

Percepciones de salud materno-infantil y efectos de incentivos económicos en los Altos de Chiapas, México: Análisis Post-Prospera

Maternal and child health Perceptions and economic Incentive effects in the Altos of Chiapas, Mexico: A post-Prospera analysis

Magdalena del Carmen Morales-Domínguez¹, 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5705

Artículo Original

• Fecha de recibido: 23 de noviembre de 2023 • Fecha de aceptado: 19 de enero de 2024 • Fecha de publicación: 06 de marzo de 2024

Autor de correspondencia

Magdalena del Carmen Morales Domínguez. Dirección postal: Avenida Ingeniero 58.
CP. 29217. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
Correo electrónico: carmen.morales@insp.edu.mx

Resumen

Objetivo: Analizar las percepciones de mujeres indígenas y personal de salud en los Altos de Chiapas tras Prospera, para visibilizar cómo el programa cambió la atención de la salud materno-infantil, específicamente en relación con la presencia o ausencia de incentivos económicos.

Material y Método: El estudio, basado en la teoría fundamentada, utilizó nueve entrevistas grupales con mujeres (54 participantes) y nueve entrevistas semiestructuradas con siete enfermeras y dos médicos.

Resultados: La relación entre las mujeres y el personal de salud en el marco de Prospera fue percibida como una obligación motivada por un incentivo económico, en lugar de ser vista como una corresponsabilidad. Los temas de intervención, como las pláticas de orientación en salud y las consultas médicas que implicaban la asistencia a la unidad médica, al finalizar el programa la mayoría de las mujeres dejaron de asistir. Este cambio en la dinámica sugiere que la relación construida en torno al incentivo económico no logró fomentar una corresponsabilidad sostenible en el cuidado de la salud materno-infantil, después de la conclusión de Prospera.

Conclusiones: En el programa Prospera, se observaron ventajas como el monitoreo de la salud materna, pláticas de salud y la provisión de suplementos vitamínicos. Sin embargo, la falta de una corresponsabilidad efectiva y la percepción de obligación condicionada al incentivo económico, influyeron en la disminución de la asistencia a las unidades médicas y en la adopción de prácticas de cuidado preventivo, lo que podría minimizar todas las ventajas obtenidas. Este hallazgo resalta la importancia de diseñar intervenciones sociales, que vayan más allá de la mera obligación y fomenten una participación activa y sostenible en el cuidado de la salud materno-infantil.

Palabras clave: Salud materno infantil; Programa social; Incentivo; Económico.

Abstract

Objective: To analyze the perceptions of indigenous women and healthcare personnel in the Altos de Chiapas after Prospera, aiming to shed light on how the program changed maternal and child health care, specifically in relation to the presence or absence of economic incentives.

Materials and Methods: Grounded in grounded theory, the study utilized nine focus group interviews with women (54 participants) and nine semi-structured interviews with seven nurses and two doctors.

Results: The relationship between women and healthcare personnel within the Prospera framework was perceived as an obligation driven by economic incentives, rather than being viewed as shared responsibility. Intervention topics, such as health orientation talks and medical consultations that required attendance at the medical unit, saw a decrease in participation by most women after the program concluded. This shift in dynamics suggests that the relationship built around economic incentives failed to foster sustainable shared responsibility in maternal and child health care after Prospera concluded.

Conclusions: In the Prospera program, advantages were observed, such as maternal health monitoring, health talks, and the provision of vitamin supplements. However, the lack of effective shared responsibility and the perception of obligation conditioned by economic incentives influenced the decrease in attendance at medical units and the adoption of preventive care practices, potentially minimizing all the benefits gained. This finding emphasizes the importance of designing social interventions that go beyond mere obligation and promote active and sustainable participation in maternal and child health care.

Keywords: Maternal and child health; Social program; Economic; Incentive.

¹ Doctora en antropología social. Posdoctorante del Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.



Introducción

Los estudios dedicados a las políticas sociales en el ámbito de la salud han revelado que las estrategias implementadas por los gobiernos, pueden tener un impacto significativo en la conceptualización de lo que se considera una enfermedad y en las modalidades de tratamiento asociadas^{1,2}. En este contexto, resulta pertinente abordar el concepto de “gubernamentalidad” propuesto por Michel Foucault³, el cual postula que las políticas gubernamentales desempeñan un papel fundamental en la regulación y control de la población. Esto implica no solo la gestión de la salud pública, sino también la influencia en la medicalización^{4,5,6,7,8} de diversos aspectos de la vida cotidiana.

De esta manera, las políticas sociales en salud no solo buscan abordar problemas médicos, sino que también se entrelazan con la construcción y mantenimiento de un orden social específico. Este enfoque permite comprender cómo las estrategias gubernamentales³ no solo influyen en los tratamientos médicos, sino que también desempeñan un papel clave en la conformación de la percepción social de la salud y la enfermedad.

Se han implementado políticas de salud en América Latina, incluyendo México, que han influido en las prácticas diarias de las personas^{9,10}. Estas políticas buscan regular y controlar la atención médica y promover ciertos comportamientos relacionados con la salud. Ejemplos de estas intervenciones políticas incluyen la departamentalización de los servicios de salud y la creación de programas de asistencia que han tenido un impacto en cómo las personas acceden a la atención médica y en cómo la sociedad concibe y experimenta la salud.

Por ejemplo, el derecho a la salud materno-infantil ha sido objeto de análisis y discusión en foros nacionales e internacionales desde finales de los años ochenta. Se ha renovado el interés en la reducción de la mortalidad materna a nivel mundial a través de iniciativas como la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo (1987), la Cumbre en Favor de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995)¹¹. Estas iniciativas establecieron como objetivo la reducción del 50% de la tasa de mortalidad materna para el año 2000, tomando como referencia el año 1990^{9,10}.

