

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
COAHUILA

Equilibrio Económico

Revista de Economía, Política y Sociedad

E-ISSN: 2007-3666 ISSN: 2007-2627

Vol. 22 Núm. 61
Enero-Junio, 2026

Facultad de Economía, Universidad Autónoma de Coahuila

Simulación contrafactual del impacto de la cobertura universal en salud y seguridad social sobre la pobreza en Quintana Roo, México

Counterfactual Simulation of the Impact of Universal Health and Social Security Coverage on Poverty in Quintana Roo, Mexico

*MIGUEL ÁNGEL BARRERA-ROJAS  <https://orcid.org/0000-0002-9240-7646>
Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, México, miguel.barrera@uqroo.edu.mx

EMMANUEL SALVADOR RAMÍREZ MONROY  <https://orcid.org/0009-0005-1691-010X>
Universidad Nacional Autónoma de México, México, ma5441@hotmail.com

Recepción

10 Junio 2025

Aceptación

26 Noviembre 2025

Palabras Clave:

Pobreza
multidimensional;
Servicios de salud;
Seguridad social;
Política social

Clasificación JEL:

I32, I38, H53, C15.

Resumen

Este artículo evalúa el impacto potencial de garantizar el acceso universal a la seguridad social y los servicios de salud sobre la pobreza multidimensional en Quintana Roo, México. A partir de la metodología de descomposición desarrollada por Datt y Ravallion, se construyen escenarios contrafactuales utilizando los microdatos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2022. El análisis muestra que la eliminación de la carencia por acceso a seguridad social tendría un efecto más significativo que la cobertura universal de salud en la reducción de la pobreza, particularmente en la pobreza extrema. Los resultados sugieren que ampliar el acceso a estos derechos sociales representa una estrategia eficaz para mitigar la pobreza estructural en contextos de alta informalidad laboral. La investigación ofrece evidencia empírica útil para el diseño de políticas públicas centradas en el acceso equitativo a la protección social.

Received

10 June 2025

Accepted

26 November 2025

Keywords:

Multidimensional
poverty; Health services;
Social security;
Government policy

JEL Classification:

I32, I38, H53, C15.

Abstract

This article assesses the potential impact of guaranteeing universal access to social security and health services on multidimensional poverty in Quintana Roo, Mexico. Using the decomposition methodology developed by Datt and Ravallion, counterfactual scenarios are constructed based on microdata from the 2022 National Household Income and Expenditure Survey. The analysis shows that eliminating deprivation in access to social security would have a more significant effect than universal health coverage in reducing poverty, particularly extreme poverty. The findings suggest that expanding access to these social rights is an effective strategy to mitigate structural poverty in contexts of high labor informality. The study provides empirical evidence to inform public policies focused on equitable access to social protection.

Citar así: Barrera-Rojas, M. y Ramírez, E. (2026). Simulación contrafactual del impacto de la cobertura universal en salud y seguridad social sobre la pobreza en Quintana Roo, México. *Equilibrio Económico. Revista de Economía, Política y Sociedad* 22(61), 80-103. <https://revistas.uadec.mx/equilibrioeconomico>

1. Introducción

En México, la medición multidimensional de la pobreza ha permitido visibilizar con mayor precisión las carencias estructurales que enfrenta la población. Aunque en años recientes se ha registrado una disminución porcentual de la población en situación de pobreza, pasando del 43.9% en 2020 al 36.3% en 2022, los indicadores relativos al acceso a servicios de salud y seguridad social muestran un comportamiento preocupante, en tanto que evidencian limitaciones persistentes del sistema de bienestar para garantizar la protección social universal. Particularmente, la carencia por acceso a los servicios de salud se incrementó de forma dramática entre 2018 y 2022, pasando de 16.2% a 39.1% de la población, lo que se traduce en más de 50 millones de personas sin acceso efectivo a servicios médicos públicos o privados. Este fenómeno coincide con el desmantelamiento del Seguro Popular y la implementación fallida del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), lo que supuso un vacío institucional en plena crisis sanitaria derivada del COVID-19 (Camargo, 2025; Inoue *et al.*, 2024; Alcalde *et al.*, 2024; Canul y Martínez, 2024; Unger *et al.*, 2023).

Por su parte, la carencia por acceso a la seguridad social, que históricamente ha sido la más alta entre los indicadores de privación, permanece prácticamente estancada, afectando en 2022 al 50.2% de la población. Esta situación refleja la persistencia de un mercado laboral profundamente segmentado, en el que la informalidad laboral impide que amplios sectores de la población accedan a derechos laborales básicos (Robles, 2025; Ramos *et al.*, 2025), incluyendo atención médica (Sedano, 2025; Martínez y Hernández, 2025), pensiones (Ruíz, 2020), protección a la maternidad y las infancias (Orozco *et al.*, 2025; López, 2025) y otras formas de protección.

Así, a pesar de los avances en otros indicadores de carencias, como la calidad de la vivienda o la alimentación, la cobertura de salud y seguridad social continúa siendo una barrera crítica para superar la pobreza estructural. Estos rezagos, en conjunto, debilitan la capacidad del Estado para consolidar un régimen de bienestar inclusivo y sostenido. Por lo anterior, el presente artículo propone un análisis de dichas carencias utilizando la metodología de Datt y Ravallion (1992), a fin de estimar con mayor precisión la contribución de estas dimensiones al cambio en la pobreza, tanto en el agregado nacional como en la realidad particular del estado de Quintana Roo. Así, la pregunta de investigación que guía este artículo es ¿cómo se modificarían los indicadores de pobreza multidimensional en Quintana Roo si el gobierno garantizara cobertura universal en salud y seguridad social?

El caso de Quintana Roo resulta paradigmático para comprender las tensiones entre crecimiento económico, expansión urbana y desigualdad estructural en México. A pesar de ser una de las entidades con mayor dinamismo turístico y generación de empleos, la cobertura efectiva de la seguridad social sigue siendo limitada. En 2022, el 42.4% de la

población estatal carecía de acceso a la seguridad social, lo que representa a más de 800 mil personas. Aunque esta cifra implica una ligera mejora respecto a 2020, cuando la carencia alcanzó al 48.3% de la población, el dato revela una constante: el modelo económico estatal no ha logrado consolidar mecanismos de inclusión laboral que garanticen acceso pleno a derechos sociales básicos. La elevada informalidad, asociada a empleos temporales y subcontratados en sectores como el turismo y la construcción, ha restringido históricamente la vinculación entre el empleo y el bienestar social (López, 2025; Lustig *et al.*, 2025).

Aunado a ello, la carencia por acceso a los servicios de salud en Quintana Roo presentó un crecimiento sostenido y alarmante. Mientras que en 2018 afectaba al 15.6% de la población, en 2022 ascendió al 32.4%, lo que equivale a más de 620 mil personas sin acceso efectivo a atención médica. Este deterioro puede vincularse a los mismos factores observados a nivel nacional —como el tránsito institucional del Seguro Popular al INSABI— pero se agudiza en la entidad debido a la presión demográfica y a la débil infraestructura sanitaria en zonas urbanas periféricas y comunidades rurales. Así, la evidencia empírica sugiere que las carencias en salud y seguridad social no sólo persisten, sino que se reconfiguran territorialmente en contextos con altas tasas de migración interna y crecimiento poblacional, como es el caso de Quintana Roo. El presente estudio busca estimar el impacto diferencial de estas dos dimensiones en la evolución de la pobreza en la entidad, aplicando la metodología de Datt y Ravallion para descomponer sus efectos sobre el cambio observado entre 2020 y 2022.

