADRO N. 3a
 NIVEL DE RETENCION DE LOS NIÑOS CON EXPEDIENTE
 QUE FUERON REFERIDOS AL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
 DESDE LAS UNIDADES DE NEONATOLOGIA N1 y N2 y LA CAR - CSS
 AÑOS 1985 - 87

Nivel de retención	Años			
	Total	1985	1986	1987
Total	<u>142</u>	<u>66</u>	<u>48</u>	<u>28</u>
Activos				
- Asisten a las aulas del PEP	9	4	1	4
- Asisten al COIF - IPHE.....	1	-	-	1
Inactivos.....	72	33	25	14
Desconocido.....	60	29	21	10

Fuente: Revisión de expedientes de los casos referidos.

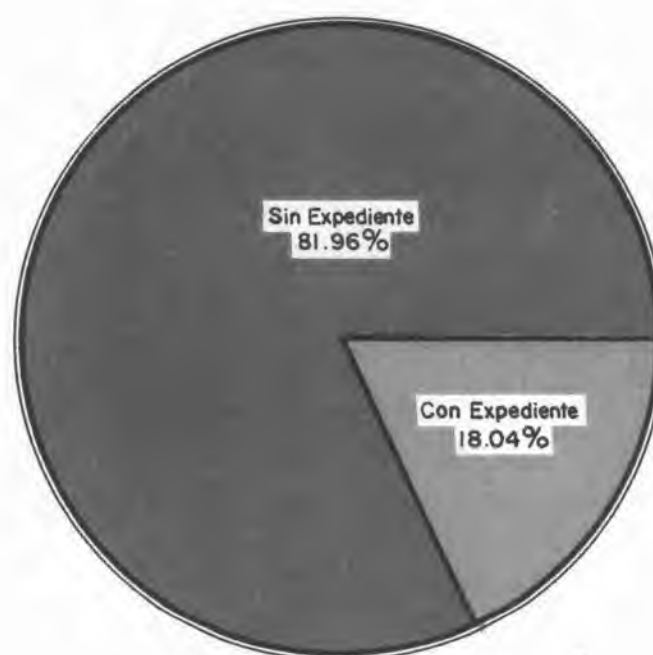
GRAFICA No. 3a
 NIVEL DE RETENCION DE LOS NIÑOS CON EXPEDIENTE QUE FUERON REFERIDOS AL
 PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ DESDE LAS UNIDADES DE NEONATOLOGIA
 N1 Y N2 Y LA CAR - CSS.
 AÑOS 1985-87



142 = 100 %

FUENTE: CUADRO No.

GRAFICA No.3.2
CASOS REFERIDOS DESDE EL HOSPITAL SANTO TOMAS, HOSPITAL DEL
NINO Y CLINICA DE ALTO RIESGO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL
CON O SIN EXPEDIENTE.
AÑOS 1985-87



787 = 100.00%

FUENTE: Cuadro No.3

1.6 Existencia de expediente en los casos residentes en la Provincia de Panamá.

La mayor cantidad de casos referidos (714) provienen de madres que residen en la Provincia de Panamá. Esta cifra corresponde al 90.7% de la muestra total.

Al clasificarlos de acuerdo a la Región de Salud y a la existencia o no de expediente, las cifras revelan que solamente ciento dieciocho casos (118) contaban con expediente, o sea el 16.53%, mientras que quinientos noventa y seis casos (596), el 83.47% **carecen de expediente**, del total de casos referidos en el período 1985 - 87 (Cuadro N.4 y Gráfica N.4.1).

Los casos se agruparon además por Región de Salud, resultando que el 53% (378 casos) **correspondían a la Región Metropolitana**, seguida por la **Región de San Miguelito** con un 33% (236 casos), mientras que el 12% (91 casos) procedían de la Región de Panamá Oeste. Panamá Este solamente reporta nueve casos, los cuales no poseen expediente.(Gráfica 4.2).

La situación es alarmante en cuanto a que todos los casos referidos ameritan en un grado variable de los servicios del Programa de Estimulación Precoz, la cual en función de los resultados obtenidos en el estudio, y con esta muestra son poco eficientes.

CUADRO N. 4

CASOS REFERIDOS AL PEP-IPHE DE RESIDENTES
EN LA PROVINCIA DE PANAMA, CON O SIN EXPEDIENTE,
SEGUN REGIONES DE SALUD

AÑOS 1985-87

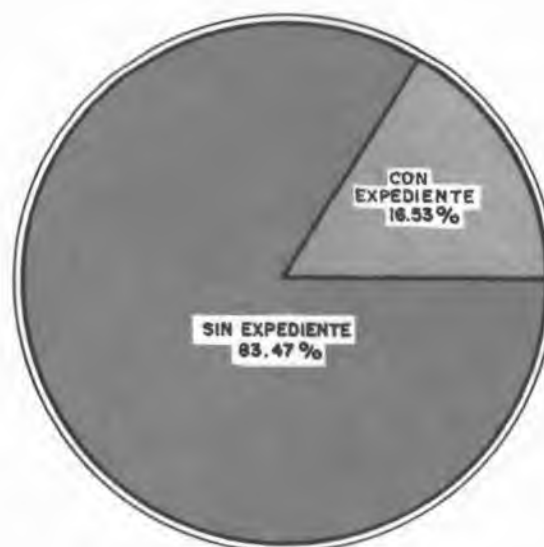
Regiones de Salud	Total	Casos	
		con expediente	sin expediente
Total	<u>714</u>	<u>118</u>	<u>596</u>
Región Metropolitana	378	99	279
Región de San Miguelito ...	236	16	220
Región de Panamá Este	9	-	9
Región de Panamá Oeste	91	3	88

Fuente: Registros del PEP-IPHE.

GRAFICA No. 4.1

CASOS REFERIDOS AL PEP-IPHE DE RESIDENTES EN LA PROVINCIA DE PANAMA,
CON O SIN EXPEDIENTE.

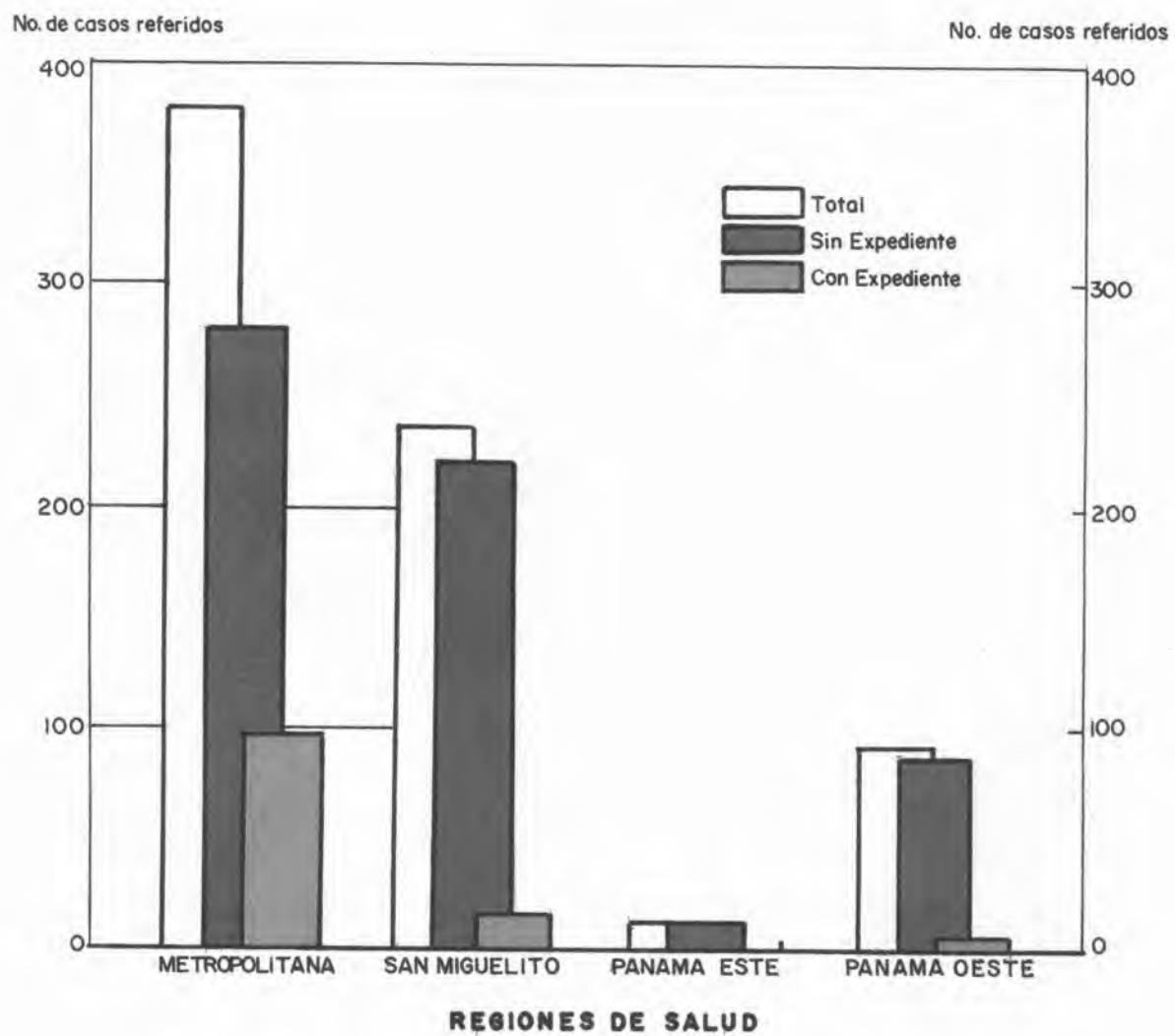
AÑOS 1985-87



714 = 100.00

Fuente: Cuadro No. 4

GRAFICA No.4.2
CASOS REFERIDOS AL PEP-IPHE DE RESIDENTES EN LA PROVINCIA DE PANAMA, CON O SIN EXPEDIENTE, SEGUN REGIONES DE SALUD. AÑOS 1985-87



FUENTE: Cuadro No. 4

Siendo tan significativo el porcentaje de casos sin expediente (83.47%), no era posible obviar el indagar sobre las posibles razones. Las maestras orientadoras, en términos generales argumentan lo siguiente:

- a. Las direcciones en ocasiones están erradas, faltando elementos de referencia para ubicar la vivienda, incluyendo la falta de un teléfono de quien pueda informar sobre el niño.
- b. Carencia de apoyo económico para realizar las visitas durante los años del estudio.
- c. Falta de recursos humanos como psicólogos y terapeutas para la evaluación de los casos referidos.
- d. Incremento constante del volumen de población por maestra orientadora que no les permite un seguimiento adecuado de la población asignada por sector.
- e. Carencia de normas respecto a dar de alta a los niños ya que al estar explícita la norma de que el Programa de Estimulación Precoz atiende a los niños de cero a cinco o seis años, éstos permanecen en él hasta alcanzar esta edad, independiente de si realmente deban o no continuar la atención, de acuerdo a su desarrollo.

Esta situación es aún más crítica cuando sabemos que los niños que son referidos para atención por parte del PEP no solamente provienen de los hospitales, sino también de los centros de salud, las policlínicas de la CSS y las clínicas privadas. Estas referencias no pudieron ser contabilizadas para estimar porcentajes.

Desde el año 1988 las orientadoras no visitan los hogares de los niños. En la actualidad permanecen en los centros de salud del sector asignado.

1.7 Existencia de expediente de los casos residentes en el Distrito de Panamá, por corregimiento.

El cuadro N.5 presenta los casos del Distrito de Panamá, agrupados bajo la categoría de Región Metropolitana (378 casos), con o sin expediente por corregimiento.

Observamos que el mayor porcentaje, 15.34% (58 casos) proceden de Alcalde Díaz, seguido por el Corregimiento de Pedregal con un 14.29% (54 casos); el sector de Tocumen con 11.37% (43 casos); Río Abajo con 10.05% (38 casos) y Calidonia y Curundú, cada uno con 32 casos que corresponden al 8.46%.

Del total (378 casos), el 26.19 poseen expediente (99 casos), mientras que el 73.81% no tienen expediente (279 casos). (Gráfica 5.2).

La información correspondiente a los sectores de Chorrillo, Santa Ana, San Felipe y San Francisco no fue brindada por las orientadoras de esos sectores, lo que dificultó aún más la localización de los expedientes.

Un análisis de los procedimientos para el manejo de los niños referidos revela que los objetivos de captación, orientación y estimulación en el área hospitalaria, específicamente en las Unidades de Neonatología N1 y N2 se cumplen. De allí las evaluaciones pediátricas son entregadas a la coordinadora quien mediante un libro de recibo de documentos, los entrega a las orientadoras. El control no comprende la devolución posterior de estos y otros documentos para conformar el expediente del niño.

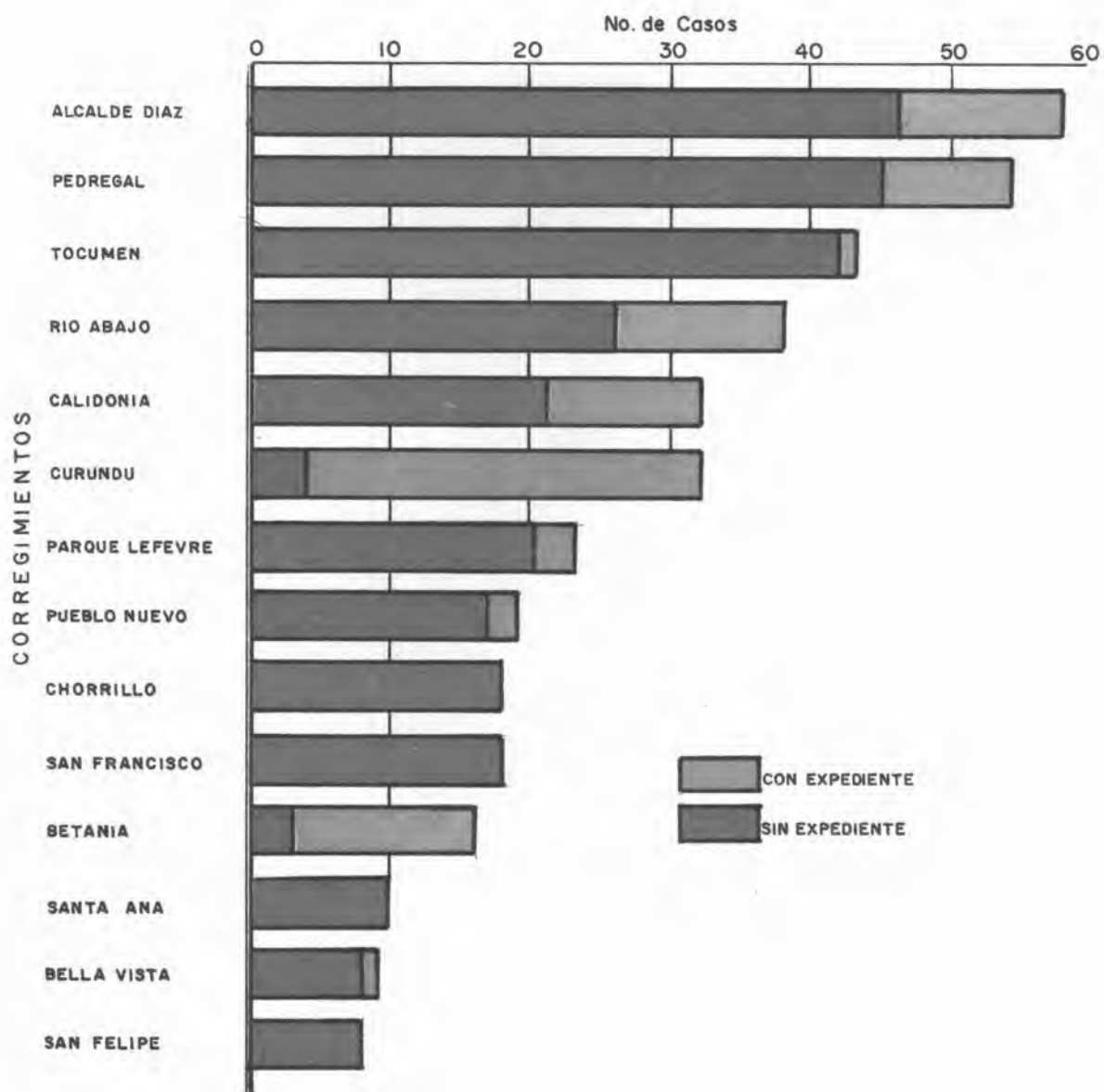
La gráfica N.5.1 muestra la frecuencia de casos referidos por corregimiento y la existencia o no de expediente en cada uno de ellos.

CUADRO N.5
CASOS DEL DISTRITO DE PANAMA, REFERIDOS AL PEP-IPHE
CON O SIN EXPEDIENTE, POR CORREGIMIENTO
AÑOS 1985-87

Corregimientos del Distrito de Panamá	Casos		
	Total	con expediente	sin expediente
Total..	<u>378</u>	<u>99</u>	<u>279</u>
Alcalde Díaz.....	58	12	46
Bella Vista.....	9	8	1
Betania.....	16	13	3
Calidonia.....	32	11	21
Curundú.....	32	28	4
Chorrillo.....	18	-	18
Parque Lefevre.....	23	3	20
Pedregal.....	54	9	45
Pueblo Nuevo.....	19	2	17
Río Abajo.....	38	12	26
Santa Ana.....	10	-	10
San Felipe.....	8	-	8
San Francisco.....	18	-	18
Tocumen.....	43	1	42

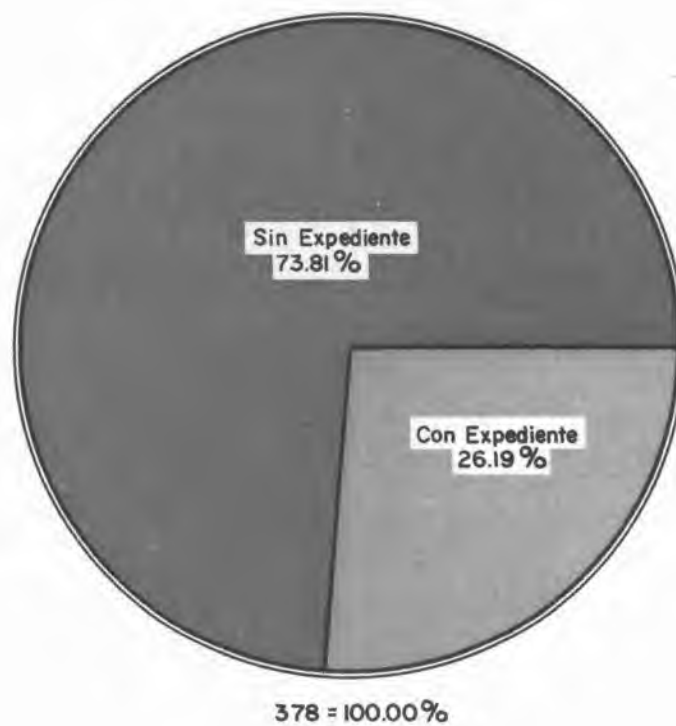
Fuente: Registros del PEP-IPHE. Años 1985-87.

GRAFICA No. 5.1
**CASOS DEL DISTRITO DE PANAMA, REFERIDOS AL PEP-IPHE CON O SIN
 EXPEDIENTE, POR CORREGIMIENTOS.
 ANOS 1985 - 87**



FUENTE: CUADRO No. 5

GRAFICA No. 5.2
**CASOS DEL DISTRITO DE PANAMA, REFERIDOS AL PEP-IPHE CON O
SIN EXPEDIENTE.
AÑOS 1985-87**



FUENTE: Cuadro No. 5

1.8 Características de la población referida al Programa de Estimulación Precoz, desde la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social. (CAR - CSS).

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación y con miras a un mejor aprovechamiento de la información, se procedió al análisis más detallado de los niños referidos desde la Clínica de Alto Riesgo, fundamentado en el hecho de que todos ameritaban, sin lugar a dudas, de la atención educativa especial del Programa de Estimulación Precoz.

Estos niños poseen una condición ya establecida que compromete el desarrollo normal. De allí, que durante el tiempo que se atienden en la consulta de la CAR, son tratados por los diversos especialistas del Complejo Hospitalario Metropolitano, de cuyo seguimiento es responsable el neonatólogo pediatra.

La atención especializada incluye genética, psicología, paidopsiquiatría, oftalmología, otorrino, foniatría, endocrinología, cardiología, neurología, además de pediatría, enfermería y de manera muy especial y continua, el personal de terapias y estimulación precoz del Seguro Social.

1.8.1 Volumen de referencias.

En un período de dieciocho años (1974 - 1991), se refirieron un total de doscientos treinta y cuatro niños (234), tal como se aprecia en el Cuadro N.6. Se observa además, que el volumen de referencias muestra un patrón muy irregular con decrementos e incrementos bien marcados (Gráfica N.6.1).

El cuadro N.6, revela la falta de información en el año 1979. Este registro no se encontró.

Un ejemplo de los diagnósticos de referencia, lo tenemos en el año de 1984, donde se dió la frecuencia más alta de canalización de casos al PEP.

De los treinta y cinco referidos, **15 tenían diagnóstico de parálisis cerebral, 6 con Síndrome de Down; 3 con pérdidas visuales y 3 con pérdidas auditivas.** Los otros 8 fueron referidos por hidrocefalia, asfixia perinatal severa, retraso psicomotor marcado, microcefalia, hemiatrofia cerebral.

En 1988 hay anotados 30 casos, de los cuales solamente dos fueron referidos directamente de la CAR, mientras que los otros 28 fueron canalizados erróneamente desde las policlínicas periféricas de la CSS, ya que estos debían ser referidos directamente al PEP.

La baja incidencia de niños referidos desde la CAR al Programa de Estimulación Precoz coincide con la canalización de éstos al Centro de Rehabilitación para Impedidos (CRI), a partir de 1985.

La causa básica de referencia al CRI, según sus normas, son trastornos que afecten el aparato locomotor (como enfermedades neuromusculares y osteoarticulares principalmente), las que una vez superadas llevan al egreso del paciente, siendo muy baja la frecuencia con que se canalizan al PEP (uno o dos por año).

Dicha situación favorece el que los padres acudan tardíamente a solicitar atención educativa especial para sus niños, producto de otros problemas que comprometen el rendimiento intelectual.

CUADRO N.6
CASOS REFERIDOS DESDE LA CLINICA DE ALTO RIESGO
DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, AL PEP-IPHE, POR SEXO
AÑOS 1974-91

Año	Sexo		
	Total	Masculino	Femenino
Total...	<u>234</u>	<u>131</u>	<u>103</u>
1974 <u>a/</u> ...	18	10	8
1975	5	2	3
1976	12	5	7
1977	16	8	8
1978	2	-	2
1979 <u>b/</u>....	...	...	...
1980	28	14	14
1981	13	5	8
1982	5	3	2
1983	12	7	5
1984	35	23	12
1985	23	15	8
1986	9	5	4
1987	12	5	7
1988 <u>c/</u>	30	20	10
1989	4	3	1
1990	6	3	3
1991	4	3	1

a/ Se iniciaron las referencias al PEP-IPHE.

b/ Se desconoce la información.

c/ De los treinta casos, veintiocho fueron inicialmente referidos de las policlínicas pediátricas de la C.S.S.

Fuente: Registros de la CAR-CSS.

Este panorama está condicionado no solamente por la canalización de los niños al PEP, sino por el mayor o menor interés de quien en un momento es responsable de llevar el registro de casos referidos.

Para los efectos de la muestra seleccionada para el estudio, compuesta por cuarenta y cuatro casos (44), nacidos de 1985 - a 1987, encontramos que se refirieron 23, 9 y 12 niños respectivamente, manteniendose el patrón irregular que ha partir de 1988 muestra una constante disminución de referencias: en 1991 se refieren cuatro (4) casos y en 1992 un solo caso, según los registros de la CAR.

1.8.2 Sexo.

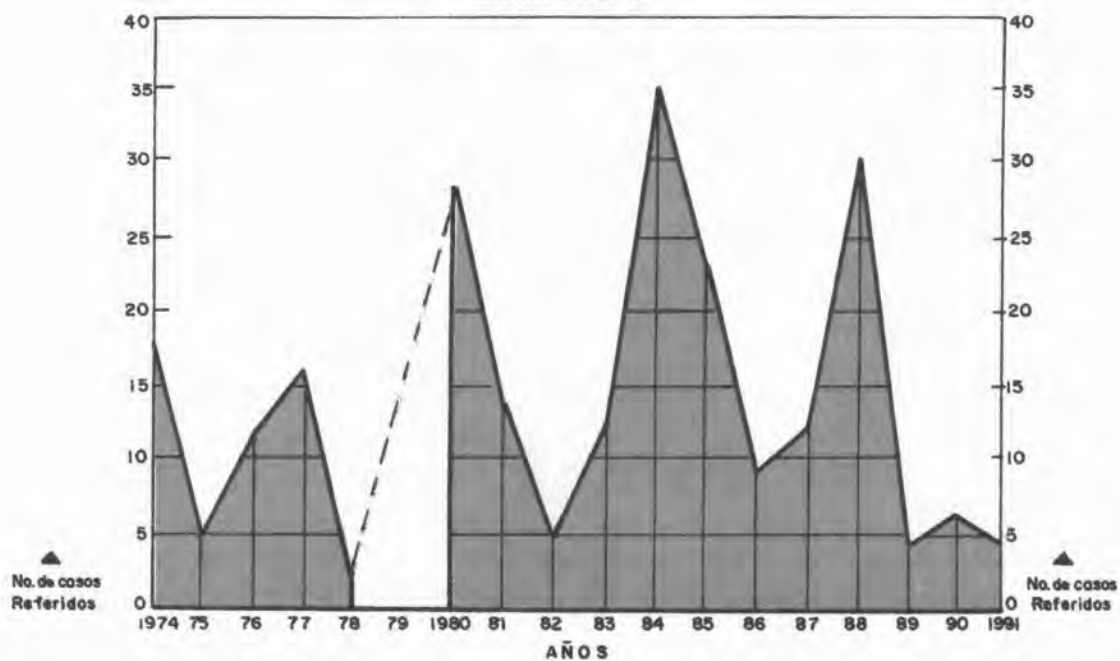
Del total de 234 niños referidos en dieciocho años, el **56.00%** son del **sexo masculino** (131 niños), mientras que el **44.00%** pertenecen al **sexo femenino**, (103 niñas), según muestra la gráfica N.6.2.

La muestra del estudio, revela que del total de 44 casos, el **57.00%** son **masculino** y el **43.00%** son **femeninos**.

