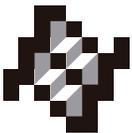


Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006



Carlos Cruz
Rodolfo de la Torre
César Velázquez
COMPILADORES

Informe compilatorio



Instituto Nacional
de Salud Pública





**Evaluación externa de impacto del
Programa Oportunidades 2001-2006**

Compiladores*
Carlos Cruz
Rodolfo de la Torre
César Velázquez

* Universidad Iberoamericana

*Este informe fue coordinado para el INSP por el Instituto de Investigaciones sobre Desarrollo Sustentable y Equidad Social, con la colaboración del Departamento Académico de Economía de la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.

Nota: los puntos de vista expresados por los autores de este documento no reflejan la postura institucional del Instituto Nacional de Salud Pública. Agradecemos la colaboración del grupo evaluador de *Oportunidades* para la recolección de información y definición de estrategias de análisis.

Los autores desean expresar su agradecimiento a cuatro árbitros anónimos por sus valiosos comentarios a los borradores de este trabajo.

**Evaluación externa de impacto del
Programa Oportunidades 2001-2006. Informe compilatorio**

Primera edición, 2006

D.R. ©
Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655
Sta. Ma. Ahuacatlán
62508 Cuernavaca, Morelos, México

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 970-9874-09-8

Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006



Carlos Cruz
Rodolfo de la Torre
César Velázquez

COMPILADORES



Informe compilatorio



Contenido

Presentación	9
I. Resumen ejecutivo	11
II. Introducción	19
2.1 Marco conceptual del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	19
2.2 Antecedentes	20
2.3 Situación actual	23
2.4 Situación de la evaluación de impacto	24
2.5 Sobre el informe de evaluación	26
2.6 Estructura del documento	26
III. Metodología de evaluación	27
3.1 Características de la evaluación	27
3.2 Fuentes de información y metodología de evaluación de resultados	28
IV. Educación	33
4.1 Antecedentes	33
4.2 Impactos sobre la educación en niños y jóvenes rurales	34
4.3 Impactos sobre la educación en niños y jóvenes urbanos	39
V. Salud	43
5.1 Antecedentes	43
5.2 Impacto de <i>Oportunidades</i> en zonas rurales	43
5.3 Impacto de <i>Oportunidades</i> en la mortalidad materna e infantil	50
5.4 Impacto de <i>Oportunidades</i> en zonas urbanas	51
VI. Alimentación	59
6.1 Antecedentes	59
6.2 Impacto en zonas rurales	59
6.3 Impacto en zonas urbanas	61
6.4 Aspectos cualitativos vinculados a la alimentación	66

VII. Aspectos demográficos, económicos, sociales y de género	67
7.1 Migración	67
7.2 Trabajo	68
7.3 Pobreza monetaria	69
7.4 Ingresos	69
7.5 Vivienda	71
7.6 Inversión	72
7.7 Consumo	72
7.8 Capital social	73
7.9 Género, pareja y familia	73
VIII. Cumplimiento de metas, costos unitarios y apego de <i>Oportunidades</i> a las Reglas de Operación	77
8.1 Introducción	77
8.2 Padrón de familias beneficiarias	77
8.3 Ejercicio del presupuesto	77
8.4 Componente educativo	78
8.5 Componente salud	79
8.6 Satisfacción de los usuarios	80
8.7 Aspectos cualitativos sobre la operación del Programa y los servicios de salud	80
IX. Conclusiones y recomendaciones	83
9.1 Educación	83
9.2 Salud	84
9.3 Alimentación	85
9.4 Comentarios finales	85
X. Referencias	87

Presentación

A pesar de los importantes avances que ha experimentado México en materia de reducción de la pobreza en los últimos seis años, en el país prevalecen graves rezagos que hacen que 17% de la población viva por debajo de la línea de pobreza alimentaria, y cerca de 25% no tenga los suficientes recursos que le permita superar la línea de pobreza de capacidades. Frente a este reto, el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (*Oportunidades*), antes Progresá, se ha constituido en la iniciativa más importante dentro de la estrategia de combate a la pobreza del Ejecutivo Federal, plasmada de forma específica en el Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006.

Oportunidades es un programa multisectorial donde confluyen las acciones de la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Desarrollo Social, los gobiernos estatales y municipales, y, fundamentalmente, la participación directa de la población beneficiaria a través de las corresponsabilidades. El Programa tiene como principal objetivo contribuir para que las familias que viven en extrema pobreza modifiquen esta condición, y se rompa en el largo plazo el círculo intergeneracional de la pobreza mediante la inversión en educación, salud, alimentación, mejora patrimonial y protección social.

Oportunidades ha tenido un crecimiento notable, no sólo en cuanto a cobertura sino también en los beneficios que provee. Los datos de 2006 dan cuenta de un presupuesto de 35 mil millones de pesos y una cobertura de 5 millones de familias, que representan alrededor de 25 millones de beneficiarios, y a los que recientemente se les ha ofrecido el componente de Apoyo a Adultos Mayores, que contempla un apoyo económico a las personas de 70 años o más para mejorar su condiciones de vida.

Como pocos programas en el país, una característica que lo distingue es que desde su inicio consideró la necesidad de contar con un componente de evaluación que permitiera tanto mejorar la implementación de sus estrategias y acciones como documentar los impactos que produce en la población beneficiaria. Esta fortaleza en el diseño ha permitido mantener la operación del Programa por nueve años y convertirlo en una estrategia modelo de atención a la pobreza para varios países del mundo.

De acuerdo con lo que establecen el Presupuesto de Egresos de la Federación y las Reglas de Operación del propio Programa, *Oportunidades* debe ser evaluado de manera externa por instituciones académicas con reconocimiento y experiencia en la materia. En su primera etapa, cuando el Programa operaba sólo en zonas rurales, la evaluación estuvo a cargo del Instituto Internacional de Investigación en Políticas Alimentarias (IFPRI, por sus siglas en inglés). En los últimos años, esta encomienda ha sido asignada al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Occidente (CIESAS) y a El Colegio de México (Colmex), que han coordinado la evaluación de impacto^a de sus diversos componentes. La evaluación se ha llevado a cabo desde una perspectiva integral: involucra estudios basados tanto en metodologías cuantitativas (coordinadas por el INSP) como en abordajes cualitativos (coordinados en su mayoría por el CIESAS) y en análisis con enfoque de género (coordinados por el Colmex).

Por parte del INSP han tenido un trabajo importante en dicha evaluación Bernardo Hernández, Lynnette Neufeld, Juan Rivera, Stefano Bertozzi, Gustavo Olaiz, Juan Pablo Gutiérrez, Fernando Meneses, José Urquieta, Juan Eugenio Hernández, Javier Carlos, Carlos Oropeza y Manuel Castro, con sus respectivos equipos de trabajo. Por parte del CIESAS, Agustín Escobar, Mercedes González de la

^a En el contexto de esta evaluación, el término "impacto" se utiliza como sinónimo de efecto, para guardar consistencia con la anotación empleada por *Oportunidades* en sus Reglas de Operación.



Rocha y el equipo de investigación que dirigen desde 1999. En el caso del Colmex, la investigación estuvo coordinada por Vania Salles (q.e.p.d.) y María de la Paz López.

La evaluación de impacto no sería posible sin la participación de renombrados expertos, que han contribuido con su reconocida experiencia en las diferentes áreas donde el Programa ha sido evaluado: Susan Parker y Luis Rubalcava, ambos del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE); Graciela Teruel, de la Universidad Iberoamericana; Fernando Cortés, de El Colegio de México; Enrique Valencia, de la Universidad de Guadalajara; Catalina Denman, de El Colegio de Sonora; Paul Gertler, de la Universidad de California en Berkeley; Petra Todd y Jere Behrman, de la Universidad de Pennsylvania; Orazio Attanasio, del University College de Londres; y Bryan Roberts, de la Universidad de Texas en Austin.

Asimismo, reconocemos el invaluable apoyo del personal de *Oportunidades* para la conducción de las actividades de evaluación en sus distintas etapas, en especial el de Concepción Steta, Mónica Orozco e Iliana Yaschine, así como el de sus equipos de trabajo. La colaboración de los distintos sectores involucrados en la operación de *Oportunidades*, especialmente de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Educación Pública ha sido fundamental en la conducción de la presente evaluación, la cual también se ha visto beneficiada de la interacción con el grupo de trabajo de Carola Álvarez, del Banco Interamericano de Desarrollo.

El presente documento es una compilación de los principales hallazgos de la evaluación del Programa en el periodo 2001-2006. Esta compilación considera una serie de documentos que conforman la evaluación de impactos de *Oportunidades* en las áreas de interés principal: salud, educación, alimentación, nutrición y otros aspectos relacionados con el bienestar, tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Incluye además los principales resultados de las evaluaciones de gestión del Programa. Los documentos relacionados con el impacto del Programa utilizan como insumo información derivada del trabajo cualitativo, así como de distintas encuestas panel, diseñadas específicamente para la evaluación. Tales encuestas contaron con la participación de más de 50 mil familias, a las cuales damos nuestro más sincero agradecimiento por habernos permitido visitar sus hogares y por haber respondido de manera desinteresada nuestros cuestionarios.

Este resumen, compilado por Carlos Cruz, Rodolfo de la Torre y César Velázquez de la Universidad Iberoamericana, resalta los diferentes impactos del Programa, y subraya las conclusiones y recomendaciones derivadas de la evaluación. Al documentar los logros y las áreas donde el Programa aún tiene que mejorar, este esfuerzo representa sin duda una valiosa contribución para la sustentabilidad y fortalecimiento de *Oportunidades*, pero, sobre todo, ayuda a entender con mayor profundidad los factores multidimensionales que intervienen en la pobreza de numerosas familias mexicanas, así como a identificar las acciones que de manera más efectiva contribuirán a remontar esa situación.

Los compiladores de este documento, así como los investigadores participantes en la evaluación, expresan que los resultados aquí plasmados son de su exclusiva responsabilidad, producto de su trabajo profesional y académico, y no reflejan una postura institucional.

Como descubrirá el lector, los resultados son alentadores y constituyen un insumo importante para orientar las acciones del Programa en el futuro. Sin embargo, la tarea aún no está terminada: será necesario seguir trabajando con todos los actores para determinar si efectivamente *Oportunidades* cumple con su misión de contribuir a romper el ciclo intergeneracional de transmisión de la pobreza. Sabemos que la tarea no será fácil, pero sí fascinante como hasta ahora lo ha sido.

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Director General del INSP

Dra. Mercedes González de la Rocha
Investigadora CIESAS-Occidente

El presente informe sintetiza los principales resultados de los documentos elaborados por investigadores nacionales e internacionales como parte de la evaluación externa de impacto del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Dichos documentos reportan los impactos que el Programa ha tenido sobre el bienestar de las familias en condición de extrema pobreza en relación con sus objetivos centrales.

El Programa forma parte de la estrategia *Contigo* del Gobierno Federal y se propone reducir la pobreza extrema al promover la inversión en salud, nutrición y educación al otorgar a las familias más pobres subsidios en efectivo para alimentación y becas educativas a cambio de la asistencia regular de niños y jóvenes a la escuela y la asistencia de los miembros del hogar a la clínica de salud.

El documento resume los hallazgos del impacto de estas acciones entre 1997 y 2003 en áreas rurales (efectos de mediano plazo) y de 2002 a 2004 en áreas urbanas (efectos de corto plazo), reportados en las evaluaciones realizadas entre 2001 y 2006. Estos plazos de análisis están definidos por las fechas de inicio del Programa en las distintas áreas, así como por los tiempos de medición requeridos por las distintas variables, los cuales tienen una dinámica distinta a los que se establecen para evaluar aspectos como el cumplimiento de metas y el ejercicio del gasto del Programa.

La evaluación de impacto utiliza métodos rigurosos de investigación que permiten medir los efectos del Programa sobre sus aspectos sustantivos, basados en datos duros e información confiable recabada directamente de los hogares.

La evaluación cuantitativa utiliza encuestas que siguen la evolución de un conjunto de hogares, al buscar comparar las condiciones antes y después de *Oportunidades*, y con y sin el Programa. La evaluación cualitativa examina casos de hogares con características diversas al buscar factores explicativos del éxito o dificultades de *Oportunidades*.

El cuadro 1.1 muestra los resultados por componente más destacados del Programa y posteriormente se resumen, según la zona, los principales resultados correspondientes a la evaluación, para luego enumerar las recomendaciones centrales derivadas de ellos:

Principales resultados

Educación

Zonas rurales

- 1) Dado un porcentaje de cobertura mayor a 90% de la educación primaria, el Programa no presenta un impacto significativo en la inscripción a este ciclo en zonas rurales. Sin embargo, para las transiciones de primaria a secundaria y de secundaria a media superior, se presentan mayores tasas de inscripción, y aumentan también los años de escolaridad de la población beneficiaria. El efecto de *Oportunidades* es generalmente mayor para las niñas que para los niños. Por otra parte, el Programa reduce la reprobación y el abandono escolar, con variación del efecto en distintos periodos sobre los años escolares para niños o niñas.
- 2) La evaluación cualitativa rural encuentra que *Oportunidades* genera una mayor disposición de los padres a promover la continuidad educativa de sus hijos y el cumplimiento de sus obligaciones escolares. Si bien las expectativas de continuar los estudios se elevan, al permanecer alumnos que de otra forma abandonarían la escuela, se encuentra una caída en el rendimiento de los grupos.

I. Resumen ejecutivo





- 3) El análisis de los impactos de mediano plazo en la zona rural muestra que el Programa proporciona a los niños atendidos una mayor probabilidad de ingresar a la escuela a una edad más temprana, de avanzar consecutivamente en ella y de completar más grados de escolaridad. Además se registran impactos en las pruebas de lectura, matemáticas y lenguaje escrito.
- 4) En relación con las características de las escuelas rurales, se encuentra que entre más bajo sea el promedio de alumnos por maestro mayores serán los impactos de *Oportunidades*, por lo que por cada disminución de 10 alumnos del salón de clase (aproximadamente 30%) el impacto en años de escolaridad alcanzados por los beneficiarios de *Oportunidades* aumenta en un punto porcentual. Similarmente, entre mayor sea el presupuesto por estudiante mayor es el impacto en los años de escolaridad de los beneficiarios de *Oportunidades*. Por cada aumento de 300 pesos en el presupuesto por estudiante se incrementa el impacto de *Oportunidades* en casi 0.025 años adicionales de escolaridad.

Zonas urbanas

- 5) *Oportunidades* no muestra un efecto significativo en las tasas de inscripción para educación primaria debido a que ya estaban cerca de 100 por ciento. Sin embargo, el Programa logra incrementar la inscripción temprana de los niños de seis años a la primaria y las tasas de transición a secundaria (particularmente para las mujeres). El efecto sobre la inscripción también es significativo en todo el nivel de secundaria y en la transición a media superior. El Programa reduce, más que en las zonas rurales, la reprobación y la deserción, principalmente de las mujeres.
- 6) La evaluación cualitativa muestra que con *Oportunidades* los hijos de las familias han permanecido y avanzado en la escuela en mayor grado que los no incorporados. El Programa también ha elevado las metas y expectativas educativas de padres e hijos, aunque existe insatisfacción respecto de la calidad de la enseñanza.
- 7) El Programa aumenta de 20 a 30% el porcentaje de niños que acumularon un grado adicional de escolaridad. En cuanto al logro educativo, los niveles aumentaron entre 0.08 a 0.20 grados observándose

CUADRO 1.1
Principales resultados
de *Oportunidades*

EDUCACIÓN	<i>Oportunidades</i> incrementa la inscripción para las transiciones de primaria a secundaria, y de secundaria a media superior, particularmente para las mujeres. También reduce la reprobación y la deserción escolar, aumenta el logro educativo y genera una mayor disposición de los padres a promover la continuidad educativa de sus hijos y el cumplimiento de sus obligaciones escolares
SALUD	El Programa reduce las tasas de mortalidad materno-infantil, disminuye la morbilidad e incapacidad, aumenta la utilización de servicios públicos ambulatorios de salud y reduce la de los servicios privados. Esto último representa un menor gasto de bolsillo por este concepto para los beneficiarios
ALIMENTACIÓN	<i>Oportunidades</i> reduce la prevalencia de anemia y permite incrementar la estatura y peso de los niños en edades tempranas. El Programa mejora la dieta de los hogares al permitir que se compren alimentos de origen animal y al proporcionar complemento alimenticio a una gran parte de la población infantil
ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y DE GÉNERO	El Programa no incrementa significativamente la migración, no incrementa la violencia hacia las mujeres, ni parece deteriorar los vínculos comunitarios. Los beneficiarios dedican más recursos a necesidades esenciales, vivienda e inversión productiva
METAS, COSTOS UNITARIOS Y REGLAS DE OPERACIÓN	<i>Oportunidades</i> ha cumplido la meta de familias atendidas al dedicar sólo 2.5% de su presupuesto total a gasto administrativo. El 93.6% de los beneficiarios considera bueno el trato recibido por el personal del Programa



un mayor impacto en las edades en la transición de primaria a secundaria. También se registró un aumento de una hora más a la semana, en promedio, en el tiempo dedicado a tareas escolares.

Salud

Zonas rurales

- 8) A lo largo del periodo de estudio hubo una variación en las tasas de mortalidad materna e infantil; los resultados indican que los municipios incorporados a *Oportunidades* tuvieron, en promedio, tasas 11 y 2% menores, respectivamente, que los municipios no incorporados.
- 9) En la utilización de los servicios de salud ambulatorios, para todos los grupos de edad, se observó una mayor utilización de servicios públicos (57%) y una tendencia menor a utilizar los servicios privados. La combinación de ambos resultados mostró un menor gasto de bolsillo por este concepto en el grupo de intervención respecto del grupo de control.
- 10) En los resultados de corto plazo, la asistencia a los centros de salud y clínicas ha aumentado las consultas de nutrición 45%, las consultas preventivas 78% y las consultas de atención prenatal 21 por ciento. En tanto que en resultados de mediano plazo hubo un aumento de 35% en el número de consultas preventivas y curativas.
- 11) En relación con los indicadores del estado de salud, en el mediano plazo se observó que para menores de seis años hubo una reducción en los días de enfermedad de 30%; para los individuos de 6 a 49 años de edad se observó una reducción de 24% en los días de incapacidad.
- 12) Se registró una disminución de la prevalencia de hipertensión de 7.2 puntos porcentuales (pp), y un aumento en las posibilidades de que acudan a las clínicas para realizarse la detección oportuna de esta enfermedad de 6.3 por ciento.
- 13) La prevalencia de obesidad en los adultos se redujo en 6.4 pp.
- 14) En salud reproductiva, los impactos han sido positivos. Las mujeres tuvieron un mayor conocimiento en el control de su fecundidad; en relación con el conocimiento de métodos anticonceptivos modernos, se presentaron mejoras de 5.93% en el grupo de intervención temprana (incorporadas en 1998) y de 4.72% en el grupo de intervención tardía (incorporadas en 2000); se observó un aumento de 17.23% en el uso de métodos anticonceptivos modernos del grupo de intervención temprana respecto del grupo de control; asimismo, el número de mujeres embarazadas que ha recibido atención prenatal estuvo arriba de 88 por ciento. Además, se observó un incremento de 6.94% en el número de partos atendidos por médicos en el grupo incorporado en 1998 y 4.73% en el incorporado en 2000; aumentó 61% la realización de la prueba del Papanicolaou en las mujeres beneficiarias del Programa.
- 15) En relación con tabaquismo en adolescentes, en el mediano plazo se redujo el porcentaje de adolescentes que han fumado en 14 por ciento. En las sesiones educativas sobre combate a las adicciones se captó que la información es útil para no caer en ellas, pero que no es eficaz para salir del problema una vez que se es adicto. En relación con la prevalencia de alcoholismo se observó que es mayor en la población adolescente no incorporada al Programa.
- 16) En general, los asistentes a las sesiones educativas en salud tienen un mejor conocimiento sobre temas como: importancia de las consultas preventivas, toma de prueba de Papanicolaou, disminución en el consumo de alcohol en adolescentes y, en general, sobre salud reproductiva y prevención de enfermedades de transmisión sexual. No obstante, se detectaron otros temas en los que no se observaron cambios sustanciales como el tabaquismo y alcoholismo en adultos.



Zonas urbanas

Los resultados que a continuación se presentan son de corto plazo:

- 17) Las familias beneficiarias del Programa incrementaron su asistencia a consultas médicas preventivas en relación con el grupo de comparación, con una diferencia cercana a 25% entre los individuos de 50 años o más, 26% en los de 19 a 49 años, y casi 30% para aquellos de 6 a 18 años.
- 18) El efecto atribuible al Programa en relación con la utilización de los servicios de salud del niño sano fue de 52%; los beneficiarios asistieron en promedio a una consulta más y 7% más niños fueron pesados en ella.
- 19) En los indicadores de salud reproductiva, los impactos del Programa son positivos, pues aumentó el conocimiento por parte de las mujeres de los métodos anticonceptivos (2.96%) y el número de consultas promedio de atención prenatal; también hubo mejoras en la atención calificada al nacimiento.
- 20) En cuanto al estado de salud, en el corto plazo, el número de días de enfermedad presentó una reducción de 20 por ciento. Los días de incapacidad se redujeron en 5.7 días para el grupo de 6 a 15 años y 6.2 para los individuos de 16 a 49 años, a nivel del hogar.
- 21) Los individuos beneficiarios de 19 a 49 años y los de 50 años o más reportaron una mejor condición física al realizar con facilidad las actividades ligeras con una diferencia de 7 y 13%, respectivamente, en comparación con los no incorporados; para las actividades pesadas la diferencia es de 8 y 12% en el mismo orden.
- 22) Se incrementó el porcentaje de beneficiarios que se han realizado la prueba de diabetes (10% en el grupo de 19 a 49 años; 17% en el de 50 años o más), así como los que se han medido la presión arterial (17% en el grupo de 19 a 49 años; 11% para 50 años o más), resultados que pueden atribuirse tanto a la mayor asistencia a servicios de salud, como a una mejor calidad de éstos (o una combinación de ambos).

Alimentación

Zonas rurales

- 23) Los niños de 24 a 71 meses de edad en localidades de intervención crecieron en promedio 0.67 cm más que los niños de localidades no beneficiarias. La prevalencia de baja talla es 12.4% menor.
- 24) La prevalencia de anemia fue 7.2 pp menor en niños rurales de 2 a 3 años; se incrementó la concentración de hemoglobina en 0.4 g/dl.
- 25) Las habilidades motoras de niñas y niños rurales de 3 a 6 años se incrementaron 10 y 15%, respectivamente, y se observó una mejora de 9% en el comportamiento social de las niñas.
- 26) Hay evidencia de que los hogares compran alimentos de origen animal, particularmente la carne, fuente rica en hierro; sin embargo, el problema radica en que no siempre los niños consumen las cantidades adecuadas de este alimento.

Zonas urbanas

- 27) Los niños incorporados a *Oportunidades* antes de los seis meses de edad miden en promedio aproximadamente 1 cm más y pesan en promedio 0.5 kg más que los niños de hogares que viven en condiciones similares pero que no cuentan con el Programa.
- 28) En niños beneficiarios de 24 a 35 meses (2 a 3 años) se incrementó la concentración de hemoglobina en 0.3 g/dl.



- 29) El promedio de índice de masa corporal (IMC), incluyendo a todas las mujeres, aumentó 0.7 kg/m², más en las mujeres incorporadas al Programa.
- 30) La prevalencia de anemia en mujeres no embarazadas en 2004 es considerablemente menor a la de 2002 (aproximadamente 30%).
- 31) En el grupo de menores beneficiarios que consumen el complemento Nutrisano se registró un mejor estado de hierro y vitamina A.
- 32) El consumo de los complementos que entrega *Oportunidades* está por debajo de lo esperado, ya que hay evidencia que muestra que los niños no consumen la cantidad recomendada, para así aprovechar al máximo sus beneficios.

Aspectos demográficos, económicos, sociales y de género

Zonas rurales y urbanas

- 33) Un mayor número de hogares rurales incorporados desde el principio del Programa y que fueron evaluados tres años después, mejoraron las condiciones de su vivienda al contar con agua, electricidad, baño, techo de loza y piso firme. En el corto plazo en zonas urbanas las mejoras en los hogares beneficiarios fueron la ampliación, reparación, equipamiento o regularización de la vivienda.
- 34) En zonas rurales, en general, hubo una mayor inversión en bienes durables para los hogares. De éstos, los beneficiados con *Oportunidades* tienen una tendencia 33% mayor a emprender actividades empresariales. Estas inversiones son dedicadas, en su mayoría, a las actividades emprendidas por mujeres.
- 35) Las familias rurales del Programa muestran 22% de aumento permanente del consumo después de haber recibido las transferencias monetarias por cinco años y medio, lo que se asocia con incrementos en inversiones productivas. En las comunidades urbanas se observó un aumento del consumo total en un rango de 14 y 18 por ciento.
- 36) En cuanto al capital social concebido como redes de cooperación, el Programa crea grupos de mujeres unidas entre sí por lazos de cooperación que parten del Programa y se extienden a otras áreas de sus vidas. Por esta razón, *Oportunidades* no sólo no merma el capital social entre mujeres beneficiarias ni el correspondiente a sus relaciones intrafamiliares, sino que hace posible que en estos grupos se fortalezca.
- 37) Los procedimientos de selección, operación y los resultados del Programa favorecen la reducción de los rezagos de bienestar y una mayor autonomía de las mujeres, tanto en zonas rurales como urbanas, sin encontrarse un aumento en las situaciones de violencia hacia ellas.
- 38) En el mediano plazo en zonas rurales se redujo la probabilidad de trabajar en jóvenes de 16 a 20 años en alrededor de 35 y 29%, particularmente, en el trabajo agrícola.
- 39) Se encontró una disminución importante en el porcentaje de niños beneficiarios urbanos de 12 años que trabajan; en los hombres de 19 a 20 años se observó una reducción de 48.6 pp. Mientras que las niñas de 15 a 18 que trabajan disminuyeron 36.7 por ciento.
- 40) En el mediano plazo se observó que 8% más mujeres y 3% más hombres beneficiarios rurales emigraron para formar una nueva familia. Para buscar trabajo, el porcentaje es mayor para los hombres, y la migración por motivos de estudios es más importante para los beneficiarios que tenían de 7 a 12 años de edad en 1997.

Cumplimiento de metas, costos unitarios y apego a las Reglas de Operación

- 41) La expansión del Programa en términos de beneficiarios, presupuesto y gasto operativo muestra el cumplimiento de la meta planteada de atención de familias, con recursos congruentes y eficiencia en su uso. En 2005 la participación del gasto administrativo en el gasto total fue de 2.5 por ciento.



- 42) En el periodo 2004-2005, la cantidad de becarios tuvo un incremento promedio de 9.15% en primaria, 7.75% en secundaria y 15.88% en educación media superior. Por otra parte, la cobertura de control médico familiar llegó en 2005 a 97.27%, la de control prenatal a 98.56% y la de control nutricional a 97.83%, con una ligera variación según la edad. Con estas acciones se alcanzaron las metas programadas.
- 43) En lo que se refiere a la satisfacción de los beneficiarios respecto de la atención recibida por parte del personal del Programa, en 2005, 93.6% la consideró buena y 99% declaró nunca haber recibido algún mal trato. Para el mismo año, la atención en las unidades de salud se evaluó por 92% de los encuestados como amable, mientras que 68.8% calificó como fácil el proceso de inscripción a las escuelas.

Adicionalmente, la evaluación permite identificar las siguientes recomendaciones generales para lograr un mayor impacto del Programa:

- A) *Educación*. Aunque *Oportunidades* ha proporcionado incentivos adecuados para que los niños beneficiarios mejoren su capital humano mediante su permanencia y mejor aprovechamiento dentro del sistema escolar, aún pueden reforzarse sus efectos benéficos. En particular, al reducir la relación de alumnos por maestro, ampliar el presupuesto por estudiante de las escuelas y atender los problemas de calidad de la educación.
- A.1 Dado que la reducción del tamaño de los grupos y la elevación del presupuesto por estudiante ha probado tener efectos positivos sobre la escolaridad, es conveniente considerar la reducción de la relación de alumnos por maestro y la elevación del presupuesto escolar como una forma de elevar el efecto del Programa.
- A.2 Aunque los resultados cuantitativos sobre la acumulación de capital humano son claros, por ejemplo sobre matriculación y años de escolaridad, aún se conoce poco sobre la calidad de las habilidades adquiridas y sus determinantes. Es necesario analizar con mayor profundidad la oferta de servicios educativos, particularmente su calidad, en relación con el impacto del Programa.
- B) *Salud*. Las recomendaciones en materia de salud se dirigen a reforzar la cobertura y la calidad de la atención primaria en relación con los temas tratados en la consulta. Por ejemplo, la detección de sífilis, información del grupo sanguíneo, exploración de mamas y pruebas de orina, durante la consulta de atención prenatal de la mujeres embarazadas, así como el contenido educativo referente a la obesidad, el sobrepeso, hipertensión y la diabetes.
- B.1 Se recomienda la expansión del Programa para dar cobertura a toda la población necesitada.
- B.2 Promover la interacción de *Oportunidades* con otros programas sociales para generar un mayor impacto en la población objetivo, en particular con el Seguro Popular de Salud. También, fomentar que las madres asistentes a las sesiones educativas de salud participen activamente para reforzar el aprendizaje de sus contenidos.
- B.3 Finalmente, es importante generar nuevas intervenciones para atacar los problemas en los que se pudo documentar un avance insuficiente; es el caso del combate a las adicciones, en especial al tabaquismo en adolescentes y el alcoholismo y tabaquismo en adultos que ya son adictos. Se manifestó que el Programa es eficaz ante población que no ha caído en la adicción pero no surte los efectos deseados sobre la que ya manifiesta el problema.
- C) *Alimentación*. El perfil de los retos en materia de alimentación no es estático. Una vez aliviados los problemas de la pobreza más aguda se hacen evidentes otros de una condición de vida menos grave. Ante esto se recomienda:
- C.1 Plantear estrategias encaminadas a mejorar el estado de vitaminas y minerales de las mujeres; aunque no hay evidencia robusta del aumento de peso en mujeres embarazadas, se recomienda la entrega de un complemento sin aporte energético.

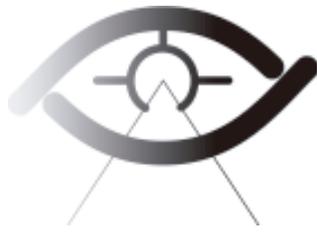


C.2 Fortalecer el componente educativo, con recomendaciones concretas que permitirían ayudar a las familias a mejorar sus decisiones en el consumo de los alimentos que componen una dieta balanceada. Específicamente a mejorar la alimentación de los niños en edad preescolar para asegurar que la dieta incluya los alimentos con el aporte adecuado de hierro y vitaminas, de esta manera se tendría un efecto en la prevalencia de anemia.

Una recomendación general de los compiladores es fortalecer el sistema integral de evaluación con parámetros que permitan la comparación referencial en indicadores específicos en el corto, mediano y largo plazo. En el caso de la educación y la salud, se debería profundizar el análisis de la oferta y calidad de los servicios educativos, además de ordenar los elementos ya existentes para facilitar la comparabilidad de resultados entre zonas y en el tiempo.

Debe enfatizarse que algunas recomendaciones generadas por la evaluación ya han sido puestas en práctica. Así, *Oportunidades* ya ha adoptado y establecido en sus Reglas de Operación 2006 la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que establece que la duración de la lactancia exclusiva sea hasta los seis meses, por lo que actualmente los complementos alimenticios se entregan a partir de los seis meses de edad del niño, mientras que previamente se hacía a partir de los cuatro meses. Adicionalmente, en el análisis de impacto se detectó que el hierro no era de fácil absorción, por ello se recomendó modificar el tipo de hierro del complemento. Esta recomendación implicó la modificación del hierro y a partir de finales de 2005 se comenzó a entregar el complemento Nutrisano con una nueva fórmula, más asimilable para quienes lo consumían.

En conclusión, la evaluación de resultados muestra diversos impactos positivos de *Oportunidades* y ha permitido plantear diversas recomendaciones, algunas de las cuales han llevado ya a acciones específicas, como la reformulación de los complementos alimenticios y cambios en la edad de su administración, así como la reestructuración de las sesiones de promoción a la salud en talleres de autocuidado de la salud. Sin duda alguna, los resultados de la evaluación sugieren la importancia de mantener el Programa, al considerar que aún están por darse sus mayores impactos y su efectividad podrá aumentar con la aplicación de las recomendaciones antes expuestas.



2.1 Marco conceptual del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

La vida es una sucesión de logros: nacer, estar adecuadamente nutrido, mantener la salud, conocer el mundo que nos rodea, insertarse en él de forma digna, productiva y participativa, y proporcionar a nuestros hijos la posibilidad de vivir una existencia mejor que la propia.

La pobreza es la privación de las capacidades fundamentales para vivir como persona: es no poder generar suficientes frutos con el esfuerzo propio por carecer de habilidades que la mayoría posee; es limitar la comprensión del mundo y de nuestra existencia al no acceder a educación elemental; es ser testigo del deterioro físico de quienes nos rodean por padecimientos fácilmente evitables, por desnutrición o por hambre; es, frecuentemente, heredar la historia de las carencias sufridas a las siguientes generaciones.

La pobreza es una forma de coartar la libertad. Para ser libre no sólo se requiere ser capaz de decidir por convencimiento propio sino también tener un mínimo de alternativas valiosas entre las cuales escoger. Estar libre del hambre, de enfermedad, y de ignorancia, elementos que conforman el núcleo de la pobreza, no sólo es cuestión de voluntad, también depende de contar con oportunidades para llevar alimento a la mesa, tener acceso a la atención médica y asistir a una escuela.

La pobreza es carecer de derechos elementales ante la sociedad en que se vive. Las personas no sólo pueden reclamar protección ante las agresiones de otros, también es exigible el derecho a contar con oportunidades para educarse, estar saludable y poder alimentarse ante desventajas fuera de su control. Los derechos a la educación, la salud y la alimentación que también incorporen la necesaria responsabilidad individual, son fundamento de una sociedad equitativa.

