



PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

**TRANSFORMANDO LA ATENCIÓN A LOS PRIMEROS AÑOS
DE VIDA EN AMÉRICA LATINA: RETOS Y CONQUISTAS DE
UNA POLÍTICA PÚBLICA EN EL SUR DE BRASIL**

Autora:

Karine Verch

Editoras:

Florencia López Boo

Mayaris Cubides Mateus



PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

**TRANSFORMANDO LA ATENCIÓN A LOS PRIMEROS AÑOS
DE VIDA EN AMÉRICA LATINA: RETOS Y CONQUISTAS DE
UNA POLÍTICA PÚBLICA EN EL SUR DE BRASIL**

Autora:

Karine Verch

Editoras:

Florencia López Boo

Mayaris Cubides Mateus

Revisión técnica:

Alessandra Schneider

Carolina de Vasconcellos Drügg

Florencia López Boo

Mayaris Cubides Mateus

Giuliana Chiappin



Catalogación en la fuente suministrada por la Biblioteca Felipe Herrera, del Banco Interamericano de Desarrollo
Verch, Karine.

Primeira Infância Melhor Transformando la atención a los primeros años de vida en América Latina: retos y conquistas de una política pública en el Sur de Brasil / Karine Verch; editores, Florencia López-Boo, Deiby Mayaris Cubides Mateus.

p. cm. — (Monografía del BID; 548)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Child development-Brazil. 2. Child welfare-Government policy-Brazil. 3. Children-Services for-Brazil. I. López-Boo, Florencia. II. Cubides Mateus, Deiby Mayaris. III. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. IV. Título. V. Serie.

IDB-MG- 548

Códigos JEL: I10, I20, I38, J13

Diagramación y Revisión: Marvin Mídia | www.marvinmidia.com.br

Traducción en inglés y español: Traduzca.com

Revisión de español: Ana Milena Horta

Fotos: Acervo del Primeira Infância Melhor | Bell Boniatti | Premio Salvador Celia



Copyright © 2017 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



Prólogo

Los descubrimientos de la ciencia, con relación al desarrollo de las habilidades y competencias humanas, apuntan a una interacción crucial entre genes y ambiente. La selección natural fue perfeccionando ese proceso para garantizar la supervivencia de cada individuo, en condiciones cada vez mejores.

En las primeras etapas de la evolución, predominó la programación genética, perfeccionada por la capacidad de sobrevivir y reproducirse. Con el pasar del tiempo, esa capacidad se amplió. Fue cuando los genes crearon la capacidad del organismo de ir más allá de una programación previa, y desarrollar nuevos mecanismos de adaptación al ambiente, dirigidos por la función cerebral.

El ser humano es el fruto más reciente y refinado de ese proceso y tiene el cerebro más complejo. Nace con su desarrollo físico y mental incipiente, y sus habilidades poco esbozadas. Cuanto más elaboradas estas puedan llegar a ser, más tiempo de maduración necesitarán. Así, somos muy frágiles y dependientes al nacer y atravesamos una larga infancia, porque nuestro poderoso cerebro necesita mucho más tiempo para desarrollarse. Nuestras competencias están organizadas por etapas y dependen de su adaptación a los más diversos ambientes. Desde la percepción sensorial del entorno, la formación de memorias sobre cada información importante, hasta la explosión cognitiva, pasan durante varios años que caracterizan lo que llamamos primera infancia. La plasticidad de ese cerebro será extraordinaria durante esos primeros años de vida y decisiva para la singular arquitectura cerebral humana. En ningún otro período de la vida hay un proceso de aprendizaje tan intenso y veloz.

Como el cerebro humano nace para aprender con el mundo específico donde vivirá, el proceso de intermediación, realizado por los cuidadores es decisivo para su organización. En cada etapa de su desarrollo, el feto, el bebé y el niño pequeño, necesitan que los adultos sean cuidadores comprensivos, afectivos y que entiendan la importancia de cada estímulo a cada momento.

De esa forma, los cuidadores, sean padres, parientes, o incluso profesionales sin vínculo familiar, ejercerán una influencia decisiva y transformadora, ayudando a moldear la mente y el cerebro del niño, lo que repercutirá a lo largo de toda su vida.

Con esto en mente, se elaboraron políticas públicas en el mundo y en Brasil, políticas revolucionarias que buscan promover el desarrollo infantil de la mejor forma posible a todas las familias. En nuestro país, el Programa público pionero fue *Primeira Infância Melhor* – PIM, el cual tuvo inicio en 2003 en Río Grande de Sur, que ya acompañó a centenas de miles de niños durante los primeros años de vida. Después de este, surgieron otros programas en otros estados, como el Marco Legal de la Primera Infancia y ahora, un gran Programa Nacional para 4 millones de niños pequeños, que es el *Criança Feliz* (Niño Feliz). De alguna forma, todos ellos inspirados en el PIM, que completa sus 14 años y viene transformandose para mejorar la vida de niños de Río Grande de Sur y sus familias. Felicitaciones a todos los que participaron en ese maravilloso y transformador proceso.

Osmar Gasparini Terra

Ministro del Desarrollo Social y Agrario
Arquitecto del Programa *Primeira Infância Melhor*

Las brechas en el desarrollo de los niños se hacen evidentes desde los primeros años de vida. Es por eso que la primera infancia recientemente se ha posicionado en la agenda de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Los gobiernos han enfocado sus esfuerzos principalmente en la expansión de la cobertura de los servicios de cuidado de los niños pequeños en guarderías. Sin embargo, existen otras modalidades de atención a la primera infancia, y es ahí que el estado de Río Grande de Sur es definitivamente pionero en la región.

Una de las principales preguntas que enfrentan actualmente los gestores de políticas públicas orientadas a la primera infancia es ¿cuál es la mejor intervención para atender a esa población? Responder a esta pregunta no es una tarea fácil, pues en el camino se debe responder a otra diversidad de preguntas que conducen a entender de la realidad de cada país, cultura o población en particular. Por ejemplo, entre ellas, ¿qué se quiere modificar en el comportamiento de las familias, madres y/o cuidadores? ¿Cuáles con los recursos humanos y financieros con los cuales se cuenta para realizar esta intervención? ¿Cuál es la capacidad institucional? Es evidente que no existe una receta única para promover el desarrollo infantil.

El Estado de Río Grande de Sur, Brasil, al igual que otros países de América Latina, reconocieron la importancia de invertir en la primera infancia, por lo cual, desde hace 14 años dio inicio a una política integral, el Programa *Primeira Infância Melhor* – PIM. Esta publicación va más allá de la descripción del PIM. A partir de un punto de vista crítico y objetivo, permite entender con mayor profundidad el diseño y la implantación, bien como los retos y los logros de un programa que se ha mantenido en el tiempo y que sirvió de inspiración para los otros municipios, estados, e incluso, otros países de la región. Este documento no podría ser más oportuno y relevante, dada la expansión del programa nacional Criança Feliz (Niño Feliz) que toma al PIM como su principal referente.

En esta publicación, a partir de la experiencia

del PIM, se abordan temas relevantes para el debate sobre la mejor forma de atender a los niños con menos de 6 años, como la valoración de la calidad, el rol que desempeña la intersectorialidad, la presentación de un sistema de información y la importancia de evaluar rigurosamente los impactos del programa. Este último se trata en detalle, al ser el principal reto que enfrenta el PIM, se presentan los resultados de los primeros esfuerzos para evaluar y, como ejercicio ilustrativo, se desarrolla un análisis de costo-beneficio, tomando como punto de partida la evaluación de impacto más rigurosa que se tiene hasta el momento.

El lenguaje y la estructura empleada en este documento permiten que sea interpretado como una guía de herramientas para gestores políticos, en la cual, más que dictar parámetros o determinar qué es y qué no es correcto, se traza una de las sendas recorridas para garantizar que los niños alcancen un desarrollo excelente. Considero que la obra presenta varios aportes originales. Primero, sintetiza en apenas una publicación la trayectoria de uno de los programas de visitas domiciliarias más importantes de la región. Segundo, debate en detalle los aspectos importantes que deben ser considerados durante la implantación y adaptación de un programa de visitas domiciliarias. Tercero, debate abiertamente los retos y los logros del programa, para que el lector pueda considerar todas las variables necesarias para la toma de decisiones. Por último, está presentado en español, inglés y portugués, para facilitar el acceso de los lectores de toda América Latina.

Esa publicación servirá como una guía para los gestores de políticas en Brasil y en otros países, bien como para investigadores y profesionales interesados en traducir el debate sobre la mejora en los indicadores de desarrollo infantil, en acciones y resultados concretos. Estoy segura que les agradecerá la lectura y que será de gran utilidad.

Florencia Lopez Boo

Economista Senior, División de Protección Social y Salud, BID.

Al niño hay que llamarlo por el nombre, porque es su identidad, su proyecto de vida. El nombre expresa la fuerza que viene desde adentro para realizarse en la historia.

Primera Infancia Mejor (Primeira Infância Melhor) es su nombre de bautismo. Bonito, dice tanto sobre esa "persona" que casi la describe para quien no la conoce. Allí, como carga genética, está la esencia de qué significa, el propósito al que vino, la realidad que se dispone a construir, la vida a vivir. Aunque las tres palabras formen un sentido único, cada una tiene un contenido propio. Explotar sus significados es como quitar un poco el velo que encubre un rostro y pasar a verlo mejor. La rutina en el uso de las palabras debilita nuestro encuentro con la profundidad que ellas comparten.

Infancia, comienzo de la vida, primer ciclo de la existencia humana. No es allí donde todo comienza, porque está precedida de una ingeniería intrínseca a la vida que tiende a perpetuarse en la sucesión de personas y generaciones. Y sucede al nacer, el encuentro con la luz. El tiempo en que el niño comienza a ver el mundo, a descubrir dónde está, con quién está, sintiéndose acogido, cuidado, protegido y amado. Es el tiempo de la formación del vínculo que da seguridad emocional, que forma referencias seguras entre la multitud de cosas y personas, de amores y decepciones, de realizaciones y frustraciones.

El nombre del Programa le agrega a la infancia el adjetivo: *Primera*. Más que posicionarse la infancia en el tiempo, la cualifica. Es el período inaugural, que coloca al bebé en la red de relaciones intersubjetivas y comienza a construirse como sujeto. Es *primera* porque implanta las bases de la personalidad: los fundamentos de la vida emocional y de la socialización, la estructura de la inteligencia, la comunicación y el lenguaje. En esos primeros años, el niño aprehende, crea y usa múltiples formas de comunicarse y de afirmarse ante los demás.

Tenemos otro adjetivo en el nombre del Programa: *Mejor*. No toda infancia es buena. Hay infancias excluidas de todo, incluso de los vínculos afectivos. Hay infancias desconocidas, aisladas, empujadas hacia la sombra de las políticas públicas. Para ellas, es necesario dar infancia, asegurar el derecho a ser niño y a vivir como niño. Y hay infancias bien cuidadas, protegidas, rodeadas de medios favorables a su plan de desarrollo. Eso no es un derecho, pero un derecho de todos. Pero, es un derecho de todos. Esa infancia plena en los derechos y en la vivencia es inspiración, una orden para que todos los niños de todas las infancias sean acogidos, protegidos, amados y atendidos en sus necesidades. Por eso, se puede aplicar al objetivo del Programa el lema "ninguno a menos"¹. Una política para la Primera Infancia se pauta por la justicia, equidad e igualdad de oportunidades.

Primera Infancia Mejor... he ahí el nombre, he ahí el Programa, la visión y la misión de una política pública volcada a los primeros seis años de vida. El enfoque está en el niño, en la familia, pero abierto a las instituciones públicas en el territorio que complementan la acción de la familia: centro de salud, guardería, jardín de infancia, centros de atención social, consejos del derecho y tutelar; en suma, los órganos del sistema de garantía de derechos.

Al niño se le llama por el nombre, pero en este caso, vale tener un segundo nombre, abreviado casi infantil, al estilo del niño: PIM. Y, como PIM, viajó por otros estados y se hizo conocido, inspirando programas de visitas domiciliarias que pasaron a ser creados con adecuaciones a las características geográficas y culturales de la respectiva región y diseñados por la creatividad con adecuaciones de los gestores públicos y de los profesionales que en ellos se involucraron.

Vital Didonet

Asesor en asuntos legislativos de la
Rede Nacional Primeira Infância

1 *Nenhum a menos* (Ni Uno Menos, en español) - título en portugués de la película china, de 1999, dirigida por Zhang Yimou.



Agradecimientos

“Todo el agradecimiento es la memoria del corazón” (Lao Tsé)

Más allá del reconocimiento a la importancia de la primera infancia por la sociedad, es relevante recordar que las inversiones en causas de gran tamaño solamente tienen resultado a partir de la iniciativa de personas que confían y que le apuestan a las ideas. En tal sentido, es oportuno mencionar, cariñosa y respetuosamente, a algunas personas en especial, responsables directas por el éxito y crecimiento del *Primeira Infância Melhor* - PIM. Esas personas representan a todos los demás involucrados que confían y que actúan a favor de la primera infancia:

Osmar Gasparini Terra, arquitecto de la propuesta de intervención en la primera infancia, gestor en la época de creación del *Primeira Infância Melhor*, que orientó la causa como prioridad institucional de su gestión.

Arita Bergmann, que en la gerencia del PIM hizo viable su concretización junto a la Secretaría Estatal de la Salud.

Leila Almeida, Coordinadora Estatal del PIM durante un largo tiempo, que condujo con especial cariño y calidad técnica las acciones de gestión, apoyando y dando respaldo el trabajo de un competente equipo de profesionales.

Liése Gomes Serpa, por la Coordinación del Programa en un período de intensa articulación con las políticas de salud y de avances importantes para la maduración del PIM.

Gisele M. da Silva, actual Coordinadora Adjunta del PIM, por la competencia y dedicación al PIM desde su creación, y por ser fomentadora de las acciones que elevan la calidad del Programa, garantizando su sostenibilidad y visibilidad.

Francisco Paz, actual Coordinador del PIM, por el apoyo constante en la ejecución del Programa y por confiar en los profesionales que hacen la gerencia técnica del mismo.

Programa *Educa a Tu Hijo*/Celep, institución cuidadosamente escogida para sustentar los principios del PIM, cuyos profesionales apoyaron su etapa de implantación e implementación.

Red Nacional Primera Infancia, que, por excelencia, actúa en alianza apoyando y fomentando las acciones a favor de la atención a los primeros años de vida y nos inspira en la lucha por una infancia mejor en todo Brasil.

Equipo del BID, particularmente Florencia López Boo, por confiar en el PIM y financiar por completo esta obra y por contribuir en el análisis y en todas las revisiones con el apoyo de Mayaris Cubides.

Fundación Maria Cecilia Souto Vidigal, por la alianza en esta acción y en otras iniciativas y por fomentar en el país la cultura del cuidado con los primeros años de vida.

Victor Guerra, por perfeccionar nuestra mirada para la importancia del ritmo y afectividad como principios organizadores del vínculo afectivo, fortaleciendo nuestro entusiasmo en apostar en la capacidad de las familias en establecer relaciones sensibles y amorosas con sus niños.

Vital Didonet, por inspirarnos con su afecto, sabiduría y capacidad de agregar para construir un país mejor para nuestros niños. Su apoyo y ejemplo son fundamentales en nuestra trayectoria.

Karine Isis Bernardes Verch, por la dedicación y competencia con que plasmó en esta obra, nuestra trayectoria, que también es de ella.

Giuliana Chiappin, por acompañar la producción de esta obra con su mirada atenta y cuidadosa.

Profesionales del Equipo Técnico Estatal del PIM de nivel central y de las Coordinadoras Regionales, que invierten su conocimiento y amor en todo lo que hacen, día a día, pensando siempre en lo mejor para las familias, gestantes y niños atendidos.

Gestores estatales de Río Grande de Sur, de las diferentes administraciones, que independientemente de cuestiones político-partidarias, ofrecieron condiciones para la continuidad y fortalecimiento de las acciones del PIM.

Secretarías de Estado aliados del Programa, por el apoyo constante en las acciones en favor de la atención a la primera infancia.

Gestores municipales, que adhirieron a la propuesta, ofreciendo las condiciones para el

trabajo del PIM junto a la red de atención y familias.

Profesionales de las redes de servicios, por la alianza en la promoción de una atención integrada en el desarrollo de la primera infancia.

Grupos Técnicos Municipales - GTM y Monitores del PIM, por el esfuerzo permanente en garantizar una atención de calidad a las familias y fomentar la primera infancia como prioridad en las administraciones municipales.

Visitadores del PIM, profesionales directamente vinculados a las comunidades, responsables por orientar las familias para fortalecer sus competencias para el cuidado, la educación y la protección de sus niños, les agradecemos por hacer todo eso posible.

A las familias, gestantes y niños que confían sus vivencias al PIM, dando la oportunidad a la construcción colectiva de esta política pública, en un aprendizaje mutuo, transformador, potente y apasionante.

**Equipo Estatal del Programa
*Primeira Infância Melhor***

Presentación

Esta obra consiste en una inmersión por la trayectoria singular e innovadora de un Programa que trajo luz al modo de comprender la infancia de nuestros tiempos. Su elaboración contó con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo y de la Fundación María Cecilia Souto Vidigal, y en todas las etapas, recibió la mirada atenta del Equipo Estatal del PIM.

Nuestra trayectoria comienza en los primeros días de marzo de 2003, cuando Río Grande de Sur, acogió el reto de implementar una estrategia que considerara el desarrollo humano a partir de un abordaje integral. Nació el programa *Primeira Infância Melhor* – PIM, una iniciativa sin precedentes en la historia de Brasil.

Durante estos 14 años, el PIM nos ha permitido vivencias que han transformado nuestro modo de ver y de confiar en la vida y en el potencial de cada sujeto para construir su trayectoria. Fueron transformaciones íntimamente relacionadas a nuestros valores personales, pero principalmente, a nuestra responsabilidad como profesionales, de construir una política pública concentrada en el respeto hacia las singularidades, en la defensa de los derechos, en la unión de esfuerzos, en la lucha por la inclusión social y en la fidelidad a nuestro principal deseo: contribuir a que todos los niños tengan la oportunidad de crecer y de

desarrollarse en un ambiente sano y acogedor. Este viaje, aunque sinuoso y repleto de retos, sigue recogiendo éxitos. Aprendemos y seguimos aprendiendo con las familias, con el cotidiano de las comunidades, con los esfuerzos de los trabajadores de los territorios. De modo especial, aprendemos con la fuerza de los afectos y con el juego de los niños en sus descubrimientos del mundo.

Compartimos la seguridad de que integrar el equipo del *Primeira Infância Melhor*, amplía nuestro deber de compartir esos aprendizajes, sirviendo de ejemplo e inspiración para otras iniciativas. Por lo tanto, esta publicación integra nuestros esfuerzos por contribuir y alentar a aquellos que desean recorrer trayectorias semejantes.

El equipo técnico del PIM se enorgullece de cada etapa de la historia que se narra aquí. Esta es fruto de nuestra lucha diaria para la superación de retos y para el alcance de nuestro deseo de marcar de forma indeleble, la memoria y el corazón de todos los que por cualquier motivo, encontramos en nuestros caminos y se dejaron tomar por el amor más grande: la primera infancia, el comienzo de la vida, el comienzo de todo.

Gisele Mariuse da Silva

Coordinadora Estatal Adjunta del
Primeira Infância Melhor

Lista de Abreviaturas y Siglas

ACS	Agente Comunitario de Salud
AIS	Agente Indígena de Salud
AISAN	Agente Indígena de Sanidad
BPC	Beneficio de Prestación Continuada
CELEP	Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar
CNS	Tarjeta Nacional de Salud
CONANDA	Consejo Nacional de los Derechos del Niño y del Adolescente
CRAS	Centro de Referencia de Asistencia Social
CRE	Coordinación Regional de Educación
CRS	Coordinación Regional de Salud
ECA	Estatuto del Niño y del Adolescente
ESF	Estrategia de Salud de la Familia
FIOCRUZ	Fundación Oswaldo Cruz
FNDE	Fondo Nacional de Desarrollo de la Educación
GTE	Grupo Técnico Estatal
GTM	Grupo Técnico Municipal
IBGE	Instituto Brasileño de Geografía y Estadística
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INEP	Instituto Nacional de Estudios e Investigaciones Educativas Anísio Teixeira
LDB	Ley de Directrices y Bases
LOAS	Ley Orgánica de la Asistencia Social
NIS	Número de Identificación Social
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
PACS	Programa Agentes Comunitarios de Salud
PBF	Programa Bolsa Família (<i>Programa Auxilio Família</i>)
PIM	Primeira Infância Melhor (<i>Primera Infancia Mejor</i>)
PNAD	Encuesta Nacional por Muestra de Hogares
PNAISC	Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Niño
PNE	Plan Nacional de Educación
PNPI	Plan Nacional por la Primera Infancia
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RNPI	Red Nacional Primera Infancia
RS	Río Grande de Sur
SES	Secretaría Estatal de la Salud
SESAI	Secretaría Especial de la Salud Indígena
SIAB	Sistema de Información de la Atención Básica
SisPIM	Sistema de Información del PIM
SUS	Sistema Único de Salud
UBS	Unidad Básica de Salud
UMI	Unidad Materno Infantil
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Lista de Documentos

1. Acompañamiento Descriptivo Trimestral
2. Seguimiento de los Egresos del PIM
3. Ampliación del Número de Visitadores
4. Evaluación del Desarrollo Infantil
5. Caracterización y Diagnóstico
6. Censo/Mapeo
7. Inhabilitación de Visitadores
8. Desactivación del Programa
9. Diagnóstico Inicial del Desarrollo Infantil (Marco Cero)
10. Guía de Orientación para la Formación Inicial de Visitadores
11. Informe Mensual
12. Informe Trimestral
13. Monitoreo del Desarrollo Integral Infantil
14. Informe Descriptivo Trimestral de la Gestante
15. Plan de Acción
16. Plan de Formación Inicial de Visitadores
17. Plan de Modalidad de Atención
18. Programa de la Formación Inicial de GTM y Monitores
19. Registro de Visita
20. Relación Mensual de Gestantes y Niños Atendidos
21. Guía de Asesoría
22. Guía de Monitoreo de las Acciones PIM en el Municipio
23. Guía de Observación de la Visita Domiciliaria
24. Situación de la Primera Infancia en el Municipio
25. Suspensión Temporal del Programa
26. Término de Adhesión

Índice

13 INTRODUCCIÓN

14 CAPÍTULO 1: EL PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR – PIM

- 16 La trayectoria del PIM: contexto histórico y legal
- 19 Ejes de sustentación
- 20 Un Programa enfocado en la atención integral
- 22 Tecnologías de intervención
- 23 Modalidades de atención: la intervención junto a las familias

26 CAPÍTULO 2: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO

- 28 Recursos humanos
- 29 Perfil del Visitador
- 32 Formación de los técnicos para atender a la complejidad de la metodología
- 33 Presupuesto y recursos financieros para la sostenibilidad del Programa
- 34 De la adhesión a la implementación: la dinámica de funcionamiento del Programa
- 36 Proceso de selección de los beneficiarios
- 38 Evolución histórica y perfil de los beneficiarios PIM

42 CAPÍTULO 3: MONITOREO COMO GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL PIM

- 44 Sistema de Información del PIM (SisPIM)
- 45 Monitoreo de la gestante y del niño
- 47 Monitoreo de la actuación del Visitador
- 47 Monitoreo de los equipos municipales
- 48 Evaluaciones realizadas
- 52 Análisis del costo-efectividad

54 CAPÍTULO 4: INNOVANDO EN LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

- 56 Ampliación de la cultura de inversión en la primera infancia
- 57 Inspirando y apoyando la implantación de otros programas en el país
- 60 Retos y conquistas a lo largo de esta trayectoria

63 REFERENCIAS

66 APÉNDICE

Introducción

El Programa *Primeira Infância Melhor* – PIM es una intervención para el fortalecimiento de las familias en sus competencias y de promoción del desarrollo de la primera infancia, en articulación con las acciones de salud, asistencia social y educación, prioritariamente.

Esta publicación tiene como finalidad presentar la trayectoria recorrida por el PIM, mostrando su estructura, funcionamiento y singular metodología, además de los avances y retos enfrentados por esta política pública. Además, pretende suministrar información para iniciativas que buscan implantar servicios de atención a la primera infancia.

El capítulo 1 – El Programa *Primeira Infância Melhor* – PIM – presenta en retrospectiva el contexto legal y teórico de la atención a la primera infancia en ámbito nacional y mundial, muestra la forma como ese contexto motivó e influyó la creación y el perfeccionamiento del PIM, así como el Programa influyó ese contexto. Se presentan los ejes del PIM, así como la importancia de una política pública enfocada en la atención integral, y como esta política se implanta en la práctica. También, se describe el proceso de visita domiciliar y la interacción lúdica, validados como tecnologías de intervención del PIM junto a las familias.

