



MANI - INFORMA

Volumen 4,
Número 1
Mayo, 2003

Boletín Informativo del Programa de Salud de la Madre y el Niño
Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, UPR

El Programa de Madres y Niños presente en Chicago

A finales del mes de abril viajamos a la ciudad de Chicago invitados por el Programa de Salud de la Madre y el Niño de la Universidad de Illinois en Chicago (UIC). Participamos allí como conferenciantes invitados en la 16ta. Conferencia Regional de Liderazgo en Salud de la Madre y el Niño y presentamos una conferencia sobre la medicalización del parto en Puerto Rico y su impacto sobre la salud de la población de madres y niños en nuestro país. La concurrencia, compuesta por académicos y otros profesionales de la salud reproductiva, mostró mucho interés por el trabajo que realiza nuestro programa en la identificación de las múltiples prácticas obstétricas que se llevan a cabo en Puerto Rico que no están basadas en evidencia científica y que han elevado a niveles alarmantes los porcentajes de varias intervenciones. Se discutió allí el impacto de estas prácticas sobre la salud de la población de nuestras mujeres en edad reproductiva y de sus hijas/os, la dificultad previsible para cumplir con los objetivos de salud para el año 2010, y la urgente necesidad de identificar e implantar estrategias para limitar el número exagerado de intervenciones médicas no basadas en evidencia, de aumentar los niveles de educación y apoderamiento de la

comunidad, y de lograr medidas legislativas y reglamentación del Departamento de Salud que controlen esta situación.

En esta visita a Chicago tuvimos la oportunidad de visitar la comunidad puertorriqueña radicada allí, nos reunimos con varios de sus líderes y ofrecimos una charla a la comunidad sobre el concepto de un modelo de bienestar comunitario a través de mejores prácticas en los servicios para la maternidad. En esta actividad estuvieron presentes varios miembros de la facultad del Programa de Madres y Niños de la UIC quienes colaboran activamente con la comunidad boricua en sus esfuerzos de superación, y que están dirigidos por la doctora Michele Kelley, catedrática asociada de la UIC. La charla se ofreció en el Centro Cultural Puertorriqueño Juan Antonio Corretjer, una obra impresionante realizada con el esfuerzo de toda la comunidad. El edificio del Centro alberga una biblioteca de literatura puertorriqueña, un pequeño museo de objetos alusivos a la historia patria, un salón de actividades, el centro de cuidado infantil Consuelo Lee Corretjer y las instalaciones de la Escuela Superior Dr. Pedro Albizu Campos, un modelo de educación secundaria acreditado por el Departamento (continúa en la página 11)

En este número:

El Programa de Madres y Niños presente en Chicago	1
Uso de tabaco en adolescentes	2
Prácticas clínicas basadas en evidencia	3
Alianzas Comunitarias	4
Sobre nuestros estudiantes y nuestra facultad	4
Actividades y Noticias	5
Violaciones al Código OMS	8
Certificado en lactancia	10
Publicaciones	14

Uso del tabaco en adolescentes

Por: Mayte Arroyo *, Minela Colón*, Ileana Durán*, Gloria Martínó*, Elenys Rivera*, Camille Rivera* & René R. Dávila**.

* Estudiantes Curso MANI 6537 ** Profesor del Programa de Salud del Madre y el Niño

El uso del tabaco constituye la conducta modificable más letal que persiste en los Estados Unidos hoy en día; y representa un factor significativo para el desarrollo de enfermedades del corazón y algunos tipos de cáncer (1). Muchos de los nuevos fumadores en Estados Unidos son adolescentes (2). Además, el uso de cigarrillos entre adolescentes es uno de los diez principales indicadores de salud que refleja mayor preocupación para la nación norteamericana (3).

El tabaco es una especie de droga, que contiene tres sustancias principales que son perjudiciales a la salud. La nicotina, que es una droga adictiva, hace que quienes usan el tabaco la deseen más y más; y puede causar en su inicio mareos y malestar estomacal. El alquitrán es un líquido espeso y oscuro que se forma cuando se quema el tabaco; éste cubre el revestimiento de los pulmones por lo que puede causar enfermedades. Y por último, está el monóxido de carbono, el gas inoloro, incoloro y venenoso que se produce cuando se quema el tabaco. Estas tres sustancias están en el humo del tabaco, el cigarrillo y la pipa (4).

Como una respuesta a la preocupación nacional en los Estados Unidos, se han realizado múltiples investigaciones sobre el consumo del tabaco entre adolescentes. La tasa de adolescentes fumadores aumentó dramáticamente en la década de los 90, alcanzando su pico en 1999 para luego disminuir significativamente para el año 2001(3). Esta reducción no se debe tomar como un logro en su totalidad ya que la prevalencia de fumadores en la escuela superior es 10% mayor que para la población general (1).

Existe un gran número de factores sociodemográficos, ambientales, del comportamiento y personales que predice el que los jóvenes experimenten con el tabaco. El que ellos experimenten con sustancias puede estar influenciado por una pobre estructura familiar. El pasar a ser un usuario regular del tabaco depende del modelo que se tenga de los adultos, la influencia de los pares, el mercadeo de dichos productos y la participación deportiva del joven (5). Los adolescentes que mantienen niveles de actividad física elevados y que participan en eventos deportivos fuman menos que aquellos que no practican deportes. Otros factores que predisponen a los jóvenes a que experimenten con el tabaco son los intrapersonales como la baja autoestima, el estrés psicológico y una tendencia hacia conductas riesgosas.

Es alarmante notar que los jóvenes consideren su

adicción como una tan grande que es demasiado tarde para que ellos puedan dejar de fumar, o que piensen que no va a tener consecuencias para su salud porque todavía son demasiado jóvenes y luego podrían dejarlo, o por el contrario que piensen que “de algo hay que morirse”(2). Esto demuestra cierto grado de baja autoestima que a su vez contrasta con un sentido de ser invencibles representado con la idea de que solo las personas viejas se enferman y que no les ocurrirá a ellos. Además el fumar esta relacionado a desórdenes depresivos.

Muchos estudios indican que el origen étnico de la persona influye en el tipo de sustancia con la que el adolescente va a experimentar (6). Para algunos jóvenes ser parte de un grupo étnico específico tiene gran influencia en las circunstancias en que éstos van a experimentar. Diferentes grupos étnicos varían en el grado en que ciertos constructos psicológicos, como la autoestima, modifican el riesgo al uso de sustancias (6, 7).

Otras investigaciones confirman que existen diferencias marcadas por grupos étnicos y por sexo¹. Las adolescentes tienden a ser las que se inician antes pero los

varones tienden a ser los fumadores crónicos potenciales. Esto es debido a que los varones son más vulnerables a la presión de grupo y quieren aparentar ser mayores. Esta conducta está íntimamente relacionada a la crianza y a la influencia de la madre, más que del padre, y sus pares.

La edad promedio para comenzar a experimentar con el uso del tabaco es de 12.5 años. Por tal razón, en Estados Unidos se están haciendo programas en algunas escuelas dirigidos a niños de quinto a octavo grado donde se recomienda que los niños no fumadores sean los líderes de las campañas en las escuelas. Estos programas animan a los niños a analizar los anuncios de cigarrillos para entender como éstos los influncian o los inducen a fumar; así como también, los orientan para que sepan calcular cuánto dinero les puede costar el fumar durante un año (1). Los niños que no han comenzado a fumar y reciben este tipo de campaña pueden retrasar el comenzar a fumar. Si pasan la etapa de la adolescencia, que es la más vulnerable, el riesgo de que se conviertan en fumadores en la adultez es mucho menor.

Otro aspecto que debe resaltar es el aumento en el uso de tabaco masticable por parte de los adolescentes. En los Estados Unidos alrededor de 2,200 jóvenes prueban diariamente el tabaco masticable; y de éstos 830 se convierten en consumidores (continúa en a la página 6)

- Es alarmante notar que los jóvenes consideren su adicción como una tan grande que es demasiado tarde para que ellos puedan dejar de fumar, o que piensen que no van a tener consecuencias para su salud porque todavía son demasiado jóvenes y luego podrían dejarlo, o por el contrario que piensen que “de algo hay que morirse”-

Prácticas clínicas basadas en evidencia

José J. Gorrín Peralta, MD, MPH, FACOG

Inauguramos con esta edición de MANI Informa una sección recurrente que habremos de dedicar a la discusión del tema de prácticas clínicas basadas en evidencia científica con énfasis en los temas de salud reproductiva. Recientemente salió a la luz pública un documento del “Institute of Medicine” de los Estados Unidos en el que se plantea la necesidad de franquear la separación que en las últimas décadas ha existido entre la medicina y la salud pública. Esta separación ha sido perjudicial para ambos campos del saber y, sobre todo, para la comunidad. En Puerto Rico, en el campo de la salud reproductiva, estamos viendo como las prácticas obstétricas han ido moviéndose cada vez más lejos de la evidencia científica y como hemos ido aumentando un número de intervenciones diagnósticas y terapéuticas que se han convertido ya en riesgos para la salud de nuestras madres y de nuestros niñas/os. La salud de la comunidad, compuesta por los pacientes que nuestros médicos atienden en el plano individual, ha sido víctima de una práctica clínica a menudo desligada de sus mejores intereses y enfocada más en los intereses del proveedor que en los de la madre y de su bebé. Cuando se escuchan voces de personas de influencia en la educación de los médicos del futuro que abogan por la cesárea electiva “en demanda”, cuando no se quiere discutir abiertamente la evidencia científica que no favorece la aplicación indiscriminada de ciertos procedimientos obstétricos y cuando se pretende incluso callar las voces de los que señalamos el peligro que entraña para la salud de la comunidad la realización descontrolada de procedimientos no apoyados en evidencia científica, nos sentimos en la obligación de alertar a todos los que tienen acceso a este boletín sobre este problema. Mediante ustedes esperamos contribuir en una medida adicional al proceso de educación y apoderamiento a la comunidad.