En el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), adoptados en el año 2000 por 189 países, incluyendo México, se establecieron ocho objetivos con 18 metas, entre los cuales se incluyó la reducción de la mortalidad materna y el aumento de los partos atendidos por personal especializado. En México, se implementaron diversas iniciativas a nivel federal y estatal para reducir la mortalidad materna, como la exención del pago por atención al parto, acuerdos de colaboración entre instituciones de salud y la creación de una red de servicios

para brindar atención de emergencias obstétricas de manera gratuita. Aunque no se alcanzó la meta establecida, México experimentó una disminución significativa en la tasa de mortalidad materna¹⁰.

En la actualidad, las acciones se orientan hacia la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia 2016-2030, cuyo objetivo es lograr el más alto nivel de salud para todas las mujeres, niños y adolescentes¹¹. Hasta el año 2023, la razón de mortalidad materna calculada es de 26.5 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa una disminución del 12.9% en la razón respecto a la misma semana epidemiológica del año anterior¹².

Por lo anterior, este estudio aborda, el programa social conocido como Prospera¹³, que en México se introdujo en 1997 y se mantuvo vigente durante dos décadas, experimentando cambios de denominación a lo largo del tiempo, tales como Progresá, Oportunidades y Prospera (POP). Este programa se distinguió por su enfoque integral, abordando tres áreas esenciales de intervención: educación, salud y alimentación.

El POP se caracterizó por establecer una serie de atributos distintivos, siendo uno de los elementos clave la implementación de un modelo de corresponsabilidad. En este contexto, los beneficiarios que cumplían con las reglas de operación establecidas para cada componente del programa recibían incentivos económicos. Este enfoque tenía como objetivo estimular la participación de los beneficiarios en el cuidado de su salud y el seguimiento de las pautas establecidas¹³.

En el ámbito de la salud, el programa se enfocó en diversas dimensiones, incluyendo iniciativas para mejorar el acceso a servicios médicos, la promoción de prácticas saludables y la atención materno-infantil. Además, se llevaron a cabo acciones específicas dirigidas a la prevención de enfermedades y la mejora de la salud reproductiva. En este sentido, este artículo busca comprender cómo la evolución de POP refleja adaptaciones y ajustes a lo largo del tiempo en la búsqueda y tratamiento de los problemas de salud, considerando el condicionamiento mediante incentivos económicos en poblaciones indígena con relación a la salud materno-infantil. Por lo tanto, es crucial mencionar algunas características y condicionamientos específicos del componente de salud del programa¹³:

- Asistencia a controles médicos programados (las mujeres embarazadas beneficiarias tenían que asistir a las consultas prenatales). Destinar apoyos correspondientes a alimentación del hogar y consumir suplementos nutricionales (Se distribuían en las mujeres embarazadas suplementos multivitamínicos).

- Asistencia sesiones de orientación para la salud (Las mujeres con menores de edad y embarazadas se les proporcionaba capacitación para orientarlas en la mejora de su salud y cuidado de la alimentación).

Suspensión de incentivo cuando:

- La titular de la familia participante no acuda en dos ocasiones consecutivas a retirarlos o no realice ningún movimiento en su cuenta por dos o más bimestres consecutivos.
- La familia participante no permita la verificación de sus condiciones socioeconómicas y demográficas.

En este contexto, cuando nos referimos a incentivos, hablamos de pagos en efectivo o en especie, que se otorgan al cumplir de manera satisfactoria una acción o una condición específica. En el ámbito de las políticas sociales relacionadas con la salud, esta estrategia se implementa como una manera de estimular y fomentar comportamientos deseables por parte de la población.

En el campo de la salud materno-infantil, en particular, existe literatura que aborda el uso de incentivos a la demanda. Estos incentivos se han usado como herramienta para incrementar la utilización de los servicios de salud destinados a la atención de mujeres embarazadas y niños pequeños^{14,15,16,17,18}. En el caso, de Prospera, no logró alcanzar a toda la población indicada. En zonas rurales e indígenas como los Altos de Chiapas, hubo problemas con la falta de personal médico, carencias en infraestructura, suministros, y desconfianza en el servicio de salud³⁰. Sin embargo, varios estudios han respaldado el impacto positivo de Prospera en indicadores nutricionales, incluyendo la talla, el peso y la anemia^{19,20,21,22}. Estos hallazgos indican que, aunque Prospera no alcanzó una cobertura total, sus intervenciones dejaron una huella positiva en la salud de la población beneficiaria.

Estos programas sociales que llevan consigo un incentivo, están dirigidos hacia poblaciones altamente vulnerables. Por esta razón, el estudio se enfocó en el estado de Chiapas, identificado como el estado con mayor vulnerabilidad social y una de las tasas más altas de mortalidad materna¹². En particular, nuestro análisis se concentra en la región de Los Altos en Chiapas, México, reconocida por tener la mayor concentración de población indígena por kilómetro cuadrado. Esta área se caracteriza por su población indígena dispersa en comunidades geográficamente remotas e inaccesibles. La mayoría de los municipios en Los Altos tienen menos de 30,000 habitantes, y, en promedio, el 80% de la población habla una lengua indígena, alcanzando un 88% en 15 de sus 18 municipios²³.

