

arena de la acción política. Estrategias de advocacy desde la sociedad civil organizada. Ponencia realizada en el Seminario ONGs. Y Gobernanca. Organizado por Programa MOST – UNESCO Montevideo.

13. CONAPRO (Concertación Nacional Programática) (1985) Propuestas hacia un sistema nacional de salud. Montevideo.

14. Federación Uruguaya de la Salud (FUS) (2003). Documento “Para construir juntos un país con salud” 11º congreso de FUS – PIT – CNT. Montevideo.

15. Universidad de la República. (1998) Modelo de atención a la salud en Uruguay. Revista de AQFU. Año VIII N° 23 Segunda Epoca. Montevideo.

MORTALIDAD MATERNA

INDICADORES NACIONALES

Las tendencias de la mortalidad infantil y la mortalidad materna han presentado comportamientos disímiles. Mientras la mortalidad infantil ha mostrado una franca tendencia al descenso tanto antes del año 1994 como después (tendencia que por otra parte sigue siendo descendente), la mortalidad materna se mantuvo estable en todo este período, con una ligera tendencia al descenso.

Si se analiza el período 1990 - 1994 la tasa de mortalidad infantil global de ese período fue de 19,8 por mil, tasa que en el período 1995 – 2002 se redujo a 15,8 por mil. Con un rango que varió entre 20,4 p/1000 en 1990 y 13,5 p/1000 en 2002. ¹

Cuando se analiza el comportamiento de la mortalidad materna se puede observar un rango que fue desde un mínimo 1,1 p/10.000 en 1999 a un máximo de 3,8 p/10.000 en 1991. Mientras que el análisis global del **período 1990–1994 muestra una tasa de mortalidad materna global de 2,5 p/10.000, y durante el período 1995 – 2002 la tasa global se situó en 2,3/10.000.** ²

Distribución de nacimientos, muertes maternas e infantiles y sus respectivas según año. Uruguay 1990-2002.

Año	Total de Nacimientos	Total de M. Maternas	T.M.M. p/10.000	Total de M. Infantiles	T.M.I. p/1000
1990	56514	9	1,6	1152	20,4
1991	54754	21	3,8	1157	21,1
1992	54190	14	2,6	1011	18,7
1993	56076	14	2,5	1128	20,1
1994	55990	12	2,1	1060	18,9
1995	56664	14	2,4	1110	19,6
1996	58862	11	1,9	1033	17,5
1997	58032	17	2,9	964	16,6
1998	54760	11	2	900	16,4
1999	54055	6	1,1	786	14,5
2000	52770	9	1,7	746	14,1
2001	51959	19	3,6	721	13,8
2002	52045	16	3,1	704	13,5

Fuente: Departamento de Estadística MSP.

Respecto a la confiabilidad de los datos, Uruguay, es un país que se ha caracterizado por una buena calidad en sus registros vitales y varias son las razones que han contribuido a ello. Pueden destacarse entre otras, el ser un país pequeño, sin problemas de accesibilidad geográfica, con niveles elevados de atención institucional del parto, aspectos que facilitan los registros. A su vez, destaca especialmente la obligación de registrar todas las defunciones mediante el empleo del certificado de defunción, como requisito previo para el enterramiento de cada fallecido.

Pero, lo que en un primer momento aparentaba ser registros consistentes han ido mostrando algunos defectos entre los que se pueden citar:

- A) pacientes en edad fértil que mueren por causas vinculadas al embarazo, parto y puerperio, pero que son mal registradas en el Certificado de Defunción y que pasan desapercibidas.
- B) muertes que han sido identificadas en la Auditoría de Muerte Materna, pero que no lo son a través del Certificado de Defunción.

Históricamente, la mortalidad materna se registra en la División Estadística del MSP a punto de partida del certificado de defunción. Cada vez que en dicho certificado (como causa de muerte) se indica que la muerte se ha producido durante el transcurso de un embarazo, el parto o el puerperio se procede a registrar la muerte materna que formará parte de las estadísticas vitales del país.