Las características de las personas en lo que corresponde a educación, salud y alimentación no sólo son indicativas de su situación de pobreza y los derechos que efectivamente gozan sino también orientadoras para el diseño de las acciones públicas en la materia.

Los problemas de nutrición de las familias pueden deberse no sólo a su carencia de alimentos adecuados sino a deficiencias en su estado de salud. Parte de los problemas de salud del hogar provienen de la falta de conocimientos básicos de higiene y prevención de enfermedades. Por otro lado, tanto las deficiencias en salud como en nutrición, aunadas a la preocupación por un ingreso, pueden conducir a los hogares a retirar a niños y jóvenes de la escuela, pues no parece claro el beneficio de largo plazo de un aprovechamiento escolar incierto respecto de la retribución inmediata por su trabajo. De esta forma, hogares sin acceso a conocimientos básicos pueden agravar sus condiciones de salud y nutrición y dificultar aún más a las nuevas generaciones la adquisición de conocimientos elementales.

Acciones aisladas sobre la alimentación, la salud o la educación tendrían resultados difíciles de sostener al existir una clara complementariedad entre estos elementos. Por este motivo, el ataque a la pobreza extrema requiere una visión integral que no sólo proporcione oportunidades de mejora en cada dimensión, sino que también genere incentivos para aprovecharlas y corresponsabilidad en los resultados.

Oportunidades comparte la visión del desarrollo que pone en el centro a las personas y en particular lo que pueden ser y hacer; concibe a la pobreza, en particular la extrema, como la ausencia de uno de los componentes centrales de la libertad humana y los derechos sociales: la posibilidad de vivir sin riesgos innecesarios a la integridad física, de forma saludable y con acceso a los conocimientos básicos; señala como prioritaria la atención de los problemas nutricionales, de cuidado a la salud y de adquisición de conocimientos fundamentales; identifica en su diagnóstico de la pobreza la complementariedad entre

II. Introducción





la educación de las personas y su habilidad para mejorar su estado de salud y nutricional; también reconoce el mecanismo que transmite de una generación a otra la pobreza cuando considera que familias con carencias de educación, salud y nutrición se ven obligadas a retirar a niños y jóvenes de la escuela para procurarse ingresos; finalmente, asume la necesidad de una acción integral en las dimensiones centrales de la pobreza con incentivos a las personas para aprovechar nuevas oportunidades y con su corresponsabilidad en las acciones.

2.2 Antecedentes

La pobreza es uno de los mayores retos que enfrenta México en el siglo XXI (figura 2.1). Es por ello que el Gobierno Federal ha planteado impulsar integralmente el desarrollo social y humano dando un especial énfasis a la superación de la pobreza extrema. Este impulso está guiado por el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, que concibe el avance del país como la creación de oportunidades para mejorar los niveles de vida de la población con equidad y armonía social. El planteamiento general de cómo dirigirse a este desarrollo se encuentra en la estrategia *Contigo*, que propone trabajar en cuatro vertientes: la ampliación de capacidades para las familias, la generación de oportunidades equitativas, la formación de patrimonio y la provisión de protección contra riesgos. De forma específica, los lineamientos para la política de desarrollo social y humano se encuentran contenidos en el Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006, el cual pone en el centro de los esfuerzos para la reducción de la pobreza extrema la participación de la sociedad.

Oportunidades es una iniciativa del Ejecutivo Federal, dentro de su estrategia *Contigo*, que tiene el propósito de desarrollar las capacidades para reducir la pobreza extrema. Para ello promueve la inversión de las familias más pobres en educación, salud y nutrición proporcionándoles subsidios en efectivo para alimentación y becas educativas a cambio de la asistencia regular de niños y jóvenes a la escuela, así como la asistencia de la familia a la clínica de salud. *Oportunidades* inició en 1997 como Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), teniendo cobertura inicial en áreas rurales y expandiéndose a zonas semiurbanas a partir de 2001 y a zonas urbanas, ya como *Oportunidades*, a partir de 2002.

Oportunidades constituye el instrumento más importante para la superación de la pobreza, con un presupuesto para 2006 de más de 32 mil millones de pesos, y con operación en 86 091 localidades, en casi todos los municipios o delegaciones políticas de las entidades federativas del país. El Programa beneficia a 5 millones de familias, lo que representa aproximadamente 25 millones de mexicanos. El gasto ejercido en 2005 representaría más de 24 mil millones de pesos a precios de 2000 y beneficia a uno de cada cuatro mexicanos (cuadros 2.1 y 2.2).

Las familias beneficiarias, además de las transferencias monetarias, reciben complementos alimenticios (antes denominados suplementos) para niños menores de cinco años y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia; un paquete de servicios de salud preventiva; sesiones educativas en materia de salud, nutrición e higiene; becas educativas desde tercero de primaria hasta educación media superior; y una cuenta de ahorro como incentivo adicional para que los becarios concluyan la educación media superior. Estos alicientes actúan en conjunto con las corresponsabilidades que deben cumplir los beneficiarios (asistencia a la escuela, a consultas preventivas y a las sesiones educativas de salud) para generar una mejor nutrición, mayor utilización de servicios de salud preventiva, y la permanencia en la escuela de niños y adolescentes. De esta forma se busca desarrollar nuevas capacidades humanas que rompan la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Al considerar especialmente el problema de la pobreza indígena, debe resaltarse la cobertura del Programa en tales áreas. Ramírez¹ establece que cerca de 11% de la población nacional es indígena^b y

^b Definida como los individuos de cinco años o más que hablan lengua indígena o que viven en un hogar donde el jefe de familia o su cónyuge habla lengua indígena.

ENTIDAD FEDERATIVA	GASTO REAL ¹						CAMBIO PORCENTUAL
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000-2005
Total nacional	9 586.9	11 651.8	15 220.2	19 119.3	20 978.8	24 462.6	155.2%
Aguascalientes	8.3	9.5	27.9	75.0	96.4	117.1	1317.9%
Baja California	9.6	11.8	22.5	36.2	46.9	63.9	564.7%
Baja California Sur	9.7	11.1	18.6	28.0	32.9	41.1	323.8%
Campeche	121.7	147.3	193.6	226.7	235.9	273.3	124.5%
Coahuila	73.8	86.1	854.5	150.3	146.6	172.7	134%
Colima	16.4	18.6	79.7	54.5	60.4	70.5	329.1%
Chiapas	930.5	1 216.1	980.0	1 991.5	2 088.6	2 387.5	156.6%
Chihuahua	68.1	93.4	95.1	163.7	177.7	220.4	223.4%
Distrito Federal	107.3	61.6	45.9	233.8	21.3	58.3	-45.7%
Durango	116.6	131.9	181.5	234.7	267.9	310.7	166.4%
Guanajuato	423.7	492.2	642.1	779.9	880.1	1 031.8	143.5%
Guerrero	685.5	759.3	955.0	1 203.8	1 294.4	1 493.6	117.9%
Hidalgo	422.3	487.3	617.9	776.6	798.7	926.0	119.3%
Jalisco	156.7	197.0	268.6	309.0	413.3	543.3	246.8%
México	616.9	696.7	908.0	1 151.1	1 366.8	1 631.4	164.5%
Michoacán	534.0	645.2	855.5	1 016.5	1 077.5	1 231.8	130.7%
Morelos	72.3	98.5	193.5	281.3	308.6	355.2	391.1%
Nayarit	130.7	141.5	175.0	194.5	200.5	230.8	76.6%
Nuevo León	60.8	63.1	80.4	92.4	129.7	167.4	175.4%
Oaxaca	759.9	1 035.6	1 313.3	1 627.6	1 643.6	1 873.5	146.5%
Puebla	768.7	875.9	1 125.1	1 384.5	1 489.4	1 738.1	126.1%
Querétaro	149.3	172.7	230.9	290.4	319.7	364.8	144.2%
Quintana Roo	85.1	96.0	135.2	186.2	201.6	231.5	172.1%
San Luis Potosí	424.1	490.1	577.4	690.4	727.8	854.1	101.4%
Sinaloa	258.9	301.3	402.8	452.0	494.2	571.5	120.7%
Sonora	98.9	113.3	165.9	229.3	242.3	281.9	184.9%
Tabasco	286.1	346.3	478.3	580.3	652.5	756.7	164.5%
Tamaulipas	144.8	167.8	218.0	283.5	305.6	357.6	147%
Tlaxcala	49.2	61.7	113.5	156.1	184.7	220.9	348.9%
Veracruz	1 050.5	1 275.7	1 672.1	2 113.3	2 220.9	2 535.2	141.3%
Yucatán	251.2	288.3	392.8	488.1	508.4	587.1	133.7%
Zacatecas	296.8	354.9	394.9	456.0	445.1	499.2	68.2%
Nivel nacional	398.4	704.1	804.6	1 182.1	1 899.0	2 263.8	468.2%

CUADRO 2.1
Gasto Federal en
Oportunidades por
entidad federativa

Fuente: Quinto Informe de Gobierno 2005. Presidencia de la República
¹ Millones de pesos constantes de 2000 con base en el INPC, Banco de México

que en los municipios donde predomina (más de 70% de la población es indígena) el porcentaje de personas pobres^c es de 95.3%, mientras que en comunidades con menos de 10% de población indígena esta proporción es de 50.6 por ciento. Ante este panorama, debe mencionarse que del total de municipios

^c Correspondiente a la pobreza de patrimonio definida de acuerdo con criterios oficiales de la Sedesol.



CUADRO 2.2
Familias beneficiarias
de *Oportunidades*
por entidad
federativa

ENTIDAD FEDERATIVA	FAMILIAS						CAMBIO PORCENTUAL
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000-2005
Total nacional	2 476 430	3 116 042	4 240 000	4 240 000	5 000 000	5 000 000	101.9%
Aguascalientes	1 265	3 033	15 009	14 924	26 195	26 245	1974.7%
Baja California	1 787	2 880	9 027	7 910	14 965	17 891	901.2%
Baja California Sur	2 377	3 451	6 900	332	10 370	10 344	335.2%
Campeche	30 969	35 879	46 353	7 493	57 013	56 114	81.2%
Coahuila	21 678	25 868	39 526	8 949	42 166	38 982	79.8%
Colima	3 820	5 256	14 401	3 716	16 914	16 623	335.2%
Chiapas	283 026	396 885	497 201	97 627	554 525	549 567	94.2%
Chihuahua	17 991	28 697	40 606	0 760	57 402	59 529	230.9%
Distrito Federal	ND	ND	ND	ND	ND	17 788	ND
Durango	30 342	37 568	58 748	8 530	73 811	75 325	148.3%
Guanajuato	113 035	145 077	192 768	91 052	238 582	230 946	104.3%
Guerrero	183 179	198 981	276 023	74 100	319 235	316 101	72.6%
Hidalgo	103 600	119 973	179 082	77 944	198 774	197 110	90.3%
Jalisco	42 201	64 695	79 166	8 225	147 580	155 828	269.3%
México	159 383	196 790	278 092	81 919	381 536	392 113	146%
Michoacán	143 196	193 096	264 631	66 138	287 091	279 076	94.9%
Morelos	18 292	38 047	69 873	9 737	74 130	69 595	280.5%
Nayarit	35 821	39 568	47 741	4 705	49 677	47 565	32.8%
Nuevo León	15 783	20 110	24 611	25 536	49 564	47 968	203.9%
Oaxaca	241 093	320 405	399 564	02 314	423 965	411 430	70.7%
Puebla	205 941	235 380	324 354	22 098	383 260	385 118	87%
Querétaro	37 572	47 559	67 157	8 401	74 568	75 107	99.9%
Quintana Roo	20 106	26 131	42 928	1 344	46 153	47 754	137.5%
San Luis Potosí	104 509	115 275	148 237	51 685	185 374	190 090	81.9%
Sinaloa	68 208	88 623	103 842	03 577	123 706	128 134	87.9%
Sonora	27 545	31 479	59 970	5 971	64 827	62 565	127.1%
Tabasco	67 181	89 377	117 554	21 930	150 222	149 836	123%
Tamaulipas	39 066	42 805	70 553	1 593	84 608	86 155	120.5%
Tlaxcala	12 064	19 087	35 146	6 079	51 094	51 160	324.1%
Veracruz	290 786	369 446	500 703	98 060	558 833	559 991	92.6%
Yucatán	68 594	81 271	116 809	116 870	133 883	133 277	94.3%
Zacatecas	86 020	93 350	113 425	14 481	119 977	114 673	33.3%

Fuente: Sedesol, www.oportunidades.gob.mx/informacion_general/historicocodecobertura12012006.pdf

ND: Previo a 2005 no se había realizado incorporación de familias en el DF

cubiertos por *Oportunidades* en 2005, más de 50% corresponde a aquellos con más de 40% de población indígena. Con respecto a localidades, en 19.23% de las atendidas por *Oportunidades* más de 40% de población es indígena. Finalmente, cuando se contabiliza la proporción de beneficiarios indígenas respecto del total de beneficiarios se obtiene que éstos representan 24.73% (cuadro 2.3). Lo anterior representa un importante esfuerzo de focalización en la pobreza indígena.

2.3 Situación actual

A pesar de los esfuerzos que se han realizado con las acciones de programas como *Oportunidades*, falta mucho para reducir significativamente la brecha entre la población de más bajos recursos y la población con más recursos económicos.

En la Cumbre del Milenio se estableció la meta de reducir la pobreza a la mitad, meta que no se ha alcanzado, a pesar de los resultados positivos que se han observado y de las diversas evaluaciones externas sobre el impacto a las que ha estado sujeto *Oportunidades*.

El Programa tiene el objetivo de apoyar a las familias en extrema pobreza con el fin de potenciar las capacidades de sus miembros y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar, a través del mejoramiento de opciones en educación, salud y alimentación. Una de las áreas de enfoque es mejorar la nutrición de los niños; así como la detección temprana de padecimientos, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Grossman² hizo explícita la importancia de que los niños menores de cinco años reciban los nutrientes necesarios para que en el futuro reporten los mejores retornos en términos de educación y salud.

El Programa es pertinente y costo efectivo, porque resulta oneroso para el Estado afrontar cuadros clínicos muy graves de individuos que acuden a las instituciones de salud cuando la enfermedad está en una etapa avanzada, debido a que no se detectó oportunamente el problema de salud y no se recibió la atención adecuada en su momento.

El escenario así planteado lleva a mirar los resultados positivos de *Oportunidades* y de cómo a partir de éste se ha impulsado la cultura de la prevención y la corresponsabilidad con el beneficiario, la cual es requisito para el otorgamiento del apoyo, para poder cumplir con los lineamientos establecidos en las Reglas de Operación.

La cobertura de familias beneficiarias, en el ámbito nacional, incorporó en sus inicios a 400 mil familias en 12 estados de la República mexicana, y en 2006 tiene como objetivo sustituir las bajas en el padrón, para mantener una cobertura máxima de atención de 5 millones de familias y un presupuesto que se distribuye entre las secretarías de Desarrollo Social, Educación Pública y Salud (figuras 2.2 y 2.3).

Cabe mencionar que en 2003 se incorporó un nuevo componente al Programa dirigido a un nuevo grupo de edad y que va más allá de la formación de capital humano: Jóvenes con *Oportunidades* (recuadro 2.1).

AÑO	MUNICIPIOS TOTALES	MUNICIPIOS INDÍGENAS	LOCALIDADES TOTALES	LOCALIDADES INDÍGENAS	HOGARES TOTALES	HOGARES INDÍGENAS
1997	435	259	10 143	4 290	399 119	211 845
1998	1 465	725	34 414	9 569	1 595 604	561 483
1999	1 986	933	48 719	12 049	2 306 325	733 467
2000	2 166	1 031	53 232	12 702	2 476 430	780 289
2001	2 310	1 126	67 539	14 830	3 116 042	897 992
2002	2 354	1 143	70 520	14 962	4 240 000	1 128 527
2003	2 360	1 141	70 436	14 949	4 240 000	1 141 546
2004	2 429	1 200	82 973	16 118	5 000 000	1 239 243
2005	2 435	1 218	86 091	16 558	5 000 000	1 236 671

CUADRO 2.3
Cobertura de
Oportunidades en
localidades indígenas

Fuente: *Oportunidades*

Nota: Se consideran como municipios o localidades indígenas aquellos que tienen 40% o más de población indígena con base en lo reportado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas en julio de 2005. Los datos corresponden al bimestre de cierre de cada año (sep-oct). Por ello no se incluyen aún los datos de 2006.



Aunque este componente mantiene la idea de proporcionar incentivos condicionados para procurar conductas favorables para la superación de la pobreza, su propósito es dar un patrimonio inicial a quienes han cumplido el último nivel de escolaridad que apoya *Oportunidades*. En este sentido no es estrictamente un componente de formación de capital humano, aunque no es contradictorio con éste, pues posibilita continuar con estudios superiores o insertarse en el sistema público de salud. Sin embargo, al introducirse opciones de mejoramiento a la vivienda o acceso a un crédito, ciertamente rebasan el objetivo de mejorar el estado físico y las habilidades de las personas.

Debe enfatizarse que Jóvenes con Oportunidades opera dentro de la población beneficiaria de *Oportunidades*, por lo que no es un programa desligado de éste. Dada su novedad, la definición de un nuevo grupo objetivo y diferentes elementos que pueden afectar el bienestar de las personas, debe esperarse un tiempo para realizar una evaluación de sus resultados.

Por las razones anteriores, en la presente evaluación no se introduce un análisis de Jóvenes con Oportunidades ni de sus posibles interacciones con otros elementos del Programa.

2.4 Situación de la evaluación de impacto

La evaluación externa responde a una nueva etapa, relativamente reciente, en la que el Gobierno Federal, a través del Congreso de la Unión, pretende transparentar sus acciones. La evaluación externa se contempla desde la concepción misma del Programa y tiene como objetivo observar la efectividad de las acciones realizadas por *Oportunidades*, al vigilar que haya un cumplimiento de los objetivos establecidos en el Programa y en las Reglas de Operación vigentes.

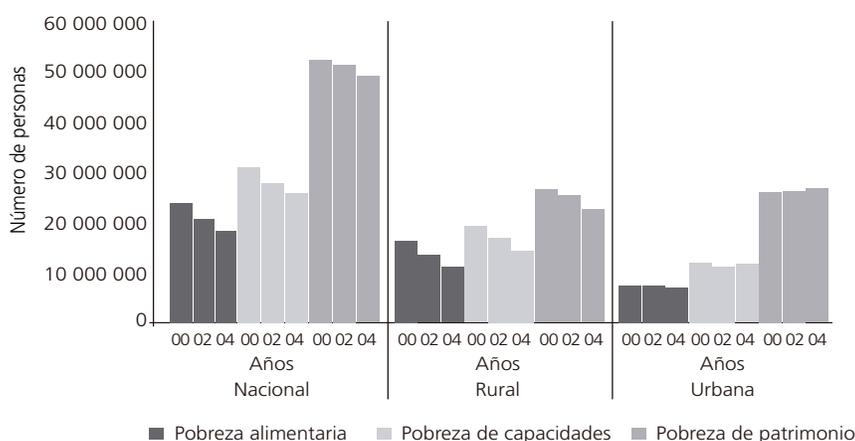
Desde su implementación en 1997, con el nombre de Progresá, el Programa ha estado sujeto a una evaluación externa, misma que ha sido realizada por instituciones académicas y de investigación especializadas y con experiencia en la materia, sean instituciones nacionales o extranjeras.

La evaluación externa da cuenta de la distribución de los recursos entregados a los beneficiarios del Programa, así como el impacto que ha tenido en relación con el bienestar de las familias y en general en los objetivos que lo rigen. Cabe mencionar que la evaluación externa también incluye aspectos operativos, mismos que se detallan en la sección correspondiente.

Esta rendición de cuentas se realiza a través de la evaluación de impacto, misma que se realiza mediante el análisis cuantitativo y cualitativo. Para el primero de éstos, se analizan modelos econométricos y epidemiológicos del impacto en educación, salud y nutrición. Por su parte, la evaluación cualitativa recoge los resultados que muestran cómo ha mejorado la calidad de vida de las familias beneficiarias a la vez que evalúa las posibles desviaciones o inconvenientes que no permiten el buen desempeño de las

FIGURA 2.1
Personas pobres en México 2000-2004

Fuente: Medición de la Pobreza 2002-2004. Comité Técnico para la Medición de la Pobreza en México. Junio 14, 2005



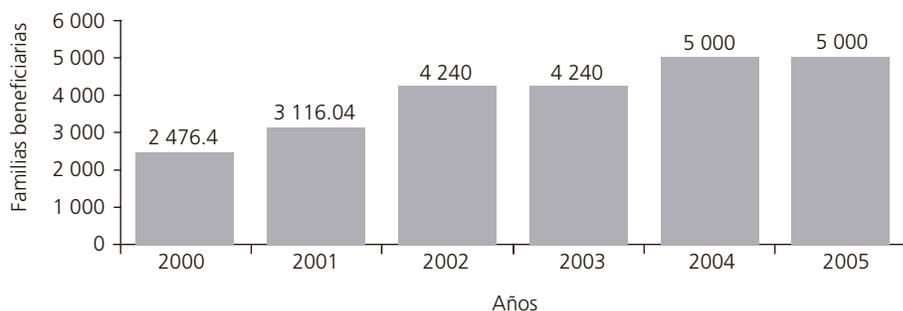


FIGURA 2.2
Familias beneficiarias en el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (miles de familias)

Fuente: Sedesol

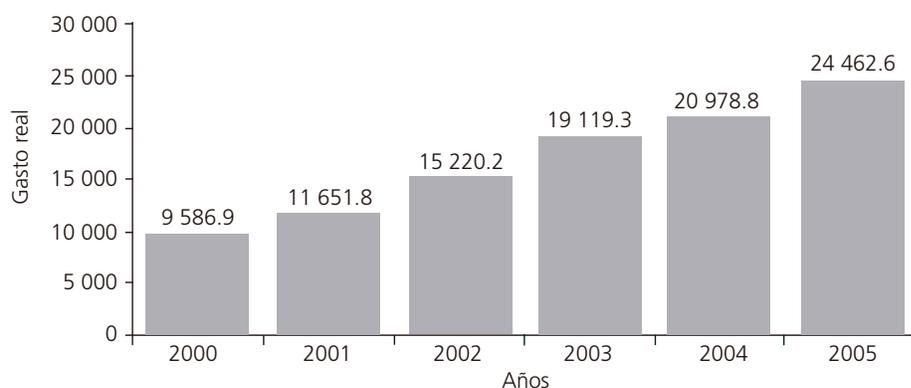


FIGURA 2.3
Gasto federal en el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (millones de pesos)

Fuente: Quinto Informe de Gobierno 2005. Presidencia de la República

RECUADRO 2.1
JÓVENES CON OPORTUNIDADES

Oportunidades apoya la permanencia en el sistema escolar hasta el término de la educación media superior. Una vez alcanzado este último grado, sólo 8% de los jóvenes beneficiarios continúa estudiando y la mayoría tiene que dedicarse al trabajo asalariado al tener poco o nulo acceso al crédito para emprender alguna actividad empresarial. A esto se agrega que las condiciones de sus viviendas siguen siendo precarias y sólo uno de cada 10 tiene acceso a algún tipo de seguridad social. Se estima que actualmente 3 millones de beneficiarios del Programa se encuentran entre los 12 y los 18 años de edad, por lo que proporcionarles algún tipo de atención en los próximos años será de gran importancia para el futuro.

Ante este panorama, en el año 2003 fue creado el componente Jóvenes con Oportunidades, que proporciona una cuenta de ahorro a los becarios de *Oportunidades* que terminan su educación media superior antes de los 22 años y cuyas familias continúan dentro del Programa. La cuenta va acumulando "puntos" a medida que se cursan los estudios desde el tercero de secundaria y hasta concluir la educación media superior. Una vez terminados los estudios los puntos son redimibles por dinero bajo las siguientes condiciones:

- Si se continúa con por lo menos dos años de estudios de educación superior
- Si se usa como anticipo para un crédito del programa de adquisición, construcción o mejoramiento de vivienda "Tu casa"
- Si utiliza para adquirir un seguro del sistema público de salud
- Si se usa como fondo de garantía para un crédito de las Entidades de Ahorro y Crédito Popular

Jóvenes con Oportunidades extiende el mecanismo de incentivos para la formación de capital humano de *Oportunidades*. Ahora, se refuerzan los incentivos para terminar la educación media superior proporcionando un patrimonio financiero inicial. Adicionalmente, las condiciones de uso de este ahorro conducen a los beneficiarios a continuar con estudios superiores, explorar alguna actividad empresarial o mejorar la vivienda y su protección a la salud.

Aún es temprano para observar los efectos de este nuevo componente sobre el bienestar de los jóvenes y sus hogares. Sin embargo, es alentador que Jóvenes con Oportunidades haya beneficiado con una cuenta de ahorro a más de 135 000 becarios de *Oportunidades* que terminaron su educación media superior y han comenzado a escoger cómo aprovecharla.

Fuente: *Oportunidades*



estrategias que envuelven el Programa. A través de la evaluación cualitativa también se obtiene el contexto en el que se han dado los resultados cuantitativos.

2.5 Sobre el informe de evaluación

Oportunidades contempla, desde su diseño inicial, la evaluación de su impacto en la población beneficiaria. Esta evaluación permite conocer si el Programa está cumpliendo con sus objetivos y si hay aspectos que puedan modificarse o fortalecerse para incrementar los efectos positivos sobre sus beneficiarios. Asimismo, la evaluación debe ser desarrollada por instituciones externas al Programa y es una obligación establecida en el Presupuesto de Egresos de la Federación y las Reglas de Operación del propio Programa, además de formar parte del esfuerzo de transparencia y rendición de cuentas del Gobierno Federal.

Desde 2001, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) ha coordinado la evaluación cuantitativa, mientras que desde el año 2000 el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) se ha encargado de la cualitativa. Bajo la coordinación de estas dos instituciones se convocó a un equipo de especialistas en diversas disciplinas, nacionales y extranjeros, quienes conformaron el Grupo Asesor de esta evaluación. Entre ellos se incluyen investigadores del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), la Universidad Iberoamericana (UIA), El Colegio de México (Colmex), la Universidad de Guadalajara, El Colegio de Sonora, la Universidad de Pennsylvania, la Universidad de California en Berkeley, la University College en Londres y la Universidad de Texas en Austin.

El presente informe sintetiza los principales resultados de los documentos elaborados por investigadores nacionales e internacionales como parte de la evaluación externa de impacto de *Oportunidades*. Tales documentos reportan los impactos que el Programa tiene sobre el bienestar de las familias en extrema pobreza en relación con los objetivos centrales del Programa.

Este documento resume 43 estudios publicados entre 2001 y 2006, la mayor parte por el INSP y el CIESAS. Las investigaciones comprendidas en dichos tomos se basaron en información recolectada de 1997 a 2005.

2.6 Estructura del documento

El Informe compilatorio describe primeramente las características de la evaluación. Para ello, se considera que el Programa inició en zonas rurales en 1997 con un número limitado de beneficiarios, y se extendió a zonas semiurbanas en 2001 y a zonas urbanas en 2002, año en que alcanzó más de 4 millones de hogares. Posteriormente, se hace explícita la distinción de resultados entre zonas urbanas y rurales, así como entre los resultados de tipo cuantitativo y los cualitativos, todo ello para los temas de educación, salud y alimentación.

En una sección aparte se abordan los efectos de *Oportunidades* sobre el consumo, la actividad productiva, la composición del hogar y la migración, nuevamente distinguiendo los resultados rurales de los urbanos. Otro elemento analizado en esta sección es la equidad de género del Programa. También se hace un breve recuento de los hallazgos en cuestiones de procedimiento, cumplimiento de objetivos y administración de *Oportunidades*. En la sección final se presentan las conclusiones y se reportan las recomendaciones generales derivadas del ejercicio de evaluación.

3.1 Características de la evaluación

En los primeros años del Programa la evaluación estuvo a cargo del Instituto Internacional de Investigación de Políticas Alimentarias (IFPRI, por sus siglas en inglés). Dicha evaluación analizó los impactos de *Oportunidades* en el corto plazo para la población rural y los hallazgos fueron presentados en 2000.³

Posteriormente, la incorporación de hogares en áreas urbanas y la nueva información recolectada en los últimos años, ha hecho posible evaluar el impacto en la población beneficiaria en el mediano plazo en áreas rurales (de 1997 a 2003) y los impactos del Programa en el corto plazo en áreas urbanas (2002 a 2004). Estos plazos de análisis están definidos por las fechas de inicio de *Oportunidades* en las diferentes zonas, así como por los tiempos de medición requeridos por cada variable, los cuales tienen una dinámica distinta a los que se establecen para evaluar aspectos como el cumplimiento de metas y el ejercicio del gasto del Programa.

Con lo antes mencionado, a la fecha se puede conocer si los impactos documentados por la evaluación del IFPRI a los dos años de iniciado el Programa en comunidades rurales se sostienen después de aproximadamente seis años, y si es posible observar impactos similares a los detectados por esa institución en zonas urbanas a dos años de la intervención.

III. Metodología de evaluación



RECUADRO 3.1

LA ÉTICA DE LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS SOCIALES⁴

Dos principios centrales en la evaluación de programas sociales son realizar investigación sistemática con los más altos estándares técnicos y respetar la dignidad de las personas (véase, por ejemplo, Guiding Principles for Evaluators, American Evaluation Society, 2004; Guidelines for Ethical Conduct of Evaluations, Australasian Evaluation Society, 2002). Para evaluar adecuadamente el desempeño de *Oportunidades* debe compararse la situación y comportamientos de hogares pobres con características similares cuya diferencia central es que unos están incorporados al Programa y otros están fuera de él. Sin embargo, la evaluación implica entonces que cierta parte de la población elegible para recibir los apoyos de *Oportunidades* se encuentren sin ellos. ¿Es esto moralmente aceptable?

Desde tiempo atrás se ha dado un amplio debate entre los expertos respecto de situaciones de este tipo (ver Ferber y Hirsh, 1978). De esta discusión ha emergido un consenso que concilia la rigurosidad científica y la protección de valores humanos: cuando no existen suficientes recursos para incluir a toda la población en una política pública potencialmente benéfica; existen razones éticas para realizar la evaluación de tal política comparando a sus beneficiarios con aquellos no atendidos siempre y cuando se seleccionen a las personas participantes de forma aleatoria (Riecken, 1974, p.250). Así, la imposibilidad de atender a todos crea inevitablemente un grupo con el cual contrastar los efectos de la intervención, y éste puede ser analizado con rigurosidad estadística y equidad si quienes pertenecen a él tuvieron la misma probabilidad de haber sido incluidos en el programa que quienes finalmente lo fueron.

Desde su inicio, *Oportunidades* y sus evaluadores han tomado en cuenta esta situación (véase por ejemplo, Parker y Teruel, 2003, p. 13). En el caso de la evaluación en áreas rurales, al inicio del Programa la pertenencia o no al mismo fue decidida seleccionando al azar el grupo de comunidades de entre aquellas elegibles por su alto o muy alto grado de marginación, lo que evitó sesgos estadísticos y favoritismos para seleccionar a los beneficiarios. Adicionalmente, en cuanto la disponibilidad de recursos lo ha permitido, los hogares inicialmente no incorporados se han ido convirtiendo en beneficiarios, no importando que esto dificulte el diseño de la evaluación. En el caso de las zonas rurales, todos los hogares de la muestra de evaluación que inicialmente conformaban el grupo de no incorporados, se convirtieron en beneficiarios en 2000, lo cual planteó retos importantes para la evaluación rural. En el caso de la evaluación en áreas urbanas, el diseño de evaluación consideró el proceso de incorporación ya definido por *Oportunidades*, de tal forma que la evaluación en sí no influyó ni retrasó la incorporación de ningún hogar al Programa.

En suma, la evaluación de *Oportunidades* no sólo ha observado los principios de rigurosidad técnica y respeto a las personas, sino que enfrentado al dilema de facilitar el primero a costa del segundo ha estado del lado de la dignidad humana.



3.2 Fuentes de información y metodología de evaluación de resultados

3.2.1 Evaluación cuantitativa

La evaluación cuantitativa busca la representatividad estadística de los datos examinados en una muestra de la población. Se propone encontrar patrones sistemáticos en las características de interés que pueden ser capturados mediante variables numéricas. La evaluación cuantitativa se concentra sobre todo en las consecuencias de estar incorporado o no al grupo de beneficiarios de *Oportunidades*, más que en los procesos que ocurren en las comunidades y los hogares cuando se aplica el Programa. Sin embargo, hay algunos elementos de procedimiento que son evaluados cuantitativamente (recuadro 3.2).

3.2.1.1 Fuentes

El componente cuantitativo se basa en datos de encuestas que siguen la evolución en el tiempo de un grupo de hogares incorporados y no incorporados al Programa. Los mismos hogares han sido entrevistados entre 1997 y 2003, para las zonas rurales, y entre 2002 y 2004, en las urbanas. Ocasionalmente, se usa información de estudios específicos, como en el área de nutrición.

A) Zonas rurales

Para el área rural se emplea como base de referencia la información de una encuesta aplicada antes del inicio de operaciones del Programa con el fin de identificar los hogares elegibles para incorporación, llamada Encuesta de Características Socioeconómicas de los Hogares 1997 (Encaseh 1997).

La evaluación rural se realizó al comparar grupos representativos de lo que ocurre antes (línea basal) y después de la entrada del Programa, así como al comparar beneficiarios y no beneficiarios de *Oportunidades*. De esta forma se puede apreciar el efecto en el tiempo de contar con los beneficios del Programa y la diferencia entre estar dentro de él o no.

La representatividad estadística de los grupos se alcanzó al seleccionar al azar 506 localidades en siete entidades federativas en donde inició operaciones el Programa, incluyendo 320 localidades incorporadas al mismo en 1997 (los hogares se incorporaron en 1998) y 186 localidades que fueron incorporadas cerca de dos años más tarde.

Para la obtención de la información se levantó en los 24 mil hogares de las localidades seleccionadas la Encuesta de Evaluación Rural (Encel), mediante la cual se recabó información sobre educación, nutrición, salud, empleo, ingreso, consumo, gasto y condiciones de vida, entre otros aspectos. Esta encuesta se aplicó a los hogares de la muestra de evaluación en dos rondas anuales en 1998, 1999 y 2000.

