

**LA INFLUENCIA DE LA CONDICIONALIDAD DE RECURSOS DE UN PROGRAMA SOCIAL EN LA ASISTENCIA A CONSULTAS MÉDICAS. EL CASO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES DE MÉXICO<sup>1</sup>**

*The case of the social program Oportunidades in Mexico: the influence of the conditionality of resources regarding medical appointments*

Oscar Alfonso Martínez Martínez

Oscar Alfonso Martínez Martínez

Profesor-investigador de tiempo completo del Departamento de Ciencias Sociales y Políticas de la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Doctor en Filosofía con especialidad en Políticas de Bienestar Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Actualmente dirige el proyecto de evaluación del programa Oportunidades y Seguro Popular en el Noroeste de México; financiado por el Instituto de Desarrollo Sustentable y Equidad y el Campo Estratégico de Acción en Pobreza y Exclusión del Sistema Universitarios Jesuita

E-mail: [oscar.martinez@uia.mx](mailto:oscar.martinez@uia.mx)

### Resumen

Los programas de Transferencias Monetarias se han implementado en diversos países de América Latina. En el caso de México, el PROGRESA-Oportunidades funciona desde hace más de una década. Este programa, al igual que cualquier otro de transferencias, tiene como característica que los recursos están condicionados, lo que significa que para ser acreedor del dinero, los miembros del hogar tienen que acudir a distintas actividades que el programa establece, incluida la asistencia a consultas médicas. Este documento analiza si condicionar los recursos genera que los beneficiarios acudan a las consultas médicas por el dinero, o por el contrario, han dejado de ver la asistencia como una obligación producto de la condicionalidad.

**Palabras claves:** programas sociales, condicionalidad, salud.

### Abstract:

*Cash Transfer programs have been implemented in several countries in Latin America. In the case of Mexico, PROGRESA- Oportunidades has been running for over decade. This one, like any other transfer program, has the property that resources are constrained, which means that to be a borrower of money, household members have to attend various activities the program will mark, among them the assistance to medical appointments. This paper examines whether the resources generated conditions that the*

<sup>1</sup> El agradecen al Instituto de Investigaciones sobre Desarrollo Sustentable y Equidad Social, así como al Campo Estratégico de Acción en Pobreza y Exclusión del Sistema Universitarios Jesuita, por el apoyo recibido para la realización de la investigación.

*recipients attend medical appointments for the money, or conversely, have failed to see the assistance as a result of the compliance obligation.*

**Key words:** *social programs, conditionality, health.*

### **Introducción**

En diversas partes del mundo, las políticas para combatir la pobreza, han adoptado como estrategia para mejorar las condiciones sociales de las personas con mayores niveles de marginación, incrementar sus niveles de capital humano; ésto con la finalidad que en el futuro puedan romper el círculo intergeneracional de la pobreza. Para materializar estas acciones, se han implementado programas de transferencias condicionadas con componentes muy similares centrados en la educación, salud y nutrición.

El componente educativo consiste en becas destinadas a niños y/o adolescentes condicionando, la entrega de los recursos, a que los niños se matriculen en la escuela y demuestren una asistencia regular (normalmente entre 80-85% del total de días de clase) (Rawlings y Rubio, 2003). En relación a la salud, la condición consiste, por lo general, en revisiones médicas, así como en la entrega de dinero para mejorar la calidad y diversidad de la alimentación. En algunos países (como México), se entrega un complemento o suplemento alimenticio para grupos de población vulnerables como son los niños y mujeres embarazadas.

Uno de los primeros programas de transferencias implementados en América Latina fue el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) que inició operaciones en 1997, con el objetivo de apoyar a las familias que vivían en condición de pobreza extrema. A partir de 2002, PROGRESA se transforma en el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PrOp); conjuntamente con el cambio de nombre se realizaron mejoramientos en sus tres componentes, ampliando hasta nivel medio superior las becas, en el aspecto de salud, se incrementó el cuadro básico de medicinas, así como la diversidad de temas en las pláticas de salud; mientras, los complementos alimentarios (Nutrisano y Nutrivida) fueron mejorados en su sabor y presentación. Un

punto radical fue la cobertura propuesta que incluyó zonas urbanas, aun cuando el diseño original del programa no las había contemplado.

