



Mediante el eje de acceso a los servicios, el Plan Brasil sin Miseria busca incrementar y mejorar los servicios públicos destinados a los habitantes y las localidades más pobres del país, principalmente en las áreas de salud, educación y asistencia social. El objetivo es proporcionar acceso, aumentar la oferta y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población más vulnerable observando los principios de universalidad y equidad. De esa forma, se busca mejorar las condiciones de vida de los más pobres promoviendo la ciudadanía y rompiendo el ciclo intergeneracional de reproducción de la pobreza.

ASISTENCIA SOCIAL

La política pública de asistencia social, puesta en práctica a través de la red y los servicios del Sistema Único de la Asistencia Social (Suas), es un componente central del Plan Brasil sin Miseria. En primer lugar, porque la asistencia social es el servicio público orientado a los brasileños más pobres y vulnerables, aquellos que precisamente constituyen el público del Plan Brasil sin Miseria. En segundo lugar, porque la red y los servicios de asistencia social tienen hoy la escala nacional y la capilaridad necesarias para las medidas de superación de la pobreza extrema: en octubre de 2014 había 10.700 centros de atención en todo el país tras una fuerte ampliación del Plan Brasil sin Miseria, luego de haberse puesto en marcha en junio de 2011.

Por otro lado, el carácter de acuerdo federativo para la constitución de la red y la oferta de los servicios de asistencia social (con un cofinanciamiento de la Unión, de los estados y de los municipios) es fundamental para el Plan. El Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre (MDS), encargado de la coordinación del Plan Brasil sin Miseria, es el representante del Gobierno federal en la administración del Suas. No obstante, es a nivel municipal donde la red de asistencia social se relaciona directamente con la población, al ser los municipios los que se encargan de los procedimientos de incorporación de las familias al sistema de Registro Único para Programas Sociales, con el apoyo de los estados.

La importancia de la asistencia social para el Plan Brasil sin Miseria se tradujo en un aumento real de 30 % en el presupuesto federal destinado a dicha área entre 2010 y 2014. Se ampliaron tanto los centros de atención como los servicios ofrecidos en todo el territorio nacional. Desde el comienzo del Plan, en junio de 2011, hasta abril de 2014 se aprobaron propuestas para la construcción de 1.117 centros de asistencia social nuevos que prestan servicios de protección social a las familias, de los cuales 294 se especializan en la atención de la población en situación de calle. En el mismo período, para facilitar la búsqueda activa, se crearon 1.254 equipos móviles dedicados a la atención en localidades remotas y rurales de todo el país y se entregaron 123 lanchas fluviales y 15 lanchas oceánicas para la atención remota en la Amazonia y el Pantanal¹. De esa forma, se incrementó la movilidad y se facilitó el trabajo de los profesionales involucrados, lo cual ha ayudado a los poderes públicos a llegar a los más pobres.

¹ Cuando un municipio acepta recibir una lancha, también pasa a recibir R\$ 7.000 mensuales para mantenimiento, compra de combustible y remuneración de personal, entre otros gastos. Esto significa que la recepción del nuevo equipamiento no representa un gasto adicional para las alcaldías.

Asimismo, hubo un alza significativa en el traspaso de recursos del Gobierno federal para que las municipalidades desarrollaran acciones relacionadas con la gestión del Registro Único y del Programa Bolsa Familia, incluida la búsqueda activa orientada a la inscripción de las familias. Estos recursos entregados por el Gobierno federal a los municipios en función de la calidad de la gestión (cobertura y actualización del Registro Único y seguimiento de las condicionalidades de salud y educación del Programa Bolsa Familia) aumentaron de R\$ 300 millones en 2011 a R\$ 503 millones en 2013. Y con el Plan Brasil sin Miseria comenzó el traspaso de recursos adicionales para financiar las acciones de asistencia social como un todo, también de acuerdo con la calidad de la gestión.

Otra innovación del Plan Brasil sin Miseria fue la creación del Programa Nacional de Fomento del Acceso al Mundo Laboral (Acessuas Trabalho), que transfiere recursos del Gobierno federal a los municipios para que estos desarrollen iniciativas que contribuyan a la incorporación de los beneficiarios de la asistencia social al mundo laboral. Entre 2012 y 2014, las municipalidades recibieron transferencias por un total de R\$ 254,4 millones de Acessuas Trabalho para las acciones de inclusión productiva de personas de bajos ingresos. El programa Acessuas Trabalho desempeñó un importante papel en la movilización de los estratos más pobres de la población para su participación en cursos de formación profesional impartidos en el marco del Programa Nacional de Acceso a la Enseñanza Técnica y al Empleo (Pronatec).

