



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES CUAUTITLÁN

MODALIDAD

T E S I S

**PROGRAMA PROSPERA DE INCLUSIÓN SOCIAL, COMO HERRAMIENTA
PARA MEJORAR LA SALUD PÚBLICA EN TABASCO, MÉXICO.**

(REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA)

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA**

PRESENTA

CARLOS MARIO SANDOVAL CORNELIO

No. de Cuenta 7485206-8

ASESORA: DRA. PATRICIA MORA MEDINA

Cuatitlán Izcalli; Estado de México, 2020





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	Título	pp.
	Medición de Pobreza en los Estados Unidos Mexicanos 2016	
1	Introducción	4
1.1	Justificación	8
2	Objetivos	10
2.1	Objetivo General	10
2.2	Objetivo Particulares	10
3	Material y Método	11
4	Resultados de la Búsqueda	11
4.1	Marco Teórico	11
4.1.1	Estadísticas mundiales sobre la pobreza	12
4.1.2	Programas de bienestar social en México, de los 80´s al 2018.	14
4.2.3	Indicadores de carencia social	22
5	El MVZ y Actividades de Salud Publica	30
6	Estado de Tabasco	36
6.1	Acceso al empleo y la tasa de desempleo abierto (TDA)	37
7	Programa Prospera en el Estado de Tabasco	37
8	Actividades del Medico Veterinario Zootecnista en el Programa Prospera del Estado de Tabasco	51
9	Conclusiones	58
10	Recomendaciones	58
11	Bibliografía	60-62

Índice de cuadros y figuras:

Cuadro	Título	pp.
1	Mexico: Evolución de la Política económica y de la política Social, 2010-2014	13-14
2	Medición de Pobreza a Nivel Nacional 2016	19
3	Porcentaje y millones de personas con carencias sociales (2010-2015) en los Estados Unidos Mexicanos	29
4	Evolución de las carencias sociales y las entidades federativas con los mayores avances y rezagos (México, 2010-2015)	30
5	Indicadores sociodemográficos del estado de Tabasco en comparación con los indicadores nacionales	38
6	Municipios con mayor y menor porcentaje de población en situación de pobreza en el Estado de Tabasco, México (2019)	39
7	Matriz de actividades profesionales del MVZ en materia de Salud Pública Veterinaria y el programa PROSPERA en el Estado de Tabasco, México	52-56
8	Comparación de los indicadores de pobreza en el estado de Tabasco, México (2008 y 2018)	57
Figura	Título	pp.
1	Índice de Pobreza en México (2016)	21
2	Padrón de Familia Beneficiadas en el Municipio de Villahermosa, Tabasco Cuarto Bimestre del 2014	22
3	Evolución de las carencias sociales en México (2010-2015)	28
4	Ubicación geográfica, regiones y municipios del Estado de Tabasco, México	36
5	Organigrama de la Delegación Estatal de PROSPERA en el Estado de Tabasco, México.	41

PROGRAMA PROSPERA DE INCLUSIÓN SOCIAL COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA SALUD PÚBLICA EN EL TABASCO, MÉXICO.

1. INTRODUCCIÓN

No existe consenso sobre la magnitud de la pobreza en México. Esto se debe a las diferencias en los métodos para medirla y los agudos contrastes entre los umbrales utilizados. El método más usado para la identificación de la pobreza en México es el de línea de pobreza (LP). Éste es indirecto o potencial (identifica si el hogar puede o no satisfacer las necesidades básicas en función de su ingreso, pero no si en efecto las satisface). En este método se compara el ingreso corriente de los hogares contra una línea de pobreza (Damian y Boltinivik, 2003).

El grado de pobreza en nuestro país en el año 2016 al 2017 era de 43.6%, correspondiente a una población de 53.4 millones de personas pobres y de 7.6% de una población de 9.4 millones de personas en pobreza extrema. Los ingresos mensuales de la población mexicana en ese entonces ascendían a \$ 2,433.04 con un salario mínimo de \$ 80.04 (CONEVAL, 2016). En el grupo de estados con nivel de pobreza elevado se encuentran Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Veracruz, Puebla, Campeche, Yucatán, Hidalgo y San Luis Potosí. En el grupo de pobreza media se encuentran Tabasco, Tlaxcala, Zacatecas, Michoacán, Estado de México, Durango, Nayarit, Querétaro, Guanajuato, Quintana Roo, Sinaloa, Jalisco y Morelos. En el grupo de estados con nivel de pobreza bajo se incluyen Baja California, el Distrito Federal, Nuevo León, Baja California Sur, Chihuahua, Colima, Sonora, Tamaulipas, Aguascalientes y Coahuila (Pardo y cols., 2007).

Es así como en cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley General de Desarrollo Social (LGDS), el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) informa las estimaciones de pobreza en México y para cada entidad federativa (CONEVAL, 2016). La finalidad de esta información es proporcionar elementos para mejorar las políticas públicas tendientes a la

superación de la pobreza en nuestro país. Al conocer el estado que guardan las dimensiones que conforman el fenómeno de la pobreza en México, los órdenes de gobierno (Federal, Estatal y Municipal) pueden identificar las áreas en las que se requiere redoblar los esfuerzos institucionales, así como las regiones del país donde es necesario fortalecer la atención prioritaria de la población en situación de pobreza o vulnerabilidad económica o social (CONEVAL, 2016).

Cabe señalar que paralelamente, a principios de los años ochenta, el modelo económico entró en crisis y con él sus estructuras e instituciones de fomento al desarrollo. Hubo recorte presupuestal y una mayor austeridad financiera; es así como el gobierno del presidente Miguel De la Madrid Hurtado (01 de diciembre de 1982 – 30 de noviembre de 1988) toma una serie de medidas de optimización de recursos para abatir la crisis, privilegiando el manejo macroeconómico en detrimento del presupuesto al desarrollo y combate a la pobreza. Los programas sociales aplicados desde el gobierno de Carlos Salinas en 1988 y hasta la administración de Vicente Fox en 2006, han tenido cierta regularidad en el sentido de que se han desarrollado en el marco del modelo económico neoliberal (Herrera-Tapia, 2009).

En este contexto, el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) del presidente Carlos Salinas de Gortari (01 de diciembre de 1988 – 30 de noviembre de 1994), fue el que planteó la necesidad de fomentar el desarrollo a través de acciones muy puntuales al interior de las comunidades rurales, como la construcción de espacios educativos, sistemas de agua potable y alcantarillado y de ampliar la infraestructura sanitaria; además, se añadió la urgencia de rehabilitar y dar mantenimiento a la infraestructura relegada por las anteriores crisis; agregar tramos, nuevas carreteras y rehabilitar las ya existentes (Herrera-Tapia, 2009).

En el mismo orden de ideas, para el siguiente sexenio (1 de diciembre de 1994 – 30 de noviembre de 2000), el Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León, cambió la política social y crea el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), para brindar apoyos educativos a niños y jóvenes, fomentar la matriculación, incrementar servicios de salud con un enfoque preventivo, mejorar el consumo alimenticio y el estado nutricional de los miembros más vulnerables de las

familias; para ello, la Secretaría de Desarrollo Social fue la responsable del programa, a través de la Coordinación Nacional de PROGRESA, con el apoyo estatal y municipal (Herrera-Tapia, 2009).

Durante el sexenio del presidente Vicente Fox Quezada (01 de diciembre de 2000 – 30 de noviembre de 2006), el programa PROGRESA fue convertido en el Programa OPORTUNIDADES, este último tuvo como objetivo apoyar a las familias que viven en condición de pobreza extrema con el fin de potenciar las capacidades de sus miembros y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar. De acuerdo con la Estrategia 3 Contigo, se estimula a la población objetivo a través de becas educativas desde el tercer año de primaria hasta la educación media superior y apoyo alimentario. Ambos apoyos se realizan en forma de transferencias monetarias que llegan directamente a las familias. A su vez, se entregan beneficios en especie, tales como; complementos alimenticios y un paquete básico de salud (Herrera-Tapia, 2009). Dichos apoyos estaban diseñados para que las familias: niñas y niños, jóvenes, adultos y adultos mayores conservaran sus beneficios a través de una participación corresponsable, acudiendo a consultas, asistiendo a talleres comunitarios de salud preventiva, alimentándose sanamente y enviando con regularidad a sus hijos a la escuela. La operación del programa se realizaba a través de la coordinación interinstitucional; a nivel federal participaron las Secretarías de Desarrollo Social, de Educación Pública y de Salud, así como el Instituto Mexicano del Seguro Social, y a nivel local, los Gobiernos Estatales y Municipales (Herrera-Tapia, 2009).

Las diferencias entre PROGRESA y OPORTUNIDADES es que en el manejo del discurso de este último, se consideró como un programa de desarrollo humano, no como un programa de desarrollo social, al igual que PROGRESA, OPORTUNIDADES continuó con la focalización de sus acciones en los hogares pobres, utilizando como principal catalizador de cambio a las mujeres (jefas de hogar), y generando nuevas respuestas sociológicas en los roles y reestructuración de la vida cotidiana de las familias y las comunidades (Herrera-Tapia, 2009).

Las concepciones de los programas OPORTUNIDADES, PROGRESA y PRONASOL, mantuvieron una regularidad en sus propuestas de política social, la

idea subyacente encuentra entendimiento en la “administración de la pobreza”, y en la puesta en marcha de acciones para la generación de un capital humano capacitado y enfrentar la competencia económica que emanaba del proyecto neoliberal (Herrera-Tapia, 2009).

Finalmente, se consideró que estos programas tenían el potencial para incluir otros sistemas de intervención articulados en el fomento del desarrollo en varios aspectos, no sólo humano, como lo fue OPORTUNIDADES, sino también incidir en procesos integrales para el fortalecimiento de conocimientos locales, capacidades, manejo de recursos naturales, capital productivo y planeación participativa, esto apoyaría de mejor manera el desarrollo social y rural en un sentido de más alcance en términos procesales actuando también desde el núcleo familiar (Herrera-Tapia, 2009).

Finalmente, PROSPERA, siendo un programa de la Secretaría de Desarrollo Social, el cual, a través de dos esquemas: con corresponsabilidad y sin corresponsabilidad, otorga recursos a casi 7 millones de familias mexicanas para fortalecer su alimentación, salud y educación; asimismo vincula a las personas beneficiarias con proyectos mismos que le permite articular y coordinar el citado programa, con el fin de fomentar el compromiso, con los objetivos del programa y la participación activa de las beneficiadas (PROSPERA, 2016).

Cabe señalar que las condiciones de pobreza de la población en el Estado de Tabasco, México (García, 2012), conllevan a situaciones de hacinamiento familiar, llevan a un estrecho contacto con los animales, lo que sumado a la falta de saneamiento, agua potable y un adecuado drenaje de aguas negras, exponen a los pobladores a un elevado número de enfermedades zoonóticas (enfermedades transmitidas por animales), de diverso riesgo, yendo de las más leves (zoonosis parasitarias y fúngicas) a muchas de ellas mortales (zoonosis bacterianas o virales) (Rimbaud y cols., 2006; Santos-Padrón, 2006).

Aunado con lo anterior, en el campo de la Medicina Veterinaria y Zootecnia, la crisis económica mundial ha afectado significativamente no solo a la producción animal

sino al comercio internacional con sus profundas repercusiones económicas y sociales. El bajo ingreso del productor pecuario ha causado la migración de agricultores hacia las grandes ciudades en busca de empleo. El éxodo rural y la industrialización, por otra parte, han causado deforestación de grandes áreas resultando en el deterioro de las condiciones climáticas y de las tierras de cultivos (Arámburo y Ruiz, 1992). En este contexto, las familias, mantienen en general en sus casas diversos animales, siendo tradición la cría y producción en condiciones de patio (aves y cerdos), caballos de tiro, bueyes, perros y gatos, además de una gran diversidad de animales salvajes (Rimbaud y cols., 2006).

Por ello, las intervenciones de la veterinaria en salud pública, entendida como “el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de carácter colectivo” (Peralta, 2006; Villamil y Romero, 2003), son fundamentalmente ligadas con los programas sociales de bienestar como PROSPERA. Es por ello, que es importante destacar el papel del Médico Veterinario Zootecnista en este tipo de programas sociales ya que se convierte en un actor para abatir, en cierto grado, la pobreza de las poblaciones de la región del sureste, como lo es el Estado de Tabasco, México.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Varios son los programas sociales que se han erigido con el fin de disminuir el rezago económico y de bienestar de las familias pobres. Pese a lo anterior, la gran mayoría de los programas sociales no incluyen explícitamente la actividad del médico veterinario zootecnista como mediador de la salud pública.

Por lo tanto, se justifica la realización de este estudio, con el fin de proporcionar una información completa y actualizada que permita compilar todo lo relacionado con los beneficios y el impacto que tienen los programas sociales gubernamentales, particularmente PROSPERA sobre la salud pública y el papel que desempeña el médico veterinario zootecnista como mediador de esta actividad. Es importante comentar que la información generada servirá como un material didáctico de

consulta para los estudiantes de la carrera de Medicina Veterinaria y Zootecnia, así como para los profesionistas relacionados con la esfera de la Salud Pública.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Describir la estructura gubernamental de los programas asistenciales de bienestar social y determinar el impacto sobre la salud pública en el Estado de Tabasco, México.

