

Resultados de la Evaluación Externa del
Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

Diez años del Programa Oportunidades en zonas rurales: efectos sobre la utilización de servicios y el estado de salud de sus beneficiarios

Sergio Bautista Arredondo, Stefano M Bertozzi, Jef L Leroy, Ruy López Ridaura, Sandra G Sosa Rubí, Martha María Téllez Rojo, Dilys Walker | Julio César Campuzano, Katie Gass, Betty Manrique Espinoza, Mariana Mojarro Iñiguez, Aarón Salinas Rodríguez, Edson Serván, Juan Manuel Zurita

PRINCIPALES HALLAZGOS

- ✓ En términos generales se encontró que ser pobre, ser mujer y ser indígena se relaciona con un peor estado de salud, menor uso de servicios de salud y con niveles más bajos de detección y control de enfermedades crónicas.
- ✓ La población de beneficiarios que se definió en el estudio como indígena se encuentra en desventaja.
- ✓ Las mujeres presentan desventajas en términos de su estado de salud y de su utilización de servicios, en particular preventivos.
- ✓ La antigüedad en el Programa, no se asocia al estado de salud y la utilización de servicios médicos; este resultado es difícil de interpretar en la sección de “Utilización de servicios, gasto en servicios de salud y autotorreporte de estado de salud” se ofrecen algunas hipótesis al respecto.
- ✓ La calidad estructural de las clínicas se asocia de manera marginal a los indicadores analizados para enfermedades específicas; sin embargo, dicha asociación fue mayor y positivo en el caso de la utilización general de servicios.
- ✓ Los resultados observados en la sección de utilización de servicios son muy alentadores, ya que indican que la población beneficiaria es sensible a mejoras en la calidad de los servicios y responde usándolos más.

Para ver el documento completo visite:
www.oportunidades.gob/evaluacion

INTRODUCCIÓN

A diez años de la implementación del Programa Oportunidades en México fue posible realizar una evaluación de largo plazo que permitió identificar la tendencia de los indicadores de salud más importantes entre la población beneficiaria del Programa, así como distinguir diferencias entre distintos grupos de beneficiarios. El objetivo de este análisis fue documentar estas tendencias y caracterizar la heterogeneidad observada en indicadores de utilización y gasto en de servicios de salud, estado de salud y en la población distinguiendo por su condición indígena, sexo y año de incorporación a Oportunidades.

METODOLOGÍA

La evaluación realizada no contó con un diseño experimental que permitiera estimar el impacto del Programa sobre el grupo de indicadores de interés. No obstante, el método empleado para estimar el efecto de Oportunidades sobre sus beneficiarios se basó en tres características de los hogares analizados: en primer lugar, en el hecho de que se puede observar a los mismos hogares durante diferentes rondas de evaluación; esto proporciona variabilidad temporal. En segundo lugar, en el hecho de que es posible identificar la antigüedad de los hogares en el Programa y, finalmente, en que se puede identificar, mediante autorreporte, si los hogares son beneficiarios o no del Programa.

Se realizaron dos aproximaciones para determinar la correlación entre la presencia de Oportunidades y los niveles observados en las variables de interés. Por un lado se realizó un análisis de tendencias de las diferentes variables de interés en cada tema, así como de la heterogeneidad en estas trayectorias determinadas por el Programa y aquellas determinadas por características individuales. En segundo lugar se hizo un análisis multivariado enfocado a establecer los factores asociados al estado de salud, utilización de servicios y las barreras para usarlos, entre la población beneficiaria de Oportunidades. La primera aproximación empleó datos de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Rurales (Encel) 1998, 2000, 2003 y 2007, mientras que para el análisis multivariado utilizó sólo la Encel 2007.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Salud reproductiva y planificación familiar

El uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva pasó de 36% en 1998a 57% en 2007. La figura 1 muestra la distribución de utilización de tipos de métodos anticonceptivos por grupos de edad. En relación a la utilización de servicios prenatales, datos de la Encel 2007 muestran que para un total de 5,930 mujeres, 95% de aquellas no indígenas y 91% indígenas reportaron haber sido atendidas por un médico o enfermera durante sus visitas prenatales. El promedio de visitas prenatales fue seis. Del total de mujeres, 36% señalaron que alguien más las revisó durante el cuidado prenatal. Las mujeres indígenas y las mujeres con menor educación utilizan en menor intensidad los servicios prenatales. En contraste, las mujeres con algún tipo de aseguramiento usan más los servicios prenatales.