1.8.3 Edad promedio de referencia.

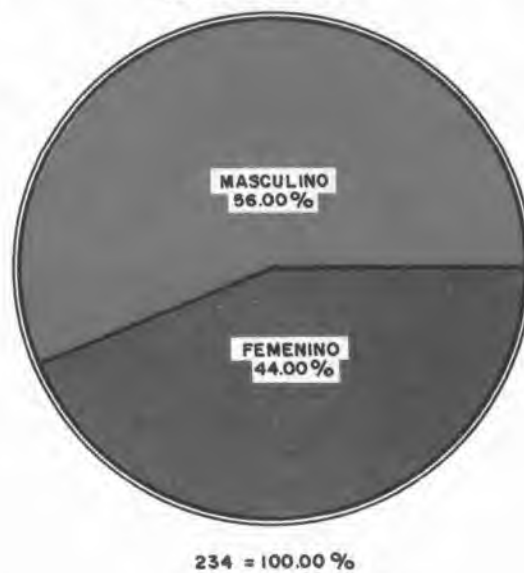
Tanto para la muestra, como para el total de 234 casos, la edad promedio de referencia al PEP es de alrededor de 2 años. Esta información es muy valiosa cuando consideramos que de acuerdo a los diagnósticos de referencia, son niños que requieren educación especial.

GRAFICA No. 6.1
**CASOS REFERIDOS DESDE LA CLINICA DE ALTO RIESGO DE LA CAJA
 DE SEGURO SOCIAL AL PEP-IPHE.
 AÑOS 1974-91**



FUENTE: Cuadro No. 6

GRAFICA No. 6.2
**CASOS REFERIDOS DESDE LA CLINICA DE ALTO RIESGO DE LA CAJA
 DE SEGURO SOCIAL AL PEP-IPHE, POR SEXO
 AÑOS 1974-91**



FUENTE: Cuadro No. 6

1.8.4 Existencia de expediente.

La muestra seleccionada para el estudio compuesta por 44 casos, reveló que el **73.00%** contaba con un expediente (32 niños), mientras que el **27.00%** no poseía expediente (12 niños).

El análisis de esta variable en la población referida de 1974 al 91, (234 niños), revela que 148 niños, **63.25%** poseían expediente, y el **36.75%** (86 niños), no contaban con él. Ver el cuadro N.7 y la gráfica N.7.1.

Analizando detenidamente los diagnósticos de referencia de los niños que provienen de la Clínica de Alto Riesgo, el porcentaje debía ser del 100% con expedientes, si se consideran las siguientes razones:

- a. Todos son niños que ameritan de una atención educativa especial.
- b. Cuando el niño es referido al PEP, no solamente lleva **completa** la hoja de evaluación pediátrica, sino que ésta se acompaña de un **resumen de la cuadrícula** en la que se detallan los resultados de las evaluaciones practicadas, la evolución en la atención que brinda el personal de estimulación precoz en la CAR, citas de control y otras informaciones que se consideran pertinentes.

Se adjunta además el resultado de la última evaluación psicológica practicada, lo que debería agilizar el ingreso del niño a un aula de clases con una maestra especial.

CUADRO N.7

CASOS REFERIDOS DESDE LA CLINICA DE ALTO RIESGO
DE LA C.S.S. AL PEP-IPHE, CON O SIN EXPEDIENTE
AÑOS 1974-1991

	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
Total.....	234	100.00%
con expediente.....	148	63.25%
sin expediente.....	86	36.75%

Fuente: Registros de referencia de CAR al PEP.

GRAFICA No.7.1

CASOS REFERIDOS DESDE LA CLINICA DE ALTO RIESGO DE LA CAJA DE SEGURO
SOCIAL AL PEP-IPHE, CON O SIN EXPEDIENTE.
AÑOS 1974-1991



234 = 100.00%

FUENTE: CUADRO No.7

El cuadro N.7a revela el total de expedientes abiertos en un período de diez años (Gráfica N.7a).

Cada uno de estos niños debe recibir periódicamente un seguimiento encaminado a orientar la familia sobre las actividades de estimulación de acuerdo a la edad, asistencia a terapias, reevaluaciones, citas con especialistas y por la edad y necesidad, integrarse a un aula de clases en la planta central del PEP en Ancón o en aquellas ubicadas en la comunidad.

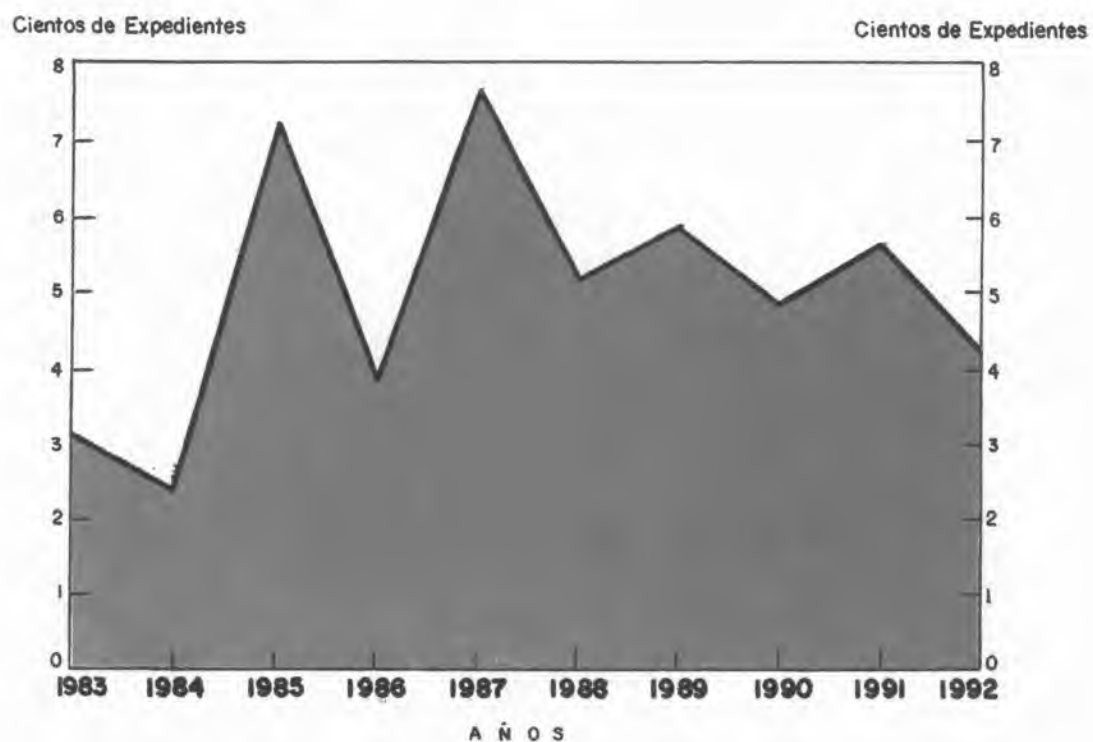
Este proceso se mantiene hasta que egresa de los servicios que ofrece el PEP por alta, por la edad (dependiendo de su condición particular, a los cinco o seis años), por canalización a programas de educación especial (retardo mental, pérdidas auditivas, parálisis cerebral, etc). incorporación a centros infantiles en la comunidad, traslado a otras provincias o áreas que son atendidas por otras extensiones del IPHE (en cuyo caso y por solicitud se puede enviar el expediente y continuar la atención), estar inactivo, desertar o fallecer.

CUADRO N.7a
TOTAL DE EXPEDIENTES ABIERTOS EN EL PROGRAMA
DE ESTIMULACION PRECOZ DEL IPHE
AÑOS 1983 - 92

Años	Expedientes abiertos
1983	306
1984	244
1985	724
1986	385
1987	769
1988	514
1989	590
1990	485
1991	565
1992	429

Fuente: Libro de Control de Expedientes.

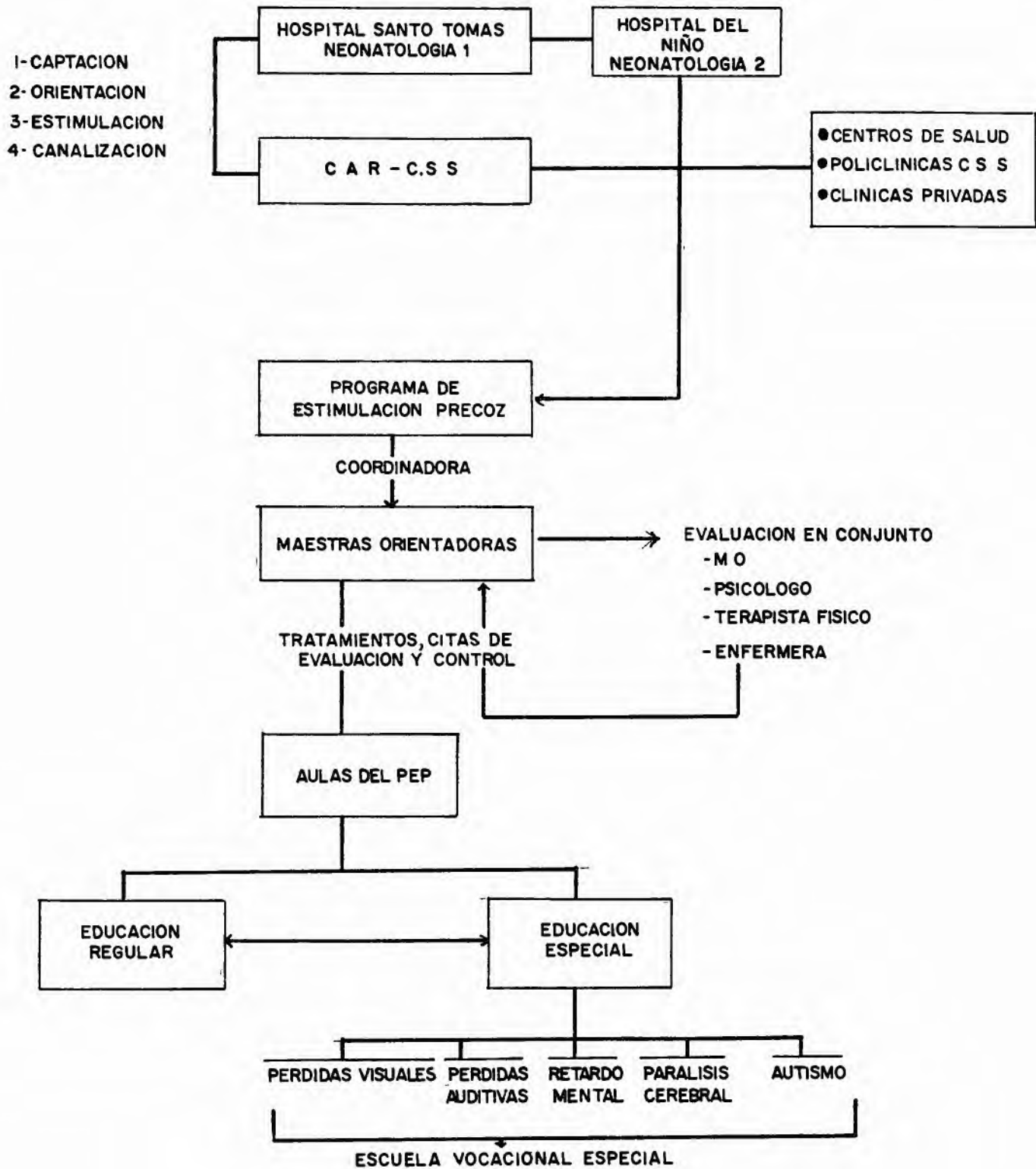
GRAFICA No. 7.2
TOTAL DE EXPEDIENTES ABIERTOS EN EL PROGRAMA DE ESTIMULACION
PRECOZ DEL I.P.H.E.
AÑOS 1983-92



Cuadro 7a
FUENTE: Libro de Control de Expedientes

**FLUJOGRAMA DE ATENCION DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
DEL I.P.H.E.**

99



El formulario de **Evaluación Pediátrica** constituye uno de los requisitos para iniciar la atención de manera formal en el Programa de Estimulación Precoz del IPHE.

A partir de allí la maestra orientadora programa la **Entrevista Inicial** y la **Evaluación en Conjunto**. En esta evaluación participa la psicóloga, la terapeuta física.

La evaluación pediátrica, la entrevista inicial y las evaluaciones de psicología y terapia física, así como la hoja de síntesis de la evaluación son entregadas por la orientadora a la Coordinadora del PEP quien conforma el expediente y le asigna un número.

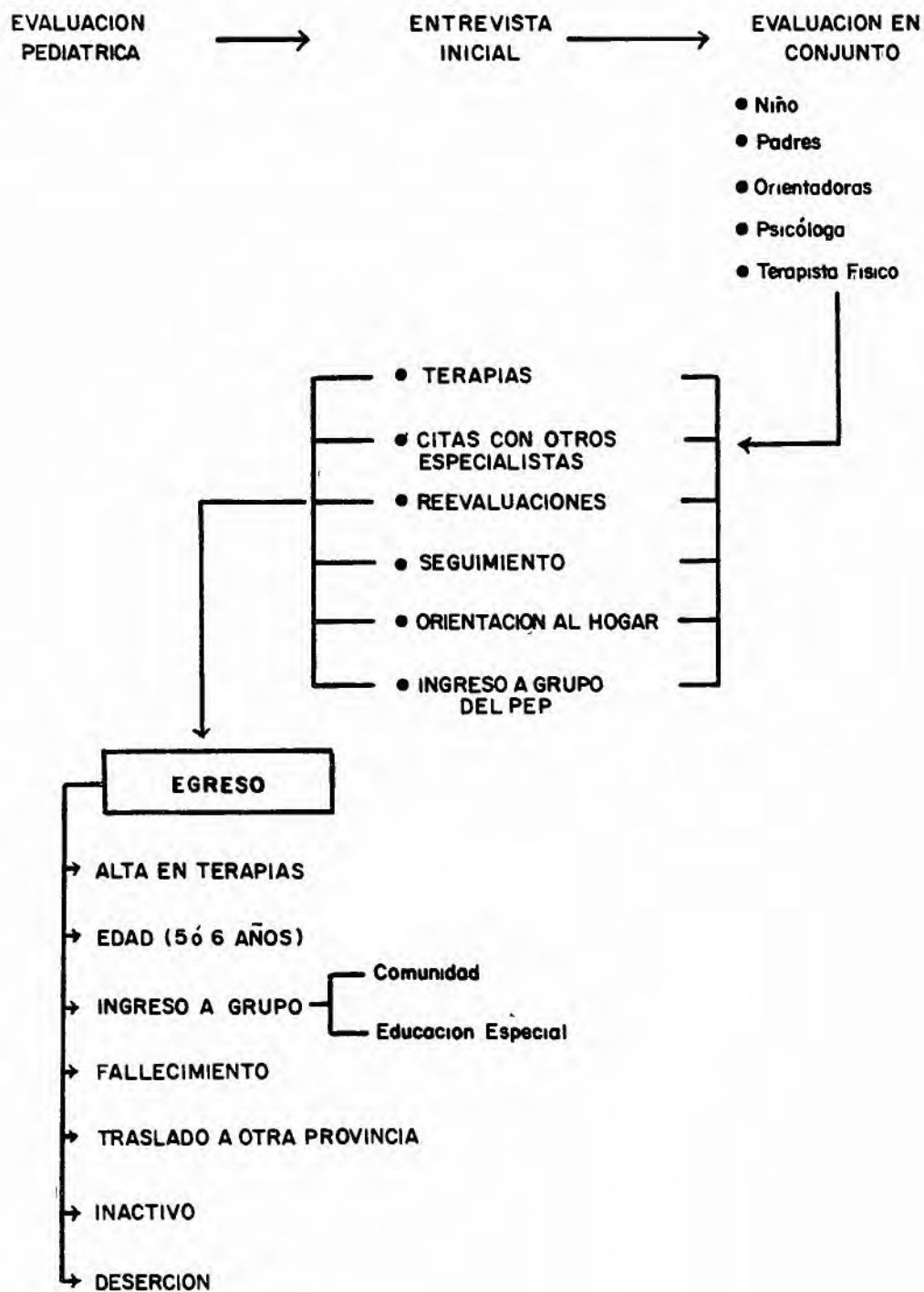
Es en la Evaluación en Conjunto en donde se toman algunas decisiones como: ingreso a grupo, inicio de terapias, referencia a médicos especialistas (oftalmología, neurología, fisioterapia, genética, foniatría, etc.), continuar en orientación al hogar y las reevaluaciones periódicas.

La apertura de cada expediente pasa por el mismo proceso, lo que revela una actividad constante por parte del recurso humano involucrado.

La afluencia de niños referidos desde los Hospitales, Centros de Salud, Policlínicas Pediátricas, Clínicas Privadas, Clínica de Alto Riesgo, Centro de Rehabilitación Para Impedidos, dan una idea de la demanda de atención que tiene el Programa de Estimulación Precoz. Obviamente, la demanda potencial, compuesta por los niños que nacen con factores de riesgo, más la demanda real que son los que consultan y son atendidos, superan la capacidad de respuesta del Programa de Estimulación Precoz.

Consecuentemente, la población que no recibe atención por falta de recurso humano se incrementa cada día. Igualmente crece la demanda de atención en grupo para los cuales se carece de infraestructura física adecuada.

**PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
FLUJOGRAMA DE ATENCION DEL NIÑO**



1.9 Diagnósticos de referencia al Programa de Estimulación Precoz del IPHE, desde las Unidades de Neonatología N.1 y N.2 y la Clínica de Alto Riesgo-CSS.

Un diagnóstico constituye esencialmente un proceso de categorización taxonómica, cuya función es la **predicción**. La exactitud de ésta depende de la exactitud del diagnóstico, lo cual a su vez implica, un conocimiento lo más completo posible de la etiología, patogenia y curso natural de la enfermedad.

El diagnóstico debe además servir para la comunicación profesional. El diagnóstico es algo más que un etiquetaje del paciente. Debe servir para orientar la planificación del tratamiento del niño.

En el Programa de Estimulación Precoz, se entrelazan la medicina con la práctica educativa, de allí que el aspecto de diagnóstico cobra gran relevancia.

A partir del año 1975, por iniciativa de la coordinadora del PEP, se empezó a clasificar los diagnósticos de referencia en base al período en que se consideraba podía ser ubicada la causa que demandaba la atención especial. Ver anexos N.10, 11 y 12.

Esta forma de clasificar los motivos de consulta se ha mantenido hasta que se inició el presente estudio, que comprendió los años 1985 - 87.

Siguiendo el mismo patrón, se clasificaron los motivos de referencia de acuerdo al período prenatal, perinatal y post natal.

El cuadro N.8 y la gráfica N.8.1 revela que el **73.16%** de los motivos de referencia se ubican en el período perinatal; **24.17%** en el prenatal y el **2.67%** son causas postnatales.

Contrastando la clasificación de las causas según período de ocurrencia, con la Clasificación Internacional de las Enfermedades, se encontró una alta correlación entre ambas, ya que las hipoxias, la ictericia, las afecciones respiratorias y otros síntomas del aparato respiratorio se ubican en el período perinatal, donde el porcentaje según el cuadro N.8 y la gráfica N.8.1 es el mayor: 73.16%, mientras que la prematurez, el bajo peso y las anomalías cromosómicas corresponden al período prenatal, 24.17%. Solamente un 2.67% se atribuyen al período post natal, que no se encuentran entre los doce diagnósticos de mayor frecuencia.

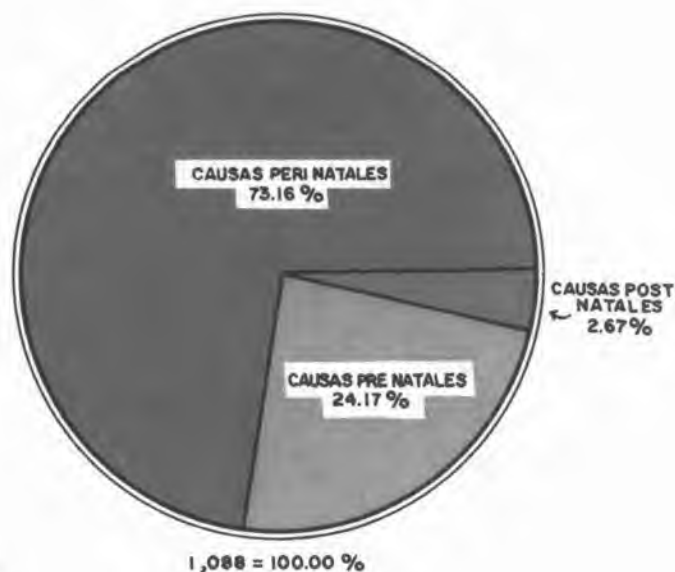
Esto se debe a que del total de la muestra estudiada, el 94.40% provienen de las Unidades de Neonatología N.1 ubicada en la Maternidad del Hospital Santo Tomás y de Neonatología N.2 del Hospital del Niño, tratándose de niños recién nacidos. Únicamente el 5.60% provienen de la CAR - CSS, con una edad promedio de dos años.

CUADRO N.8
DISTRIBUCION DE LOS MOTIVOS DE REFERENCIA
DE LOS CASOS CON FACTORES DE RIESGO, AL PEP
POR PERIODO
AÑOS 1985-87

Año	PERIODOS			
	Total	pre natal	peri natal	post natal
Total...	1,088	263	796	29
1985.....	421	56	352	13
1986.....	258	68	190	-
1987.....	409	139	254	16

Fuente: Causas de referencia de los niños enviados al PEP desde el HST, Hospital del Niño y CAR-CSS.

GRAFICA No. 8.1
DISTRIBUCION DE LOS MOTIVOS DE REFERENCIA DE LOS CASOS CON FACTORES DE RIESGO, AL PEP POR PERIODO
AÑOS 1985-87



FUENTE: CUADRO No. 8

Aunque este agrupamiento no está fundamentado en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, ha resultado un esfuerzo útil para ofrecer una idea de las causas por las cuales los niños son canalizados al Programa de Estimulación Precoz del IPHE.

Utilizando este supuesto, se procedió a realizar de la misma manera, la clasificación de los motivos de consulta de la población objeto del estudio, para luego contrastarla con la Clasificación Internacional de las Enfermedades.

Es conveniente señalar que los motivos de referencia no son únicos sino multicausales.

El cuadro N.9 recoge los doce diagnósticos más frecuentes durante el período estudiado 1985 - 87. La mayor frecuencia (304 casos) corresponden a **hipoxia intrauterina y asfixia al nacer**, seguida de **147 casos con otras formas de ictericia perinatal**. Otras afecciones respiratorias del feto y recién nacido se observaron en 92 referencias.

Los trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otra forma de bajo peso al nacer, así como los síntomas relacionados con el aparato respiratorio y otros síntomas torácicos, están representados por 58 casos cada uno.

Las **anomalías cromosómicas** se revelan en 57 casos.

En las evaluaciones pediátricas analizadas se encontraron 38 causas de referencia que no pudieron ser codificados: fototerapia, exanguinotransfusión, son algunos ejemplos.

La gráfica N.9.1 recoge los cinco diagnósticos de mayor incidencia durante los años 1985 - 87

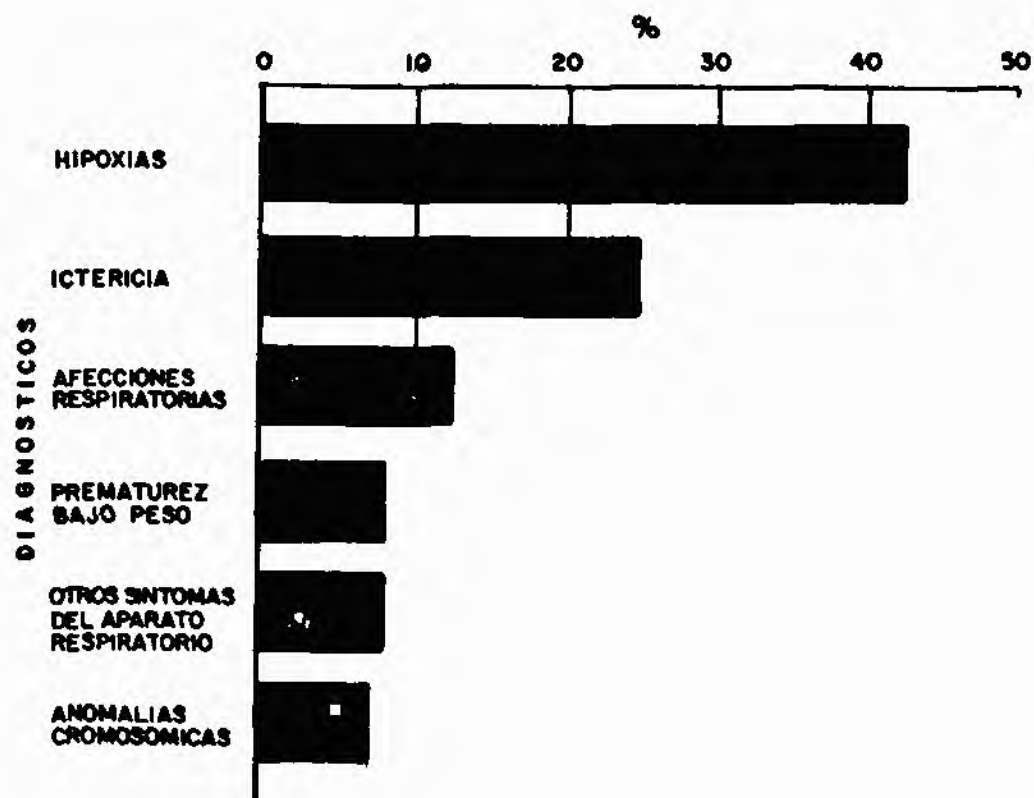
CUADRO N.9

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES DE REFERENCIA AL PEP-IPHE
SEGUN LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES
AÑOS 1985-87

Código	Diagnóstico	Años			
		Total	1985	1986	1987
348	Otras enfermedades del SNC...	22	11	10	1
742	Otras anomalías congénitas del SNC.....	21	6	11	4
758	Anomalías cromosómicas.....	57	29	10	18
764	Crecimiento fetal lento y desnutrición fetal.....	46	6	7	33
765	Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otra forma de bajo peso al nacer.....	58	-	5	53
768	Hipoxia intrauterina y asfixia al nacer.....	304	125	108	71
770	Otras afecciones respiratorias del feto y el RN.....	92	32	31	29
771	Infecciones propias del período perinatal.....	40	20	-	20
773	Enfermedad hemolítica del feto o RN, debido a isosensibilización.....	53	12	31	10
774	Otras formas de ictericia perinatal.....	147	61	16	70
775	Trastornos endocrinos y metabólicos propios del feto y el recién nacido.....	18	6	-	12
786	Síntomas relacionados con el aparato respiratorio y otros síntomas torácicos.....	58	38	-	20
	Diagnósticos no clasificables.....	38	17	4	17

Fuente: Evaluaciones pediátricas y referencias de casos de Neonatología N1 y N2 y CAR - CSS, 1985 - 87.

