

## la diaria



José Luis Díaz Rossello.

Foto: Alessandro Maradei

# Sobre la vigencia del CLAP, un centro pionero de perinatología que funciona en Uruguay y es referencia para América Latina y el Caribe

15 de agosto de 2020 · Escribe [Amanda Muñoz](#) en [Políticas de salud](#)

🕒 20 minutos de lectura

**El CLAP trabaja en la atención del parto y la salud sexual y reproductiva, con priorización técnica y no comercial, como dice José Luis Díaz Rossello, a 50 años de su creación.**

Había una alta mortalidad materna e infantil en América Latina, y también en Uruguay, en 1970, cuando la Organización Panamericana de la Salud (OPS) resolvió fundar el Centro

Latinoamericano de Perinatología (CLAP), que el 28 de julio cumplió 50 años. La sede está en Montevideo –comenzó en el piso 16 del Hospital de Clínicas, en donde funcionó durante buena parte de su historia– y no fue casual que se instalara por estos lares: el trabajo de la perinatología desarrollado por los doctores Hermógenes Álvarez y Roberto Caldeyro Barcia a partir de la década de 1940 había hecho que Uruguay fuera un centro de referencia en la formación de obstetras. El CLAP se creó a partir de un convenio firmado entre la OPS, la Universidad de la República (Udelar) y el Ministerio de Salud Pública (MSP). Para conversar sobre este medio siglo de trabajo, *la diaria* dialogó con José Luis Díaz Rossello, pediatra, ex profesor titular de Neonatología de la Facultad de Medicina de la Udelar y discípulo de Caldeyro Barcia. Díaz Rossello trabaja en el CLAP desde 1970, y tuvo una pausa entre 1978 y 1980, cuando por motivos políticos tuvo que irse del país, que estaba en plena dictadura. Díaz Rossello ha cooperado en más de 40 países de América Latina y el Caribe. Lo que sigue es una síntesis de la entrevista.

## ¿Cómo era al inicio el trabajo del CLAP y cómo fue variando?

El CLAP pasó a ser en aquel momento un centro técnico: la OPS basaba sus recomendaciones y todo lo que los países le pedían de colaboración técnica en un grupo técnico convocado por el CLAP y de ahí fueron surgiendo las preguntas iniciales, que tenían que ver con el manejo del trabajo de parto y la monitorización del bienestar fetal, y otras preguntas que se fueron desarrollando en los países, porque había que brindar servicios que se iban ampliando: la consulta obstétrica, antenatal, el manejo del parto y del recién nacido. En la década de 1950 había una alta mortalidad materna en América Latina, y la mortalidad evitable que quedaba [en 1970] era la mortalidad materna y la perinatal, o sea, la del niño antes de nacer y después de nacer, y todo lo que tenía que ver con servicios de parto y emergencia obstétrica para salvar a la madre. Las necesidades fueron cambiando: fue bajando la mortalidad en algunos países y hubo que concentrarse en los diez últimos que van quedando con tasa alta, como Haití, República Dominicana, Guatemala, Guyana... son países que requieren una especial atención, muchos porque están en momentos de desarrollo y todavía no tienen accesibilidad a servicios. En Haití hay 25%, tal vez 30% de partos hospitalarios, y cuando una mujer no tiene acceso hay tres demoras: la demora en convencerse de que tiene que ir, la demora en llegar y la demora en que la atiendan en un lugar de calidad.

### Perinatología

Es la disciplina médica que se ocupa de todo lo que rodea la etapa prenatal y el nacimiento. El término fue acuñado por Roberto Caldeyro Barcia.

## ¿Esa es la principal barrera?

Y sí, la salud también se construye con carreteras y edificios, con gente capacitada. Una de las grandes revoluciones en la salud fue la educación de la mujer, porque la población conoce mejor

las necesidades y porque la mayoría de los servicios de salud son atendidos por mujeres y los servicios tienen gente que está mucho más capacitada. En el 70, por ejemplo, Guyana subió de cinco años a nueve años y medio el promedio de educación de la mujer; ahora hay enfermeras universitarias con título de posgrado, y eso es la revolución educativa: no es solamente la de la salud, por eso la salud no se puede mirar solamente por los aparatos que uno tiene, ni los hospitales, sino que hay que mirarla también en las capacidades.