Asimismo, las mujeres beneficiarias de Oportunidades recurrieron más a los servicios de salud. En 61% de las mujeres indígenas, el proveedor de salud adicional fue la

partera y 31% el médico. Por su parte, entre las mujeres no indígenas, 48% acudieron con la partera como segunda opción de proveedor y 45% con el médico.

Llama la atención que todavía existe una proporción importante de mujeres señala no haber tenido acceso a pruebas de orina, sangre, ni ultrasonido; además de mujeres a quienes no se les brinda información sobre signos de

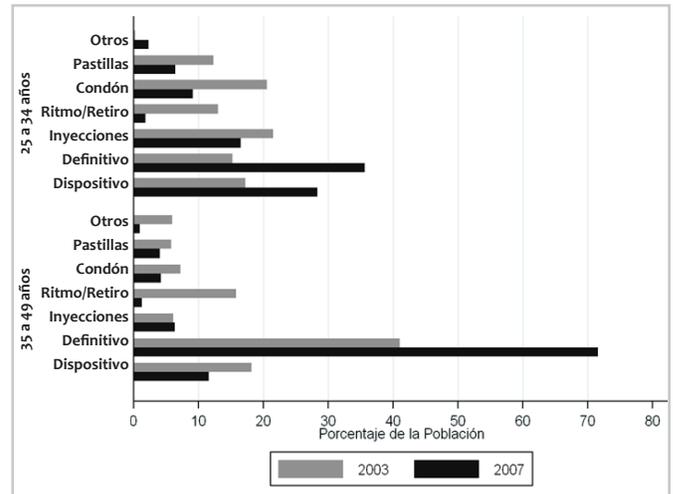


Figura 1 Distribución de utilización de tipos de métodos anticonceptivos por grupos de edad

alarma específicos. La antigüedad en el Programa no se asocia con una mayor utilización de servicios prenatales. Alrededor de 80% de las mujeres no indígenas atienden su parto con un médico. Ser parte de Oportunidades eleva la probabilidad de atenderse el parto con un médico que con una partera. Además, los resultados sugieren que mayor educación, disponibilidad de bienes en el hogar y menor índice de marginación en la localidad eleva dicha probabilidad. A ello se suma contar con algún tipo de aseguramiento. Finalmente, la condición indígena del hogar se asocia significativamente con la atención del alumbramiento con una partera.



RECOMENDACIONES PRINCIPALES:

Salud reproductiva

- ✓ Identificar los motivos por los que las mujeres eligen un proveedor de servicios prenatales alternativo.
- ✓ Mejorar el acceso a pruebas de laboratorio que corresponden a la Norma Oficial Mexicana (NOM).
- ✓ Caracterizar mejor a las mujeres que siguen presentando bajo uso de servicios prenatal para poder intervenir en sus determinantes.
- ✓ Mejorar la información otorgada sobre los posibles signos de alarma durante el embarazo.

- ✓ Indagar los motivos por los que las mujeres indígenas no atienden su parto en servicios de salud formales o con médicos.
- ✓ Experimentar maneras innovadoras para incrementar las tasas de parto atendido por un profesional capacitado, incluyendo pagos a parteras acompañadoras, pagos condicionados a la mujer, contratación de parteras y/o enfermeras obstetras profesionales, habilitación de clínicas para atender partos en condiciones más seguras con la posibilidad de referencia cuando se requiera.
- ✓ Mejorar el acceso a atención obstétrica formal entre mujeres más pobres y de condición indígena.
- ✓ Averiguar las razones por las que las mujeres en zonas rurales y de origen indígena, a pesar de haber aumentado su atención prenatal con médicos, no lo han hecho así con la atención obstétrica

Salud Infantil

El análisis utilizó datos de 6,024 niños menores de dos años. El 37% de los niños estuvieron enfermos en los últimos 15 días; la tos y la fiebre fueron los síntomas más comunes. Casi la mitad de los padres percibieron la severidad de la enfermedad como leve, 39% como moderada, y 11% como grave. No se observa un efecto acumulado de la incorporación al Programa en la salud de los niños. Se encontró una diferencia en la prevalencia en morbilidad general entre indígenas (39%) y no indígenas (33%). Asimismo, los niños beneficiarios de Oportunidades mostraron menos morbilidad en general.