GRAFICA No. 9.1
DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES DE REFERENCIA AL PEP-IPHE
SEGUN LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES
AÑOS 1985-87



FUENTE: Cuadro No. 9

Los diagnósticos más frecuentes de referencia al Programa de Estimulación Precoz del IPHE, fueron contrastados con una investigación realizada por el equipo del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, sobre **Las Principales Causas Perinatales de la Mortalidad Feto - Neonatal y de las Secuelas Invalidantes en el Niño, en los Países Latinoamericanos (38).**

El estudio pone de relieve que además de los efectos que tienen sobre la morbimortalidad los factores ambientales, socioeconómicos y educacionales, existen otras causas que se encuentran ligadas a ellos y que son responsables de la mayoría de las muertes que ocurren durante el período perinatal. Estas causas son:

1. La desnutrición (materno - fetal).
2. La infección (ovular, fetal y neonatal).
3. La rotura prematura de membranas (con o sin infección ovular).
4. El parto prematuro.
5. La hipertensión crónica o inducida por el embarazo (toxemia con o sin desprendimiento prematuro de la placenta o infartos placentarios).
6. El parto distócico y los traumatismos del nacimiento.
7. La hipoxia fetal (por otras causas, ej: accidentes del cordón umbilical, eritroblastosis, etc).
8. Las anomalías congénitas.

(38) Schwarcz, Ricardo y otros. **Principales Causas Perinatales de la Mortalidad Feto - Neonatal y de las Secuelas Invalidantes en el Niño, en Países Latinoamericanos.** Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Uruguay, 1985.

Señalan los investigadores que además de la hipoxia fetal aguda, de los traumatismos del nacimiento producidos por una incorrecta atención del parto y de las anomalías congénitas en el feto, el resto de las causas mencionadas, siendo las más frecuentes, producen también recién nacidos inmaduros y retardo del crecimiento fetal.

Son las responsables de la gran mayoría de las muertes neonatales de la primera semana de vida, de los trastornos del crecimiento y desarrollo y de las secuelas neurológicas que puedan quedar en el niño (38:3).

Al contrastar los resultados de la investigación del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, con la frecuencia de los diagnósticos (Cuadro N.9, Gráfica N.9.1), observamos que hay coincidencia entre ambos.

LLama la atención el que la ictericia perinatal ocupe el segundo lugar en cuanto a los diagnósticos más frecuentes de referencia, en los niños provenientes de los hospitales en Panamá, mientras que en el estudio del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo humano no se le mencione como responsable de secuelas invalidantes en el niño.

Consideramos que siendo un diagnóstico con una incidencia tal alta, el Programa de Estimulación Precoz debiera realizar una investigación para determinar si estos niños presentan alguna secuela y que tipo, o en caso contrario no considerarlo como causa de referencia, pudiendo continuar todos sus controles en las Clínicas de Crecimiento y Desarrollo de su comunidad.

(38) *Ibid.*, p.3.

A nivel de Panamá, se revisó una investigación realizada por el Departamento de Psicología de la Dirección de los Servicios Médicos y Técnicos del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE), sobre la población atendida en los meses de enero a diciembre de 1987, que fueron referidos al Programa de Estimulación Precoz.

La población atendida fue de quinientos diez niños (510) de primer ingreso.

Los diagnósticos de referencia revelan lo siguiente:

- a. En el 49.80 % (254 niños) fue posible determinar el diagnóstico. En 256 niños equivalente al 50.20% no pudo determinarse la posible causa, sino su consecuencia (problemas de lenguaje, retraso psicomotor, alteración del tono muscular, etc).

- b. En los casos en que se pudo determinar el diagnóstico, la incidencia iba en el siguiente orden: **Hipoxia, prematurez, meningitis, Síndrome de Down, Cesáreas, desnutrición fetal y microcefalia.** (39).

(39) IPHE. Dirección de Servicios Médicos y Técnicos. Departamento de Psicología. **Orientaciones Acerca del Retardo Mental.** Panamá, 1988.

1.10 Diagnósticos de referencia al Programa de Estimulación Precoz del IPHE, desde la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social.

Cuarenta y cuatro niños constituían la muestra estudiada, abarcando los años 1985 - 87, cuyos diagnósticos más frecuentes incluían Síndrome de Down, pérdidas visuales, auditivas y parálisis cerebral, tal como se aprecia en el Cuadro N.10.

Todos ellos ameritaban servicios educativos especiales.

Aunque la presentación y análisis de los diagnósticos de referencia de los 234 niños provenientes de la CAR - CSS, durante los años 1974 - 1991, no eran parte del objetivo del estudio, se consideró de gran valor para ampliar la visión de la tendencia en el manejo de estos casos.

Estos 234 niños incluían los 44 de la muestra estudiada. El Anexo N.15 presenta los diagnósticos de referencia de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades.

Los diagnósticos de mayor frecuencia se presentan en el Cuadro N.11 y la gráfica N.11.1.

CUADRO N.10
 DIAGNOSTICOS DE REFERENCIA DE LOS NIÑOS PROVENIENTES
 DE LA CLINICA DE ALTO RIESGO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL
 CANALIZADOS AL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ DEL IPHE
 AÑOS 1985 - 87

Diagnósticos de referencia	Frecuencia
Síndrome de Down.....	22
Hiperbilirrubinemia.....	6
Retardo psicomotor severo.....	4
Hidrocefalia congénita.....	4
Hipoxia perinatal severa.....	4
Pérdidas visuales.....	4
Pérdidas auditivas.....	4
Parálisis cerebral infantil.....	3
Otros trastornos genéticos.....	2
- Síndrome de Freeman.....	1
- En estudio.....	1
Microcefalia.....	1
Rubéola congénita.....	1
Trastornos de conducta.....	1
Retardo mental de origen desconocido.....	1
Alteración del tono muscular.....	1
Ictericia fisiológica.....	1
otros (cardiopatía, RN pre término, sepsis, convulsiones).....	6

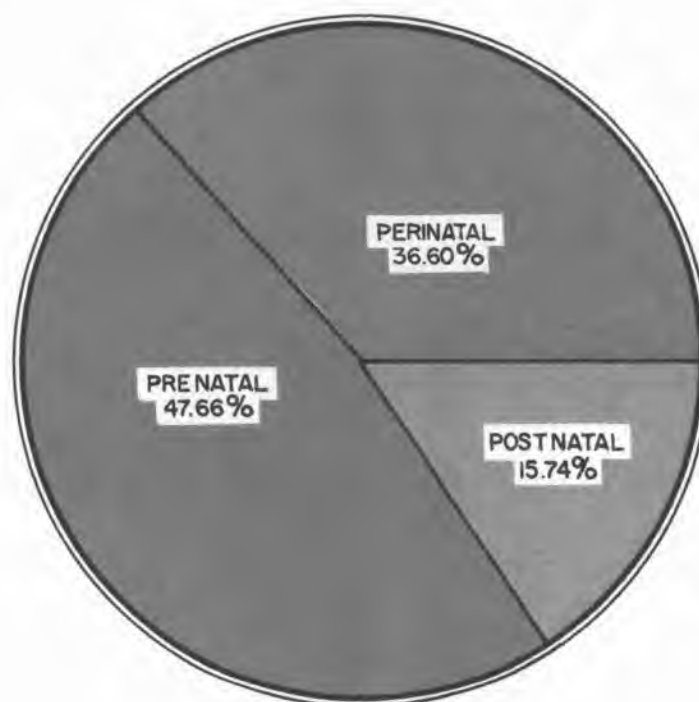
Fuente: Registro de casos referidos CAR - CSS al PEP,
 años 1985 - 87.

CUADRO N.11
 DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES DE REFERENCIA AL PEP - IPHE
 DESDE LA CAR - CSS, SEGUN LA CLASIFICACION INTERNACIONAL
 DE LAS ENFERMEDADES
 AÑOS 1974 - 91

Código	Diagnóstico	Frecuencia
788	Hipoxia intrauterina y asfixia al nacer...	41
758	Anomalías cromosómicas.....	30
774	Otras formas de ictericia perinatal.....	29
765	Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otra forma de bajo peso al nacer.....	24
764	Crecimiento fetal lento y desnutrición fetal.....	20
343	Parálisis cerebral infantil.....	17
742	Otras anomalías congénitas del sistema nervioso.....	15
315	Retardo selectivo del desarrollo.....	15
769	Síndrome de dificultad respiratoria.....	10
749	Fisura del paladar y labio leporino.....	8
743	Anomalías congénitas del ojo.....	7
771	Infecciones propias del período peri- natal (rubéola, toxoplasmosis).....	6
322	Meningitis de causa no especificada.....	5
755	Otras anomalías congénitas de los miembros.....	5
759	Otras anomalías congénitas y las no especificadas.....	3

Fuente: Registro de referencias de la CAR - PEP, años 1974 -91.

GRAFICA No. 11.1
DISTRIBUCION DE LOS DIAGNOSTICOS DE REFERENCIAS DE LOS NIÑOS
DE LA CAR-CSS AL PEP, POR PERIODO
AÑOS 1974 - 91



234 = 100 %

FUENTE: Cuadro No. 11

1.11 Antecedentes maternos de los sujetos referidos al Programa de Estimulación Precoz del IPHE.

La vida del hombre, desde su concepción hasta que logra la madurez total, tiene lugar de acuerdo a un patrón ordenado de crecimiento y desarrollo.

Tanto el patrón como el individuo resultante se ven afectados por factores previos a la concepción y posteriores a la misma.

Los factores genéticos contribuyen a determinar las características físicas e intelectuales del niño, al igual que los ambientales. La herencia genética de un niño no se puede modificar, toda vez que ha ocurrido la concepción, pero si puede haber cambios en el medio ambiente, con efectos adversos o favorables sobre el niño y su familia (40:4).

Muchos factores pueden interactuar con el embrión en el proceso de diferenciación y crecimiento resultando no sólo una malformación congénita, sino afectar de manera profunda un órgano vital del embrión o del feto y provocar la muerte o en casos en que la influencia ambiental es tan escasa que el embrión o feto logran sobrevivir, resultan afectados algunos sistemas orgánicos. Esto puede ocasionar retardo del crecimiento parcial o completo, o una alteración funcional como el retardo mental (41:131).

-
- (40) Broadribb, Violet. **Enfermería Pediátrica**. Editorial Harla, México. Tercera Edición. 1983.
- (41) Sadler, T.W. **Embriología Médica**. Editorial Médica Panamericana, Argentina, Quinta Edición, 1988.

El formulario de **Evaluación Pediátrica** utilizado por el PEP, está dividido en cinco aspectos:

1. Información general
2. **Antecedentes de embarazo y parto**
3. Período neonatal
4. Desarrollo psicomotor
5. Exámen neurológico actual

y al final aparecen dos grandes espacios para colocar **Diagnósticos y Recomendaciones.** (Anexo N.3).

Los **Antecedentes del embarazo y parto** indagan sobre:

- Orden del embarazo
- Edad de la madre
- Uso de drogas y fármacos
- Otros nacimientos de bajo peso
- Control del embarazo
- Mes de inicio
- Número de controles
- **Condición gestacional:** dentro de ella, bajo peso al nacer, diabetes, infección urinaria, talla igual o menor a 1:50 mt, espacio intergenésico, hemorragia durante el embarazo, hipertensión arterial, toxemia, bebidas alcohólicas, rayos X, fumar, medicamentos, anemia y otros.
- Atención del parto
- Lugar de nacimiento
- Edad gestacional
- Presentación
- Suministro de drogas
- Forma de terminación del parto.

Los factores ambientales suelen incrementar o disminuir las últimas capacidades del producto después del nacimiento. La incidencia de anomalías congénitas, parto prematuro, parálisis cerebral y retardo mental está relacionada y a menudo es causada por antecedentes indeseables que han precedido el parto y aún la concepción, de allí que la **identificación de las influencias nocivas y su impedimento o neutralización deben ser finalidades específicas de todos los que se interesan en obstetricia, pediatría y salud pública** (16).

Entre los factores de alto riesgo que contribuyen a la morbilidad en recién nacidos, se encuentran los **antecedentes familiares** (anormalidades congénitas, hereditaria, problemas socioeconómicos); **antecedentes maternos** (enfermedad metabólica, fracasos en la reproducción, anemia, talla y peso, tabaquismo); **factores obstétricos** (edad materna, multiparidad excesiva, complicación obstétrica anterior o actual), padre mayor de 40 años; **factores prenatales** (infección materna, medicamentos, drogadicción materna, problemas socioeconómicos, stress, radiación, enfermedad cardiovascular, diabetes), entre otras (42:405-407).

De allí que sea de indiscutible valor el registro de los antecedentes maternos en la hoja de evaluación pediátrica del niño referido al PEP, sin embargo éstos no se anotan ni siquiera en un 50% de los expedientes revisados.

(16) Babson y Benson. Op.cit.p.25.

(42) Klaus, Marshall y Fanaroff, Avroy. **Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo**. Editorial Panamericana. B.A., Argentina. Segunda Edición, 1981.

2. ANALISIS DE LA META, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ DEL IPHE.

La administración educativa concebida como proceso de solución de problemas, con los componentes de planificación, diseño, implantación, control, evaluación y revisión, aunada al enfoque de sistemas como proceso de diseño, proporciona a los directores y administradores de la educación una herramienta útil para lograr los objetivos de la institución de una manera eficaz y eficiente.

Stufflebeam (1971) afirma que el propósito de una evaluación de programas educativos no es probar o verificar algo, sino mejorar procedimientos y resultados.

El modelo de evaluación propuesto por Stufflebeam se denomina CIPP (Contexto, Insumo, Proceso, Producto). Este paradigma subraya la necesidad de determinar el contexto y los insumos de un programa antes de iniciarlo y realza la necesidad de incluir estos elementos en cualquier evaluación de la utilidad del programa empleado (27:57).

Conceptualmente, una evaluación es un proceso continuo que forma parte integral del sistema administrativo retroalimentándolo y mediante el cual, se comparan los programas realizados de acuerdo con unas normas pre establecidas frente a objetivos y políticas propuestas, todo ello en términos de eficiencia y eficacia tanto individuales como colectivas (11).

(27) Kaufman, Roger. Op.cit.p.57

(11) Restrepo, Guillermo y otros. Op.cit.p.103,104.

Valle (1985) sostiene que una evaluación es útil para comprobar, aumentar el conocimiento de la realidad bajo estudio en el programa o institución evaluada, revisar las tecnologías en uso, acrecentar el entendimiento entre las partes, descubrir obstáculos y cuellos de botella y aportar ideas nuevas que beneficien el desarrollo del programa (1).

Sumado a lo anterior, la evaluación integral **determina el cumplimiento de las metas** y propicia la coordinación interna, esclarece estrategias para adquirir recursos y establece formas de interactuar con aquel ambiente cercano y lejano.

La evaluación de los programas sociales, como es el caso del Programa de Estimulación Precoz del IPHE, es importante y de gran responsabilidad, cuando, como dice Weiss:

- a. Los resultados que se quieren evaluar son complejos, difíciles de observar y constan de muchos elementos que reaccionan de diversas maneras,
- b. Las decisiones que serán sus consecuencias son importantes y caras,
- c. Se necesitan pruebas para convencer a otras personas acerca de la validez de las conclusiones (43:15).

Este no es un proceso fácil en la medida en que la investigación evaluativa se percibe como un atentado contra el status quo.

(1) Valle, Víctor. Op.cit.p.25.

(43) Weiss, Carol. **Investigación Evaluativa. Métodos para Determinar la Eficiencia de los Programas de Acción.** Editorial Trillas. México 1991.

La determinación del **grado de efectividad** con que el Programa de Estimulación Precoz, está cumpliendo la meta y objetivos planteados a través del desarrollo de actividades, y basándose en los resultados de la investigación evaluativa tomar decisiones sobre la **continuación, ampliación, reducción, cambio, desecho o reorientación**, genera incertidumbre y rechazo.

Los conflictos y la tensión se producen en la medida en que una parte del personal opte por negar la información solicitada o trate de entorpecer el trabajo, desacreditando la evaluación y su propósito. Otros podrán manifestar tal optimismo refiriendo que se han alcanzado situaciones de éxito.

El tratar de aclarar la meta del programa genera tensión. Para quienes se encargan del cumplimiento del programa las metas definidas son reales y válidas, pero producto de los cuestionamientos se evidencia globalidad y poco realismo.

En cualquier programa, objeto de evaluación, es necesario un acuerdo conceptual para evitar la variedad de interpretaciones, de allí que utilicemos la siguiente definición:

Una META es un enunciado de los propósitos últimos que se desean alcanzar. Es el lugar al que se desea llegar, para lo cual hay que redactar reglas, normas y objetivos; hay que estructurarlas, darles una secuencia y dotarlas de medios adecuados para estar en posibilidad de alcanzarlas (44:162).

(44) Huerta Ibarra, José. **Fines, Metas y Objetivos.**

A pesar de que el lenguaje utilizado por los autores para definir la misión, los fines, las metas, los objetivos y las actividades no siempre se corresponden en los campos de la salud, la educación o la administración, es posible su aplicación en esta investigación, utilizando el enfoque de **planificación según el nivel o extensión del proceso.**

Bajo este enfoque se hablaría de misión, de los fines como sinónimos de metas, de los objetivos y de las actividades del Programa de Estimulación Precoz.

La **misión** implicaría la respuesta a la pregunta **¿Qué deberíamos hacer?** es una dirección hacia la que se debe caminar, pero que no es necesariamente realizable. En la acción se traduce en **una política** que traza grandes orientaciones hacia donde dirigirse.

Este tipo de planificación es **normativa o política** y puede conducir al cambio de valores o de ideologías en el sentido de conseguir algunos objetivos del sistema como la equidad o la igualdad (15:15).

Aunque el Programa de Estimulación Precoz no tiene su misión de manera explícita, se puede considerar que es **la prevención de la discapacidad.**

Las **metas o fines**, utilizados como sinónimos, representan el **¿Qué deberíamos hacer?** es el enunciado de los propósitos últimos que se desean alcanzar. Para ello es necesario redactar **reglas, normas, y objetivos** y hay que estructurarlos, darles una secuencia y dotarlos de medios adecuados para poder alcanzarlos

Además, deben definirse las grandes líneas de intervención, el tipo de actuaciones a seguir y el tiempo necesario para alcanzar la meta perseguida (15:256,257).

La meta no sólo indica la finalidad, el fin que perseguimos y los beneficios resultantes, sino también para qué nos va a servir y a quienes va a beneficiar.

Ya se ha señalado que la finalidad o meta del Programa de Estimulación Precoz es la de "actuar como un centro de detección, evaluación, diagnóstico y orientación para niños de alto riesgo, parálisis cerebral y retardo mental, desde el nacimiento hasta los cinco años de edad".

Aplicando el marco de referencia expuesto, se analiza si esta declaración constituye una meta. Para ello se utilizan una serie de preguntas:

1. **Hacia dónde nos dirigimos o a dónde vamos a llegar?**

No está definido. Nuevamente podemos considerar que el fin último es la **prevención de la discapacidad**.

2. **¿Qué se desea hacer? De qué manera?**

Lo que se desea hacer no está explícito. Si es prevenir la discapacidad, la manera o forma de hacerlo sería **detectando, evaluando, diagnosticando y orientando**, situándonos así en los niveles de prevención secundaria y obviando la prevención primaria y terciaria (45:129).

(15) Pineault. Op. cit. p. 256, 257.

(45) Aranda P, José. **Epidemiología General**. Tomo I. Universidad de Los Andes. Venezuela. 1971.

3. **¿Para qué se detecta, se evalúa, se diagnostica y se orienta?**
No se explicita.
4. **Estas acciones solucionan o controlan el problema?**
Definitivamente no lo solucionan y tampoco lo controlan. El Programa de Estimulación parece funcionar como un receptor de niños con factores de alto riesgo a los cuales encamina sus acciones y sus recursos, pero no está planteada en su meta la solución (que es prácticamente imposible), ni tampoco control del problema, lo cual tiene visos de mayor posibilidad en la medida en que la información y el resultado de las acciones pueden retroalimentar al personal médico que refiere los casos.
5. **A quiénes está dirigida la acción del programa?**
A la población de alto riesgo, parálisis cerebral y retardo mental desde el nacimiento hasta los cinco años de edad.
6. **En qué tiempo se alcanzará la meta?**
Este punto no está contemplado en su planteamiento y tal cual está explicitada, no es posible establecer un tiempo para alcanzarla.

Del análisis anterior se desprenden los siguientes hechos:

Aunque el enunciado del Programa de Estimulación Precoz está expresamente considerado como una meta, es evidente que no reúne los criterios como tal.

Ella no indica hacia dónde va o dónde va a llegar, no dice para qué se realizarán las funciones de detección, evaluación, diagnóstico y orientación.

No indica si su logro solucionará o controlará el problema que le dió origen y tampoco especifica en qué tiempo se alcanzará la misma.

Aunque pareciera estar claro lo que se desea hacer, es necesario aclarar que la detección, evaluación, diagnóstico y orientación es **responsabilidad ineludible e indelegable del personal médico**, dentro de las maternidades o en las Clínicas de Crecimiento y Desarrollo. Al respecto hay normas y criterios establecidos (46:50).

El personal directivo, de coordinación, orientación al hogar, psicólogos, terapistas, docentes del Programa de Estimulación Precoz, pueden y de hecho ayudan en estas tareas pero no son totalmente responsables de ellas, a excepción de aquellas relacionadas específicamente a su campo y a las situaciones que deben manejar con las familias.

(46) Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social. Departamento Materno Infantil. Programa Infantil. **Manual de Normas**. Panamá, 1988.

Análisis de los Objetivos del Programa de Estimulación Precoz del IPHE.

Los objetivos de un programa son las situaciones o estados deseables de alcanzar **en los usuarios del programa**, mediante recursos y procedimientos que se estiman adecuados. (47:43).

Un objetivo **es un enunciado de un resultado** unívoco, claro, preciso, factible y medible que se obtiene una vez que se ha terminado el proceso. Es un estado o situación cuantificable que se desea alcanzar en un lugar y **tiempo determinado**, como resultado final de las actividades previstas en un componente del programa.

Un **programa** es un conjunto organizado de servicios, actividades y proyectos a desarrollar dirigidos al logro de objetivos definidos. Es un conjunto de recursos reunidos y aplicados para proporcionar a una población definida unos servicios organizados de forma coherente en el tiempo y en el espacio para conseguir los objetivos planteados en relación a un problema de salud determinado (15:32).

Utilizando los criterios para medir objetivos, planteados por Steiner (37), se elaboró y aplicó una encuesta a veinticinco profesionales que laboraban o habían laborado en el Programa de Estimulación Precoz.

El propósito de la misma era constatar si estos objetivos llenaban los criterios de conveniencia, mensurabilidad, factibilidad, aceptabilidad, flexibilidad, motivación, comprensibilidad, obligatoriedad, participación del grupo y relación con la meta.

(47) Briones, Guillermo. **Evaluación Educativa. Módulo 5.** Formación de Docentes en Investigación Educativa. Secretaría Ejecutiva del Convenio Andrés Bello. Colombia. 1990.

(15) Pineault. Op.cit.p.32.

Antes de proceder al análisis de los objetivos planteados por el Programa de Estimulación Precoz, es conveniente señalar que algunos de ellos no son realmente objetivos sino actividades.

Una **actividad** es la descripción de operaciones, tareas y medidas administrativas correspondientes a los comportamientos de los profesionales en el marco de su trabajo, es sinónimo de **servicio** (15:214).

El flujograma de atención del niño dentro del Programa de Estimulación Precoz, muestra la estructura de red utilizada para especificar las actividades y clasificarlas en orden. (Ver flujograma de la página 101, Esquema N.3).

Este diagrama de flujo se refiere a la dispensación de servicios en el interior del establecimiento o programa y permite verificar la lógica de las etapas en la secuencia y en el contenido.

Pineault plantea que las preguntas que se originan tienen relación con la definición del servicio en sí, con los recursos requeridos (personal, material, presupuesto) en cada una de las etapas (15:311-313).

(15) Pineault. Op. cit. p. 214.

(15) Ibid., p. 311-313.

Los criterios para evaluar los objetivos del Programa de Estimulación Precoz, fueron tomados de Steiner (37). Tal como señala su autor, son guías que no siguen un orden especial y que tampoco son mutuamente exclusivas. Su conceptualización implicaba lo siguiente, en el caso del PEP:

Conveniente: su logro debe apoyar la meta del Programa de Estimulación Precoz. Debe guiar al PEP en la dirección identificada por ella.

Mensurable a través del tiempo: Los objetivos deben establecer, en términos concretos, lo que se espera que ocurra y cuándo. Deben poder cuantificarse en términos de calidad, cantidad, tiempo, costo, índice, porcentaje, tasa o en pasos específicos a seguirse y no en balboas.

Solamente cuando los objetivos se expresan en términos concretos para períodos de tiempo específicos, puede medirse el logro de los mismos en forma razonablemente objetiva.

Factible: Los objetivos deben establecerse en forma práctica y real, siendo posible lograrlos. Debe contemplar el futuro y las proyecciones en los aspectos económicos, sociales, políticos y técnicos del medio ambiente. Debe considerar los factores internos como capacidad directiva, fuerzas que animan o desaniman al personal, capital disponible y habilidades de innovación técnica.

- Aceptable:** Los objetivos, para ser logrados más fácilmente, deben ser aceptados por el personal dentro del programa, debe adaptarse al sistema de valores para ser aspirado, además se debe estar dispuesto a invertir en ellos, no solamente recursos financieros, sino tiempo de los directivos y el personal, capacidad de la infraestructura, etc.
- Flexible:** Debe ser posible modificar el objetivo, cuando surgen contingencias inesperadas, aunque no debe ser inestable, sino lo suficientemente firme para asegurar la dirección.
- Motivador:** Los objetivos específicos aumentan la productividad y los difíciles, una vez aceptados resultan en una productividad superior a aquella de objetivos fáciles de lograr y que por lo tanto no son muy motivadores.
- Comprensible:** Deben establecerse con palabras muy sencillas comprensibles para todos aquellos involucrados en su logro.
- Obligatorio:** Debe existir una obligación escrita para hacer lo necesario y razonable para lograr el objetivo.
- Participación del personal:** En el establecimiento de los objetivos, aumentando la motivación y el compromiso en su logro.
- Relación:** Los objetivos deben relacionarse con la meta formulada, deben ser consistentes con los de otros programas relacionados.

CUADRO N.12
CLASIFICACION DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION
PRECOZ EN TERMINOS DE SI SON OBJETIVOS O ACTIVIDADES

	<i>Actividad</i>	<i>Objetivo</i>
1. Brindar atención integral a los niños en edades de cero a seis años, que presentan algún tipo de riesgo para su aprendizaje ulterior.		X
2. Realizar el seguimiento del niño con el plan de integración en las escuelas regulares en los niveles iniciales, brindando el apoyo de las maestras del programa en horarios especiales.		X
3. Orientar a los padres de familia y a su grupo familiar, sobre el proceso de desarrollo y las técnicas de estimulación convenientes para cada niño, con el fin de que la realicen en el hogar.		X
4. Promover acciones de tipo preventivo con las instituciones y o servicios de atención materno infantil.		X
5. Buscar apoyo en las comunidades para la implementación de servicios de atención del programa de acuerdo a las necesidades de recursos humanos, materiales y financieros.	X	
6. Divulgar la importancia del programa y sus resultados tanto a nivel nacional como internacional, a través de seminarios, charlas, etc.	X	
7. Capacitar a los equipos de profesionales que soliciten entrenamiento en el Programa de Estimulación Precoz del IPHE, tanto a nivel nacional como internacional.	X	

Del análisis anterior se desprende que no todos son realmente objetivos, y los que pudieran manejarse como tales no reúnen, en su gran mayoría, los criterios especificados..