2.2 OBJETIVOS PARTICULARES:

1. Describir la estructura organizacional de los programas implementados de bienestar social en México.
2. Relacionar los programas de bienestar social con actividades de salud pública.
3. Describir la función del Médico Veterinario como coadyuvante dentro del programa PROSPERA en Tabasco, México.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Tomando como base los objetivos y de acuerdo con las normas planteadas por el método científico, el presente estudio se basará en la recopilación, selección y análisis de información relevante en el campo de los programas sociales gubernamentales en México y específicamente en la región de Tabasco, así como del papel que juega el Médico Veterinario Zootecnista como enlace entre el gobierno y la población beneficiada, como una práctica importante de la salud pública. Durante la fase de acopio de información se utilizarán fuentes de información como bases de datos, revistas especializadas, memorias de congresos, tesis, libros y el Internet.

4. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

4.1 MARCO TEÓRICO

La pobreza en el mundo

Las tasas de pobreza en el mundo se han reducido en más de la mitad desde el año 2000, sin embargo, una de cada diez personas en las regiones en desarrollo sigue subsistiendo con menos de \$1.90 dólares al día, cantidad establecida internacionalmente desde octubre de 2015 como el umbral de la pobreza (Banco Mundial, 2019), y millones de otras viven con un poco más de esta cantidad diaria. Se han logrado avances significativos en muchos países de Asia oriental y sudoriental, pero casi el 42% de la población del África Subsahariana continúa viviendo por debajo del umbral de la pobreza (ONU, 2019). La pobreza va más allá de la falta de ingresos y recursos para garantizar unos medios de vida sostenibles. La pobreza es un problema de derechos humanos. Entre las distintas manifestaciones de la pobreza figuran el hambre, la malnutrición, la falta de una vivienda digna y el acceso limitado a otros servicios básicos como la educación o la salud. Actualmente, más de 780 millones de personas viven por debajo del umbral de pobreza internacional. Más del 11% de la población mundial vive en la pobreza extrema y tiene que luchar por cubrir las necesidades más básicas, como la salud, la educación y el acceso al agua y al saneamiento, entre otras cosas. Hay 122

mujeres de entre 25 y 34 años que viven en la pobreza por cada 100 hombres del mismo grupo de edad, y más de 160 millones de niños corren el riesgo de seguir viviendo en la pobreza extrema para el 2030 (ONU, 2019).

4.1.1 Estadísticas mundiales sobre la pobreza

- a) Unos 780 millones de personas viven por debajo del umbral de pobreza internacional, con \$1.90 dólares diarios.
- b) En 2016, casi el 10% de los trabajadores de todo el mundo vivían con sus familias con menos de \$1.90 dólares diarios por persona.
- c) La mayoría de las personas que viven por debajo del umbral de pobreza se encuentran en dos regiones: Asia meridional y África subsahariana.
- d) Las altas tasas de pobreza las encontramos a menudo en los países pequeños, frágiles y afectados por conflictos.
- e) En 2016, solo el 45% de la población mundial estaba amparada efectivamente por un sistema de protección social con al menos una prestación en efectivo (ONU, 2019).

La Agenda 2030, promete no dejar a nadie atrás y poner en primer lugar a los más desfavorecidos. Cumplir con esta ambiciosa agenda de desarrollo requiere políticas con visión de futuro para un crecimiento económico sostenible, inclusivo y equitativo. Estas políticas deben ir acompañadas por el pleno empleo y el trabajo decente para todos, la integración social, la disminución de la desigualdad, el aumento de la productividad y un entorno favorable. En la Agenda 2030, el Objetivo 1 reconoce que acabar con la pobreza en todas sus formas y en todas partes es el mayor desafío global al que se enfrenta el mundo en la actualidad y es un requisito indispensable para el desarrollo sostenible (ONU, 2019).

En lo que respecta a los compromisos para combatir la pobreza en México, se han instrumentado políticas públicas. En este sentido, la Política Social muestra tres etapas claramente definidas y como se puede apreciar en el Cuadro 1, cada una se encuentra orientada por las políticas económicas dominantes en curso. La primera corresponde al periodo posrevolucionario; la segunda al experimentado a partir de

la década de los cuarenta y hasta los setenta; la tercera inicia en los ochenta, con la denominada Reforma Política del Estado, resultado del cambio de modelo económico impuesto por el proceso de economía abierta y de la reorientación de la Política Económica interna derivado del ajuste estructural (Torres y Rojas, 2015).

Cuadro 1. México: evolución de la Política Económica y de la Política Social, 1910-2014

<i>Fase</i>	<i>Modelo económico: Política Económica</i>	<i>Marco general de la Política Social</i>	<i>Programas sociales: institucionalización y principales programas sociales</i>
Primera (1910/1917-1940)	Agrario-Exportador / Posrevolucionario	Constitucional: se buscó el cumplimiento, por parte del Estado, de los derechos sociales emanados de la Constitución Política de 1917, principalmente los artículos 3 ^o , 4 ^o , 6 ^o , 27 y 123	Satisfacción de las demandas sociales derivadas de la Revolución mexicana: derecho a la educación, salud, vivienda, composición pluricultural, organización y desarrollo de la familia, satisfacción de necesidades elementales, información garantizada por el Estado, trabajo digno, disfrute del agua y recursos del subsuelo.
Segunda (1940 – 1980)	Modelo de Industrialización por sustitución de importaciones (keynesiana)	Estado de Bienestar: universalista e institucional- redistributivo, cuyo objetivo fue coadyuvar al bienestar social y reducir las desigualdades sociales	Instituciones y programas sociales universales y redistributivos: enfocados a la atención de diferentes problemáticas sectoriales en materia de educación, salud, salubridad y asistencia pública, vivienda, seguridad y servicios sociales, consumo de productos de la Canasta Básica Alimentaria, inversión pública en desarrollo rural, marginación y desigualdad social, soberanía alimentaria. Las principales instituciones y programas sociales edificados durante el periodo, orientados a atender dichas problemáticas, principalmente mediante la redistribución, fueron: Instituto Mexicano del Seguro Social (1943-a la fecha), Secretaría de Salubridad y Asistencia (1943), Instituto Nacional de la Vivienda (1954), Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores (1959), Compañía Nacional de Subsistencias Populares (1962-1999), Programas de Inversiones Públicas en Desarrollo Rural (1973-1983), Coordinación General del Plan de Zonas Deprimidas (1977-1983), Programa Nacional Alimentario (1983).
Tercera (1980 – a la fecha)	Modelo de economía abierta	Estado mínimo: focalización y racionalización de recursos públicos destinados a la asistencia social, cuyo objetivo es la lucha contra la pobreza, la reducción de la marginación y la desigualdad social	Implementación de programas de combate a la pobreza y desarrollo regional: orientados al abatimiento de la pobreza en zonas rurales marginadas, mejoramiento de las condiciones de vida de la población y elevación de los niveles mínimos de bienestar, promoción de acciones intersectoriales en materia de educación, salud y alimentación bajo un enfoque regional, incorporación al mercado de trabajo, transferencias monetarias a población

en situación de pobreza extrema a través de la focalización, ampliación de la cobertura hacia localidades semiurbanas y urbanas, mejoramiento del ingreso. Los principales programas fueron el Programa Nacional de Solidaridad (1988/89-1997), Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (1997-2002), Programa de Desarrollo Humano OPORTUNIDADES (2002-2014), Programa PROSPERA (2014 a la fecha).

Tomado de: Torres, F., & Rojas, A. (2015). Política económica y política social en México: desequilibrio y saldos. *Problemas del desarrollo*, 46(182), 41-66.

4.1.2 Programas de bienestar social en México, de los 80's al 2018.

El Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) fue dirigido a la población en condiciones de pobreza y pobreza extrema; fue anunciado en la administración del Lic. Carlos Salinas de Gortari, entre los años 1988 a 1994, pasando por programa presidencial, con estrategias que beneficiaban a 6 millones de personas en rubro de salud, 11 millones en electrificación, 1 millón y medio de niños en nuevos espacios educativos construidos, 50,000 escuelas rehabilitadas, 1 cuarto de millón de becas educativas de nivel primaria con pagos en efectivo, 7 millones de niños con acceso a leche, 27 millones de personas contando con tiendas populares, se otorgó 1000 cocinas populares, 4 millones de servicio postal a los que viven en colonias populares y zonas rurales. Durante dicha administración el Índice de Pobreza en el país, era de 52.4%.

En la administración del Lic. Ernesto Zedillo Ponce de León, el Índice de Pobreza del país, era 52.4% en el año 1994 y para el año 1996, se incrementó a 69%. Esta situación provocó que el presidente Zedillo, modificara el programa social en agosto de 1997, denominándolo Programa de Educación, Salud, y Alimentación (PROGRESA). Como se puede observar, este programa también incluía aspectos de educación, salud y alimentación. El objetivo del citado programa era de apoyar a las familias que vivían en condiciones de pobreza extrema, con el fin de potenciar las capacidades de sus miembros y ampliar sus oportunidades para alcanzar mejores niveles de bienestar. Se eliminaron los comités rurales y se otorgaban los recursos económicos directamente a las familias empadronadas de las zonas rurales, a las que se les consideró como la población objetivo. En el año 2000 y en

los cuatro años de la administración del Lic. Zedillo, se redujo el índice de pobreza de 69% a 52.4%. Cabe señalar que al final del año 2001, el programa PROGRESA abarcó 68,282 localidades que representa el 26.67% del total de localidades del país y se encontraba en 166 Municipios de los 31 Estados de la República Mexicana. La cobertura poblacional aproximadamente a finales de 2001 era de 3.2 millones de familias equivalente aproximadamente a 14.4 millones de personas (Expansión, 2014)

Durante el gobierno panista del Lic. Vicente Fox Quezada (2000 a 2006), se implementó el Programa Federal para el Desarrollo Humano de la Población en Pobreza Extrema (OPORTUNIDADES), prácticamente consistía en los mismos beneficios que otorgaba PROGRESA del sexenio Zedillista (Expansión, 2014). Para el sexenio del Lic. Felipe de Jesús Calderón Hinojosa (2006 al 2012), se continuó con el programa y se mantuvo el mismo nombre “Desarrollo Humano Oportunidades”. Este programa otorgó los mismos beneficios y finalizó con un índice de pobreza del 52% (Expansión, 2014). En lo que respecta a OPORTUNIDADES, su objetivo principal eran los hogares en condición de pobreza alimentaria, así como aquellos sin exceder, la condición de pobreza, y qué presentaban características socioeconómicas y de ingreso insuficientes para invertir en el desarrollo adecuado de las capacidades de sus integrantes.

El alcance de la población beneficiada fue creciendo en forma importante: en el 2008 alcanzaba 5,049.206 familias, en el 2010 a 5,818.954 hogares y para el 2013, fueron 5,922.246 los beneficiados. Con este programa, se pretendió que fungiera más como una política de Estado y no como un programa del gobierno en turno. Por ello, continuó con el mismo nombre y los beneficios para la población. Esta continuidad que se había dado a través del seguimiento de los presidentes Vicente Fox y Felipe Calderón parecía importante porque la gente entendía cada vez más que no era un tema de gobierno, sino una política financiera con recursos públicos (Expansión, 2014). De hecho, a nivel internacional, OPORTUNIDADES fue reconocido en varias ocasiones y por diversos organismos:

- 1) En noviembre de 2008, la UNESCO destacó que el programa OPORTUNIDADES había inspirado al proyecto social que se realizó por el ex alcalde de Nueva York, EUA, Michael Bloomberg, quien se inspiró en este programa para elaborar un proyecto similar al cual le denominó “Opportunity NYC–Family Rewards” (Expansión, 2014).
- 2) En abril de 2010, el presidente del Banco Mundial, Robert Bruce Zoellick, lo refirió como ejemplo para combatir la pobreza y equidad en las mujeres mexicanas.
- 3) El 4 de julio del 2011, el director para América Latina del Programa de la ONU para el desarrollo (PNUD), Heraldó Muñoz, lo elogió como política eficiente de impacto en la red de la pobreza e inequidad (Expansión, 2014).
- 4) En abril del 2014, OPORTUNIDADES fue galardonado con el Premio Innovación Red Hat 2014, en la categoría desarrollo de aplicación, después de usar diversos elementos tecnológicos que derivaron en importantes resultados económicos y operativos (Expansión, 2014).

Como compromiso cumplido de campaña, el presidente de México, Lic. Enrique Peña Nieto (01 de diciembre de 2012 – 30 de noviembre de 2018), da paso al programa PROSPERA, el 4 de septiembre del 2014, cambiando el nombre del programa OPORTUNIDADES, de los sexenios anteriores. En este contexto, el 5 de septiembre de 2014, el profesor investigador del Colegio de México, Gerardo Esquivel, calificó como alarmante, que el cambio de nombre no respondiera a un diagnóstico profundo del programa OPORTUNIDADES, lo que a su parecer era preocupante si en realidad consistía sólo en un cambio de nombre y forma o bien, respondía más al resultado de un verdadero diagnóstico profundo del programa (Expansión, 2014).

El gobierno en turno responde que el programa PROSPERA, Programa de Inclusión Social, se genera para hacer crecer, fortalecer y evolucionar a OPORTUNIDADES, para que los mexicanos sean más libres para desarrollarse, y así prosperar y vivir a

plenitud sin las limitaciones que impone la pobreza. Por lo que este cambio de nombre se realizó con los mismos objetivos de OPORTUNIDADES, sólo que, agregándole la inclusión financiera, por el cual recibió el nombre de PROSPERA, Programa de Inclusión Social. A este programa se le adicionaron además de los beneficios con relación a salud, educación y alimentación, la inclusión laboral, social y financiera. El índice de pobreza extrema al término de programa PROSPERA fue de 9.4 % (CONEVAL, 2016).