RECUADRO 3.2 FOCALIZACIÓN DE OPORTUNIDADES⁴

Focalizar es la acción de dirigir los beneficios de una política pública hacia un grupo prioritario en espera de obtener el mayor impacto con los recursos disponibles.

Al respecto Amartya Sen (1995, p. 15) indica: "Las políticas económicas –aquellas dirigidas a la eliminación de la pobreza así como otras– intentan obtener algunos resultados. Cualquier intento así debe involucrar alguna focalización".

De acuerdo con lo anterior cabe preguntar ¿qué tan buena es la focalización de Oportunidades?

Coady, Grosh y Hoddinott (2004) presentan los resultados sobre el desempeño de la focalización de 122 programas de 48 países en desarrollo. Estos autores encuentran que *Oportunidades* tiene un desempeño entre 2.5 y 4 veces mejor que lo comúnmente encontrado, a juzgar por el porcentaje de beneficios canalizados a la población pobre respecto de la proporción que ésta representa del total. En consecuencia, el desempeño de la focalización de Oportunidades resulta sobresaliente de acuerdo con los estándares internacionales.



Para la medición del impacto a mediano plazo en zonas rurales se levantó nuevamente la Encel en 2003 (figura 3.1). Debido al avance del proceso de incorporación de hogares a *Oportunidades*, para el año 2000 todos los hogares de la muestra de evaluación ya se encontraban incorporados, por lo que fue necesario incluir un nuevo grupo de comparación.

Por lo tanto, la Encel 2003 se aplicó a una muestra que incluye el grupo original de 506 localidades y un grupo adicional de 151 localidades en donde aún no operaba el Programa en ese momento (localidades de control), el cual fungió como grupo de comparación (figura 3.2). Este nuevo grupo de comparación se conformó con la selección de localidades con características semejantes a las que participaban en el Programa.

La Encel 2003 recolectó también información adicional para evaluar otros aspectos del Programa, como cuestionarios de fecundidad, precios, y características de las escuelas y localidades; muestras de sangre; mediciones antropométricas; pruebas de desarrollo cognitivo para niños pequeños y de habilidades para adolescentes.

Este diseño de las encuestas rurales ha permitido la realización de evaluaciones del impacto del Programa sobre diversos aspectos a corto (a dos años de intervención) y mediano plazo (de 4 a 6 años de intervención).

B) Zonas urbanas

Para integrar la muestra de evaluación en áreas urbanas se llevó a cabo una selección de manzanas y hogares en localidades donde el Programa iniciaría operaciones en 2002 (zonas de intervención). Con la identificación de características similares a esta muestra se seleccionó también un grupo de comparación en localidades donde el Programa iniciaría operaciones hasta 2004 (zonas de no intervención). En zonas

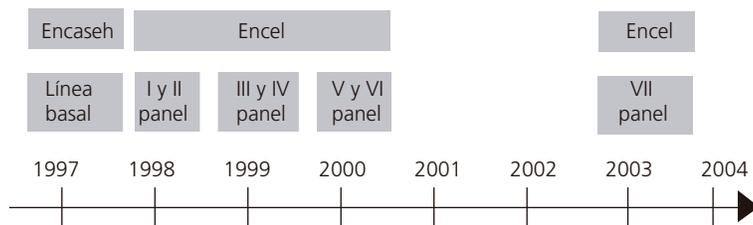


FIGURA 3.1
Fuentes de información para la evaluación de las zonas rurales⁵

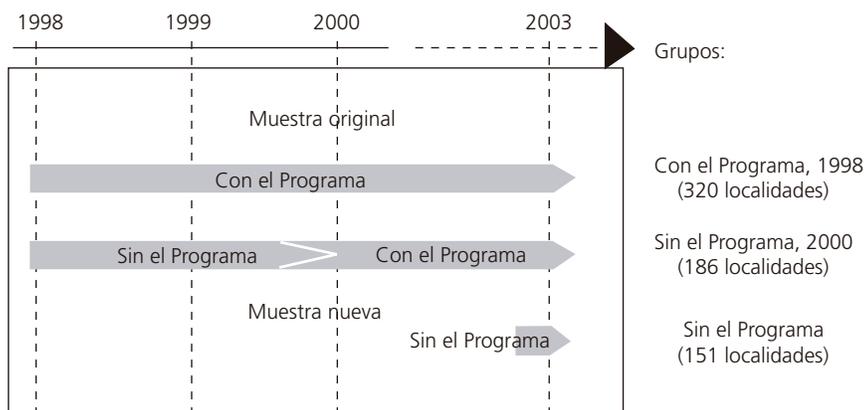


FIGURA 3.2
Composición de las muestras en zonas rurales



de intervención la muestra estuvo conformada por cuatro tipos de hogares: a) hogares elegibles según los criterios de selección de *Oportunidades*, incluidos los hogares incorporados y no incorporados al Programa;^d b) hogares muy cercanos a ser elegibles (aquellos con características apenas encima del límite para su incorporación al Programa); y c) hogares no elegibles. En zonas de no intervención la muestra estuvo integrada por hogares elegibles y cercanos a ser elegibles. Para determinar los hogares de cada categoría que serían incluidos en la muestra de evaluación se aplicó en 2002 una encuesta de tamizaje en las zonas seleccionadas para el levantamiento. En ésta se recolectaron las mismas variables utilizadas por el Programa para determinar la elegibilidad de los hogares (clasificación usada exclusivamente para los fines de la evaluación).

El diseño de la evaluación urbana incluyó varios levantamientos de información en la misma muestra. Dicha muestra fue visitada por primera vez en 2002 con la Encuesta de Evaluación de Hogares Urbanos 2002 (Encelurb 2002), que sirvió como base de referencia, y se llevaron a cabo dos encuestas de seguimiento a esta muestra en 2003 y 2004 (Encelurb 2003 y 2004) (figura 3.3). En las encuestas se captó información sobre las características socioeconómicas de los hogares y de sus integrantes. Esta información se asemeja a aquella recabada para la muestra rural. Adicionalmente se recolectó información específica de un grupo de adultos sobre control de diabetes y para el área de nutrición se aplicaron estudios de dieta y toma de muestras de sangre capilar para detección de anemia, y mediciones de peso y talla en niños y mujeres.

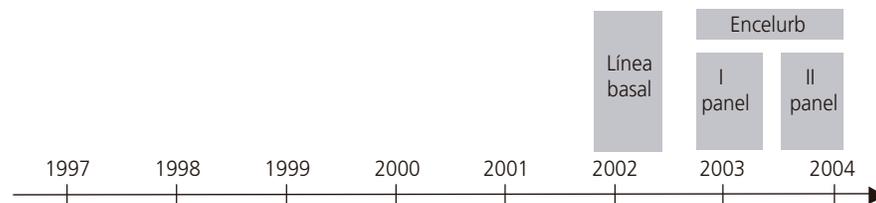
Además, para evaluar el patrón de consumo de complementos alimenticios y consumo dietético se realizó un estudio específico con cuatro visitas a lo largo de un año (julio 2003-junio 2004) en una muestra de niños que tenían de 6 a 23 meses de edad (en la medición inicial) y de sus madres en periodo de lactancia. Se aplicaron cuestionarios a este grupo sobre el consumo dietético, así como mediciones antropométricas, recolección de muestras de sangre y una aplicación de una prueba de desarrollo de lenguaje.

Con la información disponible en áreas urbanas es posible realizar hasta este momento una evaluación de corto plazo. Para medir el impacto en el tema de alimentación se utilizaron principalmente dos estudios realizados por el INSP: a) el análisis de las Encelurb y b) el Estudio de Consumo de Suplementos y Consumo Dietético. A continuación se señalan las características de ambos estudios:

a) Las Encelurb

- La muestra de las Encelurb incluye familias con y sin *Oportunidades*.
- La línea basal fue recolectada en el año 2002, antes de que los hogares recibieran los beneficios del Programa, y los seguimientos se efectuaron en 2003 y 2004.
- Los análisis incluidos utilizaron las encuestas de 2002, 2003 y 2004.
- Se utilizó un pareamiento de hogares beneficiarios y no beneficiarios de *Oportunidades* basado en el puntaje de propensión (la probabilidad de que un hogar sea incorporado al Programa de acuerdo con sus características sociodemográficas y económicas).

FIGURA 3.3
Fuentes de información para la evaluación de las zonas urbanas⁵



^d Existen hogares elegibles no incorporados a *Oportunidades* en zonas de intervención debido a que el mecanismo de focalización de *Oportunidades* en zonas urbanas en el 2002 fue por demanda y no todos los hogares elegibles acudieron a solicitar su incorporación al Programa.



- En algunos casos, se realizó pareamiento con base en factores adicionales, como la edad del niño o de la mujer o el sexo del niño, dada la importancia de estos factores para poder interpretar adecuadamente los hallazgos encontrados.

b) El Estudio de Consumo de Suplementos y Consumo Dietético

- Se realizó, entre junio de 2003 y junio de 2004, para profundizar en el análisis del consumo dietético habitual de los niños y el consumo de los complementos Nutrisano y Nutrivida.
- Se realizó una submuestra de los hogares con y sin *Oportunidades* incluidos en las Encelurb.
- Participaron 150 niños de 6 a 23 meses de edad al inicio del estudio, así como sus madres, todos beneficiarios de *Oportunidades*, y 150 niños en el mismo rango de edad y sus madres, de familias con características similares y que radicaban en zonas donde aún no operaba el Programa.
- Se visitó a las familias cuatro veces a lo largo de un año y se obtuvo información detallada sobre el uso y consumo de los complementos nutritivos y el consumo de alimentos en el hogar.
- Se pesó y se midió a los niños al inicio y al final del estudio y se les tomó una muestra de sangre venosa al final del mismo (con métodos estándares y materiales nuevos y estériles) para evaluar el estado de hierro, zinc y vitamina A. Ambos estudios fueron aprobados por las comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad del INSP.
- El Estudio de Consumo de Suplementos y Consumo Dietético permite documentar cuantiosa información detallada en relación con el uso y consumo de los complementos alimenticios y de la dieta de los niños; sin embargo, es posible que no sea representativo de toda la población beneficiaria del Programa.

3.2.1.2 Método de análisis

Evaluar es, fundamentalmente, comparar qué ocurre antes y después de una acción y qué sucede con ella respecto del caso de no haberse dado. En consecuencia dos elementos son de gran importancia para comprender el método de evaluación:

1. Los grupos de hogares comparados
2. El método de comparación

En el caso de las zonas rurales, se pueden comparar los siguientes grupos:

- A) Los beneficiarios que en 1998 se incorporaron al Programa (intervención temprana) respecto de los que entraron en el año 2000 (intervención tardía). Esta comparación refleja los impactos del Programa en relación con los diferentes tiempos de exposición al mismo.
- B) También se puede comparar a los incorporados al Programa en 2000 respecto de los que hasta 2003 no habían entrado en él (nuevo grupo control 2003), lo cual revela resultados de corto plazo del Programa.
- C) Otra posibilidad es comparar a los hogares de intervención temprana con los hogares del nuevo grupo control 2003, lo que documenta los efectos de mediano plazo del Programa.

Para las zonas urbanas se pueden comparar los siguientes grupos:

- A) El grupo de hogares elegibles que entraron al Programa en 2002 con los hogares que calificaban para entrar en el mismo pero que no fueron incorporados en las zonas de intervención, es decir, donde se ofertó *Oportunidades* desde 2002 (control interno).
- B) El grupo de hogares elegibles que entraron al Programa en 2002 con los hogares que calificaban para entrar en el mismo pero que no fueron incorporados porque habitan en las zonas donde no había intervenido *Oportunidades* (control externo).



Los resultados de cualquiera de estas comparaciones constituyen los impactos de *Oportunidades* en el corto plazo, a uno o dos años de beneficiar a los hogares urbanos.

En el caso de la metodología de comparación, los investigadores utilizaron uno o varios de los siguientes procedimientos:

- A) Para los análisis de corto plazo en zonas rurales y urbanas realizaron:
 - Análisis de diferencias. Para un mismo momento en el tiempo se comparan los distintos grupos (por ejemplo con y sin el Programa).
 - Análisis de dobles diferencias. Después de un tiempo de operación del Programa se ve la diferencia que existe entre los hogares que lo tienen y los que no respecto de la diferencia que existía entre ellos antes del Programa.
- B) Para los análisis de mediano plazo en zonas rurales, la mayoría de los autores compararon hogares de características socioeconómicas similares en donde la distinción central entre ellos era que unos tenían el Programa y otros no (correspondían al nuevo grupo de comparación). Posteriormente se compara la evolución de los hogares dentro del Programa, antes o después del mismo y se compara esta evolución con la de los hogares no beneficiarios.

3.2.2 Evaluación cualitativa

La evaluación cualitativa no busca representatividad estadística, sino que se propone comprender y mostrar las razones por las cuales varía el éxito en la incorporación, la permanencia y el impacto del Programa. Se busca observar los procesos en las comunidades y en los hogares cuando se aplica el Programa, profundizar en las razones por las cuales ciertos hogares tienen dificultades para incorporarse o para cumplir con las corresponsabilidades, y determinar la manera en que el Programa tiene efectos sobre los beneficiarios y sus comunidades.

Este tipo de evaluación se ha basado en estudios de caso, tanto a nivel de los hogares como de las comunidades e instituciones de educación y salud. En dichos estudios se han entrevistado a beneficiarios, no beneficiarios, autoridades locales y municipales, maestros, directores de escuela, médicos y enfermeras. Para seleccionar los casos se han buscado situaciones con diferencias notables, tanto de la aplicación e incorporación dentro de *Oportunidades* como de los resultados. Para esto último se han seleccionado comunidades con características contrastantes dentro del Programa y comunidades con características muy similares pero distinguidas por su incorporación o no al Programa. En el caso de los hogares, en las comunidades participantes en el Programa los estudios de caso se han realizado en pares de hogares de mayor bienestar, bienestar medio y bienestar muy bajo. En general, cada par debe estar compuesto por un hogar incorporado y otro no incorporado. Esto con la finalidad de distinguir las diferencias que pueden derivarse de la operación del Programa de aquellas más relacionadas con las características de las comunidades y los hogares. Como complemento a los estudios de caso en todas las comunidades se han organizado *grupos focales* de mujeres, de hombres y de jóvenes, incluyendo beneficiarios y no beneficiarios. Asimismo, en cada evaluación se han aplicado los instrumentos o estudios de caso necesarios para intereses específicos.

IV. Educación



4.1 Antecedentes

Los objetivos principales de *Oportunidades* en el aspecto educativo son garantizar el derecho y el acceso a la educación cumpliendo con el objetivo de otorgar, por igual, oportunidades para el acceso, la permanencia y el logro educativo de niños y jóvenes en la educación básica. En la educación media se busca que cada vez un mayor número de jóvenes que hayan cumplido con la educación básica puedan tener acceso a la primera con mayor equidad. Finalmente el Programa busca el desarrollo de la vida personal, familiar, social y productiva de los jóvenes a través del mejoramiento de la calidad educativa y del avance en los rezagos educativos. Las corresponsabilidades con las que en este componente tienen que cumplir los beneficiarios son la asistencia regular a la escuela, la asistencia a ocho sesiones de educación para la salud en el ciclo escolar por parte de los estudiantes de nivel medio superior y el no reprobado dos veces el mismo ciclo escolar.

Las fuentes específicas utilizadas para evaluar el rubro de educación difieren en contenido según la metodología y el análisis elegido en las diferentes evaluaciones. De entre las más importantes se encuentran datos administrativos de la SEP, indicadores de seguimiento, evaluación y gestión del Programa y las encuestas de evaluación de hogares, tanto en zonas rurales como en urbanas.

Los estudios que se han realizado son los siguientes. Un primer estudio es el de Parker y Scott, denominado “Evaluación de los impactos de Progresá sobre los hogares: Encuestas de Evaluación (Encel)”.⁶ Este estudio utiliza información recabada desde 1997 hasta 2000 por medio de la Encuesta de Características Socio-Económicas de los Hogares (Encaseh) y la Encel, las cuales fueron aplicadas alrededor de cada seis meses con una muestra de información de 24 077 familias en la línea basal. En el mismo estudio los autores realizaron la evaluación de Progresá a nivel estatal (“Indicadores de Seguimiento, Evaluación y Gestión”), que utiliza información sobre estos tres indicadores relativa a la operación del Programa en el ámbito estatal de forma continua. Esta información es un instrumento adicional a las encuestas recogidas a nivel de los hogares y las localidades. A diferencia de la que se obtiene en las encuestas, esta información está conformada con los datos de todos los beneficiarios y tiene una disponibilidad periódica que permite un monitoreo continuo.

Un segundo estudio correspondiente a la evaluación de impacto de *Oportunidades* 2002⁷ utiliza información sobre la matrícula e información de otras características de todas las escuelas del país. La principal base de datos utilizada fue obtenida a partir de datos sobre la inscripción a la escuela de la SEP, la cual se incorporó a la base de datos del Programa con un registro de los becarios y la escuela a la que están adscritos. De esta manera fue posible identificar lo que la evaluación denominó “Escuelas *Oportunidades*” (aquellas donde hay alumnos dentro del Programa) y “Escuelas no *Oportunidades*” (aquellas sin alumnos dentro del Programa). Con esta información la metodología utiliza el concepto de dobles diferencias, que consiste básicamente en comparar las “Escuelas *Oportunidades*” y las “Escuelas no *Oportunidades*” a través del tiempo. El estudio abarca los ciclos 1995-1996 a 2001-2002, el primero como referencia. La misma autora realizó otro estudio,⁸ como parte de la evaluación 2003, con una metodología similar pero con la inclusión del ciclo 2002-2003.⁸

Otro estudio analiza los impactos de mediano plazo en jóvenes del medio rural que tenían de 9 a 15 años de edad en 1997 a partir de información extraída de la Encel de varios años.⁹ Por su parte, también

⁶ Cabe señalar que ambos estudios no abordan exactamente los mismos aspectos concretos por evaluar.



se cuenta con la evaluación que analiza el impacto a mediano plazo sobre la educación de niños rurales que tenían entre 0 y 8 años de edad en 1997.¹⁰ Esta evaluación también utiliza información de la Encel.

Los estudios anteriores se centran en evaluar si hubo impactos en diversas variables de interés como la inscripción o la tasa de reprobación y abandono escolar. Sin embargo, también es necesario analizar de qué dependen estos impactos. Una evaluación posterior tuvo, bajo esta premisa, el propósito de analizar las variaciones en los impactos en la escolaridad de *Oportunidades* según las características de las escuelas que están disponibles en el área de residencia de los becarios.¹¹ La fuente principal utilizada en el estudio fueron las Encel desde 1997-1998 hasta otoño de 2003. Esta última incluye un cuestionario detallado de las características de las escuelas. Además, se utilizó información administrativa de la SEP.

Por otra parte, el análisis de Todd y colaboradores evalúa el Programa en relación con la escolaridad y los comportamientos laborales de niños y jóvenes urbanos.¹² El análisis se centra en niños y niñas de 6 a 20 años y utiliza datos de las Encelurb 2002 y 2003.

Una última evaluación cuantitativa es la de Behrman y colaboradores, que evalúa el impacto a corto plazo de *Oportunidades* en familias urbanas beneficiarias del Programa para los años 2003 y 2004 (uno y dos años después de la implementación del mismo en dichas zonas).¹³ La evaluación comprende diferentes impactos como son: logro educacional, inscripción escolar, tiempo dedicado a la tarea, ayuda de los padres en la misma y tiempo dedicado al trabajo. La base de datos utilizada son las encuestas Encelurb para los años 2002, 2003 y 2004. La metodología consistió en comparar tres grupos principalmente: aquellos participantes del Programa (el grupo de tratamiento), un grupo de familias elegibles pero que no se inscribieron al Programa y un grupo de familias elegibles pero que habitaban zonas en las que el Programa no operaba.

Además de estos estudios, también se han realizado evaluaciones cualitativas.¹⁴⁻¹⁶

4.2 Impactos sobre la educación en niños y jóvenes rurales

4.2.1 Evaluación cuantitativa

4.2.1.1 Inscripción escolar

En lo que se refiere a la inscripción a la primaria, Parker y Scott muestran que para los niños entre 8 y 11 años se dan mayores niveles de inscripción en el grupo de tratamiento (aquellos incorporados en 1998) que los del grupo de control (aquellos incorporados en 2000) para el ciclo 1998-1999.⁶ Sin embargo, una vez que el grupo de control fue incorporado no se encuentran diferencias entre ambos grupos. Los estudios posteriores de Parker, que utilizaron información y metodología distinta a la del estudio anterior, muestran que en el caso de la educación primaria no existe un impacto del Programa en zonas rurales.⁷ La razón es que antes de que se implementara el Programa ya existía un porcentaje de cobertura mayor a 90%, por lo que el alcance que hubiera podido tener era muy limitado.

En cuanto a la transición de la primaria a la secundaria, las evaluaciones hechas para el primer periodo (1997-2000) estimaron un incremento en el porcentaje de los que continúan en la secundaria de 5 a 8% para niños y de 11 a 14% para niñas. Sin embargo, no quedaba claro, hasta ese entonces, si las mayores tasas de inscripción se traducían en mayores años de escolaridad. Parker y Scott analizan esta situación y encuentran que después de haber recibido becas por dos años y medio, es decir para los beneficiarios que ingresaron al Programa desde 1998, se lograron mayores niveles de escolaridad. Las niñas contaban con un promedio de 0.38 años adicionales de estudio y los niños contaban con 0.15 años más.⁶

En cuanto a la inscripción, los mismos autores señalan que para los niños de 12 a 14 años los resultados son muy similares a los de los niños de 8 a 11 años. Los impactos de Progresá para todos los beneficiarios del primer grupo de edad fueron grandes ya que la inscripción pasó de 78% antes de la

implementación del Programa a 85% en noviembre de 2000 para ambos grupos, aunque el impacto en estos años fue menor para las niñas.⁶

Para los jóvenes entre 15 y 17 años, los resultados indican una mayor inscripción en el grupo de tratamiento que en el de control para el ciclo 1998-1999 (al igual que en los otros grupos de edades), pero la diferencia entre éstos no se cierra cuando se compara a ambos grupos una vez que el de control ya fue incorporado al Programa.⁶

De acuerdo con Parker, el incremento en la matrícula de las escuelas secundarias “*Oportunidades*” frente a las “no *Oportunidades*” fue alrededor de 23%, siendo mayor el aumento para las niñas (28.7%) que para los niños (15.7%). El impacto se da en todos los grados, lo que sugiere efectos duraderos ya que una vez que se inscriben en la educación secundaria continúan hasta terminarla. A pesar del aumento en la matrícula se comprobó que la relación alumnos-profesor se mantuvo constante, lo que denota una buena respuesta de las autoridades educativas al haber contratado más maestros.⁷

Asimismo, Parker muestra que a nivel secundaria el impacto de *Oportunidades* crece a lo largo del tiempo ya que, si bien el incremento fue de 8.9 alumnos por escuela para el ciclo 1998-1999, para el ciclo 2002-2003 fue de 17.8. Para 2003, *Oportunidades* incrementó la inscripción en 24%, porcentaje equivalente a 193 681 estudiantes adicionales de secundaria asociados al Programa. Este mismo estudio confirma los resultados anteriormente mencionados en los que el impacto en las niñas es mayor que el registrado en los niños. En la variable “inscripción” dicha diferencia es, en promedio, del doble. Al analizar los impactos por grado se muestran magnitudes similares, y en todos los casos significativos, lo que habla de la permanencia de los efectos del Programa (cuadro 4.1).⁸

Finalmente, Parker y colaboradores quienes, como se mencionó, usan como principal fuente de datos la Encel, muestran que es más probable que niños y niñas que tenían de 6 a 8 años de edad en 1997 se inscriban a la escuela. Para los varones, que en 2003 tenían entre 12 y 14 años, *Oportunidades* incrementó en 41.5 y 32.9%, respectivamente, la proporción de los que entran a la escuela secundaria. Para las niñas las estimaciones son similares aunque de menor magnitud.⁹

En la inscripción a la educación media superior, Parker muestra que el incremento en la inscripción de los jóvenes se dio especialmente en primer grado con un incremento en la matrícula de 37.8 por ciento.⁷ Esto no resulta sorprendente si se tiene en cuenta que la evaluación se realizó cuando sólo se contaba con información del primer año de la implementación del incentivo económico. El impacto observado fue

	IMPACTO COMO PORCENTAJE DE LA MATRÍCULA	IMPACTO EN NÚMERO DE ESTUDIANTES
Total	24.0	193 681
Niños	17.1	74 773
Niñas	32.2	118 908
Primero	22.1	67 709
Niños	14.2	23 694
Niñas	31.8	44 026
Segundo	26.4	70 920
Niños	21.1	30 780
Niñas	32.6	40 140
Tercero	23.7	55 040
Niños	16.3	20 310
Niñas	32.3	34 742

CUADRO 4.1
Impacto de
Oportunidades en la
inscripción. Impactos
acumulados hasta el
ciclo 2002-2003.
Secundarias rurales⁸



mayor para las mujeres que para los hombres, si bien en este caso la diferencia en el impacto fue relativamente pequeña comparada con aquella encontrada en las secundarias. Se cree que la razón que explica esta diferencia es la lejanía de las escuelas y las comunidades en las zonas rurales y, por ende, la renuencia de los padres para dejar que las mujeres asistan a la escuela. En el caso de la educación media superior se comprobó que sí hubo un aumento significativo del número de alumnos por maestro a raíz del aumento en la matrícula y la falta de nuevos profesores, caso contrario a lo observado en secundaria.

Por su parte, los resultados de la misma autora muestran que *Oportunidades* provocó un incremento considerable en la matrícula en el ciclo escolar 2001-2002, al tomar el ciclo 2000-2001 como base ya no sólo en el primer grado. Los impactos en el primer y segundo grado son altos. Para el primero fue de 84.7% en promedio, y resultó más grande para los hombres que para las mujeres, 89.8 y 79.1%, respectivamente. Para el segundo grado fue de 47.1% y en este caso fue también mayor para los hombres que para las mujeres.⁸ Las razones alrededor de esta diferencia de género en el impacto son las mismas que las dadas en el estudio de 2003 mencionado en el párrafo anterior. Los resultados en la educación media superior, son especialmente importantes ya que estudios previos han demostrado que los retornos más altos a la educación están en el nivel medio superior (cuadro 4.2).

4.2.1.2 *Reprobación*

Parker comprueba que si bien el impacto en la educación primaria no se da en la matrícula, *Oportunidades* sí afecta otras dimensiones de la educación como son el abandono escolar y la reprobación. En este estudio que, como ya se mencionó, utiliza datos administrativos de la SEP junto con bases de datos con registros institucionales de *Oportunidades* sobre becarios, se muestra que el Programa reduce la reprobación y el abandono escolar, principalmente en el tercer y cuarto grado y con mayor fuerza para las niñas. En relación con los índices de reprobación, en el tercer año, 3.8% de niños y 8.4% de niñas que hubieran reprobado el año escolar ya no lo hicieron, y en el cuarto, 6.5% de las niñas tampoco reprobaron. En el quinto grado los efectos sólo son positivos para las niñas y en el sexto grado no hay efectos.⁷

Por otra parte, al incluir el ciclo 2002-2003, los resultados promedio confirman menores tasas de reprobación. El impacto para los niños fue una reducción de la tasa de reprobación de 6.4%, siendo ésta mayor para las niñas (8.9%) que para los niños (4.3%), si bien en este caso los efectos se dan especialmente en primero y quinto grado (cuadro 4.3).⁸

4.2.1.3 *Deserción*

El estudio de Parker y Scott a nivel estatal, centrado en los indicadores de seguimiento, evaluación y gestión, encontró que la deserción se daba principalmente al finalizar la primaria en donde 13 estados estuvieron por encima de 20 por ciento. Estos estudios revelaron que existía la posibilidad de que

CUADRO 4.2
Impacto de *Oportunidades* en la inscripción. Nivel medio superior. Zonas rurales, excluyendo escuelas con becarios de otros programas⁸

	IMPACTO COMO PORCENTAJE DE LA MATRÍCULA	IMPACTO EN NÚMERO DE ESTUDIANTES
Primero	84.7	55 249
Hombres	89.8	30 506
Mujeres	79.1	24 744
Segundo	47.1	20 769
Hombres	54.8	12 171
Mujeres	39.4	8 600

Progresar contribuyera a reducir la deserción al costo de aumentar la tasa de repetición por una disminución en la calidad académica de los estudiantes.⁶

La evaluación de Parker encontró, gracias a la información recopilada de la SEP y de bases de datos con registros institucionales de *Oportunidades*, que al igual que en la tasa de reprobación el Programa tiene un impacto en la reducción del abandono escolar en el tercer y cuarto grado de primaria. En el tercer año 14% de los niños y 17.9% de las niñas ya no abandonaron la escuela y para el cuarto grado 16.5% de las niñas tampoco lo hicieron.⁷

Parker incorpora el ciclo escolar 2001-2002 y muestra que *Oportunidades* redujo la tasa de deserción en el nivel de la educación primaria en 10.29% (18 281 estudiantes). En relación con el análisis por género, el Programa redujo mayormente la tasa de abandono de los niños. Al igual que en los resultados de reprobación, se encontraron efectos en los primeros dos grados de la primaria que, como se sabe, no cuentan con incentivos económicos pero que sin embargo son el paso anterior para empezar a recibir la beca (cuadro 4.3). De igual forma, Parker señala que el porcentaje de alumnos en primaria que abandonó la escuela aumentó ligeramente para “escuelas no *Oportunidades*” a partir de 1998, mientras que para “escuelas *Oportunidades*” disminuyó de manera constante. Esta tendencia es más clara en el caso de los primeros cinco grados, mientras que para el último los cambios no son tan importantes.⁸

4.2.1.4 Progresión y desempeño escolar

El análisis de los impactos de mediano plazo, a partir de la información de las encuestas de evaluación, muestra también que el Programa tiene un efecto positivo en la progresión escolar. Parker y colaboradores señalan que la proporción de niños de 9 a 12 años de edad en 1997 (de 15 a 19 en 2003) y de niñas de 9 y 10 años en 1997 (de 15 a 16 en 2003) que avanzaron de grado oportunamente (es decir, que finalizaron al menos cinco grados escolares completos) aumentó, de forma respectiva, de 38 a 64% y de 30 a 39% durante los seis años del Programa. En el caso particular de los niños de 11 y 12 años, cercanos al paso crítico para iniciar secundaria, se muestra un impacto importante en la proporción de quienes progresan de manera regular de 14.1 por ciento. Además, la misma evaluación muestra que niños y niñas de 9 a 12 años de edad en 1997 incorporados a *Oportunidades* en comparación con los del grupo de control mostraron, en promedio, un año más de escolaridad. En cambio para los niños de 14 y 15 años de edad en 1997 no se encontraron cambios importantes, lo que es de esperarse ya que estos niños se encontraban en el límite superior de elegibilidad para recibir una beca en 1997.⁹

Behrman y colaboradores, como se mencionó en los antecedentes de este apartado, estudiaron a los niños que tenían entre 0 y 8 años en 1997. Esta evaluación es interesante ya que mide el impacto en niños que no necesariamente recibieron apoyo directo algunos años pero que, sin embargo, pudieron verse positivamente afectados por el Programa gracias a dinámicas familiares, a transferencias indirectas de sus hermanos mayores o al complemento nutricional del Programa. Los impactos fueron diferentes dependiendo

	REDUCCIÓN PORCENTUAL	REDUCCIÓN EN NÚMERO
REPROBACIÓN		
Total	6.44	25 952
Niños	4.33	10 520
Niñas	8.93	14 265
ABANDONO ESCOLAR		
Total	10.29	18 281
Niños	17.45	17 031
Niñas	3.58	

CUADRO 4.3
Impacto de *Oportunidades* en el abandono escolar y en la reprobación. Impactos acumulados hasta el ciclo 2002-2003. Primarias generales rurales⁸



del rango de edad. La evaluación señala que los niños de 0 a 2 años de edad en 1997 tienen una mayor probabilidad de ingresar a la escuela a una edad más temprana, en avanzar consecutivamente en la escuela y en completar más grados de escolaridad. En particular, niños y niñas de un año de edad en 1997 (siete en 2003) incorporados al Programa tienen probabilidades 28 y 44.1% mayores, respectivamente, de progresar a tiempo en la escuela (es decir, de completar al menos cinco grados escolares en seis años) que los niños del grupo de comparación. Para los niños de 3 a 5 años en 1997, el análisis arroja pocos impactos significativos. Para el grupo de 6 a 8 años de edad también se encontraron efectos positivos, y cabe resaltar que estos niños siempre fueron elegibles para recibir los beneficios del Programa.¹⁰

Asimismo, Parker y colaboradores muestran que los análisis de las pruebas de habilidades Woodcock Johnson^f en adolescentes de 15 a 21 años de edad en 2003 sugieren impactos significativos en las tres pruebas de habilidades: lectura, matemáticas y lenguaje escrito. Este impacto se dio especialmente en niños de 10 años de edad en 1997; sin embargo, estos resultados en áreas rurales son menos concluyentes que los impactos encontrados sobre otros indicadores de educación. Este análisis fue limitado debido a que era una muestra más pequeña, así como por la falta de datos de una línea basal sobre los puntajes de habilidades anteriores al Programa.⁹

4.2.1.5 Características de las escuelas

Más allá de los impactos directos en la escolaridad, como son la tasa de inscripción, la reprobación y la deserción, que han sido analizados hasta ahora, el estudio de Behrman y colaboradores mide el impacto de *Oportunidades* según la oferta de escuelas y las características de las mismas, principalmente en zonas rurales pobres en donde la calidad puede ser menor a la de las zonas urbanas. Esta evaluación fue hecha con un enfoque en los periodos de tiempo en donde se registró un impacto de *Oportunidades* en la escolaridad a nivel secundaria, que es el nivel donde se han encontrado mayores impactos. Con el objetivo de definir las características relevantes de las escuelas se identificaron aquellos indicadores que en diversos estudios de carácter internacional se han asociado con un mayor aprendizaje.¹¹

La hipótesis de este trabajo es que existe una fuerte relación entre las características de las escuelas o calidad de las mismas y el incremento en la escolaridad reportado como resultado del Programa. Se cree que estos impactos pueden variar, pues gracias a las becas de *Oportunidades* los padres pueden mandar a sus hijos a la escuela si ellos perciben que la calidad es alta y por lo tanto los beneficios de mandarlos también. Asimismo, se cree que si los rendimientos de la escolaridad son mayores a medida que aumenta la calidad presente en una escuela, entonces los ingresos de mediano o largo plazo, al entrar en el mercado laboral, serán mayores para aquellos beneficiarios de *Oportunidades* que hayan asistido a escuelas de mayor calidad.¹¹

Uno de los resultados más importantes que arroja esta evaluación, en relación con los efectos de mediano plazo en este rubro, es que cuanto más bajo sea el promedio de alumnos por maestro mayores serán los impactos de *Oportunidades*, por lo que por cada disminución de 10 alumnos del salón de clase (aproximadamente 30% de reducción) el impacto de *Oportunidades* en la inscripción aumenta en un punto porcentual. Asimismo, las escuelas con un salón de cómputo registran mayores impactos del Programa en la inscripción, que aquellas que no tienen salón de cómputo. Ambos resultados indican que es más probable que los padres de familia inscriban a sus hijos cuando las escuelas son de mayor calidad, por lo que los impactos de *Oportunidades* son mayores conforme la calidad de las escuelas se incrementa.