2. Revisión de literatura

2.1 La pobreza como fenómeno multidimensional

El concepto de pobreza ha sido ampliamente debatido en la literatura económica y de políticas públicas (Ravallion y Datt, 1999). Tradicionalmente, la pobreza se ha medido a partir de un enfoque monetario basado en líneas de ingreso, lo que permite identificar a los hogares que no alcanzan un nivel mínimo de recursos para satisfacer sus necesidades básicas (Ravallion, 1992). Sin embargo, este enfoque ha sido criticado por su reduccionismo, ya que no captura otras dimensiones del bienestar, como el acceso a servicios básicos, la educación y la seguridad social (Sen, 1983). De hecho, a partir de los trabajos pioneros de Sen (1999), la pobreza comenzó a concebirse como una privación de capacidades, es decir, la falta de oportunidades para acceder a condiciones de vida dignas. Esta perspectiva dio lugar al desarrollo de metodologías multidimensionales, como el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) propuesto por Alkire y Foster (2011), que evalúa la pobreza considerando múltiples indicadores simultáneamente.

En México, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) adoptó un enfoque multidimensional en 2008, el cual combina el ingreso con seis carencias sociales: rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a servicios básicos en la vivienda y acceso a alimentación nutritiva y de calidad (CONEVAL, 2019). Este modelo ha sido reconocido internacionalmente como una herramienta integral para evaluar la pobreza y diseñar políticas públicas más efectivas (Boltvinik, 1994). En el caso específico del acceso a Seguridad Social que es el indicador que interesa en este escrito, el CONEVAL (2019) señala que esta carencia está relacionada con la imposibilidad de disfrutar los beneficios de cotizar en la seguridad social. Así, desde una perspectiva crítica, los enfoques multidimensionales han permitido visibilizar la pobreza de manera más integral, dejando de lado las limitaciones de las mediciones basadas exclusivamente en el ingreso. Lo anterior se sustenta en que en la literatura especializada se ha argumentado que una medición adecuada debe considerar tanto las carencias estructurales como la privación de activos que afectan la capacidad de los hogares para generar ingresos sostenibles en el tiempo (González y Escobar, 2008). En este sentido, se ha enfatizado que la pobreza no debe entenderse únicamente como una insuficiencia de recursos monetarios, sino como una situación de exclusión estructural que limita el acceso a derechos fundamentales (Hernández, 2006).

2.2 Metodologías para la evaluación de políticas públicas en pobreza

La evaluación de políticas públicas en materia de pobreza ha evolucionado significativamente en las últimas décadas incorporando metodologías que buscan medir con mayor precisión los efectos de intervenciones gubernamentales. Tradicionalmente, los estudios sobre pobreza se basaban en modelos descriptivos que analizaban tendencias en los niveles de ingresos y consumo, sin considerar el impacto específico de determinadas políticas en la reducción de las privaciones socioeconómicas (Ravallion, 1992). Sin embargo, el desarrollo de técnicas más sofisticadas ha permitido avanzar hacia enfoques de evaluación basados en contrafactuales, que estiman los efectos de una intervención al comparar escenarios con y sin la política en cuestión (Angrist y Pischke, 2009).

Desde sus orígenes, la medición de la pobreza mantuvo una estrecha relación con la evolución del pensamiento económico, particularmente en rededor de conceptos como el bienestar y la justicia distributiva. En sus inicios, la pobreza se concibió y asoció con la insuficiencia de ingresos. El primer trabajo donde esta visión se reflejó fue el de Rowntree (1901) quien logró identificar zonas de pobreza urbana con base en observaciones directas y criterios mínimos de subsistencia, lo que dio lugar a la primer línea de pobreza propuesta formalmente, la cual estaba basada en el ingreso necesario para cubrir una dieta mínima y condiciones esenciales de vida, distinguiendo entre

pobreza primaria y secundaria. Posteriormente, con el auge del pensamiento monetarista y utilitarista, Orshansky (1965) propuso la consolidación de la línea de pobreza absoluta la cual surgió para estimar un umbral mínimo de ingreso necesario para satisfacer necesidades alimentarias básicas.

La propuesta de Orshansky (1965) se basaba en un modelo sistematizado y reproducible que dio lugar al primer umbral oficial de pobreza propuesto por un gobierno federal. Esta propuesta se basó en el costo de una canasta alimentaria mínima, denominada Economy Food Plan, el cual se multiplicaba por un factor que representaba otros gastos básicos, y se ajustaba por tamaño y tipo de hogar. Este enfoque centrado en el ingreso cobró auge por su facilidad para hacer comparables índices y líneas entre países y permitió construir métricas como el porcentaje de la población por debajo del umbral de pobreza, popularizada como “línea de un dólar al día” por organismos como el Banco Mundial (Ravallion y Chen, 1996). Esta línea de pobreza extrema propuesta por el BM nació en la década de 1980, en un contexto donde se intensificaban los esfuerzos globales por construir medidas comparables de pobreza que permitieran evaluar el impacto de las políticas de desarrollo a nivel internacional. Así, la necesidad de un umbral común respondía al desafío de armonizar las enormes diferencias metodológicas entre países, para ello se fijó la cifra de un dólar al día, expresado en términos de la Paridad del Poder Adquisitivo, como el indicador de ingreso por día per cápita para determinar una situación de pobreza extrema.

Para 1993 la medida fue adoptada oficialmente por el Banco Mundial (Ravallion, 1992) y se convirtió en el principal indicador en sus informes anuales sobre desarrollo mundial. Su visibilidad creció aún más a partir del año 2000, cuando fue incorporada como referencia cuantitativa en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, por parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2000), particularmente en la meta 1.A “Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas con ingresos inferiores a 1 dólar por día”. Pese al auge que tuvo esta línea, ésta no permaneció estática, en el año 2005 fue ajustada a 1.25 dólares diarios (Ahmad, 2005; Deaton, 2005, Chen y Ravallion, 2007) y para 2015 se volvió a ajustar a 1.90 dólares al día (Chandy y Kharas, 2014; Kakwani y Son, 2015; Ferreira *et al.*, 2016).

Pese a que las líneas de pobreza se posicionaban entre los organismos internacionales y la comunidad académica como una opción estandarizada, replicable y contrastable con encuestas nacionales de ingreso, existieron voces disidentes que cuestionaron el hecho de que la pobreza, particularmente la extrema, se estaba reduciendo y asociando solo a condiciones de ingreso bajo. De ahí que autores como Amartya Sen (1983) cuestionasen el reduccionismo en la identificación entre ingreso y bienestar, subrayando que el acceso efectivo a bienes y servicios esenciales no depende exclusivamente del poder adquisitivo, sino también de capacidades, contextos

institucionales y condiciones estructurales. De hecho, textos como los de Boltvinik (1999, 2012), Alkire y Santos (2013), CONEVAL (2014), Pereira *et al.* (2014) han señalado que las líneas de pobreza, particularmente la de BM, poseen un umbral excesivamente bajo y no captura la complejidad ni la multidimensionalidad del fenómeno de la pobreza. Además, en la literatura se ha cuestionado su idoneidad para países de ingreso medio o con estructuras de precios internas muy disímiles respecto al promedio global (Lustig y McLeod, 1996; Mahembe y Odhiambo, 2018).

Esta transformación en la comprensión y operacionalización del concepto de pobreza, el cual pasó de ser un fenómeno exclusivamente monetario a uno complejo y multidimensional, derivó también en una evolución metodológica en la evaluación de las políticas públicas destinadas a combatirla. El hecho de reconocer que la pobreza no puede reducirse únicamente a la falta de ingresos ha impulsado la incorporación de marcos evaluativos más robustos, capaces de captar la diversidad de carencias que afectan el bienestar de los hogares (Sen, 1983; Alkire y Foster, 2011). En este contexto, las técnicas contrafactuales se han consolidado como herramientas clave para estimar los efectos causales de intervenciones sociales, superando las limitaciones de los enfoques meramente descriptivos.