El capítulo 2 – Estructura y funcionamiento – presenta la estructura y el funcionamiento del *Primeira Infância Melhor*, en cuanto a sus orientaciones técnicas, recursos humanos, formación de los equipos y etapas que componen el proceso de adhesión, implantación e implementación de esa política pública. Presenta los criterios de selección y perfil de los beneficiarios, además de explicar los presupuestos y los recursos financieros para la sostenibilidad del programa.

El capítulo 3 – Monitoreo como garantía de la calidad del PIM – trata del proceso de monitoreo del *Primeira Infância Melhor*. Como se trata de uno de los aspectos que garantiza el éxito del Programa, se presentan de forma detallada los niveles de acción de monitoreo en la práctica: de la gestante y del niño, y de la actuación del Visitador y de los equipos municipales. Finalmente, desde un punto de vista crítico, se presentan los estudios que se han realizado para evaluar este Programa.

El capítulo 4 – Innovando en la atención a la primera infancia – demuestra su impacto en el fortalecimiento de la cultura de inversiones en la primera infancia. Además, presenta una reflexión sobre las dificultades para la ejecución del *Primeira Infância Melhor*, relacionadas con las lecciones aprendidas en el cotidiano de esta política pública.

Esta publicación busca plasmar la trayectoria de catorce años de una política pública innovadora, creada en un escenario en el que las acciones en favor de la atención a la primera infancia eran raras e incipientes. Entre las conquistas del PIM está su reconocimiento como proyecto prioritario en las diferentes administraciones gubernamentales del estado, que independientemente de situaciones partidarias, fueron unánimes con relación a la importancia de la continuidad del Programa. Además, el PIM apoya la implantación de iniciativas semejantes en otros territorios del país y contribuye para la elaboración de documentos y legislaciones afines con el tema.

Esta publicación busca servir como referencia para aquellos que desean invertir en acciones de cualificación de la atención a la primera infancia, base de una sociedad más justa y equitativa.

CAPÍTULO 1

EL PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR – PIM



Primeira Infância Melhor es una política pública transversal de acción socioeducativa de promoción del desarrollo integral en la primera infancia. Su principal objetivo es orientar a las familias, a partir de su cultura y experiencias, para que promuevan el desarrollo integral de sus niños, desde el embarazo hasta los seis años de edad. Por medio de la visita domiciliaria, el PIM promueve la estimulación y el desarrollo infantil, el fortalecimiento de las relaciones familiares y la identificación de las necesidades específicas de cada beneficiario, articulando la red de servicios según las demandas que surgen en el cotidiano de las familias.

La trayectoria del PIM: contexto histórico y legal

En las últimas décadas, diferentes tratados y legislaciones abordaron temas relacionados a la infancia. La Constitución de Brasil (de 1988), la Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF, 1989), la Declaración de Jomtien y la Declaración de Dakar (UNESCO, 2001 a) son ejemplos significativos que reconocen al niño como sujeto de derechos y en especial condición de desarrollo. Tales documentos comprometen a gobiernos y a la sociedad para la promoción de acciones que buscan garantizar, mucho más allá de la supervivencia, el desarrollo pleno y la protección en contra de todas las formas de discriminación, explotación y acoso, con enfoque prioritario en aquellos niños que se encuentran en situación de vulnerabilidad bio-psicosocial.

La legislación brasileña acompañó el proceso de atención a la primera infancia, en diferentes sectores del gobierno, tales como la implantación del Sistema Único de Salud – SUS (Ley Federal nº. 8.069, 1990), que promueve el Estatuto del Niño y del Adolescente – ECA (Ley Federal nº 8.069, 1990), que garantiza los derechos del desarrollo integral del niño,

complementando la acción de la familia y de la comunidad; la Ley Orgánica de Asistencia Social – LOAS (Ley Federal nº 8.742, 1993), que tiene entre sus objetivos la protección a la familia, a la maternidad y a la infancia; y la Ley de Directrices y Bases de la Educación – LDB (Ley Federal nº. 9.394, 1996), que integró la educación infantil al sistema educacional. En 2001, el Plan Nacional de Educación – PNE, por primera vez presentó directrices y objetivos específicos para la franja etaria de cero a seis años de edad (UNESCO, 2001b).

Impulsado por esas leyes, en 2003 se implanta el Programa Primeira Infância Melhor en el estado de Río Grande de Sur- RS² como respuesta a las latentes demandas por atención a la primera infancia. Se estudiaron diferentes iniciativas mundiales para fundamentar el proceso de implantación del PIM. La metodología del programa cubano *Educa a tu Hijo*³, fue escogida para ser el modelo inspirador de las líneas básicas del Programa. Con este se estableció una cooperación técnica de tres años, financiada por la Secretaría del Estado de Salud – SES, que permitió el intercambio de

Figura 1 – Línea del tiempo



2 Brasil es una República Federativa formada por la Unión de 26 estados federados, además del Distrito Federal. Brasil se organiza en tres esferas interdependientes: federal (que corresponde a todo el país), estatal (los 27 estados que componen el país) y municipal (división de los municipios dentro de cada estado). Cada una de esas esferas tiene su propia estructura y administración. Río Grande de Sur está ubicado en la extremidad Sur del país, y corresponde a aproximadamente el 3% del territorio nacional. El Estado posee un área extensa, de 268.000 km², en la cual se concentran 497 municipios, poblados por aproximadamente 10 millones de habitantes (el 6% de la población de Brasil).

experiencias y conocimientos fundamentales para la superación de los retos inherentes a la etapa de implantación de una política pública sin precedentes en Brasil. El Programa también estableció la cooperación técnica con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura - Unesco, para la viabilidad de sus acciones de gestión estatal.

En 2003, apenas el 21,8% de la población de cero a seis años en Brasil contaba con atención en la red de educación infantil. En Río Grande de Sur, el porcentaje era aun menor, el 17,9%, representando 218.976 de una población total de 1.220.351 niños (IBGE, 2005). La proporción de niños con bajo peso en las áreas atendidas por la Estrategia de Salud de la Familia - ESF en el país era del 4,8% hasta el primer año y llegaba al 10,1% a los dos años de edad (UNICEF, 2006)⁴. El porcentaje de niños pobres, con ingreso familiar per capita de hasta ½ salario mínimo, era del 45% en Brasil y del 28,8% en RS (IBGE, 2004). La tasa de mortalidad infantil en 2003, era de 24,6 muertes por cada mil nacidos vivos en Brasil y 15,9 muertes por cada mil nacidos vivos en RS. El Índice de Desarrollo Humano - IDH de Brasil era de 0,79, es decir, el país ocupaba el 63º lugar en el ranking mundial entre 177 (ONU, 2004; IBGE, 2005).

Hasta diciembre de 2006, el PIM fue implantado en el 45,5% de los municipios de Río Grande de Sur, atendiendo a 40.125 familias y beneficiando a 4.815 gestantes y 44.138 niños, lo equivalente al 6% de las niños no inscriptos en la red formal de educación infantil (Schneider & Ramires, 2007). Los resultados visibles de esta política pública, fortalecieron la valoración de la primera infancia por parte de los gestores de la Secretaría Estatal de la Salud y demás Secretarías involucradas. Simultáneamente, había un reconocimiento del gobierno del estado, que en 2006 instituyó el Programa como parte integrante de la Política Estatal de Promoción y Desarrollo de la Primera Infancia por medio de la Ley Estatal nº. 12.544.

La institución de esa ley ratificó al PIM como pionero en la inversión en la inversión en las familias con niños pequeños en el sur del país.

En 2007, al cerrar la cooperación técnica con el Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar - Celep/Cuba, aliado en el fortalecimiento técnico y la legitimación del Programa, surgió la necesidad de perfeccionar la metodología, adaptándola a las necesidades y especificidades de la cultura brasileña. A partir de allí, se implantó el proceso de monitoreo del desarrollo infantil, que no estaba previsto en el modelo adaptado del programa *Educa a tu Hijo*.

Durante ese año, hubo un importante avance a favor de los primeros años de vida en el país con la creación de la *Red Nacional Primera Infancia* - RNPI, una articulación nacional que reúne organizaciones de la sociedad civil, gobierno, sector privado y otras redes, que tiene un importante poder de incidencia técnica y política en el país. *Primeira Infância Melhor* cuenta con representatividad desde su creación, habiendo integrado el grupo gestor durante dos mandatos. En 2010, la RNPI logró la aprobación en el Consejo Nacional de los Derechos del Niño y del Adolescente - Conanda, del Plan Nacional por la Primera Infancia - PNPI - documento que contó con la autoría del PIM, entre otras instituciones.

En esta trayectoria, se desarrollaron dos iniciativas federales: la Estrategia Rede Cegonha (Red Cigüeña) (Resolución Federal nº 1.459, 2011), que propuso un nuevo modelo de atención al parto, nacimiento y a la salud del niño en los primeros años, y el Programa *Brasil Carinhoso* (Brasil Cariñoso), que tiene en el PIM uno de sus pilares y busca contribuir con acciones de cuidado integral en la primera infancia, actuando en diferentes vertientes, como la seguridad alimentaria y nutricional, y la garantía del acceso y permanencia del niño en la educación infantil.

3 El "Educa a tu hijo", coordinado por el Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar - Celep es un programa social cubano que ofrece atención educativa no institucional, dirigida a niños de cero a seis años que no concurren a instituciones de educación infantil. Tiene carácter comunitario y eminentemente intersectorial. Tiene la familia como enfoque de la atención en la promoción del desarrollo integral de sus hijos, con la finalidad de prepararlos para su ingreso en la escuela.

4 En ese período, no existía en Brasil una imagen amplia de la desnutrición en la primera infancia, específicamente. Los datos presentados se refieren a la población atendida por el Programa de Agente Comunitario de Salud - PACS y por la Estrategia de Salud de la Familia - ESF, a partir de los datos del Sistema de Información de la Atención Básica - SIAB, del Ministerio de la Salud.

En 2012, la metodología del PIM fue alterada en cuanto al número de familias atendidas por el Visitador. Buscando mayor calidad en la atención a los beneficiarios, ampliando el tiempo destinado a la planificación de las visitas y a la educación permanente del Visitador, se redujo de 25 a 20 familias el número máximo de familias atendidas por este (Resolución Estatal n° 578, 2013).

El reconocimiento de la importancia de la primera infancia se fue fortaleciendo en diversos sectores. El Plan Nacional de Educación – PNE (Ley Federal n° 13.005, 2014) presentó metas relativas a la educación infantil, dispuestas sobre la atención del 100% de los niños de cuatro y cinco años en institución preescolar hasta 2016, observando la Enmienda Constitucional n°. 59/09, bien como del 50% de los niños de hasta tres años en guarderías hasta el final de la década de vigencia del PNE, en 2014. Respetando ese cambio, *Primeira Infância Melhor* ajustó nuevamente su forma de atención a las familias con niños, reorganizando su atención sistemática por franja de edad.

La sociedad brasileña tuvo otro motivo para celebrar en 2015, cuando se publicó la Resolución Nacional n° 1130, que instituyó la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Niño - PNAISC. El documento contó con el aporte del PIM en su elaboración. La PNAISC reconoce la importancia de los primeros años al prever, en su tercer eje, el desarrollo integral de la primera infancia, cuyas acciones tienen en el PIM su referencia metodológica.

En 2016, como consecuencia del apoyo técnico del equipo técnico estatal del PIM e inspirado en los pasos recorridos por este, el estado de Amazonas creó su propia ley enfocada en los cuidados de la primera infancia. Apenas 2 de los 27 estados del territorio nacional cuentan con leyes propias. Además, el intervalo de 10 años entre una legislación y la otra revela que darle prioridad a los primeros años de vida todavía es un reto en el país (Ley Estatal n° 4.312, 2016).

En este mismo año, un avance histórico fue la aprobación del Marco Legal de la Primera Infancia, Ley Federal n° 13.257/16, que busca garantizar los derechos en diferentes sectores enfocados en la promoción del desarrollo integral, teniendo *Primeira Infância Melhor* como referencia modelo de visitación domiciliaria.

Una acción consecuente del Marco Legal de la Primera Infancia fue la creación del Programa *Criança Feliz*: un programa del gobierno federal que tiene por objetivo brindarles apoyo a las familias, para la promoción del desarrollo infantil. Se trata de una acción en amplia escala, que le da prioridad a las gestantes y niños de familias que integran el Programa *Bolsa Família*⁵ - PBF, las familias con niños con discapacidad que reciben el *Benefício de Prestação Continuada* – BPC, y también niños privados de la convivencia familiar (Decreto Federal n° 8.869, 2016). Inspirado en la metodología del *Primeira Infância Melhor* y en los demás programas de otros estados, *Criança Feliz* enfocará su atención prioritariamente en los primeros mil días de vida, por medio de visita domiciliaria.

La práctica constante de apoyar diferentes iniciativas a favor de los primeros años de vida, confirma la importancia de *Primeira Infância Melhor* en el escenario nacional. A lo largo de su trayectoria, sirvió como referencia metodológica y apoyó a diferentes estados y municipios de Brasil. Entre estas iniciativas se destacan: *Atenção à Primeira Infância e à Maternidade* - Munhoz de Melo/Paraná (2012), *Atenção Melhor à Infância* - Vila Velha/Espírito Santo (2012), Programa *Primeira Infância Ribeirinha* - Iraduba, Novo Airão y Manacapuru/Amazonas (2013), Programa *Cresça com Seu Filho* - Fortaleza/Ceará (2014), *São Paulo Carinhosa* - São Paulo/São Paulo (2014), *Projeto Atenção Nutricional e Estímulo ao Desenvolvimento da Primeira Infância* - 28 municipios de Acre, Amazonas, Roraima, Rondônia y São Paulo (2014), *Primeira Infância Acreana* – Acre (2015) y un programa en construcción en el estado de Alagoas (2016)⁶.

5 El Bolsa Família (Auxilio Familia) es un programa de transferencia directa de ingresos, orientado a las familias en situación de pobreza y de extrema pobreza en todo el país. El beneficio de Prestación Continuada es un beneficio individual que garantiza la transferencia de un sueldo mínimo a la persona discapacitada de cualquier edad, que compruebe que no posee medios para mantenerse a sí misma o a su familia.

Al analizar el escenario actual, en lo que se refiere a los datos e indicadores estatales y nacionales, se observa un incremento de la presencia de niños en la red de educación infantil. Según datos del Censo Escolar, Brasil cuenta actualmente con el 29,6% de los niños de cero a tres años y el 89,1% de los niños de cuatro a cinco años inscriptos en la escuela. En Río Grande de Sur, ese porcentaje es del 32,8% de los niños de cero a tres años y el 80,1% de los niños de cuatro a cinco años inscriptos en la red de educación infantil (INEP, 2015). Consecuentemente, el aumento de la oferta de plazas en la red de educación impactó el número de atenciones del *Primeira Infância Melhor*, que tuvo una caída significativa en la atención a los niños a partir de los cuatro años de edad. Por otro lado, un aspecto positivo de ese cambio fue la posibilidad de dar un énfasis mayor al trabajo con gestantes y bebés, período crucial para intervenciones de promoción del desarrollo integral.

En los últimos años, Brasil ha avanzado en la reducción de la mortalidad infantil, cuya tasa cayó de 62 muertes por cada mil nacidos vivos en 1990, a 13,8 por cada mil nacidos vivos

(Berlinski & Schady, 2015), representando una caída de más de 10 puntos porcentuales, en comparación con el año de implantación del PIM, en 2003. En Río Grande de Sur, la tasa de mortalidad infantil fue de 10,1 muertes por cada mil nacidos vivos (Portal Salud, 2016), evidenciando una caída de 5,8 puntos porcentuales en relación al año 2003. Según el informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura - FAO (2014), Brasil también obtuvo éxito en la reducción de las desigualdades sociales, al reducir a la mitad la población que sufre de hambre, saliendo por primera vez del Mapa Mundial del Hambre, con impacto importante en la salud de los niños y poblaciones más vulnerables. Con relación al Índice de Desarrollo Humano - IDH, Brasil, que ocupaba el 63º lugar en el año de 2003, pasó a ocupar el 75º lugar en el ranking mundial en 2015 (PNUD, 2016). En relación a los datos específicos del *Primeira Infância Melhor* (SisPIM, 2016), se encontró que al final de 2016, el Programa estaba implantado en 242 municipios, representando el 49% del estado, atendiendo 51.700 familias y beneficiando 7.755 gestantes y 58.870 niños.

Ejes de sustentación

Los ejes de sustentación del *Primeira Infância Melhor* son: familia, comunidad e intersectorialidad. Esos ejes están presentes desde la concepción del Programa y se revelan como uno de los puntos clave del éxito, ya que representan tres premisas básicas: el protagonismo de la familia, el compromiso comunitario y la participación activa de diferentes sectores de gestión.

En ese contexto, se entiende familia como el lugar donde los lazos afectivos y de convivencia se establecen y se sustentan. Es donde los niños, padres y/o cuidadores, familiares, independientemente de los lazos, biológicos, se movilizan concreta y simbólicamente. Es el espacio donde las acciones del Programa

cobran sentido, siendo el lugar primario de socialización, aprendizaje y desarrollo de capacidades humanas (Almeida *et al.*, 2016).

El PIM propone el acogimiento y el respeto hacia las singularidades de cada familia, invirtiendo en la construcción de una relación dialógica basada en la conducta ética, que incluye las diferencias y valora las potencialidades de cada contexto. Se trata de un ejercicio permanente de coproducción de la salud y la autonomía de los sujetos, sin representar, por lo tanto, un trabajo de tutela familiar. El PIM es una acción socioeducativa que motiva la participación reflexiva de las familias en las actividades propuestas y en la continuidad del cuidado con sus niños (Drügg,

6 Los años referenciados representan el inicio de la alianza entre los programas y el PIM, siendo que en algunas iniciativas, el apoyo técnico permanece hasta los días actuales.

2011). Se percibe que este es el camino posible para trabajar el fortalecimiento familiar, comenzando con la comprensión del modo de vida de cada familia, proporcionándoles una atención personalizada, que respete sus culturas y experiencias.

Las comunidades son entendidas como la ampliación del espacio de convivencia familiar. Espacio donde el sujeto puede ejercer su singularidad, y al mismo tiempo, recibe la influencia de otros saberes, culturas, historias y vivencias. En esa lógica, la comunidad se instituyó como ejercicio del colectivo, en el cual el cambio en los individuos también transforma el contexto a su alrededor.

Las acciones del PIM buscan el fortalecimiento de las comunidades. Además de las visitas domiciliarias y de las actividades en grupo, el Programa promueve regularmente actividades comunitarias con la participación de diferentes segmentos de la comunidad, teniendo como objetivo la socialización, el fortalecimiento de la cultura local, la promoción de los derechos, el acceso a la información, entre otros. En ese escenario, el PIM pasa a ser reconocido como parte de la propia comunidad.

Un aspecto que destaca el valor otorgado al eje de la comunidad, es la adaptación metodológica que tiene lugar en el trabajo con las llamadas comunidades tradicionales: indígenas y *quilombolas* (descendientes de personas que fueron esclavizadas); así como con otras específicas: ribereñas, del campo, de la selva, de las aguas y madres privadas de libertad. En el Apéndice 1 se presentan brevemente las experiencias y lecciones

aprendidas con proyectos de adaptación PIM en comunidades *quilombolas*, indígenas y con mujeres privadas de libertad.

La intersectorialidad se entiende como un conjunto articulado de acciones, de diferentes áreas y actores, buscando el cuidado integral de gestantes, niños y familias. Esta se presenta en los diferentes niveles de actuación del PIM. En el estado, se da a partir de la articulación de diferentes secretarías, además de contar con el apoyo del Comité Gestor. El estado, por su parte, se articula con los municipios por medio de cooperación técnica y financiera. En el municipio, la gestión intersectorial se reafirma, ya que el grupo técnico de coordinación debe ser representado al menos por profesionales de las Secretarías de la Salud, Educación y Asistencia Social.

De la misma forma, la integración de las acciones de Primeira Infância Melhor con los servicios que existen en el territorio, ratifica la intersectorialidad que el Programa promueve. Al tiempo que identifica las demandas y activa la red de servicios, también sirve de referencia para otros profesionales en cuanto al seguimiento de las familias. Por medio de esa práctica, el PIM se define como una política de atención integral, que promueve una acción articulada entre diversas áreas. Esa articulación busca la optimización de recursos humanos y financieros, la no disociación de las diferentes atenciones, la cualificación de la comunicación, y especialmente, la producción de resultados significativos sobre el desarrollo de la gestante, el niño y su familia en situación de mayor riesgo y vulnerabilidad social.

Un Programa volcado a la atención integral

La atención integral como principio de Primeira Infância Melhor remite a la comprensión de que los factores que interfieren en el desarrollo del niño son amplios y atraviesan diferentes áreas. La integralidad es sostenida y defendida como valor en las prácticas de todos los

actores involucrados en la gestión y ejecución del Programa. Confirmando el carácter intersectorial, el PIM compone la Atención Primaria en Salud, la Protección Social Básica y la Educación.

7 La Atención Primaria en Salud se caracteriza por un conjunto de acciones, en el ámbito individual y colectivo, que abarca la promoción y la protección de la salud, la prevención de afectaciones, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la reducción de daños y el mantenimiento de la salud, buscando el desarrollo de una atención integral que impacte en la situación de salud y autonomía de las personas. Es el contacto preferencial de los usuarios, la principal puerta de entrada y el centro de comunicación con toda la Red de Atención a la Salud. (Resolución Federal nº 2.488, 2011).

Primeira Infância Melhor es uno de los accesos al Sistema Único de Salud –SUS, por medio de la Atención Primaria⁷ que funciona como un filtro capaz de organizar el flujo de los servicios en las redes de salud, actuando en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud, al mismo tiempo en que direcciona las situaciones más graves para niveles de atención superiores en complejidad (FIOCRUZ, 2017).

El equipo del PIM se articula con los Equipos de Atención Primaria y Estrategia de Salud de la Familia - ESF⁸, siendo la Unidad Básica de Salud - UBS⁹ también uno de los espacios estratégicos

para el Programa. Los Visitadores del PIM y los Agentes Comunitarios de Salud - ACS¹⁰, dentro de sus especificidades de trabajo, actúan en alianza con relación a la atención dada a las familias. Cabe destacar que el objetivo de las visitas, la frecuencia, la duración de la atención y las atribuciones de las ACS y Visitadores del PIM son diferentes como lo muestra el cuadro 1. La complementariedad de esos profesionales es de fundamental importancia para la calidad del servicio ofrecido y el consecuente impacto en la vida de los beneficiarios. Los ACS favorecen la integración del equipo del PIM junto a la comunidad y auxilian en la búsqueda activa de gestantes y niños.

Cuadro 1 – Cuadro comparativo sobre la actuación del Visitador y del Agente Comunitario de Salud

	Visitador del PIM	Agente Comunitario de Salud
Público-objetivo	Familias con gestantes y niños de 0 a 6 años en situación de riesgo y vulnerabilidad social.	Familias en una base geográfica definida por micro área de atención.
Objetivo	Orientar familias, a partir de su cultura y experiencia, para que promuevan el desarrollo integral de sus niños , desde la gestación hasta que cumplan los seis años de edad.	Desarrollar actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud , mediante acciones domiciliarias o comunitarias, individuales o colectivas, desarrolladas conforme las directrices del SUS.
Supervisión	Supervisado por un Monitor y/o representante del grupo Técnico Municipal. Cada Monitor (20horas), es responsable de supervisar hasta 8 Visitadores.	Supervisado por el enfermero del equipo de la Estrategia de Salud de la Familia. Cada enfermero es responsable de orientar 12 ACSs.
Proporción de atendimiento	Cada Visitador atiende hasta 20 familias .	Cada ACS atiende hasta 750 personas .
Frecuencia de atendimiento	Semanal para cada gestante o niño	Mensual para cada familia
Duración del atendimiento	De 45 minutos a 1 hora	No especificado

Fuente: Ley estadual nº. 14.594/14; Resolución Federal nº. 2.488/11

8 La Estrategia Salud de la Familia - ESF está considerada por el Ministerio de la Salud y gestores como estrategia de expansión y consolidación de la Atención Primaria por favorecer una reorientación del proceso de trabajo con mayor potencial de ampliar la resolutivez y el impacto en la situación de salud de las personas y colectividades, además de propiciar una importante relación costo-efectividad (Resolución Federal nº 2.488, 2011).