Las madres no indígenas mostraron mayor propensión por acudir a un centro de salud y menor propensión por el médico particular o la farmacia. Las madres no indígenas acuden con un médico particular cuando perciben que la enfermedad del niño es grave, mientras que las madres indígenas muestran una mayor tendencia a acudir al centro de salud bajo esas circunstancias.

El cuadro 1 muestra la atención médica que se ha buscado en determinados casos de enfermedad, variando de leve a grave y por grupos indígenas y no indígenas. Esta tendencia, podría tener consecuencias negativas en la salud de los niños, dado el problema potencial de la calidad técnica de los médicos particulares.

Los hogares indígenas tuvieron una probabilidad mucho más alta de llevar al niño a un proveedor público cuando éste padeció cualquier enfermedad en las últimas dos semanas. Los hogares en el tercil 3, el más alto de bienes, acudieron menos a un proveedor público. Tener un centro de salud en la localidad incrementó la probabilidad de acudir con un proveedor público.

Cuando se enfermó ¿Qué hizo?	No Indígena			Indígena		
	Leve	Normal	Grave	Leve	Normal	Grave
Llevarlo al centro de salud	37.2	42.6	41.9	53.4	51.1	60
Llevarlo a un médico particular	17.5	19.8	38.9	10.9	11.1	18.5
Llevarlo a un hospital	2.8	2.1	7.8	3.1	3	3.1
Llevarlo a una farmacia y/o darle medicamento	35.6	31.9	18	25.9	22.6	23.1
Otro (médico tradicional, vecino, etc)	9.9	6.6	3.6	7.8	8.1	6.2
Darle un remedio casero	18.5	19.8	18	15	15.3	18.5

Cuadro 1 Búsqueda de atención médica para menores de dos años ante enfermedad de leve a grave.

En general, los resultados de los análisis sugieren un efecto positivo de Oportunidades en la salud de los niños menores a 24 meses. Se observa que los beneficiarios de Oportunidades acuden más al centro de salud cuando sus niños presentan un problema de salud. Los modelos multivariados muestran que este efecto no es una consecuencia de la diferencia en nivel socioeconómico, condición étnica o disponibilidad de servicios en la localidad.

SEDESOL

Oportunidades

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades es un programa federal para el desarrollo humano de la población en pobreza extrema. Para lograrlo, brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingreso. Durante 2009, Oportunidades incrementó su cobertura, actualmente atiende a cinco millones 200 mil hogares brindándoles apoyos en educación, salud y nutrición, con los cuales sus integrantes tienen incentivos para desarrollar su capital humano y tener mejores condiciones de vida. La presencia de Oportunidades alcanza ya más de 95 mil localidades, en los dos mil 445 municipios de todos los estados de la República.

Como parte de sus apoyos, el Programa entrega becas y apoyos para la compra de útiles escolares a más de cinco millones de niños, niñas y jóvenes, que cursan entre el tercer grado de primaria y el bachillerato, así como un incentivo monetario a los jóvenes que concluyen su educación media superior. Las familias incorporadas a Oportunidades reciben apoyo alimentario y energético, así como el nuevo apoyo alimentario Vivir Mejor, el paquete básico garantizado de salud y participan en talleres de auto-cuidado para la salud, todo ello como parte de las corresponsabilidades que deben cumplir para permanecer en el Programa. Evaluaciones externas de impacto muestran que los hogares que están incorporados al Programa Oportunidades obtienen múltiples beneficios y mejoran cotidianamente sus condiciones de vida.

Fuente: Unidad de Comunicación Social, Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).