PROSPERA tuvo como misión, mejorar el ingreso y el bienestar de las familias mexicanas, en situación de pobreza, a través de la articulación de acciones con otros programas y estrategias de la política social y económica, bajo un enfoque de colaboración interinstitucional, entre los tres niveles de gobierno, con la sociedad civil organizada y la iniciativa privada (CONEVAL, 2016).

Por lo tanto, la visión del programa PROSPERA, para el año 2030, es de un México donde todos y todas las mexicanas disfruten plenamente de sus derechos sociales y puedan desarrollar sus capacidades con igualdad de oportunidades; donde las familias hayan superado su condición de pobreza a partir de la generación de ingresos por cuenta propia y su integración a la vida productiva del país (CONEVAL, 2016).

Es por eso por lo que el objetivo del programa PROSPERA, fue el de contribuir a fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza, a través de acciones que amplíen sus capacidades en alimentación, salud y educación, y mejoren su acceso a otras dimensiones del bienestar (CONEVAL, 2016). De ahí se deriva que el citado objetivo fue encaminado a contribuir y fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos de los hogares mexicanos, mejorando el ingreso y bienestar de las familias mexicanas en situación de pobreza. Todo ello a través de articular acciones con otros programas y estrategias y de esta manera, se amplían las alternativas de bienestar social y económico de los hogares mexicanos (CONEVAL, 2016).

En mérito de lo antes mencionado, PROSPERA fue considerado un programa federal mexicano para el desarrollo humano, de la población en situación de pobreza. Inició su nueva etapa, el 5 de septiembre de 2014, a través de un Decreto Presidencial, teniendo como objetivo, además de la asistencia social, promover la autonomía económica de sus empadronados mediante la inclusión financiera (DOF, 2014); sin embargo, este programa tuvo diversas críticas desde su origen.

Cuadro 2. Medición de Pobreza a Nivel Nacional 2016



Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos, 2016 Porcentaje, número de personas y carencias promedio por indicador de pobreza, 2008-2016

Indicadores	Estados Unidos Mexicanos														
	Porcentaje					Millones de personas					Carencias promedio				
	2008	2010	2012	2014	2016	2008	2010	2012	2014	2016	2008	2010	2012	2014	2016
Pobreza															
Población en situación de pobreza	44.4	46.1	45.5	46.2	43.6	49.5	52.8	53.3	55.3	53.4	2.8	2.6	2.4	2.3	2.2
Población en situación de pobreza moderada	33.3	34.8	35.7	36.6	35.9	37.2	39.8	41.8	43.9	44.0	2.4	2.2	2.0	1.9	1.9
Población en situación de pobreza extrema	11.0	11.3	9.8	9.5	7.6	12.3	13.0	11.5	11.4	9.4	3.9	3.8	3.7	3.6	3.5
Población vulnerable por carencias sociales	32.3	28.1	28.6	26.3	26.8	36.0	32.1	33.5	31.5	32.9	2.0	1.9	1.8	1.8	1.7
Población vulnerable por ingresos	4.7	5.9	6.2	7.1	7.0	5.2	6.7	7.2	8.5	8.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Población no pobre y no vulnerable	18.7	19.9	19.8	20.5	22.6	20.9	22.8	23.2	24.6	27.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Privación social															
Población con al menos una carencia social	76.6	74.2	74.1	72.4	70.4	85.5	85.0	86.9	86.8	86.3	2.4	2.3	2.2	2.1	2.0
Población con al menos tres carencias sociales	31.7	28.2	23.9	22.1	18.7	35.4	32.4	28.1	26.5	23.0	3.7	3.6	3.5	3.5	3.4
Indicadores de carencia social															
Rezago educativo	21.9	20.7	19.2	18.7	17.4	24.5	23.7	22.6	22.4	21.3	3.2	3.1	2.9	2.8	2.6
Carencia por acceso a los servicios de salud	38.4	29.2	21.5	18.2	15.5	42.8	33.5	25.3	21.8	19.1	3.0	3.0	2.8	2.8	2.7
Carencia por acceso a la seguridad social	65.0	60.7	61.2	58.5	55.8	72.5	69.6	71.8	70.1	68.4	2.6	2.5	2.3	2.3	2.2
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	17.7	15.2	13.6	12.3	12.0	19.7	17.4	15.9	14.8	14.8	3.7	3.6	3.4	3.3	3.1
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	22.9	22.9	21.2	21.2	19.3	25.5	26.3	24.9	25.4	23.7	3.6	3.3	3.2	3.1	2.9
Carencia por acceso a la alimentación	21.7	24.8	23.3	23.4	20.1	24.3	28.4	27.4	28.0	24.6	3.3	3.0	2.9	2.8	2.6
Bienestar															
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	16.8	19.4	20.0	20.6	17.5	18.7	22.2	23.5	24.6	21.4	3.1	2.9	2.5	2.5	2.4
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar	49.0	52.0	51.6	53.2	50.6	54.7	59.6	60.6	63.8	62.0	2.5	2.3	2.1	2.0	1.9

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012, 2014 y el MEC 2016 del MCS-ENIGH.

Fuente obtenida en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>

Toda esta información del “plato del buen comer”, se le proporciona a la población beneficiada del programa PROSPERA, Programa de Inclusión Social, a través de la Mesa de Atención Personalizada Operativa (MAPO).

De acuerdo con las cifras oficiales que muestran en el cuadro 2, los índices de pobreza patrimonial son insuficientes para adquirir la canasta básica alimentaria. De forma similar, la canasta básica de servicio de salud, educación, vestido y vivienda, estos que son inherentes de la población mexicana, se ha visto reflejada en una disminución de menos un punto por ciento en 22 años con relación a la medición de pobreza a nivel nacional 2016. Es por eso por lo que algunos especialistas de CNN México alertaban que el cambio de nombre de OPORTUNIDADES a PROSPERA, Programa de Inclusión Social, podría haber mermado lo que, en sexenios previos ya se consideraba una política de estado (Expansión, 2014).

Es por ello por lo que, a partir de las cifras emitidas por CONEVAL, se muestran los avances o los retrocesos en materia de bienestar humano y desarrollo social. En este sentido y en cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley General de Desarrollo Social (LGDS), el CONEVAL informa las estimaciones de pobreza en México y para cada entidad federativa. La finalidad de esta información es proporcionar elementos para mejorar las políticas públicas tendientes a la superación de la pobreza en México. Al conocer el estado que guardan las dimensiones que conforman el fenómeno de la pobreza en México, los órdenes de gobierno (Federal, Estatal y Municipal) pueden identificar las áreas en las que se requiere redoblar los esfuerzos institucionales, así como las regiones del país donde es necesario fortalecer la atención prioritaria de la población en situación de pobreza o vulnerabilidad económica o social (INEGI, 2016).

Las estimaciones de la pobreza en México 2016, se calcularon a partir de las bases de datos del Modelo Estadístico 2016 para la continuidad del Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MEC 2016 del MCS-ENIGH) que realizó el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) entre agosto y noviembre de 2016 y que fueron publicadas el 28 de agosto de 2017 (INEGI, 2016)



Figura 1. Índice de Pobreza en México (2016)

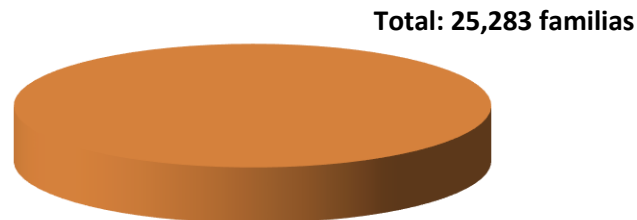
Fuente obtenida en: Resultados de pobreza en México 2016 a nivel nacional y por entidades federativas.

<https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>

Como puede observarse, la transición del programa OPORTUNIDADES a PROSPERA tuvo una mejoría significativa con los compromisos o líneas de acción. Sin embargo, la población objetivo no estaba preparada para estos cambios y mantuvo la idea de que el programa asistencial, como política social, era exclusivamente para sufragar sus gastos sin tomar en cuenta la corresponsabilidad y mucho menos fomentar una cultura de progreso. Al contrario, la idea de que el gobierno tenía que dar soluciones a sus necesidades era mandatorio, que si bien es cierto esto es correcto, también es cierto que la población objetivo a su vez tiene que analizar, proponer alternativas que sirvan como retroalimentación para mejoras

del programa y no esperar simplemente un apoyo económico sin salir de la situación de pobreza en que se encuentran.

En la figura 2 se puede observar la población beneficiada con el programa PROSPERA en el Municipio de Centro, Tabasco.



**Figura 2. Padrón de Familia Beneficiadas en el Municipio de Centro, Tabasco
Cuarto Bimestre del 2014**

Total de Familias Beneficiadas por el Programa PROSPERA 2018 en miles.
Fuente obtenida en: <https://www.dato.gob.mx/...listado> padrón de beneficiarias

4.2.3 Indicadores de carencia social

Conforme en lo dispuesto en el Artículo 36 de la Ley General de Desarrollo Social, el CONEVAL debe establecer los lineamientos y criterios para realizar la definición, identificación y medición de la pobreza en México, tomando en consideración al menos los siguientes indicadores:

- Ingreso corriente per cápita
- Rezago educativo promedio en el hogar
- Acceso a los servicios de salud
- Acceso a la seguridad social
- Calidad y espacios de la vivienda
- Acceso a los servicios básicos en la vivienda
- Acceso a la alimentación
- Grado de inseguridad alimentaria

- Grado de cohesión social (CONEVAL, 2019).

a) Ingreso corriente per cápita

El indicador de ingreso toma en consideración los siguientes elementos:

- Se determina si el ingreso mensual total por persona (Ingreso corriente total per cápita) es bajo si es menor al costo de la canasta básica completa — línea de bienestar económico— que incluye alimentos, transporte, educación, salud, esparcimiento, bienes y servicios de consumo habitual, entre otros (Consulta actualización del costo de la canasta alimentaria: mensual 0.66% y anual 4.25%. Fuente: INEGI, 2019)
- Se determina si el ingreso mensual total por persona (Ingreso corriente total per cápita) es muy bajo si es menor al costo de la canasta básica alimentaria —línea de bienestar mínimo— (Consulta actualización del costo de la canasta alimentaria: mensual 0.66% y anual 4.25%. Fuente: INEGI, 2019)

En consecuencia, se considera a la persona como no carente por ingresos sólo si su ingreso corriente total per cápita es mayor al costo de la canasta básica completa. El ingreso corriente total per cápita incluye los siguientes componentes y se ajusta por economías de escala y adulto equivalente:

- Ingresos monetarios de las personas: remuneraciones al trabajo, ingreso por trabajo independiente, autoconsumo, ingreso por renta de la propiedad y transferencias.
- Ingresos no monetarios de las personas: pago en especie, transferencias en especie y regalos recibidos en especie (CONEVAL, 2019).

b) Rezago educativo promedio en el hogar

El indicador toma en consideración los siguientes elementos:

- Que las personas de tres a quince años asistan a un centro de educación básica o que hayan terminado la educación secundaria.
- Que las personas nacidas antes de 1982 cuenten al menos con primaria completa.

- Que las personas nacidas a partir de 1982 cuenten al menos con secundaria completa.

En síntesis, la persona se considera como no carente sólo si está en edad escolar y asiste a la escuela o si de acuerdo con su edad ha concluido la primaria o secundaria, según los criterios antes señalados (CONEVAL, 2019).

c) Acceso a los servicios de salud

El indicador toma en consideración que las personas cuenten con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna de las siguientes instituciones:

- Seguro Popular.
- Servicios médicos del IMSS.
- Servicios médicos del ISSSTE o ISSSTE estatal.
- Servicios médicos de Pemex, Ejército, Marina u otra institución pública o privada.

Por tanto, la persona se considera como no carente sólo si cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios de salud de alguna institución antes mencionada (CONEVAL, 2019).

d) Acceso a la seguridad social

El indicador toma en consideración los siguientes elementos:

- Que la población económicamente activa (PEA) asalariada tenga todas y cada una de las siguientes prestaciones laborales:
 - ✓ Servicio médico en el IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal o PEMEX;
 - ✓ Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) o inscripción a una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE), e Incapacidad laboral con goce de sueldo.
- Que la población trabajadora no asalariada o independiente tenga como prestación laboral o contratación voluntaria los siguientes dos beneficios:
 - ✓ Servicios médicos en el IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal o PEMEX, y
 - ✓ Disponga de SAR o inscripción a una AFORE.
- Que la persona reciba jubilación o pensión, independientemente de su edad.

- Que las personas de 65 años y más sean beneficiarias de algún programa de adultos mayores de transferencias monetarias.
- Que las siguientes personas con parentesco directo con algún familiar, con acceso a la seguridad social, tengan derecho a recibir servicios médicos:
 - ✓ Jefe del hogar o cónyuge que no pertenezca a la PEA.
 - ✓ Ascendientes: padre, madre o suegros del jefe del hogar o cónyuge que no pertenezcan a la PEA.
 - ✓ Descendientes: hijos menores de dieciséis años, o hijos entre dieciséis y veinticinco años que estén estudiando.
 - ✓ Las personas que gozan de alguna jubilación, pensión o que reciben servicios médicos en el IMSS, ISSSTE, ISSSTE Estatal o PEMEX por parte de algún familiar, o como consecuencia de muerte de una persona asegurada o por contratación propia.

