

JULIO BOLTVINIK

Articulación entre las políticas económica y social en México 1970-1995

Hacia una tipología de periodos

EVOLUCIÓN CONTRADICTORIA DE LA POBREZA POR INGRESOS Y DE LAS POBREZAS ESPECÍFICAS

EN DIVERSOS trabajos previos¹ he mostrado que la pobreza por ingresos en México disminuyó sistemáticamente en los años sesenta y setenta (hasta 1981). Que esta tendencia cambió de signo en los ochenta y la pobreza por ingresos aumentó de manera importante, sobre todo entre 1981 y 1989, y que finalmente estos aumentos tendieron a estabilizarse hacia finales de los ochenta y comienzos de los noventa (1989-1994). Ahora, a partir de la publicación de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos por Hogar, ENIGH 96, sabemos que la pobreza volvió a aumentar muy rápidamente entre 1994 y 1996. Al estudiar las pobreza específicas de educación, vivienda, servicios de la vivienda, seguridad social y servicios de salud, he concluido que su evolución en los setenta coincide con la de la pobreza por ingresos: todas bajan muy rápidamente. En los años ochenta, sin embargo, las dos trayectorias dejan de coincidir: las pobreza específicas desaceleran su ritmo de disminución pero siguen bajando, mientras la de ingresos cambió su trayectoria en más de 180°. En la primera mitad de los años no-

¹ Véase Julio Boltvinik, "Condiciones de vida y niveles de ingreso en México, 1970-1995", en José Antonio Ibáñez Aguirre (coord.), *Deuda externa mexicana: ética, teoría, legislación e impacto social*, Universidad Iberoamericana, Plaza y Valdés Editores, México, 1998, pp. 251-395. En este texto, sin embargo, no están incorporados todavía los datos del Censo 95. Para la actualización más reciente de estos cálculos, véase Julio Boltvinik, "Evolución y características de la pobreza en México. Una visión integrada", capítulos 4 y 5, borrador de tesis doctoral, CIESAS-Occidente, julio de 1998.

venta, mientras la pobreza por ingresos tendía a estabilizarse, si cortamos el periodo de análisis en 1994 aunque continuaría aumentando si lo hacemos en 1996, la mayor parte de las pobrezas específicas vuelven a acelerar su ritmo de disminución, con la muy notable excepción de la pobreza de seguridad social, que cambia de trayectoria y empieza a aumentar.

En el cuadro 1 he recogido de manera sintética estos resultados. He procurado sintetizar los resultados de necesidades específicas, obteniendo medias por grupos de necesidades. Estas medias deben ser tomadas no como un cálculo que pretenda expresar una medición correcta, sino como un ejercicio heurístico para ayudar en la estilización de los resultados. Veamos cómo se leen éstos a partir de esta nueva síntesis.² Lamentablemente, en muchos casos, no es posible calcular lo ocurrido entre 1990 y 1995, por lo que el análisis se centra en los que tienen cobertura completa:

a) La pobreza educativa de adultos (único indicador sintético para el que podemos llevar a cabo el análisis para los tres periodos) mantiene el perfil temporal que hemos visto como dominante en los tres periodos estudiados, con una pobreza siempre disminuyendo: baja rápida, desaceleración, aceleración.

²Los procedimientos han sido los siguientes. En educación, se distribuyó la población pobre en tres estratos disjuntos, indigentes (sin instrucción), pobres extremos (sin primaria pero con algún grado de instrucción) y pobres moderados (con primaria pero sin secundaria completa). Para obtener la "media ponderada de las pobrezas educativas de adultos" (renglón 4), se ponderó cada una de las tres incidencias de los estratos (proporciones respecto a la población adulta) con su brecha. Así, los indigentes van ponderados por 1 (su brecha es total, comprende los nueve años de la educación secundaria), la proporción de pobres extremos se pondera por 6/9 (la brecha proporcional que se encuentra a la mitad del rango de variación del estrato) y los pobres moderados por 2/9, que es la brecha intermedia del estrato. Esto permite llegar al valor sintético de la pobreza educativa de los adultos. Ésta se combina con la pobreza educativa de los menores para obtener la pobreza educativa de adultos y menores (renglón 6). El indicador de adultos se ponderó por 2/3 y el de menores por 1/3, para reflejar su importancia numérica aproximada. En materia de pobreza habitacional, se eligió, en vez de la proporción de personas que viven en viviendas hacinadas, que no expresa más que la incidencia del hacinamiento pero no su intensidad, el indicador de déficit o sobrecupo, que expresa la proporción de personas en la población por arriba de la capacidad normativa de alojamiento de las viviendas que habitan, es decir expresa una síntesis de incidencia e intensidad. En materia de pobreza de servicios se llevó a cabo algo enteramente similar a lo realizado para educación: se estratificaron las viviendas pobres en tres grupos: sin

CUADRO 1
SÍNTESIS DE LAS TRAYECTORIAS DE LAS POBREZAS ESPECÍFICAS Y DE INGRESOS
(Porcentaje de la población nacional)

Educación	Tasas medias anuales						
	1970	1980	1990	1995	1980-1990	1990-1995	
1. Indigencia educativa adultos	31.6	16.2	13.7	10.4	-6.5	-1.6	-5.4
2. Pobreza extrema educativa adultos (sin indigencia)	38.9	32.1	23.3	21	-3.7	-2.6	-3.1
3. Pobreza moderada educativa adultos (sin pobreza extrema)	20.6	27.9	25.9	24	-1.8	-1.9	-2.4
4. Media ponderada de las pobrezas educativas de adultos	62.2	43.9	35	30	-3.4	-2.2	-3
5. Pobreza educativa menores (falta asistencia escolar a primaria)	36.1	13.5	13.1	n.d.	-9.4	-0.3	n.d.
6. Pobreza educativa promedio ponderado (adultos y menores)	53.6	33.8	28	n.d.	-4.5	-1.6	n.d.
7. Pobreza de espacio habitacional (sobrecupo en porcentaje de personas)	49	32	27.1	n.d.	-4.2	-1.6	n.d.
8. Indigencia servicios de la vivienda (ningún servicio en la norma)	35.8	19.1	10.7	5.8	-3.4	-1.5	-5.2
9. Pobreza extrema servicios de la vivienda (c/ un servicio)	20.4	20.4	23.2	20.3	-1.3	-1.0	-2.5
10. Pobreza moderada servicios de la vivienda (c/ dos servicios)	12.8	20.8	20.6	22.2	-3.0	-1.8	-4.1
11. Pobreza de servicios (media ponderada)	53.7	39.6	33.0	26.7	-3.5	-1.7	n.d.
12. Pobreza de vivienda y servicios (media simple)	51.2	35.8	30.1	n.d.	-3.5	-2.5	3.4
13. Pobreza de seguridad social	74.3	50.9	41.5	50.8	-3.4	-2.5	3.4
14. Pobreza servicios de salud	58.91	48.4	39.9 ³	37.0	-6.3	-2.4 ³	-1.5 ⁴
15. Pobrezas de salud y seguridad social (media simple)	66.6	49.7	41	43.9	-2.9	-1.9	1.4
16. Pobreza por ingresos	72.6	48.5	64	66.0	-3.1	3.5	0.6

b) Lo mismo ocurre con la pobreza por servicios de la vivienda. La otra dimensión de la vivienda, el indicador de espacio habitacional, y el indicador sintético, mantienen la desaceleración entre el primer y segundo periodos.

c) La pobreza de salud y seguridad social muestran una tendencia a la baja que se desacelera entre el primer y segundo periodos, pero que cambia de signo y aumenta en la primera mitad de los noventa.

d) La pobreza por ingresos baja entre 1968 y 1981, cambia de signo entre 1981 y 1989 y tiende a estabilizarse en los noventa.