## **Uno de los grandes aportes del CLAP fue la creación del Sistema Informático Perinatal (SIP), en 1983. ¿Por qué ha sido tan importante?**

El SIP es como una estructura de los hechos importantes que ocurren desde la primera consulta de la mujer hasta el alta que se anotan en una hoja que, si se dobla, es el carné de la madre. Entonces, cuando uno tiene la emoción de llegar a un recóndito lugar de Guyana, o de Dominica –la isla– o de Guatemala y ve que una mujer lleva un mismo carné, uno sabe que ahí hay un lenguaje. ¿Cuál es el lenguaje? Que los conceptos de que “esto es importante y hay que averiguarlo”, de que “este examen hay que pedirlo porque es importante”, que si la sífilis se trata no mata al feto, pero si no se trata, mata, todo eso está en un papel, que es como una biblia de lo que hay que hacer bien. Hay muchas cosas que se hacen en el mercado de la medicina, pero las de impacto están todas ahí: aquellas que dicen “vigilá si tiene HIV, sífilis o covid-19 en el momento del parto”; todo eso se listó, se le dio una condición estándar para todos los países y se le hizo un proceso de información para tener reportes automáticos. Cuando uno trabaja en 40 países y en un lugar dicen “esto es importante” y en otro dicen “esto es importante”, se tiene el común denominador de lo que es importante. Hace un tiempo, por ejemplo, cuando nacía el bebé, la obstetra le ponía una pinza, cortaba el cordón y el neonatólogo se lo llevaba; hace casi 25 años nosotros en la investigación interna nos dimos cuenta de que el cordón no había que pinzarlo en el momento de nacer, sino que había que esperar un rato a que pasara toda la sangre de la placenta. Hoy en día [el SIP] dice “¿se pinzó de inmediato o tardío?”. Eso, que parece una tontería, es un hecho central en la modernidad de la atención: no ser invasivo, hacer cosas que sean necesarias y evitar las que no son necesarias o que son de apuro nada más, y eso, que está reflejado en todos los países hoy, no lo estaba hace 20 años. Hoy en día podemos decir que Uruguay tiene cifras crecientes registradas de la evolución del clampeo diferido de cordón que no las tienen ni las mejores clínicas de Inglaterra, porque hubo un pensamiento muy concreto en ese período por un cuerpo técnico que lo discutió, que lo vio y que encontró que las cosas eran así.

Tener un hijo es relativamente fácil, el problema, lo que lo condiciona es si se percibe que se va a poder criar y ese hecho central, que es el hecho social que determina, debe llevar a que la anticoncepción sea oportuna para que se tenga hijos cuando se quiere y no que haya 40%, 35% de embarazos no intencionales, como tiene Uruguay.

## **¿Cómo hace el CLAP para recoger la opinión de los clínicos?**

Se inició con convocatorias a Uruguay, estamos mucho tiempo viajando, traemos gente acá para tomar decisiones y hacemos consensos; la Organización Mundial de la Salud [OMS] también, o sea que hay una estructura de consenso sobre lo que hay que hacer, mucho más que antes. Estamos en una situación ideal porque tenemos las oficinas del país y ahí también hay personal que está