Por lo tanto, las personas no presentan carencia en el acceso a la seguridad social si, de acuerdo con su edad y/o condición laboral, cuentan con las prestaciones mencionadas anteriormente (CONEVAL, 2019).

f) Calidad y espacios de la vivienda

El indicador toma en consideración que la vivienda cuente con materiales de construcción y espacios con las siguientes características:

- Piso firme de cemento o con recubrimiento (laminado, mosaico, madera).
- El material de techos sea losa de concreto o viguetas con bovedilla, madera, terrado con viguería, lámina metálica, de asbesto, palma, teja, o de calidad superior.
- El material de muros sea tabique, ladrillo, block, piedra, concreto, madera, adobe, o de calidad superior.
- Que el número de personas por cuarto —contando la cocina, pero excluyendo pasillos y baños— (hacinamiento) sea menor a 2.5.

La vivienda se considera como no carente sólo si se satisfacen de forma simultánea los cuatro criterios anteriores (CONEVAL, 2019).

g) Acceso a los servicios básicos en la vivienda

El indicador toma en consideración que la vivienda cuente con todos los servicios básicos con las siguientes características:

- Agua entubada dentro de la vivienda o fuera de la vivienda, pero dentro del terreno.
- Drenaje conectado a la red pública o a una fosa séptica.
- Electricidad obtenida del servicio público, de panel solar o de otra fuente, planta particular.
- Que el combustible para cocinar sea gas LP o gas natural, electricidad, y si es leña o carbón que la cocina cuente con chimenea.

La vivienda se considera como no carente sólo si se satisfacen de forma simultánea los cuatro criterios anteriores (CONEVAL, 2019).

h) Acceso a la alimentación

El indicador se construye a partir de la Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria (EMSA) y toma en consideración los siguientes elementos: En los hogares donde sólo residen adultos, se valora si en los últimos tres meses por falta de dinero o recursos algún integrante del hogar:

- Tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos.
- Dejó de desayunar, comer o cenar.
- Comió menos de lo que piensa debía comer.
- Se quedó sin comida.
- Sintió hambre, pero no comió.
- Comió una vez al día o dejó de comer todo un día.

En hogares donde viven menores de dieciocho años se considera una lista de otras seis preguntas similares a las descritas anteriormente, las cuales se aplican a este grupo de población (CONEVAL, 2019).

i) Grado de inseguridad alimentaria

- Seguridad alimentaria: los hogares constituidos sólo por adultos y los hogares con menores de edad que no responden de manera afirmativa a ninguna de las preguntas de la escala.
- Leve: los hogares conformados sólo por mayores de dieciocho años que contestan afirmativamente de una a dos de las seis preguntas de la escala. En el caso de los hogares con menores de edad, se consideran a aquellos que contestan afirmativamente de una a tres de las doce preguntas de la escala.
- Moderado: los hogares sólo con adultos que responden afirmativamente de tres a cuatro preguntas de la escala. Para los hogares con menores de dieciocho años, se consideran aquellos que contestan afirmativamente de cuatro a siete preguntas de la escala.
- Severo: los hogares sólo con adultos que contestan afirmativamente de cinco a seis preguntas; los hogares con menores de edad que responden de ocho a doce preguntas de la escala.

Las personas no presentan carencia en el acceso a la alimentación si los hogares en los que residen tienen seguridad alimentaria o un grado de inseguridad alimentaria leve (CONEVAL, 2019).

j) Grado de cohesión social

Dada la profusión de conceptos asociados a la cohesión social, durante el proceso de definición de la metodología se exploraron diversas alternativas. Se tomaron como base algunos modelos explicativos generales, como el presentado por la CEPAL (2007a), según el cual la cohesión social tiene distintos subdimensiones que podrían considerarse a nivel hogar: las redes sociales, la discriminación, la participación social y la confianza.

A partir de la consideración de los elementos antes mencionados, un indicador robusto podría ser el de la desigualdad o el de las distancias sociales, pues, si se reconoce que la desigualdad se manifiesta en distintos ámbitos del nivel de vida, mientras mayores sean las disparidades sociales en educación, vivienda, salud o alimentación, esta polarización tendería a reforzar la persistencia de la pobreza.

Dada la diversidad de conceptos y aproximaciones involucrados en esta dimensión, se retomó la propuesta de Boltvinik (2007), en el sentido de realizar la medición del grado de cohesión social en el espacio del territorio. De acuerdo con ello, el grado de cohesión social se medirá a nivel municipal y estatal mediante cuatro indicadores:

- Desigualdad económica (coeficiente de Gini).
- Razón de ingreso de la población pobre multidimensional extrema respecto a la población no pobre multidimensional y no vulnerable.
- Polarización social.
- Redes sociales (se calculará solamente a nivel estatal) (CONEVAL, 2019)

En la figura 3, se muestra el comportamiento de las seis carencias sociales que conforman la medición de pobreza: rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a servicios básicos en la vivienda y de acceso a la alimentación, para el periodo 2010-2015, a nivel nacional y para cada entidad federativa.

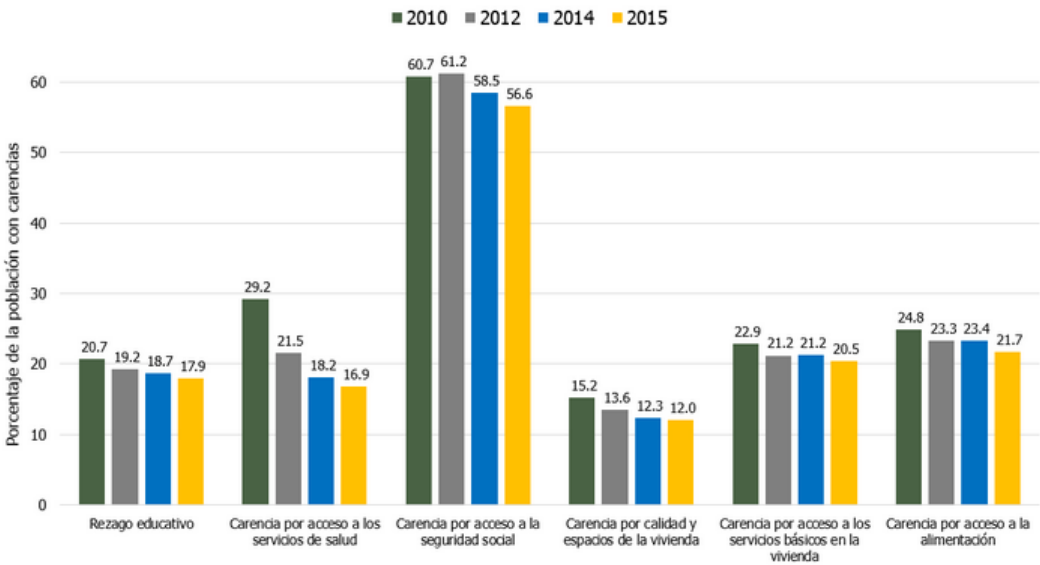


Figura 3. Evolución de las carencias sociales en México (2010-2015)

Fuente obtenida en: CONEVAL 2019

<https://www.coneval.org.mx/Medicion/EDP/Paginas/Datos-del-Modulo-de-Condiciones-Socioeconomicas.aspx>

Por otro lado, en el cuadro 3, se muestra el número de personas que se encuentran bajo alguna de las carencias sociales. Se puede observar que el mayor número de personas está ubicado con falta de acceso a la seguridad social, con aproximadamente 69 a 71 millones de habitantes., seguido de 20 a 33 millones de mexicanos que no tienen acceso a los servicios de salud.

Cuadro 3. Porcentaje y millones de personas con carencias sociales (2010-2015) en los Estados Unidos Mexicanos

Porcentaje. número de personas por indicador de carencia social. 2010-2015¹

Indicadores	Estados Unidos Mexicanos							
	Porcentaje				Millones de personas			
	2010	2012	2014	2015	2010	2012	2014	2015
Indicadores de carencia social								
Rezago educativo	20.7	19.2	18.7	17.9	23.7	22.6	22.4	21.8
Carencia por acceso a los servicios de salud	29.2	21.5	18.2	16.9	33.5	25.3	21.8	20.5
Carencia por acceso a la seguridad social	60.7	61.2	58.5	56.6	69.6	71.8	70.1	68.7
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	15.2	13.6	12.3	12.0	17.4	15.9	14.8	14.6
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	22.9	21.2	21.2	20.5	26.3	24.9	25.4	24.9
Carencia por acceso a la alimentación	24.8	23.3	23.4	21.7	28.4	27.4	28.0	26.4

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MCS 2015.

¹ Base de datos publicada por el INEGI el 15 de julio de 2016.

Fuente obtenida en: CONEVAL 2019

<https://www.coneval.org.mx/Medicion/EDP/Paginas/Datos-del-Modulo-de-Condiciones-Socioeconomicas.aspx>

Con relación a las entidades federativas, se puede observar que en el periodo de 2010 a 2015, la carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda registró un mayor número de entidades federativas en las que el porcentaje de la población que cuenta con servicios básicos en su vivienda aumentó en 12 de 32 entidades (Cuadro 4); incluso entre 2014 a 2015 aumentó en 13 de 32 entidades federativas que han mejorado la carencia por acceso a los servicios básicos (Cuadro 4). Si bien la población que no dispone de servicios básicos de la vivienda disminuyó de 22.9% en 2010 a 20.5% en 2015, el componente de la población de viviendas que usan leña o carbón para cocinar pero que no tienen chimenea o estufa ecológica ha mostrado un incremento a partir de 2012 (CONEVAL, 2019).

Cuadro 4. Evolución de las carencias sociales y las entidades federativas con los mayores avances y rezagos (México, 2010-2015).

Carencia	Número de entidades con disminución porcentual en la carencia	Las tres entidades con la mayor disminución	Las tres entidades con el mayor aumento
Rezago educativo	29 de 32	Hidalgo, el Estado de México y Chiapas	Tamaulipas, Veracruz y Coahuila
Acceso a los servicios de salud	32 de 32	Guerrero, Oaxaca y Puebla	Ninguna entidad aumentó
Acceso a la seguridad social	32 de 32	Querétaro, Guanajuato y Chihuahua	Ninguna entidad aumentó
Calidad y espacios de la vivienda	29 de 32	Oaxaca, Tabasco y Guerrero	Baja California Sur, Jalisco y Coahuila
Acceso a los servicios básicos en la vivienda	20 de 32	Puebla, Hidalgo y Durango	Tabasco, Baja California y Quintana Roo
Acceso a la alimentación	24 de 32	San Luis Potosí, Estado de México y Campeche	Tabasco, Oaxaca y Tamaulipas

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y MCS 2015.

Fuente obtenida en: CONEVAL 2019

<https://www.coneval.org.mx/Medicion/EDP/Paginas/Datos-del-Modulo-de-Condiciones-Socioeconomicas.aspx>

5. EL MVZ Y ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA

De acuerdo con la Organización Mundial de Sanidad Animal, se designa como profesionalista veterinario a una persona con la debida formación registrada o autorizada por el organismo veterinario estatutario relevante de un país para ejercer la práctica de la medicina/ciencia veterinaria en dicho país (OIE, 2018). La OIE destaca la contribución esencial de los veterinarios a la sociedad en su tarea de garantizar la sanidad y el bienestar de los animales, de las personas y de los ecosistemas y aboga por la importancia de una formación veterinaria de alta calidad, tanto inicial como continua (OIE, 2012). Todos los veterinarios de cada país son responsables de la prestación de servicios veterinarios nacionales, es decir, los servicios brindados dentro del marco legislativo y bajo los auspicios de la autoridad gubernamental de un país para garantizar la sanidad y el bienestar de los animales, las poblaciones y los ecosistemas. El término “servicios veterinarios” incluye tanto los componentes privados como públicos de la profesión veterinaria que participan

en la promoción de la salud pública y la sanidad y el bienestar animal, tal y como se consigna en la definición del Código Sanitario para los Animales Terrestres de la OIE (Código Terrestre) (OIE, 2012).

Tal como lo destaca la OIE (2012), *“algunos veterinarios dedicarán su carrera a trabajar en el componente público de los servicios veterinarios nacionales; sin embargo, todos, sin importar el campo de actividad tras la obtención de su diploma, los médicos veterinarios zootecnistas son responsables de promover la sanidad animal, el bienestar de los animales, la salud pública veterinaria y la inocuidad de los alimentos. A menudo, los veterinarios del sector privado trabajarán como subcontratistas del componente público de los servicios veterinarios nacionales y, en muchos casos, optarán por cambios de carrera hacia el sector público”* (OIE, 2012).

La educación veterinaria constituye la piedra angular que asegura que los veterinarios licenciados no sólo han recibido la formación y el entrenamiento debidos, garantes de un conocimiento sólido de las competencias generales, sino que también poseen los conocimientos, las habilidades, actitudes y aptitudes para comprender y efectuar labores básicas dentro de los servicios veterinarios nacionales relacionadas con la promoción de la sanidad animal y la salud pública. Además, la educación básica que conlleva la adquisición de las competencias mínimas constituye el fundamento para que los veterinarios, sea que trabajen en el sector público o privado, puedan adquirir experiencia a través de una formación práctica y una educación continua de calidad, a nivel de posgrado (OIE, 2012).