Así, el propósito de este artículo es analizar los testimonios de mujeres indígenas y miembros del personal de centros de salud en los Altos de Chiapas, en relación con su percepción posterior a Prospera. Se busca comprender cómo este programa ha influido en la atención de la salud materno-infantil, tanto en términos de asistencia a los servicios de salud como en la adopción de cuidados preventivos.

Material y Método

Este estudio cualitativo se basó en los principios de la teoría fundamentada constructivista²⁴, empleando esta metodología para obtener una comprensión conceptual de las percepciones de mujeres y personal de salud vinculadas al programa Prospera. La teoría fundamentada²⁴ posibilitó el desarrollo e identificación de temas de análisis²⁵ a partir de los datos de campo, centrándonos en las acciones, interacciones y procesos sociales de las personas. Esta aproximación busca capturar el proceso social en un contexto determinado, siendo apropiada para analizar el comportamiento humano asociado con la información proporcionada por los entrevistados.

Las entrevistas grupales se llevaron a cabo en tres municipios de los Altos: Zinacantán (tsotsil), Tenejapa (tseltal) y San Cristóbal de Las Casas (tseltal y tsotsil). Antes de las entrevistas, las mujeres recibieron invitaciones por mensaje de texto de las unidades médicas correspondientes para participar. Aquellas que aceptaron fueron citadas en la unidad médica. Se realizaron tres entrevistas grupales por municipio con seis participantes en cada una, y se les leyó y registró su consentimiento informado antes de comenzar la entrevista. Éstas se llevaron a cabo entre marzo y abril de 2022, recopilando datos demográficos básicos y realizando preguntas sobre la experiencia con las estrategias de Prospera en cuanto a la asistencia a las unidades médicas y los incentivos.

Las entrevistas con el personal médico se realizaron en las mismas unidades médicas, recopilando datos sociodemográficos y explorando la percepción del personal médico con respecto al programa Prospera. En total se realizaron siete entrevistas con enfermera y dos con médicos generales.

Las transcripciones precisas de las grabaciones de audio se realizaron utilizando Word®, y aunque las entrevistas se llevaron a cabo en comunidades indígenas, se realizaron en español con el consentimiento de las participantes. Fueron realizadas por el grupo de apoyo de investigación de estudiantes de licenciatura. Posteriormente, se utilizó el software Atlas.ti® versión 9 para llevar a cabo un análisis de contenido detallado²⁵.

Para el análisis de la información, se realizó una lectura y revisión exhaustiva de cada una de las transcripciones, llevando a cabo un proceso de interpretación profunda para comprender y desentrañar los significados expresados a través del lenguaje en el discurso de los participantes. Es por ello, que se aplicó un análisis comparativo constante para identificar similitudes y diferencias entre y dentro de los testimonios entre los participantes, identificando percepciones sobre temas de intervención: capacitación, consultas médicas, suplementos alimenticios e incentivos. En este último, se identificaron dos subtemas: percepciones del apoyo monetario y corresponsabilidad condicionada para obtener el incentivo.

Para preservar la identidad de los participantes en la investigación, se han empleado seudónimos en la presentación de los resultados. Además, se utiliza una presentación en tablas para visualizar de manera clara las percepciones de los dos grupos de estudio con respecto a los temas analizados.

Resultados

Se recopilaron testimonios a través de un total de nueve entrevistas grupales (N=54) con mujeres en edad reproductiva, incluyendo embarazadas y cuidadoras de niños menores de dos años. Estas mujeres tenían una edad promedio de 27 años y un nivel educativo mayoritariamente básico. Todas las participantes hablaban español y eran originarias de la región de los Altos de Chiapas.

En referencia al personal de salud entrevistado, se recopilaron testimonios de nueve individuos, compuesto por siete enfermeras y dos médicos generales. El promedio de edad del personal fue de 42 años. Todos ellos eran originarios de la región de los Altos, y destacó que dos enfermeras y un médico hablaban tsotsil.

Percepciones sobre las estrategias de intervención del Prospera

Los resultados se centran en el análisis de tres temas recurrentes relacionados con la intervención en ambos grupos estudiados: capacitación, consultas médicas y suplementos vitamínicos presentados en la Tabla 1. Muestra que la mayoría de las mujeres señalaron que con el programa Prospera, recibían capacitaciones y, en ocasiones, participaban activamente preparando los temas. Por otro lado, el personal de salud entrevistado coincidió en que con Prospera, los centros de salud estaban siempre concurridos, ya que las mujeres asistían a pláticas, y las mujeres embarazadas acudían a consultas o a recibir sus suplementos vitamínicos.

Percepciones sobre los incentivos

Otro tema crucial que surgió de manera recurrente en ambos grupos fue la discusión sobre el incentivo económico y la corresponsabilidad que se tenía para obtenerlo como se ve en la Tabla 2. Se observa que la mayoría de las mujeres mencionaban que asistían a las pláticas principalmente para no perder su apoyo económico. Obtener el incentivo implicaba enfrentarse a largas colas, y en algunos casos, las mujeres tenían que llegar desde la madrugada, ya que perderían el apoyo si no acudían en el momento correspondiente.

Los testimonios del personal de salud indican que las mujeres asistían a la unidad médica principalmente para no perder su respaldo económico, ya que en ocasiones las capacitaciones no se entendían completamente, a veces impartidas en un idioma diferente al de ellas. Aunque la mitad de los entrevistados admitió que el programa acostumbró a las mujeres a llegar por el incentivo, al retirarlo, muchas dejaron de asistir, incluso en beneficio de su propia salud. Es importante destacar que, si bien Prospera pudo haber mantenido a la población comprometida para diversas intervenciones de salud sin necesidad de visitar domicilios, también generó una práctica entre la gente, condicionándolos a acudir solo cuando se les ofrecía algo a cambio.