Una de las características principales de los programas de transferencias y, por tanto, del Oportunidades es la entrega de dinero en efectivo para que las familias puedan invertirlo en alimentación y salud. A cambio, las familias beneficiarias se obligan a diversas corresponsabilidades y, en caso de no cumplirlas, se las puede sancionar o quitar el recurso de manera definitiva. Las obligaciones de los beneficiarios en el aspecto de salud son las siguientes:

- *registrarse oportunamente en la unidad de salud que les sea asignada al momento de incorporarse;*
- *todos los integrantes de la familia beneficiaria deben asistir a sus citas programadas en los servicios de salud, incluyendo los adultos mayores, y*
- *participar mensualmente en las acciones de comunicación educativa para el autocuidado de la salud, preferentemente por parte del integrante de la familia beneficiaria de 15 hasta 60 años de edad que sea citado. (SEDESOL, 2010:10).*

Las corresponsabilidades antes descritas tienen implícita una dualidad, por una parte, la condicionalidad busca el incremento del capital humano al requerir que los beneficiarios acudan a las acciones médicas, se mantengan sanos y con ello disminuyan las inasistencias a la escuela o al trabajo. El otro aspecto, es que la condicionalidad “puede privar a los pobres de la libertad de elegir los servicios apropiados, y de tomar libremente decisiones que mejoren el bienestar del hogar” (Samson, 2006: 10). De esta forma, no se les permite decidir libremente lo considerado mejor para la familia, como puede ser asistir a los servicios y exámenes médicos, cuando ellos así lo consideren conveniente en relación a su cultura, tiempo y cosmovisión.

Los argumentos antes descritos llevan a cuestionar si, ¿la asistencia a las consultas se explica únicamente por la condicionalidad de las transferencias? La respuesta a dicha incógnita es prioritaria debido a que permite argumentar como va evolucionando la perspectiva de los beneficiarios a lo largo del tiempo.

Con la finalidad de dar una respuesta probable a esta pregunta, se realizó un estudio en el Área Metropolitana de Monterrey (AMM) del Estado de Nuevo León México, debido a que los relevamientos precedentes (Adato, 2006; Coady, 2000; Gertler, P. y L. Fernald, 2005, por mencionar algunos) pertenecen a contextos rurales y, en algunos casos, a zonas urbanas, por tanto, las evidencias que se presentan son un primer acercamiento descriptivo de lo que sucede en los contextos metropolitanos. El trabajo se dividió en tres partes: en la primera se muestran los argumentos empíricos de estudios precedentes; en la segunda, se presentan los resultados de la investigación sobre la asistencia a las consultas médicas. Por último, las conclusiones.

### **I. Evidencias empíricas**

Los programas de transferencias buscan la acumulación de capital humano en los ámbitos de educación, salud y nutrición, con la finalidad de romper con los ciclos intergeneracionales de pobreza. La estrategia principal para lograrlo es por medio de las transferencias monetarias, las cuales son dinero en efectivo que se destina a un hogar previamente seleccionado por su condición de pobreza, vulnerabilidad o alguna otra característica. Los hogares las reciben para que sean utilizadas en el mejoramiento de sus condiciones sociales; a cambio, las familias tienen que enviar a sus hijos de manera regular a la escuela, además de que la totalidad de los miembros deban asistir a consultas médicas preventivas (Rawlings y Rubio, 2003).

Aún cuando las transferencias, en esencia, buscan un bien individual y familiar, el hecho de que estén condicionadas no parece dejar libertad de elección a los beneficiarios sobre lo que consideran mejor para ellos, en relación a sus formas y tradiciones de vida; además que la condicionalidad no es necesaria para promover el desarrollo social, pues el dinero que se otorga por medio de estos programas funcionan ya sean condicionados o no condicionados (Samson, 2006).