Para evaluar si los objetivos reunían los criterios mencionados, se procedió a aplicar una encuesta, tal como se señaló en el capítulo de metodología. (Anexo N.16).

La tabulación de respuestas y el análisis de ellas reveló lo siguiente:

1. Los objetivos 1 (atención integral), 3 (orientación a padres de familia), 4 (acciones preventivas con las instituciones) y 5 (apoyo de la comunidad) son **convenientes**, ya que apoyan la meta del Programa de Estimulación Precoz y guían en la dirección identificada.
2. Se considera que solamente el 1 (atención integral) es mensurable, porque especifica lo esperado y cuándo. Ninguno de los seis restantes es **mensurable** y ninguno de los siete puede ser cuantificado, tal como está redactado.
3. En lo referente al criterio de **factibilidad**, ninguno de los siete objetivos contempla proyecciones económicas, sociales, políticas o técnicas, sin embargo, se considera que todos pueden ser logrados. La opinión de los encuestados revela que en la redacción de los objetivos no se contempla el entorno y los cambios sociales.
4. El análisis del criterio de **aceptabilidad** evidencia que solamente el 1 (atención integral), el 3 (orientación a los padres de familia) el 4 (acciones de tipo preventiva) y el 6 (divulgar la importancia del programa) son considerados valores por los cuales luchar. Ninguno de los siete, de acuerdo a las respuestas, parece motivar a la Institución a invertir en ellos, y por lo tanto influye en la actitud del personal que considera que el esfuerzo que se hace no tiene una adecuada repercusión.

5. El criterio de **flexibilidad** que implicaba la modificación de los objetivos de acuerdo a contingencias, revela que los mismos no se han modificado. Sin embargo, es necesario aclarar que en el año de 1991, se realizó una revisión de los objetivos , estableciéndose las metas para 1992, las cuales, por las respuestas e interrogatorios efectuados revela que no son del conocimiento del personal. (Ver anexo N.17).
6. Los encuestados consideraron que los objetivos 1 (atención integral), 3 (orientación a padres de familia), 4 (acciones preventivas), y el 6 (Divulgación) son **motivadores**.
7. Los encuestados consideran que todos los objetivos poseen una redacción sencilla, o sea que son **comprensibles**, sin embargo, y aunque resulte paradójico, expresan que no todos entienden lo mismo.
8. El criterio de **Obligatoriedad** solamente se aplica al objetivo 1 (atención integral) y al 3 (orientación al padre de familia), no así a los otros cinco objetivos. La obligatoriedad es más bien de tipo moral y de compromiso personal.
9. La **participación en la elaboración** de nuevos objetivos revela el desconocimiento de las modificaciones hechas en 1991. Los encuestados se están manejando con los objetivos de 1979).

10. Todos los objetivos, a excepción del 2 (seguimiento de los niños en las escuelas regulares), se consideran relacionados a la meta del Programa de Estimulación Precoz del IPHE, expresan que los objetivos no son consistentes con los objetivos de los departamentos o programas relacionados.

En términos generales se puede señalar que existe confusión entre lo que son **objetivos** y las **actividades**.

Se considera que no todos son convenientes ya que solamente algunos de ellos apoyan la consecución de la meta del Programa de Estimulación Precoz.

En la redacción de los objetivos no se ha contemplado el criterio de mensurabilidad, factibilidad, la flexibilidad, la participación en su elaboración, ni relación. Esta situación revela la falta de un **manual de funciones**, así como la falta de una mayor comunicación sobre las acciones del PEP.

En términos generales, los objetivos consideran los valores del personal, pero hay escasa motivación debido a la impresión general de la falta de apoyo a nivel de la Institución, lo que se expresaría como el nombramiento de más personal docente, de técnicos (psicólogos, terapistas), mejores condiciones en las aulas pre escolares, dotación de recursos y materiales didácticos, etc.

Aunque los objetivos revelan comprensibilidad, pareciera estar sujeta a la interpretación que cada uno hace de ellos, evidenciando necesidad de controles en cuanto a qué se entiende y qué se hace en la práctica.

La obligatoriedad es de tipo moral por un compromiso personal como profesional, aludiendo nuevamente a la falta de un manual de funciones, que especifique y controle la ejecución de las actividades y por lo tanto, el logro de los objetivos.

Es conveniente aclarar, que para los efectos de esta investigación, se utilizaron los objetivos del Programa de Estimulación Precoz planteados en 1979, que eran vigentes y aplicables a la población referida durante los años 1985, 86 y 87, que componían los sujetos del presente estudio.

El análisis del logro de estos objetivos en esa población, revelan que no fueron logrados totalmente, aunque no es posible determinar en qué grado se consiguieron o no.

Igualmente, fue imposible determinar la realización de actividades preventivas con las instituciones y o servicios de atención materno infantil (objetivo 4), el apoyo gestionado y obtenido a nivel de las comunidades (objetivo 5), la divulgación de la importancia del programa y sus resultados a nivel nacional e internacional (objetivo 6), y la capacitación de equipos de profesionales a nivel nacional como internacional (objetivo 7).

Los registros existentes se perdieron, como resultante del vandalismo ocurrido en las instalaciones del Programa de Estimulación Precoz, en el año de 1989.

Se enfatiza en el objetivo 6, lo referente a **resultados de las acciones del PEP**, porque esto no es posible en la medida en que no existen investigaciones que las sustenten.

En abril de 1991 se replantean los objetivos del PEP, se establecen **metas para 1992**, y acciones y actividades, las que sería conveniente revisar utilizando los criterios de Steiner o cualquiera otra clasificación, ya que un análisis rápido revela las mismas fallas encontradas en los objetivos de 1979.

El planteamiento de 1991 puede ser consultado en el Anexo N.17 .(10).

(10) Wong, Elizabeth.Op.cit.p.s/n.

3. RECURSOS EMPLEADOS EN LA ATENCION DE LOS NIÑOS REFERIDOS AL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ, años 1985 - 87.

Los recursos vistos como bienes o medios necesarios para el desarrollo de las actividades, se clasifican en humanos, materiales y financieros.

De todos ellos, el recurso humano está por encima de los demás recursos y puede decidir el éxito o fracaso de una organización. Alpander afirma que la organización puede operar con total eficiencia solamente cuando tienen el personal necesario para convertir los insumos en productos de alta calidad (48:21).

El Programa de Estimulación Precoz, cada año solicita un incremento en el recurso humano, para asegurar la viabilidad de las metas propuestas referentes a cobertura y servicios. Sin embargo, cada año, se incrementa la distancia entre la demanda real y potencial y la demanda satisfecha, con el consiguiente resultado de poca eficiencia, a pesar de los esfuerzos.

A nivel del Programa se enfrenta el problema de falta de personal, motivación decreciente, conflictos laborales entre la formación del profesional, sus tareas y el salario que devenga, entre otros.

El cuadro N.13 presenta el personal técnico (coordinadora, psicólogos, trabajador social y terapistas) y el cuadro N.14 presenta el personal administrativo que ha laborado en el PEP desde su creación, en 1971 hasta 1991.

(48) Alpander, Guvenc G. *Planeación Estratégica aplicada a los Recursos Humanos*. Serie Norma. Desarrollo Gerencial. Colombia. 1985.

El análisis del Cuadro N.13, revela que el personal técnico que laboró durante los años del estudio (1985 - 87), fue disminuyendo paulatinamente, mientras se incrementaba la población de orientación al hogar que ameritaba los servicios de psicología, trabajo social y terapias, tal como se observa en el Cuadro N.15 y las gráficas N. 15.1, 15.2 y el Cuadro N.16 sobre la matrícula del PEP y las gráficas N.16.1 y 16.2.

El Cuadro N.14 sobre el personal administrativo, revela el incremento de tres unidades (una subdirectora y dos secretarías), para el año de 1991, mientras que en el período estudiado la cantidad de personal se mantuvo estable.

En todos los cuadros mencionados existe una falta de información que no fue posible conseguir.

En el Cuadro 15 sobre la población atendida en orientación al hogar, encontramos una mezcla de información, ya que estas cifras parecen corresponder a niños atendidos en la provincia de Panamá y no a nivel nacional como reporta la Unidad de Estadística del IPHE.

En términos generales, tanto los cuadros como las gráficas evidencian un aumento de la demanda que no va acorde con el recurso humano que debe atenderla.

El Cuadro N.17, personal docente y auxiliares de grupo que han laborado en el PEP - IPHE, años 1971 - 91 revela un incremento del mismo, casi nulo en relación a la demanda de atención. Igualmente se carece de información de varios años.

CUADRO N.13
**PERSONAL TECNICO QUE HA LABORADO EN EL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
DEL INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL(IPHE)
AÑOS 1971 - 91**

	A Ñ O S																				
	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91
Total	3	3	3	3	3	3	3	3	3	11	6	6	11	10	18	2	5	5	6	5	7
Personal Técnico																					
Coordinadora... 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Psicólogo.....	1	...	...	...	...	...	...	...	...	2	2	2	2	...	9	...	3	3	3	3	3
Trabajador Social.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	...	...	...	...	...	...
Terapista Físico.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	4	5	6	...	...	...	...	...	2
Terapista de lenguaje.....	-	...	...	...	...	...	...	...	...	3	...	...	2	2	3	...	...	...	2	1	1
Terapista ocupacional....	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	-	-	-

... Se desconoce la información.

Fuente: Organizaciones del Programa de Estimulación Precoz - IPHE.

CUADRO N. 14

PERSONAL ADMINISTRATIVO QUE HA LABORADO EN EL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
DEL INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL (IPHE)
AÑOS 1971 - 91

	AÑOS																				
	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91
Total..	3	2	2	2	2	2	2	2	2	10	5	5	5	5	5	4	10	5	5	5	10
Personal Administrativo																					
Director.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Subdirector.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
Secretaria.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
Aux.secretaria....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1
Mensajero.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Celador.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Trab. manual.....	1	...	...	...	...	...	...	...	...	4	...	...	...	...	...	...	4	...	...	...	4
Conductor.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

... Se desconoce la información.

Fuente: Organizaciones del Programa de Estimulación Precoz - IPHE.

CUADRO N. 15
 PERSONAL DOCENTE Y AUXILIARES DE GRUPO QUE HAN LABORADO
 EN EL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
 Años 1971 - 91

		Docentes en aulas	Docentes en hospital	Docentes Orienta- doras al hogar	Auxiliares de grupo
	Total				
1971	8	3	1	1	3
1972	a/	...	1	...	...
1973	a/	...	1	...	...
1974	a/	...	2	...	...
1975	a/	...	2	...	...
1976	a/	...	2	...	...
1977	a/	...	2	...	...
1978	a/	...	2	...	...
1979	a/	...	2	...	...
1980	44	24	3	11	6
1981	a/	...	2	11	6
1982	a/	...	2	11	6
1983	a/	...	2	12	6
1984	a/	29	2	15	6
1985	a/	29	2	15	6
1986	a/	22	2	14	6
1987	49	25	1	16	7
1988	48	24	1	16	7
1989	48	24	1	16	7
1990	48	24	1	16	7
1991	49	24	1	17	7

Fuente: Organizaciones del PEP - IPHE.

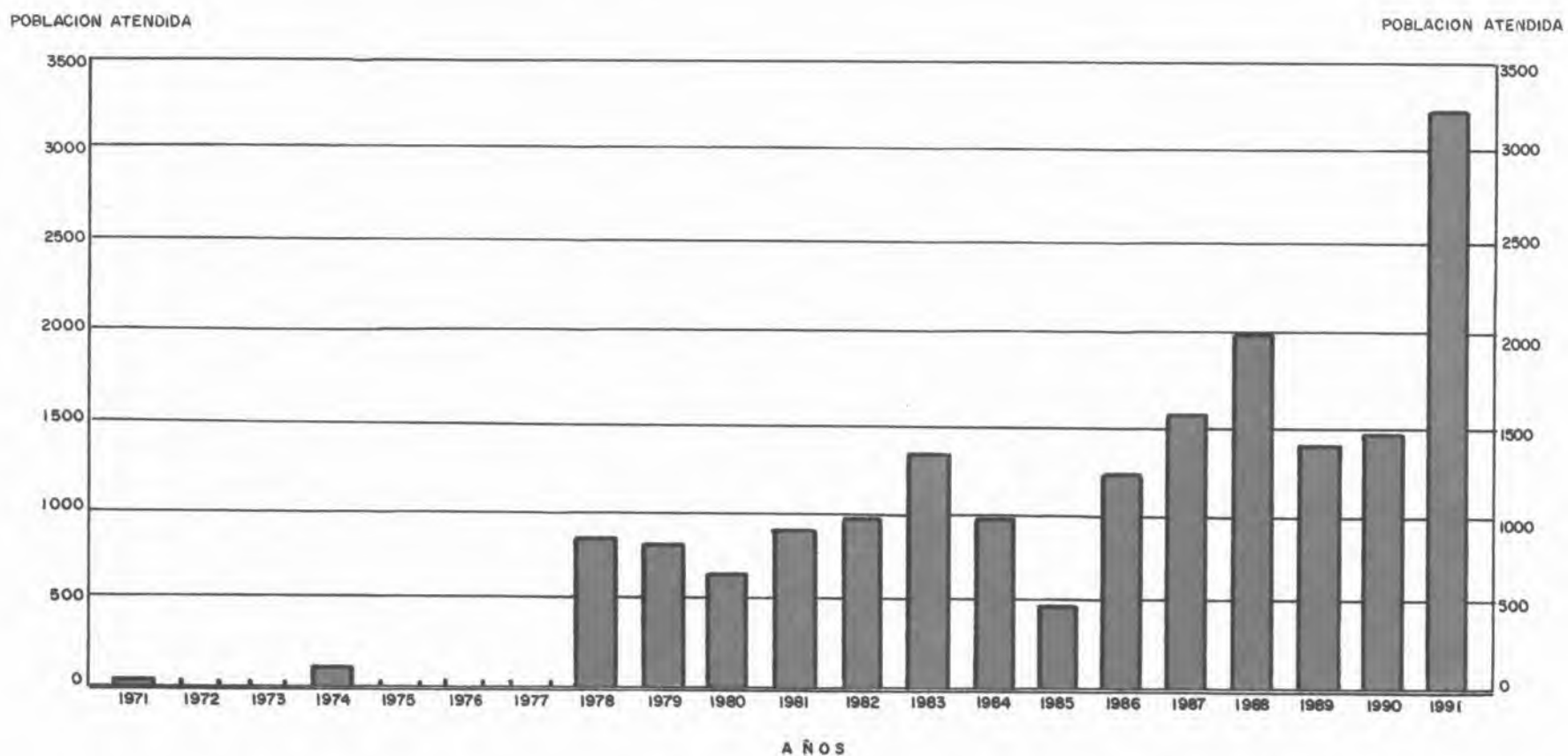
CUADRO N.16
POBLACION ATENDIDA EN ORIENTACION AL HOGAR,
A NIVEL NACIONAL, POR SEXO
AÑOS 1971 - 91

AÑO	Población de Orientación al hogar		
	Total	Masculino	Femenino .
1971.....	14	10	4
1972.....	a/	...	...
1973.....	a/	...	...
1974.....	96	...	...
1975.....	a/	...	...
1976.....	a/	...	...
1977.....	a/	...	...
1978.....	809	489	320
1979.....	797	491	306
1980.....	652	355	297
1981.....	894	104	790
1982.....	918	530	388
1983.....	1,322	...	...
1984.....	918	...	...
1985.....	454	...	...
1986.....	1,205	668	537
1987.....	1,501	812	639
1988.....	1,940	1,049	891
1989.....	1,399	757	642
1990.....	1,424	...	...
1991.....	3,244	1,767	1,477

a/ Se desconoce la información.

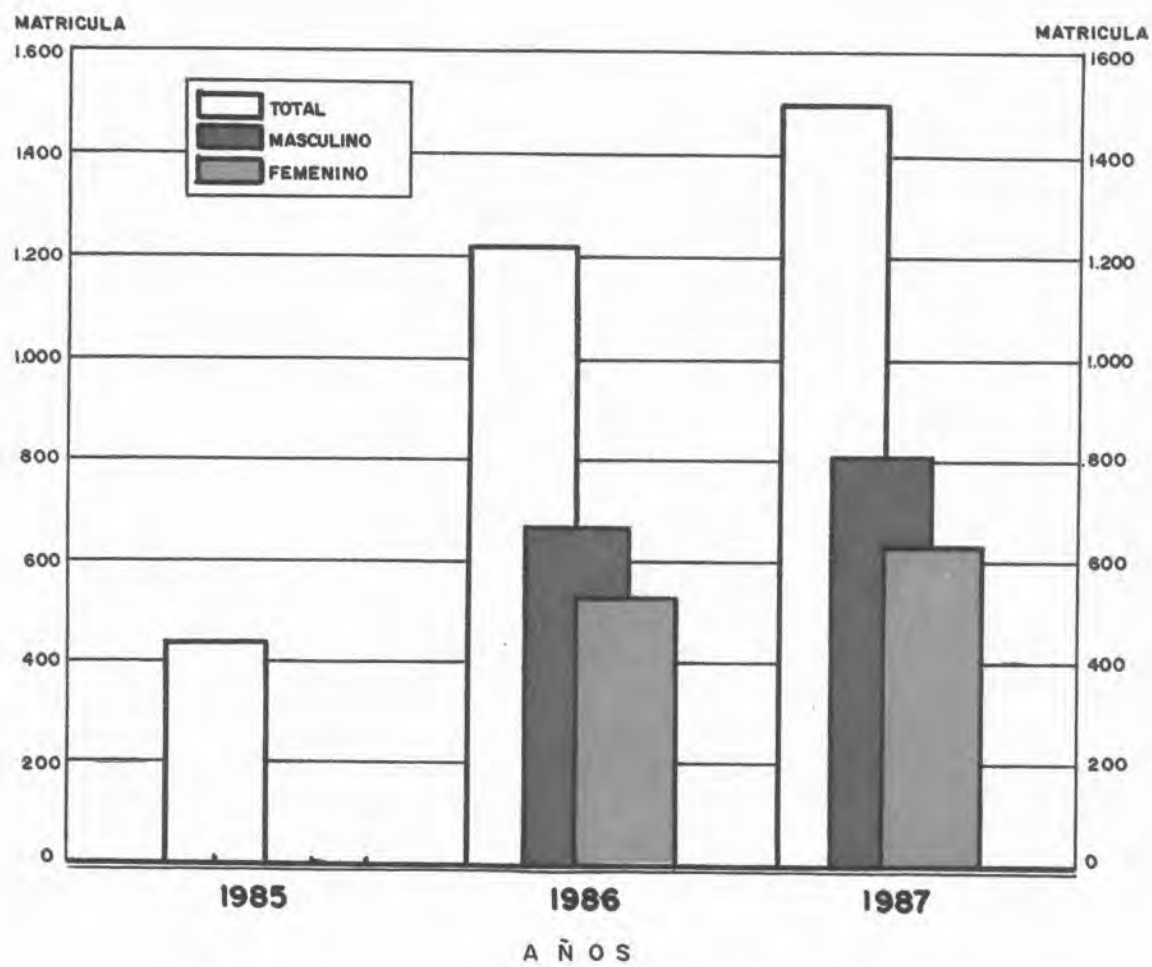
Fuente: Unidad de Estadística, Asuntos Internacionales e Investigación del IPHE. (UPEALI). 1991.

GRAFICA No. 18.1
POBLACION ATENDIDA EN ORIENTACION AL HOGAR DEL PEP A NIVEL NACIONAL : AÑOS 1971-91



FUENTE : CUADRO No.18

GRAFICA No. 16.2
POBLACION ATENDIDA EN ORIENTACION AL HOGAR A NIVEL NACIONAL
POR SEXO
AÑOS 1985-87



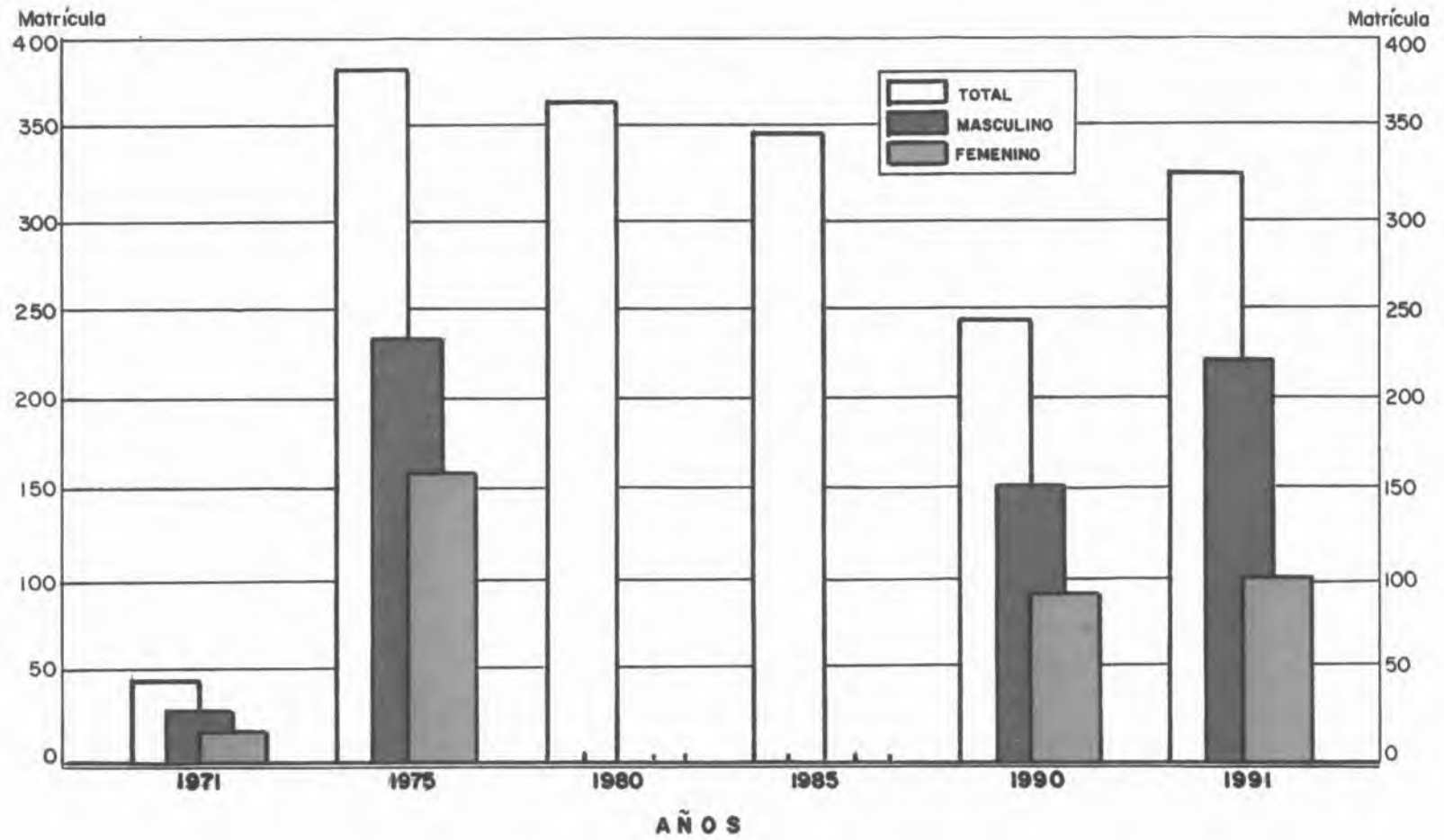
FUENTE: CUADRO No. 16

CUADRO N.17
 MATRICULA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
 DEL IPHE, POR SEXO
 AÑOS 1971 - 91

AÑO	Matrícula		
	T	M	F
1971.....	45	26	19
1972.....	121	61	60
1973.....	161	89	72
1974.....	160	95	65
1975.....	389	231	158
1976.....	537	320	217
1977.....	627	365	262
1978.....	230	...	...
1979.....	404	...	...
1980.....	363	...	...
1981.....	269	...	...
1982.....	261	152	109
1983.....	232	...	...
1984.....	268	...	...
1985.....	348	...	...
1986.....	319	200	119
1987.....	280	...	...
1988.....	288	175	113
1989.....	293	173	120
1990.....	247	151	96
1991.....	325	221	104

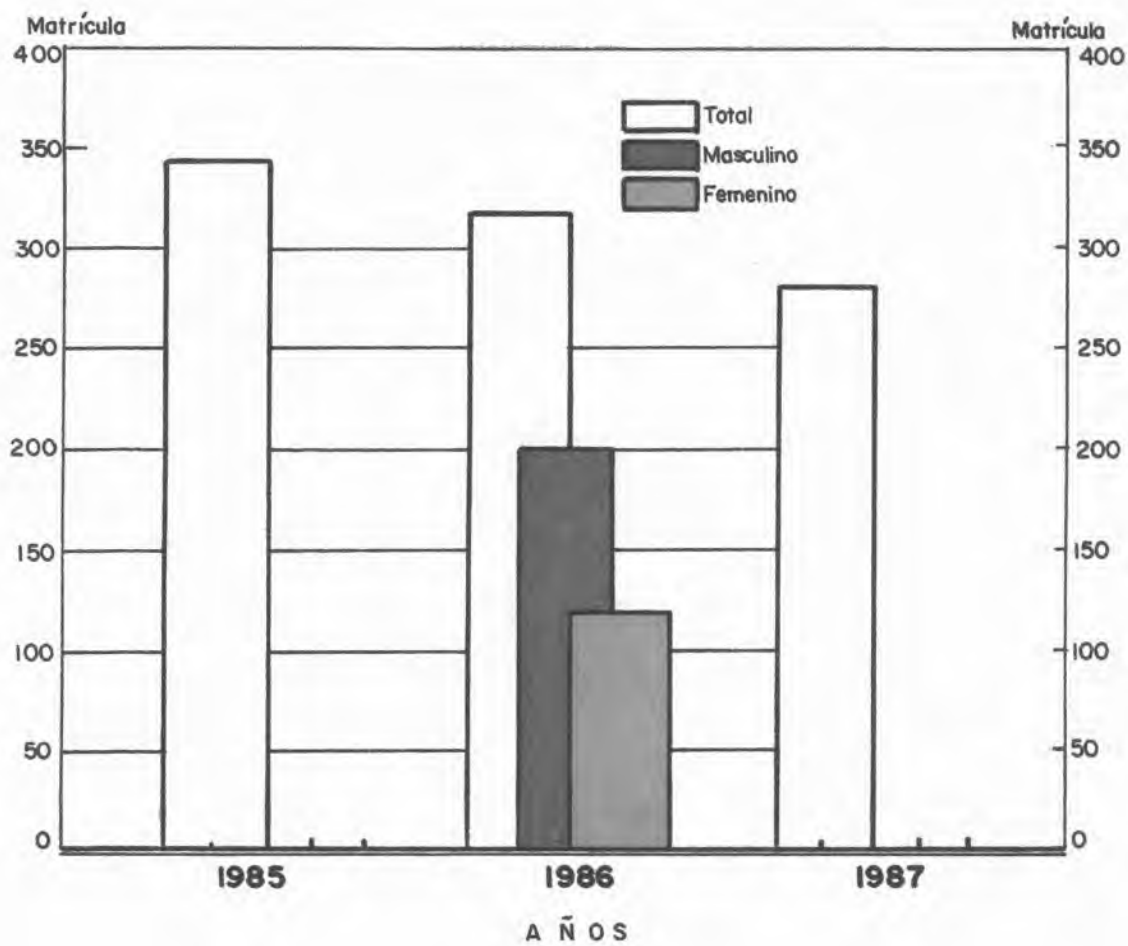
Fuente: UPEAII - IPHE. 1991.