La salud de la comunidad, en la medida en que recibe el impacto de las intervenciones médicas, puede beneficiarse pero puede también perjudicarse de estas intervenciones. En la relación médico/paciente existe el peligro inherente a una relación desigual donde una de las partes tiene, o se presume que tiene, todo el conocimiento

y la otra parte tiene una necesidad. En nuestra sociedad esa desigualdad puede ser aún mayor debido al rol que ésta le concede al médico, un rol paternalista y de gran poder. Esa desigualdad puede prestarse a una explotación del más débil, el paciente, por el más fuerte, el médico. Solamente a través de una educación y apoderamiento del paciente y de la comunidad, y de una educación médica que haga énfasis en la obligación ética del proveedor de mantenerse al día en su campo mediante el estudio crítico de los nuevos conocimientos (no mediante la información amañada de los propagandistas médicos), y de jamás

- Solamente a través de una educación y apoderamiento del paciente y de la comunidad, y de una educación médica que haga énfasis en la obligación ética del proveedor de mantenerse al día en su campo mediante el estudio crítico de los nuevos conocimientos (no mediante la información amañada de los propagandistas médicos), y de jamás utilizar su posición de poder para su beneficio y no el de su paciente, podemos aspirar a unos servicios médicos de calidad y de beneficio para la comunidad.-

utilizar su posición de poder para su beneficio y no el de su paciente, podemos aspirar a unos servicios médicos de calidad y de beneficio para la comunidad.

El pilar fundamental de ese paradigma de justicia para el paciente y la comunidad es el proceso de consentimiento informado. Subrayamos la palabra proceso porque el consentimiento va mucho más allá de un papel que se firma, a menudo en blanco y en condiciones estresoras para el paciente. El consentimiento informado deberá contener una discusión franca y abarcadora con el paciente de la condición que aqueja a éste y por la que solicita la intervención de su médico, las alternativas de manejo que están apoyadas en evidencia científica para justificarlas, los pro y los contra de cada opción, incluyendo la

opción de no hacer nada, y la creación de un ambiente que le permita al paciente escoger la opción de su preferencia sin coerción ni presiones de clase alguna. Solamente puede ser informado el consentimiento que es libre y solamente puede ser libre el que se otorga entre varias alternativas.

Para que el médico pueda ser un agente efectivo en este proceso es imprescindible que se mantenga al día en su campo de práctica, que mantenga su mente abierta a los nuevos conocimientos y paradigmas, que no se cierre a las nuevas corrientes del pensamiento, y que cultive la humildad para no pensar que ya lo sabe todo y no tiene nada más que aprender. Deberá además reconocer que su rol es el de facilitador de estrategias para la conservación o devolución de la salud y que las decisiones finales deberán ser tomadas por su paciente. En nada está esto reñido con el principio (continúa en a la página 11)

Alianzas Comunitarias

Hospital Auxilio Mutuo

La facultad del Programa de Salud de la Madre y el Niño y su Proyecto para la Promoción de la Lactancia Humana y el Amamantamiento ofreció el 28 de enero de 2003, en el Hospital Auxilio Mutuo, el Curso de Manejo de Lactancia Materna de Intensivo Neonatal. El curso fue dirigido a médicos, enfermeras, nutricionistas y otros profesionales de la salud especializados en algún aspecto del cuidado a niños en el Intensivo Neonatal. Se proveyó información sobre la importancia de la leche humana y el amamantamiento en el desarrollo y crecimiento de los infantes admitidos al NICU. El curso enfocó en el rol de la leche humana en la sobrevivencia de esta población y en estrategias de cómo el personal de salud puede apoyar, promover y proteger la lactancia materna en la unidad de Intensivo Neonatal. Asistió personal del Hospital Auxilio Mutuo así como también de varios



hospitales alrededor de la isla. Se ofrecieron 4 horas de contacto de educación continuada a los participantes.

Como parte de nuestro compromiso en colaborar con este hospital para que obtenga su certificado como Hospital Amigo del Niño, nuestra facultad ofreció el "Curso Interdisciplinario de Manejo de Lactancia Materna - Apoyo a la Iniciativa Hospital Amigo del Niño". Este curso, basado en el currículo sugerido por la UNICEF y la organización "Baby-Friendly USA" y adaptado a nuestra realidad cultural, es requisito indispensable para todo el personal que ofrece servicios a madres y niños dentro del hospital. El curso cumplió con las 18 horas de adiestramiento que exigen las organizaciones antes mencionadas a todo el personal como uno de los requisitos a cumplir para la certificación Amigo del Niño. En esta ocasión se adiestraron 100 miembros del personal de enfermería de los cuales 71 completaron el curso en su totalidad. Los certificados de participación se otorgaron el miércoles 7 de mayo en una actividad a la que asistieron las supervisoras de enfermería de las diferentes áreas (sala de parto, maternidad y sala de recién nacidos) y miembros de la facultad de nuestro programa. Este curso se ofreció en tandas repetidas de dos horas por espacio de (continúa en a la página 14)

Sobre Nuestros Estudiantes y Nuestra Facultad

Egresados

La Sra. Rosa Escobar egresada de nuestro programa, recientemente, presentó un cartel de su trabajo de investigación del MANI 6536 en el XXIII Foro Anual de Investigación y Educación: Enfoques Multidisciplinarios para Enfrentar la Disparidad en la Salud en el Milenio. Este foro se llevó a cabo del 9 al 11 de abril en el Recinto de Ciencias Médicas. Su trabajo tuvo como objetivo proveer un perfil socio-demográfico y socio-económico de las mujeres jefas de familia con niños menores de 18 años en Puerto Rico de acuerdo con el censo de 1990. Realizó un estudio transversal descriptivo utilizando los datos de la muestra pública de población y vivienda del Censo de Puerto Rico. Se estudiaron un total de 104, 915 mujeres jefas de hogar. Para analizar los datos se usaron estadísticas descriptivas y tablas cruzadas.

El 21.4% de las mujeres tenían de 35-39 años de edad y el 46.0% estaba divorciada. El 83.2% tenía 3 hijos o más y el 27% tenía un nivel de educación de escuela superior. Más del 50.0% estaban empleadas y es notable que sobre el 75.0% de estas mujeres vivía bajo el 100% del nivel de pobreza. El ingreso promedio anual era de \$4,288.00. El ingreso principal de las mujeres jefas de familia desempleadas eran las ayudas gubernamentales. Esta

investigación dio como resultado que la Sra. Escobar realizará en su trabajo de comunidad para el curso SALP 6537 un Plan para la Implantación de una Coalición Interagencial que Mejore el Estatus Socioeconómico en Puerto Rico de las mujeres jefas de familia con hijos.



¿Qué investigan nuestros estudiantes?

En el curso de investigación MANI 6536 ofrecido por el Prof. René R. Dávila Torres nuestros estudiantes están trabajando en los siguientes temas de investigación:

- Patrones de crianza en familias de mujeres lesbianas - Carmen Otero
- Factores asociados a la utilización de drogas inyectables en un grupo de adolescentes que reciben servicios de intercambios de jeringuillas en una organización con base comunitaria - Aisha Otero
- Conocimiento sobre prevención de la infección por Clamidia Trachomatis en grupo de mujeres en edad reproductiva que practican el trabajo sexual en Puerto Rico - Aracelis Cotto
- Diseño y propiedades Psicométricas de dos sub escalas de conocimiento y actitudes sobre métodos disciplinarios

- para ser incorporadas al “System Training for Effective Parenting” versión en español - Minela Colón
- Factores que intervienen en la toma de decisiones de un grupo de padres para seleccionar los lugares dónde sus hijos/as realicen actividades físicas de acuerdo al tipo de lugar de residencia - Elenys Rivera
- Conocimiento del estudiante de cuarto año de Medicina de la UPR para identificar y tratar el Síndrome de Estrés Post Traumático en niños abusados sexualmente - Gladys Nevárez
- Percepción de los jueces en Puerto Rico hacia otorgar la custodia de los hijos/as a padres puertorriqueños - Jessenia Montalvo
- Disposición de los Médicos Ginecólogos – Obstetras en Puerto Rico hacia ofrecer un parto vaginal luego de una Cesárea Previa - Maritza Espada
- Conocimientos sobre Violencia Doméstica en los estudiantes de la Escuela Graduada de Salud Pública - Evangelista Colón
- Propiedades Psicométricas de una Escala de satisfacción del Cuidado Prenatal en Mujeres Embarazadas en Puerto Rico -Yumarie Correa
- Competencias de los Maestros del Municipio de Loíza para la identificación de ideas suicidas en los adolescentes - Gabriel Delgado

- Conocimiento de los Médicos Residentes sobre la guía de manejo de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en mujeres Embarazadas - Myriam Matos
 - Impacto Económico de las enfermedades diarreicas en niños lactados vs. niños alimentados con leche artificial - Elvia Pérez
 - Desarrollo y validación de una escala para medir las competencias mínimas de los cuidadores de niños/as con deficiencias en el desarrollo en los Centros de Cuidados Diurno - Lipzia Vélez
 - Introducción, Adaptación, y Propiedades Psicométricas del FIRA – G para evaluar la adaptación de familias con un miembro diagnosticado con el VIH/SIDA - Carmen Concepción
- No existe duda de la variedad y relevancia de los temas y de la contribución significativa que nuestros estudiantes harán a la sociedad puertorriqueña cuando terminen sus trabajos de investigación.