El advenimiento de la teoría de los gérmenes marca la fecha en que el veterinario se involucra por primera vez en los problemas de salud pública. En esos primeros días, los descubrimientos científicos cayeron como lluvia del cielo para ayudar al hombre en la conquista de enfermedades. Algunas veces es difícil comprender que todo lo que sabemos acerca de las enfermedades infecciosas, su diagnóstico y control, nos lo ha legado el siglo XX. Con el descubrimiento de los antibióticos, parecería que las enfermedades infecciosas y todos los trabajos científicos que se le relacionan habían desaparecido de la vida humana. Así como es cierto que ahora

tenemos en nuestras manos los instrumentos para la completa erradicación de las enfermedades infecciosas de los animales y de la población humana, encontramos que estas enfermedades siguen siendo un azote para el hombre y los animales y que probablemente continuará siéndolo por muchos años (Merchant, 1964). Sin embargo, la formación del MVZ, incluye la adquisición de una serie de competencias, que no sólo van a estar relacionadas con el combate a las enfermedades. De hecho, la OIE ha propuesto el modelo de plan de estudios básico de formación veterinaria, que incluye una breve descripción de cada curso recomendado (o de su contenido) que podría impartirse en las Escuelas y Facultades de Medicina Veterinaria y en las cuales se incluyen aspectos para la salud pública, salud animal y protección a los ecosistemas (OIE, 2013).

Por lo tanto, un MVZ deberá contar con una serie de competencias básicas, específicas y avanzadas, para desarrollar su labor profesional, entendiéndose por competencias:

- Conocimientos: habilidades cognitivas, es decir, capacidades mentales.
- Habilidades: destreza para llevar a cabo tareas específicas.
- Actitudes: capacidad afectiva, refiriéndose a sentimientos y emociones.
- Aptitudes: habilidad natural, talento o capacidad de aprendizaje del estudiante (OIE, 2012; Climént, 2014).

1. Competencias específicas. También llamadas competencias básicas, designan los conocimientos, las habilidades, actitudes y aptitudes mínimas requeridas para que un organismo veterinario estatutario habilite la práctica de la profesión. Abarcan las competencias generales y específicas directamente relacionadas con el mandato de la OIE. Entre las competencias específicas destacan las siguientes:

- Epidemiología
- Enfermedades transfronterizas de los animales
- Zoonosis (incluyendo las enfermedades transmitidas por los alimentos)

- Enfermedades emergentes y reemergentes
- Programas de prevención y control de enfermedades
- Higiene de los alimentos
- Productos de uso veterinario
- Bienestar animal
- Legislación veterinaria y ética
- Procedimientos generales de certificación
- Habilidades de comunicación (OIE, 2012; Climént, 2014).

2. Competencias avanzadas. Las competencias avanzadas designan los conocimientos, las habilidades, actitudes y aptitudes mínimas requeridas para que un veterinario pueda trabajar dentro de la Autoridad veterinaria. Entre ellas, el MVZ deberá haber adquirido las siguientes:

- Organización de los servicios veterinarios
- Procedimientos de inspección y certificación
- Gestión de enfermedades contagiosas
- Higiene de los alimentos
- Aplicación del análisis del riesgo
- Investigación
- Marco de trabajo del comercio internacional
- Administración y gestión (OIE, 2012; Climént, 2014).

En cuanto a los aspectos profesionales del MVZ relacionados con la salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud pública veterinaria como *“la suma de todas las contribuciones al bienestar físico, mental y social de los seres humanos mediante la comprensión y aplicación de la ciencia veterinaria”*. El aprendizaje de la salud pública veterinaria deberá brindar al futuro profesional de la medicina veterinaria una amplia comprensión de los principios básicos y los programas de salud pública, incluyendo la salud y seguridad ambiental, la inocuidad e inspección de los alimentos y la gestión de los residuos biológicos (OIE, 2013). La salud pública veterinaria es considerada un bien público mundial debido a su

papel crucial en el aseguramiento de la salud humana, el bienestar animal y la sostenibilidad ambiental (Cartín-Rojas, 2014).

Asimismo, los médicos veterinarios zootecnistas, habrán aprendido a integrar y valorar el concepto “una sola salud”, definido como el “esfuerzo colaborativo de múltiples profesionales de las ciencias de la salud, junto con sus disciplinas e instituciones relacionadas, que trabajan en el ámbito local, nacional y mundial, para alcanzar una salud óptima para las personas, los animales domésticos, la fauna silvestre, las plantas y nuestro entorno”. Se dará una atención particular a los programas de importancia específica para el País Miembro y la comunidad mundial OIE, CCA, OMS y FAO) (OIE, 2013; Climént, 2014).

Por lo tanto, un médico veterinario zootecnista, en el ámbito de la salud pública, al menos en los países de América, las principales áreas en las cuales interviene y participa en apoyo a la salud y bienestar humano son:

- Prevención, control y eliminación de las zoonosis.
- Prevención y control de problemas de salud animal de importancia social y económica.
- Inocuidad y calidad de los alimentos de origen animal (de la granja a la mesa y “viceversa”).
- Promoción y apoyo de acciones que favorecen el turismo nacional e internacional, así como el comercio e intercambio pecuario dentro y fuera de las fronteras.
- Investigación de brotes de enfermedades de origen alimentario.
- Investigación, detección temprana, prevención y control de enfermedades animales exóticas, zoonosis emergentes y amenazas biológicas.
- Control y protección del ambiente de desechos animales y del efecto de determinadas prácticas de manejo, producción de animales y transformación de productos y subproductos de origen animal.

- Promoción de la salud y el bienestar de la población humana.
- Producción, desarrollo y promoción del uso apropiado de biológicos y reactivos.
- Promoción del bienestar de animales domésticos y silvestres
- Promoción de la propiedad responsable de animales de compañía.
- Intervención en desastres naturales o provocados por el hombre.
- Prevención de peligros laborales o asociados con animales vivos y sus productos.
- Desarrollo de modelos biomédicos para investigación en salud humana.
- Formación y capacitación del recurso humano que participa en salud pública.
- Formulación y realización de proyectos de desarrollo local y comunitario.
- Investigación, promoción y aplicación de desarrollos biotecnológicos eficientes y apropiados a las condiciones sociales, económicas y culturales.
- Promoción y participación en la formulación e implementación de iniciativas intersectoriales y de políticas públicas que favorezcan la salud y el bienestar humano.
- Hacer operable la colaboración intersectorial e interdisciplinaria entre agricultura y salud pública (Peralta, 2006).

Esta gran gama de actividades –cuya intensidad y desarrollo varía según las características y condiciones específicas de cada país, región o territorio– está y seguirá siendo afectada por una gran diversidad de cambios y desafíos, muchos de los cuales están expresados en el compromiso adquirido por 189 países durante la Asamblea de las Naciones Unidas –efectuada en diciembre de 2000 y denominada

“Cumbre del Milenio”–, conocido como las “Metas de Desarrollo del Milenio” (Peralta, 2006).

Por lo tanto, un MVZ que realiza actividades de salud pública veterinaria, tiene las competencias necesarias para incorporarse en programas institucionales federales, regionales y locales, como los son los programas de bienestar social en las comunidades pobres de nuestro país.

6. ESTADO DE TABASCO

La región de análisis es el Estado de Tabasco, que se ubica en la región sureste de México; formándose desde la planicie costera del Golfo de México hasta las montañas del norte de Chiapas (Castillo y Montalvo, 2017). El estado de Tabasco forma parte de la región ístmica; se compone de 5 subregiones, 17 municipios y tiene como capital la ciudad de Villahermosa (Figura 4). Es un estado poco desarrollado con respecto al resto del país (Salas, 1984).



Figura 4. Ubicación geográfica, regiones y municipios del estado de Tabasco, México.

La entidad carece de una regionalización derivada de un modelo multidimensional que explique el rezago social indicador agregado que expone las desigualdades

socioeconómicas a una escala inferior a la municipal y que además busque una precisión geográfica para hacer más eficiente la aplicación de las políticas de corte social orientadas a disminuir los efectos negativos de las fuerzas concentradoras del mercado (Castillo y Montalvo, 2017).

6.1 Acceso al empleo y la tasa de desempleo abierto (TDA)

Al analizar la Tasa de Desempleo Abierto (TDA) para el total de las localidades de Tabasco en el año 2000, se encontró que el promedio mostrado se estableció en un 1.7% mientras que su desviación estándar fue de 3.12%. No obstante, la varianza mostró un valor bastante alto al indicar un 9.76 con un rango de 34.52%. Además, de los datos examinados de la TDA para las 2,423 localidades de la entidad, se destaca que al menos el 44.1% (1,068) revelan un indicador bajo del desempleo (Castillo y Montalvo, 2017).

Se parte de la premisa de que el desempleo es un factor que incide negativamente en el proceso socioeconómico para el logro del bienestar del ser humano; la importancia de atender esta dimensión se establece por la relación desempleo-rezago social. No obstante, que un país genere mayores ingresos a través del empleo, no asegura que el progreso beneficie a toda la población. Por otro lado, los municipios que muestran a las localidades con más altas TDA están integrados por Huimanguillo (94 localidades), Cárdenas (84), Centro (76), Comalcalco (64), Cunduacán (64) y Macuspana (64 localidades) (Castillo y Montalvo, 2017).

7. PROGRAMA PROSPERA EN EL ESTADO DE TABASCO

En cuanto a los indicadores sociodemográficos del estado de Tabasco en comparación con el indicador nacional, en el Cuadro 5 se muestran las estadísticas elaboradas por el INEGI y el CONEVAL (2010), en el cual destaca que el número promedio de carencias para la población en situación de pobreza y pobreza extrema fue de 2.7 y 3.6, respectivamente con respecto a 2.4 y 3.7 del indicador nacional.

Cuadro 5. Indicadores sociodemográficos del estado de Tabasco en comparación con los indicadores nacionales

INDICADOR	TABASCO	NACIONAL
Población total (personas), 2010	2,238,603	112,336,538
Total de hogares y viviendas particulares habitadas, 2010	559,114	28,159,373
Tamaño promedio de los hogares (personas), 2010	4.0	3.9
Hogares con jefatura femenina, 2010	129,184	6,916,206
Grado promedio de escolaridad de la población de 15 o más años, 2010	8.6	8.6
Total de escuelas en educación básica y media superior, 2010	5,208	241,487
Personal médico (personas), 2010	5,308	195,728
Unidades médicas, 2010	647	22,135
Número promedio de carencias para la población en situación de pobreza, 2012	2.7	2.4
Número promedio de carencias para la población en situación de pobreza extrema, 2012	3.6	3.7

Fuente: CONEVAL-INEGI, 2010

En el cuadro 6, se muestra la clasificación que ha hecho el CONEVAL, en cuanto a situación de pobreza para los municipios con mayor y menor porcentaje de población en situación de pobreza en el estado de Tabasco, México (2019). Cabe destacar que los municipios con alto porcentaje de pobreza son Jonuta (80%) y sólo cuenta con el 22.2% de su población en pobreza extrema; sin embargo, en cuanto a número de carencias, se encuentra Huimanguillo con 3.6 en cuanto a población con alta pobreza y con 4.1 con pobreza extrema; mientras que con población en menor pobreza se encuentra el municipio Centro (37.8%) con 2.4 de carencias y sólo el 5.3% de pobreza extrema, con 3.6 carencias (CONEVAL, 2019).

Cuadro 6. Municipios con mayor y menor porcentaje de población en situación de pobreza en el estado de Tabasco, México (2019). Fuente obtenida en: CONEVAL

Municipio	Pobreza			Pobreza extrema		
	Porcentaje	Personas	Carencias	Porcentaje	Personas	Carencias
Municipios con mayor porcentaje de población en pobreza						
Jonuta	80.3	20,653	2.5	22.2	5,716	3.6
Balancán	71.9	41,129	2.6	17.9	10,260	3.8
Tacotalpa	71.7	30,510	2.6	21.6	9,197	3.6
Huimanguillo	69.9	114,178	3.1	23.7	38,724	4.0
Tenosique	69.7	41,726	2.4	14.5	8,660	3.6
Municipios con menor porcentaje de población en pobreza						
Centro	37.8	243,206	2.4	5.3	33,824	3.6
Jalapa	51.3	20,834	2.5	9.9	4,002	3.8
Nacajuca	54.3	65,101	2.3	8.5	10,225	3.6
Jalpa de Méndez	58.3	52,816	2.4	10.8	9,758	3.6
Teapa	59.0	34,043	2.5	10.9	6,306	3.7
Total de municipios en el estado: 17						

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010.
 Nota: de acuerdo con la metodología de medición de pobreza publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de junio de 2010, las estimaciones de pobreza que se reportan toman en cuenta la variable combustible para cocinar y si la vivienda cuenta con chimenea en la cocina en la definición del indicador de carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda.
 Nota: las estimaciones municipales de pobreza 2010 han sido ajustadas a la información reportada a nivel estatal en julio de 2011. Pueden variar ligeramente debido a valores faltantes en el MCS-ENIGH 2010.

https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Tabasco/Paginas/pob_municipal.aspx

Con el fin de tratar el rezago de la población del estado de Tabasco, se puso en práctica el desarrollo del programa PROSPERA. En este sentido, los objetivos particulares de PROSPERA pretendían ampliar las capacidades asociadas a la alimentación, salud y educación, y el acceso a otras dimensiones del bienestar de las familias beneficiarias del programa a través de:

- 1) Proporcionar apoyos a las familias beneficiarias para mejorar la alimentación de todos sus integrantes.
- 2) Asegurar el acceso al “Paquete Básico Garantizado de Salud” y la ampliación progresiva a las 27 intervenciones de Salud Pública del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) a las familias beneficiarias, con

el propósito de impulsar el uso de los servicios de salud preventivos y el autocuidado de la salud y nutrición de todos sus integrantes, con énfasis en la población más vulnerable como son las niñas, niños, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

3) Otorgar apoyos educativos crecientes en primaria, secundaria, educación media superior a las niñas, niños y jóvenes de las familias beneficiarias, con el fin de fomentar su inscripción y asistencia regular a la escuela, y su terminación.

4) Fomentar el compromiso con los objetivos del programa y la participación de todas las personas integrantes de las familias beneficiarias en las acciones asociadas a las intervenciones del programa.