GRAFICA No.17.I
MATRICULA DEL PEP-IPHE, POR SEXO
AÑOS 1971-1991



FUENTE: Cuadro No.17

GRAFICA No.17.2
**MATRICULA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ DEL
IPHE, POR SEXO
AÑOS 1985-87**



FUENTE: Cuadro No. 17

El promedio de niños por maestra de aula, durante los años del estudio (1985 - 87) oscila de 11 a 14.5 niños por salón, mientras que para el mismo período y según la información de los Cuadros N.15 y N.16, la población atendida en orientación al hogar era menor de cien niños.

Para, ambos casos fue imposible determinar la demanda satisfecha, existiendo subregistro y siendo parcial la información obtenida.

El **resumen anual del movimiento de casos atendidos** en aulas de clase para los años 1985 - 87, revela falta de información correspondiente a los años 1985 y 86.

El Cuadro N.18 y la Gráfica N.18, muestran que en el año 1987 se atendieron 345 niños (el Cuadro N.17 señala una matrícula de 280 niños), a razón de 14 niños por maestra. De ellos, el **45%** fueron **promovidos** a otro nivel, 62 niños, el **18%** **desertaron**(una cifra bastante alta). El **14%** **egresaron** a programas educativos en la comunidad; un **12%** se consideran **repitentes** debiendo cursar el mismo nivel y el **11%**(39 niños) no pudo ser clasificado en las categorías anteriores.

La obtención de esta información nos llevó a revisar los archivos Institucionales (IPHE), encontrandonos con que no fue posible localizarlos. Un funcionario de Estadística nos informó que este Formulario identificado como 025-9 se inició en estos años y que no todos los programas lo enviaban.

CUADRO N.18
RESUMEN ANUAL DEL MOVIMIENTO DE CASOS ATENDIDOS
EN AULAS DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ - IPHE
AÑOS 1985 - 87

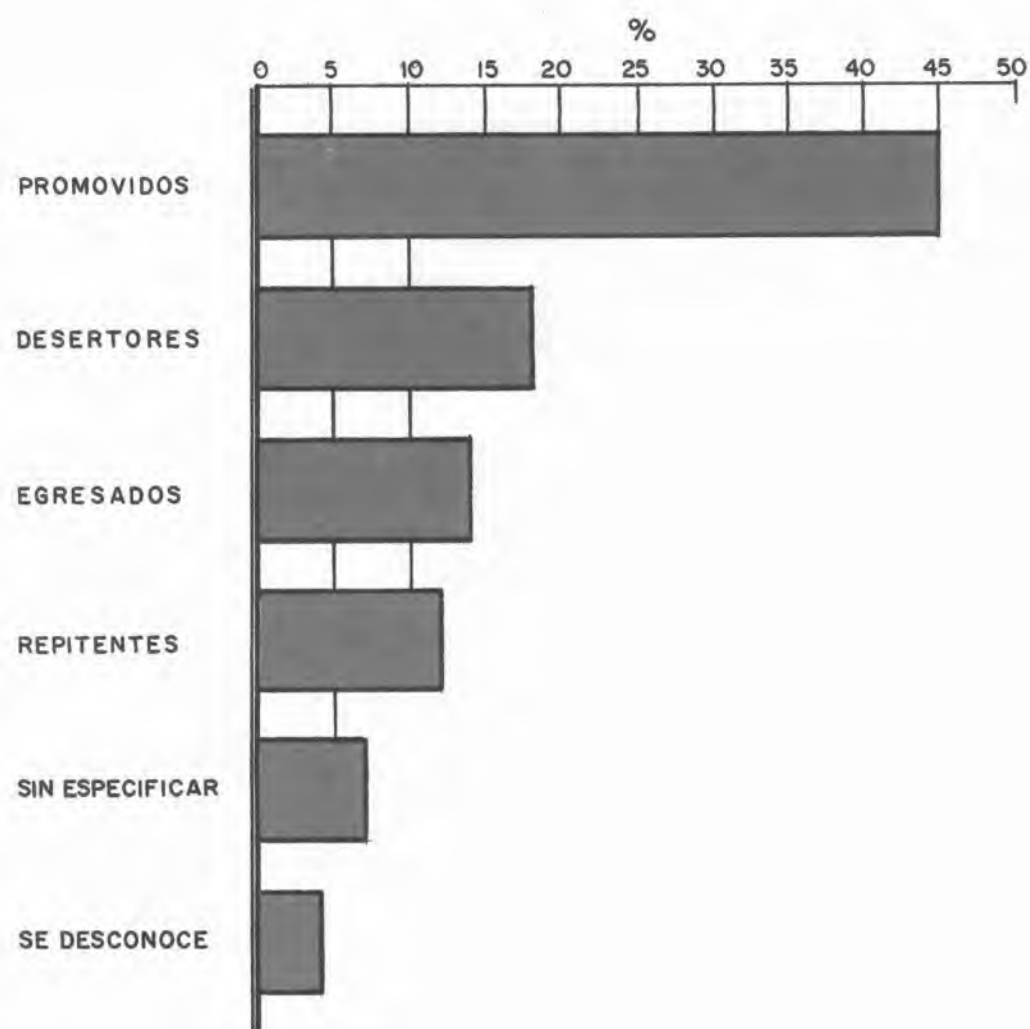
Condición	Años					
	1985		1986		1987	
	Frecuencia		Frecuencia		Frecuencia	
	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel
Total	345	100%
Promovidos <u>a/..</u>	155	45%
Desertores <u>a/..</u>	62	18%
Egresados <u>a/..</u>	48	14%
Repitentes <u>a/..</u>	41	12%
Sin especificar <u>a/...</u>	25	7%
Se desconoce <u>a/</u>	14	4%

a/ No se encontraron los registros correspondientes a los años 1985 y 86.

Fuente: Resumen anual del movimiento de casos atendidos.
 Formulario 025 - 9. Diciembre de 1987.
 UPEAII - IPHE.

GRAFICA No.18.1

**RESUMEN ANUAL DEL MOVIMIENTO DE CASOS ATENDIDOS EN AULAS
DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ.
AÑO 1987**



FUENTE: Cuadro No.18

Además de la atención en el servicio de orientación al hogar, en aula de clases o en los servicios de terapias física, de lenguaje y ocupacional, los niños son evaluados por los médicos especialistas que laboran en el IPHE.

La Unidad de Estadística recoge la información global de atenciones, más no la desagregan como para saber cuántas de esas atenciones fueron dadas a los niños provenientes de Estimulación Precoz.

La información obtenida para los años del estudio, es parcial y comprende la atención suministrada a la población de todos los programas del IPHE: Enseñanza Especial, Autismo, Parálisis Cerebral, Pérdidas Auditivas, Pérdidas Visuales y el Programa de Estimulación Precoz, como muestran los Cuadros N.19 y N.20.

CUADRO N.19
CITAS DADAS Y POBLACION ATENDIDA EN EL IPHE
POR LOS MEDICOS ESPECIALISTAS
Año 1985 (*)

Especialista	Citas dadas			Citas atendidas		
	T	M	F	T	M	F
Oftalmología.....	538	224	314	425	184	241
Psiquiatría.....	146	96	50	146	96	50
Pediatría.....	113	71	42	109	69	40
Neurología.....	85	53	32	85	53	32

(*) comprende solamente el último trimestre de 1985.

Fuente: UPEAII, 1986.

CUADRO N.20
CITAS DADAS Y POBLACION ATENDIDA EN EL IPHE
POR LOS MEDICOS ESPECIALISTAS
Año 1986 (*)

Especialista	Citas dadas			Citas atendidas		
	T	M	F	T	M	F
Oftalmología	127	63	64	102	43	59
Psiquiatría	77	50	27	79	52	27
Pediatría	63	38	25	63	38	25
Neurología	40	28	12	34	25	9
Otorrino	42	22	20	39	21	18
Odontología	399	220	179	344	191	153

(*) comprende solamente el primer trimestre de 1986.

Fuente: UPEAII. 1986

En el año de 1983, el Programa de Estimulación Precoz contaba en sus instalaciones con 2 neurólogos, 1 psiquiatra, 1 foniatra, 1 ortopedista. Estos médicos especialistas pertenecían a la Caja de Seguro Social o al Ministerio de Salud, los que por acuerdo con estas instituciones, atendían durante algunas horas en el PEP. Para el año de 1987 solamente se contaba con el foniatra y el fisiatra. En la actualidad (1992) el foniatra asiste al PEP dos horas por semana y el fisiatra 4 horas por semana.

Los médicos especialistas que atienden en el IPHE no están a tiempo completo, sino durante algunas horas a la semana y pertenecen al Ministerio de Salud o a la Caja de Seguro Social, tal como se aprecia en el Cuadro N.21.

CUADRO N.21

MÉDICOS ESPECIALISTAS QUE ATIENDEN EN EL IPHE
POR INSTITUCIÓN Y CANTIDAD DE HORAS

Año 1992

Médico especialista	Horas/ semana	Institución
Odontólogo	20	M.de S.
Oftalmólogo	6	C.S.S.
Otorrino	5	C.S.S.
Neurólogo	2	C.S.S.
Foniatra <u>1</u> /.....	2	M.de S.
Fisiatra <u>1</u> /.....	4	C.S.S.
Psiquiatra	-	-

1/ Atención en el PEP - Ancón

Como es obvio, para la población que recibe atención en los servicios educativos del IPHE, el recurso humano especializado es insuficiente.

De los registros de atención mensual de las especialidades de Odontología, Oftalmología y fisioterapia, se pudo determinar que en el año de 1991, un total de 146 niños recibieron atención en oftalmología; En Odontología se otorgaron 148 citas y asistieron 114 niños; en Fisioterapia se otorgaron 509 citas, asistiendo solamente 340 niños, todos provenientes del Programa de Estimulación Precoz.

El cuadro N.22 refleja el inventario de aulas del Programa de Estimulación Precoz. Estas funcionan en la planta central ubicada en el Corregimiento de Ancón, en algunos Centros de Salud y otras en la comunidad donde existe la demanda y existe la infraestructura.

Algunos locales son utilizados tanto en la mañana como en la tarde.

Comparando el Cuadro N.17 del personal docente y auxiliares de grupo y el Cuadro N.22 del inventario de aulas, se observa una discrepancia entre el total de salones y el total de docentes. Así por ejemplo, para los años del estudio encontramos que en 1985 habían un total de 29 aulas y 29 docentes; en 1986 habían 22 docentes y 29 aulas de clase y en 1987 se contaba con 25 docentes para un total de 28 salones.

En ambos cuadros es evidente la falta de información, lo que dificulta una adecuada interpretación de la situación. Sin embargo, cada año se observan algunos grupos de clase sobrecargados, mientras que en otros la asistencia es poca o población en espera de que se nombre a las docentes que faltan o de que se habilite un espacio físico con las condiciones mínimas para desarrollar el aspecto educativo.

Los materiales de trabajo son en su gran mayoría aportados por los docentes y en algunas ocasiones los padres dependiendo de sus condiciones económicas, cooperan.

Es frecuente el deterioro del mobiliario producto de la falta de mantenimiento.

CUADRO N.22
 UBICACION DE LAS AULAS DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
 DEL IPHE
 Años 1971 - 91

Ubicación	Años									
	71	76	78	84	85	86	87	88	89	91
total	4	3	6	30	29	29	28	16	17	27
Planta en Ancón	3	..	..	12	14	12	12	12	12	12
CRI - EVE	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
C.S. Pueblo Nuevo	-	1	1	1	2	2	2	..	..	1
C.S. Alcalde Díaz	-	1	1	1	-	..	..	..	..	-
C.S. Veranillo	1	1	2	1	..	2	..	..	..	1
C.S. Tocumen	-	..	..	1	1	1	1	-	1	1
C.S. Juan Díaz	..	..	..	1	1	1	1	..	..	1
Pol. San Francisco	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..
Comunidad										
COIF Nuevo Veranillo	..	..	..	..	..	1	2	..	..	1
IPHE planta Betania	..	..	..	1	2	1	1	..	..	..
Juan Díaz	-	..	..	..	1	1	1	..	..	1
Pedregal	-	..	..	..	..	..	..	..	..	2
San Miguelito	-	..	..	1	1	1	3	..	..	..
Chilibre	..	..	..	1	1	..	1	..	..	..
Los Andes N.2	..	..	..	1	..	2	..	..	..	2
Esc. Ricardo Miró	-	-	..	1	1	1	..	..	..	1
Río Abajo	-	-	..	1	..	..	..	..	..	..
Módulo de Santa Librada	-	-	..	2	2	..	..	..	..	1
Esc. Belisario Porras	-	-	1	2	2	2	2	2	2	1
Pueblo Nuevo	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1
COIF Minerva Marín	-	-	-	..	..	1	1	1	1	1

Fuente: Organizaciones del PEP.

Ocasionalmente se consiguen donaciones con algunas personas o casas comerciales, que nunca son suficientes para suplir las necesidades de material educativo.

En el año de 1991 la matrícula en el PEP era de 325 niños y el inventario de mobiliario registra un total de 217 sillas tipo kinder en buenas condiciones , 14 en estado regular y 4 inservibles, lo que deja a 108 niños sin silla para trabajar. (10). En ese mismo año se contaba solamente con 32 mesitas tipo kinder para toda la población atendida en grupo.

Recursos materiales.

No fue posible determinar la cantidad de recursos materiales empleados por el Programa de Estimulación Precoz durante los años del estudio (1985 - 87). Sin embargo, se obtuvo una comparación del costo total del material de oficina suministrado por el IPHE al PEP durante el año 1991, encontrándose que estaba en la misma proporción que el costo total del material de aseo suministrado durante el mismo año.

Esta situación revela la escasa disponibilidad de material con que cuenta el PEP para realizar con mayor eficiencia sus funciones.

Recursos financieros.

Los presupuestos, en su estructura tradicional, no se prestan para un análisis que no sea el desglose por determinadas categorías como son funcionamiento e inversión, además con frecuencia reflejan más la intención de emplear fondos que la autoridad para emplearlos.

El volumen de lo realmente gastado sólo puede averiguarse una vez transcurrido el año, y la forma en que esos fondos fueron empleados sólo puede saberse examinando toda una serie de otras informaciones (49:13,14).

(49) Mach, E.P. y Abel-Smith, B. *Planificación de las Finanzas en el Sector Salud*. O.P.S., Ginebra, 1983.

Con el fin de obtener el presupuesto asignado al Instituto Panameño de Rehabilitación Especial y la partida asignada al Programa de Estimulación Precoz, se realizó una entrevista con la persona encargada del mismo y con la Directora Administrativa, además se cursó una nota formal.

Por ninguna de las dos vías fue posible obtener la información, recurriendo al Ministerio de Planificación y Política Económica. Los datos que se presentan fueron los obtenidos en esta diligencia, aunque no reflejan la partida asignada al Programa de Estimulación Precoz, en 1985 - 87.

CUADRO N.23
INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL
PRESUPUESTO APROBADO 1989 - 1993

Año	Total	Funcionamiento	Inversión
1993	7,902.000	7,422.000	480.000
1992	7,609.000	7,180.000	420.000
1991	7,044.000	6,540.000	540.000
1990	6,648.000	6,388.000	260.000
1989	6,247.000	6,247.000	-----

Fuente: Departamento de Administración Presupuestaria.
Sector Descentralizado, MIPPE, 1993.

La información presentada revela un aumento en el rubro de funcionamiento así como en el de inversión, del cual al parecer no participa el Programa de Estimulación Precoz, ya que el análisis de su situación particular muestra un aumento de la demanda de servicios mientras que la asignación de recursos humanos, físicos y materiales se mantiene igual o aún disminuye.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La investigación en Salud Pública tiene como objetivo utilizar de manera óptima, los recursos humanos, materiales y financieros para solucionar los problemas sociales de una población.

Enmarcado en ese campo social, el Programa de Estimulación Precoz del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial, pretende mejorar el destino de la población infantil que por sus antecedentes pre concepcionales, prenatales, perinatales y post natales se encuentra en riesgo de sufrir alteraciones en su desarrollo, ya que tal como sostiene el UNICEF, la interrupción o la desviación del desarrollo normal del niño puede ser más grave que las consecuencias directas de las deficiencias en sí (49).

De allí que el papel del Estado y por ende, de los estamentos responsables de la atención a población con discapacidad o en riesgo de ella, no deba limitarse al incremento de los recursos, sino también, y de manera especial, la evaluación de la eficiencia de los programas.

Examinar la eficiencia de los programas de acción social, como es el caso que nos ocupa, no es una tarea fácil, ya que enfrentamos la limitación del acceso a la información, desde los niveles más altos de la Administración Institucional, hasta la renuencia de quienes ejecutan las acciones en la práctica, las opiniones infundadas y la resistencia pasiva y activa a colaborar.

(49) UNICEF.

Sumada a esta realidad, encontramos una historia de conflictos internos en el IPHE, el enfrentamiento entre la administración y el grupo docente y de discapacitados, que abona al temor por el cambio, a la resistencia y actitud defensiva de los involucrados que perciben la concreción de una amenaza sobre el Programa de estimulación Precoz y sus acciones, especialmente cuando éste no existe por derecho sino de hecho.

A estos factores del ambiente interno y externo del Programa y que afectan su funcionamiento, se agregan la falta de informes escritos y documentos, así como la incongruencia en la información que presentan.

Como consecuencia, sería difícil conseguir la revisión y por ende la mejora o perfeccionamiento del Programa de Estimulación Precoz, mientras se mantenga la subjetividad de los involucrados y de quienes son responsables de la toma de decisiones para aceptar y corregir fallas en la eficiencia reflejadas en la poca efectividad de las respuestas a la demanda de servicios de prevención en sus tres niveles.

A pesar de este panorama, consideramos este trabajo como valioso en la medida en que el análisis de los resultados obtenidos permiten un planteamiento en el orden de la política, la planificación y la práctica del Programa de Estimulación Precoz en el contexto panameño.

Sin pretender ser exhaustivos, se puntualizan algunos aspectos considerados fundamentales:

1. A pesar de los intentos realizados para elaborar una **Política de Prevención de la Discapacidad**, aún nuestro país no cuenta con ella.

2. El Programa de Estimulación Precoz, no está contemplado en la Ley que crea el Instituto Panameño de Rehabilitación Especial, a pesar de tener veintitrés años de ofrecer un servicio a la comunidad general.
3. El Programa de Estimulación Precoz no cuenta con una normatización de los servicios que ofrece, careciendo de pautas y estándares para ellos, así como los subprogramas y el recurso humano que asegure la calidad de las acciones de prevención e intervención temprana.
4. Actualmente cada institución u organización que presta un servicio a la población discapacitada, posee su propia forma de operar, observándose en la práctica falta de coordinación, duplicidad de servicios, carencia de otros, demoras innecesarias en la atención.
5. Carencia de un ente centralizado de información sobre la incidencia y prevalencia de la población con discapacidad o en riesgo de ella, los factores responsables, sectores de procedencia, secuelas, etc, que permitan el desarrollo de investigaciones y por lo tanto retroalimentación al sector salud que refiere los casos.
6. Existencia de una marcada discrepancia entre la población captada y referida y aquella que recibe los servicios y el seguimiento por parte del Programa de Estimulación Precoz.
7. Pareciera ser que no todos los niños referidos al Programa de Estimulación Precoz, ameritan de la atención, saturando los servicios que se ofrecen.

8. La investigación no es un componente del Programa de Estimulación Precoz, haciendo imposible obtener una idea o determinar la efectividad de los servicios y programas y el impacto producido en la población beneficiaria.

RECOMENDACIONES.

Convencidos de que los servicios de intervención temprana son necesarios para reducir la incidencia y la severidad de la deficiencia mental y otras discapacidades, así como favorecer el desarrollo de los niños y disminuir los costos que se generan en función de los servicios especializados, recomendamos:

1. Gestionar a nivel del Ministerio de Planificación y Política Económica (MIPPE), el conocimiento y aprobación de las Políticas de Prevención de la Discapacidad, producto del trabajo realizado en 1990 y en el que participaron el IPHE, la Caja de Seguro Social, el Ministerio de Educación, MIPPE, Fundación Pro Impedidos, Centro de Rehabilitación para Impedidos, Hospital Santo Tomás, el Hospital del Niño y el Concejo Nacional de Coordinación Intersectorial para el Desarrollo Infantil (CONCIDI).
2. Gestionar el reconocimiento legal del Programa de Estimulación Precoz del IPHE, a la vez que se reformula sus orientaciones conceptuales (metas, objetivos, actividades, procedimientos, estructura) y la orientación filosófico - social.

3. Crear un sistema central de información sobre la población que nace con discapacidades o en riesgo de ella, al cual tengan acceso las instituciones cuyos servicios están destinados a su atención y que permita la emisión periódica de boletines informativos, y el desarrollo de investigaciones encaminadas a la retroalimentación de las acciones intersectoriales de prevención, planificación de recursos y atención integral.
4. Normatizar las funciones del Programa de Estimulación Precoz y la elaboración de un manual de funciones que regule la calidad de los servicios y programas, así como la capacitación y eficiencia del personal.
5. Determinar los indicadores de éxito del programa, como por ejemplo: niños que se integran a la educación regular anualmente, niños que requieren educación especial, porcentaje de deserciones, causas, etc.
6. Realizar una investigación de los factores de riesgo versus secuelas que permita determinar realmente la población que necesita la atención, optimizando el recurso existente. Se sugiere iniciar con los niños referidos por ictericia e hiperbilirrubinemia.
7. Diseñar un modelo similar al de la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social, para ser aplicado en el Hospital del Niño, de forma tal que solamente se canalicen los infantes con discapacidad o alteraciones del desarrollo, a la vez que siguen sus controles de crecimiento y desarrollo en los Centros de Salud o en las Policlínicas Periféricas.

8. Continuar con el Programa de Formación de Orientadores al Hogar del Nivel I, para reemplazar escalonadamente a los Orientadores del Nivel II, con miras a incrementar la cobertura de los servicios y la eficiencia de las acciones a un menor costo institucional y estatal.

9. Proponer y contribuir en la ejecución de proyectos e innovaciones que contribuyan a mejorar la eficiencia y eficacia técnico - docente y administrativo del personal que labora en el Programa de Estimulación Precoz, así como de los funcionarios del Sector Salud que refieren los niños para su atención.

10. Proponer la planificación conjunta con el Sector Salud, encaminada a la ejecución de acciones de prevención primaria (fomento de la salud y protección específica) y prevención secundaria (diagnóstico precoz y tratamiento inmediato y limitación del daño).

ANEXO N.1

FACTORES DE ALTO RIESGO EN EL PERIODO NEONATAL APROBADOS POR LA DIVISIÓN DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO Y EL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ DEL INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL.

1. Lesiones en el parto.

- 1.1 Hipoxia perinatal (apgar menor o igual a seis).
- 1.2 Hemorragia intracraneana.

2. Síndrome de dificultad respiratoria.

- 2.1 Causa central (hipoxia).
- 2.2 S.D.R. periférico (Silverman-Anderson mayor o igual a siete).

3. Anomalías congénitas.

- 3.1 Anomalías del sistema nervioso (hidrocefalia, espina bífida).
- 3.2 Anomalías cromosómicas.
 - 3.2.1 Síndrome de Down.
 - 3.2.2 Otros síndromes congénitos con múltiples anomalías.

4. Infecciones.

- 4.1 Específicas.
 - 4.1.1 Rubéola.
 - 4.1.2 Toxoplasmosis.
 - 4.1.3 Inclusión citomegálica.
- 4.2 Meningitis neonatal.

5. Eritroblastosis fetal.

5.1 Incompatibilidad ABO o Rh sin kernícterus cuando las cifras de bilirrubina son de 20 miligramos o más en el niño nacido a término, o 18 miligramos en el niño prematuro.

6. Trastornos metabólicos.

6.1 Hipoglicemia sintomática.

6.2 Hipocalcemia sintomática.

7. Prematuridad y S.R.C.U.

7.1 Gestación menor o hasta 36 semanas.

7.2 Peso natal menor o igual a 2,500 kilogramos.

ANEXO N.2

CLASIFICACION DEL RIESGO CONSIDERADOS POR LA DIVISION DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL.

Riesgo 1: Embarazo y parto sin problemas neonatales inmediatos.

A. Condiciones maternas:

1. Edad materna mayor de 35 o menor de 16 años.
2. Hipertensión.
3. Anemia.
4. Diabetes.
5. Enfermedad tiroidea controlada.
6. Enfermedades psiquiátricas.
7. Sangramiento.
8. Isoinmunización materno fetal.
9. Ruptura prematura de membranas.

B. Condiciones de la labor o parto:

1. Labor prolongada o rápida.
2. Cesáreas.
3. Líquido meconial de 2 a 3 cruces.
4. Recién nacido post-término.
5. Circular apretada al cuello.
6. Parto gemelar.

- Riesgo II:**
1. Recién nacido de 2,000 kg. a 2,500 kg, de peso.
 2. Recién nacido con apgar de 4 hasta 7.
 3. Insuficiencia respiratoria leve del recién nacido.
 4. Hiperbilirrubinemia patológica elevada.
 5. Hipoglicemia asintomática.
 6. Toxemia materna moderada.
 7. Partos podálicos sin complicaciones.
 8. Fórceps.
 9. Líquido meconial espeso.
- Riesgo III:**
1. Recién nacidos menores de 2,000 kg de peso.
 2. R.n. menores de 36 semanas de gestación.
 3. Hipoxia severa al nacer (apgar menor de 4).
 4. Hemorragia intracraneal.
 5. Membrana hialina y otras insuficiencias.
 6. Hiperbilirrubinemias patológicas con bilirrubina mayor de 15 mg.
 7. Recién nacidos exanguinados.
 8. Infecciones sistemáticas intrauterinas o extrauterinas.
 9. Lesiones debidas al parto (cefalohematoma, parálisis braquial).
 10. Malformaciones congénitas mayores.
 11. Anomalías cromosómicas.
 12. Enfermedad hemorrágica del recién nacido.
 13. Hipoglicemia sintomática.
 14. Convulsiones neonatales.