En el análisis de los impactos de mediano plazo se utilizaron los grupos de tratamiento y de control con un enfoque en las niñas y niños que en 1997 estaban cerca de la inscripción a la escuela secundaria, es decir, la muestra comprende a niños y niñas de 5 o 6 años de escolaridad antes del Programa. En este

^f La pruebas Woodcock Johnson son de aprovechamiento. En el caso de *Oportunidades* se aplicaron pruebas para medir habilidades de lectura, matemáticas y lenguaje escrito.

caso se muestra, también, que existe una relación negativa entre la razón alumno-maestro y los impactos de *Oportunidades*, es decir, cuanto mayor sea el promedio de alumnos por profesor menor serán los impactos de *Oportunidades*. Otro resultado que arroja el estudio es que cuanto mayor sea el presupuesto anual por estudiante mayor es el impacto de *Oportunidades*; así, por cada aumento de 300 pesos anuales en el presupuesto por estudiante se incrementan los impactos de *Oportunidades* en casi 0.025 años adicionales de escolaridad. En lo que se refiere al tipo de secundarias disponibles se encontró que cuando sólo hay una telesecundaria para los estudiantes en una comunidad determinada, los impactos de *Oportunidades* son menores.

Estos diferentes resultados argumentan, en resumen, que algunos impactos de *Oportunidades* son significativamente mayores cuando los becarios tienen acceso a escuelas con mejores características y/o más recursos. Sin embargo, es necesario continuar los estudios y realizar un análisis costo-beneficio acerca de qué características de las escuelas son las que brindarían un mejor rendimiento de los alumnos para que así se enfoquen las inversiones de manera eficiente (con los datos actuales no es posible realizar este análisis).

4.2.2 Evaluación cualitativa

En los resultados de la evaluación cualitativa de 2004 en zonas rurales se encontró que la permanencia en el Programa contribuye marcadamente al logro escolar, así como al hecho de que los padres de familia ven con mayor naturalidad que sus hijos aún estudien en 2000. También se señala que existe una mayor disponibilidad a invertir recursos propios en la educación y hogares no beneficiarios que realizan esfuerzos paralelos para aumentar la escolaridad.¹⁶

Sin embargo, si bien la matrícula de la secundaria ha aumentado desde 1997, ésta permaneció constante en los dos años anteriores a la evaluación. Una posible causa es el escepticismo sobre el mercado laboral. En cuanto a la educación media superior, el estudio encontró que la matrícula aumenta considerablemente. Pero también se encontró que una causa del abandono es la perspectiva del mercado de trabajo. El impacto del Programa en el mercado laboral y en las decisiones después del bachillerato es en todo caso pequeño ya que los becarios que tienen más años en el Programa aún no han completado la educación media superior.

4.3 Impactos sobre la educación en niños y jóvenes urbanos

4.3.1 Evaluación cuantitativa

4.3.1.1 Inscripción

Con datos de la Encelurb 2002 y 2003 Todd y colaboradores señalan que para el caso de primaria, al igual que en las zonas rurales, *Oportunidades* no muestra un efecto significativo en las tasas de inscripción debido a que las tasas ya estaban cerca de 100 por ciento. Sin embargo, para el año escolar 2002-2003, en la inscripción para la edad de seis años, *Oportunidades* logra incrementar las tasas de inscripción 7.7% para niñas y en 13.3% para niños. Estos resultados indican que el Programa alienta la inscripción a una edad temprana a pesar de que no hay subsidios para esas edades.¹²

En la educación secundaria, Parker encuentra que en 2001 el Programa no tuvo un impacto en zonas semiurbanas. La explicación se basa en dos razones: la primera, que el tamaño del Programa era aún muy pequeño (el número de familias incorporadas era reducido y, por lo tanto, también el número de becarios); y la segunda, que la inscripción a la secundaria en estas zonas ya era alta antes de *Oportunidades*. Sin embargo, la misma evaluación estima para 2002 un incremento en la matrícula de los jóvenes de zonas semiurbanas de 6.5 por ciento. En este caso el aumento fue más importante para las mujeres



(10%) que para los hombres, en cuyo caso el incremento no fue importante.⁷ El estudio de Parker que incluye el ciclo escolar 2002-2003 registra un impacto significativo en el incremento de la matrícula de 15.5 alumnos, correspondientes a 4% de la misma. Este incremento está concentrado en escuelas telesecundarias y secundarias técnicas. En la relación de género, los impactos positivos en la inscripción a este nivel están concentrados en mujeres. El incremento en la inscripción de las mujeres se encuentra en un rango de 5.8 a 7.2% para cada uno de los tres grados, respectivamente, mientras que el de los hombres va de 1.7 a 3%, siendo el incremento del tercer grado no significativo (cuadro 4.4).⁸

En lo que hace referencia al nivel medio superior, en el ciclo 2001-2002, tanto para zonas urbanas como semiurbanas, se encontró que la matrícula aumentó en el primer grado en 6.4% para los jóvenes, siendo este incremento mayor para las mujeres (8%) que para los hombres (4.9%).⁷ Al igual que en las zonas rurales, los impactos no fueron significativos para el segundo y tercer año. La razón de lo anterior es la misma que en las zonas rurales. Para la evaluación de 2003 los resultados de la misma autora muestran aumentos importantes en la inscripción: en promedio, de 10.1% para el primer grado y 7.3% para el segundo, con el ciclo 2000-2001 como referencia. En este caso, el aumento en la inscripción es ligeramente menor para los hombres que para las mujeres, aunque los impactos parecen estar creciendo con el tiempo, tanto para hombres como para mujeres (cuadro 4.5).⁸

Todd y colaboradores indican, por su parte, que en 2003 *Oportunidades* logró incrementar la inscripción de niños de 15 a 18 años de edad en 10.9 por ciento.¹²

4.3.1.2 Reprobación

Los resultados, tanto para las zonas rurales como las urbanas, en cuanto a reprobación en las escuelas primarias son similares, aunque para estas últimas los efectos parecen ser más grandes. La evaluación de Parker, que recaba información de la SEP relativa a los registros de inscripción, muestra una reducción de 7.9% para los niños y 12.9% para las niñas. Estos impactos equivalen a una reducción promedio de 10% de la tasa de reprobación (35 661 estudiantes).⁷

4.3.1.3 Deserción

Las tasas de abandono para las “escuelas *Oportunidades*” en primaria disminuyeron en los estudios que se hicieron en el año 2003 con información de la SEP, aunque la comprobación con las “escuelas no *Oportunidades*” es difícil, ya que estas últimas no muestran tendencias muy claras. Los efectos parecen ser mayores para los

CUADRO 4.4
Impacto de
Oportunidades en la
inscripción. Impactos
acumulados hasta el
ciclo 2002-2003.
Secundarias urbanas⁸

	IMPACTO COMO PORCENTAJE	IMPACTO EN NÚMERO
	DE LA MATRÍCULA	DE ESTUDIANTES
Total	4.0	64 854
Niños	1.8	14 924
Niñas	6.3	49 960
Primero	5.0	29 776
Niños	3.0	9 403
Niñas	7.2	20 373
Segundo	3.7	20 214
Niños	1.7	4 741
Niñas	5.8	15 473
Tercero	3.1	14 898
Niños	0.3	
Niñas	5.9	14 119

niños en estos casos. El efecto para el total de estudiantes es de una reducción de 4.5 por ciento. En el análisis por género, el impacto representa una reducción de 3.52% para los niños y de 5.7% para las niñas.⁸

Asimismo, Todd y colaboradores señalan que el Programa disminuyó 23.7% el abandono escolar en niños de 15 a 18 años en el ciclo escolar 2002-2003 en comparación con el de 2001-2002. Este impacto puede estar subestimado ya que al momento de la inscripción en 2002 los hogares no sabían con certeza si habían sido aceptados en *Oportunidades*.¹²

4.3.1.4 Progresión y logro escolar

Todd y colaboradores estiman que en las zonas urbanas el Programa aumenta significativamente el porcentaje de niñas de 6 a 14 años de edad y niños de 6 a 18 años de edad en 2002 que acumularon un grado adicional de escolaridad. Lo anterior, en alrededor de 16 a 21% para las niñas y de 20 a 30% para los niños, lo cual varía según la edad. En cuanto al logro educativo, los niveles aumentaron de 0.12 a 0.20 grados para los niños de 8 a 18 años y de 0.08 a 0.15 para las niñas de 6 a 18 años. En ambos casos se observa un mayor impacto en las edades de transición de primaria a secundaria. Se evaluó, también, el desempeño escolar y se registró un aumento en la cantidad de tiempo que los niños dedican a sus tareas en promedio (una hora más por semana).¹²

Por su parte el estudio de Behrman y colaboradores encontró importantes efectos en el logro educativo, observándose los mayores impactos en el grupo de niñas y niños de 12 a 14 años, justo la edad en que se pasa de primaria a secundaria. Después de dos años de participar en el Programa niños y niñas presentan 0.2 grados más de educación, lo que implica un incremento de 4 por ciento.¹³

Esta evaluación analizó, asimismo, el tiempo que dedican los padres a ayudar en la tarea de sus hijos. Los impactos del Programa en esta variable fueron difíciles de predecir por parte de los autores. Por un lado, la ayuda podría ser mayor para que los niños pasen de grado y continúen recibiendo el apoyo; pero por el otro, el que niños y niñas asistan más veces y por mayor tiempo a la escuela podría repercutir en que necesitaran menos ayuda, además de que los padres tendrían que permanecer más tiempo en el trabajo para reemplazar el trabajo de sus hijos. Los impactos encontrados en la evaluación favorecen la última explicación, ya que para los niños de 8 a 11 años el efecto fue negativo y el tiempo se redujo en 10% el primer año y en 12% el segundo año. Pero, contrario a los resultados encontrados del tiempo que los padres dedican a ayudar a sus hijos en sus tareas, se encontró que el impacto en el tiempo dedicado al estudio por parte de los niños es positivo para ciertos grupos de edad, mas no así para las niñas.¹¹

4.3.2 Evaluación cualitativa

Escobar y González de la Rocha realizaron evaluaciones cualitativas en comunidades urbanas y semiurbanas que se incorporaron al Programa en 2001, 2002 y 2003.^{14,15} En ambos casos los estudios

	IMPACTO COMO PORCENTAJE DE LA MATRÍCULA	IMPACTO EN NÚMERO DE ESTUDIANTES
Primero	10.1	33 347
Hombres	9.1	15 138
Mujeres	11.2	18 208
Segundo	7.3	17 747
Hombres	5.9	
Mujeres	8.7	10 917

CUADRO 4.5
Impacto de *Oportunidades* en la inscripción. Impactos acumulados hasta el ciclo 2002-2003. Nivel medio superior. Zonas urbanas, excluyendo escuelas con becarios de otros programas⁸



se enfocaron en los activos de los hogares y la vulnerabilidad. Para 2002, uno de los hallazgos más importantes confirma lo encontrado en la evaluación cuantitativa y es que los hijos de las familias con *Oportunidades* han permanecido en la escuela en mayor grado que los que no están incorporados al Programa. Se encontró, también, que un mayor número de niños pasaron de primaria a secundaria, lo cual es muy significativo ya que implica mayores costos monetarios y de oportunidad y un mayor compromiso educativo. Las razones que se atribuyen al funcionamiento del Programa son: la responsabilidad de permanecer en la escuela para mantener la beca, el aumento en desayunos de niños y el incremento del dinero destinado a útiles, uniformes y zapatos.

En lo que se refiere al abandono se descubrió que los jóvenes ya no vuelven a la escuela por razones como migración, embarazo, matrimonio o la necesidad de proveer económicamente a sus hogares. En el análisis se comprobó que el Programa ha elevado las metas y expectativas educativas de los padres e hijos.

En el estudio de 2003 se encontró, al igual que en el de 2002, que la escolaridad mejoró para los miembros del Programa, elevó las expectativas educativas y procuró la asistencia ininterrumpida a clases. Se constató, asimismo, que no hay evidencia de reanudación de carreras escolares interrumpidas. Además, se descubrió que las cuotas por concepto de contribuciones escolares han aumentado, aunque existe insatisfacción de parte de los padres respecto de la calidad de la enseñanza y al trato que sus hijos reciben en las escuelas.

V. Salud

5.1 Antecedentes

Algunos de los objetivos del Programa Oportunidades son: mejorar las condiciones de salud de la población que vive en extrema pobreza mediante el acceso a los servicios de calidad en materia de salud y alimentación; atender la nutrición durante las etapas de gestación y crecimiento de las niñas y niños a través de la entrega de complementos alimenticios; y fortalecer la vigilancia médica en las unidades de salud e información para el autocuidado y la buena alimentación.

En este sentido es necesario enfatizar el papel de las evaluaciones de políticas públicas como un instrumento fundamental para mejorar su diseño y monitoreo y para obtener mejor información acerca de la efectividad de los procesos instrumentados.

En el presente capítulo se sintetizan los principales resultados reportados en las evaluaciones externas a partir de 2001 y hasta 2005. Se espera mostrar si los incentivos que otorga el Programa son suficientes para que los beneficiarios utilicen adecuada y oportunamente los servicios médicos y mejoren su calidad de vida, de manera que el impacto se mida, por ejemplo, en términos de visitas a los centros de salud, estado de salud de los beneficiarios, asistencia prenatal y en términos de vigilancia del estado nutricional y la salud de la población objetivo.

Se presentan los resultados del componente salud, específicamente, relativos al impacto en los patrones de utilización de los servicios de salud y a la promoción de acciones de prevención y anticipación al daño, así como al mejoramiento de indicadores básicos de salud, con especial énfasis en los grupos vulnerables.

Se comienza por describir el componente y aspectos del Programa por evaluar, posteriormente se describe de manera breve la metodología de evaluación empleada para medir el posible impacto y, finalmente, se presentan los resultados derivados del análisis del Programa.

5.2 Impacto de *Oportunidades* en zonas rurales

En este apartado se exponen los resultados de la variación en la demanda de los servicios de salud, al identificar los patrones de utilización, especialmente los orientados al cuidado preventivo.

El Programa ofrece el siguiente paquete básico de salud:

1. Saneamiento básico a nivel familiar
2. Planificación familiar
3. Atención prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido
4. Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil
5. Inmunizaciones
6. Manejo de casos de diarrea en el hogar
7. Tratamiento antiparasitario a las familias
8. Manejo de las infecciones respiratorias agudas
9. Prevención y control de la tuberculosis pulmonar
10. Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus
11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones
12. Capacitación comunitaria para el autocuidado a la salud
13. Prevención, detección y control del cáncer cervicouterino

CUADRO 5.1
Paquete esencial
(básico) de servicios
de salud



Con este paquete se busca satisfacer las necesidades básicas de salud en atención primaria, a fin de anticiparse al daño, actuar oportunamente y reducir la incidencia y prevalencia de enfermedades de los miembros de las familias. Asimismo, busca propiciar un cambio en la conducta de los beneficiarios que promueva la corresponsabilidad en la prevención y el autocuidado de su salud. Para ello fomenta que adopten hábitos saludables, asistan a las visitas periódicas de monitoreo en las clínicas asignadas para diagnosticar en una etapa temprana las enfermedades, e informa a los beneficiarios de las posibles causas de la enfermedad, o bien de la manera en la que pueden actuar una vez que ha sido detectada (cuadro 5.2).

5.2.1 Utilización de los servicios de salud

Lo que se espera de las estrategias del Programa es que incremente la asistencia a las clínicas de salud, en el corto y mediano plazo, para fomentar la cultura de la prevención de enfermedades, actuar oportunamente anticipándose al daño, dar respuesta inmediata a demandas de atención propias de la medicina familiar y mejorar los niveles de salud. De tal forma que la asistencia a consultas, tanto preventivas como curativas, origine la variación en la utilización de los servicios; las primeras como resultado de la corresponsabilidad de los beneficiarios y las segundas como consecuencia de un mejor estado de salud.

Así, el desempeño de la demanda de servicios de salud se evaluó a través de las siguientes variables:

Utilización de los servicios de salud

- a) Número de consultas ambulatorias
 - En el sector público
 - En el sector privado
- b) Número de consultas preventivas
- c) Número de consultas de control de los niños
- d) Número de los días de hospitalización

Los primeros resultados de corto plazo reportaron que, en general, los beneficiarios incrementaron la asistencia al centro de salud 37.2%, en tanto que su comparativo aumentó su asistencia 11.7%; el efecto neto correspondió a un incremento de 25.6 por ciento.¹⁷

Por otra parte, dado que el Programa operó primeramente en las zonas rurales, donde los servicios de salud eran escasos, la distancia que existe entre el hogar y la ubicación de la clínica es una determinante para la asistencia o no de los individuos. Los datos revelaron que conforme la distancia se incrementaba la asistencia a la consulta médica disminuía. No obstante, los beneficiarios mostraron un incremento porcentual de asistencia de 50.7%, en contraste con 36.1% de los hogares que habitan a menor distancia.

CUADRO 5.2

Acciones de salud y frecuencia de atención requerida por *Oportunidades*, por grupo de edad, sexo y evento de vida

	GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA DE ASISTENCIA
Niños	Recién nacido	3 revisiones: Al nacimiento, 7 y 28 días
	Menores de cinco años	14 revisiones: a los 2, 4, 6, 8, 10, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 54 y 60 meses
	De 5 a 9 años	1 revisión cada 6 meses
Adolescentes	De 10 a 19 años	1 revisión cada 6 meses
Mujeres	De 20 a 59 años	1 revisión cada 6 meses
	Embarazadas	5 revisiones de acuerdo con la evolución del embarazo
	En periodo de puerperio	3 revisiones: 1 en el puerperio mediato (7 días) y a los 28 y 42 días
Hombres	de 20 a 59 años	1 revisión cada 6 meses
Mujeres y hombres	de 60 años o más	1 revisión cada 6 meses

Fuente: *Oportunidades*, Reglas de Operación 2006



Los resultados de impacto documentados por Gertler ofrecieron un cambio favorable de la población de las localidades rurales, ya que previo a la implementación de *Oportunidades* acudían al médico, en promedio, 0.65 veces por persona durante el año; pero una vez incorporados al Programa los resultados indicaron que el promedio de consultas diarias aumentó a 2.09 consultas.¹⁸

En relación con las consultas médicas curativas, el Programa ha sido efectivo en la reducción de los servicios curativos (58%) en las consultas de los hospitales. Conviene precisar que estas variaciones en el número de consultas atendidas no provienen de una menor utilización de los servicios privados, sino de los cambios que genera el Programa en revisiones de tipo preventivo, las cuales, al anticiparse al daño, reducen la demanda de atención curativa hospitalaria.

El incremento en la utilización de servicios de salud fue clasificado de acuerdo con el aumento en diferentes demandas de atención. Así se obtuvieron diversos indicadores, que a continuación se enlistan, para evaluar los cambios en los patrones de utilización de servicios:¹⁹

1. Número de consultas diarias totales
2. Proporción de consultas preventivas sobre el total de consultas (preventivas y curativas)
3. Consultas totales de vigilancia del estado nutricional de niños menores de cinco años
4. Proporción de consultas con desnutrición severa sobre el total de consultas de nutrición de niños menores de cinco años
5. Número de consultas de planificación familiar
6. Proporción de primeras consultas de atención prenatal en el primer trimestre de embarazo sobre el total de primeras consultas de atención prenatal

La base de datos que utilizaron la proporcionó el IMSS, que tiene las estadísticas de las actividades que se desarrollan en las unidades médicas en relación con la demanda de servicios básicos por parte de la población en áreas rurales, beneficiarios y no beneficiarios.

El análisis compara los hogares del grupo de tratamiento y control que en ese momento ya se encontraban incorporados, los primeros en 1998 y los segundos en 2000.

El análisis de impacto permitió observar que la condición de pertenecer o no al Programa eleva la demanda de consultas totales en 57%; en las consultas preventivas 78%; de nutrición en 45%; en tanto que para las consultas por desnutrición severa hubo una reducción de 7 por ciento. El número de consultas de planificación familiar también presentó un efecto positivo al tener una variación de 19%; y en relación con la atención prenatal durante el primer trimestre de embarazo el incremento fue de 21 por ciento.¹⁹

Por otra parte, los resultados estimados en la evaluación de 2004 permitieron observar qué tan sólidos son los resultados y, por otra parte, si éstos dependen del mayor tiempo de exposición al Programa, pues los impactos reportados se refieren al efecto que había tenido el Programa después de operar en las zonas de tratamiento.²⁰

El análisis de impacto comparó grupos de individuos en relación con las variables resultado. Los hallazgos de mediano plazo obtenidos a partir de la comparación entre hogares incorporados en 1998 y en 2000 respecto del grupo de localidades control 2003 son los siguientes:

1. En todos los grupos de edad son significativos los resultados en la utilización de servicios de salud preventivos y sugieren que dicha utilización fue mayor en el grupo de tratamiento de 1998 y 2000 que en el grupo de localidades control 2003. En este caso el efecto es mayor para las localidades con mayor tiempo de incorporación al Programa. Esto podría reflejar que en las poblaciones que se incorporaron de manera temprana al Programa se ha estructurado poco a poco una nueva cultura de utilización de servicios de salud oportuna y racional. Se observó también que los hogares beneficiarios reciben más y mejor atención preventiva que las familias no beneficiarias.



2. Los hogares incorporados al Programa (tanto las localidades 1998 como las localidades de 2000) presentaron una mayor utilización de los servicios de salud preventivos. El mayor impacto ocurrió en el grupo con mayor exposición al Programa. En promedio la proporción de adultos que asistieron a este tipo de consulta en el grupo de edad de 18 a 49 años y en el grupo de 50 años o más fue de 12 y de 18%, respectivamente, en comparación con el grupo de control 2003. Estos resultados son similares a los que registraron las localidades de 2000, 8 y 16% mayores, respectivamente.
3. La demanda de servicios hospitalarios en las familias que participan en *Oportunidades*, tanto en localidades incorporadas en 1998 como en las incorporadas en 2000, registró menor porcentaje de hospitalización para el grupo de edad de 50 años o más; el impacto equivale a una reducción en hospitalizaciones de 22 por ciento.
4. Los servicios de salud preventivos en todos los resultados de impacto sugieren una mayor asistencia a este tipo de consulta para ambos grupos de intervención. Las consultas de control del niño sano fueron 12% mayores en el grupo de 1998 y 10% en el grupo de 2000, además se percibe una mejor calidad en la atención médica, ya que se registró el monitoreo de peso, talla y condiciones de salud de todo niño atendido con un sistemático control de los factores de riesgo.

Finalmente, los resultados en el mediano plazo mostraron que aumenta el uso de servicios de salud y que este incremento va acompañado de una reducción en el uso de los servicios de salud privados. Las familias demandan 2.9 visitas más, tanto preventivas como curativas, esto significa un incremento de 35 por ciento.²⁰ Esta tendencia refleja una mayor utilización de servicios públicos por parte del grupo de intervención, junto con una reducción en la asistencia a servicios privados, de ahí que haya un gasto de bolsillo menor por este concepto.

5.2.2 Morbilidad y estado de salud

Para medir el impacto del Programa en el estado de salud se recurrió a analizar las variables que reflejaran las mejoras en la salud de la población incorporada. Dichas variables son las siguientes:

- a) número de días con enfermedad
- b) número de días de incapacidad
- c) capacidad para realizar actividades físicas

En el análisis de mediano plazo el impacto en los días de enfermedad e incapacidad para llevar a cabo sus actividades cotidianas demuestra que en las localidades incorporadas en 1998 hubo una reducción en el número de días de enfermedad para los niños de 0 a 5 años y para el grupo de edad de 16 a 49 años, lo que equivale a una reducción en días de enfermedad de 20 y 22%, respectivamente, en relación con el grupo de comparación no incorporado al Programa (control 2003). La reducción observada en días de incapacidad para el grupo de edad de 16 a 49 años equivale a 18% respecto del grupo de comparación. Aunado a un incremento significativo de 1% en la capacidad para realizar actividades que requieren de esfuerzo físico en el grupo de edad de 18 a 49 años.²⁰

5.2.3 Enfermedades crónicas y obesidad

Para el caso que abarca este apartado, es importante señalar que a pesar de que el Programa no está diseñado para disminuir las enfermedades crónicas en adultos se podría pensar que con las acciones de tipo preventivo implementadas se lograría disminuir las enfermedades crónicas, ya que se actuaría sistemáticamente en la reducción de los factores de riesgo. Téngase en cuenta que los adultos deben someterse cada seis meses a una revisión de salud en la cual está incluida la realización de la detección

oportuna de la diabetes e hipertensión y el monitoreo de la adherencia a estilos de vida saludable que incluyan alimentación adecuada y ejercicio.

En relación con las enfermedades crónicas, se sabe que en los últimos años éstas han sido la principal causa de muerte en el país. A este respecto, la SSA informó en 2002 que la diabetes mellitus, ya es la primera causa de muerte en México, con más de 50 mil fallecimientos cada año. De ahí la importancia de atacar este problema de salud mediante la prevención e información de la enfermedad.

Los primeros resultados obtenidos a partir de la implementación del Programa¹⁷ denotan el aumento en la provisión de las pruebas para la detección de la diabetes dentro de la consulta a adultos. Este incremento se presentó en el número de hogares beneficiarios en los que a algún miembro se le aplicó la prueba para detectar la diabetes (61.2% respecto de la prueba preventiva de referencia). Asimismo, al relacionar esta variable con las características de los hogares el mayor efecto del Programa ocurrió en los hogares indígenas (63.7%) y donde las mujeres no tienen escolaridad (83.7%).

El análisis de mediano plazo compara los resultados de salud de un grupo de adultos que han recibido los beneficios de *Oportunidades* por lo menos durante tres años respecto de los obtenidos por el grupo de control, formado por los adultos que nunca recibieron dichos beneficios. Se parte de que la diabetes prevalecía en 19% de la población estudiada, adultos pobres mayores de 30 años de edad. Asimismo, los resultados positivos provienen de la posibilidad de que la población objetivo acuda a las clínicas de salud a someterse a la prueba de detección de diabetes en 8.9 puntos porcentuales (pp) en los últimos cinco años, lo que representó un incremento de 16.1% y una disminución de 10.9% en la presencia de síntomas relacionados con la diabetes (por ejemplo, sed, hambre, pérdida de peso o visión borrosa).²¹ Sin embargo, el Programa probablemente no ha tenido un impacto significativo sobre el control de la diabetes durante el periodo de análisis porque la muestra fue pequeña y no pudo reflejar de manera robusta los resultados. No obstante, es de considerar que el hecho de fomentar la corresponsabilidad incrementa la probabilidad de que los beneficiarios acudan a una revisión oportuna y sistemática en las clínicas de salud.

Con respecto de la hipertensión arterial, se determinó la disminución de la prevalencia en 7.2 pp y aumentó las posibilidades de que acudieran a las clínicas para realizarse la detección oportuna en 5.1 pp, lo cual representa un incremento de 6.3%. Sumado a esto, el efecto sobre los síntomas relacionados con la hipertensión, como dolor de cabeza, mareos o zumbido de oídos, fue positivo, pues se redujo en 22.2 por ciento.

En cuanto al tema de obesidad, la prevalencia de ésta en las áreas rurales era de 24% en la población control y de 20% en la de tratamiento; en este rubro el Programa redujo la prevalencia de obesidad en los adultos en 6.4 pp. Asimismo, contribuyó a la reducción en el valor promedio del índice de masa corporal (IMC, peso/talla al cuadrado) en el grupo de tratamiento en 54.4 por ciento.²¹

5.2.4 Salud reproductiva

Con la asistencia regular a las sesiones de educación para la salud se espera que la mayor información sobre la existencia, características y disponibilidad de los métodos anticonceptivos, así como de la atención prenatal y práctica de la lactancia se traduzcan en una mejor salud reproductiva, a partir de las acciones implementadas.

En la primera evaluación del Programa en 1999 no se encontraron cambios significativos, por lo que posteriormente se pensó en indagar en si este resultado había cambiado o permanecía constante.¹⁷ Para esto se utilizaron los datos de las Encuestas de Evaluación de los Hogares 2000, que incorporaba preguntas sobre fecundidad, conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos, atención prenatal y lactancia dirigidas a las mujeres de 15 a 49 años de edad.

En el tema de planificación familiar se demostró que el método más conocido por las mujeres en el grupo de tratamiento de la muestra fueron las pastillas y las inyecciones con 80.4 y 73.8%, respectivamente. Respecto de las cifras del grupo de control la diferencia para ambos métodos fue de alrededor de 5% mayor. Para la vasectomía esta diferencia también es de 5%; en tanto que los métodos



que declaran conocer menos son los denominados “naturales” (ritmo y retiro), lo que refleja la mayor información y promoción de los anticonceptivos modernos frente a los métodos tradicionales.²²

En ese mismo estudio se reporta que para mayo de 2000, 45.4% de las mujeres beneficiarias del Programa de 20 a 49 años de edad casadas o unidas utilizaban un método anticonceptivo, mientras que en el grupo de control la proporción de mujeres que regulaba su fecundidad era de 42.7 por ciento. Asimismo, la mayor práctica de la regulación de su fecundidad entre las mujeres beneficiarias se presenta en el grupo de edad entre 30 y 39 años (poco más de 50%), en tanto que en el grupo de control el mayor uso de anticonceptivos se tiene entre los 30 y 44 años de edad.

Para poder aportar más elementos que ayuden a comprender las causas del no uso de anticonceptivos, resulta conveniente enunciar las razones que expresaron las mujeres (tanto beneficiarias como las que pertenecen al grupo de control) para no regular su fecundidad, tales como la oposición de la pareja o la falta de acuerdo de ellas mismas con el uso de estos medios. Esto sugiere que entre las mujeres más jóvenes se tiene la idea favorable de tamaños pequeños de familia, aunque en el medio rural, más marginado, aún persiste un grupo de razones *tradicionales* (poco frecuentes ya en el resto del país) para no practicar la regulación de la fecundidad.²²

En la evaluación de impacto del Programa 2004,²³ el análisis desarrollado no sólo se enfocó en indagar sobre el conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos, sino que también se enriqueció con el posible impacto en la disminución en el número de hijos por cada mujer en edad reproductiva, el aumento en el uso de los servicios de atención prenatal y el aumento en la proporción de nacimientos con atención calificada. Para ello utilizaron las encuestas Encaseh 1997 y Encel 1998, 2000 y 2003.

En el análisis de impacto de mediano plazo se encontró que el conocimiento de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres del grupo de intervención temprana (1998) fue 5.93% mayor respecto del grupo de control (2003) y 4.72% mayor entre las mujeres incorporadas al Programa en 2000 (intervención tardía) en relación con el grupo de control.²³

En cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos en el mediano plazo, se observó que el grupo de intervención temprana incorporado al Programa en 1998 reportó una utilización de métodos anticonceptivos 17.23% mayor que el grupo de control incorporado en 2003. El promedio de hijos por mujer en edad reproductiva mostró un descenso no significativo en ambos grupos, de intervención (0.96 y 1.07, respectivamente).

Al continuar con el tema de salud reproductiva, es necesario hacer énfasis en la atención a las mujeres embarazadas, ya que son el grupo vulnerable y propenso a sufrir algún daño en su salud, o incluso la muerte, debido a las condiciones especiales que existen durante el embarazo. Por ello el Programa propicia una mayor focalización hacia los servicios de atención prenatal, pues es justo en esa área donde se pueden identificar los posibles riesgos y daños a la salud de las mujeres en etapa gestante.

La evaluación de 2000 señaló que en términos generales más de 80% de las mujeres con al menos un embarazo terminado desde 1995 informaron haber tenido revisión prenatal (atendida por médicos, enfermeras, parteras o personal comunitario de la localidad); al comparar los resultados antes del inicio del Programa (1995-1998) y cuando ya estaba implementado (1999-2000) se encuentra que mientras entre las beneficiarias del Programa la proporción que acudió a visitas de vigilancia prenatal fue de 84.1 a 88.9% (un incremento de casi 6 pp) en el grupo de control la variación fue muy pequeña, de 84.4 a 85.5 por ciento.