Análisis de las ventajas y desventajas del programa

Las mujeres embarazadas eran monitoreadas desde que se enteraban de su embarazo, se les proporcionaba un suplemento vitamínico y se les capacitaba para mejorar sus hábitos alimenticios. Sin embargo, esta participación se veía afectada por la sobresaturación de los centros de salud y la percepción de obligación debido al cumplimiento condicional de la corresponsabilidad del programa. Esta situación podría ser una desventaja, ya que, al tener el apoyo condicionado, las prácticas se vuelven obligatorias, en lugar de fomentar prácticas armoniosas a largo plazo donde las mujeres acuden a las unidades médicas por iniciativa propia, en busca de prevención y cuidado de su salud.

En este sentido, el diseño de intervenciones destinadas a impactar en la salud se ve mermado cuando se perciben como dispositivos de control y obligación en lugar de promover una corresponsabilidad social armoniosa. Es decir, se pierde de vista la importancia de los beneficios para las mujeres, las familias y la sociedad en general. Al colocar exclusivamente a las mujeres como responsables de la salud familiar, se desplaza toda la responsabilidad de los demás miembros de la familia y la institución. La Figura 1 ilustra la comparación entre ventajas y desventajas, evidenciando que los beneficiarios no perciben la atención en salud como una corresponsabilidad, sino como una obligación condicionada a recibir un pago.

Tabla 1. Percepciones sobre estrategias de intervención del Prospera entre los grupos estudiados

Temas de intervención	Mujeres	Personal de salud
Capacitación	<p>Llegábamos a los talleres, en parte era bueno aprender, nos enseñaban, llegaban muchas mujeres (Rosa, 40 años, San Cristóbal).</p> <p>Daban pláticas, talleres, exponían, hablaban de enfermedades venéreas (Teresa, 27 años, Zinacantán). Daban muchos talleres de nutrición, incluso en el centro de salud el nutriólogo a las mamás embarazadas y a los niños menores de 5 años les daba talleres y llevaba los platillos. Él les enseñaba cómo iban a alimentar a sus bebés (Elvira, 28 años, Tenejapa).</p> <p>Cuando llegamos a las pláticas las personas que llegaban eran promotores de la misma localidad a veces nos las daban en nuestro idioma (Guadalupe, 41 años, Zinacantán).</p> <p>Nosotras hacíamos nuestros temas y pasábamos a exponer en el centro de salud (Lucía, 39 años San Cristóbal).</p>	<p>Se implementaba en las comunidades rurales. Las mamás recibían pláticas de alimentación y salud (Enfermera Patricia, 40 años, San Cristóbal).</p> <p>Las mujeres llegaban a pláticas para capacitarse en como alimentar a sus hijos, aunque más llegaban para que no les quitaran el apoyo (Enfermera Toñita, 42 años, Tenejapa). Las mujeres con hijos y las adolescentes llegaban a recibir pláticas, algunas si entendían bien, pero otras si nos costaba un poquito porque no teníamos traductor del idioma (Enfermera Nayeli, 47 años, Tenejapa).</p>
Consultas a mujeres	<p>El programa pedía que acudieran a cierto número de consultas (mujeres embarazadas) (Jimena, 28 años, Tenejapa).</p> <p>Teníamos que avisar que estábamos embarazadas, y nos programaban la consulta cada mes (Guadalupe, 41 Zinacantán).</p> <p>Sí estábamos embarazadas, nos decían que teníamos que ir a la unidad médica para reportarlo y, de esa manera, poder pedir permiso en caso de que hubiera pláticas o citas programadas (Mercedes, 47 años, Tenejapa).</p> <p>Nos citaban para realizarnos el Papanicolau, pero ahora que el programa ya no está, ya no tenemos la obligación de hacer la prueba (Margarita, 45 años, Zinacantán).</p>	<p>Las mujeres embarazadas, se les programa las consultas para su seguimiento, ahora que no hay Prospera, muchas dejaron de venir a control prenatal (Enfermera Patricia, 40 años, San Cristóbal).</p> <p>Se llenaba los consultorios para el seguimiento de embarazadas, ahora las mujeres ya no tienen la obligación de venir, nos ha tocado que algunas mujeres llegan al parto sin control prenatal (Médico Pedro, 47 años, Tenejapa).</p> <p>El programa Prospera obligaba a las mujeres a tener las consultas de control prenatal. Ahora, ya no podemos imponer esta obligación. Hemos buscado ayuda con las parteras, pero ellas afirman que, si las obligan, algunas mujeres dejan de acudir a ellas también. Aunque algunas mujeres llegan sin necesidad de ser instadas (Enfermera Laura, 50 años, Zinacantán).</p>
Suplemento vitamínico	<p>Recuerdo que mi mamá llevaba mi hermanito para que le dieran papilla para que creciera, porque nació muy chiquito, y le daban cita cada rato (Elvira, 28 años, Tenejapa).</p> <p>Daban suplementos o suero oral (Petrona, 40 años, Zinacantán).</p> <p>Las citaban a consultas, también les daban pláticas y nos daban nuestras vitaminas (Patricia, 37 años, San Cristóbal).</p> <p>Nos citaban para darnos vitaminas, pero decían que esas vitaminas salían muy grandes los niños, por eso algunos no las tomaban (Mercedes, 47 años, Tenejapa).</p> <p>Sí, mi mamá venía por vitaminas, cuando estaba embarazada de mis hermanos, pero siempre iba con la partera y compraba vitaminas en la farmacia (María, 29 años, Zinacantán).</p>	<p>Fue uno de los programas que sí, presentó resultado en cuanto a la nutrición infantil; sin embargo, cuando hice el servicio social, experimenté esa parte, fui parte del programa. Hay muchos mitos: que la mamá a lo mejor no le daba el suplemento al niño, sino que los vendían... la parte cultural de la alimentación influía mucho en el éxito o el fracaso del programa (Enfermera Regina, 55 años San Cristóbal).</p> <p>A las beneficiarias se les brindaban apoyos como papillas para los menores (Médico Pedro, 47 años, Tenejapa).</p> <p>Yo era el encargado de Prospera, el complemento alimenticio se fue mejorando, de principio el Nutrivida era en polvo [pero] el transporte y el mantenimiento de ese polvo costaba, cuando se hizo [en] tabletas se mejoró mucho, aunque visualmente en las comunidades el polvo era mágico, aunque las tabletas vinieran mucho mejor, todo era un reto que la gente ingiriera los suplementos (Luis, 41 años San Cristóbal).</p> <p>Las mujeres vendían las papillas o no las utilizaban y no se lograba el objetivo (Enfermera Sara 35, Zinacantán).</p>