15. Otros factores maternos de alto riesgo asociados a la condición del niño al nacer: rubéola, toxemia severa, etc.
16. Partos podálicos con problemas.
17. RN. que han recibido garamicina o Kanamicina.

ANEXO N.3
Evaluación Pediátrica

REPUBLICA DE PANAMA MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN PRECOZ - I P H E EVALUACION PEDIATRICA PARA LA REFERENCIA AL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ										No. DE H. C. _____ No. DE REG. SOC. _____ No CEDULA _____																																																																															
INFORMACION GENERAL (1)																																																																																									
NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO _____						FECHA DE EVALUACION _____		NOMBRE DE LA MADRE _____																																																																																	
FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		EDAD _____		Calle _____ Casa No. _____		Corregimiento _____		DIRECCION Distrito _____		Provincia _____	Teléfono _____																																																																														
INFORMANTE _____						PUNTO DE REFERENCIA _____																																																																																			
ANTECEDENTES FAMILIARES <input type="checkbox"/> Retardo Mental <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Sordera <input type="checkbox"/> Malform Congenitas <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Trastornos Psíquicos																																																																																									
ANTECEDENTES DEL EMBARAZO Y PARTO																																																																																									
ORDEN DEL EMBARAZO _____		EDAD DE LA MADRE _____		USO DE DROGAS Y FARMACOS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (es) _____				OTROS NAC. DE BAJO PESO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																																																	
CONTROL DEL EMBARAZO <input type="checkbox"/> Sí (Dónde) _____ <input type="checkbox"/> No						MES DE INICIO _____		No DE CONTROLES _____																																																																																	
POSICIÓN GESTACIONAL <input type="checkbox"/> Bajo Peso Mat. <input type="checkbox"/> Espacio Intergénico _____ <input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> Anemia (<10 g) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hemorragia del embarazo <input type="checkbox"/> Rayos X _____ <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Infección urinaria <input type="checkbox"/> P.A. Diastólico > 90 <input type="checkbox"/> Fumar _____ <input type="checkbox"/> Talla < 1 50 m <input type="checkbox"/> Toxemia <input type="checkbox"/> Medicamentos _____																																																																																									
PARTO ATENDIDO POR <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Aux de Enf <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera						NACIDO EN <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Fuera de la Institución			EDAD GESTACIONAL _____																																																																																
PRESENTACION <input type="checkbox"/> Cefálico <input type="checkbox"/> Sacro <input type="checkbox"/> Podálico <input type="checkbox"/> Transverso			RECIBIO DROGAS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Esp _____			FORMA DE TERMINACION <input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Inducido <input type="checkbox"/> Ruptura de membrana Horas _____																																																																																			
PERIODO NEONATAL																																																																																									
PESO (gms) _____		TALLA (Cm) _____		P. C. (Cm) _____		P. T. (Cm) _____		APGAR al 1' a los 5' _____		CONVULSIONES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																																															
ICTERICIA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Inicio _____			GRUPO SANGUINICO Madre _____ Hijo _____			BILIRRUBINA INDICECTA Max _____ mg% Edad _____ Horas		FOTOTERAPIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tiempo _____																																																																																	
ANGINOSO TRANSFUSION <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> *			SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Diagnósticos 1) _____																																																																																			
OTROS _____																																																																																									
(1) HASTA ESTA PARTE DE LA EVALUACION PUEDE SER LLENADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA.																																																																																									
DESARROLLO PSICOMOTOR (Edad promedio de adquisición) (2) PARA SER ANOTADA POR EL MEDICO.																																																																																									
Seguimiento Visual (1 2 ms) _____				Volteo (4 5 ms) _____				Se para con ayuda (9 10 ms) _____																																																																																	
Sonrisa Social (2ms) _____				Se mantiene sentado (6 7 ms) _____				Utiliza 3 palabras con significado (11 12 ms) _____																																																																																	
Vocalización (3 ms) _____				Transfiere objetos (6 7 ms) _____				Camina solo (12 18 ms) _____																																																																																	
Sostén cefálico (3 ms) _____				Gateo (7 8 ms) _____				Utiliza frases de 2 palabras (18 24 ms) _____																																																																																	
Carcajada (4 ms) _____				Agarre de pinza (9 ms) _____				Control de esfínteres (2 1/2 años) _____																																																																																	
EXAMEN NEUROLOGICO ACTUAL																																																																																									
PESO (gms) _____		TALLA (Cm.) _____		P. C. (Cm) _____		VISION <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		AUDICION <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal																																																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>REFLEJOS</th> <th>MESES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>6</th> <th>9</th> <th>12</th> <th>15</th> <th>18</th> <th>24</th> <th>36</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Succión</td> <td></td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>±</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Presión Palmar</td> <td></td> <td>+</td> <td>+</td> <td>±</td> <td>±</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Presión Plantar</td> <td></td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>±</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Tónico Asimétrico del Cuello</td> <td></td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>±</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Flexor de defensa</td> <td></td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>±</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>												REFLEJOS	MESES	1	2	3	4	6	9	12	15	18	24	36	Succión		+	+	+	+	+	±	0	0	0	0	0	Presión Palmar		+	+	±	±	0	0	0	0	0	0	0	Presión Plantar		+	+	+	±	0	0	0	0	0	0	0	Tónico Asimétrico del Cuello		+	+	+	±	0	0	0	0	0	0	0	Flexor de defensa		+	+	+	+	±	0	0	0	0	0	0
REFLEJOS	MESES	1	2	3	4	6	9	12	15	18	24	36																																																																													
Succión		+	+	+	+	+	±	0	0	0	0	0																																																																													
Presión Palmar		+	+	±	±	0	0	0	0	0	0	0																																																																													
Presión Plantar		+	+	+	±	0	0	0	0	0	0	0																																																																													
Tónico Asimétrico del Cuello		+	+	+	±	0	0	0	0	0	0	0																																																																													
Flexor de defensa		+	+	+	+	±	0	0	0	0	0	0																																																																													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>REFLEJOS</th> <th>MESES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>6</th> <th>9</th> <th>12</th> <th>15</th> <th>18</th> <th>24</th> <th>36</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Marcha Automática</td> <td></td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>±</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Landau</td> <td></td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Paracida</td> <td></td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>±</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Enderezamiento del Cuello</td> <td></td> <td>±</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>±</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Moro</td> <td></td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>±</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>												REFLEJOS	MESES	1	2	3	4	6	9	12	15	18	24	36	Marcha Automática		+	+	+	±	0	0	0	0	0	0	0	Landau		0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	Paracida		0	0	0	0	±	+	+	+	+	+	+	Enderezamiento del Cuello		±	+	+	±	0	0	0	0	0	0	0	Moro		+	+	+	±	0	0	0	0	0	0	0
REFLEJOS	MESES	1	2	3	4	6	9	12	15	18	24	36																																																																													
Marcha Automática		+	+	+	±	0	0	0	0	0	0	0																																																																													
Landau		0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+																																																																													
Paracida		0	0	0	0	±	+	+	+	+	+	+																																																																													
Enderezamiento del Cuello		±	+	+	±	0	0	0	0	0	0	0																																																																													
Moro		+	+	+	±	0	0	0	0	0	0	0																																																																													
TONO MUSCULAR <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: Especifique: _____						REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS (ROTULIANO) <input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Alterados: Especifique: _____																																																																																			
DIAGNOSTICOS						RECOMENDACIONES Y EVALUACIONES SOLICITADAS																																																																																			
HO BI - I M I C						FIRMA DEL MEDICO _____																																																																																			

ANEXO N.4

INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL
PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ

CAUSAS DE REFERENCIA DE 236 NIÑOS ENVIADOS AL PEP, DESDE EL
HOSPITAL SANTO TOMAS, HOSPITAL DEL NIÑO Y CLINICA DE ALTO
RIESGO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL.

AÑO 1985.

PERIODO Y ETIOLOGIA	FA
PRENATAL	<u>56</u>
Síndrome de Down.....	26
Anomalías congénitas no especificadas.....	16
Desnutridos fetales.....	6
Cardiopatías congénitas y adquiridas.....	2
Síndrome de Pierre Robin.....	2
Síndrome de Toni Fanconi.....	1
Síndrome de Rubéola congénita.....	1
Trastorno genético en estudio.....	1
Gemelos.....	1

PERINATAL	<u>352</u>
Hipoxia y asfixia al nacer.....	125
Otras formas de ictericia perinatal (ictericia, hiperbilirrubinemia).....	61
Trastornos respiratorios (apnea,taquipnea).....	38
Otras afecciones respiratorias (neumotórax, aspiración masiva,atelectasia).....	32
Infecciones (onfalitis,sepsis).....	20
Enfermedad hemolítica por isosensibilización.....	12
afecciones del encéfalo (edema cerebral y otros sin especificar).....	11
Trauma obstétrico sin especificar.....	9
Exanguinotransfusión.....	9
Trastornos endocrinos y metabólicos (hipocalcemia,hipoglicemia).....	6
Hemorragia intracraneal.....	5
Otros traumatismos del nacimiento.....	5
Potencialmente infectado.....	4
Conjuntivitis purulenta.....	3
Meningitis.....	2
Broncoaspiración.....	2
Espolón suboccipital.....	2
Meningoencefalitis.....	1
Displasia de presentación.....	1
Circular al cuello.....	1
Síndrome de dificultad respiratoria.....	1
Panencerebritis.....	1
Ileo secundario a hipoxia.....	1

POSTNATAL	<u>13</u>
Convulsiones.....	6
Hipertonía sin especificar causa.....	4
Retardo psicomotor.....	1
Retraso mental de grado no especificado.....	1
Meningitis de causa no especificada.....	1

Fuente: Programa de Estimulación precoz. IPHE. Evaluaciones pediátricas de los expedientes de casos referidos en el año de 1985.

ANEXO N.5

INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL
PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ

DIAGNOSTICOS DE REFERENCIA AL PEP, SEGUN LA CLASIFICACION
INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES
AÑO 1985

DIAGNOSTICOS NO CLASIFICADOS.....	<u>17</u>
- mielodisquisis con fístula	1
- trastorno genético en estudio	1
- potencialmente infectado	4
- exanguinotransfusión	9
- panencefritis	1
- ileo secundario a hipoxia	1
315 RETARDO SELECTIVO DEL DESARROLLO.....	1
315.4 Retardo psicomotor	1
319 RETRASO MENTAL DE GRADO NO ESPECIFICADO.....	3
322 MENINGITIS DE CAUSA NO ESPECIFICADA.....	2
323 ENCEFALITIS, MIELITIS Y ENCEFALOMIELITIS.....	1
323.9 Sin especificar	1
348 OTRAS AFECCIONES DEL ENCEFALO.....	11
348.5 Edema cerebral	9
348.9 Sin especificación	2

372	TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA.....	3
372.0	Conjuntivitis aguda	3
429	DESCRIPCIONES Y COMPLICACIONES MAL DEFINIDAS DE LAS ENFERMEDADES DEL CORAZON.....	2
429.9	Cardiopatías sin especificación (acianógena, congénita).	2
432	OTRA HEMORRAGIA INTRACRANEAL Y LA NO ESPECIFICADA	5
432.9	Hemorragia intracraneal sin especificar	5
507	NEUMONITIS DEBIDAS A SOLIDOS Y LIQUIDOS.....	2
507.0	Debida a la aspiración de vómito	2
652	POSICION Y PRESENTACION ANORMALES DEL FETO.....	1
652.9	Distocia de presentación sin especificación	1
663	COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL CORDON UMBILICAL.....	1
663.3	Circular apretada al cuello	1
665	OTRO TRAUMA OBSTETRICO.....	9
665.9	Sin especificar	9
726	ENTESOPATIAS PERIFERICAS Y SINDROMES AFINES....	2
726.9	Espolón suboccipital	2
728	TRASTORNOS DE LOS MUSCULOS, DE LOS LIGA- MENTOS Y DE LA APONEUROSIS.....	4
728.9	Hipertonía sin especificación	4

741	ESPINA BIFIDA.....	2
	741.9 Meningocele sin mención de hidrocefalia y mielomeningocele	2
742	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS DEL SISTEMA NERVIOSO.....	6
	742.3 Hidrocefalia congénita	6
743	ANOMALIAS CONGENITAS DEL OJO.....	1
	743.4 Colobomas centrales	1
744	ANOMALIAS CONGENITAS DEL OIDO, CARA Y CUELLO...	1
	744.2 Hipoplasia bilateral del pabellón	1
748	ANOMALIAS CONGENITAS DEL APARATO RESPIRATORIO..	1
	748.5 Displasia pulmonar	1
749	FISURA DEL PALADAR Y LABIO LEPORINO.....	4
755	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS DE LOS MIEMBROS.....	1
	755.2 Hipoplasia de pulgares	1
758	ANOMALIAS CROMOSOMICAS.....	29
	758.0 Síndrome de Down	26
	758.9 Síndrome de Toni Fanconi	1
	Síndrome de Pierre Robin	2
761	FETO O RECIEN NACIDO AFECTADO POR COMPLICACIONES MATERNAS DEL EMBARAZO.....	1
	761.5 Embarazo múltiples (gemelos)	1
763	FETO O RECIEN NACIDO AFECTADO POR OTRAS COMPLICACIONES DEL TRABAJO Y DEL PARTO.....	1
	763.5 Depresión por anestesia materna	1

764	CRECIMIENTO FETAL LENTO Y DESNUTRICION FETAL.....	6
764.2	Desnutrido fetal	6
767	TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO.....	5
767.1	Traumatismo del cuero cabelludo	2
767.2	Fractura de clavícula	1
767.5	Traumatismo del nervio facial	1
767.6	Traumatismo del plexo braquial	1
768	HIPOXIA INTRAUTERINA Y ASFIXIA AL NACER.....	125
768.3	Sufrimiento fetal diagnosticado durante el trabajo del parto en nacido vivo	4
768.4	Sufrimiento fetal sin especificación en nacido vivo	121
769	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.....	1
770	OTRAS AFECCIONES RESPIRATORIAS DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO.....	32
770.1	Síndrome de aspiración masiva	5
770.2	Neumotórax	2
770.5	Atelectasia del pulmón difusa	2
770.8	Sx. de insuficiencia respiratoria	23
771	INFECCIONES PROPIAS DEL PERIODO PERINATAL.....	20
771.0	Rubéola congénita	1
771.4	Onfalitis del recién nacido	2
771.8	Sepsis	17
773	ENFERMEDAD HEMOLITICA DEL FETO ORECIEN NACIDO DEBIDA A ISOSENSIBILIZACION.....	12

		174
774	OTRAS FORMAS DE ICTERICIA PERINATAL..... (ictericia, hiperbilirrubinemia)	61
775	TRASTORNOS ENDOCRINOS Y METABOLICOS PROPIOS DEL FETO Y EL RECIEN NACIDO..... (hipocalcemia, hipoglicemia,DHE).	6
780	SINTOMAS GENERALES.....	6
	780.3 Convulsiones	6
786	SINTOMAS RELACIONADOS CON EL APARATO RESPIRA- TORIOS Y OTROS SINTOMAS TORACICOS..... (taquipnea, apnea).	38
	TOTAL	<u>423</u>

Fuente: Evaluaciones pediátricas de los expedientes de los niños referidos al PEP. Año 1985.

ANEXO N.6

INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL
PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ

CAUSAS DE REFERENCIA DE 231 NIÑOS ENVIADOS AL PEP, DESDE EL
HOSPITAL SANTO TOMAS, EL HOSPITAL DEL NIÑO Y LA CLINICA DE
ALTO RIESGO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

AÑO 1986

PERIODO Y ETIOLOGIA	FA
PRENATAL	<u>68</u>
Incompatibilidad sanguínea	20
Hidrocefalia congénita	11
Síndrome de Down	10
Desnutrido fetal	7
Prematuros	5
Gemelos	5
Sufrimiento fetal agudo	2
Malformaciones congénitas	2
Sífilis congénita	1
Meningocele	1
Catarata congénita	1
Polidactilia	1
Enanismo acondroplásico	1
Síndrome de Freeman	1

PERINATAL	<u>190</u>
Asfixia al nacer	106
Síndrome de insuficiencia respiratoria	26
Ictericia fisiológica	16
Ictericia por incompatibilidad	11
Edema cerebral	10
Síndrome de aspiración de líquido amniótico	7
Potencialmente infectado	4
Depresión por anestesia	3
Caput succedaneum	3
Cefalohematoma	2
Parálisis braquial	2

Fuente: Programa de Estimulación Precoz. IPHE. Evaluaciones pediátricas y registro de casos referidos en el año de 1986.

ANEXO 7

INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL

PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ

DIAGNOSTICOS DE REFERENCIA AL PEP, SEGUN LA CLASIFICACION
INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES
AÑO 1986

DIAGNOSTICOS NO CLASIFICABLES.....		4
- Potencialmente infectados		4
090 SIFILIS Y OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS.....		1
090.9 Sífilis congénita		1
348 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL..		10
348.5 Edema cerebral		10
741 ANOMALIAS CONGENITAS.....		1
741.9 Meningocele		1
742 OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS DEL SISTEMA NERVIOSO..		11
742.3 Hidrocefalia congénita		11
743 ANOMALIAS CONGENITAS DEL OJO.....		1
743.3 Cataratas congénitas		1
755 OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS DE LOS MIEMBROS.....		1
755.0 Polidactilia		1

756	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR.....		1
756.4	Condrodistrofia (enanismo acondroplásico)	1	
758	ANOMALIAS CROMOSOMICAS.....		10
758.0	Síndrome de Down	10	
759	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS Y LA NO ESPECIFICADA.....		3
759.8	Síndrome de Freeman	1	
759.9	Malformaciones congénitas sin especificación	2	
761	FETO O RECIEN NACIDO AFECTADO POR COMPLICACIONES MATERNAS DEL EMBARAZO.....		5
761.5	Gemelos	5	
763	FETO O RECIEN NACIDO AFECTADO POR COMPLICACIONES DEL TRABAJO Y DEL PARTO.....		3
763.5	Depresión del recién nacido por anestesia	3	
764	CRECIMIENTO FETAL LENTO Y DESNUTRICION FETAL...		7
764.2	Desnutrido fetal	7	
765	TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACION CORTA DE LA GESTACION Y CON OTRAS FORMAS DE PESO BAJO AL NACER.....		5
765.1	Prematurez	5	

767	TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO.....	7
767.1	Caput	3
	Cefalohematoma	2
767.6	Parálisis braquial	2
768	HIPOXIA INTRAUTERINA Y ASFIXIA AL NACER.....	108
768.4	Sufrimiento fetal agudo	2
768.9	Asfixia al nacer de grado no especificado	106
770	OTRAS AFECCIONES RESPIRATORIAS DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO.....	31
770.1	Síndrome de aspiración masiva (aspiración de líquido amniótico)	7
770.8	Otras infecciones propias del período perinatal(síndrome de insuficiencia respiratoria).	26
773	ENFERMEDAD HEMOLITICA DEL FETO O RECIEN NACIDO DEBIDO A ISOSENSIBILIZACION.....	31
773	Ictericia por incompatibilidad	11
	Incompatibilidad sanguínea	20
774	OTRAS FORMAS DE ICTERICIA PERINATAL.....	16
774.6	Ictericia fisiológica fetal o neonatal sin especificar	16

Fuente: Evaluaciones pediátricas de los expedientes de los niños referidos al PEP. Registro del Hospital. Año 1986.

AÑEXO N.8

INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL

PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ

**CAUSAS DE REFERENCIA DE 220 NIÑOS ENVIADOS AL PEP, DESDE EL
HOSPITAL SANTO TOMAS, EL HOSPITAL DEL NIÑO Y LA CLINICA DE
ALTO RIESGO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL**

AÑO 1987

PERIODO Y ETIOLOGIA	FA
PRENATAL	<u>139</u>
Prematuros	53
Pequeños para la edad gestacional	26
Síndrome de Down	18
Incompatibilidad sanguínea	10
Desnutridos fetales	7
Gemelos	4
Cardiopatías congénitas	3
Depresión por anestesia materna	2
Sufrimiento fetal agudo	2
Hidrocefalia	2
Malformaciones congénitas no especificadas	2
Paladar hendido	2
Labio leporino	1
Agenesia del cuerpo calloso	1
Dedos supernumerarios	1
Hipoplasia de pulgares	1
Microcefalia	1
Mielomeningocele	1

Ruptura prematura de membranas	1
Síndrome de Crouzón	1
PERINATAL	<u>254</u>
Hipoxia perinatal	69
Hiperbilirrubinemia	58
Taquipnea transitoria del recién nacido	20
Sepsis	19
Síndrome de insuficiencia respiratoria	18
Hipoglicemia	12
Ictericia fisiológica	12
Exanguinotransfusión	7
Hemorragia intracraneana	7
Síndrome de aspiración de líquido amniótico	6
Conjuntivitis purulenta	4
Parálisis braquial	4
Ileo secundario a hipoxia	3
Broncoaspiración	2
Enterocolitis necrosante	2
Trauma obstétrico	1
Aspiración de líquido amniótico	1
Atelectasia del pulmón difusa	1
Circular apretada al cuello	1
Displasia de cadera	1
Edema cerebral	1
Fórceps	1
Neumotórax	1
Parálisis de Erb	1
Potencialmente infectado	1
Septicemia	1

POST NATAL	<u>16</u>
Meningitis	7
Convulsiones	4
Retardo mental	2
Hiperactividad	1
Parálisis cerebral infantil	1
Pérdida auditiva	1

Fuente: Programa de Estimulación Precoz. IPHE. Evaluaciones pediátricas y registro de casos referidos en el año de 1987.

ANEXO N.9

INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL

PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ

DIAGNOSTICOS DE REFERENCIA AL PEP, SEGUN LA CLASIFICACION
INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES

AÑO 1987

DIAGNOSTICOS NO CLASIFICABLES		<u>11</u>
- Exanguinotransfusión	7	
- Ileo secundario a hipoxia	3	
- Potencialmente infectado	1	
38 SEPTICEMIA		1
38.9 Septicemia no especificada	1	
314 SINDROME HIPERCINETICO DE LA NIÑEZ		1
314.2 Trastorno hipercinético de la conducta	1	
319 RETRASO MENTAL DE GRADO NO ESPECIFICADO		1
322 MENINGITIS		7
322.9 Meningitis de causa no especificada	7	
343 PARALISIS CEREBRAL INFANTIL		1
343.9 Parálisis cerebral sin especificación	1	
348 OTRAS AFECCIONES DEL ENCEFALO		1
348.5 Edema cerebral	1	
372 TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA		4
372.0 Conjuntivitis purulenta	4	

389	SORDERA	1
389.9	Sordera de forma no especificada	1
429	DESCRIPCIONES Y COMPLICACIONES MAL DEFINIDAS DE LAS ENFERMEDADES DEL CORAZON	3
429.9	Sin especificar	3
432	OTRA HEMORRAGIA INTRACRANEAL Y LA NO ESPECIFICADA ..	7
432.9	Sin especificar	7
658	OTROS PROBLEMAS ASOCIADOS CON LAS MEMBRANAS Y LA CAVIDAD AMINIOTICA	1
658.1	Ruptura prematura de membranas	1
663	COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL CORDON UMBILICAL	1
663.3	Otras formas especificadas y las no especificadas de enrollamiento del cordón, sin mención de compresión. (Circular apretada al cuello)	1
665	OTRO TRAUMA OBSTETRICO	1
665.9	Sin especificar	1
741	ESPINA BIFIDA	1
741.9	Mielomeningocele	1
742	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS DEL SISTEMA NERVIOSO	4
742.1	Microcefalia	1
742.2	Agnesia del cuerpo calloso	1
742.3	Hidrocefalia congénita	2

749	FISURA DEL PALADAR Y LABIO LEPORINO	3
	749.0 Paladar hendido	2
	749.1 Labio leporino	1
755	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS DE LOS MIEMBROS	3
	755.0, Polidactilia	1
	755.2 Hipoplasia de pulgares	1
	755.6 Displasia de cadera	1
756	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS DEL SISTEMA OSTEO- MUSCULAR	1
	756.0 Síndrome de Crouzón	1
758	ANOMALIAS CROMOSOMICAS	18
	758.0 Síndrome de Down	18
759	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS Y LAS NO ESPECIFICADAS	2
	759.9 Anomalías congénitas sin especificación	2
761	FETO O RECIEN NACIDO AFECTADO POR COMPLICACIONES MATERNAS DEL EMBARAZO	4
	761.5 Embarazo múltiple	1
763	FETO O RECIEN NACIDO AFECTADO POR OTRAS COMPLICACIONES DEL TRABAJO Y DEL PARTO	3
	763.2 Parto con fórceps	1
	763.5 Depresión por anestesia	2
764	CRECIMIENTO FETAL LENTO Y DESNUTRICION FETAL	33
	764.0 Peso bajo para la edad gestacional sin mención de desnutrición fetal	26
	764.2 Desnutrido fetal sin mención de bajo peso para la edad gestacional	7

765	TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACION CORTA DE LA GESTACION Y CON OTRA FORMA DE PESO BAJO AL NACER	53
765.1	Otros recién nacidos prematuros	53
767	TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO	5
767.2	Fractura de la clavícula (parálisis braquial)	4
767.6	Parálisis de Erb	1
768	HIPOXIA INTRAUTERINA Y ASFIXIA AL NACER	71
768.3	Sufrimiento fetal diagnosticado durante el trabajo de parto en nacido vivo (encefalopatía hipóxica)	2
768.4	Sufrimiento fetal sin especificación en nacido vivo (hipoxia perinatal 67) (sufrimiento fetal agudo 2)	69
770	OTRAS AFECIONES RESPIRATORIAS DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	29
770.1	Síndrome de aspiración masiva de meconio	1
	Síndrome de aspiración de líquido amniótico	6
770.2	Neumotórax	1
770.5	Atelectasia del pulmón difusa	1
770.8	Síndrome de insuficiencia respiratoria	18
770.9	Sin especificar	2

771	INFECCIONES PROPIAS DEL PERIODO PERINATAL	20
771.2	Toxoplasmosis	1
771.8	Sepsis	19
773	ENFERMEDAD HEMOLITICA DEL FETO O RECIEN NACIDO DEBIDA A ISOSENSIBILIZACION.....	10
773.1	Incompatibilidad sanguínea	10
774	OTRAS FORMAS DE ICTERICIA PERINATAL	70
774.6	Ictericia fetal o neonatal, sin especificación.	
	Ictericia fisiológica	12
	Hiperbilirrubinemia	58
775	TRASTORNOS ENDOCRINOS Y METABOLICOS PROPIOS DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	12
775.6	Hipoglicemia	12
777	TRASTORNOS PERINATALES DEL APARATO DIGESTIVO	2
777.5	Enterocolitis necrosante	2
780	SINTOMAS GENERALES	4
780.3	Convulsiones	4
786	SINTOMAS RELACIONADOS CON EL APARATO RESPIRATORIO Y OTROS SINTOMAS TORAXICOS	20
786.0	Taquipnea transitoria del recién nacido	20

Fuente: Programa de Estimulación Precoz. IPHE. Evaluaciones pediátricas y registro de casos referidos en el año de 1987.