Curso de Educador en Lactancia

El curso de adiestramiento en educador en lactancia materna se ofreció por 9na vez esta vez en el Recinto de Ciencias Médicas. Aprobaron el curso y se les otorgó el certificado como Educador en Lactancia Materna a 31 profesionales incluyendo, médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos y otros. (continúa en a la página 16)

Actividades y Noticias

- **JOURNAL CLUB DEL PROGRAMA** - continúan celebrándose un miércoles al mes, de 4:00 p.m. a 6:00 p.m. . Se discuten artículos sobre la salud de madres y niños desde una perspectiva salubrista e interdisciplinaria. Se ofrecen dos horas contacto para los participantes interesados. Se invita a todos nuestros egresados.
- **GRUPOS DE APOYO** - se reúnen bajo la dirección de la Dra. Ana Parrilla un sábado al mes en dos sesiones: de 1:30 - 3:30 pm y de 4:00 - 6:00 pm. Se ofrecen para el beneficio de parejas lactantes y sus familiares en el Hospital Auxilio Mutuo. Próximas fechas: 7 de junio, 12 de julio, 2 de agosto, 6 de septiembre, 11 de octubre, 8 de noviembre y 13 de diciembre de 2003.
- **SEMANA DE LA LACTANCIA MATERNA EN PUERTO RICO** - El Comité para la Lactancia Materna en Puerto Rico anuncia la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna del 28 de julio al 3 de agosto de 2003 en Plaza Las Américas. El lema de este año es “Lactancia Materna en un Mundo Globalizado - Por Paz y Justicia”.
- **QUINTO FORO PUERTORRIQUEÑO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN LACTANCIA HUMANA Y AMAMANTAMIENTO** - se celebrará el 31 de octubre de 2003 en el Recinto de Ciencias Médicas. Copia de las guías y procedimientos para someter trabajos de investigación relativos a la lactancia humana y el amamantamiento se puede encontrar en nuestra página de internet. La fecha límite para la radicación de trabajos es el 29 de agosto de 2003.

- **CLE - CURSO DE ADIESTRAMIENTO EN EDUCADOR EN LACTANCIA MATERNA** – Dirigido a profesionales de la salud que desean adquirir el conocimiento y las destrezas necesarias para proveer apoyo rutinario en lactancia materna; capacita al participante para convertirse en un adiestrador efectivo en el tema. Se ofrece dos veces al año en febrero y agosto, tiene una duración de 8 viernes con un total de 60 horas contacto de las cuales 12 son en práctica e intervención en manejo y trabajo de campo. La sesión de agosto de 2003 será en el Hospital Saint Lukes Memorial en Ponce.
- **TELECONFERENCIA** – La Medicalización del Parto en Puerto Rico, 18 de septiembre de 2003 de 12 pm a 4 pm. La transmisión se llevará a cabo a todos los recintos de la Universidad de Puerto Rico. Se ofrecerán 3 horas contacto para todos los interesados. Para más información comuníquese con nuestro programa.
- **SOLICITUDES DE ADMISIÓN al CLM** – El Programa de Madres y Niños estará aceptando solicitudes de admisión para su programa de educación continuada a distancia del Certificado de Lactancia Materna. El programa cuenta con el endoso del Negociado de Salud de la Madre y el Niño (MCHB) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA). La fecha límite para radicar admisión será el 16 de junio del 2003. Para obtener su solicitud de admisión puede comunicarse con nuestro programa al 787-759-5446.

(Uso de Tabaco -) regulares(5). A pesar de todos los esfuerzos realizados para detener la venta del tabaco masticable, el uso del mismo es común entre los jóvenes en los Estados Unidos ya que éste sustituye al cigarrillo en los lugares en los que no se puede fumar. Otra razón para su uso es el mercadeo que se hace a este tipo de producto por parte de los organizadores de eventos deportivos en el que utilizan a los atletas del momento en sus anuncios y presentan escenas que incitan a los jóvenes a consumir el mismo. Este tipo de tabaco está asociado al cáncer oral y a otras condiciones orales, a la adicción a la nicotina y a muertes por condiciones cardiovasculares (5).

Además, el humo de segunda mano está asociado a morbilidad causada por infecciones respiratorias agudas y al asma en niños y adultos. La probabilidad de padecer cáncer del pulmón puede aumentar por la exposición al humo de segunda mano durante la niñez. Los jóvenes están altamente expuestos al humo de segunda mano. Para los jóvenes que viven con un fumador o tienen un amigo fumador la prevalencia de exposición se triplica (8).

Es interesante conocer que los adolescentes demostraron tener conocimiento de las leyes que regulan el consumo y acceso al tabaco pero piensan que éstas son ineficientes (2). Hasta el momento, las leyes que restringen el acceso de los jóvenes al tabaco y sus penalidades no han reducido la compra ilegal de este producto por los menores. Se han realizado estudios para determinar el conocimiento de los jóvenes sobre las leyes que restringen el uso del tabaco, si entienden las advertencias en las cajetillas de cigarrillos, si conocen los ingredientes que contienen los cigarrillos y su uso común, y cómo les afecta los costos. Los adolescentes de diferentes grupos étnicos de Estados Unidos, de ambos sexos y entre las edades de 15 a 18 años, expresan puntos de vista similares en cuanto a estos temas. Ellos encuentran que las leyes que restringen el uso del tabaco no son agresivas y que se pueden evadir fácilmente. Es común que los menores utilicen identificaciones falsas, que otra persona mayor de edad les compre sus cigarrillos y que fumen en lugares no públicos o a escondidas. Ellos refieren que las leyes existentes no son una razón válida para dejar de fumar. También consideran que las advertencias generales en las cajetillas no son lo suficientemente informativas e impactantes. Piensan que no están claras y que esas enfermedades solo se desarrollan en la vejez; por lo tanto, no les afecta en el momento. La visión de la mayoría de los jóvenes en cuanto a las leyes y advertencias refleja poco o ningún interés por disminuir el consumo de cigarrillos. Sin embargo, se ha encontrado que existe mucha falta de información acerca de los componentes químicos del cigarrillo. Muchos de los jóvenes muestran asombro y se

sorprenden al conocer los compuestos químicos presentes en el cigarrillo y su uso común. Esta ha sido la información que más los ha impactado y la que ha motivado a algunos para que moderen su conducta hacia disminuir o eliminar el consumo de cigarrillos. Otro aspecto que los jóvenes consideran podría impactar de igual manera su conducta es un aumento dramático y repentino en el precio de los cigarrillos. Al momento los precios que tienen los cigarrillos son accesibles para los jóvenes y muchos de ellos, dependiendo de su nivel socioeconómico, están dispuestos a pagar mayor cantidad por los mismos hasta cierto punto; aunque un aumento substancial sería un factor clave para el cambio en conducta.

Sin embargo, son los mismos jóvenes quienes refieren que un problema potencial podría ser el aumento en ventas ilegales, robo y el uso de otras drogas ilegales si se restringe más el uso del tabaco. También sostienen que las campañas funcionan con los niños y adolescentes que aún no han comenzado a fumar y no con los jóvenes que son fumadores crónicos.

El uso del tabaco es particularmente bajo en lugares donde las leyes son más agresivas. Para reducir la edad en que los jóvenes se inician al uso del tabaco se debe crear política pública que restrinja el acceso al tabaco y se disminuya la exposición al humo del cigarrillo. Se deben realizar intervenciones para promover el cese del uso del cigarrillo. Además, es de vital importancia entender el comportamiento y las actitudes de los jóvenes antes de

implantar políticas que los afecten para así garantizar la efectividad de las mismas (2).

En las campañas educativas se podrían mencionar los siguientes datos: 3 millones de personas mueren mundialmente al año a causa del cigarrillo, el fumar está catalogado actualmente como una enfermedad pediátrica, el fumar disminuye la expectativa de vida por 7 años, el fumar tan solo cinco cigarrillos al día disminuye la función y expansión pulmonar durante la adolescencia, y el fumar aumenta el pulso y la presión sanguínea. El publicar estas aseveraciones podría capturar mejor la atención de los jóvenes (9).

Los profesionales que laboran dentro del campo de la salud pública deben participar activamente en las políticas relacionadas al consumo del tabaco. Es menester que los profesionales de salud pública entiendan las perspectivas de los jóvenes antes de diseñar un programa para disminuir el uso del tabaco entre ellos, ya que son ellos mismos quienes dictan qué es lo que les impacta. También es importante entender la epidemiología del uso del tabaco en adolescentes para diseñar programas efectivos y hacer recomendaciones que revertan las tendencias hacia el aumento en el consumo del cigarrillo u otros productos relacionados y se acorten los efectos dañinos a la salud.

- La probabilidad de padecer cáncer del pulmón puede ser aumentada por la exposición al humo de segunda mano durante la niñez. Los jóvenes están altamente expuestos al humo de segunda mano. Para los jóvenes que viven con un fumador o tienen un amigo fumador la prevalencia de exposición se triplica.-

Los jóvenes desean cosas explícitas, que les muestren una relación directa entre el uso del tabaco y sus efectos con firmeza; como por ejemplo, anuncios y campañas con información clara y precisa sobre las consecuencias del fumar y publicar los compuestos químicos del cigarrillo y sus riesgos. Se debe realizar una promoción con un mensaje más directo, claro y dirigido a los jóvenes; como ellos mismos lo piden sería escuchar una voz de alerta (10).