Parece que el Programa ha tenido un efecto positivo en la búsqueda de atención. Desafortunadamente, no se cuenta con información sobre la calidad técnica de otros proveedores de salud en la localidad (por ejemplo, médico privado o farmacia privada). No obstante, estudios anteriores han mostrado que la calidad del sector público es superior a aquella de los servicios privados a los que recurren las personas de bajo ingreso. A partir de estos estudios, se puede interpretar la preferencia por el centro de salud como un resultado positivo de Oportunidades en la salud de los niños.

RECOMENDACIONES PRINCIPALES:

Salud infantil

- ✓ Averiguar los motivos por los que los padres van a un médico particular para la atención a enfermedades percibidas como graves. Traducir los motivos en una campaña de cambio de comportamiento. Implementar la campaña de cambio de comportamiento basado en evidencia.
- ✓ Averiguar los motivos por los que los padres van a un proveedor público para asegurar la “atracción” de los proveedores públicos.
- ✓ Asegurar que la calidad percibida por los usuarios corresponda con la calidad técnica de los servicios públicos.

Síndrome metabólico

En esta sección se presentan los resultados de las enfermedades asociadas al síndrome metabólico, especialmente diabetes tipo 2 (DT2) e hipertensión arterial sistémica (HTA) y sus factores de riesgo en la población beneficiaria de Oportunidades. En general, la población notificó prevalencias relativamente altas tanto de DT2 (5.6%) como de HTA (10.2%) y el grupo de indígenas informó prevalencias de ambas enfermedades más bajas. Se observó que, existe una adecuada cobertura de exámenes de detección de hipertensión arterial y diabetes. A pesar de esto, es posible que no se estén realizando con la calidad necesaria para detectar tempranamente los casos de HTA y DT2.

Se observaron prevalencias importantes de obesidad y sobrepeso en general, con niveles de obesidad mayores en el grupo no indígena. La proporción de pacientes con diagnóstico de HTA en descontrol es de casi 60%, tanto entre indígenas como entre no indígenas. Sin embargo, entre los pacientes sin diagnóstico de HTA la proporción de descontrol hipertensivo fue de alrededor de 30% y es más alta (39 vs. 33%) entre indígenas que entre no indígenas. Se observó que la población indígena muestra un mayor riesgo de tener descontrol hipertensivo entre participantes sin diagnóstico. No se encontró una

relación significativa entre el descontrol hipertensivo y ser beneficiario de Oportunidades. La calidad estructural de las clínicas tampoco predice diferencias en descontrol hipertensivo.

Respecto a los pacientes con DT2, la menor parte de los participantes se encontraron bajo buen control de la enfermedad. El grado de descontrol fue más alto entre los no indígenas. Sin embargo, al ajustar por predictores de control metabólico, en particular por el tiempo de evolución de la enfermedad, sobrepeso y obesidad (menor entre indígenas), esa diferencia parece revertirse con un riesgo de descontrol mayor entre indígenas que entre no indígenas. En cuanto a los pacientes sin diagnóstico conocido de DT2, los valores de hemoglobina glucosilada sugieren una proporción de 24% de individuos con probable diagnóstico desconocido de DT2 entre no indígenas y 17.2% entre indígenas (ver cuadro 2 para detalles).

Entre los pacientes ya diagnosticados, las prevalencias de descontrol evidenciado por los niveles de biomarcadores y de presión arterial fueron especialmente altas; poco más de la mitad de los hipertensos y casi tres cuartas partes de los diabéticos mostraron algún grado de descontrol. Lo anterior, aunado a los datos sobre la mala calidad de la atención, sugiere la necesidad inmediata de probar