Como intentos para corregir estos posibles defectos se instauró, por decreto en el año 1987, las Auditorías de muerte materno-feto-infantiles. Este intento no fue en sus inicios lo suficientemente efectivo, ni alcanzó la cobertura deseada, por lo que fue retomado en 1998 con un cambio de formularios tendiente a facilitar el registro y el estímulo a los técnicos para realizar la auditoría en el lugar donde ocurre la muerte. Se procedió a desarrollar el formulario de **registro de auditoría de muerte materna** que tiene por virtud, que la muerte debe ser auditada localmente en el lugar donde se produjo, involucrando a los técnicos actuantes y solicitando además la opinión individual del jefe del servicio involucrado. Esto intenta impedir la invisibilización del tema por parte de los equipos de salud, a la vez que se pretende que sirva como base para auditar el proceso y calidad de la atención, cuyo fin último es reducir la muerte por causas evitables.

Si bien este procedimiento está normatizado y amparado por un decreto presidencial, el cumplimiento no es del 100%.³ Se puede considerar entre las probables causas que conspiran con el total cumplimiento, la irresponsabilidad de algunos profesionales, la carencia de mecanismos sancionatorios para aquellos profesionales o instituciones que no cumplan con la norma, y en ocasiones, la dificultad de efectuar un diagnóstico correcto sobre la condición de "gestante" de la fallecida.

De todas formas la combinación de los dos procedimientos citados (Registro de defunciones por la División Estadística del MSP y Registro de las Auditorías de

Muertes Maternas en el Área Mujer-Niñez del MSP) han mostrado incongruencias que indicaban claramente la existencia de un subregistro. Las incongruencias se vieron al existir defunciones maternas sin su correspondiente auditoria, pero también se pudo comprobar (lo que es más grave aún) la existencia de auditorias de muerte materna con certificados de defunción en los que la condición que definía la muerte “como materna”, había pasado desapercibida.

Ante los inconvenientes citados, se procedió a instalar la búsqueda activa de las muertes maternas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), en el Hospital de Clínicas y en los centros de tratamiento intensivo a los que el CHPR traslada a las mujeres con compromiso vital. Este procedimiento no logró mejorar mucho más el registro, pese a que entre el 60 y el 80% de las muertes maternas están vinculadas con el CHPR (en su carácter de principal maternidad pública del país) además de ser junto con el Hospital de Clínicas, los principales centros públicos a los que se trasladan las principales complicaciones obstétricas de todo el país.

Otra fuente de información que se está empleando es el “método del rumor”, cada vez que se difunde la información de una probable muerte materna, no registrada por el sistema formal, se sale en su búsqueda. El equipo que sale a confirmar o descartar el dato está constituido por técnicos del Área Mujer Niñez. Esta forma de vigilancia epidemiológica es de bajo rendimiento, pero en los últimos 3 años ha permitido identificar dos muertes maternas, en las cuales no se había efectuado la auditoria, y el certificado de defunción ignoraba la vinculación al embarazo.

Finalmente, el último método empleado consiste en la investigación bimensual de todos los certificados de defunción (con prescindencia de la causa consignada) cada vez que la muerte se produjo en una mujer entre 15 y 49 años de edad. Se trata de un proceso tedioso, pero que garantiza una mayor aproximación a la realidad.

Cuando la muerte (pese a no ser consignada como una muerte materna) abre dudas, se procede a reclamar la historia clínica de la fallecida y en caso de persistir la duda, se procede a la autopsia verbal, de los familiares o conocidos cuando existen.

Distribución anual de las muertes maternas totales y casos nuevos hallados por el análisis sistemático de todos los certificados de defunción de mujeres entre 15 y 49 años. Uruguay 1999 – 2002

AÑO	Total Muertes Maternas	Casos Nuevos
1999	6	0
2000	9	0
2001	19	2
2002	16	1

Fuente. Área Mujer Niñez MSP

Principales causas de Mortalidad Materna.

A lo largo del período considerado (1990-2002) se registraron 173 muertes maternas sobre un total de 716.671 nacimientos lo que constituyó una tasa de 2.4 por 10.000 nacidos vivos. Durante todo ese período la mortalidad por aborto fue de 27%, convirtiéndose en la principal causa independiente de muerte materna. La situación de la mortalidad materna en el período pre Cairo 1990-1994 tenía en el aborto la explicación del 22% de las muertes maternas. (ver tabla siguiente)

El incremento en las prácticas inseguras de aborto aumentó el número de muerte maternas por esta causa, sosteniéndose el incremento desde el año 2001. En el Hospital Pereira Rossell el aborto pasó a ser la principal causa de muerte entre las gestantes, alcanzando la cifra del 49 %.