Las dos grandes excepciones están dadas por la pobreza por ingresos, que cambia de signo en los ochenta y que tiende a estabilizarse entre 1989 y 1994, y por la pobreza de seguridad social que cambia de signo en los noventa. Ambas pueden considerarse como pobrezas determinadas más por las fuerzas del mercado que por la política gubernamental.

De esta manera, el periodo 1981-1989 no puede caracterizarse simplistamente como uno en el cual todo empeora. El mantenimiento del gasto público social, algunas medidas de expansión horizontal de la seguridad social, y el mantenimiento de condiciones mínimas para el mejoramiento de la vivienda, provocaron que mientras la pobreza por ingresos aumentaba a la estrepitosa tasa de 3.5 por ciento anual, todas las pobrezas específicas estudiadas continuaran bajando, aunque a tasas más bajas que en los setenta. El periodo 1989-1994 o 1990-1995, a pesar que muestra una recuperación notable en los ritmos de descenso de algunas de las pobrezas por necesidades específicas (nótese que no ocurre en servicios de sa-

ningún servicio (indigencia), con un servicio (pobreza extrema) y con dos servicios (pobreza moderada). Las proporciones de cada una se ponderaron con su brecha (3/3 para indigentes, 2/3 para extremas y 1/3 para moderadas). Así se obtuvo el renglón 11. A través de una media simple se combinó la pobreza de servicios con la de pobreza de espacio habitacional para obtener la pobreza de vivienda y servicios (renglón 12). Por último, las pobrezas de seguridad social y de acceso a servicios de salud se combinaron con una media simple para obtener el renglón 15.

lud), que en algunos casos incluso rebasan los ritmos de los setenta, no puede concebirse como un retorno a la dinámica de los setenta porque la pobreza por ingresos continúa ascendiendo, aunque asintóticamente, hasta 1994, y porque ocurre una reversión histórica, por primera vez en el país, en la cobertura de la seguridad social. Naturalmente, si alargásemos esta historia hasta 1996 la pobreza por ingresos volvería a crecer rápidamente, y aunque no he llevado a cabo el análisis de la dirección en que se movieron los indicadores de necesidades específicas, probablemente se habría desacelerado nuevamente su tendencia a la baja sin cambiar de signo, dado que se evitó nuevamente un desmantelamiento del gasto público social.

Cuando vivíamos las secuelas de la crisis de 1982, hacia 1984 algunos estudiosos de la realidad social del país esperábamos que las tasas de mortalidad hubiesen subido como consecuencia de la baja brutal en los niveles de vida de la población. Sin embargo, cuando las estadísticas vitales de 1982, 1983 y sucesivos años empezaron a conocerse, nos llevamos una gran sorpresa: las tasas de mortalidad no sólo no habían aumentado sino que continuaron bajando. Hoy sabemos que tampoco disminuyó la satisfacción de ciertas necesidades como educación, atención a la salud, agua, drenaje, etcétera. El resto de este texto es una mirada a las tasas de mortalidad que estuvieron asociadas al patrón descrito de comportamiento de los niveles de vida en México. Se intenta una hipótesis global que involucra las pobrezas específicas, la pobreza de ingresos, y la mortalidad. La esperanza es proveer una respuesta a la sorpresa que vivimos a principios de los ochenta.

En primer lugar miro la evidencia sobre la asociación entre mortalidad y nivel de vida en México.

LA POBREZA MATA

Las EVIDENCIAS globales apuntan a la enorme distancia que hay en las esperanzas de vida entre países que tienen niveles de vida muy dispares. Mientras la esperanza de vida de Japón era de 79.8 años

en 1994, la de Haití era de 54.4 años. En ese nivel parece evidente la conclusión de que hay una asociación muy clara entre niveles de vida y años de vida. Que la pobreza mata.

A continuación exploro una evidencia específica sobre México que muestra que, en efecto, la pobreza mata. Se trata de resultados derivados de la muestra de 1 por ciento del censo de 1990.

Las mujeres pobres tienen más hijos que, sin embargo, sobreviven menos, en comparación con las mujeres no pobres. Es decir, los pobres mueren más jóvenes que los no pobres, lo que también quiere decir que tienen tasas de mortalidad más altas. Altas tasas de fecundidad, de mortalidad y de crecimiento natural caracterizan a los pobres. Este comportamiento demográfico se refleja también en una estructura de edades de los hogares pobres que se puede caracterizar como joven.

En el cuadro 2 se presenta el promedio de hijos nacidos vivos por edades de las madres,³ según estratos de nivel de vida de la po-

³Los cálculos presentados en los cuadros 2 y 3 están cargados del problema metodológico que deriva del hecho que mientras la estratificación se lleva a cabo con datos censales de 1990, los nacimientos de los hijos, y su posible fallecimiento, son eventos ocurridos a lo largo de un periodo cuya extensión depende (entre otras cosas) de la edad de las madres. Las mujeres de más de 70 años pueden haber tenido sus hijos hace más de 50 años, mientras las de 12-20 sólo pueden haberlos tenido en años muy recientes. Por tanto, mientras el número de hijos nacidos vivos de las madres mayores refleja comportamientos prevalecientes hace varias décadas, los de las madres jóvenes refleja los patrones actuales. Además, la pertenencia a los estratos no tiene por qué ser un fenómeno rígido a lo largo del tiempo. Muchas madres de edad avanzada pueden haber tenido sus hijos cuando pertenecían a un estrato diferente al que pertenecen hoy. Es decir, el análisis realizado será menos válido mientras más movilidad social (ascendente o descendente) haya. Estas dificultades metodológicas, cuya conciencia plena debo a los valiosos comentarios recibidos de los comentaristas en una reunión de *Demos* donde se discutieron los hallazgos aquí presentados, se ven paradójicamente reducidas en su importancia empírica cuando se verifica que, a pesar de fluctuaciones de cierto rango en los valores, el cociente entre los hijos nacidos vivos de cualesquiera pares de estratos, por ejemplo los pobres entre los no pobres, se mantiene en un mismo orden de magnitud para cualquier grupo de edad de las madres, sin mostrar una tendencia clara a medida que ascendemos en la escala de edades. Ello probablemente indica que ha habido movilidad social relativamente baja en el país. Así, el cociente fluctúa entre 1.05 en el grupo 31-40, el valor más bajo, hasta 1.60 en el grupo 41-50, que es el que tiene el valor más alto. Más importante todavía, al comparar el grupo más joven con observaciones abundantes, el de 21 a 30 años, que refleja los patrones actuales, el cociente pobres/no pobres en el promedio de hijos nacidos vivos es de 1.55, bastante similar al promedio no estandarizado (1.42), aunque bastante más alto que el estandarizado (1.29). Nótese también que el cociente en cuestión es mayor que el