diciendo “queremos que nos cambien esta variable, porque ahora el país tiene este problema”; cualquiera de ellos puede pedirnos una cooperación específica, pero aceptan un código de agenda global, y eso es nuestro trabajo. Tuvimos el beneficio de tener exposición a nivel internacional de lo que se inició en Uruguay con muchos de ellos, pero además con lo que se pudo mantener a lo largo del tiempo como una trama de red de necesidades, y eso nos mantiene activos. Por ejemplo, al momento de inicio del embarazo cada país registra [en el SIP] si el embarazo fue intencional o no, entonces sabemos la intencionalidad para cada edad gestacional y para cada edad de la mujer en todos los países; ese es el único lugar de donde se puede sacar esa información, es un dato que antes se sacaba solamente por encuestas. Tenemos que ver que la mujer y el varón decidan tener un hijo, y eso es lo más importante porque implica la capacidad y el tiempo para poder criar. Tener un hijo es relativamente fácil, el problema, lo que lo condiciona es si se percibe que se va a poder criar y ese hecho central, que es el hecho social que determina, debe llevar a que la anticoncepción sea oportuna para que se tenga hijos cuando se quiere y no que haya 40%, 35% de embarazos no intencionales, como tiene Uruguay. Acá bajaron los de adolescentes porque se empezó a ver ese tema, se empezó a propiciar el uso de los métodos de larga duración.



Foto: Alessandro Maradei

## Otro de los aportes del CLAP ha sido el manejo perinatal de la prematuridad. ¿Cómo se trabajó?

Cuando Caldeyro empezó, el trabajo de parto y el nacimiento eran un problema, porque las contracciones podían ser muy intensas y la placenta, ser insuficiente para tanta contracción; cuando hay contracción la placenta deja de funcionar y entre contracción y contracción se

recupera, pero si la placenta es insuficiente y hay muchas contracciones, el feto entra en asfixia. En 1970 en Estados Unidos se empezó a ventilar por primera vez a los niños, pero había que ver cómo se podía postergar el nacimiento. Como la oxitocina era la que contraía el útero, se empezó a trabajar con la inhibición de la actividad de la oxitocina. Uno de los colaboradores más cercanos de Caldeyro fue el doctor Ricardo Schwarcz, que en el 78 dijo “tenemos que meternos en prematurez” e hizo el primer manejo perinatal de la prematurez integral. Schwarcz utilizó algo que luego fue un hecho universal: había venido a Uruguay, invitado por Caldeyro, un obstetra fisiólogo australiano, [Graham] Liggins, que había comprobado que dándole corticoides –metametasona– a la oveja que iba a tener un parto prematuro, los corderitos tenían menos dificultad respiratoria, o sea, que maduraba el pulmón. Lo probaron en humanos y vieron que bajaba notoriamente la dificultad en algunos prematuros, no en los extremos, pero sí en algunos prematuros. Entonces América Latina, que no tenía muchas maneras de tratar a los prematuros, se beneficiaba si uno decidía que por lo menos empezara a usar esteroides antenatales. Sorpresivamente el mundo demoró hasta el 94 en hacer un consenso mundial del uso de esteroides, y América Latina tuvo un programa expansivo de manejo perinatal de la prematurez con corticoides en el 78. Eso fue un hito. Obviamente no alcanza con los corticoides, había que desarrollar servicios, había que empezar con enfermería especializada para la atención de prematuros y había que empezar a aumentar el número de mujeres que llegaban con el bebé adentro. Y en todo eso, una vida.

La pandemia de covid-19 ha desatendido servicios esenciales por la dificultad que tienen las familias en acceder a los servicios de salud [...] Son hechos esenciales que pueden provocar una crisis de salud.