Las mujeres con mayor número de partos y las mujeres indígenas presentan menores probabilidades de asistir a la atención prenatal. Este hecho se explica porque las mujeres que ya han tenido más embarazos consideran que no requieren de cuidados, pues su experiencia les permite saber que “todo va a salir bien”; y la no asistencia de las mujeres indígenas a este tipo de consulta sugiere la existencia de barreras culturales o dificultades en la interrelación con los prestadores de servicios.¹⁷

Los resultados obtenidos en la evaluación de 2004 muestran que la proporción de embarazos con atención prenatal estuvo arriba de 88% en ambas zonas de intervención temprana (1998) y tardía (2000). En las primeras se encontró un aumento de 2.29 pp entre 1998 y 2000. La atención prenatal muestra que en promedio el grupo de intervención recibe de 1.5 a 1.86 procedimientos más que

aquellas mujeres que pertenecen al grupo de control.²³ En este sentido, se debe reforzar la calidad en la atención prenatal, además de incluir en las consultas la prueba de detección de sífilis, información del grupo sanguíneo, exploración de mamas y pruebas de orina, que se han realizado a menos de la mitad de las mujeres embarazadas que han acudido a la consulta prenatal.

Finalmente, en relación con el impacto del Programa en la atención calificada en el nacimiento, los resultados revelan que en ambas zonas, de intervención temprana y tardía, se incrementó en 6.94 y 4.73 pp, respectivamente, la proporción de nacimientos atendidos por personal calificado, en este caso médicos, sin encontrar diferencias significativas entre grupos. Este punto es muy importante, porque la mayor y mejor atención que reciban las mujeres embarazadas tanto en la atención prenatal como en la atención del parto contribuye a reducir la mortalidad materna.

5.2.5 Evaluación del aprendizaje: conocimientos y prácticas

Como se ha dicho, *Oportunidades* está diseñado para fomentar el conocimiento sobre el autocuidado de la salud y procurar información sobre las conductas de riesgo a las que están expuestos los miembros de la familia. Se espera en consecuencia que la asistencia a las consultas de monitoreo y a las sesiones educativas en salud se traduzcan en una práctica cotidiana de estilos de vida saludables en los hogares, la que a su vez disminuya el riesgo de enfermar y ayude a combatir las adicciones.

5.2.5.1 Mujeres incorporadas a Oportunidades

Es de destacar que la entrega de apoyos condicionada a la asistencia a las sesiones de educación en salud comenzó a generar resultados positivos, pues ha aumentado el número de mujeres que tiene conocimiento de los métodos anticonceptivos, dato que muestra que la información que se les transmite en las sesiones de salud tiene eco en su vida cotidiana. Prueba de ello es que la población ha comenzado a utilizarlos, una vez que se identifica la ventaja de tener un número menor de hijos. En este caso, el indicador de las preferencias reproductivas muestra que mientras las mujeres del grupo de control desean 2.75 hijos, las beneficiarias desean 2.5 hijos; aunque la diferencia es mínima, su significación radica en que previo al Programa no existía diferencia entre los grupos.²²

En la evaluación de las sesiones educativas en salud en 2004 se hace un análisis de los comportamientos de riesgo con base en: asistencia a la consulta preventiva para menores de cinco años, revisión del embarazo, realización de la prueba de Papanicolaou, tabaquismo en adolescentes, tabaquismo en adultos, consumo de alcohol en adolescentes y adultos y el acuerdo de la pareja de usar métodos anticonceptivos.²⁴

Se observó, entre los resultados significativos, el control de las visitas al médico, ya que la asistencia de los no incorporados fue, en 1998, 43% menor que la de los incorporados; respecto de la realización de la prueba de Papanicolaou, la asistencia de las mujeres no incorporadas fue 61% menor que la de las incorporadas al Programa en 1998. Adicionalmente, los datos descriptivos señalan que los conocimientos sobre los métodos de anticoncepción eran mayores en las mujeres incorporadas (1998) que en las no incorporadas (2003), con 80.8 y 76.9%, respectivamente. Estos resultados evidencian que un mayor conocimiento sobre las medidas preventivas y las opciones para planear libremente el tamaño de las familias ayuda a que las mujeres tomen conciencia sobre su estado de salud y los riesgos que corren al dejar de lado la atención médica que les provee el Programa.²⁴

5.2.5.2 Adolescentes y jóvenes

La evaluación cualitativa encontró efectos positivos de las pláticas de salud en los adolescentes. En general, se aprecia un mayor porcentaje de prácticas saludables en los asistentes a las consultas preventivas, en relación con la disminución en el consumo de alcohol.



En cuanto al tabaquismo, el efecto no fue tan evidente; se encontró que al momento de la encuesta, los adolescentes incorporados en 1998 fumaban 26.8% más que los incorporados en 2000 (19.37%) y que los no incorporados (24.04%). Los resultados para los adultos incorporados y no incorporados no presentan diferencias significativas respecto del consumo de tabaco y alcohol.²⁴

En el estudio relacionado con los comportamientos de riesgo en adolescentes se observaron los siguientes resultados: la proporción de adolescentes que han fumado, así como la de los que toman bebidas alcohólicas, es menor en el grupo de intervención. Para el grupo incorporado en 1998, la proporción de adolescentes que han reducido su consumo de tabaco es de 15%, mientras que en el grupo incorporado en 2000 fue de 13% (en promedio 14% para ambos grupos). En relación con el consumo de bebidas alcohólicas, los resultados reportados fueron de 11 y de 13% para ambos puntos de intervención. De igual forma, se observó en este periodo de evaluación que en los grupos de jóvenes incorporados al Programa a partir de 1998, el consumo semanal de refrescos se vio disminuido en media unidad comparado con el grupo de control, que en promedio reportó consumir alrededor de tres unidades de refresco; además de que el gasto destinado al consumo de comida chatarra (papas y pastelillos), entre los adolescentes incorporados en 2000, fue menor en 20% al del grupo de control. También se observó un incremento de 1.5% en adolescentes con sobrepeso en las localidades de 1998 y 2000; y en relación con el posible impacto en los comportamientos sexuales, no se encontró influencia del Programa.²⁵

5.3 Impacto de *Oportunidades* en la mortalidad materna e infantil

La evaluación externa de *Oportunidades* 2003 se orientó a medir el impacto en la mortalidad materno-infantil con datos cuantitativos, pues son indicadores muy sensibles a las condiciones de salud de la población.

Se analizó si en los municipios donde se localizaban las familias incorporadas al Programa se habían reducido tanto la mortalidad materna como la mortalidad infantil, con base en datos de mortalidad recolectados por la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) durante el periodo 1995-2002.

La mortalidad materna es definida como la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o los 42 días siguientes al nacimiento del niño por causas relacionadas con o agravadas por el embarazo, y la mortalidad infantil es definida como la muerte de un niño durante el primer año de vida.

Se han hecho estudios que muestran que la muerte materna tiene un impacto importante en las condiciones de vida de la familia; uno de ellos encontró que “los hijos de las madres que fallecen tienen menores posibilidades de asistir a la escuela y tienen, en general, peores condiciones de salud. Sus resultados indican que los cambios en la dinámica familiar a partir de la muerte de la madre tienen un impacto importante en el capital humano de sus hijos”.²⁶

En México, la mortalidad materna es más frecuente en mujeres con menor escolaridad, que viven en condiciones de marginación y con menor acceso a los servicios de salud.

Las instituciones de salud nacionales han realizado esfuerzos para reducir la mortalidad materna, a través de la mejora en la calidad de la atención al nacimiento y el aumento de la cobertura de nacimientos con atención calificada. “Para 1999, 80.2% de los nacimientos fueron atendidos en unidades médicas. Sin embargo, mientras 94% de los nacimientos en municipios de baja marginación son atendidos en unidades médicas, apenas lo es 36% de ellos en municipios de alta marginación.”²⁷

Los resultados de la evaluación de las diferencias en las tasas de mortalidad materna e infantil entre los municipios con y sin hogares incorporados a *Oportunidades* mostraron que la razón de mortalidad materna fue 11% menor en los municipios incorporados, en comparación con los no incorporados. La mortalidad materna se asoció positivamente con el nivel de marginación, y se encontró que los municipios de muy alta marginación tienen una mortalidad materna 3.52 veces mayor que la de los municipios de



muy baja marginación. Se encontró también un efecto protector, aunque marginal, del programa Arranque Parejo en la Vida (APV) sobre la mortalidad materna. La reducción de riesgo de muerte materna asociada con *Oportunidades* es más fuerte en municipios de marginación media y especialmente en los de marginación muy alta.

Con respecto a la mortalidad infantil, los resultados informan que para todo el periodo, ésta fue 2% menor en los municipios incorporados a *Oportunidades*, en comparación con los no incorporados. Por otra parte, este índice de mortalidad mostró una tendencia descendente, en general, a lo largo del periodo, independiente de la incorporación o no de un municipio a *Oportunidades*, y para el año 2002 fue apenas 64% de lo que era en 1995, sin que se encontrara asociación con el programa APV.

En resumen, los resultados indican que los municipios incorporados a *Oportunidades* tuvieron, en promedio, a lo largo de este periodo, mortalidad materna e infantil 11 y 2% menores, respectivamente, que los municipios no incorporados. En el caso de mortalidad materna, este descenso es importante, sobre todo si tomamos en cuenta que en el periodo estudiado, la mortalidad materna se había mantenido prácticamente estable.

5.4 Impacto de *Oportunidades* en zonas urbanas

5.4.1 Utilización de servicios de salud y estado de salud

Análisis previos con los datos de corto plazo del primer año de operación de *Oportunidades* en zonas urbanas mostraron tendencias positivas en los indicadores de salud, lo que sugería que los aspectos positivos observados en zonas rurales podían lograrse en el medio urbano. En consecuencia, con la implementación del Programa en las zonas urbanas se esperaba que las condiciones subyacentes implicaran mayor acceso a los servicios educativos y los de salud.

Los resultados generales obtenidos en las zonas urbanas confirman que la utilización de los servicios de salud ha crecido y robustece con ello los resultados logrados en las zonas rurales, donde operó el Programa en primera instancia.

La metodología seguida en la evaluación de 2004 para estimar el impacto en las zonas urbanas fue similar a la aplicada en zonas rurales en 2003; es decir, con el uso de pareamiento por puntaje de propensión, y se utilizaron las Encuestas de Evaluación de los Hogares Urbanos 2002 y 2003 (Encelurb 2002 y 2003).⁹

Los datos descriptivos de seguimiento denotan un efecto importante sobre la asistencia a los servicios preventivos en los grupos de edad de 0 a 5 años y de 6 a 15 años. Asimismo, se observa que las mujeres beneficiarias aumentaron en 40% su asistencia a servicios curativos ambulatorios públicos y los hombres usaron 80% menos los servicios privados.

Los principales hallazgos de la evaluación de impacto a corto plazo son:²⁰

1. En los adultos de 18 años a 49 años, la asistencia a las consultas preventivas fue alrededor de 20% mayor en el grupo de beneficiarios que en el grupo de comparación.

⁹ El modelo plantea una comparación con el método conocido como pareamiento por puntaje de propensión (PPP) para obtener el contrafactual. El fundamento de este modelo consiste en la utilización en forma agregada de las variables en las que requiere el pareamiento, a diferencia de hacerlo utilizando las variables de forma independiente, se ha mostrado que este procedimiento produce un mejor resultado. En este caso el puntaje de propensión se define como la probabilidad condicional de recibir la intervención, con base en características preintervención de los individuos.



2. Al considerar la estructura del hogar, se observaron 6.1 días menos de enfermedad para los individuos de 6 a 15 años; mientras que para los días de incapacidad, los resultados son 5.7 y 6.2 días menos para los individuos de 6 a 15 y de 16 a 49 años, respectivamente.
3. Para los mayores de 50 años se observaron incrementos de 4% para actividades físicas básicas y moderadas.
4. En relación con la capacidad para realizar actividades cotidianas, la tendencia es positiva y significativa para los grupos de 18 a 49 años: de 1 y 3% para actividades físicas moderadas y ligeras, respectivamente.
5. En cuanto a la utilización de las consultas públicas, se observó que en el grupo de 6 a 15 años, hubo una demanda en promedio de 0.04 consultas más al mes por niño o adolescente, cuando la familia era beneficiaria de *Oportunidades*.
6. Por otro lado, se observa que las familias beneficiadas por el Programa disminuyeron la demanda de consultas en el sector privado, lo cual ilustra que la utilización de los servicios públicos de salud por parte del grupo de intervención conduce a una menor utilización de los servicios privados, con la correspondiente reducción del riesgo de enfrentar un gasto de bolsillo por este concepto. Este resultado se traduce también en la reducción del gasto promedio de las familias por servicios ambulatorios, lo que opera a favor de su bienestar, al liberar recursos para el consumo de otros bienes.

En un análisis reciente se presenta una actualización del análisis de corto plazo, en la que se utilizan los datos recolectados en los hogares tras dos años de operación del Programa. A partir de ello, se informa sobre la utilización de servicios de salud y sobre el estado de salud autorreportado, por grupo de edad, mismo que se clasifica de acuerdo con las características propias del grupo de análisis en cuanto a su estado de salud.²⁸

Los resultados se presentan de acuerdo con los siguientes criterios: preescolares (0 a 5 años), escolares (6 a 18 años), individuos en edad productiva (19 a 49 años) y adultos mayores (50 años o más). Los resultados descriptivos son los siguientes:

1. Para el grupo de preescolares (0 a 5 años):
 - El número promedio de días en los que estuvieron enfermos los preescolares del grupo beneficiario es menor en relación con el grupo de comparación. La diferencia es significativa para los niños.
 - Se observa una mayor utilización de servicios de salud ambulatorios públicos por parte del grupo de intervención, aunada a una reducción en la asistencia a servicios de salud ambulatorios privados, lo que se ve reflejado en un menor gasto de bolsillo promedio por este concepto.
 - La cantidad de preescolares que asistieron a consultas preventivas es tres veces mayor entre los que participan en el Programa. El porcentaje de asistencia fue de 72% en niños y 68% en niñas del grupo de intervención, comparados con 18 y 21%, respectivamente, del grupo de comparación.
2. Para el grupo de escolares (6 a 18 años):
 - Para este grupo de edad se observó un menor número de días de enfermedad en el grupo de comparación en relación con el grupo incorporado, resultado significativo para las mujeres (0.71 días), en comparación con los hombres (0.49 días). En cuanto a los días de incapacidad, no hay una tendencia clara.
 - Otro resultado observado se refiere al gasto de bolsillo en salud. Hay una diferencia significativa favorable en el caso de las mujeres, que sugiere una menor carga entre los hogares incorporados al Programa. Se reportó que el grupo de intervención gastó 69.631 pesos, mientras que la cifra correspondiente al grupo de comparación fue de 234.29 pesos.
 - En el indicador de cumplimiento de las corresponsabilidades, el porcentaje de asistencia de las mujeres y de los hombres del grupo de intervención a las consultas preventivas fue de 32 y 36%, respectivamente.
 - Respecto de los días en los que fue necesaria la hospitalización, el grupo de intervención requirió de 3.9 días, comparado con 8.8 del grupo de control; es decir, tuvo estancias hospitalarias más cortas.



3. Para el grupo de 19-49 años:

- En la asistencia a consulta preventiva, se observa una diferencia notoria entre grupos: mientras en el grupo de comparación ésta es de entre 4 y 8%, para el grupo de intervención la cifra se ubica entre 26 y 38%. No se observaron diferencias en lo que se refiere a la utilización de servicios de salud hospitalarios.
- En el grupo de intervención, con respecto del de comparación, existe una diferencia importante de alrededor de 45% en el porcentaje entre los que reportaron haberse realizado la prueba de determinación de niveles de glucosa sanguínea, dado que 26% de los hombres y 38% de las mujeres beneficiarios se aplicaron la prueba de azúcar en sangre, mientras que en el grupo de comparación, los porcentajes fueron de 18 y 26%, respectivamente.
- En relación con la hipertensión, no se observaron variaciones entre los grupos de individuos que se identifican con presión arterial elevada, pero sí hubo una diferencia aún mayor (86% para hombres y 56% para mujeres) entre los miembros del grupo de intervención que reportaron haberse medido la presión arterial en el año anterior, en relación con los individuos que habitan en zonas en las que no se había implementado el Programa, quienes presentaron porcentajes de 22 y 39%, respectivamente.
- En lo que se refiere a la capacidad para realizar actividades cotidianas, se observa un mayor porcentaje de individuos en el grupo de intervención que pueden realizar sus actividades de manera normal con respecto al grupo control.

4. Para el grupo de adultos mayores:

- Se observa menor número de días de enfermedad y de incapacidad entre el grupo de intervención, aunque las diferencias, en ambos casos, no son significativas.
- Como los otros grupos de edad, se reportó mayor utilización de los servicios ambulatorios y mayor utilización de los servicios públicos, con diferencias significativas para las mujeres.
- Un porcentaje mayor de hombres, en el grupo de intervención, se realizaron la prueba de glucosa en sangre y se midieron la presión arterial (42 y 53%, respectivamente), en comparación con los del grupo de control, de los que acudieron 33 y 38%, respectivamente. Esta diferencia puede explicar el porcentaje mayor de individuos identificados con diabetes y con hipertensión arterial en el grupo de intervención.
- Otro resultado es que la mujeres no incorporadas a *Oportunidades* demandaron en promedio 11.3 días de hospitalización, comparadas con el grupo de beneficiarias, que sólo demandaron 7.8 días en promedio. Estos resultados se reflejaron también en mayor gasto de bolsillo, pues para las incorporadas significó una erogación de 1 989 pesos, comparada con 4 636 pesos que reportaron las mujeres no incorporadas. La situación de los hombres fue muy similar, pues los incorporados gastaron en promedio 1 800 pesos, mientras que el grupo de comparación realizó un gasto por atención hospitalaria de 7 264 pesos.

Los resultados de efecto de *Oportunidades* tras dos años de su implementación reflejan mayor utilización de los servicios ambulatorios, con incremento en el uso de servicios públicos (individuos de 6 a 18 años) y, por otra parte, baja en el uso de servicios privados (grupo de 19 a 49 años). El grupo de mayores de 50 años reportó un porcentaje menor de individuos hospitalizados, así como menor número de hospitalizaciones.²⁸

Las familias beneficiarias acuden en mayor medida a consultas médicas, en relación con el grupo de comparación. Entre los individuos mayores a 50 años, la diferencia fue alrededor de 25%; de 26% para el grupo de 19 a 49 años, y casi de 30% para los de 6 a 18 años.

Por otra parte, el efecto atribuible al Programa en relación con la utilización de los servicios de salud por parte del niño sano fue del orden de 52%; además de una consulta más, en promedio, y 7% más de niños que fueron pesados en la consulta.



En relación con el indicador que mide la capacidad para realizar actividades cotidianas, éste mostró que los individuos de 19 a 49 años y los de 50 años o más reportaron realizar con facilidad las actividades ligeras, con diferencia de 7 y 13%, y para las pesadas la diferencia fue de 8 y 12%.

Finalmente, se encontró una diferencia positiva en el porcentaje de la población que se ha realizado la prueba de diabetes en el grupo de edad de 19 a 49 años de edad (10.3%), así como para el grupo de más de 50 años (16.5%). También se observaron resultados positivos en los individuos que se han medido la presión arterial para los grupos antes mencionados (16.5 y 10.7%, respectivamente).

5.4.2 Enfermedades crónicas y obesidad

El trabajo de Hernández Ávila²⁹ analiza el impacto del Programa sobre la detección, tratamiento y calidad en la atención médica que reciben los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, sólo para la población urbana. Esta enfermedad crónica tiene presencia importante en la población en general y en la población beneficiaria de *Oportunidades*, y está incluida en el paquete básico de servicios de salud y en las sesiones educativas para la salud impartidas en los centros de salud.

La diabetes no es curable; por consiguiente, la intervención del Programa tiene como objetivo prevenir o retrasar las implicaciones crónicas por medio de un control metabólico en el mantenimiento de los niveles de glucosa en sangre y de acciones dirigidas a la detección oportuna y control de las complicaciones y factores asociados con la hipertensión arterial y trastorno de lípidos.

Por este motivo, la educación del paciente sobre su propia enfermedad continúa siendo la herramienta fundamental para el control de este padecimiento, pues no sólo se requiere de la toma de medicamentos, sino también de vigilar la dieta; por ello es necesario el conocimiento de las medidas de prevención, para reducir el riesgo de complicaciones.

El análisis de corto plazo utiliza como indicadores *proxy* la calidad de la atención y el control diabético. La información fue recolectada en 2003 entre la población diabética seleccionada a través del autorreporte en la medición basal de la Encelurb 2002.²⁹

El análisis indica tres hipótesis por evaluar: a) la prevalencia de la diabetes mellitus diagnosticada por un médico será mayor en el grupo de beneficiarios, b) el mayor acceso a los servicios de salud arrojará que los beneficiarios con diagnóstico de diabetes mellitus tendrán mejor apego a las recomendaciones de control, vigilancia y tratamiento de la enfermedad, y c) la mayor información de la enfermedad y la frecuente visita al médico mejorarán su esquema de tratamiento, lo que a su vez se reflejará en el mejor control de glucosa en sangre medida a través de hemoglobina glucosilada (HbA1c).

CUADRO 5.3
Información comparativa 2002 vs 2003 por grupo de estudio²⁹

VARIABLES	2002					2003				
	GRUPO DE INTERVENCIÓN	IA	IB	II	III	GRUPO DE INTERVENCIÓN	IA	IB	II	III
Prueba de glucosa en los últimos 12 meses (%)	33.5	31.1	30.8*	36.3	50.2**	40.8	34.1**	36.9**	38.5	49.9**
						[<0.01]	[<0.25]	[<0.01]	[<0.68]	[<0.94]
Diagnóstico confirmado por un médico (%)	9.7	8.9	10.6	12.4*	14.3**	11.2	11.9	112.0	13.9*	16.2**
						[0.09]	[0.02]	[0.14]	[0.44]	[0.08]
Uso actual de medicamentos (%)	80.7	78.5	82.3	81.5	84.8	76.0	75.3	79.0	83.7	86.8**
						[0.20]	[0.60]	[0.26]	[0.82]	[0.71]

* p<0.05 (valor p del cambio en el tiempo)

** p<0.01 (prueba de comparación de proporciones en cada año con respecto al grupo de intervención)



Los porcentajes en la realización de la prueba de diabetes reportados en el estudio fueron para el grupo de tratamiento, en 2002, de 33.5%, en comparación con los datos reportados en 2003, en los que el análisis muestra que el uso de la prueba se incrementó a 40.8% en el último año (cuadro 5.3).

El Programa logra el objetivo de aumentar el acceso a los servicios de salud y la detección oportuna de la diabetes mellitus en la población beneficiaria, pero estos cambios no repercuten de manera significativa en un mejor control del padecimiento a través de mediciones de concentración de hemoglobina glucosilada.

En cuanto a las hipótesis referidas a que el mayor acceso a los servicios de salud reportará un mejor apego a las recomendaciones de control, vigilancia y tratamiento de la enfermedad, y que la mayor información de la enfermedad y la frecuente visita al médico mejorarán su esquema de tratamiento, los hallazgos indican que la mayor proporción de diabéticos que reportaron control inadecuado del padecimiento con base en los niveles de HbA1c fueron los del grupo II (60.2%),^h aunque el resultado es no significativo.

En relación con las formas de tratamiento y los costos que implican, 70% del grupo estudiado recibió algún tipo de tratamiento médico para el control del padecimiento; y más de 45% siguen un tratamiento combinado con una dieta y medicamentos. Sumado a este resultado, se tiene que 100% del grupo de intervención reportó haber consumido hipoglucemiantes orales; con respecto del grupo de comparación, cuyo consumo fue menor.

En cuanto al gasto en el tratamiento con hipoglucemiantes orales, el grupo de incorporados reportó el menor gasto mensual (49 pesos); la mayor diferencia se encontró con el grupo de control interno, en el cual se reportó un promedio de 155.72 pesos.

Por otra parte, el grupo de *Oportunidades* parece tener menor proporción de incumplimiento con el criterio de tres consultas mínimas al año (14%) en comparación con la población total de pacientes estudiada (que registró 23%). Por otro lado, 15% del total de participantes no tuvo examen de glucosa en el último año, proporción que para los incorporados a *Oportunidades* fue de 17 por ciento.

Al continuar con este tema, independientemente de los criterios utilizados para evaluar el control de la diabetes mellitus, se observó buena conducta (que implica evitar el sedentarismo, seguir una dieta balanceada y cumplir con las consultas de revisión del nivel de glucosa) por parte del grupo incorporado a *Oportunidades*. Un resultado de suma importancia es que sólo 86% de los beneficiarios se aplicó examen de glucosa durante el último año, situación que no debe pasar inadvertida, porque reciben los beneficios de la atención en los centros de salud, y dicho dato debería ser de 100 por ciento.

En relación con el buen control del padecimiento, el grupo de comparación reportó mayor frecuencia de visitas a especialistas. Respecto de los resultados reportados de estas visitas y de las acciones preventivas para evitar las complicaciones que tienen que ver con las visitas al oftalmólogo, el nutriólogo y la toma de presión arterial, en casi todos los grupos se tiene un registro de alrededor de 60% de mala conducta; es decir, que no acudieron a revisión especializada, lo que refleja el poco apego al seguimiento de las normas por ambos grupos. El dato que resulta interesante rescatar es que el grupo de comparación (no elegible) presenta menores porcentajes de mala conducta al acudir a las consultas con los especialistas: nutriólogo y oftalmólogo.²⁹

La toma de la presión arterial resultó ser un buen indicador de apego a las normas, pues la proporción de participantes que no cuenta con mediciones de la presión arterial es menor a la cuarta parte.

^h IA. Control interno: habitantes de hogares seleccionados en zonas de intervención temprana, con nivel de pobreza considerado dentro de los niveles de elegibilidad pero que no fueron incorporados en 2002.

IB. Control externo: habitantes de hogares seleccionados en zonas de intervención tardía (programadas para 2004) con nivel de pobreza considerado dentro del límite de elegibilidad para recibir *Oportunidades*.

II. Casi elegibles: habitantes de hogares cuyas características socio-económicas se encuentran ligeramente por arriba del nivel de pobreza que determina la elegibilidad al Programa.

III. No elegibles: habitantes de hogares que por su nivel de pobreza fueron clasificados como no elegibles (es decir, están en un nivel superior a los casi elegibles).



Finalmente, se estimó la posibilidad de padecer descontrol en la diabetes; es decir, los factores asociados al control inadecuado de ésta (HbA1c > 8%). Se determinó que éste aumenta con el tiempo transcurrido desde su diagnóstico. Baste decir que para el periodo de a 1 a 2 años, la razón de probabilidades (razón de momios) fue de 2.49, y para el periodo de 3 a 5 años fue de 5.45, en comparación con aquellos con diagnóstico en el último año. Por otra parte, la posibilidad de pertenecer al grupo de diabéticos con descontrol metabólico disminuye conforme aumenta la edad del diabético (-4% por cada año más de vida). Asimismo, la percepción de obesidad por parte del paciente está asociada con la menor posibilidad de pertenecer al grupo de descontrol. Al final los resultados hicieron evidente que la asistencia a las pláticas educativas no tiene efecto sobre el control de los niveles de hemoglobina glicosilada.

Se concluye entonces que el Programa ha tenido efectos en la detección oportuna de diabetes y de salud para la población beneficiaria; sin embargo, no han sido suficientes para un mejor control de la enfermedad, mismo que se ha convertido en un problema de salud pública.²⁹ No debe olvidarse que estos son los primeros resultados que se derivan de la evaluación con base en la información en un solo punto en el tiempo, así que faltan datos para tener resultados más concluyentes sobre este problema de salud.

5.4.3 Salud reproductiva

En la evaluación de impacto del Programa 2004 se realizó un estudio sobre el impacto de *Oportunidades* en salud reproductiva.⁵

Los principales hallazgos registrados en la evaluación fueron:

1. De 2002 a 2003 aumentó 6% el conocimiento de los métodos de planificación familiar modernos en las mujeres beneficiadas, en comparación con el grupo de control, aunque este conocimiento no se tradujo en el uso efectivo de los métodos anticonceptivos durante este periodo.
2. En relación con la frecuencia y oportunidad de la atención prenatal (ATP), se tiene que, en general, más de 82% de los embarazos del grupo de estudio recibieron esta atención. Además, en el análisis descriptivo se observó que aumentó la proporción de embarazos atendidos de 2002 a 2003. El número promedio de consultas de ATP fue mayor a 5, y más de 80% fueron realizadas por médicos en todos los grupos de estudio.
3. Los embarazos han tenido un seguimiento con la atención prenatal, la cual, a su vez, ha sido satisfactoria. Sin embargo, el incremento de dicha atención no ha estado acompañado por la calidad de la misma ni de otros exámenes médicos referentes al grupo sanguíneo, exploración de mamas, prueba de sífilis y orina.

5.4.4 Evaluación del aprendizaje: conocimientos y prácticas

El reto al que se enfrentaron los evaluadores para realizar este estudio fue la no homogeneidad de las encuestas urbana y rural (Encelurb 2003 y Encel 2003), pues lo que se mide es el impacto de las sesiones educativas para la salud, específicamente su impacto en los conocimientos adquiridos y la incorporación de éstos a la vida cotidiana.

Para este tema se realizan de manera conjunta el análisis cuantitativo y cualitativo, y esto fortalece los resultados obtenidos. La estrategia consistió en comparar a los grupos incorporados y a los no incorporados y, de la misma forma, éstos se compararon con los no asistentes.

Los conocimientos y prácticas se agruparon por índices temáticos: prácticas preventivas, cáncer de mama, cáncer cervicouterino, salud reproductiva, señales de alarma durante el embarazo y conocimientos en los jóvenes.



Teóricamente, los conocimientos y prácticas derivadas de las sesiones deberían ser mejor aprovechadas por quienes asisten de manera voluntaria, sin que medie la obligación o la motivación de los beneficios económicos como en el caso de la población incorporada al Programa, o como los que asisten de manera obligada y no tienen motivación por aprender.²⁴ Algunos resultados destacados del estudio son:

1. Se observó que el grupo de no incorporados en zonas de no intervención que no asiste a las pláticas tiene menores puntajes en casi todos los temas.
2. Se observó que los asistentes a las pláticas obtuvieron mayores conocimientos en casi todos los temas, independientemente si se encontraban incorporados o no al Programa, y se logró en ellos un efecto positivo de las sesiones.
3. Las mayores diferencias entre los incorporados y no incorporados se centraron en la consulta de revisión del niño sano, a la que asistieron 57% de los beneficiarios y menos de 16% en los demás grupos. El grupo de menor porcentaje fue el no incorporado que no asiste a las sesiones (7.46%).
4. En cuanto a la decisión de la mujer sobre el uso de métodos anticonceptivos en la pareja, y la decisión de fumar, la diferencia entre los diferentes grupos de asistentes no es estadísticamente significativa, pero sí lo es para las demás prácticas, como la asistencia a consulta preventiva, toma de Papanicolaou y control de la hipertensión.

Lo descrito anteriormente permite decir que las mujeres que asisten a las pláticas tienen mejores prácticas de salud que las mujeres del grupo de control, además de un mejor conocimiento de temas como salud reproductiva, vacunación y cuidado de los niños.

Por su parte, Gutiérrez analiza los comportamientos de riesgo en los adolescentes en dos tiempos, 2002 y 2003, por subgrupo de edad, tipo de localidad y sexo. Los resultados descriptivos mostraron que en los subgrupos de edad prácticamente no hay diferencias en las variables de interés, respecto del grupo de comparación e intervención al que pertenece la población estudiada. El rubro donde las diferencias son importantes corresponde al incremento en el consumo de tabaco conforme a la edad, que va de menos de 5% entre los adolescentes más jóvenes (10 a 14 años) hasta cerca de 40% en los adolescentes mayores (15 a 18 años), y con relación con el consumo de alcohol, la tendencia es similar: 2 y 17%, respectivamente.²⁵

Las variables en las que el Programa ha tenido impacto entre los jóvenes incorporados ha sido en la proporción de adolescentes (15 a 21 años) que han fumado alguna vez (4% menos) y en los adolescentes (15 a 21 años) que toman bebidas alcohólicas (2% menos).

Adicionalmente a este resultado con datos de 2003, se reportó que también hubo una reducción en el consumo de alcohol y en sus consecuencias inmediatas: menos violencia (3.2%) para el grupo de 15 a 21 años de edad, mientras que el impacto fue estadísticamente significativo en la mayoría de las variables en el grupo de 10 a 14 años.

Por último, en relación con los comportamientos de riesgo sexuales entre los adolescentes de las áreas urbanas, se tiene que para la mayoría de las variables resultado no se observa impacto alguno; sólo en el caso de la proporción de adolescentes que se declaran sexualmente activos, se observa 5% menos con respecto del grupo de comparación.

Finalmente, en cuanto a los conocimientos de adolescentes, los datos muestran que no hubo diferencias entre los que participan en el Programa y los jóvenes no incorporados, en relación con las medidas preventivas durante el embarazo, probabilidad de embarazo y cáncer cervicouterino. Los evaluadores indican que esto puede deberse a que existen otras fuentes de información a su alcance. Con esto se afianza la idea de que cuanto mayor sea el tiempo dentro del Programa tanto más grande será el impacto en el bienestar de las familias incorporadas.



VI. Alimentación



6.1 Antecedentes

La información más reciente sobre la situación nutricional de los niños menores de cinco años de edad y de las mujeres proviene de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 (ENN 1999).³⁰

Los resultados de la ENN 1999 muestran que son cinco los principales problemas de nutrición presentes en los menores de cinco años: a) la baja talla (17.8%), b) la anemia (27.2%), c) las deficiencias de hierro (52%), d) las deficiencias de zinc (33%) y e) alteraciones en el peso.

En relación con las mujeres en edad reproductiva, se detectó en la ENN 1999 que son cinco los problemas relevantes: a) las alteraciones en el peso, como sobrepeso (35.2%) y obesidad (24.4%); b) la prevalencia de anemia en mujeres no embarazadas (20%) y durante el embarazo (27.8%); c) las deficiencias de hierro (40.5%); d) las deficiencias de vitamina C (39.3%); y e) las deficiencias de zinc (25.3%).

Como uno de los objetivos de *Oportunidades* es mejorar la dieta y el estado nutricional de los grupos más vulnerables (los niños menores de cinco años y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia), se espera generar un impacto positivo en el peso y talla de los niños, así como eliminar las consultas por problemas de desnutrición severa en etapas tempranas de la vida para que en el futuro tengan un mejor estado de salud.