Para reducir el uso del tabaco en adolescentes se deben implantar programas integrales y efectivos para reducir la atención a los productos del tabaco y se deben incluir las siguientes intervenciones: campañas en los medios de comunicación masiva orientadas a jóvenes, aumentar los impuestos al tabaco, hacer políticas para lograr escuelas y comunidades libre de humo, lograr mayor regulación del tabaco y sus productos, y establecer programas de salud en las escuelas para reducir el uso del tabaco y la adicción (3).

En conclusión, el problema del uso del tabaco en adolescentes es serio y va en detrimento de la salud. Se deben establecer programas desde la escuela en el nivel elemental para concienciar a los niños sobre los efectos nocivos del tabaco y éstos a su vez deben tener un componente de modelaje con pares positivos y personas que hayan padecido alguna de las consecuencias del utilizar



el tabaco y sus productos. Estos programas deben estar dirigidos a mejorar la autoestima de los estudiantes para que ellos puedan manejar situaciones en donde, debido a una pobre autoestima, se convierten en seguidores para lograr la aceptación de los demás (11). Se debe incluir, además, como parte del programa un componente que promueva la actividad física y los deportes como factor protector contra el consumo del tabaco.

Referencias:

1. Elder JP, Feldman HA, Johnson CC, Kelder SH, Li D, Perry CL, Stone E. Fifth through Eighth Grade Longitudinal Predictors of Tobacco Use Among a Racially Diverse Cohort: CATCH. J Sch Health 2002;72:58-64.
2. Balch, GI, Crawford, MA, Mermelstein, R. The Tobacco Control Network Writing Group. Responses to tobacco control policies among youth. Tobacco Control 2002;11:14-9.
3. Trends in cigarette smoking among high school students—United States, 1991-2001. J Sch Health. 2002 Aug;72(6):226-8.
4. Bronson Merk, M. La Salud de los Jóvenes. Salud: Guía para el Bienestar. Curso II. Capítulo, 13. New York:Glencoe/ McGraw-Hill;1997.
5. Tomar S. Incidence and Predictors of Smokeless Tobacco Use among US Youth. Am J Public Health. 1998 Jan;88(1):20-6.
6. Bettes BA, Botvin GJ, Dusenbury L, James-Ortiz S, Kerner J. Ethnicity and Psychosocial Factors in Alcohol and Tobacco Use in Adolescence. Child Dev 1990;61:557-65.
7. Bell R, Pavis S, Amos A, Cunningham-Burley S. (1999) Continuities and Changes: teenage smoking and occupational transition. Journal of Adolescence 22 683-694.
8. Secondhand Smoke Exposure Among Middle And High School Students-Texas 2001. MMWR 2003; 52: 152-153.
9. Miller MP, Gillespie J, Billian A, Davel S. Prevention of smoking behavior in middle school students: Students nurse intervention. Public Health Nurs. 2001 Mar-Apr;18(2):77-81.
10. Charlton A, Minagawa KE, White D. Saying “no” to cigarettes: a reappraisal of adolescent refusal skills. J Adolesc 1999; 22: 695-707.
11. Glendinning A, Inglis D. Smoking behaviour in youth: the problem of low self-esteem? J Adolesc 1999; 22: 673-682.

“No soy de los que abogan por cambios frecuentes en las leyes y en las constituciones. Pero las leyes y las instituciones deben ir de la mano con el progreso de la mente humana. En la medida en que ésta se desarrolla, se torna más iluminada, se hacen nuevos descubrimientos, se descubren nuevas verdades, y las costumbres y las opiniones cambian, con los cambios de las circunstancias, las instituciones tienen que adelantar también para mantenerse al paso con los tiempos. Requerirle a un hombre que use de adulto el traje que le sirvió de niño sería como pedirle a la sociedad civilizada que se mantenga para siempre bajo el régimen de sus ancestros bárbaros.”

*Thomas Jefferson
Autor de la Declaración de Independencia de los EUA*

Violaciones al Artículo 9 del Código OMS – Etiquetado de las Fórmulas Infantiles

Ana M. Parrilla Rodríguez, MD, MPH, FABM & José J. Gorrín Peralta, MD, MPH, FACOG

La superioridad de la leche humana y el amamantamiento y los riesgos asociados a la alimentación artificial se han reconocido por organizaciones nacionales e internacionales que promueven la salud de las madres y sus niños (1,2,3). La alimentación con leche artificial (fórmula) se asocia a puntuaciones significativamente más bajas en el desarrollo cognoscitivo (4), riesgo aumentado de infecciones de orina; asma bronquial (6,7); diarrea, vómitos y visitas médicas (8); obesidad (9,10); enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa (11); enfermedades alérgicas (12, 13); algunas malignidades de la niñez (14, 15); otitis media (16); y diabetes mellitus (17), entre otros.

Las prácticas de comercialización de las compañías de leche artificial están orientadas hacia mantener la creencia entre los profesionales de la salud y el público general, de que la alimentación con leche artificial es equivalente al amamantamiento (18). La leche artificial no tiene la complejidad y especificidad biológica de la leche humana y no puede proveer a los infantes y a los niños todos los beneficios a la salud, nutricionales, inmunológicos, del desarrollo y económicos que les ofrece la leche humana (2,19).

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud el 21 de mayo de 1981 (20). Se intenta que se adopte como el requisito mínimo por todos los gobiernos y tiene como objetivo proteger la salud del infante previniendo la comercialización inapropiada de los sucedáneos de la leche materna. En su preámbulo explica “que el mercadeo de los sucedáneos de la leche materna requiere un tratamiento especial, lo cual hace que las prácticas de mercadeo usuales sean inadecuadas para estos productos”.

En los últimos 20 años el Código ha sido endosado por la Asamblea Mundial de la Salud en muchas ocasiones y se han adoptado otras resoluciones con el mismo estatus legal del Código para clarificar ciertos artículos e intentar mantenerse según las prácticas cambiantes de mercadeo (21,22).

El Código Internacional ha recibido múltiples endosos internacionales entre los cuales se encuentran la Declaración de Innocenti adoptada por la Cumbre Mundial para la Niñez en 1990 (23, 24) y más recientemente por el “HHS Blueprint for Action on Breastfeeding”(25) y el Comité de Lactancia Materna de los Estados Unidos (26). El “HHS Blueprint for Action on Breastfeeding” es un documento que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos emitió en el año 2000 en el cual se introduce un plan de acción para la lactancia materna

basada en la educación, el adiestramiento a profesionales, la formación de conciencia, el apoyo y la investigación (25). Este pronunciamiento reconoce que el mercadeo de la fórmula para infantes afecta negativamente a la lactancia materna y señala la función del Código para asegurarse que este mercadeo no interfiera con el establecimiento del amamantamiento y la lactancia. Por otro lado el Comité de la Lactancia Materna de los Estados Unidos, auspiciado por la Oficina de Salud de la Madre y el Niño de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del gobierno federal, y compuesto por una serie de organizaciones gubernamentales, educativas y no gubernamentales, publicó en el 2001 el documento “Breastfeeding in the United States: A National Agenda”. Este documento es un plan estratégico para proteger, promover y apoyar el amamantamiento en los Estados

Unidos. La Meta II de este plan pretende “Asegurar que el amamantamiento se reconozca como el método normal y preferido de alimentar a los infantes y a los niños pequeños”. Como uno de los objetivos de esta meta está el “Reducir las barreras para el amamantamiento provocadas por el mercadeo de los sucedáneos de la leche materna”. Para lograr esto se propone como estrategia el “Fomentar la implantación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna” (26).

La Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN) fue fundada en octubre de 1979 luego de una reunión sobre la nutrición del lactante y el niño pequeño de la OMS/UNICEF en Ginebra. IBFAN tiene como uno de sus objetivos a nivel mundial la vigilancia por el cumplimiento de este Código y realiza un monitoreo continuo de las prácticas de mercadeo de la industria de alimentos para infantes alrededor del mundo, compartiendo y publicando periódicamente la información recogida (18). Desde su fundación IBFAN ha conducido varios Proyectos Internacionales de Monitoreo para la evaluación del cumplimiento del Código. El monitoreo no prohíbe la comercialización de los alimentos artificiales para infantes, sino que asegura su mercadeo apropiado. Las compañías pueden manufacturar y distribuir estos productos y pueden enterar a los profesionales de la salud sobre éstos proveyendo información científica y verídica. Sin embargo el monitoreo del Código sí persigue que las prohibiciones para la promoción que el Código estipula se cumplan. La promoción es sinónimo de publicidad y la publicidad trata sobre persuasión que a veces lleva a alternativas pocas saludables (27).