Entre estas metodologías destaca la propuesta de Datt y Ravallion (1992), quienes desarrollaron una estrategia de descomposición de cambios en la pobreza basada en simulaciones de bienestar, permitiendo estimar el impacto diferencial de los efectos de crecimiento económico y redistribución del ingreso. Este enfoque ha sido ampliamente utilizado en contextos donde la experimentación aleatoria no es viable, y ha demostrado ser particularmente útil para evaluar políticas de transferencias, expansión de servicios sociales y programas orientados a reducir la pobreza extrema (Cortés, 2013; Ferreira *et al.*, 2016; Lustig *et al.*, 2014). Así, la estrategia de evaluación propuesta por Datt y Ravallion (1992) ha sido ampliamente utilizada para analizar el impacto de programas de reducción de la pobreza. Esta metodología se basa en la construcción de distribuciones de bienestar simuladas, en las que se modifican determinadas variables de privación social o económica para estimar cómo cambiaría la incidencia de la pobreza bajo diferentes escenarios. El modelo parte de la premisa de que la pobreza es una función de la distribución del ingreso y de las carencias estructurales, por lo que cambios en estas variables pueden generar impactos diferenciados en la población dependiendo de sus condiciones iniciales.

Uno de los principales aportes del enfoque de Datt y Ravallion (1992) es su capacidad contrafactual para evaluar intervenciones sin necesidad de implementar experimentos aleatorios controlados, lo que resulta especialmente útil en contextos donde no es factible realizar asignaciones aleatorias de políticas públicas. En el caso de México, esta metodología ha sido empleada para analizar el efecto de programas de transferencias

condicionadas y políticas de acceso a servicios sociales, mostrando que las intervenciones focalizadas pueden tener impactos sustanciales en la reducción de la pobreza extrema (Rosenbaum y Rubin, 1983; Cortés, 2012, 2013; Bertrand *et al.*, 2004).

A nivel latinoamericano, diversos estudios han aplicado estos métodos para evaluar el impacto de programas de seguridad social y acceso a salud en la reducción de la pobreza. Por ejemplo, hay Investigaciones sobre la expansión del acceso a la salud en América del Sur que han demostrado que una mayor cobertura de servicios médicos reduce la incidencia de la pobreza extrema al mitigar los efectos negativos del gasto catastrófico en salud (Lustig *et al.*, 2014; Telles *et al.*, 2025). De manera similar, evaluaciones de la formalización del empleo en economías emergentes han encontrado que el acceso a la seguridad social es un determinante clave para la movilidad económica de los hogares en situación de vulnerabilidad (Gasparini y Tornarolli, 2015).

En el caso específico de México, el CONEVAL ha desarrollado metodologías de evaluación que combinan el análisis de pobreza multidimensional con modelos de impacto de políticas públicas. Estas metodologías han permitido estimar los efectos de programas como Prospera y las reformas en el sistema de salud sobre la reducción de carencias sociales, identificando qué dimensiones del bienestar han sido más sensibles a las intervenciones gubernamentales (Boltvinik, 2012). Sin embargo, se ha señalado que la falta de continuidad en ciertas políticas y la fragmentación del sistema de protección social han limitado el impacto de estas estrategias en el largo plazo (Cortés *et al.*, 2008).

Así, el presente estudio adopta la metodología de Datt y Ravallion (1992) para estimar los efectos de una intervención hipotética en la que se garantiza el acceso universal a servicios de salud y seguridad social en Quintana Roo. A partir de un ejercicio contrafactual basado en los microdatos de la ENIGH 2022, se analiza cómo cambiarían los indicadores de pobreza multidimensional bajo distintos escenarios de política pública. Este enfoque permite evaluar el impacto potencial de la eliminación de carencias sociales en la reducción de la pobreza, contribuyendo al debate sobre la efectividad de las estrategias gubernamentales en materia de desarrollo social.

Otro punto clave en el análisis de la pobreza en México es la relación entre privación de derechos y movilidad social. Estudios han señalado que el acceso a mecanismos de seguridad social y servicios básicos es un factor determinante en la consolidación de trayectorias de bienestar sostenibles (Scott, 2005; Cortés, 2012, 2013; Bravo, 2024). En particular, la falta de acceso a la seguridad social se ha identificado como una de las principales barreras para la movilidad económica, ya que limita la capacidad de los hogares para enfrentar eventos adversos sin caer en situaciones de vulnerabilidad extrema (Vértiz *et al.*, 2024).

Desde una perspectiva metodológica, se han desarrollado alternativas para la medición de la pobreza que buscan capturar con mayor precisión su naturaleza multidimensional. En este sentido, se han integrado enfoques que combinan indicadores de bienestar subjetivo con mediciones objetivas de privación material, permitiendo así un análisis más completo de la dinámica de la pobreza (Boltvinik y Damián, 2010). La adopción de este enfoque multidimensional ha permitido diferenciar entre pobreza estructural y pobreza coyuntural, facilitando el diseño de estrategias focalizadas para reducir las privaciones específicas de ciertos grupos poblacionales. Asimismo, ha contribuido a la formulación de políticas públicas integrales dirigidas, no solo a la reducción de la pobreza por ingresos, sino también a la superación de las carencias sociales que perpetúan la reproducción intergeneracional de la pobreza.

2.3 La seguridad social y la salud como determinantes de la pobreza

El acceso a la seguridad social y a los servicios de salud constituye un pilar fundamental en la estructura del bienestar, influyendo directamente en la estabilidad económica de los hogares y en la reducción de la vulnerabilidad ante eventos adversos. Diversos estudios han demostrado que la cobertura de seguridad social y el acceso a servicios médicos impactan en la movilidad social y en la capacidad de los hogares para superar situaciones de pobreza, al proporcionar una red de protección frente a riesgos laborales, enfermedades y el envejecimiento (Barr, 2012; Deaton, 2013, Barraza *et al.*, 2024).

Desde una perspectiva teórica, la seguridad social se concibe como un mecanismo redistributivo que contribuye a la disminución de la desigualdad y al fortalecimiento del capital humano. Modelos de bienestar en países desarrollados han evidenciado que sistemas de protección social universales pueden mitigar los efectos de la pobreza intergeneracional y mejorar los niveles de bienestar a largo plazo (Esping-Andersen, 1999). Sin embargo, en naciones con alta informalidad laboral, como México, la cobertura de seguridad social está limitada principalmente a trabajadores formales, dejando a una proporción significativa de la población en situación de vulnerabilidad (CONEVAL, 2022).

El acceso a servicios de salud también ha sido identificado como un factor determinante en la dinámica de la pobreza. De acuerdo con Deaton (2016), la relación entre salud y pobreza es bidireccional: las personas en situación de pobreza tienen un mayor riesgo de enfermedades debido a condiciones de vida precarias, mientras que la falta de acceso a atención médica oportuna puede generar gastos catastróficos que perpetúan la pobreza. En América Latina, investigaciones han demostrado que los hogares sin acceso a servicios de salud tienen una mayor probabilidad de experimentar pérdidas económicas severas derivadas de emergencias médicas, lo que impacta negativamente en su capacidad de acumulación de activos y en su estabilidad financiera (Lustig, Pessino y Scott, 2014; Martínez y Hernández, 2025).

En el contexto mexicano, el modelo de salud pública ha experimentado diversas transformaciones en las últimas décadas. Programas como el Seguro Popular, implementado en 2003, buscaron ampliar la cobertura de atención médica a poblaciones sin acceso a seguridad social, logrando reducir ciertos indicadores de exclusión en salud (Cortés *et al.*, 2008). No obstante, estudios posteriores han señalado que las limitaciones en infraestructura, personal médico y financiamiento han impedido que estos programas alcancen un impacto sostenido en la reducción de la pobreza (Boltvinik y Damián, 2010, Nikoloski y Mossialos, 2018). La reciente transición hacia el INSABI ha generado incertidumbre sobre la continuidad de la atención médica para sectores vulnerables, lo que podría afectar los indicadores de bienestar en el mediano plazo (Escobar-Latapí, 2021).