Este aumento coincide con la agudización de la crisis económico social vivida por el país en las últimas décadas. Y han colaborado a visibilizar el problema, las mejoras en la identificación y registro de las muertes maternas. Todos estos componentes han hecho que el problema del aborto inseguro haya adquirido relevancia como problema de salud, hecho que hasta el momento había pasado desapercibido o, al menos, subestimado, para el sector salud.

El incremento en la mortalidad materna por aborto inseguro hasta convertirlo en la primera causa de mortalidad materna, diferencia a Uruguay de la mayoría de los países del mundo y de la región en los cuales el aborto alterna entre la segunda o tercera causa de muerte.⁴

Evolución de la mortalidad materna por causas. Uruguay 1990-2002

AÑO	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
ABORTO	1 (11%)	4 (19%)	5 (36%)	3 (21%)	2 (17%)	5 (36%)	4 (36%)	3 (18%)	1 (91%)	1 (17%)	0 (0%)	11 (58%)	6 (37%)
CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS	8	16	9	11	10	7	7	11	6	3	7	8	8
Hemorragias	-	-	-	-	-	0	2	2	2	1	3	3	3
Estados Hipertensivos	-	-	-	-	-	1	1	7	2	1	2	2	2
Infecciones Genitourinarias	-	-	-	-	-	1	0	0	0	0	0	0	0
Puerperales	-	-	-	-	-	2	1	0	1	1	0	3	3
Otras	-	-	-	-	-	3	3	2	1	0	2	0	0
CAUSAS OBSTETRICAS INDIRECTAS	-	1	-	-	-	2	0	3	4	2	2	0	2
TOTAL	9	21	14	14	12	14	11	17	11	6	9	19	16

Fuente: Departamento de Estadísticas MSP

Incidencia de la muerte materna por aborto inseguro en los indicadores de mm en el Hospital Pereira Rossell (CHPR)

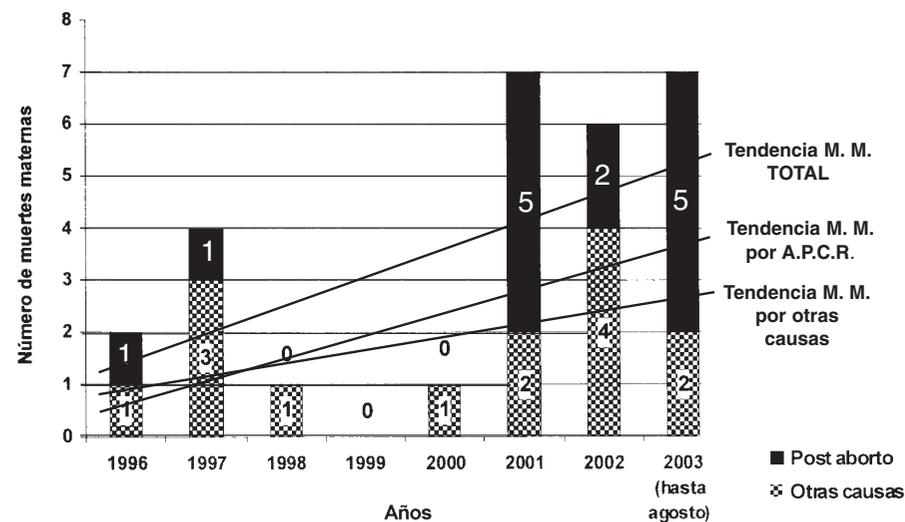
En la próxima tabla se describe la mortalidad materna en general y específicamente por aborto provocado en condiciones de riesgo entre los años 1996 y 2003 (incluyendo hasta el mes de agosto).

Evolución de la mortalidad materna por causas en el C.H.P.R.

AÑO	OTRAS CAUSAS	POST ABORTO	TOTAL
1996	1	1	2
1997	3	1	4
1998	1	0	1
1999	0	0	0
2000	1	0	1
2001	2	5	7
2002	4	2	6
2003 (hasta agosto)	2	5	7

Del análisis de estos datos surge claramente una tendencia en aumento de la mortalidad materna en este periodo en el CHPR. El valor de r^2 es de 0.40.

Mortalidad Materna en C.H.P.R (1996-2003)



Analizando las causas de la mortalidad materna se descubre que el incremento se debe sobre todo a la muerte post aborto con un valor de $r^2=0.44$, con respecto al incremento de la mortalidad por otras causas (infección, estados hipertensivos, hemorragia etc.) con un valor de tendencia de $r^2=0.13$.