blación.⁴ Mientras las madres de hogares indigentes declararon un promedio de 4.93 hijos nacidos vivos, la cifra desciende sistemáticamente al movernos hacia los muy pobres (4.17) y a los pobres moderados (3.80). El descenso continúa al pasar al primer estrato de no pobres, llamado Consabri —con satisfacción de necesidades básicas y de requerimientos de ingresos— (3.31), y al movernos a la clase media (2.87) y la clase alta (2.78). El contraste entre los extremos es muy fuerte: el promedio entre las madres indigentes supera en más de dos hijos a la clase alta.

Una parte de la diferencia en el número de hijos podría explicarse, sin embargo, por diferentes estructuras de edades de las madres entre estratos. El cálculo del promedio estandarizado por edades de las madres busca evitar esta distorsión (última columna del cuadro 2). Se calculan para cada estrato las tasas que tendrían si tuviesen la estructura de edades de las madres del promedio de toda la población. Como se aprecia en el marginal inferior del cuadro 2, el número de hijos nacidos vivos de las madres crece rápidamente con la edad, yendo desde 1.46 para las madres de 12 a 20 años hasta 6.65 para las de 61 a 70, con una caída en el último grupo (las mayores de 71) a 6.24. Como se aprecia, la distancia entre los extremos crece, llegando ahora a 2.38 hijos.

Los contrastes urbano-rurales son también importantes: el conjunto de las madres actualmente catalogadas como pobres, tiene en las ciudades una media estandarizada de hijos nacidos vivos de 4.26 contra 5.25 en el medio rural. Estas diferencias se presentan en todos los grupos de edades de las madres. Por ejemplo, son 2.51 vs.

de los grupos de mayor edad, lo cual se repite, en general al comparar otros estratos, por ejemplo, indigentes con clase alta. Esto significa que el procedimiento adoptado, que toma la información de todas las madres, subestima las diferencias actuales entre estratos en hijos nacidos vivos. En una nota posterior comento lo que ocurre con la proporción de mortalidad.

⁴La estratificación es la realizada en Boltvinik (1995, capítulo 11), que se basa en el Método de Medición Integrada de la Pobreza (MMIP) que combina las dimensiones de pobreza por ingresos o método de Línea de Pobreza (LP) con la dimensión de necesidades básicas específicas o método de Necesidades Básicas Específicas (NBE). Para una explicación detallada del método, véase Boltvinik, 1995, capítulos 4-8.

3.15 en las de 21 a 30 años; 5.75 vs. 7.13 entre las de 41 a 50 años, y 6.09 vs. 7.07 entre las de 71 y más años.⁵

Los contrastes regionales reflejan el urbano-rural y algo más. Las madres de Chiapas tenían un promedio de hijos nacidos vivos (sin estandarizar por edades) de 4.43 contra 3.59 en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM). Al comparar los mismos estratos en ambas zonas, también resultan más altos los de Chiapas: entre los indigentes es 4.77 vs. 4.21; entre los muy pobres 3.96 vs. 3.76; entre los pobres moderados 3.62 vs. 3.55.

Veamos ahora las proporciones de sobrevivencia, PS (= hijos sobrevivientes/hijos nacidos vivos) y su complemento (1-PS), a la que llamaremos proporción de mortalidad.⁶ Los resultados por estratos, urbanos y rurales, se presentan en el cuadro 3, ordenados de mayor a menor proporción de mortalidad. Ahí se aprecia que, *literalmente hablando, la pobreza mata*. La proporción de sobrevivencia crece y la de mortalidad disminuye claramente a medida que pasamos de los estratos más pobres a los mejor situados, y a

⁵La caracterización urbana o rural de la población tiene el mismo problema metodológico antes mencionado. La clasificación se hace en función de la localidad que habitaba la madre en 1990, pero esto no significa que los eventos registrados hubiesen ocurrido en el mismo medio. En este caso, sin embargo, sabemos dos cosas claramente: una, que hubo una fuerte movilidad geográfica a diferencia de la hipotética baja movilidad social que hemos postulado antes, y dos, que la movilidad es unidireccional para todo fin práctico: del medio rural al urbano. Esto último significa que las madres registradas como rurales hoy, a pesar del paso del tiempo, habrán tenido la mayor parte de sus hijos también en el medio rural, pero no podemos decir lo mismo de las hoy registradas en el medio urbano, una parte de las cuales tuvieron sus hijos en el medio rural. Los eventos de muertes de hijos, sin embargo, pueden haber ocurrido fuera del medio rural aunque la madre siga viviendo en él.

⁶Al igual que en el caso de los hijos nacidos vivos, en el de las proporciones de mortalidad aparece la misma objeción metodológica referida a eventos (nacimientos y muertes) ocurridos a lo largo de un periodo relativamente amplio que, sin embargo, se comparan con una estratificación presente. Otra vez, sin embargo, la evidencia parece restarle importancia al problema metodológico. Los cocientes indigentes/no pobres y pobres/no pobres de las proporciones de mortalidad según edad de la madre, muestran un rango de variación sorprendentemente pequeño. Una vez eliminado el grupo 12-20 que tiene muy pocas observaciones en los estratos de no pobres, los mencionados cocientes varían de 1.48 entre las madres mayores de 70 años y 2.73 entre las de 31-40, el primero, y entre 1.40 y 2.28 el segundo. Si se elimina el grupo de 71 y más años, los rangos de variación resultan realmente pequeños (de 2.13 a 2.73 en el primer caso y de 1.86 a 2.28 en el segundo). Esto muestra, nuevamente, que nada de lo dicho en el texto se alteraría sustancialmente si todos los cálculos los hubiésemos hecho sólo para los grupos de madres más jóvenes. Nuevamente, esto parece mostrar una baja movilidad social.