## ¿Dónde están los énfasis del CLAP hoy?

Los énfasis están en que todos los países tienen desarrollos disímiles, hay que ver qué cargas de problemas y qué resultados tienen, qué intervenciones usan; esa es una tarea de base constante. Hoy, agosto de 2020, un problema que hemos detectado –y que se ha detectado a nivel mundial– es que la pandemia de covid-19 ha desatendido servicios esenciales por la dificultad que tienen las familias en acceder a los servicios de salud por esa impresión de que el hogar debe ser el lugar más seguro, y entonces se postergan los controles del embarazo. Incluso hay quienes dicen “prefiero tener el parto domiciliario”, lo cual es un error por el hecho de que las emergencias no son anticipables y todas las garantías están ahí. El tema de la anticoncepción: por el hecho de no tener acceso a los servicios de salud puede pasar que haya un *baby boom* no intencional. Son hechos esenciales que pueden provocar una crisis de salud, un empeoramiento de los resultados, porque se pierde lo que se había logrado. Estamos tratando de ver cómo podemos hacer de eso una medición. Esa es una agenda. Otra agenda es que cada vez hay menos recursos y hay que convencer a donantes de que lo que hacemos es importante, hay necesidad de expandir la temática. Por ejemplo, trabajamos en generar documentación de las necesidades de las adolescentes, en hacer un formulario del SIP para aquellas que no están embarazadas pero concurren y tienen necesidades en salud reproductiva y anticoncepción, para que empiece a registrarse y se vea cuál es la cadencia de mejoría del tipo de servicios que se prestan. [El SIP] También podemos expandirlo a la mujer y al niño en el primer año de vida, y ahora hay un formulario para registrar covid-19 y las complicaciones para las embarazadas. Estamos en una densidad de visibilidad dentro y fuera de la organización para mantener un centro que Uruguay por albergarlo y ser un centro regional tiene una visibilidad en el exterior mucho mayor que la que ningún uruguayo se imagina.

Las madres necesitan que los gobiernos les digan cuáles son los elementos centrales básicos imprescindibles y cuáles son los superfluos, y eso lo puede hacer una organización sin fines de lucro, sin conflicto de interés y que tiene además la supervisión de un consenso de ministros que indica políticas de salud pública que les lleguen a todos.

## **Usted dijo en una entrevista con la agencia *Efe* que Caldeyro tuvo la virtud de hacer un buen uso de los recursos y de incorporar tecnologías de alto impacto, pero no necesariamente alta tecnología...**

Eso es así, y tiene que ver con los determinantes comerciales de la salud. Algunos determinantes tienen que ver con la publicidad de alimentos que son nocivos por su exceso o del tabaco, porque la publicidad hace que la gente entre. Hay determinantes comerciales en la oferta de servicios, tanto las corporaciones profesionales como las industrias dicen “esto es imprescindible”, cuando de repente es extremadamente costoso y no tiene impacto; así ha pasado con toda la medicina, se han incorporado muchísimas necesidades por la vía de la oferta comercial que la gente toma como imprescindibles. Lo que hace el CLAP y lo que hizo Caldeyro fue decir “alcanza con escuchar con un estetoscopio de madera los latidos fetales y quedarse al lado del paciente”, y el monitor, lo electrónico, lo costoso puede ser no necesario. Lo mismo pasa con la imagenología: puede haber uso racional o uso comercial de las imágenes. Hay cosas que muchas veces tienen que ver con confort, otras veces tienen que ver con necesidades centrales. No debe haber mejor socio para un gobierno que quiera asesorarse en cuáles son los gastos más focalizados y de impacto que un socio que no tiene ningún interés comercial. Convocar a una institución sin conflictos de interés hoy en día es un negocio porque hace ahorrar. Entonces la OPS tiene una institución técnica sin conflicto de interés, ninguno de los profesionales que trabajan ni ninguno de los auspicios que tiene (son auspicios gubernamentales) le exige que haya mayor venta de un producto, entonces es un socio ético muy importante en decisiones de gasto. La población está permanentemente asediada por publicidad de corporaciones profesionales, hay personas que le dicen [a la embarazada] “venga a controlarse mañana y pasado de nuevo”, y nosotros hemos dicho “con cuatro o cinco controles, si tienen estos componentes, puede ser suficiente”, y alguien puede decir “no, tiene que venir 12 veces”. Las madres necesitan que los gobiernos les digan cuáles son los elementos centrales básicos imprescindibles y cuáles son los superfluos, y eso lo puede hacer una organización sin fines de lucro, sin conflicto de interés y que tiene además la supervisión de un consenso de ministros que indica políticas de salud pública que les lleguen a todos; esa es una explicación de por qué Caldeyro, desde su lugar, hizo que algo que era aparentemente complejo se hiciera simple: medir la altura uterina, pesar a la madre, poner una persona al lado que haga un control, disminuir la tasa de cesáreas haciendo una buena atención del parto, conseguir que la madre tenga disponibilidad de su propia leche para alimentar al recién nacido, dejar de ligar el cordón en forma inmediata para apurar las cosas y esperar y hacer completa la transfusión de sangre de la placenta al bebé, todo eso es parte de la agenda diaria de CLAP. Son cosas que no tienen valor comercial pero son muy importantes, no va a haber ningún visitador médico que venga a decirle “el cordón lo tenés que pinzar de forma tardía”, o “tenés que quedarte al lado de la madre”, porque no venden nada, y pueden decir “esto es imprescindible, tenés que usar este nutriente especial”. Y bueno, los países tienen que tener a alguien que les sople qué es lo importante y qué no, aunque tienen sus recursos, pero medicina sin conflictos de interés no abunda. Si no hubiera ministerios, si no hubiera ordenamiento, si no hubiera algo que supervisara sería era una feria, “doctor shopping”, porque la gente consume prestigio social cuanto más tiene, cuanto más pide, cuanto más consigue, y eso no hay nadie que lo aguante, por eso la OPS tiene una visión ética de