A pesar de los problemas que puede tener la condicionalidad, ésta ha generado impactos substanciales en las asistencias a consultas médicas en los diversos países donde se han puesto en marcha los programas de transferencias, como son Nicaragua, México, Honduras y Brasil, donde las evidencias señalan que los servicios preventivos

(como son el control de crecimiento de niños y controles médicos para adultos) presentaron aumentos estadísticamente significativos (Ayala, 2006).

En México, la asistencia a los centros de salud permitió reducir la enfermedad y la mortalidad infantil, de igual forma, mejoró el estado de salud de los adultos. Sin embargo, las tasas de vacunación no sufrieron cambio alguno (Schady, 2006), probablemente por el costo que éstas mismas originan a los sistemas de salud. En Turquía, se han encontrado incrementos importantes en el uso de los servicios preventivos, sobre todo se han encontrado que las mujeres están acudiendo de forma más constante a las consultas. En Colombia, hallaron aumentos estadísticamente significativos en el porcentaje de niños que asisten a consultas de desarrollo y crecimiento, ya que pasó de 42% a 54% (Ayala, 2006).

El impacto más importante en los países mencionados es en Nicaragua, donde a partir de un estudio cuasi experimental se observaron que aproximadamente 60% de los niños y niñas menores de 3 años participaban de los controles de nutrición, antes de que se implementara el programa “Red de Protección Social” (RPS). Una vez que estuvo en operación, más de 90% de los menores beneficiarios del RPS asistían a las revisiones de salud, a diferencia de la población de control en la que apenas 67% de los niños asistían (IFPRI, 2002). Estos mismos evaluadores encontraron que las tasas de vacunación aumentaron en 18 puntos porcentuales en menores de entre 12 y 23 meses.

En relación al PrOp en su componente de salud, se halló que la asistencia a consultas se ha incrementado en las clínicas desde los primeros años del programa. De acuerdo al estudio etnográfico efectuado por Nahmad, Carrasco y Sarmiento (1999), de las 300 consultas al mes aumentaron a más de mil después de que inició el programa. En un estudio experimental, Huerta y Medina (1999), encontraron que antes de la puesta en marcha del programa no se observaban diferencias en el uso de los servicios de salud entre las familias beneficiarias y las de pobreza extrema en localidades de control pero, después de seis meses del inicio del programa, observaron diferencias entre el comportamiento de ambas, debido a que el uso de servicios entre las familias que son sujetas a la condicionalidad presentaron un incremento estadísticamente significativo, a diferencia de las familias a quienes no se les otorga dicho estímulo.

En otro estudio de corte longitudinal, encontraron que como efecto de la intervención del programa en las unidades de salud rurales que atienden a población alcanzada, existió un aumento en el número de consultas totales en 59% entre 1997 y el primer trimestre de 2002. Por tanto, la proporción de consultas preventivas se había incrementado en mayor grado en comparación con las unidades de salud que no atienden beneficiarios del programa. De ahí que en 1998, quienes más consultas diarias recibieron en promedio fueron los grupos de 1 y 4 años y 25 a 44 años; con relación al número de consultas de atención prenatal, las mismas se incrementaron un 16.7 % en las unidades de salud con familias beneficiarias del programa durante el último trimestre de 1998, respecto al mismo periodo en el año previo (Bautista et.al, 2002)

Los resultados en la salud de las familias beneficiarias que se ha reportado mediante estudios cuasi experimentales muestran que, tanto los niños como los adultos beneficiarios del programa, mejoraron su salud en relación con el grupo de control, sobre todo los niños, ya con una incidencia de enfermedades del 12% menor como resultado de los beneficios del programa. En el caso de los adultos, se registra un decremento del 19% en el número de días que se enferman o están incapacitados en comparación al grupo de control (Skoufias et.al, 2000).

En esa misma investigación, se reportó que la atención médica preventiva en las zonas donde opera el programa ha logrado que los niños más pequeños sean menos vulnerables a las enfermedades; sobre todo entre los niños de 0 a 5 años la incidencia de enfermedades es 12% menor que entre los que no participan en el programa. De igual forma, señalan que los adultos en los hogares beneficiarios están significativamente más sanos. Los beneficiarios del programa tienen 19% menos días de dificultad para realizar sus actividades diarias, 22% menos días en cama, 17% menos en faltas por incapacidad y pueden caminar alrededor de 7% más que aquellos que no son beneficiarios (Skoufias, et.al, 2000).