Las etiquetas tienen que tener disposiciones claras y correctas debido a que éstas son frecuentemente la única



fuente de información vital para los(as) consumidores(as) referente al contenido de su producto y sus usos (21). Con el propósito de determinar las violaciones en Puerto Rico con relación al artículo 9 del Código acerca del etiquetado de las fórmulas para infantes llevamos a cabo un estudio de septiembre a diciembre del 2001. Se realizó una evaluación cuantitativa y cualitativa de 34 etiquetas de fórmula para infantes usando un diseño no experimental transversal descriptivo. El instrumento que se usó fue la planilla 4^a utilizada por el Proyecto del Monitoreo del Código (IMP III) y el Monitoreo Estándar del Código (SIM). Esta planilla incluye 14 criterios que identifican las violaciones al Código en el etiquetado. Se añadió además si la traducción de la etiqueta al español estaba presente al dorso de la misma. Las etiquetas se obtuvieron de la venta de fórmula para infantes en 3 farmacias, 2 supermercados y 2 mega tiendas del área metropolitana de San Juan. Las muestras incluyeron fórmula para infantes de las cuatro compañías que mercadean en la isla: Wyeth, Mead-Johnson, Abbott/Ross y Nestlé, las cuales representan el 77.3% de todas las etiquetas mercadeadas por estas compañías. Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables. Las 34 etiquetas evaluadas representan doce marcas registradas y se dividieron por composición en diez regulares con hierro, seis regulares bajas en hierro, siete de soya y once especiales (lactofree, hipoalergénicas, etc.). Se realizó una división también por forma de preparación en once “ready-to-feed”, once líquidas concentradas y doce en forma de polvo.

El 100% de las etiquetas evaluadas violaban el código en una o más de sus disposiciones como se observa en la tabla 1. En el 94.1% faltan las palabras “aviso importante” o su equivalente explicando la superioridad de la leche humana sobre la leche artificial (fórmula). Y en el 73.5% ni tan siquiera hay una declaración acerca de que la lactancia materna es lo mejor. Aunque dos marcas (Little Ones® de Wyeth) incluyen las palabras aviso importante en la etiqueta, el mensaje no enfatiza que las madres deben amamantar y no se le advierte al consumidor lo que le puede pasar al infante si no se amamanta.

En el 91.2% falta una declaración acerca de que el producto debería utilizarse solamente bajo la supervisión de un trabajador de la salud. Una fórmula libre de carbohidratos fabricada por Ross declara que el producto solo debe usarse bajo supervisión médica. Dos preparaciones de fórmulas hechas por Wyeth bajo la marca Little Ones® declaran que debe seguirse el consejo de un profesional para los asuntos de alimentación infantil. Algunas otras de las etiquetas estudiadas se refieren solamente a consejo profesional en materia de la preparación de la fórmula y no establecen claramente que el producto debe usarse solamente bajo la supervisión y la dirección de un profesional de la salud.

El 100% no están escritas en el lenguaje apropiado que habla la gente en Puerto Rico, el español. Aunque el 82% tiene instrucciones en español al dorso de la etiqueta éstas están en colores gris o azul claro, difíciles de leer, y es necesario desprender la etiqueta de la lata o el pote para leerla. Esto resulta en latas no identificadas, lo que acarrea un gran potencial de daño a la salud del infante.

Lo que es más, el Artículo 9.2 del Código establece que las instrucciones deben estar directamente escritas en el envase o en una etiqueta que no se pueda remover fácilmente.

Todas las etiquetas estudiadas incluyen recomendaciones sobre la forma de almacenamiento, así como también el análisis de ingredientes y composición del producto. En el 8.8% faltaba el número de lote.

El 73.5% incluye términos como “maternizada”, “humanizada”, o similar a la leche materna. Enfamil® de Mead Johnson alega que su producto se acerca más a la leche materna que cualquier otra fórmula. Little Ones® de Wyeth proclama que está formulada para parecerse a la leche materna. Para no quedarse atrás, la Good Start® de Nestlé/Carnation establece que comienza con 100% proteína del suero, el tipo principal de proteína en la leche materna, obviamente sin especificar que es proteína de suero pero de suero de leche de vaca. Similac® de Ross orgullosamente alega que está ¡Mejorada! (en letras rojo brillante) y que ahora es más parecida que nunca antes a la leche materna. En unas letras azules muy bonitas asegura a los padres que hasta (continúa en a la página 12)

Tabla 1. Violaciones al Código en Etiquetado por Criterios

Criterio	n	%
Faltan las palabras “aviso importante” o su equivalente.	32	94.1
Falta la declaración acerca de que la lactancia materna es lo mejor	25	73.5
Falta la advertencia acerca de los riesgos para la salud de una preparación no adecuada	0	0.0
Falta una declaración acerca de que el producto debería ser utilizado sólo bajo supervisión de un trabajador de la salud.	31	91.2
Faltan instrucciones claras y fáciles de seguir para su preparación	0	0.0
Falta fecha de expiración fácilmente legible	0	0.0
Falta el texto completo en español	34	100.0
Faltan recomendaciones sobre la forma de almacenamiento	0	0.0
Falta el número de lote	3	8.8
Falta el análisis de ingredientes y composición del producto	0	0.0
Incluye términos como “maternizada”, “humanizada”, o similar a la leche materna	25	73.5
Incluye textos que desalientan la lactancia materna o idealizan el uso de fórmula infantil	33	97.1
Tiene una foto, dibujo, u otra representación de un lactante	3	5.9
Otras fotos o dibujos que puedan idealizar el uso de fórmula infantil	33	97.1

Certificado en Lactancia Materna - Un ofrecimiento completamente a distancia

El Programa de Certificado en Lactancia Materna es un ofrecimiento de educación continuada donde el/la estudiante tiene la oportunidad de estudiar a distancia y en horario vespertino. Este certificado tiene una duración de tres trimestres (36 semanas) y consta de 7 cursos medulares y 2 cursos electivos, para un total de 228 horas contacto. Está dirigido a médicos, enfermeras/os y nutricionistas especializados en algún aspecto del cuidado perinatal, que provean atención a las madres o a los infantes regularmente.

El programa está basado en competencias y tiene como objetivo la adquisición por parte de los/las participantes del conocimiento y las destrezas necesarias para proveer manejo y apoyo especializado en lactancia materna. Esto incluye consejería prenatal y de posparto rutinario y el manejo de las preocupaciones y complicaciones comunes. Los/as egresados estarán cualificados/as para ser fuente de información en lactancia humana para otros profesionales de la salud y la comunidad en general. Recibirán adiestramiento para ofrecer educación continuada en los aspectos especializados de la lactancia humana y el amamantamiento. Los/as participantes son apoderados/as para ser líderes en el equipo de cuidado de la salud para el adiestramiento en lactancia materna, la promoción de prácticas que apoyen y protejan el amamantamiento y el manejo de aspectos clínicos relacionados.

Podrán solicitar ingreso al certificado todos los médicos, enfermeras/os (con bachillerato o RN) y nutricionistas con licencia vigente para ejercer en Puerto Rico. Los/as estudiantes extranjeros deben presentar evidencia de licencia para ejercer en su país de residencia. La práctica clínica en manejo de lactancia materna varía para médicos, enfermeras/os y nutricionistas ajustándose a la cobija legal en nuestro país para cada una de estas profesiones.

Los requisitos específicos son los siguientes:

1. Radicar la solicitud de admisión en o antes de la fecha límite establecida por el Programa de Salud de la Madre y el Niño.
2. Dos cartas de recomendación que evidencien su experiencia de trabajo en el área de salud de la madre y el niño.
3. Poseer dominio del idioma español; se requiere, además, habilidad para leer y comprender el idioma inglés.
4. Tener dominio del uso de la computadora; el/la estudiante debe estar familiarizado con el uso de las aplicaciones básicas de las computadoras personales, poseer acceso completo a la *Internet* y correo electrónico.
5. Trabajar o tener acceso a un taller de práctica para poder realizar el componente clínico.

Todos los cursos del programa se ofrecerán a distancia utilizando la plataforma Blackboard. Los cursos requeridos para completar el certificado son los siguientes:

Cursos Medulares

- *Conceptos Básicos sobre la Lactancia Materna* - 24 horas contacto
- *Manejo de lactancia materna: Aspectos relacionados con la madre* - 24 horas contacto

- *Manejo de lactancia materna: Aspectos relacionados con el infante* - 24 horas contacto
- *Lactancia materna en niños con necesidades especiales* - 24 horas contacto
- *Aspectos legales y éticos de la lactancia materna* - 24 horas contacto
- *Políticas públicas relacionadas a la lactancia materna* - 24 horas contacto
- *Práctica Clínica* - 26 horas contacto

Cursos Electivos

- *Destrezas de consejería a madres y a sus familias* - 24 horas contacto
- *Amamantamiento y crianza* - 24 horas contacto
- *Medicina de la Lactancia Materna – Práctica Clínica Basada en Evidencia Científica* (sólo para médicos) - 24 horas contacto
- *Nutrición de la madre lactante* - 24 horas contacto

El estudiante escogerá dos de estos cursos electivos. Estos cursos electivos también serán ofrecidos para aquellos/as profesionales de la salud que deseen educación continuada en lactancia y que sean médicos, enfermeras/os o nutricionistas con vasta experiencia en el campo de la lactancia humana y el amamantamiento. Estos cursos pueden convalidarse para completar el Certificado en Lactancia Materna posteriormente, siempre y cuando éste se complete dentro de un periodo de tres años desde que se comenzó a tomar el curso.

Para obtener el Certificado en Lactancia Materna el/la candidato/a tiene que aprobar todos los cursos medulares y dos electivos en un periodo máximo de tres años.

La fecha límite para solicitar este año será el 16 de junio de 2003. Para información adicional sobre costos y matrícula puede comunicarse a:

División de Alcance y Educación a la Comunidad, Proyecto para la Promoción de la Lactancia Humana y el Amamantamiento, Programa de Salud de la Madre y el Niño, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Tel/fax: 787-759-6546 ó 787-758-2525 exts. 1445, 1446
email: proypromlact@rcm.upr.edu
<http://medweb.rcm.upr.edu/mch>



(Prácticas Clínicas -) hipocrático de la beneficencia que debemos defender para nuestros pacientes. El médico deberá poder recomendar la opción que entienda preferible para su paciente pero no deberá condenar a su paciente a escoger ésta so pena de desacato.