La situación descrita en el CHPR - como representante de la situación en el sub sector público de atención de salud- es significativamente diferente que en el resto del sistema de atención. Así el riesgo de que ocurra una muerte materna es 2.64 veces mayor en el CHPR que en el resto del país. Por otro lado, el riesgo de morir por aborto provocado en el CHPR. es de 3.64 veces más en este Centro asistencial.⁵

POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA

El modelo de Estado proteccionista llevó en la década de los 50 al desarrollo de políticas de salud en las cuales la atención de la mujer embarazada se vio indirectamente beneficiada. Se establecieron en el primer nivel de atención Centros de Salud materno infantiles en todo el país que enfatizaron el control de embarazo, parto y puerperio, fundamentalmente para reducir la mortalidad infantil perinatal. A inicios de los años 90, se decreta la obligatoriedad que las maternidades dispongan de especialistas de guardia las 24 horas para la atención del parto y que a su vez esta atención sea gratuita a nivel público, mientras que, a nivel del sub-sector privado, se incluye dentro de los costos del pre-pago.^{6,7}

Estas políticas contribuyeron a la reducción de la mortalidad materna en etapas muy tempranas si se compara la situación de Uruguay con el resto de los países de la región. Algunos de los objetivos que están planteados para la región en los próximos años, nuestro país ya los ha cumplido desde hace varias décadas⁸. El desafío es sostener y mejorar estos logros.

Al respecto se puede señalar que en Uruguay:

- ◆ El 99% de los partos son institucionales.
- ◆ La atención del parto es efectuada por profesionales universitarios en el 100% de los casos (médicos y/o parteras).

- ◆ La atención del embarazo, del parto y del puerperio es gratuita a nivel del sub - sector público.
- ◆ Las instituciones cuentan con personal calificado las 24 horas.
- ◆ Se garantiza el acceso, en el 100% de los casos que así lo requieran, a tratamientos quirúrgicos, cuidados intensivos y sangre segura.

El mayor impacto en la disminución de la mortalidad materna fue a través de acciones previas a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, Cairo, 1994) y en las que cabe agregar a las ya mencionadas políticas de salud, otras que fomentaron la enseñanza laica, gratuita y obligatoria.

Por último, a partir de la CIPD, en 1996 se comienzan con la prestación de servicios de anticoncepción a nivel del sector público, de forma gratuita a las usuarias que así lo deciden. Esta es una prestación que se encuentra en proceso de universalización y que, por el momento, no puede considerarse como una política de estado ya que no se han asignado los recursos genuinos para garantizar la continuidad de las prestaciones. El mantenimiento de esta política está sometida a los avatares en los cambios de personal responsable.

Las políticas de salud materno - infantiles en el país, no han incluido hasta el momento, la atención de las complicaciones del aborto inseguro, así como tampoco han desarrollado estrategias para la reducción de la mortalidad materna por esta causa, siendo que desde el año 2001 es la de mayor incidencia.

Políticas de Mortalidad Materna y Aborto

De los datos de mortalidad materna en la última década en el Uruguay queda claro que las cifras son de las más bajas en la región. Y, dado que, por definición esas muertes son evitables los indicadores hablan de una injusticia social que merece toda la atención del Estado. Cuando se ve que en los últimos dos años la mortalidad materna se debe en la mitad de los casos a complicaciones del aborto efectuado en condiciones de riesgo, no quedan dudas que el aborto inseguro en Uruguay debería ser un asunto prioritario de salud pública.

Al ser el aborto considerado una práctica ilegal por la legislación vigente, no existen servicios legales de aborto en ninguna de las causales. Por tanto, la práctica se efectúa en la totalidad de los casos en el circuito clandestino y las mujeres de más bajos recursos tienen que practicarlo en condiciones de extrema precariedad, con el consiguiente riesgo de muerte y o mutilación.

Se han producido esfuerzos desde el sector médico procurando el establecimiento de acciones para disminuir la mortalidad materna por aborto. En este sentido, se ubican las *“Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo” (Grupo Iniciativas)*, que desarrolló la propuesta de Normativa de atención y Guías Clínicas, el cual está integrado por agentes sanitarios (desde la ginecología, epidemiología, parteras, enfermeras, asistentes sociales, psicólogas, etc.) nucleados a partir de las Clínicas Ginecológicas A y C de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, con sede en la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Ministerio de Salud Pública.