5) Promover que la población atendida acceda a servicios financieros en condiciones preferenciales, así como a la oferta institucional de programas sociales de fomento productivo, generación de ingreso e inclusión laboral que incrementen las capacidades productivas de las familias beneficiarias y sus integrantes, para mejorar su bienestar económico o en otras dimensiones, a través de acciones de coordinación y vinculación institucional.

6) Establecer la instrumentación de la “Cruzada contra el Hambre” como estrategia de inclusión y bienestar social, fomentando la participación de los sectores público, social y privado de organizaciones e instituciones tanto nacionales como internacionales a fin de dar cumplimiento a los objetivos de esta.

7) Potenciar los efectos del programa mediante la entrega de otros apoyos monetarios que establezca el Gobierno de la República para la población beneficiaria del programa (Dávila, 2016).

En el estado de Tabasco, el programa PROSPERA operaba con la estructura organizacional que se muestra en la figura 5.

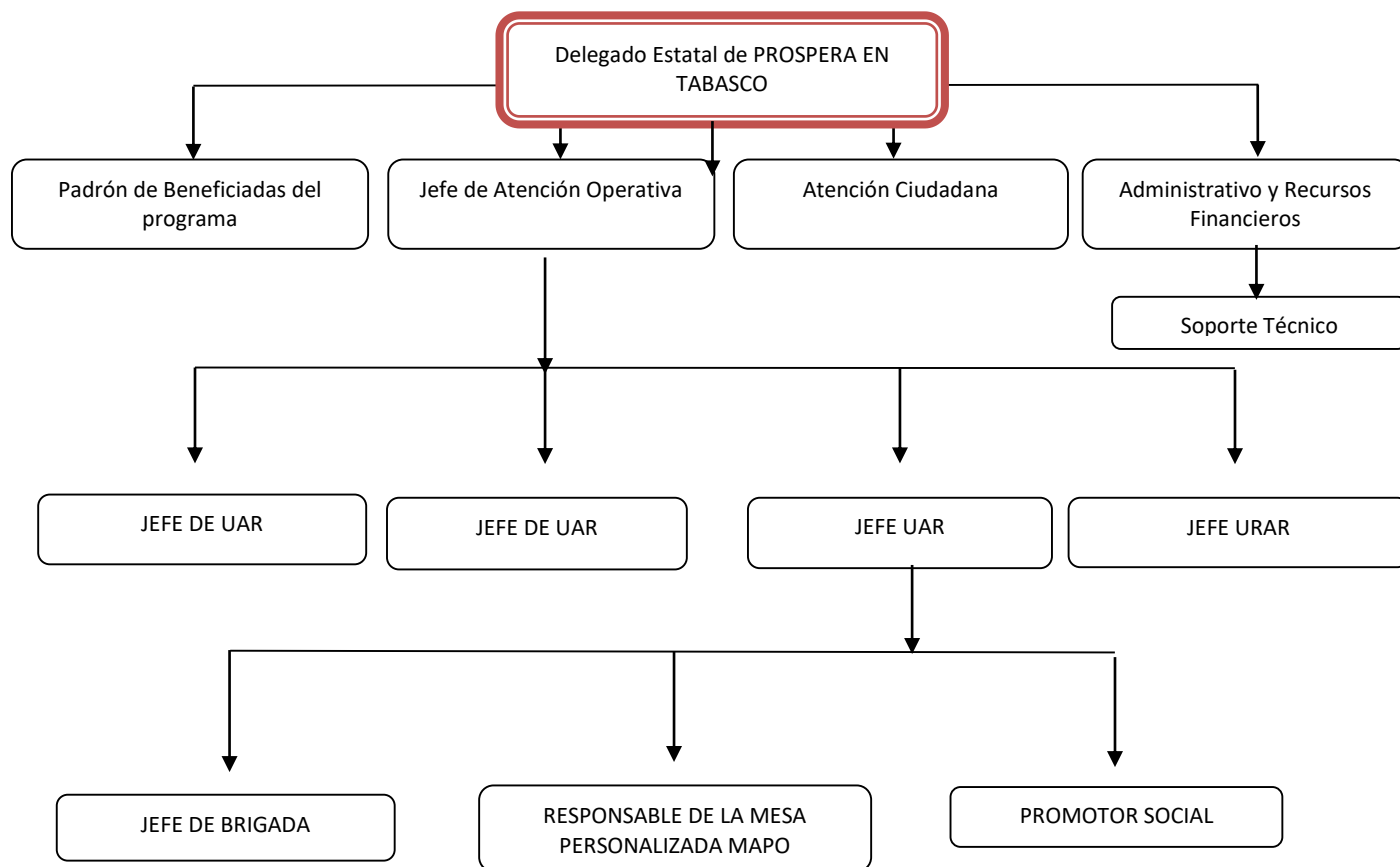


Figura 5. Organigrama de la Delegación Estatal de PROSPERA en el estado de Tabasco, México.

En la Delegación Estatal de PROSPERA Programa de Inclusión Social en el Estado de Tabasco, se contrata a todo su personal con la finalidad de apoyar a la población, primero con el levantamiento de encuestas dentro de la Unidad Atención Regional de Villahermosa función prioritaria recabar información, independientemente de las siguientes funciones que a continuación se describen:

- **Informar al jefe de brigada/jefe de la unidad de atención regional sobre cualquier desviación en la ejecución de los procesos que ponga en riesgo las acciones asignadas en la unidad de atención regional.** La comunicación jerárquica consistió en informar al jefe de brigada de la

actividad que se realizaría antes de salir al campo, del orden de los folios de las beneficiadas a atender dentro de la mesa de atención personalizada, que estuvieran completos. Sin embargo, cuando las oficinas centrales de México no enviaban los folios completos, esto repercutía en la operatividad en la localidad. Entonces se debía tener coherencia entre los nombres de las personas beneficiadas y su folio correcto. Al término de la jornada laboral se tenía que reportar cuántos folios fueron entregados y registrarlo en el dispositivo móvil (DM), para reportar a oficinas centrales de México el número de folio y nombre de la o el titular, localidad y en caso de no entregarse, mencionar la causa.

- **Proponer al jefe de brigadas/jefe de la unidad de atención regional posibles alternativas de solución o mejora que permitan la determinación de acciones preventivas o correctivas en la operación para cumplir con las metas establecidas.** Se propuso al jefe de brigada o de ser posible al jefe de la unidad de atención regional de PROSPERA implementar el programa de inclusión social como alternativa de solución preventiva. Esto para la calendarización de la mesa de atención personalizada operativa del referido programa a la información relacionada con la salud, asesoramiento sobre enfermedades zoonóticas, alimentación de acorde con la plática del “plato del buen comer” sin descuidar la información sobre la operación del programa. Como resultado se ofreció a los beneficiarios asesoría, trámites de corrección al padrón a las familias por homonimias o mal escrito un nombre o apellido o que hayan causado baja, entre otros. Al término de la jornada laboral, se elaboró un informe de todas las actividades relacionadas con el programa y del avance que tuvieron los beneficiados (y beneficiadas) con las pláticas preventivas del “plato del buen comer” para su posterior análisis. Esta actividad se efectuaba cada vez que había junta de promotores con el jefe de brigada antes de salir al campo y al regresar del operativo de campo.

- **Realizar las actividades operativas de procesos especiales, asignadas por el jefe de brigadas o jefe de la unidad de atención regional.**
- **Realizar encuestas de la verificación permanente de condiciones socioeconómica (VP0CS) con la finalidad de depurar el padrón activo de PROSPERA.** Se asignó un número de 10 beneficiados de forma aleatoria de acuerdo con el sistema de información operativa (SIO).
- **Ejecutar encuesta de identificación en forma de barrido.** Se realizaron encuestas manzana por manzana en diversas localidades.
- **Cumplir con las encuestas de recertificación con el fin de identificar a las familias que siguen cumpliendo con los criterios de elegibilidad de PROSPERA.** Esta actividad se realizó diario todos los meses del año.
- **Proporcionar atención a la población objetivo los procesos operativos masivos de manera clara y oportuna, cumpliendo en todo momento con el código de ética de la administración pública federal, así como la normatividad vigente.** La información que se proporcionaba fue sobre la operación del programa. Se brindó asesoría y se realizaron trámites de corrección al padrón del titular de PROSPERA, por ejemplo, por homonimias, nombre o apellido mal escrito o que hayan causado baja o alta. Esto se llevó a cabo en la localidad asignada junto con el responsable de área siendo realizada esta actividad bimestralmente dentro de la mesa de atención personalizada operativa. Al término de la jornada laboral se informó todo lo relacionado con el programa.
- **Proveer información relacionada con la salud, alimentación de acorde con la plática del plato del buen comer.** Esta actividad se realizó bimestralmente.
- **Registrar de manera correcta, en los documentos de control, las acciones que se ejecutan en campo, de acuerdo con la normatividad establecida.** Se realizó el llenado en los controles asignados en forma

manuscrita escribiendo primero el folio, nombre, localidad, ranchería, o colonia en las hojas de registro entregadas antes de salir al campo, así como la cantidad de encuestas realizadas. Una vez en las oficinas de la Delegación de PROSPERA, toda esta información fue descargada en el DM asignado, para ser enviada la información capturada a Oficinas Centrales de la ciudad de México. En caso de surgir inconsistencias, estas se reportaron durante el operativo al jefe de brigada con la normatividad regida. Esta actividad se realizó diario durante todo el año.

- **Resguardar y controlar los insumos y la documentación de las acciones ejecutadas en campo, así como, asegurar su entrega oportuna de acuerdo con la normatividad establecida.**
- Al momento de partir al operativo, la documentación entregada fue protegida. Al finalizar las encuestas, la información recolectada en los DM se entregó a las oficinas de la delegación de PROSPERA, así como los DM, y los vehículos asignados. Posteriormente al vaciado de toda la información recolectada en los DM asignados, esta fue enviada a Oficinas Centrales de la ciudad de México. Esto se realizó diario durante todo el año (PROSPERA, 2016).
- Estas fueron las actividades realizadas durante mi desempeño profesional en las 60 rancherías, poblados y villas del Municipio del Centro atendiendo un número de 560 personas de 25,283, según el Padrón de Familias Beneficiarias del programa PROSPERA en el Estado de Tabasco en el Cuarto Bimestre del 2014, las cuales se cumplieron en su mayoría 8, en virtud de no encontrarse a la beneficiada o por cambio de lugar o no encontrarse en ese momento. Las encuestas que no se llevaron a cabo se sumaban a las 10 encuestas del siguiente día asignados por el Jefe de Atención Regional y así subsecuentemente hasta cumplir la meta establecida por la unidad de atención regional en mención año (PROSPERA, 2016).

Con relación al Municipio del Centro, las rancherías poblados villas y colonias que se atendieron en Villahermosa, Tabasco, la atención a todas las familias beneficiarias del programa PROSPERA se llevó a cabo bimestralmente en las MAPOS. Es a través de estos espacios que se llevaron a cabo las siguientes funciones:

1. **Informar sobre diferentes temas, fechas de entregas de apoyos y documentación correspondiente en forma bimestral, así como para la aclaración de cualquier duda existente de los titulares de familias beneficiadas con los programas federales de apoyo conocidos, incluyendo MAPO sobre PROSPERA.** Se estableció un lapso de varios días para que los beneficiarios de estos programas pudieran acudir, recibir información y preguntar dudas al respecto. Para quienes habitaban en las localidades de Villahermosa, Tabasco, se recomendó presentarse en los lugares señalados para reunión de MAPOS, en horarios de 9:00 a 15:00 horas, del día establecido para la citada reunión.
2. **Informar con relación a las becas educativas, que a cada uno de los niños, niñas y jóvenes menores de 18 años integrantes de las familias beneficiarias que cursaran y concluyeran sus estudios de educación básica y media superior recibirían apoyo para la adquisición de útiles escolares.** De igual forma se informó que se proporcionaría apoyo para jóvenes con PROSPERA, y acceso a ex becarios para garantizar su continuidad educativa a estudios de nivel superior. Se notificó también que se proporcionarían becas para estudios de nivel superior como también becas para jóvenes con discapacidad y de nuevas modalidades educativas como no escolarizada, educación técnica y formación para el trabajo. **En cuanto a la alimentación, informar en qué consistía el apoyo monetario mensual a las familias beneficiarias con la finalidad de contribuir a la compra y diversificación de sus alimentos de acorde al “plato del buen comer”.** Se hizo hincapié de como el programa PROSPERA proporciona una orientación de nutrición y alimentación saludable para los grupos vulnerables como son los

niños y las niñas menores de 5 años, las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

4. **Sobre el suplemento alimenticio, informar a los titulares de PROSPERA que utilidad representaba para complementar su dieta diaria en sus hogares.** Se informó de la adquisición a un bajo costo de los productos lácteos con un alto valor nutricional en las lecherías Liconsa.

5. **Se hizo alusión al Acceso al Paquete Básico Garantizado de Salud y su migración progresiva a las 27 intervenciones del CAUSES.** En este rubro, se hizo hincapié la importancia de tomar en cuenta los Talleres para el Autocuidado de la Salud, atención médica a cada integrante de la familia beneficiaria, con la finalidad de adoptar la prevención de enfermedades y atención a la mala nutrición de sus hogares contando con el apoyo para adultos mayores, de igual forma el apoyo para integrantes de cero a nueve años ya que como población vulnerable requieren del apoyo complementario para la alimentación, teniendo como beneficio la afiliación efectiva al Seguro Popular, la incorporación de niños menores de cinco años al Seguro Médico Siglo XXI.