	INDÍGENA		BENEFICIARIO		TOTAL
	SÍ	NO	SÍ	NO	
Diagnóstico médico de DT2	3.9*	6.1	5.59	5.24	5.6
Medicamentos para la diabetes (sólo diabéticos)	85.6	88.0	89.0	87.4	87.6
Diagnóstico médico de HTA	6.4*	11.2	10.0	10.0	10.2
Medicamentos para HTA (sólo hipertensos)	69.8	69.4	73.8	68.1	69.4
Al menos un examen de azúcar en el último año					
SIN dx de DT2 (tamizaje)	27.1	28.5	29.2	22.6	27.9
CON dx de DT2 (control)	77.1	74.5	74.8	74.1	74.3
Al menos una toma de presión arterial en el último año					
SIN dx de HTA (tamizaje)	50.3*	60.3	64.5*	46.2	58.1
CON dx de HTA (control)	89.9	91.5	93.7	87.1	91.3

Cuadro 2: Características de diagnósticos asociados al síndrome metabólico de los adultos entrevistados en la Encel 2007, por grupo de incorporación y etnicidad*

* Diferencias significativas con p<0.01 en contraste con 1998 para grupos de incorporación, para los no indígenas en el caso de indigenismo y para los no beneficiarios en casos del autorreporte de incorporación a Oportunidades, después de ajustar por edad, sexo, escolaridad, índice de bienes, índice de calidad de la atención a nivel de clínicas, la autopercepción de figura corporal (proxy de peso corporal) y la presencia de otro diagnóstico, DT2 o HTA, para el modelo correspondiente.
* Valores reportados en porcentaje

innovaciones al modelo de atención para incrementar su calidad y, por lo tanto, su efecto en el control de estos pacientes.

Una minoría de la población notificó buen control de DT2 y HTA, y una porción todavía inferior informó tamizaje de hiperlipidemia. Esto sugiere que la respuesta del sector salud está rezagada respecto al cambio epidemiológico por el que México atraviesa, acompañado de tasas crecientes de obesidad y enfermedades crónicas incluso en los deciles de población más pobres.

Se observó que, aunque la población indígena tiene una menor prevalencia de este tipo de alteraciones, también

RECOMENDACIONES PRINCIPALES: Síndrome Metabólico

- ✓ Establecer como prioridad la detección y control de este tipo de enfermedades en la población beneficiaria, con el reforzamiento de los talleres de autocuidado.
- ✓ Reforzar estrategia de prevención de obesidad y detección de enfermedades crónicas en la población con peso no saludable.
- ✓ Explorar las razones de heterogeneidad en exámenes de detección, ya que al menos entre los grupos de beneficiarios los indígenas deberían recibir la misma intensidad de exámenes que los no indígenas.
- ✓ Verificar los procedimientos de detección oportuna ya que aparentemente a pesar de una buena cobertura aun el subdiagnóstico es altamente prevalente.
- ✓ Agregar un plan de capacitación a los médicos y al personal de salud.
- ✓ Asegurar el acceso a laboratorio en las clínicas que atienden pacientes beneficiarios del Programa.
- ✓ Reforzar los grupos de autoayuda y explorar la posibilidad de incorporarlos como parte de la corresponsabilidad del Programa.

presentó las proporciones más bajas en la realización de prueba de detección. Además, una vez diagnosticados, es posible que los pacientes indígenas tengan menor grado de control que los no indígenas. En cambio, los grupos de incorporación o el autorreporte de ser beneficiario no parecen explicar la heterogeneidad.

Salud de los adultos mayores

En esta sección se presenta un análisis del componente de adultos mayores (AM). Se observa una mejor percepción del estado de salud en la población indígena, así como una probabilidad menor de diagnósticos médicos, como la hipertensión arterial y diabetes mellitus. La dependencia funcional y los síntomas depresivos tienden a ser más elevados

entre los indígenas. En materia de cobertura y utilización de servicios de salud, se observa una clara diferencia en detrimento de la población indígena, particularmente evidente en salud dental y visual. En general los hombres presentan mejores indicadores de salud; tal es el caso de los diagnósticos médicos de hipertensión y diabetes mellitus, el autorreporte de síntomas depresivos, la dependencia funcional y la pérdida de 16 piezas dentales o más. Empero, las mujeres notifican tener una mayor cobertura y utilización de servicios de salud (figura 2).

Aproximadamente 12% de los AM notificaron su salud como muy buena-buena; 31% indicó que era regular y poco más de 56% la calificaron como mala-muy mala. Poco más de 25% manifestó que su salud era mejor a la de 12 meses previos; 57% dijo que igual y 18% refirió que era peor.