En el proceso de elaboración de estas normativas participó MYSU en tanto integrante de la sociedad civil organizada.

Las propuestas del Grupo Iniciativas fueron aprobadas por el Consejo de la Facultad de Medicina, el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay y la Sociedad Uruguaya de Ginecología.⁹

La propuesta de *“Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo” (Anexo 1)* se elaboraron en diciembre de 2001 y se presentaron oficialmente al MSP el 8 de Marzo del 2002. En ellas, se incluye la atención post-aborto complementándola con la atención pre-aborto en lo que se denomina *“Guías clínicas de la normativa sanitaria: medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo” (Anexo 2)*. Complementando esta normativa general se elaboró en el año 2003 las *“Guía clínica para el diagnóstico y manejo de la sepsis obstétrica”¹⁰*. (Anexo 3)

Estas propuestas no han obtenido aún la aprobación del MSP, organismo que tampoco ha introducido modificaciones que permitan enfrentar la gravedad del aborto inseguro en el país y su incidencia en la mortalidad materna. Sin embargo continúan las gestiones para que dichas normativas sean aprobadas en el correr del presente año.

atención Post- Aborto

Como ya se ha señalado el MSP no ha regulado ni normatizado la atención del post-aborto, así como tampoco la atención a las consecuencias de su práctica insegura. Esta es una exclusión con respecto al resto de la Atención de la salud materna que cuenta con las Normas de Atención Materno Infantil.¹¹

En la propuesta de las *“Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”* en lo que respecta a la **atención post aborto** se expresa que:

La consulta y sus características dependerá de que se realice por complicaciones o estando la paciente asintomática. En la consulta por complicaciones se establece que deberá evaluarse la situación clínica y actuar en consecuencia recordando:

- ◆ que no es obligatoria la denuncia de la mujer que ha decidido abortar.
- ◆ que conjuntamente con las medidas médicas clásicas de atención debe hacerse especial énfasis en no culpabilizar a la mujer que ha abortado ni banalizar el hecho.
- ◆ que debe procurarse dar un tratamiento integral bio – psico social.

En las consultas sin complicaciones diagnosticadas, la propuesta de Normativa se divide en las siguientes etapas: prevención y manejo de eventuales complicaciones; apoyo psicológico y clínico; anticoncepción inmediata, llenado del formulario de atención y seguimiento del caso.

Para la prevención y manejo de eventuales complicaciones se recomienda evaluar las condiciones del aborto provocado, el tiempo transcurrido y el tratamiento profiláctico si lo hubo. Para el apoyo psicoemocional se debe derivar a una consulta especializada: cuando hubo dudas en la decisión tomada; cuando hubo necesidad de explorar otras posibilidades; para procesar el duelo por el aborto; cuando hay discordancia en la pareja frente a la decisión y/o en aquellos casos en que el aborto no fue voluntario (salud materno – fetal). En la anticoncepción inmediata, recomienda comenzar de inmediato con ACO de altas dosis y métodos de barrera. En el llenado del formulario se debe aclarar que la información es confidencial y el seguimiento se realizará al mes de producido el aborto, con la 1era. menstruación

El Grupo Iniciativas está ejecutando las “Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo” en su principal área de influencia que es el Hospital Pereira Rossel desde el mes de octubre del 2002 dentro de la atención de salud que brindan los dependientes de la Facultad de Medicina.

Concomitantemente, se realiza un relevamiento estricto de la situación epidemiológica para evaluar los resultados de la puesta en práctica de esta normativa.

Desde el Grupo Iniciativas, el entrenamiento de proveedores de atención sanitaria incluyó inicialmente la difusión de la problemática del aborto provocado en condiciones de riesgo mediante actividades en los medios de comunicación y actividades de formación dirigidas a efectores de salud

Para la difusión de la problemática se han realizado ateneos, conferencias, publicaciones en medios locales e internacionales de artículos y de libros. Se presentaron ponencias sobre la realidad del aborto en Uruguay, en eventos académicos nacionales y regionales.