ANEXO N.10

INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL
PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ

FRECUENCIA DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA Y/O ETIOLOGIAS DE LA
POBLACION QUE INGRESO AL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
AÑO 1975

PERIODO Y ETIOLOGIA	FA
PRENATAL	<u>88</u>
Síndrome de Down	29
Anomalías congénitas	25
Prematuridad	23
Toxemia gravídica	5
Pre-eclampsia	2
Rubéola congénita	2
Toxoplasmosis	1
Sarampión congénito	1
 PERINATAL	 <u>86</u>
Hipoxia	27
Hiperbilirrubinemia	17
Parto prolongado	14
Fórceps	14
Parto sacro	4
Hemorragia intracraneal	3
Circular al cuello	3
Desprendimiento prematuro de placenta	2
Síndrome de aspiración masiva	2

POSTNATAL	<u>71</u>
Sin determinar	39
(casos referidos con secuelas como retardo psicomotor, problemas de lenguaje, parálisis cerebral cuyas causas no se han podido determinar).	
Meningitis	14
Casos en estudio	11
Episodios convulsivos	6
Polio	1

ANEXO N.11

INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL
PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
FRECUENCIA DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA DE LOS 283 CASOS QUE
INGRESARON AL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
AÑO 1976

PERIODO Y ETIOLOGIA	FA
PRENATAL	<u>26</u>
Prematuridad	14
Pre eclampsia	4
Rubéola congénita	3
Toxoplasmosis	2
Hipertensión gravídica	2
Toxemia gravídica	1
 FACTORES CONGENITOS	 <u>41</u>
Síndrome de Down	25
Hidrocefalia	5
Microcefalia	4
Ceguera congénita	2
Síndrome de Pierre Roban	1
Mielo-meningocele	1
Hipotiroidismo	1
Macroglosia	1
Dolicocéfalo	1

PERINATAL	<u>101</u>
Hipoxia	40
Hiperbilirrubinemia	20
Fórceps	10
Parto sacro	8
Parto prolongado	6
Cesárea	5
Circular al cuello	5
Hemorragia intracraneal	3
Síndrome de aspiración masiva	2
Placenta previa	1
Parto podálico	1
POST NATAL	<u>57</u>
Meningitis	28
Desnutrición	13
Episodios convulsivos	11
Kernícterus	3
Tumor maligno	1
Septicemia	1
SIN DETERMINAR EL FACTOR ETIOLOGICO	<u>58</u>
Retraso psicomotor	34
Problemas de lenguaje	20
Disfunción cerebral mínima	2
Sin referencia	2

Fuente: Estadísticas del Programa de Estimulación Precoz del IPHE.
1976.

ANEXO N.12

INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL
PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ

FRECUENCIA DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA Y/O ETIOLOGIAS DE 286
CASOS QUE INGRESARON AL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
AÑO 1977

PERIODO Y ETIOLOGIA	FA
PRENATAL	<u>25</u>
Prematuridad	15
Toxoplasmosis	4
Rubéola congénita	3
Pre eclampsia	2
Toxemia gravídica	1
 FACTORES CONGENITOS	 <u>53</u>
Síndrome de Down	24
Hidrocefalia	11
Anomalías congénitas	5
Ceguera congénita	4
Microcefalia	3
Meningócele	3
Hipotiroidismo	2
Síndrome de Pierre Roban	1

PERINATAL	<u>87</u>
Hipoxia	29
Hiperbilirrubinemia	18
Hemorragia intracraneal.....	12
Cesárea	9
Parto sacro	4
Circular al cuello	4
Fórceps	3
Síndrome de aspiración masiva	2
Parto prolongado	2
Placenta previa	2
Parto inducido	1
Hipoglicemia	1
POSTNATAL	<u>31</u>
Meningitis	17
Desnutrición	5
Episodios convulsivos	5
Septicemia	3
Kernícterus	1
SIN DETERMINAR EL FACTOR ETIOLOGICO	<u>90</u>
Retraso psicomotor	45
Problemas del lenguaje	17
Hipoacusia	9
Parálisis cerebral infantil	7
Sin referencias	7
Dsifunción cerebral mínima	5

Fuente: Estadísticas del Programa de Estimulación Precoz, IPHE.
1977.

ANEXO N.13

CLAP-OPS/GMS HISTORIA CLINICA PERINATAL - BASE										ESTABLEC.		N° H. C.									
NOMBRE _____					EDAD años <input type="text"/>		ALFABETA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ning. <input type="checkbox"/> prim. <input type="checkbox"/> sec. <input type="checkbox"/> univ. <input type="checkbox"/> aprob. <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> unión <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otr										
DOMICILIO _____					menor de 15 <input type="checkbox"/> mayor de 35 <input type="checkbox"/>																
LOCALIDAD _____					TEL. _____																
ANTECEDENTES																					
FAMILIARES			PERSONALES			OBSTETRICOS			nacidos vivos			viven									
diabetes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			TBC <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			gestas <input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> vaginales <input type="checkbox"/>			nacidos vivos <input type="checkbox"/>			viven <input type="checkbox"/>									
TBC pulmonar <input type="checkbox"/>			diabetes <input type="checkbox"/>			ninguno o más de 3 partos <input type="checkbox"/>			nacidos muertos <input type="checkbox"/>			muertos <input type="checkbox"/> 1ª sem. <input type="checkbox"/>									
hipertensión <input type="checkbox"/>			hipertensión crónica <input type="checkbox"/>			partos <input type="checkbox"/>			cesáreas <input type="checkbox"/>			después 1ª sem. <input type="checkbox"/>									
gemelares <input type="checkbox"/>			cirugía pélvico-uterina <input type="checkbox"/>			algun RN menor de 2500g <input type="checkbox"/>						RN con mayor peso <input type="text"/> g									
otros <input type="checkbox"/>			infertilidad <input type="checkbox"/>			gemelares <input type="checkbox"/>															
EMBARAZO ACTUAL																					
PESO ANTERIOR <input type="text"/> kg		TALLA (cm) <input type="text"/>		día mes año		DUDAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		ANTITETANICA actual <input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª/R <input type="checkbox"/>		GRUPO <input type="checkbox"/>		FUMA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>							
		FPP/FUM <input type="text"/>						previa <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Rh <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>		cigarrillos por día <input type="text"/>		TRASLADO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>							
								mes gesta. <input type="text"/>						lugar: _____							
EX. CLINICO normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		EX. MAMAS normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		EX. ODONT. normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		PELVIS normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		PAPANIC. normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		COLPOSCOPIA normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		CERVIX normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		VDRL <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>		Hb <input type="text"/> día mes					
fecha de la consulta 1/		2/		3/		4/		5/		6/		7/		8/		9/					
semanas de amenorrea																					
peso (kg)																					
tensión arterial máx/min (mm Hg)																					
alt. uterina / present. pubis fondo																					
F.C.F. (lat./min.)		mov. fetal																			
Atendió																					
PARTO ABORTO CONSULTA PRENATAL																					
ORIGEN		en el hosp. si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		con carné si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		INGRESO		edad gest. sem. <input type="text"/>		PRES. cef. <input type="checkbox"/> pelv. <input type="checkbox"/> tran. <input type="checkbox"/>		TAMAÑO FETAL acorde si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		INICIO esp. <input type="checkbox"/> ind. <input type="checkbox"/> ces. <input type="checkbox"/> elect. <input type="checkbox"/>		MEMBRANAS fecha ruptura					
						temperatura <input type="text"/> °C		menor 37 mayor 41								hora minut. día mes					
TRABAJO DE PARTO																					
hora																					
tensión arterial max / min (mm Hg)																					
contracciones frec./10 min / dur.seg.																					
altura / var. posic.																					
F.C.F. (latidos / minuto)		F.C. mat.																			
dilat. cerv.		meconio																			
PATOLOGIAS																					
ninguna <input type="checkbox"/>		emb. múltiple <input type="checkbox"/>		hipert. previa <input type="checkbox"/>		preeclampsia <input type="checkbox"/>		eclampsia <input type="checkbox"/>		cardiopatía <input type="checkbox"/>		diabetes <input type="checkbox"/>		infec. urinaria <input type="checkbox"/>		orden <input type="checkbox"/>		otras infec. <input type="checkbox"/>		anemia crónica <input type="checkbox"/>	
																		R.C.I.U. <input type="checkbox"/>		rot. pre. memb. <input type="checkbox"/>	
																		amen. parto prem. <input type="checkbox"/>		infec. puerp. <input type="checkbox"/>	
																		desprop. ces. pelv. <input type="checkbox"/>		hem. puerp. <input type="checkbox"/>	
																		hemorragia 1ª trim. <input type="checkbox"/>		otras <input type="checkbox"/>	
																		hemorragia 2ª trim. <input type="checkbox"/>			
																		hemorragia 3ª trim. <input type="checkbox"/>			
TERMINACION																					
espont. <input type="checkbox"/>		forceps <input type="checkbox"/>		cesárea <input type="checkbox"/>		otra <input type="checkbox"/>		hora min. día mes año		NIVEL DE ATENCION <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> domic. <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		Nº H.C. RN <input type="text"/>									
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION _____																					
PARTO <input type="checkbox"/>		NEONATO <input type="checkbox"/>		nombre <input type="text"/>		nombre <input type="text"/>															
MUERTE Intraut. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		ALUMB. espont. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		PLACENTA compl. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>															
si <input type="checkbox"/> ignora <input type="checkbox"/>		DESGARROS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		MEDICACION EN PARTO <input type="checkbox"/> ning. <input type="checkbox"/>		anest. reg. <input type="checkbox"/>		anest. gen. <input type="checkbox"/>		analges. tranquil. <input type="checkbox"/>		ocitoc. <input type="checkbox"/>		antibiot. <input type="checkbox"/>		otra <input type="checkbox"/>					
RECIEN NACIDO																					
SEXO <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>		PESO AL NACER <input type="text"/> g		TALLA <input type="text"/> cm		EDAD POR EX. FISICO <input type="text"/> sem.		PESO E.G. <input type="text"/> adec. <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> gde. <input type="checkbox"/>		APGAR 1º minuto <input type="text"/> 5º <input type="text"/>		REANIM. RESPIR. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		VDRL <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>		PUERPERIO					
		menor 2500 g <input type="checkbox"/>		PER. CEF. <input type="text"/> cm		menor de 37 <input type="checkbox"/>		6 o menor <input type="checkbox"/>		mascara <input type="checkbox"/> tubo <input type="checkbox"/>				horas o días post parto o aborto <input type="text"/>		temperatura <input type="text"/>					
														pulsio (lat./min.) <input type="text"/>		tensión arterial máx./mín. (mm Hg) <input type="text"/>					
														invol. uterina <input type="checkbox"/>		características de loquios <input type="text"/>					
EXAMEN FISICO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		PATOLOGIAS <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/>		otros SDR <input type="checkbox"/>		infecciones <input type="checkbox"/>		defectos cong. <input type="checkbox"/>		neuroológicas <input type="checkbox"/>		metab/nutric. <input type="checkbox"/>		ALOJ. CONJUNTO <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>					
		memb. hialina <input type="checkbox"/>		hemorragia <input type="checkbox"/>		defectos cong. <input type="checkbox"/>		neuroológicas <input type="checkbox"/>		metab/nutric. <input type="checkbox"/>											
		sind. aspirat. <input type="checkbox"/>		hiperbilirrub. <input type="checkbox"/>																	
		apnea <input type="checkbox"/>		otras hematol. <input type="checkbox"/>																	
EGRESO R.N.																					
hora <input type="text"/>		día <input type="text"/>		mes <input type="text"/>		sano <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>		pecho <input type="checkbox"/> mixto <input type="checkbox"/> artificial <input type="checkbox"/>		PESO AL EGRESO <input type="text"/> g		EGRESO MATERNO <input type="checkbox"/> sana <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>		ANTICONCEPCION <input type="checkbox"/> condon <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> pílora <input type="checkbox"/>		ligadura tubaria <input type="checkbox"/> ritmo <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>					
con patol. <input type="checkbox"/>		fallece <input type="checkbox"/>										con patol. <input type="checkbox"/>		fallece <input type="checkbox"/>		ninguna <input type="checkbox"/>					
Responsable: _____												Responsable: _____									

REPUBLICA DE PANAMA
 MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL
 DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL

Este color significa ALERTA

LISTAS PARA LA CODIFICACION DE LA HCP

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO		PATOLOGIAS DEL RECIEN NACIDO	
Los números entre paréntesis corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9a. Revisión (CIE - 9). OPS/OMS,1978.			
COD.		COD.	
	HIPERTENSION PREVIA		OTROS SDR
01.	Hipertensión esencial benigna cuando complica al EPP (642.0)	01.	Ductus arterioso persistente (747.1)
02.	Hipertensión secund. a enf. renal, cuando complica al EPP (642.1)	02.	Circulación pulmonar fetal persistente (747.1)
03.	Otra hipertensión persistente cuando complica al EPP (642.2)	03.	Neumonía congénita (771)
	PREECLAMPSIA	04.	Enfisema intersticial y neumotorax (770.2)
04.	Hipertensión transitoria del embarazo (642.3)	05.	Taquipnea transitoria (770.1)
05.	Preeclampsia leve o no clasificada (642.4)	06.	Displasia broncopulmonar (771)
06.	Preeclampsia grave (642.5)		HEMORRAGIAS
	DIABETES	07.	Enfermedad hemorrágica (776.1)
07.	Tolerancia anormal a la glucosa (648.8)		HIPERBILIRRUBINEMIA
	INFECCION URINARIA	08.	Enfermedad hemolítica debida a isosensibilización por factor Rh (773.1)
08.	Bacteriuria asintomática del embarazo (646.5)	09.	Enfermedad hemolítica debida a isosensibilización ABO (773.1)
	OTRAS INFECCIONES	10.	Hiperbilirrubinemia de la prematuridad (774.2)
09.	Sífilis (647.0)		OTRAS HEMATOLOGICAS
10.	Gonococia (647.1)	11.	Policitemia neonatal (776.4)
11.	Paludismo (malaria) (647.4)	12.	Anemia congénita (776.1)
12.	Herpes genital (646.8)	13.	Demás trastornos hematológicos (resto de 776)
	AMENAZA DE PARTO PREMATURO		INFECCIONES
13.	Incompetencia del cuello uterino (645.5)	14.	Diarrea (008)
14.	Obstrucción causada por malposición fetal (660.0)	15.	Meningitis (320-322)
15.	Obstrucción causada por la pelvis (660.1)	16.	Orfialitis (771.1)
16.	Desproporción por feto (653.5-653.7)	17.	Conjuntivitis (771.1)
	HEMORRAGIA 1º. trimestre	18.	Septicemia (771.2)
17.	Mola hidatiforme (630)	19.	Otras infecciones perinatales (resto de 771)
18.	Aborto (retenido/spontáneo) (632;634)	20.	Enterocolitis necrosante (777.1)
19.	Embarazo ectópico (633)		DEFECTOS CONGENITOS
20.	Aborto inducido (635-636)	21.	Espina bifida (741)
21.	Amenaza de aborto (640.0)	22.	Hidrocefalia congénita (742.2)
	HEMORRAGIA 2º y 3º trimestre	23.	Otros del sistema nervioso (microcefalia, meningitis) (resto de 742)
22.	Hemorragia debida a placenta previa (641.1)	24.	Arteria umbilical única (747.1)
23.	Desprendimiento prematuro de la placenta (641.2)	25.	Otras enfermedades del corazón y resto del aparato circulatorio (745-747)
24.	Hemorragia anteparto debida a defectos de la coagulación (641.3)	26.	Fisura del paladar y labio leporino (748)
25.	Rotura del útero (665.0)	27.	Aparato digestivo (atresia esófago, Imperforación anal, etc) (750-751)
26.	Desgarro del cuello del útero (665.3)	28.	Criptorquidea/hipospadias/epispadias (752.5-752.8)
	ANEMIA CRONICA	29.	Del aparato urinario (753)
27.	Anemia por deficiencia de hierro (648.2)	30.	Luxación congénita de cadera (754.2)
	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	31.	Cromosómicos (trisomías) (758)
28.	Infección ovular (658.4)	32.	Defectos congénitos múltiples (759.7)
	INFECCION PUERPERAL		NEUROLOGICAS
29.	Sepsis (670)	33.	Hidrocefalia adquirida (331.1-331.4)
30.	Infección de la mama y el pezón asociados al parto (675)	34.	Leucomalacia periventricular (742.4)
	HEMORRAGIA DEL PUERPERIO	35.	Traumatismo obstétrico (767)
31.	Retención placentaria (666.0; 666.2)	36.	Hemorragia intra o periventricular (772.1)
32.	Atonía (666.1)	37.	Convulsiones (779.1)
33.	Desgarro perineal de 1º y 2º grado (664.0-664.1)	38.	Depresión cerebral, coma y otros signos cerebrales anormales (779.2)
34.	Desgarro perineal de 3º y 4º grado (664.2-664.3)		OTRAS
	OTRAS	39.	S.I.D.A / V.I.H. positivo (279.8)
35.	Placenta previa sin hemorragia (641.0)	40.	Fibroplasia retrolental (362.2)
36.	Hiperemesis (643)	41.	Hemia inguinal (550.8)
37.	Enfermedad renal sin mención de hipertensión (646.2)	42.	Fallo renal agudo (584.8)
38.	Dependencia de drogas (648.3)	43.	Síndrome de RN de diabética (775.1)
39.	Sufrimiento fetal (656.3)	44.	Hipocalcemia /hipomagnesemia (775.4)
40.	Hidramnios (657)	45.	Hipoglicemia (775.8)
41.	Oligohidramnios (658.0)	46.	Demás trastornos perinatales del aparato digestivo (resto de 777)
42.	Complicaciones relacionadas con el cordón umbilical (663)	47.	Problemas de alimentación (779.3)
43.	Complicaciones por la administración de anestésicos u otros sedantes durante el trabajo de parto (673)	48.	Hipotenión/shock (779.8)
44.	Embolia pulmonar obstétrica (673)		
45.	Dehiscencia de sutura de cesárea actual (674.1)		
46.	Dehiscencia de sutura perineal actual (674.2)		
47.	S.I.D.A. / V.I.H. positivo (279.9)		
48.	Cáncer de cérvix (180)		
49.	Cáncer de mama (174)		

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION

COD.		COD.	
01.	Cesárea anterior	14.	Situación transversa
02.	Sufrimiento fetal agudo	15.	Rotura prematura de membranas
03.	Desproporción feto-pélvica	16.	Sospecha o certeza de infección ovular
04.	Alteración de la contractilidad	17.	Placenta previa
05.	Parto prolongado	18.	Desprendimiento de placenta normo inserta
06.	Fracaso de inducción	19.	Rotura uterina
07.	Descenso detenido de la presentación	20.	Toxemia (EPH/gestosis)
08.	Embarazo gemelar	21.	Herpes genital
09.	Retardo del crecimiento intrauterino	22.	Condilomatosis genital
10.	Pre término	23.	Otra enfermedad materna
11.	Post término	24.	Mortinato
12.	Presentación podálica	25.	Agotamiento materno

MEDICACION EN PARTO

COD.		COD.	
01.	Lidocaina y similares	15.	Beta miméticos
02.	Aminas simpaticomiméticas (etilefrina)	16.	Antiprostaglandinas
03.	Inhalatorios (pentrane-fluorano-ox.nitroso)	17.	Antagonistas del calcio
04.	Barbitúricos	18.	Sulfato de magnesio
05.	Bloqueantes musculares	19.	Hidralacina
06.	Diazepóxidos	20.	Beta bloqueantes
07.	Meperidina	21.	Otros antihipertensivos
08.	Antiespasmódicos	22.	Sangre y/o hemoderivados
09.	Ocitocina	23.	Heparina
10.	Prostaglandinas	24.	Corticoides
11.	Betalectámicos (penicilinas-cefalosporinas)	25.	Cardiotónicos
12.	Aminoglucósidos (gentamicina-amikacina)	26.	Diuréticos
13.	Eritromicina	27.	Aminoflilina
		28.	Insulina

ANEXO N.14

SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000
PLAN DE ACCION PARA LA INSTRUMENTACION
DE LAS ESTRATEGIAS REGIONALES

(OPS-OMS 1982).

PROTECCION Y PROMOCION DE LOS GRUPOS ESPECIALES.

D. SALUD DE LAS PERSONAS IMPEDIDAS.

ENFOQUES

Esta área se orienta hacia la **prevención de los factores causantes de la invalidez y la prestación de asistencia integrada** a los impedidos a fin de que puedan llevar una vida confortable y productiva y prevenir la agudización de la incapacidad.

Teniendo en cuenta la distribución de las causas de incapacidad en los distintos grupos de población, la severidad de las limitaciones en la capacidad funcional de los individuos afectados y los requerimientos de atención de los distintos tipos de incapacidad, el Plan de Acción hace hincapié en lo siguiente: el establecimiento de sistemas de registros y clasificación según sus causas y características epidemiológicas: la promoción de políticas nacionales de protección y fomento de la salud de las personas impedidas: la prevención de los factores causantes de invalidez, la aplicación de tecnologías apropiadas de rehabilitación de fácil utilización. También está previsto en el Plan de Formación y capacitación continua de personal auxiliar, técnico y profesional especializado, así como el fomento del autocuidado y participación activa del individuo la familia y la comunidad.

Es indispensable coordinar las actividades en este campo con otros componentes prioritarios del Plan de Acción, teniendo en cuenta que buena parte de las medidas específicas se relacionan íntimamente con las áreas correspondientes a la atención de mujeres y niños, trabajadores y personas en edad avanzada.

Igualmente, es esencial la **coordinación intersectorial, especialmente con los servicios sociales, educación, y trabajo** y la cooperación con el sector privado, la comunidad y las organizaciones no gubernamentales, con el fin de dinamizar y promover las oportunidades ocupacionales, asistenciales y recreativas, inherentes a la atención integral de los incapacitados.

AREAS DE ACCION

- 1. Establecimiento de políticas y programas de protección y asistencia integrada a personas impedidas, y prevención de las causas de invalidez.**
 - Desarrollo de los sistemas de registro y clasificación de incapacidades.
 - Promoción y fortalecimiento de programas de prevención de la invalidez.
 - Fortalecimiento de los servicios institucionales de reparación y rehabilitación, en la prevención de incapacidades derivadas de lesiones y otras causas agudas.
 - Fortalecimiento de los programas de investigación de trastornos auditivos y visuales en la población de niños en la edad escolar.

2. Desarrollo de tecnologías para la atención de los impedidos.

- Desarrollo de tecnologías sencillas de rehabilitación que se puedan utilizar a nivel de la comunidad.
- Fortalecimiento de los servicios de rehabilitación especialmente por la incorporación de tecnologías apropiadas.

3. Fomento de la participación del individuo y de la comunidad en la prevención y cuidado de las incapacidades.

- Preparación de material didáctico e informativo para el individuo y la comunidad, con objeto de promover comportamientos adecuados y acciones positivas para la prevención de la invalidez.
- Preparación de material didáctico e informativo para promover la autoasistencia y el cuidado de impedidos por la familia.
- Fomento de programas conjuntos institucionales y comunitarios para atención del impedido; utilización de voluntarios para atender las necesidades sociales y mentales de los impedidos; empleo de los impedidos con objeto de que esas personas puedan llevar una vida satisfactoria y útil.
- Fomento del intercambio de información acerca de programas que hayan dado buen resultado en las comunidades y países de la región.

4. Desarrollo de los recursos humanos y de la investigación.

- Apoyo y fortalecimiento de programas de formación de especialistas y personal técnico en terapéutica de rehabilitación.
- Preparación de manuales y medios didácticos auxiliares para el adiestramiento de personal auxiliar y técnico en métodos sencillos de rehabilitación, aplicables particularmente a nivel de la comunidad.
- Apoyo y desarrollo de programas de adiestramiento de personal de salud, incluso auxiliares, en materia de acción integrada en el hogar y la comunidad, a los impedidos.
- Investigaciones epidemiológicas sobre la ceguera y sus causas.

SUGERENCIAS PARA INDICADORES

1. Número de países que cuentan con **políticas nacionales**.
2. Porcentaje de recién nacidos con trastornos genéticos hereditarios.
3. Número de instituciones con servicios adecuados de atención intensiva, traumatología y rehabilitación.
4. Número de programas de acción comunitaria en los países y características de dichos programas.
5. Número de países con programas de prevención y rehabilitación de la ceguera integrados en los servicios de salud.
6. Tasas de morbilidad por causas.