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

En el caso del Prospera, se destaca el papel crucial de las políticas sociales como mediadoras de comportamientos¹⁹, según se evidencia en los testimonios sobre salud materno-infantil. Sin embargo, los comportamientos observados estaban condicionados por incentivos económicos, subrayando que la

estrategia de corresponsabilidad en Prospera fue percibida más como una obligación que como un compromiso compartido, alejándose de la concepción ideal de corresponsabilidad^{26,27}. Los testimonios de ambos grupos de estudio señalan la ausencia de una corresponsabilidad efectiva. Esto sugiere que, de haberse compartido entre los miembros de la familia y la institución de salud, en lugar de recaer únicamente en una

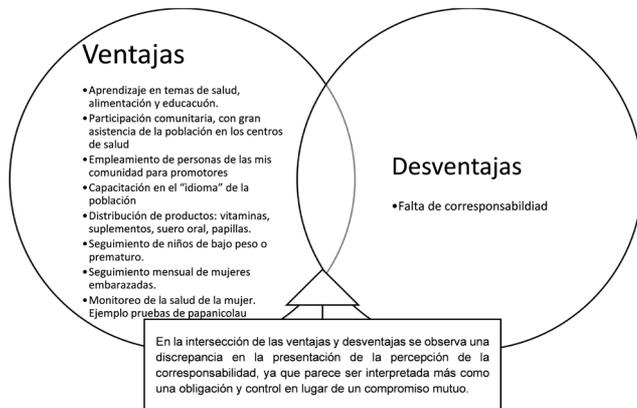
Tabla 2. Percepciones del incentivo económico entre los grupos estudiados