CUADRO 2
PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS/SOBREVIVIENTES
POR ESTRATO DE NIVEL DE VIDA. NACIONAL
SEGÚN EDAD DE LA MADRE

Estrato	Grupos de edad de las madres										Total estandarizado
	12-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71 y más	Total sin estandarizar			
Indigentes	1.59/1.52	3.13/2.95	5.09/4.67	6.77/5.89	7.23/5.92	6.94/5.36	6.57/4.70	4.93/4.30	5.00/4.37		
Muy pobres	1.39/1.34	2.35/2.26	3.84/3.64	5.79/5.26	6.93/6.01	6.81/5.61	6.28/4.68	4.17/3.76	4.20/3.79		
Pobext	1.53/1.46	2.88/2.73	4.69/4.34	6.43/5.67	7.13/5.95	6.90/5.44	6.49/4.70	4.68/4.13	4.74/4.18		
PobMod	1.27/1.22	2.03/1.97	3.35/3.21	5.14/4.77	6.55/5.79	6.56/5.58	5.87/4.48	3.80/3.48	3.78/3.46		
Suma Pobres	1.48/1.41	2.69/2.56	4.40/4.09	6.12/5.45	6.98/5.91	6.83/5.47	6.38/4.66	4.49/3.98	4.52/4.02		
Con SANBRI	1.23/1.28	1.79/1.75	4.52/4.38	4.20/3.95	5.84/5.31	6.13/5.44	5.50/4.42	3.31/3.09	3.76/3.52		
Clase media	1.40/1.34	1.62/1.58	3.86/3.75	3.31/3.17	4.52/4.24	5.55/4.99	5.27/4.26	2.87/2.71	3.20/3.03		
Clase alta	1.86/1.71	1.51/1.47	2.42/2.35	2.90/2.93	4.30/4.13	4.46/4.07	4.66/3.97	2.78/2.65	2.62/2.49		
No pobres	1.28/1.30	1.73/1.69	4.20/4.08	3.83/3.63	5.28/4.86	5.85/5.22	5.38/4.35	3.14/2.94	3.51/3.31		
Población nacional	1.46/1.40	2.52/2.40	4.37/4.09	5.64/5.07	6.61/5.69	6.65/5.42	6.24/4.61	4.23/3.79	4.33/3.88		

medida que nos movemos del medio rural al urbano. El rango total de variación de la proporción de mortalidad va desde 12.84 por ciento entre los indigentes del medio rural, hasta 3.99 por ciento entre la clase alta urbana. Una relación de 3.22 a 1 (véase cuadro 3). *Esto significa que más de 2/3 de las muertes de hijos de indigentes rurales son evitables si se adopta como patrón de referencia el de la clase alta urbana.*

Todos los estratos de pobres rurales, e incluso el estrato rural SANBRI, tienen una proporción de mortalidad de más del doble que la clase alta urbana. Como resultado, *la proporción de mortalidad rural promedio es de 12.19, más del triple que la de la clase alta urbana, mientras que la del conjunto de los pobres rurales es de 12.26. Estos datos significan que las dos terceras partes de las muertes rurales —muertes de pobres básicamente— son evitables.*

Las proporciones de mortalidad de la población rural son sustancialmente más altas que las de la urbana: 12.19 vs. 7.51. Al parecer, sólo parte de la explicación proviene de la mayor pobreza de la población rural, ya que *al comparar los mismos estratos en ambos medios, hay siempre una diferencia a favor de la población urbana, de tal manera que otra parte de la explicación vendría de variables no medidas dentro del índice de pobreza. Por ejemplo, acceso a servicios de salud.*⁷ En efecto, la relación de proporciones de mortalidad entre los indigentes rurales y urbanos es 1.36, entre los muy pobres es de 1.32 y entre los pobres moderados es de 1.52. Incluso entre la población con SANBRI, la relación es de 1.91. Si no hubiese errores de medición fuertes, estos datos estarían mostrando que las diferencias de mortalidad rural-urbana se agudizan a medida que ascendemos de estrato de nivel de vida.

A pesar de la sustancialmente más alta proporción de mortalidad entre los estratos más pobres, esta diferencia no alcanza a com-

⁷A diferencia de la aplicación del MMIP que se presenta en la tercera parte de esa tesis, la que da lugar al cálculo que se presenta en el texto, que fue originalmente presentada en Boltvinik (1994), al basarse en datos del Censo de Población y Vivienda de 1990, no contó con la variable acceso a los servicios de salud que, como verá el lector resultan sumamente importantes.

CUADRO 3
PROPORCIONES DE SOBREVIVENCIA
Y "MORTALIDAD" POR ESTRATOS DE NIVEL DE VIDA
URBANO Y RURAL

Estrato y medio	Proporción de mortalidad ¹	Proporción de sobrevivencia ²	Proporción de mortalidad relativa ³
Indigentes rurales	12.84	87.16	3.22
Muy pobres rurales	9.82	90.18	2.46
Pobres moderados rurales	9.71	90.29	2.43
Indigentes urbanos	9.43	90.37	2.36
SANBRI rurales	8.84	91.36	2.22
Muy pobres urbanos	7.45	92.55	1.87
Pobres moderados urbanos	6.39	93.61	1.60
SANBRI urbanos	4.63	95.27	1.16
Clase media urbana	4.22	95.78	1.06
Clase alta urbana	3.99	96.01	1.00
Total pobres rurales	12.26	87.74	3.07
Total rural	12.19	87.81	3.05
Total pobres urbanos	8.05	91.95	2.02
Total urbano	7.51	92.49	1.88
Suma pobres nacional	9.38	90.62	2.35
Población nacional	8.72	91.28	2.19

¹Se calcula como los no sobrevivientes entre los nacidos vivos, por 100.

²Igual a los sobrevivientes entre los nacidos vivos, por 100.

³Igual a la proporción de "mortalidad" del estrato, dividida entre la de la clase alta urbana, por 100.

pensar el mayor número de hijos nacidos vivos en ellos. Así, el número promedio de hijos sobrevivientes, con o sin estandarización, sigue siendo mucho más alto entre los pobres. En términos estandarizados, el promedio de hijos sobrevivientes por madre entre los indigentes es de 4.37 vs. 2.49 entre la clase alta. El último dato es 57 por ciento del primero, cuando en términos de los hijos nacidos vivos (estandarizados) era 52 por ciento. Lo que interesa aquí de esta evidencia es la asociación entre proporciones de mortalidad y estrato de nivel de vida. La constatación de que la pobreza mata.

Sin embargo, si la pobreza mata, si los pobres mueren más jóvenes, por qué no se presentó el cambio de tendencia en las esta-

dísticas de mortalidad que esperábamos a principios de los ochenta, a pesar de que había signos evidentes de que la pobreza estaba aumentando. Lo que se constata en análisis de corte transversal como el que acabamos de presentar, ¿se mantiene a lo largo del tiempo? Es decir, cuando en una sociedad la pobreza aumenta, ¿aumentan las tasas de mortalidad? Sabemos que lo contrario es cierto, que ha habido un descenso importante en las tasas de mortalidad en prácticamente todos los países en los que ha habido un aumento sostenido en los niveles de vida de la población.