SALUD

La salud es una de las áreas más importantes para la reducción de la pobreza. De ahí que el Plan Brasil sin Miseria, en asociación con el Ministerio de Salud, centre sus iniciativas en las localidades con mayor concentración de la pobreza extrema y menor acceso a la salud. Esa orientación determinó la elección de emplazamientos para las Unidades Básicas de Salud e incide en la asignación de médicos del Programa Más Médicos, dando prioridad a las áreas donde más escasean estos profesionales y que presentan elevados índices de pobreza.

El aumento del Piso de Atención Básica² equitativo, tras un reajuste un 96 % superior para los municipios prioritarios (aquellos que registran una elevada concentración de la pobreza extrema y una baja cobertura de los servicios de salud), ha seguido la misma lógica, al igual que la ampliación del Programa Farmacia Popular de Brasil, ideado por el Gobierno federal para aumentar el acceso a los medicamentos para las enfermedades más comunes, que hoy comprende más de 12.000 farmacias situadas en 1.503 municipios prioritarios³. De esa forma, se proporciona o se facilita el acceso de los más vulnerables a los servicios que todos tienen el derecho de recibir⁴.

2 Recursos traspasados por el Gobierno federal a los municipios para realizar actividades de atención primaria de salud.

3 Los municipios prioritarios fueron definidos por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social según los porcentajes de pobreza local. Esa estrategia de identificación se usó en otros programas, como Más Médicos y el de ampliación de las Unidades Básicas de Salud.

4 Para orientar las acciones sanitarias del Plan Brasil sin Miseria, el Ministerio de Salud usa un «mapa de la pobreza» para definir las áreas más vulnerables basándose en conceptos de inequidad en el acceso a la salud y de vulnerabilidad social.

El trabajo de los agentes comunitarios de la salud y de los Equipos de Salud de la Familia también ha sido fundamental. Los efectos de las transferencias del Programa Bolsa Familia, sumados al seguimiento de la condicionalidad de salud del programa y a la labor efectuada por los agentes de la salud y los mentados equipos de salud familiar, han reducido la mortalidad infantil (de niños de hasta cinco años) por enfermedades diarreicas y desnutrición en cerca de un 50 %⁵. Este es uno de los motivos por los cuales, desde el principio del Plan Brasil sin Miseria, se reforzó el Programa Bolsa Familia⁶ y se amplió la cobertura de los Equipos de Salud de la Familia. La ampliación de estos equipos benefició a más de 4,88 millones de habitantes de los municipios prioritarios⁷.

Otra contribución importante del Programa Bolsa Familia para la salud infantil fue el inicio, en 2011, del pago de beneficios para familias con gestantes o lactantes. En el caso de las gestantes, el pago ha sido posible gracias a la estrecha colaboración entre el Ministerio de Salud y el MDS, puesto que el beneficio se entrega únicamente tras la notificación, por parte del Ministerio de Salud al MDS, de que la beneficiaria está embarazada. El beneficio, abonado por un período de nueve meses a contar de la fecha de notificación, apunta a mejorar la alimentación de la madre (y, por consiguiente, del bebé), fomentar el cumplimiento del prenatal y ayudar en los preparativos para la llegada del bebé. Los resultados han sido alentadores: según el Ministerio de Salud, la tasa de identificación precoz de embarazo (hasta la decimosegunda semana de gestación) entre las beneficiarias del Programa Bolsa Familia aumentó un 60 %⁸ tras el inicio del pago del beneficio, lo cual constituye una buena noticia tanto para la salud materna como la de los bebés.

En el caso del beneficio *nodriza*, destinado a las familias con lactantes, el objetivo es mejorar los ingresos durante los primeros meses de vida del bebé. El pago, que se prolonga por un período de seis meses, empieza en cuanto la familia notifica del nacimiento al departamento de asistencia social del municipio.