racionalidad en que todos tengamos por lo menos el mínimo indispensable de recursos asignados a nuestra salud y es difícil.

## ¿Considera que hoy hay una mayor medicalización del parto? ¿Qué piensa del “abuso” de las cesáreas?

Todos los países hacen esfuerzos y los profesionales también para ver cuáles son los lugares en donde puede disminuirse la cesárea. En ese tema hay una enorme diversidad de posiciones que tienen que ver con cada país: hay países que tienen muy poca tasa de cesárea y hay países totalmente excedidos. El CLAP ayuda en estrategias para encontrar dónde está el problema, a través de la clasificación de Robson, que tiene diez categorías. Así, uno puede encontrar la tasa de cesáreas para una institución y decirle “mirá, tú tenés este problema, estás teniendo muchas cesáreas en madres que tuvieron una cesárea previa” o “tenés muchas cesáreas en madres que llegan por primera vez pero les pusiste una inducción, tal vez tenés que mirar muy bien de no ponerle inducción y esperar a ver si desea el parto, porque cuando provocás inducción duplicás o triplicás la cantidad de cesáreas en las mismas madres”. Esa es una manera racional, universal, reciente de analizar el problema propuesta por la OMS, y lo que hace el CLAP es darle facilidades a cada institución para que analice sus propios datos. Las soluciones a las cesáreas tienen que ser locales, porque hay lugares en donde las madres dicen “yo quiero que este parto termine por cesárea”, entonces el CLAP, como recomendación, les dice: “si le van a hacer una cesárea que sea una cesárea en un momento en el cual el bebé esté en las mejores condiciones, que no se la hagan a las 38 semanas”, porque antes había muchos niños que nacían a las 37 semanas porque ya se consideraba que habían llegado a término, y nacían prematuros y había que mantenerlos internados. El CLAP trabaja para reducir las cesáreas cuando son innecesarias. En otros países, como en Haití, tienen que decir “vamos a crear más capacidad”, porque hay 2%, 3% y algunas madres mueren en el parto, porque el bebé era demasiado grande o porque el niño muere porque no le hicieron una cesárea oportuna. No es estigmatizar las cesáreas, sino que los países puedan analizar por qué y dónde están teniendo el problema. Con respecto a la medicalización, no hay nada mejor que que el parto esté médicamente bien atendido. Se confunde eso, lo mismo que la humanización del parto, cuando los derechos básicos de una persona que no impiden la buena atención son inhibidos. Por ejemplo, en el pasado una mamá salía de la sala de partos y al bebé lo llevaban a una nursería, a una salita, porque no querían que la madre lo tuviera cuando estaban las visitas, entonces iba a amamantar y volvía cada tres horas. Desde hace 50 años se dice que no se pueden separar, es algo que nace con el CLAP pero no por el CLAP, es universal. Se venía de una época en que no se quería que el niño estuviera expuesto a un ámbito de visitas o no estuviera expuesto a infecciones, pero había un derecho de la madre a estar con el bebé que no le cambiaba al bebé; si se hacían bien las cosas, podía estar ahí con ella todo el día y se invitó el alojamiento conjunto. En América Latina el Hospital de Clínicas fue el primer hospital universitario –el CLAP estaba ahí– que hizo una sala de alojamiento conjunto para madres y bebés, y todos los bebés salían de la sala de partos con el bebé e iban ahí. ¿Eso era humanización? No, eso era entender que había una sobreexigencia que alienaba derechos y que no estaba justificada, entonces se les pedía a los padres que dejaran de ejercer un derecho sin ningún motivo. Ahora esto se ha ido fanatizando y tiene dos componentes: un componente ideológico, que es que para algunos la medicalización es mala; yo creo que es un progreso, pero podemos discutirlo. Y para otros porque generaba diferentes imágenes de perfil profesional, en donde el médico exageraba y el otro perfil profesional, cualquiera fuera, hacía las cosas mejor. Como nosotros sabemos que hay personas que están a favor del bien y en contra del mal, se podían encontrar en los dos lados. Esto es un problema del que la gente tiene que estar bien informada y tomar sus decisiones, y si una madre quiere tener a