Se desarrollaron actividades de sensibilización de los equipos de salud integrando al temario curricular de formación de grado de Facultad de Medicina, módulos teóricos sobre “Aborto provocado en condiciones de riesgo” en el Ciclo Clínico Patológico III. También se han dado clases teóricas a los estudiantes de 1er año de la carrera, aunque todavía no está integrado formalmente a la curricula universitaria. Se ha incorporado la temática en la formación de los Residentes de Ginecología, incluyendo la participación en forma voluntaria, de la atención de usuarias en las policlínicas ginecológicas.

Conjuntamente con MYSU se organizó la capacitación de un grupo de profesionales de la salud en *Orientación para la atención pre y post – aborto*, que nucleó a 40 efectores de salud pública, en la primera experiencia de formación concertada entre organizaciones feministas y sector médico. Este curso contó con el reconocimiento académico de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. (Anexo 4)

Calidad de atención en el post-aborto.

La calidad de la atención post aborto se puede analizar considerando por lo menos tres aspectos básicos:

1. tratamiento de las urgencias
2. servicios de planificación familiar y orientación post - aborto
3. vinculo con los servicios integrales de salud

La situación de la atención es desigual en el sub sector público con respecto al subsector privado. En términos generales, el tratamiento de la urgencia obstétrica se maneja de manera aceptable mientras que los servicios post aborto no están promovidos aún.

En el sub sector público, el tratamiento de las urgencias pueden responder a dos tipos de complicaciones: aquellas que ponen en riesgo la vida de la usuaria (básicamente infección y hemorragia) y aquellas que no lo hacen (retención de restos). Las complicaciones que ponen en riesgo la vida de la usuaria son manejadas de manera idónea, aunque no protocolizada aún. En general, cuando las acciones médicas son infructuosas, lo son más por la situación terminal en la que llegan las mujeres que por un tratamiento ineficaz.

Las complicaciones, como la retención de restos ovulares, son manejadas de manera agresiva, ya que no se ha generalizado aún el legrado aspirativo (AMEU) sino que se continúa con el legrado instrumental. La necesidad de anestesia, en el caso del legrado instrumental, pone riesgo adicional a la mujer y prolonga innecesariamente el tiempo de internación y los gastos.

Los servicios de atención post aborto están separados física y administrativamente de los de planificación familiar. Esto, junto a la falta de equipos multidisciplinarios capacitados, lleva a que en la actualidad, en general, las mujeres que consultan por complicaciones inherentes al aborto provocado no obtengan su alta con un método anticonceptivo adecuado a sus circunstancias.

A la situación ya mencionada se agrega la falta de integralidad de los servicios cuando se enfrentan a la atención post – aborto. Habitualmente, las situaciones específicas de mujeres adolescentes, víctimas de violencia sexual, las mujeres

con infecciones de transmisión sexual y las mujeres pobres, encuentran barreras adicionales para su adecuada atención, debido a la falta de integralidad de los servicios.

NOTAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe del Departamento de Estadísticas. Servicio de Información Poblacional. Ministerio de Salud Pública. Uruguay, Setiembre 2003.
2. Idem anterior.
3. De Mucio B, Matijasevich A. (2002) Análisis de Auditorias de Muerte Materno, Feto Infantiles. II Foro de Mortalidad Materno Infantil evitable. Montevideo.
4. Organización Mundial de la Salud. Maternidad Segura. Paquete Madre/Bebé: implementando la maternidad segura en los países. WHO/FHE/MSM/94.11.
5. Briozzo, L., et al., (2003) Unsafe abortion in Uruguay. Int J Gynecol & Obstetrics,.(en prensa- SIGY S-8231)
6. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad materna en las Américas. Informe de los países. Uruguay. PAHO/HPP/HPF/95.42
7. Mc. Carthy B. (2001) The relationship between skilled attendant at delivery and maternal mortality in developing countries. Regional Meeting Launching the Norms for the Management of Complications of Pregnancy and Childbirth. Washington DC.
8. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª Sesión del Comité Regional.
9. Berlangieri C, Berro G, Briozzo L, y col. (2002) Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Montevideo..
10. Rodriguez, F, M. Perez, and L. Briozzo (2003) Guía Clínica para el manejo de la sepsis obstétrica. Clínicas Ginecotológicas "A" "B" y "C" de la Universidad de la República. Clínica Ginecológica "B" de Salud Pública: Montevideo.
11. Ministerio de Salud Pública (1999), Normas de Atención materno - Infantil, ed. D.M.