EDUCACIÓN

La educación es la forma más directa para superar la pobreza al romper el ciclo intergeneracional que la sustenta, de ahí que sea uno de los aspectos más importantes del Plan Brasil sin Miseria. En el marco del plan se incrementó la oferta de educación a tiempo completo para la enseñanza primaria a través del Programa Más Educación⁹, del Ministerio de Educación, en los establecimientos públicos donde la mayoría de los alumnos es beneficiaria del Programa Bolsa Familia. En 2011, un 35 % de estos establecimientos era beneficiario del programa, porcentaje que aumentó a un 61 % en 2014 tras un esfuerzo conjunto del Ministerio de Educación y del MDS por centrar el programa primero en las escuelas que tenían un mayor número de alumnos pobres. Actualmente, más de 58.000 escuelas participan en el Programa Más Educación.

4 Para orientar las acciones sanitarias del Plan Brasil sin Miseria, el Ministerio de Salud usa un «mapa de la pobreza» para definir las áreas más vulnerables basándose en conceptos de inequidad en el acceso a la salud y de vulnerabilidad social.

5 RASELLA, D. et al. *Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities*. The Lancet, v. 382, n. 9.886, julio de 2013.

6 Los investigadores también han señalado que la disminución de la incidencia de otras enfermedades ligadas a la pobreza, como la tuberculosis, está relacionada con el aumento de la cobertura del Programa Bolsa Familia.

7 Ídem.

8 La tasa de identificación precoz aumentó de un 14,3 % a un 22,9 % según datos del Sistema de Gestión del Programa Bolsa Familia en la Salud, del Ministerio de Salud.

9 Brasil se encuentra en un período de transición entre media jornada escolar y educación a tiempo completo (jornada mínima de 7 horas). Con el Programa Más Educación, esa tendencia a la universalización de la jornada completa se ha dado a partir de las escuelas con alumnos más pobres y vulnerables.

Por otro lado, con la condicionalidad de educación del Programa Bolsa Familia, el Gobierno hace un seguimiento de la asistencia escolar de casi 17 millones de estudiantes del programa. A pesar de todas las dificultades que enfrentan debido a su situación de pobreza, estos alumnos registran una tasa de inasistencia inferior y un desempeño similar al promedio de estudiantes de la enseñanza pública brasileña. Una investigación sobre los efectos del Programa Bolsa Familia en la educación realizada en la Universidad de Sussex, en el Reino Unido, indica que el tiempo de participación en el programa, sumado al valor per cápita de los montos transferidos a las familias, ayuda a los estudiantes beneficiarios a mejorar su desempeño escolar¹⁰.

Otra gran contribución para la superación de la pobreza es la que proviene de los cursos de capacitación profesional del Pronatec, un programa del Ministerio de Educación que desempeña un papel importante en la mejora de la incorporación de jóvenes y adultos del Registro Único al mundo laboral (para obtener más información al respecto, véase el texto sobre inclusión productiva urbana de esta serie).

ACCIÓN BRASIL CARIÑOSO

Al inaugurarse el Plan Brasil sin Miseria, uno de cada cuatro brasileños extremadamente pobres tenía entre 0 y 14 años, y se observaba una concentración aún mayor en el grupo etario de menos de 6 años. Por esta razón, en el marco del mentado Plan se lanzó una serie de iniciativas orientadas a dicho público, como el ciclo de perfeccionamientos del Programa Bolsa Familia (detallado en el texto sobre garantía de renta que forma parte de la presente serie).

La innovación más importante del mentado Plan para la primera infancia es la Acción Brasil Cariñoso, ideada sobre la base de una perspectiva de atención integral que abarca aspectos del desarrollo infantil relacionados con los ingresos, la educación y la salud. Por su carácter intersectorial, la Acción Brasil Cariñoso requirió la participación del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación, además del MDS, mientras que su implementación quedó a cargo de los municipios y estados.

La importancia de las políticas públicas para la primera infancia

La primera infancia es una etapa crucial del desarrollo físico, intelectual y emocional que sirve de base para todas las etapas de la vida. En estudios recientes ha trascendido la importancia de las inversiones en políticas públicas orientadas al cuidado integral de los niños en los primeros años de vida.¹¹ Durante ese período se forman las conexiones neuronales, un proceso considerablemente influenciado por las condiciones del entorno y por las vivencias del niño. Las experiencias negativas vividas durante esa etapa pueden tener consecuencias irreversibles durante toda la vida tanto para el bienestar físico como para la salud mental. Por consiguiente, es fundamental garantizar no solo que los niños tengan los cuidados nutricionales necesarios, sino también que crezcan en un entorno tranquilo, saludable y seguro¹².