A nivel empírico, diversas investigaciones han demostrado que las políticas de expansión en seguridad social y salud pueden generar impactos significativos en la reducción de la pobreza multidimensional. Un análisis comparativo entre países latinoamericanos encontró que los programas de pensiones no contributivas y el acceso universal a salud han tenido efectos positivos en la disminución de privaciones en seguridad económica y bienestar infantil (Rawlings y Rubio, 2003; Cecchini *et al.*, 2021). En México, estudios han señalado que el acceso a seguridad social está fuertemente correlacionado con menores tasas de pobreza extrema, dado que proporciona mecanismos de protección ante la pérdida de empleo y otros choques económicos (Cortés, 2011; Lustig *et al.*, 2014; Millán, 2014; Alcalde *et al.*, 2024).

El CONEVAL (2019), por su parte, en su metodología para la medición multidimensional de la pobreza, identifica la carencia por acceso a los servicios de salud cuando una persona no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución pública o privada. Esto incluye instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Ejército o Marina, así como el Seguro Popular, ahora reemplazado por el INSABI.

Por otro lado, la carencia por acceso a la seguridad social se presenta cuando una persona no dispone de prestaciones laborales como servicio médico, sistema de ahorro para el retiro, incapacidad laboral con goce de sueldo o acceso a prestaciones asociadas con la crianza como licencias de maternidad y acceso a servicio de estancias infantiles. Esta carencia es particularmente prevalente entre la población económicamente activa que labora en el sector informal, donde no se cuenta con acceso a estas prestaciones (CONEVAL, 2019). Así, el presente estudio se inscribe en esta línea de investigación, al analizar el impacto potencial de la cobertura universal en seguridad social y salud en los niveles de pobreza en Quintana Roo. A partir de una simulación contrafactual basada en la metodología de Datt y Ravallion (1992), se estima cómo cambiarían los

indicadores de pobreza multidimensional si se eliminaran estas carencias en la población. La evidencia disponible sugiere que una intervención de este tipo podría reducir significativamente la pobreza extrema y mejorar las condiciones de vida de los hogares en situación de vulnerabilidad.

3. Metodología

3.1 Enfoque conceptual y metodológico

El presente estudio adopta como punto de partida la metodología de Datt y Ravallion (1992), originalmente concebida para descomponer los cambios en la pobreza monetaria en dos efectos principales: crecimiento económico y redistribución del ingreso. Esta metodología ha sido ampliamente utilizada en estudios de dinámica de la pobreza monetaria, y su fortaleza radica en su capacidad para aislar el efecto del crecimiento económico sobre la pobreza, en ausencia de cambios en la distribución, y viceversa. Sin embargo, es preciso reconocer que esta técnica fue diseñada exclusivamente para el análisis unidimensional, centrado en el ingreso, y no incorpora de manera explícita elementos contrafactuales ni variables sociales no monetarias.

Así, esta propuesta parte de la mencionada limitación y propone una adaptación metodológica para explorar su aplicabilidad parcial y experimental en un contexto de pobreza multidimensional, tal como se define en el enfoque del CONEVAL (2023). Será importante señalar que este tránsito metodológico no se plantea como una equivalencia directa entre ambos enfoques, sino como un intento por ampliar la lógica de descomposición crecimiento–distribución hacia un marco que contemple carencias sociales como salud y seguridad social, pues como bien señala Millán (2014), este tipo de ejercicios requiere una reflexión crítica sobre la validez de trasladar metodologías originalmente monetarias a contextos de análisis multidimensional, dado que cada enfoque responde a supuestos, unidades de análisis y escalas normativas distintas.

Para ello, se construyen escenarios contrafactuales que simulan condiciones hipotéticas de cobertura universal en salud y seguridad social, estimando su impacto sobre la pobreza multidimensional. Esta operación no equivale a una descomposición en sentido estricto, sino a una simulación estática basada en microdatos, en la que se asume la modificación exógena de determinadas carencias, manteniendo constantes otras dimensiones. Lo que se busca, más que una medición exacta de efectos, es ofrecer un ejercicio de sensibilidad que permita observar la relevancia relativa de dichas carencias en la configuración de la pobreza regional (Pérez, 2024).

Por tanto, esta propuesta se sitúa en una zona intermedia entre la tradición de análisis monetario y los recientes desarrollos de microsimulación social, cuyo potencial para modelar escenarios de política pública ha sido demostrado en estudios recientes sobre pobreza e impacto de crisis, como los de Huesca *et al.* (2021), quienes utilizan modelos

como MEXMOD para estimar los efectos distributivos de la pandemia en México. Reconocer estos avances permite contextualizar este estudio en una línea de investigación emergente que busca adaptar herramientas cuantitativas a nuevos desafíos sociales.

Ahora bien, en el caso específico de este estudio, se emplea la metodología de Datt y Ravallion (1992) para estimar cómo cambiarían los indicadores de pobreza en Quintana Roo bajo un escenario contrafactual en el que se garantiza la cobertura universal de salud y seguridad social. Por lo anterior es que a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (INEGI, 2022), se simulan tres escenarios de política pública:

1. Escenario base (2022 sin modificaciones): Representa la situación actual de la pobreza multidimensional en Quintana Roo, sin alteraciones en las condiciones de acceso a salud y seguridad social.
2. Escenario con cobertura universal en salud: Se modela un escenario en el que ningún individuo presenta carencia en el acceso a servicios de salud, lo que implica la eliminación total de esta privación dentro de la medición de pobreza multidimensional.
3. Escenario con cobertura universal en seguridad social: Se simula un contexto en el que ningún individuo carece de acceso a la seguridad social, lo que significa que toda la población tiene acceso a prestaciones laborales, servicios médicos y mecanismos de ahorro para el retiro.

Para la implementación del modelo, se utiliza la base de datos de la ENIGH 2022 y la metodología de estimación ponderada basada en la biblioteca survey en RStudio, lo que permite obtener estimaciones representativas y comparables a nivel estatal. La estrategia analítica se basa en la comparación de los indicadores de pobreza multidimensional entre los distintos escenarios, utilizando pruebas de significancia para evaluar la robustez de los cambios observados.

El presente estudio se alinea con investigaciones previas que han utilizado la metodología de Datt y Ravallion (1992) para evaluar el impacto de políticas de redistribución del ingreso y acceso a servicios sociales en la reducción de la pobreza. En particular, estudios sobre América Latina han encontrado que la expansión de la seguridad social y el acceso universal a salud pueden generar reducciones significativas en la pobreza extrema, al disminuir los niveles de vulnerabilidad económica de la población más desfavorecida. Por ejemplo, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2014) en su informe Crecimiento económico, pobreza y distribución del ingreso, la desagregó, usando la metodología de Datt y Ravallion, los cambios en los niveles de pobreza en 18 países de América Latina, identificando que el crecimiento

económico ha sido un factor determinante en la reducción de la pobreza, aunque los cambios en la distribución del ingreso también han jugado un papel significativo en diversos países. Los resultados evidencian que, en algunos contextos, la reducción de la desigualdad ha sido tan relevante como el crecimiento en la disminución de la incidencia de la pobreza.

En Chile, por ejemplo, el Centro de Estudios Libertad y Desarrollo (2015) aplicó la descomposición de Datt y Ravallion para evaluar la reducción de la pobreza entre 1990 y 2013. Los hallazgos indicaron que el crecimiento económico explicó aproximadamente la disminución de la pobreza en ese periodo, mientras que los efectos redistributivos contribuyeron en menor intensidad, demostrando que, si bien el crecimiento es un motor fundamental para la reducción de la pobreza, las políticas redistributivas pueden desempeñar un rol complementario en la mejora del bienestar social. En el caso de México, el texto de Millán (2014) propuso una revisión crítica de la metodología de Datt y Ravallion, señalando ciertas limitaciones en la estimación de los efectos de crecimiento y redistribución. En este estudio, se aplicó un procedimiento alternativo de descomposición para corregir asimetrías en los resultados, revelando que la relación entre crecimiento y redistribución en la reducción de la pobreza no siempre es lineal ni homogénea. En particular, se identificó que, en algunos periodos de expansión económica, el crecimiento no se tradujo en mejoras significativas para los sectores más pobres de la población, lo que subraya la importancia de adoptar estrategias de inclusión social y protección de ingresos para garantizar que los beneficios del crecimiento lleguen a los hogares en situación de pobreza.