9 La Unidad Básica de Salud - UBS es el contacto preferencial de los usuarios, la principal puerta de entrada y el centro de comunicación con toda la Red de Atención a la Salud. Está instalada cerca de donde las personas viven, trabajan y estudian, y de esa forma, desempeña un rol central en la garantía de acceso de la población a una atención de salud de calidad (Ministerio de Planificación, 2017).

10 El Agente Comunitario de Salud – ACS, es el profesional responsable por actuar en la promoción y prevención en la salud, haciendo el mapeo y remitiendo a las personas al servicio de salud (Ministerio de Planificación, 2017).

Al trabajar esencialmente con el fortalecimiento de los lazos familiares y el acceso a los derechos, el PIM ayuda a las familias a que asuman el protagonismo en el cuidado de sus niños y en la protección de sus miembros. El Programa contribuye a la prevención de las situaciones de riesgo y vulnerabilidad, así como al seguimiento de afectaciones ya presentes en el contexto familiar, encontrándose con los presupuestos de la Protección Social Básica¹¹ que tienen la garantía de derechos de la familia como centro de sus acciones. El trabajo conjunto con los equipos de protección social busca fortalecer a las familias y desarrollar su autonomía, apoyándolas para que superen eventuales dificultades. Los Centros de Referencia de la Asistencia Social –CRAS¹² son los principales articuladores de las acciones conjuntas con *Primeira Infância Melhor*.

El PIM contempla la educación al promover una mirada ampliada sobre la constitución de los sujetos, sus necesidades, potencialidades y derechos. El Programa ejerce una función crucial en el fortalecimiento de las familias para que acompañen los procesos de aprendizaje de sus niños, además de contribuir para que estén listos al momento de ingresar a la Educación Básica¹³. El PIM y las instituciones de educación infantil son aliados en la promoción del desarrollo infantil, pues atienden, con diferentes metodologías, la misma franja etaria (de cero a cinco¹⁴ años). De la misma forma, el PIM se articula sistemáticamente con la red de enseñanza local y actúa en el empoderamiento del adulto para el cuidado, educación y protección de sí mismo y de sus niños, contribuyendo, por ejemplo, al reingreso de padres y/o cuidadores en el sistema de educación, para que puedan completar sus estudios.

Tecnologías de intervención

La visita domiciliaria y la interacción lúdica son tecnologías de intervención del *Primeira Infância Melhor*. Esas tecnologías permiten la aproximación del Programa a las realidades atendidas, favoreciendo un reconocimiento más preciso de las características, potencialidades y necesidades de cada contexto, resultando en propuestas singulares de intervención, pertinentes a cada realidad.

La visita domiciliaria prevé la valoración de la familia, del domicilio y de la comunidad, siendo estos espacios privilegiados para la promoción de la salud y del bienestar (Drügg; Verch & Fontoura, 2016). La actividad realizada directamente en las casas permite que el equipo del PIM conozca la estructura y la dinámica

familiar, que identifique potencialidades y factores de riesgo, además de favorecer la participación activa en su proceso amplio de desarrollo.

La visita domiciliaria en el PIM contempla los siguientes aspectos: currículo de intervención amplio y semiestructurado; plan singular de atención; guía de visita domiciliaria; intensidad y duración de las visitas; escucha y observación cualificadas; materiales de apoyo; formación de los profesionales involucrados; proceso de supervisión y seguimiento de campo.

La interacción lúdica es la principal conexión del PIM con y entre las familias. Esta pasó a ser comprendida como una tecnología de

11 Protección Social Básica es el conjunto de servicios, programas, proyectos y beneficios de la asistencia social. Está destinado a la población que vive en situación de vulnerabilidad como consecuencia de la pobreza, privación –ausencia de ingresos, precario o nulo acceso a los servicios públicos, entre otros- y/o fragilización de lazos afectivos –relacionales y de pertenencia social- discriminaciones etarias, de género o por discapacidad, entre otras (Ley Federal n° 8.742, 1993).

12 El CRAS representa la principal estructura física local para la Protección Social Básica, desempeña un rol central en el territorio donde se ubica. Tiene la función exclusiva de la oferta pública del trabajo social con familias, por medio del servicio de protección y atención integral a estas, y la gestión territorial de la red socio asistencial (Orientaciones Técnicas: CRAS, 2009).

13 La Educación Básica está organizada en tres etapas: Educación infantil – atiende niños entre cero y seis años incompletos. Enseñanza primaria – con duración mínima de nueve. Enseñanza secundaria – es la etapa final de la educación básica, con duración mínima de tres años. Se puede ofrecer de forma integrada a la educación profesional (Ley Federal n° 9.394, 1996).

14 5 años, 11 meses y 29 días.

intervención, dado que favorece al aspecto positivo en el trabajo con las familias y entiende que, más allá de las debilidades, es fundamental mirar sus potencialidades, valorando su autoestima, creatividad, historias de vida, deseos, entre otros aspectos.

La intervención lúdica permite, aunque de forma momentánea, la construcción de ambientes favorables al desarrollo de la primera infancia. En ese contexto, el acto de jugar impacta no solo en el niño, sino también en sus cuidadores y profesionales involucrados. El jugar es uno de los principales medios por los cuales el niño comprende, se relaciona y

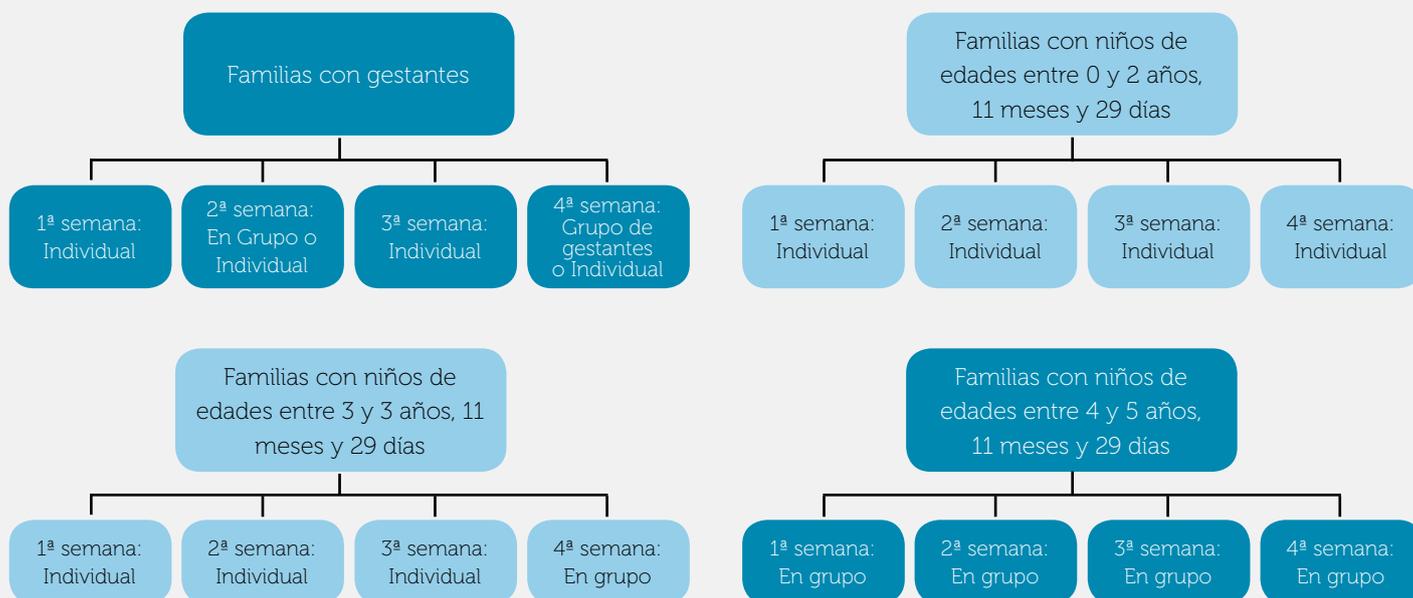
se comunica con el mundo (Vygotsky, 1988). Para el adulto, las experiencias lúdicas del PIM permiten el fortalecimiento de los lazos afectivos, momentos de placer, el rescate y la resignificación de vivencias de su infancia, además de la posibilidad de superar dificultades de forma más optimista y espontánea. De la misma forma, el juego ejerce función primordial para los profesionales involucrados en el PIM, en especial el Visitador, que necesita convivir con una carga intensa de demandas de las familias y encuentra en esa tecnología mayor levedad para ejercer adecuadamente su trabajo.

Modalidades de atención: la intervención junto a las familias

Modalidad de Atención en Primeira Infância Melhor es el nombre que se usa para definir la atención realizada junto a las familias. Esta se divide en: Modalidad de Atención Individual

y Modalidad de Atención en Grupo, que se destinan a grupos etarios diferentes, como muestra la figura 2.

Figura 2 – Modalidades de Atención



Fuente: Oficio Circular PIM nº. 01, 2016

Para las familias con gestantes, la atención es individual semanal. Ellas participan mensualmente en grupos de gestantes

organizados por la red de servicios en el territorio, siempre con la participación del equipo del PIM. Además, respetando las necesidades de

cada municipio, eventualmente las gestantes pueden participar en una Modalidad en Grupo, bajo la coordinación del PIM y marcando la fecha con anticipación (Secretaría Estatal de la Salud, 2013).

Para las familias con niños de cero a tres años, la atención es individual y semanal por medio de visita domiciliaria. Al completar los tres años, pasan a la atención mensual en grupo, en espacios colectivos de la comunidad, iniciando el proceso de socialización, dado que a partir de los cuatro años pasan a contar exclusivamente con atención por medio de la Modalidad en Grupo¹⁵ (Oficio Circular PIM n° 01, 2016).

Además de las Modalidades de Atención, el Programa busca realizar Visitas de Seguimiento, que suceden de forma esporádica, según la necesidad de cada familia. Las visitas tienen la finalidad de fortalecer las orientaciones, aclarar

dudas y complementar etapas del proceso de seguimiento y evacuación del desarrollo infantil.

El proceso de realización de la Modalidad de Atención contempla diferentes etapas. Inicialmente, se realiza el **Plan de Modalidad de Atención**¹⁶ en el cual el Visitador planifica la visita domiciliaria, define cuáles actividades serán realizadas, cuáles recursos serán necesarios y qué aspectos del desarrollo serán trabajados, respetando el plan singular de atención a la gestante o al niño y su familia. Ese proceso se realiza con el apoyo y supervisión del Monitor y/o representantes del Grupo Técnico Municipal y el soporte de los materiales del Programa, tales como las Guías de Orientación y la Colección Haciendo Arte con el PIM. Validado el plan, el Visitador realiza la visita domiciliaria o la actividad en grupo, respetando los tres momentos específicos de la metodología.



15 Hasta el año 2016, al completar tres años, los niños y sus familias pasaban a ser atendidos en la Modalidad de Atención en Grupo, buscando el proceso de socialización e interacción con la comunidad. Ante las normativas para el alcance de la totalidad de los niños a partir de los cuatro años de edad en escuelas de educación infantil, en conformidad con el Plan Nacional de Educación, fue necesario ajustarse a su forma de atención, ampliando en doce meses la posibilidad de atención domiciliaria individual. Esa flexibilización de la metodología sucedió porque muchos niños atendidos en las Modalidades de Atención en Grupo ingresaron en la enseñanza formal.

16 Todos los nombres con destaque en negrita se refieren a instrumentos específicos del PIM, desarrollados por el Grupo Técnico Estatal. Documentos internos, no publicados.

Cuadro 2 - Momentos de la visita domiciliar y/o actividad en grupo

1	En el primer momento, el Visitador ofrece un espacio de acogimiento y escucha de la familia y observa cómo está durante esa jornada; juntos, retoman y evalúan las actividades realizadas durante la semana y discuten la propuesta de actividad lúdica para el día. El Visitador presenta los objetivos con relación al período gestacional o al desarrollo infantil y acuerda cómo será la actividad por parte de la familia. Las actividades y orientaciones se dirigen a los cuidadores, para que ellos desarrollen el trabajo propuesto con sus niños, permitiendo la consolidación del lazo familiar y el compromiso de los padres y/o cuidadores para con sus niños. En el caso de las gestantes, las orientaciones serán dirigidas a ellas y a sus familiares.
2	El segundo momento es la ejecución de la actividad lúdica por parte de la familia, con la mediación y el apoyo del Visitador. Este es el momento en que los padres y/o cuidadores ejercitan el protagonismo del cuidado y la atención con sus niños, donde se valoran las potencialidades y hay espacio para la manifestación de la creatividad de todos los involucrados, además del fortalecimiento de la interacción positiva intrafamiliar.
3	En el tercer y último momento, se realiza la evaluación conjunta de la actividad, con el objetivo de identificar progresos y dificultades; reforzar la importancia de los aspectos trabajados; aclarar dudas y, especialmente, ampliar el conocimiento y la capacidad de atención de los padres y/o cuidadores con relación al desarrollo de sus niños o de la gestante con ella misma y con su bebé. Finalmente, el Visitador remarca la importancia de la continuidad de las actividades propuestas durante la semana.

Las actividades realizadas en las Modalidades de Atención utilizan lo lúdico como tecnología de intervención, ya que se trata de una estrategia que fortalece la construcción de saberes y prácticas de cuidado favorables al desarrollo integral de la primera infancia. La interacción lúdica estimula el compromiso de las familias y su conexión con el universo infantil, muchas veces desconocido u olvidado por los adultos. En tal sentido, revitaliza las expresiones de afecto, la creatividad y la fantasía y contribuye a establecer una participación activa y segura de las familias. En las Modalidades de Atención, se proponen orientaciones y/o juegos que contemplan las etapas del desarrollo infantil o el período gestacional de cada beneficiario. Como ejemplo, podemos citar la construcción de la "caja de sentimientos", donde la gestante y su familia son invitadas a registrar, por medio de dibujos, palabras o recortes de revistas, sus expectativas y emociones sobre el embarazo; el "diario de la gestante", realizado en diferentes municipios y más significativo especialmente para mujeres privadas de la libertad, en el que se pueden registrar con fotos y relatos, todo el contexto del embarazo en la prisión; la elaboración de juguetes/juegos con materiales

disponibles en las propias residencias, además de la construcción de la "caja del juguete" que introduce el juego en la rutina de las familias; la práctica del masaje shantala, fortaleciendo el vínculo cuidador/bebé; la revitalización de cantos de rueda, como incentivo al lenguaje y a la socialización; entre otras actividades.

Buscando la calidad de la atención a las familias, después de realizar la visita domiciliar y/o la actividad en grupo, el Visitador reflexiona sobre las intervenciones de la semana, teniéndolas como base para la planificación de la actividad de la semana siguiente. Además, analiza junto al Monitor y bajo la supervisión de los representantes del Grupo Técnico Municipal, aspectos importantes que hayan surgido durante la visita, buscando la optimización de las demandas de la familia, así como las remisiones necesarias para la red de servicios. La organización de espacios de supervisión favorece la escucha del Visitador, y puede contribuir para reflexiones, cuestionamientos y la construcción de miradas compuestas por los diferentes profesionales (Drügg; Verch & Fontoura, 2016).

CAPÍTULO 2

ESTRUCTURA & FUNCIONAMIENTO



La estructura técnica y metodológica de *Primeira Infância Melhor* está organizada para garantizar el adecuado funcionamiento y el alcance de los objetivos del Programa. Para esto, la metodología del PIM al mismo tiempo en que es estructurada, respeta y se adapta a las características de cada territorio. Esto exige una formación consistente, amplia y constante de todo el equipo del Programa. Teniendo en cuenta que su enfoque es la atención a las familias en situación de riesgo y vulnerabilidad social de Río Grande de Sur, la selección crítica de los beneficiarios es otro aspecto fundamental para la ejecución del PIM. De la misma forma, se hace necesario un presupuesto que contemple los recursos financieros para la sostenibilidad de esta política pública.

Recursos humanos

La intersectorialidad es una característica importante del PIM y se refleja también en los recursos humanos que componen las estructuras técnicas, tanto en el ámbito municipal como en el estatal. En el estado, *Primeira Infância Melhor* es coordinado por la Secretaría de la Salud, con el apoyo de las Secretarías de Educación; de Cultura; del Desarrollo Social, Trabajo, Justicia y Derechos Humanos y el Gabinete de Políticas Sociales.

Más allá de los mecanismos de actuación de las Secretarías, esa estructura cuenta con el Comité Gestor, que posee atribuciones político-institucionales y está integrado por representantes de esas Secretarías. Ese comité busca promover debates y reflexiones enfocados en la evaluación de retos y proposición de medidas prácticas para la cualificación y la expansión del Programa. Además, se constituye como una oportunidad de fomento de las buenas prácticas para el desarrollo de la primera infancia, así como promoción del PIM por medio de acciones de *advocacy* (FGV, 2014b).

Adicionalmente, en el ámbito estatal, dentro de la esfera de la Secretaría de la Salud, se encuentra el Grupo Técnico Estatal - GTE, que es el grupo gestor del Programa. Está compuesto por un equipo multidisciplinar de especialistas distribuidos geográficamente por macro regiones de salud. Cada miembro del GTE atiende a un promedio de treinta municipios. Esos profesionales, según la Resolución Estatal nº 569/12, tienen como principales competencias, elaborar las estrategias de implantación, implementación, ampliación, monitoreo y evaluación del *Primeira Infância Melhor*. El GTE también desarrolla instrumentos y herramientas; capacita y presta asesoría a los equipos municipales; hace el monitoreo y evalúa las acciones y resultados alcanzados por los municipios; moviliza y articula la red estatal y nacional para la primera infancia; promueve eventos y apoya iniciativas de políticas/programas para la primera infancia en

diferentes estados/municipios del país.

Al GTE también lo integran los representantes de las Coordinadoras Regionales de Salud - CRS y las Coordinadoras Regionales de Educación - CRE, con sedes en lugares estratégicos del estado. Estas son corresponsables por dar apoyo a los procesos de coordinación, orientación y supervisión de las acciones del PIM en los municipios de su jurisdicción.

A nivel municipal, la estructura técnica está compuesta por el Grupo Técnico Municipal, Monitores y Visitadores. El Grupo Técnico Municipal - GTM está compuesto por profesionales con formación superior de las Secretarías de Salud, Educación, Asistencia Social, como mínimo. Este grupo cumple una jornada de al menos 10 horas semanales y tiene la responsabilidad de implantar, administrar, hacer el monitoreo y evaluar el PIM en el municipio. El GTM tiene también la responsabilidad de seleccionar Monitores y Visitadores; realizar formaciones iniciales y continuadas; supervisar sistemáticamente al Monitor y al Visitador; promover educación permanente; seleccionar las áreas que serán atendidas; apoyar la búsqueda activa de familias; administrar el Sistema de Información del PIM; articular la red de servicios; sensibilizar gestores; facilitar las visitas de apoyo técnico del GTE; participar en las formaciones promovidas por el GTE y movilizar la formación del Comité Municipal de la Primera Infancia (resolución Estatal nº 578, 2013).

El Monitor es el interlocutor entre el GTM y el Visitador. Este profesional con nivel superior completo o en curso tiene la responsabilidad de orientar, acompañar, monitorear y evaluar el trabajo de hasta ocho Visitadores, así como apoyar las acciones desarrolladas por el GTM, cumpliendo una jornada mínima de 20 horas semanales. También desempeña el rol de articulador de las redes de servicios en los territorios en que actúa.

El Visitador es el miembro fundamental de esa estructura, dado que es el eslabón directo con las familias. Es el principal conocedor de las dinámicas e interacciones parentales y el agente corresponsable por el fortalecimiento de las competencias familiares. Tiene como funciones: planificar, ejecutar y evaluar las Modalidades de Atención; comunicar al Monitor y al GTM las situaciones identificadas en las familias; acompañar los resultados de las intervenciones del PIM; participar en las supervisiones y formaciones realizadas por el GTM y Monitor; sensibilizar a las familias y a la comunidad, así como componer acciones integradas junto a los demás agentes del territorio. Este profesional debe contar con

formación mínima de educación secundaria y cumplir una jornada variable de entre 20, 30 o 40 horas semanales, de acuerdo a la forma de contratación de cada municipio (Ley Estatal nº 14.594, 2014).

La experiencia del PIM confirma que esa estructura técnica resulta necesaria y es uno de los puntos clave del Programa. Considerando los objetivos del PIM, esa estructura de recursos humanos favorece la respuesta adecuada a las necesidades de las familias. Así, se observa un proceso dinámico y permanente, como un engranaje en que todas las partes son interdependientes para el buen funcionamiento del sistema.

Perfil del Visitador

El Visitador es responsable por la atención domiciliaria y comunitaria a las familias beneficiadas por *Primeira Infância Melhor*. Es responsable directo por apoyar a las familias en el fortalecimiento de sus competencias en cuidar, educar y proteger a sus niños. (Schneider et al., 2016). Considerando la importancia de su actuación, se destaca la necesidad de selección de profesionales con un perfil que responda a las demandas identificadas en la cotidianidad del trabajo del PIM.

La selección del Visitador es responsabilidad del equipo municipal, con el apoyo técnico del GTE. Para ello, se establecen criterios que se refieren a la escolaridad mínima: Educación secundaria completa y/o educación terciaria en curso de preferencia en las áreas de educación, salud o servicio social, además de un curso introductorio realizado por el GTM con duración mínima de 60 horas. En circunstancias excepcionales y con el permiso del GTE, se admite la formación en nivel primario para el cargo de Visitador, siempre y cuando realice un curso introductorio específico realizado por el GTE con duración mínima de 120 horas (Ley Estatal nº 14.597, de 2014). Además, cada municipio debe establecer, en su propia convocatoria, los demás criterios de selección respetando las especificidades de

cada territorio y las orientaciones jurídicas de la administración local.

Según la **Guía de Orientación para Formación Inicial de Visitadores**, se espera que los profesionales seleccionados para el cargo de Visitador respondan a las siguientes habilidades: saber valorar las potencialidades y el protagonismo de las familias para la superación de sus vulnerabilidades; poseer escucha y mirada ampliadas sobre los contextos y dinámicas familiares/comunitarias; ofrecer orientaciones y actividades que respondan a un currículo amplio y utilizar la interacción lúdica como estrategia para fortalecer a las familias.

Esas habilidades deben servir de base para los procesos de acompañamiento y formación del Visitador. Para ello, el equipo municipal debe organizar rutinas sistemáticas de supervisión y soporte, con la finalidad de potenciar las competencias de ese profesional, y auxiliar en las dificultades que se enfrentan en el trabajo cotidiano. De esa forma, se espera que el Visitador se sienta capacitado para desempeñar sus responsabilidades, según las describe la Resolución Estatal nº 578/2013:

- Plantear acciones integradas,

contribuyendo a la cualificación de los procesos de trabajo y el acceso de las familias a las políticas desarrolladas en el territorio;

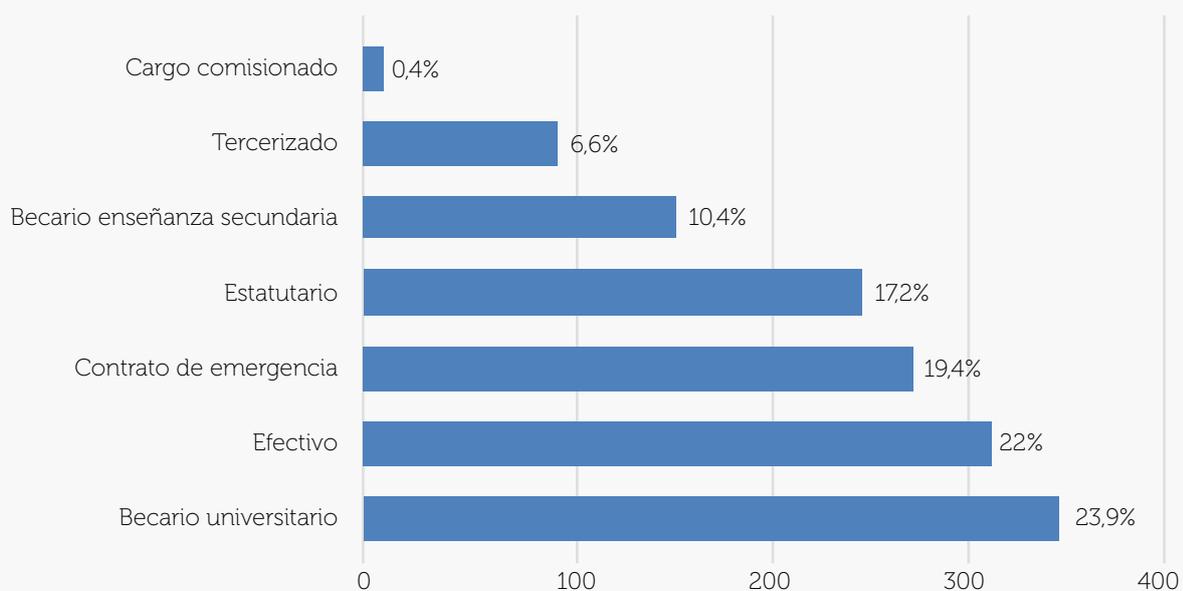
- Sensibilizar familias y comunidades para el objetivo del PIM.
- Promover el desarrollo integral del niño, observando cuatro dimensiones: socioemocional, motriz, lenguaje/comunicación y cognitiva.
- Planificar y ejecutar atenciones, en conformidad con la metodología del PIM, considerando el contexto familiar, comunitario y cultural, con el apoyo de las redes de servicios.
- Fortalecer las competencias familiares para la educación y los cuidados de sus niños.
- Acompañar los resultados de las intervenciones del PIM con relación a los beneficios de las familias, gestantes y niños.
- Comunicar situaciones identificadas en su rutina de atención que puedan comprometer el desarrollo sano de los beneficiarios.