En la siguiente sección analizo algunas evidencias sobre las tasas de mortalidad en México.

TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y EVOLUCIÓN DE TASAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD EN MÉXICO

*Transición epidemiológica*⁸

Los cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, estrechamente relacionados con la transición demográfica, constituyen los principales elementos de la transición epidemiológica. Se ha sugerido que México puede estar experimentando una transición epidemiológica según el modelo prolongado-polarizado, caracterizado por la coexistencia de enfermedades infecciosas y malnutrición con enfermedades no transmisibles y lesiones. En México la disminución de la mortalidad empezó al principio del siglo, cuando la esperanza de vida al nacer era, según se ha estimado, de 25 años. Para 1950 la esperanza de vida se había casi duplicado: alrededor de 46-49 para hombres y 49-52 para mujeres. La baja en la mortalidad ha continuado desde entonces y, para 1990, la esperanza de vida se estimaba en 70 años.

⁸Este inciso está tomado de Julio Boltvinik y Carlos Echarri, "Economic crisis and mortality change in México: Searching for linkages", en *Economic shocks, social stress and the demographic impact*, 2a. Reunión, Universidad de Naciones Unidas (WIDER), 17-19 de abril de 1997 (la bibliografía consultada para este fin puede consultarse ahí).

Una de las características universales de la transición epidemiológica es el cambio en la estructura de la mortalidad de las edades jóvenes a las mayores. Es de notar que los cambios más importantes al respecto ocurren en México entre 1970 y 1985. En la década de 1950 la mitad de las muertes eran de menores de 5 años y 15 por ciento de los mayores de 65. De manera similar a lo que Osrám describe para la variante transicional del modelo rezagado, las reducciones en la mortalidad infantil y preescolar en México son sustanciales, *pero la reducción se estanca* en niveles relativamente altos. En el periodo 1981-1986 la tasa de mortalidad infantil era de 43 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, que representaba 20 por ciento de todas las muertes. Es probable que en el pasado el peso de las muertes infantiles esté subestimado por el subregistro de éstas. El porcentaje de las muertes totales que corresponde a los ancianos (más de 65 años) aumenta de 18 en 1940 a casi 40 en 1985 y 50 por ciento en 1990.

A medida que la esperanza de vida al nacer aumenta, la estructura de mortalidad por causas cambia. La tendencia general es como se esperaría: a medida que aumenta la esperanza de vida al nacer la proporción de enfermedades infecciosas como causa de muerte disminuye y aumenta la de enfermedades no transmisibles. La mejoría de las condiciones de vida redujo las tasas de mortalidad por diarreas y otras enfermedades infecciosas. La proporción de muertes asociadas con enfermedades diarreicas cayó de 15 por ciento en 1960 a 3 por ciento en 1992, mientras las enfermedades cardiovasculares aumentaron como causa de muerte de 2 a casi 14 por ciento en el mismo periodo. Además las campañas contra el paludismo y de vacunación masiva, contribuyeron significativamente a la reducción de las enfermedades infecciosas como causa de muerte. La introducción de terapias más efectivas (por ejemplo, el suero oral) redujeron las tasas de fatalidad de muchas enfermedades infecciosas. Por ejemplo, entre 1991 y 1994 las muertes causadas por diarreas se redujeron a la mitad. Los programas de control de diarreas se intensificaron cuando se desató la epidemia del cólera, un ejemplo típico de proceso contra-transicional.

Los ritmos de transición diferenciales entre grupos sociales produce la presencia simultánea de eras epidemiológicas. Las desigualdades sociales en la salud explican que las disminuciones de mortalidad comiencen entre las clases más altas y que eventualmente las clases bajas se emparejen y cierren la brecha. Éste es un patrón característico de la transición probablemente aplicable a cualquier país independientemente del modelo de transición epidemiológica que experimenten. En el modelo prolongado, sin embargo, las clases sociales bajas muestran muy ligeras mejorías, lo que pone en duda cuándo alcanzarán a las clases altas. Por tanto, el periodo de polarización observado en otros modelos probablemente se extienda más en el modelo prolongado.

Evolución de las tasas de mortalidad de grupos etarios

El cuadro 4 muestra las tasas de mortalidad por grupos etarios en el periodo 1979-1995. Una advertencia precautoria es necesaria en cuanto a la calidad de los datos que provienen de los registros de muertes. A pesar de que ha habido mejorías en la certificación de causas de muerte, aún hay problemas en la cobertura de eventos vitales que afectan particularmente la mortalidad infantil. Para este grupo de edad, el subregistro ha sido estimado en cerca de 40 por ciento pero en disminución.

La segunda columna del cuadro 4 muestra las tasas de mortalidad infantil (TMI). Aunque en este caso hay algunos problemas de subregistro, que llevan a subestimar las TMI derivadas de los registros administrativos, la tendencia temporal puede considerarse confiable. Al analizar la evolución de la TMI se pueden distinguir tres subperiodos. El primero puede denominarse "baja muy rápida" en las tasas de mortalidad y va de 1979 a 1985, un periodo de seis años donde la TMI bajó en 31 por ciento, de 4,265.9 a 2,944.9 muertes por cada 100,000 habitantes. El segundo periodo, de 1985 a 1990, puede llamarse de estancamiento, ya que la tasa sólo baja en 2 por ciento en los cinco años. Finalmente, el tercer periodo pue-

CUADRO 4
TASAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD, 1979-1995
(Por cada 100,000 habitantes)

Año	Infantil	Preescolar	Escolar	Productiva	Posproductiva	General (sin estandarizar)
1979	4,265.9	365.5	87.4	443.5	5,687.7	660.4
1980	4,214.6	333.6	83.7	441.2	5,820.3	652.6
1981	3,893	286.7	76.7	432	5,654.4	621.3
1982	3,512.1	251.8	69	408.9	5,591.7	589
1983	3,481.3	251.9	62.9	388.6	5,799	576.3
1984	3,240.7	238.6	61.8	373.5	5,730.5	559
1985	2,944.9	254.4	62.4	369.5	5,822.6	551
1986	2,671.1	217.7	57.6	351.8	5,632.1	520.8
1987	2,831.9	221.1	55.3	339.8	5,629.4	517.3
1988	2,723.3	204.1	55.5	333.2	5,746.9	515.1
1989	2,967.8	223.5	55.1	327.1	5,590.6	517.2
1990	2,890.7	226.5	55.7	315.4	5,447.1	506.4
1991	2,523.3	150.7	45.6	310.6	5,359.1	482.9
1992	2,325.3	124.2	40.2	309.8	5,239.4	472.3
1993	2,204	127.6	39.7	307.8	5,209.6	471
1994	2,196	119.9	37	301.6	5,101.1	465.6
1995	2,145.8	120.3	37	296.7	5,183.1	469.7

de calificarse de "baja rápida en las TMI", ya que éstas bajaron de 2,890.7 a 2,145, esto es 25.8 por ciento. Nótese que el periodo de estancamiento representa sólo 2.6 por ciento de la baja total, mientras que en el primer periodo la baja es 62.3 por ciento del total.