Finalmente, en el texto de Berna y Soliz (2025) se halla evidencia empírica sobre la aplicación de la metodología de Datt y Ravallion en la descomposición de la pobreza en Bolivia entre 2015 y 2022. En este estudio, se analiza la evolución de la pobreza tanto en términos multidimensionales como monetarios, identificando los efectos del crecimiento y la distribución del ingreso en la reducción de la pobreza. Finalmente, aunque no es un estudio de la región latinoamericana, convendrá retomar el texto de Amendola *et al.* (2025)

3.2 Estimación

En línea con las consideraciones metodológicas previamente discutidas, esta sección describe el diseño de un ejercicio de simulación contrafactual que busca estimar el impacto hipotético de una cobertura universal en salud y seguridad social sobre los niveles de pobreza en Quintana Roo. Aunque el marco conceptual se inspira en la lógica de descomposición crecimiento-distribución de Datt y Ravallion (1992), el presente estudio no aplica dicha metodología en sentido estricto, dado que se trasciende el análisis exclusivamente monetario. En su lugar, se construyen escenarios simulados con base en microdatos de la ENIGH 2022, en los cuales se modifican selectivamente las

carencias sociales relativas a salud y seguridad social, manteniendo constantes el resto de las dimensiones que integran el índice de pobreza multidimensional. Esta aproximación se sustenta en un enfoque de sensibilidad estructural, propio de los modelos de microsimulación social, que permite explorar los posibles efectos de políticas hipotéticas sin necesidad de establecer relaciones causales directas.

La metodología sigue tres pasos fundamentales que se desprenden de los trabajos de Datt y Ravallion (1992) y de Pineda (2024). Primero, para la identificación de la población en situación de pobreza multidimensional se utiliza la metodología oficial del CONEVAL (2022) para determinar la proporción de la población que presenta al menos una carencia social y/o un ingreso inferior a la línea de bienestar. Segundo, para la simulación de los escenarios contrafactuales se modifican los valores de las variables correspondientes a acceso a salud y seguridad social, eliminando estas carencias en la población afectada, y se recalculan los indicadores de pobreza multidimensional. Tercero, en el caso de la comparación de los resultados entre escenarios, se analizan las variaciones en la incidencia de la pobreza multidimensional bajo cada escenario, identificando los efectos diferenciales de la cobertura universal en salud y seguridad social.

Para la implementación de estos pasos, se empleó el software R Studio, utilizando el paquete *survey*, que permite el análisis de datos provenientes de encuestas con esquemas de muestreo complejo. La estimación se realiza con base en los factores de expansión incluidos en la ENIGH 2022, lo que garantiza que los resultados sean comparables con las cifras oficiales de pobreza en México.

El análisis de los resultados se centra en la comparación de la incidencia de la pobreza en los tres escenarios planteados. La hipótesis de trabajo sostiene que la eliminación de la carencia en seguridad social tendrá un impacto considerable en la reducción de la pobreza multidimensional respecto de la eliminación de la carencia en salud. Esta hipótesis se fundamenta en estudios previos que han demostrado la estrecha relación entre el acceso a seguridad social y la estabilidad económica de los hogares, así como su efecto en la protección ante vulnerabilidades asociadas al desempleo, la vejez y la incapacidad laboral (Cortés, 2011; Cortés *et al.*, 2008; Lustig *et al.*, 2025).

En ese sentido, se espera que la eliminación de la carencia en salud genere una reducción moderada en la pobreza multidimensional, dado que, si bien el acceso a servicios médicos es fundamental para el bienestar de la población, su impacto en la movilidad económica de los hogares es menos directo en comparación con la seguridad social. De hecho, estudios en América Latina han encontrado que las políticas de expansión de servicios de salud han contribuido a mejorar las condiciones de vida de la población, pero su efecto sobre la pobreza extrema ha sido limitado en ausencia de

estrategias complementarias dirigidas a mejorar la inserción laboral y la protección social de los hogares vulnerables (Abramo *et al.*, 2020; Alcalde *et al.*, 2024).

Para evaluar la significancia estadística de los cambios en la incidencia de la pobreza entre escenarios, se emplean pruebas de hipótesis basadas en intervalos de confianza y métodos de re-muestreo como lo sugiere Pineda (2024). Esto permite determinar si las variaciones observadas en los indicadores de pobreza son estadísticamente significativas o si podrían atribuirse a variaciones aleatorias en la muestra.

3.3 Consideraciones metodológicas y limitaciones

Este estudio reconoce los límites inherentes al ejercicio metodológico propuesto. En primer lugar, la simulación contrafactual realizada se basa en una adaptación de la lógica de descomposición crecimiento-distribución desarrollada por Datt y Ravallion (1992), cuyo diseño original está centrado exclusivamente en el análisis de pobreza monetaria. La extensión de esta lógica a un enfoque multidimensional implica un desafío metodológico considerable, dado que las carencias sociales no se comportan de manera homogénea respecto a cambios en ingreso o redistribución, y responden a dinámicas institucionales y estructurales más complejas. Asimismo, la construcción de los escenarios contrafactuales implica asumir ciertas condiciones hipotéticas, como la cobertura universal en salud y seguridad social, cuya factibilidad en términos reales puede variar considerablemente. El ejercicio, por tanto, no pretende establecer una predicción causal, sino ofrecer un análisis de sensibilidad estructural que permita explorar la magnitud potencial de estas carencias en la configuración de la pobreza. En este sentido, el enfoque adoptado no sustituye metodologías más robustas como los modelos dinámicos o de simulación fiscal, sino que se plantea como una aproximación exploratoria con fines analíticos.

Un hallazgo relevante es que los escenarios contrafactuales no presentan diferencias sustanciales respecto al escenario observado. Esta aparente estabilidad no debe interpretarse como una limitación empírica, sino como una señal metodológica que refuerza la necesidad de revisar críticamente la aplicación de herramientas tradicionales de pobreza monetaria a contextos multidimensionales. Tal como lo sugiere Millán (2014), los intentos por extender estas metodologías requieren una cuidadosa reflexión teórica y una evaluación empírica rigurosa. De esta manera, los resultados obtenidos pueden ser leídos como una contribución al debate metodológico, al evidenciar los límites y desafíos de trasladar conceptos de crecimiento y redistribución a dimensiones sociales no monetarias, donde las transformaciones requieren no solo cambios cuantitativos, sino también institucionales y estructurales.

4. Resultados

El presente apartado expone los efectos estimados de la cobertura universal en salud y seguridad social sobre la pobreza multidimensional en Quintana Roo, utilizando la metodología de Datt y Ravallion (1992). Se presentan primero los valores observados en el escenario base, seguidos por las estimaciones obtenidas en los escenarios contrafactuales en los que se eliminan, por separado, las carencias en salud y seguridad social; analizando la magnitud de los cambios y su significancia estadística. El análisis de la pobreza multidimensional en Quintana Roo bajo el escenario base (Tabla 1) refleja la distribución actual de carencias observada en los datos del CONEVAL. Se observa que una proporción significativa de la población enfrenta privaciones en al menos una de las dimensiones consideradas. Específicamente, la incidencia de la pobreza extrema, moderada y población vulnerable por carencias sociales alcanza picos de 47.5% (2020), 36.9% (2020) y 35.7% (2022), respectivamente.

Tabla 1.
Indicadores de pobreza multidimensional, Quintana Roo 2016-2022.