Las acciones encaminadas a este tema incluyen la impartición a las beneficiarias de sesiones educativas en salud con temas de dieta y nutrición, monitorear el crecimiento de los niños menores de cinco años con la asistencia a su consulta médica, otorgar los complementos alimenticios a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y a los niños de 6 a 24 meses de edad, así como a los niños de 2 a 5 años en estado de desnutrición.

La acción del componente alimentario de *Oportunidades* con mayor potencial para tener impacto en el estado nutricional de niños y mujeres es la distribución de Nutrisano y Nutrivida, complementos alimenticios que fueron desarrollados por expertos mexicanos, y que en su composición incluyen los nutrimentos que tienden a ser deficientes en las mujeres embarazadas y niños de nuestro país.

6.2 Impacto en zonas rurales

6.2.1 Estado nutricional

En el periodo marzo-noviembre de 1999 se observó un incremento atribuible al Programa de 12.2% en la proporción de niños (0 a 5 años) que fueron valorados en su crecimiento. Entre los hogares beneficiarios, el porcentaje de niños que fueron pesados y medidos se incrementó casi en 10% (de 80.9% en marzo a 88.9% en noviembre). En contraste, en los hogares pobres de las localidades de control el porcentaje no varió.¹⁷

Además, en los resultados reportados por Gertler se observó un incremento en las consultas para vigilar el estado nutricional en un rango de 30 a 60% para el grupo de edad de 0 a 2 años, y entre 25 y 45% para el grupo de 3 a 5 años.¹⁸

La evaluación del estado nutricional de la población objetivo en el mediano plazo comparó los indicadores nutricionales de 2003 en niños de 24 a 47 y de 48 a 71 meses de edad en los diferentes grupos de análisis: intervención temprana *versus* intervención tardía, e intervención temprana y tardía *versus* control 2003.³¹



Los resultados señalan que en 2003 no se observaron diferencias en la concentración de hemoglobina ni en la prevalencia de anemia en niños de 24 a 47 meses de edad, para los grupos de intervención temprana e intervención tardía. Asimismo, la prevalencia de anemia fue de 42.5% en los niños de 24 a 35 meses y de 30% en los niños de 36 a 47 meses.

En la comparación entre localidades de intervención temprana y tardía, el análisis mostró que no hubo diferencia en la concentración de hemoglobina ni en la prevalencia de anemia en los niños de 48 a 71 meses de edad de ambas localidades. No obstante, en los niños de 48 a 59 meses de edad de localidades de intervención temprana la concentración de hemoglobina fue mayor en 0.4 g/dl, y la prevalencia de anemia fue menor en 7.2 puntos porcentuales. Por último, se comparó el estado nutricional de los niños de las localidades incorporadas al Programa (temprana y tardíamente) *versus* las no incorporadas. El análisis de impacto mostró que en los niños de 60 a 71 meses de las localidades no incorporadas la concentración de hemoglobina fue 0.42 g/dl superior respecto de la de los niños de localidades incorporadas. En cuanto a la prevalencia de sobrepeso, ésta fue mayor en los niños de 48 a 59 meses de las localidades incorporadas que en las no incorporadas.

Respecto del impacto sobre la talla, los niños de 24 a 71 meses de edad de las localidades incorporadas crecieron en promedio 0.67 cm más que los niños de localidades no incorporadas, y la prevalencia de talla baja fue 17.4% menor en aquéllas que en estas últimas.

6.2.2 Desarrollo nutricional infantil

En esta sección se analiza si el desarrollo cognoscitivo y motor y el comportamiento social de los niños mejora después de 3 a 6 años de recibir los beneficios del Programa. En este análisis se incluyó a niños cuya incorporación se dio desde el periodo prenatal.³³

Para evaluar el posible impacto de *Oportunidades* en los indicadores precedentes, se utilizaron los datos de la Encel 2003 y las encuestas de localidad y de levantamiento biológico. Los resultados de la prueba cognoscitiva se presentaron por percentiles, género y grupo de tratamiento o de control. En esta prueba llama la atención que los beneficiarios de *Oportunidades* presentaron muy bajos niveles de desarrollo cognoscitivo en comparación con la población de control. Las pruebas aplicadas arrojaron que, en promedio, niños y niñas beneficiarios del Programa se ubican en el percentil 15 en la memoria de largo plazo, en el percentil 22 en la memoria de corto plazo, en el percentil 7 en integración audiovisual y en el percentil 17 en cuanto al vocabulario.³³

La estimación de impacto mostró que el Programa no parece tener efecto en el desarrollo cognoscitivo de los niños, ya que sólo uno de los 12 coeficientes de impacto fue significativo. Los estimadores puntuales que se obtuvieron fueron 5% mejores en los niños incorporados al Programa en las cuatro pruebas; sin embargo, la muestra fue pequeña y por ello no se puede determinar si el efecto es estadísticamente significativo.

En relación con las habilidades motoras, se determinó que los niños del grupo de tratamiento mejoraron significativamente sus habilidades motoras 15% respecto del grupo de control; en las niñas, el incremento fue de 10 por ciento. En comportamiento social las niñas tienen mejores resultados, reduciendo los problemas de comportamiento en 9%; en los niños, el estimador fue positivo pero no significativo.³³

Finalmente, no hay evidencia consistente de los beneficios potenciales de ser incorporado al Programa durante el periodo prenatal, es decir, sí existe ventaja en términos del desarrollo infantil al iniciar los apoyos de *Oportunidades* en el periodo prenatal en comparación con recibirlos en los primeros dos años de vida. Sin embargo, no debe sobrestimarse este resultado porque el diseño del Programa no lo consideró. No obstante, si se reportaran resultados positivos sería un efecto indirecto de la existencia del Programa.

6.3 Impacto en zonas urbanas

Se presenta la evaluación de impacto de *Oportunidades* a corto plazo, esto es a dos años de exposición al Programa, en el estado nutricional de niños menores de 4 años de edad y de mujeres en edad reproductiva en zonas urbanas de México.³⁴

La evaluación de impacto del estado nutricional se realizó principalmente a partir del análisis de dos estudios realizados por el INSP: a) las Encelurb y b) el Estudio de Consumo de Suplementos y Consumo Dietético.

En el cuadro 6.1 se presenta un resumen de los indicadores utilizados para la evaluación de efectos del Programa, el grupo de edad en los que se observaron y el estudio del que provienen los datos.

6.3.1 Estado nutricional del niño

La pertenencia al Programa tiene efectos significativos, pues los resultados mostraron un aumento en la talla de los niños. Los que tenían menos de seis meses antes de implementar el Programa miden, en promedio, 1 cm más y pesan, en promedio, 0.5 kg más. Asimismo, la pertenencia al Programa se asocia con un impacto en la prevalencia en la talla baja, lo cual se observa en el cuadro 6.2.³⁴

EFFECTOS ESTUDIADOS	POBLACIÓN Y EDAD	INDICADOR UTILIZADO	ESTUDIO ANALIZADO
Crecimiento	Niños de 6 a 24 meses de edad en 2002, con medición en 2004	<ul style="list-style-type: none"> Talla (cm) y talla en relación con la edad Peso (kg) y peso en relación con la talla 	Encelurb 2002 y 2004
Estado de micronutrientos	Niños de 6 a 36 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> Zinc sérico Hierro (ferritina y receptor de transferina) Vitamina A (retinol sérico) 	Estudio de Consumo de Suplementos y Consumo Dietético
Estado de hierro y anemia	Niños de 2 a 4 años de edad	<ul style="list-style-type: none"> Concentración de hemoglobina Prevalencia de anemia 	Encelurb 2002 y 2004
Práctica de lactancia materna	Niños menores de 36 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> Iniciación de la lactancia Duración de la lactancia materna exclusiva (*) Duración total de la lactancia 	Encelurb 2002 y 2004
Consumo dietético habitual	Niños de 6 a 36 meses de edad	Consumo habitual de energía y micronutrientos selectos proveniente de la dieta en el hogar	Estudio de Consumo de Suplementos y Consumo Dietético
Diversidad dietética	Niños de 2 a 4 años de edad	<ul style="list-style-type: none"> Número de alimentos consumidos Frecuencia de consumo de alimentos 	Encelurb 2004
Consumo de complemento	Niños de 6 a 36 meses de edad	Consumo habitual neto de energía y micronutrientos selectos proveniente de Nutrisano	Estudio de Consumo de Suplementos y Consumo Dietético
Anemia en mujeres	Mujeres no embarazadas en edad reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> Concentración de hemoglobina Prevalencia de anemia 	Encelurb 2002 y 2004
Peso en mujeres	Mujeres no embarazadas en edad reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> IMC Prevalencia de sobrepeso y obesidad 	Encelurb 2002 y 2004

CUADRO 6.1

Descripción de los indicadores utilizados para la medición de efectos³⁴

* Alimentación al seno materno, sin recibir otros alimentos ni líquidos diferentes a la leche humana.

**CUADRO 6.2**

Impacto estimado de *Oportunidades* sobre la prevalencia de talla baja³⁴

EDAD DEL NIÑO EN LA LÍNEA BASAL (2002)	N	PREVALENCIA BASAL (2002) (%)	PREVALENCIA ESTIMADA AL CONSIDERAR EL IMPACTO DEL PROGRAMA (2004) (%)
<24 meses	431	22.8	17.2
<12 meses	204	13	7.5
< 6 meses	94	6.5	2.9

Los impactos asociados con la concentración de zinc, hierro o vitamina A en suero no presentaron cambios significativos entre los niños incorporados o no al Programa. Sin embargo, al considerar sólo al grupo de beneficiarios que reportaron consumir el complemento Nutrisano, éstos registraron un mejor estado de hierro y vitamina A que los que no lo consumen.

Por otra parte, los impactos asociados con la concentración de hemoglobina determinaron que la pertenencia al Programa también logró resultados positivos en este aspecto. Los niños de 24 a 35 meses incorporados al Programa presentaron una mayor concentración de hemoglobina (0.3 g/dl). Sin embargo, el impacto no provoca un cambio en la prevalencia de anemia en este grupo de edad, pues continuó siendo de 12%, mayor a la deseable en estos niños.

6.3.2 Impacto de la lactancia materna en el estado nutricional de los niños

En el estudio de 2006 se realiza un análisis de variables que tienen un impacto potencial en el estado nutricional de los niños. De esta manera, en esta sección se revisa la importancia de que los niños tengan un periodo considerable de lactancia. De acuerdo con la OMS, se debe promover la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida de los niños.³⁴ Al respecto, el Programa pone especial énfasis en este tema en las sesiones educativas de salud a las madres beneficiarias.

Se sabe que aproximadamente 95% de las madres inicia el periodo de lactancia materna sin evidencia de que esta decisión sea influida por el Programa. Sin embargo, se analizó el impacto de estas prácticas en niños que reciben o no los beneficios del Programa. Para esto se evaluaron la duración de la lactancia materna y la proporción de niños que nunca la recibieron, con base en la Encelurb 2002 y 2004.

El análisis de impacto mostró que no se observan diferencias estadísticamente significativas en la duración de la lactancia materna entre ambas muestras (con y sin *Oportunidades*) en 2002. En 2004, existe una tendencia hacia una menor duración de la lactancia materna en el grupo con *Oportunidades*.³³

En relación con la duración de la lactancia, ésta fue de aproximadamente nueve meses en la muestra transversal de 2002 y de 15 meses en la muestra de 2004. Se observó que la duración de la lactancia materna exclusiva fue de aproximadamente 2.5 meses para ambos grupos. Esto resulta preocupante por los múltiples beneficios que provee la leche materna al infante y consecuentemente se sugiere prolongar esta práctica; entre los beneficios se cuentan el fortalecimiento del sistema inmunológico, el mejoramiento de la relación entre la madre y el hijo y una menor exposición a contaminantes. Aunque no se encontró evidencia fuerte de que el Programa genere una menor duración de la lactancia materna, sí se detectó que la entrega de Nutrisano está teniendo un impacto negativo en el fomento de esta práctica.³³

6.3.3 Desarrollo del niño

Como resultado de las deficiencias de micronutrientes, en cualquier etapa de la vida se pueden presentar consecuencias funcionales. Para el caso específico de los niños menores de cinco años, la deficiencia de

estos micronutrientes (hierro, zinc, ...) está asociada a efectos negativos en el crecimiento y en el desarrollo motor y cognoscitivo. De tal forma, tanto la anemia como la baja talla están asociadas con retardo en el desarrollo cognoscitivo y con elevadas tasas de morbilidad y mortalidad en la niñez, situación que a largo plazo puede convertirse en una menor capacidad física e intelectual en la edad adulta.

En los resultados de impacto no hubo diferencia estadísticamente significativa en la concentración de hemoglobina al comparar, por su condición de incorporación, a los niños de 6 a 23 meses de edad en julio-agosto de 2003. Tampoco hubo diferencia en la prevalencia de anemia, pero los resultados precedentes varían cuando se estima el impacto, al utilizar la muestra longitudinal respecto del consumo de los complementos. Este se realizó en cuatro etapas en las que intervinieron niños que se benefician del Programa y los que pertenecen al grupo de control.³¹

El análisis así propuesto reporta que en la etapa I la concentración de hemoglobina no varió en ambos grupos, pero en la etapa IV la concentración de hemoglobina se incrementó en 0.5g/dl en las localidades de intervención, mientras que en el grupo de no intervención no se registraron cambios. En relación con el peso para la talla en la etapa I, en las localidades de intervención 97% de los niños tuvieron el peso adecuado para su talla y, respecto del peso para la edad, en la misma etapa más de 80% de los niños observó un peso adecuado, mientras que en la etapa IV no hubo diferencias entre ambos grupos.

La medición de la adquisición de lenguaje se realizó con la prueba Child Development Index (CDI), se encontró que no hubo diferencia en los puntajes de la prueba CDI entre niños con y sin anemia. Sin embargo, los varones sin anemia tuvieron puntajes significativamente mayores que los varones con anemia. En cambio, no hubo diferencia en los puntajes de las pruebas aplicadas entre niñas con y sin anemia. Asimismo, no se observaron diferencias en el puntaje de la prueba entre niños y niñas analizadas por condición de intervención.³¹

6.3.4 Consumo de complementos alimenticios

El Programa busca mejorar el estado nutricional de los niños; por ello la inclusión de los complementos alimenticios diseñados para corregir las deficiencias de nutrientes, específicamente hierro, zinc, y vitaminas A y C. Desde la concepción misma del Programa se consideró otorgar complementos alimenticios, no sólo para aminorar la prevalencia de anemia en los menores de cinco años, sino también para complementar su alimentación, misma que refleja buena parte del estado de salud de los individuos.

Conviene recordar que el complemento alimenticio se distribuye a los niños más vulnerables desde el punto de vista nutricional, quienes van de los 6 a los 23 meses de edadⁱ y a los de 24 a 59 meses de edad con peso bajo. El complemento les provee la totalidad de requerimientos diarios de varios micronutrientes y de energía (20%) que necesitan.

Para evaluar el patrón de consumo de los complementos alimenticios de los beneficiarios de las zonas urbanas, se efectuó un estudio longitudinal en un grupo de niños entre 6 y 23 meses de edad en 2003 y de sus madres en periodo de lactancia, incluyendo sólo a los que pertenecían a las zonas de intervención. El estudio se realizó a lo largo de un año, en cuatro etapas. En cada una de ellas se recolectó información a través de cuestionarios sobre el consumo dietético de niños y madres en periodo de lactancia.

Los resultados obtenidos muestran consistencia en el consumo del complemento y el no consumo fue sólo porque no lo recibieron. Es preciso destacar que en la primera etapa, el porcentaje de niños que no recibió el complemento fue de 44.9%, porcentaje que se incrementó en la etapa IV a 64.5 por ciento. De la mitad de los niños que lo consumieron al menos una vez en las dos semanas anteriores, 66.4% lo hizo de manera regular.³⁰

ⁱ Conviene precisar que desde 2006, el complemento se entrega a niños de 6 a 23 meses de edad. Anteriormente, se entregaban a los niños beneficiarios a partir de los cuatro meses de edad.



Se observó también que en los niños de 6 a 36 meses de edad, el consumo de Nutrisano no resulta en el aumento de energía y proteínas debido a la existencia de un efecto sustitución por la cantidad similar de proteínas y energía proveniente de los alimentos que consumen los niños de manera habitual.

Se debe considerar también que el aprovechamiento de los nutrientes del complemento depende del modo en que éste se prepare. Al respecto, conviene precisar que *Oportunidades* indica cómo debe prepararse para que se aprovechen al máximo los micronutrientes. Sin embargo, sólo 57% de las familias lo prepara siguiendo las indicaciones, mientras que 43% agregó azúcar, leche o ambos. Por su parte, en las mujeres en periodo de lactancia estudiadas, 60% prepara el complemento según las indicaciones del Programa.

Se observó que aproximadamente 50% de los niños de 6 a 23 meses de edad consumen el complemento alimenticio por lo menos una vez por semana. Mientras que entre los niños de 24 a 36 meses que presentaron algún grado de desnutrición, sólo 30% reportó haberlo consumido. No obstante, la mediana del consumo diario del complemento de la población objetivo es de 20 gramos, lo cual es menor a la recomendación (44 gramos).³⁰

En relación con las mujeres en periodo de lactancia, aproximadamente 25% reportó haber consumido el complemento, porcentaje que se vio disminuido en la etapa III al sólo reportar que lo consumieron el 11.3 por ciento.

Respecto del seguimiento de los beneficios acerca del consumo de Nutrisano, en la última evaluación de impacto del Programa (2006) se analizó el consumo dietético en niños con y sin *Oportunidades*, además de cuantificar el consumo total y el consumo neto del complemento.³⁴

La información analizada proviene del Estudio de Consumo de Suplementos y Consumo Dietético (Submuestra 2003), al tomar en cuenta únicamente a los niños que reportaron haber consumido el complemento el día anterior. Si el niño participó en las cuatro etapas de este estudio y se logró hacerle dos entrevistas en cada etapa, se obtuvo información de ocho días de consumo del alimento. A los niños se les clasificó por edad en grupos de 6 a 11 meses, de 12 a 17 meses, de 18 a 23 meses y de 24 a 36 meses, y para cada grupo se determinó el consumo total de nutrimentos y la contribución de éste a la dieta.

Además, en los resultados de impacto se dividió a la población en tres grupos: niños de hogares sin *Oportunidades*, niños de hogares con *Oportunidades* que reportaron haber consumido Nutrisano el día previo y niños de hogares con *Oportunidades* que no reportaron consumir Nutrisano el día previo. El análisis de impacto mostró que no se observa un patrón claro de la contribución del complemento al total de energía consumido por grupo de edad. La energía proveniente de la dieta habitual fue mayor en el grupo sin *Oportunidades* versus el grupo con *Oportunidades* en niños de los grupos de edad antes mencionados.³⁴

CUADRO 6.3

Número de niños que informaron consumir y preparar el complemento de manera adecuada, por número de etapas en que lo consumieron y prepararon adecuadamente³⁰

	NÚMERO DE ETAPAS EN QUE SE CONSUMIÓ Y PREPARÓ ADECUADAMENTE (DE UN POTENCIAL DE 4)					TOTAL*
	4	3	2	1	0	
Consumió el complemento durante la semana previa	5**	5	19	25	7	61
Preparó el complemento adecuadamente***	0	1	3	5	52	61

* Niños que tenían menos de 23 meses de edad en las cuatro etapas de estudio, ya que son los que necesariamente debían recibir el complemento

** Datos informados por el número de niños (ejemplo: cinco niños reportaron haber consumido el complemento durante la semana previa en las cuatro etapas de estudio; de ellos, ninguno (0) lo preparó de manera adecuada

*** Se considera que el complemento se preparó adecuadamente cuando se empleó sólo agua más complemento y con la cantidad adecuada de éste (44 gramos)

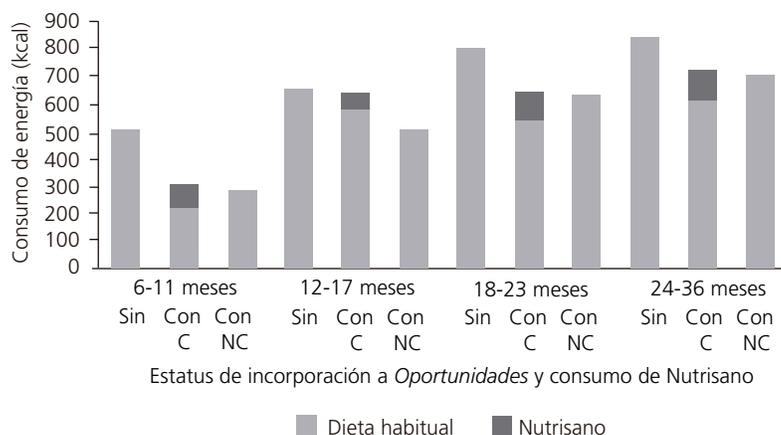


FIGURA 6.1
Consumo de energía* proveniente de la dieta habitual y Nutrisano en niños de 6 a 36 meses de edad de hogares con y sin *Oportunidades*³⁴

* Se presenta el consumo de energía para los niños sin y con *Oportunidades*. El grupo con *Oportunidades* está dividido entre los que reportaron haber consumido Nutrisano (C) y los que reportaron no haberlo consumido (NC)

Al incluir el consumo del complemento Nutrisano para los niños que reportaron haberlo hecho, el grupo con *Oportunidades* alcanzó una media de consumo similar al grupo sin *Oportunidades* solamente en el subgrupo de 12 a 17 meses de edad, aunque eso parece ser causado en gran medida por un mayor consumo de energía proveniente de la dieta que debido a la contribución del complemento (figura 6.1).

En los otros grupos de edad, el consumo total de energía en niños de hogares con *Oportunidades*, aun incluyendo la contribución de Nutrisano, sigue por debajo del consumo de energía en niños de hogares sin *Oportunidades*. Así, en ningún grupo de edad se observa una contribución neta de energía proveniente de Nutrisano.³⁴

En otros resultados, el consumo de ácido fólico es más alto en los niños de mayor edad, excepto en el grupo de 12 a 17 meses; por lo tanto, el consumo del complemento resulta en una contribución neta de ácido fólico. También, el consumo de vitamina A proveniente de la dieta habitual es mayor en niños sin *Oportunidades*, el consumo de Nutrisano resultó en una contribución neta del consumo de vitamina A, excepto para los niños de 6 a 11 meses de edad.

En general, los complementos que entrega *Oportunidades* son en gran medida aceptados. Sin embargo, su consumo individual está por debajo de lo recomendado, pues hay evidencia que muestra que, en el caso de Nutrisano, los niños no consumen la cantidad recomendada pues las madres lo reparten entre los demás integrantes de la familia. Lo mismo sucede con el complemento Nutrivida, cuyo consumo es exclusivo de las mujeres embarazadas y en lactancia.

6.3.5 Estado nutricional de las mujeres

En la evaluación de 2006 se reporta el impacto del Programa en el estado nutricional de las mujeres en edad reproductiva, grupo propenso a desarrollar anemia por las constantes pérdidas de hierro.³⁴ Conviene recordar que el Programa tiene como objetivo disminuir la prevalencia de anemia al proporcionar acceso al consumo de alimentos ricos en vitaminas y minerales a través de las transferencias monetarias, al impartir las sesiones educativas de salud y a través del consumo del complemento Nutrivida. De manera que el estudio se dirige a evaluar el impacto en la concentración de hemoglobina, la prevalencia de anemia en el grupo de mujeres no embarazadas, el IMC y la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Para ello, se utilizaron las muestras de la Encelurb 2002 y 2004.



Los resultados de dicho análisis mostraron que la prevalencia de bajo peso, definido como IMC menor a 18.5 kg/m², fue menor a 2% en la población con y sin *Oportunidades* y no se detectó diferencia en la prevalencia entre ambos grupos de comparación.

En la Encelurb 2002, la prevalencia combinada de sobrepeso (IMC de 25.0 a 29.9 kg/m²) y la obesidad (IMC igual o mayor de 30.0 kg/m²) fue de aproximadamente 59%, mientras que en 2004 dicha prevalencia aumentó alrededor de 3% y no fue diferente entre ambos grupos de comparación. Finalmente, el promedio de IMC incluyendo a todas las mujeres aumentó 0.7 kg/m² más en las mujeres incorporadas al Programa que en las no incorporadas.

En el análisis no se observó ningún efecto del Programa en la concentración de hemoglobina en las mujeres, resultado que puede ser debido a que la muestra es pequeña. Sin embargo, se encontró que la prevalencia de anemia en las mujeres de la muestra de 2004 resultó ser considerablemente menor a la obtenida para la muestra de 2002 (aproximadamente 30%).

6.4 Aspectos cualitativos vinculados a la alimentación

Un aspecto estudiado en la evaluación cualitativa del componente alimentación del Programa es la relacionada con el estudio del complemento alimenticio; en particular, sobre la percepción de los beneficiarios respecto de la entrega de los complementos. En la evaluación de impacto de 2005 en zonas urbanas se realizaron entrevistas con los actores claves como médicos, enfermeras, vocales y beneficiarias a quienes se les cuestionó sobre los procesos de distribución, entrega y uso de Nutrisano.³⁶

La información recabada de las entrevistas mostró que la mayoría de las beneficiarias recibieron el complemento cuando cumplían con los lineamientos establecidos en las Reglas de Operación. En lo referente a la disponibilidad de Nutrisano no se detectaron problemas, pues en la mayoría de los centros de salud se reportó que la entrega fue en el periodo programado, aunque se presentaron algunos problemas ocasionales de retraso en la misma.

Conviene precisar que además de la entrega oportuna del complemento, el personal de salud dedica una de las sesiones educativas a explicar a las beneficiarias la manera en la que se debe preparar el complemento, haciendo énfasis en tres aspectos: la forma de preparación, a quién se le debe dar y los beneficios esperados dado su consumo. No obstante estas indicaciones, el consumo de Nutrisano no es el adecuado, pues se reportó que éste se consume cada dos o tres días a la semana a causa del consumo que se hace a lo largo del día y por la repartición intrafamiliar.

Finalmente, la percepción sobre los beneficios del complemento por parte de las beneficiarias es que ayuda a mejorar la salud de sus hijos e influye positivamente en el gasto familiar en alimentos. El Programa, en este caso, logra el objetivo de enseñar a las madres las ventajas de consumir el complemento, y lo importante que es el consumo en las cantidades y la frecuencia adecuada. Por lo tanto, es de vital importancia la participación de las madres de familia en la vigilancia del estado nutricional de los integrantes del hogar, especialmente el porqué de la focalización hacia un grupo de edad en particular, pues el seguir las indicaciones y lineamientos establecidos por el Programa permitirá lograr resultados más sólidos.

7.1 Migración

7.1.1 Zonas rurales

Algunos de los estudios hechos alrededor de *Oportunidades* contemplan el aspecto de la migración y la influencia que el Programa ha tenido sobre este tema. Es importante analizarlo, ya que el bienestar de los beneficiarios depende en gran medida de la composición familiar y los arreglos alrededor de ésta. En la literatura se han planteado algunos de los efectos que el Programa podría tener. Por un lado *Oportunidades* otorga la posibilidad de mayores ingresos que permiten el desdoblamiento de familias, es decir, formar nuevos hogares o el acogimiento de miembros de la familia extendida. Por otra parte, el Programa puede crear incentivos para que los miembros busquen nuevas oportunidades de trabajo o migren para continuar sus estudios, ya que en la mayoría de las comunidades pobres no hay facilidades para continuar con la educación media superior y superior. También es posible que muchas de las familias no migren a nuevas comunidades para así poder mantener los apoyos que reciben.

Los estudios que tratan este aspecto social son los siguientes. El primero, titulado “La Evaluación de los impactos de Progresá sobre los hogares: Encuestas de Evaluación (Encel)”, fue realizado por Parker y Scott en el año 2001. Esta evaluación utiliza información recabada desde 1997 hasta 2000 por medio de la Encaseh y la Encel. Éstas fueron aplicadas alrededor de cada seis meses, con información de cerca de 24 077 familias, de antes de la implementación del Programa Progresá, de cuando el grupo de tratamiento ya había sido incorporado (1998) y de cuando el grupo de control fue incorporado (2000).⁶

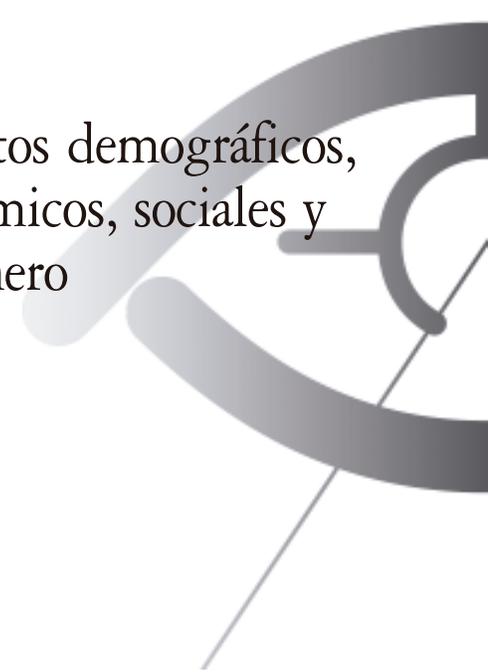
El segundo estudio, “Efecto de *Oportunidades* sobre la dinámica demográfica de los hogares beneficiarios y las decisiones de migración de sus integrantes, en localidades rurales”, fue elaborado por Rubalcava y Teruel.³⁷ En esta evaluación se utiliza la información que brinda la Encaseh 1997 acerca de las familias antes de que se pusiera en marcha el Programa, y la Encel 2003, la cual contempla a las mismas familias encuestadas desde el inicio y un nuevo grupo de control que para 2003 no había sido incorporado al Programa.

La evaluación de Parker y Scott revela que los porcentajes de migración son menores para los miembros del Programa, en ese entonces llamado Progresá, que eran jóvenes de 11 a 16 años con 5 a 8 años de escolaridad. Lo anterior sugiere que no es más alta la probabilidad de migrar por parte de los beneficiarios de *Oportunidades*. En el llamado grupo de tratamiento, aquellas familias que entraron al Programa en 1997, 21.8% de los hombres y 26% de las mujeres dejaron el hogar de origen de 1997 a 2000. Mientras que en el grupo de control, aquellas familias que fueron incorporadas a Progresá dos años más tarde, presentaron una tasa de migración del 22.6% para los hombres y del 27.5% para las mujeres. Para explicar las diferentes razones por las cuales los jóvenes migraron del hogar se contó con información de 600 de los 3 mil jóvenes que salieron del hogar. Los resultados mostraron que es más probable que los jóvenes del grupo de tratamiento dejen el hogar al buscar trabajo, mientras que aquellos en el grupo de control es más probable que migren por motivos de matrimonio. Aunque en ambos casos los resultados no son contundentes.⁶

La evaluación realizada con base en información sociodemográfica de 1997 a 2003 revela que hubo cambios en la composición demográfica del hogar y en la migración.³⁷ En este caso se encontró que los jóvenes de 7 a 21 años, hijos o hijas del jefe del hogar, son en promedio 2 pp más propensos a dejar el hogar debido a las transferencias. En congruencia con este resultado también se observó que los nietos y nietas de 0 a 7 años que se encontraban presentes en 1997 tienden en 0.16% a no habitar más con su abuelo (el jefe del hogar) después de cinco años de recibir la ayuda del Programa en comparación con el

VII.

Aspectos demográficos, económicos, sociales y de género





grupo de control. Otro resultado es que los hogares con *Oportunidades* han aumentado en su tamaño al brindar casa a miembros de la familia extendida.

El estudio también reveló que 8% más de las mujeres y 3% más de los hombres miembros de *Oportunidades* emigraron de su comunidad con el objeto de formar una nueva familia. En el caso de buscar trabajo el porcentaje es mayor para los hombres en 5.5 pp adicionales respecto de las mujeres, mientras que la migración por motivos de estudios es más importante para aquellos beneficiarios que tenían de 7 a 12 años de edad en 1997.

Asimismo, Rubalcava y Teruel señalan que los jóvenes de 13 a 21 años presentan una probabilidad 2% mayor de migrar a otra entidad federativa o a Estados Unidos, en comparación con el efecto observado en la probabilidad promedio de los demás miembros del hogar. Sin embargo, *Oportunidades* reduce en 0.5 pp la migración de mujeres hacia Estados Unidos en comparación con los hombres integrantes del hogar.³⁷

7.2 Trabajo

El objetivo del Programa es reducir la pobreza. Uno de los factores importantes que disminuyen la vulnerabilidad de las familias son los empleos seguros y bien remunerados. A través de un avance en la educación y la preparación, se cree que *Oportunidades* puede mejorar las condiciones y el nivel de vida de los beneficiarios.