Gutiérrez et al. (2005), por su parte, encontraron que hubo una reducción de alrededor de 20% en los días de enfermedad de individuos de 0 a 5 años; además señalan que en localidades incorporadas desde 1998, se observó una reducción de 25% en los días de incapacidad para individuos de 16 a 49 años, lo que ellos calcularon que representaba en promedio anual dos días menos de enfermedad en niños de 0 a 5 años y

cerca de seis días menos de enfermedad en individuos de 16 a 49 años. Igualmente, en lo que se refiere a los días de incapacidad señalan que hubo un decremento promedio de 1.6 días para los de 6 a 15 años y de 1.3 para los de 16 a 49 años.

A pesar de los impactos en salud señalados, se ha encontrado en otros estudios que al preguntarles a los beneficiarios sobre su estado de salud y las enfermedades más frecuentes que padecían, los adultos mencionaron que estaban perdiendo una proporción importante de las capacidades productivas debido a enfermedades. Además, que se mantienen altos índices de las llamadas enfermedades de la pobreza (Escobar y González de la Rocha, 2002) como son las infecciones respiratorias e intestinales y otros problemas derivados de la mala e insuficiente alimentación.

Al respecto Nahmad, Carrasco y Sarmiento (1999:98) señalaban que “el dinero que reciben del programa es la causa de que la gente se obligue a venir a los chequeos”, si se terminara el apoyo definitivamente la asistencia decaería. Para apoyar esta conclusión, presentaban como evidencia la entrevista con un promotor de salud en la que confirma que las mujeres acuden a las pláticas y revisiones por la condicionalidad de los recursos, pero a la hora de dar a luz se siguen atendiendo con las parteras tradicionales.

En resumen, según las evidencias mostradas, la condicionalidad de las transferencias puede generar incrementos substanciales en la asistencia a las consultas preventivas y, por ende, impactos en la salud. Cabe aclarar que las evidencias pertenecen a contextos rurales de extrema pobreza, de ahí que sea importante evaluar estos impactos en contextos metropolitanos como es el AMM, cuyos resultados se muestran en el siguiente apartado.

## **II. Resultados de Investigación**

Antes de recibir las transferencias, los resultados muestran que el 51.6% de los beneficiarios no acudían al médico, mientras un 48.4% lo hacía en diversos periodos que iban de forma mensual hasta anual. En relación a los miembros que acudían a consultas médicas se encontró que eran los hijos y la madre del hogar (44.8% respectivamente) y un 10.3% formado por los abuelos, cuñados o cuñadas o sobrinos que vivían en el hogar. Existía nula participación del padre en la asistencia al médico,

pues según las evidencias encontradas, ellos trataban sus enfermedades con remedios caseros, cuando éstas no eran graves y únicamente acudían a la clínica cuando se encontraban muy mal de salud.

En relación a la periodicidad de quienes asistían, ésta variaba considerablemente porque un 26.3% lo hacían discontinuamente, 2.8% cada año, 5.6% en forma semestral, 6.6% trimestral, 8.2% bimestral y más de la mitad (50.5%) de forma mensual. Los resultados muestran que, las personas que acudían al médico antes de la intervención no lo hacían siguiendo una tendencia regular, sino en tiempos diversos que tenían que ver la ocurrencia de enfermedades, como se verá más adelante.