Indicadores de población	Porcentaje 2016	Número 2016	Porcentaje 2018	Número 2018	Porcentaje 2020	Número 2020	Porcentaje 2022	Número 2022
En situación de pobreza	31.7	537,882	30.2	546,371	47.5	892,875	27.0	516,935
En situación de pobreza moderada	26.6	452,421	26.4	477,366	36.9	693,436	22.8	437,352
En situación de pobreza extrema	5.0	85,461	3.8	69,005	10.6	199,439	4.2	79,583
Vulnerable por carencias sociales	33.3	56,6055	34.8	630,159	21.5	404,214	35.7	683,887
Vulnerable por ingresos	6.3	107,731	5.9	106,633	9.5	178,526	6.0	114,830
No pobre y no vulnerable	28.7	487,648	29.1	526,488	21.5	404,902	31.4	601,335
Rezago educativo	26.0	902,361	17.0	307,226	17.5	329,937	16.5	316,741
Carencia por acceso a los servicios de salud	13.3	462,160	15.6	282,924	24.8	466,739	32.4	620,542
Carencia por acceso a la seguridad social	75.3	2,611,189	44.0	796,366	48.3	908,554	42.4	812,983
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	31.7	1,097,977	21.0	379,832	14.2	266,883	14.0	268,780
Carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda	50.2	1,741,985	21.8	394,184	21.4	401,816	22.5	431,011
Carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad	30.4	1,053,835	20.0	361,058	29.4	553,040	15.0	28,7379
Con al menos una carencia social	87.5	3,034,467	65.0	1,176,530	69.0	1,297,089	62.6	1,200,822
Con al menos tres carencias sociales	43.9	1,521,811	21.2	382,969	25.4	477,324	22.9	439,163
Con ingreso inferior a la línea de pobreza extrema por ingresos	33.8	1,172,157	7.1	129,287	23.1	434,731	7.1	135,464
Con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos	70.2	2,434,634	36.1	653,004	57.0	1,071,401	33.0	631,765

Fuente: elaboración propia con datos de Coneval (2023).

Dentro de las dimensiones analizadas (Tabla 2), las carencias en seguridad social y acceso a servicios de salud presentan para 2022 una alta prevalencia, con valores de 42.4% y 32.4%, respectivamente. Esto sugiere que la falta de acceso a estos servicios esenciales constituye un determinante clave de la pobreza multidimensional en la entidad.

Tabla 2.
Indicadores de pobreza multidimensional, Quintana Roo 2022.

Indicadores de población	Porcentaje	Millones de personas
En situación de pobreza	27.0	0.5
En situación de pobreza moderada	22.8	0.4
En situación de pobreza extrema	4.2	0.1
Vulnerable por carencias sociales	35.7	0.7
Vulnerable por ingresos	6.0	0.1
No pobre y no vulnerable	31.4	0.6
Con al menos una carencia social	62.6	1.2
Con al menos tres carencias sociales	22.9	0.4
Rezago educativo	16.5	0.3
Carencia por acceso a los servicios de salud	32.4	0.6
Carencia por acceso a la seguridad social	42.4	0.8
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	14.0	0.3
Carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda	22.5	0.4
Carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad	15.0	0.3
Con ingreso inferior a la línea de pobreza extrema por ingresos	7.1	0.1
Con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos	33.0	0.6

Fuente: elaboración propia con datos de Coneval (2023).

Ahora bien, en el primer escenario contrafactual, se simula la eliminación de la carencia en acceso a servicios de salud (Tabla 3), asumiendo que la totalidad de la población cuenta con cobertura médica. Los resultados indican que la incidencia de la pobreza se reduce en 0.2%, mientras que la pobreza moderada se incrementa en 1% y la pobreza extrema se reduce en 1.2%. Lo anterior sugiere que la eliminación de esta carencia no es suficiente para modificar las condiciones estructurales de los hogares en mayor situación de vulnerabilidad. De hecho, el rubro donde se observa un cambio más significativo es en lo que refiere a población con tres carencias, la cual se reduce en 9.6%

Tabla 3.
Pobreza multidimensional con acceso completo a servicios de salud,
Escenario 1, Quintana Roo 2022.

Indicadores de población	Porcentaje	Millones de personas
En situación de pobreza	26.8	0.5
En situación de pobreza moderada	23.8	0.5
En situación de pobreza extrema	3.0	0.1
Vulnerable por carencias sociales	35.1	0.7
Vulnerable por ingresos	6.2	0.1
No pobre y no vulnerable	32.0	0.6
Con al menos una carencia social	61.8	1.2
Con al menos tres carencias sociales	13.3	0.3
Rezago educativo	16.5	0.3
Carencia por acceso a los servicios de salud	0.0	0.0
Carencia por acceso a la seguridad social	42.4	0.8
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	14.0	0.3
Carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda	22.5	0.4
Carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad	15.0	0.3
Con ingreso inferior a la línea de pobreza extrema por ingresos	7.1	0.1
Con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos	33.0	0.6

Fuente: elaboración propia con datos de Coneval (2023).

El segundo escenario contrafactual considera la eliminación de la carencia en acceso a la seguridad social, lo que implica que toda la población cuenta con afiliación a un sistema de protección social y tiene acceso pleno a servicios asociados a esta prestación como es el caso de estancias infantiles y guarderías públicas (Tabla 4). Este cambio genera un impacto mayor en la reducción de la pobreza multidimensional en comparación con la cobertura de salud, reduciendo la de pobreza en 1.6%, la pobreza moderada en 1%, la pobreza extrema en 1.6%, la población vulnerable por carencias en 2.8%, población con al menos una carencia en 4.3% y población con al menos tres carencias en 11.8%. El impacto diferencial de esta intervención sugiere que la falta de seguridad social no solo está vinculada a la pobreza por ingresos, sino que también influye en la reproducción intergeneracional de la pobreza, al limitar el acceso a servicios esenciales como protección en el desempleo, pensiones y acceso a créditos formales.

Para evaluar la relevancia estadística de los cambios observados, se realiza una prueba de hipótesis sobre la diferencia en las tasas de pobreza entre los escenarios analizados. Los resultados indican que la reducción en la incidencia de la pobreza es estadísticamente significativa al 95% de confianza, lo que sugiere que los efectos estimados no son producto del error muestral. Asimismo, la magnitud del impacto relativo de cada intervención confirma la hipótesis planteada en este estudio: la

eliminación de la carencia en seguridad social tiene un mayor efecto en la reducción de la pobreza multidimensional en comparación con la cobertura universal en salud. Este resultado es consistente con investigaciones previas que han señalado el papel estructural de la seguridad social en la mitigación de la pobreza y la desigualdad en países en desarrollo.

Tabla 4.
Pobreza multidimensional con acceso completo a servicios de salud,
Escenario 2, Quintana Roo 2022.

Indicadores de población	Porcentaje	Millones de personas
En situación de pobreza	25.4	0.5
En situación de pobreza moderada	22.7	0.4
En situación de pobreza extrema	2.6	0.0
Vulnerable por carencias sociales	32.9	0.6
Vulnerable por ingresos	7.6	0.1
No pobre y no vulnerable	34.1	0.7
Con al menos una carencia social	58.3	1.1
Con al menos tres carencias sociales	11.1	0.2
Rezago educativo	16.5	0.3
Carencia por acceso a los servicios de salud	32.4	0.6
Carencia por acceso a la seguridad social	0.0	0.0
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	14.0	0.3
Carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda	22.5	0.4
Carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad	15.0	0.3
Con ingreso inferior a la línea de pobreza extrema por ingresos	7.1	0.1
Con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos	33.0	0.6

Fuente: elaboración propia con datos de Coneval (2023).

4. Conclusiones

Los hallazgos presentados en este artículo confirman que la pobreza multidimensional en Quintana Roo está estrechamente asociada con la persistencia de carencias estructurales, en particular el acceso limitado a la seguridad social y a los servicios de salud. Queda de manifiesto que la eliminación de la carencia en seguridad social tendría un impacto más notorio en la reducción de la pobreza multidimensional que la eliminación de la carencia en salud. No obstante, los cambios observados en ambos escenarios son moderados, y no difieren sustancialmente del escenario base. Este hallazgo, lejos de ser una limitación empírica, se interpreta como una contribución crítica al debate metodológico, al evidenciar los retos de trasladar herramientas diseñadas para el análisis monetario a un enfoque multidimensional.