su bebé piel a piel cuando todavía está terminando el parto, lo podrá tener, y si otra madre quiere tener a su bebé y gozarlo en la intimidad en un alojamiento conjunto y esperar para eso, puede hacerlo. Y si quiere tener una cesárea y ella tiene fobia al nacimiento por vía vaginal, porque tal vez hasta se comprenda que es una decisión, siempre y cuando no ponga en riesgo su bebé por tener que estar internado un tiempo. Pero estamos en un mundo donde hay tantos perfiles diferentes en la gente y hay tanta promoción de “no hagas esto o hacé lo otro porque yo te voy a cuidar mejor”, que es difícil distinguir. Por eso, un organismo como el CLAP mira estos temas y busca que haya respeto en todo acto profesional, no sólo en el parto. Lo ven alrededor del parto porque antes el parto era la única cosa que se hacía en domicilio, todo lo demás se hacía hospitalizado o en un ámbito médico, pero volver al parto domiciliario es retroceder en garantías para la mujer y para el recién nacido.

Si me dijeran una sola cosa que hay que poner en la agenda política es gastar menos y poner más enfermeras: para cuidar recién nacidos, enfermeras, para cuidar ancianos, enfermeras; estamos hablando de los extremos que más recursos llevan en salud y no hay enfermeras.



Foto: Alessandro Maradei

**Entre los recursos que no tiene Uruguay usted nombraba en una entrevista con Ana María Mizrahi la falta de enfermería profesional.**

Eso es muy importante. Cuando empezamos [a trabajar en el CLAP] Caldeyro Barcia nombró una guardia continua de profesionales de enfermería y médicos en el hospital universitario para cuidar a los recién nacidos y a las madres. Cuando me gradué, en el 72, yo empecé a trabajar con enfermeras contratadas por el CLAP de igual a igual; yo conocí muy bien mis límites profesionales y la facilidad con la cual podíamos interactuar si ellas no dependían de nosotros, si ellas tenían su coordinación con nosotros. Había un enorme respeto en el hospital universitario por la enfermería profesional. Ahí me crié yo, después [entre 1978 y 1980] fui a Estados Unidos, en donde la enfermera profesional tiene su rol. Pero en Uruguay las enfermeras no tienen prestigio social: un médico gana seis veces más que la enfermera. Jerarquizar una enfermera es hacer un programa que empiece a poner profesionales a irse al exterior a mejorar sus capacidades y volver con cargo; es darles un salario, no aumentar el salario a todas las enfermeras de Uruguay, sino empezar a crear responsabilidades superiores a las que tienen, formaciones superiores y especializaciones para asimilar la asimetría, porque hoy en día hay asimetría de número, de prestigio social y de salarios. Por eso Uruguay no va a cambiar y va a seguir hipermedicalizado, en ese sentido, porque los profesionales que está promoviendo son todos profesionales médicos. No está en la agenda política. Si me dijeran una sola cosa que hay que poner en la agenda política es gastar menos y poner más enfermeras: para cuidar recién nacidos, enfermeras, para cuidar ancianos, enfermeras; estamos hablando de los extremos que más recursos llevan en salud y no hay enfermeras. En el nuevo presupuesto yo pondría una carrera de enfermería y estimularía salarialmente una carrera de enfermería profesional especializada, una exigencia a los servicios, no para hacer planillas: enfermeras clínicas que puedan salir a hacer atención primaria, que puedan hacer planificación y gerenciamiento de la atención primaria, así como que pueden hacer atención y gerenciamiento hospitalario. Los médicos son necesarios, pero hay un enorme volumen de cuidados, de procedimientos que tienen que hacerse 24 horas. La segunda prioridad es la fulltimización de todos: cuando tienen que cubrir 24 horas uno tiene que hacerlo con un profesional universitario en cada una de las áreas, en áreas duras como la emergencia, cuidados intensivos, como la organización de la atención de una comunidad.