6. **Con respecto al beneficio de Inclusión Laboral,** se mencionó que los beneficiarios contarían con el apoyo para que a través del Servicio Nacional del Empleo se les facilitara la incorporación de las familias beneficiarias al ámbito laboral. Este beneficio iba aunado con la **Inclusión Productiva**, porque se explicó a los beneficiarios que tenían acceso prioritario a 15 programas federales con salidas productivas, para incrementar su productividad y favorecer la generación de ingresos autónomos y sostenibles como:
 - Programa de Apoyo para la Productividad de la Mujer Emprendedora
 - Programa de Apoyo a Jóvenes para la Productividad de Futuras Empresas Rurales
 - Programa de Productividad y Competitividad Agroalimentaria

- Programa Opciones Productivas
- Programa del Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías
- Fondo para el Apoyo a Proyectos Productivos en Núcleos Agrarios
- Programa de Fomento a la Agricultura
- Componente Acceso al Financiamiento Productivo y Competitivo
- Programa Integral de Desarrollo Rural
- Programa para el Mejoramiento de la Producción y Productividad Indígena
- Programa de Fomento a la Economía Social
- Bécate
- Fomento al Autoempleo
- Fondo Nacional del Emprendedor y Programa para la Constitución y Operación de Unidades
- Promoción de Crédito de Garantías Líquidas y Reducción de Costos de Acceso al Crédito

7. **En cuando al tema de Inclusión Financiera**, se informó los esquemas de acciones financieras específicas para las y los beneficiarios del programa, con el objetivo de ofrecer herramientas adicionales que les permitieran reducir la brecha de inclusión financiera y contribuir a mejorar su calidad de vida. Los créditos otorgados fueron preautorizados, sin comisiones por apertura o disposición a un plazo de 18 meses, con tasa anual de 9.9%. Así también, se informó que tenían la opción de ahorro, donde las y los titulares contaban con la opción de obtener una cuenta de ahorro adicional a la cuenta en la que las transferencias monetarias del programa eran realizadas, sin comisiones por apertura o mantenimiento de cuenta. Respecto a los seguros, estos se hicieron de acuerdo con dos opciones sin costo adicional: seguro de vida por muerte accidental y asistencia funeraria, incluida una plática en coordinación con el personal de Bansefi para el manejo de estos.

- **Con relación a la Educación Financiera**, se capacitó a las y los beneficiarios del programa para conocer el funcionamiento de la cultura financiera y así fomentar el

ahorro y evitar endeudamientos innecesarios. Además, se puso especial interés en la capacitación y articulación de los jóvenes integrantes de los hogares PROSPERA, para favorecer la generación de ingresos autónomos y sostenibles y así salir de la pobreza y mantenerse fuera de ella por sus propios medios. De igual forma, se llevó a cabo correcciones al padrón de las familias beneficiadas a través de su (F1), es decir, el número de folio de PROSPERA. Sin embargo, cuando las familias beneficiadas pasaban a (EDA) en el Esquema Diferenciado de Apoyos (EDA) de OPORTUNIDADES, estas no recibían recursos para alimentación, pero sí recursos como apoyo a sus hijos para acudir a la secundaria o preparatoria año (PROSPERA, 2016).

8. El programa PROSPERA permitía una gama de beneficios que OPORTUNIDADES no tenía tales como:
 1. Permitir hacer conciencia en la población objetivo del programa PROSPERA su verdadero significado que es el de romper con el ciclo generacional de pobreza, haciéndolos sustentables, independientes en su núcleo familiar; de igual forma se proveyó una cultura de prevención dentro del rubro de salud. Así, también se hizo ver la importancia de su corresponsabilidad con el programa en comento.
 2. PROSPERA se volvió muy controvertido debido a la estadística aludida por el CONEVAL, en el cual refiere que la pobreza del país no disminuyó notablemente. No obstante, el programa PROSPERA no fue la razón causal de pobreza; a pesar de que PROSPERA no tuvo el impacto esperado, los principales causantes de pobreza fueron la falta de corresponsabilidad de los beneficiarios, la inexistente cultura empresarial en los niveles de población objetivo y la nula cultura de prevención en el rubro de salud. Dada la circunstancia, el MVZ no tiene una colaboración directa en la elaboración del programa asistencial en el rubro de salud pública. Cuando realmente esto suceda y adopten las y los beneficiarios del programa la cultura empresarial, salud pública y asuman su corresponsabilidad con el programa será entonces cuando la población objetivo podrá romper ese ciclo generacional de pobreza y el programa PROSPERA tendrá el impacto esperado con el

que fue diseñado. De igual forma en el rubro de salud podrán estar en condiciones de ser una población no vulnerable a los embates de las enfermedades.

En el Estado de Tabasco, se realizó ejercicio profesional de medicina veterinaria y zootecnia, se constató que la población está acostumbrada a que sea el gobierno quien resuelva todas las necesidades de los beneficiarios. Además, a fin de estar arriba de la línea de bienestar social, es necesario que la población y el gobierno, mediante la efectiva implementación de programas asistenciales con corresponsabilidad, trabajen en conjunto y así la línea de bienestar social supere los objetivos citados por el CONEVAL. Mientras existan estrategias asistenciales de gobierno que solo sean para obtener clientela electoral y la población mexicana lo refrende cada sexenio, estaremos como país en pobreza y pobreza extrema, a un nivel más crítico del que como nos encontramos hoy.

Se participó como MVZ en MAPOS con las pláticas del “plato del buen comer” y asesoramiento de enfermedades zoonóticas, con el fin de robustecer el componente de alimentación de PROSPERA, aportándose el punto de vista del MVZ en temas de salud pública tales como la prevención de enfermedades metabólicas causales de un mal hábito alimenticio como es el síndrome de la diabetes y la adopción de un mejor hábito alimenticio, que permitiera una nutrición cualitativa y cuantitativamente beneficiando a la población vulnerable como es la infantil contra la desnutrición..

- De ahí, se deduce el papel importante del MVZ en este programa asistencial, es por eso que PROSPERA siendo un programa de la Secretaría de Desarrollo Social, el cual, a través de dos esquemas: con corresponsabilidad y sin corresponsabilidad, se otorgaron recursos a casi 7 millones de familias mexicanas para fortalecer su alimentación, salud y educación; asimismo se vinculó a personas beneficiarias con proyectos mismos que les permitieron articular y coordinar el citado programa, con el fin de fomentar el compromiso,

con los objetivos del programa y la participación activa de las beneficiadas año (PROSPERA, 2016).

Se sugirió todas la recomendaciones del “plato del buen comer” y las enfermedades transmisibles de los animales al ser humano a fin de que se tuviera un cambio en el hábito alimenticio y una buena nutrición, en especial los niños que son la parte más vulnerable del núcleo familiar, para reforzar los objetivos de PROSPERA, ya que estos programas están dirigidos a la población sujeta de Asistencia Social, teniendo como objetivo mejorar sus condiciones nutricionales a través de un apoyo **alimentario**, con la participación consciente y organizada de la población propiciando de esta manera el Desarrollo Integral de la Familia y las titulares del programa en referencia.

Así también, en dicha plática se hizo el recordatorio que el objetivo de PROSPERA era el de contribuir al desarrollo de capacidades básicas mediante acciones que mejoren la alimentación y nutrición de las familias de bajo ingresos. Aunado a este beneficio, se otorgó un apoyo complementario llamadas Beca de Apoyo Complementario, dirigida a los estudiantes que por su situación familiar no cuenten con los recursos necesarios para cubrir el costo de su matrícula y no perciben ninguna clase de ingresos (amas de casa que demuestren tener carga familiar y no tengan culminada una carrera previa). De igual forma, esta **Política alimentaria** se refiere a las decisiones gubernamentales relacionados con la producción, el control, la inspección y la distribución de alimentos por eso es importante el papel del MVZ en el rubro de alimentación en la población objetivo para la prevención de diversas enfermedades de índole zoonóticas.

Por lo anterior, se les habló en un lenguaje claro y conciso para explicar lo que es tener una alimentación nutricional balanceada así como la definición de zoonosis, dejando claros todos los conceptos relacionados a la infección o enfermedad del animal trasmisibles al ser humano, mencionándose que los humanos pueden contraer, por ejemplo salmonelosis cuando ingieren alimentos que estuvieron en

contacto con restos de materia fecal como son la leche, los huevos y la carne, de igual manera algunos vegetales y ciertas frutas. (Pérez y Merino, 2010; Pérez y Gardey, 2014).

8. ACTIVIDADES DEL MÉDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA EN EL PROGRAMA PROSPERA DEL ESTADO DE TABASCO

Para poder considerar la coherencia de las actividades del MVZ en el programa de bienestar social en el estado de Tabasco, se elaboró una matriz con los rubros de salubridad pública veterinaria que propone Peralta (2016), contrastándolas con las desarrolladas por un MVZ incorporado en PROSPERA en el estado de Tabasco, México.

Cuadro 7. Matriz de actividades profesionales del MVZ en materia de Salud Pública Veterinaria¹ y el programa PROSPERA² en el Estado de Tabasco, México

Actividades de Salud Pública Veterinaria	Actividades del programa PROSPERA						
	Mejorar la alimentación de las familias	Paquete básico de Salud	Apoyos educativos desde primaria a educación media superior	Participación para alcanzar los objetivos del programa	Acceso a servicios financieros	Cruzada contra el hambre	Otros apoyos monetarios federales
Prevenición, control y eliminación de las zoonosis.	Asesorías: Enfermedades transmitidas por alimentos Plato del buen comer. Apoyos monetarios. Formula mejorada en los suplementos Alimenticios	Paquete Básico Garantizado de Salud. Seguro Médico SXXI con 140 intervenciones. Ampliación progresiva de 13 a 27 intervenciones del CAUSES. Seguro Popular	Becas de 3° de primaria y hasta el 3° de secundaria. Becas de Educación Media Superior Becas de Educación Superior.	Que los beneficiarios del programa Prospera participen activamente cumpliendo cabalmente sus dos esquemas de corresponsabilidad no corresponsabilidad del programa. Rebasando la línea de bienestar social	tarjeta Bansefi - MasterCard Son gratuitos Educación financiera Seguro de vida por muerte accidental Son voluntarios Ahorro Créditos Paquetes de beneficios adicionales: Básico y Ampliado	Tarjeta SINHAMBRE transferencia monetaria bimestral personalizada sin corresponsabilidades pueden adquirir 15 productos básicos con alto valor nutricional, a precios preferenciales en tiendas Diconsa. esquema PAL-SINHAMBRE	Inclusión Productiva Podrás tener un negocio para contar con ingresos propios Inclusión Laboral podrán tener un trabajo formal, capacitarse negocio propio. Servicio Estatal de Empleo Inclusión Social ayudar a mejorar las condiciones de tu casa; guardería; seguro jefe familia adultos mayores que tengan 65 años o más recibirán un apoyo económico
• Prevenición y control de	Asesoría	Asesoría	NA	NA	NA	NA	NA

problemas de salud animal de importancia social y económica.	Enfermedades trasmisibles por heces en los alimentos y animales domésticos y silvestres Salmonelosis, gripe aviar, triquinosis, brucelosis, Rabia, ornitosis, psitacosis, toxoplasmosis.	Enfermedades trasmisibles de acaro, garrapata por perros y gatos y animales silvestres						
• Inocuidad y calidad de los alimentos de origen animal (de la granja a la mesa y "viceversa").	Asesorías: Enfermedades transmitidas por alimentos Platica del Plato del Buen Comer.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
• Promoción y apoyo de acciones que favorecen el turismo nacional e internacional, así como el comercio e intercambio pecuario dentro y fuera de las fronteras.	N/A	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
• Investigación de brotes de enfermedades de origen alimentario.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
• Investigación, detección temprana, prevención y control de enfermedades animales	++	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

exóticas, zoonosis emergentes y amenazas biológicas.							
• Control y protección del ambiente de desechos animales y del efecto de determinadas prácticas de manejo, producción de animales y transformación de productos y subproductos de origen animal.	Asesoramiento Manejo de las excretas dentro y fuera de hogar Producción de aves, cerdo de traspatio y perros	NA	NA	NA	NA	NA	NA
• Promoción de la salud y el bienestar de la población humana.	NA	Talleres para el Autocuidado de la Salud, atención médica, Prevención y atención a la mala nutrición; apoyo para integrantes de cero a nueve años; apoyo complementario para la alimentación;	NA	NA	NA	NA	NA
• Producción, desarrollo y promoción del uso apropiado de	Asesoramiento Calendario de vacunación a mascotas cerdos, aves	NA	NA	NA	NA	NA	NA

biológicos y reactivos.	de corral, aves silvestres						
• Promoción del bienestar de animales domésticos y silvestres	Asesoramiento En manejo de la alimentación, confort de su espacio y esparcimiento de las mascotas	NA	NA	NA	NA	NA	NA
• Promoción de la propiedad responsable de animales de compañía.	Asesoramiento De mascotas.	NA	NA	NA	NA	NA	NA
• Intervención en desastres naturales o provocados por el hombre.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
• Prevención de peligros laborales o asociados con animales vivos y sus productos.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
• Desarrollo de modelos biomédicos para investigación en salud humana.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
• Formación y capacitación del recurso humano que participa en salud pública.	**	NA	NA	NA	NA	NA	NA
• Formulación y realización de proyectos de desarrollo local y comunitario.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	tendrás acceso prioritario a 15 programas federales con salidas productivas, para incrementar su productividad y favorecer la generación de

							ingresos autónomos y sostenibles:
• Investigación, promoción y aplicación de desarrollos biotecnológicos eficientes y apropiados a las condiciones sociales, económicas y culturales.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
• Promoción y participación en la formulación e implementación de iniciativas intersectoriales y de políticas públicas que favorezcan la salud y el bienestar humano.	Son decisiones del ejecutivo federal a través de programas asistenciales como política alimentaria	NA	NA	NA	NA	NA	NA
• Hacer operable la colaboración intersectorial e interdisciplinaria entre agricultura y salud pública	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

¹Peralta, E. Á. (2006). La salud pública veterinaria del siglo XXI. Biomedicina, 2(2), 180-185.