El análisis revela que garantizar el acceso a la seguridad social no solo contribuye a disminuir la pobreza moderada, sino que también reduce de forma sustancial la incidencia de pobreza extrema. Esto confirma que la seguridad social actúa como un mecanismo protector frente a la vulnerabilidad económica, particularmente en contextos de alta informalidad laboral como el de Quintana Roo. Por su parte, si bien la eliminación de la carencia en salud también reduce los niveles de pobreza, su efecto es comparativamente menor; lo que sugiere que sus beneficios se concentran en mejorar el bienestar general, sin alterar de manera significativa las condiciones estructurales de los hogares más pobres.

Estos resultados tienen implicaciones relevantes para el diseño de políticas públicas orientadas a la reducción de la pobreza. En particular, refuerzan la necesidad de avanzar hacia un sistema de protección social con cobertura universal, capaz de garantizar derechos sociales fundamentales con independencia del estatus laboral de las personas. La evidencia empírica aquí presentada apoya la idea de que las estrategias focalizadas deben complementarse con medidas estructurales que aborden las fuentes más persistentes de exclusión y desigualdad.

Finalmente, este estudio muestra la utilidad analítica de los ejercicios contrafactuales como herramienta metodológica para anticipar los efectos de políticas sociales en el bienestar de la población. Si bien se reconocen limitaciones inherentes a las simulaciones, como la ausencia de efectos secundarios o de largo plazo, los resultados obtenidos ofrecen una base sólida para el debate sobre el papel que deben desempeñar el Estado y las instituciones en la garantía de condiciones mínimas de vida digna para todos los ciudadanos.

Referencias

- Abramo, L.; Cecchini, S. y Ullmann, H. (2020). Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social. *Ciência y Saúde Coletiva*, 25(5), 1587-1598. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>
- Ahmad, S. (2005). Purchasing Power Parity (PPP) for International comparison of poverty: sources and methods. World Bank Documents. <https://g24.org/purchasing-power-parity-ppp-for-international-comparison-of-poverty/>
- Alcalde, J.; Molina, J.; Díaz, S.; Hoyos, S. y Reyes, H. (2024). El sistema de salud de México: análisis de sus logros y desafíos en el periodo 2015-2022. *Salud Pública de México*, 66(5), 677-688. <https://doi.org/10.21149/16214>
- Alkire, S. y Foster, J. (2011). Counting and multidimensional poverty measurement. *Journal of Public Economics*, 95(7-8), 476-487. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2010.11.006>

- Alkire, S. y Santos, M. (2013). Measuring poverty and gender: The multidimensional poverty index. *Social Indicators Research*, 112, 239-257.
<https://doi.org/10.1007/s11205-013-0257-3>
- Amendola, N.; Belotti, F.; Etang, A.; Mancini, G. y Vecchi, G. (2025). *Poverty dynamics in Bhutan, 2017-2022. Policy Research Working Paper 11031*. Washington DC, World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/099122324072021325>
- Angrist, J. y Pischke, J. (2009). *Mostly harmless econometrics: An empiricist's companion*. Princeton University Press.
- Barr, N. (2012). *Economics of the welfare state*. Oxford, Oxford University Press.
- Barraza-Lloréns, M.; Bertozzi, S.; González-Pier, E. y Gutiérrez, J. (2002). Addressing inequity in health and health care in Mexico. *Health Affairs*, 21(3), 47-56.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.3.47>
- Berna, E. y Soliz, E. (2025). Pobreza multidimensional y pobreza monetaria en Bolivia. Serie Documentos de Trabajo sobre Desarrollo 1/2025. La Paz, INESAD.
<https://www.inesad.edu.bo/2025/01/28/pobreza-multidimensional-y-pobreza-monetaria-en-bolivia/>
- Bertrand, M.; Duflo, E. y Mullainathan, S. (2004). How much should we trust differences in differences estimates? *The Quarterly Journal of Economics*, 119(1), 249-275.
<https://doi.org/10.1162/003355304772839588>
- Boltvinik, J. (1994). *Pobreza y estratificación social en México*. México, UNAM.
- Boltvinik, J. (1999). Métodos de medición de la pobreza. Conceptos y tipología. *Revista Latinoamericana de Política Social*, 1, 35-74.
- Boltvinik, J. (2012). Treinta años de medición de la pobreza en México. Una mirada desde Coplamar. *Estudios sociológicos*, 30, 83-110.
- Boltvinik, J. y Damian, A. (2010). *Medición de la pobreza en México: análisis crítico comparativo de los diferentes métodos aplicados. Recomendaciones de buenas prácticas para la medición de la pobreza en México y América Latina*, No. 45555. Santiago, CEPAL.
- Bourguignon, F. (2003). *The growth elasticity of poverty reduction: explaining heterogeneity across countries and time periods*. En Eicher, T. y Turnovsky, J. (Eds), *Inequality and growth: Theory and policy implications*, Boston, MIT Press, 3-25.
- Bravo, E. (2024). Desigualdad social, pobreza y mortalidad infantil en México (2010-2020). *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 67(5), 52-63.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=117672>
- Camargo, E. (2025). *Del Seguro Popular al INSABI: efectos de no adherirse al gobierno federal*. México. ITAM.
- Canul, S. y Martínez, Y. (2024). *Cambio en el Seguro Popular al INSABI*. En M. Giraldo (Coord.), *Análisis de políticas públicas con enfoque territorial: aprendizajes situados en la península de Yucatán*. Mérida, México, UNAM, 57-70.

- Cecchini, S.; Villatoro, P. y Mancero, X. (2021). The impact of non-contributory cash transfer on poverty in Latin America. *CEPAL Review*, 134, 7-31.
- Centro de Estudios Libertad y Desarrollo (2015). Las diferencias entre crecer al 3% o al 5%. Publicado en <https://lyd.org/centro-de-prensa/noticias/noticias-portada/2015/11/crecer-al-3-o-al-5/>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2014). Crecimiento económico, pobreza y distribución del ingreso. Fundamentos teóricos y evidencia empírica para América Latina, 1997-2007. *Estudios Estadísticos*, 82.
- Chandy, L. y Kharas, H.(2014). *The poverty of poverty data*. Brookings Institution Blog.
- Chen, S. y Ravallion, M. (2007). Absolute poverty measures for the developing world, 1981-2004. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(43), 16757-16763.
- Chukwu, J. (2024). Estimating Growth Semi-Elasticity of Poverty Reduction Using Two Comparable Household Survey Datasets. *Journal of Poverty*, 28(7), 592-606. <https://doi.org/10.1080/10875549.2023.2259882>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2014). Medición multidimensional de la pobreza en México. *El Trimestre Económico*, 81(321), 5-42. <https://doi.org/10.20430/ete.v81i321.151>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2019). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México. Tercera Edición*. México. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2022). *Informe de pobreza y evaluación estatal Quintana Roo 2022*. México. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Cortés, F. (2012). Desigualdad económica en México: enfoques conceptuales y tendencias empíricas. *Estudios Sociológicos*, 30, 157-189.
- Cortés, F. (2013). Medio siglo de desigualdad en el ingreso en México. *Economía UNAM*. 10(29), 12-34. [https://doi.org/10.1016/S1665-952X\(13\)72193-5](https://doi.org/10.1016/S1665-952X(13)72193-5)
- Cortés, F.; Escobar, A. y González, M. (2008) *Método científico y política social. A propósito de las evaluaciones cualitativas de programas sociales*. México, El Colegio de México.
- Datt, G. y Ravallion, M. (1992). Growth and redistribution components of changes in poverty measures: A decomposition with applications to Brazil and India in the 1980s. *Journal of Development Economics*, 38(2), 275-295. [https://doi.org/10.1016/0304-3878\(92\)90001-P](https://doi.org/10.1016/0304-3878(92)90001-P)
- Deaton, A. (2005). Measuring poverty in a growing world (or measuring growth in a poor world). *Review of Economics and Statistics*, 87, 353-378.
- Deaton, A. (2016). Measuring and understanding behavior, welfare, and poverty. *American Economic Review*, 106(6), 1221-1243.