La TMPE (tasa de mortalidad preescolar, esto es de menores de uno a cuatro años), que tiene menos problemas de registro, muestra un patrón ligeramente diferente. También podemos identificar tres periodos. El primero, "extremadamente rápido descenso en la TMPE" comprende sólo tres años, donde la tasa baja de 365.5 a 251.8 por cada 100,000 niños, un descenso de 31 por ciento en sólo tres años. El segundo periodo "estancamiento en la TMPE" va de 1982 a 1990 y supone un descenso de sólo 10 por ciento en ocho años. El tercer periodo, de 1990 a 1995, "descenso rápido en la TMPE" va

de 1990 a 1995 y significa una baja de 46.9 por ciento, un promedio anual de 9.4 por ciento.

La TME, tasa de mortalidad escolar, en edades cinco a 14, muestra tres etapas diferentes. La primera, "descenso muy rápido de la TME" va de 1979 a 1983, cuando la tasa cae de 87.4 por cada 100,000 escolares, a 62.9, una baja de 28 por ciento en cuatro años. En la segunda etapa, "estancamiento en la TME" que va de 1983 a 1990, de manera similar a lo encontrado en los otros dos grupos, la tasa cae muy despacio, de 62.9 a 55.7, un 11.4 por ciento en siete años. Finalmente, de nuevo una "baja muy rápida" ocurre en el periodo 1990 a 1995, una caída de 33.6 por ciento en cinco años.

En la evolución de la tasa de mortalidad en edades productivas, TMEP, se pueden distinguir sólo dos periodos. Por una parte, un periodo de baja constante en la tasa, que puede llamarse "descenso constante en la TMEP", de 1979 a 1990, en el cual la tasa disminuye de 443.5 por cada 100,000 personas a 315.4 en 1990, un descenso de 28.9 por ciento en 11 años. El segundo periodo, "estancamiento en la TMEP" muestra una baja de sólo 5.9 por ciento en cinco años.

Por último, en las edades posproductivas no hay una tendencia significativa. El estancamiento es el signo del periodo de 16 años analizado. Sin embargo, he distinguido dos subperiodos. En el primero, de 1979 a 1989, la TMEPP (tasa de mortalidad en edades posproductivas) va de 5,687.7 a 5,590.6, un descenso de menos de 2 por ciento en diez años. Es decir, una TMEPP casi constante. De 1989 a 1995 hay un descenso significativo para terminar en 5,183.1, un descenso de 7.3 por ciento en los seis años que de acuerdo con nuestra terminología llamamos estancamiento, pues implica una baja de sólo 1.22 por ciento anual.

Como una media ponderada de estas tasas de mortalidad específicas por grupos de edad, en la cual los ponderadores van cambiando por la transición demográfica, las tasas generales de mortalidad (TGM) que no han sido estandarizadas, tienen una tendencia a la baja que se interrumpe en la segunda mitad de los años ochenta. De 1979 a 1986, el periodo de "descenso rápido en la TGM" la tasa baja en 21 por ciento en siete años. De 1986 a 1990, "estancamien-

to en la TGM" la tasa baja sólo 2.8 por ciento en cuatro años. En los últimos años del periodo, el ritmo de descenso se recupera pero sin suficiente fuerza, bajando de 506.4 en 1990 a 469.7 en 1995, 7.2 por ciento en cinco años, una tasa anual de 1.45 por ciento que ha sido calificada también de "estancamiento en la TGM".

El cuadro 5 sintetiza las etapas identificadas para cada grupo de edad y para la población en su conjunto.

CUADRO 5
ETAPAS EN LA EVOLUCIÓN DE LAS TASAS
DE MORTALIDAD POR GRUPOS ETARIOS
(Todas las tasas son negativas)

Grupo etario	Periodos		
Infantil	media: 5.2% muy rápida 79-85	media: 0.33% estancamiento: 85-90	media: 5.2% muy rápida: 90-95
Preescolar	media: 10.3% ultrarrápida : 79-82	media: 1.25% estancamiento: 82-90	media: 9.4% ultrarrápida: 90-95
Escolar	media: 7.0% muy rápida: 79-83	media: 1.62% estancamiento: 83-90	media: 6.7% muy rápida 90-95
Productiva	media: 2.63% constante: 79-90		media: 1.18% estancamiento: 90-95
Posproductiva	media: 0.17% estancamiento: 79-89		media: 1.22% estancamiento: 89-95
General	media: 3.0% rápido: 79-86	media: 0.7% estancamiento: 86-90	media: 1.45% estancamiento: 90-95

Nota: Para una explicación de los contenidos, véase el texto.

POBREZAS Y TASAS DE MORTALIDAD

EN LA SECCIÓN precedente hemos descrito la evolución de las tasas de mortalidad por grupos de edad. Tratemos de resumir las conclusiones que se derivan de tal descripción. Una vez que se deja a un lado las tasas de mortalidad en edades posproductivas, que no muestran una tendencia clara en el periodo en estudio, en todos los demás grupos de edad encontramos una tendencia a la baja y también un subperiodo de estancamiento. Pero mientras las tasas infantil, preescolar y escolar, tienen un comportamiento en tres

fases que se suceden en la misma secuencia: descenso rápido, estancamiento (en los ochenta) y otra vez un descenso rápido (en los noventa), las tasas del grupo en edades productivas se estancan más tarde, en los noventa y aún no recuperan su ritmo de descenso. Como consecuencia, las tasas generales de mortalidad reflejan el comportamiento de los tres primeros grupos, salvo que la fase de recuperación es a un ritmo más lento.

Hay aquí un doble reto. Tendríamos que explicar la interrupción de la tendencia descendente en las tasas (por un periodo variable de cinco, ocho y siete años respectivamente para la mortalidad infantil, preescolar y escolar, todas ellas concluyendo en 1990) y su reanudación posterior. Tendríamos que explicar también por qué las tasas de las edades productivas se estancan más tarde, cuando las demás están recobrando su ritmo de descenso.