Incentivos	Mujeres	Personal de salud
<p>Percepción del incentivo económico bimestral</p>	<p>Para mí, no era necesidad que me dieran un apoyo económico para cuidar mi salud o asistir a la unidad médica. (Mercedes, 47 años, Tenejapa). Era un apoyo económico. La mujer tenía que acudir al centro de salud (Jimena, 28 años, Tenejapa). Uno tenía que asistir a los talleres para poder recibir el apoyo económico (Rosa, 40 años, San Cristóbal). Si no llegábamos, no nos tocaba nada, era obligado ir a las pláticas, las juntas y a las citas en el centro de salud (Lucrecia, 42 años, Zinacantán). Tenías que ir obligatoriamente a las consultas, sino nos mandaban a llamar con la vocal de la comunidad (Guadalupe, 41 años, Zinacantán). Nos vigilaban a través de la vocal de Prospera que era la persona que le tenías que avisar cuando no, podíamos ir a la cita, porque si no nos multaba o nos quitaban el apoyo (Renata, 32 años, Tenejapa). Si no asistíamos a las pláticas, nos ponían falta y nos quitaban el apoyo. (Consuelo, 49 años, Zinacantán).</p>	<p>En Prospera, se capacitaban a las mujeres, ahora que culminó el programa es complicado -más que antes- juntarlas y después de la pandemia fue aún más es difíciles llevarles una capacitación (Médico Pedro, 47 años, Tenejapa). La ventaja que teníamos [es que] era una población cautiva que sabíamos que si iba a estar ahí, que iba acudir a las reuniones, a los talleres, era una obligación. (Enfermera Nallely, 47, Tenejapa). Desde el Prospera todo mundo llegaba a la clínica, asistía a los centros de salud, a reuniones de nutrición para los niños, de embarazadas, todos llegaban. Ahorita si invito a las mujeres “¿qué me vas a dar a cambio?” ya no hay esa motivación, antes voceábamos, incluso mi mamá estaba en el programa de Prospera como vocal . (Enfermera Laura, 50 años, Zinacantán). La mayoría de la gente lo hacía por obligación, no por voluntad, ahora ni el Papanicolaou se lo hacen voluntariamente (Enfermera Patricia, 40 años, San Cristóbal). Estuve trabajando en Chamula con el programa vigente. Yo citaba a todas para su control y siempre asistían, a lo mucho faltaba una. Cuando desapareció el programa, desaparecieron las pacientes; ya ves que el programa daba apoyos por cada hijo, entonces cuando desapareció el programa pues afectó a las familias (Enfermera Patricia, 40 años, San Cristóbal). En ocasiones, las mujeres recibían su pago, pero sus esposos las esperaban y les quitaban el dinero para gastarlo en otros fines, como el alcohol (Médico Luis, 41 años, San Cristóbal)</p>
<p>Corresponsabilidad para obtener el incentivo</p>	<p>Teníamos que hacer muchas cosas, ir a pláticas, a citas médicas e ir a levantar basura aquí en la comunidad, la vocal siempre nos llamaba (Isabel, 45 años, San Cristóbal). Cuando íbamos a consulta sino llegabas a las 5 o 6 de la mañana para hacer turno ya no lo atendían. Ahorita ya cambió, puedes llegar 9 o 10 de la mañana y te dan consulta. Pero antes, iba uno temprano porque se tenía que asistir a la consulta médica que estaba programada, que, aunque estuviera programada tenías que hacer turno (Mercedes, 47 años Tenejapa). Para recibir el pago, teníamos que hacer grandes colas, nos teníamos que levantar muy temprano, sino íbamos el día que nos tocaba, no nos daban el apoyo, pero también teníamos que participar en las pláticas, en las reuniones con la vocal, porque decía que no iba a llegar nuestro pago (Rosa, 40 años, San Cristóbal). Perdíamos mucho tiempo para ir a las pláticas, pero teníamos que ir porque si no nos quitaban el apoyo, ahora no tenemos esa obligación. (Lucrecia, 42 años, Zinacantán). Después de que sale el programa Prospera, las mujeres embarazadas dejan de sentir la obligación de atenderse, porque el programa pedía que acudieran a cierto número de consultas, ahora que ya no reciben remuneración muchas dejan de asistir y recurren a lo tradicional que son las parteras (Lucía, 39, San Cristóbal).</p>	<p>Todo mundo llegaba a la clínica, asistía a los centros de salud, a reuniones de nutrición para los niños, de embarazadas, todos llegaban (Enfermera Nallely, 47, Tenejapa). Con el Prospera era muy fácil juntar a las mujeres para capacitarla con relación al cuidado de su salud, aunque algunas creo que ni entendían, porque no sabían el idioma o porque no sabían leer y escribir (Pedro, 47 años, Tenejapa). A veces las personas ni siquiera captaban la información que se les estaba proporcionando, estaban por el recurso económico que se les daba (Enfermera Laura, 50 años, Zinacantán). El famoso Prospera era “te doy si me das algo”, la gente se acostumbró a eso. Funcionaba, el 50% de mujeres ahorita está llegando a los centros de salud públicos, el otro 50% ya no, porque como les quitaron el programa de Prospera (Enfermera Patricia, 40 años, San Cristóbal). Al desaparecer por <i>default</i> y efecto dominó, las madres y los niños dejaron de asistir a las clínicas de salud, dejaron de tener su seguimiento de control de embarazo y crecimiento de los niños, ha sido un vacío que se ha observado en todos los centros de salud (enfermera Sara 35, Zinacantán). Para mí, era un programa alcahuete, incompleto y lejos de ayudar; los usuarios del programa de Prospera no buscaban atención médica como tal, buscaban beneficio económico, estaba bien visto. La atención médica no era lo que se proyectaba en las estadísticas, había desabasto de medicamentos -como sigue habiendo hasta la fecha-, pero Prospera para mí era una fachada que no beneficiaba para nada, había mucha irresponsabilidad por parte de los compañeritos del programa y [de] los usuarios (Médico Pedro, 47 años, Tenejapa).</p>

Fuente: Elaboración propia.



Figura 1. Ventajas y desventajas identificada en la percepción de los dos grupos de estudio.



Fuente: Elaboración propia.

persona, como fue el caso de la titular de Prospera, podría haber generado una corresponsabilidad más efectiva e influir en cambios de prácticas para el cuidado de la salud materno-infantil.

En este contexto, es esencial analizar cómo operó el incentivo económico en la apropiación de la estrategia de corresponsabilidad del Prospera. Aunque el incentivo^{14,15,28,29,30,32} buscaba generar cambios en las acciones de las beneficiarias de Prospera, los testimonios sugieren que la motivación para cumplir con los requisitos del programa estaba vinculada principalmente al incentivo económico. La finalización de este programa resultó en una disminución en la asistencia de las mujeres a las unidades médicas, según indican los testimonios del personal de salud. Esto destaca la necesidad de reflexionar sobre la sostenibilidad de las estrategias basadas en incentivos y su impacto a largo plazo en las prácticas de cuidado de la salud materno-infantil.

Otro punto interesante para discutir es la influencia de las políticas sociales en el aumento de la medicalización, especialmente en el incremento de los partos institucionales y las cesáreas¹². Se observa que el programa Prospera concentraba estrategias para las mujeres embarazadas, promoviendo consultas prenatales y aspirando a que todas sus beneficiarias optaran por un parto institucional. Sin embargo, tras la finalización del POP y en el contexto de la pandemia de la COVID-19, se ha observado un aumento en la atención de parteras tanto durante el embarazo como en el parto³¹. Aunque estos datos aún no son completamente visibles, plantean interrogantes sobre la relación entre las políticas sociales, la medicalización y la elección de atención materna.

También es importante tener en cuenta el impacto de la pandemia de COVID-19 en los patrones de búsqueda de atención médica. El programa Prospera concluyó en 2018,

y aunque este estudio se llevó a cabo en 2022, cuando los servicios de salud ya habían retomado sus horarios habituales de funcionamiento, habría que analizar si los cambios en la disponibilidad y el funcionamiento de los servicios de atención médica durante la pandemia podrían haber influido en el comportamiento de las mujeres, quienes ahora podrían percibir de manera diferente la obligación de asistir a las consultas médicas.