Al cruzar ambas variables, se encontró que de forma mensual y bimestral quienes más asistía a consultas médicas eran los hijos (53% y 50% respectivamente), seguidos de la madre (38% en cada uno) y de los otros miembros (9% y 12% respectivamente). Estos datos muestran que los hijos son los que acudían en periodicidades más reducidas. De forma trimestral y semestral quien más acudía era la madre (62% y 50%) seguido de los hijos (24% y 33%) y finalmente los otros miembros (14% y 17%); estos datos señalan que un pequeño porcentaje de las madres acudían al médico en tiempos no muy prolongados. En relación a la periodicidad anual, quién tenía el mayor porcentaje eran los hijos (56%), seguido de la madre (33%) y finalmente los otros miembros del hogar (11%). En cuanto a quienes lo hacían de forma ocasional se tiene que la madre era quien tenía el mayor porcentaje (57%), seguido de los hijos (33%), finalmente los otros miembros (10%).

Los datos que se han venido presentando antes de recibir las transferencias muestran un panorama de asistencia al médico de forma regular, ya que casi la mitad (48.4%) de los hogares acudía. Sin embargo, estos datos nada dicen si no se conoce específicamente el motivo de asistencia al médico. Según las evidencias reportadas por los beneficiarios, acudieron principalmente porque se encontraban enfermos en ese momento (55%), lo cual implica que más de la mitad no lo hicieron por razones de prevención. Otro datos de interés que surgen del estudio son que quienes más se enfermaron fueron los hijos (53.57%), seguido de la madre (38.39%) y los otros miembros del hogar (8.04%).

El siguiente motivo fue porque se preocupaban por su salud (33%), dicho aspecto es importante ya que indica el grado en que los miembros del hogares asistían al médico con fines preventivos; quienes más asistieron a este tipo de consultas fueron los hijos (82.35%), seguido de la madre (14.7%) y finalmente los otros miembros (2.95%). El último porcentaje (12%) fue por diversas causas como el chequeo de embarazos o aplicación de vacunas.

Una vez que el programa intervino y los beneficiarios estuvieron sujetos a la obligatoriedad de asistir a las consultas médicas a cambio de las transferencias, lo anterior produjo un incremento significativo del 49.79%; debido a que ahora el 97.2% de los hogares acuden por lo menos en uno de sus miembros a consultas y sólo un 2.8% no lo hacen. Las razones aludidas son: por falta de tiempo debido a que trabajan y la atención médica se produce en horas de jornada laboral. Aún así el incremento es innegable e incluso parecido a los estudios predecesores en zonas rurales y semiurbanas donde encontraron que de forma longitudinal (5 años) se tuvieron incrementos del 59% entre 1997 y el primer trimestre de 2002 (Bautista, et.al, 2002).

En cuanto a qué integrantes del hogar son los que asisten a las consultas médicas a partir de recibir las transferencias, los resultados muestran que tanto los hijos (43.2%) como las madres (39.9%) son quienes acuden, como sucedía antes de la intervención. Otro punto importante es que ahora los padres también están acudiendo (15.1%) lo que representa un gran avance pues antes de la intervención ellos no lo hacían. El último porcentaje (1.8%) lo integran las otras personas que viven en el hogar como son las cuñadas, primos, nueras, entre otros, aun cuando ellos no están obligados acudir, lo cual refleja un impacto positivo del programa en todos los miembros del hogar.

Un aspecto importante es determinar la periodicidad de las visitas al médico, ya que ésta muestra el comportamiento que los miembros del hogar han tenido a partir de ser beneficiados por la transferencia. El programa pide, como corresponsabilidad, la asistencia por lo menos una vez cada seis meses para hombres y mujeres entre 5 y más de 60 años; en los casos de niños recién nacidos, menores de 5 años, embarazadas y en puerperio el periodo es distinto<sup>2</sup>, pero de forma general con una asistencia cada seis

---

<sup>2</sup> Los miembros de los hogares que tienen periodos distintos de asistencias son: los recién nacido al nacimiento, 7 y 28 días. Niños y niñas menores de 5 años A los 2, 4, 6, 8, 10, 12 18 y 24 30, 36,42, 48, 54 y 60 meses de edad. Embarazadas 5 revisiones de acuerdo a la evolución del embarazo. Puerperio 7 , 28 y 42 días (SEDESOL, 2006)

meses la corresponsabilidad se cumple. Los hallazgos en este aspecto se pueden observar en la siguiente tabla:

#### Comportamiento de la asistencia

| Periodo          | % Antes de la intervención | % Después de la intervención | Diferencias estadísticas |
|------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Mensual          | 50.5%                      | 42.2%                        | .23                      |
| Bimestral        | 8.2%                       | 5.8%                         | .05                      |
| Trimestral       | 6.6%                       | 3.2%                         | .04                      |
| Semestral        | 5.6%                       | 40%                          | .01                      |
| Anual            | 2.8%                       | 1.1%                         | .05                      |
| Discontinuamente | 26.3%                      | 7.6%                         | .03                      |

Fuente: elaboración propia

Los resultados presentados en la tabla señalan que el periodo bimestral (5.8%), trimestral (3.2%), anual (1.1%) y discontinuo (7.6%), presentaron disminuciones estadísticamente significativas, dado que las personas que acudían en estos periodos de tiempo, ahora lo hacen de forma semestral como lo señala el manual operativo; de ahí que la asistencia en ese periodo de tiempo (semestral) haya tenido un incremento estadísticamente significativo, ya que se pasó de 5.6% antes de la intervención a 40%, lo cual muestra que una gran mayoría de los miembros del hogar acuden por lo menos una vez cada seis meses al médico en el cumplimiento de su corresponsabilidad.

Aún cuando la asistencia de forma mensual experimentó una disminución, ya que pasó de 50.5% a 42.2%, debido a que los miembros del hogar han cambiado ligeramente su patrón hacia lo semestral con la finalidad de cumplir con la corresponsabilidad, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Todos estos resultados marcan un cambio en el patrón de asistencia al médico a partir de que recibieron las transferencias, de tal forma que existe una clara tenencia a acudir cada seis meses y quienes lo siguen haciendo de forma mensual son aquellos que siguen controles de salud por enfermedades detectadas desde antes de la intervención, así como mujeres embarazadas y niños de 0 a 5 años.

Entre los resultados que ha traído la asistencia a las consultas, podemos mencionar los mejoramientos en la salud de los beneficiarios, por eso al preguntarles a las titulares si algún miembro de la familia había estado enfermo en las últimas cuatro semanas previas a la encuesta, se encontró que el 8.23% del total de personas lo estuvieron, esto significa que el porcentaje restante (91.77%) se mantuvieron sanos. Por ese motivo el 80% de las personas señalan que la salud de la familia es buena y muy buena desde que acuden a las consultas médicas.

Un aspecto fundamental es saber cuáles son los motivos que impulsan a acudir a las consultas desde que son beneficiarios, al respecto se encontró que el 79.7% dijo que era por la prevención de las enfermedades. Esto significa que para estas personas la condicionalidad de los recursos está pasando a una segunda etapa donde ya no se consideran el factor esencial para acudir. Un 10.9% dijeron que fue por la condicionalidad de las transferencias, este dato reflejan un sector de la población que asiste más por obligación que por considerar las consultas un beneficio que les permite estar sanos; además que estas personas son los mejores candidatos a no seguir acudiendo al médico con fines preventivos si les quitaran las transferencias. El 9.4% asistió cuando se encontraban enfermos, estos representan el grupo más vulnerable a un corto plazo pues no se encuentran en un proceso de prevención de enfermedades.

Al analizar las diferencias de los motivos de asistencia antes y después de ser beneficiario, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por tanto, el motivo principal por el que acuden al médico cambió entre ambos momentos en el tiempo, llevando a confirmar que asisten por el mejoramiento en la salud. Esto lleva a señalar que se está gestando una cultura de prevención de enfermedades que en un corto plazo se verá reflejado en menor inasistencia a la escuela o trabajo.

Finalmente, los resultados anteriores se pueden confirmar también porque al preguntarles qué si ya no recibieran el dinero del PrOp seguiría asistiendo, las respuestas fueron: 75.8% dijo que si lo harían, el 15.7% sí, pero no tan frecuentemente y 8.5 % dijo que no y que únicamente lo harían cuando estuvieran enfermos; estos datos ratifican que la asistencia debido a la condicionalidad de las transferencias se está superada por la gran mayoría, formando una conciencia sobre la importancia que tiene

la prevención de las enfermedades en los hogares, lo que indica un cambio hacia una cultura de prevención.