El paciente, por su parte, deberá involucrarse activamente, en la medida que sus recursos intelectuales y educativos le permitan, en obtener una cabal comprensión de su condición o situación, de analizar las opciones de tratamiento, de solicitar la información que entienda necesaria para este proceso, y de prepararse para llevar a cabo un proceso decisional en cuanto a su tratamiento.

No pretendemos con estas ideas inventar la rueda nuevamente. En los países con sistemas de salud que defienden estos conceptos, el resultado es mejor salud de la comunidad, mejor imagen de los proveedores ante la comunidad, y menos litigios médico-legales. No hablamos de una utopía, sino de lo que debe ser y lo que ya es una realidad en otros países. Con esta sección pretendemos contribuir a la divulgación de los principios de la práctica clínica basada en evidencia, la discusión de varios temas específicos de actualidad en los servicios de salud reproductiva que se ofrecen en nuestro país, y la estimulación del diálogo entre nosotros y con nuestra comunidad. Para comenzar esta sección discutiremos en el próximo número de MANI Informa el tema de la episiotomía. ¿Por qué en algunos hospitales de Puerto Rico se realizan, de acuerdo a dos estudios en los que

hemos participado, entre 79 y 88% de partos con episiotomía cuando la recomendación internacional es que no se pase del 12% y que la meta sea 5%? ¿Por qué en los Estados Unidos ha logrado reducirse en 50% la práctica de la episiotomía en los últimos 20 años (de 64 a 32%) y en Puerto Rico no? Discutiremos en el próximo número la evidencia científica al respecto e invitamos sus comentarios a través del correo electrónico.

La próxima ronda de teleconferencias que el Programa de Salud de la Madre y el Niño ofrecerá en el año académico 2003-04 comenzará precisamente con una discusión del tema de prácticas clínicas basadas en evidencia.

Referencias:

1. Boyle PJ, editor. Getting Doctors to Listen: ethics and outcomes data in context. Washington, DC.: Georgetown University Press; 2000.
2. Gebbie K, Rosenstock L, Hernández LM, editors. Who will keep the public healthy?: educating public health for the 21st century. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2003.
3. Lasker RD. Medicine & public health: the power of collaboration. New York: The New York Academy of Medicine; 1997.
4. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes R.B. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 2000.
5. Wear S. Informed consent: patient autonomy and clinician beneficence within health care. 2nd ed. Washington, D.C.: Georgetown University Press; 1998.

(El Programa de Madres y Niños -) de Educación del estado de Illinois. El currículo de la escuela superior incluye, además de los cursos requeridos para la educación secundaria en Illinois, un currículo sobre la historia y la cultura puertorriqueña, con énfasis en el desarrollo de la autoestima y el apoderamiento hacia la superación de una comunidad de limitados recursos económicos en un medio ambiente de múltiples etnias minoritarias. Nos reunimos con el doctor Roberto Sanabria, un joven boricua interesado en desarrollar, junto al profesor José López, director del Centro Cultural, un proyecto de "Community of Wellness" para nuestros compatriotas en Chicago. Discutimos sobre la preparación de una propuesta para obtener fondos que permitan desarrollar ese modelo para la comunidad puertorriqueña y en el cual colaboraremos con asistencia técnica los Programas de Salud de la Madre y el Niño de la Universidad de Illinois en Chicago y de la Universidad de Puerto Rico. La doctora Kelley, académica con vasta experiencia en proyectos de salud comunitaria y admiradora de los esfuerzos de la comunidad boricua en Chicago, participó activamente en estas reuniones y servirá de enlace entre la comunidad y las instituciones académicas que habremos de participar. La señora Madhavi Reddy, oficial federal a cargo de los proyectos de adiestramiento en Salud de la Madre y el Niño del Negociado de Madres y Niños del gobierno federal, estuvo presente y se entusiasmó con este proyecto colaborativo de comunidad auspiciado por dos programas bajo su oficina.

La visita a Chicago será inolvidable. Conocimos del Proyecto Vida/Sida, donde la comunidad boricua ofrece servicios de educación y referidos para lidiar con el problema del VIH (su lema es Vivir y Ayudar a Vivir), del "Learning Center" para ofrecer asistencia a las adolescentes que interrumpen sus estudios por estar embarazadas. Nos detuvimos, por supuesto, para un pocillo de café prieto en el Café Colao (su página electrónica es www.cafe_colao.com). Cenamos en La Bruquena y nos comimos un mofongo que hace tiempo no saboreábamos tan bueno. Todo esto lo hicimos en un pedazo de la calle W. Division de alrededor de una milla de largo, limitado por dos estructuras arquitectónicas de metal que representan la bandera de Puerto Rico y que crean dos arcos sobre la calle. Se hicieron con rieles de acero en homenaje a los primeros boricuas de la diáspora de Chicago que trabajaron en la construcción del sistema ferroviario de la ciudad. Le dijimos a la comunidad, al despedirnos de ellos, que estábamos muy orgullosos de que a orillas del lago Michigan se está llevando a cabo un proyecto donde una comunidad está decidida a labrar, por esfuerzo propio, un mejor futuro para los puertorriqueños que están todavía por nacer.

José J. Gorrín Peralta, MD, MPH, FACOG
Catedrático y Director

(Violaciones al Artículo 9 -) la excreta del bebé va a ser más suave y similar a la de los bebés lactados.

El 97.1% incluye textos que podrían desalentar la lactancia materna o idealizan el uso de fórmula infantil. Ross utiliza la imagen y prestigio del médico para aseverar que su fórmula Isomil® está recomendada por los doctores y que es la primera alternativa para los problemas comunes de la alimentación de infantes. Nestlé/Carnation® alega que las “comfort proteins” en Good Start® le ayudan a obtener lo mejor de su bebé. Estas proteínas se rompen, según ellos, en pequeños pedazos que son fáciles de digerir en la barriguita de su bebé. Enfamil AR® (arroz añadido) de Mead Johnson se mercadea como una fórmula especialmente diseñada para bebés que tiran muchos “buches” o para aquellos cuyos médicos recomiendan espesar la fórmula. Ross® advierte a los potenciales compradores de su fórmula Similac con hierro que las mejoras en el contenido de proteína y grasa la hacen más parecida que nunca a la leche materna y que los nucleótidos que se le añadieron recientemente son compuestos presentes naturalmente en la leche materna. En la etiqueta de la fórmula Alimentum® se asevera, en letras negritas, que la leche materna es lo mejor para bebés excepto cuando existen condiciones médicas especiales. Una vez acaparan la atención del consumidor pasan a proclamar las virtudes de Alimentum® para los infantes y niños con alergias a alimentos, cólicos debido a sensibilidad a proteína o problemas con la digestión de proteínas o la absorción de grasas.

El código especifica que ni el envase ni la etiqueta deben contener fotos de infantes o dibujos que idealicen el uso de fórmula para infantes. El 5.9% de las etiquetas estudiadas tiene una foto, dibujo, u otra representación de un infante y en el 97.1% de ellas hay fotos o dibujos que pueden idealizar el uso de fórmula infantil. La marca Little Ones® fabricada por Wyeth tiene un dibujo de un bebé sonriente en su etiqueta. En la mayoría de las otras marcas el uso de caras de bebé ha desaparecido y ha sido sustituido por preciosos animalitos y personajes de cuentos. Abbott-Ross utiliza un osito de peluche amoroso de color marrón. Mead Johnson utiliza el famoso personaje Peter Rabbit, de los escritos de Beatrix Potter. En Puerto Rico y en los EEUU, donde no existen restricciones en la promoción, el bebé conejo está tomando leche de una botella. En países con regulaciones legales, como México y Colombia, la botella se omite (18). Nestlé utiliza la mamá pata y su patito embelesados de amor, una mamá mariposa y su bebé, así como también representaciones de corazones rosados que se rompen en “comfort proteins” y

van directamente a la botella de leche, simbolizando el amor que se transmite a través de la fórmula.

Las estrategias agresivas de mercadeo de los fabricantes de leche artificial, en abierta violación al Código OMS, constituyen una amenaza significativa a la salud de las madres y los niños. La alimentación de nuestros niños con leche artificial para infantes (fórmula) se considera actualmente equivalente a la alimentación al pecho por la gran mayoría del público y, desafortunadamente, por los profesionales de la salud y sus organizaciones profesionales (18, 28). Recientemente las organizaciones que promueven y protegen la lactancia materna han protestado la decisión de la Academia Americana de Pediatría (AAP) de permitir que la farmacéutica Ross distribuya un libro de la Academia sobre lactancia materna con el logo de Ross. La confusión y la insensibilidad ética

han alcanzado estos niveles. Los que promocionamos la lactancia materna y el amamantamiento hemos permitido que nos pongan a la defensiva y muchas veces insistimos en los “beneficios de la lactancia materna”, en vez de basar nuestro trabajo en alertar al público y a los profesionales de la salud sobre los peligros y riesgos relacionados con la alimentación con leche artificial. Con este escenario prevaleciente los fabricantes de las leches artificiales para infantes han explotado

el falso paradigma de la “libre selección” de las madres, como si estuviéramos hablando de opciones equivalentes (18, 28). Mientras luchamos por aumentar las tasas de amamantamiento exclusivo en los primeros seis meses, y por tasas más prolongadas de amamantamiento después del primer año, la implantación del Código OMS es una herramienta necesaria y muy útil. Nuestros colegas que lucharon en contra de las compañías de tabaco por tantos años han probado que se puede hacer. El “smoking trail” que se dejó atrás nos señala la manera. Los promotores de la publicidad sin restricciones van a levantar, una vez y otra, el espectro de la libre expresión y el libre comercio. Ellos atacarán, como lo han hecho en el pasado, a los promotores de la lactancia materna como fanáticos que prefieren herir la economía y nuestra forma democrática de vivir para alcanzar nuestras metas. Nada más lejos de la verdad. La regulación de la expresión comercial es fundamentalmente diferente a la expresión no comercial (29, 30). El gobierno tiene el derecho, y lo ejerce continuamente, de verificar la verdad detrás de los reclamos de los anuncios comerciales y de prohibir aquellos que son falsos y engañosos.