Es importante destacar que este estudio no pretende generalizar la influencia del programa Prospera en todas las beneficiarias, ya que se trata de una investigación local. Sin embargo, proporciona una base sólida para recomendar un análisis más detenido y profundo de los cambios en la atención médica, relacionados con los efectos dejados por el programa Prospera en la salud materno-infantil. Esto puede ayudar a identificar tanto estrategias positivas como negativas que podrían ser consideradas en futuras intervenciones.

Conclusiones

Este estudio arroja luz sobre la compleja relación entre el programa Prospera y la atención de la salud materno-infantil en la región de los Altos de Chiapas. A través de las percepciones de mujeres y personal de salud, se identifican tanto aspectos positivos como negativos de esta relación.

Se destaca la relevancia de considerar cómo las políticas sociales pueden influir en el comportamiento respecto a la atención de la salud materno-infantil. Sin embargo, en el caso de Prospera, este cambio en la atención podría atribuirse únicamente a su vigencia, ya que, según el material testimonial, la relación con la institución de salud cambió después de su conclusión. El factor incentivo jugó un papel crucial en entender la corresponsabilidad en la estrategia de Prospera, ya que la implementación se dio con una obligatoriedad en lugar de promover una corresponsabilidad compartida para el cuidado de la salud materno-infantil.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses alguno.

Consideraciones éticas

Este estudio recibió la aprobación ética de acuerdo con las normas de la Declaración de Helsinki de 1975. La autorización ética fue concedida por el Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública de México, bajo el proyecto titulado "La vulnerabilidad de la salud de las mujeres embarazadas en el contexto del COVID-19 en zonas indígenas de Chiapas" proceso de obtención de la aprobación ética, incluyó la presentación de un protocolo de investigación y la revisión por parte del comité de ética.

Contribución de los autores

Conceptualización: M.C.M.D.; Curación de datos: M.C.M.D.; Análisis formal: M.C.M.D.; Adquisición de Financiamento: M.C.M.D.; Investigación: M.C.M.D.; Metodología: M.C.M.D.; Administración de proyecto: M.C.M.D.; Recursos: M.C.M.D.; Software: M.C.M.D.; Supervisión: M.C.M.D.; Validación: M.C.M.D.; Visualización: M.C.M.D.; Redacción – Borrador original: M.C.M.D.; Redacción: revisión y edición: M.C.M.D.

Agradecimientos

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a las mujeres y al personal de salud que generosamente participaron en esta investigación de forma voluntaria. Este artículo se realizó gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Programa de Becas Posdoctorales en la Universidad Nacional Autónoma de México, becaria del Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur (CIMSUR-UNAM), asesorada por el Dr. Jaime Tomás Page Pliego.

Referencias

- Williams S, Gabe J. Peter Conrad: The Médicalisation of Society. In: The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine. London: Palgrave Macmillan UK; 2015. p. 615–27. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1057/9781137355621_39
- Zola, Irving Kenneth. “Medicine as an Institution of Social Control.” *Ekistics* 41, no. 245 (1976): 210–14. [Internet]. 2023 [cited 15 ene 2023] Available from: <http://www.jstor.org/stable/43618673>
- Foucault Michel. Seguridad, territorio, población. 1st ed. Fondo de Cultura Económica, editor. Vol. 1. 1978. 1–484 p. [Internet]. 2021[cited 09 jun 2023] Disponible en: <https://www.uv.mx/tipmal/files/2016/10/M-foucault-seguridad-territorio-poblacion.pdf>
- Conrad P, Schneider JW. Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness. Philadelphia: Temple University Press; 1992. [Internet]. 2021[cited 15 jul 2023] Available from: https://halasocialdeviance.files.wordpress.com/2011/09/peter_conrad_joseph_w-_schneider_deviance_and_medicalization_from_badness_to_sickness_with_a_new_afterword_by_the_authors_-_2nd_expanded_edition_1992.pdf
- Clarke AE, Mamo L, Fishman JR, Shim JK, Fosket JR. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *Am Sociol Rev.* 2003 Apr;68(2):161. Available from: <https://doi.org/10.2307/1519765>
- Brown P. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. *J Health Soc Behav.* 1995;35:34. Available from: <https://doi.org/10.2307/2626956>
- Menéndez Eduardo. Orígenes y desarrollo de la medicina tradicional: una cuestión ideológica. *Salud Colect.* 2022 Dec 3;18:e4225. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4225>
- Álvaro Berenguer Díaz. Medicalización de la sociedad y desmedicalización del arte médico. *Archivos de Medicina Interna* [Internet]. 2014 [cited 2023 Sep 20];36:123–6. Disponible en : http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2014000300006&lng=es&tlng=es
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. Nueva York,; 2014. Edición del 20 aniversario. ISBN 978-0-89714-025-6 [cited 2023 Sep 20]. Disponible en : https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf
- Observatorio de mortalidad materna. Sistema de indicadores [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 20]. Disponible en: <https://omm.org.mx/sistema-de-indicadores/>
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-salud-mujer-nino-adolescente-2016-2030>
- Dirección General de Epidemiología. 2023. Boletín epidemiológico de mortalidad materna en México. [cited 2024 enero 15] Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/878706/MM_2023_SE52.pdf
- Diario de la Federación. Secretaría de Gobernación de México. 2014 [cited 2023 Sep 20]. DECRETO por el que se crea la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social. Available from: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5359088&fecha=05/09/2014#gsc.tab=0
- Meda IB, Dumont A, Kouanda S, Ridde V. Impact of fee subsidy policy on perinatal health in a low-resource setting: A quasi-experimental study. *PLoS One.* 2018 nov 8;13(11):e0206978. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206978>