ANEXO N.15

INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL
PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ

DIAGNOSTICOS DE REFERENCIA DE 234 NIÑOS ENVIADOS AL PEP,
DESDE LA CLINICA DE ALTO RIESGO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL
SEGUN LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES
AÑOS 1974 - 91

246			
	246.1	Bocio	1
276			
	276.8	Hipocalcemia neonatal	2
287			
	287.3	Trombocitopenia	1
314		SINDROME HIPERCINETICO DE LA NIÑEZ	2
	314.0	Perturbación simple de la actividad y la atención	1
	314.2	Trastorno hipercinético de la niñez	1
315		RETARDO SELECTIVO DEL DESARROLLO	15
	315.4	Retardo motor selectivo	15
319		RETRASO MENTAL DE GRADO NO ESPECIFICADO	1
322		MENINGITIS DE CAUSA NO ESPECIFICADA	5
	322.9	Meningitis no especificada	5
331		OTRA DEGENERACION CEREBRAL	1
	331.9	Sin especificación (atrofia cerebral)	1

334	ENFERMEDAD MEDULOCEREBELOSA	1
334.8	Sin especificación (hemiatrofia cerebral).....	1
342	HEMIPLEJIA	1
	Sin especificación	1
343	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL	17
343.0	Dipléjica	1
343.9	Sin especificación	16
351	TRASTORNOS DEL NERVIIO FACIAL	1
351.0	Parálisis facial	1
361	DESPRENDIMIENTO Y DEFECTOS DE LA RETINA	1
361.9	Sin especificación	1
362	OTROS TRASTORNOS DE LA RETINA	2
362.2	Otras retinopatías proliferativas ...	2
369	CEGUERA Y DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL	3
369.0	Ceguera de ambos ojos	3
377	TRASTORNOS DEL NERVIIO Y DE LAS VIAS OPTICAS	1
377.1	Atrofia óptica	1
379	OTROS TRASTORNOS DEL OJO	2
379.5	Nistagmo y otros movimientos oculares irregulares	2
389	SORDERA	2
389.8	Otras formas especificadas de sordera (hipoacusia bilateral).....	2

429	DESCRIPCIONES Y COMPLICACIONES MAL DEFINIDAS DE LAS ENFERMEDADES DEL CORAZON	7
	429.9 Sin especificación	7
430	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	1
432	OTRA HEMORRAGIA INTRACRANEAL Y LA NO ESPECIFICADA	3
	432.9 Hemorragia intracraneal sin especificar	3
507	NEUMONITIS DEBIDA A SOLIDOS Y LIQUIDOS	3
	507.0 Debida a la aspiración de vómitos ..3	
590	INFECCIONES RENALES.....	3
	590.0 Pielonefritis	3
652	POSICION Y PRESENTACION ANORMALES DEL FETO	3
	652.2 Presentación de nalgas sin mención de versión	3
657	HIDRAMNIOS	1
	657.0 Polihidramnios	1
658	OTROS PROBLEMAS ASOCIADOS CON LAS MEMBRANAS Y LA CAVIDAD AMNIOTICA	1
	658.1 Ruptura prematura de membranas ...	1
665	OTRO TRAUMA OBSTETRICO	2
	665.9 Sin especificación	2
728	TRASTORNOS DE LOS MUSCULOS, DE LOS LIGAMENTOS Y DE LA APONEUROSIS	1
	728.9 Sin especificar	1

741	ESPINA BIFIDA	3
	741.9 Sin mención de hidrocefalia	3
	(meningocele, mielomeningocele)	
742	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS DEL SISTEMA NERVIOSO..	15
	742.1 Microcefalia	10
	742.3 Hidrocefalia congénita	5
743	ANOMALIAS CONGENITAS DEL OJO	7
	743.1 Microftalmia	1
	743.2 Buftalmia	1
	(glaucoma congénita)	
	743.3 Catarata congénita	4
	743.4 Colobomas centrales	1
744	ANOMALIAS CONGENITAS DEL OÍDO, LA CARA Y CUELLO	2
	744.0 Anomalías del oído que causan	
	deterioro de la audición	1
	(atresia del conducto auditivo)	
	744.2 Otras anomalías especificadas del oído	1
	(hipoplasia del pabellón)	
749	FISURA DEL PALADAR Y LABIO LEPORINO	8
	749.0 Fisura del paladar	4
	749.1 Labio leporino	1
	749.2 Fisura del paladar con labio leporino	3
751	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS DEL APARATO DIGESTIVO .	2
	751.1 Atresia del duodeno	1
754	CIERTAS ANOMALIAS OSTEOMUSCULARES CONGENITAS.....	1
	754.3 Luxación congénita de cadera	1

755	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS DE LOS MIEMBROS.....	5
	755.0 Polidactilia	1
	755.1 Sindactilia	2
	755.2 Anomalia por reducci3n del MS	1
	(hipoplasia de pulgares)	
	755.5 Otras anomalias del MS	1
	(disostosis cleidocraneal)	
756	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	1
	756.0 Craneosinostosis	1
758	ANOMALIAS CROMOSOMICAS	30
	758.0 Sndrome de Down	28
	758.1 Sndrome de Patau	1
	758.9 Sndrome de Pierre Robin	1
759	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS Y LA NO ESPECIFICADA	3
	759.8 Otras anomalias especificadas	2
	(Cornelia de Lange, Sx. de Freeman)	
	759.9 Anomalias congénitas sin especificaci3n	1
764	CRECIMIENTO FETAL LENTO Y DESNUTRICION FETAL	20
	764.0 Bajo peso para la EG, sin mención de desnutrici3n fetal	17
	764.2 Desnutrido fetal	2
	764.9 Retardo del crecimiento uterino	1
765	TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACION CORTA DE LA GESTACION Y OTRA FORMA DE BP AL NACER	24
	765.1 Recién nacidos pre término	24

767	TRAUMATISMOS DEL NACIMIENTO	7
	767.1 Traumatismos del cuero cabelludo	3
	(cefalohematoma)	
768	HIPOXIA INTRAUTERINA Y ASFIXIA AL NACER	41
	768.3 Sufrimiento fetal diagnosticado	
	durante el trabajo de parto en	
	nacido vivo	5
	768.4 Sufrimiento fetal sin especificar	
	en nacido vivo	4
	768.9 Asfixia al nacer de grado no	
	especificado	32
769	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	10
	769.0 (membrana hialina)	
770	OTRAS AFECCIONES RESPIRATORIAS DEL FETO Y EL	
	RECIEN NACIDO	1
	770.8 SIRI	1
771	INFECCIONES PROPIAS DEL PERIODO PERINATAL	7
	771.0 Rubéola congénita	3
	771.2 Toxoplasmosis	3
	771.8 Sepsis	1
774	OTRAS FORMAS DE ICTERICIA PERINATAL	29
	774.4 Ictericia perinatal debida a lesión	
	hepática (hepatitis neonatal)	2
	774.6 Ictericia fetal o neonatal	
	sin especificar (hiperbilirrubinemia)	27
775	TRASTORNOS ENDOCRINOS Y METABOLICOS PROPIOS	
	DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	1
	775.0 Síndrome del RN de madre diabética ..	1

776	TRASTORNOS HEMATOLOGICOS DEL FETO Y DEL RN.....	5
	776.4 Policitemia neonatal	5
777	TRASTORNOS PERINATALES DEL APARATO DIGESTIVO	1
	77.5 Enterocolitis necrosante del feto y del recién nacido	1
779	OTRAS AFECCIONES Y LAS MAL DEFINIDAS QUE SE ORIGINAN EN EL PERIODO PERINATAL	1
	779.5 Síndrome de suspensión de droga en el recién nacido	1
	(Síndrome alcohólico fetal)	
780	SINTOMAS GENERALES	5
	780.3 Convulsiones	5
786	SINTOMAS RELACIONADOS CON EL APARATO RESPIRATORIO Y OTROS SINTOMAS TORACICOS	1
	786.0 Taquipnea Transitoria del RN	1
962	ENVENENAMIENTO POR HORMONAS Y SUSTITUTOS. SINTETICOS	1

ANEXO N.16**ENCUESTA**

Estimado profesional: a continuación presentamos a usted la meta y los objetivos del Programa de Estimulación Precoz del IPHE. Deseamos saber en qué medida los objetivos reúnen una serie de criterios. Sus respuestas serán de gran valor para adecuar o mantener los mismos. En la hoja de respuestas coloque un **SI** si se cumple, una **A** si ocasionalmente se cumple y un **NO** si no se cumple.

Meta del PEP: Actuar como un centro de detección, evaluación, diagnóstico y orientación para niños de alto riesgo, parálisis cerebral y retardo mental desde el nacimiento hasta los cinco años.

Objetivos del PEP:

1. Brindar atención integral a los niños en edades de cero a seis años que presentan algún tipo de riesgo para su aprendizaje ulterior.
2. Realizar el seguimiento del niño con el plan de integración en las escuelas regulares en los niveles iniciales, brindando el apoyo de las maestras del programa en horarios especiales.
3. Orientar a los padres de familia y a su grupo familiar, sobre el proceso de desarrollo y las técnicas de estimulación convenientes para cada niño, con el fin de que la realicen en el hogar.
4. Promover acciones de tipo preventivo con las instituciones y o servicios de atención materno infantil.
5. Buscar apoyo en las comunidades para la implementación de servicios de atención del programa de acuerdo a las necesidades de recursos humanos, materiales y financieros.
6. Divulgar la importancia del programa y sus resultados tanto a nivel nacional como internacional, a través de seminarios, charlas, reuniones, etc.
7. Capacitar a los equipos de profesionales que soliciten entrenamiento en el PEP, tanto a nivel nacional como internacional.

ENCUESTA SOBRE LOS OBJETIVOS DEL P.E.P.

Preguntas a responder	Objetivos						
	1	2	3	4	5	6	7
1. El logro de este objetivo apoya la meta del PEP ?							
2. Este objetivo guía al PEP en la dirección identificada por la meta ?							
3. Este objetivo especifica lo que se espera que ocurra y cuándo ?							
4. Este objetivo está cuantificado ? (calidad, cantidad, costo, %, etc.)							
5. Este objetivo está planteado en términos de unas proyecciones tipo económicos, políticas, sociales, técnicas ?							
6. Este objetivo se puede lograr ?							
7. Este objetivo considera el entorno y sus cambios ? (capital disponible, innovaciones técnicas, fuerzas directivas).							
8. Este objetivo se adapta a los valores del personal ?							
9. El IPHE está dispuesto a invertir en este objetivo ?							
10. Este objetivo se ha modificado para responder a las demandas del medio ?							
11. Este objetivo estimula a los involucrados a luchar por él ?							
12. Este objetivo está redactado de manera sencilla y comprensible ?							
13. Todo el personal entiende lo mismo sobre este objetivo ?							
14. Es obligatorio hacer lo necesario y razonable para lograrlo ?							
15. El personal ha participado en la elaboración de este objetivo ?							
16. Este objetivo se relaciona con la meta del PEP ?							
17. Los objetivos de los departamentos son consistentes y satisfacen el planteamiento de la meta del PEP ?							

CUADRO N.24

ANALISIS DE LOS CRITERIOS CONSIDERADOS EN LA ELABORACION DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ DEL IPHE *

Objetivo	Criterios									
	Conveniente	Mensurable	Factible	Aceptable	Flexible	Motivador	Comprensible	Obligatorio	Participación	Relación
1. Atención integral	X	X		X		X	X	X		X
2. Seguimiento en las escuelas regulares							X			
3. Orientación a los padres de familia	X			X		X	X	X		X
4. Acciones preventivas	X			X		X	X			X
5. Apoyo comunitario	X						X			X
6. Divulgación				X		X	X			X
7. Capacitación							X			X

* Objetivos del año 1979.

ANEXO N.17**OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ**

1. Brindar atención integral a los niños de 0 - 6 años con diagnósticos de Alto Riesgo, Síndrome de Down, sospechas de pérdida auditiva y visuales, alteraciones del desarrollo y retraso mental, que ameriten orientación, atención y canalización en Educación pre escolar especial.
2. Reforzar la coordinación y acciones con las instituciones de Salud y Educación en lo relacionado al manejo del niño, de 0 - 6 años, programando y desarrollando estrategias dedicadas a la prevención de impedimentos, atención temprana de los niños con alteraciones en su desarrollo y a la promoción de actividades de crecimiento y desarrollo.
3. Coordinar con las Instituciones de Salud, la captación, detección, evaluación y seguimiento del niño de alto riesgo, en edades tempranas.
4. Orientar al grupo familiar sobre el proceso de desarrollo infantil y las técnicas de estimulación adecuadas con la finalidad de que los miembros continúen y refuercen la estimulación en el hogar.
5. Integrar al niño de alto riesgo en los programas de educación pre escolar regular de su comunidad, con la finalidad de favorecer....
6. Integrar a los niños con diagnósticos definidos y que necesitan educación especial a los programas educativos del IPHE.

7. Desarrollar acciones de capacitación y perfeccionamiento a los equipos de profesionales que participan en la labor de detección, captación, evaluación y seguimiento de niños de Alto Riesgo, tanto en Instituciones de Salud, IPHE y otros que atienden niños en edades tempranas.

METAS PARA 1992

1. Atender a la población de Alto Riesgo con alteraciones en su desarrollo que procedan referidas de centros de salud, hospitales, policlínicas y otras entidades de salud.
 - 1.1 Reforzar los Servicios Técnicos y Médicos y Educativos a nivel de centros de salud, aulas de la comunidad y la planta central de Ancón.
2. Motivar el interés de instituciones públicas y privadas de la comunidad para la consecución del espacio físico disponible para la atención de niños del Programa de Estimulación Precoz.
3. Motivar al personal y padres de familia en la organización del huerto escolar, para la obtención de productos que sirvan para la merienda de los niños.
4. Realizar acciones a través de trabajo social para la consecución de alimentos de manera que se ofrezca una alimentación complementaria a los niños.

5. Reforzar la coordinación con los diferentes programas del IPHE (Pérdidas Auditivas, Retardo Mental, Ciegos, Parálisis Cerebral Infantil, Autismo Infantil) para la canalización y atención temprana de los niños según sus necesidades.
6. Coordinar con Escuela para Padres, acciones encaminadas a la orientación del Padre de Familia, en cuanto al manejo del niño y sus responsabilidades con la educación del mismo.
7. Reforzar las acciones de capacitación a madres de familias con el recurso humano que asigne la DIGEDECOS e incrementar la asistencia de madres.
 - 7.1 Reforzar las acciones desarrolladas por la Coordinación Nacional para la detección temprana de Problemas Auditivos, formados por el IPHE (PEP), Caja de Seguro Social y Ministerio de Salud, desarrollando acciones encaminadas al adiestramiento de personal en el manejo de la Prueba de Burian y acciones de divulgación en relación a los padres de familia.
8. Reforzar la participación en la planificación y desarrollo de acciones a través del Concejo Nacional de Coordinación Interinstitucional para el Desarrollo Infantil, redoblando esfuerzos en bien del crecimiento y desarrollo del niño menor de 6 años.

Acciones y actividades del P.E.P.

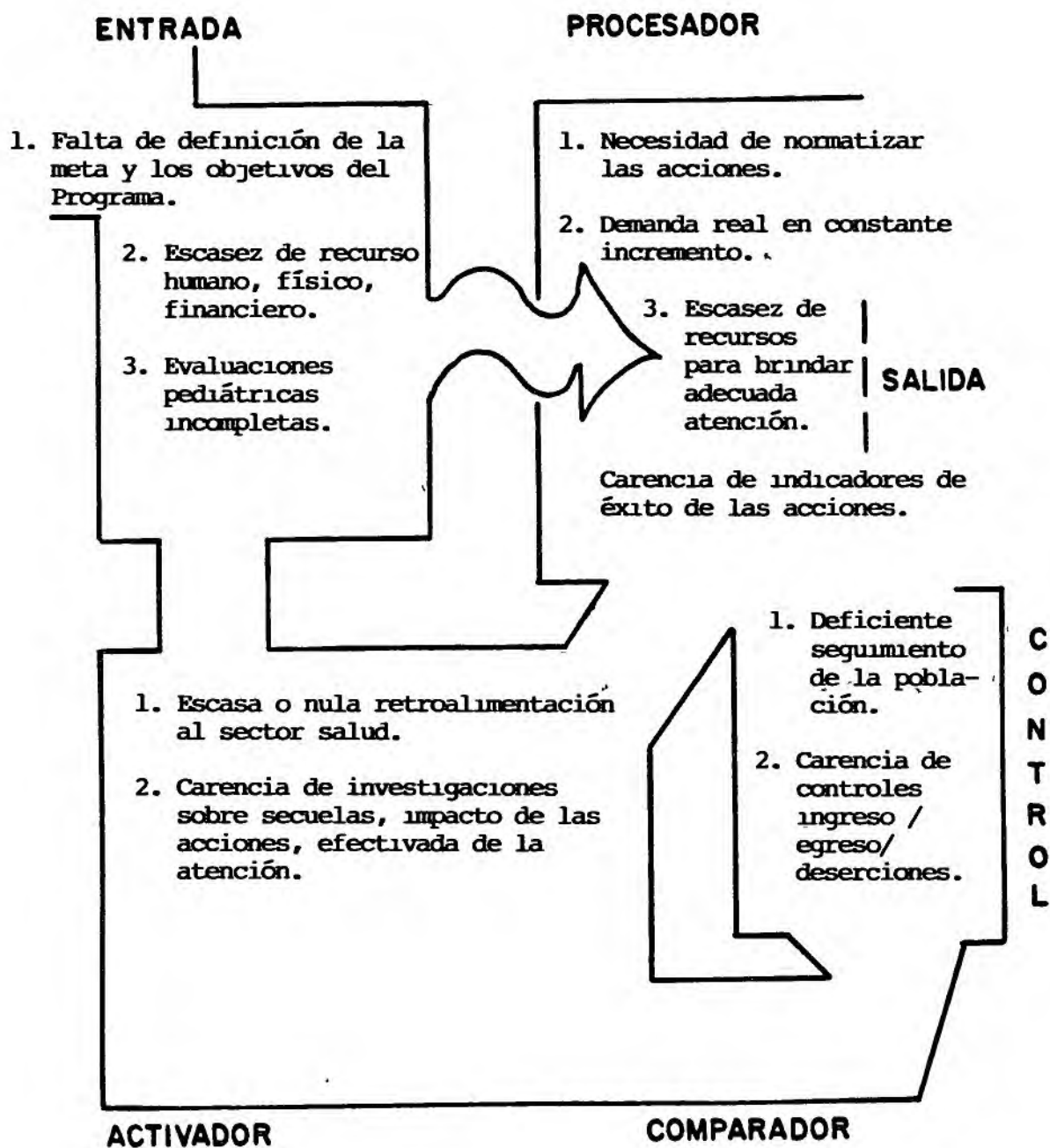
1. Atención del recién nacido con serias limitaciones en su desarrollo que nacen en el Hospital del Niño y que requieren de la Estimulación Temprana Especial, para favorecer su desarrollo y orientar desde sus primeros días de vida.
2. Coordinación con la Clínica de Alto Riesgo de la Caja de Seguro Social, en lo referente a la canalización de los niños que necesitan Educación Especial.
3. Atención en los centros de salud y policlínicas de la Caja de Seguro Social, del área Metropolitana y San Miguelito, a los niños con Alto Riesgo de presentar dificultades en su desarrollo, contando con la participación de la Maestra Orientadora en los centros de salud.
4. Atención en salones de clase a los niños que requieren educación pre escolar Especial, con aulas integradas en las diferentes comunidades.
5. Labor de supervisión y orientación continua a los docentes que laboran en Centros de Salud, Caja de Seguro Social, Hospital del Niño y aulas de clases, con la finalidad de mejorar la calidad del servicio.
6. Participación en la coordinación del Programa de Captación Temprana de niños con pérdidas auditivas, a nivel nacional, con las Instituciones del Sector Salud, a través de la aplicación de la Prueba de Burian.

7. Coordinación con los Programas de Pérdidas Auditivas, Retardo Mental, ciegos y Parálisis Cerebral, en lo referente a la captación y promoción de los niños con diagnóstico a los otros programas del IPHE.
8. Participación en el Programa de Supervivencia Infantil que coordina el Ministerio de Salud, en lo referente a la atención de Crecimiento y Desarrollo de los niños menores de seis años.
9. Participación del Programa en el Concejo de Coordinación Intersectorial para el Desarrollo Infantil, en la planificación y desarrollo de actividades conjuntas, con las Instituciones gubernamentales., que promueven el desarrollo del menor de seis años (Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, IPHE, Caja de Seguro Social, Dirección del Niño y la Familia y el Hospital del Niño).

Copia textual del Informe de 1991.

ANEXO N.18

REALIDADES DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRECOZ
DEL INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACION ESPECIAL



BIBLIOGRAFIA

- Alpander, Guvenc G. **Planeación Estratégica Aplicada a los Recursos Humanos.** Serie Norma: Desarrollo Gerencial. Colombia, 1985.
- Aranda P., José. **Epidemiología General.** Tomo I. Universidad de Los Andes. Venezuela, 1971.
- Babson, S. y Benson, R. **Tratamiento del Embarazo de Alto Riesgo y Cuidado Intensivo del Recién Nacido.** Editorial Médica Panamericana. Argentina, 1973.
- Bieberach, Rebeca. **Los Impedidos dentro de los Censos Nacionales.** Escuela de Salud Pública, Universidad de Panamá. Panamá, 1989.
- Bowley, A. y Gardner, L. **El Niño Minusválido. Guía Educativa y Psicológica para el Minusválido Orgánico.** Compañía Editorial Continental, S.A. Segunda Impresión. México, mayo, 1985.
- Briones, Guillermo. **Evaluación Educativa. Módulo N.5 Formación de Docentes en Investigación Educativa.** Secretaría Ejecutiva del Convenio Andrés Bello. Colombia, 1990.
- Broadribb, Violet. **Enfermería Pediátrica.** Editorial Harla. Tercera Edición. México, 1983.
- Cabrera, M. y Sánchez Palacios, C. **La Estimulación Precoz: Un Enfoque Práctico.** Siglo XXI. España, 1982.
- Caldwell, B. y Stedman, D. **Educación de Niños Incapacitados. Guía para los Primeros Tres Años de Vida.** Editorial Trillas. México, 1983.
- Collado, Angela. **El Programa de Estimulación Precoz.** Instituto Panameño de Rehabilitación Especial. Panamá, 1971.
- Chiavenatto, Idalberto. **Introducción a la Teoría General de la Administración.** McGraw Hill. México, 1981.
- Esman, Blaise y otros. **El Enfoque de Sistemas.** Venezuela, 1975.
- Galván Escobedo, José. **La Teoría de Sistemas Aplicada a la Administración de Salud.** San José, Costa Rica, 1972.

- García de Lorenzo, Eloísa. **Intervención y Estimulación Temprana. Problemas no Resueltos.** Instituto Interamericano del Niño. Uruguay, 1987.
- Gisbert, José y otros. **Educación Especial.** Biblioteca de Psicología y Educación. Serie Educación Especial. Editorial Cincel, Cuarta Reimpresión. Junio, 1984.
- Huerta Ibarra, José. **Fines, Metas y Objetivos.** Editorial Trillas. México, 1983.
- Heese, Gerhard. **La Estimulación Temprana en el Niño Discapacitado.** Editorial Médica Panamericana. Argentina, 1986.
- Herrera, Rafael y otros. **La Evaluación en la Institución Escolar.** Lo Bernechea. Chile, julio, 1990.
- Kauffman, Roger. **Planificación de Sistemas Educativos.** Editorial Trillas. Segunda Edición. México, 1990.
- Klauss, Marshall y Fanaroff, Avroy. **Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo.** Editorial Panamericana. Segunda Edición. Argentina, 1981.
- Koontz, Harold y otros. **Elementos de Administración.** Segunda Edición. McGraw Hill. México, 1983.
- La Fourcade, Pedro. **Apuntes sobre Diversos Tipos de Investigación Educativa.** ICASE - OEA. Panamá, 1985.
- Mach, E.P. y Abel-Smith, B. **Planificación de las Finanzas en el Sector Salud.** OPS. Ginebra, 1983.
- Mayor del Campo, Rosalina y otros. **Manual de Educación Especial. Prevención e Intervención Temprana.** Segunda Reimpresión. Grupo Anaya S.A., España, 1989.
- Ochoa, Ilsa y otros. **Funciones, Procesos y Sistemas Administrativos.** ICASE. Panamá, Octubre, 1990.
- Mora, José Obdulio. **Períodos Óptimos de Intervención en Niños de Alto Riesgo de Retardo en el Desarrollo.** Revista Educación Hoy. Perspectivas Latinoamericanas. N.45 Año VIII. Bogotá, Colombia. Mayo - junio, 1978.
- Pineault, R. y Daveluy, C. **La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métos y Estrategias.** Colección de Planificación y Gestión Sanitaria. Editorial Masson, S.A. Canadá, 1983.

- Restrepo, G. y otros. **El Proceso Administrativo en Salud.** Universidad de Antioquía. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, Colombia. 1982.
- Sadler, T.W. **Embriología Médica.** Editorial Médica Panamericana. Quinta Edición. Argentina, 1988.
- Schwarcz, Ricardo y otros. **Principales Causas Perinatales de la Mortalidad Feto Neonatal y de las Secuelas invalidantes en el Niño en Países Latinoamericanos.** Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Uruguay, 1985.
- Steiner, George. **Planeación Estratégica.** Compañía Editorial Continental, S.A. Quinta Reimpresión. México, enero, 1986.
- Valle, Víctor. **Criterios para Evaluar los Programas de Post - Grado.** Revista Centroamericana de Administración Pública. Julio - diciembre, 1985.
- Weiss, Carol. **Investigación Evaluativa. Métodos para Evaluar la Eficiencia de los Programas de Acción.** Editorial Trillas. México, 1991.
- Wong, Elizabeth de. **La Orientación al Hogar en el Programa de Estimulación Precoz.** Instituto Panameño de Habilitación Especial. Panamá, Abril, 1990.
- IPHE. Conclusiones de la II Jornada de Coordinación Intersectorial. Noviembre, 1990.
- _____: Orientaciones acerca del Retardo Mental. Panamá, 1988.
- _____: Plan Institucional para el Trienio 1992 - 94. Enero, 1992.
- MIPPE. Programa de Desarrollo y Modernización de la Economía. Panamá. Octubre, 1991.
- _____: Plan de Acción para el Desarrollo Humano, la Infancia y la Juventud. 1992 - 2000. Cumbre Presidencial del Istmo Centroamericano. Noviembre, 1991.

- ONU. Programa de Acción Mundial para los Impedidos.
Nueva York, 1983.
- _____: Elaboración de Estadísticas sobre los Impedidos.
Estudios de Casos. Nueva York, 1986.
- OPS - CLAD. Políticas de Salud en América Latina. Aspectos
Institucionales de su Formulación, Implementación y
Evaluación. Venezuela, 1988.
- OPS Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Mater-
no Infantil. Serie PALTEX para Ejecutores de Progra-
mas de Salud. N.7. E.U.A.,1986.
- OPS - OMS. Plan de Acción para la Instrumentación de las
Estrategias Regionales, SPT 2000. Documento Oficial
N.179. 1982.
- OPS - PASCAP. Conceptos Básicos sobre Sistemas Locales de
Salud. San José, Costa Rica. Agosto,1989.
- UNICEF. Estimulación Temprana. Importancia del Ambiente para
el Desarrollo del Niño. Impreso en Alfabetá Editores
Ltda. Lira, Santiago de Chile,1978.
- AVEPANE. Retardo mental. Gerencia y Administración en los
Programas de Servicios para los Retardados Mentales.
Un Perfil de Excelencia. Venezuela, 1985.

OTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Best, John W. **Cómo Investigar en Educación.** Ediciones Morata, Madrid, España, 1970.
- Campbell, Donald y Stanley, J.C. **Diseños Experimentales y Cuasi Experimentales en la Investigación Social.** Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1970.
- Canales, Francisca y otras. **Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud.** Editorial Limusa, México, 1986.
- Colimon, Kahl-Martin. **Fundamentos de Epidemiología.** Medellín, Colombia, 1978.
- Evans, Ellis. **Educación Infantil Temprana. Tendencias actuales.** Editorial Trillas, México, 1987.
- Glass, Gene y Stanley, Julian. **Métodos Estadísticos Aplicados a Las Ciencias Sociales.** Editorial Prentice Hall Internacional. Madrid, España, 1980.
- Mac Mahon, Brian y Pugh, Thomas. **Principios y Métodos de Epidemiología.** Segunda Edición. La Prensa Médica Mexicana. México, 1975.
- Namakforoosh, Mohammad Naghi. **Metodología de la Investigación.** Editorial Limusa. Quinta reimpresión, México, 1992.
- Padua, Jorge y otros. **Técnicas de Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales.** Fondo de Cultura Económica, México, 1979.
- San Martín, Hernán y Pastor, Vicente. **Salud Comunitaria. Teoría y Práctica.** Ediciones Díaz de Santos, S.A. Segunda Edición, España, 1988.
- Selltiz, Claire y otros. **Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales.** Ediciones Rialp, S.A. Madrid, España, 1971.
- Van Dalen, D. y Meyer, William. **Manual de Técnicas de la Investigación Educativa.** Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1975.