Empecemos por el periodo de estancamiento. Sobre la base de la evidencia previa en la cual se basa este trabajo, es perfectamente válido sostener que dos fuerzas, actuando en direcciones opuestas, estuvieron presentes en la determinación de las tasas de mortalidad en los años ochenta. Por un lado, el incremento en la pobreza por ingresos indica el deterioro de algunas áreas del nivel de vida de la población. Algunas de ellas ligadas directamente a las posibilidades de enfermar y morir: la ingesta alimentaria, el acceso a los servicios de salud para aquéllos no cubiertos por la seguridad social y que probablemente tendrían que pagar por el servicio, y la vivienda para los que carecen de vivienda propia y se ven obligados a pagar renta. Este deterioro jaló los niveles de mortalidad hacia arriba. Por otra parte, las condiciones de vida que dependen del gasto público (educación, atención pública a la salud, agua entubada, drenaje y electricidad doméstica) o que tienen un carácter de acervo (*stock*), (*vis a vis* el carácter de flujo del ingreso), como vivienda propia, continuaron mejorando durante los ochenta. Estas mejorías empujaron la mortalidad hacia abajo. En consecuencia, en los ochenta las tasas de mortalidad estuvieron sujetas a una fuerza (jalón) hacia arriba y un empuje hacia abajo. En los ochenta las dos fuerzas casi se compensaron y el resultado fue el estancamiento de las tasas.

Es notable el periodo 1990-1995 por la recuperación simultánea de las tendencias descendentes rápidas de las tasas de mortalidad de los tres grupos de edades más jóvenes. Esto está asociado a la evolución favorable de algunas pobreza específicas y a la tendencia a la estabilización en la pobreza por ingresos.

En los setenta, las tasas de mortalidad iban a la baja y ello se explica por el hecho de que en ese periodo las condiciones de vida mejoraban rápidamente en las dos subdimensiones que hemos analizado.

Así, la misma relación funcional actuó en los tres periodos: las condiciones de vida, clasificadas en dos subdimensiones (las ligadas al ingreso y las que no lo están) son las principales determinantes de las tasas de mortalidad por grupos de edad, especialmente de los grupos más jóvenes. Sin embargo, al parecer hay un rezago en la actuación de estas fuerzas por lo que hace a la mortalidad infantil. La preescolar y la escolar parecen haberse estancado casi de inmediato como consecuencia de la baja en los niveles de ingreso de las familias. Igualmente no parece haber rezago en la relación en sentido positivo, pues la baja en las tasas de mortalidad reinició en los noventa casi de inmediato cuando las condiciones de vida empezaron a mejorar más rápidamente y la pobreza por ingresos tendió a estabilizarse.

El comportamiento de las tasas de mortalidad en las edades productivas parece más difícil de desentrañar. Particularmente difícil resulta explicar por qué las tasas siguieron bajando en los años de la crisis a pesar del deterioro en el ingreso. Sin embargo, hay que hacer notar que durante los ochenta la seguridad social continúa expandiéndose a buen ritmo, lo que contrasta fuertemente con lo ocurrido en los noventa, cuando la cobertura cae fuertemente. El estancamiento de las tasas de mortalidad en edades productivas tendría como contraparte el deterioro de la seguridad social y una pobreza por ingresos que, aunque estabilizada, estaría en niveles históricos sumamente altos. Aunque resulta más especulativo, es necesario señalar que entre 1990 y 1995 hubo una reestructuración económica muy compleja que expulsó de sus empleos a mucha gente, lo que es un factor que está detrás del

deterioro en la cobertura de la seguridad social. Los despidos, aunque no se manifiesten como desempleo abierto por la ausencia de un seguro de desempleo, suponen la pérdida de la seguridad social, lo que conlleva falta de derecho al acceso a servicios de salud estructurados y totalmente gratuitos, así como la pérdida de la estabilidad del ingreso. Ser arrojado al mundo de la incertidumbre conlleva una gran carga de estrés que se puede manifestar en problemas cardiovasculares y en alcoholismo, ambos factores de una proporción muy importante en las muertes de personas en edades productivas. Así ha ocurrido en los países de Europa Oriental en su transición del socialismo, que otorgaba plena seguridad en todos los aspectos de la vida, a un capitalismo salvaje carente de toda seguridad. El auge neoliberal no ha significado solamente la apertura, la privatización y el predominio del mercado. En términos del trabajo ha significado la tendencia empresarial a descentralizar muchas actividades, convirtiendo lo que antes eran empleados contratados con seguridad social, en contratistas independientes, en *free lancers*.

CONCLUSIONES

LA EVIDENCIA analizada, resumen impresionista de una investigación puntillista, muestra que la ausencia de correlación perfecta entre el ingreso y los indicadores de satisfacción de necesidades básicas no sólo se presenta cuando se analizan hogares en un momento dado del tiempo (análisis de corte transversal). Este tipo de análisis muestra la existencia de hogares pobres por ingresos pero no pobres por necesidades básicas y viceversa. Al analizar la evolución de ambos tipos de pobreza en el tiempo, no sólo se encuentran patrones de evolución diferentes, sino como lo hemos mostrado, en ocasiones tendencias de cambio totalmente opuestas. La explicación evidente es que los factores que determinan la satisfacción de necesidades como servicios de la vivienda (agua entubada, drenaje y electricidad), vivienda, educación y acceso a servicios de salud, son diferentes que los que determinan la evolución del ingreso corriente de los hogares.

Evidentemente uno de los factores determinantes fundamentales de estas necesidades (salvo vivienda) es el gasto público social. En el texto precedente, en mi obra citada en la nota 1, he analizado su evolución en el periodo 1980-1992. Ahí nuestro que, si se utiliza el deflactor adecuado para esta serie, en vez del panorama de caída brutal del gasto en los años ochenta que han presentado algunos autores usando deflatores inadecuados, emerge un panorama distinto en el cual el gasto público social per cápita casi se mantiene entre 1982 y 1986, cae entre 1986 y 1989, y vuelve a crecer, ahora muy rápidamente, entre 1989 y 1992. En el periodo en su conjunto el gasto social per cápita crece.

Hemos mostrado a continuación cómo se presenta un estancamiento en la tendencia descendente de las tasas de mortalidad en los años ochenta, sobre todo en las edades preproductivas. Por tanto, aunque la relación entre los dos grupos de indicadores de bienestar que hemos analizado (ingresos de los hogares y satisfacción de necesidades básicas específicas) y la mortalidad requiere de mucho más análisis, hemos vislumbrado una relación funcional, la cual está determinada por ambos grupos, de tal manera que cuando éstos se mueven en la misma dirección, como en los años setenta, la mortalidad cae rápidamente. Pero cuando se mueven contradictoriamente, como ocurrió en los años ochenta, las tasas de mortalidad se estancan. Esto permitiría postular la siguiente hipótesis de tipo contrafactual: si el gasto público social se hubiese deteriorado rápidamente en los años ochenta, se hubiesen observado alzas en las tasas de mortalidad.