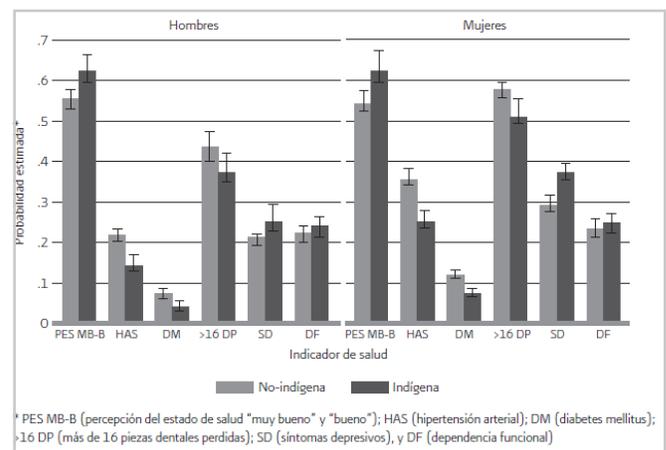


Figura 2: Indicadores de salud de los adultos mayores

Es importante tomar en cuenta que la información presentada en este capítulo excluye a un subgrupo de AM con mayor vulnerabilidad social: las personas con deterioro cognitivo y que no tienen cuidador (N=361) o bien cuyo cuidador también tenía deterioro cognitivo (N= 87), o que presentaban algún grado de discapacidad auditiva o visual severa y no tenían cuidador (N=403). No queda claro, a partir de este análisis, cuáles son los niveles de salud y cobertura de este subgrupo aún más vulnerable, aunque se puede suponer que el escenario es peor al observado en este análisis. Es importante documentar, en un futuro cercano, las actividades que el Programa está instrumentando para garantizar que los servicios de salud sean accesibles a estas personas.

Prácticamente 29% de los AM presentaron dependencia funcional. Este perfil caracteriza una especial fragilidad del AM debido a la conjunción de la edad y a un precario estado de salud. Además la renuencia de los AM a frecuentar los servicios de salud, así como los factores asociados a sus

discapacidades y la falta de funcionalidad en las actividades de la vida diaria deben ser tomados en cuenta en las políticas de reducción de la pobreza que incluyen corresponsabilidades de los AM para la atención a la salud.

RECOMENDACIONES PRINCIPALES:

Adultos Mayores

- ✓ Establecer estrategias, con perspectiva de género, para garantizar que los AM con dependencia funcional reciban servicios de salud. Las visitas domiciliarias son una posible opción.
- ✓ Especificar en las reglas de operación del Programa, las actividades a instrumentar para garantizar que los servicios de salud sean accesibles a dichas personas.
- ✓ Mejorar la promoción, disponibilidad y el acceso a las vacunas.
- ✓ Mejorar la información y difusión sobre la importancia de la detección oportuna del cáncer cervicouterino.
- ✓ Mejorar la disponibilidad y el acceso a la mamografía.
- ✓ Mejorar la información sobre sintomatología prostática con el uso de material audiovisual (videos) y la realización de pláticas con personal mejor capacitado. Innovar y evaluar campañas de promoción y difusión para la detección del cáncer prostático.
- ✓ Mejorar la disponibilidad y el acceso al tratamiento del edentulismo y el acceso al tratamiento de los trastornos visuales.
- ✓ Averiguar los principales motivos por los que las personas indígenas tienen menor cobertura. Innovar y evaluar campañas de promoción y difusión para mejorar el uso dental preventivo.

Utilización de servicios, gasto en servicios de salud y autorreporte de estado de salud

En esta sección se analizó la utilización de servicios de salud, el gasto asociado a la misma y del autorreporte del estado de salud de las personas que viven en hogares incorporados a Oportunidades. Se realizaron dos tipos de análisis: uno descriptivo y otro multivariado. Con el primero se describieron la evolución de la utilización de servicios de salud públicos y privados, del gasto y de las condiciones de morbilidad e inactividad por motivos de salud de las personas y, se identificaron trayectorias en los indicadores por grupos de edad, género y condición étnica. Con el análisis multivariado se determinaron los factores asociados a la heterogeneidad observada en la utilización de servicios, en el gasto y en la morbilidad, entre los grupos incorporación al programa, el sexo y la condición indígena. En el análisis descriptivo se emplearon datos de la Encel 2000, 2003 y 2007; mientras que en el multivariado se utilizó exclusivamente la Encel 2007 incluyendo a todos los hogares visitados.