10 SIMÕES, A. A. *The contribution of Bolsa Família to the educational achievement of economically disadvantaged children in Brazil*. Tesis de doctorado. Sussex: Universidad de Sussex, 2012.

11 Véase SHONKOFF, J. P. Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child development*, vol. 81, n.º 1. Blackwell Publishing, 2010. Y del mismo autor: O investimento em desenvolvimento na primeira infância cria os alicerces de uma sociedade próspera e sustentável. En: *ENCICLOPÉDIA sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*. Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2010..

12 NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. *O período e a qualidade das experiências da primeira infância se combinam para moldar a arquitetura do cérebro*. Documento de Trabajo n.º 5. Harvard: 2007. Disponible en <<http://www.developingchild.net>>.

En cuanto a los ingresos, la Acción Brasil Cariñoso modificó la lógica del cálculo de beneficios del Programa Bolsa Familia creando el beneficio para la superación de la pobreza extrema, que varía según el nivel de pobreza de cada familia. Dicho beneficio colma la brecha de la pobreza extrema, a saber, la diferencia entre el ingreso mensual por miembro de la familia y la línea de pobreza extrema (de R\$ 77 mensuales per cápita). Cada familia recibe el monto necesario para cubrir esa diferencia de modo que todos sus miembros superen el umbral de pobreza extrema en términos de ingresos.

La salud en la Acción Brasil Cariñoso

En el área de la salud, la Acción Brasil Cariñoso previene y trata algunos de los problemas que más perjudican el desarrollo en la primera infancia, como la deficiencia de vitamina A y hierro, la anemia y el asma. El Ministerio de Salud incrementó la distribución de dosis de vitamina A para atender a más de 9 millones de niños entre 2012 y 2014. Asimismo, se distribuyeron 1,2 de frascos de sulfato ferroso en las Unidades Básicas de Salud, suficientes para tratar a 402.000 niños. Los remedios para el asma pasaron a ser distribuidos en forma gratuita en la red Aquí Hay Farmacia Popular, que benefició a más de 1,9 millones de personas.

El NutriSUS, otra iniciativa de la Acción Brasil Cariñoso, busca prevenir y controlar las deficiencias de vitaminas y minerales en la infancia. Esto, a través de la distribución de sobres nutritivos para las guarderías que forman parte del Programa Salud en la Escuela y que optaron por adherirse a la iniciativa. Los sobres deben agregarse a una comida diaria de los niños durante dos meses por año.

La educación en la Acción Brasil Cariñoso

En educación, Brasil alcanzó la universalidad en la atención de los niños a partir de los 6 años. Sin embargo, en la primera infancia todavía se observa un déficit, principalmente entre los niños de hasta 48 meses (véase el recuadro abajo). El objetivo de la Acción Brasil Cariñoso fue fomentar el aumento de cupos para niños de entre 0 y 48 meses en las guarderías públicas o que tienen convenio con el poder público, sobre todo con miras a incluir a los niños de las familias beneficiarias del Programa Bolsa Familia.