### **Conclusiones**

El Oportunidades, al igual que cualquier otro programa de transferencias condicionadas, otorga recursos monetarios a sus beneficiarios a cambio que los miembros del hogar acudan a consultas médicas y los niños a la escuela. El no cumplimiento puede originar la suspensión temporal o definitiva del beneficio. Dicha estrategia, por una parte, busca asegurar la formación de capital humano al mantener sanos a los miembros de la familia, por otra, no deja decidir libremente lo considerado mejor en torno al bienestar de la familia, privando de la libertad de elección.

Los resultados encontrados en el AMM muestran que la condicionalidad de las transferencias y lo que esto significa, como es el acudir obligadamente a las consultas para recibir el dinero, ha pasado a un segundo término; los resultados se explican por los beneficios obtenidos en la salud a partir de ser beneficiarios, que sin duda traerá a futuro, mayores resultados al evitarse enfermedades crónico- degenerativas que desgastan en distintas esferas a la familia.

La etapa de la condicionalidad, como motivo para acudir al médico, se supera cuando los beneficiarios dejan de mirar a las transferencias como el factor que los obliga a acudir y se dan cuenta de los beneficios de las consultas en términos de salud. Claro, el paso a dicha etapa es un proceso que puede llevar algún tiempo y que depende de diversos factores como el acceso a las clínicas, las condiciones del contexto, los usos y costumbres, así como el formar parte de una población rural o urbana.

### **Bibliografía**

Adato, M. (2006), *Promoción de la autonomía y Cohesión Social en los Programas de Transferencias en Efectivo Condicionadas (CCT): ¿Cómo maximizar los impactos positivos y minimizar los resultados imprevistos?* Estambul, Turquía, Tercera conferencia internacional sobre transferencias en efectivo condicionadas.

Ayala, C. (2006), *Perfiles de los programas por país*. Estambul, Turquía, Tercera conferencia internacional sobre transferencias en efectivo condicionadas.

Bautista, et al. (2002), *Evaluación del efecto de Oportunidades sobre la utilización de servicios de salud en el medio rural*. México, Instituto Nacional de Salud Pública.

Coady, D. (2000), *La aplicación del análisis social de costo-beneficio a la evaluación de PROGRESA. En: evolución de resultados del programa de educación, salud y alimentación. Análisis de costo beneficio*. México D.F., Secretaría de Desarrollo Social.

Escobar A. y M. González de la Rocha (2002), *Documento final de diagnóstico cualitativo de hogares semiurbanos. Localidades de 2500 a 50 000 habitantes, 2001*. México, Centro de investigaciones y Estudios superiores de Antropología Social.

Gertler, P. y Fernald, L. (2005), *Impacto de mediano plazo del Programa Oportunidades sobre el desarrollo infantil en áreas rurales. Resultados de corto plazo en zonas urbanas y de mediano plazo en zonas rurales*. En *Evaluación externa de impacto 2004*. México, Instituto Nacional de Salud Pública.

Gutiérrez et al. (2005), “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 zonas rurales” en *Evaluación externa de impacto del PrOp 2004*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.

Huerta, M. y C. Medina. (1999), “Atención a la salud en localidades rurales altamente marginadas” en SEDESOL, (eds.) *Evaluación de Resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación Primeros avances*. México D.F, Secretaría de Desarrollo Social. Pp. 239-268.

IFPRI, (2002), *Informe Final - Sistema de Evaluación de la Fase Piloto de la Red de Protección Social de Nicaragua: Evaluación de Impacto.*” Procesado. Estados Unidos, International Food Policy Research Institute.

Nahmad, S., Carrasco, T. y Sarmiento, S. (1999), “Acercamiento Etnográfico y cultural sobre el impacto del programa PROGRESA en doce comunidades de seis estados de la República” en Gómez J. y Loyola R. (Comps.) *Alivio a la pobreza: Análisis del programa de Educación, Salud y Alimentación*. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología social, pp.61- 113.