Los resultados del análisis descriptivo sugieren una disminución en la utilización de los servicios de salud entre 2000 y 2007, particularmente públicos, y de manera más intensa entre la población de 18 a 49 años, aunque menor para las mujeres (figura 3). El promedio de días enfermo se ha incrementado en los últimos siete años y el aumento es mayor entre las mujeres.

La antigüedad en el Programa, no está correlacionada con diferencias significativas del estado de salud y la utilización de servicios médicos. Este resultado es difícil de interpretar; por un lado, podría deberse a dos efectos opuestos: que miembros de las familias con más tiempo en el Programa se enferman menos pero que, al mismo tiempo, son más sensibles y tienen más información y, por tanto, reportan más enfermedades (el análisis de reporte de morbilidad se halló algo de evidencia sobre la validez de esta hipótesis).

Por otro lado, es posible que los hogares incorporados antes a Oportunidades son diferentes que los que se incorporaron después, en particular menos sanos y con mayor probabilidad de tener un peor estado de salud en ausencia del Programa. Si esto es cierto, el hecho de no encontrar diferencias en el estado de salud en 2007 podría ser evidencia de que el Programa ha llevado a los beneficiarios a un estado de salud igual, independientemente de lo mal que iniciaron cuando se implementó Oportunidades. Una tercera alternativa podría ser que algunos efectos del Programa se observan en el corto plazo y que, una vez logrado ese cambio, ya es difícil observar mejoría.

El año de incorporación al Programa redujo la utilización de servicios tanto totales como públicos. Los hogares en localidades incorporadas en 1998 tienden a usar menos los

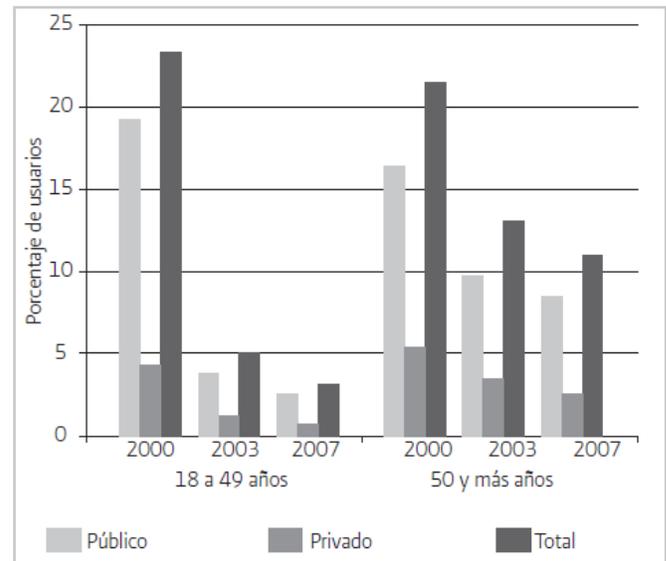


Figura 3: utilización de los servicios de salud, públicos y privados y en total por hogar en las últimas cuatro semanas.

servicios ambulatorios. Es interesante analizar este hecho a la luz del resultado del análisis descriptivo que muestra una disminución de la utilización de este tipo de servicios en el tiempo. La combinación de ambos indica que, en el tiempo, es probable que sean los primeros beneficiarios del Programa quienes reducen más su utilización.

Por este motivo, se investigó si la utilización de servicios preventivos también muestra una tendencia a disminuir en el tiempo y se encontró que no es el caso, o al menos no lo es de manera tan drástica como sucede en los servicios totales. Esto implica que la reducción en la utilización se debe, proporcionalmente, más a los servicios curativos y, es posible que este efecto sea más fuerte entre los beneficiarios con mayor antigüedad en el Programa.