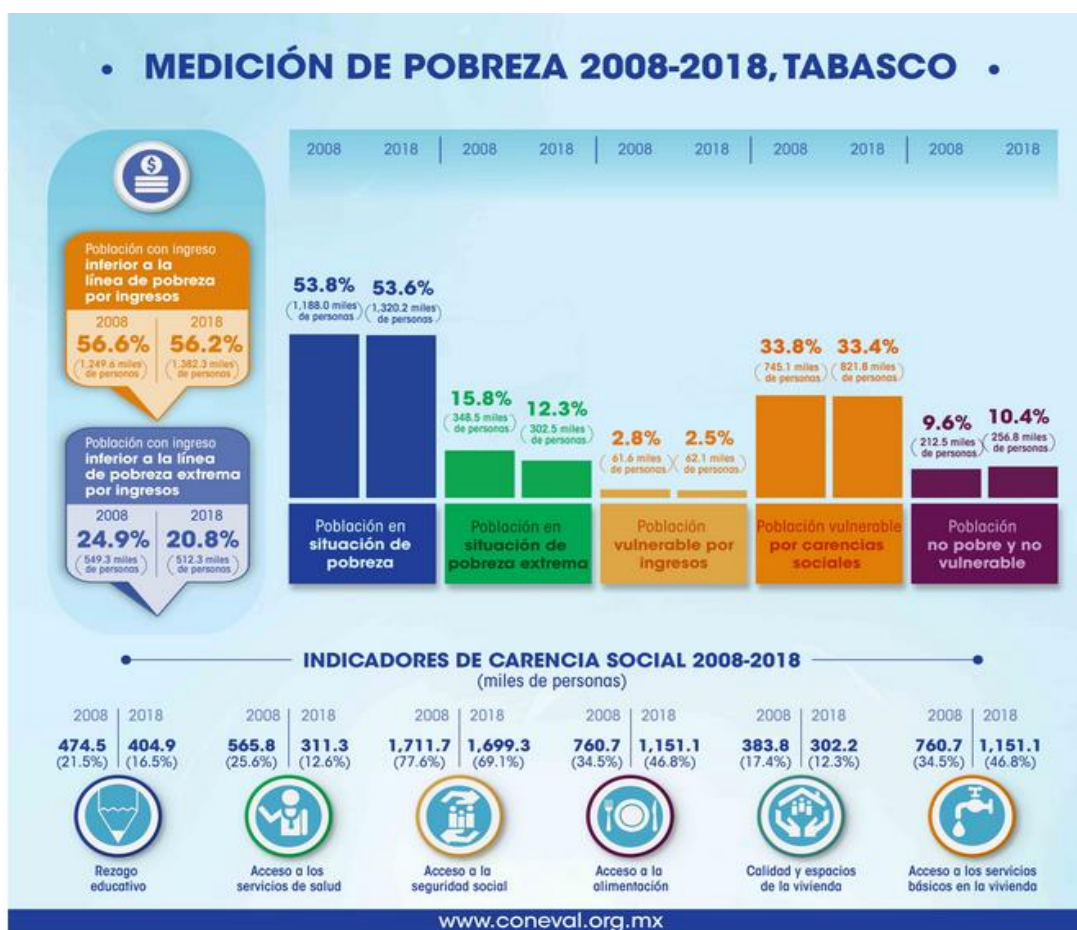
²PROSPERA (2016). Programa de Inclusión Social 18 de julio 2016 (cite 2014 sept. 5). En: [URL:https://www.gob.mx/prospera/documentos/que-es-prospera/](https://www.gob.mx/prospera/documentos/que-es-prospera/)

NOTA: N/A: No aplica

** No se aplicó por falta de recursos y/o infraestructura.

Si bien varias de las actividades de salud pública veterinaria no son desarrolladas dentro del programa de PROSPERA en el estado de Tabasco, se puede observar que algunas de ellas son fundamentales para mejorar la calidad de vida de las familias tabasqueñas, tal como se muestra en el cuadro 8, en el que se comparan los principales indicadores de pobreza y su avance para el bienestar de las familias objetivo.

Cuadro 8. Comparación de los indicadores de pobreza en el estado de Tabasco, México (2008 y 2018)



Tomado de Tabasco. Pobreza estatal 2018. En https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Tabasco/Paginas/Pobreza_2018.aspx

9. CONCLUSIONES:

Por lo tanto, **PROSPERA** fue un programa útil para la población objetivo y dio, en general, buenos resultados. Sin embargo, para que se produzca el impacto esperado y se alcance el objetivo deseado es necesario:

- Incluir población objetivo que reúna el perfil para el cual está diseñado.
- Cumplir con la corresponsabilidad de la población objetivo en tiempo y forma, y la no corresponsabilidad deberá ser cumplida de forma moral por la población beneficiada de PROSPERA.
- Incluir en las MAPOS plática de enfermedades con relación a zoonosis, con respecto a su alimentación del “plato del buen comer”, ya que el programa PROSPERA dentro de sus beneficios proporciona todas las aportaciones económicas para tener una alimentación sana nutritiva.
- Se constató la existencia de vectores causantes de enfermedades en la población objetivo durante las encuestas domiciliarias en sus núcleos familiares. Es ahí que el MVZ juega un papel importante para orientar correctamente sobre los riesgos en temas de salud que se enfrentan estos núcleos familiares de PROSPERA.

10. RECOMENDACIONES:

- Se recomienda continuar con las pláticas del “plato del buen comer” dentro de los Programas Asistenciales que como estrategias el gobierno ejecuta a favor de la ciudadanía, así como en el rubro de salud, específicamente en temas de zoonosis, para fomentar una cultura de cambio alimenticio y de salud pública.
- Así también, es necesario que a través de los programas asistenciales de gobierno sean incluidos núcleos familiares que verdaderamente cumplan con el perfil del Programa Asistencial.
- Posteriormente a un tiempo estimado que señale el Programa Asistencial, se deberá valorar si continua el núcleo familiar o no de acuerdo con el tiempo estimado para superar la línea de bienestar social. En su defecto, investigar los motivos por

los que los recursos y beneficios del programa aludido no está cumpliendo con las expectativas esperadas.

- Los recursos y beneficios deberán aplicarse para lo que fueron diseñados, no para cubrir otras causales que no están contempladas en el programa para así poder hacer la evolución del dicho programa y tener los resultados esperados con su evaluación externa correspondiente.
- Los Programas Asistenciales del gobierno, como en el caso que nos ocupa, deberán ser programas de política de Estado con continuidad y así poder retroalimentarse con los cambios que se considere que beneficie a la población objetivo, no suprimiendo sino tomar en cuenta los resultados del mencionado programa, verificando así su impacto ante a la población objetivo del programa.
- Es importante que el gobierno tenga muy presente del alcance del programa asistencial como estrategia para combatir la pobreza en nuestro país, mediante el objetivo del programa asistencial su alcance, su impacto y los riegos colaterales que con la evaluación externa podrían ir subsanando y mejorando el citado programa y un personal altamente capacitado con valores, por ejemplo: honestidad, respeto entre otros.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Arámbulo, P., Ruiz, A. (1992). Situación actual y futura de la Medicina Veterinaria. *Educación Médica y Salud*, 26(2):263-272.
- Boltvinik, J. (2007). Multidimensional Poverty Measurement. A Methodological proposal for Mexico according to the requirements defined in the Law for Social Development (LGDS). Mimeo.
- Cartín-Rojas A. (2014). Perspectivas sobre salud pública veterinaria, seguridad alimentaria y la iniciativa conjunta “Una Salud”. *Rev Panam de Salud Pública*. 36(3):193–6.
- Castillo, R. J. J. & Montalvo, V. R. (2017). Representación espacial de la tasa de desempleo abierto en Tabasco, México. *Aportes para la cohesión social*. *Contraste Regional*, 5(10), 151-176.
- Climént, J. B. (2014). Tipología de las competencias en educación veterinaria. *Revista de Investigaciones Veterinarias del Perú*, 25(2), 293-316.
- CONEVAL (2016). Medición de pobreza a nivel nacional, 2016. Coneval (Consejo Nacional de Evaluación Política del Desarrollo). Available from: [URL:https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalncio.aspx](https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalncio.aspx).
- CONEVAL (2019). Evolución de las carencias sociales 2015 y su comparativo con la serie 2010-2014. En <https://www.coneval.org.mx/Medicion/EDP/Paginas/Datos-del-Modulo-de-Condiciones-Socioeconomicas.aspx>
- Damián, A., Boltvinik, J. (2003). Evolución y características de la pobreza en México. *Comercio exterior*, 53(6).
- Dávila Lárraga, L. G. (2016). ¿Cómo funciona Prospera?: Mejores prácticas en la implementación de Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas en América Latina y el Caribe.
- DOF (2014). Programa de Inclusión Social. PROSPERA. Publicado en el Diario Oficial de la Federación, Órgano del Gobierno Constitucional, tomo DCCXXXII no. 5 página 9 México D.F. viernes 5 de septiembre del 2014. Secretaría de Desarrollo Social.
- Expansión (2014). De Solidaridad a Prospera: 4 nombres y pocos resultados contra la pobreza. Septiembre 03-2014, 06:59 AM. Entre 1988 y 2014, el programa

- estrella antipobreza ha cambiado de nombre, pero la miseria sigue afectando a la mitad de la población. En: URL <https://Expansion.mx.doef.gob.mx>
Prospera 2016
- García, E.C. (2012). Percepción de la pobreza y formas de vida en comunidades campesinas de la Chontalpa, Tabasco, México (Doctoral dissertation, Universidad Internacional de Andalucía).
- Herrera-Tapia, F. (2009). Apuntes sobre las instituciones y los programas de desarrollo rural en México: del Estado benefactor al Estado neoliberal. *Estudios Sociales (Hermosillo, Son.)*, 17(33), 7-39.
- INEGI (2016). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). Nueva serie. Available in: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2016/>
- Merchant, I. A. (1964). El papel del veterinario en la práctica de Salud Pública. *Salud Pública de México*, 6(2), 271-273.
- México: Programa de Inclusión Social Prospera (serial online) septiembre 2014. Available from: URL: <https://plataformacelac.org/programa/264>
- OIE (2012). Recomendaciones de la OIE sobre las competencias mínimas que se esperan de los veterinarios recién licenciados para garantizar Servicios Veterinarios Nacionales de calidad. Paris, Francia. pp. 18
- OIE (2013). Plan de Estudios Básico de Formación Veterinaria Directrices de la OIE. Paris, Francia.
- OIE (2018). Directrices de la OIE sobre las competencias de los Paraprofesionales de veterinaria. Paris, Francia. DOI: <http://dx.doi.org/10.20506/PVS-2758>
- ONU (2019). Acabar con la pobreza. En <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/poverty/index.html>, consultado el 21 de diciembre de 2019, 13:23 h
- Pardo, M. S., Calva, L. F. L., Martínez, Á. M., Ramírez, E. G. R., hamussy, L. R. (2007). Poniendo a la pobreza de ingresos ya la desigualdad en el mapa de México. *Economía Mexicana. Nueva Época*, 16(2), 239-303.
- Peralta, E. Á. (2006). La salud pública veterinaria del siglo XXI. *Biomedicina*, 2(2), 180-185.

- Pérez Porto, J.; Merino, M. (2010). Zoonosis. Definición de Definiciones de Zoonosis. En: <https://definición de/Zoonosis/>
- Pérez Porto Julián; Gardey, A. (2014). Definición de Salmonella. En: <https://definición de/salmonella/>
- Plato del bien comer IMSS. Available from: URL: www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/nutricion.imss.guiaadolesc_nutricion.imss.
- PROSPERA (2016). Programa de Inclusión Social 18 de julio 2016 (cite 2014 sept. 5). En: [URL:https://www.gob.mx/prospera/documentos/que-es-prospera/](https://www.gob.mx/prospera/documentos/que-es-prospera/)
- Rimbaud, E.; Rivera, G.; Morales, X.1, Soto, J.L.; Caballero P.; Zepeda, N. (Octubre/2006). Jornadas de Asistencia Veterinaria Gratuita en comunidades en condiciones de pobreza extrema. Revista Electrónica de Veterinaria REDVET ® VII (10):1-4
- Salas, M. E. N. (1984). Petróleo y desarrollo regional: El caso de Tabasco. Estudios Demográficos y Urbanos, 18(01), 86-109
- Santos-Padrón, H. (2006). Relación entre la pobreza, iniquidad y exclusión social con las enfermedades de alto costo en México. Revista Cubana de Salud Pública, 32(2), 0-0.
- SEDESOL (2018). Evaluación de Consistencia y Resultados 2017-2018 PROSPERA Programa de Inclusión Social. México. Pp. 68
- Torres, F., & Rojas, A. (2015). Política económica y política social en México: desequilibrio y saldos. Problemas del desarrollo, 46(182), 41-66.
- Villamil, L. C., Romero, J. R. (2003). Retos y perspectivas de la salud pública veterinaria. Revista de Salud Pública, 5(2), 109-122.