La verdad es que los fabricantes de fórmula utilizan el prestigio de los profesionales de la salud y de las

- Los profesionales de la salud debemos incrementar nuestra conciencia de la importancia de estos asuntos económicos y sociales los cuales tienen un impacto significativo en la salud pública. Nosotros estamos éticamente atados a honrar nuestro compromiso a la salud y no debemos ser influenciados por intereses financieros de ninguna compañía.-

instalaciones de salud como una herramienta para sus estrategias de mercadeo. No es un accidente que las etiquetas estudiadas reclamen que los médicos están a favor y apoyan sus productos. A cambio, ellos derraman cientos de miles de dólares en las instalaciones de cuidado de la salud para poder canalizar sus productos a través de éstas. No debe existir duda en nuestras mentes que el lucro privado no debe prevalecer sobre la salud pública. No podemos permitir que la gran industria haga daño a nuestros niños y a sus madres por su afán desmedido de lucro.

Se necesita legislación en todos los niveles para lograr la implantación del Código OMS (31). Se presentó en la legislatura del país un proyecto de ley con el propósito de dar estatus legal a las regulaciones del etiquetado de las leches artificiales y los alimentos para bebés (32), otro que prohíbe la distribución de muestras gratuitas, cupones de regalos etc. (33), y un tercero que prohíbe el uso de fondos públicos para proveer incentivos a la alimentación artificial. Otro proyecto, el P de la C 1403, para prohibir el uso indiscriminado de leche artificial para infantes en los hospitales de la isla, a menos que exista una indicación médica para hacerlo, fue aprobado y firmado por los presidentes de ambas Cámaras pero no fue aprobado a nivel del ejecutivo (35). Se sometió otro proyecto (36) que pretende incorporar el Código enteramente en el mismo. La maquinaria de los fabricantes de fórmula ya está moviendo sus esfuerzos para que se aborten estos proyectos, y están usando los mismos argumentos presentados en otras jurisdicciones. De acuerdo con los portavoces de la industria la fatalidad caerá sobre la economía de Puerto Rico si se aprueban estos proyectos. A pesar de estas amenazas, diecisiete países alrededor del mundo han incorporado el Código OMS en sus sistemas legales, y 49 otros han incluido algunos aspectos del Código en sus leyes.

Otra razón por la cual es necesario adoptar el Código es la Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Puerto Rico se encuentra bastante lejos de la comunidad internacional con respecto a esto, no teniendo ningún Hospital Amigo del Niño y solo dos hospitales al presente con certificados de intención. Alrededor del mundo existen sobre 16,000 Hospitales Amigos del Niño, mientras que en los Estados Unidos solo 32 hospitales son Amigos del Niño (28). La mano de los fabricantes de fórmula es nuevamente evidente. Una de las razones por la cual existen tan pocos hospitales Amigos del Niño en EEUU, y ninguno en Puerto Rico, es el que estos hospitales deben cumplir con una filosofía institucional de no aceptar donaciones de los fabricantes de fórmula, los cuales promocionan la alimentación artificial (37). Las "donaciones" de los fabricantes de fórmula a los hospitales constituyen mucho dinero para estas instituciones.

Los profesionales de la salud debemos incrementar nuestra conciencia de la importancia de estos asuntos económicos y sociales los cuales tienen un impacto significativo en la salud pública. Nosotros estamos éticamente obligados a honrar nuestro compromiso con la salud y no debemos dejarnos influenciar por intereses

financieros de ninguna compañía. Nuestro objetivo debe ser el bienestar y la salud de la comunidad a la que servimos y debemos rechazar ser los peones de la industria de leche artificial. Comprometiéndonos activamente en acciones legislativas a favor del Código OMS, y logrando que nuestros hospitales alcancen la credencial de Hospital Amigo del Niño, colocamos nuestro prestigio profesional del lado de nuestros(as) pacientes y de nuestras comunidades. Si nos mantenemos inactivos, por otro lado, la industria nos usará para sus intereses comerciales a expensas de la salud de la gente a quienes nos debemos.

Referencias:

1. WHO/UNICEF, Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding. The Special Role of Maternity Services. Geneva: World Health Organization;1989.
2. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997; 100:1035-9.
3. US Department of Health and Human Services. HHS Blueprint for Action on Breastfeeding. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office on Women's Health; 2000.
4. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. Am J Clin Nutr 1999;70: 525-35.
5. Pisacane A, Graziano L, Mazzarella G, Scarpellino B, Zona G. J Pediatr 1992; 120:87-9.
6. Oddy WH, Holt PG, Sly PD, Read AW, Landau LI, Stanley FJ et al. Association between breast-feeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study BMJ 1999; 319:815-9.
7. Dell S, To T. Breastfeeding and asthma in young children: finding from a population-based study. Arch Pediatr Adolesc Med 2001; 155: 1261-5.
8. Raisler J, Alexander C, O' Campo P. Breast-feeding and Infant Illness: A dose-Response Relationship? Am J Public Health 1999;89:25-30.
9. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo CA Jr, Berkey CS, Frazier AL, Rockett HR et al. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. JAMA 2001;285: 2506-7.
10. Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V et al. Breastfeeding and obesity: cross sectional study. BMJ 1999;319:147-50.
11. Corrao G, Tragnone A, Caprilli R, Trallori G, Papi C, Andreoli A et al. Risk of inflammatory bowel disease attributable to smoking, oral contraception and breastfeeding in Italy: a nationwide case-control study. Cooperative Investigators of the Italian Group for the Study of the Colon and the Rectum (GISC). Int J Epidemiol 1998;27: 397-404.
12. Saarinen UM, Kajosaari M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. Lancet 1995;346:1065-9.
13. Gdalevich M, Mimouni D, David M, Mimouni M. Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. J Am Acad Dermatol 2001;45:520-7.
14. Davis MK. Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer. Int J Cancer Suppl 1998;11:29-33.
15. Shu XO, Clemens J, Zheng W, Ying DM, Ji BT, Jin F. Infant breastfeeding and the risk of childhood lymphoma and leukaemia. Int J Epidemiol 1995;24: 27-32.
16. Aniansson G, Andersson B, Hakansson A, Larsson P, Nylén O, Peterson H et al. A prospective cohort study on breastfeeding and otitis media in Swedish infants. Pediatr Infect Dis J 1994;13:183-8.
17. Pettitt DJ, Forman MR, Hanson RL, Knowler WC, Bennett PH. Breastfeeding and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in Pima Indians. Lancet 1997;350:166-8.

18. International Baby Food Action Network, Breaking the Rules, Stretching the Rules 2001: Evidence of Violations of the International code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent Resolutions. Penang: IBFAN S/B; 2001.
19. Lawrence, RA. A Review of the Medical Benefits and Contraindications to Breastfeeding in the United States (Maternal & Child Health Technical Information Bulletin) . Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, HRSA; 1997. p. 3-6
20. World Health Organization, International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. Ginebra: World Health Organization;1981.
21. Sokol EJ. Manual del Código – Guía para la Redacción de Medidas para la Aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Penang: IBFAN Sdn Bhd; 1997.
22. World Health Organization. Fifty-Fourth World Health Assembly. Agenda item 13.1. Infant and young child nutrition. 18 May 2001. http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA54/ea54r2.pdf
23. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breast-feeding. Florence: UNICEF and WHO; 1990.
24. Naylor AJ. Baby-Friendly Hospital Initiative. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in the twenty-first century. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:475-83.
25. US Department of Health and Human Services, HHS Blueprint for Action on Breastfeeding. Washington(DC): US Department of Health and Human Services, Office on Women's Health; 2000.
26. United States Breastfeeding Committee. Breastfeeding in the United States: A national agenda. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Bureau; 2001.
27. Kilbourne J. Deadly persuasion: why women and girls must fight the addictive power of advertising. New York: The Free Press; 1999.
28. Walker M. Selling Out Mothers and Babies: Marketing of Breastmilk Substitutes in the United States. Weston, MA: NABA REAL, 2001.
29. Fredrickson DD. Breastfeeding Research Priorities, Opportunities, and Study Criteria: What We Learn From the Smoking Trail. *J Hum Lact* 1993; 9:147-150.
30. White L. Is Cigarette Advertising Protected by the First Amendment? No. *Priorities for Health* 1993; 5. Available from: URL: <http://www.acsh.org/publications/priorities/0503/pcpno.html>.
31. Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil. Modelo de Ley de Protección a la Lactancia Materna para los países de América Latina. Penang, Malaysia: International Code Documentation Centre, 2002.
32. Para regular el contenido de las etiquetas de los frascos, envases o contenedores de sustitutos de leche materna; para prohibir la publicación o difusión de anuncios publicitarios dirigidos a fomentar la utilización de sustitutos de leche materna, y para imponer penalidades por el incumplimiento. P. de la C. 61, 14ta Asamblea Legislativa, 1ra Sesión Ordinaria. (2001).
33. Para prohibir a toda persona natural o jurídica la distribución gratuita mediante entrega de muestras, sorteos, premios, ofertas combinadas, cupones, vales o cualquier otra forma, de productos sustitutos de la leche materna a niños y niñas hasta los 12 meses de edad. P. de la C. 62, 14ta Asamblea Legislativa, 1ra Sesión Ordinaria. (2001).
34. Para prohibir la utilización de fondos públicos para cualquier actividad que resulte en un incentivo para la utilización de sustitutos de leche materna para niños recién nacidos en facilidades públicas. P. de la C. 63, 14ta Asamblea Legislativa, 1ra Sesión Ordinaria. (2001).
35. Para crear la "Ley sobre el suministro de alimentos o bebidas sustitutas de leche materna a los recién nacidos". P. de la C. 1403, 14ta Asamblea Legislativa, 2da Sesión Ordinaria. (2001).
36. Para crear la "Ley para la Regulación de la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en Puerto Rico". P. de la C. 2237, 14ta Asamblea Legislativa, 3ra Sesión Ordinaria. (2002).