El municipio es responsable por el pago de la remuneración del Visitador, incluyendo

los pagos de seguridad social y el transporte. Sin embargo, el Estado remite al municipio un valor mensual, con base en el cálculo de la proporcionalidad entre la cantidad de Visitadores activos y la jornada prevista en contrato. Este recurso no constituye el sueldo del Visitador, pero puede ser utilizado para el pago o complemento de la remuneración de este profesional. Según la Resolución Estatal nº 578/13, los Visitadores pueden tener diferentes jornadas. Así, el número de familias atendidas por el Visitador también se da de forma diferenciada. Los profesionales que tienen jornada semanal de 20 horas, atienden hasta 14 familias; los que cumplen 30 horas, atienden hasta 17 familias, y los que cumplen 40 horas, pueden atender, como máximo, a 20 familias.

Presentadas las funciones, las habilidades y el perfil esperados en el proceso de selección del Visitador, es necesario hacer una reflexión sobre la situación actual de los profesionales que actúan en los municipios en los que el PIM se ha implementado, pues se enfrentan desafíos respecto a la forma de contratación del visitador, al visualizar el nivel de escolaridad de los contratados.

Figura 3 – Relación Laboral del Visitador



Fuente: SisPIM - diciembre de 2016

Como se ve en la figura 3, de los 1.404 Visitadores activos en el SisPIM en diciembre de 2016, el 39,2% tienen contrato estatutario o efectivo; el 34,2% son becarios y el 26% presentan otra forma de contratación.

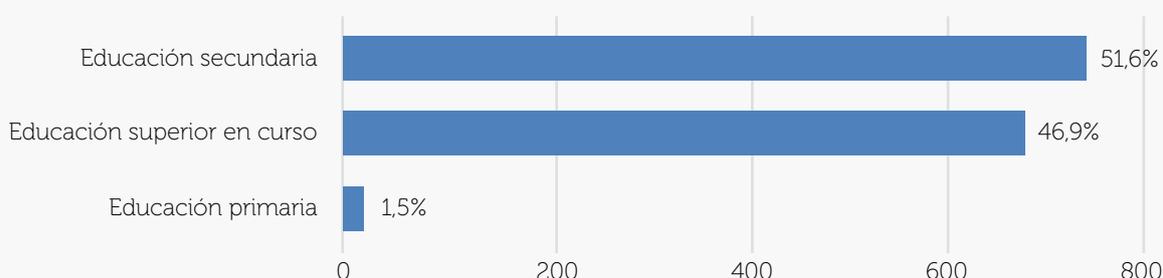
Los Visitadores efectivos o estatutarios forman parte del plantel de funcionarios del municipio y, por lo tanto, los pagos de seguridad social recaen sobre el municipio. Entre los beneficios de estas formas de contrato, figura el mantenimiento de los profesionales por más tiempo en el equipo, facilitando por ejemplo, la acumulación de conocimientos y el perfeccionamiento de prácticas exigidas por el PIM. Además, estas modalidades de contratación respaldan el Programa de indicaciones políticas para completar cargos. Para el Visitador, representa la garantía de beneficios relacionados a derechos laborales, como vacaciones, jubilación, aguinaldo, entre otros. Sin embargo, existe el riesgo de la contratación de profesionales sin el perfil deseado. Por eso, algunos mecanismos contribuyen a superar este reto, como la elaboración detallada del proceso de selección, con la elaboración de una convocatoria de selección pública adecuada, y evaluaciones previstas en el período inicial del contrato que permitan filtrar a los seleccionados.

Para la contratación de becarios, sean estos

estudiantes universitarios o de educación secundaria, los procesos administrativos para el pago del Visitador son más simples. Esta alternativa de contratación tiene como limitación la permanencia del profesional por apenas dos años, tiempo en que se permite la alianza escuela/universidad y municipio. La rotación es un reto para los equipos municipales, que necesitan elaborar estrategias para garantizar que se mantenga el vínculo de las familias con el Programa. Los beneficios que se notan en este tipo de contratación son: mayor conocimiento técnico en el área de formación afín al Programa; mirada dirigida por el interés en el ejercicio práctico de los contenidos tratados en la institución de enseñanza; mayor producción académica sobre el tema; aproximación de la academia con las políticas públicas de primera infancia; supervisión de los Visitadores por parte de profesores de la academia, y enriquecimiento profesional del estudiante.

Sobre la escolaridad del Visitador, de un total de 1404 Visitadores registrados en el SisPIM en 2016, 21 cuentan con educación primaria, 725 educación secundaria, 658 están cursando la educación superior (figura 4). Eso implica que más del 98% de los Visitadores poseen 11 años o más de formación, lo que es considerado por varios autores como algo deseable en un escenario de elevada calidad (Lea *et al.*, 2016).

Figura 4 - Escolaridad del Visitador



Fuente: SisPIM - diciembre de 2016

Formación de los técnicos para atender la complejidad de la metodología

La complejidad del trabajo realizado por *Primeira Infância Melhor*, presupone que los profesionales involucrados estén en constante formación para garantizar la calidad de las acciones ejecutadas. En tal contexto, la formación de los profesionales es entendida como un proceso educativo continuo, participativo y crítico-reflexivo, que permite la construcción de competencias técnicas a las personas involucradas en el Programa. Se realizan modalidades de formación inicial y continuada, así como su constante mantenimiento, por medio de educación permanente, siempre en consonancia con las directrices de las políticas de atención a la salud, educación y desarrollo social.

Todo profesional que pasa a integrar el equipo técnico del PIM, necesita realizar la Formación Inicial que posee un carácter introductorio y sensibilizador. Esta se divide en dos grupos diferentes: Formación Inicial de GTM y Monitores, y Formación Inicial de Visitadores.

El Grupo Técnico Estatal - GTE es responsable por la planificación y ejecución de la Formación Inicial de GTM y Monitores, en las cuales también participan gestores y profesionales de la red de servicios. La formación se realiza trimestralmente y posee carga horaria mínima de 24 horas. Participan como formadores los representantes del GTE, de las Coordinadoras Regionales de Educación y Salud, bien como especialistas y profesionales de la red de servicios (Ley Estatal nº 14.594, 2014).

El **Programa de la Formación Inicial de GTM y Monitores** contempla los siguientes temas: argumentos para invertir en la primera infancia, la política pública PIM; perfil, funciones y atribuciones de los equipos técnicos; recursos financieros y formas de contratación de los Visitadores; situación de la primera infancia en el municipio; censo y mapeo de las áreas y de las familias; plan de acción del proceso de Implantación; caracterización y diagnóstico; materiales de apoyo; Modalidad

de Atención; acompañamiento del desarrollo integral infantil y Sistema de Información del PIM. La metodología utilizada presupone la participación activa de todos los involucrados, considerando el saber que viene de su experiencia, buscando el estímulo a las discusiones y la construcción de soluciones en equipo.

En el municipio, el GTM tiene la función de replicar los conocimientos adquiridos a su equipo. Es de responsabilidad del Grupo Técnico Municipal, la planificación y la ejecución de la Formación Inicial de Visitadores, conforme la matriz estructurada por el Grupo Técnico Estatal. Para ello, cuenta con el apoyo de los profesionales de las redes de servicios locales y representantes del GTE. Es importante destacar que tales formaciones son organizadas respetando las singularidades del territorio, pero deben mantener la secuencia de los siguientes ejes temáticos: desarrollo humano y primera infancia; jugar; familia; comunidad; visita domiciliar; metodología del PIM; red y territorio; gestión; interacción lúdica en el PIM y actividades prácticas en las comunidades.

La Formación Inicial de Visitadores puede variar de acuerdo a la forma de selección de estos profesionales. Hay dos versiones en este proceso: versión preselección, indicada cuando la situación donde la formación inicial compone el proceso selectivo (becarios y contratados efectivos); versión post selección, indicada en la situación en que la formación inicial se da después de la contratación del Visitador (concurso público y empleo público). Ambas versiones siguen la misma lógica temática y deben ser concluidas dentro del período de 30 días después de la contratación de los Visitadores. La jornada mínima es de 60 horas. En la versión preselección, las 20 horas iniciales poseen carácter eliminatorio para componer el proceso selectivo.

Considerando que los temas no se agotan en la formación inicial, la complejidad de la

metodología y el reto de trabajar con familias en situación de vulnerabilidad a partir de una visión intersectorial, se hace necesaria la inversión en la formación continuada de los profesionales que componen el equipo del PIM. Esa formación tiene por objetivo ampliar conocimientos sobre temas específicos y se realiza periódicamente según las demandas en la cotidianidad del Programa.

A partir de los temas traídos a las reuniones de equipo, supervisión de los casos atendidos y demás situaciones de seguimiento del Programa, son espacios organizados de formación continuada que pueden ser en el formato de inmersión, participación en eventos, encuentros de la red de servicios y en los procesos de educación permanente que suceden semanalmente.

Presupuesto y recursos financieros para la sostenibilidad del Programa

La atención a los primeros años de vida es una de las mejores inversiones que un país puede hacer. Según Heckman (2006¹⁷ 2010) problemas sociales y económicos graves, muchas veces tienen origen en la baja capacitación o competencia de la población. Acciones de intervención temprana pueden contribuir en el aumento de la escolarización, reducción de la criminalidad, incremento de la capacidad productiva y disminución del número de gestaciones en la adolescencia. Estas intervenciones producen altas tasas de retorno financiero, además de presentar una buena relación costo-efectividad (Bernardes, 2010). En tal sentido, es importante destacar que Berlinski & Schady (2015) señalan que de nueve países de América Latina y del Caribe, Brasil es el segundo país con mayor inversión pública en acciones a favor de la primera infancia. Los gastos públicos anuales son de USD 641 por niño en la franja etaria de los cero a los cinco años de edad, equivalente al 0,5% del PIB brasileño. Sin embargo, esa inversión es aun inferior de lo que hacen los países miembros de la OCDE (0,7% del PIB) y de lo que hacen los países nórdicos (1% del PIB).

En Río Grande de Sur, del presupuesto anual del año 2016 de la Secretaría Estatal de Salud, R\$ 20 millones fueron destinados para el mantenimiento del PIM, representando el 0,88% del presupuesto total de esa Secretaría. Ese valor fue utilizado, principalmente para el pago de la transferencia financiera a los municipios en los que el PIM se implementaba, además, se pagan los recursos humanos del Grupo Técnico Estatal, formaciones y eventos, uniformes y materiales de apoyo enviados a los equipos municipales y acciones de *advocacy*. La sostenibilidad financiera del Primeira Infância Melhor depende de una acción conjunta entre el estado y municipios.

La transferencia de recursos del Estado a los municipios tiene como base de cálculo la proporción entre el número de Visitadores activos en el municipio y la respectiva jornada prevista en el contrato. Conforme el cuadro 3, esa lógica se da debido a que los municipios poseen diferentes formas de contratación de los Visitadores y tienen autonomía para trabajar con diferentes cargas horarias semanales.

Cuadro 3 - Transferencia financiera mensual del estado por número de Visitadores

Jornada del Visitador	Transferencia financiera mensual por n° de Visitadores
20 horas semanales	R\$ 500,00
30 horas semanales	R\$ 750,00
40 horas semanales	R\$ 1.000,00

Fuente: Resolución Estatal nº 578/13

17 Relato realizado en el I Simposio Internacional de la Primera Infancia, PUCRS, 2006.

Ese recurso debe ser aplicado en las acciones vinculadas al PIM y para complementar programas específicos en el área de la Atención Básica, pudiendo ser utilizado en gastos municipales de mantenimiento y/o capital. Además, la transferencia regular del recurso está condicionada a la efectiva ejecución del *Primeira Infância Melhor*, bien como a la actualización sistemática del SisPIM.

Es responsabilidad del municipio complementar el valor que transfiere el estado para la sostenibilidad del Programa en el territorio. Considerando la propuesta del PIM de garantizar la gestión compartida de sus responsabilidades, respetando la interdependencia y la horizontabilidad de sus acciones y preservando la identidad institucional de las secretarías municipales involucradas, se orienta que las Secretarías de la Educación, Salud y Asistencia Social reserven fondos específicos en sus presupuestos anuales para las acciones del *Primeira Infância Melhor* (Resolución Estatal nº 578, 2013). Ese monto es utilizado para cubrir gastos tales como: Contratación del GTM, Monitor y Visitador; estructura física de trabajo del equipo; recursos y materiales de apoyo para el desarrollo de las Modalidades de Atención; formaciones; viajes; ejecución de eventos; entre otros.

Analizando la inversión realizada por el Estado en 2016, dividido por el número de

gestantes/niños atendidos por el PIM, se tiene una inversión estatal *per cápita* de R\$ 36,66, equivalente a USD 11,86 mensuales¹⁸. Ya la inversión del municipio, contabilizando los gastos con el equipo municipal GTM, Monitor, Visitador y Digitador, estructura física, materiales y desplazamiento, se tiene el promedio del valor por gestante/niño de R\$ 37,23 equivalente a USD 12,04 mensuales. Siendo así, la inversión total realizada por el estado y el municipio por gestante/niño atendidos por el PIM es un promedio de R\$ 73,89, equivalente a USD 23,90 mensuales¹⁹ (USD 286,8 anuales). La relación costo-efectividad es un factor primordial en la destinación de recursos públicos en políticas públicas para la primera infancia. Según estudio realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo, el BID, el costo anual por niño en programas de visitación domiciliaria²⁰ en Chile es de US\$ 871, US\$ 741 en Colombia y de US\$ 515 en Guatemala (Armendáriz *et al.*, 2016). Es un reto medir el coste real de los programas de visita domiciliaria, dado que contemplan diferentes insumos, según la realidad de cada territorio. Sin embargo, se trata de un cálculo necesario para incentivar las acciones de inversión en los primeros años de vida. *Primeira Infância Melhor* cuenta con el menor coste anual por niño (US\$ 289). Considerando que el impacto del Programa va más allá de la gestante/niño atendido, fortaleciendo a los demás miembros de la familia, se puede pensar que el coste total del PIM es aún menor.

De la adhesión a la implementación: la dinámica de funcionamiento del Programa

Primeira Infância Melhor se sustenta como una política perenne debido a la consistencia y estructuración de su metodología. Se prevé un guión de acciones que fundamentan las etapas de los procesos de adhesión, implantación e implementación del Programa. Esas etapas son administradas y monitoreadas por el Grupo Técnico Estatal en conjunto con el Grupo Técnico Municipal.

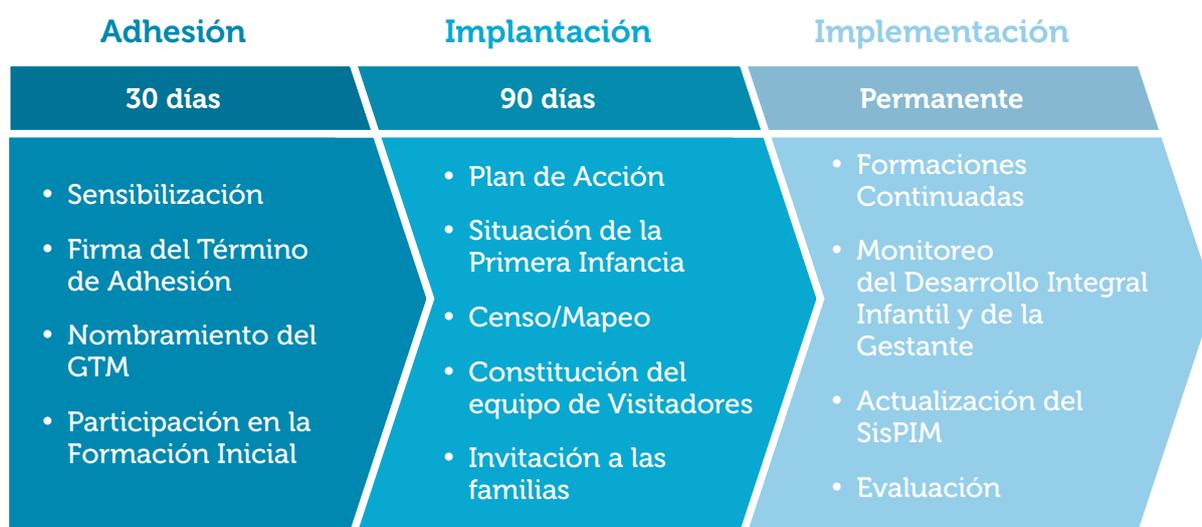
La adhesión al Programa se da por medio de la sensibilización a los alcances y secretarios por representantes de las secretarías estatales y por el Comité Gestor, bien como por libre iniciativa del municipio. Una vez firmado el interés entre ambas partes, el alcalde firma el **Término de Adhesión**, en el cual oficializa la iniciativa de implantar el PIM en su municipio, y nombra el Grupo Técnico Municipal. El GTM

18 US\$ 1,00 equivalente a R\$3,08 en la fecha del cálculo.

19 Los valores fueron calculados con base en los siguientes insumos: recursos humanos; encargos sociales; infraestructura; materiales y desplazamientos.

20 Los valores fueron calculados con base en los siguientes insumos: recursos humanos; infraestructura; nutrición, equipo y materiales; y gastos con capacitación específica y supervisión.

Cuadro 4 - Funcionamiento del Programa



nombrado será entrenado por el GTE en hasta 30 días, para que pueda hacer el seguimiento a todos los procesos en la esfera municipal. Se inicia entonces la sensibilización de los líderes en el territorio y el estudio sobre la forma de contratación de los Monitores y Visitadores (Bernardes, 2010).

La implantación del PIM en el municipio se divide en tres etapas. En la primera etapa, el GTM debe sensibilizar a los gestores involucrados con el Programa; definir el número y la forma de contratación de los Visitadores; desarrollar el **Plan de Acción**, analizar la **Situación de la Primera Infancia en el Municipio**; elegir a la(s) comunidad(es) más indicada(s) para la implantación y elaborar el Censo/Mapeo de las familias. Esta etapa debe ser realizada en un período máximo de 30 días, contados a partir del término de la Formación Inicial de GTM y Monitores.

El instrumento **Situación de la Primera Infancia en el Municipio**, contextualiza la realidad estructural y social y las acciones volcadas a los primeros años de vida, buscando identificar la realidad de las diferentes comunidades, mapear los servicios existentes e identificar las necesidades de cobertura de la atención a la primera infancia a partir de la organización y articulación con la red de servicios. Las informaciones necesarias para completar este instrumento son obtenidas por medio de fuentes de datos oficiales que

normalmente contribuyen a los respectivos planes municipales. Ya el instrumento **Censo/Mapeo** transforma las informaciones obtenidas en el instrumento anterior en un mapa que refleja la distribución de los Visitadores y recursos disponibles en el área geográfica, para optimizar los servicios y el acceso a las familias.

La segunda etapa de la implantación se refiere prioritariamente a la constitución del equipo de Visitadores y debe darse en hasta 60 días después de la Formación Inicial del GTM y Monitores. Esta etapa contempla la actualización del Plan de Acción; elaboración del **Plan de Formación Inicial de Visitadores**; elaboración y divulgación del llamado para la selección; selección de los Visitadores y realización de la Formación Inicial de Visitadores. Después de la selección de los profesionales, el municipio le informa al Estado el número de Visitadores contratados y la respectiva jornada. Se inicia, entonces, el proceso de registro de los datos del municipio en el Sistema de Información del PIM.

La tercera y última etapa de la implantación sucede en un período máximo de 90 días después de la Formación Inicial de GTM y Monitores, y le da inicio al trabajo con las familias. Esta etapa contempla las siguientes acciones: sensibilización y promoción del PIM en el territorio; participación del GTM en consejos y/o comités municipales enfocados

a la primera infancia; invitación a las familias para adhesión al PIM; aplicación del formulario **Caracterización y Diagnóstico**, e inicio de la intervención con las familias.

El instrumento Caracterización y Diagnóstico lo completa el Visitador junto a las familias que adhieren al Programa y se constituye de cinco formularios de caracterización: del barrio o comunidad; de la familia; de la gestante; del niño y del **Diagnóstico Inicial del Desarrollo Infantil (Marco Cero)**. Ese instrumento permite la visualización de la situación actual de la familia y de la etapa de desarrollo en que se encuentra la gestante y/o el niño cuando ingresa al PIM. Sólo después de esa caracterización es que comienzan las Modalidades de Atención.

A partir de entonces, comienza la etapa de implementación, que no tiene un tiempo determinado, puesto que contempla toda la continuidad y perfeccionamiento del *Primeira*

Infância Melhor en el municipio. En esta etapa, de acuerdo al movimiento del Programa en el municipio, deben realizarse acciones como: planificación y ejecución de Formaciones Continuas para Visitadores, Monitores, GTM y demás profesionales de la red; **Monitoreo del Desarrollo Integral Infantil**; actualización sistemática del Sistema de Información del PIM; evaluaciones del Programa; solicitud de **Habilitación al Recurso Financiero** para **Ampliación del Número de Visitadores**; solicitud de **Deshabilitación de Visitadores**; solicitud de **Suspensión Temporal del Programa** y solicitud de **Deshabilitación del Programa**. Hasta ahora, 52 municipios deshabilitaron el PIM (SisPIM, 2016), sin embargo es importante destacar que tales deshabilitaciones pueden ser estacionales, pues es común que los municipios deshabiliten el Programa y después del período de reorganización política y/o administrativa, reinicien el proceso de implantación.

Proceso de selección de los beneficiarios

El proceso de selección de los beneficiarios de *Primeira Infância Melhor* se realiza en tres etapas específicas: la selección del municipio a ser implantado, la selección del área beneficiada y la selección de las familias atendidas.

Para la selección del municipio existen dos caminos: el interés del gestor municipal en implementar el Programa o el estudio realizado por el GTE de indicadores estatales y municipales, que revelan ciudades con mayores índices de vulnerabilidad en el estado, según criterios sugeridos en el cuadro 5. Una vez definidos tales municipios, miembros del GTE sensibilizan a los gestores municipales para la adhesión al PIM.

A partir de la adhesión del municipio, se selecciona el área, o áreas, que serán atendidas con base en los resultados obtenidos en el estudio de la Situación de la Primera Infancia en el Municipio. Para ello, se analizan datos como: cobertura de familias incluidas en programas de transferencia de ingresos y/o con perfil

Bolsa Família; cobertura de educación infantil; precariedad o inexistencia de servicios, entre otros (cuadro 5).

Definida el área (o áreas) con el auxilio de los profesionales de la red de servicios, se hace el mapeo de las familias con gestantes y niños de cero a seis años, y se evalúan aquellas que se ajustan a los criterios de riesgo y vulnerabilidad social estipulados como prioritarios por el Programa (cuadro 5). A partir de entonces, inicia la sensibilización de las familias para su participación en el PIM. En municipios en que el Programa ya está implantado desde hace más tiempo, las familias también pueden ser remitidas para atención por medio de los profesionales de la red de servicios. En locales donde el PIM ya está introducido en la cultura del territorio, muchas veces, son las propias familias las que indican o que solicitan su participación, lo que no elimina la necesidad de evaluar si estas se ajustan a los criterios de selección de familias definidos en la metodología.