Pardo, M. (2000), “El diseño administrativo de los programas de emergencia” en Cordera R. y A. Zicardi (coordinadores) *Las políticas sociales de México al final del milenio descentralización, diseño y gestión*. México, Ed. Porrúa, pp. 459-479.

Rawlings, L. y Rubio, G. (2003), *Evaluación del impacto de los programas de transferencias condicionadas en efectivo*. México D.F, cuaderno No.10 de desarrollo humano de la Secretaria de Desarrollo Social.

Samson, M. (2006), *El Caso de las Transferencias Sociales No Condicionadas*. Estambul, Turquía, Tercera conferencia internacional sobre transferencias en efectivo condicionadas.

Schady, N. (2006), *Programas de transferencia en efectivo condicionado: repaso de la información disponible*. Estambul, Turquía, Tercera conferencia internacional sobre transferencias en efectivo condicionadas.

SEDESOL (2005, *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, reglas de operación para el ejercicio fiscal 2005*. México D.F: Secretaría de Desarrollo Social

- (2006). *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, reglas de operación para el ejercicio fiscal 2006*. México D.F, Secretaría de Desarrollo Social.

- (2010, *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, reglas de operación para el ejercicio fiscal 2006*. México D.F, Secretaría de Desarrollo Social.

Skoufias et al. (2000), *¿Está dando buenos resultados PROGRESA? Síntesis de la evaluación de impacto*. México D.F, Secretaría de Desarrollo Social e International Food Policy Research Institute (IFPRI).

### **Anexo metodológico**

El estudio forma parte de un proyecto longitudinal llamado “Evaluación del programa Oportunidades y del Seguro Popular en el Noreste de México”, financiado por el Instituto sobre Desarrollo Sustentable y Equidad Social de la Universidad Iberoamericana así como por el Campo Estratégico de Acción en Pobreza y Exclusión Social del Sistema Universitario Jesuita.

La unidad de análisis fueron los hogares, considerados por el programa como el conjunto de personas que hacen vida en común dentro de un espacio físico, unidos o no por parentesco, además de compartir gastos de manutención y preparar los alimentos en la misma cocina (SEDESOL, 2005). El muestreo se realizó por conglomerados en dos etapas, ya que los hogares beneficiarios del programa se pueden agrupar más fácilmente de esa forma, haciendo más ágil la logística para aplicar los instrumentos. En la primera etapa se seleccionaron las colonias, utilizando para ello una corrida de números aleatorios con la lista de lugares donde el programa operaba. El resultado determinó las posiciones de las colonias seleccionadas, obteniéndose los siguientes resultados:

**Municipios y colonias donde se aplicó el instrumento**

| <b>Colonia</b>         | <b>Municipio</b>         |
|------------------------|--------------------------|
| Prados de Santa Rosa   | Apodaca                  |
| Fernando Amilpa        | General Escobedo         |
| Valle del Sol          | Guadalupe                |
| Monte Kristal          | Juárez                   |
| La alianza San Gabriel | Monterrey                |
| Paseo de Nogalar       | San Nicolás de los Garza |

Fuente: lista de colonias beneficiadas del Programa Oportunidades por entidad federativa. Disponible en: [www.oportunidades.gob.mx](http://www.oportunidades.gob.mx)

Las colonias seleccionadas se localizan en seis municipios distintos del AMM, permitiendo una mayor heterogeneidad de todo el contexto en estudio y una mejor representatividad de los datos. Una vez determinadas las colonias donde se realizaría el levantamiento, se calculó el tamaño de la muestra “n”, por medio de las siguientes formula  $no = Z^2pq/E^2$ , donde la confiabilidad fue del 96% con un margen de error del 5%, trayendo como resultado después de la corrección finita una  $n= 426$  hogares.

El siguiente paso fue determinar las unidades de muestreo secundario que son los hogares dentro de las colonias seleccionadas, utilizando la lista de beneficiarios que en la página web del programa se tiene; con estos datos se realizó una corrida de números aleatorios, lo que indicó la posición del hogar a encuestar.