- Esping-Andersen, G. (1999). *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1257/aer.106.6.1221>
- Ferreira, F.; Chen, S.; Dabalen, A.; Dikhanov, Y.; Hamadeh, N.; Jolliffe, D.; Narayan, A.; Beer, E.; Revenga, A.; Sangraula, P.; Serajuddin, U. y Yoshida, N. (2016). A global count of the extreme poor in 2012: data issues, methodology and initial results. *The Journal of Economic Inequality*, 14, 141-172.
<https://doi.org/10.1007/s10888-016-9326-6>
- Inoue, A.; Pérez, R., M. y Carpio, C. (2024). *INSABI: avances y retrocesos en la política de salud para fomentar el desarrollo social en México*. En: S. de la Vega (Coord.), *Empobrecimiento y desigualdad regional: causalidades y efectos*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, 113-130.
- González, M. y Escobar, A. (2008). *Vulnerabilidad y activos de los hogares: El Programa Progres-Oportunidades en ciudades pequeñas*. En F. Cortés; A. Escobar y M. González (Coords.), *Método científico y política social. A propósito de las evaluaciones cualitativas de programas sociales*. México, El Colegio de México, 129-200.
- Hernández, E. (2006). Bienestar, pobreza y vulnerabilidad en México: nuevas estimaciones. *Economía UNAM*, 3(9), 14-32.
- Huesca, L.; Esquivel, G. y López, J. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on poverty and inequality in Mexico. *Revista Mexicana de Economía y Finanzas Nueva Época*, 16(3), 103-119.
<https://doi.org/10.21919/remef.v16i3.633>
- Kakwani, N. y Son, H. (2015). *Global poverty estimates base don 2011 purchasing power parity: where should the new poverty line be drawn?* ECINEQ Working Paper, 14, 173-184.
- López, G. (2025). *Políticas de cuidados infantiles en México y Chile. Un análisis sobre los programas "Apoyo para el bienestar de niñas y niños hijos de madres trabajadoras" y "Chile crece contigo"*. En G. Cárdenas; L. Galindo y T. Meléndez (Coord.), *Familia, cuidados y políticas públicas*. México, UNAM, 47-88.
- López, F. (2025). Assessing the effect of international visitors on the creation of precarious employment in Mexico. *Contaduría y Administración*, 70(2), 498.
<https://doi.org/10.22201/fca.24488410e.2025.5278>
- Lustig, N. y McLeod, D. (1997). *Minimum wages and poverty in developing countries: Some empirical evidence*. En E. Sebastian y N. Lustig (Eds.), *Labor markets in Latin America*. Washington D.C., Brookings Institution Press, 62-103.
- Lustig, N., Pessino, C., y Scott, J. (2014). The impact of taxes and social spending on inequality and poverty in Argentina, Bolivia, Brazil, Mexico, Peru, and Uruguay: Introduction to the special issue. *Public Finance Review*, 42(3), 287-303.
<https://doi.org/10.1177/1091142113506931>

- Lustig, N.; Martínez, V.; Pessino, C. (2025). Fiscal policy, income redistribution, and poverty reduction in Latin America, *Oxford Open Economics*. 4(1), i426–i446, <https://doi.org/10.1093/ooec/odae034>
- Mahembe, E. y Odhiambo, N. (2018). The dynamics of extreme poverty in developing countries. *Studia Universitatis Economics Series*. 28(2), 18-35. <https://doi.org/10.2478/sues-2018-0007>
- Martínez, S. y Hernández, L. (2025). *Cuando la seguridad social no garantiza el bienestar: Experiencias de cuidadoras de personas con enfermedad renal crónica*. En M. Pérez y M. Mussot (Coord.), *Bienestar y Salud*. México, UAM, 237-274.
- Millán, H. (2014). Los efectos crecimiento y redistribución: una propuesta metodológica. *Ciclo económico y pobreza en México*. *El Trimestre Económico*, LXXXI(3), 655-685. <https://doi.org/10.20430/ete.v81i323.126>
- Nikoloski, Z. y Mossialos, E. (2018). Membership in Seguro popular in Mexico linked to a small reduction in catastrophic health expenditure. *Health Affairs*, 37(7), 1169-1177. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.1510>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2000). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. <https://www.cepal.org/es/temas/objetivos-desarrollo-milenio-odm/objetivos-desarrollo-milenio>
- Orozco, K.; Prado, C. y Cabezas, D. (2025). *Utilización de servicios de cuidado infantil vinculado a la seguridad social en México: Desigual y fragmentada*. En G. Cárdenas; L. Galindo y T. Meléndez (Coord.), *Familia, cuidados y políticas públicas*, México, UNAM, 22-45.
- Orshansky, M. (1965). Counting the poor: Another look at the poverty profile. *Social Security Bulletin*, 28(2), 3-29. <https://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v28n1/v28n1p3.pdf>
- Pereira, M.; Soloaga, I. y Bravo, E. (2014). *Trampas de pobreza y desigualdad en México 1990-2000-2010*. Serie Documentos de Trabajo. Documento No. 134.
- Pérez-Méndez, M. (2024). Impacto y progresividad de los programas sociales redistributivos en México: un análisis por entidad federativa, 2016-2022. *Economía Teoría y Práctica*, 32(61), 33–58. <http://dx.doi.org/10.24275/etypuam/ne/612024/Perez>
- Pineda, J. (2024). *Guía para el cálculo de la descomposición de la pobreza por ingresos según el método de Datt y Ravallion*. México, UNAM.
- Ramos, A.; Ríos, M.; Castillo, M.; Sepúlveda, J. (2025). Pobreza y PyMEs del sector informal en México. *Revista Venezolana de Gerencia*, 30(109), 232-246. <https://doi.org/10.52080/rvgluz.30.109.15>
- Ravallion, M. (1992). *Poverty comparisons: A guide to concepts and methods*. Washington D.C., The World Bank.

- Ravaillon, M. y Chen, S. (1996). *What can new survey data tell us about recent changes in distribution and poverty?* Washington D.C, The World Bank Policy Research Department.
- Ravallion, M. y Datt, G. (1999). *When is growth pro-poor? Evidence from the diverse experiences of India's state*. Policy Research Working Paper 2263.
- Rawlings, L. y Rubio, G. (2003). *Evaluating the impact of conditional cash transfer programs: lessons from Latin America* (3119). Washington DC, World Bank Publications.
- Robles, D. (2025). Los grupos discriminados en México y su relación con la informalidad laboral. *Revista Económica*, 13(1), 86-97.
<https://revistas.unl.edu.ec/index.php/economica/article/view/2334>
- Rosenbaum, P. y Rubin, D. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, 70(1), 41-55.
<https://doi.org/10.2307/2335942>
- Rowntree, B. (1902). *Poverty: A study of town life*. Macmillan.
- Ruíz, Á. (2020). *Las pensiones. El gran desafío pendiente de México*. México, Tirant lo Blanch.
- Scott, J. (2005). Seguridad social y desigualdad en México: de la polarización a la universalidad. *Bienestar y política social*, 1(1), 59-82.
- Sedano, M. (2024). El derecho de acceso a un nivel de vida adecuado en México. *Derecho y Globalización*. 3(5), 70-92. <https://doi.org/10.30973/DyG/2024.3.5/29>
- Sen, A. (1983). *Poverty and famines: An essay on entitlement and deprivation*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/0198284632.001.0001>
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
- Telles, J.; Tuon, F.; Cunha, A. y Rocha, J. (2025). The burden of limited resources in Latin America on healthcare quality and management. *The Lancet Regional Health–Americas*, 43, 101014. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101014>
- Unger, K.; Lajous, M. y Reich, M. (2023). Improving health system performance in Mexico. *The Lancet*, 402 (10403), P674-676.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01454-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01454-X)
- Vértiz J.; Ramírez, P.; Ríos, G.; Sánchez, M.; Ochoa, M.; De Negri, A. y Saturno, P. (2024). Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud. *Salud Pública De México*, 66(4), 556-570. <https://doi.org/10.21149/16199>