Cuadro 5 – Criterios sugeridos para la selección de municipios, áreas y familias

Criterios de priorización para la selección del municipio, o municipios

Menor PIB *per cápita*
Índice de Desarrollo Humano - IDH
Cobertura de seguimiento de las condiciones de salud del Programa Bolsa Família, Tasa de Mortalidad materno/infantil
Porcentaje de casos de muertes de mujeres en edad fértil investigados
Porcentaje de cobertura de vacunas alcanzada frente al calendario básico de vacunación de niños
Concentración de la pobreza
Embarazo en la adolescencia
Población con algún tipo de discapacidad
Cobertura de educación infantil

Criterios sugeridos para la selección del área

Número de gestantes y de niños de cero a seis años de edad
Cobertura de familias incluidas en programas de transferencia de ingresos y/o con perfil Bolsa Família
Morbilidad y mortalidad infantil
Cobertura de educación infantil
Infraestructura Urbana
Incidencia de violencia/drogadicción
Precariedad o no existencia de servicios
Áreas de difícil acceso rural o urbano, además de asentamientos y comunidades tradicionales y específicas

Criterios sugeridos para la selección de las familias

Inclusión en programas de transferencia de ingresos y/o con perfil Bolsa Família
Ingreso familiar *per cápita*
Condiciones de la vivienda
Densidad domiciliaria
Gestantes adolescentes y/o de alto riesgo
Histórico de morbilidad y mortalidad infantil
Niños con más de una hospitalización en el primer año de vida
Madres con diagnóstico de depresión postparto
Familias con cuidadores, gestantes y/o niños con discapacidad
Consumo abusivo de alcohol y otras drogas
Miembro de la familia en atención especializada y/o tratamiento psiquiátrico
Analfabetismo o baja escolaridad materna o del cuidador principal
Niños no pertenecientes a la red formal de educación
Violencia doméstica
Miembro de la familia en privación de libertad

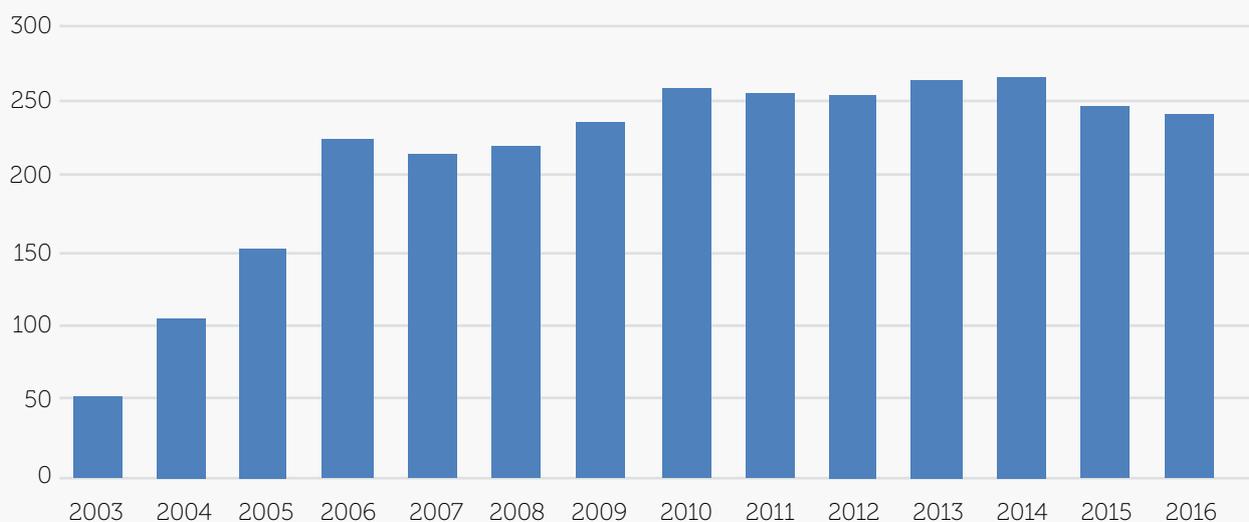
Fuente: Adaptado de la Guía del GTM, Monitor y Visitador, 2007

Evolución histórica y perfil de los beneficiarios del PIM

A lo largo de los catorce años de historia del Primeira Infância Melhor, la cobertura de municipios, familias, gestantes y niños beneficiarios, sufrió cambios inherentes a cualquier política pública, con momentos de plena expansión y otros de descensos (figura 5), hechos influenciados por cuestiones legales, económicas, políticas, administrativas y sociales. Se puede notar que el año 2006 fue importante para la historia del PIM, cuando se dio el incremento más alto de la implementación (73 municipios²¹), hecho influenciado por la legitimidad del Programa por medio de la Ley Estatal n° 12.555/2006. Entre los años 2009 y 2010, por influencia de la Resolución Estatal n° 78/2008, que aumentó el valor del recurso

financiero de R\$ 500,00 para R\$ 1.000,00 para los municipios que implantaron en áreas con gran incidencia de violencias, hubo aumento de 22 municipios. Ya en el periodo entre 2014 y 2016, hubo 25 deshabilitaciones, reflejo de la crisis económica enfrentada por el Estado de Río Grande de Sur, con impacto en el mantenimiento de la transferencia de recursos financieros para políticas cofinanciadas y del respeto a las determinaciones de la Ley de Responsabilidad Fiscal (Ley Complementar n° 101, 2000)²². Esos son factores que también repercuten en la disminución de los beneficiarios y en la capacidad de ampliación de la cobertura.

Figura 5 - Serie histórica de municipios habilitados



Fuente: SisPIM, 2016

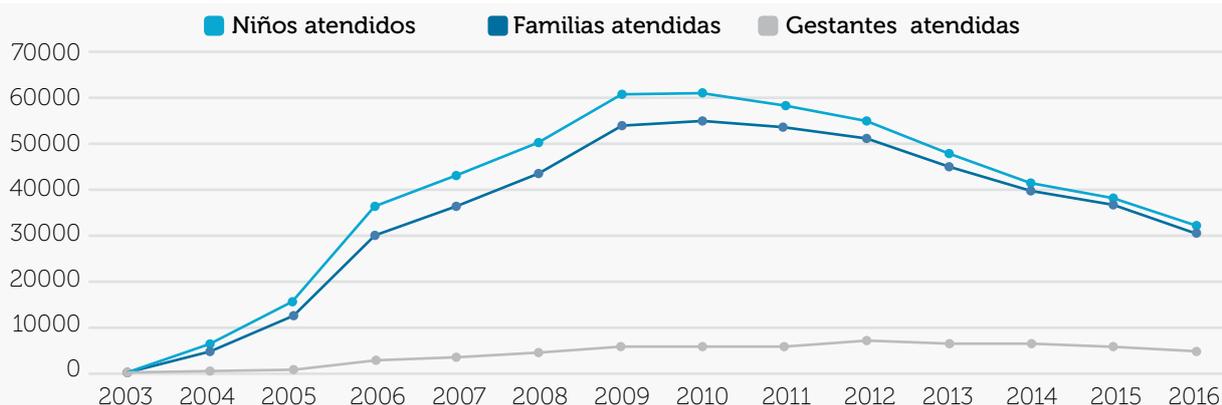
En la serie histórica de familias, niños y gestantes atendidas (figura 6), se nota la disminución del número de niños beneficiados desde el año 2010. A partir del año 2014, se puede explicar este hecho por las alteraciones en la legislación brasileña, que volvió obligatoria la matrícula de

niños a partir de los cuatro años y la ampliación de la cobertura de guarderías. Sobre el número de gestantes atendidas, se observa que sigue el mismo comportamiento de crecimiento del número de niños atendidos, aunque las variaciones son menos pronunciadas.

21 En total, en RS hay 497 municipios.

22 Establece, en régimen nacional, parámetros a ser seguidos relativos al gasto público de cada ente federativo brasileño. Las limitaciones presupuestales buscan preservar la situación fiscal de los entes federativos, de acuerdo a sus balances anuales, con el objetivo de garantizar la salud financiera de estados y municipios, la aplicación de recursos en las esferas adecuadas y una buena herencia administrativa para futuros gestores (Ley Complementar n° 101, 2000).

Figura 6 - Serie histórica de familias, niños y gestantes atendidas



Fuente: SisPIM, 2016

Comunidades atendidas

De las comunidades atendidas por el PIM en 2016, el 40% están ubicadas en área rural y el 60% en área urbana. El PIM está presente en 19 comunidades *quilombolas*, lo que representa el 10% del total de *quilombos* del estado y en 10 comunidades indígenas que representan

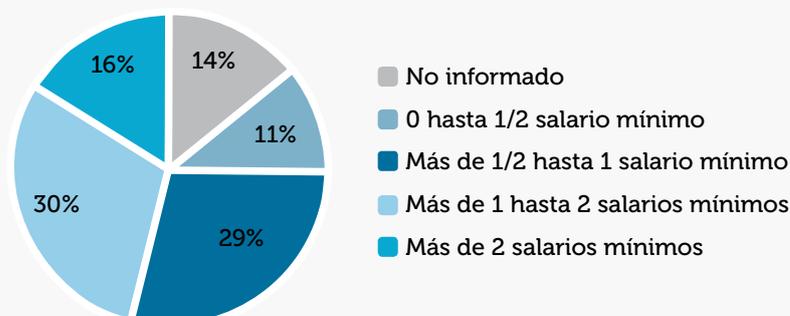
el 8% del total de esas comunidades (INCRA, 2013; SESAI, 2015; SisPIM, 2016). Entre las comunidades específicas, vale destacar que *Primeira Infância Melhor* atendió, en 2016, cerca de 100 mujeres, entre gestantes y madres, en situación de privación de la libertad.

Familias beneficiarias

Del total de familias atendidas por el PIM en 2016, el 11% cuentan con ingreso familiar de hasta $\frac{1}{2}$ salario mínimo, el 29% entre $\frac{1}{2}$ hasta 1 salario mínimo, el 30% entre 1 hasta 2 salarios mínimos, el 11% de 2 hasta 3 salarios mínimos, el 5% más de 3 salarios mínimos y el 14% no

informado (SisPIM, 2016). Se destaca que el 53% de los padres (hombres) son responsables por el mantenimiento económico de las familias beneficiarias. Entre ellas, el 30% son beneficiarios del *Programa Bolsa Família* – PBF (Programa Auxilio Família).

Figura 7 - Ingreso familiar



Fuente: SisPIM, diciembre 2016

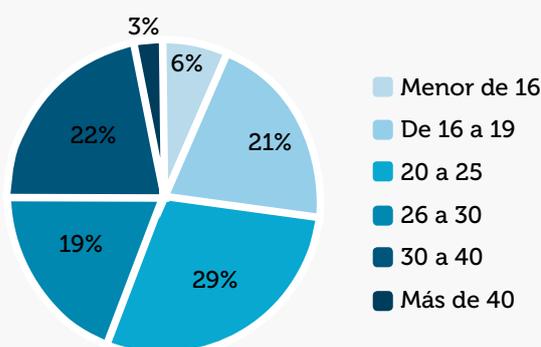
Gestantes beneficiarias

En lo que se refiere a la raza/color de las gestantes en 2016, el 75% se auto declaran blancas; el 22%, pardas o negras; el 0,8% amarilla o indígena y las demás no lo especificaron. Cuanto al estado civil, el 54% son solteras; el 44%, casadas y el 2%, viudas o divorciadas. Sobre su grado de instrucción, el 0,7% es analfabeta; el 0,3% cuenta con alfabetización mínima; el 46%, cuentan con educación primaria incompleta o completa; el 44%, educación secundaria incompleta o completa y el 9%, educación superior incompleta o completa. Entre las beneficiarias, el 67% no

poseen empleo formal. Del total de gestantes atendidas, el 74% comenzaron su atención en el PIM antes de las 22 semanas de embarazo (SisPIM, 2016).

Al analizar el total de atenciones realizadas en 2016, se observa que el 27% de las gestantes eran adolescentes, el 48% se encontraba en la franja entre los 20 y los 30 años y el 25% tenían más de 30 años. La mayoría (30%) se encuentra en la franja etaria de los 20 a 25 años (SisPIM, 2016).

Figura 8 - Edad de las gestantes atendidas



Fuente: SisPIM, diciembre 2016

Niños beneficiarios

Entre los niños atendidos durante el año 2016, el 51% son el sexo femenino y el 49%, del sexo masculino. Con relación a la raza/color, los responsables por los niños declararon que el 82% de los hijos son blancos; el 16% son pardos o negros; el 2%, indígenas o amarillos y los demás no lo informaron. Sobre el grado de instrucción de la madre, el 1% es analfabeta; el 0,5% cuenta con alfabetización mínima; el 49%, cuenta con educación primaria incompleta o completa; el 7%, educación superior incompleta o completa y las demás no lo informaron. Sobre los padres, el 8,7% son analfabetos; el 0,5% cuenta con

alfabetización mínima; el 51%, cuentan con educación primaria incompleta o completa; el 34%, educación secundaria incompleta o completa y los demás no lo informaron (SisPIM, 2016).

En Río Grande de Sur se presenta un índice del 3,2% del total de la población que se declara como Persona Con Discapacidad – PCD (IBGE, 2010). No hay porcentaje especificado de esa población en lo que se refiere a los niños en el período de la primera infancia. Según el SisPIM (2016), hay un registro del 2% de niños

con discapacidad al ingresar en el PIM. Para inscribir esa información en el registro inicial del niño, es necesario un certificado médico. La experiencia del PIM demuestra que la cantidad de niños con discapacidad atendidos, aumenta mediante el compromiso del Programa con la familia, puesto que el Visitador y el equipo ejercen un importante papel en la identificación de señales y/o síntomas no notados anteriormente. Además, algunas discapacidades tardan en ser diagnosticadas.

La atención que se les dedica a los niños con discapacidad está en sintonía con la metodología del *Primeira Infância Melhor*, por medio de planes singulares de atención que buscan la estimulación precoz y el fortalecimiento de vínculos. Además, una vez más la intersectorialidad se hace presente y necesaria. El seguimiento del PIM se realiza con el apoyo de profesionales de la red de servicios, que auxilian en la determinación de cuáles tipos de actividades contribuyen para el desarrollo integral de esos niños.



CAPÍTULO 3

MONITOREO COMO GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL PIM



Primeira Infância Melhor cuenta con un sistema de monitoreo organizado en cuatro niveles de acción: monitoreo de la gestante o del niño, monitoreo de la actuación del Visitador, monitoreo de los equipos municipales y evaluaciones del Programa. Tales procesos tienen como soporte importante el Sistema de Informaciones del PIM - SisPIM, que contiene datos de 44 mil gestantes, 195 mil niños, 166 mil familias y 10 mil Visitadores que pasaron por el Programa a largo de los años (SisPIM, 2016). Además, el equipo técnico estadual desarrolló prácticas e instrumentos exclusivos.

Sistema de Información del PIM (SisPIM)

Desarrollado especialmente para el Programa, el Sistema de Informaciones del PIM – SisPIM se configura como la principal herramienta de monitoreo. Suministra datos relacionados a los niños atendidos, a las familias, a las madres/gestantes, a los profesionales, Visitadores, y a los territorios que participan en el programa. Suministra insumos para la elaboración de análisis, planificaciones y toma de decisiones por parte de los gestores y miembros del PIM.

Las informaciones registradas *online* en el sistema son recolectadas por medio de los formularios de caracterización inicial de los beneficiarios, del seguimiento del desarrollo de las gestantes y de los niños, entre otros formularios administrativos y funcionales. El SisPIM también abarca materiales de soporte, destinados a los municipios, tales como las guías de orientación, instrumentos, materiales para formaciones, entre otros.

El SisPIM está compuesto por tres secciones: registros, informes y banco de instrucciones. En la sección 'registros' es posible registrar y consultar informaciones como: datos socio demográficos; datos de las comunidades, familias, gestantes y niños atendidos; y datos relacionados al monitoreo del desarrollo infantil. Por ejemplo, en el registro de los niños es posible consultar temas relacionados al género, raza/color, cuidador principal, edad de ingreso al programa, edad actual, dirección, Visitador responsable, número de la Tarjeta Nacional de Salud - CNS, y Número de Identificación Social - NIS. En la sección informe, se presentan datos y estadísticas para consulta como total de atenciones realizadas, perfil de la población atendida, situación de los municipios, recursos pagados por el estado, entre otros datos. Esos informes son una fuente importante de administración del Programa por parte de los equipos del PIM y gestores. En la sección banco de instrucciones, se colocan a disposición instrumentos de trabajo.

La calidad y la protección de la información que

se registra en el SisPIM son responsabilidad de sus usuarios. El acceso es limitado y realizado por medio de identificación con nombre y contraseña personal. Este mecanismo garantiza la seguridad del intercambio de información y permite identificar a los usuarios por medio de las informaciones registradas o cambiadas en el sistema. Hay diferentes niveles de acceso al SisPIM. El GTE cuenta con acceso a la información de todos los municipios, sin embargo, no puede incluir o cambiar datos en los registros de los beneficiarios. El GTM, los Monitores y Digitadores tienen acceso limitado a los datos de su municipio, pudiendo incluir, cambiar, desactivar o excluir datos. Mientras que el visitador, solo tiene acceso a los datos del municipio. Además, los gestores estadales y municipales tienen acceso a los datos registrados, lo que facilita las acciones de gestión. Actualmente, el SisPIM cuenta con 2.234 usuarios registrados activos. Durante el primer semestre de 2017, el sistema registró 406.963 accesos (SisPIM, 2016).

La confiabilidad del SisPIM está directamente relacionada al correcto diligenciamiento de los formularios, a la inserción adecuada de la información en el sistema y al dominio de sus herramientas. Sin embargo, en el SisPIM hay datos incompletos debido al retraso en su llenado. Para superar esa fragilidad, el equipo estatal destina técnicos específicos para el desarrollo y análisis del sistema, para la formación de los equipos municipales y para el soporte técnico permanente a los usuarios, sea de forma presencial o por teléfono e e-mail. Adicionalmente, el estado les suministra computadoras a los municipios, minimizando posibles dificultades en la adquisición de equipos.

Facilitar el acceso a la información es una de las prioridades del equipo del estado, por lo que, además de las actividades descritas, el GTE cuenta con profesionales contratados específicamente para elaborar evaluaciones del sistema, señalando estrategias de cualificación

que son incorporadas gradualmente. Como ejemplos de esas estrategias se encuentran: la inclusión de información en los registros que favorecen la articulación con otros sistemas de información (por ejemplo: Número de Identificación Social); el perfeccionamiento de la disposición de los datos; la adopción de mecanismos que favorecen la autonomía del usuario; la creación de filtros que permitan el análisis de diferentes indicadores (raza/color, edad, períodos de atención) y la presentación de indicadores de forma que faciliten y agilicen la interpretación de los datos; entre otras. En este momento, se estudia la inclusión de nuevos datos, como contabilización del número de visitas realizadas a cada familia por período; la adecuación del sistema para permitir el acceso a las personas con discapacidades y la actualización del manual de uso del SisPIM, instrumento que contiene orientaciones para un uso adecuado.

Con la intención de conocer las limitaciones y potencialidades del uso del sistema, el GTE solicitó a los municipios en el año 2014, llenar

un cuestionario. Este fue respondido por 155 municipios, representando el 58% de los habilitados. Las respuestas revelaron que el 72% de los usuarios consideraban el SisPIM de fácil diligenciamiento, y el 28% encontró dificultades para completar los datos. De las dificultades señaladas, el 41% estaban relacionadas a la falta de un profesional específico para la digitación de los datos, seguidos de falta de capacitación (36%) y servicio de Internet lento (32%). Los principales responsables por la digitación son los Monitores (34,95), seguidos por los Digitadores (29,6%) y de los miembros del GTM (28%)²³.

Ese cuestionario trajo elementos importantes para la discusión, como la necesidad de más capacitaciones para los usuarios, lo que puede significar que el sistema aún necesita volverse más intuitivo y accesible. También, despertó el interés en permitir que el Visitador registre informaciones en el sistema, con la correspondiente supervisión de su equipo, de manera que se pueda agilizar la actualización de las informaciones en el SisPIM.

Monitoreo de la gestante y del niño

El monitoreo de la gestante y del niño tiene como objetivo acompañar el desarrollo de estos beneficiarios, optimizando las acciones de intervención y fortaleciendo el desarrollo integral infantil. Se trata de un proceso continuo, realizado semanalmente por medio de las visitas domiciliarias y actividades de grupo. Cada encuentro es una oportunidad de conocer cómo la familia está elaborando sus aprendizajes y prácticas de cuidado con el embarazo y/o con el desarrollo de sus niños.

El **Informe Descriptivo Trimestral de la Gestante** es un instrumento que permite el monitoreo de la gestante contemplando datos del período gestacional, consultas prenatales y posibles factores de riesgo. Además, se

describen las potencialidades, debilidades y/o interocurrencias observadas durante el embarazo, contemplando los aspectos físicos, emocionales, sociales y comunitarios; la dinámica y el compromiso familiar en el embarazo; y posibles derivaciones a la red de servicios y/o resultados.

El Monitoreo del Desarrollo Integral Infantil se da por medio de tres instrumentos. Inicialmente, se realiza el **Diagnóstico Inicial del Desarrollo Infantil (Marco Cero)**²⁴, lo que constituye la línea de base del desarrollo del niño. En este instrumento se registra la evaluación de los indicadores de desarrollo, lo aplica el Visitador antes del inicio de las Modalidades de Atención. Dicha evaluación

23 Datos extraídos de la encuesta interna "Monitoramento do SisPIM" (Monitoreo del SisPIM), realizada en 2014 con 155 municipios de Río Grande de Sur. Documento no publicado.

24 Instrumento basado en la Ficha de Seguimiento del Desarrollo, adaptado de la versión elaborada por Brant, J.A.c.; Jerusaliski, A. N. y Zannon, C. M. I. C. por el Ministerio de la Salud (2002); Tabla de Ganancias de Desarrollo Infantil (Celep/Cuba); Escala de Denver II Technical Manual Frankenburg, WK; Do.

se hace respetando los indicadores por franja etaria estipulados por la metodología del PIM: de 0 a 3 meses, de 3 a 6 meses, de 6 a 9 meses, de 9 a 12 meses, de 12 a 18 meses, de 18 a 24 meses, de 2 a 3 años, de 3 a 4 años, de 4 a 5 años y de 5 a 6 años. Para cada grupo etario hay un promedio de ocho indicadores de desarrollo a ser observados. La evaluación realizada por el Visitador define si el niño ya consigue realizar ese indicador de desarrollo solo, con ayuda o si todavía no consigue hacerlo.

Por ejemplo, al final del tercer mes de edad se evalúan indicadores de desarrollo que comprenden los siguientes comportamientos y habilidades: "sonríe ante el rostro de una persona", "reconoce y reacciona ante la voz de la madre/cuidador", "emite sonidos como forma de comunicación", entre otros. Al final del sexto mes, son monitoreados otros comportamientos y competencias, como: "reconoce personas próximas y llora ante extraños", "se sienta con ayuda o solo por algún tiempo", "busca con los ojos objetos que están delante de él". La relación de todos los indicadores de desarrollo acompañados por el PIM está disponible en la página web del Programa (www.pim.saude.rs.gov.br).

En un segundo momento, se inicia el **Acompañamiento Descriptivo Trimestral**, en el cual el Visitador registra los avances y dificultades relacionadas al desarrollo integral del niño, observando cuatro dimensiones: socioemocional, motriz, lenguaje/comunicación y cognitiva. Estos registros son realizados con base a las observaciones del Visitador en los momentos de atención en las Modalidades de Atención Individual y en Grupo.

Por último, se realiza la **Evaluación del Desarrollo Infantil**, en la cual se consigna cuáles son los comportamientos/competencias esperados en cada uno de los grupos de franja etaria determinados en la metodología del Programa, por medio de la ejecución de actividades lúdicas. Este instrumento presenta la misma configuración del Marco Cero. Para cada grupo de franja etaria, hay un promedio

de ocho comportamientos a observar.

Además, se registran los datos de salud del niño, el compromiso y la dinámica familiar con sus aspectos sociales y comunitarios, así como las posibles remisiones a la red de servicios y/o resultados.

El **Acompañamiento Descriptivo Trimestral** y la **Evaluación del Desarrollo Infantil**, señalan las potencialidades de los niños y las dimensiones del desarrollo que deben fortalecerse. Este monitoreo sirve de referencia para el análisis, comparación y seguimiento de los logros del niño en las etapas de su desarrollo.

Todas las informaciones relacionadas al seguimiento de la gestante y del niño son documentadas, discutidas con el equipo y analizadas en supervisión, registradas en el SisPIM, y en especial, discutidas con las familias durante las Modalidades de Atención. Este monitoreo no pretende juzgar o etiquetar los beneficiarios, al contrario, ofrece datos que sirven de incentivo para la reflexión y mayor conocimiento sobre lo esperado en términos de desarrollo, respetando la particularidad de cada individuo. También sirve para estimar el trabajo del Visitador y los resultados del Programa en el fortalecimiento de las familias.