14. Stanton ME, Higgs ES, Koblinsky M. Investigating Financial Incentives for Maternal Health: An Introduction. *J Health Popul Nutr.* 2013 Dec;31(4 Suppl 2):S1–7. PMID: PMC4021699. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4021699/>
15. Randive B, San Sebastian M, De Costa A, Lindholm L. Inequalities in institutional delivery uptake and maternal mortality reduction in the context of cash incentive program, Janani Suraksha Yojana: results from nine states in India. *Soc Sci Med.* 2014 Dec;123:1-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.042> PMID: 25462599
16. Randive B, Diwan V, De Costa A. India's Conditional Cash Transfer Programme (the JSY) to Promote Institutional Birth: Is There an Association between Institutional Birth Proportion and Maternal Mortality? *PLoS One.* 2013 Jun 27;8(6):e67452. DOI: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0067452>
17. Lim SS, Dandona L, Hoisington JA, James SL, Hogan MC, Gakidou E. India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation. *Lancet.* 2010 Jun 5;375(9730):2009-23. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60744-1 . PMID: 20569841. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20569841/>
18. Kathy Charmaz. La teoría fundamentada en el siglo XXI. In: Gedisa, editor. *Manual de investigación cualitativa* /. España; 2012. p. 270–325. ISBN: 978-84-9784-307-2. [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 20] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=490631>
19. Sánchez López G. Padecer la pobreza: un análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención en hogares indígenas y rurales bajo la cobertura del Programa Oportunidades [Internet]. México; 2008 [cited 2023 Sep 21]. Available from: <http://lanic.utexas.edu/project/etext/oportunidades/2008/sanchez.pdf>
20. Rivera JA, Rodríguez G, Shamah T, Rosado JL, Casanueva E, Maulén I, et al. Implementation, Monitoring, and Evaluation of the Nutrition Component of the Mexican Social Programme (PROGRESA). *Food Nutr Bull.* 2000 Jan 28;21(1):35–42. Available from: https://www.academia.edu/97644608/Implementation_Monitoring_and_Evaluation_of_the_Nutrition_Component_of_the_Mexican_Social_Programme_PROGRESA_
21. Rivera JA, Sotres-Alvarez D, Habicht JP, Shamah T, Villalpando S. Impact of the Mexican Program for Education, Health, and Nutrition (ProgresA) on Rates of Growth and Anemia in Infants and Young Children. *JAMA.* 2004 Jun 2;291(21):2563. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15173147/>
22. González de la Rocha Mercedes. Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales”. CEPAL, 28 y 29 de junio 2005 Sala Medina. [cited 2023 Sep 21]. Disponible en: https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/Mercedes_GdelaRocha.pdf
23. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de indígenas 2022. Comunicado de prensa 430-22 Ciudad de México; 2020 Jul. [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 20] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_PueblosInd22.pdf
24. Glaser Barney G. ALS. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* [Internet]. reimpreso. Aldine Transaction, editor. Chicago; 1967 [cited 2023 Sep 20]. 1–271 p. Available from: http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf
25. Bardin L. *El análisis de contenido*. Akal. SA, editor. Madrid: Presses Universitaires de France; 1986. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=IvhoTqll_EQC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
26. Bartau, Isabel Rojas, Maganto Juana Maria., & Etxeberria, Juan. (2005). *El programa corresponsabilidad familiar (COFAMI): organización e intervención en el país vasco*. REICE. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 3(1), 586-593. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/551/55130158.pdf>
27. Ortega Farías, Alejandra., Rodríguez Soto, Dayana., & Jiménez Figueroa, Andrés. (2013), "Equilibrio trabajo-familia: corresponsabilidad familiar y autoeficacia parental en trabajadores de una empresa chilena." *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, Vol., núm.1, pp.55-64 [Consultado: 16 de Enero de 2024]. ISSN: 1794-9998. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67926246008>
28. Gérvas, Juan, Ortún, Vicente, Palomo, Luis, & Ripoll, Miguel Ángel. (2007). *Incentives in Primary Care: from Cost Control to Improving Population Health*. *Revista Española de Salud Pública*, 81(6), 589-596. Recuperado en 16 de enero de 2024, de Available from: https://www.researchgate.net/publication/317483301_Incentives_in_Primary_Care_from_Cost_Control_to_Improving_Population_Health



29. Martín JJ. Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de atención primaria en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Adm Sanit.* 2005;3:111-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1138764>
30. Peiró S, Bernal E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit.* 2006;20 (Supl 1):110-6. DOI: <https://doi.org/10.1157/13086034>
31. Leroy JL, García-Guerra A, García R, Domínguez C, Rivera J, Neufeld LM. The Oportunidades program increases the linear growth of children enrolled at young ages in urban Mexico. *J Nutr.* 2008 Apr;138(4):793-8. doi: 10.1093/jn/138.4.793 PMID: 18356337 Available from: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/reader/pii/S0022316622096559/pdf>
32. Morales-Domínguez M, Bonvecchio-Arenas A, Lozada-Tequeanes AL, Unar-Munguía M, Haycock-Stuart E, Smith P. Perceptions, knowledge, and practices of breastfeeding in indigenous regions of Mexico during Covid-19 pandemic. *Salud Publica Mex* [Internet]. 15 de julio de 2023 [citado 16 de enero de 2024];65(4, jul-ago):370-6. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14616>