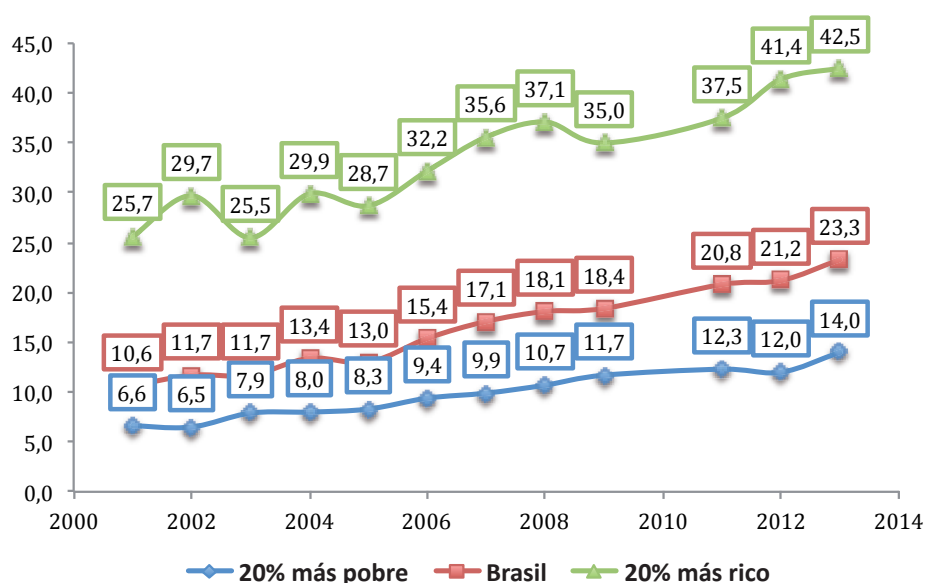
Para ello, el Plan Brasil sin Miseria incrementó en un 50 % los recursos transferidos por el Gobierno federal a los municipios por cada cupo de guardería destinado a un niño del Programa Bolsa Familia. Estos fondos adicionales pueden usarse para costear la alimentación y los cuidados personales de los niños, incluida la adquisición de ítems como pañales y pomadas para la irritación — ítems que no podrían adquirirse con recursos destinados a la educación, pero sí con el 50 % adicional de la Acción Brasil Cariñoso—.

Esta iniciativa se tradujo en la transferencia de R\$ 1.480 millones del Gobierno federal a los municipios entre 2012 y 2014, lo cual los incentivó a ampliar la atención a los niños más pobres y a mejorar la calidad de la educación de forma general. De los resultados del Censo Educativo de 2014 se desprendieron datos muy positivos: 3,1 millones de niños de entre 0 y 48 meses matriculados en la educación infantil, de los cuales 707.000 pertenecen a familias beneficiarias del Programa Bolsa Familia, con lo cual un 19,6 % de los niños en ese rango etario se beneficia del programa. Entre 2011 y 2014 el número de niños del programa matriculados en guarderías se incrementó un 33 %.

Reducción de la desigualdad en el acceso a la guardería

En 2012, el 41,4 % de los hijos del 20 % más rico de la población tenía acceso a una guardería. El año siguiente, el porcentaje subió a un 42,5 %. En tanto, apenas un 12 % de los hijos del 20 % más pobre de la población obtenía un cupo en la educación infantil para sus niños de hasta 3 años en 2012, año en que se inauguró la Acción Brasil Cariñoso. En 2013, se observó una aceleración significativa del acceso de los niños de familias más pobres a las guarderías, cuyo porcentaje subió a un 14%.

GRÁFICO 2 - EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE MATRÍCULAS DE NIÑOS DE ENTRE 0 Y 48 MESES EN GUARDERÍAS POR RANGO DE INGRESOS



Fuente: PNAD/IBGE. Elaboración SAGI/MDS.

Si bien se observa un aumento generalizado en la proporción de matrículas, la situación sigue siendo mejor entre el 20 % más rico, que partió de un umbral muy superior en 2001 (equivalente a cuatro veces la proporción del 20 % más pobre).

Por añadidura, el Ministerio de Educación pasó a anticipar la transferencia de recursos a los municipios que crearon cupos en la educación infantil previo simple envío de información y fotos de las nuevas clases al ministerio. Antes de la Acción Brasil Cariñoso, las alcaldías tenían que esperar el siguiente censo escolar para empezar a recibir fondos por las nuevas clases creadas entre dos censos.

El acceso de los niños a la guardería también es fundamental para que los padres y las madres puedan trabajar o estudiar sabiendo que sus hijos más pequeños están siendo bien cuidados y estimulados en su ausencia.

Articulación de la educación, la alimentación y la salud en la Acción Brasil Cariñoso

La Acción Brasil Cariñoso también implicó un aumento de 66 % en el valor per cápita transferido por el Ministerio de Educación para la alimentación escolar de todos los niños matriculados en guarderías públicas y con convenio. La transferencia se hace directamente a los estados y municipios de acuerdo con el censo escolar realizado el año anterior. Los valores se calculan a partir del número de alumnos censados y el número de días lectivos. La transferencia se hace en cuotas mensuales.