Otra forma de monitoreo del desarrollo del niño es el **Seguimiento de los Egresos del PIM**, que ocurre en alianza entre el GTM, Coordinadora Regional de Educación, equipo directivo y docente de las escuelas del municipio. Esta evaluación se realiza durante el primer año escolar de los niños egresados del Programa. La docente titular del alumno elabora un informe descriptivo, en los meses de agosto y diciembre respetando la siguiente orientación: bajo el enfoque de las dimensiones socioemocional, cognitiva, motriz y de lenguaje/comunicación, se solicita su concepto sobre el desarrollo del egresado del PIM en lo que se refiere a la autonomía, interacción y cooperación, potencialidades y habilidades, bien como la participación de la familia en la vida escolar (Bernardes, 2010).

Monitoreo de la actuación del Visitador

La complejidad del trabajo del Visitador exige un permanente apoyo de los equipos municipales. Para ello, se elaboraron una serie de procesos y de instrumentos de monitoreo. El monitoreo del Visitador se da por parte del Monitor y del GTM, y se realiza por medio de reuniones semanales, supervisión de los casos atendidos, discusión de los **Planes de Modalidad de Atención** y visitas de acompañamiento. Las visitas de seguimiento realizadas por el Monitor y/o GTM tienen como objetivo ampliar las orientaciones para las familias, apoyar al Visitador en situaciones más complejas, identificar la satisfacción de las familias con relación al Programa y evaluar el desempeño del Visitador.

La **Guía de Observación de la Visita Domiciliaria**, es otro instrumento utilizado para el monitoreo y evaluación de la calidad de la visita y sirve como base para el *feedback* y orientaciones para las planificaciones del Visitador, así como para la realización de supervisiones y formaciones continuas.

Adicionalmente, se tiene el instrumento **Relación Mensual de Gestantes y Niños Atendidos** que registra el número de **Modalidades de Atención** y demás encuentros planificados y ejecutados en el mes por el Visitador con las familias. Este documento le da origen al **Informe Mensual** de sus actividades que debe ser entregado al Grupo Técnico Municipal.

Los resultados del proceso de monitoreo se trabajan especialmente en supervisión semanal, cuando se discuten fragilidades, actitudes, conocimientos y prácticas del Visitador buscando su cualificación para responder mejor a los objetivos del Programa. Cuando el Visitador no responde a las orientaciones, es posible que este sufra sanciones o incluso puede llegar a ser apartado de sus funciones. Esta es una decisión individual de cada equipo municipal y debe ser respaldada por el sector jurídico del municipio.

Monitoreo de los equipos municipales

El Grupo Técnico Estatal cuenta con profesionales que actúan principalmente en el monitoreo de los equipos municipales. Estos profesionales están organizados de forma georreferenciada y acompañan aproximadamente treinta municipios, permitiendo de esa forma, una atención enfocada en las peculiaridades de cada territorio. El monitoreo de los equipos municipales tiene como objetivo apoyar en los temas relacionados a la gestión y metodología del *Primeira Infância Melhor*, construyendo formas de garantizar la calidad en cada territorio. Este monitoreo se realiza por medio de visitas trimestrales a los municipios, además del seguimiento constante a distancia, por medio de diferentes estrategias.

Para la visita periódica, se utiliza la **Guía de Asesoramiento** que prevé diferentes momentos del encuentro: reunión inicial sólo con el GTM para la contextualización general del PIM; reunión con el GTM, Monitores y Visitadores para la escucha, discusión, esclarecimiento de las temáticas levantadas; presentación previa del Plan de Modalidad de Atención a ser observado en el día; seguimiento de la Modalidad de Atención; reunión con el GTM, Monitores y Visitadores para la retroalimentación de las observaciones, educación continuada y remisiones; encuentro con gestores municipales para la discusión sobre el impacto del Programa, ajustes de la metodología y fortalecimiento de la inversión en las acciones enfocadas a la primera infancia.

Cuando se considera necesario, el representante del GTE puede utilizar la Guía de Observación de la Visita Domiciliaria para evaluar la calidad de la Modalidad de Atención y tener otra herramienta de registro para instruir al equipo municipal. Finalmente, se completa el **Registro de Visita** que oficializa el monitoreo *in situ*, contemplando aspectos discutidos respecto de la situación actual del PIM en el municipio, pasos a seguir acordados y plazos correspondientes, además de las demás observaciones que puedan impactar el Programa. Ese documento es firmado por los gestores y por los representantes del GTM y del GTE.

El monitoreo a distancia es constante y adopta diferentes estrategias: contactos telefónicos, correos electrónicos, reuniones por Internet, análisis del **Informe Trimestral**, otros informes, análisis de las informaciones contenidas en el SisPIM, etcetera. Para ayudar en este monitoreo, los equipos municipales diligencian el instrumento **Guía de Monitoreo de las acciones del PIM en el Municipio**, que es un ejercicio de análisis y reflexión de la estructura y funcionamiento general del Programa, enviado al GTE buscando el perfeccionamiento conjunto de las acciones y de los equipos.

Evaluaciones realizadas

La importancia de evaluar una política pública como el PIM cuenta con tres argumentos principales. Primero, permite que los elaboradores de políticas públicas analicen si las inversiones son rentables y decidan sobre la mejor forma de distribuir recursos. Segundo, es una oportunidad para conocer los puntos de la intervención que necesitan ser mejorados, así como estrategias para promoverlos. De manera que, la evaluación es un proceso de retroalimentación para lograr mayor impacto en la población (Berlinsky & Schady, 2015). Por último, genera evidencias para inspirar y reformular políticas, ya que permite conocer qué funciona y qué no funciona bajo determinados contextos, lo que es especialmente importante para el PIM al ser

el programa más antiguo de Brasil, en términos de cuidados y seguimiento de la primera infancia.

Desde el planteamiento de la estructura técnica y la creación del SisPIM, *Primeira Infância Melhor* reconoce que el monitoreo y la recolección de datos son esenciales para garantizar la calidad del Programa. Sin embargo, los esfuerzos realizados hasta el momento no han sido suficientes para evaluar de forma clara y convincente (en términos estadísticos y argumentativos), los impactos generados por el PIM sobre la población beneficiaria. A continuación, se describen los estudios que intentaron evaluar parcialmente el Programa.

Evaluación del Programa Primeira Infância Melhor Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar

En 2010 se realizó la evaluación de monitoreo de los procesos de implantación e implementación del PIM en el estado. Bajo la coordinación del Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar/Cuba, el estudio tuvo como objetivo evaluar los resultados en el desarrollo integral de los niños acompañados por el Programa en comparación con los niños del grupo de control (compuesto por niños sin atención en otro programa o institución de educación Infantil). Además, se evaluaron

temas relativos a la gestión del PIM, como la participación de los gestores, el desempeño del equipo municipal y la percepción de las familias beneficiadas. Este estudio contó con 1.359 participantes de 16 municipios.

El estudio señaló resultados positivos del PIM con relación al desarrollo de los niños beneficiados en comparación con los niños del grupo de control. Los logros alcanzados por los niños beneficiados fueron superiores a los de

los niños del grupo de control en 16 puntos porcentuales en la dimensión socioemocional, 23 en la motriz, 8 en la cognitiva y 10 en el lenguaje. En cuanto a la percepción de las familias: el 97% creía que su participación en el PIM modificó su modo de tratar a los hijos y el 53% de las familias observaron que sus niños estaban más comunicativos. Con relación a la realización de las actividades propuestas por los Visitadores, el 51% de las familias afirmó realizarlas diariamente, y el 34% lo hacía varias veces por semana (CELEP, 2010).

Este estudio posee debilidades en lo que se refiere al delineamiento del estudio, selección de la muestra, análisis estadísticos. Los resultados obtenidos no sirven de parámetro para demostrar el impacto de *Primeira Infância Melhor* en el desarrollo de los niños atendidos. Sin embargo, la evaluación fue relevante en el proceso de cualificación del PIM, una vez que fue posible analizar las etapas de implantación del Programa junto al Celep y readequar posibles fallas visualizadas.

Evaluación del Programa Primeira Infância Melhor en relación a la disposición para la escuela de niños de cuatro e seis años en Río Grande de Sur

Janus & Duku, 2012

En 2011 se aplicó el Instrumento de Desarrollo Infantil (*Early Development Instrument - EDI*²⁵) a 670 niños (433 del grupo de tratamiento y 237 de grupo de control) entre cuatro y seis años de edad, que estuvieran cursando el primer año escolar (nivel A o B de la enseñanza infantil o primer año de educación primaria) y que pertenecieran a 8 municipios de Río Grande de Sur (en términos de características socioeconómicas).

Además de los requisitos anteriores, para pertenecer al grupo de tratamiento, los niños debían haber sido beneficiados por el PIM por como mínimo, seis meses; no haber participado de otros programas de intervención infantil y tener su dirección actualizada; mientras que los niños del grupo de control debían estar en las mismas aulas que los del grupo de tratamiento, y pertenecer a las familias seleccionadas por los profesores de la clase (Janus & Duku, 2012).

Como resultados del estudio, se tiene que el porcentaje de niños vulnerables, aquellos con puntuaciones inferiores al punto de corte que sugieren los creadores del instrumento (el punto de corte es equivalente a la puntuación

obtenida por niños del percentil 10 de una muestra de referencia de Canadá), quedaron entre el 8,1% y el 14,5% para todos los dominios, excepto para lenguaje y conocimientos generales, donde el porcentaje es del 37,9% para niños del grupo de tratamiento, y el 42% para los del grupo de control. Esto indica que, independientemente de la distribución del grupo, los niños del estudio se desarrollaron según las expectativas para su edad, de forma semejante a los niños de la muestra de Canadá, en todos los dominios, excepto para lenguaje y conocimientos generales.

Por otro lado, mediante un análisis de medias (sin reportar niveles de significancia estadística), los autores encontraron que los niños que participan en el PIM tienen puntuaciones marginalmente superiores a los niños del grupo de control. Sin embargo, esas diferencias desaparecen o se revierten (los niños del grupo de control obtienen mejores resultados), cuando son analizados por medio de variables como escolaridad materna, ingresos, tiempo de exposición al Programa y el grado escolar al que asiste (Janus & Duku, 2012).

25 El EDI es un instrumento desarrollado en la Universidad de McMaster, que busca medir si los niños se desarrollan de acuerdo a las expectativas para su edad en cinco dominios: bienestar físico; competencia social; madurez emocional; lenguaje y desarrollo cognitivo y de comunicación; y conocimientos generales. El instrumento consiste en un cuestionario de 103 puntos o cuestiones que deben ser completados por profesores pre-escolares. Hay que mencionar que este estudio ofrece evidencia sobre la validación del EDI en Brasil: <https://edi.offordcentre.com/about/what-is-the-edi/>

Estos resultados no pueden ser interpretados como un efecto real del PIM, porque la metodología de investigación presenta diferentes debilidades, incluyendo la selección de la muestra que no fue aleatoria, lo que implica que hay un sesgo de selección por variables observadas y no observadas, lo que significa que los niños del grupo de tratamiento

tienen características diferentes de los niños del grupo de control, lo que hace que no sean un buen grupo de comparación (contrafactual), y que los efectos encontrados no correspondan al impacto real del programa. Por otro lado, la metodología de análisis no es la indicada, carece de relevancia y poder estadístico.

Evaluación para la mejora de la relación costo-efectividad, cualificación y expansión del Programa Primeira Infância Melhor **Fundación Getúlio Vargas, 2014**

En 2014, se realizó la consultoría de la Fundación Getúlio Vargas/RJ para discutir la "Evaluación para la Mejora de la Relación Costo-Efectividad, Cualificación y Expansión del Programa *Primeira Infância Melhor*". A pesar del nombre, el trabajo realizado por la institución se concentró más en el conocimiento del Programa y los procesos de trabajo. Los resultados presentados en cuanto a la evaluación de impacto, se refieren solo a un aspecto del estudio: la evaluación de la percepción de los cuidadores. Ese aspecto contempla resultados sobre el grado de importancia del PIM para sus familias, la percepción sobre la calidad de los servicios prestados, así como los principales puntos positivos del Programa.

El estudio fue realizado por medio de un cuestionario aplicado a 1600 personas, seleccionadas por estratificación según las macro regiones del estado, cantidad de beneficiarios del PIM por municipio, y franja etaria de los niños beneficiarios del PIM (0 hasta 3 años y más de 3 años hasta 6 años), representando una muestra del 8% del total de familias atendidas en el estado. El cuestionario utilizado fue elaborado con base en los resultados de entrevistas en profundidad y de grupos focales realizados en las etapas anteriores al estudio y validados por el GTE, contemplando los siguientes bloques de análisis: evaluación del servicio prestado por el Programa; relación familia y Visitador; y percepción del impacto del PIM (Fundación Getúlio Vargas, 2014).

Como resultado general, se tiene una gran

aceptación y satisfacción con el PIM. Con relación a la evaluación del servicio prestado por el Programa, el 96% de los cuidadores consideraron al PIM importante o muy importante y el 93% consideró la calidad del servicio prestado excelente o buena. De los encuestados, el 87% respondieron que el PIM impactó su preparación para cuidar a su niño y el 95% de los cuidadores declararon que consideran que las actividades orientadas por el PIM van a colaborar para mejorar las condiciones de vida del niño en el futuro. En lo que se refiere a la relación Familia y Visitador, se verificó que más del 80% de los entrevistados presentaron un elevado grado de confianza en el Programa, incluyendo el 32% que consideró que el Visitador es un confidente o alguien con quien puede conversar. Sin embargo, apenas el 60% tuvo el mismo Visitador a lo largo de su participación en el PIM.

Aunque no existe consenso sobre las normas de calidad de una visita domiciliar, la literatura señala que la interrelación de la frecuencia, el contenido y las relaciones entre los usuarios, cuidadores y niños constituyen la calidad (López-Boo *et al.*, 2016; Paulsell *et al.*, 2010). No obstante, la relación entre esas dimensiones no es lineal, por lo tanto, no siempre una mayor cantidad de visitas o una relación más estrecha entre las familias y los visitadores significa mejores resultados (Stolfuz & Lynch, 2005). De modo que tanto el cambio de los Visitadores a lo largo del PIM, así como una relación tan estrecha con el Visitador, merecen ser revisados cuidadosamente, puesto que pueden afectar la calidad de las visitas.

Una fotografía de la calidad de los programas de visita domiciliaria en siete países de América Latina y del Caribe *Leer et al., 2016*

En un contexto más amplio, Leer *et al.* (2016) indagan sobre las interacciones entre el Visitador, los padres y los niños; el contenido de las actividades y las estrategias de intervención que tienen lugar durante las visitas ejecutadas por medio de siete programas de visita domiciliaria (cinco programas enfocados en el cuidado, estimulación y desarrollo infantil y los enfocados en verificar indicadores nutricionales), en diferentes países de América Latina y del Caribe, entre ellos *Primeira Infância Melhor*. Como instrumento de medición se utilizó una lista de verificación desarrollada por la Universidad *West Indies* constituida por 31 ítems y 7 secciones que permiten tener un acercamiento de la calidad de las visitas.

A través de la observación de cinco visitas domiciliarias en el municipio de Ronda Alta, se encuentra que los Visitadores del PIM tienen una gran comprensión de las características y necesidades de las familias y consiguen adaptar las actividades a los intereses de los niños, así

como también preparan el contenido de las visitas con suficiente tiempo. Sin embargo, el Visitador gasta más tiempo en el enfoque en el niño y podría trabajar más en la promoción de la participación del cuidador. Aunque los programas estudiados no sean directamente comparables, pues son diferentes en tamaño, contenido y alcance, el PIM obtuvo las puntuaciones más elevadas en la mayoría de los indicadores.

Además de la limitación de no permitir comparaciones entre programas, el tamaño de la muestra es pequeño y por ende, no es representativo de la calidad de cada uno de los programas; las visitas fueron programadas anteriormente, luego no se dio un ambiente completamente "natural"; la lista de verificación no tuvo una relación validada con indicadores de desarrollo infantil, y para el caso específico de Brasil, las familias seleccionadas no correspondían a la población más vulnerable.

Atención Primaria en Salud basada en la familia: una evaluación empírica del Programa Primeira Infância Melhor de Río Grande de Sur - Brasil *Garcia et al., 2017, en curso*

Es importante mencionar que, a pesar de que este estudio todavía está en curso, se identifica como la evaluación más rigurosa en términos estadísticos y la primera en usar datos administrativos suministrados por la Secretaría de Salud de Río Grande de Sur y del Ministerio de Salud de Brasil.

Haciendo uso de las diferencias de ingreso y de los tiempos de exposición al PIM en 496 municipios de Río Grande de Sur, en el período entre 2006 y 2010, Garcia *et al.*, (2017) investigan el efecto del PIM sobre la mortalidad

provocada por diarrea, causas generales y causas externas (muertes que son provocadas por accidentes que podrían ser prevenidos si el cuidador ofreciese mayor atención) en niños menores de un año. En este análisis, se usa la aproximación de diferencias-en-diferencias y se revela que en los municipios que tuvieron exposición igual o superior a siete años, el PIM reduce en 0,68 (significativo al 5%) las muertes por causas externas por 1.000 niños, mientras que en municipios con exposición entre cuatro y seis años, el efecto es de -0,45 (significativo al 10%). En los municipios con menos años de

exposición al PIM (0 a 3 años), el efecto sobre muertes provocadas por diarrea a cada mil niños es -0,10 (significativos al 10%).

Tal como lo mencionan los autores, el estudio presenta varias limitaciones, incluyendo la selección no aleatoria de los municipios, lo que implica que los municipios que implementaron el PIM pueden presentar características sistemáticamente diferentes, hecho que afecta los indicadores estudiados. La metodología de diferencias-en-diferencias basada en el supuesto de tendencias paralelas, o sea, que el comportamiento de la tasa de crecimiento de la variable de intereses (tasas de mortalidad infantil, en este caso) tiene la misma tendencia en la ausencia de tratamiento (PIM). Sin embargo, no se ofrece ninguna evidencia a ese respecto. La ausencia de tendencias paralelas puede estar conduciendo a resultados como los observados. Resultados en los que el efecto

está relacionado con la intervención, son tan elevados que en promedio lleva a tasas de mortalidad negativas. En el caso extremo, eso implicaría que el PIM está llevando a cero la tasa de mortalidad provocada por diarrea o causas externas, lo cual es cuestionable, dado que en los municipios con el PIM implantado hoy, cuatro años después del período de análisis, todavía se observan tasas de mortalidad positivas asociadas con las causas en mención.

Finalmente, la suma de indicadores a nivel municipal no captura el efecto real del Programa. Por un lado, el PIM solo beneficia a una proporción de la población de los municipios; y por otro lado, ellos pueden tener sinergias con otras intervenciones, tales como la Estrategia de Salud de la Familia, a pesar del control por variables tales como servicios de salud, trabajadores de salud y cobertura de inmunización.

Análisis del costo-efectividad

La evaluación de una política pública informa sobre la rentabilidad de las inversiones y la mejor forma de invertir recursos, solamente si es acompañada por un análisis costo-beneficio, o un análisis de costo-efectividad comparando los costos con los resultados o efectos generados. Desafortunadamente, el PIM no cuenta con evaluaciones sólidas que determinen los reales efectos sobre el bienestar social, lo que consecuentemente, impide el desarrollo de un análisis confiable del costo-efectividad del Programa. Sin embargo, como un ejercicio ilustrativo, a continuación se presenta un análisis de costo-efectividad de los impactos generados por el PIM a partir del cálculo de los costos financieros del Programa por *Año de Vida Perdido Ajustado por Incapacidad*²⁶ (DALY, sigla en inglés) evitado.

De acuerdo al análisis de costos realizado por el PIM²⁷ en 2016, el costo anual per cápita del Programa es de USD 286,8 (USD 142,32 costos asociados al nivel estatal y USD 144,48 al nivel municipal). De modo que, aplicando una tasa de descuento del 3% se calcula que el PIM costó USD 15.747.757,67 en 2012 (costo *per cápita* descontado por el número total de beneficiarios).

Los resultados de Garcia *et al.* (2017) muestran que el PIM reduce en 0.68 y 0.45 anualmente las muertes por causas externas por 1.000 niños, dependiendo del tiempo de exposición del municipio al PIM. Adicionalmente, el efecto sobre las muertes provocadas por diarrea, por cada 1.000 niños, es -0.10 para los municipios con menor exposición al PIM. En el caso extremo, eso implicaría que el PIM está llevando

26 Considerando la dificultad de medir en términos financieros los efectos de las políticas, especialmente aquellas relacionadas al sector de la salud, bien como la necesidad de generar una descripción comparativa y consistente de las enfermedades, la Organización Mundial de la Salud desarrolló la medida de Año de Vida Perdido Ajustado por Incapacidad (DALY, sigla en Inglés). Los DALY, o la carga de una enfermedad, son calculados como siendo la suma de los años perdidos debido a muertes más los años de vida sana perdidos debido a la incapacidad provocada por la enfermedad. De modo que un DALY puede ser interpretado como un año de vida sano perdido (WHO, 2017).

27 Cálculo presentado en el documento "Coste *per cápita* anual del PIM en el estado y municipios". Documento interno, no publicado.

a prácticamente cero las tasas de mortalidad provocadas por diarrea o causas externas. Al multiplicar esas tasas por el número de niños menores de un año en Río Grande de Sur, en 2012, se tiene que el PIM habría evitado la muerte de 547 niños, lo equivalente a 46.866,96 DALY evitados (multiplicación del número de muertes que se evitarían por la expectativa de vida de 85,68 años en 2010, definido por la Organización Mundial de la Salud - OMS)²⁸. Así, el costo por DALY evitado equivaldría a US\$ 336,1.

Al comparar el costo por DALY evitado (USD 336,1) con tres veces el PIB *per cápita* del país (USD 36.471,92), de acuerdo a la norma general establecida por la OMS, que establece que el primer monto debe ser menor que

el segundo, se considera que el PIM es un programa muy rentable. Sin embargo, ese tipo de normas de decisión, donde se establecen límites específicos sobre los cuales hacer comparaciones, presenta varias limitaciones. Según Marseille *et al.* (2015), esas limitaciones pueden ser: no permite hacer comparaciones con otras políticas que también son clasificadas como costo-efectivas; el límite es fácilmente alcanzado y arbitrario (por ejemplo, en el caso del PIM, si comparamos con menos de un PIB *per cápita*, también es rentable la intervención); asume que el PIB *per cápita* es la disposición a pagar socialmente un año de vida sano, lo que no es un hecho consolidado y puede variar entre países de bajos ingresos; por último, ignora las restricciones presupuestarias de los gobiernos.

Reflexión

Los estudios descritos representan el interés en evaluar el PIM y apuntan que ha generado efectos positivos sobre las familias y los niños. Sin embargo, presentan limitaciones importantes en términos de representatividad y establecimiento de un grupo de control que realmente pueda ser comparado a los beneficiarios del PIM y así obtener una mejor aproximación a los efectos reales del Programa. Existen muy pocos estudios que evalúan el PIM

a partir de los efectos generados directamente en la promoción del desarrollo del niño, objetivo primero del Programa. Los autores coinciden en la importancia de generar información logitudinal o experimental que permitan evaluar a los niños, no solo en la dimensión física, sino también en el desarrollo cognitivo y psicosocial; así como estimar la relación costo-efectividad de la intervención.

²⁸ Solo se consideran los años de vida evitados por muerte prematura, una vez que los efectos solo son observados para las tasas de mortalidad, en cualquier caso, eso implicaría que las estimativas presentadas corresponden a un límite inferior. Además, la OMS no cuenta con estimaciones de DALY por causas externas. Para una discusión sobre el por qué no se descuenta ni se pondera por la edad, consultar WHO (2017).

CAPÍTULO 4

INNOVANDO EN LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA



El PIM ha sido reconocido en su trayectoria como una de las tecnologías de desarrollo y transformación social más importantes de América Latina. Más allá de los resultados cuantitativos de las evaluaciones presentadas, son las historias de vida y los relatos de las familias en el día a día, lo que comprueba la calidad del Programa, y la fuerza que esta política tiene para promover la vida, transformar historias, empoderar a las familias, y probablemente, romper con ciclos de vulnerabilidades. A medida que el PIM se fue estructurando y fortaleciendo, sus resultados se reflejaron no solo en las familias, sino también en la sociedad como un todo. Es evidente el impacto del *Primeira Infância Melhor* en la ampliación de la cultura de inversión en la primera infancia en Brasil y en América Latina.

Ampliación de la cultura de inversión en la primera infancia

Más allá del trabajo directo con las familias, el PIM busca influenciar a los gobiernos y a la sociedad en la elaboración, aprobación y ejecución de iniciativas que atiendan a las necesidades de la primera infancia, fortaleciendo la participación de diferentes actores en los debates de interés de esa causa. Con el objetivo de mantener el tema de la atención a la primera infancia sobre la mesa, además de garantizar la sostenibilidad del Programa, las acciones de *advocacy* se convirtieron en una estrategia fundamental. La Semana Estatal del Bebé, el Día del Bebé, el Seminario Internacional de la Primera Infancia, el Premio Salvador Célia, la Capacitación de Radialistas, los eventos en los municipios, las reuniones con gestores y el control social, las campañas publicitarias, el material informativo para los medios de comunicación, entre otros, componen el conjunto de acciones de *advocacy* de *Primeira Infância Melhor*.