Esta hipótesis debe investigarse con más detalle por dos motivos: primero porque, de validarse, implica un efecto positivo importante del Programa; segundo, porque implica que el resultado hallado en el informe de morbilidad (que parece haber aumentado en el tiempo) se debe a un cambio en la percepción e informe de morbilidad y no necesariamente a un empeoramiento del estado de salud. Por otro lado, en el caso de la variable de autorreporte de ser beneficiarios no se encontró un efecto sobre la utilización en este análisis multivariado.

La calidad de los servicios se asoció positivamente a la utilización general de los mismos, resultado significativo y muy importante. Para ambos tipos de utilización (totales y públicos), mayores niveles de marginación locales están asociados con una menor utilización de servicios de salud ambulatorios. Asimismo se encontró que las mujeres tienen una menor probabilidad de usar servicios (en promedio 3%) con respecto a los hombres; las

personas de mayor edad (de 50 y más) utilizan más los servicios ambulatorios. La condición indígena no tiene un efecto sobre la utilización a diferencia de lo encontrado en el análisis descriptivo.

Finalmente, pese a que la variable de autorreporte de ser beneficiarios no tenga impacto sobre el uso de servicios ambulatorios, la interacción de este indicador con la condición indígena de los hogares sí favorece su utilización, lo cual coincide de alguna manera con la interacción entre grupos de incorporación y la condición indígena de los hogares. Esto se vuelve más interesante aún, si se considera que casi 60% de los hogares que se autorreportaron como beneficiarios del Programa se ubican en localidades de tratamiento 1998 y 2000. Esto implica que el Programa ha motivado un considerable aumento en la utilización de los servicios ambulatorios por parte de la población indígena.

La utilización de servicios preventivos también mostró una disminución, aunque no tan drástica como la total; esto implica que los servicios preventivos ligados a las responsabilidades probablemente no han sido afectados por esta tendencia decreciente. Por otro lado se observó que, entre los usuarios de consultas, la tendencia en el gasto asociado a éstas ha disminuido en el tiempo. Esto puede ser un indicio de que la proporción de consultas preventivas, respecto a las curativas, ha crecido en el tiempo.

Los resultados obtenidos en esta sección permiten aventurar la hipótesis de que Oportunidades ha tenido un efecto positivo en la salud general de sus beneficiarios; parecen resultados muy prometedores, pero que sin duda merecen la realización de un estudio específico más adelante.

DIRECTORIO

Instituto Nacional de Salud Pública
Mario Henry Rodríguez López
Director General

Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas

Gustavo Ángeles Tagliaferro
Director Ejecutivo

Sergio Bautista
Economía de la Salud

Juan Pablo Gutiérrez
Encuestas Nacionales

Mara Téllez-Rojo Solís
Estadística

Contacto:

info_ciee@correo.insp.mx

www.insp.mx

Citación sugerida: Bautista Arredondo S, Bertozzi SM, Leroy J, López Ridaura R, Sosa Rubí SG, Téllez Rojo MM, Walker D. Diez años de Oportunidades en zonas rurales: efectos sobre la utilización de servicios y el estado de salud de sus beneficiarios. En: Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007). Tomo II, El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición. México, DF: Secretaría de Desarrollo Social, 2008.

*Foto: Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

La Secretaría de Desarrollo Social de México, a través del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, financió el diseño y recolección de datos de la evaluación del Programa, incluyendo la Encuesta de Evaluación de los Hogares Rurales 2007 (Encel 2007), y proporcionó asimismo financiamiento parcial para el análisis que se presenta en este documento.

La Dirección General de Información Geoespacial, Análisis y Evaluación de Oportunidades, bajo el liderazgo de Concepción Steta y Citlalli Hernández, participó en el diseño de la Encel 2007 y de las preguntas de investigación de la evaluación.

El operativo de campo fue diseñado e implementado por el Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública, bajo la coordinación general de Stefano Bertozzi y Juan Pablo Gutiérrez. El equipo de campo fue coordinado por Aurora Franco y Lynnette Neufeld.