(Alianzas Comunitarias -) nueve semanas para que la mayoría del personal pudiera asistir al mismo.

Continuamos también ofreciendo dos grupos de apoyo al mes para madres embarazadas, lactantes, y sus familias, un sábado al mes en el salón de la cafetería del hospital. Estos grupos, además de permitirnos



ofrecer orientación y ayuda directa a las madres y sus familias, sirven como taller para adiestrar a nuestros estudiantes de la maestría en salud pública y a los del certificado de educador en lactancia materna. En ellos nuestros estudiantes observan las destrezas necesarias para dirigir este tipo de actividad y además conocen los problemas y preocupaciones con que se enfrentan las madres lactantes y sus familias durante el periodo de lactancia y crianza al pecho.

La Facultad del Programa de Salud de la Madre y el Niño está comprometida con el Hospital Auxilio Mutuo, su Facultad Médica, y su personal a ayudar a que este hospital obtenga el certificado de Hospital Amigo del Niño. Felicitamos al personal de enfermería, en especial a las gerentes y supervisoras, por su compromiso para lograr esta meta.

Proyecto Nacer

Recientemente miembros de nuestra facultad visitaron las instalaciones del Proyecto Nacer en Bayamón. Este proyecto ofrece servicios a los padres adolescentes, a las adolescentes embarazadas y a sus hijos. Se ofrecen allí varios talleres como lo son: el taller



de crianza, el de lactancia, el de Padres, el de Educación y el de Fortalecimiento Familiar.

En el taller de crianza se cuidan los hijos de las madres adolescentes y se le permite a los padres participar de un mínimo de tres horas semanales en diferentes actividades como lo son: el baño, la alimentación, los juegos, la estimulación motora y del habla, entre otras. Este taller ofrece la oportunidad de un acercamiento emocional entre padres y niños en un ambiente de amor y comprensión. Los padres reciben orientación sobre formas positivas de hablarle al niño y de comunicación entre ellos, mejorando así las relaciones interpersonales.

A través del taller de lactancia se le ofrece orientación por profesionales sobre la importancia de la lactancia y el banco de leche. El taller de Padres a su vez ofrece orientaciones mensuales sobre temas de interés y en éste se evalúan también las necesidades de la familia. Aquí se preparan grupos de apoyo para las adolescentes embarazadas, sus parejas, madres, padres, abuelas y abuelos.

Otro taller disponible en este proyecto es el de educación donde se ofrecen repasos para tomar los exámenes de equivalencia y ubicación mientras participan de los demás talleres. Estos repasos los ofrecen maestros certificados. El Proyecto Nacer cuenta con un permiso especial del Departamento de Educación para ofrecer estos repasos a adolescentes desde los 15 años de edad que aún no han completado el noveno grado. Se mantiene un programa para desertores escolares con un currículo especial, considerando la condición de los padres y sus necesidades de empleo.

El proyecto ofrece transportación de las escuelas al taller para participar de los diferentes servicios.

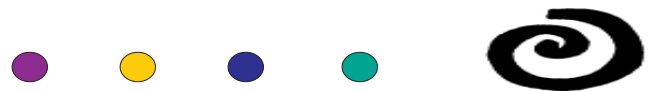
Nos recibió en nuestra visita la Sra. Mayra López, planificadora del proyecto. Pudimos observar algunos de los talleres en una experiencia altamente gratificante para nosotros. Nos acompañó a visitar el proyecto la Dra. Michelle Kelley, profesora del Programa de Salud de Madres y Niños de la Universidad de Illinois en Chicago. Estamos concretizando un acuerdo de colaboración entre nuestro programa y el Proyecto Nacer con el fin de intercambiar asistencia técnica y asesoramiento profesional de parte de nuestra facultad y nuestros estudiantes.

Es encomiable la labor que todo el personal de este proyecto realiza con las madres adolescentes, sus hijos, y sus familias. El Proyecto pronto se mudará a unas nuevas y amplias instalaciones que le permitirá expandir sus servicios a más madres adolescentes, además de ofrecer más talleres que ayuden a esta población tan necesitada. Para información adicional sobre este proyecto puede comunicarse al 787-786-0811.



Publicaciones

- Molina Torres M, Dávila Torres RR, Dávila Torres RR, Parrilla Rodríguez AM, Dennis C-L. Translation and Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale Into Spanish: Data From a Puerto Rican Population. *J Hum Lact* 2003;19:35-42.
- Gorrín-Peralta JJ. Globalization and the Promotion of Breastfeeding. *ABM News and Views* 2003;9:7.



- Vélez González, NI, Vázquez García V, Dávila Torres RR, Colón Colón M. Factores Asociados al uso del Cigarrillo en Estudiantes del Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. *PR Health Sci J* 2002;21:355-60.



(Sobre Nuestros Estudiantes y egresados -) Con este ofrecimiento ya tenemos 323 Educadores en Lactancia Certificados en todo el país que trabajan en el Departamento de Salud, los Hospitales, el Programa WIC, Early Head Start y otras agencias gubernamentales, no gubernamentales y privadas ofreciendo ayuda a las madres lactantes sus bebés y sus familias. El alcance de la práctica del educador en lactancia certificado (CLE) está determinado por su rol básico dentro de los proveedores de asistencia en lactancia materna (médico, enfermera, nutricionista, etc.). Aquellos educadores en lactancia que no son profesionales de la salud licenciados o que su licencia no les autoriza el manejo clínico de los casos, ofrecen educación directa a las madres y sus familias y ayudan en la identificación de problemas que deban ser referidos al médico o un profesional de la salud experto en lactancia.

Nuestro próximo curso será en agosto del 2003 en las instalaciones del Hospital Saint Luke's Memorial en Ponce. Invitamos a todos los interesados a que se comuniquen a nuestro programa para información adicional.

Nuestra Facultad

Nuestra facultad ha estado participando activamente en actividades internacionales de mejoramiento profesional y de alcance comunitario. Participaron en el curso "Clinical OB Evidence – Based Medicine" ofrecido por el Colegio Americano de Obstetras Ginecólogos en San José, Costa Rica de enero 23 a 25 de 2003. Nuestra facultad estuvo presente también en "The HRSA/MCH Bureau and the

Schools of Public Health for the Second Annual MCH Training Grant Meeting" que se llevo acabo en febrero 6 y 7 en los Angeles California.

Otra actividad en la que nuestra facultad dijo presente fue la de "Coalition for Improving Maternity Services - Mother-Friendly Childbirth Forum and the CIMS Annual Meeting" en febrero 20 al 23 2003, en Arlington, VA. También en esta ciudad participaron del 8 al 12 de marzo de "2003 Association of Maternal and Child Health Programs Annual Meeting - Mobilizing to Eliminate Health Disparities" y de "Association of Teachers of Maternal and Child Health Meeting in the 2003 AMCHP ANNUAL MEETING".

Como parte de la preparación para el ofrecimiento del Certificado en Lactancia Materna nuestra facultad comenzó en mayo 6 un adiestramiento sobre la creación de cursos en la Plataforma Blackboard. El curso tendrá una duración de 4 sesiones de 3 horas a la semana. La facultad comenzará el montaje de los cursos del Certificado en Lactancia Materna el cual será completamente a distancia. Así también paulatinamente se irán incorporando todos los cursos de la especialidad de salud de la madre y el niño de la maestría en salud pública con el propósito de que todos se conviertan en cursos "web enhanced" mediante la plataforma Blackboard. Subsiguientemente, también, se hará lo mismo con la Maestría en Ciencias de la Salud Pública con Especialidad en Lactancia Humana y Amamantamiento la cual está siendo evaluada por las autoridades universitarias y esperamos comenzar a ofrecer en agosto de 2004.

Editora:

Ana M. Parrilla, MD, MPH, FABM
Catedrática Asociada y Coordinadora de la
División de Alcance y Educación a la Comunidad
Programa de Salud de la Madre y el Niño
Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico
PO Box 365067
San Juan, Puerto Rico 00936-5067

Para colaboraciones favor de comunicarse al
teléfono:

787-758-2525 ext. 1445

Fax: 787-759-6546

Email: aparrilla@rcm.upr.edu