La Semana Estatal del Bebé/PIM se realiza anualmente en el mes de noviembre, incluyendo el Día del Bebé, el Seminario Internacional de la Primera Infancia, el Premio Salvador Célia y las demás acciones de promoción de la primera infancia, tanto en el Estado como en los municipios. Esta Semana se inspiró en la Semana del Bebé del municipio de Canela/RS y sirve de inspiración para los diferentes estados del país, así como para otros países. Debido a su importancia, se le instituyó por medio del Decreto Estatal nº 42.200/03, siendo parte del calendario oficial de eventos del estado.

El Día del bebé tiene por objetivo movilizar a la sociedad para reconocer la importancia de la atención al inicio de la vida. Las actividades siempre se realizan en el principal parque de la capital del estado (a nivel estatal), y en espacios colectivos de la comunidad (nivel municipal), ofreciéndole a los beneficiarios (niños y gestantes) y a sus familias, actividades recreativas, artísticas y culturales, así como informaciones y servicios en las áreas de

desarrollo infantil, salud, protección social, cultura y educación.

El Seminario Internacional de la Primera Infancia²⁹ busca favorecer intercambios de conocimientos y experiencias entre especialistas, investigadores, educadores, gestores, equipos del PIM y la sociedad civil, sobre temas relevantes para la primera infancia y el trabajo de visitas domiciliarias con familias en situación de riesgo y vulnerabilidad social. Por lo general, el seminario se realiza durante dos días y reúne aproximadamente 2.000 personas.

El Premio Salvador Célia busca promover la integración de las Políticas de Atención Básica y reconocer públicamente las buenas prácticas de Visitadores del PIM y Agentes Comunitarios de Salud de la ESF, ambos profesionales responsables por las visitas en los territorios. Además, representa una oportunidad para que los equipos puedan reconocer el valor de su trabajo y ampliar las propuestas de articulación; asimismo, es una importante acción para movilizar la gestión municipal para el compromiso con la causa y la valoración del trabajo realizado por sus equipos.

Otra estrategia importante que el PIM ha utilizado para ampliar la cultura de inversión en la primera infancia es su inserción en los medios de comunicación. De esa forma, pone el tema de los derechos del niño, de la primera infancia y del desarrollo infantil, en la agenda pública. Esto permite movilizar un público diferente de aquellos actores que formalmente hacen parte de su rol de aliados, pudiendo utilizar las más diferentes herramientas para promocionar sus acciones y discursos.

Una acción importante relacionada a este tema es la capacitación para locutores de radio, con base en la cartilla de la Unicef. Esta capacitación permite a los locutores de radio incluir la temática de la primera infancia en sus

29 En el Apéndice 2 se encuentra la lista de los eventos realizados, con temas y conferencistas.

programas. La radio en las comunidades en que el PIM atiende, es un medio importante de acceso a la información para las familias, y muchos municipios divulgaron esta práctica fortaleciendo la cultura de tener un espacio del PIM en las programaciones locales. Por lo general, se habla sobre el Programa y sobre temas relacionados al desarrollo infantil, salud, acceso a derechos, cultura y educación.

El PIM también está presente en los medios digitales. La página web (www.pim.saude.rs.gov.br) tiene por objetivo divulgar los proyectos, acciones, actividades y servicios de *Primeira Infância Melhor*; pone a disposición las informaciones del estado *online*; contribuir

a la creación, consolidación y fortalecimiento de políticas públicas dirigidas a la primera infancia; entre otras acciones. El Programa cuenta también con página en *Facebook*, cuenta en *Twitter*, *Instagram*, *Youtube* y *mailing* de *newsletter*.

Además, *Primeira Infância Melhor* promueve y/o es reconocido en artículos de periódicos, revistas y páginas web, documentales nacionales e internacionales, programas de televisión, entre otros, influenciando la opinión pública sobre la atención a los primeros años de vida y comprometiendo actores importantes en esa discusión.

Inspirando y apoyando la implantación de otros programas en el país

La práctica de *Primeira Infância Melhor* hizo que el Programa se convirtiera en un punto de referencia para proyectos de primera infancia y visita domiciliaria. El Programa recibe frecuentemente a representantes de gobiernos, instituciones y profesionales de las más diferentes áreas que buscan conocer su estructura y funcionamiento. De la misma forma, representantes del Grupo Técnico Estatal se desplazan a diferentes países, estados y municipios brasileños para divulgar la experiencia del Programa.

En territorio nacional, el PIM, por medio de alianzas institucionales, inspira y apoya técnica y metodológicamente la implantación e implementación de diferentes acciones/proyectos/programas, a favor de la primera infancia. Es pertinente señalar que el soporte del Programa se da en diferentes niveles: en la estructuración de los equipos gestores; en la construcción y adaptación de instrumentos; en la elaboración de los currículos de las visitas domiciliarias y de la metodología de formación de los equipos involucrados. El cuadro 6 ilustra la conformación básica de las iniciativas apoyadas por el PIM y describe sus objetivos, público objetivo y estructuras de funcionamiento. Todas estas iniciativas representan el esfuerzo de una colaboración intrafederativa que resultó en aprendizajes mutuos, calificando también el

trabajo desarrollado por el PIM.

En total, el PIM apoya nueve iniciativas en las regiones Sur, Sudeste, Nordeste y Norte del país, lugares con diferentes configuraciones geográficas, sociales, culturales, políticas y económicas. El ejercicio de replicar el PIM hacia territorios tan diferentes, exige una lectura crítica de cada contexto, de manera que se puedan producir modelos de atención compatibles con ellos. En ocasiones ha sido necesario realizar cambios importantes en el modelo original del PIM; sin embargo, algunos aspectos se han mantenido sin modificarse. Por ejemplo, la intersectorialidad como un principio de la organización del cuidado; la estructuración de equipos gestores integrados por personal de la Salud, Educación y Asistencia Social; valoración de las experiencias y cultura de las familias y de las comunidades; el objetivo de promover el fortalecimiento de las competencias familiares y su participación activa y la inversión en la cualificación de los equipos y de los territorios. Es importante señalar que, en todas las experiencias, la participación activa de los equipos locales en todo el proceso de replicación es fundamental, además del apoyo de los gestores, de instituciones de enseñanza e investigación y de organismos financiadores.

Cuadro 6 – Acciones/proyectos/programas inspirados en el PIM

Programa	Objetivo	Currículo
<i>Atenção à Primeira Infância e à Maternidade.</i> Munhoz de Melo/PR	Captar precozmente a la gestante, asegurando cuidado prenatal de calidad y el desarrollo integral del niño.	Sí, basado en el PIM.
<i>Atenção Melhor à Infância</i> Vila Velha/ES	Orientar a las familias y trabajar la convivencia familiar y comunitaria, aumentando la interacción entre padres e hijos, buscando el fortalecimiento de sus competencias para educar y cuidar a sus niños.	Sí, basado en el PIM.
<i>Primeira Infância Ribeirinha</i> Iraduba, Novo Airão y Manacapuru/AM	Trabajar el desarrollo de gestantes y de niños de 0 a 6 años en comunidades ribereñas.	Sí, basado en el PIM y en otras fuentes.
<i>Programa Cresça com Seu Filho</i> Fortaleza/CE	Asistir a las familias en situación de vulnerabilidad social y económica, a partir de su cultura y experiencias, para que promuevan el desarrollo integral de sus niños en el período de gestación y de la primera infancia (0 a 3 años).	Sí, basado en el PIM y en otras fuentes.
<i>São Paulo Carinhosa</i> São Paulo/SP	Articular, coordinar, divulgar y ampliar las acciones realizadas en el municipio de São Paulo para la promoción del desarrollo integral de la primera infancia.	No
<i>Primeira Infância Acreana</i> Acre	El Programa Primeira Infância Acreana (PIA) fue ideado para mejorar la atención y el cuidado de las gestantes y niños de 0 a 6 años en situación de vulnerabilidad, favoreciendo su desarrollo integral e integrado.	Sí, basado en el PIM y en otras fuentes.
<i>Agenda de Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil</i>	Fomentar en los municipios de la ANDI (altos índices de desnutrición infantil) un modelo de atención integral a la salud, con enfoque en la cualificación y articulación de los servicios para la lucha contra la desnutrición y el incentivo al desarrollo en la primera infancia.	No

Otras iniciativas también contaron con el soporte técnico y metodológico del PIM. A partir de 2012, respondiendo a una invitación del Ministerio de la Salud, técnicos del Equipo Estatal del PIM colaboraron en la elaboración de la nueva Libreta de los Niños, en la

estructuración de un curso a distancia sobre el desarrollo en la primera infancia y en la elaboración y ejecución de una metodología de formación para gestores y profesionales municipales de la salud, educación y desarrollo social, sobre la temática del desarrollo infantil.

Método	Público objetivo	Usa Visitadores	Supervisión
Visita domiciliaria y actividades en grupo con base a la guía de visitas del PIM.	Gestantes y niños de 0 a 3 años.	Sí, exclusivos para el Programa.	Sí
Visita domiciliaria y actividades en grupo con base a la guía de visitas del PIM.	Gestantes y niños de 0 a 5 años.	Sí, exclusivos para el Programa.	Sí
Visita domiciliaria y actividades en grupo con base a la guía de visitas del PIM.	Gestantes y niños de 0 a 6 años.	Sí, Agentes Comunitarios de Salud.	Sí
Visita domiciliaria y actividades en grupo con base a la guía de visitas del PIM.	Gestantes y niños de 0 a 3 años.	Sí, Agentes Comunitarios de Salud.	Sí
Construcción de nuevas unidades escolares; elaboración de un currículo para la educación infantil; elaboración de criterios para priorización del acceso a la educación infantil para los niños en situación de mayor vulnerabilidad y Programa de acogimiento familiar.	Niños de 0 hasta 6 años.	No	No
Visita domiciliaria y actividades en grupo con base a la guía de visitas del PIM.	Gestantes y niños de 0 a 6 años.	Sí, Agentes Comunitarios de Salud.	Sí
Formación de los equipos de ESF. Visita domiciliaria y actividades en grupo.	Niños menores de 5 a años.	Sí, Agentes Comunitarios de Salud.	No

Fuente: Páginas web oficiales de las acciones/proyectos/programas

El PIM colaboró en la construcción de los ejes que orientan el desarrollo en la primera infancia de la Política Nacional de Atención Integral de la Salud del Niño del Ministerio de la Salud en 2015. Finalmente, un progreso histórico para la promoción de los primeros años de

vida, fue la aprobación del Marco Legal de la Primera Infancia (2016), que busca garantizar los derechos en diferentes sectores enfocados a la promoción del desarrollo integral, teniendo a *Primeira Infância Melhor* como referencia de modelo de visitación domiciliaria.

Retos y conquistas a lo largo de esta trayectoria

La trayectoria de catorce años de *Primeira Infância Melhor* permitió el aprendizaje de lecciones relacionadas a la superación de los retos inherentes a una política pública innovadora en Brasil. Esos retos incluyen aspectos diferentes de la realidad social, política, cultural y económica del Estado de Río Grande de Sur e incentivan a su perfeccionamiento constante.

En Brasil, el gobierno federal, además de los estatales y municipales, se renuevan cada cuatro años de manera intercalada. Eso puede provocar la discontinuidad de las acciones relacionadas al PIM, de acuerdo con las prioridades de cada administración. Sin embargo, la institucionalización del Programa en el estado y en los municipios, por medio de la creación de leyes, institución de cargos para su desempeño en el Programa, previsión de metas y presupuesto en los planes locales, son estrategias que convergen para el mantenimiento del PIM y reducen los efectos de los cambios de las administraciones. Se le suma a eso, la articulación del Programa junto a otras esferas administrativas, tales como el sector legislativo (Concejales y Diputados) y el Control Social (Consejos de Salud, Educación y Asistencia Social, entre otros); la valoración de la primera infancia respaldada por evidencias científicas y el sentimiento de pertenencia de las familias ante el PIM, favoreciendo la defensa por la sostenibilidad de esa política pública.

La intervención del PIM, enfocada no solo en los niños, sino inclusiva con los demás miembros de las familias, respeta la singularidad de cada individuo y las dinámicas familiares. Eso incluye la inversión del Programa en la valoración de la historia, cultura y hábitos de las familias beneficiarias, lo cual se resalta en el desarrollo de trabajos específicos con las comunidades tradicionales (*quilombolas* e

indígenas) y específicas (madres privadas de libertad o egresadas de la prisión).

Además de la preocupación por el desarrollo de prácticas de cuidados que respeten las especificidades etnoculturales de esas comunidades, el PIM tiene como reto contribuir para la superación de las vulnerabilidades a las cuales esas poblaciones están expuestas de forma más intensa. En las últimas décadas, Brasil presentó mejoras en indicadores relacionados al hambre, a la mortalidad infantil y al acceso al saneamiento básico. Sin embargo, esas poblaciones no fueron parte de esos avances y encuentran dificultades en acceder a las políticas sociales³⁰, especialmente aquellas que viven en regiones de difícil acceso, lo que viene demandado un gran esfuerzo del PIM y una fuerte articulación con las demás políticas de salud, educación y desarrollo social; sensibilización de los gestores y profesionales de la red de servicios y una aproximación constante con los líderes comunitarios.

De manera similar, corresponde destacar la valoración de la participación paterna y/o de cuidadores hombres en las intervenciones realizadas y en los materiales desarrollados por el Programa, fortaleciendo la responsabilidad del hombre en el cuidado de sus niños, fundamental para la construcción de la seguridad y de la estabilidad emocional infantil, un papel que muchas veces se deja de lado en las políticas para la primera infancia (Pereira, 2015).

El funcionamiento del PIM depende de un aspecto fundamental para la ejecución de una política pública enfocada en la integridad del cuidado: la intersectorialidad. Se trata de un ejercicio innovador desarrollado por *Primeira Infância Melhor* en los municipios de

³⁰ De acuerdo a la Investigación de Evaluación de Seguridad Alimentaria e Nutricional en Comunidades Quilombolas Tituladas (Anjos, 2013), 41,1% de los niños y adolescentes que viven en comunidades quilombolas viven con hambre o sobre riesgo de inanición. La tasa de mortalidad infantil indígena del país, pasó de 31,90 para 43,46 muertes por cada mil nacidos vivos - un número dos veces mayor que la tasa media de Brasil (15), y similar a la de países como Namibia o São Tomé y Príncipe (Bedinelli, 2015).

Río Grande de Sur, pues hasta su creación no existía la cultura de compartir la gestión de las políticas públicas entre secretarías. La inversión en la integralidad del cuidado y en el desarrollo de estrategias que piensen en el sujeto como un todo, demanda romper con prácticas fragmentadas de gestión y de organización de los servicios. La intersectorialidad se fomenta en todos los aspectos de la organización política y administrativa del PIM, sea en la constitución del equipo municipal, en la división de responsabilidades, en la determinación de prioridades, en las discusiones en comités municipales y/o en el seguimiento de los beneficiarios.

Entre las condiciones para el funcionamiento satisfactorio de la intersectorialidad y consecuentemente del PIM, está la necesidad del apoyo de los gestores a la actuación de los técnicos, es decir, es necesario que además del perfil, los representantes del GTM dispongan de horas para actuar en el Programa y para participar en procesos de formación. Sin esto, no hay condiciones de ofrecer el apoyo y el seguimiento necesarios para la calidad de las acciones realizadas por el PIM debido a la falta de respaldo. Esa dificultad incide directamente en el resultado de las acciones (Zorzan, 2012).

Una de las dificultades enfrentadas por los municipios es la ausencia de legislación local específica para el Programa, lo que en muchos casos, representa un obstáculo administrativo para la contratación de los Visitadores, uno de los grandes retos de las gestiones locales. Además, como los visitadores son los profesionales más cercanos a las familias, responsables directos por la calidad de su vínculo con el Programa, es esencial que también tengan el perfil adecuado para desempeñar sus actividades y manejar las relaciones interpersonales. De modo general, se puede afirmar que el perfil y la actuación de estos profesionales determinan en gran parte la credibilidad de la población en el PIM.

La construcción de conocimientos y prácticas adecuadas al contexto del PIM, depende del desarrollo de procesos formativos permanentes de todos los actores involucrados con el Programa. La sensibilización de los equipos municipales para priorizar momentos de

formación en sus rutinas de trabajo, así como la alineación conceptual y práctica a los principios del Programa, demandan de los demás representantes del GTE una inversión constante en el desarrollo de metodologías de formación y materiales de soporte que puedan auxiliar en estos procesos.

Cabe señalar la importancia del Sistema de Información del PIM para el adecuado funcionamiento del Programa. Este sistema tiene potencial para una serie de análisis, investigaciones y evaluaciones, pues cuenta con una amplia variedad de información y diferentes posibilidades de utilización aún poco explotadas. Es necesario crear nuevos filtros que faciliten la autonomía de los usuarios y el análisis de la información que ya está disponible en el sistema. Además, es necesario generar conciencia en los equipos municipales sobre el mantenimiento constante del SisPIM, con la inclusión de todas las acciones realizadas, así como con el registro detallado del monitoreo del desarrollo infantil, lo que permite calificar el proceso de monitoreo y la evaluación de las acciones del Programa.

La reducción de la cantidad de familias previstas para la atención de cada Visitador (de 25 para 20 familias) fue un logro institucional importante, fruto de la sensibilización de gestores y de acuerdos políticos. Con este cambio, los Visitadores pueden tener más tiempo disponible en sus agendas semanales para la educación permanente, construcción de las planificaciones, supervisión y evaluación de sus actividades, perfeccionamiento de las intervenciones y de los resultados con las familias. De la misma forma, el crecimiento de la oferta de educación infantil para niños mayores de cuatro años amplió la inclusión de familias con gestantes y niños menores de cuatro años, principal objetivo del PIM.

Otro reto importante del PIM de carácter técnico e institucional fue la inclusión de la atención a niños con discapacidades. Inicialmente, la práctica de las acciones contemplaba apenas el direccionamiento de la demanda identificada para la red que establecía la relación con los servicios especializados. Después de un intenso estudio

por parte del equipo estatal, con el apoyo de instituciones especializadas y respondiendo a las demandas de las familias, los niños con discapacidad pasaron a ser contemplados en las modalidades de atención del PIM, cuyas actividades pasaron a ser planificadas bajo la orientación de especialistas.

En lo que se refiere a las investigaciones como forma de monitoreo de los resultados del PIM, además de las que ya se han realizado, se observa que persiste la necesidad de llevar a cabo un estudio de carácter longitudinal o experimental que analice la costo-efectividad y el impacto de las intervenciones del Programa en el desarrollo de los niños, familias y comunidades. Una evaluación de ese tipo responde a las directrices de una administración pública moderna y eficiente, además de incidir

en la promoción de una agenda de desarrollo enfocada a los intereses públicos.

Ante todas esas consideraciones, se puede afirmar que la política pública *Primeira Infância Melhor* es un gran ejemplo de tecnología, innovación y desarrollo social, en virtud de la dimensión de su estructura. Concretar acciones y alcanzar resultados sólidos son el resultado de trabajo de gestores comprometidos con la primera infancia y consecuentemente con una sociedad mejor, así como de un gran equipo que no mide esfuerzos, pues sus conocimientos técnicos respaldan permanentes inversiones en favor de un ideal que permanece legítimo. De modo general, la política se fortalece continuamente en virtud de la autenticidad de su existencia.

Referencias

Almeida, L., Bergmann, C., Drügg, C.V., Silva, G.M., Chiapin, G., Fontoura, K.M.R., Pires, L.M., & Silva, S.S.N. (2016). O que você faz pelo seu filho hoje vale para a vida toda. In: Haddad, E. (org). O que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância- São Paulo, SP: Secretaria Municipal de Cultura.

Anjos, L. A., (2013). Pesquisa de Avaliação da Situação de Segurança Alimentar e nutricional em Comunidades quilombolas titulados. Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional à Universidade Federal Fluminense (FEC-UFF) / Núcleo de Pesquisas Sociais Aplicadas, Informações e Políticas Públicas da Universidade Federal Fluminense (DataUFF). Brasília.

Baker-Henningham, H., & López Bóo, F. (2010). Early childhood stimulation interventions in developing countries: A comprehensive literature review.

Berlinski, S., & Schady, N. (2015). Los primeros años: el bienestar infantil y el papel de las políticas públicas. BID.

Bernardes, K. I. (2010). Avaliação do Primeira Infância Melhor através de estudos de casos: o encontro entre a educação formal e não-formal (Dissertation, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).

CELEP - Centro de Referência Latino-Americano para a Educação Pré-Escolar. (2010). Informe Final de la Evaluación al Programa Primeira Infância Melhor.

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social. (2009). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. – 1. ed. – Brasília.

Drügg, C. (2011). Formação e desempenho do visitador na prática socioeducativa do Programa Primeira Infância Melhor (Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).

_____, C.D.V, Verch, K. Fontoura, K. (2016). Investimento na Primeira Infância: Desenhando um Futuro Melhor por meio da Visita Domiciliar. In: CARDIA, Nancy; ALVES, Renato; ASTOLFI, Roberta (orgs.). Visitação Domiciliar. São Paulo: Editora da Universidade São Paulo.

FAO - Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. (2014). O Estado da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil:Um retrato multidimensional. Relatório 2014: Brasília.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Atenção Básica. (2017). Disponible en <http://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Consultado en mayo de 2017.

FGV - Fundação Getúlio Vargas/RJ. (2014). Avaliação para Melhora da Relação Custo Efetividade, Qualificação e Expansão do Primeira Infância Melhor (PIM).

_____. (2014b). Metodologia de Trabalho para Efetivação do Comitê Gestor do PIM. Documento Interno. Não publicado.

Garcia, F., Braun, G., Carraro, A., Teixeira, G., & Petrucci, D. (2017). Atenção Primária em Saúde baseada na Família: Uma Avaliação Empírica do Programa Primeira Infância Melhor do Rio Grande do Sul – Brasil. Workingpaper. Não Publicado.

Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Savelyev, P. A., y Yavitz, A. (2010). "The rate of return to the HighScope Perry Preschool Program". *Journal of public Economics*, 94(1), 114-128.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Cartilha do Censo 2010 - Pessoa com Deficiência.

_____ (2004). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2004. Disponible en <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/>. Consultado en mayo de 2017.

_____ (2005). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2005. Disponible en <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/>. Consultado en mayo de 2017.

INCRA. (2013). Censo da População Quilombola 2013. Disponible en <http://www.incra.gov.br/>. Consultado en mayo de 2017.

INEP. (2015). Censo escolar 2015. Brasília: Ministério da Educação/Inep. Disponible en: <http://matricula.educacenso.inep.gov.br/>. Consultado en mayo de 2017.

Janus, M., & Duku, E. (2014). Resultados da implementação da versão adaptada para o Português do EDI no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Leer, J., López Boo, F., Perez Expósito, A., & Powell, C. (2016). A Snapshot on the Quality of Seven Home Visit Parenting Programs in Latin America and the Caribbean.

López-Boo, F., Araujo, M. C., y Tomé, R. (2016). ¿Cómo se mide la calidad de los servicios de cuidado infantil?: guía de herramientas. BID.

Marseille, E., Larson, B., Kazi, D., Kahn, J., and Rosen, S. (2015). Thresholds for the cost-effectiveness of interventions: alternative approaches. *Bulletin of the World Health Organization*.

Ministério do Planejamento. (2017). Unidade Básica de Saúde. Disponible en <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>. Consultado en mayo de 2017.

ONU. (2004). Índice de desenvolvimento Humano. Disponible en <http://hdr.undp.org/en/data#>. Consultado en mayo de 2017.

Paulsell, D., Avellar, S., Martin, E. S., & Del Grosso, P. (2010). Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary. Mathematica Policy Research.

Pereira, J. P. (2015). Da paternidade responsável à paternidade participativa? Representações de paternidade na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2016). IDH Brasil. Disponible en <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/countryinfo/>. Consultado en mayo de 2017.

Portal Saúde. (2016). Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal.

Disponível em <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>. Consultado em maio de 2017.

RNPI - Rede Nacional Primeira Infância. (2010). Plano Nacional para a Primeira Infância.

Secretaria Estadual da Saúde, Rio Grande do Sul. (2013). Programa Primeira Infância Melhor. Guia da Gestante. 7 ed. Porto Alegre: CORAG, 2013.

SESAI. Censo da População Indígena 2015. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9540-destaques>. Consultado em maio de 2017.