Por otro lado, el MDS, en alianza con el Fondo Nacional de Desarrollo de la Educación (FNDE), pasó a destinar recursos para la adquisición de equipos y utensilios (kits) para las cocinas de las guarderías. Para recibir los fondos, el municipio interesado debe informar al Ministerio de Educación sobre sus necesidades (como frigoríficos, congeladores y utensilios de cocina). El Gobierno federal transfiere directamente a los municipios cerca de R\$ 25.000 por guardería. Si las solicitudes de equipos superan el presupuesto específico, el Gobierno federal selecciona las guarderías beneficiarias tomando en cuenta indicadores de vulnerabilidad social y económica de las localidades. Esta iniciativa promueve la alimentación saludable en las guarderías públicas, al fomentar el uso de alimentos frescos en las comidas ofrecidas a los niños¹³.

Por último, el Programa Salud en la Escuela, del Ministerio de Salud, que en un principio abarcó únicamente establecimientos escolares a partir de la enseñanza primaria, fue ampliado a las guarderías y los niveles preescolares. Ya son 20.000 las guarderías beneficiarias, o cerca de 1,13 millones de niños, además de 2 millones en establecimientos preescolares de 4.787 municipios. En el marco de este programa se emprenden iniciativas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades y problemas de salud, buscando hacer frente a las vulnerabilidades que comprometen el pleno desarrollo de los niños, adolescentes y jóvenes del sistema educativo público.

VIVIENDA

El acceso a una vivienda adecuada es otro aspecto importante del acceso a bienes y servicios que contribuyen para la superación de la pobreza extrema. Con el Programa Mi Casa Mi Vida se busca aumentar el acceso a la vivienda propia entre las familias de bajos ingresos mediante el incentivo de la producción y adquisición de nuevas unidades habitacionales. Esto, mientras se generan empleos y sueldos gracias al incremento de la inversión en el sector de la construcción civil.

13 Los kits están compuestos por hasta 22 equipos y su objetivo es adecuar las cocinas de las guarderías para que reciban y procesen productos de la agricultura familiar, que en su gran mayoría son alimentos frescos. Esto, debido a que, a partir de la Ley de Alimentación Escolar, se determinó la aplicación de al menos el 30 % de los recursos de la alimentación escolar a la compra de productos de agricultura familiar. Cada municipio definió qué equipamiento necesitaba para adecuar sus cocinas, a través del Plan de Acciones Articuladas del Ministerio de Educación.

Con el fin de adecuar el valor del dividendo de la casa propia a la capacidad de pago de la familia, el Programa Mi Casa Mi Vida: a) subvenciona la adquisición de la vivienda de familias con un ingreso mensual de hasta R\$ 1.600,¹⁴ b) facilita el financiamiento mediante subsidios¹⁵ y la reducción de las tasas de interés para las familias con ingreso mensual de hasta R\$ 3.275 y c) mejora las condiciones de acceso al inmueble para las familias con renta mensual de hasta R\$ 5.000. Hasta 2014, 724.500 familias con bajos ingresos se habían beneficiado con unidades habitacionales.

CONCLUSIÓN

Los logros descritos en este texto son el fruto de la articulación intersectorial y federal sin precedentes llevada a cabo al alero del Plan Brasil sin Miseria. El perfeccionamiento de programas existentes, con mejoras en la eficacia de las acciones en curso, sumada a la creación de programas nuevos a partir de la identificación de cuellos de botella y de sectores de la población desatendidos, fue fundamental. La imposición de un ritmo de ejecución sostenido, el uso intensivo de instrumentos desburocratizados y la mejora de las estructuras de incentivo también tuvieron un efecto importante en los resultados.

Este texto se basa en el siguiente artículo:

DA COSTA, Patricia Vieira; MAFRA, Rafael d'Aquino; BACHTOLD; Isabele Villwock. O eixo de acesso a serviços e a Ação Brasil Carinhoso do Plano Brasil sem Miséria. En: CAMPELLO, Tereza; FALCÃO, Tiago; DA COSTA, Patricia Vieira (Coords.). **O Brasil sem miséria**. Brasília: MDS, 2014.

14 El subsidio varía según el ingreso de la familia que lo solicita, las condiciones y características del inmueble y el área donde se encuentra, entre otros factores.

15 Ídem.