## “Un hombre del sur”

Hijo de inmigrantes españoles e italianos, Roberto Caldeyro Barcia nació en Montevideo en setiembre de 1921 y estudió Medicina, carrera que también había hecho su padre. Caldeyro fue alumno de Hermógenes Álvarez, profesor de Fisiología Obstétrica e impulsor del desarrollo la medicina perinatal a nivel mundial.

Díaz Rossello relató que un día Álvarez dijo: “Si yo tuviera a alguien que me ayudara a tomar la presión que hay en el útero cuando la mujer está embarazada y se contrae el útero podríamos tener una medida cuantitativa de las contracciones uterinas”. Caldeyro tenía 26 años en ese momento, era un destacado estudiante de fisiología, y le dijo a Álvarez: “Yo sé hacer eso”. Fue así que, en 1947, Caldeyro hizo la primera toma de presión de las contracciones del útero en el mundo, reseña Díaz Rossello. Desde ese momento Caldeyro siguió trabajando con el equipo del Servicio de Fisiología Obstétrica, que se instaló en el ala oeste de los pisos 15 y 16 del Hospital de Clínicas. Cuenta Díaz Rossello que a comienzos de la década de 1970 Caldeyro estaba por irse a trabajar a una universidad de Canadá, por invitación de un profesor canadiense, y que la OPS le dijo: “Usted no se puede ir para el norte, usted es del sur y el sur lo necesita más”, y la organización le armó el CLAP. “Es un hombre del sur”, reflexiona su discípulo, a casi 24 años de la muerte de Caldeyro.

“Él tenía una capacidad docente muy peculiar, era capaz de dar conferencias a dos pantallas con dos proyectores, y como no había color coloreaba con un dry pen los diapositivos sobre el blanco y negro de cada letra, cada número, cada gráfica. Era un hombre muy dedicado: como un joyero, se bajaba la lupa y pintaba. Cuando tenía una clase a las ocho de la mañana se despertaba a las cuatro o a las cinco y volvía a reclasificar el orden de los diapositivos. Tenía una capacidad enorme de adecuarse a los tiempos de comprensión de la audiencia. Además de ser investigador, era un promotor de jóvenes, era un hombre que promovía y promovía, y eso se notaba porque cualquier audiencia le servía; él podía hacer una conferencia en una universidad europea o dar una clase a alumnos de pregrado y ponía la misma dedicación. Era un hombre de una ética inusual de la enseñanza”, detalló Díaz Rossello.

Además de ser el primer director del CLAP y de hacer que Uruguay sea referente latinoamericano en la perinatología, los aportes de Caldeyro se extienden más allá de su disciplina: en 1986 impulsó el Programa de Desarrollo de las Ciencias Básicas, que surgió por un convenio entre el Ministerio de Educación y Cultura y la Udelar. “Sin ciencia básica no hay innovación, ni tecnología, ni industria, y sin industria un país se viene abajo”, afirmaba Caldeyro.

[Suscribite para comentar](#)