SISPIM - Sistema de Informação do Primeira Infância Melhor. (2016). Disponível em http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/php/identificacaoDeUsuario.php?d=b. Consultado em maio de 2017.

Schneider, A., Bergmann, C. K., Drügg, C.V., Silva, G.M., Chiapin, G., Fontoura, K.M.R., Pires, L.M., Almeida, L.M., & Silva, S.S.N. (2016). Pioneirismo e Inovação em Política Pública para a Primeira Infância no Brasil: A Experiência do PIM. In: Avanços do Marco Legal da Primeira Infância. Caderno de Trabalhos e Debates da Câmara de Deputados.

Schneider, A., & Ramires, V. R. (2007). Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública.

Stoltzfus, E., & Lynch, K. (2009). Home visitation for families with young children (CRS Report for Congress).

UNESCO. (2001). Educação para Todos: o compromisso de Dakar. Ação Educativa, Brasília-DF.

_____. (1990). Declaração Mundial sobre Educação para Todos (Conferência de Jomtien).

_____. (2001b). Plano Nacional de Educação. Brasília: Senado Federal.

UNICEF. (2006). Situação da Infância Brasileira (2006). Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância.

_____. (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança. Adaptada pela Assembléia Geral nas Nações Unidas.

Vygotsky, L. S.; Luria, A. R.; Leontiev, A. N. (1988) Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. Tradução de Maria da Penha Villalobos. 2. ed. São Paulo: Ícone.

World Health Organization - WHO. 2017. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2015.

Zorzan, S. P. (2011). Gestão de qualidade em educação: a experiência do Programa Primeira Infância Melhor (Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).

Apéndice

1. Comunidades tradicionales y específicas³¹

En todas las acciones del Programa *Primeira Infância Melhor*, se valoran la cultura y las experiencias de cada comunidad atendida. Sin embargo, existen especificidades que necesitan ser consideradas en lo que se refiere a la adaptación de la metodología del PIM, principalmente en las comunidades tradicionales: indígenas y *quilombolas*; y específicas: ribereños, del campo, de la selva, de las aguas y madres privadas de libertad. Para responder a esa demanda, además de los instrumentos descritos en la sección de implantación e implementación del PIM, se elaboró el instrumento Mapeo Cultural, que tiene por objetivo identificar insumos para la adaptación y la elaboración de las intervenciones y de las actividades recreativas que serán implementadas por medio de la metodología del Programa.

Comunidad *quilombola*³²

En 2006, la implantación del PIM en área *quilombola* contó con la participación de miembros de la coordinación y técnicos del PIM, del Consejo de Desarrollo y Participación de la Comunidad Negra en Río Grande de Sur y las Secretarías Estatales de la Salud, de la Asistencia Social y de la Educación. También, participaron investigadores, colaboradores y representantes de la sociedad civil interesados en el tema. Esa unión de esfuerzos fue fundamental para agregar conocimientos y prácticas a una propuesta inaudita dentro de la metodología del Programa. En esa oportunidad, fue posible dialogar sobre los datos epidemiológicos de esa población, sus luchas por el acceso y garantía de derechos constitucionales y las desigualdades sociales y económicas a las que están históricamente

La realización del Mapeo Cultural debe suceder después de la Formación Inicial de Visitadores, también involucrado a los Monitores, Grupo Técnico Municipal y representantes del PIM en las Coordinadoras Regionales de Salud y Educación. Además, se realizan visitas a las comunidades, entrevistas y conversaciones con las familias de cada comunidad. Ese estudio comienza en el proceso de implantación del PIM, pero debe permear todas las acciones de implantación, buscando adecuarse a la metodología y al contexto local. Sin embargo, cada comunidad tradicional o específica posee características diferentes, por eso, no existe un itinerario pronto de las adaptaciones a ser realizadas. Siendo así, se presentan a seguir tres experiencias ya realizadas por el PIM, que ilustran cómo fue la trayectoria de implantación del PIM en esas comunidades.

sometidas.

La propuesta comenzó con el mapeo de las comunidades *quilombolas* en Río Grande de Sur, para identificar los municipios que ya contaban con el PIM y los que deberían ser sensibilizados para la implantación del Programa. En esa ocasión fue posible comprobar la fragilidad de los datos, pues no había claridad sobre la cantidad de familias y de niños que viven en esas comunidades.

En 2008 se dio inicio a la propuesta de atención del PIM en las comunidades de Pedras Grandes y Rincão dos Alves, en el municipio de Bagé. Fueron meses de sensibilización y de movilización de los gestores y de los equipos técnicos locales para reconocer la importancia

31 Textos con base en el relato de los representantes del GTE que acompañaron el proceso de implantación del PIM en esas áreas.

32 De acuerdo al Censo 2010, la población *quilombola* en Río Grande de Sur es de 10.248, de los cuales 579 se encuentran en la franja etaria de 0 a 4 años.

de desarrollar un trabajo específico junto a esas familias. Entre los retos estaba la resistencia de los líderes locales en adherir a la propuesta, explicada por la reticencia a una interferencia que no respetase la cultura de cuidado infantil y los acuerdos organizacionales de las comunidades. El apoyo de los equipos técnicos y gestores municipales fue fundamental en este proceso. Los propios gestores realizaron visitas a los *quilombos* para conversar con los líderes y contribuir al fortalecimiento de la confianza en el trabajo desarrollado. Completar el mapeo cultural fue una importante estrategia desarrollada especialmente para esa experiencia que posteriormente, fue utilizada en otras iniciativas de atención a comunidades tradicionales y específicas. Las informaciones recolectadas sirvieron de base para las prácticas de revitalización de la cultura local y dieron insumos para la organización de las metodologías de formación de los equipos, la selección de los contenidos a ser trabajados con las familias y las demás estrategias de implantación.

La selección de los Visitadores le dio prioridad a personas de la propia comunidad (hecho que no es requisito en las demás comunidades atendidas) identificadas con el apoyo de los líderes, lo que favoreció una aproximación más grande con las familias y las prácticas de cuidado locales. La formación de los Visitadores la desarrolló el GTM, con soporte del GTE y tuvo una carga horaria superior a la determinada en la metodología, una vez que fue necesaria la inclusión de temas específicos de la cultura local. La distancia de cerca de 100 km de la sede del municipio fue un reto importante a ser superado por el GTM para el

Comunidad indígena³³

La primera experiencia del PIM en el territorio indígena ocurrió en el año 2010, en los municipios de Iraí y Liberato Salzano.

Además de los gestores municipales (alcaldes y secretarios), los líderes indígenas fueron consultados sobre su interés y la forma como se desarrollaría el programa en su área. A

desempeño de sus funciones de seguimiento de los Visitadores. Fue necesario conquistar el apoyo de los gestores para que colocasen a disposición transporte y carga horaria adecuada para esa situación.

Las actividades desarrolladas le dieron prioridad a la articulación con los servicios de salud, educación y asistencia social, considerando la necesidad de una atención integral a las demandas identificadas. Las atenciones del Programa se enfocaron en la promoción y el fortalecimiento de las relaciones familiares y comunitarias, en la valoración de la ancestralidad. Muy importante para la identidad de la cultura afrobrasileña. Estas actividades movilizaron en los cuidadores y familiares sentimientos que contribuyeron para su autoestima y autoimagen, con la valoración de la memoria étnico-cultural. Las visitas domiciliarias tuvieron por objetivo, principalmente, fortalecer el valor de las raíces por medio de juegos tradicionales, gastronomía, juegos y cantares populares, además de la narración de cuentos. Se fomentó el cuidado hacia la naturaleza y las convivencias corporales, lo que permitió comprender los significados allí contenidos. De ese modo, promovieron en sí mismos la identidad como sujetos de su historia, conscientes de sus potencialidades para ser y para crecer.

El PIM buscó hacer viable, por medio de esa propuesta, una mirada diferenciada sobre el diseño de las actividades relacionadas a la cultura afrobrasileña, rompiendo con barreras socioculturales y haciendo visibles a estas comunidades.

partir de la coincidencia de intereses entre los gestores municipales y los líderes indígenas, se incorporó al Grupo Técnico Municipal un representante del área indígena (con nivel superior e indígena). Los presupuestos del PIM fueron presentados al cacique y a los consejeros, así como la explicación del Mapeo Cultural.

³³ En Río Grande de Sur, de acuerdo con el Censo de 2010, había 10.693.929 habitantes. Entre ellos, 34.001 se declararon indígenas, siendo que 18.616 vivían en territorio indígena y 2.145 eran niños entre 0 y 4 años.

Los municipios fueron orientados a implantar el programa en áreas indígenas donde los Visitadores hagan parte de la comunidad, sean indígenas y dominen su lengua materna. Esos criterios están basados en el mantenimiento y fortalecimiento de la cultura. La formación dirigida a los Visitadores se da en la lógica del respeto hacia la cultura y experiencias de esa población y exige la presencia de profesionales del GTE, de la Secretaría Especial de Salud Indígena, SESAI, de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas, en una relación dialógica con sus participantes. Cuando se realiza la formación en la aldea, además de los postulantes a la función de Visitador, pueden participar todos los miembros de la comunidad: cacique, consejeros, Agentes Indígenas de Salud – AIS, Agentes Indígenas de Sanidad – AISAN y los habitantes, dado que lo colectivo forma parte del vivir de la cultura indígena. La formación abarca los temas sobre visitas domiciliarias, desarrollo de la primera infancia y embarazo, considerando cómo la etnia (en Río Grande de Sur predominan las etnias Kaingang y Guaraní) concibe el niño, su crecimiento y desarrollo, el embarazo, las relaciones en la comunidad, entre otros aspectos. Se destaca que el juego es un elemento constante en la

cultura indígena. Las enseñanzas se dan en su mayoría de forma oral, por medio del relato de cuentos, de las músicas, de la representación teatral.

Las Modalidades de Atención se dan de dos formas: Individual y en Grupo. Los materiales utilizados cuidan y valoran el ambiente (semillas, cestos, maderas). La Modalidad Individual se realiza en casa, pero no es raro que varios niños ingresen al espacio para observar y participar, eso forma parte de su cultura. La Modalidad en Grupo, además de los niños y sus cuidadores, también es acompañada por abuelos, primos, parientes (como ellos mismos dicen: todos somos parientes).

Transversalizados por la aculturación, hábitos no indígenas y no sanos, inciden en la fragilidad de la cultura, generan depresión, alcoholismo, violencias. Un dato preocupante es el coeficiente de mortalidad infantil que está por encima de la del niño negro. La inserción del PIM en esos espacios está influenciada por el interés de aportar a la disminución de la mortalidad infantil y cualificar a otros indicadores de salud que no suelen acompañar las mejoras en el resto de la población.



Comunidad carcelaria

Consciente de la importancia de la intervención en los primeros años de vida y reconociendo que en el contexto carcelario la madre es la principal o la única referencia familiar, *Primeira Infância Melhor* amplió su atención a la comunidad carcelaria de la Cárcel Femenina Madre Pelletier, ubicada en Porto Alegre, la capital del estado de Río Grande de Sur. El objetivo de esta iniciativa es incentivar y fortalecer el vínculo madre/bebé y promover el desarrollo infantil integral sano, por medio de vivencias recreativas, fortaleciendo el protagonismo materno.

El proyecto piloto comenzó en 2012, año en que se realizaron grupos de estudio y sensibilización de los gestores involucrados, conversaciones con el público-objetivo, articulación con la red de servicios y levantamiento de datos sociales y de salud de las gestantes y/o madres privadas de libertad. Este proyecto se elaboró y ejecutó en alianza con la Secretaría de Seguridad Pública, de la Superintendencia de Servicios Penitenciarios y por intermedio del Departamento de Tratamiento Penal.

La Cárcel Femenina Madre Pelletier cuenta con una población de 224 condenadas. Entre ellas, 121 son madres; el 34% tienen entre 35 y 45 años de edad y la mayoría, el 63% es soltera. Con relación al número de hijos, el 30% tiene uno; el 28% dos; el 22% tres; el 7% cuatro; y el 13% más de cuatro. La mayoría de los niños, el 68% tiene entre 0 y 11 años³⁴. La cárcel cuenta con una galería denominada Unidad Materno Infantil – UMI – que acoge anualmente un promedio de 60 gestantes y 25 madres acompañadas de sus hijos. El establecimiento carcelario recibe condenadas gestantes de todo el estado a partir del sexto mes de embarazo.

En el Proyecto Piloto, las visitas fueron planificadas y realizadas por representantes del Grupo Técnico Estatal, como forma de conocer la realidad del sistema carcelario, analizar las especificidades del público objetivo, reflexionar sobre las adaptaciones metodológicas

necesarias, entre otros aspectos. Este hecho, fue de extrema importancia para la elaboración de la nueva propuesta para ese público, atendiendo a diferentes regiones de Río Grande de Sur.

La atención del PIM en Madre Pelletier, se realizó por medio de la Modalidad de Atención en Grupo, independiente de la edad del niño. Esa adaptación de la metodología fue necesaria pues no era posible realizar una atención individual, dado que las prisioneras viven en un espacio único. Además, no se utilizaron instrumentos de caracterización y monitoreo, debido a la rotación de las gestantes y madres. Las visitas fueron programadas previamente, respetando la cultura y la experiencia de las participantes y se constituyeron en orientaciones y actividades recreativas para la promoción del desarrollo infantil y del cuidado de la salud por medio del protagonismo materno. Los principales objetivos de esa iniciativa fueron: garantizar acceso a una política pública materno-infantil, buscando minimizar la vulnerabilidad de la población privada de libertad; estimular y fortalecer la relación madre-bebé; promover el desarrollo infantil integral sano y orientar sobre los cuidados de salud para la gestante y los bebés.

Como reto del Proyecto Piloto se enfrentó la dificultad de sensibilización de las gestantes y madres para la adhesión a la propuesta, puesto que la maternidad en la prisión no es muchas veces algo deseado, debido a la dificultad de enfrentar la llegada de un bebé que quedará en situación de privación de la libertad. Además, la participación rotativa de las prisioneras, debido a transferencias, nuevas disposiciones y trámites legales; la falta de ambientación adecuada para el cuidado con el bebé junto a debilidades en la seguridad fueron aspectos importantes de esa iniciativa.

Después de cinco años de experiencia, en 2017 comenzó la construcción de la "Línea de Cuidado Intersectorial Materno Infantil", dirigida

34 Encuesta desarrollada por el Centro de Apoyo Operacional de la Infancia, Juventud, Educación, Familia y Sucesiones y por la Fiscalía de Justicia de Ejecución Criminal de Porto Alegre. Disponible en: <https://www.mprs.mp.br/noticias/id39558.htm>

a las mujeres privadas de su libertad o que han salido de tres prisiones exclusivamente femeninas de Río Grande de Sur y a sus hijos menores de 4 años. Se caracteriza por las visitas a los niños, mujeres y lactantes en la prisión. Abarca la visita al niño y su madre/cuidador durante su permanencia en la prisión, así como visitas durante el proceso de reinserción del niño en la familia extensa/comunidad, manteniendo una continuidad. El proyecto incluye a todos los niños menores de cuatro años cuya madre está o ha salido de estas prisiones y que residen en los municipios de Porto Alegre, Torres y Guaíba. Este proyecto será desarrollado como una línea de acción del Programa *Primeira Infância Melhor*, que compone las redes de salud de los municipios del estado de Río Grande de Sur. Las etapas del proyecto involucran las siguientes acciones enfocadas a la promoción del desarrollo de niños de 0 a 3 años, cuyas madres están en situación de privación de la libertad:

- Levantamiento de los casos de gestantes y de mujeres con hijos de hasta 4 años, privadas de la libertad en prisión preventiva.
- Mapeo de los servicios que componen la red de atención intersectorial a las mujeres y niños oriundos y que han salido de las tres prisiones.
- Acuerdos con las esferas locales de los poderes municipales, estatales y federales, incluyendo las redes de educación, asistencia social y salud de los municipios.
- Selección de los funcionarios que trabajarán en la supervisión, articulación de la red y visitación.
- Formación de los Visitadores seleccionados.
- Evaluación de las estructuras físicas de las prisiones femeninas.
- Adaptación de las estructuras con la creación de una sala específica para la ejecución del proyecto en las tres prisiones.
- Adaptación del espacio físico de la prisión donde permanecen los bebés, respetando las normas nacionales de vigilancia, buscando la garantía del derecho al desarrollo en un ambiente sano.
- Inicio de las acciones de visitación del *Primeira Infância Melhor* para gestantes, madres y bebés dentro de las tres prisiones femeninas, en las modalidades individuales y en grupo, desde el embarazo hasta la permanencia de los bebés en la prisión.
- Inicio de la visita domiciliaria del PIM en el proceso de inserción del bebé en la familia extensa, y de niños menores de 4 años con la madre que está o ha salido de las prisiones exclusivamente femeninas residentes en esos municipios.

2. Seminario Internacional de la Primera Infancia

Año	Tema	Principales conferencistas
2003	La experiencia mundial y brasileña en el desarrollo integral de la primera infancia	J. Kevin Nugent – EE.UU. Emily Fenichel – EE.UU. Bruna Giacopini – Italia Mary Young – EE.UU. Liliana Mayorga Salas – Chile Maria Guadalupe Rodríguez Martínez – México José Ovidio C. Waldemar - Brasil
2004	Desarrollo emocional en la primera infancia: presupuestos básicos para el aprendizaje	Thomas Berry Brazelton – EE.UU. José Amar Amar – Colombia Vital Didonet – Brasil Osmar Gasparini Terra – Brasil Marcos Fuchs – Brasil Isabel Rios – Cuba Battista Quinto Borgui – Italia Alessandra Schneider – Brasil



Año	Tema	Principales conferencistas
2005	El ambiente familiar en el desarrollo infantil	<p>Salvador Célia – Brasil Jaderson Costa da Costa – Brasil Jairo Alberto Zuluaga Gomes – Colombia Angela Nunes – Portugal Rubens Alves – Brasil Anna Lúcia Campos – Perú Maria Guardalupe Rodriguez Martínez – México Maria Auxiliadora González – Venezuela Marilyn Benoit – EE.UU. Anne Frichet – Francia Gaby Fujimoto – EE.UU. Humbert Montagner – Francia</p>
2006	El impacto económico de la primera infancia	<p>James Heckman – EE.UU. Fraser Mustard – Canadá Soo Choi – Francia Rosane Silva Pinto de Mendonça – Brasil Maria Madalena Santos – Brasil Alessandra Schneider – Brasil Francisca Maria Andrade – Brasil</p>
2007	La política de prevención de la violencia y de la primera infancia en el estado de RS	<p>Vital Didonet – Brasil Maria Inés Cuadros – Colombia Myrtha Chokler – Argentina Bernard Golse – Francia José Ottoni Outeiral – Brasil Vitor Mardini – Brasil Dominic Berter – Brasil Saul Cypel – Brasil Isabel Rios – Cuba</p>
2008	La atención a la primera infancia y el impacto en la reducción de la pobreza y de la violencia	<p>Christopher Clouder – Inglaterra Richard Tremblay – Canadá Jorge Kayano – Brasil Alina Gómez Flórez – Colombia Francisco Carrión – Ecuador Mary Eming Young – EE.UU. Magdalena Janus – Canadá Alberto Concha – Brasil Miriam Diaz – Cuba Fraser Mustard – Canadá</p>

Año	Tema	Principales conferencistas
2009	Modelos innovadores de atención a la primera infancia.	<p>Steven Barnett – EE.UU. Ellen Claire Frede – EE.UU. Antenor Napolini – Brasil Lúcia Grigolletti – Brasil Miguel Zabalza Beraza – España Vitor Guerra – Uruguay Jon Korfmacher – EE.UU. David Dickinson – EE.UU. Bernardo Castro – EE.UU. Juan Jose Ortiz – Cuba</p>
2010	Inversión en la primera infancia – realidad y evidencias	<p>Paolo Fontani – Italia Leonardo Yáñez – Holanda Sinane Reynaldo Goulet – EE.UU. Agnès Szanto – Francia Jonathan Richard Henry Tudge – EE.UU. Nicholas David Wechsler – EE.UU. Myrtha Chokler – Argentina Maite Onochie – España Marilena Flores Martins – Brasil Marcos Kisil – Brasil</p>
2011	La infancia y la salud: líneas de cuidado e integralidad de la atención	<p>Abraham Hersz Turkenicz – Brasil Adriana Friedmann – Brasil Angél Martinez – España Fernanda Ramos Luz – Brasil Herve LeGuillouzic – Francia Leonardo Yanes – Holanda Lori Roggman – EE.UU. Maria Thereza Marcilio – Brasil Ricardo Paes de Barros – Brasil Victor Guerra – Uruguay</p>
2012	Ser bebé: derecho incondicional de todos los niños	<p>Sandra del Rócio – Ecuador Paulo Bonilha – Brasil João Batista – Brasil Leandro Pinheiro – Brasil Marcela Aracena Alvares – Chile Clarissa Aliatti Beleza – Brasil Fernando Anschau – Brasil Angelita Hermann – Brasil</p>

Año	Tema	Principales conferencistas
2013	El niño en el territorio: un compromiso de todos	Celso Gutfriend – Brasil Cristina Loyola – Brasil Eric Duku – Canadá Liliane Penello – Brasil Dora Ruiz – Perú Miriam Diaz Gonzales – Cuba Tião Rocha – Brasil Carmem Oliveira – Brasil
2014	La interacción lúdica como actividad esencial al desarrollo humano	Vitor Guerra – Uruguay Ana Cláudia Leite – Brasil Alemberg Quindins – Brasil Miembros del Grupo Técnico Estatal

Fuente: Página web del PIM (www.pim.saude.rs.gov.br), 2017.

Carla Naíne Martins - *Familia atendida por el PIM*

"Cuando la Visitadora llegaba, toda la familia se involucraba para transmitirle al bebé los conocimientos adquiridos. Era muy divertido y gratificante sentir que mi hija pasaba a corresponder gradualmente, a las estimulaciones que se le realizaban. El programa estrechó la relación de proximidad entre nosotros, lo que fortaleció nuestros vínculos familiares."

Angela Lopes - *Visitadora Indígena Rio da Várzea - Municipio de Liberato Salzano/RS*

"Con nuestro trabajo, tenemos más niños sanos. Para mí, fue difícil al comienzo. Teníamos que orientar las actividades para que ellas hicieran y participaran en todas las actividades. Por eso estoy muy contenta, muy feliz, porque los niños están aprendiendo mucho."

Eduardo de C. Queiroz - *Presidente Director de la Fundación Maria Cecilia Souto Vidigal*

"Esta publicación puede contribuir para el perfeccionamiento de las políticas públicas enfocadas a la primera infancia, y esperamos que este libro pueda servir de inspiración para otros países, estados y municipios que desean darle prioridad a esa importante etapa de la vida en sus políticas y programas. Felicitamos al PIM por la iniciativa y le agradecemos por todos estos años de alianza."

Leonardo Yáñez - *Representante Sénior de la Fundación Bernard van Leer*

"El PIM es un equalizador de oportunidades, un Programa que cree en el poder de la familia para superar las desigualdades. El PIM es un modelo que ha sido adaptado a otras regiones del país y que viene inspirando soluciones para los graves problemas de desigualdad que todavía afectan a esta gran nación."

Liliane Penello - *Coordinadora de la Estrategia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis/Ministério de Salud*

"La propuesta de aproximación coordinada de los equipos sociales del territorio, y la preocupación de articular los desafíos de las micro a las macro políticas, traduciéndolas a acciones efectivas para una acción integral, son aspectos altamente positivos de esta iniciativa que aplaudimos."

Gilvani Pereira Grangeiro - *Coordinadora de la Estrategia "Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis" / Ministerio de la Salud*

"Destaco tres aspectos del PIM: el tiempo de experiencia, la actuación intersectorial y la disponibilidad en conceder saberes. El PIM superó los límites de Río Grande de Sur y se dispone a repasar conocimientos y estrechar el camino de los que desean comenzar."

Katherine M.M. Benevides - *Coordinadora Estatal de Salud del Niño del Estado de Amazonas*

"Teníamos grandes retos en Amazonas. El primero era intentar "adaptar" el bien sucedido PIM a la realidad amazónica; el segundo era que el equipo del PIM tenía que cruzar todo Brasil para apoyarnos en esa construcción. El equipo del PIM acogió junto a nosotros ese reto."

Alessandra Schneider - *Psicóloga, Asesora Técnica del Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS)*

"Por todos los aprendizajes generados, después de casi quince años de implantación, el PIM ha sido reconocido en Brasil y en el exterior como una buena práctica de atención integral a los niños pequeños y a sus familias. Felicitaciones a todos aquellos que, cotidianamente, construyen esa realidad."