De manera esquemática podemos situar dos grupos de políticas públicas como importantes, aunque no únicos, determinantes de la evolución de cada uno de nuestros grupos de indicadores de bienestar. Por una parte, la política económica como uno de los determinantes del ingreso de los hogares. Por la otra, la política social como determinante importante de la satisfacción de necesidades básicas específicas. De esta manera, los resultados analizados también pueden verse, en parte, como reflejo de la acción conjunta de la política económica y de la social. En los años setenta ambas habrían actuado en la misma dirección, mejorando ambas dimen-

siones del bienestar (reduciendo la pobreza por ingresos y las pobreza específicas), lo que se habría reflejado en una baja acelerada de las tasas de mortalidad. Es decir, habría habido aquí una articulación virtuosa de ambas políticas. En los años ochenta, en cambio, la política económica (y la crisis), llevaron al aumento de la pobreza por ingresos, mientras la política social mantuvo el nivel de los servicios sociales básicos (educación y salud), continuó dotando de agua, drenaje y electricidad a viviendas que carecían de ellos, y por medio de la regularización de la propiedad de los terrenos y la dotación de servicios, propició la consolidación de las viviendas en los barrios populares. El panorama de la primera mitad de los años noventa parecería ser una vuelta parcial a la interacción virtuosa de los setenta por la reanudación muy rápida del descenso en las tasas de mortalidad de los grupos jóvenes, lo que, sin embargo, está empañado por el estancamiento en el descenso de la mortalidad en edades productivas, que pareciera tener sus contrapartes en el deterioro de la cobertura de la seguridad social, la desaceleración adicional de los ritmos de mejoría en los indicadores de cobertura en salud, y el estancamiento (hasta 1994) de los niveles de pobreza por ingresos.

COMENTARIO FINAL

QUIERO terminar refiriéndome a los comentarios de Santiago Levy a la versión oral de esta ponencia. En el seminario presenté muchos materiales que no he incluido en la ponencia. Particularmente, presenté la evolución macroeconómica de lo que cuentas nacionales llama "remuneración de asalariados" y descompuse, basándome en el trabajo citado en la nota de pie de página número 1, dicha evolución en tres variables: la tasa de dependencia, el producto medio por ocupación y la participación de los trabajadores en el producto medio. Al respecto, Levy hace notar las dificultades de separar, en algunos casos, los ingresos por salarios de los ingresos por renta de la tierra, en particular cuando uno se refiere a los campesinos con tierra. La duda metodológica es válida y en el trabajo de base discuto largamente las dificultades de basarse en el con-

cepto de remuneración de asalariados para llevar a cabo mi análisis. A la conclusión a la que he llegado después de numerosos análisis al respecto⁹ es que el concepto de remuneración de asalariados, a pesar de lo que dicen al respecto las publicaciones del INEGI, incluyen mucho más que sueldos y salarios y que, incorporan, por tanto, buena parte de los ingresos de los trabajadores por cuenta propia que, como acertadamente dice Levy, incluyen renta de la tierra y, habría que agregar, renta empresarial. También presenté el análisis de la evolución del gasto público social que, contestando una duda de Levy, incluye todo el gasto social, no sólo el dirigido a la lucha contra la pobreza. La gran duda de Levy, sin embargo, sí entendí bien, que él plantea como un auténtico problema filosófico, es cómo ponderar dos dimensiones de la vida, una de las cuales mejora y otra empeora. Esto, lamentablemente, rebasa nuevamente los límites de este ensayo. Desde 1990 vengo desarrollando lo que he llamado el Método de Medición Integrada de la Pobreza (MMIP) en el cual, justamente estas dos dimensiones de la vida se integran en una medición única del bienestar y, de cierto nivel para abajo, de la pobreza. La manera de ponderar estas dos dimensiones es ciertamente un asunto de discusión, pero no creo que tenga el nivel de abstracción que Levy pretende darle. En el MMIP la solución que he encontrado para la ponderación, lo cual llevo a cabo dentro de cada hogar, es usar los costos relativos de satisfacción en el nivel de las normas. En los capítulos 7, 8 y 9 de dicho borrador de tesis doctoral, muestro los resultados de aplicar el MMIP a México. La pobreza por el MMIP aumentó entre 1984 y 1989 de 69.8 a 73.8 por ciento. Entre 1989 y 1992 volvió a crecer de 73.8 a 75.1 por ciento. Estos resultados se pueden descom-

⁹Véase el capítulo 4 del borrador de tesis doctoral antes citado, en particular el cuadro 4.3, donde comparo las ocupaciones remuneradas de cuentas nacionales con las cifras de las encuestas nacionales de empleo (ECSO en 1979 y ENE en 1991, 1993, 1995 y 1996). Ahí queda claro que las ocupaciones captadas en cuentas nacionales no pueden ser solamente las ocupaciones asalariadas, ya que los asalariados de la ENE representan sólo una proporción (entre poco menos de dos tercios y casi tres cuartas partes) de las cifras de cuentas nacionales. Los demás, es de suponerse, son trabajadores por cuenta propia que son incorporados con todas sus remuneraciones.

poner en mediciones parciales. La pobreza por PIB disminuyó de 1984 a 1989 y aumentó ligeramente de 1989 a 1992, mientras la pobreza por ingresos aumentaba a lo largo de todo el periodo. Por último, Levy muestra su acuerdo con la asociación empírica que encuentro entre crecimiento económico y disminución de la pobreza, pero señala que el crecimiento del periodo 1970-1981 era insostenible por estar basado en endeudamiento y ser altamente dependiente de los precios del petróleo. Ni en la ponencia ni en el trabajo de base analizo las circunstancias del crecimiento económico del país en ninguno de los periodos. Es importante recordarle a Levy que también hubo crecimiento económico en el periodo 1989-1994, aunque a ritmo más lento, pero también mostró ser insostenible por estar basado en un alto déficit de la balanza comercial compensado con la entrada de capitales volátiles. Pero lo peor de todo es que el crecimiento de este periodo fue acompañado de un agudo aumento de la concentración del ingreso por lo que no se tradujo en disminución de la pobreza. Estamos de acuerdo con Levy en que la pregunta económica central después de 1981 es por qué la economía no crece o crece tan despacio desde entonces. Sospecho que nuestras respuestas serán muy diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

- BOLTVINIK, Julio, "Condiciones de vida y niveles de ingreso en México, 1970-1995", en José Antonio Ibáñez Aguirre (coord.), *Deuda externa mexicana: ética, teoría, legislación e impacto social*, Universidad Iberoamericana, Plaza y Valdés, México, 1998, pp. 251-395.
- , "Evolución y características de la pobreza en México. Una visión integrada", capítulos 4 y 5, borrador de tesis doctoral, CIESAS-Occidente, México, 1998, pp. 251-395.
- y Carlos Echeverría, "Economic crisis and mortality changes in Mexico: searching linkages", en *Economic shocks, social stress and the demographic impact*, 2a. Reunión, Universidad de Naciones Unidas (WIDER), 17-19 de abril de 1997.
- INEGI, *Censo de Población y Vivienda de 1990*, México, 1991.

Prof. Dr. Daniel Cosío Villegas
EL COLEGIO DE MÉXICO, A.C.