Los estudios que tocan este tema y analizan el impacto potencial dados los efectos a largo plazo que se pueden observar son el ya mencionado realizado por Parker y Scott y la evaluación cualitativa realizada por Escobar y González de la Rocha.^{6,14} Esta última evaluación se hizo con base en el análisis de los cambios registrados en algunos hogares de seis comunidades semiurbanas de 2 500 a 50 mil habitantes incorporadas al Programa en septiembre de 2001, este año se les visitó para realizar una evaluación basal y en 2002 se realizó una evaluación de seguimiento. De igual forma, otros estudios que tocan este tema son los realizados en el año 2004 en zonas rurales por Parker y colaboradores,⁹ y en zonas urbanas por Todd y colaboradores.¹² Asimismo, Behrman y colaboradores evalúan el impacto a corto plazo de *Oportunidades* en familias urbanas beneficiarias del Programa para los años 2003 y 2004 (uno y dos años después de la implementación del mismo en las comunidades urbanas) en relación con el trabajo de los becarios de *Oportunidades*.¹³

7.2.1 Zonas rurales

En la primera evaluación realizada, los jóvenes que se habían beneficiado de Progresá, con un mayor número de años de escolaridad, seguían en la escuela, por lo que el impacto en el ingreso laboral es insignificante dado la poca diferencia en la escolaridad de aquellos que ya no asistían a la escuela.⁶

Más adelante se comenta que el Programa podría tener dos efectos importantes en relación con el trabajo: por un lado, por pasar más tiempo en la escuela las horas trabajadas por niños y jóvenes pueden disminuir, y por el otro, mayores niveles de educación pueden traer mejores empleos y mejores remuneraciones. La evaluación de mediano plazo en áreas rurales de Parker y colaboradores refleja que el mayor impacto se da en los niños en relación con el primer efecto, ya que *Oportunidades* reduce la probabilidad de trabajar de los niños que tenían 10 y 14 años de edad en 1997 (16 y 20 en 2003) en alrededor de 35 y 29 por ciento. Para estos niños se reduce en mayor proporción la probabilidad de participar en el trabajo agrícola. Para las niñas no se encuentra un impacto importante en el trabajo, ya que antes de la introducción del Programa, la tasa de participación de las mismas en el mercado de trabajo era menor, con la excepción de su participación en las tareas domésticas.⁹

7.2.2 Zonas urbanas

En los primeros estudios en el sector urbano, se encontró que en relación con el trabajo infantil (niños hasta 14 años) no hubo cambios importantes. Si bien la permanencia y asistencia escolar aumentó en el periodo



estudiado (2001-2002), el trabajo se quedó constante. Esto es explicado por los autores Escobar y González de la Rocha en su evaluación cualitativa, debido a una intensificación de la jornada de los niños y por negociaciones en el hogar y en la escuela.¹⁵ El trabajo masculino y femenino se comportó de manera similar, ya que no se encontró una diferencia entre ambos a raíz del Programa. Uno de los resultados más importantes muestra que el cumplimiento de las corresponsabilidades por parte de los beneficiarios hace que se pierdan horas importantes de trabajo para los padres, con las cuales podrían ganar dinero. La razón por la pérdida de tiempo en estos casos son los sistemas de “ficha y espera” en los centros de salud, en donde los adultos tienen que esperar mucho tiempo para ser atendidos. Este problema es más frecuente en las mujeres que tienen que llevar a sus hijos a consultas o pláticas. Las soluciones que se han encontrado para este problema son sistemas más flexibles y tolerancia con los adultos que se encuentran sanos. En este estudio, en realidad no se encontró un cambio en las formas de empleo o en los salarios que permita afirmar que el Programa ha disminuido la vulnerabilidad, si bien estos efectos tienen que verse en el largo plazo.

Por otra parte, la evaluación de carácter cuantitativo de Todd y colaboradores, que analiza los efectos después de participar un año en el Programa, encontró resultados similares a aquellos en las zonas rurales en lo que se refiere a los diferentes efectos que podría tener el Programa en el trabajo de los beneficiarios.¹² En los niños se encuentra una disminución importante en el porcentaje de aquellos de 12 años que trabajan. Al igual, para los hombres de 19 y 20 años se observó una reducción de 48.6% en la proporción de aquellos que trabajan. Mientras que para las niñas, aunque se encontraron impactos de menor magnitud, destaca el hecho de que para aquellas entre 15 y 18 años se vio disminuida la proporción de trabajo en 36.7 por ciento.

Los impactos del Programa en el trabajo de niños y jóvenes también fueron analizados por Behrman y colaboradores en un estudio que analiza el impacto de corto plazo (1 y 2 años) de participar en el Programa en las zonas urbanas.¹³ La evaluación muestra que *Oportunidades* disminuyó el porcentaje de niños entre 12 y 14 años en alrededor de 8% en el primer año y de 12 a 14% en el segundo año. En el caso de las mujeres, sólo se da un impacto para aquellas de 15 a 18 años de edad reduciendo el porcentaje que trabajan en 11% sólo en el primer año.

7.3 Pobreza monetaria

El estudio realizado por Susan Parker y John Scott en 2001 revela que la asignación de las transferencias monetarias se distribuye de manera congruente en relación con las necesidades estatales. Los seis estados más pobres, que albergan 53.45% de la población económicamente activa (y cuyos ingresos son iguales o menores a un salario mínimo), recibían en ese entonces 53.6% de los apoyos monetarios. Sin embargo, esta buena asignación de los recursos no conlleva reducir la pobreza monetaria que, a consideración de los autores, es uno de los objetivos principales del Programa. Como caso particular se menciona a Chiapas, el segundo estado que más recursos recibió y, sin embargo, presentó la contribución más pequeña en cuanto a reducción de la pobreza monetaria en el periodo de estudio (gráfica 7.1).⁶

7.4 Ingresos

7.4.1 Zonas rurales

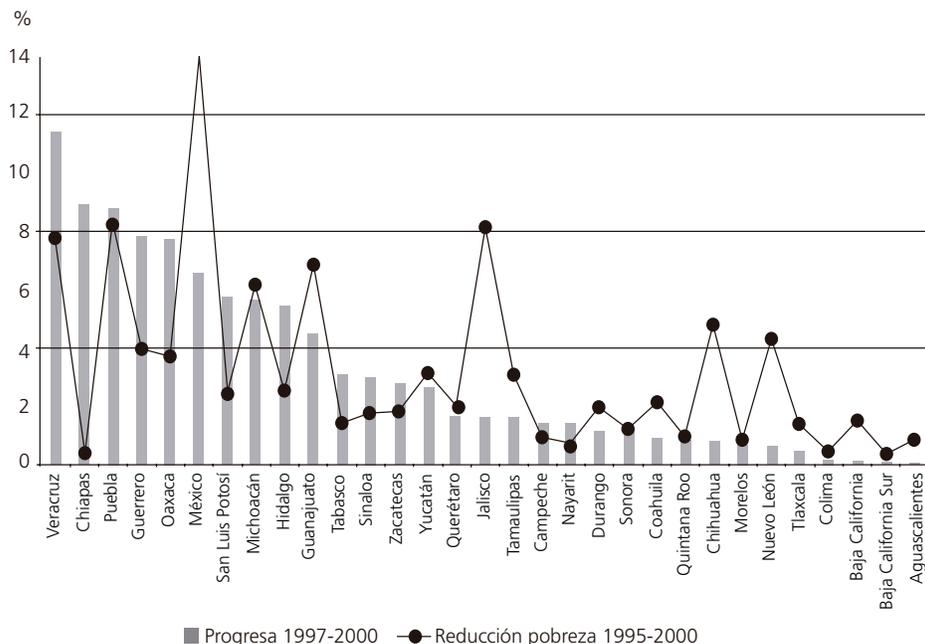
En el estudio realizado por Luis Rubalcava y Graciela Teruel denominado “Análisis sobre el cambio en las variables demográficas y económicas de los hogares beneficiarios del Programa Oportunidades”, se realizó la evaluación de diferentes características sociales y económicas que comprende el periodo de 1997 a 2002.³⁸ En esta evaluación se utilizó información de 102 143 hogares del periodo base a partir

de las Encaseh de los años 1997, 1998 y 1999, e información del periodo de recertificación (un cuestionario muy similar al de las Encaseh), en el cual fueron levantadas las encuestas de características socioeconómicas de los hogares para los años 2000, 2001 y 2002. En este estudio se clasificó a las diferentes familias beneficiarias del Programa, como pobres o no pobres, de acuerdo con la primera y segunda entrevista. Se hicieron cuatro grupos para mostrar los resultados, aquellos que se clasificaron como pobres en 1997 y también en 2002 (P-P), los clasificados como pobres y luego no pobres (P-NP), aquellos que se clasificaron como no pobres y luego como pobres (NP-P) y, por último, aquellos que en las dos ocasiones se clasificaron como no pobres (NP-NP). Uno de los indicadores evaluados fue el cambio en los ingresos. Los resultados reflejan que para los cuatro grupos anteriores a lo largo del periodo el promedio del ingreso total del hogar aumentó de 1 619 a 1 943 pesos mensuales, aunque el grupo que experimentó el mayor aumento fue el NP-NP, con un incremento del 37.4 por ciento. Después siguió el grupo que pasó a ser no pobre con un incremento de 17.8%, mientras que el grupo P-P mostró un incremento en su ingreso promedio mayor que el grupo NP-P. El ingreso per cápita se comportó de manera similar con tasas de crecimiento de 42% para el grupo NP-NP, de 44.3% para el grupo P-NP, de 27.7% para el grupo P-P y de 10.1% para el grupo NP-P.

7.4.2 Zonas urbanas

La evaluación cualitativa de Escobar y González de la Rocha se basó en información recopilada en seis zonas urbanas que comprenden desde la más pobre a la menos pobre de las incluidas en la Encelurb 2002.¹⁴ El estudio se aplicó de 6 a 10 meses después de que cada una de ellas fue incorporada al Programa. La evaluación mostró que las transferencias cambian el ingreso de los hogares, con lo que las familias tienen una mejor capacidad de gasto para las necesidades esenciales. El impacto, explican los autores, no es directo de las transferencias pero tiene un efecto positivo, ya que disminuye la vulnerabilidad en el corto y largo plazo. En este mismo estudio se analizó también la seguridad, previsibilidad y constancia de los ingresos mínimos. Se encontró como efecto positivo el hecho de que la reducción de las variaciones bruscas en el ingreso hace posible planear gastos e inversiones en activos, prescindir del fiado, realizar pagos puntuales y obtener una mejoría en las condiciones de compra. Como efecto negativo se encontró que algunos comerciantes suben los precios en las fechas de entrega de las transferencias.

FIGURA 7.1
Contribución de los estados a la reducción de la PEA con 1 salario mínimo o menos⁶





GRUPO	INCREMENTO EN EL INGRESO	INCREMENTO EN EL INGRESO PER CÁPITA
NP-NP	37.4	42
P-NP	17.8	44.3
NP-P		10.1
P-P		27.7

CUADRO 7.1
Incremento en los
ingresos (%)³⁸

7.5 Vivienda

7.5.1 Zonas rurales

En el estudio de los autores Rubalcava y Teruel se encontró que un mayor número de los hogares incorporados desde el principio al Programa que fueron sujetos al proceso de recertificación contaban con agua, electricidad, baño, techo de loza y piso firme.³⁸ En lo que se refiere a los baños con agua corriente, se registró una disminución en la proporción de hogares con este servicio. Esta disminución se encontró principalmente en los hogares que pasaron a ser pobres (NP-P), hogares que también mostraron una disminución en indicadores como electricidad con 2.9 pp, baño con 10.1 pp y piso firme con 11.7 pp. El grupo P-NP mostró las mejoras más importantes en la proporción de hogares con un mayor número de cuartos (28.2%), techo de loza (10.7%), agua corriente (14.1%) y piso firme (23.8%).

7.5.2 Zonas urbanas

La evaluación cualitativa del Programa de Escobar y González de la Rocha dedica un apartado a los avances que se han logrado en materia de vivienda en zonas urbanas.¹⁴ En este estudio se encontró que el impacto que tiene *Oportunidades* sobre el rubro es indirecto, a través de variaciones en el destino de los ingresos que han sido posibles gracias a las transferencias del Programa, y se da principalmente en tres aspectos: construcción, seguridad de la tenencia y servicios. Los autores recalcan que no es sólo el Programa el que hace que se presenten variaciones en las viviendas sino que también influyen dos factores importantes: las remesas (el más influyente) y la intervención del municipio y de programas federales como VIVAH; por ello, para poder ver el efecto de *Oportunidades*, se compararon hogares con y sin *Oportunidades* sin tomar en cuenta aquellos que reciben remesas desde Estados Unidos. Las mejoras detectadas en los hogares beneficiarios fueron la construcción de un cuarto de madera, reemplazo de láminas y construcción o avance en muros, letrinas y tomas de agua. Otro avance que se notó fue en los pagos de aquellos hogares en proceso de regularización, así como ayuda por parte del enlace municipal de *Oportunidades* en el acceso a programas de vivienda, así como en la asesoría para el pago de la regularización.

La evaluación cualitativa 2003 de Escobar y González de la Rocha confirma las mejoras encontradas por los mismos autores en su estudio anterior, ya que se advirtieron cambios importantes en seis comunidades urbanas en relación con las viviendas.¹⁵ Se encontraron muros reemplazados o construidos, láminas de zinc o techos de material en vez de láminas de cartón enchapopotado, nuevas conexiones a la red de agua urbana y nuevos contratos de electricidad. Los autores afirman que el factor que más influyó en las mejoras fue la incorporación al Programa. Las remesas no jugaron un papel tan importante, pues se encontraron menores proporciones en migración. Esta influencia es importante debido a que se ve como un proceso de superación de la pobreza patrimonial, aunque los autores afirman que no debe inferirse que las familias han solucionado rápidamente los problemas relacionados con la seguridad de la tenencia, la mejoría de la vivienda y la dotación de servicios.



7.6 Inversión

7.6.1 Zonas rurales

Rubalcava y Teruel (véanse las características del estudio en la sección 7.4), al retomar su clasificación de los cuatro grupos conforme a la medición basal y al panel de recertificación, señalan que el Programa generó una mejor inversión en bienes durables por parte de los hogares (con la excepción del grupo NP-P), en donde sobresale el grupo que era pobre y pasó a no serlo (P-NP), al presentar los siguientes aumentos: hogares con refrigerador, 55%; con estufa de gas, 35.8%; con lavadora, 28.6%; y con vehículo, 19.4 por ciento.³⁸

La evaluación hecha en 2004 por Gertler y colaboradores, llamada “El Efecto de *Oportunidades* sobre el incremento en el consumo de los hogares a partir de inversiones productivas en microempresas y producción agrícola”, se desarrolló con base en información de 1998 a 2003 de la evaluación rural (Encel) de *Oportunidades*. En el estudio se puede ver que los hogares rurales invierten o ahorran 25 centavos de cada peso que reciben y consumen el resto.³⁹ Esta inversión es llevada la mayoría de las veces a una microempresa o al uso de la tierra para fines productivos. En el caso de los hogares *Oportunidades*, se encontró que éstos tienen una tendencia 33% mayor a emprender actividades empresariales que aquellos que no son parte del Programa, aunque sólo 7% de estas inversiones han sido productivas. Estas inversiones son dedicadas, en su mayoría, a las actividades emprendidas por mujeres. En relación con las actividades agrícolas, se registró que los hogares *Oportunidades* presentan una tendencia 15.9% mayor a poseer animales de tiro, 5% mayor a poseer animales de producción y 14% mayor a usar la tierra para fines productivos que los hogares sin *Oportunidades*.

7.7 Consumo

El análisis del consumo rural ha sido analizado por Attanasio y Di Maro.⁴⁰ Este estudio contempla una muestra del año 2003 de tres grupos: el primero de 320 localidades incorporadas en 1998, el segundo de 186 localidades incorporadas en 2000 y el tercero de 151 localidades que aún no eran incorporadas en 2003. Angelucci, Attanasio y Shaw analizan los cambios en el consumo urbano y se sustentan en datos basales de 2002 y datos del primer año 2003. La información utilizada, como se mencionó anteriormente, se basa en las Encelurb de los años 2002 y 2003.⁴¹

7.7.1 Zonas rurales

En relación con el consumo rural, Gertler y colaboradores encontraron que las familias miembros del Programa muestran, después de haber recibido las transferencias monetarias por cinco años y medio, un aumento permanente del consumo de 22%, lo que puede implicar una mejora en el nivel de vida gracias a incrementos en inversiones productivas.³⁹ Asimismo, Attanasio y Di Maro también mostraron un cambio en el destino del gasto, ya que otro estudio, al comparar hogares miembros desde 1998 y hogares incorporados en el año 2000, muestra que el gasto en educación y ropa para los niños aumentó, mientras que el gasto en alcohol y tabaco disminuyó en los hogares con *Oportunidades*.⁴⁰

7.7.2 Zonas urbanas

Angelucci y colaboradores documentan efectos positivos en el consumo en un rango de entre 14 y 18%, siendo el sector alimentos el que experimentó un mayor impacto. Dentro de éstos son las proteínas, las frutas y verduras los que más aumentan; la mejoría significativa en la cantidad y calidad del consumo de alimentos evidencia que las transferencias del Programa están cumpliendo con sus objetivos.⁴¹



Por su parte, Escobar y González de la Rocha, en su evaluación cualitativa, demuestran que existen impactos positivos en el consumo total.¹⁴ El presupuesto es liberado gracias a las transferencias monetarias, lo que permite otro tipo de gastos, como las compras a crédito de enseres, el pago de servicios y la mejora de viviendas. Otra razón, también, es que las transferencias han hecho que los miembros se vuelvan más confiables y que así los créditos o fiados les permitan un mayor nivel de consumo.

7.8 Capital social

7.8.1 Zonas urbanas

En relación con el capital social, se mide el impacto en las redes de cooperación social y se llega a la conclusión de que el Programa sí altera las formas y redes de cooperación tanto entre mujeres como al interior de los hogares, pero que éste, también, dista de mermar las capacidades de interacción. Al contrario, puede tener un saldo neto general positivo siempre y cuando las familias incorporadas sean las más pobres y no se genere una percepción de inequidad en cuanto a la posibilidad de recibir el apoyo.¹⁵

7.9 Género, pareja y familia

Uno de los objetivos del Programa es la promoción de la igualdad de género, y sus ventajas alrededor de este objetivo son transferencias directas a las mujeres, la entrega de las becas educativas más altas desde escolaridad secundaria para las mismas y acciones a favor de la salud reproductiva. De igual forma, es necesario analizar las relaciones al interior del hogar.

7.9.1 Bienestar, equidad y discriminación de las mujeresⁱ

7.9.1.1 Zonas rurales

En los impactos de género en educación, puede verse que las mujeres muestran un impacto mayor en la transición de primaria a secundaria al haberse incorporado al Programa. En las estimaciones se muestra que, después de haber recibido la beca dos años y medio, las niñas lograron en promedio 0.38 años más de escolaridad, mientras que los niños lograron 0.15 años más.⁶ Para el año 2002 el impacto de *Oportunidades* seguía siendo mucho más grande para las mujeres que para los hombres, lo que llevó a la autora de este estudio a recomendar que se cuidaran estos impactos de manera que se previniera una reversión de la brecha en educación por género.⁷ En 2003 se reporta que el impacto en la inscripción en secundaria es el doble para las mujeres que para los hombres, mientras que en el nivel medio superior la brecha a favor de los hombres se ha ampliado, ya que si bien en 2001 había 92 y 98 mujeres inscritas por cada 100 hombres en el primer y segundo grado, para 2002 se registraron 87 y 88 mujeres inscritas por cada 100 hombres en cada uno de los dos grados.

En el caso de las tasas de abandono, antes del Programa la brecha era a favor de las mujeres, es decir, éstas contaban con tasas de abandono más bajas, aunque *Oportunidades* ha logrado reducir la diferencia entre ambos.⁸

En el caso de las mujeres, se muestran resultados favorables en el cambio de las expectativas de vida futura con perspectivas de superar la forma de vida de sus padres. Otros avances en bienestar y equidad que se mencionan son la mayor cobertura de hogares donde las mujeres trabajan, el apoyo que el

ⁱ Véase también la sección 7.10.



Programa representa para los hogares con jefatura femenina, el promover que se vea con naturalidad que las hijas estudien y la mejor posición de la mujer en el hogar.

7.9.1.2 Zonas urbanas

En 2003 se encontró que los impactos de *Oportunidades* han logrado reducir la brecha en educación que existía a favor de los hombres, principalmente en secundaria. En el primer y segundo grado se logró que la brecha fuera significativamente más pequeña, al pasar de 92 a 95 mujeres por cada 100 hombres en el primer grado y de 95 a 99 mujeres por cada 100 hombres en segundo grado. En el caso del nivel medio superior, antes de *Oportunidades* las tasas de inscripción de hombres y mujeres eran muy similares; aun así, el Programa tuvo un impacto mayor en la inscripción de las mujeres, al conseguir que en el primer grado hubiera 100 mujeres por cada 100 hombres y que en el segundo la brecha se invirtiera a favor de las mujeres, con 111 mujeres por cada 100 hombres.

En 2004 se encuentran mejoras en beneficio de las mujeres como los aumentos en los niveles de escolaridad de las niñas de 6 a 18 años, mayores a los de los niños. También se encuentran similitudes en los años adicionales que acumulan los niños y las niñas gracias al Programa. Algunos aspectos, sin embargo, siguen siendo más influyentes para los niños como el incremento en la matriculación de los niños de seis años de edad.

7.9.2 Jóvenes

No hay duda que *Oportunidades* influye directamente en la formación y desarrollo de los jóvenes a través de los impactos de los componentes de educación y salud, así como por medio de la creación de incentivos presentes en el componente Jóvenes con Oportunidades (recuadro 2.1). De manera breve, se resumen algunos resultados importantes para los jóvenes.

En el caso de la inscripción en zonas rurales, Parker señala que para el ciclo escolar 2002-2003 hubo un incremento en la matrícula de secundaria, y se observaron resultados positivos en todos los grados.⁸ En cuanto a la educación media superior, la misma evaluación encontró efectos positivos de importancia para el primer y segundo año escolar. Este impacto fue de 84.7% para el primer año y de 47.1% para el segundo año. Es de notar que los mayores retornos a la educación se han encontrado para el nivel medio superior, por lo que es sumamente relevante que el Programa tenga impacto en este nivel de educación. Para las zonas urbanas, las evaluaciones también encontraron efectos positivos en la inscripción tanto para el nivel secundaria como para el nivel medio superior, si bien estos efectos son de menor magnitud que para las zonas rurales. Lo anterior se puede deber a las mayores tasas de inscripción encontradas antes del Programa en las zonas urbanas que en las rurales, así como al menor tiempo de operación que *Oportunidades* tiene en las zonas urbanas.

Asimismo, Parker y colaboradores muestran que en las zonas rurales la proporción de niños de 9 a 12 años de edad en 1997 (jóvenes de 15 a 19 en 2003) y de niñas de 9 y 10 años de edad (jóvenes de 15 a 16 en 2003) que avanzaron de grado de manera constante aumentó considerablemente. Ésta pasó de 38 a 64% y de 30 a 39%, respectivamente. Estos mismos autores señalan que el Programa tuvo impactos positivos en las pruebas de habilidades Woodcock-Johnson en adolescentes de 15 a 21 años de edad.⁹

Por su parte, Todd y colaboradores, en el análisis para las zonas urbanas, muestran que el Programa tuvo efectos positivos en el abandono escolar en jóvenes de 15 a 18 años,¹² mientras que el estudio de Behrman y colaboradores encontró importantes efectos en el logro educativo de niñas y niños de 12 a 14 años, justo la edad en la que se produce la transición de primaria a secundaria.¹³ Este resultado es importante, ya que también se ha encontrado que una vez que los jóvenes inician este nivel de estudios generalmente lo completan.⁷



Asimismo, los estudios cualitativos han encontrado una mayor disponibilidad de los padres para que sus hijos continúen con su educación, lo cual incide sin duda en el comportamiento de los jóvenes beneficiarios. Sin embargo, también es cierto que las evaluaciones cualitativas han señalado que una de las causas del abandono escolar en el nivel medio superior es la perspectiva del mercado laboral.

En el terreno de la salud, *Oportunidades*, a través de las sesiones educativas en esa materia impartidas a los jóvenes de educación media superior, proporciona conocimientos que reducen la exposición a comportamientos de riesgo, como el consumo de tabaco y alcohol; asimismo promueve una alimentación más saludable que se traduce en una disminución del consumo de alimentos procesados de alto contenido energético (alimentos chatarra).

La adquisición de nuevos conocimientos por los jóvenes parece generar la idea de un proyecto de vida diferente al de los padres, en términos de retrasar la edad para casarse y tener hijos, con el fin de continuar con sus estudios.²⁴ En cuanto a las percepciones a futuro de los jóvenes, destaca el incremento de casi 10% entre los que piensan que concluirán sus estudios de preparatoria y 4% que considera que estará más sano a los 50 años.²⁵

En relación con el trabajo, las distintas evaluaciones (sección 7.2) han señalado una disminución de las horas trabajadas por los jóvenes, lo cual sugiere que continúan su educación y que, por tanto, probablemente sus ingresos futuros sean más altos, dado su mayor nivel de escolaridad.

7.9.3 Violencia familiar

El hecho de que la mujer sea la persona que reciba los recursos provenientes de *Oportunidades* puede generar dos posibles situaciones al interior de la relación de pareja. Por un lado, el Programa puede aumentar la autonomía de la mujer y otorgarle un mayor peso en la toma de decisiones dentro del hogar. Pero también puede ser que el empoderamiento que le da recibir este dinero ocasione que el hombre sienta amenazada su autoridad y, como consecuencia, incremente el uso de la violencia contra de la mujer.

En el año 2002, la evaluación cualitativa realizada en zonas semiurbanas analizó diferentes cambios que se han dado a causa del Programa alrededor de la organización doméstica en el periodo 2001-2002. Así, el Programa ha contribuido a la promoción de la autonomía femenina, más significativamente en el caso de las promotoras. Sin embargo, a veces estos cambios generaron conflictos domésticos. En el sentir de las mujeres se observó que, si bien no hay un cambio en la división doméstica importante, las mujeres sienten que *Oportunidades* es un apoyo para ellas y para sus decisiones.¹⁴

La evaluación cualitativa del año 2003 en zonas urbanas hace también referencia a la autonomía de la administración femenina. Los autores afirman que no se encontró ningún testimonio, ni directo ni indirecto, de violencia en contra de las mujeres a raíz de las transferencias que otorga *Oportunidades* y la administración de las mismas. No obstante, sí identifican que el alcoholismo aunado al autoritarismo puede ser un obstáculo importante en la administración independiente de las mujeres. Y si bien se identificaron problemas de alcoholismo en las comunidades urbanas y rurales (estudiadas anteriormente), se notó que éstos no afectan el destino de los apoyos monetarios. En las zonas urbanas fue donde se encontró una mayor aceptación del Programa por parte de los hombres, favorecida por el hecho de que la autonomía administrativa de las mujeres ya existía en estas comunidades.

De manera más detallada, el estudio realizado por Rivera y colaboradores aborda este tema.⁴² Se trata de una investigación de carácter cuantitativo que evalúa si el Programa ha ocasionado un incremento en la violencia en contra de la mujer a partir de la información de dos encuestas: la Encuesta de Evaluación de *Oportunidades* en Areas Urbanas 2004 (Encelurb 2004) y la Encuesta sobre Violencia y Toma de Decisiones (Envit).^k Los resultados arrojaron que el Programa no genera violencia en contra

^k Encuesta levantada por el Observatorio de Género y Pobreza, iniciativa del Colegio de México, Sedesol/Indesol, Unifem, levantada junto con la Encelurb 2004.



de la mujer. De hecho, las mujeres de *Oportunidades* enfrentan un menor grado de violencia en general y de violencia psicológica que aquellas del grupo de control externo que son las comunidades donde *Oportunidades* no participa. Esta asociación se mantiene aun cuando es controlada por otros factores que se sabe afectan la ocurrencia de violencia. Por otra parte, los resultados también indican que hay mayor violencia familiar en aquellos casos en que la mujer o el hombre toman ellos solos más decisiones, y menor violencia cuando la mujer tiene mayor libertad.

Asimismo, Nájera y Segovia realizaron un estudio de carácter cualitativo mediante grupos focales con hombres de tres comunidades, una con un índice de marginación bajo y las otras dos con índices de marginación medios.⁴³

En el caso concreto de *Oportunidades*, la mayoría de los entrevistados manifestó no tener problemas con que la mujer reciba el dinero de las transferencias. La razón es que no ven el dinero como un ingreso propio de las mujeres, sino como una ayuda para sus hijos en su educación. Es decir, que la mujer reciba el dinero se percibe simplemente como que la mujer es la administradora de los recursos del hogar, postura que, de hecho, es bastante tradicional. Para analizar los cambios se tomaron también en cuenta las percepciones de los participantes en relación con el Programa. Ellos lo valoran ampliamente pues les ayuda con los gastos educativos en una forma periódica y segura que les permite concentrarse en el sustento de la casa. En este sentido, *Oportunidades* muchas veces alivia las tensiones generadas por la falta de dinero.

También los hombres participantes en el estudio reconocen que el Programa motiva a los hijos a permanecer en el estudio por la constancia que ofrece si los resultados son buenos, y ayuda a las mujeres a ser más abiertas y cuidar su salud y su cuerpo gracias a las pláticas que reciben. Por esta razón, los valores más rescatados en el reconocimiento masculino del Programa fueron la educación, el trabajo, la honestidad y la fortaleza. Este estudio contempló como parte muy importante las relaciones con los hijos, tanto de mujeres como de hombres. El resultado más importante, en este caso, es la preocupación de los hombres de que sus hijos no sufran las carencias económicas y emocionales que ellos sufrieron, así como la preocupación de la seguridad en cuanto a la educación. Otro cambio importante es el antes mencionado en relación con una nueva educación sin golpes de parte de los padres.

VIII.

Cumplimiento de metas, costos unitarios y apego de *Oportunidades* a las Reglas de Operación

8.1 Introducción

La evaluación del cumplimiento de metas, costos unitarios y apego a las Reglas de Operación fue realizada en cuatro ocasiones para el periodo que abarca este documento. Éstas son: Hernández y colaboradores;⁴⁴ Hernández y colaboradores;⁵ Meneses y colaboradores,⁴⁵ y El Colegio Mexiquense.⁴⁶

La primera abarca el periodo de enero de 2001 a octubre de 2002. La segunda evaluación comprende el periodo de 2001 a 2003; los resultados que allí se presentan son generales para el periodo y también específicos para cada año. La tercera evaluación comprende el periodo de 2002 a 2004. La última comprende, principalmente, el periodo 2004-2005, aunque algunos resultados son también para el periodo 2002-2005.

8.2 Padrón de familias beneficiarias

El primer estudio muestra que si bien en 1998 el Programa cubría a ocho estados, para enero de 2001 abarcaba ya todas las entidades del país, con excepción del Distrito Federal.⁴⁴ Más adelante, el estudio realizado para 2003 revela que en el periodo de análisis de enero de 2001 a octubre de 2003 la cobertura de familias aumentó 73.9%, para un total de 4 240 000, que representan 100% de la meta de incorporación para ese año, y 84.8% de la meta propuesta para 2006.⁵ El estudio realizado en 2004 registró que para el cierre del mismo año se alcanzó la meta sexenal con un total de cinco millones de familias. El estudio realizado por El Colegio Mexiquense revela que durante 2005 se observó un crecimiento de 1.76% en el número de municipios y de 9.84%; mientras que en 2004, los crecimientos fueron de 1.57 y 7.88%, respectivamente.⁴⁶ En 2005 se dieron de baja 47 719 familias, lo que representó un incremento de 62.8% respecto de las 29 304 que se registraron durante el periodo 2004. Esto se debe a que las familias ya no son susceptibles de recibir los apoyos, no cumplen con las responsabilidades o no recogen sus apoyos en dos bimestres consecutivos.

8.3 Ejercicio del presupuesto

8.3.1 Gasto total

Para el periodo 2001-2003, el crecimiento global presupuestal fue de 82.6%; se pasó de 12 296 millones a 22 458 millones de pesos. Este aumento es congruente, ya que para el mismo periodo el número de familias beneficiarias pasó de 2 476 430 a 4 240 000, mientras que en 2004 se presupuestó un total de 22 406 795 300 pesos, lo que muestra una ligera disminución con respecto al periodo anterior. En el año 2005 se dio un incremento en términos reales del presupuesto de 13.1% con respecto de 2004. Así, de 2002 a 2005 se da un incremento total en el presupuesto de 57.1 por ciento.

8.3.2 Gasto operativo

El estudio realizado en 2003 menciona un porcentaje de 7.2% del presupuesto total dedicado al gasto operativo en 2001, de 6.1% para 2002 y de 5.1% para 2003. En 2004, se registra que 6.19% del total de



lo presupuestado es destinado a los gastos de operación. Asimismo, el porcentaje de gasto administrativo para 2001 y 2002 representó 3.2% del total, mientras que en 2003 se redujo a 2.4 por ciento. En el estudio realizado en 2004, el gasto administrativo fue 3% del total, mientras que otros gastos como el costo de entrega a las familias y el costo de la evaluación fueron 2.4 y 0.24% del total, respectivamente. En 2005 la participación del gasto administrativo en el gasto total fue de 2.5 por ciento.

8.4 Componente educativo

En la educación primaria el incremento porcentual promedio a nivel nacional fue de 60% de los becarios inscritos al Programa en el ciclo 2002-2003 respecto del ciclo anterior; mientras que para los tres ciclos comprendidos de 2001 a 2004, fue de 28.3% para los niños y 26.6% para las niñas. Para el cuarto estudio se da un incremento del 9.15%, al comparar los periodos 2003-2004 y 2004-2005, ya que el número de becarios pasa de 2 623 872 a 2 863 918 becarios. En 2005 fueron 98.8% de los becarios quienes obtuvieron la validación de asistencia en el nivel primaria.

En cuanto a la inscripción en secundaria, el estudio realizado en 2002 registra un incremento de becarios inscritos de 63% en el ciclo 2002-2003 respecto del anterior. Mientras que el estudio hecho en

CUADRO 8.1

Promedios anuales de municipios, localidades y familias por entidad. 2004-2005⁴⁶

ENTIDAD	2004			2005			CRECIMIENTO 2004-2005		
	MUNICIPIOS	LOCALIDADES	FAMILIAS	MUNICIPIOS	LOCALIDADES	FAMILIAS	MUNICIPIOS	LOCALIDADES	FAMILIAS
Nacional	2 393	75 824	4 566 118	2 435	83 285	4 940 564	1.7%	9.8%	8.2%
Aguascalientes	11	516	21 373	11	665	25 582	0.0%	28.9%	19.7%
Baja California	5	290	10 308	5	370	14 438	0.0%	27.5%	40.1%
Baja California Sur	5	358	7 717	5	573	9 905	0.0%	60.2%	28.4%
Campeche	11	545	52 113	11	588	56 008	0.0%	7.9%	7.5%
Chiapas	117	6 608	521 064	118	7 492	547 391	0.7%	13.4%	5.1%
Chihuahua	64	2 067	45 526	67	2 923	56 459	4.1%	41.4%	24.0%
Coahuila	37	902	37 103	38	1 025	39 791	2.7%	13.7%	7.2%
Colima	10	206	14 202	10	248	16 549	0.0%	20.8%	16.5%
Distrito Federal	-	-	-	6	20	17 219	-	-	-
Durango	39	2 060	67 129	39	2 220	73 093	0.0%	7.8%	8.9%
Guanajuato	46	4 467	210 758	46	4 897	232 956	0.0%	9.6%	10.5%
Guerrero	76	4 417	292 932	76	4 710	313 812	0.0%	6.6%	7.1%
Hidalgo	84	3 569	183 901	84	3 739	195 686	0.0%	4.8%	6.4%
Jalisco	124	4 593	105 412	124	5 382	145 907	0.3%	17.2%	38.4%
México	116	3 230	328 097	124	3 451	377 825	6.9%	6.8%	15.2%
Michoacán	113	5 139	273 341	113	5 447	278 338	0.0%	6.0%	1.8%
Morelos	33	725	70 533	33	845	71 524	0.0%	16.6%	1.4%
Nayarit	20	903	46 406	20	932	48 298	0.0%	3.3%	4.1%
Nuevo León	47	1 492	34 132	51	2 028	47 548	9.3%	35.9%	39.3%
Oaxaca	566	6 401	408 581	570	6 535	415 463	0.6%	2.1%	1.7%
Puebla	216	3 889	350 160	217	4 133	380 218	0.5%	6.3%	8.6%
Querétaro	18	1 353	71 783	18	1 452	74 134	0.0%	7.3%	3.3%
Quintana Roo	8	438	43 331	8	479	45 691	0.0%	9.5%	5.4%
San Luis Potosí	58	3 788	165 917	58	4 173	183 682	0.0%	10.2%	10.7%
Sinaloa	18	2 676	115 805	18	2 871	122 764	0.0%	7.3%	6.0%
Sonora	66	971	58 973	72	1 065	63 071	8.5%	9.6%	6.9%
Tabasco	17	1 510	135 562	17	1 617	149 429	0.0%	7.1%	10.2%
Tamaulipas	42	1 664	76 158	43	1 825	82 821	2.4%	9.7%	8.8%
Tlaxcala	53	457	42 599	60	492	50 565	13.2%	7.8%	18.7%
Veracruz	210	7 516	535 411	210	7 874	554 677	0.2%	4.8%	3.6%
Yucatán	106	798	122 076	106	882	132 934	0.0%	10.6%	8.9%
Zacatecas	57	2 280	117 715	57	2 332	116 784	0.0%	2.3%	-0.8%



2004 registra una tasa de crecimiento de 22.6% para el periodo que va de 2002 a 2005. Para el periodo 2004-2005 se registra una tasa de crecimiento promedio anual de 17.75% respecto del periodo anterior.

8.5 Componente de salud

Los objetivos principales del Programa en el rubro de la salud son: a) otorgar de manera gratuita el Paquete Esencial (Básico) de Servicios de Salud; b) promover una mejor nutrición en niños y mujeres embarazadas o en lactancia; c) promover y mejorar el autocuidado de la salud a través de comunicación educativa; y d) reforzar la oferta de servicios de salud para satisfacer la demanda adicional. Asimismo, las estrategias mediante las cuales actúa son: el otorgamiento del paquete, la entrega de complementos alimenticios, la comunicación educativa y el reforzamiento de la oferta de los servicios para satisfacer la demanda adicional.

8.5.1 Familias en control médico

El estudio hecho en 2003 muestra que los porcentajes de cobertura para diferentes años son 97.6% para 2001, 97% para 2002 y 98% para 2003. En el estudio realizado en 2004 se registraron un total de 4 376 497 familias en control médico, las cuales representan 97.9% de total de familias inscritas en el padrón para ese año. Para 2005, el número promedio de familias beneficiarias fue de 4 902 311, es decir, 97.27% del promedio de familias registradas en *Oportunidades* para este periodo. Para el año 2005 se reportó la certificación de asistencia a los servicios de salud de 99.5% de las beneficiarias.

8.5.2 Control prenatal

La evaluación realizada en 2003 registró que el periodo 2001-2003 mostró un aumento en el registro de mujeres embarazadas de 27.7 por ciento. La cobertura para cada uno de los años de estudio, 2001, 2002 y 2003, fue de 95, 97.3 y 98.2%, respectivamente. En 2004 se registraron un promedio de 128 599 mujeres embarazadas, de las cuales 98% se encontraba en control. Este estudio mostró tasas de crecimiento en la incorporación de mujeres a control prenatal de 32.8% en el periodo de 2002 a 2004. Para la cobertura de 2005 se registró una tasa de 98.56% (133 674 mujeres), con una variación de 0.03% respecto del periodo anterior. En relación con las consultas, el promedio fue de 1.8 y 1.9 consultas por embarazada por bimestre de 2004 a 2005. Respecto de periodos anteriores, el aumento en número de consultas fue de 8.2%, mientras el incremento en número de mujeres embarazadas fue de 6%, por lo que puede resaltarse un incremento de 2.1% en el porcentaje de consultas respecto de mujeres embarazadas.

8.5.3 Control nutricional

A lo largo del primer periodo de evaluación (2001-2002) hubo un incremento de 4.5% de niños menores de dos años en control nutricional, con lo que la cobertura pasó de 91 a 95 por ciento. Para el año 2003 ésta aumenta a 96.8% y se registra un incremento en el número de menores bajo control nutricio de 27.5% a lo largo del periodo 2001-2003. En 2004 los niños en control nutricional son 97.2% de los registrados. Para 2005, el porcentaje de niños atendidos fue 97.83% del total registrado (716 274), lo que representa 0.6% más que la cobertura de 2004. Para los niños de 2 a 4 años se registra un incremento de 5.3% en el número de niños bajo control nutricional en el periodo 2001-2002, con lo que se alcanza una cobertura de 95%, 5 pp mayor a la del inicio del periodo. Para 2003 (revela el siguiente estudio realizado), la cobertura aumenta a 97.1%, lo que suma para el total del periodo 2001-2003 un incremento de 36.3% en el número de estos menores bajo control. El promedio anual en 2005 mostró una cobertura de 97.69%, con un total de 1 358 043 niños atendidos. El número de niños en control nutricional aumentó en 6.27% respecto a 2004.



8.6 Satisfacción de los usuarios

El estudio hecho en 2005 evalúa la satisfacción de los beneficiarios en relación con la atención proporcionada por el personal del Programa, el personal de las unidades de salud y el personal encargado de la inscripción de los becarios a la escuela.

En relación con la atención que reciben los beneficiarios por parte del personal del Programa, la encuesta muestra que 93.6% de las beneficiarias califican la atención como buena, 4.9% como regular y 0.2% como mala, mientras que 99% afirma nunca haber recibido un mal trato. El estudio cualitativo revela que el contacto con el personal es limitado, y aquellas personas que lo conocen resaltan la amabilidad, pero también la burocracia y falta de capacitación. En cuanto a la comunicación, se percibió en las encuestas la falta de una línea telefónica para aclarar dudas, así como quejas de que si la hay frecuentemente está ocupada. También 81.5% de las entrevistadas dijo no conocer las mesas de atención y 90% los centros de atención y registro, mientras que, de las que dijeron sí conocerlos, 79% sabe dónde están y qué trámites se pueden realizar, pero 81% dijo nunca haber utilizado estos servicios. Entre las beneficiarias se tiene la percepción de que el levantamiento de la información socioeconómica no se realizó de manera adecuada, y de que hay errores o discrecionalidad en la asignación de los apoyos.

En lo que se refiere a la atención que reciben los beneficiarios en las unidades de salud, 92% la calificó como amable, mientras que 5.9% dicen haber recibido mal trato de parte de los doctores o enfermeras. En relación con las quejas, se identifican las siguientes: los tiempos de espera y las horas de consulta en los centros de salud no se respetan; hay falta de amabilidad y de interés en las consultas, ya que la calidad de las mismas depende de la personalidad y responsabilidad del médico; y la falta de capacitación del personal en el Programa, aunado a la discriminación a los beneficiarios de *Oportunidades* por el personal de salud.

El proceso de inscripción de los becarios a las escuelas fue calificado como fácil por 68.8% de las titulares y como regular por 23.9% de ellas. Las beneficiarias manifestaron que la calidad de los servicios depende de la calidad de los profesores, la cual entienden como la suma de capacidades para transmitir conocimientos e imponer disciplina. Se reconoció la falta de algún mecanismo de evaluación por parte de los padres para calificar a los profesores.

8.7 Aspectos cualitativos sobre la operación del Programa y los servicios de salud

A lo largo de su operación, *Oportunidades* ha sufrido modificaciones con el fin de considerar las observaciones o recomendaciones de la evaluación cualitativa y eliminar inconsistencias u obstáculos para lograr su mejor desempeño posible.

En esta sección se presentan los principales resultados de la evaluación cualitativa urbana del Programa de 2003.¹⁵ Este análisis profundizó en tres ámbitos de *Oportunidades*: 1) el nuevo proceso de incorporación a través de módulos; 2) las condiciones de interacción de los nuevos beneficiarios con los servicios sociales; y 3) el impacto de la operación del Programa en los hogares beneficiarios.

Los hallazgos de esta evaluación sobre el proceso de incorporación señalan que el método de selección por módulos representó una mejoría respecto de los anteriores. Porque son los propios beneficiarios potenciales quienes buscan iniciar el proceso de incorporación al Programa, y esto permite dedicar más tiempo a cada candidato potencial en vez de atender a quienes, en principio, no se consideran candidatos; esta situación fortalece la noción de que la población puede ser activa ante los programas sociales.

Algunos de los problemas detectados en la operación del Programa fueron la carencia de credibilidad y el tiempo requerido para la incorporación, escenario que en principio desalentó la incorporación de



familias al Programa, junto con la entrega no oportuna de los beneficios monetarios por falta de presupuesto, lo que indicaba un problema de subestimación de las familias elegibles.

Respecto de los niveles de satisfacción de los servicios de salud otorgados por el Programa, éstos fueron variables entre beneficiarios; hay desde muy altos hasta los más bajos. En general, los factores que definieron la mayor o menor satisfacción fueron las fichas y la doble pérdida de tiempo asociada con ellas, lo que redundaba en ausencias del empleo o del hogar, pues, en este último caso, llegan tarde a sus domicilios; otros factores fueron la calidad del trato por parte del personal, y la provisión de medicamentos. En algunos casos, las cuotas o cooperaciones por atención a enfermos fueron un factor de insatisfacción y causa del no uso de las clínicas públicas.

Conforme a esta evaluación cualitativa urbana para que el Programa incremente su capacidad de impacto en el bienestar de las familias, es necesaria la mejora de la atención en las clínicas y en las escuelas. Aunado a esto, se requiere también la provisión de medicamentos en todas las clínicas y centros de salud bajo un estricto seguimiento de los servicios que se ofrecen.

Por otra parte, dentro del análisis cualitativo se planteó que la incorporación de un mayor número de beneficiarios provocó una sobrepoblación en las clínicas de salud, así como la falta de provisión de medicamentos y de personal calificado para valorar a la población que acudía a la institución a cumplir con el monitoreo de su estado de salud. Ante este escenario, fue necesaria la apertura de módulos especiales *SS-Oportunidades* o *IMSS-Oportunidades*. En varios casos, la opinión sobre los servicios reflejaba la reorganización de éstos, que siguió a la incorporación de los beneficiarios urbanos. Se distinguió en ese momento que en todos los lugares visitados era suficiente el número de instituciones de salud que existen en las localidades, ya sean del Instituto Mexicano del Seguro Social (*IMSS-Oportunidades*) o de la SSA; también era suficiente la cantidad de personal que labora en dichas instituciones y la infraestructura que permite atender a la población sin problemas en la actualidad.

Otro aspecto evaluado fue el desabasto de medicamentos, situación que se hace más crítica con la demanda que genera la nueva población incorporada al Programa. La consecuencia del desabasto es que los pacientes tienen que comprar los medicamentos que necesitan en farmacias particulares, lo que les obliga a desembolsar dinero, o bien, a tolerar la enfermedad.



IX. Conclusiones y recomendaciones



El presente informe ha resumido los principales impactos que el Programa ha tenido sobre el bienestar de las familias en condición de extrema pobreza en relación con sus objetivos centrales y con base en los documentos de evaluación externa.

La evaluación de impacto utiliza métodos rigurosos de investigación que permiten medir los efectos del Programa sobre sus aspectos sustantivos, basados en datos duros e información confiable recabada directamente de los hogares.

Con base en esta información se han podido llegar a las siguientes conclusiones y recomendaciones generales.

9.1 Educación

En el aspecto educativo, las diferentes evaluaciones han permitido establecer que *Oportunidades* ha tenido un impacto positivo en la permanencia en el sistema escolar y su mayor aprovechamiento por parte de los beneficiarios. De ellos conviene destacar los siguientes:

- a) Se han observado mayores niveles de inscripción en la secundaria y en el nivel medio superior.
- b) Si bien no se observaron impactos en la inscripción a nivel primaria, esto se debió a que la cobertura era ya muy cercana a 100% desde antes de la implementación del Programa.
- c) Se han reducido notablemente la reprobación y el abandono de los estudios, y se ha mejorado el logro educativo y la progresión escolar para todas las edades.

Sin embargo, es claro que la calidad de la educación es un aspecto de gran relevancia que no ha sido suficientemente explorado. La evaluación de Behrman y colaboradores, que señala la importancia que tienen las características de las escuelas en los impactos del Programa, es un avance respecto de este punto que requiere ser profundizado.¹¹

La calidad de la educación es relevante ya que ésta no sólo posibilita en el corto plazo mayores impactos del Programa, sino porque de ella depende, en buena medida, el rendimiento futuro de la educación. No debe olvidarse que el objetivo de *Oportunidades* es reducir la pobreza de las generaciones futuras y que esto depende crucialmente de la adquisición efectiva de conocimientos y habilidades.

En este sentido, debemos esperar a que los niños y niñas que iniciaron su educación en 1997 empiecen a incorporarse al mercado laboral para poder evaluar el impacto de *Oportunidades* en el largo plazo. Sin embargo, no debe esperarse esa evaluación para atender este problema. Un elemento sugerido por Behrman y colaboradores es que se realicen pruebas de aptitud que podrían hacerse de manera regular para poder tener una medida de control de la calidad de la educación.¹⁰

Otro punto importante a cuidar en relación con la calidad, sobre todo en los niveles medios, son los contenidos educativos, los cuales deben pensarse de acuerdo con las expectativas laborales. La colaboración entre el Programa y la SEP y los distintos organismos estatales de educación es fundamental para asegurar una educación pertinente y de calidad.

Un elemento adicional que se puede inferir de las evaluaciones de tipo cualitativo es la importancia de las expectativas y de cómo ven el Programa los beneficiarios. En este sentido, las sesiones a las cuales tienen que acudir las familias beneficiarias cobran un papel primordial para que los padres se involucren en la educación de sus hijos y fomenten en ellos el gusto y la importancia de la misma. Estas mismas sesiones son importantes para lograr un mayor impacto en los aspectos económicos, demográficos y



sociales. En este aspecto, otra vez es decisiva la colaboración de *Oportunidades* y otros programas sociales. Por ejemplo, si el Programa permite aumentar el ahorro y la inversión, podría haber sinergias entre éste y el Fondo Nacional de Apoyo a las Empresas en Solidaridad para el apoyo a las microempresas.

9.2 Salud

La evaluación externa del Programa ha permitido documentar en forma rigurosa en qué magnitud se han modificado los indicadores de impacto para el mejoramiento de la calidad de vida de los beneficiarios. De las múltiples comparaciones que se hicieron entre el Programa y los ámbitos donde no operó, se infiere qué le hubiera pasado a la población pobre si no hubiera contado con el Programa, y se concluye que el rezago en materia de salud sería en extremo crítico.

El Programa, en general, tuvo impactos positivos en diferentes ámbitos que conviene destacar:

- a) En promoción de la salud, se concluye que como resultado directo de las acciones para el autocuidado de la salud que promueve el Programa se generó una cultura de la salud con corresponsabilidad social, mejoras en los estilos de vida, un mayor conocimiento sobre aspectos centrales en torno a salud reproductiva y métodos anticonceptivos modernos, así como una mayor información sobre factores de riesgo y cómo identificarlos.
- b) En prevención de enfermedades, se concluye que el Programa estuvo presente en los principales eventos críticos que pueden detonar problemas en el proceso salud–enfermedad. Se destaca el éxito de *Oportunidades* al aumentar las consultas prenatales, la identificación de partos de alto riesgo y el monitoreo de médicos en el embarazo, parto y puerperio. Las acciones sistemáticas de anticipación al daño tuvieron una cobertura integral por grupo etario. Los niños de 0 a 6 años incrementaron las consultas a niño sano y presentaron una cobertura adecuada del paquete de beneficios anticipatorios al daño; los escolares de 6 a 18 años recibieron atención e información con base en un “enfoque de riesgo” para detectar oportunamente problemas; las mujeres tuvieron una atención preventiva acorde en materia de salud reproductiva que incluyó la detección oportuna del cáncer cervicouterino, cáncer de mama y planificación familiar; el adulto y el adulto mayor contaron con acciones para la detección de la diabetes, la hipertensión arterial y el monitoreo de los principales factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo y las adicciones.
- c) La *atención curativa* del Programa presentó tres aspectos a destacar con base en los resultados de la evaluación externa: el primero se refiere a que cuando se detectó un problema se le dio tratamiento; el segundo es que los días de hospitalización de los beneficiarios fueron menores a los días de hospitalización del grupo control; y el tercero corresponde a que se redujo significativamente el gasto de bolsillo para atender problemas de salud.

La acción sistemática del Programa en promoción de la salud, atención preventiva y atención curativa contribuyó a mejorar el capital humano de los pobres y, así, los efectos de *Oportunidades* se seguirán manifestando en el corto, mediano y largo plazo. Pese a lo anterior, es necesario revisar el Programa a la luz de la operación a gran escala del Seguro Popular de Salud y de otras innovaciones de política pública en salud a instrumentarse en la siguiente administración. Se recomienda evaluar la sinergia o posible duplicación del Programa con el Seguro Popular de Salud, el Programa de Arranque Parejo en la Vida y otros programas focalizados para los pobres en salud que provengan de iniciativas de los gobiernos de los estados.

La conclusión más general en materia de salud es que el Programa ha mejorado los medios e instrumentos para obtener una atención médica eficaz, ha contribuido a fomentar estilos de vida saludables y ha liberado de cargas económicas excesivas a las familias pobres para resolver sus demandas de salud.



9.3 Alimentación

En lo que se refiere a alimentación, los resultados de la evaluación externa han documentado el impacto positivo que *Oportunidades* ha tenido en mejorar el estado nutricional de la población beneficiaria. Algunos de estos resultados se orientan a los grupos que reciben los complementos alimenticios, en particular Nutrisano, así como al consumo familiar de alimentos. Entre los resultados más destacados se encuentran:

- a) El consumo familiar de alimentos se ha incrementado y, dentro de éstos, el de proteínas, frutas y verduras es el que más aumenta.
- b) En los menores de cinco años se ha observado un aumento en talla, peso y concentración de hemoglobina.
- c) El consumo del complemento Nutrisano ha logrado que los niños mejoren su estado de hierro y de vitamina A.

Los impactos del Programa en la talla de los niños, en la reducción de prevalencia de talla baja, en la concentración de hemoglobina y el estado de hierro y vitamina A son muy alentadores dada la relación positiva que tienen con diversos efectos funcionales como desarrollo motor y cognoscitivo, desempeño escolar, entre otros. Dada esta relación, es de esperarse que los niños beneficiarios de *Oportunidades* presenten avances en dichos desenlaces a lo largo de su vida.

Las recomendaciones de la evaluación externa a este componente han incidido en cambios importantes a este respecto. El primero de ellos fue la reformulación del hierro presente en los complementos alimenticios para que esta sustancia sea más fácilmente asimilable por el cuerpo humano. El segundo se refiere al inicio de la entrega del complemento Nutrisano a partir de los seis meses de edad con la intención de promover la lactancia materna exclusiva hasta esa edad. Ambos cambios seguramente fortalecerán los resultados positivos que en este componente ha tenido el Programa. Una última recomendación plantea el fortalecimiento del módulo de educación para salud mediante la incorporación de orientaciones concretas en torno a la dieta alimentaria que permitirían mejorar el estado nutricional de los niños en edad preescolar, así como de todos los integrantes del hogar.

Sin embargo, es necesario insistir en el consumo adecuado de los complementos alimenticios por la población objetivo, así como en la promoción de una dieta sana, que incluya alimentos con el aporte adecuado de vitaminas y minerales, en particular el hierro. De esta manera, se contribuirá a que la prevalencia de anemia entre la población beneficiaria sea más baja, sobre todo en los menores, y a prevenir la obesidad y el sobrepeso.

9.4 Comentarios finales

No se puede dejar de enfatizar la importancia de las evaluaciones y la gran utilidad que tienen. En este sentido, adicional a las recomendaciones que ya se han vertido en los documentos de evaluación incluidos en esta compilación, los compiladores consideramos que es recomendable que desde ahora se planifique y se diseñe un plan general sobre la evaluación de *Oportunidades* para los próximos seis años, al tomar en cuenta que en dos años, aproximadamente, podrá empezarse a evaluar el impacto de largo plazo del Programa. Se sugiere que las evaluaciones, al igual que ahora, deben ser cuantitativas y cualitativas, y considerar las siguientes recomendaciones:

- 1) Fortalecer el esquema de evaluación interna y externa que incluya parámetros de corto, mediano y largo plazo para los indicadores relevantes y, en especial, que den seguimiento a los indicadores ya medidos durante este periodo.



- 2) Continuar con la utilización de distintos tipos de indicadores, tales como indicadores de estructura que relacionan infraestructura, recursos humanos u otro tipo de bienes materiales con la demanda (por ejemplo, alumnos por grupo, niños atendidos por médico o beneficiarios cubiertos por centro de salud); indicadores de proceso que dan cuenta de intervenciones sobre algún grupo seleccionado (por ejemplo, becas educativas otorgadas, porcentajes de consultas a niños sanos o número de consultas prenatales por mujer embarazada); indicadores de resultado, es decir, los indicadores de impacto o cambio medible en condiciones de salud (por ejemplo, resultados de pruebas de aptitud escolar estandarizadas, tasa de mortalidad infantil, prevalencia de diabetes mellitus); indicadores de comportamiento, que dan cuenta de cambios en los estilos de vida y factores de riesgo (por ejemplo, tasa de matriculación, aceptación de métodos anticonceptivos modernos, reducción de obesidad, disminución de adicciones).
- 3) Tomar en consideración que los cambios pueden tardar mucho tiempo en manifestarse y que por lo mismo se deben ir midiendo a través de los que ocurren primero en indicadores de estructura, luego en los de proceso y, finalmente, en los de resultado y de comportamiento.
- 4) Incorporar en la evaluación del Programa elementos que den cuenta de la igualdad de oportunidades, es decir, de cómo la población con las mismas necesidades va teniendo un acceso igualitario a los servicios. Ello permitiría verificar la expansión ordenada del Programa para que incluya a todas las personas pobres que lo necesitan. Además, debe incorporarse el concepto de igualdad de trayectorias, es decir, que se evalúen las diferencias internas en la calidad de los servicios ofrecidos y se garantice una calidad homogénea. En pocas palabras, igualdad de trayectorias implicaría, por ejemplo, que ante un parto se le garantizara a una madre una buena atención si va con el proveedor de servicios “x” o con el proveedor de servicios “y”.
- 5) Incluir en la evaluación externa otro tipo de metodologías que den cuenta de una evaluación económica más profunda de las alternativas para ofrecer el paquete de beneficios; es decir, la incorporación de estudios de minimización de costos, costo efectividad, costo beneficio y costo utilidad.
- 6) La evaluación externa del Programa ha permitido la generación de una masa crítica de evaluadores y una cultura de evaluación de programas sociales sin precedentes en México. Se recomienda que dentro del programa de evaluación se analice la posibilidad de incluir la evaluación de prototipos o innovaciones al Programa, a fin de obtener modelos probados con datos duros para mejorar la operación.

No puede dejar de mencionarse que los procesos y resultados administrativos del Programa, aunque no son el foco de la evaluación de impacto, han sido también evaluados y que, si bien, la calidad de los procesos es satisfactoria y los costos administrativos son reducidos en relación con el presupuesto total del mismo, es importante que se continúen con los esfuerzos por mantener la satisfacción de los beneficiarios y llevar al mínimo los gastos administrativos.

En conclusión, no sólo se recomienda que el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades permanezca como un activo de los mexicanos, sino que se consolide en su propósito de combatir la pobreza más grave y, además, crezca para atender otros tipos de pobreza, todo ello dentro del ámbito de formación de capital humano.

X.

Referencias

1. Ramírez A. México. En: De Hall, Gillette, Patrinos, Anthony H. Indigenous peoples, poverty and human development in Latin America. Londres: Palgrave, McMillan, 2006.
2. Grossman M. The human capital model. En: Culyer AJ, Newhouse JP. Handbook of Health Economics. North Holland, 2000; Vol: I.
3. Skoufias E. ¿Está dando buenos resultados Progresá? Informe de los resultados obtenidos de una evaluación realizada por el IFPRI. México: Sedesol/Progresá, 2003.
4. De la Torre R. Informe final. En: Evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 1997-2003. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
5. Meneses F, Hernández B, Baltazar MC *et al.* Evaluación del cumplimiento de metas, costos unitarios y apego del Programa Oportunidades a las Reglas de Operación. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2003. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
6. Parker SW, Scott J. Indicadores de seguimiento, evaluación y seguimiento 1998-2001 y Encuestas de evaluación 2000. En: Evaluación externa del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) 2001. México: CIDE, 2001.
7. Parker SW. Evaluación del impacto de *Oportunidades* sobre la inscripción escolar, primaria, secundaria y media superior. En: Resultados de la Evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2002. México: Sedesol, 2003.
8. Parker SW. Evaluación del impacto de *Oportunidades* sobre la inscripción, reprobación y abandono escolar. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2003. Tomo I, Educación. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
9. Parker SW, Behrman JR, Todd PE. Impacto de mediano plazo del Programa Oportunidades sobre la educación y el trabajo de jóvenes del medio rural que tenían de 9 a 15 años de edad en 1997. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo I, Educación. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
10. Behrman JR, Parker SW, Todd PE. Impacto de mediano plazo del paquete de *Oportunidades*, incluyendo el aspecto nutricional, sobre la educación de niños rurales que tenían entre 0 y 8 años de edad en 1997. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo I, Educación. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
11. Behrman JR, Parker SW, Todd PE, Gandini L. Los impactos de *Oportunidades* y la oferta de escuelas disponible en las comunidades rurales. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades. Mimeo. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
12. Todd PE, Gallardo-García J, Behrman JR, Parker S. Impacto de *Oportunidades* sobre la educación de niños y jóvenes de áreas urbanas después de un año de participación en el Programa. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo I, Educación. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
13. Behrman JR, Gallardo-García J, Parker SW, Todd PE, Vélez-Grajales V. How conditional cash transfers impact schooling and working behaviors of children and youth in urban Mexico. Mimeo. 2006.
14. Escobar A, González-de la Rocha M. Seguimiento de impacto 2001-2002. Comunidades de 2 500 a 50 000 habitantes. Evaluación cualitativa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2002. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
15. Escobar A, González-de la Rocha M. Evaluación cualitativa del Programa de Oportunidades en zonas urbanas, 2003. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2003. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
16. Escobar A, González-de la Rocha M. Evaluación cualitativa de mediano plazo del Programa Oportunidades en zonas rurales. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo IV, Aspectos económicos y sociales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
17. Huerta MC, Medina C. Atención a la salud en localidades rurales altamente marginadas. Evaluación de resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación. Primeros avances 1999. México, 2003.
18. Gertler PJ. El impacto del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) sobre salud. En: Evaluación de resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2000.
19. Bautista S, Martínez S, Bertozzi S, Gertler PM. Evaluación del efecto de *Oportunidades* sobre la utilización de servicios de salud en el medio rural. Evaluación de resultados de impacto del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2002. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
20. Gutiérrez JP, Bautista S, Gertler P, Hernández M, Bertozzi S. Impacto de *Oportunidades* en la morbilidad y el estado de salud de la población beneficiaria y en la utilización de los servicios de salud. Resultados de corto plazo en zonas urbanas y de mediano plazo en las zonas rurales. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo II, Salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
21. Fernald LC, Gertler PJ, Olaiz G. Evaluación del impacto de *Oportunidades* a mediano plazo en obesidad y enfermedades crónicas en zonas rurales. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo II, Salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
22. Huerta MC, Hernández D. Algunos aspectos de salud reproductiva de la población beneficiaria de Progresá. Washington, DC: IFPRI, 2001.
23. Hernández-Prado B, Urquieta JE, Ramírez MD, Figueroa JL. Impacto de *Oportunidades* en la salud reproductiva de la población beneficiaria. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo II, Salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
24. Duarte MB, Morales S, Ochoa SC, Van der Wal SB, Hidrovo AJ, Caballero M *et al.* Impacto de *Oportunidades* sobre los conocimientos y prácticas de madres beneficiarias y jóvenes becarios. Una evaluación de las sesiones educativas para la salud. En:



- Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo II, Salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
25. Gutiérrez JP, Gertler P, Hernández M, Bertozzi S. Impacto de *Oportunidades* en los comportamientos de riesgo de los adolescentes y en sus consecuencias inmediatas. Resultados de corto plazo en zonas urbanas y de mediano plazo en zonas rurales. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo II, Salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
 26. Gertler PJ, Levine D, Martínez S. The presence and presents of parents: Do parents matter for more than their money? 2003. Documento no publicado.
 27. Hernández-Prado B, Ramírez D, Moreno H, Laird N. Evaluación del impacto de *Oportunidades* en la mortalidad materna e infantil. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2003. Tomo II, Salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
 28. Gutiérrez JP, Bautista S, Gertler P, Hernández M, Bertozzi S. Impacto de *Oportunidades* en el estado de salud, morbilidad y utilización de los servicios de salud de la población beneficiaria en zonas urbanas. Evaluación externa de impacto del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006. Mimeo.
 29. Hernández M, Meneses F, Téllez MM, Manzano A, López R. Evaluación de la calidad de la atención médica para la población diabética usuaria de *Oportunidades*. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo II, Salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
 30. Neufeld L, Sotres D, Flores L, Tolentino L, Jiménez J, Rivera J. Estudio sobre el consumo de los suplementos alimenticios Nutrisano y Nutrivida en niños y mujeres de zonas urbanas beneficiarios de *Oportunidades*. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004 Tomo III, Alimentación. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
 31. Neufeld L, Sotres D, Gertler P, Tolentino L, Jiménez J, Fernald L *et al.* Impacto de *Oportunidades* en el crecimiento y estado nutricional de niños en zonas rurales. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo III, Alimentación. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
 32. Neufeld L, Sotres D, García R, García A, Tolentino L, Fernald L *et al.* Estudio comparativo sobre el estado nutricional y la adquisición de lenguaje entre niños de localidades urbanas con y sin *Oportunidades*. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo III, Alimentación. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
 33. Gertler PJ, Fernald LC. Impacto de mediano plazo del Programa Oportunidades sobre el desarrollo infantil en áreas rurales. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004 Tomo III, Alimentación. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
 34. Neufeld LM, García-Guerra A, Leroy J, Flores ML, Fernández AC, Rivera-Dommarco J. Impacto del Programa Oportunidades en nutrición y alimentación en zonas urbanas de México. En: Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2006. Salud. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006. Mimeo.
 35. Organización Mundial de la Salud. 54ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS, 2001.
 36. Neufeld LM, García-Guerra A, Leroy J, Flores ML, Fernández AC, Rivera-Dommarco J. Percepción, aceptabilidad y uso de los complementos, y conocimiento y percepción sobre *Oportunidades* desde la perspectiva de las beneficiarias y los operadores del mismo. En: Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2006. Salud. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006. Mimeo.
 37. Rubalcava L, Teruel G. El efecto del Programa Oportunidades sobre la composición demográfica de los hogares y decisiones de migración. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo IV, Aspectos económicos y sociales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
 38. Rubalcava L, Teruel G. Análisis sobre el cambio en variables demográficas y económicas de los hogares beneficiarios del Programa Oportunidades 1997-2002. En Resultados de la evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2002. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
 39. Gertler PJ, Martínez S, Rubio M. Evaluación del efecto de *Oportunidades* en el incremento del consumo de los hogares mediante inversiones a la micro-empresa y a la producción agrícola. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo IV, Aspectos económicos y sociales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
 40. Attanasio O, Di Maro V. Evaluación del efecto de *Oportunidades* a mediano y corto plazo en el consumo en áreas rurales. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa del impacto del Programa Oportunidades 2004 Tomo IV. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
 41. Angelucci M, Attanasio OP, Shaw J. Evaluación del Efecto de *Oportunidades* en el nivel y la composición del documento en localidades urbanas. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo IV, Aspectos económicos y sociales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
 42. Rivera LB, Hernández B, Castro R. Asociación entre la violencia de pareja contra las mujeres de las zonas urbanas en pobreza extrema en incorporación al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. México: Colmex, 2005.
 43. Nájera M, Segovia A. Efectos del Programa Oportunidades en la relaciones de pareja y familiares. México: Colmex, 2005.
 44. Hernández B, Urquieta JE, Meneses F, Baltasar MC, Hernández M. Evaluación del cumplimiento de metas, costos unitarios y apego del Programa Oportunidades a las Reglas de Operación. Resultados de la Evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2002. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
 45. Meneses F, Hernández M, Téllez MM, Almodóvar B, Olivares AA. Evaluación del cumplimiento de las metas, los costos unitarios y el apego del Programa a las Reglas de Operación 2004. En: Hernández B, Hernández M, eds. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
 46. Colegio Mexiquense. Evaluación del cumplimiento de metas, costos unitarios de apego del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades a las Reglas de Operación 2005. Introducción y resumen ejecutivo. México: Colegio Mexiquense, 2006.

Evaluación externa de impacto del
Programa Oportunidades 2001-2006. **Informe Compilatorio**

Se terminó de imprimir en noviembre de 2006.
La edición consta de 1 500 ejemplares
y estuvo al cuidado de la
Subdirección de Comunicación Científica
y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública

